

Ordnungsbildungen an der Schwelle zwischen

Medizin und Alltagswelt

Eine situationstheoretische Studie zur pränatalen Sozialität von Kindern
mit diagnostizierten Fehlbildungen

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

vorgelegt von
Dominik Vincenzo Feith
aus Marburg

Bonn, 2022

Gedruckt mit der Genehmigung der Philosophischen Fakultät der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Zusammensetzung der Prüfungskommission

Prof. Dr. Jörg Blasius

(Vorsitzender)

Prof. Dr. Clemens Albrecht

(Betreuer und Gutachter)

Prof. Dr. Hans-Georg Soeffner

(Gutachter)

Prof. Dr. Rolf Schlößer

(weiteres prüfungsberechtigtes Mitglied)

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Juni 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
I. Die theoretische Konzeption der empirischen Untersuchung.....	4
1. Der Forschungsstand.....	4
1.1. Angeborene Fehlbildungen aus medizinischer Sicht: Definition und epidemiologische Daten.....	5
1.2. Soziologie der Schwangerschaft und pränatale Sozialität.....	9
1.3. Die wissenssoziologische Auseinandersetzung mit der pränatalen Diagnostik.....	12
2. Die Begründung des Situationsbegriffs als konzeptionelle Basis der empirischen Untersuchung	14
3. Interaktionsordnungen sozialer Situationen: Mikroanalyse der intersubjektiven Praxis im Anschluss an Erving Goffman.....	19
3.1. Der Bereich wechselseitiger Wahrnehmung als Fundament sozialer Situationen.....	22
3.2. Dynamische Zentrierung und Dezentrierung sozialer Situationen.....	24
3.3. Situierete Interaktionen: Affektivität, Performanz und Semantik als Modalitäten eines responsiven Geschehens.....	26
3.4. Engagement, Interaktionsspannung und Ausbruch aus dem Rahmen	30
3.5. Die vielfältigen Grenzen einer Situation.....	32
3.6. Territorien des Selbst	36
3.7. Die dramaturgische Dimension der Interaktionsordnung anhand ihrer Regionalisierung in Vorder- und Hinterbühnen	38
4. Das ko-konstitutive Verhältnis zwischen Situation und Erfahrung – Annäherungen an die subjektiven Sinnzusammenhänge der pränatalen Diagnose mit Alfred Schütz	40
4.1. Das thematische Feld der klinischen Situation: Die Einheit des typischen Sinns in der Vielfalt subjektiver Relevanzen	42
4.1.1. Das System der thematischen Relevanz.....	43
4.1.2. Das System der Auslegungsrelevanz.....	44
4.1.3. Das System der Motivationsrelevanz	46
4.1.4. Goffman mit Schütz theoretisch weiterdenken	48
4.2. Die Schwangerschaftssituation im Horizont elterlicher Erfahrung: diachrone Zugänge zum Gegenstand	50
4.2.1. Vertrautheit und thematische Relevanz: Scheidelinie zwischen Problematischem und Fraglosem .	51
4.2.2. Bestimmtheitsgrade und Auslegungsrelevanz: Sinnzusammenhänge um den Dritten aus familialer Perspektive	53
4.2.3. Glaubwürdigkeitsgrade und Motivationsrelevanz: Die Genese elterlicher Überzeugungen unter den Bedingungen von begrenztem Wissen und Ungewissheit.....	56
4.3. Die Grenzen des sozialphänomenologischen Ansatzes.....	59
4.4. Von der Erfahrung zum Widerfahrnis – die Erweiterung der situationstheoretischen Perspektive für die existenzielle Dimension des Phänomens mit Bernhard Waldenfels	61
4.4.1. Das Doppelereignis von Pathos und Response.....	62
4.4.2. Die Diagnose als Einbruch des Außerordentlichen.....	64
4.4.3. Die Schwangerschaft im Horizont der Diagnose als pluralisierte Schwellenerfahrung	66
5. Die methodologische Grundlegung und das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung.....	68
5.1. Die methodologische Grundlegung der empirischen Untersuchung.....	69
5.1.1. Methodologische Prämissen eines rekonstruktiven Forschungsansatzes im Kanon der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik.....	69
5.1.2. Alltagsweltliches und wissenschaftliches Verstehen - Grundzüge der hermeneutischen Haltung ...	71
5.1.3. Ziele, Generalisierungsniveau und Grenzen der hermeneutischen Erkenntnisbildung	73
5.2. Die methodische Operationalisierung der Datenerhebung und Datenanalyse	75
5.2.1. Der Zugang zum Forschungsfeld und die Konzeption des Erhebungsraums	76

5.2.2. Die Darstellung und Begründung des methodischen Vorgehens bei der Datenerhebung im Horizont des Erkenntnisinteresses	80
5.2.3. Die Methodik der hermeneutischen Analyse des Datenmaterials	92
II. Die ethnographische Untersuchung der interdisziplinären Pränatalsprechstunde	98
1. Die Formierung des interdisziplinären Teams für die Pränatalsprechstunde – Übergangsmuster in die klinische Situation auf professioneller Seite	99
2. Die Fallbesprechung – Vorbereitungen auf die Interaktion mit den Patient*innen auf der Hinterbühne	102
2.1. Die Fallpräsentation durch die leitende Gynäkologin	103
2.2. Die Fallbesprechung – Arbeit an der interdisziplinären Situationsdefinition	110
2.3. Einschätzungen der Eltern als Übergangsritual in die Sprechstunde	116
2.4. Der Übergang in die Sprechstunde	118
3. Der Beginn der Sprechstunde: die Konstitution des klinischen Arbeitsbündnisses für Diagnostik und Therapieplanung	119
3.1. Die räumlichen (An)Ordnungen des Sprechstundenzimmers: territoriale Binnenstruktur und Funktionspositionen	119
3.2. Beginn der Sprechstunde: Das Aufeinandertreffen und die Begrüßung zwischen Mediziner*innen und Eltern	123
3.3. Der Übergang zur Ultraschalluntersuchung: das Arbeitsbündnis wird triadisch	134
4. Die sonographische Feindiagnostik: Visuelle Appräsentationen des Ungeborenen	142
4.1. Die Ultraschalldiagnostik als mehrdimensionale Handlungspraxis	144
4.2. Muster – Formen – Gestalten: Präsentationsweisen des Dritten im Ultraschall zwischen Abstraktion und Konkrektion	149
4.2.1. Die erste Präsentationsweise: Diffuse Muster	150
4.2.2. Die zweite Präsentationsweise: Formen und Teile eines fetalen Körpers	156
4.2.3. Die dritte Präsentationsweise: Symbole eines menschlichen Leibes	172
4.3. Der Übergang zum Diagnosegespräch: Rückkehr in den Raum primärer Reziprozität	177
4.4. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse	179
5. Verständigung über die Diagnose und ihre Folgen: Ärzt*innen und Eltern besprechen das weitere Vorgehen	182
5.1. Die Diagnosestellung zwischen den Polen von Bestimmtheit und Kontingenz	184
5.2. Der therapeutisch geprägte Lebensbeginn	195
5.3. Die Ankunft eines Kindes zwischen medizinisch heikler Entbindung und der sozialen Geburt einer Familie	203
5.4. Die weiten prognostischen Horizonte der pränatalen Diagnose	208
5.5. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse	215
6. Theoretische Konzeptualisierung: Sinnfiguren des Dritten im Spiegel der klinischen Situation	221
III. Die Artikulation der Diagnose im elterlichen Erfahrungshorizont: Konturen pränataler Sozialität aus der Retrospektive	227
1. Der Umgang mit Ungewissheit	229
1.1. Artikulationsweisen des Ungewissen in der individuellen Erfahrung	229
1.2. Der elterliche Umgang mit Ungewissheit	238
1.3. Der lange Schatten von Ungewissheitserfahrungen	242
1.4. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse	247

2. Die diagnostische Laufbahn der Schwangerschaft.....	250
2.1. Der Marathon durch das Medizinsystem.....	252
2.2. Die unterschiedliche Rolle von Arztfiguren in der Erfahrung	257
2.3. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse.....	266
3. Typische Facetten des alltagsweltlichen Schwangerschaftsverlaufs.....	269
3.1. Der normale Anfang.....	270
3.2. Ambivalenzen in der Schwangerschaftserfahrung.....	274
3.3. Die Ruhe kurz vor der Geburt.....	283
3.4. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse.....	287
4. Die pränatale Diagnose als existenzielles Widerfahrnis.....	289
4.1. Konturen des Widerfahrnis in der Erfahrung.....	290
4.2. Antwortweisen auf das Widerfahrnis.....	295
4.3. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse.....	300
5. Die Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen	302
5.1. Die Geburt als medizinisch gerahmte Erfahrung.....	303
5.2. Herausforderungen und Meilensteine in der ersten Lebenszeit	308
5.3. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse.....	312
6. Theoretische Konzeptualisierung: Der Bedeutungshorizont pränataler Sozialität aus der Elternperspektive	314
IV. Grundzüge einer Situationstheorie zur pränatalen Sozialität von Kindern mit diagnostizierten Fehlbildungen	318
Literaturverzeichnis	334
Anhang.....	339

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklungsstörungen in der Pränatalphase.....	5
Abbildung 2: Prävalenzen großer Fehlbildungen bezogen auf Organkategorien.....	7
Abbildung 3: Skizze des Sprechstundenzimmers.....	120
Abbildung 4: Diagnostische Laufbahn bei mehreren Fehlbildungen ohne abgesicherte Differenzialdiagnose..	256
Abbildung 5: Diagnostische Laufbahn mit der abschließenden Differenzialdiagnose Omphalozele	256
Abbildung 6: Entwürfe des Ungeborenen in der klinischen Situation	320
Abbildung 7: Erfahrungsbogen pränataler Sozialität	328

Einleitung

Im Gefolge des medizintechnologischen Fortschritts werden zunehmend Krankheiten behandelbar, die bis vor wenigen Dekaden noch außerhalb der Möglichkeiten kurativer Einflussnahme lagen. Damit geht zugleich die Entstehung neuer Schwellenbereiche zwischen der Welt der Medizin und den Alltagswelten von Patienten und Angehörigen einher, in denen medizinisch-technische Errungenschaften die Lebenssituationen von (Mit)Betroffenen verändern. Mithin formieren sich hier in vielfältigen Wechselwirkungen zwischen zwei verschiedenen Wirklichkeitsbereichen der Gegenwartsgesellschaft neue soziale Ordnungen. Ein exemplarisches Feld für diesen Zusammenhang stellen komplexe Schwangerschaften dar, die anhand von Schwangerschaften, in deren Verlauf eine Fehlbildung beim Ungeborenen diagnostiziert wird, in der vorliegenden Arbeit aus einer soziologischen Perspektive untersucht werden.

Während einige defekte Organbildungen des fetalen Körpers bereits seit Längerem mit hochauflösenden Ultraschallverfahren erkannt werden können, sind die Lebens- und Entwicklungschancen für Kinder mit angeborenen Fehlbildungen erst durch die sprunghaften therapeutischen Fortschritte der Neonatologie und Kinderchirurgie in jüngster Zeit deutlich gestiegen. Eine Fehlbildungsdiagnose hat für das Kind in den allermeisten Fällen eine spezielle Geburtssituation, eine unmittelbar anschließende stationäre Aufnahme auf der Neonatologie sowie eine oder gegebenenfalls auch mehrere Operationen in der ersten Lebenszeit zur Folge, sodass sich erst im Zuge postnataler Behandlungen erweisen kann, welche langfristigen Konsequenzen die pränatalen Befunde für die Gesundheit des Kindes tatsächlich haben werden. Bisher liegen kaum gesicherte Erkenntnisse zu der Frage vor, welche sozialen Herausforderungen für werdende Eltern mit der Diagnose einhergehen. Es handelt sich hier um einen noch relativ neuartigen Schwellenbereich zwischen Familie und Medizin am Lebensbeginn, in dem, unauflösbar verbunden mit erweiterten Wissens- und Handlungschancen, auch neue Ungewissheiten und Deutungsherausforderungen für alle Beteiligten entstehen (Peter/Funcke 2013).

Vor dem Hintergrund dieser empirischen Entwicklungen widmet sich die Dissertation aus soziologischer Perspektive der Frage, wie während der Schwangerschaft in den professionellen und alltagsweltlichen Bedeutungshorizonten der Diagnose sinnhafte Entwürfe des ungeborenen Kindes entstehen und auf diesem Wege soziale Ordnungen an der Schwelle zwischen Medizin und Alltagswelt gebildet werden. In welche Themenfelder, Handlungspraxen, Beziehungskonstellationen und Weltbezüge wird das heranwachsende Kind eingebettet und auf diesem Wege existent? Die Frage nach der pränatalen Sozialität (Hirschauer/Heimerl et al. 2014) von Kindern mit diagnostizierten Fehlbildungen stellt den Forschungsgegenstand dieser Studie dar. Ihren Ausgangspunkt nimmt sie dabei von der Grundannahme eines Spannungsfeldes zwischen Gemeinsamkeit und Differenz im klinischen Arbeitsbündnis und richtet den Fokus auf die Vorstellungen vom Dritten im dichten Gewebe medizinischer und elterlicher Bezugnahmen. Ärzt*innen und Eltern sind zur bestmöglichen Versorgung des Kindes wechselseitig aufeinander angewiesen. Nur in der intersubjektiven Verständigung kann sich ein gemeinsames Verständnis der Situation entwickeln und zur tragfähigen Grundlage werden für weitreichende Entscheidungen unter

ungewissen Bedingungen. Unterliegen Arzt-Patient-Interaktionen in der Kinderheilkunde prinzipiell einer triadischen Struktur (Kelle/Ott 2012: 95 f.; Peter/Richter 2009: 14; Gabe/Olumide et al. 2004: 1078), erscheint das damit verbundene Problem, stellvertretend deuten und entscheiden zu müssen, im Falle des Ungeborenen maximal zugespitzt. Hier können noch kaum eigene Äußerungen des zukünftigen Familienmitglieds zur Interpretation seines Willens herangezogen werden. Gegenüber diesen gemeinsamen Herausforderungen für alle Beteiligten unterscheidet sich die Situation jedoch zugleich grundlegend aus professioneller und alltagsweltlicher Perspektive. Während die pränatale Diagnose auf der einen Seite das Fundament der medizinischen Fallkonstitution bildet, von dem ausgehend therapeutische Optionen und prognostische Erwartungen prospektiv ausgelegt werden können, bedeutet sie für Eltern nicht selten den Einbruch eines außerordentlichen Ereignisses (Waldenfels 1987: 189 f.) in die Mitte des eigenen Lebens, mit dem eine bis dato als gültig geglaubte Welt fundamental ins Wanken geraten kann. Pointiert ausgedrückt, gehört das, was für werdende Eltern eine kaum zu steigernde Krise bedeutet, zur täglichen Arbeit in der klinischen Praxis. Konzentriert sich die akute Phase professionellen Handelns auf die ersten Lebenswochen und -Monate, stehen Eltern vor der Frage, was die Diagnose und ihre möglichen Folgen für das Leben ihres Kindes, den gemeinsamen Alltag als Familie und sie selbst als Paar und Individuen langfristig bedeuten wird. Aus der Dynamik dieses Spannungsverhältnisses zwischen Gemeinsamkeit und Differenz heraus, werden die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität unmittelbar im Vollzug klinischer Interaktionen und mittelbar anhand der „Übersetzungsverhältnisse“ (Renn 2006) zwischen medizinischem und alltagsweltlichem Wissen in den Erfahrungen von Eltern empirisch rekonstruiert. Eine Untersuchung, die nicht nur an der Schwelle zwischen Medizin und Alltagswelt angesiedelt ist, sondern sich auch in den Grenzbereichen menschlicher Existenz bewegt, muss dabei komplementär zum Erkenntnisinteresse an der Entstehung von Bedeutungen gleichermaßen die Schattenseite gelingender Ordnungsbildungen zum soziologisch relevanten Problem machen und nach Sinnabbrüchen, Leerstellen und Bereichen des Nicht-Anschlussfähigen im Horizont einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose fragen.

Die vorliegende Forschungsarbeit ist paradigmatisch in der Wissenssoziologie verortet, wofür insbesondere zwei Gründe ausschlaggebend sind. Zum einen bezieht sich der Wissensbegriff der Wissenssoziologie nicht nur auf institutionalisierte Wissenskulturen, sondern umfasst den sinnhaften Aufbau subjektiver wie intersubjektiv geteilter Erfahrungen insgesamt, wodurch er eine geeignete theoretische Ausgangsbasis dafür bietet, den Blick auf Formen von Sinn- und Ordnungsbildung im Schwellenbereich *zwischen* zwei verschiedenen Wirklichkeitssphären mit ihren jeweiligen Relevanzstrukturen zu richten. Zum anderen erfüllt die wissenssoziologische Perspektive einer verstehenden Soziologie die notwendigen methodologischen Voraussetzungen für eine qualitativ-empirische Untersuchung des Forschungsgegenstands, mit dem Ziel, grundlagentheoretische Erkenntnisse zu einem sozialwissenschaftlich noch weitestgehend unerschlossenen Feld zu generieren. Die Forschungsperspektive wird in diesem Zusammenhang situationstheoretisch konzipiert. Das Ungeborene kann zum einen noch nicht selbst zum Fall gemacht werden, das befragt und zu dem Daten erhoben werden können. Vielmehr können Sinnfiguren

des im Mutterleib heranwachsenden Kindes nur anhand der performativen und deutenden Bezugnahmen von familialer wie medizinischer Seite rekonstruiert werden. Zum anderen bietet der Situationsbegriff einen geeigneten konzeptionellen Rahmen, um die intersubjektive ‚Herstellung‘ von Bedeutungen in der klinischen Interaktion und den subjektiven Niederschlag der Diagnose in den Erfahrungen von Eltern systematisch zueinander in Beziehung zu setzen und deren Vergleich für die Theoriebildung fruchtbar zu machen. Methodisch erfordert dies einen zweifachen Zugang zum Forschungsgegenstand. Während die klinische Situation der Diagnosestellung ethnographisch untersucht wird, bilden teil-narrative Interviews mit Eltern die Grundlage für die Frage nach den Verweisungszusammenhängen der Diagnose im alltagsweltlichen Erfahrungshorizont. Beide Datentypen werden hermeneutisch analysiert.

Mit diesem Forschungsdesign leistet die vorliegende Arbeit einen empirischen Beitrag zur wissenssoziologischen Erschließung eines Schwellenbereichs zwischen Medizin und Alltagswelt am Beginn des Lebens, mit dem Anspruch, eine konzeptuell dichte Situationstheorie zur pränatalen Sozialität von Kindern mit diagnostizierten Fehlbildungen in Grundzügen zu entwickeln. Gleichsam im Fahrwasser der empirischen Untersuchung verfolgt sie darüber hinaus das konzeptionelle Interesse, in der Wechselwirkung von theoretischer Ausarbeitung und praktischer Prüfung am Gegenstand, Vorarbeiten zu einem interparadigmatischen Situationsbegriff für die mikrosoziologische Forschung zu leisten.

I. Die theoretische Konzeption der empirischen Untersuchung

Im I. Teil dieser Arbeit werden der theoretische Rahmen und das Forschungsdesign für die anschließende empirische Untersuchung entwickelt. Dazu wird zunächst (1.) der Forschungsstand zum Phänomen dargestellt. Anschließend wird (2.) die heuristische Entscheidung für die Situation als konzeptionellen Grundbegriff der Studie im Lichte des Forschungsgegenstands begründet. Die Ausarbeitung des situationsanalytischen Instrumentariums im Rekurs auf (3.) Erving Goffman und (4.) Alfred Schütz erfolgt in den Kapiteln drei und vier. In diesem Zusammenhang wird dafür argumentiert, dass sich interaktionsanalytische und sozialphänomenologische Überlegungen insbesondere über den Begriff der Situation fruchtbar miteinander ins Gespräch bringen lassen. Gleichwohl gelangt ein auf das Verstehen von Alltagspraxis und -Erfahrung ausgerichteter Ansatz dort an eine systematische Grenze, wo es um die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit existenziellen Ereignissen geht. Ein Versuch, sich den Brüchen und Krisen in der elterlichen Schwangerschaftserfahrung anzunähern, die von der pränatalen Diagnose ausgehen können, wird mit Hilfe der responsiven Phänomenologie von Bernhard Waldenfels unternommen. Unter (5.) werden schließlich die methodologischen Grundannahmen der Forschungsarbeit expliziert und das methodische Vorgehen in der Datenerhebung und -Auswertung dargelegt.

1. Der Forschungsstand

In diesem Kapitel wird der Forschungsstand zum Phänomen zusammenfassend dargestellt. Im ersten Schritt (1.1.) werden angeborene Fehlbildungen im Anschluss an Queiser-Luft/Spranger 2006 medizinisch von anderen Pathologien in der Embryonal- und Fetalentwicklung abgegrenzt und die immernoch lückenhaften epidemiologischen Erkenntnisse zu ihrer Prävalenz im deutschen Kontext ausgeführt. Daran anschließend wird im zweiten Schritt (1.2.) der Blick auf einschlägige Arbeiten im noch jungen Gegenstandsbereich einer Soziologie der Schwangerschaft gerichtet und in diesem Rahmen auch auf einzelne Dissertationen aus den US-Amerikanischen Pflegewissenschaften eingegangen, die bis dato die einzigen umfangreicheren Untersuchungen zur Erfahrung einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose aus Sicht betroffener Paare darstellen. Schließlich wird (1.3.) die Auseinandersetzung mit der pränatalen Diagnostik innerhalb der deutschsprachigen Wissenssoziologie in Grundzügen nachgezeichnet. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass der Schwerpunkt von Forschungsaktivitäten hier bislang auf dem Expertenwissen liegt, während eine systematische Auseinandersetzung mit dem Alltagswissen bzw. den Erfahrungen von Patient*innen und Angehörigen noch weitestgehend ein Desiderat ist.

1.1. Angeborene Fehlbildungen aus medizinischer Sicht: Definition und epidemiologische Daten

Queiser-Luft/Spranger 2006 unterscheiden hinsichtlich „[s]truktureller Defekte pränatalen Ursprungs“ (ebd.: 2464) *Fehlbildungen* als defekte Organbildungen, *Dysplasien* als abnorme Zell- oder Gewebestrukturen und *Deformationen* als mechanisch bedingte Veränderungen normalen Gewebes. Innerhalb der Klasse defekter Organbildungen differenzieren sie noch einmal zwischen primären und sekundären Fehlbildungen: „Primäre Fehlbildungen beruhen auf endogenen Anlagestörungen. Sekundäre Fehlbildungen (Disruptionen) entstehen, wenn sich primär normal angelegte Organe abnorm entwickeln“ (ebd.). Des Weiteren ist zwischen singulären Fehlbildungen und umfangreicheren Pathologien zu unterscheiden: „Man unterscheidet singuläre Fehlbildungen, Kombinationsfehlbildungen (verschiedene Fehlbildungen einer Organkategorie in einem Individuum) und multiple Fehlbildungen (verschiedene Fehlbildungen unterschiedlicher Organsysteme in einem Individuum) sowie Syndrome (Kombination von Entwicklungsdefekten einheitlicher ätiologischer Ursache). Sequenzen sind Entwicklungsstörungen, die auf eine Kaskade von Ereignissen zurückzuführen sind, das heißt von einem morphologischen Primärdefekt ausgehen. Assoziationen sind die nichtzufällige Kombination von Defekten unklarer Ätiologie, deren Erblichkeit nicht erkennbar ist“ (ebd.). „Große angeborene Entwicklungsstörungen sind definiert als strukturelle Defekte des Körpers und/oder der Organe, die die Lebensfähigkeit beeinträchtigen und interventionsbedürftig sind. Kleine morphogenetische Fehler sind kleine strukturelle Entwicklungsstörungen, die die Lebensfähigkeit nicht beeinträchtigen und keiner Behandlung bedürfen“ (ebd.). Die nachfolgende Grafik (Abb. 1) aus Queiser-Luft/Spranger (2006: 2465) veranschaulicht die unterschiedlichen Entwicklungsstörungen in der pränatalen Phase.

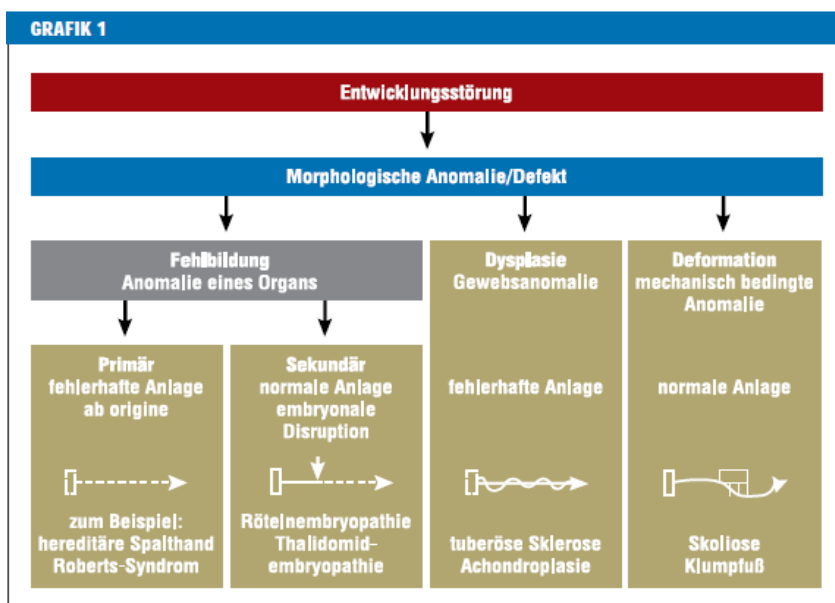


Abbildung 1: Entwicklungsstörungen in der Pränatalphase (Queiser-Luft/Spranger 2006: 2465).

Während ca. 1/5 aller angeborenen Fehlbildungen monogen erbbedingt sind und ein weiterer Teil auf chromosomale Anomalien oder Virusinfektionen zurückgeführt werden kann, sind bei ca. 60 Prozent „die Ursachen des konnatalen Defektes nicht bekannt, vermutlich aber multifaktoriell bedingt“ (ebd.). Im weiteren Verlauf der Arbeit wird sich zeigen, inwieweit dieses noch begrenzte medizinische Wissen über die Ätiologie vieler angeborener Fehlbildungen die elterlichen Auslegungsversuche einer pränatalen Diagnose beeinflusst. Liegen keine konsistenten Erklärungen für die eingetretene Krise der Schwangerschaft vor, ist zu vermuten, dass alternative, außermedizinische Wissensbestände zur Deutung der eigenen Situation mobilisiert werden.

Die epidemiologischen Erkenntnisse zur Häufigkeit angeborener Fehlbildungen in Deutschland ebenso wie im globalen Kontext sind aufgrund fehlender zentraler Register, in denen Daten aktiv durch spezialisierte Mediziner*innen erfasst werden, fragmentarisch und gründen sich im deutschen Kontext primär auf einzelne Modellprojekte. So beruht auch die Publikation von Queiser-Luft/Spranger 2006 auf Daten eines Geburtenregisters, in dem seit 1990 alle in Mainz geborenen Kinder aus der Region Rheinhessen anonymisiert erfasst und die Daten wissenschaftlich ausgewertet werden.¹ Mit Blick auf die bundesweiten Zahlen schreiben die Autor*innen: „In Deutschland werden jährlich etwa 49 000 Kinder mit großen Fehlbildungen geboren. Die Fehlbildungsprävalenz liegt somit in dem Bereich der Inzidenzen für Lungen- und Brustkrebs (Tabelle 1). Etwa ein Viertel aller kindlichen Todesfälle steht im Zusammenhang mit Fehlbildungen. Die betroffenen Kinder machen etwa ein Drittel aller pädiatrischen stationären Aufnahmen aus“ (Queiser-Luft/Spranger 2006: 2465). Durch das Mainzer Geburtenregister verfügen Queiser-Luft/Spranger zudem über Daten zur Häufigkeit verschiedener Organfehlbildungen im regionalen Kontext, die in der folgenden Grafik (Abb. 2, ebd.: 2466) im Vergleich zu passiv erhobenen Daten aus der epidemiologischen Beobachtung angeborener Fehlbildungen auf europäischer Ebene abgebildet sind:

¹ Vgl. zum Mainzer Modell auch Queiser-Luft/Schlaefer et al. 1994.

TABELLE 2**Prävalenzen großer Fehlbildungen bezogen auf Organkategorien
Vergleich zwischen Mainzer Register und EUROCAT – diagnosebezogene
Verteilung**

Organkategorie (/10 000 Geburten)	Mainz Aktive Erfassung 1990–2001	EUROCAT Passive Erfassung 1980–1999
Muskel- und Skelettsystem	237	62
Kardiovaskuläres System	147	54
Internes Urogenitalsystem	108	30
Zentral-Nerven-System	68	26
Gastrointestinaltrakt	55	26
Chromosomen	51	29
Externes Urogenitalsystem	46	13
Gesichtsspalten	39	15
Auge	10	5
Ohr	9	6

Abbildung 2: Prävalenzen großer Fehlbildungen bezogen auf Organkategorien
(Queiser-Luft/Spranger 2006: 2466).

Neben den Mainzer Daten existieren mit der *European Registration of Congenital Anomalies and Twins (EUROCAT)*² seit 1979 im europäischen Kontext und mit dem *International Clearinghouse for Congenital Birth Defects Monitoring Systems (ICBDMS)*³ seit 1974 auf globaler Ebene zwei Initiativen zur epidemiologischen Beobachtung angeborener Fehlbildungen. Deutschland war an beiden internationalen Projekten bis 1990 allerdings nicht beteiligt, zudem werden in beiden Registern Daten zu einzelnen Fehlbildungen nur passiv erfasst, worauf die deutlich niedrigeren Fallzahlen im Vergleich zu den aktiv erhobenen Zahlen des Mainzer Geburtenregisters zurückzuführen sind. „In optimal ausgestatteten aktiven Erfassungssystemen werden Neugeborene von speziell ausgebildeten Ärzten untersucht. Diese stellen die Diagnosen, übernehmen die Klassifizierung, Kodierung und Registrierung der Fehlbildungen. In passiven Registern werden ausgewählte Fehlbildungen von Personen (Institutionen) mit unterschiedlicher Ausbildung und Motivation einem Zentrum mitgeteilt. Die meldende Person hat die Untersuchung nicht durchgeführt und die Fehlbildung nicht diagnostiziert, sondern die Diagnose meist den Akten entnommen.“ (Queiser-Luft/Spranger 2006: 2465) Neben dem Geburtenregister in Mainz existiert mit dem Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt seit 1980 ein zweites regionales Erfassungssystem für angeborene Fehlbildungen.⁴ Aus dem Jahresbericht des Fehlbildungsmonitorings für 2019 gehen folgende Zahlen hervor. „Für das Jahr 2019 wurden dem Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt 581 Kinder/Feten mit einer großen angeborenen Fehlbildung gemeldet. Im Jahr 2019 waren 93 Kinder/Feten mit angeborenen großen Fehlbildungen weniger, als im Jahr 2018 (N=674) registriert worden“ (Jahresbericht 2019:

² Zu aktuellen Prävalenzen verschiedener Fehlbildungen auf europäischer Ebene vgl. https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en (zuletzt abgerufen am 04.07.2021)

³ Vgl. <http://www.icbdsr.org/resources/annual-report/> (zuletzt abgerufen am 04.07.2021). Der letzte Jahresbericht ist hier für das Jahr 2014 ersichtlich.

⁴ Vgl. <http://www.angeborene-fehlbildungen.com/> (zuletzt abgerufen am 04.07.2021).

15). 514 der Kinder wurden lebend geboren, daraus ergibt sich eine Überlebensrate von 88,47 %. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 16.717 Geburten (Lebend- und Todgeburten) für Sachsen-Anhalt gemeldet (ebd.: 8). Wenngleich die epidemiologische Erkenntnislage aufgrund eines fehlenden bundesweiten Fehlbildungsregisters nach wie vor fragmentarisch ist, zeigen die vorhandenen Zahlen deutlich, dass es sich hier, auch unter quantitativen Gesichtspunkten, um ein bedeutsames Phänomen der Gegenwartsgesellschaft handelt.

Durch die rasanten Fortschritte in der Neugeborenenintensivmedizin und der Kinderchirurgie kann inzwischen eine Vielzahl angeborener Fehlbildungen nach der Geburt erfolgreich korrigiert werden. Vor diesem Hintergrund konstatieren Wessel/Fuchs et al. 2015, dass sich infolgedessen der Anspruch an die medizinische Behandlung vom reinen Überleben hin zur Verbesserung der Lebensqualität verschoben hat. „Der Anspruch an die Qualität der Korrektur hat sich sowohl vonseiten der Betroffenen als auch der behandelnden Ärzte vom reinen Überleben auf eine Verbesserung der Lebensqualität verlagert [...] Dazu sind multidisziplinäre Teams und eine standardisierte Nachsorge bis ins Erwachsenenalter wesentliche Voraussetzung“ (Wessel/Fuchs et al. 2015: 357). Während defekte Organbildungen in der Schwangerschaft nur sonographisch durch gezielte Feindiagnostik mit hochauflösenden Ultraschallverfahren festgestellt werden können⁵, sind nach der Geburt eine oder auch mehrere Operationen notwendig, um das Überleben des Kindes zu sichern und bestmögliche Voraussetzungen für seine gesundheitliche Entwicklung zu schaffen. Entsprechend müssen verschiedene Fachrichtungen in der Medizin am Lebensbeginn grundsätzlich Hand in Hand greifen, die unter dem interdisziplinären Dach der Perinatalmedizin geeint sind. So schreiben Reitter/Schlößer 2008 in diesem Zusammenhang: „Die Perinatalogie beschäftigt sich mit den Erkrankungen von Mutter und Kind während der Schwangerschaft, um die Geburt herum und danach. Gleichwohl gibt es den ‚Perinatologen‘ nicht, sondern dieses Gebiet der Medizin lebt von dem Dreiklang der pränatalen Diagnostik und Therapie, der Geburtshilfe und der Neonatologie. Die Zusammenarbeit all derer, die in diesen Disziplinen arbeiten, hat letztendlich zu den Erfolgen der Perinatalogie in Hinsicht auf die Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind in den letzten Jahren geführt“ (Reitter/Schlößer 2008: VII). Angesichts dieser enormen Fortschritte in der klinischen Praxis erscheint es erstaunlich, dass dieses Forschungsfeld aus soziologischer Perspektive, und damit die sozialen Herausforderungen, die sich aus den medizinischen Neuerungen ergeben, bislang noch kaum erforscht sind. Im Folgenden werden unter (1.2.) zunächst Untersuchungen aus der noch jungen Soziologie der Schwangerschaft vorgestellt, die die Entwicklung des eigenen Erkenntnisinteresses vorangetrieben haben. Daran anknüpfend wird, im Hinblick auf die paradigmatische Verortung der eigenen Studie, in (1.3.) die wissenssoziologische Auseinandersetzung mit der pränatalen Diagnostik in Grundzügen skizziert.

⁵ Auf das Verfahren und die Erkenntnismöglichkeiten der sonographischen Feindiagnostik wird weiter unten ausführlicher eingegangen (vgl. II., 4. & III., 2.1.).

1.2. Soziologie der Schwangerschaft und pränatale Sozialität

Schwangerschaft und Geburt stellen tradierte Themen innerhalb der Geisteswissenschaften dar. Im Folgenden werden nur die einschlägigsten Arbeiten genannt, die die Perspektive auf den Forschungsgegenstand mit konturiert haben, und um zu verdeutlichen, dass die wissenschaftliche Erschließung dieses Feldes innerhalb der Soziologie demgegenüber defizitär ist. So liegt von Schlumbohm/Duden et al. 2018 ein instruktiver Sammelband zu Praktiken und Anerkennungsritualen rund um die Geburt von der frühen Neuzeit bis ins 20. Jahrhundert vor, Labouvie (1998) untersucht in ihrer Habilitationsschrift die Geburt aus kulturwissenschaftlicher Perspektive und Ulrich-Bochsler (1996) zeigt in einer anthropologischen Arbeit zur frühneuzeitlichen Sepulkralkultur auf, dass bereits zu dieser Zeit die Bestattung und symbolische Verortung von Kindern, die direkt nach der Geburt verstarben, ein lebensweltlich relevantes Thema dargestellt hat. In diesem Zusammenhang sind des Weiteren die historischen und kritischen Studien von Barabara Duden (v. a. Duden/Schlumbohm et al. 2002 und Duden 2002) zur Geschichte des Ungeborenen, Veränderung des Schwangerschaftserlebens und Heteronomisierung des schwangeren Körpers im Zuge des Aufstiegs der Pränatalmedizin und insbesondere der Ultraschalltechnik zu nennen.

Demgegenüber stellt die Schwangerschaft innerhalb der Soziologie ein noch junges Forschungsgebiet dar, zu dem erst seit der vergangenen Dekade systematische Erschließungsversuche zu verzeichnen sind. Inzwischen existieren hier Veröffentlichungen zur Familialisierung des Ungeborenen (z. B. Sänger 2010; Sänger/Dörr et al. 2013) sowie Studien zur Schwangerschaft als Statuspassage vor (Mzygamba 2011) und die Vorstellung einer pränatalen Sozialität gewinnt an Konturen. Die Arbeiten von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 und Heimerl 2013 aus dem Kontext einer Forscher*innengruppe an der Universität Mainz stellen wichtige Bezugspunkte für die vorliegende Studie dar. Bislang wurde daraus jedoch nicht die logische Konsequenz gezogen, einen entsprechenden Prozess auch im Rahmen komplizierter Schwangerschaftsverläufe zu untersuchen. Diese Leerstelle der soziologischen Forschung frap-piert insofern, als in verschiedenen involvierten Praxisfeldern bereits erste Studien vorliegen und von dort aus seit einigen Jahren auch deutlich hörbar der Bedarf an Erkenntnissen zur sozialen Dimension neuartiger Phänomene am Lebensbeginn artikuliert wird.⁶ Eine systematische soziologische Auseinandersetzung mit den Konstellationen zwischen Familie und Medizin, die auf Basis einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose beim Ungeborenen entstehen, ist nach wie vor ein Forschungsdesiderat. Gleichwohl waren insbesondere die grundlagentheoretischen Pionierarbeiten aus dem Mainzer Kontext ein entscheidender Referenzpunkt, um das Erkenntnisinteresse des eigenen Forschungsvorhabens zu orientieren und zu präzisieren.

⁶ Zum Thema stille Geburt aus perinatalmedizinischer Sicht und der Bedeutung von Selbsthilfegruppen vgl. Kahmann 2001; zur Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie vgl. Garten/von der Hude 2014 sowie Garten/von der Hude et al. 2013; zum Umgang mit krisenhaften Schwangerschaftsverläufen und dem möglichen Tod am Lebensbeginn im Feld der psychosozialen Beratung vgl. Wassermann/Rohde 2009; für zwei seltene Beiträge aus der Soziologie zum gesellschaftlichen Umgang mit Fehl- und Totgeburt in der Gegenwart vgl. Böcker 2016a und b sowie zum gesellschaftlichen Status fehl- und totgeborener Kinder vgl. Dörk/Peter 2013 (unveröffentl. Manuskript).

Mit einer breit angelegten explorativen Studie von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 liegt inzwischen ein differenzierter theoretischer Entwurf zur Soziologie der Schwangerschaft vor, der als grundlegend für die systematische Erschließung dieses disziplinintern lange vernachlässigten Forschungsbereichs angesehen werden kann.⁷ Auf Basis eines im weitesten Sinne ethnographischen Forschungsdesigns gelingt es der Arbeitsgruppe einen mehrstufigen Entwicklungsprozess pränataler Sozialität mit verschiedenen Dimensionen herauszuarbeiten (ebd. 256 ff.) und auf diesem Wege die Eigenlogik des sozialen Schwangerschaftsverlaufs überzeugend darzustellen. Die vorliegende Untersuchung schließt hier aus einer wissenssoziologischen Perspektive an diese grundlagentheoretische Pionierarbeit an und macht es sich mit der Konzentration auf die pränatale Sozialität von Kindern mit diagnostizierten Fehlbildungen zur Aufgabe, ein bisher soziologisch noch nicht beforschtes Feld innerhalb des Gegenstandsbereichs zu erschließen, das die Autor*innen in Form besonderer Schwangerschaftsverläufe als Anschlussstelle für die weitere wissenschaftliche Arbeit markieren (Hirschauer/Heimerl et al. 2014: 291).

Eine zweite Studie aus dem Mainzer Arbeitszusammenhang, deren Erkenntnisse in das Projekt einfließen, bildet die Dissertation von Birgit Heimerl (2013), die sich im Zuge einer ethnographischen Untersuchung von Ultraschallsprechstunden der Frage widmet, wie durch die Praxis des Sonographierens das Ungeborene im Mutterleib sukzessive von einem epistemisch vagen Körper zu einer individuellen Person gemacht wird. Vor dem Hintergrund, dass sich die diesbezügliche sozial- und kulturwissenschaftliche Forschung bis dahin fast ausschließlich auf Interviews oder Umfragen stützt und vorwiegend die subjektive sowie gesellschaftliche Rezeption von Ultraschallbildern in den Mittelpunkt gestellt hat (ebd.: 23), liegt die Originalität der Arbeit vor allem in ihrem konsequenten mikrosoziologischen Fokus auf die umfassenderen situativen Praktiken. Diese Zentrierung des analytischen Blicks auf soziale Situationen soll im Rahmen dieser Untersuchung einerseits aufgenommen und auf die interdisziplinäre Pränatalsprechstunde als spezifisches Setting der Fehlbildungsdiagnostik bezogen werden.⁸ Andererseits richtet sich das Erkenntnisinteresse hier komplementär und epistemisch gleichrangig zum interaktiven Vollzug der Diagnostik auf die Bedeutungshorizonte der Diagnose in der elterlichen Erfahrung. Die diachronen Deutungsprozesse aus alltagsweltlicher Sicht bleiben bei Heimerl aufgrund ihres praxeologischen Zugangs über weite Strecken unterbelichtet.

Julia Böcker untersucht im Rahmen ihrer Dissertation aus einer kultursoziologischen Perspektive den Umgang mit Fehl- und Totgeburten in der Gegenwartsgesellschaft (Böcker 2016 a und b)⁹. Sie versteht

⁷ Zu dieser Diagnose schreiben die Autor*innen: „Die Schwangerschaft ist verglichen mit anderen ‚Lebensabschnittssoziologien‘ – etwa den Soziologien der Kindheit, der Jugend oder des Alters – ein kaum beforschtes Feld. Der Lebensbeginn ist auch weit weniger erforscht als der biologische Austritt aus der Gesellschaft.: Es gibt eine etablierte Soziologie des Todes mit prominenten Studien und kontroversen Thesen, aber was für ein Zustand das Schwangersein - soziologisch gesehen – eigentlich ist, wurde in der Geschichte der Soziologie bislang nicht thematisiert.“ (Hirschauer/Heimerl et al. 2014: 1)

⁸ Heimerl befasst sich in ihrer Arbeit anhand einer schwierigen Fruchtwasseruntersuchung und einer Sonographie vor dem Schwangerschaftsabbruch auch mit krisenhaften Situationen während der Schwangerschaft. Die aufschlussreiche interaktionsanalytische Betrachtung dieser Situationen war mit ausschlaggebend für die Entscheidung, in der eigenen Forschung mit Goffman ebenfalls einen interaktionsbezogenen Zugang zum Phänomen zu wählen.

⁹ Bei den zitierten Beiträgen handelt es sich um Zwischenergebnisse aus der zu diesem Zeitpunkt noch laufenden Dissertation, die dem Autor zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit noch nicht in veröffentlichter Form vorlag.

dabei Beginn und Ende des Lebens über ihre biologische Definition hinaus als Grenzziehungen, die gesellschaftlich ausgehandelt werden, und befasst sich insbesondere mit der Frage nach den Verlusterfahrungen und Trauerformen früh verwaister Eltern. In diesem Zuge arbeitet sie mit dem inwändigen Sterben, der Unsichtbarkeit des Verlustes, dessen Liminalität und der zeitlichen Kollision von Geburt und Tod vier Deutungs- und Handlungsambivalenzen pränataler Verluste heraus (Böcker 2016a: 143 f.), die als analytische Konzepte auch an Teile des empirischen Materials in der vorliegenden Arbeit angelegt werden können. Hier ergeben sich zudem Anknüpfungspunkte zur hebammenwissenschaftlichen Dissertation von Karin Rost (2015), die sich anhand von problemzentrierten Interviews mit den Verlusterfahrungen von Müttern befasst, bei deren Kind während der Schwangerschaft eine infauste Diagnose gestellt wurde. Rost arbeitet in diesem Zuge ein theoretisches Phasenmodell heraus und beschreibt den Umgang mit der Diagnose als Rekonstruktionsprozess, in dessen Zuge nicht nur Zukunftsvorstellungen, sondern auch das Verständnis der eigenen Vergangenheit neu geordnet wird (Rost 2015: 328). Der Charakter der pränatalen Diagnose als Bruch in der Erfahrung, als Diastase im Sinne Waldenfelds‘ (vgl. dazu weiter unten Kapitel 4.4.), wird auch im Rahmen dieser Untersuchung deutlich werden, wobei sich auch zeigen wird, dass die Zäsur keineswegs auf infauste Diagnosen begrenzt ist. Des Weiteren zeigt Rost in ihrer Arbeit zum einen auf, dass die Anerkennung eines stillgeborenen Kindes konstitutionslogisch der Trauer um den Verlust vorausgeht und zum anderen, dass gegenwärtig eine Entwicklung beobachtet werden kann, nach der sich Paare auch bei einem nicht mit dem Leben vereinbaren pränatalen Befund zunehmend dafür entscheiden, die Schwangerschaft fortzusetzen und das Kind auszutragen, wodurch sich die gemeinsam erlebte Familienzeit in die Schwangerschaft vorverlagert.

Zu den Erfahrungen von Eltern, bei deren Kind während der Schwangerschaft eine oder mehrere Fehlbildungen diagnostiziert werden, liegen in der Soziologie bislang keine Studien vor. Die einzigen umfangreicheren Untersuchungen, die während der Ausarbeitung des Forschungsstandes festgestellt werden konnten, bilden Studien aus den US-Amerikanischen Pflegewissenschaften. So setzt sich Hedrick (1992) auf der Grundlage von offenen Interviews mit der Frage auseinander, wie Schwangere eine nicht-letale pränatale Fehlbildungsdiagnose beim Ungeborenen erfahren und rekonstruiert auf diesem Wege die Ambivalenz und Paradoxie als deren phänomenologischen Kern, der sich auch semantisch in den drei herausgearbeiteten Leitthemen „time is good, but also the enemy; you grieve but you don’t grieve; and the baby’s not perfect, but (s)he’s still mine“ (ebd.: 142) widerspiegelt. Reyes (2014) wiederum setzt sich mit der Wahrnehmung der interdisziplinären medizinischen Beratung seitens der Schwangeren vor dem Hintergrund einer behandelbaren Fehlbildungsdiagnose auseinander und arbeitet dabei die elementare Bedeutung des Vertrauens zu den Professionellen aus Sicht der Frauen sowie die Erfahrung von Angst und Kontrollverlust bei wechselnden pränatalen Befunden heraus (ebd.: 17 f.). Die Relevanz der diffusen Seite in der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Schwangeren wird auch in der vorliegenden Arbeit thematisiert, im Unterschied zu der Studie von Reyes, wird im Folgenden die zentrale pränatale Beratungssituation jedoch auch ethnographisch untersucht. Die Dissertation von Adams Tucker (2016) befasst sich ebenfalls aus inhaltsanalytischer Sicht mit der Erfahrung von werdenden Müttern im

Nachgang einer pränatal diagnostizierten Fehlbildung beim Ungeborenen. Dabei arbeitet sie insbesondere die Zäsur des ersten auffälligen Befunds heraus, die sich in den Ergebnissen des eigenen Forschungsvorhabens bestätigt.

1.3. Die wissenssoziologische Auseinandersetzung mit der pränatalen Diagnostik¹⁰

Die vorliegende Arbeit ist paradigmatisch in der Wissenssoziologie verortet, die sich ca. ab Mitte der 1990er Jahre verstärkt der Erforschung relativ neuer medizinischer Handlungsfelder zuwendet. Diese haben sich in der Folge medizintechnologischer Innovationen und damit einhergehender, sprunghafter Fortschritte in Diagnostik und Therapie herausgebildet und führen ihrerseits zu sozialen Folgen für die Gesellschaft wie den Alltag von Patient*innen und Angehörigen. In diesem Zusammenhang stellen eine relativ breite Auseinandersetzung mit dem modernen Hirntod-Konzept der Neurologie und dessen unmittelbaren Auswirkungen auf die Transplantationsmedizin die Hauptarbeitsgebiete dar. Darüber hinaus deutet sich mit der humangenetischen (Pränatal)Diagnostik ein weiterer Themenschwerpunkt an, in dem genuin wissenssoziologische Fragen aufgeworfen werden. Des Weiteren existieren einzelne Veröffentlichungen zur Reproduktionsmedizin (z.B. Gross/Honer 1990; Honer 1994a; 1994b; Funcke 2013) sowie zur Neonatologie (Peter 2013). Ein gemeinsamer Bezugspunkt dieser verschiedenen medizinischen Praxisfelder liegt darin, dass in ihnen Schwellenbereiche an „den Grenzen des menschlichen Lebens“ (Nieder/Schneider 2007) zunehmend professionell beeinflussbar werden. Komplementär zu erweiterten Handlungschancen entstehen hier, vor allem in komplexen Entscheidungssituationen, jedoch auch neue Deutungszwänge (Soeffner 2010: 21 f.), die sich nicht mehr im alleinigen Rekurs auf weitere medizinische Erkenntnisse bewältigen lassen. Dadurch rücken Fragen nach sich verändernden Konstruktionen der „Grenzen der Sozialwelt“ (Luckmann 1980) und nach dem Nicht-Wissen als Kehrseite jedweder Wissensproduktion in den Fokus. Im Folgenden wird auf ausgewählte Aspekte der Arbeiten zur humangenetischen Beratungspraxis von Alexander Bogner eingegangen, die für das hier verfolgte Forschungsvorhaben relevant sind.

Im Vergleich zu den Forschungsaktivitäten auf den Gebieten der Neuro- und Transplantationsmedizin¹¹ erscheint das weite Feld der pränatalen Diagnostik wissenssoziologisch bislang nur wenig erschlossen. Eine Ausnahme stellen in diesem Zusammenhang die Arbeiten Alexander Bogners dar. Bogner untersucht u. a. „Grenzpolitik[en] der Experten“ (2005) in der humangenetischen Beratungspraxis anhand von Experteninterviews und zeigt systematisch auf, dass in dem Maße, wie komplexe genetische Be-

¹⁰ Die Ausführungen unter 1.3. wurden mit einzelnen Änderungen aus einem DFG-Forschungsantrag unter Leitung von Prof'in Dr. Claudia Peter übernommen, in dessen Rahmen der Autor den wissenssoziologischen Forschungsstand zu neuen medizinischen Handlungsfeldern maßgeblich ausgearbeitet hatte.

¹¹ Vgl. hierzu exemplarisch die grundlegenden Arbeiten zum modernen Hirntod-Konzept von Lindemann (2002; 2003), zum Wachkoma Hitzler (2011; 2012; 2017) sowie zur Transplantationsmedizin Schneider (1999), Kahl/Knoblauch et al. (2017) und Manzei/Schneider (2006).

funde zunehmend die Basisunterscheidung gesund vs. krank im medizinischen Wissen unterlaufen, neuartige Uneindeutigkeiten und Ungewissheiten entstehen, die sich durch weitere Diagnostik alleine nicht mehr auflösen lassen.¹² In der Folge werden neben der professionellen Expertise zunehmend auch außermedizinische Wissensbestände und Auslegungsschemata als funktionale Äquivalente für fehlende Gewissheiten in kontingenten Situationen relevant. Wissens-Entscheidungen werden unter diesen Voraussetzungen dem Anspruch nach zu wissensbasierten, aber individuellen Wert-Entscheidungen (Bogner 2005: 203). Parallel dazu verändert sich nach Bogner mit einem deliberativen Beratungsideal die Differenz zwischen Experten und Laien (Bogner 2013). Steigende Partizipationsmöglichkeiten für Klient*innen und Patient*innen bedeuten zugleich jedoch auch eine verstärkte Responsibilisierung (Samerski/Henkel 2015) für die eigenen Entscheidungen. Während sich Bogners Untersuchungen auf die professionelle Seite der Arzt-Patient-Beziehung¹³ richten, markiert er die konkreten Interaktions- und Kommunikationsprozesse in der humangenetischen Beratung explizit als Anschlussstelle (Bogner 2005: 208) und die Frage nach „Strategien der [schwangeren] Frauen zur Ungewissheitsreduktion“ (Bogner 2013: 352) implizit als Desiderat für die weitere Forschung. Die Interaktion im Spannungsfeld zwischen sonographisch ermittelten Befunden und deren therapeutischen wie diagnostischen Auslegungshorizonten wird im Zentrum der ethnographisch beobachteten Pränatalsprechstunden stehen (Teil II), während der Umgang mit Ungewissheit seitens betroffener Eltern einen zentralen Bezugspunkt der Interviewanalysen bilden wird (Teil III).

Die direkte programmatische Verknüpfung zwischen einer Untersuchung der modernen Medizin und dem Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit als konstitutivem Bestandteil der Praxis stellen Peter/Funcke (2013) her. Der Sammelband beleuchtet Handlungs- und Deutungsherausforderungen, die aus einer komplementären Dynamik zwischen fortlaufender Wissenserweiterung und der kehrseitigen Produktion neuer Ungewissheiten und Bereiche des Nicht-Wissens entstehen, aus einer interdisziplinären Perspektive und anhand empirischer Beiträge u.a. zur Reproduktionsmedizin, pränatalen Diagnostik und Neonatologie. Dabei werden verschiedene Umgangsweisen mit vielfältigen Kontingenzen feldübergreifend als ein zentrales Problem für die grundlagentheoretische und empirische Forschung evident.

Am Ende dieser Bestandsaufnahme der bisherigen Forschung zum Gegenstand lassen sich vor allem drei Befunde festhalten. Die Auseinandersetzung mit der medizinischen Sicht auf angeborene Fehlbildungen (1.1.) hat gezeigt, dass es sich hierbei um ein gesellschaftlich relevantes Feld handelt, in dem eine neue Patient*innengruppe entsteht – und ebenso auch eine neue Generation an Kindern mit ihren Familien –, die ein klinisch geprägter Start ins Leben eint. Bezogen auf die Schwangerschaft als Forschungsgebiet innerhalb der Soziologie (1.2.) wurde offenbar, dass dieses zwar seit einigen Jahren erschlossen wird, bislang jedoch eine dezidierte Betrachtung komplizierter Schwangerschaften fehlt.

¹² Einen Vorschlag zur theoretischen Dimensionalisierung des Nicht-Wissens liefert Wehling 2006. Wehling konzentriert sich dabei primär auf systemische Phänomene des Nicht-Wissens und klammert „alltagspraktische Formen des (individuellen) Nicht-Wissens“ aus (Wehling 2006: 30, FN 25).

¹³ In dieser Arbeit häufig verwandte Begriffe wie Ärzt*innen, Mediziner*innen, Patient*innen etc. werden mit (*) gegendert, während einzelne, eher konzeptuelle Begriffe, wie Arzt-Patient-Beziehung oder Akteur hingegen nicht gegendert werden.

Schließlich hat der schlaglichtartige Blick auf die wissenssoziologische Auseinandersetzung mit der Pränatalen Diagnostik (1.3.) deutlich gemacht, dass deren bisheriger Schwerpunkt auf dem professionsspezifischen Wissen lag und nicht auf der Seite der Erfahrungen von Patient*innen und Angehörigen. An diesen Desideraten setzt die vorliegende Studie an.

2. Die Begründung des Situationsbegriffs als konzeptionelle Basis der empirischen Untersuchung

Den Forschungsgegenstand dieser Arbeit bildet die Situation einer Fehlbildungsdiagnose in ihrer Bedeutung für die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität. Das ungeborene Kind im Zentrum des Erkenntnisinteresses kann noch nicht selbst befragt oder beim Handeln beobachtet werden. Es stellt in diesem Sinne noch keine direkt zugängliche Erhebungseinheit dar, die unmittelbar zum soziologisch relevanten Fall gemacht werden könnte. Vielmehr kann die Frage nach dem Bedeutungshorizont einer Diagnose *für* das Kind nur vermittelt über die Rekonstruktion von elterlichen und medizinischen Zuwendungen untersucht werden. Darin liegt das erste, unmittelbar gegenstandsbezogene Argument, weshalb die Situation die „soziologisch relevant[e] Entität“ (Goffman 1971a: 147) in der vorliegenden Arbeit bildet, von der die empirische Untersuchung ihren Ausgang nimmt, im Gegensatz zu den verbreiteten und bewährten Fallstudien im weiten Feld qualitativ-interpretativer Sozialforschung. Der Situationsbegriff wird hier als soziologischer Grundbegriff angesetzt¹⁴, wobei für diese Entscheidung weitere Überlegungen mit ausschlaggebend waren.

Die Situation als soziologische Kategorie forciert zunächst ein theoretisches Denken in Spannungsverhältnissen und öffnet einen methodischen Zugang zum Verständnis sozialer Phänomene jenseits vereinfachender Dualismen. Betrachtet bereits Thomas „sowohl die Situation, wie sie objektiv nachprüfbar besteht, als auch die Situation, wie sie die betreffende Person sieht“ (Thomas 1965: 114) für das Zustandekommen von Situations-*definitionen* als relevant, attestiert Ziemann dem Situationsbegriff ein mediales und integratives Potential „gegenüber strikten Dichotomien von Mensch/Welt, Dasein/Umgebung, Individuum/Gesellschaft oder Handeln/Struktur. Theoriegeschichtlich und systematisch betrachtet, hat die Situationstheorie genau darin ihren Angelpunkt, jene Dichotomien aufzulösen und der Diskrepanz zwischen empirischer Welt- und Sozialerfahrung einerseits und Theoriebeschreibung bzw. Theoriearchitektur andererseits entgegenzuwirken“ (Ziemann 2013: 8). Ein soziologisch gehaltvolles Verständnis von Situationen kann deren Sinnhaftigkeit weder einem autarken Ego noch einer kontextentbundenen Struktur zuschlagen, sondern muss sie dynamisch in der unauflösbaren Wechselwirkung zwischen dem intersubjektiven Vollzug *von* Situationen und ihrer stets individuellen Bedeutung *als* biogra-

¹⁴ Auf die lange und zeitweise in Vergessenheit geratene Tradition des Situationsbegriffs in Soziologie und Philosophie kann an dieser Stelle nur verwiesen werden. Einen Überblick über verschiedene theoretische Ansätze bietet der Sammelband von Andreas Ziemann (2013). Paradigmatische Nähe zur hier verfolgten Konzeption im Anschluss an Goffman und Schütz weisen insbesondere Herbert Blumers (2013: 63 ff.) Überlegungen zum methodologischen Standpunkt des symbolischen Interaktionismus und Bahrds (1996) Grundformen sozialer Situationen auf.

phisch artikulierte Situationen im Erfahrungshorizont der involvierten Subjekte suchen. „Am Situationsbegriff sind also sowohl individuelle Wahrnehmung und Ziele (Wollen) als auch soziale Erwartungen und Regeln (Sollen) festzumachen und damit die Situationsordnung als (alltagsweltliches) doppeltes Problem zu untersuchen von einerseits kognitiver Orientierung und andererseits praktischer Handlungs- und Entscheidungskoordination“ (Ziemann 2013: 13). Im Umkehrschluss wird die wissenschaftliche Untersuchungsperspektive mit diesem ‚doppelten Problem‘ pluraler und komplexer. *Die Situation einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose*, als die soziologisch relevant gesetzte Grundeinheit, ist in diesem Kontext zunächst nur eine kontingente heuristische Konstruktion. Sie muss mit empirischen Ausdrucksformen menschlicher Situationalität gefüllt werden, um aus deren Analyse die internen Sinnzusammenhänge, das dimensionale Profil und die Außengrenzen der infrage stehenden Situation rekonstruktiv entfalten zu können. Dabei geht die vorliegende Arbeit „grundsätzlich von Verschiedenheiten und Multiplizitäten“ (Clarke 2011: 212) aus. Sie strebt im Erkenntnisprozess danach, die Bedeutungshorizonte pränataler Sozialität in der Breite herauszuarbeiten wie kehrseitig unauflösbare Ambiguitäten und damit einhergehende Grenzen wissenschaftlich eindeutiger Rekonstruktionen zu markieren, anstatt ein mehrdeutiges, relativ offenes und in Teilen sehr wahrscheinlich auch unvollständiges Netz von Sinnzusammenhängen in letztbegründenden, tendenziell universellen Prinzipien verankern zu wollen. Diese noch recht abstrakte Anlage des Situationsbegriffs gilt es mit Blick auf Phänomen und Erkenntnisinteresse zu konkretisieren.

Der Forschungsgegenstand dieser Untersuchung ist auf der Mikroebene des Sozialen angesiedelt und bewegt sich in einem noch relativ neuartigen Schwellenbereich zwischen Familie und Medizin am Lebensbeginn. Der Situationsbegriff bietet hier als konzeptionelle Ausgangsbasis am ehesten die notwendigen Voraussetzungen, um das empirische Phänomen gerade in den Wechselwirkungen zwischen beiden Wirklichkeitsbereichen aufsuchen zu können und die typischen Themen, Handlungs- und Deutungsmuster, ebenso wie Beziehungskonstellationen und raumzeitlichen Kontexte, in denen das Ungeborene lebensweltlich präsent wird, im Spannungsfeld zwischen professionellen und alltagsweltlichen Bezugnahmen zu rekonstruieren. Fragt man nach den Bedeutungshorizonten einer Fehlbildungsdiagnose für die Vorstellungen vom Kind, liegt es nahe, die Situationen, in denen Diagnosen gestellt werden, selbst zum Ausgangspunkt der empirischen Untersuchung zu machen. Dadurch kann die interaktive Herstellung von Sinnbezügen zum Dritten im Rahmen der Ultraschalluntersuchung und im anschließenden Gespräch analysiert werden; die konkreten Formen der Verständigung zwischen Medizin und Alltagswelt gelangen hier ebenso in den soziologischen Blick wie Grenzen des Fremdverstehens und reziproker Perspektivenübernahme; schließlich öffnen sich mit einem synchronen Zugang zur Diagnosestellung Einsichten in die Materialität¹⁵ und Körperbezogenheit einer Situation im Feld avancierter Pränataldi-

¹⁵ Joachim Renn rekonstruiert im handlungstheoretischen Abschnitt seiner Habilitation (Renn 2006, S. 183 ff.) die Intentionalität, Semantik und Materialität innerweltlicher Tätigkeiten als drei irreduzible Register der Handlungskoordination und –integration. Diese beziehen sich insbesondere auf der Ebene unmittelbarer Interaktionen wechselseitig aufeinander und setzen

agnostik. Auch in theoretischer Hinsicht scheint der Ausgangspunkt bei der klinischen Interaktion aussagekräftig mit Blick auf das Erkenntnisinteresse. So verweist Soeffner auf die Interaktion „als primären Kontext menschlicher Handlung, Sinnsetzung und Textproduktion“ (Soeffner 2004: 94); Schütz sieht die ‚Keimzelle‘ mundaner Sinnbildungen in einer Wirkens-Beziehung unter der Bedingung leiblicher Ko-Präsenz¹⁶; Goffman wiederum begreift das „Reich der Interaktion“ (Goffman 1994: 61) als relativ eigenständige Integrationsebene sozialer Ordnung. Gleichwohl würde ein Begriff der Situation, der sich einseitig auf *Interaktions*-Situationen konzentriert, für das zu untersuchende Phänomen zu kurz greifen.

Die *gemeinsame* Interaktion ist nicht nur genuiner Ort mundaner Sinnproduktion, subjektiver Erfahrungs- und sozialer Ordnungsbildung in den Mikrosphären der Lebenswelt, sie ist auf der anderen Seite des Spannungsverhältnisses zugleich immerschon bezogen auf und eingebettet in die *differenten* intentionalen Horizonte der interagierenden Subjekte. Die subjektive Situation als Sinneinheit in den Zusammenhängen individueller Erfahrung muss hinsichtlich ihrer thematischen Struktur, ihres dimensional Profils und ihrer raumzeitlichen Grenzen keineswegs identisch sein mit einer sozialen Situation als operativer Einheit der Praxis. Diese prinzipielle Differenz tritt im Rahmen des Phänomens besonders plastisch zum Vorschein, wenn die Diagnose einerseits aus professioneller Sicht das Fundament der medizinischen Fallkonstitution bildet, während sie andererseits für Eltern den Einbruch einer Krise in die Mitte des eigenen Lebens bedeutet und diese Krise in der Alltagswelt wiederum in den Bereich professioneller Routine fällt. Diese grundlegend verschiedene Stellung der Diagnose in Relation zum alltagsweltlichen und professionellen Erfahrungshorizont macht es notwendig, hinsichtlich der Perspektivendifferenz Schwerpunkte in der situationstheoretischen Untersuchung zu setzen. Während in der interdisziplinären Pränatalsprechstunde die Diagnostik im Vollzug untersucht werden kann und das heranwachsende Kind durch das interdisziplinäre Setting in die Verweisungszusammenhänge verschiedener Arzt-Patient-Beziehungen einbezogen wird – sodass hier relativ weitgehend die Übersetzungen medizinischer Sinnbezüge zum ‚Dritten‘ für werdende Mütter und Väter sowie in Teilen auch medizinin-

sich gegenseitig voraus, sodass ‚der‘ Sinn einer Interaktion selbst als Übersetzungsverhältnis zu verstehen ist. „Zu der pragmatischen Grundstruktur der Handlungsidentifikation und –integration gehört deshalb die permanente wechselseitige Übersetzung zwischen Intentionalität, Semantik und materieller Tätigkeit. Die einzelne Handlung lässt sich als materieller Vorgang („objektives‘ Ereignis), als subjektiver Vollzug und als sprachlich synthetisiertes Handlungsereignis bestimmen. Das Problem besteht dann nicht darin, wie die Identität zwischen diesen drei Ereignissen theoretisch begründet werden kann, sondern wie ihre pragmatische (immer präsumtive, vorläufige und revidierbare, ja notwendig revisionsoffene) Konstitution rekonstruiert werden kann.“ (Renn 2006: 223). Die theoretische Grundfigur von Übersetzungsverhältnissen, auf Situationen bezogen, begründet deren irreduzible Mehrdeutigkeit und relative Offenheit und macht komplementär die Bestimmung von Situationen zu einem potentiellen Problem – sie sind nur mehr oder weniger typisch und variabel typisierbar entlang ihrer intentionalen, semantischen und materialen Horizonte. Während eine systematische Auseinandersetzung mit dem Ansatz von Renn den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, könnte sich dieser jedoch längerfristig für die sozialtheoretische Fundierung eines mikrosoziologischen Situationsbegriffs, der nicht bei *Interaktions*-Situationen stehen bleibt, als außerordentlich fruchtbar erweisen.

¹⁶ Vgl. dazu auch die pragmatische Lesart der Schützchen Lebenswelttheorie von Srubar: „Das soziale Wirken ist also das ‚echte‘ soziale Handeln, weil es ein Verhalten ist, das vorentworfen wurde, um auf andere zu wirken. Soziales Wirken, wie Wirken überhaupt, ist also die Form des Handelns, um die es der Soziologie zu tun ist. Dies aus zwei Gründen: der erste – mehr triviale – liegt in der Beobachtbarkeit eines solchen Handelns. Der zweite Grund jedoch hat bei Schütz bereits ein systematisches Gewicht. Soziales Wirken ist die Grundzelle sozialer Beziehungen und als ein solches der Ort, an dem eine intersubjektive Sinnsetzung überhaupt stattfinden kann, denn erst hier, in der Wirkensbeziehung, entwickelt sich laut Schütz ein intersubjektiver Motivationszusammenhang [...]. Somit ist die Wirkensbeziehung jene Schlüsselstelle, aus der sich die Deutungsschemata, die unser soziales Handeln sinnvoll orientieren, generieren.“ (Srubar 1988: 103)

terne Sinnkonstruktionen erschlossen werden können – liefert die klinische Interaktion nur Anhaltspunkte in der Frage, was die Fehlbildungsdiagnose für betroffene Eltern bedeutet. Aus alltagsweltlicher Perspektive erscheint sie für die Eltern nicht in erster Linie als ein Handlungsproblem, das eigenständig bewältigt werden könnte, sondern als ein Erfahrungsproblem: unter eigenen Relevanzgesichtspunkten tragfähige Deutungen zu einer außeralltäglichen Situation mit ungewissem Ausgang entwickeln zu müssen, die sie nicht selbst intendiert haben, sondern in die sie geraten sind. Wenn also die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität in der wechselseitigen Resonanz zwischen professionellen *und* alltagsweltlichen Perspektiven erforscht werden sollen, ergibt sich daraus notwendig die Konsequenz, eine situationstheoretische Konzeption zu entwickeln, die der intersubjektiven Praxis im Rahmen der klinischen Diagnostik und der elterlichen Auslegung der Diagnose im Horizont der Erfahrung gleichermaßen Rechnung trägt.

Während Interaktion und Erfahrung als die primären Integrationseinheiten von Sinn- und Ordnungsbildung auf der Mikroebene des Sozialen angesehen werden können, deren kontrastive Spannung ein hohes Potential für das Erkenntnisinteresse aufweist, muss nun das eingangs noch abstrakte Konstrukt der pränatalen Diagnose als Situation vom soziologischen Standpunkt aus für die Untersuchung konkretisiert werden. Den theoretischen Angelpunkt des im folgenden Kapitel zu entwickelnden Situationsbegriffs bildet das Spannungsverhältnis zwischen Gemeinsamkeit und Differenz von professionellen und alltagsweltlichen Zuwendungen zum Dritten, aus dessen Dynamik heraus die typischen Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität im Phänomen rekonstruiert werden sollen. Einhergehend mit diesem Spannungsverhältnis als konzeptionellem Kern werden die Sinnentwürfe im Vollzug der klinischen Interaktion und die Verweisungszusammenhänge der Diagnose im Horizont elterlicher Erfahrung als epistemisch gleichrangig angesehen. Sie bilden in der empirischen Untersuchung zunächst eigenständige Ebenen; anschließend werden die Ergebnisse zueinander in Beziehung gesetzt, um die Ordnungsbildungen an der Schwelle zwischen Medizin und Alltagswelt in ihrer Komplexität und Vielschichtigkeit theoretisch modellieren zu können. Für dieses Vorhaben bedarf es einerseits geeigneter theoretischer Konzepte, die es ermöglichen, die soziologisch in Frage stehende Situation sowohl aus einer interaktions- als auch aus einer erfahrungsorientierten Perspektive in den Blick zu nehmen. In der vorliegenden Arbeit wird dazu auf Überlegungen von Erving Goffman und Alfred Schütz zurückgegriffen. Diese Anlage der situationstheoretischen Perspektive hat andererseits methodisch zur Folge, dass ein zweifacher Zugang zum Forschungsgegenstand gelegt werden muss. Interaktionen in ihrer Sequenzialität und Multimodalität lassen sich nur auf der Grundlage eines synchronen Zugangs zu ihrem Vollzug adäquat erheben und analysieren. Erfahrungen von Anderen hingegen können nicht beobachtet, sondern nur mitgeteilt werden, weshalb ihre Untersuchung diachron ansetzen muss.

Sowohl für Goffman als auch für Schütz bilden Situationen zentrale Kategorien in ihrem Verständnis sozialer Wirklichkeit. Sie sind die theoretische Grundeinheit, in deren Rahmen sich Interaktionen voll-

ziehen und Erfahrungen erworben werden. Finden für Goffman Interaktionen „einzig und allein in sozialen Situationen“ (Goffman 1994: 55) statt, ist bei Schütz der lebensweltliche Wissensvorrat „in vielfacher Weise auf die Situation des erfahrenden Subjekts bezogen“ (Schütz/Luckmann 2003: 149). Die *Situationalität* von Interaktion und Wissenserwerb bildet eine gemeinsame Schnittstelle zwischen den verschiedenen Ansätzen, die bisher nicht systematisch hinsichtlich ihres Potentials für einen interparadigmatischen Situationsbegriff ausgelotet worden ist.¹⁷ Während sich soziale Situationen bei Goffman auf einen wechselseitigen Wahrnehmungsbereich zwischen ihren Teilnehmer*innen gründen, rekurriert Schütz’s phänomenologisches Situationsverständnis auf das Wahrnehmungsfeld eines leiblich positionierten Subjekts im Hier und Jetzt; richtet Goffman seinen Blick synchron auf die Wechselwirkung zwischen Aktivitäten im interaktiven Vollzug, befasst sich Schütz aus diachroner Perspektive mit dem ko-konstitutiven Verhältnis zwischen Situation und Erfahrung; schließlich bietet der Schützsche Ansatz kaum unmittelbar einsatzfähige Konzepte für die empirische Untersuchung von Interaktionen an, wohingegen Goffmans reichhaltiges analytisches Instrumentarium genau dort nicht mehr greift, wo es um die Frage nach der individuellen Bedeutung einer Situation geht. Zugespitzt formuliert, konzentriert sich Goffman auf „Situationen und ihre Menschen“ (Goffman 1971b: 9), Schütz hingegen auf Menschen in ihren Situationen.

Gleichwohl operieren sie mit unterschiedlichen Grundannahmen und es wäre ein Fehlschluss, beide Ansätze schlichtweg als komplementär zu begreifen. Ein in Teilen naturalistisches Verständnis von Sozialität, wie es bei Goffman etwa im Territoriums begriff durchscheint, ist mit einer phänomenologischen Sicht auf die sinnstrukturierte Welt unvereinbar, die bei aller praktischen Intersubjektivität in lebensweltlichen Zusammenhängen, in der Frage der Sinnkonstitution an die Intentionalität des menschlichen Bewusstseins gebunden bleibt. Noch gewichtiger erscheint der Umstand, dass Goffman seinen Ansatz ohnehin nie systematisch ausgearbeitet hat, sodass auf theoretischer Ebene beide Autoren nicht einfach Gegenpositionen vertreten, deren Argumente sich auf gleicher Abstraktionsebene diskutieren ließen, sondern das Verhältnis bleibt hier asymmetrisch. Es kann auch nicht mit dem Verweis auf das empirische Defizit der Schützschen Analysen aufgewogen werden. In der vorliegenden Arbeit schlägt sich dieses Ungleichgewicht unter anderem darin nieder, dass zwar die Schützsche Relevanztheorie in die interaktionsanalytische Perspektive auf die Situation übersetzt werden kann, und auf diesem Wege das diffus bleibende Verhältnis zwischen Performanz und Semantik bei Goffman zu klären hilft; umgekehrt lassen sich Konzepte, wie die Territorien des Selbst oder Vorder- und Hinterbühnen, zwar punktuell als sensibilisierende Konzepte in die empirische Analyse der erfahrenen Situation(en) aus der Elternperspektive fruchtbar einbeziehen, jedoch nicht systematisch in das sozialphänomenologische Modell des Erfahrungsaufbaus.

¹⁷ Der Vergleich und mögliche Anknüpfungspunkte zwischen beiden Klassikern der (Wissens-)Soziologie war indessen bereits Gegenstand des disziplininternen Diskurses. Vgl. dazu die einführenden Überlegungen von Knoblauch 1994, Hitzler 1999 und Eberle 1991.

Trotz dieser und weiterer noch nicht hinreichend geklärten Fragen im Vergleich zwischen zwei Klassikern der Soziologie stellt der Situationsbegriff einen gemeinsamen Fluchtpunkt dar, in dem sich beide Perspektiven überschneiden, an vielen Stellen fruchtbar kreuzen und sich epistemisch gewinnbringend zueinander in Beziehung setzen lassen. Diese Schnittstelle zwischen Goffman und Schütz bildet in der vorliegenden Arbeit den konzeptionellen Ausgangspunkt für eine situationstheoretische Perspektive auf den Forschungsgegenstand, die die Frage nach dem Sinn sozialer Phänomene im Spannungsfeld zwischen intersubjektiven Handlungsvollzügen und deren subjektiver Bedeutung anvisiert. Auf dem Weg durch die situationstheoretischen Überlegungen von Goffman und Schütz in den folgenden Kapiteln werden wechselseitige Anknüpfungspunkte herausgearbeitet und das konzeptuelle Instrumentarium anhand generativer Fragen bereits auf den Forschungsgegenstand ausgerichtet. In diesem Zuge treten auch systematische Grenzen beider Ansätze zum Vorschein, die an einer Stelle mit der Responsiven Phänomenologie Waldenfelds¹⁸ hin zur Perspektive auf die Diagnose als Widerfahrnis überschritten werden müssen.

3. Interaktionsordnungen sozialer Situationen: Mikroanalyse der intersubjektiven Praxis im Anschluss an Erving Goffman

In seiner postum veröffentlichten Antrittsrede anlässlich der Ernennung zum Präsidenten der *American Sociological Association* im Jahr 1981 bestimmt Erving Goffman rückblickend die Untersuchung der direkten Interaktion als zentrales Thema seiner wissenschaftlichen Tätigkeit (Goffman 1994: 55)¹⁸. Sein Anliegen sieht er darin, die Sphäre sozialer Praxis in den Mikroräumen physischer Kopräsenz als ein eigenständiges Gegenstandsgebiet soziologischer Forschung zu etablieren, das weder auf die subjektiven Handlungsentwürfe der interagierenden Personen noch auf transsituative soziale Strukturen reduzierbar ist. Vielmehr betrachtet Goffman das „Reich der Interaktion“ (ebd.: 61) als eine relativ autonome Integrationsebene sozialer Ordnungsbildung, auf der die Frage nach der sinnhaften Gestalt einer intersubjektiven Praxis unter den Bedingungen reziproker sinnlicher Wahrnehmung im Brennpunkt des soziologischen Interesses steht, während demgegenüber das subjektive Erleben der Interaktanten ebenso wie der Bereich organisationaler und gesellschaftlicher Strukturen, systemtheoretisch gesprochen, als „Umwelten“ (Willems 1997: 38) der Interaktion erscheinen.

In seinen verschiedenen Arbeiten widmet sich Goffman auf der Grundlage dieses ‚primären Rahmens‘ einer Vielzahl von Forschungsgegenständen. Er untersucht u. a. die dramaturgische Dimension alltäglicher Inszenierungen (2003) [1959], erforscht die soziale Situation von Patient*innen in der stationären Psychiatrie (1973) [1961], fragt nach den Grundregeln des sozialen Verkehrs im öffentlichen Raum

¹⁸ Hier zitiert nach der deutschen Fassung, die 1994 in einer Aufsatzsammlung unter dem Titel *Interaktion und Geschlecht* bei Campus erschienen ist. Im Gegensatz zur kontrovers diskutierten Frage nach der paradigmatischen Zuordnung von Goffmans Arbeiten (vgl. Willems 1997: 17 f.), herrscht über die Interaktionsordnung als Leitmotiv seines Schaffens in der Rezeption inzwischen weitestgehend Konsens (vgl. dazu Drew/Wootton 1988; Hettlage 1991; Knoblauch 1994: 7 f.; Willems 1997: 27 ff.; Raab 2008: 9 f.).

(1982) [1971] und versucht einige elementare Rahmen der sinnhaften Organisation von Alltagserfahrungen zu rekonstruieren (1980) [1974].¹⁹ Im Zuge detaillierter und anschaulicher Beschreibungen empirischer Interaktionsphänomene – zu deren Zweck sich Goffman häufig origineller Vergleiche bedient – entwickelt er eine Fülle an heuristischen Begriffen, die für die Frage nach den Interaktionsordnungen der klinischen Situation unter methodischen Gesichtspunkten aufschlussversprechend sind.

Im Hinblick auf die theoretische Ausarbeitung des Situationsbegriffs ist Goffmans Position ebenfalls grundsätzlich anschlussfähig. So bezieht er – bei aller fehlenden Systematik seines Ansatzes – zumindest zum Verhältnis von Situation und Interaktion relativ klar Stellung. „Soziale Interaktion im engeren Sinne geschieht einzig und allein in sozialen Situationen“ (Goffman 1994: 55). Sie bilden die theoretische Basiseinheit, die „soziologisch relevante Entität“ (Goffman 1971a: 147), innerhalb derer sich im praktischen Vollzug Interaktionsordnungen formieren und ausdifferenzieren können. Diese konzeptionelle Weichenstellung ist für die in diesem Kapitel zu entwickelnde Argumentation insofern zentral, als sie es auch in Bezug auf Goffman schlüssig erscheinen lässt, die Situation als den primären theoretischen Grundbegriff anzusetzen, von dem ausgehend die Interaktion als Vollzugsmedium der Praxis in sozialen Situationen verstanden werden kann. Im Begriff der Situation liegt somit eine Schnittstelle zwischen interaktionstheoretischen und sozialphänomenologischen Überlegungen. Er bildet in der vorliegenden Arbeit die konzeptionelle Ausgangsbasis, den interparadigmatischen Angelpunkt für eine situationstheoretische Heuristik, die das Spannungsfeld zwischen Gemeinsamkeit und Differenz in methodischen Kontrastierungen, zwischen den Fragen nach dem typischen Sinn einer sozialen Handlungspraxis und ihrer subjektiven Bedeutung im Horizont individueller Erfahrung, in den Fokus der Untersuchung rückt.

Aus dem Umstand, dass Goffmans „systematischer Ehrgeiz“ (Hirschauer 2015: 113) zeitlebens begrenzt war, ergeben sich indessen auch eine Reihe von Herausforderungen, seinen Ansatz nicht nur methodisch gewinnbringend, sondern auch konzeptionell tragfähig in den anvisierten Situationsbegriff zu integrieren. Goffman hat seinen Terminus der sozialen Situation nie grundlegend theoretisch ausgearbeitet, zudem bezieht er sich auf einmal entwickelte heuristische Begriffe in späteren Studien nur noch sehr sporadisch, was die Frage aufwirft, wie die Vielzahl von sensibilisierenden Konzepten methodisch sinnvoll für die Untersuchung von Interaktionen miteinander verknüpft werden können. Des Weiteren bleibt die subjektive Seite intersubjektiver Praktiken, die Goffman durchaus sieht²⁰, grundsätzlich unterbestimmt. Insbesondere seine Überlegungen zur Bedeutung von Atmosphären für das gemeinsame Handeln ebenso wie zur Relevanz eines angemessen kognitiven *und* affektiven Engagements (z. B. Goffman 1973: 41 f.) der Teilnehmer*innen führen unweigerlich zu dem Schluss, dass diese keineswegs nur als funktionale

¹⁹ Die Angaben in eckigen Klammern stellen das jeweilige Erscheinungsjahr der Erstveröffentlichungen dar. Im Folgenden wird überwiegend aus den deutschsprachigen Ausgaben zitiert.

²⁰ Exemplarisch in der Einleitung zur *Rahmen-Analyse*, wo Goffman, in der Auseinandersetzung mit Alfred Schütz einräumt, dass die Differenz subjektiver Perspektiven und die ihnen inhärenten Relevanzsysteme soziale Situationen erheblich komplexer und mehrdeutiger machen. Er versucht dieses Problem jedoch gleichsam mit einer interaktionstheoretischen Epoché zu lösen und klammert die Fragen, die sich aus der Subjektivität unweigerlich für situative Ordnungsbildungen ergeben, vorab ein: „Ich möchte lediglich behaupten, diese Fragen seien zwar wichtig, aber nicht die einzigen, und man müsse nicht unbedingt auf sie eingehen, ehe man fortschreiten könne.“ (Goffman 1980: 18)

Trägerinstanzen übergeordneter Interaktionsregeln benötigt werden, sondern vielmehr auch als erlebende und verständige Subjekte gefordert sind.²¹ Nichtsdestotrotz fehlt in diesem Zusammenhang neben theoretisch elaboriertem Vokabular auch ein aufschlussfähiges Instrumentarium für empirische Analysen. Schließlich legt Goffman ein Erkenntnisinteresse an Interaktionsordnungen an, das von methodologisch begründbaren Generalisierungsansprüchen mikrosoziologischer Forschung nicht mehr hinreichend gedeckt wird. Im Kern geht er von einem Primat der Strukturen aus, die empirische Interaktionsprozesse strukturieren. Letztere sieht er als „Folge eines Systems von regelnden Konventionen“ (Goffman 1994: 63), das in einer sozialen Situation den Spielraum sinnvoller Handlungsmöglichkeiten vorgibt, verschiedene Rollen zuteilt und die potenziellen Erfahrungsfelder der Teilnehmenden vorzeichnet.²² Gleichwohl bietet die fehlende Systematik auch Chancen. Indem sie dem Rezipienten die trügerische Idylle eines elegant ausgebauten, schon ‚bezugsfertigen‘ Modells verweigert, öffnet sie zugleich auch Spielräume, Goffman pragmatisch zu lesen – die analytischen Stärken seiner Arbeiten für die empirische Untersuchung fruchtbar zu machen, ohne die konzeptionellen Schwächen als Ballast ‚mitschleppen‘ – und seine Gedanken mithin als Steinbruch²³ im Dienste der eigenen Interessen zu nutzen.

In den folgenden Abschnitten geht es darum, im Anschluss an Goffman eine interaktionsanalytische Perspektive auf den Forschungsgegenstand auszuarbeiten. Dazu werden zunächst eine Reihe grundlegender Ordnungsprinzipien sozialer Situationen entwickelt, soweit sie sich aus seinen diesbezüglichen Überlegungen herleiten lassen, und in ersten generativen Fragen dem empirischen Phänomen angenähert (3.1. – 3.5.). In diesem Zusammenhang werden Begriffe wie der Bereich wechselseitiger Wahrnehmung oder die typologische Unterscheidung zwischen zentrierter vs. nicht-zentrierter Interaktion dynamisch gewendet und als Strukturprobleme des situativen Vollzugs verstanden, die zwischen den Teilnehmer*innen implizit oder explizit ausgehandelt werden müssen. Auf diese Weise lässt sich ihr heuristisches Potential maximal ausschöpfen.

Aufbauend auf die Fertigung analytischer tools für Fragen nach den grundlegenden Ordnungsstrukturen sozialer Situationen geht es anschließend darum, das Leitmotiv der Interaktionsordnung, das bei Goffman letzten Endes programmatisch geblieben ist, für die Untersuchung der klinischen Sprechstunden konzeptuell zu schärfen. Hierzu werden mit seinen Überlegungen zu den Territorien des Selbst (3.6.) sowie zu Vorder- und Hinterbühnen (3.7.) zwei Heuristiken ausführlicher dargestellt, die sich als besonders aufschlussreich am Material erwiesen haben und denen Goffman selbst zumindest eigene Auf-

²¹ Goffmans soziologischer Blick oszilliert häufig zwischen Interaktions- und Wahrnehmungsanalyse, allerdings ohne deren konstitutionstheoretisches Verhältnis zueinander zu klären. Vgl. dazu auch die Rezeption von Thomas Eberle in Hettlage/Lenz 1991: 157 ff.

²² Zu diesem strukturtheoretischen Bias des Goffmanschen Ansatzes, der am deutlichsten in seinem Rahmen- und Ritualbegriff zum Ausdruck kommt, vgl. Willems 1997. Gerade die *Rahmen-Analyse* bleibt hinsichtlich ihres analytischen Gehalts im Vergleich zu früheren Arbeiten – trotz ihres Umfangs – relativ dünn und verschenkt augenscheinlich viel an mikrosoziologischem Potenzial auf der Suche nach primären ‚Sinntatsachen‘.

²³ Dieses pragmatische Verhältnis zu Goffmans Ansatz folgt in gewisser Weise seinem eigenen Umgang mit etablierten Theorien, sie als „Steinbrüche“ (Raab 2008: 33) für die Arbeit an der Interaktionsordnung zu gebrauchen.

sätze oder Buchkapitel gewidmet hat. Sie werden hier als Dimensionen der Interaktionsordnung angesetzt. Zum einen sollen sie den mikrosoziologischen Tiefgang der Analyse vorantreiben; zum anderen wird mit ihnen der *Raum* direkter Interaktionen als eine zweite, von der Interaktionsordnung abgeleitete, Ordnungsdimension soziologisch greifbar. Damit wird zugleich schon das Andock-Manöver für die Schützsche Relevanztheorie vorbereitet. Während Goffmans Ansatz für die Untersuchung der Dimensionen Interaktion und Raum in der interdisziplinären Pränatalsprechstunde Pate steht, können anschließend mit der Relevanztheorie die Ordnungsdimensionen Thema und Zeit stärker akzentuiert werden. Ziel der synchronen Untersuchungsperspektive auf die klinische Situation insgesamt wird es sein, die *typischen* Vollzugsmuster und Sinnfiguren der interaktiven Herstellung von Vorstellungen des Dritten zu Tage zu fördern und damit nicht zuletzt Goffmans erkenntnistheoretische Ansprüche für die eigene Arbeit auf „die Ebene des Typischen als adäquatem Generalisierungsniveau verstehender Soziologie“ (Endreß 2010: 34) ‚herunterzuschrauben‘.

3.1. Der Bereich wechselseitiger Wahrnehmung als Fundament sozialer Situationen

Das Fundament jeder sozialen Situation sieht Goffman in einem Bereich wechselseitiger Wahrnehmung zwischen mindestens zwei physisch ko-präsenten Akteuren.²⁴ Wahrnehmung umfasst in diesem Zusammenhang zum einen das eigene Wahrnehmen des Anderen als seinerseits wahrnehmendes Selbst und in entgegengesetzter Richtung das Erleben des Wahrgenommen-Werdens durch den Anderen. Dieser Reziprozität im engeren Sinne, einer nicht-stillstellbaren Dynamik zwischen Verfügbarkeit und komplementärem Ausgesetzt-sein, steht zum anderen als dritter Bezugspunkt die zuhandene situative Umgebung mit ihren räumlichen Anordnungen, Artefakten, sinnlichen Qualitäten und Betätigungsmöglichkeiten gegenüber.²⁵ Die Entstehung einer Situation entscheidet sich demnach zunächst am Zustandekommen eines „soziale[n] Zentrum[s] der Sinne“ (Hirschauer 2015: 112). „Denn im Mittelpunkt der ganzen Sphäre der Interaktion steht die wechselseitige Verstricktheit der Teilnehmer und ihre gemeinsame Beteiligung (und sei es auch nur in Form von Aufmerksamkeit) am Geschehen.“ (Goffman 1994: 57). Ein dichtes Gewebe ko-attentionaler Bezüge bildet die Grundlage für einen „breiten Informationsfluss“ (Goffman 1971a: 28) und „einfache Rückkopplung[en]“ (ebd.), die Goffman als zwei spezifische Eigenschaften der vis-à-vis-Interaktion definiert. An vielen Stellen dominiert bei ihm das Sehen die

²⁴ So schreibt Goffman in seiner Arbeit *Verhalten in sozialen Situationen* zu den Bedingungen von Ko-Präsenz: „Die vollen Bedingungen von *gemeinsamer Präsenz* sind in wenigen variablen Umständen anzutreffen: die Einzelnen müssen deutlich das Gefühl haben, daß sie einander nahe genug sind, um sich gegenseitig wahrzunehmen bei allem, was sie tun, einschließlich ihrer Erfahrungen der anderen, und nahe genug auch, um wahrgenommen zu werden als solche, die fühlen, daß sie wahrgenommen werden.“ (Goffman 1971a: 28, Herv. Im Orig.). Und davon ausgehend zum Begriff der Situation: „Mit dem Terminus Situation bezeichnen wir diejenige räumliche Umgebung, und zwar in ihrem ganzen Umfang, welche jede in sie eintretende Person zum Mitglied der Versammlung macht, die gerade anwesend ist (oder dadurch konstituiert wird). Situationen entstehen, wenn gegenseitig beobachtet wird, sie vergehen, wenn die zweitletzte Person den Schauplatz verläßt“ (ebd.: 28).

²⁵ Hier ergibt sich erneut eine Parallele zum materiellen Register bei Renn: „Und es wird vor allem klar, dass es sich bei diesem materiellen Register nicht schlicht um die ‚objektive‘, äußere Realität handeln kann, sondern um eine ‚zuhandene‘ Umgebung (im Sinne Heideggers, den auch Habermas hier zitiert), die nicht neutral, ‚objektiv‘ darstellt, sondern nur in Übersetzungen artikuliert werden kann. Dabei geht es nicht allein um die situationsspezifische, besondere Bezugnahme auf konkrete Umgebungsaspekte, sondern grundsätzlicher um die Verbindung zwischen leiblich fundierter Situativität des Handelns und rationalisierbarer sprachlicher Bedeutung“ (Renn 2006: 260).

sinnliche Wahrnehmung.²⁶ Das Visuelle ist entsprechend für Fragen nach der Struktur und Dynamik von Aufmerksamkeitsfeldern in der Situation von zentraler Bedeutung. Goffman betrachtet den Blickkontakt, mit seinem Potential, maximale Synchronität in der Wechselwirkung zu erzeugen – das schon Simmel gesehen hat²⁷ –, als den Kern zentrierter Interaktionen. In diesem Sinne folgerichtig, stellt er einem gemeinsamen kognitiven Brennpunkt der Aufmerksamkeit ein visuelles Pendant als gleichermaßen relevant für die situative Ordnungsbildung an die Seite.

Vor diesem Hintergrund ist es plausibel, in der Struktur und im synästhetischen Profil²⁸ von Aufmerksamkeitsfeldern ein grundlegendes Ordnungsprinzip sozialer Situationen zu sehen. Generative Fragen an die Interaktionsordnung können folglich schon auf dieser Ebene an das Material gerichtet werden: *Wer befindet sich mit wem über welche Sinneskanäle in einem Bereich wechselseitiger Wahrnehmung und worauf richtet sich die Aufmerksamkeit der Interaktanten?* In den Pränatalsprechstunden unterscheiden sich verschiedene Phasen des Ablaufs bereits in den Anordnungen dieser Tiefenschicht der Praxis. Während die Aufmerksamkeit in der Eröffnungsphase, in der sich Eltern und Mediziner*innen begrüßen, von einem flottierenden Zentrum auf schnell wechselnde Interaktionsdyaden in Bewegung gehalten wird und sich kaum zu einer stabileren Struktur verfestigt, komprimieren sich der kognitive und visuelle Brennpunkt mit Beginn der Ultraschalldiagnostik auf die beiden Monitore im Raum, an denen die ersten Bilder des Ungeborenen erscheinen. Die direkte Interaktion unter den Erwachsenen wird in dieser Phase – die zugleich den Kern der klinischen Situation darstellt – massiv heruntergedimmt; im Fokus stehen die Wahrnehmung und Auslegung des fetalen Körpers. Schließlich wandert das Zentrum der Aufmerksamkeit im anschließenden Gespräch wieder zurück in die Bahnen der Wechselwirkung zwischen den unmittelbar anwesenden Personen und bleibt über eine längere Zeit stabil. Hier deuten sich bereits die vielfältigen Relationen zwischen Aufmerksamkeitsfeldern und spezifischen Handlungsproblemen an, sodass es aufschlussreich erscheint, Fragen nach dem attentionalen Profil einer Situation systematisch in die Untersuchung der Interaktionsordnung miteinzubeziehen.

Während eine miteinander geteilte Sphäre sinnlicher Wahrnehmbarkeit, innerhalb derer sich die Teilnehmer*innen reziprok aufeinander und gemeinsam auf Handlungs- und Deutungsprobleme beziehen können, für die ‚Sozialität‘ von Situationen im Sinne Goffmans konstitutiv ist, werden im Rahmen des

²⁶ Im Kontext der Territorien des Selbst befasst sich Goffman explizit auch mit taktilen, auditiven und olfaktorischen Grenzüberschreitungen (Goffman 1974: 74 f.). Insgesamt erhält die visuelle Wahrnehmung bei der Strukturierung interaktiver Praktiken theoretisch jedoch klar den Vorzug. Zur Dominanz des Visuellen in der Interaktion – bei Goffman und Schütz – und der Notwendigkeit, diese angesichts zunehmend medial vermittelter Formen von Reziprozität teilweise zu revidieren vgl. auch Meyer 2015.

²⁷ Vgl. dazu Simmel in seinem berühmten Exkurs über die Soziologie der Sinne in seiner Soziologie: „Unter den einzelnen Sinnesorganen ist das Auge auf eine völlig einzigartige soziologische Leistung angelegt: auf die Verknüpfung und Wechselwirkung der Individuen, die in dem gemeinsamen Sich-Anblicken liegt. Vielleicht ist dies die unmittelbarste und reinste Wechselbeziehung, die überhaupt besteht.“ (Simmel 1992: 723)

²⁸ Im Anschluss an phänomenologische Überlegungen zur Sinneswahrnehmung wird in der vorliegenden Arbeit von vorneherein von einem synästhetisch strukturierten Feld leiblicher Wahrnehmung ausgegangen, in dem, abhängig von den situativen Relevanzen, jeweils unterschiedliche Sinnesmodalitäten in den Vordergrund rücken können. Zum Synästhesiebegriff aus leibphänomenologischer Perspektive vgl. Waldenfels 2000, S. 89 f.

Phänomens jedoch ebenso zentrale Aspekte sichtbar, die sich von der Warte einer als gegeben vorausgesetzten Intersubjektivität nicht mehr präzise begreifen lassen. In existenziell mehrdeutigen Situationen beginnen die Grenzen des Sozialen selbst zu schillern und thematisch zu werden. *So besteht eine entscheidende Frage an die klinischen Sprechstunden gerade darin, inwieweit und auf welche Weise Mediziner*innen und werdende Eltern das Ungeborene schon als ein soziales Gegenüber entwerfen, dem attestiert wird, für Interaktionsangebote erreichbar und zu intentionalen Bezugnahmen auf seine Umwelt fähig zu sein.* Im Umkehrschluss hat es ebenso unmittelbare Auswirkungen auf die innere Ordnung und die Grenzen einer sozialen Situation, wenn während der Diagnostik das heranwachsende Kind primär als medizinisch relevanter Körper und gerade nicht als personaler Dritter anvisiert wird. Hier treten liminale Sphären in der Interaktion zum Vorschein, die es angemessener erscheinen lassen, die Grenzen des gemeinsamen Wahrnehmungsbereichs – und damit zugleich die Grenzen einer sozialen Situation – nicht als exakte ‚rote Linien‘ zu verstehen, sondern eher als dehnbare Schwellen, die im Vollzug von Sinnsetzung und Sinndeutung zwischen den Teilnehmern implizit oder explizit ausgehandelt werden müssen.

Darüber hinaus liegt in der Frage nach einem adäquaten Verständnis situativer Wahrnehmung bereits ein erster Knotenpunkt zwischen interaktionstheoretischen und sozialphänomenologischen Überlegungen, der es erlaubt, das Spannungsfeld zwischen Gemeinsamkeit und Differenz schon auf dieser Ebene konzeptuell auszunutzen. Goffmans gemeinsamem Wahrnehmungsbereich der Teilnehmer*innen an einer Interaktion können mit Schütz die stets differenten Wahrnehmungsfelder der interagierenden Subjekte gegenübergestellt werden. Das, *was* in einer gemeinsamen Situation aus der Sicht von *jemandem* als thematisch relevant im Zentrum der eigenen Wahrnehmung erscheint und *wie* es ausgelegt wird, ist nicht nur abhängig von den situativ auferlegten Relevanzen und der Position im Raum, sondern ebenso intentional bezogen auf den Wissensvorrat des Subjekts. Ausgehend von dieser konstitutiven Spannungsdynamik kann gefragt werden, in welchen Phasen die subjektive Wahrnehmung der Teilnehmer*innen implizit im Horizont einer reibungslos fungierenden Kooperation verbleibt, wo umgekehrt eine zunehmende Differenz attentionaler Bezüge thematisch wird und welche Schlüsse daraus für die Interaktionsordnung der Situation zu ziehen sind.

3.2. Dynamische Zentrierung und Dezentrierung sozialer Situationen

Ein zweites Ordnungsprinzip sozialer Situationen liegt in der Struktur ihrer Zentrierung. Goffman unterscheidet in diesem Zusammenhang typologisch zwischen nicht-zentrierter und zentrierter Interaktion (z.B. Goffman 1973b: f.). Während Erstere bereits durch die punktuelle Überschneidung subjektiver Wahrnehmungsfelder zustande kommt, setzen zentrierte Interaktionen eine intersubjektiv geteilte Situationsdefinition sowie einen gemeinsamen Brennpunkt kognitiver und visueller Aufmerksamkeit über eine gewisse Dauer voraus. Erst unter diesen Bedingungen erscheint es indes auch soziologisch sinnvoll, von Situationen als relativ geschlossenen operativen und sinnhaften Einheiten zu sprechen; nur im sequenziellen Ablauf mehrerer Handlungszüge kann ein thematisches Feld der Situation entfaltet, können

Interaktionspositionen mit spezifischen Handlungsanforderungen, -spielräumen und -grenzen ausgehandelt und räumliche Arrangements zum materialen Horizont sozialer Praktiken werden. Situationen wie das Einander-Ausweichen auf dem Gehweg und ein Gespräch unter Freund*innen oder eine medizinische Untersuchung unterscheiden sich demnach in den Graden ihrer sozialen Verbindlichkeit und Komplexität. Soll über einen längeren Zeitraum kooperiert werden, steigen in der Regel die Anforderungen an die Akteure. Sie müssen sich wechselseitig ihre Wahrnehmung und Anteilnahme anzeigen, ein hinreichendes kognitives und affektives Engagement zum Ausdruck bringen und im interaktiven Zusammenspiel eine tragfähige performative wie semantische Form der Praxis finden, in der die Situation bewältigt werden kann.

Von diesem Standpunkt aus betrachtet, kann die Pränatalsprechstunde zunächst grundsätzlich als zentrierte Interaktion verstanden werden. Zieht man jedoch Goffmans eigene Überlegungen hinsichtlich der Übergänge von nicht-zentrierten zu zentrierten Begegnungen in seiner Auseinandersetzung mit der Struktur von Blickkontakten hinzu (Goffman 1971a: 89 ff.), bietet es sich darüber hinaus an, auch dieses Ordnungsprinzip weniger im Sinne einer strikten Dichotomie zu lesen und es stattdessen als Frage nach *Bewegungen* der Zentrierung- und Dezentrierung im situativen Vollzug dynamisch zu konzeptualisieren. Auf diese Weise können zentripetale und zentrifugale Bewegungsmuster, Prozesse der Öffnung und Schließung, innerhalb einer sozialen Situation als generative Fragen an ihre Interaktionsordnung analytisch in den Blick genommen werden. *In welchen Phasen konzentriert sich das Geschehen auf ein dichtes Zentrum der Aufmerksamkeit und wo lockern die Teilnehmer*innen gleichsam die ‚Zügel‘ der Interaktion, sodass sich Spielräume für andere handlungspraktische und thematische Impulse ergeben?* Über ein dynamisches Verständnis von (De-)Zentrierungen öffnet sich zudem ein Zugang zur soziologischen Beschreibung von Atmosphären einer Situation. So zeigen sich innerhalb der Sprechstunde ein geordneter Wandel ebenso wie manchmal das plötzliche Umschlagen der Atmosphäre – wenn z.B. das Ungeborene unvermittelt in ausdrucksstarken Profilbildern am Monitor erscheint oder eine Schwangere zu weinen beginnt – nicht zuletzt in Transformationen von Zentrum und Peripherie des Geschehens.

Auf der Ebene zentrierter Interaktionen unterscheidet Goffman noch einmal zwischen einfach zentrierten, teilzentrierten und multizentrierten Begegnungen (Goffman 1971a: 91 f.). Mit dieser weitergehenden Binnendifferenzierung gewinnt das Ordnungsprinzip an Komplexität, sodass verschiedene situative Konstellationen denkbar werden. Insbesondere bei einer größeren Teilnehmendenzahl können sich zeitlich parallel mehrere Begegnungen in einer Situation entspinnen, womit zugleich Fragen nach deren wechselseitigen Bezügen und Interferenzen relevant werden. Goffman setzt sich dementsprechend auch eingehender mit dem Problem auseinander, wie Haupt- und Nebenbegegnungen in einer sozialen Situation zusammenwirken (Goffman 1973b: 69 f.). Inwieweit lässt ein offizielles Zentrum visueller und kognitiver Aufmerksamkeit an seiner Peripherie Freiräume für untergeordnete Praktiken zu, wann geraten Haupt- und Nebenbegegnungen in Konkurrenz zueinander bzw. in welchen Zusammenhängen fungieren Letztere umgekehrt, im Dienste der Interaktionsordnung, als Ventile, über die Spannungen

abgebaut werden können? Dieser Gedanke einer Pluralisierung des Zentrums der Situation setzt sich noch einmal fort auf der Ebene des einzelnen Akteurs in der Frage nach den Zusammenhängen zwischen gefordertem Haupt- und gewährtem Nebenengagement (Goffman 1971a: 50 ff.). So ist es z.B. heute in Universitätsseminaren legitim, eine Trinkflasche vor sich auf den Tisch zu stellen und von Zeit zu Zeit etwas zu trinken, während das genüssliche Ausbreiten eines opulenten Mahls in den allermeisten Fällen die Blicke der Anderen auf sich ziehen, das offizielle Aufmerksamkeitszentrum der Situation in Frage stellen und Dozent*innen unter Handlungsdruck setzen würde. *Interaktionsordnungen können folglich nicht nur monothetisch auf Dynamiken ihrer Zentrierung bzw. Dezentrierung hin beleuchtet werden, sondern noch einmal tieferschürfender in Bezug auf die Fragen, ob und wann sich im situativen Vollzug mehrere Zentren herausbilden, wie diese Zentren untereinander in Beziehung stehen und welche kohäsiven oder adhäsiven Effekte von ihnen ausgehen.* Wie die Heuristik dadurch an mikrosoziologischer Tiefenschärfe gewinnt, wird exemplarisch ein einem weiteren Beispiel aus der klinischen Situation deutlich. Während der sonographischen Diagnostik gründet sich die Interaktionsordnung auf eine Differenz zwischen Aufmerksamkeitsfokus und Handlungszentrum. Die medizintechnologische Brücke zwischen der schallenden Gynäkologin und dem Bauch der Schwangeren über den Schallkopf bildet die materiale und symbolische Basis dafür, dass an den Monitoren Ultraschallbilder des fetalen Körpers erscheinen können. Läuft die Diagnostik reibungslos, bleibt dieses Handlungszentrum zwar mitgegeben, aber implizit fungierend im Horizont (Feith 2018b). Kann das Ungeborene hingegen nicht präzise genug dargestellt werden, wird die zuvor latente Verbindung nun selbst thematisch und erfordert eine Zuwendung, die mit dem primären Aufmerksamkeitszentrum am Bildschirm konkurriert. Der Ablauf der Untersuchung gerät ins Stocken.

3.3. Situierete Interaktionen: Affektivität, Performanz und Semantik als Modalitäten eines responsiven Geschehens

Die Frage nach einem theoretisch adäquaten Verständnis der Interaktion in sozialen Situationen zielt ins Zentrum des zu entwickelnden Situationsbegriffs. Gleichwohl treten gerade hier die Schwierigkeiten in der konzeptionellen Arbeit mit Goffman offen zu Tage. Seine Überlegungen in diesem Zusammenhang bleiben fragmentarisch und lassen kaum eine systematische Antwort auf die Frage zu, wie das Zusammenwirken verschiedener Modalitäten der Praxis und ihr Verhältnis zur Interaktion als deren übergreifendes Vollzugsmedium grundlagentheoretisch zu denken ist. Entsprechend erscheint es hier noch mehr als an anderen Stellen notwendig, seine verstreuten, teils vagen Hinweise weiterzudenken und auszuloten, wie weit der Goffmansche Ansatz in der Untersuchung der klinischen Situationen trägt.

Goffman betrachtet die Interaktionsordnung als „Handlungssphäre“ (Goffman 1994: 63), die „am besten mit den Mitteln der Mikroanalyse untersucht werden sollte“ (ebd.: 55). Soziales Handeln wiederum betrachtet er als ein komplexes Gewebe verschiedener Dimensionen: „Gefühle, Stimmungen, Wissen, Körperstellungen und Muskelbewegungen sind im sozialen Handeln innig miteinander verknüpft und verleihen ihm unvermeidbar einen psychobiologischen Charakter“ (ebd.: 57). Aus diesem Zitat wird

zunächst deutlich, dass für ein adäquates Verständnis von vis-à-vis-Interaktionen eine Untersuchung ihrer sprachlichen Semantik alleine keineswegs hinreichend ist, sondern demgegenüber prinzipiell die performative Dimension der Praxis unter den Voraussetzungen physischer Ko-Präsenz, aber auch ihr subjektives Erleben seitens der Teilnehmenden eine zentrale Rolle im Prozess situativer Ordnungsbildungen spielen. Goffman betont an verschiedenen Stellen die Relevanz eines angemessenen, kognitiven *und* affektiven Engagements der Teilnehmenden²⁹, damit sich eine stimmige Atmosphäre in der Situation für die gemeinsam zu bewältigen Handlungsherausforderungen entwickeln kann. Auch in *Encounters* zeichnet Goffman das Bild einer dichten, mehrdimensionalen Praxis, wenn er die aus seiner Sicht entscheidenden Züge zentrierter Interaktionen aufzählt:

Für die Teilnehmer umfaßt das: einen einzigen visuellen und kognitiven Brennpunkt der Aufmerksamkeit; eine wechselseitige und bevorzugte Aufgeschlossenheit für verbale Kommunikation; eine erhöhte wechselseitige Relevanz der Handlungen, ein ökologisches Zusammendrängen „Auge in Auge“, das die Möglichkeit jedes Teilnehmers vergrößert, gewahr zu werden, wie ihn der andere Teilnehmer „überwacht“. Sind diese Vorkehrungen für die Kommunikation getroffen, wird dies häufig durch expressive Zeichen bestätigt oder anerkannt; wahrscheinlich taucht ein „Wir-Gefühl“ auf, ein Gefühl für die eine Sache, die *wir* gerade gemeinsam tun. Begrüßungs- und Abschiedszeremonien werden wahrscheinlich ebenfalls angewandt wie Zeichen, die den Beginn und das Ende der Begegnung oder der zentrierten Versammlung als Einheit bestätigen. Ob die Begegnungen durch Rituale zusammengehalten werden oder nicht, sie dienen als Kommunikationsbasis für ein zirkuläres Fließen des Gefühls zwischen den Teilnehmern, genauso wie als korrigierende Kompensation für abweichendes Verhalten. (Goffman 1973b: 20, Herv. im Orig.)³⁰

Wenn demnach – diese Lesart legen die Zitate nahe – ‚direkte‘ Interaktion nicht auf ihren semantischen Gehalt reduziert, aber auch nicht ausschließlich über ihre Performanz begriffen werden kann, weil das Affektive entscheidend die Atmosphäre und mit ihr die Dynamik des Handelns mitbestimmt, stellt sich die Frage, wie diese reziprok miteinander verwobenen, aber nicht aufeinander rückführbaren Dimensionen ihrerseits sinnvoll in den Interaktionsbegriff als Vollzugs-*Einheit* integriert werden können? Goffmans Ausgangspunkt von der wechselseitigen Wahrnehmung, mit der Teilnehmen bereits auf der Ebene von Aufmerksamkeit beginnt³¹, weist hier in die Richtung, den Kern von vis-à-vis-Interaktionen in einer wechselseitigen Responsivität zu sehen.³² In einem solchen responsiven Verständnis von Interaktion setzt das Antworten auf Ansprüche des Anderen bereits auf der Ebene des reziproken Anzeigens

²⁹ Vgl. z.B. Goffman 1971a: 44 (insbesondere Anm. 3); Goffman 1973b: 41 f. und Goffman 1973a: 171

³⁰ In einer Anmerkung zu den zitierten Ausführungen äußert Goffman selbst Bedenken hinsichtlich der wissenschaftlichen Adäquanz des Begegnungsbegriffs. Begegnungen und zentrierte Versammlung fallen bei ihm unter die Rubrik zentrierter Interaktionen.

³¹ Auch eine Passage in *The Interaction Order* erhärtet die Lesart, den Kern direkter Interaktionen bei Goffman in einer wechselseitigen Responsivität zu sehen, die bereits im Anzeigen von Wahrnehmung und Aufmerksamkeit einsetzt und eine notwendige Vorbedingung für komplexere Formen sozialen Handelns bildet: „Befindet sich ein Individuum erst einmal in der Gegenwart eines anderen, zeigen beide eine bewundernswerte Fähigkeit, ihre Aufmerksamkeit auf ein und dieselbe Sache zu richten, gleichzeitig wahrzunehmen, was sie gerade tun und außerdem zu registrieren, daß sie es wahrnehmen. In Verbindung mit ihrer Fähigkeit, sich die Abläufe der eigenen Handlungen gegenseitig anzuzeigen und die Reaktionen auf solche Anzeigen anderer blitzartig zu übermitteln, ist damit eine wesentliche Vorbedingung für etwas sehr Wichtiges geschaffen: die anhaltende, eng synchronisierte Koordinierung von Handlungen [...]“ (Goffman 1994: 59).

³² Stefan Hirschauer kommt aus einer praxeologischen Perspektive zu einem ähnlichen Schluss: „Interaktivität meint responsive Beziehungen zwischen *Aktivitäten*“ (Hirschauer 2015: 119, Herv. im Orig.). Während Hirschauer ko-responsive Bezüge allerdings strikt auf das Feld der Praktiken begrenzt, sodass die tätigen Subjekte außen vor bleiben, wird in der vorliegenden Arbeit an ein leiblich fundiertes Responsivitätsverständnis von Bernhard Waldenfels angeschlossen (vgl. zuletzt Waldenfels 2015), das im Lichte des Forschungsgegenstands angemessener und besser geeignet erscheint, die Brücke zwischen interaktionstheoretischen und (sozial)phänomenologischen Denkweisen des Situativen weiter auszubauen.

von Aufmerksamkeit an und umfasst mit Mimik, Gestik und Körperbewegungen ein breites Spektrum performativer Ausdrucksformen, sodass die verbale Kommunikation hinsichtlich ihrer Semantik nur ein Register unter mehreren einer weit umfassenderen leiblich fundierten Praxis darstellt.

In seinen empirischen Studien konzentriert sich Goffman vor allem auf die Performanz der Interaktion. Die Frage danach, wie die Teilnehmer*innen durch das wechselseitige Anzeigen ihrer Wahrnehmung und Anteilnahme, über Mimik, Gestik und insgesamt – flüchtige wie dauerhafte – Ausdrucksträger ihrer persönlichen Erscheinung implizit Situationsdefinitionen untereinander aushandeln, bildet einen zentralen Bezugspunkt seiner Untersuchungen. Den epistemischen Vorrang des Performativen vor der Semantik im Horizont physischer Ko-Präsenz betont Goffman mit Blick auf die nicht gänzlich zum Schweigen zu bringende Sprache des Körpers: „Ein Mensch kann aufhören zu sprechen, er kann aber nicht aufhören, mit seinem Körper zu kommunizieren; er muß damit entweder das Richtige oder das Falsche sagen; aber er kann nicht gar nichts sagen“ (Goffman 1973b: 43). Vor diesem Hintergrund erscheint es logisch konsequent, die Untersuchung der Interaktionsordnung in den klinischen Sprechstunden systematisch auf den Bereich der Performanz im situativen Vollzug auszurichten. Dazu werden weiter unten mit Goffmans Überlegungen zu den Territorien des Selbst sowie zu Vorder- und Hinterbühnen der Interaktion zwei Konzepte ausführlicher dargestellt, die sich am empirischen Material in dieser Hinsicht bewährt haben. Sie werden hier als Dimensionen der Interaktionsordnung angesiedelt, um den weitestgehend programmatisch gebliebenen Leitbegriff konzeptuell zu differenzieren und auf diesem Wege die notwendige Tiefenschärfe für die Analyse der klinischen Situation zu gewinnen. *Zentrale Ansatzpunkte für die Untersuchung der Interaktionsordnung in den Sprechstunden bilden unter anderem die Fragen: Welche Aktorpositionen mit jeweils spezifischen Handlungsanforderungen, -Spielräumen und -Grenzen kristallisieren sich im situativen Vollzug heraus? Wie werden, insbesondere während der Diagnostik, Nähe und Distanz zwischen Körpern ausgehandelt und dabei verschiedene Territorien des Selbst tangiert? Aus diesem Blickwinkel erscheint die Interaktionsordnung als ein Geflecht territorialer An-Sprüche, in dessen Bahnen mit dem Gewähren von Zugängen und dem Setzen von Grenzen auch Interaktionsspielräume eröffnet bzw. geschlossen werden. Einen weiteren heuristischen Ansatzpunkt bildet die Frage nach Binnendifferenzierungen des klinischen Raumes und seiner Artefakte in Vorder- und Hinterbühnen.*³³

Wie oben bereits angedeutet, bietet der interaktionsanalytische Ansatz anhand der Untersuchung von Zentrierungs- und Dezentrierungsbewegungen einen Zugang zur strukturellen Seite affektiver Dynamiken einer Situation. Verdichtet sich das interaktive Geschehen in bestimmten Phasen auf ein kollektiv verbindliches, kognitives wie visuelles Zentrum der Aufmerksamkeit oder weitet es sich in anderen,

³³ Hier liegt zudem eine Verbindung zwischen interaktionsanalytischen und raumsoziologischen Überlegungen in Bezug auf das Atmosphärenproblem. So schreibt Martina Löw mit Blick auf die Verbindung zwischen Raum und Atmosphäre: „Atmosphären sind demnach *die in der Wahrnehmung realisierte Außenwirkung sozialer Güter und Menschen in ihrer räumlichen (An)Ordnung*. Das bedeutet, Atmosphären entstehen durch die Wahrnehmung von Wechselwirkungen zwischen Menschen oder/und aus der Außenwirkung sozialer Güter im Arrangement.“ (Löw 2001: 205, Herv. im Orig.)

sodass Spielräume für Nebenbegegnungen und alternative Handlungen größer werden, liegt in der Analyse derartiger zentripetaler und zentrifugaler Dynamiken die Möglichkeit einer interaktionstheoretischen Beschreibung von Situationsatmosphären. Dieser Zugang scheint insbesondere dafür prädestiniert, das plötzliche Umschlagen von atmosphärischen Qualitäten durch nicht unmittelbar anschlussfähige Ereignisse im sequenziellen Ablauf in seinen Wirkungen auf die Interaktionsordnung soziologisch in den Blick zu bekommen. Gleichwohl stößt ein auf das Handeln im Zwischenraum der Subjekte getrimmter Ansatz spätestens dort an eine Grenze, wo es um die Frage nach dem subjektiven Erleben der Situation geht. Anknüpfend an die bereits markierte Schnittstelle zwischen den Paradigmen auf der Ebene des Wahrnehmungsfeldes bietet der Responsivitätsbegriff (vgl. dazu unten Kapitel 4.4.) einen zweiten Ansatzpunkt, den interaktionstheoretischen Blick auf den Gegenstand mit einem phänomenologischen Pendant zu kreuzen. Der Zugang zum subjektiven Erleben der klinischen Situation kann dabei nur über das eigene Erleben des Forschers erfolgen – es gibt keinen direkten, methodisch kontrollierten Zugang zum Erleben von Anderen mit soziologischen Mitteln. Im Verlauf der Feldforschung hat sich jedoch gezeigt, dass gerade in ‚brenzligen‘ Phasen während der Sprechstunde, wenn die Interaktionsordnung durch Zwischenfälle aus dem Gleichgewicht zu geraten droht, die thematischen Relevanzen des Forschers punktuell vom Blick auf das Geschehen in die Selbstbeobachtung umschlagen und die eigene Responsivität problematisch wird. Begreift man den Druck eigenen Affiziert-Werdens hier als erstes Antworten auf sich grundlegend verändernde Relevanzstrukturen der Situation, die den Horizont bereits vorgezeichneter Protentionen und Erwartungen im intentionalen Horizont des Forschers durchbrechen, birgt auch die leibliche Responsivität von Forschenden interpretierbare Verweise auf Überraschendes, Erschreckendes oder Überwältigendes im interaktiven Vollzug.

Die Stärke der Goffmanschen Perspektive gründet in erster Linie in ihrer mikroanalytischen Tiefenschärfe für die Performanz interaktiver Praktiken; vermittelt über strukturelle Dynamiken erscheint sie darüber hinaus in Teilen auch für die Analyse atmosphärischer Aspekte geeignet. Im Gegensatz dazu fehlen für eine Untersuchung der semantischen Dimension situativer Ordnungsbildungen bei Goffman nicht nur theoretisch elaborierte Begriffe, sondern weitestgehend auch epistemisch aufschlussfähige Konzepte. Mit einem Fokus auf den intermediären Raum *zwischen* den Subjekten und die Frage, wie sich sozialer Sinn synchron im interaktiven Vollzug einspielt, ist unweigerlich eine Vernachlässigung der Deutungssphäre verbunden, die stets schon in diachrone Verweisungszusammenhänge und situationsübergreifende Erfahrungshorizonte eingebettet ist. Hier liegen wiederum die konzeptionellen Stärken der Schütz'schen Relevanztheorie.

3.4. Engagement, Interaktionsspannung und Ausbruch aus dem Rahmen

Die Stabilität einer sozialen Situation hängt Goffman zu Folge nicht ausschließlich an der praktischen Handlungskompetenz der Teilnehmenden. Als erlebende und sich gegenseitig *als* erlebend wahrnehmende Subjekte wird ihnen darüber hinaus die Fähigkeit abverlangt, eine angemessene Form kognitiven und affektiven Engagements dem Geschehen gegenüber zum Ausdruck zu bringen.³⁴ Man kann Situationen zu ernst oder nicht ernst genug nehmen; Situationstypen und einzelne Phasen in ihrem Verlauf unterscheiden sich etwa danach, wie konzentriert ein Handlungsproblem zu bearbeiten oder ein Thema zu verfolgen ist; ob von den Teilnehmer*innen ein hohes Maß an emotionaler Anteilnahme oder gerade affektive Neutralität gefordert wird; oder inwieweit sich bestimmte Interaktionssituationen rollenförmig und anonym bzw. nur personengebunden, im Horizont transsituativer Sozialbeziehungen bewältigen lassen. Über Handlungs- und Deutungsweisen hinaus, die gleichsam die typisierte Seite des sozialen Sinns einer *inter*-subjektiven Praxis tragen, geht es Goffman mit dem Begriff des Engagements um die Relevanz einer angemessenen Haltung des Selbst gegenüber der Situation, um die Frage, was und wieviel miteinander interagierende Subjekte von *sich* in die Situation ein- und voreinander zum Ausdruck bringen müssen, um sich reziprok einer gemeinsamen Situationsdefinition zu versichern. Ein Small-Talk zwischen Fremden an der Supermarktkasse, ein Fußballspiel oder eine Seminarsitzung weisen jeweils eigene „Engagementkurve[n]“ (Goffman 1973b: 29) auf und erfordern einen spezifischen „Interaktionstonus“ (ebd.: 36).

Vor dem Hintergrund seines strukturtheoretischen bias geht Goffman von der Vorstellung aus, dass Situationen von ihren Teilnehmer*innen ein bestimmtes Engagement erfordern, mit dem sich das an den Tag gelegte spontane Engagement dann mehr oder weniger decken kann. Dabei betrachtet er eine relative Spannung zwischen geforderter und ausgedrückter Anteilnahme als empirische Normalität in den allermeisten Situationen (ebd.: 49 f.), sodass es plausibel erscheint, hier von mehr oder weniger großen Spielräumen der Angemessenheit auszugehen. Über die praktischen Handlungsfähigkeiten der Mitglieder hinaus ist also auch eine hinreichende Kongruenz ihrer Haltungen notwendige Bedingung dafür, dass im situativen Vollzug eine stabile Interaktionsordnung aufgebaut werden kann. Zudem sieht Goffman im stimmigen, spontanen Engagiert-Sein die Basis für intensiviertere Formen der Kooperation und Koaffektion. Dynamische Interferenzen im Zusammenspiel, wenn das eigene Erleben und Tun durch das der Anderen beantwortet und verstärkt wird, können „eine Art exklusiver Solidarität“ (ebd.: 44) begründen und eine Atmosphäre erzeugen, die im ‚Flow‘ oder mit dem ‚Aufgehen‘ in einer Situation ihre alltagsprachlichen Beschreibungsformeln findet. Umgekehrt erzeugt eine zunehmende Diskrepanz in den Haltungen der Subjekte, sobald sie auffällig wird, Spannungen im Interaktionsprozess, die sich

³⁴ Vgl. exemplarisch Goffmans Ausführungen in *Asyle* zu den Banden, die den Einzelnen mit sozialen Entitäten verbinden: „Er wird gewisse Verpflichtungen übernehmen müssen: kalte –hierzu zählen vorgeschriebene Alternativen, notwendige Arbeiten, Dienstleistungen, aufgewandte Zeit oder der Aufwand von Geld; und andere, warme – die ihm das Aufbringen von Zugehörigkeitsgefühlen, Identifikationen und emotionellen Bindungen abverlangen. Die Beteiligung an einer sozialen Entität beinhaltet daher sowohl Verpflichtung als auch Bindung.“ In: Goffman 1971a: 171

zu Interaktionskrisen ausweiten und bis hin zum Ausbruch Einzelner aus dem Rahmen oder dem Zusammenbruch der Situation insgesamt führen können. *Fragen nach wohlgeformten Spannungsbögen und abrupten Stimmungswechseln, nach Harmonie und Dissonanz im situativen Vollzug führen dementsprechend näher an die Grenzen der Interaktionsordnung heran.*

Bei Goffman selbst bleibt indessen das Problem letztlich ungelöst, wie das Verhältnis zwischen gefordertem und spontanem Engagement methodisch kontrolliert untersucht und theoretisch beschrieben werden kann. Verlagert man jedoch den Fokus des Erkenntnisinteresses von der Vorstellung konstitutiver Regeln ‚hinter‘ den Situationen zurück auf die Frage, wie im Interaktionsprozess selbst implizit und explizit ein Bereich des angemessenen Engagements ausgehandelt wird, bieten sich hierfür vor allem zwei Wege an. Zum einen lässt sich anhand der Analyse einer Folge von Interaktionszügen herausarbeiten, wie die Aktionen einzelner Akteure an den jeweiligen Sequenzstellen ineinandergreifen. Wo zeigt sich ein relativ stimmiges Gefüge von Ko-Operationen, auf dessen Boden eine stabile Interaktionsordnung aufgebaut werden kann und wann erweisen sich Interaktionszüge nur als bedingt oder nicht anschlussfähig, sodass der Vollzug ins Stocken gerät und mehr oder weniger umfangreiche Reparaturversuche unternommen werden müssen? Dadurch gewinnt man einen indirekten methodischen Zugriff auf die Haltungen der Teilnehmenden – etwa in Fragen der Aktivität/Passivität, Annäherung/Distanzierung und Reaktionspräsenz im situativen Geschehen –, soweit sie sich in ihren Handlungen appäsentieren. Mit Goffman bietet es sich dabei an, den analytischen Fokus vor allem auf die Performanz im Interaktionsverlauf zu richten. So betont er in der *Rahmen-Analyse* die Relevanz des Körpers – mit seinen mannigfaltigen Anzeichen, die nur sehr begrenzt kontrollierbar sind, offenbart er die Bindung des Einzelnen an die Situation, die zugleich für die Anderen wahrnehmbar wird –, als rahmensprengendes Objekt und insbesondere das Gesicht als ‚Display‘ der Interaktionsspannung (Goffman 1980: 378 f.). Plötzliche Veränderungen in Gestik und Mimik, das Abwenden des Blicks oder das Erröten weisen bereits auf Turbulenzen in der Interaktion hin, bevor mit Lachen und Weinen zwei manifeste Grenzen im menschlichen Verhalten (Plessner 2003) erreicht sind.

Auf diese Weise können zentrale Fragen an die Interaktionsordnung der klinischen Situationen herangetragen werden: *In welchen Abschnitten läuft die Interaktion weitestgehend problemlos, sodass das Engagement einzelner Akteure nicht thematisch wird? Wo liegen neuralgische Punkte innerhalb des situativen Vollzugs, an denen vermehrt Spannungen auftreten und die intersubjektive Ordnung gefährdet ist? Wie elastisch erweist sich die „Interaktionsmembran“ (Goffman 1973b: 73) in verschiedenen Phasen für kleine Irritationen, unvorhergesehene Zwischenfälle und Ausfälle einzelner Teilnehmer*innen und welche interaktiven Bewältigungsmuster treten auf den Plan, wenn sich problematische Beiträge nicht mehr ohne weiteres integrieren lassen?* So zeigt sich in der Sprechstunde, dass die Ordnung während der Diagnostik stark fixiert und die direkte Interaktion zwischen Professionellen und Eltern

‚heruntergedimmt‘ wird, um das Ungeborene in den thematischen Kern eines medizinischen Sinnhorizonts rücken zu können, wohingegen die Spielräume des Engagements für alle Akteure davor und danach wesentlich größer sind.

Zum anderen kann der Spannungspegel einer sozialen Situation auch aus einer phänomenologischen Perspektive anvisiert werden. Während Schlüsse auf die subjektive Haltung von Anderen nur vermittelt über Appräsentationen ihres Ausdrucks möglich sind, öffnet sich aus der Analyse des Forschererlebens selbst ein direkterer Zugang zu intentionalen Dynamiken im Interaktionsprozess. Begreift man z.B. das Auffällig-Werden von zuvor Unauffälligem in der Forscherwahrnehmung oder das Spürbar-Werden eigener Affekte als leibliche Responsivität auf qualitative Veränderungen der Situation, lässt sich fragen, worin das Überraschende, Überwältigende oder auch Erschreckende besteht, das den Forscher zum Antworten gedrängt hat. Die eigenen Erfahrungen aus der klinischen Sprechstunde zeigen, dass verstärkte Responsivität bei Ausschlägen zu beiden Seiten der Amplitude einsetzt. So drehen sich die intentionalen Bezüge des Erkennen-Wollens während der Diagnostik unvermittelt um in ein Bewusst-Werden gebannten Staunens, wenn sich ohne Vorahnung das Antlitz eines Kindes am Bildschirm zeigt oder die Haltung des Forschers beginnt, ambivalent zwischen wissenschaftlichem Beobachten und Anteilnehmen zu pendeln und wird instabil, wenn Schwangere zu weinen beginnen. Die Reflexion des Forschererlebens, die Analyse *seiner* Haltung birgt einen zweiten Zugang zu situativen Ereignissen und kann als mittelbare Form der Koaffektion (Waldenfels 2015: 73 ff.) weitere Aufschlüsse über die Konturen und Dynamiken des spontanen Mit-Engagements liefern.

3.5. Die vielfältigen Grenzen einer Situation

Nachdem der vorangegangene Abschnitt bereits näher an die Schwelle des Geordneten im interaktiven Vollzug herangeführt hat, soll nun mit Goffmans Überlegungen zu den Grenzen sozialer Situationen ein letztes Ordnungsprinzip dargestellt und auf den Gegenstand ausgerichtet werden. Ausgehend von dem Fundament des wechselseitigen Wahrnehmungsbereichs lässt sich in diesem Zusammenhang zunächst ganz grundsätzlich konstatieren, dass Anfang und Ende einer sozialen Situation mit der Entstehung bzw. Auflösung der koattentionalen Sphäre zusammenfallen. „Situationen entstehen, wenn gegenseitig beobachtet wird, sie vergehen, wenn die zweitletzte Person den Schauplatz verläßt“ (Goffman 1971a: 28), wie Goffman lakonisch feststellt. Dass die Frage nach den Grenzziehungen zwischen einer sozialen Situation und der umfassenderen Wirklichkeit allerdings nicht ganz so einfach zu beantworten ist, hat sich bereits am Problem der liminalen Stellung des Ungeborenen in der klinischen Situation angedeutet und zeigt sich darüber hinaus auch an der aktuellen Diskussion über Reichweiten und Grenzen von Interaktionen im Zeitalter voranschreitender Digitalisierung.³⁵ Indessen beschränkt sich auch Goffman

³⁵ Unter dem Titel „Grenzen von Interaktionen“ fand im November 2016 ein gemeinsamer Workshop der Arbeitskreise „Interaktionsforschung“ und „Theoretische Wissenssoziologie“ der Sektion Wissenssoziologie der DGS an der Universität Bielefeld statt, dem ich eine Reihe von instruktiven Überlegungen in der folgenden Darstellung verdanke. Auch Goffman setzt sich bereits anhand des Schachspiels via Briefverkehr – allerdings nur sehr am Rande – mit dem Problem raumzeitlich entgrenzter Interaktionssituationen auseinander. Vgl. Goffman 1973b: 43

in seinen Ausführungen keineswegs auf den wechselseitigen Wahrnehmungsbereich, sondern versucht das Problem der Grenzziehungen von verschiedenen Seiten her soziologisch in den Griff zu bekommen.

Komplementär zum Begriff der Interaktionsspannung, mit dem er die, in weiten Teilen implizite, Dynamik zwischen gefordertem und spontanem bzw. tatsächlichem Engagement zu fassen versucht, entwickelt Goffman, vor allem am Phänomen des Spiels den Gedanken, dass formalisierte Transformationsregeln die Grenzen einer Situation nach außen hin zur externen Wirklichkeit sichern (Goffman 1973b: 32 f.). Sie legen fest, welche Gegenstände und Artefakte auf welche Weise in den situativen Vollzug zu integrieren sind und wie ein geeignetes materiales Setting für die Interaktion insgesamt beschaffen sein muss; welche personenbezogenen Attribute eines Teilnehmenden für seine Rolle im Handlungszusammenhang relevant sind und welche außen vor zu bleiben haben; und wie groß die Spielräume für eine offensichtliche affektive Anteilnahme am Geschehen anzusetzen sind. Wendet man hier erneut Goffmans letztlich universalistisches Erkenntnisinteresse an Transformations-*regeln* pragmatisch, bilden das materiale Setting der Situation, das Verhältnis zwischen funktional-spezifischen und diffusen Handlungsanforderungen³⁶ sowie die Konturen des affektiven Engagements drei Ansatzpunkte zur Untersuchung der Frage, was von den Teilnehmer*innen wie zum Gegenstand der Interaktion gemacht und was als grenzüberschreitend markiert wird.

In der *Rahmen-Analyse* beschäftigt sich Goffman dann eingehender mit der grenzregulierenden Funktion zeit- und raumbezogener Klammern (Goffman 1980: 278 ff.). Er differenziert in diesem Kontext noch einmal zwischen inneren Klammern, die flexible Grenzzonen zwischen dem vulnerablen Kern des situativen Geschehens und einem mehr oder weniger ausgedehnten Vorfeld bezeichnen, und äußeren Klammern, mit denen Außengrenzen einer sozialen Situation befestigt werden. Im Unterschied zu den Transformationsregeln, mit denen danach gefragt werden kann, was auf welche Weise in die Situation einbezogen wird und was nicht, eröffnet sich aus dieser zweiten Perspektive ein Blickwinkel auf die Anordnungen von schützenden Schichten um ein sensibles Zentrum des Handelns, mit dessen Hilfe sich komplexe Mehrfacheinrahmungen von Situationen und das Einkapseln fragiler Interaktionskerne analytisch beschreiben lassen.³⁷ So findet die Pränatalsprechstunde auf dem Gelände eines klinischen Zentrums und dort im ambulanten Bereich der Gynäkologischen Klinik einmal wöchentlich zu einer festen

³⁶ Zur widersprüchlichen Einheit zwischen diffusen und funktional-spezifischen Handlungsorientierungen in der Arzt-Patient-Beziehung, vgl. Oevermann 1996. Den strukturtheoretischen Hintergrund der Unterscheidung hier darlegen zu wollen, würde den Rahmen der empirisch und primär wissenssoziologisch ausgerichteten Arbeit sprengen. Im Hinblick auf die Datenanalyse ist in erster Linie das heuristische Potential der widersprüchlichen Einheit zwischen divergierenden Beziehungsformen und mit diesen verbundenen Handlungsweisen relevant. Diffuse Sozialbeziehungen – idealtypisch verwirklicht innerhalb von Paarbeziehung und Kernfamilie – bestehen zwischen ganzen Individuen, sind affektiv konstituiert und auf Unkündbarkeit ausgerichtet. Demgegenüber finden funktional-spezifische Sozialbeziehungen – etwa die Anbieter-Kunden-Beziehung – zwischen Rollenträgern statt, sind – zumindest idealtypisch – affektiv neutral und zeitlich befristet. Nach Oevermann zeichnet sich das medizinisch-therapeutische Arbeitsbündnis, ebenso wie die beiden anderen traditionellen Professionen der Theologie und Jurisprudenz, dadurch aus, dass in ihm Ansprüche beider Beziehungsmodi relevant werden und zum Tragen kommen.

³⁷ Das ‚Einklammern‘ als Schutzfunktion kommt laut Goffman insbesondere dann zum Tragen, wenn „die Tätigkeit, die stattfinden soll, selbst brüchig oder verletztlich im Hinblick auf die Definition ist und leicht Rahmen-Spannungen schafft.“ (Goffman 1982: 282). Als ein Beispiel führt er hier explizit ärztliche Untersuchungen an.

Uhrzeit statt und wird allein schon dadurch raum- und zeitbezogen vom umfassenderen klinischen Alltag der Professionellen auf ihren jeweiligen Stationen und noch einmal weitergehend von alltagsweltlichen Wirklichkeitszusammenhängen werdender Eltern separiert. In der nächstinneren Schicht erstreckt sich mit dem internen Austausch der teilnehmenden Mediziner*innen über den bevorstehenden Fall ein Vorfeld der eigentlichen Sprechstunde, das räumlich verankert auf der Hinterbühne stattfindet, in seinem Zeitumfang mit der Komplexität des Falles variiert und sich in seiner Praxis deutlich von den Gesprächen mit werdenden Eltern unterscheidet. Schließlich bildet die Begrüßung zu Beginn der Sprechstunde die letzte ‚Hülle‘ vor der Diagnostik im Kern der klinischen Situation. An diesem verkürzten Beispiel deutet sich bereits an, dass innere bzw. äußere Klammern als relationale Begriffe und nicht als feststehende Entitäten zu betrachten sind. Auch bei Goffman sind sie funktional bezogen auf den jeweiligen Rahmen des sozialen Geschehens (Goffman 1980: 288). Wiederum mit Blick auf die Sprechstunde bilden Begrüßung und Verabschiedung einerseits äußere Klammern für die aktuelle Situation, während sie im Horizont des Schwangerschaftsverlaufs innere Klammern darstellen, über die vorangegangene und folgende Situationen mit der aktuellen Situation verknüpft werden.

Schließlich widmet sich Goffman im letzten Abschnitt seiner bereits erwähnten Antrittsrede zur Präsidentschaft der *American Sociological Association* der Frage nach den wechselseitigen Bezügen zwischen der Interaktionsordnung im situativen Vollzug und abstrakteren sozialen Entitäten. Aus seiner Sicht sind einzelne Interaktionssituationen mit höher aggregierten organisationalen oder gesellschaftlichen Strukturen lose gekoppelt (Goffman 1994: 72 ff.). Auf der einen Seite finden Kerntätigkeiten, wie Entscheidungsprozesse, körperbezogene Praktiken oder Informationsvermittlung – letzteres angesichts zunehmender digitaler Kommunikation tendenziell abnehmend – nach wie vor im Rahmen sozialer Situationen statt. Auf der anderen Seite wendet er sich explizit gegen einen konstitutionstheoretischen Primat der Interaktion im Verständnis von Sozialität.³⁸ Interaktion und Gesellschaft sind über „Interfaces“ (Knoblauch 1994: 38) miteinander verknüpft, stehen jedoch in keinem einseitig deterministischen Verhältnis zueinander. Zur anderen Seite der Mikroebene hin ist eine aktuelle Situation wiederum eingebettet in die Erfahrungshorizonte der interagierenden Subjekte und situationsübergreifende Beziehungen unter den involvierten Akteuren. Goffman betont bereits in *Encounters* die Korrespondenz zwischen transsituativen Beziehungskonstellationen unter den Teilnehmenden und der Interaktionsordnung im situativen Vollzug (Goffman 1973b: 7 f.). Ebenso macht er klar, dass der Fokus auf die vis-à-vis Interaktion als eine relativ eigenständige Integrationsebene sozialer Wirklichkeit nicht den Blick dafür verstellen sollte, dass einige Aspekte in der Interaktion „entschieden subjektiv ausfallen“ (Goffman 1994: 62) können. In Bezug auf die situationstheoretische Perspektive der vorliegenden Untersuchung weist Goffman damit selbst eine konzeptionelle Schnittstelle aus, an der sich interaktionstheoretische und (sozial)phänomenologische Überlegungen miteinander ins Gespräch bringen lassen.

³⁸ „Zusammengefaßt heißt das, daß man zwar von einer vergleichsweise autonomen Form des Lebens in der Interaktionsordnung sprechen kann ... ohne sie jedoch als irgendwie vorgängig, grundlegend oder konstitutiv für die Gestalt von makroskopischen Phänomenen ansehen zu dürfen.“ (Goffman 1994: 77-78)

Ging die Darstellung einiger Ordnungsprinzipien sozialer Situationen, soweit sie sich aus dem Werk Goffmans rekonstruieren lassen, vom Fundament wechselseitiger Wahrnehmung aus und bewegte sich über Dynamiken der (De)Zentrierung und ein responsives Verständnis von Interaktivität hin zu den Randzonen einer unter Spannung geratenen Interaktionsordnung, schließt sich mit den vorangegangenen Überlegungen zu den pluralen Grenzen einer sozialen Situation der Kreis gleichsam aus der Gegenrichtung. Eine Untersuchung der klinischen Interaktionsordnung von ihren Grenzen her liefert einen weiteren heuristischen Zugang zum Phänomen, der in der Analyse des empirischen Materials systematisch genutzt werden soll. Gerade in der Frage nach der Ordnungsbildung kann sich ein Fokus auf Grenzbeziehungen in mehrfacher Hinsicht epistemisch auszahlen: indem Grenzen trennen, werden sie kehrseitig zu potentiellen Verbindungen zwischen Differentem und schaffen so erst die Bedingung der Möglichkeit eines Austauschs über Grenzen hinweg. Neben Fragen nach den praxis- raum- und zeitbezogenen Außengrenzen der klinischen Situation, geht es in diesem Kontext ebenso um verschiedene Formen von Binnengrenzen, wie sie von den Teilnehmer*innen im Interaktionsprozess gezogen werden. Nicht zuletzt betrifft dies Grenzen zwischen Territorien und zwischen Vorder- und Hinterbühnen.

Im Folgenden geht es darum, die Binnendifferenzierung der Interaktionsordnung weiter voranzutreiben. Dieses Vorhaben ist zwangsläufig mit einer methodologischen Entscheidung für bestimmte Konzepte und kehrseitig gegen andere aus dem reichhaltigen Begriffsrepertoire Goffmans verbunden. Hier werden mit seinen Überlegungen zu den Territorien des Selbst sowie zu Vorder- und Hinterbühnen zwei Konzepte herangezogen, für deren Auswahl und Kombination vor allem die folgenden Argumente ausschlaggebend sind: sie haben sich im Zuge erster Untersuchungen am empirischen Material bewährt und damit als epistemisch aufschlussfähig für den Gegenstand erwiesen; die Konzepte eignen sich des Weiteren dazu, den letztlich programmatisch gebliebenen Leitbegriff der Interaktionsordnung weiter methodisch zu operationalisieren. Durch Fragen nach den territorialen Ansprüchen des Selbst in einer sozialen Situation und nach der Inszenierung des Schauplatzes können zwei miteinander verbundene, aber unterschiedlich ausgerichtete Scheinwerfer auf den Vollzug von Interaktionen justiert werden³⁹; schließlich dienen der Territoriums begriff und die Bühnenmetapher mit Blick auf den situationstheoretischen Ansatz der vorliegenden Arbeit dazu, den Raum der Interaktion, neben ihrer Performanz, als zweite Analyseebene der klinischen Sprechstunde konzeptuell auszubauen.

³⁹ Ob Goffman selbst in den hier ausgewählten Konzepten ein geeignetes Instrumentarium zur soziologischen Untersuchung von Interaktionsordnungen gesehen hätte, lässt sich indessen wissenschaftlich seriös nicht beantworten. Einige Indizien könnten dafür sprechen. So markiert er in *Interaction order* explizit die „persönlichen Gebietsansprüche“ (Goffman 1994: 60), „die kategoriale und die individuelle Identifikation“ (ebd.) eines Interaktionspartners – als Begriffe für rollen- bzw. personenbezogene Zuschreibungen – sowie das „Bühnenformat“ (ebd.: 70) als relevante Aspekte der Interaktionsordnung.

3.6. Territorien des Selbst

Goffmans Überlegungen zu verschiedenen Territorien des Selbst (Goffman 1974: 54 - 96) bieten eine geeignete Heuristik, um innerhalb der klinischen Situation das interaktive Aushandeln von Raumanprüchen unter den Teilnehmer*innen und die Aufteilung von ‚Hoheitsgebieten‘ zu untersuchen. Eine spezifische Herausforderung medizinischer Situationen liegt gerade darin, dass für die ärztliche Arbeit am Körper des Patient*innen eine Reihe von Territorien des Selbst zeitweise vom Subjekt freiwillig ‚geräumt‘ und dem professionellen Handeln zugänglich gemacht werden müssen, die unter anderen Umständen, zumindest relativ Fremden, verschlossen bleiben. Im Rahmen des Phänomens kommt hier noch die besondere Konstellation hinzu, dass im Körper der Schwangeren ein „Inwändige[r]“ Anderer (Hirschauer/Heimerl et al. 2014: 281) heranwächst, wodurch komplexe Figuren der Verschränkung, Verschiebung, aber auch Konkurrenz zwischen territorialen Ansprüchen auf engstem Raum – im buchstäblichen wie im metaphorischen Sinne – entstehen können.

Goffman differenziert zwischen ortsgebundenen, situationsgebundenen und selbstgebundenen Territorien. Mit dem persönlichen Raum, der Box, dem Benutzungsraum und der Hülle wird die folgende Darstellung auf vier verschiedene Typen begrenzt, die für die klinische Situation besonders relevant sind.⁴⁰ Unter dem persönlichen Raum versteht Goffman den „Raum, der ein Individuum überall umgibt und dessen Betreten seitens eines anderen vom Individuum als ein Übergriff empfunden wird“ (Goffman 1974: 56). Er betont ausdrücklich, dass es sich dabei nicht um eine konzentrische Sphäre, sondern um eine Kontur handelt, bei der die territorialen Ansprüche nach vorne größer sind, als nach hinten; die Ausdehnung des persönlichen Raums insgesamt ist abhängig von den situativen Gegebenheiten, sodass etwa die legitimen Platzansprüche in einer vollen bzw. leeren U-Bahn stark variieren können. Boxen bezeichnen demgegenüber in der Regel fest installierte Bestandteile der räumlichen Anordnungen, wie Tische, Stühle – in der klinischen Situation zudem die Patientinnenliege und der Hocker vor dem Ultraschallgerät – auf die Akteure zeitlich begrenzt Ansprüche erheben können. „Die Verfügbarkeit von Boxen auf einem Schauplatz strukturiert und stabilisiert Raumanprüche, die manchmal mehr als den als persönlichen Raum beanspruchten Platz zur Verfügung stellen, manchmal weniger“ (ebd.: 60); sie können dadurch als materiale Fixpunkte für die ‚Aufstellung‘ der Teilnehmenden im klinischen Setting betrachtet werden. Als Benutzungsraum bezeichnet Goffman den Bereich direkt vor einer Person, dessen Zuschlag sich auf instrumentelle Erfordernisse gründet. Vom persönlichen Raum unterscheidet sich der Benutzungsraum durch seine Aktionsgebundenheit und seine daraus resultierende triadische Grundstruktur. Hier geht es nicht mehr alleine um das Aushandeln konkurrierender Ansprüche zwischen Subjekten in physischer Nähe zueinander, sondern zusätzlich in Bezug auf einen thematischen Gegenstand als dritten Referenzpunkt, dessen ungehinderte Handhabung ein bestimmtes Maß an Platz und Bewegungsfreiheit voraussetzt. Ein analytischer Fokus auf die Wechselwirkungen und Überscheidungen von

⁴⁰ Goffman entwickelt mit der Reihenposition (z.B. in der Warteschlange), Besitzterritorien (z.B. Handtaschen, Portemonnaies) sowie Informations- und Gesprächsreservaten noch vier weitere Formen der Territorialität in Interaktionen, die punktuell in der Analyse herangezogen werden, soweit sie Aufschlüsse über den Gegenstand versprechen.

persönlichem Raum und Benutzungsraum kann sich gerade in Bezug auf die Ultraschalluntersuchung in der Trias Schwangere – Ultraschallgerät – Gynäkologin als aufschlussreich erweisen. Die innerste Schicht egozentrischer Territorialität bildet für Goffman schließlich die Hülle: „die Haut, die den Körper schützt, und, in geringem Abstand davon, die Kleider, die die Haut bedecken. Zweifellos kann die Körperhülle auch als der kleinste aller möglichen persönlichen Räume und als in dieser Hinsicht minimale Konfiguration fungieren; sie kann aber auch als ein selbstständiges Reservat, als reinste Form egozentrischer Territorialität fungieren“ (ebd.: 67). Zum einen wird an dieser Stelle ersichtlich, dass der Körper als Schnittpunkt mehrerer Territorien fungiert, wodurch in der Interaktion potenziell diverse Territorialtypen simultan verhandelt werden; zum anderen zeichnet sich bereits ab, dass insbesondere im Übergang zur Diagnostik eine Reihe von Grenzübertreten und eine temporäre Umverteilung von Hoheitsansprüchen intersubjektiv bewältigt werden müssen, um aus dem Innern des schwangeren Körpers das Ungeborene ins Zentrum der Situation ‚holen‘ zu können.

Goffman betrachtet den Körper jedoch nicht nur einseitig als vulnerables Zentrum unterschiedlicher Territorien des Selbst. Er ist auf der anderen Seite auch die größte Gefahrenquelle für die Verletzung territorialer Ansprüche von Anderen. Goffman beschreibt in diesem Zusammenhang, wie Berührungen durch den Körper oder die Hände eines Gegenübers als Kontamination der eigenen Hülle empfunden werden können; das ‚Durchbohren mit den Augen‘ und das – intendierte wie nicht-intendierte – Überschreiten eines verhältnismäßigen Laut- und Geruchsraums stellen weitere körperinduzierte Formen von Grenzverletzungen dar, die bis hin zu den Hinterlassenschaften verschiedenartiger Ausscheidungen reichen. Vor diesem Hintergrund können dann z.B. die umfangreichen Maßnahmen, die zur Eröffnung der Ultraschalluntersuchung ergriffen werden, nicht nur hinsichtlich ihrer klinischen und technologischen Funktionalität betrachtet werden. Ultraschallgel, Schallkopf, die mit einem Handschuh verhüllte Hand der Gynäkologin und das weitgehende Vermeiden von direktem, anhaltendem Blickkontakt zwischen ihr und der Schwangeren stellen ebenso Schutzmaßnahmen dar, um innerhalb der Nähe zwischen Körpern eine relative Distanz zwischen Personen wahren zu können.

Hinsichtlich der Auftrittsformen territorialer Grenzüberschreitungen unterscheidet Goffman zwischen drei Manövern. Das Eindringen als offensichtliche Verletzung territorialer Ansprüche eines Interaktionspartners, das unbeabsichtigt, als untergeordnete Nebenfolge einer prioritären Handlung in Kauf genommen oder strategisch motiviert sein kann. Unter dem Aufdrängen fasst Goffman wiederum die entgegengesetzte Bewegung einer ungebührenden Ausdehnung eigener Ansprüche in der Situation.⁴¹ Das Ausschließen stellt einen dritten Typus der Grenzüberschreitung dar, der im Gegensatz zu den vorherigen nicht auf eine direkte bzw. indirekte Invasion zurückgeht, sondern darauf, einem Anderen den legitimen Zugang zu eigenen Reservaten zu verweigern. Dieser Gedanke ist für ein soziologisches Verständnis von Territorialität insgesamt zentral. So kann Goffmans Konzept komplementär zur Analyse

⁴¹ In verschiedenen Formen der Selbstverletzung können Aufdrängen und Eindringen auch kombiniert auftreten. Goffman erwähnt hier als Beispiele die Selbstbeschmutzung mit eigenen Exkrementen; die Entwürdigung durch eine Selbstkontamination mit Exkrementen anderer; und das Blößen-Zeigen, z.B. im offensichtlichen Drogenrausch.

der Fragen, auf welche Weise Grenzen zwischen situierten Selbsten interaktiv ausgehandelt, gewahrt und überschritten werden, ebenso den Blick dafür öffnen, wie durch unterschiedliche Kombinationen gemeinsam geteilter Territorien ein Geflecht differenter Sozialbeziehungen in der klinischen Interaktion zum Ausdruck gebracht wird. Goffman betont in den Schlussfolgerungen des Kapitels noch einmal diese doppelte Funktionalität territorialer Aushandlungsvorgänge bezogen auf das einzelne Selbst, „durch die Vermeidung von In-Berührung-Kommen für die Aufrechterhaltung von Respekt und Achtung zu sorgen und durch das Engagement zu bewirken, daß ihm Beachtung geschenkt wird.“ (Goffman 1974: 95)

3.7. Die dramaturgische Dimension der Interaktionsordnung anhand ihrer Regionalisierung in Vorder- und Hinterbühnen

Goffmans Ausführungen zu Vorder- und Hinterbühnen in dem Werk *Wir alle spielen Theater* legen einen zweiten Zugang in die Binnenstruktur der Interaktionsordnung, mit dem ihr dimensionales Profil analytisch weiter aufgefächert werden kann. Die damit einhergehende dramaturgische Perspektive auf den situativen Vollzug öffnet, gegenüber den Territorien des Selbst, ein Blickfeld auf Relationierungen zwischen Interaktion und Raum gleichsam von der kollektiven Seite her und führt zu weiteren generativen Fragen an den Gegenstand: *Wie wird der klinische Raum interaktiv in Vorder- und Hinterbühnen regionalisiert? Welche unterschiedlichen Konstellationen zwischen Darstellern und Publikum innerhalb des klinischen Ensembles zeigen sich im Verlauf der Situation? Und wie setzen die involvierten Subjekte voreinander und miteinander ein Geschehen aktiv in Szene, das durch die schrittweise Rekonstruktion des inneren Aufbaus einzelner Szenen und daran anknüpfend ihres gemeinsamen Sinnzusammenhanges als In-Szenierung eines typischen Geschehens theoretisiert werden kann?*

Goffman betrachtet Vorder- und Hinterbühnen als Regionen innerhalb einer sozialen Veranstaltung, die über unterschiedlich durchlässige und sinnesspezifische Wahrnehmungsschranken errichtet werden. Von zentraler Bedeutung in diesem Kontext – wie für das Verhältnis zwischen Interaktion und Raum bei Goffman insgesamt – ist der Umstand, dass er Vorder- und Hinterbühnen nicht als absolute, topographisch fixierte Orte konzipiert. Vielmehr sind sie grundsätzlich funktional bezogen auf die konkrete Interaktion und werden erst durch spezifische Formen der Praxis zu Bühnen *gemacht*. Als Vorderbühne bezeichnet Goffman „die Region, in der die Vorstellung stattfindet“ (Goffman 2003: 100) und das Bühnenbild gestaltet wird; „die Requisiten und Kulissen für menschliches Handeln, das sich vor, zwischen und auf ihnen abspielt“ (ebd.: 23). Auf der Vorderbühne treten die Darsteller mit ihrer persönlichen Fassade vor die Augen des Publikums und präsentieren ihm eine Vorstellung, sodass hier die expressive Dimension des Handelns, die alltags sprachliche ‚Performance‘, wie sie in ihren Ausdrucksgestalten wahrgenommen und ausgelegt werden kann, den Brennpunkt des (Erkenntnis)Interesses bildet.

Im Kontrast dazu stellt die Hinterbühne einen Bereich außerhalb der Wahrnehmungsmöglichkeiten des Publikums dar, auf dem instrumentelle Tätigkeiten verrichtet werden und in dem ein informeller Ton

der Interaktion vorherrscht. Zu den Aufgaben, die durch das räumliche Arrangement dem Licht bestimmter Öffentlichkeiten entzogen werden, zählt Goffman vor allem die Vor- und Nachbereitung von Vorstellungen auf der Vorderbühne, die Arbeit an persönlicher Fassade, Bühnenbild und Requisiten und die Instandhaltung des Körpers. Durch ihre Lage im ‚Vorfeld‘ einer sozialen Veranstaltung, befinden sich hier zudem die Verbindungen zur Außenwelt. Hinterbühnen bieten der Situation insofern einen doppelten Schutz, indem sie einerseits Tätigkeiten verbergen, die für die Vorstellung auf der Vorderbühne notwendig sind, aber dort, im Licht der Öffentlichkeit präsentiert, die Interaktionsordnung gefährden würden, und andererseits, indem sie als Schleuse fungieren, an der externe Einflüsse aufgehalten, kontrolliert und bei Bedarf vom situativen Kern ferngehalten werden können. In dieser Hinsicht erscheint es plausibel, auch wenn Goffman diese Verbindung selbst nicht explizit herstellt, Hinterbühnen als eine praxisraumzeitliche Ausdrucksform innerer Klammern zu betrachten, die eine Scharnierfunktion zwischen Zentrum und Peripherie des situativen Geschehens erfüllen.

Welcher heuristische Mehrwert lässt sich nun aus den vorangegangenen Überlegungen für die Untersuchung der Interaktionsordnung in der klinischen Situation ziehen? *Zunächst kann im Zuge der Analyse herausgearbeitet werden, wie die Pränatalsprechstunde als Vorderbühne von verschiedenen Hinterbühnen im klinischen Raum umgeben und abgeschirmt wird, zu denen beispielsweise Vor- und Nachgespräche der Professionellen über den Fall zählen; darüber hinaus gerät eine Reihe weiterer Fragen in den soziologischen Blick: welche Handlungen und Themen wann und wo im klinischen Raum verortet sind; wie praxis-, raum- und zeitbezogene Barrieren zwischen Vorder- und Hinterbühnen errichtet werden; und umgekehrt, wie durchlässig Situationszentren für bestimmte externe Einflüsse sind bzw. unter welchen Umständen und auf welchen Kanälen Verbindungen von der Vorderbühne nach draußen hergestellt werden.* Goffman selbst weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Frage, wie räumliche Anordnungen und verschiedene Sinnesmodalitäten im Aufbau von Wahrnehmungsschranken zusammenwirken, analytisch besonders relevant ist. Über derartige Relationierungen zwischen Vorfeld und Zentrum der Situation kann das Konzept jedoch auch epistemisch gewinnbringend auf die Sprechstunde selbst angewendet werden. *Auf diese Weise kann danach gefragt werden, wann im Verlauf der Interaktion bestimmte Mitglieder des klinischen Arbeitsbündnisses mit welchen expressiven Handlungen für welche Themen ins Zentrum des Geschehens rücken und wie die verschiedenen Konstellationen zwischen Darsteller*innen und Publikum in den einzelnen Phasen der Situation aussehen?* Aus diesem dramaturgisch justierten Blickwinkel zeigt sich die Differenz der Interaktionsordnung zwischen dem Beginn der Sprechstunde und der anschließenden Ultraschalldiagnostik dann nicht zuletzt darin, dass im ersten Fall die Vorderbühne weite Teile des Sprechstundenzimmers umfasst und die Vorstellung von schnell wechselnden Begrüßungsszenen zwischen jeweils zwei Darstellenden vor den zuschauenden Anderen geprägt ist, während im zweiten Fall nahezu der gesamte physische Raum zur Hinterbühne wird, um den Auftritt des Ungeborenen an den Bildschirmen in Szene setzen zu können. Dieses Beispiel verdeutlicht indessen auch den engen Zusammenhang zwischen räumlichen Anordnungen, wie sie unter den zuhandenen materialen Voraussetzungen interaktiv geschaffen werden und den atmosphärischen

Qualitäten einer sozialen Situation. Goffman deutet diesen Zusammenhang in seiner Auseinandersetzung mit Vorder- und Hinterbühnen vage an. „Die Dekorationen und ständigen Requisiten des Ortes, in dem eine bestimmte Vorstellung üblich ist, sowie die Darsteller und die Vorstellung schaffen eine bestimmte Atmosphäre“ (Goffman 2003: 115). Mit Löw lässt sich dieser atmosphärische ‚Output‘ aus der Wechselwirkung zwischen Interaktion und Raum präziser fassen. Sie begreift Atmosphären als die in der subjektiven Wahrnehmung realisierte Außenwirkung der relationalen (An)Ordnung von Lebewesen und sozialen Gütern in ihrem Arrangement.⁴² Trat aus Goffmans Überlegungen zu den Territorien des Selbst sowie zu Vorder- und Hinterbühnen der Raum der Interaktion als eine zweite Ordnungsebene des situativen Vollzugs hervor, wird es im nächsten Kapitel darum gehen, die subjektive Seite des Situationsbegriffs mit Schütz weiter auszubauen. In diesem Zuge verlagert sich der Fokus auf die Dimensionen von Thema und Zeit.

4. Das ko-konstitutive Verhältnis zwischen Situation und Erfahrung – Annäherungen an die subjektiven Sinnzusammenhänge der pränatalen Diagnose mit Alfred Schütz

Der Leitgedanke beim hier zu konzipierenden Situationsbegriff bildet die Annahme eines unauflösbaren Spannungsverhältnisses zwischen Gemeinsamkeit und Differenz. *Soziale* Situationen entstehen mit Goffman durch wechselseitige Aufmerksamkeit und werden in Interaktionen zur operativen Einheit einer Praxis geformt. Diesem Verständnis wird nun im nächsten Schritt eine sozialphänomenologische Situationskonzeption im Anschluss an Alfred Schütz gegenübergestellt, die menschliche Situationalität ausgehend vom leiblich wahrnehmenden Subjekt aus denkt und nach der *individuellen Situation* im Horizont der biographischen Erfahrung fragt. Auf diese Weise kann zum einen – in der klinischen Interaktion – der Frage nachgegangen werden, wie die Fehlbildungsdiagnose in der Resonanz zwischen medizinischen und familialen Relevanzen thematisiert wird. Zum anderen bereitet der Rekurs auf Schütz theoretisch den Sprung vom synchronen Zugang zur Sprechstunde in die diachrone Untersuchung der elterlichen Erfahrung vor.

Während der interaktionstheoretische Bezugsrahmen den Fokus auf die Sphäre der gemeinsamen Praxis zentriert hatte, verändern sich mit dem Anschluss an die phänomenologische Wissenssoziologie von Schütz Blickwinkel und Blickweite auf den Gegenstand. Anstelle der Analyse von Interaktionsordnungen rückt jetzt, bezogen auf die Pränatalsprechstunde, das Wechselspiel zwischen Intentionalität und Semantik, in Gestalt des thematischen Feldes, in den Mittelpunkt der Betrachtung. Damit verlagert sich

⁴² So schreibt Löw aus einer raumsoziologischen Perspektive in Bezug auf Atmosphären: „Atmosphären sind demnach *die in der Wahrnehmung realisierte Außenwirkung sozialer Güter und Menschen in ihrer räumlichen (An)Ordnung*. Das bedeutet, Atmosphären entstehen durch die Wahrnehmung von Wechselwirkungen zwischen Menschen oder/und aus der Außenwirkung sozialer Güter im Arrangement. [...] Dementsprechend muß die Entstehung von Atmosphären aus der relationalen (An)Ordnung an Orten hergeleitet werden. Raum ist eine an materialen Sachverhalten festgeschriebene Figuration, deren spürbare unsichtbare Seite die Atmosphäre ist. Atmosphären machen den Raum als solchen und nicht nur die einzelnen Objekte wahrnehmbar“ (Löw 2003: 205-206, Herv. im Orig.).

zugleich der Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses von den Vollzugsgestalten einer sozial situierten Praxis hin zu ihren individuellen Bedeutungen im Horizont subjektiver Wissensvorräte. Die Ordnungsdimensionen Interaktion und Raum, die sich als Grundpfeiler durch viele der dargestellten Konzepte Goffmans ziehen, werden mit Hilfe der Schütz'schen Perspektive nun von einem stärkeren Akzent auf Thema und Zeit abgelöst. Auf diesem Weg erweitert sich das theoretische Verständnis einer Situation von einer Interaktions- hin zu einer Erfahrungseinheit. Der Angelpunkt für diese Perspektivenverschiebung im soziologischen Blick liegt im ko-konstitutiven Verständnis von Situation und Erfahrung der phänomenologischen Wissenssoziologie. So schreiben Schütz/Luckmann 2003 in den *Strukturen der Lebenswelt* zu diesem Zusammenhang:

Der lebensweltliche Wissensvorrat ist in vielfacher Weise auf die Situation des erfahrenden Subjekts bezogen. Er baut sich auf aus Sedimentierungen ehemals aktueller, situationsgebundener Erfahrungen. Umgekehrt fügt sich jede aktuelle Erfahrung je nach ihrer im Wissensvorrat angelegten Typik und Relevanz in den Erfahrungsablauf und in die Biographie ein. Und schließlich wird jede Situation mit Hilfe des Wissensvorrats definiert und bewältigt. Der Wissensvorrat ist also sowohl genetisch als auch strukturell als auch funktional auf die Situation bzw. die situationsgebundene Erfahrung bezogen. (Schütz/Luckmann 2003: 149)

Diese Reziprozität zwischen Situation und Erfahrung bildet das entscheidende Scharnier, um in der vorliegenden Arbeit interaktionstheoretische und sozialphänomenologische Konzepte miteinander zu verbinden. Im ersten Schritt wird dazu (4.1.) das Konzept des thematischen Feldes aus Schütz's unvollendet gebliebener Relevanztheorie herangezogen, um die intersubjektive Verständigung zwischen Mediziner*innen und Eltern im Rahmen der Pränatalsprechstunde rekonstruieren zu können. Dazu muss die konstitutionsanalytisch orientierte Relevanztheorie an entscheidenden Stellen ‚soziologisiert‘ werden, um die drei Systeme der thematischen, auslegungsbezogenen und motivationalen Relevanzen für die empirische Untersuchung methodisch fruchtbar zu machen. Die Ausarbeitung dieser Heuristik an der klinischen Situation bereitet ihrerseits den Sprung von der synchronen in die diachrone Untersuchungsperspektive vor. Im zweiten Schritt (4.2.) werden Schütz's Ausführungen zum Problem der Relevanz mit der Vertrautheit, Bestimmtheit und Glaubwürdigkeit von Wissens-elementen als drei Dimensionen des Wissenserwerbs aus den *Strukturen der Lebenswelt* verknüpft. Dadurch soll es gelingen, die Auswirkungen der in klinischen Situationen erarbeiteten Diagnose auf die Schwangerschaftserfahrungen von Eltern zu verfolgen.

4.1. Das thematische Feld der klinischen Situation: Die Einheit des typischen Sinns in der Vielfalt subjektiver Relevanzen

In seiner unvollendet gebliebenen Relevanztheorie⁴³ setzt sich Schütz mit den erkenntnistheoretischen Grundlagen situierter Wahrnehmungs- und Deutungsprozesse auseinander. Ausgehend vom Bewusstseinsfeld eines Subjekts in einer aktuellen Situation beschäftigt er sich eingehend mit den Fragen: Weshalb wird für jemanden etwas in einer Situation thematisch und hebt sich als relevantes Deutungsproblem vom Horizont anderer, prinzipiell ebenso thematisierbarer Wahrnehmungsgegenstände ab? Wie wird dieser thematische Gegenstand im nächsten Schritt mit zuhandenen Wissensbeständen ausgelegt; und wie sind sowohl das Auftauchen eines Themas als auch die Stoßrichtung seiner Interpretation wiederum auf Handlungsmotive bezogen, die durch Erinnerungen aus ähnlichen Situationen der Vergangenheit und zukunftsbezogene Erwartungen an die gegenwärtige Situation herangetragen werden. Hier deutet sich bereits an, dass die gegenwärtige Position eines leiblichen Selbst, ein von dort entspringendes Wahrnehmungsfeld für intentionale Zuwendungen, der biographisch erworbene Wissensvorrat und das – zumindest im Alltag vorherrschende – pragmatische Motiv, eine Situation bewältigen zu wollen, beim Aufbau des subjektiven Sinns einer Situation in komplexer Weise zusammenwirken.⁴⁴

In der vorliegenden Untersuchung wird die Relevanztheorie vor allem in zwei Hinsichten wichtig für die konzeptionelle Ausarbeitung der situationstheoretischen Heuristik. Zum einen bietet Schütz's Differenzierung zwischen den Systemen thematischer, auslegungsmäßiger und motivationaler Relevanz, die ihrerseits idealtypisch in wesentlicher oder auferlegter Form auftreten können, einen geeigneten Ansatzpunkt, die Relevanztheorie gleichsam zu ‚soziologisieren‘ und im Konzept des thematischen Feldes für die Analyse der Deutungsprozesse in der vorliegenden Arbeit fruchtbar zu machen. Zum anderen sind Relevanzsetzungen in einer gegenwärtigen Situation immer schon bezogen auf die differenten Erfahrungshorizonte der Deutenden. Hierdurch liefert die Relevanztheorie eine Nahtstelle in der Verbindung zwischen der synchronen und der diachronen Perspektive auf den Gegenstand.

⁴³ Die folgende Darstellung bezieht sich in erster Linie auf die Abschnitte I – III des Relevanz-Manuskripts von Schütz, das zwischen 1947 und 1951 entstanden ist, jedoch erst postum veröffentlicht und unter dem Titel, *Das Problem der Relevanz*, ins Deutsche übersetzt wurde. Von Schütz selbst war das Manuskript lediglich als I. Teil eines wesentlich umfassenderen Werkes vorgesehen. Während das Problem der Relevanz in erkenntnis- und handlungstheoretischer Hinsicht ein zentrales Thema des Schütz'schen Denkens bildet, mit dem er sich in verschiedenen Perioden seines Schaffens auseinandersetzt, bietet das hier herangezogene Manuskript jedoch die einzige ausführlichere und systematische Darstellung zum Gegenstand. Vgl. dazu den editorischen Bericht der Herausgeber*innen in Schütz 2004: 57 f.

⁴⁴ Vgl. dazu die einleitenden Ausführungen zur Relevanztheorie von Elisabeth List. „Schütz verbindet in diesem Zusammenhang Konzepte der Phänomenologie, der Bewusstseinsanalyse von William James und der gestalttheoretischen Psychologie zu einer allgemeinen Kennzeichnung der Organisationsstrukturen und Prinzipien des Bewusstseins und der Erfahrung, die ihm einen geeigneten theoretischen Bezugsrahmen für die Analyse alltäglicher und situierter Deutungsprozesse und ihrer Relevanzstrukturen liefern“ (Schütz 2004: 20). Dieses konstitutionstheoretischen und im engeren Sinne philosophischen Erkenntnisinteresses unbenommen, birgt die Relevanztheorie mit ihrer idealtypischen Unterscheidung zwischen drei Relevanzsystemen, die das thematische Feld einer Situation tragen, ein bislang kaum genutztes heuristisches Potential für die mikrosoziologische Analyse.

4.1.1. Das System der thematischen Relevanz

Die thematische Relevanz, auf die Schütz als erstes eingeht, bezieht sich auf die Gliederung des subjektiven Wahrnehmungsfeldes in thematischen Kern und Horizont (Schütz 2004, S. 90 f.). Im Mittelpunkt dieses Relevanzsystems steht die Frage, *was* sich in einer Situation für jemanden als Deutungsproblem vom Horizont des Unproblematischen abhebt und im Akt eines intentionalen Sich-Zuwendens thematisch wird. Schütz differenziert in diesem Zusammenhang weitergehend zwischen auferlegten und wesentlichen thematischen Relevanzen. Während er mit Letzteren das intrinsische Sich-Versenken in einen Gegenstand terminologisch zu fassen versucht, wie es etwa für ästhetische Erfahrungen charakteristisch ist, gründen sich auferlegte Relevanzen, situative Umstände, die sich als zu bearbeitendes Thema aufdrängen, im Allgemeinen zunächst auf unvertraute Aspekte im Wahrnehmungsfeld. Sie lassen sich nicht ohne weiteres mit Hilfe bereits sedimentierter Erfahrungen als etwas Bestimmtes, in seiner Vertrautheit schon ‚Typisches‘ definieren und erfordern deshalb die Aufmerksamkeit des Subjekts. Im Kern bezieht sich die Unterscheidung wesentlich vs. auferlegt, die alle drei Relevanzsysteme als Parameter durchzieht, demnach auf verschiedene Ausgangsbewegungen des intentionalen Bezugs.⁴⁵ Hier wird zudem sichtbar, dass die theoretisch voneinander unterschiedenen Relevanzsysteme in der Praxis wechselseitig aufeinander bezogen sind. In der Regel werden Aspekte primär dann thematisch relevant werden, wenn sie unmittelbar für das Handeln und die sinnhafte Auslegung einer Situation bedeutsam sind.

Über diese grundlegende Relation zwischen dem subjektiven Wissensvorrat und dem situativen Wahrnehmungsfeld hinaus, aus der sich Bereiche des Problematischen und Vertrauten konturieren, nennt Schütz Beispiele für auferlegte Relevanzen: ‚Sprünge‘ zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen, zu- und abnehmende Intimität im Verhältnis zu den intentionalen Gegenständen und – dieser Punkt ist für die soziologische Übersetzung der Relevanztheorie besonders wichtig – die An-Sprüche des Anderen durch seine leibliche Gegenwart in der Interaktion. Die reziprok auferlegten Relevanzen durch den jeweils Anderen, wie sie in den mannigfaltigen Anzeichen leiblichen Ausdrucks und der Sprache in Erscheinung treten und wissenschaftlich beobachtbar werden, bilden die Grundlage, um Schütz’s Überlegungen zur Relevanz soziologisch zu wenden, und vom Problem der Organisationsstruktur eines subjektiven Bewusstseins weg auf die Frage nach dem thematischen Feld inter-subjektiver Verständigung in der klinischen Situation zu beziehen.

Der heuristische Mehrwert des thematischen Feldes für die Analyse gründet sich dabei auf die, eingangs bereits erwähnte, dynamische Beziehung zwischen Thema und Horizont. „Ein Thema ist stets Thema innerhalb eines Feldes und Thema mit einem Horizont“ (Schütz 2004: 93), wie Schütz im ersten Abschnitt des Relevanzmanuskripts konstatiert. Zur einen Seite hin wird es umschlossen von verschiedenen

⁴⁵ Schütz betont explizit, dass diese Unterscheidung – wie auch die zwischen den drei Relevanzsystemen – idealtypisch angelegt ist und ‚reine‘ Formen wesentlicher bzw. auferlegter Relevanz in der Alltagswelt nur sehr selten vorkommen. Vgl. Schütz 2004: 93

Schichten eines prinzipiell unbegrenzten äußeren Horizonts, der von mitgegebenen, aber nicht-thematisierten Wahrnehmungsphänomenen in der aktuellen Situation, über zeitliche, räumliche und soziale Verweisungszusammenhänge des Themas, bis hin zur Welt aller Erfahrungsgegenstände reicht, in die der aktuelle Gegenstand eingebettet ist. „Auf der anderen Seite gibt es den *inneren Horizont*. Sobald das Thema konstituiert ist, eröffnet sich ein unbegrenzter Zugang, um tiefer und tiefer in seine Struktur einzudringen, zuerst indem man seine Grundzüge in ihrer Einmaligkeit so vollständig als möglich zu beschreiben sucht, dann durch die Analyse seiner Elemente und deren Wechselbeziehung und funktionaler Struktur, durch das Aufdecken des Sedimentierungsprozesses, dessen Ergebnis es ist, schließlich durch die Wiederherstellung und -ausführung der polythetischen Schritte, durch die sein Sinn konstituiert wurde, der von uns in einem einzigen monothetischen Blick erfaßt wird“ (Schütz 2004: 94, Herv. im Orig.).

Der heuristische ‚Clou‘ einer auf diesen Überlegungen aufbauenden Perspektive liegt im analytischen Blick für die dynamischen Verschiebungen zwischen einem thematischen Gegenstand und seinen Horizonten im Prozess des Auslegens. Auf diese Weise kann – komplementär zur Interaktionsordnung der klinischen Situation – auf der Deutungsebene nach den typischen Mustern intersubjektiver Verständigung zwischen Professionellen und werdenden Eltern gefragt werden. *Wo entwerfen Ärzt*innen und Eltern gemeinsam Sinnzusammenhänge für das Ungeborene als Dritten und in welchen Bereichen treten Differenzen in den thematischen Relevanzen hervor, die zum Ausgangspunkt für Übersetzungen werden, aber auch unüberbrückbare Schwellen des Fremdverstehens anzeigen können? Während etwa das Ergründen der organischen Dysfunktionalität im inneren Horizont einer Fehlbildung aus medizinischer Sicht von zentraler Bedeutung ist, um Therapieentscheidungen abwägen zu können, richten sich die Fragen werdender Eltern in aller Regel auf den äußeren Horizont lebenspraktischer Konsequenzen, die eine pränatale Diagnose zeitigen kann. Mit dem heuristischen Zugang über die thematische Relevanz öffnet sich der soziologische Blick für Fragen, was in der klinischen Situation thematisch wird und welche typischen Thema-Horizont-Konstellationen sich für ihre einzelnen Phasen rekonstruieren lassen. Wo verlaufen die Grenzen zwischen gemeinsam getragenen Deutungen und divergierenden Relevanzsetzungen der involvierten Subjekte? Wie wandelt sich die Relevanzstruktur des thematischen Feldes im Vollzug von geordneten Übergängen von einem Thema zum anderen ebenso wie in unvermittelten Themenwechseln und –abbrüchen während der Untersuchungen?*

4.1.2. Das System der Auslegungsrelevanz

Das zweite System der Auslegungsrelevanz umfasst die Wissens Elemente und Interpretationsschemata, die zur Deutung eines Themas herangezogen werden (Schütz 2004: 98 f.). Auslegungsrelevante Wissens Elemente erfüllen die Funktion, den thematisch relevanten Gegenstand zu typifizieren und einen Grad der Bestimmtheit, bezogen auf seinen inneren und äußeren Horizont, zu erreichen, der aus Sicht der Beteiligten für die Situation hinreichend ist. Die Wissens Elemente und Deutungsschemata, die im Auslegungsprozess herangezogen werden, bilden gewissermaßen die sinntragenden ‚Wände‘ der

Thema-Horizont-Struktur; sie bilden die Basis dafür, dass etwas *als* etwas Bestimmtes erscheint und einem Typus zugeordnet werden kann. Dabei kann die Kombination, was am thematischen Gegenstand auf der Grundlage individuell-pragmatischer Motive dominant wahrgenommen und mit welchen spezifischen Elementen aus dem Wissensvorrat es verknüpft wird, zwischen den Deutenden prinzipiell verschieden ausfallen, sodass sich divergierende Auslegungsweisen anhand ihrer Konfiguration aus thematischen und auslegungsbezogenen Relevanzen analysieren und theoretisch beschreiben lassen. Erscheint beispielweise im Verlauf der Untersuchung ein pumpendes Herz im Ultraschallbild, bewegen sich die Typisierungen des Forschers häufig in Richtung des äußeren Horizonts. Die eigenbewegliche Gestalt am Bildschirm erlegt ihm unvermittelt auf, sich mit den Verweisen auf die Persönlichkeit ihres Trägers zu befassen, während sich die diagnostischen Typisierungen der Mediziner*innen im selben Moment auf ‚Vier-Kammer-Blick‘ und ‚Blutdurchfluss‘ im inneren Horizont des Organs als thematischem Gegenstand konzentrieren. Hier wird ein weiteres Mal die Interdependenz der Relevanzsysteme offensichtlich. Die Auslegungsrelevanzen des Soziologen sind wesentlich durch das Erkenntnisinteresse an der Sozialität des Dritten *motiviert*, wohingegen das medizinisch relevante Thema hier in anatomisch-funktionalen Sinnzusammenhängen interpretiert wird.

Der notwendige Bestimmtheitsgrad, bis zu dem ein Thema in einer Situation ausgedeutet wird, ist für Schütz einerseits abhängig von auferlegten Umständen – z.B. nur wenn die Bilder im Ultraschall hinreichend genau typisiert werden können, ist es möglich, eine abgesicherte Differenzialdiagnose zu stellen – und andererseits von den wesentlichen Interessen der involvierten Subjekte. Rücken neue Wissens Elemente vom Horizont in den thematischen Kern, die im Widerspruch zur bis dato gültigen Situationsdefinition stehen, kann das System der Auslegungsrelevanzen, und mit ihm die Sinnstruktur des gebildeten Typus zusammenbrechen, was sich in Folgewirkungen auf die anderen beiden Relevanzsysteme niederschlägt. Häufig muss dann der thematische Gegenstand in anderen Sinnzusammenhängen des äußeren Horizonts neu verortet werden oder es müssen zusätzliche Handlungen erfolgen, um seinen inneren Horizont genauer auslegen zu können. Im Gegenzug können z. B. Auffälligkeiten am fetalen Körper, die nicht diagnostisch typisiert werden können, als thematisch relevante – weil von vertrauten sonoanatomischen Regelmäßigkeiten abweichende – Gegenstände gefasst werden, für die keine hinreichenden Auslegungsrelevanzen verfügbar sind, was sich wiederum auf die Möglichkeiten therapeutischer Handlungsentwürfe auswirkt. Ungewissheit unterscheidet sich demnach von Nicht-Wissen aus der relevanztheoretischen Perspektive dadurch, dass im ersteren Fall ein konkreter thematischer Gegenstand auftritt, der zur Auslegung drängt, im Letzteren dagegen nicht.

Mit dem zweiten heuristischen Zugang über die Auslegungsrelevanz verschiebt sich der analytische Fokus bezogen auf das thematische Feld, von der Frage, *was* thematisch wird, hin zu dem Problem, *wie* dieses ‚Etwas‘ sinnhaft bestimmt wird. *Welche Wissens Elemente und Wissensbestände werden in verschiedenen Phasen der klinischen Situation miteinander verknüpft? Über welche Auslegungsrelevanzen*

werden Verbindungen und Übersetzungen zwischen medizinischen und familialen Sichtweisen hergestellt bzw. wo stehen differente Deutungsweisen inkommensurabel einander gegenüber? Wie unterscheiden sich in Bezug auf das heranwachsende Kind als thematischen ‚Gegenstand‘ medizinische, elterliche und soziologische Bezugnahmen in den spezifischen Kombinationen zwischen thematischen und auslegungsbezogenen Relevanzen, die auf jeweils eigene Wege der Typisierung führen? Des Weiteren, welche Verweisungszusammenhänge lassen sich rekonstruieren zwischen Typen, die sich auf unterschiedliche Wirklichkeitsbereiche beziehen, etwa wenn es in der Verständigung gleichermaßen um existenziell-humane, medizinisch-therapeutische und familial-alltagspraktische Bedeutungen einer pränatalen Diagnose geht? Und schließlich, wie werden Ungewissheiten thematisiert, wenn die nötigen Auslegungsrelevanzen fehlen?

4.1.3. Das System der Motivationsrelevanz

Mit dem dritten System der Motivationsrelevanz richtet Schütz schließlich den Blick auf die Frage, welche Gründe ausschlaggebend dafür sind, wie in einer Situation gehandelt wird (Schütz 2004: 106 f.). Einerseits wirken vergangene Erfahrungen aus dem praktischen Umgang mit Handlungsproblemen daraufhin, was unter den gegenwärtigen Umständen thematisch wird und welche Handlungsmaßnahmen erfolgsversprechend erscheinen, um die Situation zu bewältigen. Andererseits stellen Handlungsabsichten in der aktuellen Situation ebenso wie situationsübergreifende Handlungsentwürfe, als die pragmatischen Verweisungszusammenhänge thematischer und auslegungsbezogener Relevanzstrukturen, die im Deutungsprozess entstehen, ihrerseits Folgen des gegenwärtigen Geschehens dar. Schütz unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen Um-Zu-Motiven und Weil-Motiven. Erstere stehen für prospektiv ausgerichtete Handlungsentwürfe, die sich auf folgende Phasen in der Situation selbst oder auf zukünftige Ereignisse beziehen können, und in denen vom Handlungsziel ausgehend, eine Kette notwendiger Schritte gebildet wird, *um* dieses zu erreichen. Weil-Motive leisten hingegen in der retrospektiven Richtung die Anbindung der aktuellen pragmatischen Implikationen an den biographischen Erfahrungshorizont, der in den habitualisierten Einstellungen eines Subjekts zu bestimmten Situationen ebenso relevant dafür ist, wie die gegenwärtige Handlungsentscheidung ausfallen wird. So legen vertraute Umgangsweisen mit praktischen Herausforderungen, die sich in der subjektiven Erfahrung bewährt haben – auch die Entscheidung, nicht zu handeln, ist eine Entscheidung, die sich in der Erfahrung als Bewältigungsmuster bewähren kann – bestimmte Wege näher als andere. Um-Zu- und Weil-Motive erfüllen dadurch eine doppelte Funktion im Prozess der Ordnungsbildung. Bezogen auf die Pränatalprechstunde bei der Herstellung von Übergängen und der Koordinierung von Schrittfolgen im situativen Vollzug; in Form von situationsübergreifenden Handlungsentwürfen und einer persönlichen Haltung zum klinischen Geschehen sind sie zugleich von elementarer Bedeutung für Verknüpfungen der gegenwärtigen Situation mit vergangenen und zukünftigen wie für ihre Integration in ein biographisch gewachsenes Selbst- und Weltverhältnis des Subjekts. Mit Goffman gesprochen, stellen sie sozusagen innere und äußere Klammern auf der Ebene von Relevanzstrukturen dar. Der notwendige Umgang mit

Ungewissheit und Nicht-Wissen als konstitutivem Bestandteil der Handlungspraxis in der modernen Medizin zeigt sich in der Pränatalsprechstunde u. a. am Oszillieren der Motivationsrelevanzen zwischen professionellem Handeln und professioneller Haltung. Während bei gut abgesicherten und behandelbaren Diagnosen konkrete Therapiesituationen für die Zeit nach der Geburt als Kette von Um-Zu-Motiven im Gespräch für Eltern entworfen werden können, rückt bei unklaren Diagnosen, aus denen sich keine eindeutigen therapeutischen Schlüsse ziehen lassen, die Kommunikation der professionellen Haltung in den Vordergrund: für die Geburt optimal vorbereitet zu sein, um dann, wenn sich zeigt, was medizinisch der Fall ist, die bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können.

Korrespondierend zu den beiden Leitfragen nach dem *was* und *wie* in den Systemen der thematischen und der auslegungsmäßigen Relevanz, liegt der sinnbezogene Kern motivationaler Relevanz in den Gründen, *warum* aus der Sicht von jemandem etwas unter den aktuellen Umständen problematisch wird. Zum einen richtet sich die Frage auf das *Wovon-her*, auf die Weil-Motive im Wissensvorrat, die an die gegenwärtige Situation herangetragen werden und das pragmatische Motiv im subjektiven Sinn mitformen und zum anderen auf die Frage nach dem *Worauf-hin* von Handlungsentwürfen, durch die Verweisungszusammenhänge von der aktuellen Situation in die gegenwärtige Zukunft geschlagen werden. Mit diesem dritten heuristischen Blickwinkel öffnet sich das analytische Sichtfeld dafür, wie das heranwachsende Kind im Spannungsfeld zwischen familialen und medizinischen Bezugnahmen sinnhaft entworfen wird.

Relevanzen liegen nicht isoliert vor, sondern in Sinnzusammenhängen. Schütz betont die Interdependenz der Relevanzsysteme (Schütz 2004, S. 113 ff.), die auch in den vorangegangenen Überlegungen deutlich geworden ist. Nichtsdestotrotz erscheint es, aufbauend auf seine theoretische Unterscheidung, auch in analytischer Hinsicht aufschlussversprechend, zwischen thematischen, auslegungsbezogenen und motivationalen Relevanzstrukturen zu differenzieren, um auf diesem Wege das thematische Feld der klinischen Situation aus drei Perspektiven anvisieren zu können. Wendet man den Begriff stärker soziologisch – nur die Sinnsetzungen und Sinndeutungen der Anderen, die im Bewusstseinsfeld des Forschers sinnlich wahrnehmbar werden, können zum Gegenstand der Interpretation gemacht werden – lassen sich zudem Motive aus der interaktionstheoretischen Konzeption wieder aufnehmen und aus einem phänomenologischen Blickwinkel beleuchten. Bewegungen der (De)Zentrierung, das Umschlagen von Atmosphären und Spannungen zwischen der intersubjektiven Verständigung und dem subjektiven Verständnis einer Situation lassen sich auch in dynamischen Verschiebungen zwischen thematischem Kern und Horizont verfolgen; praxis-, raum- und zeitbezogene Hüllen um einen vulnerablen Interaktionskern finden auf der Deutungsebene ihren Ausdruck im kontextuellen Einrahmen heikler Fragen; Territorien des Selbst können auch in der Deutungshoheit über bestimmte Themen und im Besitz von Auslegungskompetenzen Gestalt annehmen.

4.1.4. Goffman mit Schütz theoretisch weiterdenken

Des Weiteren lassen sich mit einer an Schütz anschließenden sozialphänomenologischen Konzeption von Verständigung offen gebliebene Probleme in der Auseinandersetzung mit Goffman theoretisch differenzierter lösen. Zum einen kann das Verhältnis von Performanz und Semantik in die Schützsche Unterscheidung zwischen Anzeichen, Zeichen und Symbolen⁴⁶ überführt werden. Körpersprachliche Äußerungen in Mimik und Gestik erscheinen dann als leibliche Ausdrucksphänomene eines Subjekts, die als Anzeichen sein gegenwärtiges Erleben appräsentieren⁴⁷, aber in sich mehrdeutig und situationsgebunden flüchtig bleiben. Die Verwendung von Zeichen – allen voran in der Sprache – rekuriert bereits auf ein gültiges Regelsystem von Beziehungen zwischen Zeichen und Bezeichnetem, forciert dadurch die Verbindlichkeit in der intersubjektiven Verständigung und erzeugt mit Sequenzialität, Abstraktion und Typisierung semantische Ordnungen, die über die aktuelle Situation hinausreichen. Insofern ist es vor allem das semantische Register, in dem mit einem bearbeiteten Thema auch die Zeithorizonte der Situation stärker ins Gewicht fallen. Symbole, die nicht nur in der Sprache, sondern insbesondere auch in Bildern geformt werden, zeichnen sich schließlich dadurch aus, Brücken zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen zu schlagen und Widersprüche in sich zu vereinen, ohne sie aufzulösen⁴⁸. Es liegt zumindest von theoretischer Seite nahe, sie als ambiguitätsbindende Knotenpunkte in einem spannungsreichen Sinngewebe pränataler Sozialität zu betrachten, weshalb ihnen ein besonderes Augenmerk in der Analyse gilt. Die wechselseitigen Bezüge von Performanz und Semantik in der Interaktion lassen sich mit dem Konzept des thematischen Feldes wiederum als eine multimodale Praxis intersubjektiver Verständigung begreifen, in der Bedeutungen auf und im Zusammenspiel zwischen mehreren Ebenen entstehen.

Situationen im Kontext der Mundanphänomenologie sind, ausgehend vom Ur-Sprung des leiblichen Hier und Jetzt eines Subjekts, auf der Ebene des Erlebens angesiedelt.⁴⁹ Schütz spricht von *situationsgebundener* Erfahrung; zuhandene Erfahrungen sind mitgegeben im situativen Vollzug, Erfahrungen

⁴⁶ Die folgenden Unterscheidungen entstammen der Symboltheorie von Schütz, die ausführlich im Aufsatz *Symbol, Wirklichkeit und Gesellschaft* (in: Schütz 2003b: 117-220) und komprimiert in den *Strukturen der Lebenswelt* dargestellt ist (vgl. Schütz/Luckmann 2003: 634 – 658).

⁴⁷ Schütz übernimmt den Begriff der Appräsentation von Husserl und integriert ihn in seine mundanphänomenologische Theoriekonzeption. Appräsentationsleistungen des Bewusstseins gründen darauf, einen Verweisungszusammenhang zwischen einem gegenwärtig präsenten Wahrnehmungsinhalt und etwas, temporär oder prinzipiell, Nicht-Präsentem herzustellen. Dies hat zur Folge, dass Appräsentationen eine elementare Funktion im Aufbau subjektiver Erfahrungen ebenso wie im Prozess intersubjektiver Verständigung übernehmen. Vgl. dazu Schütz/Luckmann 2003, S. 634 f. Merkzeichen, Anzeichen, Zeichen und Symbole stellen in diesem Zusammenhang appräsentative Verweisungszusammenhänge unterschiedlicher Komplexität dar. Leibliche Ausdrucksphänomene bilden wiederum eine „Sonderform“ (Schütz/Luckmann 2003: 648) von Anzeichen, da, anders als bei ‚natürlichen‘ Anzeichen, das appräsentierte Glied im Verweisungszusammenhang, das Erleben des Anderen, nicht nur temporär, sondern prinzipiell unzugänglich bleibt.

⁴⁸ Dieses Argument steht auch im Zentrum von Soeffners soziologischer Auseinandersetzung mit Symbol und Ritual (vgl. Soeffner 2010: 9 ff.)

⁴⁹ Vgl. dazu auch Hitzler/Eisewicht im Zusammenhang mit den methodologischen Grundlagen lebensweltanalytischer Ethnographie: „Strukturell verstanden ist Situation also, worauf Bewusstsein sich als Widerständigem bezieht: Mein *aktueller* Platz, meine *aktualisierte* Vergangenheit, mein Körper *jetzt*, meine *jetzt* erlebte Umgebung, mein *aktuelles* Wissen um meinen Tod und – in unserem Zusammenhang von besonderem Interesse – auch mein ‚Nächster‘ bzw. in der – weniger pathetischen – Terminologie von Schutz/Luckmann (2003, S. 98 ff.): mein Mitmensch (und andere *jetzt* für mich relevante Zeitgenossen).“ Hitzler/Eisewicht 2017: 18, FN 17, Zitation im Orig.)

werden ausschließlich in Situationen ‚gesammelt‘, Situationen selbst sind jedoch zunächst nur thematische Erlebniszusammenhänge, die erst im Zuge ihrer typisierten Integration in den Wissensvorrat als Erfahrungswissen von der Lebenswelt verfügbar werden, auf das in zukünftigen Situationen zurückgegriffen werden kann.⁵⁰ Damit einhergehend verschiebt sich die Grundeinheit einer Situation aus phänomenologischer Perspektive. An die Stelle des koattentionalen Feldes bei Goffman rückt jetzt die dreistellige Relation zwischen einem *Subjekt*, das sich im gegenwärtigen Erleben *intentional* auf *etwas* bezieht. So führt Bahrtdt in seinen allgemeinen Überlegungen zur Struktur von Situationen aus: „Wenn wir also von Situationen reden, so meinen wir die Umstände, welche das betroffene Subjekt in einer Zeiteinheit in das Bewußtsein einbezieht, und das Verhältnis, in das es sich zu ihnen setzt, und schließlich auch *das* Ich, *das* sich erlebt in seinem Verhältnis zu gegebenen Umständen. Diese drei Momente, Umstände, Ich und das Verhältnis beider, bilden eine Einheit und sind weder isoliert voneinander zu denken noch auch einfach voneinander ableitbar“ (Bahrtdt 1996: 51, Herv. im Orig.). Das, *was* in einer – dann prinzipiell nur noch approximativ sozialen – Situation aus der Sicht von jemandem im Zentrum der eigenen Wahrnehmung erscheint und *wie* es gedeutet wird, kann sich von Person zu Person mehr oder weniger stark unterscheiden. Sowohl die thematischen Gegenstände als auch die Modi intentionalen Sich-Zuwendens – z.B. fühlend, phantasierend, erkennend, praktisch – können individuell variieren, sodass mit der sozialphänomenologischen Konzeption des Situationsbegriffs die Seite der Differenz im Spannungsverhältnis theoretisch ausgebaut werden kann.

Für das soziologische Arbeiten mit dem Konzept des thematischen Feldes sind dabei zwei methodologische Prämissen unabdingbar. Zum einen sind Mimik, Gestik, Körperbewegungen und verbale Kommunikation von Anderen nicht als unmittelbar präsente Äußerungen von Subjektivität zu betrachten, sondern als Appräsentationen fremden Erlebens, die erst kanalisiert durch die Wahrnehmung des Forschers ins Material gelangen und dann als Anzeichen, Zeichen oder Symbole auf differente Relevanzstrukturen subjektiven Sinns verweisen können. Folgt man dem sozialphänomenologischen Situationsverständnis, bildet die ethnographische Beobachtung der klinischen Situation nicht eine interaktive Praxis *an sich* ab, sondern sie stellt ihrerseits das thematische Feld der subjektiven Wahrnehmung des Forschers dar.⁵¹ In diesem Zusammenhang lässt sich auch der methodologische Stellenwert des Forschererlebens genauer bestimmen. Das thematische Feld seiner Wahrnehmung ist nicht nur bezogen auf seinen Wissensvorrat, sondern ebenso verstrickt in das Gewebe aus eigenen und fremden Relevanzsetzungen

⁵⁰ Dieser Prozess darf indes nicht zu kognitivistisch verstanden werden. Elementare Formen unseres Wissens von der Lebenswelt, z.B. körperliche Fertigkeiten wie Schwimmen oder Gehen, gründen sich im Alltag nicht auf die Bestimmtheit des Wissen über einen Bewegungsablauf, sondern auf praktische Übung und dadurch gewonnene Vertrautheit – auf das wiederholte Erleben, dass unser Eingreifen in die Lebenswelt funktioniert und sich unsere Erwartungen bestätigen.

⁵¹ Die in manchen Ethnographien sorgfältig kaschierte Subjektivität von Forschenden lässt sich schwer von der Hand weisen, wenn man sich z.B. die Veränderungen ethnographischer Beschreibungen im Verlauf langfristiger Feldforschungen vergegenwärtigt. Thematische Akzentverschiebungen in einer Folge von Beobachtungsprotokollen oder Veränderungen des ‚Zooms‘ im Vergrößern oder Verkleinern des Blickfelds können ihrerseits als Ausdruck sich verändernder wissenschaftlicher Relevanzstrukturen im Forschungsprozess begriffen werden.

im situativen Vollzug, sodass Veränderungen in seinem Wahrnehmungsfeld immer auch auf Veränderungen der Relevanzstrukturen in der Situation verweisen, deren Ordnung Gegenstand der Untersuchung ist.

Mit dem Anschluss an Schütz und das ko-konstitutive Verhältnis von Situation und Wissensvorrat öffnet sich der soziologische Blick für die Übergänge zwischen Erleben und Erfahren und damit eine Brücke von der synchronen Erforschung der klinischen Sprechstunde zu den Bedeutungshorizonten der Diagnose im diachronen Verlauf, wie sie von Eltern aufgenommen und verstanden wird. Auf diese Weise wird es möglich, die interaktiven und thematischen sowie raum- und zeitbezogenen Konstellationen, in denen Bezugnahmen auf den Dritten innerhalb der klinischen Situation erfolgen, zur zweiten Untersuchungsebene der vorliegenden Studie in Relation zu bringen, auf der die erkenntnisleitende Frage darin besteht, wie das heranwachsende Kind im alltagsweltlichen Erfahrungshorizont von Eltern in Sinnzusammenhänge eingewoben wird. Gleichwohl entstehen durch die Auseinandersetzung mit Schütz auch neue Probleme. So rückt zwar das Verhältnis von Erleben und Erfahren stärker in den Fokus, die krisenhafte Dimension der Diagnose als Widerfahrnis, die existenzielle Erschütterung, die sie für viele werdende Eltern zunächst zur Folge hat, wird mit einem auf die Konstitution von Alltagserfahrung gerichteten Ansatz jedoch nicht hinreichend greifbar. Eine Lösung dieses Problems wird im Rekurs auf die responsive Phänomenologie von Bernhard Waldenfels gesucht werden. Des Weiteren erscheint aus der sozialphänomenologischen Perspektive auch die Frage nach den Grenzen einer Situation, wie sie sich aus der Sicht eines Anderen darstellt, noch einmal wesentlich schwieriger zu beantworten, wenn es hier nicht in erster Linie um operative Einheiten mit zumindest noch relativ klaren praxis-, raum- und zeitbezogenen Grenzziehungen geht, sondern um thematische Einheiten des Erlebens, die erst auf der Ebene der Erfahrung als sinnhafte Einheiten in den Griff der wissenschaftlichen Analyse gelangen können.

4.2. Die Schwangerschaftssituation im Horizont elterlicher Erfahrung: diachrone Zugänge zum Gegenstand

Die zentrale Aufgabe des zweiten Abschnitts zur phänomenologischen Seite des Situationsbegriffs besteht nun darin, den Übergang von der synchronen Sicht auf die klinische Praxis zur diachronen Untersuchung der Frage herzustellen, wie sich die medizinische Diagnose retrospektiv in den Sinnzusammenhängen alltagsweltlicher Erfahrung artikuliert. Wie wird sie mit vorausgehenden und nachfolgenden Situationen im Rahmen einer Diagnosegeschichte verknüpft? Worin bestehen die zentralen Themen sowie handlungspraktischen und interpretativen Umgangsweisen mit den medizinischen Erkenntnissen aus familialer Sicht? Wie gestaltet sich das Verhältnis von Situation(en) und Prozess in der sinnhaften Verarbeitung der Ereignisse während der Schwangerschaft; wo fügen sich situative Erfahrungen zu umfassenderen Sinnzusammenhängen zusammen und bilden das Fundament einer pränatalen Sozialität unter besonderen Bedingungen und wo zeigen sich in der Analyse demgegenüber Schwellen, Krisen, Brüche und Leerstellen im Prozess der Sedimentierung, die entweder als Widerfahrnisse kaum sinnhaft

verarbeitet werden konnten und bis in die Gegenwart nachwirken oder als Grenzsituationen zum Ausgangspunkt für existenzielle Erfahrungen wurden? Wie diese lose Auflistung an Fragen bereits andeutet, geht es nun darum, den soziologischen Blick von der Mikrosphäre direkter Interaktion abzuwenden, ihn gewissermaßen zu dezentrieren, und auszurichten auf den Bedeutungshorizont der Diagnose in der elterlichen Erfahrung, auf ihre ‚Gravitation‘ in den alltagsweltlichen Verweisungszusammenhängen pränataler Sozialität.

Die Relevanztheorie fungiert dabei als konzeptuelle Brücke von der synchronen in die diachrone Untersuchungsebene. Jetzt geht es nicht mehr um die direkte Verständigung zwischen Mediziner*innen und werdenden Eltern im klinischen Rahmen, sondern um die thematischen, auslegungsbezogenen und motivationalen Ausdrucksformen des diagnostischen Wissens im Horizont der Schwangerschaftserfahrung. Die jeweils zentralen Themen, die sich für (werdende) Mütter und Väter in diesem Zusammenhang stellen, ihre Deutungsweisen und Handlungsmuster im Umgang mit dem eingetretenen Ereignis, können als typisierte Ausdrucksgestalten subjektiver Relevanzstrukturen der pränatalen Diagnose in den – mehr oder weniger differenten und reziprok anschlussfähigen – Erfahrungen beider Partner verstanden werden. Diese relevanztheoretische Basis lässt sich ihrerseits mit den Ausführungen von Schütz/Luckmann zu Vertrautheitsstufen sowie Bestimmtheits- und Glaubwürdigkeitsgraden aus den *Strukturen der Lebenswelt* konzeptuell weiter ausbauen, die sich jeweils vorrangig auf den Problembereich eines Relevanzsystems beziehen. Sie können gleichsam als Nahtstellen zwischen Situation und Erfahrung betrachtet werden, die Erlebtes typisieren, dabei unterschiedliche Aufgaben erfüllen und dadurch verschiedene Blickwinkel auf den Gegenstand generieren. Damit wird das soziologische Erkenntnisinteresse noch weiter auf die Seite der Differenz in der situationstheoretischen Ausarbeitung verschoben. Die medizinischen Sinnzusammenhänge der pränatalen Diagnose in Bezug auf den Dritten, wie sie aus der klinischen Situation rekonstruiert werden, können anhand der Interviewanalysen systematisch zu deren familialen Bedeutungen in Beziehung gesetzt werden.

4.2.1. Vertrautheit und thematische Relevanz: Scheidelinie zwischen Problematischem und Fraglosem

Die Vertrautheit von situativen Geschehnissen bildet für Schütz/Luckmann eine grundlegende Dimension der Strukturierung des subjektiven Wissens von der Lebenswelt (Schütz/Luckmann 2003: 196 - 208. Ausgehend von der je einzigartigen biographischen Artikulierung des subjektiven Wissensvorrats⁵²

⁵² Die biographische Artikulierung des subjektiven Wissens von der Lebenswelt bezieht sich im Kern auf die je einzigartige Lebenserfahrung eines Individuums und bildet zugleich den Horizont, in dem gegenwärtige Situationen bestimmt werden. Schütz/Luckmann schreiben hierzu: „Denn der Wissensvorrat, mit dessen Hilfe ich die gegenwärtige Situation bestimme, hat eine ‚einzigartige‘ biographische Artikulierung. Er verweist nicht nur auf den Inhalt, den ‚Sinn‘ aller in ihm sedimentierten Erfahrungen bzw. Situationen, sondern auch auf die Intensität (Erlebnishöhe und –tiefe), Dauer und Reihenfolge dieser Erfahrungen. Dieser Umstand ist von größter Bedeutung, da er die einzigartige biographische Artikulation des individuellen Wissensvorrats (und somit der aktuellen Situation) erst eigentlich konstituiert“ (Schütz/Luckmann 2003: 164). Diese Ausführungen sind jedoch nicht als Ausdruck eines autarken Subjekts zu verstehen. Auch für Schütz ist der Großteil unseres Wissens von der Lebenswelt immer schon sozial vermittelt, vorausgelegt und typisiert, sodass biographische Individuierung und Sozialisierung reziprok aufeinander verweisen.

erscheinen uns bestimmte Bereiche der Lebenswelt vertrauter als andere und Anderen; Situationen des lebensweltlichen Vollzugs erweisen sich daher auf subjektiv-intentionaler Ebene im Horizont der je zuhandenen Vorerfahrungen als stets relativ different⁵³: „Einmal erkennt man Gegenstände und Vorgänge als denjenigen gleich, denen man in früheren Erfahrungen begegnet ist. Zum zweiten erfaßt man Gegenstände und Vorgänge als früher erfahrenen in wesentlichen Zügen ähnlich. Drittens können sie aber vorerfahrenen Gegenständen und Vorgängen als nur in einigen Zügen ähnlich, in anderen jedoch unähnlich, aufgefaßt werden. Schließlich gibt es Gegenstände und Vorgänge, die in allen relevanten Aspekten unbekannt erscheinen. Die Vertrautheitsstufen sind also grundsätzlich mit der im Wissensvorrat angelegten Typik verbunden“ (Schütz/Luckmann 2003: 199).

Die Vertrautheit einer Situation entscheidet sich demnach an der Frage, wieweit sie mit den bereits zuhandenen Vorerfahrungen bestimmt werden kann. Wichtiger als die klassifikatorische Abgrenzung verschiedener Vertrautheitsstufen ist hier indes, dass sich aus diesen theoretischen Überlegungen ein erster Blickwinkel auf die pränatale Diagnose im elterlichen Deutungsprozess ergibt. Die Grundfrage auf der *Analysestufe: Vertrautheit – thematische Relevanz* lautet daher, in Anlehnung an das obige Zitat, welche ‚Gegenstände und Vorgänge‘ während der Schwangerschaft in den Erzählungen betroffener Eltern als relevante Themen hervortreten und sich dadurch zugleich von einem Boden des Fraglosen abheben.⁵⁴ Dass Etwas gegenüber Anderem hervortritt, sich eine Figur von einem Hintergrund abhebt, stellt die grundlegende Bedingung für die Strukturierung eines Erfahrungsfeldes dar; Selektion und Exklusion durch Akte des intentionalen Sich-Zuwendens setzen subjektiven Sinn, sodass mit Waldenfels gleichsam die ‚erste‘ Ordnungsleistung beim Aufbau neuer Erfahrungen darin gesehen werden, im Fluss des Erlebens Bedeutsames von Bedeutungslosem zu unterscheiden (Waldenfels 1987: 55. f.) Das Verhältnis von alltagsweltlicher Vertrautheit und Fremdheit in Bezug auf den medizinischen Schwangerschaftsverlauf kann dabei auf zwei Spuren analytisch verfolgt werden. Zum einen treffen hier grundsätzlich zwei verschiedene Wirklichkeitsbereiche innerhalb der Lebenswelt aufeinander, deren wechselseitige Erfahrungsdifferenz und Exklusivität, angesichts der vulnerablen, hoch individuellen Statuspassage zur Elternschaft und der technologisch avancierten, interdisziplinären Perinatalmedizin, noch

⁵³ Vgl. in diesem Zusammenhang auch Hitzler 1999: 294: „Auch wenn es also offenbar durchaus, nämlich in sozusagen alltagsempirischer Evidenz, hochgradige *Überlappungen* von Situationen gibt, so gibt es doch, streng phänomenologisch gesehen, keine eigentlich ‚soziale‘ Situation. D. h., daß selbst eine Situation, in der ich völlig orientiert bin an Deinem und Du völlig orientiert bist an meinem Handeln, nicht ‚sozial‘ ist in dem Sinne, daß sie uns tatsächlich gemeinsam wäre: Wir haben zwei je konkrete, subjektiv strukturierte Situationen, die lediglich von dritter Seite aus, von einer Außenperspektive also (die ‚wir‘ allerdings wieder antizipieren können), *scheinbar* verschmelzen.“ Herv. im Orig.

⁵⁴ Kritisch zum Verständnis des Unthematischen bei Schütz, in dem letztlich unthematisches mit implizitem Wissen gleichgesetzt wird, vgl. erneut Renn 2006: 250, FN 12: „Was die ‚Verharmlosung‘ des impliziten Wissens der Auslegung von etwas als ‚etwas‘ betrifft, darf man die Schützsche Perspektive ebenso wenig überschätzen. Sie partizipiert mit Husserl an der transzendental-phänomenologischen Gleichsetzung von implizitem mit unthematischem Wissen“. Folgt man hingegen einer ‚starken‘ Unterscheidung zwischen implizitem und explizitem Wissen (Loenhoff 2012), gründet sich die Funktion des Ersteren darauf, dass es latent fungiert, aber gerade *nicht* explizierbar ist. Für die vorliegende Untersuchung ergibt sich daraus zum einen die Konsequenz, dass Unthematisches nicht als schlichtweg irrelevant anzusehen ist, sondern ebenso Erfahrungsbestände umfassen kann, die alltagspraktisch wirksam werden, aber nicht zur Sprache gelangen. Zum anderen wird die Frage nach den Grenzen des Thematisierbaren mit Blick auf die existenzielle Dimension des Phänomens zum soziologisch relevanten Problem, an dem die Schützsche Perspektive auf den Erfahrungsaufbau ihrerseits an eine Grenze stößt.

zusätzlich gesteigert ist. *Worin sehen werdende Eltern für sich vor diesem Hintergrund die ‚wesentlichen Züge‘, die eine Fehlbildungsdiagnose bei ihrem Kind von ihren bisherigen Erfahrungen trennt bzw. sie mit ihr verbinden und welche Vorerfahrungen – der Bewältigung wie des Scheiterns – werden im Deutungsprozess mobilisiert, um die Situation für sich zu bestimmen?* Zum anderen müssen die dynamischen Verschiebungen und Verzweigungen thematischer Relevanzen in der sequenziellen Abfolge von Situationen in der Schwangerschaft – idealtypisch vom ersten auffälligen Befund, über verschiedene Untersuchungen zur Differenzialdiagnose – rekonstruiert werden, in deren Verlauf sich gefestigte Situationsdeutungen und neue Vertrautheiten entwickeln, aber auch unerwartete Fragen und zuvor nicht gekannte Fremdheiten im Umgang mit der Welt der Medizin in den thematischen Kern der familialen Perspektive einrücken und wieder in den Horizont absinken können.

Auf dieser ersten Stufe der diachronen Untersuchungsebene geht also zunächst darum, in maximaler Breite das Feld thematischer Relevanzen aus Elternsicht analytisch in den Blick zu bekommen und aus der Vielzahl polythetischer Sinnfäden erste Themenbündel und Erfahrungskomplexe herauszuarbeiten. Aus der vergleichenden Analyse mehrerer Fälle können so erste theoretische Erkenntnisse zu der Frage gewonnen werden, worin die zentralen Deutungsprobleme für werdende Eltern im Angesicht der Diagnose bestehen und zur medizinischen Perspektive in Relation gesetzt werden. Die auslegungsrelevanten Wissensbestände und Interpretationsschemata, die dabei immer schon mit am Werk sind und die Gestalt des thematischen Feldes imprägnieren, rücken ihrerseits mit dem zweiten Konzept der Bestimmtheitsgrade ins Zentrum der Untersuchung.

4.2.2. Bestimmtheitsgrade und Auslegungsrelevanz: Sinnzusammenhänge um den Dritten aus familialer Perspektive

Der Bestimmtheitsgrad, mit dem eine Erfahrung aus einer Situation hervorgeht, ist das Resultat der Auslegung ihres inneren und äußeren Horizonts (Schütz/Luckmann 2003: 208 – 216). Während sich Vertrautheitsstufen zunächst darauf beziehen, was überhaupt, im Lichte zuhandener Vorerfahrungen, als thematisch relevantes Problem in einer Situation hervortritt, rückt mit dem zweiten theoretischen Blickwinkel auf Bestimmtheitsgrade die Frage in den Fokus, wie ein Thema mit Hilfe verschiedener Wissensbestände und Deutungsschemata in eine bestimmte Richtung ausgelegt wird und dabei Typisierungen der Situation entstehen. Auf der zweiten Analysestufe geht es entsprechend darum herauszuarbeiten, *wie* ein thematisches Etwas zu etwas *Bestimmtem* wird, das in der elterlichen Erzählung auftritt.⁵⁵ Mediziner*innen und Eltern legen differente Interpretationsrahmen an das Ungeborene an, die bewirken, dass unterschiedliche Aspekte in den jeweiligen Bestimmungsversuchen ein mehr oder weniger

⁵⁵ Vgl. hierzu auch Waldenfels 1987: 60: „Das Auftreten von Etwas in einem Feld verknüpft sich mit einer weiteren Organisationsweise: das jeweilige Etwas *verweist* auf anderes, das *mit ihm* auftritt und sich mehr oder weniger eng mit ihm verknüpft. Diese zweite Ordnungsleistung ist ebenso unentbehrlich wie die erste. Denn etwas, das sich lediglich von einem neutralen Hintergrund abhobe, wäre ein Etwas überhaupt, aber kein bestimmtes Etwas. Insofern ist die Assoziation gleichursprünglich mit dem Etwas.“ Herv. im Orig.

großes Gewicht erhalten. Aus der Elternperspektive wird in aller Regel die Auslegung des äußeren Horizonts der Diagnose virulent, wenn es um die Fragen geht, was die Fehlbildung lebenspraktisch und langfristig für das Kind selbst und den gemeinsamen Alltag als Familie bedeuten wird. Umgekehrt ist es für die Professionellen zunächst entscheidend, sobald sich ein Diagnosetyp im konkreten Fall verdichtet, dessen inneren Horizont soweit wie möglich auszulegen, Funktionalität und Schweregrad der Fehlbildung zu bestimmen, um Therapieentscheidungen abwägen zu können. Mit der Differenz der angelegten Typen als Rahmen der Auslegung, die einen thematischen Kern relativ innerhalb seines Feldes eingrenzen – geht es z.B. gerade um ein Organ, um einen Körper oder um eine Person? – und vorzeichnen, auf welche Sinnbezüge hin er gedeutet wird, verändern sich auch die Abstufungen und Anordnungen von Schichten des inneren und äußeren Horizonts. So steht hier aus medizinischer Sicht mit Blick auf den äußeren Horizont zunächst die Frage im Raum, wie sich eine Fehlbildung auf andere Bereiche des Körpers und dann auf das System des Organismus insgesamt auswirkt, bevor Prognosen über die physische Entwicklung und die Lebensqualität des Kindes aufgestellt werden können. Derartige *Sinnkonstruktionen*, die ein Netz an Verweisungszusammenhängen um den Dritten tragen, gilt es entsprechend in den Interviews für die familiäre Seite zu analysieren.

Der Akt des Deutens, in dem ein thematisches Etwas, verbunden mit anderem, als etwas intentional Bestimmtes auftritt, kann als ‚zweite‘ Ordnungsleistung im Deutungsprozess betrachtet werden, in deren Zuge prinzipiell unbegrenzt auslegbare Situationen zu relativ geschlossenen Sinneinheiten in der Erfahrung transformiert werden. Der Fokus auf Bestimmtheitsgrade lässt sich hier im Sinne generativer Fragen an das empirische Material auch auf unterschiedliche Dimensionen der Ordnungsbildung beziehen. *In welchen Sinnzusammenhängen wird das heranwachsende Kind zwischen den Polen seiner Individualität als (zukünftiger) Person und einer möglichen Erkrankung seines Körpers thematisiert? Welche Wissensbestände und Interpretationsschemata tragen die elterlichen Deutungen und in welchen Wechselwirkungsbeziehungen stehen sie zueinander?* Während das leibliche Erleben der Schwangerschaft nur werdenden Müttern unmittelbar zugänglich ist und auch ihr Körper von der Medizin wesentlich intensiver zur Diagnostik in Anspruch genommen wird als in komplikationsfreien Verläufen, bleibt die leibkörperliche Dimension des Geschehens werdenden Vätern weitestgehend verschlossen bzw. können sie nur vermittelt durch die Schwangere teilweise darin mit einbezogen werden. *Daraus folgt dann nicht nur die Frage nach den vielfältigen Deutungen des Dritten, sondern gleichermaßen nach dem sinnhaften Niederschlag verschiedener Modi des intentionalen Bezugs in den alltagsweltlichen Relevanzstrukturen der Diagnose, von spürend und phantasierend, über deutend und erkennend, bis zu handlungspraktischen Zuwendungen. Wie wird das Kind bereits während der Schwangerschaft in verschiedene Sozialbeziehungen, Praxis- und Raumbezüge mit ihren jeweiligen Zeithorizonten eingesponnen? Und inwieweit lässt sich aus der Verkettung verschiedener Situationen gleichsam die Topographie einer pränatalen Lebenswelt aus Elternperspektive rekonstruieren? Umgekehrt geht es ebenso um die Frage, wie konkrete Ungewissheiten, nur ex negativo auftretende Sphären des Nicht-Wissens und unauflösbare*

Ambivalenzen in der alltagsweltlichen Erfahrung thematisiert werden? Gegenüber der auslegenden Erschließung einer Situation stellen sie gewissermaßen Sinnfäden mit losen Enden dar, an denen weitergehende Bestimmungsversuche scheitern, und sich thematisch Relevantes nicht mehr zu Sinnzusammenhängen verknüpfen lässt.

Während in der empirischen Realität Auftreten und Verknüpfung eines thematischen Gegenstandes als gleichursprünglich zu betrachten sind – relevanztheoretisch reformuliert wird ein Thema von seinen auslegungsrelevanten Wissens-elementen getragen – erscheint es methodisch dagegen aufschlussreich, diese beiden Schritte der Sinnbildung heuristisch voneinander zu differenzieren. Auf diese Weise können zum einen zentrale Themen der Schwangerschaft, als Ausdruck prägender Situationen in der Erfahrung, auch anhand der Dichte und Verästelungen ihrer Verweisungszusammenhänge aus dem Material herausgearbeitet werden; die alltagsweltliche Übersetzung und Aneignung einer pränatalen Diagnose entscheidet sich vor allem auch an der Frage, inwieweit und auf welchen interpretativen Wegen sie in Relation zum eigenen Wissensvorrat gesetzt und damit in das mütterliche wie väterliche Weltverhältnis integriert werden kann. Zum anderen wird es durch die heuristische Differenzierung zwischen den Problemkreisen *Vertrautheit-thematische Relevanz* vs. *Bestimmtheit – Auslegungsrelevanz* möglich, sich an unbestimmte Erlebnisse und unbestimmbare Widerfahrnisse analytisch heranzuarbeiten, die sich als hoch relevante Themen ex negativo, als Leerstellen in den familialen Sinnzusammenhängen, etwa in der Form polythetischer Bedeutungsfragmente ohne integrierenden Typus oder monothetischer ‚Zeichenhülsen‘ ohne beschreibbaren thematischen Gehalt, narrativ Ausdruck verschaffen können.

Anders als Vertrautheitsstufen, die sich primär auf die Typizität einer Situation im individuellen Erfahrungshorizont beziehen, rückt mit den Bestimmtheitsgraden das Problem der intersubjektiven Anschlussfähigkeit subjektiver Deutungen wieder stärker in den Fokus. Schütz/Luckmann betonen explizit die „soziale Komponente“ (Schütz/Luckmann 2003: 213) der Bestimmtheitsgrade. „In der intersubjektiven Lebenswelt weiß ich von Anbeginn, daß es ‚sachgerechte‘ Bestimmungen gibt, die von ‚anderen‘ (Vorfahren, ‚Experten‘ usw.) schon getroffen wurden und die von mir grundsätzlich erlernbar sind“ (ebd.). Die Angemessenheit von Situationsdeutungen bezieht sich dabei nicht nur auf die ‚sachgerechte‘ Auslegung des thematisch relevanten Gegenstandes selbst, sondern auch auf seine typischen Relationen zu anderen Gegenständen in seinem Horizont. Dieser Umstand lässt sich gedankenexperimentell an Extremen gut veranschaulichen, wenn z.B. eine letale Diagnose mit Freude aufgenommen und langer Lebenserwartung assoziiert würde. Die Erfahrungen im Feld zeigen jedoch auch, dass die elterlichen Sinnzuschreibungen an das medizinische Wissen individuell stark divergieren und eine vergleichbare Diagnose in zwei Fällen unterschiedliche Bedeutungen annehmen kann. Anders als in den *Strukturen der Lebenswelt*, die primär den sinnhaften Aufbau von Alltagserfahrungen zum Gegenstand haben, geht es im vorliegenden Phänomen zunächst grundsätzlich um notwendige Übersetzungen zwischen Medizin und Alltagswelt als verschiedenen Wirklichkeitsbereichen. Die (Un-)Verträglichkeit zwischen einzel-

nen Wissens-elementen, die Schütz/Luckmann zu Folge nur innerhalb des gleichen Wirklichkeitsbereichs problematisch wird⁵⁶, erweist sich hier als eine prinzipielle Übersetzungsherausforderung in der Verständigung zwischen Professionellen und Eltern. Darüber hinaus stellt sich auch die alltagsweltliche Konstellation des Wissenserwerbs anders dar. Aus familialer Sicht geht es hier nicht in erster Linie um die Frage, wie Alltagserfahrungen in der natürlichen Einstellung explorativ erweitert werden, sondern um die Verarbeitung einer Ausnahmesituation.

Im systematischen Vergleich der Bestimmtheitsgrade professioneller Auslegungen des Dritten in der Pränatalsprechstunde mit den elterlichen Deutungen aus den Interviews öffnet sich entsprechend ein heuristischer Zugang zur alltagsweltlichen Übersetzung des medizinischen Wissens wie seiner kehrseitigen Ungewissheiten. Auf der zweiten Stufe der Analyse geht es nicht mehr nur um die Frage nach den thematisch relevanten Situationen der Schwangerschaft mit ihren jeweiligen Zeithorizonten aus der Elternperspektive, sondern darum, wie sich die diagnostischen Erkenntnisse in familialen Deutungen des heranwachsenden Kindes niederschlagen, wie sie übersetzt, angeeignet oder abgewehrt werden, interferierend elterliche Bezugnahmen auf das Ungeborene, Vergewisserungen und Situationsdefinitionen nach den eigenen Relevanzkriterien verstärken oder hemmen, die alltagsweltlichen Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität temporär überfluten oder gänzlich überdecken. Familiäre und medizinische Typisierungen der Situation können sich in ihren jeweils spezifischen Thema-Horizont-Konfigurationen wechselseitig ergänzen, füreinander anschlussfähig, aber auch inkommensurabel sein. Während der Bestimmtheitsgrad einer Erfahrung theoretisch umso höher ist, je weiter ihre Horizonte ausgelegt werden, ist jede Situation unter pragmatischen Gesichtspunkten jedoch nur begrenzt auslegungsbedürftig. Hier kommen die Glaubwürdigkeitsgrade als drittes Scharnier im ko-konstitutiven Verhältnis zwischen Erfahrung und Situation ins Spiel.

4.2.3. Glaubwürdigkeitsgrade und Motivationsrelevanz: Die Genese elterlicher Überzeugungen unter den Bedingungen von begrenztem Wissen und Ungewissheit

Die Glaubwürdigkeit von Situationsdeutungen wird vor allem dann zum Problem, wenn zu einem gegebenen Zeitpunkt mehrere Auslegungen miteinander konkurrieren und dennoch folgenreiche Entscheidungen getroffen werden müssen (Schütz/Luckmann 2003: 222 – 228). Stärker noch als die vorangegangenen Konzepte, bezieht sich die Glaubwürdigkeit auf die Relationen und Gewichtungen zwischen verschiedenen Wissens-elementen und ist unmittelbar mit dem Problem der Situationsdefinition ver-

⁵⁶ Bis auf den Sonderfall von Enklaven, in denen Erfahrungen aus einer Sinnprovinz in einer anderen, in dann nur noch mittelbar zugänglicher Weise thematisch bleiben – z.B. nächtliche Träume in der Erinnerung am nächsten Tag –, bleibt das Problem der Übersetzung zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen und die Veralltäglichsung von Sonderwissensbeständen in den *Strukturen der Lebenswelt* theoretisch unterbestimmt. Vor diesem Hintergrund kann die empirische Untersuchung von Übersetzungsverhältnissen zwischen den differenten Perspektiven im Arbeitsbündnis im günstigen Fall Ansatzpunkte zur weiteren theoretischen Ausarbeitung dieser wissenssoziologischen ‚Leerstelle‘ liefern.

knüpft. Sie bildet daher im Vergleich zu Vertrautheit und Bestimmtheit für Schütz/Luckmann „in gewissem Sinn die wichtigste Dimension. Sie ist unmittelbarer als die anderen mit dem Handeln in der Lebenswelt verflochten, da sie die Erwägungen über die Durchführbarkeit von Handlungsentwürfen bestimmt“ (Schütz/Luckmann 2003: 222). Die Autoren unterscheiden in diesem Zusammenhang, ähnlich wie bei den Vertrautheitsstufen, verschiedene Glaubwürdigkeitsgrade, die vom Grenzfall einer gänzlich ohne aktive Deutung im Wissensvorrat sedimentierten Erfahrung bis hin zu weit fortgeschrittenen Auslegungsprozessen reichen, in denen eine Situation soweit hinsichtlich ihres inneren und äußeren Horizonts typisiert worden ist, dass alternative Definitionen als unglaubwürdig ausscheiden. Mit Blick auf den Gegenstand erweist sich das Konzept der Glaubwürdigkeitsgrade, theoretisch verknüpft mit den elterlichen Motivationsrelevanzen, vor allem als aufschlussreich für analytische Fragen nach den praktischen Umgangsformen mit existenziell relevanten und zugleich hoch kontingenten Situationen im Schwangerschaftsprozess, wie sie in biographischen Ein-Stellungen zu krisenhaften Ereignissen und Handlungsentwürfen zur Bewältigung der Situation zum Ausdruck kommen. Auf der dritten Analysestufe steht folglich das Problem im Zentrum, wie betroffene Eltern im praktischen Umgang mit dem diagnostischen Wissen – und dessen kehrseitigen Ungewissheiten – alltagsweltliche Überzeugungen und Situationsdefinitionen entwickeln, die zur Grundlage ihrer Handlungsentscheidungen werden.

Die Erwartungen von Paaren an die Schwangerschaft werden von der pränatalen Diagnose häufig – mehr oder weniger radikal – widerlegt, zudem müssen alltagsweltliche Sinnbezüge zu medizinischen Erkenntnissen entwickelt werden, die sich im Verlauf der Schwangerschaft anhäufen, verändern und von neuen Befunden aufgehoben werden können. Hier geht es dementsprechend nicht nur um eine hinreichende Eindeutigkeit und sinnhafte Kohärenz eigener Erfahrungen, sondern vor allem auch um das Problem der Glaubwürdigkeit sozial vermittelten Wissens über verschiedene Wirklichkeitsbereiche hinweg, das komplementär neue Ungewissheiten und Formen des Nicht-Wissens hervorruft, die erst *durch* die diagnostischen Erkenntnisse zum thematisch relevanten Problem werden. Analog zur Vertrautheit kann auch die Frage nach der Genese glaubwürdiger Situationsdefinitionen in zweifacher Hinsicht an das Material gerichtet werden. Bezogen auf motivationsrelevante Weil-Motive gelangen erstens die biographischen Ein-Stellungen betroffener Eltern zur Medizin im Allgemeinen wie zu leibkörperlichen Krisenereignissen im Besonderen in den soziologischen Blick, soweit sie zur Begründung des eigenen Umgangs mit der Diagnose herangezogen werden. Vertrauen bzw. Misstrauen gegenüber dem Leistungsvermögen der modernen Medizin sind ebenso wie biographisch sedimentierte Erfahrungen des individuellen und gemeinsamen Sich-Bewährens oder Scheiterns in Krisensituationen mitentscheidend dafür, wie Untersuchungen und Arzt-Patient-Interaktionen während der Schwangerschaft erlebt und gedeutet werden. Hier wird ein weiteres Mal offensichtlich, dass auch Vertrautheit, Bestimmtheit und Glaubwürdigkeit als Konzepte nicht isoliert betrachtet werden können, sondern wie die verschiedenen Relevanzsysteme Interdependenzen untereinander aufweisen. Darüber hinaus geht es zweitens um die Frage, wie in der sequenziellen Abfolge pränataler Situationen im Rahmen einer Diagnosegeschichte

alltagsweltlich orientierte Überzeugungen zu den medizinischen Situationsdefinitionen erwachsen. *Welche diagnostischen Erkenntnisse können, wie kommuniziert, von Eltern in die eigenen Deutungen integriert und mit familialen Relevanzstrukturen verknüpft werden? Welche entworfenen und vollzogenen Handlungen lassen sich als Um-zu-Motive in der Bewältigung von Ungewissheit und Nicht-Wissen aus dem Material rekonstruieren, wie sie z.B. das Einholen einer ‚zweiten Meinung‘, die Recherche via Internet oder die Kontaktaufnahme zu anderen betroffenen Eltern darstellen – aber auch das bewusste Hinauszögern der Anerkennung des heranwachsenden Kindes oder die Abwehr der medizinischen Erkenntnisse? Wie artikulieren sich akute Glaubwürdigkeitskrisen in der elterlichen Erfahrung, wenn Befunde während der Schwangerschaft weit auseinandergehen oder in der Diagnostik keine hinreichend eindeutige medizinische Situationsdefinition erarbeitet werden kann?*

Mit dem dritten analytischen Blickwinkel auf Glaubwürdigkeitsgrade und Motivationsrelevanzen wird der soziologische Fokus, nun in der diachronen Perspektive, wieder verengt und auf das Problem der Situations-Definition zentriert. Jetzt geht es konkret darum, wie *etwas Bestimmtes* als ein *Solches* auftritt, wie Sinnzusammenhänge zu einem Typus integriert werden. Dies kann, wiederum mit Waldenfels, heuristisch als die ‚dritte‘ Ordnungsleistung im Prozess der Sinnkonstitution betrachtet werden (Waldenfels 1987: 63). Der Ausgangspunkt bei der Vertrautheit diene zunächst dazu, die situationstheoretische Untersuchung für die Themenfelder elterlicher Erfahrungen im Horizont der Diagnose zu öffnen; der zweite Blickwinkel auf die Bestimmtheit der Auslegungen konzentrierte sich in explorativer Absicht darauf, wie durch Verknüpfungen zwischen thematischen Kernen einzelner Situationen – und hier insbesondere in Übersetzungen zwischen medizinischen und alltagsweltlichen Wissensbeständen – ein Netz an Sinnzusammenhängen um das heranwachsende Kind und Familienmitglied entworfen wird. Im dritten Analyseschritt spitzt sich das Problem der Ordnungsbildung nun gleichsam zu. Gegenüber der thematischen Öffnung und deutenden Explorationen rückt nun das Motiv der praktischen Schließung von Situationen in den Vordergrund der Analyse. Wie wägen betroffene Eltern verschiedene Deutungen untereinander ab? Welche Handlungsmaßnahmen ergreifen sie, um sich weitere auslegungsrelevante Informationen für ihre Situation zu beschaffen? Und wie entwickeln sie unter der Herausforderung, sich komplexe diagnostische Erkenntnisse aneignen und parallel mit den daraus folgenden Kontingenzen umgehen zu müssen, Situationsdefinitionen, die unter familialen Relevanzkriterien zu entscheidungsleitenden Maximen werden. Die drei theoretischen Scharniere zwischen Situation und Erfahrung beleuchten demnach verschiedene Modi und Dimensionen der Erfahrungsbildung. Heben sich aus dem ersten analytischen Blickwinkel unvertraute Themen vom Boden der Erfahrung ab, steht im zweiten die immanente Auslegung von Erfahrungsgegenständen in ihren inneren und äußeren Horizonten im Brennpunkt des Erkenntnisinteresses. Aus der dritten Perspektive geht es wiederum um die Frage, wie erfahrene Situationen – die rekonstruierten thematischen Einheiten aus den Schritten eins und zwei – in der Anbindung an biographische Haltungen (Weil-Motive) und Zukunftsentwürfe (Um-Zu-Motive) sedimentiert werden und auf diesem Wege eine stets relative Konsistenz im Erfahrungshorizont gebildet wird. Dabei sind die dargestellten Analysestufen in der sozialen Wirklichkeit selbstverständlich nicht

als geordnetes, chronologisches Nacheinander zu begreifen. In heuristischer Hinsicht erscheint es jedoch sinnvoll, mit ihrer Unterscheidung verschiedene Niveaus im Aufbau von Sinnzusammenhängen pränataler Sozialität anzuvisieren.

Auch wenn ein Typus im phänomenologischen Sinne nicht als universales Prinzip, sondern „als ein Wesen auf Zeit“ (Waldenfels 1987: 66) zu verstehen ist, der von weiteren Erfahrungen angereichert, verändert oder als unglaubwürdig widerlegt werden kann, bildet die Vorstellung von *einer* zentralen Situationsdefinition, unter der sich alle Erfahrungen während der Schwangerschaft sinnhaft anordnen lassen, nur einen idealtypischen Grenzfall. Stattdessen erscheint es angemessener, von verschiedenen Typisierungsniveaus auszugehen. *Welche Themenbündel fügen sich in der elterlichen Erfahrung konsistent zu einem Erfahrungstypus zusammen? Wo wird einer Situationsdefinition der Vorzug gegeben, während in deren Horizont ‚freie‘ Themen ungebunden relevant bleiben? Welche Rolle spielen ex negativo Typisierungen im Erfahrungsaufbau, wenn sich etwas nicht als dieses, sondern nur als nicht-jenes darstellt? Und wo nehmen offene Mehrdeutigkeit und Kontingenz überhand, wenn sich Situationen nicht hinreichend typisieren lassen?* Angesichts der Kontingenzen, die mit der Diagnose einhergehen, muss der soziologische Blick in der Analyse insbesondere auch auf die Frage nach möglichen Äquivalenten für fehlende Gewissheiten⁵⁷ in einer existenziell relevanten Situation gerichtet werden, die etwa in Form von Symbolen und Ritualen oder dem Schicksalsglauben, als alternative Deutungsressourcen, hier für die Genese von Überzeugungen relevant werden können.

4.3. Die Grenzen des sozialphänomenologischen Ansatzes

Gleichwohl ergeben sich aus der Arbeit mit Schütz auch neue Schwierigkeiten. Zum einen erscheint die Frage nach den Grenzen einer Situation, wenn diese nicht als beobachtbare operative Einheiten, sondern als thematische Einheiten subjektiver Erfahrung konzipiert werden, wesentlich schwieriger zu beantworten.⁵⁸ Die unscharfen Grenzen zwischen Situationen sind dann gleichbedeutend mit der immer nur approximativen Isolierbarkeit einzelner Themen. Diese Lage ist theoretisch betrachtet zunächst unbefriedigend und erst im Zuge der empirischen Analyse kann sich zeigen, inwieweit sich diese konzeptionelle Unbestimmtheit im Umkehrschluss als notwendige Offenheit fruchtbar erweist, um den offenen, unvollständigen Charakter von Situationen und komplexe intersituative Konstellationen theoretisch zu beschreiben. Für Letzteres sprechen einige Überlegungen. So wird für betroffene Eltern z.B. die Ungewissheit als Thema häufig bereits mit dem ersten auffälligen Befund in der Schwangerschaft relevant

⁵⁷ Zur Konstruktion von Gewissheitsäquivalenten auf professioneller Seite in der humangenetischen Pränataldiagnostik und Beratung vgl. Bogner 2013.

⁵⁸ Im Umkehrschluss folgt daraus nicht, dass die Grenzen eines Themas beliebig sind. Vgl. hierzu erneut Waldenfels 1987: 87 „Ein Thema, eine Gestalt, eine Struktur lassen sich zwar verengen oder ausweiten, man kann zwischen Fein- und Grobstruktur wählen. Doch wie es Nah- und Fernsicht gibt, so gibt es Maximal- und Minimalgrenzen; werden sie überschritten, so verschwimmt das Thema in einer Leere oder Überfülle und verschwindet schließlich ganz. Themen und Gestalten halten sich nur so lange durch, als sie sich aus einem Umfeld herausheben; ihre Konturen sind zugleich bestimmend und abgrenzend.“ Aus diesen Ausführungen können zwei Schlüsse gezogen werden. Erstens ist die Frage nach den Grenzen eines Themas, wenn es um subjektive Erfahrungen geht, als eine empirisch zu beantwortende Frage zu betrachten. Zweitens liegt in der theoretischen Unbestimmtheit auch eine heuristische Chance. Unverarbeitete oder nur partiell verarbeitete Situationen können dann eben auch über ihre offene und unvollständige thematische Gestalt theoretisch beschrieben werden.

und zieht sich durch eine Folge von Untersuchungen. Liegen hier aus der interaktionstheoretischen Perspektive eindeutig Situationswechsel vor, kann sich in einer phänomenologischen Perspektivierung die Ungewissheit als thematische Einheit über eine Serie von Interaktionen erstrecken, die als Katalysatoren dieser subjektiven Situation fungieren. Zum einen kann hier, analog zu mehrfachen Einrahmungen vulnerabler Interaktionszentren bei Goffman, im Anschluss an Schütz in Richtung kontextueller Verschachtelungen brisanter thematischer Kerne weitergedacht werden.⁵⁹ Zum anderen lässt sich mit einer offenen Modellierung des Situationsbegriffs – eine Situation bleibt bezogen auf ihre Horizonte prinzipiell unvollständig bestimmt – der Nachhall und das Nachwirken von Situationen in späteren Gegenwarten des Erlebens greifbar machen, wenn der Anspruch auf intentionale Zuwendung fort dauert, obwohl sie als operative Einheiten längst vergangen sind. Das Spannungsfeld zwischen Gemeinsamkeit und Differenz zeigt sich hier situationstheoretisch in der Polarität zwischen intersubjektiven Vollzeugsinheiten und subjektiven Bedeutungseinheiten, als zwei Formen der Situationalität menschlicher Existenz, die keineswegs deckungsgleich sein müssen, sondern sich in komplexen intersituativen Konstellationen überlappen, ineinander verschränken und auseinanderdriften können.

Zum anderen gerät ein auf den Aufbau von Alltagserfahrungen gerichteter Theorieansatz dort systematisch an seine Grenzen, wo es aus elterlicher Sicht um außeralltägliche bis außerordentliche Situationen geht. Der Alltagsverstand versucht ‚normale‘ und ‚problematische‘ Situationen ‚mit Hilfe von Routinen zu bewältigen, ohne sich selbst und sein Wahrnehmungs- und Handlungsvermögen zu thematisieren.‘ (Soeffner 2004: 44). Im Kontext des in dieser Arbeit zu untersuchenden Phänomens ist jedoch davon auszugehen, dass eben solche latent fungierenden Voraussetzungen der ‚natürlichen Einstellung‘ (Schütz/Luckmann 2003: 30), wie die Reziprozität der Perspektiven und die präsupponierte Kongruenz von Relevanzsystemen, die Idealisierungen des ‚Immer-so-weiter‘ und ‚Ich-kann-immer-wieder‘, nachhaltig irritiert werden. Die alltagspraktisch funktionale und gewohnte Einklammerung des Zweifels und die Selbstverständlichkeit, die Welt in unmittelbarer Reichweite aus deren Zentrum heraus wirkend gestalten zu können, stehen hier u. U. gerade zur Disposition. Schütz sieht zwar durchaus die theoretische Relevanz existenzieller Krisen für die ‚Architektur‘ des subjektiven Wissensvorrats⁶⁰ und Schütz/Luckmann befassen sich in eigenen Abschnitten mit der Struktur des Nichtwissens sowie mit großen Transzendenzen der Alltagswelt hin zu anderen Wirklichkeiten, zu denen auch Krisen und Tod

⁵⁹ In eine ähnliche Richtung argumentiert Robert Gugutzer im soziologischen Anschluss an die neophänomenologische Situationstheorie von Hermann Schmitz. „Eine neophänomenologisch-soziologische Situationsanalyse geht von der *Verwobenheit von persönlicher und gemeinsamer Situation* aus. [...] Menschen [befinden] sich de facto immer zugleich in mehreren, ineinander verschachtelten Situationen“. In: Gugutzer 2017: 157, Herv. im Orig.

⁶⁰ Exemplarisch dazu Schütz's Überlegungen in der Relevanztheorie hinsichtlich der Frage was passiert, wenn als sicher geglaubte Situationsdefinitionen an neuartigen Erfahrungen zerbrechen: „Darüber hinaus *kann es sein, daß der Prozeß der Revision der Habitualitäten und die Auflösung der Sedimentierung sich entweder auf einen relativ genau umschriebenen Sektor unseres zuhandenen Wissensvorrats beziehen oder auf die Faktoren, die dessen Strukturierung im ganzen bestimmen*, das heißt auf unsere typische Art und Weise, Systeme der thematischen, auslegungsmäßigen und motivationsmäßigen Relevanz zu formieren, die selbst zu unserem zuhandenen Vorrat habituell besessenen Wissens gehören. Ein Beispiel für den letzteren Fall könnte die Notwendigkeit sein, *unser* ganzes System von Um-zu-Motiven, nämlich *unseren Lebensplan, umzugruppieren*. Wenn sich eine solche Situation ergibt – auferlegt oder aus inneren Gründen –, dann ist ein Wendepunkt unseres ganzen Lebens erreicht worden, den man gewöhnlich eine Krise nennt. Die Prinzipien unseres habituellen Besitzes werden dann fragwürdig, und unser Glaube an die selbstverständlich hingenommene Welt bricht auseinander.“ (Schütz 2004: 171-172, Herv. im Orig.)

zu zählen sind (Schütz/Luckmann 2003: 228 - 246; 625 - 634), das heuristische Potential der Ausführungen bleibt hier jedoch zu dünn, wenn es um die Frage geht, wie sich existenzielle Ereignisse in der individuellen Erfahrung artikulieren bzw. wie und inwieweit sie überhaupt in Sinnzusammenhänge übersetzt werden können.⁶¹ In Anbetracht der Diagnose als (potentiellem) Widerfahrnis für betroffene Eltern wird nicht nur das Thematische, sondern auch das Nicht-Thematisierbare zum soziologisch relevanten Problem. Auf der Schattenseite gelingender alltagsweltlicher Sinnkonstruktionen und Typisierungen wird für eine gegenstandsangemessene Theoriebildung ebenso die Frage virulent, wo ein situativ erlittenes Etwas in seinem überwältigenden Charakter nicht als etwas Bestimmtes in den Griff der Erfahrung gelangt und verarbeitet werden kann. Um sich den Schwellen, Bruchlinien und Bereichen des Nicht-Anschlussfähigen analytisch zuwenden zu können, ist es an dieser Stelle notwendig, mit Hilfe der pathisch grundierten, responsiven Phänomenologie von Bernhard Waldenfels das Verhältnis von Subjekt und Situation von der anderen Seite her in den Blick zu nehmen.

4.4. Von der Erfahrung zum Widerfahrnis – die Erweiterung der situationstheoretischen Perspektive für die existenzielle Dimension des Phänomens mit Bernhard Waldenfels

Wie sich im vorangegangenen Abschnitt gezeigt hat, lenkt der sozialphänomenologische Zugang zum Forschungsgegenstand den Blick stärker auf die subjektive Seite der Situation und erweist sich als instruktiv für Fragen danach, wie medizinische Interaktionen rund um die pränatale Diagnose von betroffenen Eltern erfahren werden. Doch wie kann sich die soziologische Untersuchung Facetten des Phänomens annähern, die jenseits jeder sinnhaften Erfahrung liegen? Wie können Krisen und grenzüberschreitende Ereignisse im Schwangerschaftsverlauf in angemessener Weise theoretisch beschrieben werden? Um sich diesen Fragen widmen zu können, ist ein erneuter Perspektivenwechsel notwendig, der im Gegensatz zum sinnhaften Aufbau von Erfahrungen die Diagnose als Widerfahrnis anvisiert, gegenüber einem geordneten Prozess die Ereignishaftigkeit des Geschehens in den Fokus nimmt und

⁶¹ Dieser Umstand liegt nicht zuletzt in der für den Gegenstand einer sozialphänomenologischen Konstitution der Alltagserfahrung plausiblen theoretischen Weichenstellung begründet, Grundelemente des Wissensvorrats axiomatisch als Fundament der Bestimmung jedweder Situation anzusetzen, die in konkreten Situationen mitgegeben sind, aber nicht selbst thematisch werden und zur Disposition stehen. „Die Grundelemente des Wissensvorrats sind weder aus Sedimentierungen spezifischer Erfahrungen hervorgegangen. Sie bestehen im Wissen um die Grenzbedingungen *all* solcher Erfahrungen, ein Wissen, das in jeder Erfahrung mehr oder minder automatisch mitgegeben ist. Noch werden die Grundelemente des Wissensvorrats durch einzelne Erfahrungen bestätigt, modifiziert und widerlegt, wie etwa mein Wissen von den Wetterverhältnissen im Hochgebirge, vom Charakter eines Freundes usw., das in spezifischen Erfahrungen entstanden ist, sich in solchen Erfahrungen späterhin modifiziert und bestätigt. Das Wissen um das Was und das Wie der menschlichen Situation in der Welt ist jeder Erfahrung mitgegeben, wenn auch in besonderer Weise, nämlich als Gegebenheit im Situations- bzw. Erfahrungshorizont. Das Wissen um die Begrenztheit der inneren Dauer, um die Historizität und Endlichkeit der individuellen Situation innerhalb der Weltzeit, um die Grenzen der Leiblichkeit und um die räumlichen, zeitlichen und sozialen Strukturen der Erfahrung ist der Untergrund der Bestimmung jeder konkreten Situation.“ (Schütz/Luckmann 2003: 193, Herv. im Orig.). In Anbetracht der pränatalen Diagnose als Widerfahrnis sind es jedoch gerade derartige, im Alltag latent fungierende und ordnungsstiftende Grundannahmen über die Bezüge zwischen Selbst und Welt, die ins Wanken geraten und manifest fraglich werden können.

anstelle eines mehr oder weniger kontinuierlichen Wissenserwerbs die Fragen nach den Diskontinuitäten, Schwellen, Krisen und „Bruchlinien“ (Waldenfels 2002) im Erfahrungsablauf in den Brennpunkt des Erkenntnisinteresses rückt.

Für diesen Perspektivenwechsel bediene ich mich zentraler Denkfiguren aus der responsiven Phänomenologie von Bernhard Waldenfels⁶², mit der das Verhältnis zwischen Subjekt und Situation gleichsam umgedreht werden kann.⁶³ Waldenfels' Ansatz nimmt seinen Ausgang nicht von einem ‚starken‘ Erfahrungssubjekt, das sich auf dem Fundament eines bewährten Wissensvorrats intentional auf die Welt bezieht, sondern bei der leiblichen Responsivität auf Widerfahrnisse, die unseren Möglichkeiten immer schon zuvor kommen, weil sie uns *treffen*, und den Anspruch an uns stellen, Antworten auf sie zu finden. Waldenfels begreift die leibliche Responsivität als einen Grundzug menschlichen Zur-Welt-Seins, der sich keineswegs nur auf außeralltägliche und krisenhafte Phänomene bezieht. Insbesondere in diesem Kontext birgt der Ansatz jedoch instruktive Überlegungen für die qualitativ-empirische Forschung. Im Folgenden wird zunächst (4.4.1.) komprimiert dessen Grundriss um das Doppelereignis von Pathos und Response im Zentrum skizziert. Anschließend stelle ich mit (4.4.2.) dem Außerordentlichen und (4.4.3.) der Schwelle zwei Motive gesondert dar, die dazu dienen, die soziologische Perspektive auf die existenzielle Dimension der Diagnose aufzufächern und zu schärfen.

4.4.1. Das Doppelereignis von Pathos und Response

Den Kern des responsiv-phänomenologischen Ansatzes bildet ein Doppelereignis aus Pathos und Response, das dynamisch, als gegenläufige Bewegung zwischen einem *Wovon des Getroffen-Werdens* und dem *Worauf des Antwortens* konzipiert wird. Waldenfels bezeichnet den pathischen Pol wechselnd auch als Widerfahrnis und Affekt bzw. Appell. Während das Pathos „die Leideform des Passivs, das Leiden unter Widrigem wie die gesteigerte Form der Leidenschaft bezeichnet“ (Waldenfels 2015: 81), betont der Widerfahrnisbegriff stärker „den Aspekt einer Gegenerfahrung, die unseren eigenen Plänen und Erwartungen zuwiderläuft“ (ebd.). Ein Widerfahrnis kommt auf jemanden zu und kann im Verlauf des Antwortens zu einer sinnhaften Erfahrung werden, steht jedoch im diametralen Gegensatz zu etwas,

⁶² Vgl. zuletzt Waldenfels 2015, für eine komprimierte Zusammenfassung des Doppelereignisses von Pathos und Response insb. S. 81 f. Für eine ausführliche Auseinandersetzung *Antwortregister* (1994) und *Bruchlinien der Erfahrung* (2002). Die These einer Erfahrung, die sich in Widerfahrnissen selbst vorausgeht, weil das, was uns trifft, uns immer schon zuvor kommt, gehört zum Kern der responsiven Phänomenologie von Waldenfels und bildet zugleich die theoretische Grundfigur, die in den Motiven des Außerordentlichen und der Schwelle für die vorliegende Untersuchung fruchtbar gemacht werden soll.

⁶³ Einen anderen Zugang zu existenziellen Erfahrungen im Kontext medizintechnologischer Neuerungen verfolgen Strotmann/Peter (2020) mit einem soziologischen Anschluss an den Ereignis-Begriff Derrida's: „so wie das Ereignis als kommende Katastrophe in der Zukunft jeglicher Vorhersehbarkeit entzogen ist und gleichsam neue Formen der Wissensproduktionen zu seiner Vorbereitung anstößt, so markiert es im Vergehen seines Eintreffens einen irreduziblen Bruch mit dem nun Gewesenen und affiziert gerade darin alterierende interpretative Auslegungen der sozialen Wirklichkeit und der in ihr situierten Erfahrungsweisen, die das Neue am Ereignis hervortreten lassen. Gerade die Indeterminiertheit bzw. Unterbestimmtheit von Ereignissen verweist auf ein Dazwischen von Vergangenheit und Zukunft, Wissen und Nicht-Wissen sowie Erfahren und Erleiden, dem durch eine vereinheitlichende und linearisierende Beschreibungsform nicht angemessen beizukommen ist. Viel eher bewahrt es in Anschluss an Derrida einen heimsuchenden Charakter, der geradewegs eine umstandslose Stabilisierung der affizierten Relationen unterläuft“ (Stotmann/Peter 2020: 232). Der Ereignisbegriff könnte sich für die soziologische Forschung zu existenziellen Phänomen gerade dort als aufschlussreich erweisen, wo Erfahrungsbildung nicht abgeschlossen werden kann und – wiederum mit Waldenfels gesprochen – ein dauerhafter diastatischer Spalt im Erfahrungshorizont wirksam bleibt.

das ein Subjekt von sich aus – auf der Grundlage wesentlicher thematischer Relevanzen – erschließt oder erzeugt. Unter Affekt und Appell fasst Waldenfels schließlich Wirkweisen des Pathischen in einem weiten Sinne, die im An-tun, An-gehen, Be-rühren und Be-treffen leiblich spürbar werden. Während ein anderes Selbst in adressierten Ansprüchen an uns *appelliert*, gehen *Affekte* von unadressierten Ansprüchen aus. Diese Unterscheidung kann als sensibilisierendes Konzept wichtig werden, wenn es in der Analyse der klinischen Situation um die Frage geht, wie sich in den Antworten der Anwesenden auf die Ultraschallbilder verschiedene Zuschreibungen an das Ungeborene artikulieren. Das Verhältnis von Pathos und Response unterliegt dabei einer konstitutiven Asymmetrie, ohne die Überschussphänomene von der erfreulichen Überraschung bis zur traumatischen Überwältigung undenkbar wären. Aus dieser theoretischen Perspektive geht eine Diagnose, die werdenden Eltern geschieht, ihren Intentionen immer schon voraus. Der Ursprung des Pathos kann nie restlos eingeholt, sondern nur indirekt (be-)griffen werden – in den Wirkungen, die es zeitigt und in den Antworten, die sie finden. Erst im Übergang vom Getroffen-Werden zum Worauf des Antwortens bilden sich intentionale Bezüge aus, in denen ein Widerfahrnis zu etwas Bestimmtem, und im gemeinsamen Antworten, zu einer geteilten Erfahrung werden kann.⁶⁴

Auf der anderen Seite des Doppelereignisses differenziert Waldenfels zwischen einem Antworten im engeren Sinne als Informationsweitergabe oder Wissensvermittlung und der leiblichem Responsivität im weiten Sinne, die insgesamt das Eingehen auf einen fremden Anspruch umfasst (Waldenfels 2002: 99 ff.). Auch diese Unterscheidung kann in der Analyse wichtig werden, um etwa in den elterlichen Beschreibungen der Ereignisse genauer herauszuarbeiten, wie sich der propositionale Gehalt, das *Was* der medizinischen Informationen, zur Art und Weise verhält, *wie* eine Diagnose vermittelt wird. Responsivität ist demnach keineswegs auf die semantische Dimension von Antworten beschränkt, sondern umfasst das gesamte Spektrum leiblicher Wahrnehmungsphänomene, von Affektionsweisen, über Aufmerksamkeitsformen und die Performanz von Interaktionen in Mimik, Gestik und Körperbewegungen, bis hin zur verbalen Kommunikation. Pathos und Response verhalten sich indessen nicht nur asymmetrisch zueinander, sondern unterliegen auch einer originären Zeitverschiebung. „Die beiden Glieder des Doppelereignisses stehen in einem zeitlich verschobenen Konnex, den ich als *Diastase* bezeichne. Einerseits treffen wir auf eine originäre *Vorgängigkeit*; das überraschende Widerfahrnis kommt stets zu früh, gemessen an unseren Erwartungen und Planungen; andererseits begegnen wir einer originären *Nachträglichkeit*; unsere Antwort kommt zu spät, gemessen an dem, was unsere Erfahrung in Gang setzt“ (Waldenfels 2015: 83). Die Kluft, die sich hier in der Konstitution von Erfahrungen selbst öffnet, lässt sich weder schließen, noch in einer dialektischen Synthese aufheben. Vielmehr geht es nun darum,

⁶⁴ Zum Problem der Koaffektion und Kointention schreibt Waldenfels 2015: 94: „Doch gleich wie das Pathos einzig in der Nachträglichkeit der Antwort zum Ausdruck kommt, bekundet sich das gemeinsame Pathos nirgendwo anders als in der *co-naissance* der Antwort, die wir nachträglich geben. Das Uns, dem etwas geschieht, bliebe stumm ohne eine gemeinsame Antwort, in der wir als *Wir* in Erscheinung treten. So besehen verwandelt sich der Ko-patient, dem etwas zusammen mit mir widerfährt, in einen *Kor-respondenten*, der zusammen mit mir auf etwas antwortet. Auch hier handelt es sich also um kein kompaktes Kollektivsubjekt. Im Zuge des Antwortens scheiden sich vielmehr eigene und fremde Anteile, ähnlich wie sich in der Wahrnehmung eigene und fremde Perspektive voneinander abheben. Wir unterscheiden uns nicht in dem, *worauf wir antworten*, wohl aber in der Art und Weise, *wie wir antworten*.“ Herv. im Orig.

im Rekurs auf die Denkfiguren des Außerordentlichen und der Schwelle, diesen liminalen Bereich für die Analyse zu präparieren.

4.4.2. Die Diagnose als Einbruch des Außerordentlichen

Fremdartiges kann seine Wirkung als Außerordentliches nur entfalten, wenn es jemanden affiziert, ihn be-trifft und an-geht, wenn es in Mitten der eigenen Welt hervortritt und dort in seiner Unverfügbarkeit problematisch wird. Die grenzüberschreitende Wirkung einer pränatalen Diagnose kann sich für werdende Eltern dann einerseits gerade darin zeigen, dass sie als Widerfahrnis über sie hereinbricht und den eigenen Erwartungen originär zuvorkommt; als hyperbolisches Ereignis⁶⁵ schießt sie andererseits über die eigenen Möglichkeiten des Antwortens hinaus und entzieht sich in entscheidenden Aspekten einer praktischen wie interpretativen Bewältigung. Außerordentliches darf dabei nicht als das schlechthin Ordnungslose missverstanden werden, vielmehr tritt es als anderswo bestehende Ordnung auf. Im Kontext des Phänomens integrieren die diagnostischen Befunde zur fetalen Entwicklung den Dritten in andersartige, medizinische Relevanzstrukturen, was aus familialer Perspektive als eine mehr oder weniger umfassende Desintegration des Kindes aus den eigenen Vorstellungen erlebt werden kann. Nehmen die meisten Paare pränataldiagnostische Optionen zunächst aus der Motivation heraus in Anspruch, sich bestätigen zu lassen, dass mit ihrem ‚Kind alles in Ordnung ist‘ – und mit dieser Bestätigung theoretisch mögliche medizinische Probleme als praktisch unwahrscheinlich ausgeschlossen bleiben –, dann bricht das Extra-ordinäre mit ebenjenen diagnostischen Relevanzen in den alltagsweltlichen Sinnhorizont pränataler Sozialität ein, die im Zuge des ersten auffälligen Befunds ‚schlagartig‘ thematisch werden. Das medizinische System bildet hier zwar das primäre Feld der Konfrontation mit dem Außerordentlichen aus familialer Perspektive. Im elterlichen Suchen nach Gründen und Schuld für das eingetretene Ereignis, im Zuge hoffnungsvoller bis schreckenserregender Zukunftsphantasien und, bei letalen Fehlbildungen, mit der drohenden Simultanität von Geburt und Tod des Kindes, kann sich das Außerordentliche jedoch kaleidoskopartig in verschiedene Richtungen ausbreiten und vervielfältigen.

Während die vorrangigen Einbruchstellen des Außerordentlichen dort zu finden sind, „wo einmalige oder wiederholte Schlüsselereignisse wie Geburt, Tod, Wiedergeburt, wie Gründung, Erfindung, Umwälzung oder Vernichtung im individuellen und kollektiven Leben einen Umbruch erwirken“ (Waldenfels 1987: 190), deutet Waldenfels kursorisch auch verschiedene Durchbruchformen an. Aus der „*Eindeutigkeit*“⁶⁶ einer terminologisch gefestigten Ordnung“ (ebd.: 191) bricht das Extra-Ordinäre im Sprechen als ein „*Vieldeutigmachen* [hervor], das den ‚Überschuss‘ des Gemeinten über das Gesagte und des Gesagten über das Gemeinte wahr“ (ebd.). Aus diesem Blickwinkel tritt ein grenzüberschreitendes Widerfahrnis im Gewand des Hyperbolischen und Überdeterminierten auf und sperrt sich gegen seine

⁶⁵ Hyperbolische Ereignisse zeichnen sich durch einen konstitutiven Überschuss aus und stellen eine weitere Ausdrucksform des Pathischen da. Vgl. hierzu Waldenfels 2012; zur Definition von Hyperphänomenen insbesondere S. 9 f.: „*Etwas* zeigt sich *als mehr* und *als anders*, als es ist. (...) Die Hyperbolik, die wir im Auge haben, steht für eine Bewegung des Über-hinaus“ (Waldenfels 2012: 9 Herv. im. Orig.).

⁶⁶ Alle Hervorhebungen in Zitaten dieses Abschnitts wurden unverändert übernommen.

semantische Vereinnahmung *als* etwas Bestimmtes. An den Schwellen sinnhaft zusammenhängender Erfahrungen kann ambivalentes Erleben und passives Erleiden als Unsagbares mit dem Anspruch des Zu-Sagenden gegenwärtig werden und sich beispielsweise im Zittern der Stimme, in Sprechpausen oder –abbrüchen und schließlich im Weinen oder Lachen einen responsiven Ausdruck verschaffen. Daraus ergeben sich methodische Konsequenzen für die hermeneutische Analyse der Interviews (vgl. weiter unten 5.2.3.2.).

Einbrüche des Außerordentlichen können sich phänomenal auch durch Steigerungen ins Extreme äußern: „Mit der *Bemessenheit* einer Ordnung, die sich aufs Mittlere oder Mittelmäßige einspielt, kontrastiert eine *Steigerung ins Extrem*, die unsere gewohnten Maßstäbe sprengt“ (ebd.). Entsprechend kann an das Material die Frage gerichtet werden, *was* Eltern aus dem Gleichgewicht geraten lässt, desintegrative Wirkungen erzeugt, und *wie* extremes Erleiden und Erleben im Medium der Leiblichkeit wahrnehmbar werden. Sowohl die Thematik des Erlittenen als auch die Modi responsiver Bezugnahmen können hier ein breites Spektrum aufweisen. Eine dritte Durchbruchform des Außerordentlichen, die im Rahmen der empirischen Untersuchung einen heuristischen Mehrwert verspricht, beschreibt Waldenfels als Simultaneität des Inkommensurablen. „Die *Einstimmigkeit* des mundanen und sozialen Alls, innerhalb dessen jedes einzelne nur insoweit zum Zuge kommt, als es sich mit allem anderen verträgt und sich in das Ganze einfügt, zerbricht an einer *Simultaneität des Inkommensurablen*, in der Dinge und Menschen miteinander rivalisieren, sich meinen Blick und meine Anrede streitig machen und doch erst in der Anwesenheit, die durch die Abwesenheit unterhöhlt ist, ihre Tiefe und Dichte zurückgewinnen, die ihnen der angemaßte Überblick raubt.“ Stärker noch als die Vieldeutigkeit lenkt das Bild einer *Vielstimmigkeit* den soziologischen Blick auf Fragen nach den Grenzen reziproker Verständigung und Perspektivenübernahme in einer überbordenden Situation, auf das Problem, in einer ‚dichten‘ Zeit wechselnder Themen und Emotionen, zwischen disparaten Deutungen und praktischen Umgangsweisen mit der Diagnose innerhalb des Paares und im sozialen Nahfeld zu vermitteln. Auf derartigen Einfallswegen können in Überkreuzungen, Resonanzen und Konsonanzen multiple Interferenzen zwischen Ordentlichem und Außerordentlichem entstehen. In der Analyse wird es nicht zuletzt darum gehen, mithilfe der hier skizzierten Durchbruchformen, soweit als möglich, Umrisse und Konturen des Nicht-Thematisierbaren sichtbar zu machen, wie sie im Zu-Sagenden, Zu-denkenden oder Zu-tuenden, responsiv präsent werden können.

Ein- und Ausbrüche von Außerordentlichem tragen stets etwas Unvermitteltes und Gewalttätiges in sich. Waldenfels betont an verschiedenen Stellen den grenzüberschreitenden Charakter des Außerordentlichen⁶⁷, der von bloßen Grenzverschiebungen und –Erweiterungen streng zu unterscheiden ist, und seinerseits hier den konzeptionellen Dreh- und Angelpunkt bildet für den zweiten Richtungswechsel der soziologischen Perspektive. Im Gegensatz zum geordneten Wissenserwerb nach Vertrautheits-, Bestimmtheits- und Glaubwürdigkeitsgraden, unterminiert die Diagnose als Widerfahrnis den Boden bis

⁶⁷ Etwa in *Ordnung im Zwielficht* (1987) und in *Hyperphänomene* (2012).

dahin als sicher geglaubter Erfahrung und kann die Bezüge zwischen Selbst und Welt fundamental ins Wanken bringen. Das passive Erleiden und die diastatische Kluft, die Widerfahrnisse im Sinngewebe des subjektiven Wissens von der Lebenswelt reißen können, treten plastisch in alltagssprachlichen Metaphern zu Tage, wenn etwas einem ‚den Boden unter den Füßen wegzieht‘ und ‚die Sprache verschlägt‘ oder ein einschneidendes Ereignis die eigene Biographie in eine Zeit ‚davor und danach‘ spaltet.

4.4.3. Die Schwangerschaft im Horizont der Diagnose als pluralisierte Schwellenerfahrung

Grenzen – idealtypisch als ‚harte‘ Linien verstanden – ordnen einen Bereich in diesseits und jenseits der Grenze; mit der Trennung schaffen sie zugleich die Bedingung der Möglichkeit für Verbindungen über die Grenze hinweg, die in mannigfaltigen Formen des Grenzverkehrs gestiftet werden können (Waldenfels 1999: 186 f.). Schwellenerfahrungen gründen sich dagegen auf Übergangserlebnisse, die als Phänomen eng verbunden, aber nicht gleichzusetzen sind mit Invasionen des Fremden oder auferlegten Expeditionen jenseits der Grenzen des Eigenen und Vertrauten. Anders als die unvermittelten Sprünge von anderswoher nach hier, wie sie im *Einbrechen* des Außerordentlichen plastisch werden, können Schwellen als Transgressionen angesehen werden, durch die sich liminale Sphären öffnen, die nicht klar einem diesseits oder jenseits zugeordnet werden können. „Das Motiv der Schwelle untergräbt ein Ordnungsdenken, das sich ausschließlich an einer Abfolge von Stufen, am Verhältnis eines Ganzen zu seinen Teilen, an Ursprung und Ziel oder an einem normativen Entweder-oder orientiert.“ (Waldenfels 2015: 210). Das Schwellenmotiv betont die liminalen Aspekte des Geschehens und gegenüber der Grenzüberschreitung eher das Offene und Unbestimmte einer Situation. Als Bereiche des ‚Zwischen‘ und Zonen des Wandels treten Schwellen vor allem an den Übergängen zwischen verschiedenen Lebensabschnitten und Erfahrungsbereichen auf. Waldenfels betrachtet sie zwar als eine Einbruchspforte und Durchbruchform des Außerordentlichen und ordnet sie ebenfalls den Hyperphänomenen zu, nichtsdestotrotz unterscheiden sich Schwellen und Grenzen in wesentlichen Zügen.⁶⁸

Stellt die Schwangerschaft an sich schon eine existenzielle Statuspassage (Mozygemba 2011) dar, die für die Schwangere leiblich mit der Erfahrung von Außen- und Innenschwellen verbunden ist, pluralisieren sich die liminalen Zonen zwischen verschiedenen Ordnungsbereichen potentiell mit der Diagnose. Jetzt wird das inwändige Andere im Werden nicht mehr nur zwischen den Polen seiner Körperlichkeit und Personalität thematisch, sondern es stellen sich darüber hinaus die Fragen, wie gesund oder krank das Kind auf die Welt kommen wird, wie intensiv und ungestört es von familialer Seite im klinischen Raum willkommen geheißen werden kann und wie lange es demgegenüber durch medizinische

⁶⁸ Vgl. Waldenfels 1987, S. 29: „Die Schwelle ist keine scharfe Grenzlinie, die man zieht und die man in der einen oder anderen Richtung nach Belieben überschreitet, sondern sie markiert eine *Scheidezone* von bestimmter ‚Breite‘, die man zögernd betreten und auf der man wartend verweilen kann wie auf einer Hausschwelle.“ Herv. im Orig.

Behandlungen in den ersten Lebenswochen ‚abwesend‘⁶⁹ sein wird. *Inwieweit können hier Rituale der Ankunft und Anerkennung, wie das Sehen, Halten und Stillen des Neugeborenen, noch vollzogen werden und ihr ordnungstiftendes Potential entfalten oder fallen unter den Voraussetzungen dichter und riskanter therapeutischer Interventionen am Lebensbeginn die physische Ent-Bindung und die soziale Geburt eines Kindes zeit- raum- und praxisbezogen wesentlich weiter auseinander als in anderen Konstellationen?* Hier deutet sich bereits an, dass die Geburt im Kontext des Phänomens vermutlich weniger als singuläres Ereignis und klare Grenze zwischen Schwangerschaft und Elternschaft zu betrachten ist, sondern als eine Schwelle unter mehreren in einer umfassenderen Schwellenzeit, in der noch ganz andere Krisen bewältigt werden müssen, bevor ein Kind aus familialer Perspektive ‚angekommen‘ ist. Bei infausten Diagnosen kann sich das Erleben von Ambivalenz noch radikaler darstellen, wenn sich Vorstellungen vom eigenen Kind als ‚schon lebend‘, ‚noch lebend‘ oder ‚schon tot‘ während der Schwangerschaft überlagern und ineinanderschieben. „Schwellen fungieren als Stromschnellen und lösen Wirbel aus, so daß unsere Erfahrung innehält und sich zerteilt“ (Waldenfels 2015: 218). Dieses Bild, das Waldenfels allgemein von Schwellenerfahrungen entwirft, erscheint besonders treffend für deren angenommene Pluralisierung im Horizont der Diagnose.

Aus diesen theoretischen Überlegungen können wiederum konkrete Fragen für die Analyse gezogen werden. *Welche Schwellen markieren Eltern für sich als bedeutsam aus der Retrospektive, an denen Ambivalenz, Unbestimmtheit und Offenheit die Situation dominierten und in welchen thematischen, sozialen sowie raumzeitlichen Bezügen tritt Liminales in den Erzählungen auf?* Waldenfels verknüpft Schwellenerfahrungen eng mit Phänomenen des Zögerns, des Wartens und der Schwellenangst, sodass hier noch einmal andere Erlebnisqualitäten ins Spiel kommen können als in der Auseinandersetzung mit dem Außerordentlichen. Zugespitzt formuliert, ist das Außerordentliche hier schon durchgebrochen und das Selbst in eine Übergangszone geraten. Insofern scheint es jetzt eher um Fragen danach zu gehen, wie sich das Aus- und Standhalten (in) einer existenziell ungewissen Situation aus der Perspektive von Eltern artikuliert. *Wie versuchen sie handelnd und deutend mit der Offenheit ihrer Situation umzugehen, und welche Übergangsräume, Übergangsrituale (Turner 2005; Van Gennep 1999) und Übergangsfiguren treten beim Überwinden von Schwellen auf den Plan, die Waldenfels unter anderem als Übergangsformen anführt (Waldenfels 2015: 221 f.)? Welche Übergangserlebnisse werden auf diesen Wegen zu sinnhaften Schwellenerfahrungen und wo stellen sie nach wie vor nicht begehbare, fremde Zonen in der eigenen Erfahrung dar, die offen und wirksam bleiben?*

⁶⁹ Die Abwesenheit bezieht sich hier nicht nur auf die Raum- und Zeitdimension, sondern ebenso auf den ambivalenten Modus einer anwesenden-Abwesenheit, wenn z.B. ein relaxiertes Kind im Inkubator sich zwar in unmittelbarer Reichweite der Eltern befindet, in deren Erleben jedoch auf Ansprachen und Berührungen in keiner Weise reagiert.

Mit einem responsiv-phänomenologischen Zugang zum Forschungsgegenstand rücken wesentlich vehementer und nachdrücklicher Fragen an dessen existenzielle Dimension in den epistemischen Fokus. Für Waldenfels konstituiert sich der Selbstbezug eines Individuums prinzipiell im Bezug auf Fremdes, wofür die Schwangerschaft wiederum eines der elementarsten Beispiele darstellt. Das Ungeborene muss von Paaren als *Anderer* entworfen werden, um es als das *eigene* Kind anerkennen zu können und auf diesem Wege *selbst* zu Eltern zu werden. Die Schwangere steht dabei zudem vor der Herausforderung, den Kern dieses Übergangsprozesses auf dem engsten Erlebnisraum der eigenen Leibkörperlichkeit zu vollziehen. In diese an sich schon außeralltägliche und vulnerable Ausgangskonstellation brechen die diagnostischen Erkenntnisse ein, sodass es mit Blick auf die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität eine zentrale Frage der Analyse sein wird, wie sich das medizinische Wissen in elterlichen Fremd- und Selbstbezügen niederschlägt. *Inwieweit forciert die Diagnose nicht nur die Eigenständigkeit, sondern auch die Alterität des Dritten und entziehen ihm alltagsweltlichen Bezugnahmen? Erhöht sich hier der Druck für werdende Mütter und Väter, sich schon wesentlich früher und intensiver mit dem Ungeborenen auseinanderzusetzen? Und welche Bezugsmodi, die zugleich als Formen des Beziehungsaufbaus verstanden werden können, lassen sich aus dem empirischen Material rekonstruieren?* Geraten mit den Denkfiguren des Außerordentlichen und der Schwelle zunächst Aspekte des Erleidens, der Erschütterung und der Desintegration in den soziologischen Blick, birgt das Aus-der-Ordnung-Geraten zur anderen Seite hin jedoch auch das Potential einer existenziellen *Grenz-Erfahrung*, in deren Zuge sich elementare Einsichten für Mütter und Väter über sich selbst, den jeweils Anderen und über das gemeinsame Leben in der Lebenswelt eröffnen⁷⁰ können.

5. Die methodologische Grundlegung und das methodische Vorgehen der empirischen Untersuchung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll die Situation einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose beim Ungeborenen entlang der in den vorangegangenen Kapiteln aufgeworfenen Fragen untersucht werden. Das theoretische Erkenntnisinteresse dabei gründet sich im Kern auf die Frage, wie im Resonanzfeld zwischen medizinischen und familialen Bezugnahmen auf den Dritten, Vorstellungen vom heranwachsenden Kind entstehen und auf diesem Wege soziale Ordnungen in einem relativ neuartigen Schwellenbereich am Lebensbeginn gebildet werden. Noch einmal abstrakter formuliert, zielt die Forschungsfrage auf die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität unter der Bedingung einer vorgeburtlichen Fehlbildungsdiagnose, darauf, wie das Ungeborene zwischen den Polen seiner Körperlichkeit und seiner Individualität als (zukünftiger) Person in professionellen wie alltagsweltlichen Handlungen und Deutungen

⁷⁰ Darin liegt der Kern des philosophischen Begriffs der Grenzsituation von Karl Jaspers (vgl. Jaspers 1953: 203 ff.). Zu Überlegungen hinsichtlich des heuristischen Potential des Grenzsituationsbegriffs für die qualitative Gesundheitsforschung vgl. Feith/Peter et al. 2018. Die vorliegende Arbeit rekurriert in der Frage nach dem ‚Existenziellen‘ jedoch primär auf Waldenfels, dessen Denkfiguren sich als sensibilisierende Konzepte für konkrete Materialanalysen besser eignen als die existenzphilosophischen Überlegungen von Jaspers.

thematisch wird. Aus dieser Entscheidung für ein bestimmtes Phänomen und ein spezifisches Erkenntnisinteresse – im Lichte anderer Möglichkeiten –, die in ihrer Verbindung den Forschungsgegenstand der empirischen Untersuchung bilden, ergeben sich forschungslogische und forschungspraktische Konsequenzen. Deren systematische Ausarbeitung steht im Zentrum dieses Kapitels. Zunächst wird es darum gehen, (5.1.) das Forschungsvorhaben methodologisch zu fundieren und den Zugang zum Gegenstand durch einen rekonstruktiven Forschungsansatz (5.1.1.), die Grundzüge einer hermeneutischen Haltung (5.1.2.) und Überlegungen zu den angemessenen Erkenntnisansprüchen und -grenzen einer exemplarischen Untersuchung (5.1.3.) zu spezifizieren. Darauf aufbauend gilt es, (5.2.) diese methodologische Konzeption methodisch zu operationalisieren.

5.1. Die methodologische Grundlegung der empirischen Untersuchung

Das Erkenntnisinteresse der Untersuchung, empirische Sinnzusammenhänge theoriegenerierend zu analysieren, setzt seinerseits prinzipiell einen rekonstruktiven Forschungsansatz voraus. Die Deutungsfiguren und Typisierungen des Kindes im Angesicht seiner Diagnose liegen nicht als isolierte Elemente offen zu Tage, die quantifiziert werden könnten, sondern sie sind immer schon in situative, historische und kulturspezifische Kontexte als ihre Sinnhorizonte eingebettet und müssen entsprechend mit einem gegenstandsangemessenen methodischen Instrumentarium erst ‚gehoben‘ und interpretativ aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden. Mit Schütz gesprochen, ist ein Thema stets Thema in einem Horizont; bei Goffman bewegen sich Interaktionen simultan auf verschiedenen Ausdrucksebenen. Der Weg zu allgemeinen Erklärungen der *Sinn*-Strukturen eines sozialen Phänomens führt demnach nur über das rekonstruktive Verstehen seines stets besonderen „So-und-nicht-anders-Gewordenseins“ (Weber 1988: 171) im Lichte anderer Möglichkeiten. Erfolgt dadurch der methodologische Zugang zum Forschungsgegenstand zwingend im interpretativen Paradigma, sind für die Entscheidung einer sozialwissenschaftlich-hermeneutischen Grundlegung der empirischen Untersuchung in der Tradition der neueren Wissenssoziologie weitere Argumente ausschlaggebend.

5.1.1. Methodologische Prämissen eines rekonstruktiven Forschungsansatzes im Kanon der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik

Die hier interessierende Situation entsteht überhaupt erst durch die Möglichkeiten der modernen Medizin, pränatal morphologische Auffälligkeiten beim Fetus mittels eines hochauflösenden Ultraschalls festzustellen und durch eine, in vielen Fällen behandelbare, Differenzialdiagnose typisieren zu können. Die Alltagswelt allgemein und betroffene Paare verfügen über diese Erkenntnismittel nicht, für sie wird vielmehr die Frage relevant, welche Bedeutung das pränataldiagnostische Wissen aus ihrer Sicht hat und wie sie damit umgehen sollen. Dadurch rückt zwangsläufig die Frage nach den Übersetzungsverhältnissen zwischen zwei verschiedenen Wirklichkeitsbereichen – Medizin und Alltagswelt – mit ihren jeweils differenten Relevanzstrukturen in den Brennpunkt des Erkenntnisinteresses. Hier bietet der weite Wissensbegriff der sozialphänomenologisch orientierten Wissenssoziologie im Anschluss an

Schütz einen geeigneten Zugang zum Forschungsgegenstand, da er sich nicht nur auf institutionalisierte Wissenskulturen, sondern auf subjektive wie intersubjektiv geteilte Erfahrungen insgesamt bezieht. Handeln und Deuten sind hier ko-konstitutiv und können dadurch in der empirischen Untersuchung als epistemisch gleichrangig angesetzt werden, anders als z. B. in praxeologischen Ansätzen, die sich in erster Linie auf die Genese von Wissen im Vollzug sozialer Praktiken konzentrieren und die intentionalen Horizonte einer Situation weitestgehend ausklammern.

Des Weiteren „repräsentieren [für die sozialwissenschaftliche Hermeneutik] menschliche Rede, Sprachhandlungen und sprachlich konstituierte Texte nur eines von vielen Gesten- und Symbolsystemen, auf die sich menschliche Kommunikation und Weltorientierung stützen. Das heißt, die menschlichen Verstehensleistungen und -fertigkeiten [...] sind keineswegs begrenzt auf das Verstehen sprachlicher Äußerungen. Vielmehr ist letzteres eingebettet in den Gesamtzusammenhang menschlicher Orientierungs- und Deutungspraxis, aus dem es sich ableitet, auf den sich sein Vorwissen mit stützt, mit dessen Hilfe es sich absichert und der zugleich als Kontext, Bedeutungshorizont und Rahmen sprachlicher Äußerungen fungiert. Für sozialwissenschaftliche Hermeneutik – die Soziologie der Sprache eingeschlossen – ergibt sich hieraus, daß sie sich nicht auf die Betrachtung der Funktion von Sprache in der sozialen Interaktion begrenzen kann, sondern vielmehr *die sprachliche Explikation sozialer Interaktion als Ganze* zum Thema hat“ (Soeffner 2004: 135, Herv. im Orig.). Durch dieses Erkenntnisinteresse erfüllt die sozialwissenschaftliche Hermeneutik zwei notwendige Voraussetzungen für die Untersuchung des interessierenden Phänomens. Zum einen ist sie explizit offen für ethnographisch erhobenes Datenmaterial, im Unterschied etwa zur objektiven Hermeneutik von Oevermann; ein rein auf sprachlich strukturierte Primärdaten setzender Zugang würde hier in entscheidenden Bereichen am Kern des Problems vorbeiziehen. Zum anderen integriert die wissenssoziologisch fundierte Hermeneutik – in Anlehnung an das obige Zitat – auch die Kontextrelativität der wissenschaftlichen ‚Orientierungs- und Deutungspraxis‘ systematisch in ihren Ansatz.⁷¹ Sind die Verstrickungen zwischen Forschenden und ihren Forschungsgegenständen grundsätzlich schon als integraler Bestandteil des Forschungsprozesses zu betrachten, wird die Positionsgebundenheit der wissenschaftlichen Deutung noch einmal dort in besonderer Weise relevant, wo die idealisierte Reziprozität der Perspektiven an Grenzen stößt. Eng mit dem zweiten Argument verbunden, gründet sich die methodologische Entscheidung für die sozialwissenschaftliche Hermeneutik drittens auf den Schützischen Kerngedanken, dass Subjektivität und Sozialität

⁷¹ Neben dem erkenntnistheoretischen Streitfall der These von der Objektivität latenter Sinnstrukturen (dazu exemplarisch Soeffner 2004: 149 f. und Oevermann 2006: 80 f.), sind die systematische Offenheit für nicht-sprachliche Primärdaten und die Integration der Subjektivität von Forschenden in den Deutungsprozess die entscheidenden *methodologischen* Unterschiede zwischen dem wissenssoziologisch-hermeneutischen Ansatz von Hans-Georg Soeffner und dem strukturtheoretischen Pendant von Ulrich Oevermann. Auf *methodischer* Ebene teilen beide hingegen das Verfahren der Sequenzanalyse und einige Schritte im interpretativen Vorgehen. Des Weiteren wird auch von Vertretern der Wissenssoziologie der Oevermannsche Ansatz explizit zum Kanon der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik gezählt (Soeffner 2004). Daher gründet sich die Methodologie der vorliegenden Untersuchung auf die wissenssoziologische Perspektive, während auf methodischer Ebene Interpretationsschritte aus beiden Verfahren für den Zweck einer situationstheoretisch ausgerichteten Sequenzanalyse kombiniert werden.

von Sinnbildungsprozessen unauflösbar miteinander zusammenhängen (Endreß 2010: 17).⁷² Diese erkenntnistheoretische Grundlage, die als Spannungsverhältnis zwischen Gemeinsamkeit und Differenz im konzeptionellen Kern des hier entwickelten Situationsbegriffs wiederkehrt, macht es als methodologische Prämisse einerseits möglich, erfordert es andererseits aber auch, in der methodischen Umsetzung ein Forschungsdesign zu entwickeln, das beiden Seiten gerecht wird.

Der wissenschaftliche Erkenntnisprozess gründet sich aus dieser Perspektive einerseits immerschon auf gemeinsame, intersubjektive Sinnstrukturen. Er setzt die Sprachkompetenz von Forschenden und Beforschten notwendigerweise voraus. Dies betrifft sowohl die elterlichen Äußerungen im Rahmen der Interviews als auch die ethnographischen Beschreibungen des Feldforschers. Deren hinreichende Sinnadäquanz in Bezug auf das zu untersuchende Phänomen ist die Bedingung der Möglichkeit dafür, dass auf ihrer Grundlage valide wissenschaftliche Sinnrekonstruktionen hermeneutisch erarbeitet werden können, wobei Deutende ihre Analyse wiederum nur im Rekurs auf ihr subjektives Wissen über den intersubjektiv nachvollziehbaren Bedeutungshorizont einer Äußerung methodisch sinnvoll durchführen können. Man kann sich die notwendige Unterstellung einer hinreichenden Sprachkompetenz auch an ihrem logischen Gegensatz klar machen. Die Annahme, das Gesagte entspräche nicht dem Verstandenen ist wesentlich voraussetzungsvoller und führt jede hermeneutische Interpretation in erkenntnistheoretische Aporien. Andererseits repräsentieren die ethnographischen *Beschreibungen* das Beobachtete und im Interview *dargestellte* Erfahrungen das Erfahrene nicht unmittelbar, sondern sie verweisen als interpretierbare Appräsentationen eines tätigen Bewusstseins auf das in ihnen Appräsentierte. Methodologisch ergeben sich daraus zum einen Konsequenzen für den erkenntnistheoretischen Status der erhobenen Daten (vgl. 5.1.3.). Zum anderen gilt es die konstitutive Positionsgebundenheit der wissenschaftlichen Erkenntnisproduktion explizit zu machen, anstatt sie mehr oder weniger stillschweigend zu negieren. Über die dadurch erst möglich werdende forschungsethische Reflexion des Forschungsprozesses hinaus, lässt sich die Subjektivität von Forschenden dann als zusätzliche Erkenntnisquelle nutzen.

5.1.2. Alltagsweltliches und wissenschaftliches Verstehen - Grundzüge der hermeneutischen Haltung

Die wissenschaftliche Auslegung gründet im alltagsweltlichen Verstehen. Die Unterschiede liegen „nicht im Verfahren des Verstehens selbst, sondern betreffen eher die Organisationsform, den Reflexionsgrad und die Zielsetzung der Deutung“ (Hitzler/Reichert et al. 1999: 11). In alltäglichen Zusammenhängen werden Situationen unter den Bedingungen von Handlungsdruck und Entscheidungszwang in der Regel pragmatisch abkürzend interpretiert. Deutungen erstrecken sich nur auf die wahrscheinlichsten Lesarten eines Geschehens, die es ermöglichen, die Äußerung eines Gegenübers einzuordnen,

⁷² Zur Spannung zwischen praktischer Intersubjektivität auf mundaner Ebene und dem methodischen Vorrang subjektiv-intentionaler Sinnkonstitution vgl. wiederum Renn 2006, S. 212, FN 38: „Schütz verwendet schließlich unter der Hand zweierlei Konstitutionsbegriffe: den egologischen, der die immanenten Prozesse des Zeitbewusstseins betrifft, und einen interaktionstheoretischen, bei dem er an die pragmatische Ko-konstitution durch ego und alter denkt.“

den Fortlauf einer Interaktion zu gewährleisten und bis auf weiteres als glaubwürdig geltende Erwartungen zu bilden. Unter dem pragmatischen Motiv des Alltags wäre es gerade deviant – wie es die Alltagssprache selbst treffend ausgedrückt –, Worte auf die Goldwaage zu legen und systematisch zu rekonstruieren, was Gesprächspartner*innen mit einer Äußerung implizit alles noch gesagt haben könnten oder vor jedem nächsten Interaktionszug innezuhalten, bis alle sinnvoll möglichen Anschlussoptionen eruiert sind. Vielmehr fungieren die lebensweltlichen Idealisierungen der Reziprozität der Perspektiven und der Kongruenz der Relevanzsysteme hier über weite Strecken latent im Horizont des situativen Vollzugs. Sie laufen als implizite Ebenen des Verstehens in der Interaktion mit, etwa im harmonischen oder dissonanten Zusammenspiel von Performanz und Semantik. Sie werden selbst im Allgemeinen aber erst dann thematisch relevant, wenn sich Irritationen im Ablauf nicht mehr mit höflicher Gleichgültigkeit (Goffman 1973b: 84 f.) ignorieren lassen oder Missverständnisse und Krisen in der Verständigung offen zu Tage treten. Während diese Pragmatik des Verstehens weite Bereiche des alltagsweltlichen Lebensvollzugs trägt, zeichnet sich für das zu untersuchende Phänomen bereits eine komplexere Ausgangslage ab. Auch in der Verständigung zwischen Mediziner*innen und Eltern bewegt sich ein erheblicher Teil des situativen Vollzugs in den Bahnen einer fungierenden Kooperation. Gleichzeitig kann eine prinzipielle Fähigkeit zur wechselseitigen Perspektivenübernahme hier gerade nicht mehr vorausgesetzt werden, wenn sich für beide Seiten grundlegend verschiedene Probleme stellen und die Diagnose aus medizinischer Sicht in die Sphäre des professionsbezogenen Alltags fällt, während sie für Eltern den Einbruch des Außerordentlichen bedeuten kann.

Gegenüber den pragmatischen Sinnsetzungs- und Sinndeutungsvorgängen im Alltag zielt deren wissenschaftliche Rekonstruktion auf die extensive Auslegung aller objektiv möglichen Lesarten eines als sinnhaft postulierten Ausdrucks ab. Die hermeneutische Analyse empirischer Daten erfolgt nicht implizit und pragmatisch, sondern – ihrem Anspruch nach – methodisch kontrolliert und praxisentlastet, um die Sinnzusammenhänge eines Textes in voller Tiefenschärfe herausarbeiten zu können. Im Gegensatz zur Perspektivenübernahme in der „natürlichen Einstellung“ (Schütz/Luckmann 2003: 31) orientiert sie sich dabei am regulativen Ideal einer Perspektivenneutralität; während im Alltag der Zweifel weitgehend ausgeklammert wird, um handlungsfähig zu bleiben, macht sie ihn in mehrfacher Hinsicht zum methodologischen Postulat einer hermeneutischen Haltung. „1. das Postulat des methodischen Zweifels und des Zweifels als *Einstellung* des Deutenden gegenüber Deutungsgegenständen, Deutungsangeboten und vorhandenen Erklärungen; 2. das Postulat, der Deutende habe auch die eigenen Lösungen und Erklärungen dem Zweifel auszusetzen; 3. das Postulat des Zweifels an eindimensionalen Erklärungen, seien sie kausaler, dialektischer oder strukturaler Art“ (Soeffner 2004: 135, Nerv. im Orig.). Erst von einem möglichst weit ausgelegten Horizont objektiv möglicher – das heißt, nach dem Kriterium intersubjektiver Nachvollziehbarkeit gültiger – Bedeutungen einer Fehlbildungsdiagnose für das heranwachsende Kind, können sich typische Themen, Handlungsentwürfe und Deutungsmuster der involvierten Akteure als konturierte Sinnfiguren einer pränatalen Sozialität unter besonderen Bedingungen abhe-

ben. Insofern operiert die hermeneutische Analyse von Sinnbildungsprozessen in deren unverwechselbarer Konkretion gerade gegenläufig zur alltagspraktischen Verstehenshaltung mit einer im methodischen Zweifel gründenden Bewegung des Abstrahierens. „Für die Sequenzanalyse aber ist in scharfer Differenz zur Perspektive der Alltagspraxis nicht die Routine, sondern die Krise der Normalfall und nicht die Krise, sondern die Routine der Grenzfall“ (Oevermann 2002: 10).

5.1.3. Ziele, Generalisierungsniveau und Grenzen der hermeneutischen Erkenntnisbildung

Das Erkenntnisziel der hermeneutischen Analyse besteht darin, die empirischen Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität im Phänomen systematisch zu rekonstruieren, die handlungspraktischen und deutenden Sinn-*Konstruktionen* des Dritten im Spannungsfeld zwischen alltagsbezogenen und professionellen Relevanzen. Während sich der Interpret somit auf die *Konstruktionen 1. Ordnung*, „auf alltägliche, soziohistorisch verankerte Typen, Modelle, Routinen, Plausibilitäten, Wissensformen, Wissensbestände und (oft implizite) Schlussverfahren“ (Soeffner 1999: 41), zu richten hat, mündet seine Analyse wiederum in Konstruktionen – *Konstruktionen 2. Ordnung*, verstanden als methodisch kontrollierte, idealtypisch modellbildende Rekonstruktionen der empirischen Konstruktionen 1. Ordnung. Zwischen beiden Formen verstehender Sinnbildung besteht, wie im vorangehenden Abschnitt erläutert, keine grundsätzliche verfahrensbezogene, jedoch eine logische Differenz. Die wissenschaftliche Analyse erfolgt prinzipiell nachträglich. „Das Handeln, auf das sich die Rekonstruktionen beziehen, ist, wenn jene beginnen, längst vorbei, ein für allemal vergangen und nicht wiederholbar“ (ebd.). Folglich können Forschende die soziale Wirklichkeit, die sie oder andere zuvor erhoben haben, nie selbst in ihrer unmittelbaren Gegenwärtigkeit zum Gegenstand der Auslegung machen, sondern prinzipiell nur Protokolle dieser Wirklichkeit (Oevermann 2002: 3 f.). Damit entscheidet sich die Tiefenschärfe einer Interpretation noch vor der eigentlichen Analyse im Zuge von Beobachten und Beschreiben an der Präzision der protokollierten Primärdaten. Vor diesem Hintergrund kann das Ziel von Konstruktionen 2. Ordnung nicht sinnvoll darin bestehen, die empirische Realität in ihrer gesamten Fülle abbilden zu wollen und sie dabei lediglich zu verdoppeln. Vielmehr erfolgt die Analyse bezogen auf das theoretische Erkenntnisinteresse und konzentriert sich im Horizont der soziologischen Relevanzstrukturen auf ein begrenztes thematisches Feld, um rekonstruktiv ein idealtypisches Modell der Situation pränataler Sozialität entwerfen zu können, dass einerseits gegenüber der empirischen Fülle seiner Grundlage abstrahiert, und im Zuge des Typisierens einschränkend verfährt, dadurch andererseits jedoch in seiner theoretischen Erklärungskraft weiterreicht.⁷³ Konstruktionen 2. Ordnung dürfen sich nicht darauf begrenzen, „die Binnenperspektive

⁷³ Kellner/Heuberger beschreiben diese hermeneutische Erkenntnisfigur unter dem Begriff einer zirkulären Explikation des Ausgangspunktes sehr treffend: „Fassen wir diesen Erkenntnisvorgang noch etwas anders, so können wir auch sagen, daß der Wissenschaftler [...] von einer beobachteten und schon irgendwie verständlichen ‚Oberfläche‘ ausgehend auf eine mögliche ‚Tiefenstruktur‘ rekurriert, von der aus dann die Oberflächenstruktur sich theoretisch eindeutig ableiten lassen muß. Diese Erkenntnisfigur wollen wir die zirkuläre Explikation des Ausgangspunktes nennen [...]. Um einem möglichen Fehlurteil gleich zuvorzukommen, sei bereits hier darauf hingewiesen, daß diese durch die zirkuläre Explikation rekonstruierte Oberfläche mit der Ausgangsoberfläche nicht deckungsgleich (kongruent) ist; vielmehr ist sie eine in begrifflicher Form zur ersteren homologe

alltäglicher Sinnkonfigurationen und alltäglicher Motivationszuschreibungen ein[zufangen], sondern fragen zugleich nach den Bedingungen der Möglichkeit, unter denen diese überhaupt auf den Plan treten können“ (Kellner/Heuberger 1999: 91).

Die hermeneutische Analyse zielt also nicht nur auf das explizit Gewusste, sondern darüber hinaus auf die Bedingungen der Genese und die Formen des generierten Wissens selbst. Konkret bedeutet dies z. B. für die Untersuchung der Pränatalsprechstunde, dass es nicht nur darum geht, was explizit an Wissen zum Kind propositional geäußert wird, sondern wie dieses Wissen interaktiv erzeugt wird und hinsichtlich seiner thematischen, auslegungsbezogenen und motivationalen Relevanzen strukturiert ist. Gleiches gilt für die Frage nach den Sinnzusammenhängen pränataler Sozialität im Horizont elterlicher Erfahrung. Hier bezieht sich das Erkenntnisinteresse der Interpretation nicht nur darauf, welche Themen für Eltern angesichts der Diagnose relevant werden, sondern ebenso auf das Problem, wie und inwieweit diese unter Rückgriff auf welche Wissensbestände in verschiedenen Bestimmtheitsgraden typisiert und in die Sinnzusammenhänge der Erfahrung integriert werden (können). Komplementär zum phänomenbezogenen Erkenntnisanspruch muss sich die hermeneutische Analyse ebenso ‚schonungslos‘ selbstreflexiv auf die Genese des soziologischen Wissens zum Forschungsgegenstand richten, um, nach innen, erarbeitete Thesen fortlaufend einer kritischen Bewährung am Material zu unterziehen und nach außen nachvollziehbar machen, wie im Beobachten, Beschreiben und Verstehen ein idealtypisches Modell pränataler Sozialität entstanden ist.

Die Allgemeingültigkeit der Erkenntnisse, die im Zuge der Untersuchung erarbeitet und zu einer Situationstheorie integriert werden sollen, bezieht sich auf „die Ebene des Typischen als adäquatem Generalisierungsniveau verstehender Soziologie“ (Endreß 2010: 34). Der Forschungsgegenstand wird in der vorliegenden Arbeit exemplarisch, zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einem bestimmten kulturellen Kontext untersucht; der Erkenntnisprozess ist auf die Originalität des empirischen Phänomens und die Tiefenschärfe seiner wissenschaftlichen Analyse zugeschnitten, nicht auf die Repräsentativität der gewonnenen Einsichten. Die Forschungsergebnisse können im günstigen Fall erklären, welche Themen, Handlungs- und Deutungsmuster in Bezug auf das Kind bei einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose, unter welchen Bedingungen und in welcher Form, in einem historisch und kulturell spezifischen Kontext typischer Weise auftreten. Die Verallgemeinerbarkeit der Erkenntnisse bewegt sich also auf dem Niveau einer gegenstandsverankerten ‚Theorie mittlerer Reichweite‘ im Stile der Grounded Theory Methodology (Strauss 1994).

Auch der wissenschaftliche Typus ist in diesem Zusammenhang ein „Wesen auf Zeit“ (Waldenfels 1987: 66), sowohl der Deutungsgegenstand als auch Interpret*innen und ihre Deutungen sind stets eingebettet in ihre lebensweltlichen Horizonte. Auf der einen Seite hat sich die Situation einer pränatalen

Gestalt, von der wir annehmen, daß sie eine (mögliche) gültige ist, solange ihr neue Beobachtungstatsachen nicht widersprechen.“ (Kellner/Heuberger 1999: 78). Wie *eindeutig* sich ‚die‘ Tiefenstruktur eines Phänomens darstellt, ist indessen eine gegenstandsabhängige Frage.

Fehlbildungsdiagnose in ihrer gegenwärtigen Form selbst historisch mit dem medizinischen Fortschritt entwickelt und wird kultur- wie milieuspezifisch unterschiedlich gehandhabt. Als Besonderheit kommt hier noch die Annahme hinzu, dass die Diagnose, zumindest für betroffene Eltern, existenzielle Grundfragen berührt und sich als Widerfahrnis in relevanten Aspekten einer eindeutigen Bestimmbarkeit entzieht. Auf der anderen Seite verfügen Hermeneut*innen stets nur über einen begrenzten Wissensvorrat an alltagsweltlichen Vertrautheiten mit mehr oder weniger exklusiven Erfahrungen, in Bezug auf das Typisierungsrepertoire ihrer Disziplin und an aktuellem wie historischem Bekanntheitswissen zum Phänomen, das ihre Deutungen orientiert. In der vorliegenden Arbeit bleibt beispielsweise die gesamte leibkörperliche Dimension der Schwangerschaft dem männlichen Sozialforscher schon qua Geschlecht grundsätzlich verschlossen. Die daraus resultierende Subjektivität von Interpretationen soll und kann durch die Analyse in Gruppen ein Stück weit aufgefangen werden. Nichtsdestotrotz liegen weite Teile der theoretischen Ausarbeitung von Interpretationssitzungen und die gesamte Ergebnisdarstellung in der Hand des Forschers. Zugespielt formuliert, entscheidet sich daher die Qualität der hermeneutischen Analyse in der Wechselwirkung zwischen dem Sinnpotential eines Deutungsgegenstandes und den Deutungshorizonten seiner Interpret*innen (Vgl. Soeffner 2004: 116).

5.2. Die methodische Operationalisierung der Datenerhebung und Datenanalyse

Stand im vorangegangenen Abschnitt die hermeneutische Rekonstruktion von Sinnkonstruktionen erster Ordnung im Zentrum des methodologischen Zugangs zum Forschungsgegenstand, geht es nun darum, dieses Forschungsvorhaben für die praktische Durchführung der empirischen Untersuchung methodisch zu operationalisieren. In diesem Zuge werden die Erhebung und Analyse des Datenmaterials selbst als wissenschaftlicher *Konstruktions*-Prozess sichtbar und die Untersuchung insgesamt als zirkulärer Forschungsprozess, in dem sich Phasen der Erhebung, Auswertung und Verschriftlichung abwechseln und gegenseitig orientieren.⁷⁴ Zunächst werden der Zugang zum Forschungsfeld und die damit einhergehende Entscheidung für einen bestimmten Erhebungsraum nachgezeichnet (5.2.1.). Darauf aufbauend muss im zweiten Schritt die Methodik der Datenerhebung, bezogen auf die Ethnographie interdisziplinärer Pränatalprechstunden und die Durchführung von Interviews mit betroffenen Eltern, dargestellt und im Horizont des Erkenntnisinteresses begründet werden (5.2.2.). Und schließlich ist es im dritten Schritt notwendig, die hermeneutische Datenanalyse von Beobachtungsprotokollen und Interviewtranskripten zu konkretisieren hinsichtlich der leitenden Interpretationsprinzipien und der zentralen Interpretationsschritte (5.2.3.).

⁷⁴ Während die sozialwissenschaftliche Hermeneutik das methodologische Fundament der empirischen Untersuchung bildet, ergeben sich hier methodisch durchaus Parallelen zum Forschungsstil der Grounded Theory Strauss'scher Prägung, bezogen auf das theoretical Sampling und das zirkuläre Vorgehen im Forschungsprozess (Strauss 1994: 70 f.). Indessen stellen die Kontrastierung von Daten in theoriegenerierender Absicht und die wechselseitige Orientierung von Erhebung und Auswertung keine Alleinstellungsmerkmale der Grounded Theory dar.

5.2.1. Der Zugang zum Forschungsfeld und die Konzeption des Erhebungsraums

Die Lebens- und Entwicklungschancen für Kinder mit angeborenen Fehlbildungen sind erst mit den sprunghaften therapeutischen Fortschritten der Perinatalmedizin und der Kinderchirurgie in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich gestiegen. Das soziologisch relevante Phänomen dieser Arbeit stellt demnach selbst eine empirische Ausdrucksform eines noch relativ neuartigen Schwellenbereichs zwischen Familien und Medizin am Lebensbeginn dar, woraus sich mehrere Konsequenzen für die Möglichkeiten und Grenzen des Feldzugangs ergeben. Zum einen liegen disziplinintern bisher keine systematischen Untersuchungen zum Forschungsfeld vor, sodass sich die vorliegende Arbeit kaum auf einen bereits bestehenden Wissenskorpus zum Gegenstand stützen, und in dessen Horizont eine spezifizierte Forschungslücke füllen kann, vielmehr erscheint das per se exemplarische Vorgehen in der qualitativen Sozialforschung hier noch einmal in dem Sinne verstärkt, dass das Feld überhaupt erst soziologisch erschlossen werden muss. Zum anderen existiert innerhalb Deutschlands noch keineswegs eine flächendeckende klinische Versorgungsstruktur für Kinder mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen. Die große Mehrheit wird in spezialisierten Level-1-Perinatalzentren differenzialdiagnostisch und therapeutisch betreut, die im deutschen Kontext die medizinische Maximalversorgung am Lebensbeginn bieten. Dadurch sind die Möglichkeiten des Feldzugangs strukturell begrenzt, zugleich bilden jedoch gerade dann spezialisierte Kliniken einen geeigneten Ansatzpunkt für die soziologische Untersuchung, unter der Annahme, dass hier Sinn- und Ordnungsbildung des Phänomens am weitesten entwickelt sind. In der vorliegenden Dissertation erfolgt der Zugang zum Forschungsfeld über ein Level-1-Perinatalzentrum, in dem zudem das bundesweit einzige Zentrum für angeborene Fehlbildungen angesiedelt ist. Hier konzentrieren sich entsprechend noch einmal zusätzlich medizinische Expertise und klinische Erfahrung im Umgang mit dieser neuen Patient*innengruppe. Dadurch wird es für die empirische Untersuchung einerseits möglich, maximal nahe am Phänomen anzusetzen, andererseits sind damit einhergehend die Ergebnisse der Untersuchung in ihrer Reichweite und Vergleichbarkeit begrenzt. Sie können nicht ohne weiteres schon auf die Praxis in anderen Kliniken und noch weniger auf die in anderen Gesellschaften übertragen werden. Insofern ist der exemplarische Charakter der vorliegenden Studie schon in der Entscheidung für einen bestimmten Feldzugang angelegt.

Der Zugang zum Feld gründet sich des Weiteren auf eine bereits bestehende interdisziplinäre Forschungskoooperation, was hier transparent gemacht und hinsichtlich der dadurch bereits existierenden Rahmenbedingungen für den Forschungsprozess methodisch reflektiert werden soll. So bestand nach einer ersten theoretischen Einarbeitung in die Thematik die Möglichkeit, ohne größere Anbahnungsmaßnahmen sehr schnell ins Feld zu gehen und teilnehmende Beobachtungen in verschiedenen klinischen Arbeitsbereichen durchzuführen. In der ersten Phase des Forschungsprozesses habe ich von März – Juni 2015 einmal wöchentlich auf einer neonatologischen Intensivstation hospitiert und konnte im Zuge von Visiten, Routinebehandlungen, medizinischer Kriseninterventionen und Gesprächen mit Ärzt*innen wie Pflegenden einen ersten Eindruck vom Arbeitsalltag in der Neonatologie gewinnen. Das

dadurch erlangte Kontextwissen erwies sich, trotz einer letztlich anderen Schwerpunktsetzung, als sehr hilfreich, um zumindest annäherungsweise eine praktische Vorstellung davon zu erlangen, was Kinder mit angeborenen Fehlbildungen und ihre Eltern nach der Geburt erwartet. Durch die bestehende Kooperation und den eigenen Kontakt zum Team der Neonatologie ergab sich zudem die Gelegenheit an weiteren internen und fachöffentlichen Veranstaltungen als Soziologe teilzunehmen, zu denen u. a. eine Ethik-Besprechung auf der Intensivstation, eine Sitzung des gesamtklinischen Ethik-Komitees, das jährliche Fehlbildungssymposium und ein Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin zählten.

Zeitlich fast parallel begannen ab April 2015 die, ebenfalls einmal wöchentlichen, teilnehmenden Beobachtungen in der interdisziplinären Pränatalsprechstunde, die sich in ersten Analysen von Beobachtungsprotokollen und Gesprächen mit Neonatolog*innen schnell als eine exemplarische Situation für die medizinischen Sinnzusammenhänge des Phänomens herauskristallisierte. Die interdisziplinäre Sprechstunde bildet einen zentralen Knotenpunkt in der perinatalen Versorgung. Hier läuft das in vorangegangenen Untersuchungen bereits aufgeschichtete medizinische Wissen über die Schwangerschaft an einem Ort und zu einem Zeitpunkt zusammen; unter dem Einbezug der maximal verfügbaren Expertise verschiedener Fachdisziplinen wird in der sonographischen Feindiagnostik eine vollständige Beurteilung der Morphologie des fetalen Körpers vorgenommen, mit dem Ziel, eine möglichst genaue und abgesicherte Differenzialdiagnose zu stellen; anschließend besprechen sich Ärztinnen und werdende Eltern über die Möglichkeiten des weiteren Vorgehens anhand des Befundes; schließlich formiert sich in der großen Mehrzahl der beobachteten Sprechstunden hier bereits das klinische Arbeitsbündnis mit Blick auf die Geburt und anschließende Behandlungen des Kindes.

Gegenüber der medizinischen Relevanz der Pränatalsprechstunde sprachen jedoch auch soziologisch mehrere Gründe dafür, sie zum Ausgangspunkt der empirischen Untersuchung zu machen. Erstens eröffnet sich dadurch die Möglichkeit, nicht nur den Bedeutungshorizont einer schon gestellten Diagnose zu rekonstruieren, sondern, wesentlich grundlegender und weiter gefasst, die interaktive Her-Stellung von Vorstellungen des Ungeborenen im Ultraschall und im anschließenden Gespräch in ihrem praktischen Vollzug zu untersuchen. Damit war zugleich klar, dass der Zugang zur klinischen Situation ethnographisch erfolgen muss. Audio- oder gar Videoaufnahmen waren einerseits de facto aus Datenschutzgründen ausgeschlossen und wären angesichts der intimen Situation für Eltern auch forschungsethisch problematisch gewesen. Andererseits hätte die höhere Präzision der Daten durch eine unselektive Aufzeichnung mit dem Preis bezahlt werden müssen, entweder die vor- und außersprachlichen Vollzugsebenen in der Situation und das subjektive Erleben des Forschers als zusätzlichen Datentypus nicht erheben zu können. Ein ethnographischer Zugang zur Pränatalsprechstunde erlaubt es hingegen zweitens – gemäß der sozialwissenschaftlich-hermeneutischen Maxime – nicht nur die sprachliche Funktion von Interaktionen, sondern die sprachliche Explikation der Interaktion als Ganze zum Gegenstand der Analyse zu machen und auf diese Weise Sinndimensionen des Phänomens zu heben, die sich

unterhalb der Verbalisierungsschwelle bewegen. Drittens bringt es das interdisziplinäre Setting der Sprechstunde mit sich, dass das Ungeborene hier prospektiv bereits in die Verweisungszusammenhänge verschiedener therapeutischer Handlungspraxen, Arzt-Patient-Beziehungen und raumzeitlicher Kontexte eingebunden wird und dadurch die medizinischen Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität weitergehend erschlossen werden können, als in anderen Untersuchungen während der Schwangerschaft.

Gleichwohl zeigte sich durch die ersten Feldaufenthalte auch, dass mit einer alleinigen Konzentration auf die klinische Situation die Untersuchung des alltagsweltlichen Bedeutungshorizonts der Diagnose aus der Perspektive betroffener Eltern unmöglich gewesen wäre. Aus der Performanz der Interaktion und den elterlichen Gesprächsbeiträgen lassen sich zwar Anhaltspunkte für die familialen Relevanzstrukturen des Geschehens herausarbeiten. Ein rein synchroner, ethnographischer Zugang hätte hier jedoch prinzipiell zu kurz gegriffen. Erwies sich die interdisziplinäre Pränatalsprechstunde folglich einerseits als plausibel begründbarer und epistemisch vielversprechender Ausgangspunkt für die empirische Untersuchung, wurde andererseits schnell deutlich, dass für die Frage nach den familialen Relevanzstrukturen der Diagnose im Horizont elterlicher Erfahrung andere Daten generiert werden müssen und somit ein zweiter methodischer Zugang notwendig war.

Die erste Forschungsphase von März - Juni 2015 diente neben dem eigenen Bekannt- und Vertrautwerden mit dem Feld auch dazu, nun selbst Beziehungen zu Feldakteuren zu knüpfen, wofür der mir gewährte Vertrauensvorschuss durch die bereits bestehende Kooperation in seiner Bedeutung kaum überschätzt werden kann. Ich stand zu Beginn des Forschungsprozesses *nicht* vor der Herausforderung, als einzelner Forscher überhaupt erst Kontakte in ein nicht ohne weiteres zugängliches Feld zu knüpfen und Gatekeeper*innen vom Mehrwert meines soziologischen Vorhabens zu überzeugen, sondern konnte auf bestehende Arbeitsbeziehungen aufbauen und mich, von einem Chefarzt unterstützt, im Feld orientieren. Aus der Retrospektive betrachtet, war diese Phase grundlegend und weichenstellend für den weiteren Forschungsprozess. Während ich mit der noch relativ diffusen Frage nach der sozialen Geburt von Kindern mit Fehlbildungen ins Feld gegangen war, zeigte sich im Vergleich zwischen den ersten Erfahrungen auf der Neonatologie und in der Pränatalsprechstunde, dass es sich dabei, vor allem aus ethnographischer Perspektive, um zwei Forschungsgegenstände handelt, die im Rahmen einer Einzeldissertation nicht gleichermaßen ausführlich untersucht werden können. So verändern sich mit der Geburt des Kindes die Arzt-Patient-Konstellationen grundlegend. Ist das Ungeborene nur vermittelt durch den Leib der Schwangeren (be)greifbar, wird das Neugeborene intensivmedizinisch und operativ behandelt, wobei Eltern dann gerade mit zeitlich begrenzten Trennungen von ihrem Kind umgehen müssen; während für Pränatalmediziner*innen und Geburtshelfer*innen die eigentliche Arbeit am Fall kurz nach der Entbindung endet, fängt hier die Arbeit von Neonatolog*innen und Kinderchirurg*innen erst richtig an. Auch der juristische Status des Kindes wandelt sich grundlegend mit seiner lebendigen Geburt. Kann

bis kurz zuvor bei einer entsprechenden medizinischen Indikation noch ein Spätabbruch der Schwangerschaft vorgenommen werden, hat es danach einen unveräußerlichen Anspruch auf ärztliche Behandlung – im Konfliktfall auch gegen den Willen der Eltern.

Aus soziologischer Sicht waren über diese medizinischen und rechtlichen Veränderungen mit der Geburt hinaus – die jedoch als *soziale* Sinnkonstruktionen genuin zum soziologischen Forschungsgegenstand gehören und keineswegs bloß externe Kategorisierungen darstellen – noch weitere Gründe ausschlaggebend dafür, sich auf die Zeit vor oder nach der Geburt im Erkenntnisinteresse festzulegen. So wandeln sich auch auf familialer Seite die Interaktionskonstellationen und zentralen Themen mit der Geburt. Ist das Ungeborene leiblich unmittelbar nur für die Schwangere spürbar und ansonsten primär in Vorstellungsräumen präsent, stehen Eltern nach der Geburt vor der Herausforderung, unter den erschwerten Bedingungen gesundheitlicher Krisen und intensivmedizinischer Versorgung, eine leibkörperliche Beziehung zum Kind als personalem Gegenüber aufzubauen. Des Weiteren wird eine noch mehr oder weniger abstrakte pränatale Fehlbildungsdiagnose nun am körperlichen Zustand des Kindes konkret und sinnlich wahrnehmbar. Nicht zuletzt zeichnet sich die pränatale Situation aus alltagsweltlicher Perspektive gerade dadurch aus, dass mit den sich verdichtenden medizinischen Erkenntnissen zunächst etwas Außerordentliches in den familialen Sinnhorizont der Schwangerschaft einbricht und desintegrative Wirkungen auf die Vorstellungen von Kind und Familie in Gang setzen kann, wohingegen Eltern nach der Geburt ganz konkret handlungspraktische Lösungen für das Pendeln zwischen Intensivstation und häuslichem Alltag finden müssen.

Vor diesem Hintergrund waren die Eindrücke und Analysen aus der ersten Feldphase entscheidend für die Präzisierung des soziologischen Erkenntnisinteresses und die darauf aufbauende Konzeption des Erhebungsraums. Im gemeinsamen Austausch mit den Kooperationspartner*innen aus Soziologie und Neonatologie wurde die Entscheidung getroffen, den epistemischen Fokus der Untersuchung auf die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität bei Kindern mit diagnostizierten Fehlbildungen zu begrenzen, um deren medizinische und alltagsweltliche Bedeutungshorizonte extensiv zu rekonstruieren und in einer mikrosoziologischen Situationstheorie abbilden zu können. Dazu gründet sich die empirische Untersuchung auf zwei Erhebungsmethoden und Forschungssituationen, in denen die Datengrundlage für die hermeneutische Analyse generiert wird. Auf der ersten Untersuchungsebene der vorliegenden Arbeit wird die interdisziplinäre Pränatalsprechstunde ethnographisch beobachtet und beschrieben; auf der zweiten werden Interviews mit betroffenen Eltern geführt.

5.2.2. Die Darstellung und Begründung des methodischen Vorgehens bei der Datenerhebung im Horizont des Erkenntnisinteresses

5.2.2.1. Die ethnographische Exploration der interdisziplinären Pränatalsprechstunde

Die interdisziplinäre Pränatalsprechstunde bildet aus den oben (5.2.1.) genannten Gründen den empirischen Ansatzpunkt dieser Forschungsarbeit. Sie wird ethnographisch erhoben und in „dichten Beschreibungen“ (Geertz 2012) protokolliert. Am Forschungsstandort finden die klinischen Sprechstunden an einem festen Tag, abhängig vom Patientenaufkommen, einmal wöchentlich statt. Der Gesamtzeitraum der Datenerhebung erstreckte sich von April 2015 bis September 2016. Die erste Erhebungsphase von April 2015 bis Juni 2015 diente in explorativer Absicht dazu, überhaupt erst einmal einen Eindruck von der Praxis in der klinischen Situation zu gewinnen, um ihr Erkenntnispotential unter soziologischen Gesichtspunkten abschätzen zu können, gefolgt von ersten Analysen der protokollierten Beobachtungen im zweiten Halbjahr 2015. Die eigentliche Datenproduktion fand dann in der zweiten Erhebungsphase von Januar 2016 bis September 2016 statt. In diesem Zeitraum war ich regelmäßig in der Pränatalsprechstunde mit anwesend, sodass detaillierte Beobachtungsprotokolle des situativen Vollzugs von insgesamt 12 Sprechstunden sowie episodische Beschreibungen auffälliger Ereignisse bei weiteren Terminen erzeugt werden konnten, die die Materialbasis für die hermeneutische Analyse auf der ersten Untersuchungsebene bilden.

Das gewichtigste methodische Argument für den ethnographischen Erhebungszugang zur klinischen Sprechstunde besteht darin, auf Grundlage der leiblichen Präsenz *in* der Situation die Verbalisierungsgrenze des situativen Vollzugs systematisch zu verschieben unter der Annahme, „dass im ethnographischen Schreiben etwas *zur Sprache gebracht* wird, das vorher nicht Sprache war“ (Hirschauer 2001: 430, Herv. im Orig.).⁷⁵ Auf diese Weise können Sinnschichten der Situation freigelegt werden, die sich unterhalb der Schwelle zur expliziten Versprachlichung bewegen und in der Pränatalsprechstunde naheliegender Weise an erster Stelle die visuelle Dimension des Ultraschalls, aber ebenso stumme Praktiken im Umgang mit dem eigenen oder fremden Körper und räumliche (An)Ordnungen betreffen wie vorprädikative, synästhetische Formen leiblichen Erlebens und unaussprechbare Widerfahrnisse. Sind körpernahe Forschungsfelder insgesamt schon von weitreichenden Sphären einer „Schweigsamkeit des Sozialen“ (Hirschauer 2001) durchzogen, erscheint deren Relevanz mit Blick auf die Existenzialität der Ereignisse für werdende Eltern im Kontext des Phänomens noch einmal erhöht. Hier muss sich die ethnographische Untersuchung über das Sichtbare und im engeren Sinne Beobachtbare hinaus an die Schwellen des Thematisierbaren herantasten, die etwa mit dem Anspruch des Zu-Sagenden im Akt des

⁷⁵ Das Versprachlichen nicht selbst schon sprachlich strukturierter Phänomene im Feld kann als gemeinsamer Erkenntnisanspruch und methodische Anforderung verschiedener Strömungen in der soziologischen ethnographischen Forschung angesehen werden, die entweder das Teilnehmen oder das Beobachten stärker akzentuieren. Vgl. für zwei paradigmatisch einschlägige Positionierungen im innerdeutschen Kontext den lebensweltanalytischen Ansatz von Anne Honer und Roland Hitzler (grundlegend Honer 1993; zuletzt Hitzler/Eisewicht 2016) und die praxeologisch orientierte Ethnographie um Stefan Hirschauer (vgl. Hirschauer/Amann 1997; Breidenstein/Hirschauer et al. 2015). Einen Einblick in den aktuellen Stand der Diskussion über das Verhältnis zwischen teilnehmender Beobachtung und beobachtender Teilnahme liefert der Sammelband zu den 5. *Fuldaer Feldarbeitstagen* (Hitzler/Kreher et al. 2016).

Sagens noch unterschwellig präsent bleiben – aber nicht aus der Position eines vermeintlich neutralen Beobachters, sondern nur aus der eines leiblich responsiven Selbst in ihrer Qualität als Appell wahrgenommen und beantwortet werden können – oder in affektiven Dynamiken und atmosphärischen Qualitäten der Situation wirksam werden, in die mittelbar auch der Feldforscher verstrickt wird. Das Instrumentarium der Soziologie beinhaltet keinen methodisch kontrollierten Zugang zum Erleben der Anderen. Hier liegt eine unüberwindbare Grenze jeder empirischen Sozialforschung, bei deren Überschreitung sie ins Psychologisieren ohne Expertise übergehen und ihren Gegenstand verfehlen würde. Allerdings haben Forschende einen intentionalen Zugang zum eigenen Erleben, das – wenn es systematisch mit erhoben wird – als zusätzlicher Datentypus in die Analyse einbezogen werden kann.

Das ethnographische Vorgehen in der vorliegenden Arbeit orientiert sich am lebensweltanalytischen Ansatz von Honer und Hitzler, der am ehesten mit der hier verfolgten situationstheoretischen Perspektive kompatibel ist. Die lebensweltanalytische Ethnographie bezieht sich dezidiert auf die mundanphänomenologische Lebensweltanalyse von Schütz (Hitzler/Eisewicht 2017: 9) und verortet ihren interpretativen Zugang zum Datenmaterial im Kanon der wissenssoziologischen Hermeneutik. Darüber hinaus integriert sie systematisch das Erleben und Erfahren von Forschenden in den Forschungsprozess und nutzt auf der Basis einer stark am Teilnehmen orientierten Forschungspraxis die Subjektivität von Ethnograph*innen als zentralen Erkenntniszugang zum wissenschaftlich interessierenden Phänomen. Damit ist der lebensweltanalytische Ansatz einerseits grundsätzlich kompatibel mit der Konzeption der vorliegenden Arbeit. Auch hier gründet sich die praktische Bearbeitung des Erkenntnisinteresses auf eine wissenssoziologisch-hermeneutische Perspektive und über das thematische Feld in der klinischen Situation wird das Forschererleben systematisch in die Datenerhebung und -interpretation miteinbezogen. Andererseits ergeben sich auch methodisch relevante Unterschiede. Zum einen richtet sich das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit nicht auf die Rekonstruktion kleiner Lebenswelten (Honer 2011), sondern auf die empirische Exploration und hermeneutische Auslegung einer Situation, deren Sinnzusammenhänge gerade im Spannungsfeld *zwischen* der Welt der perinatalen Medizin und der Welt des familialen Alltags gesucht wird. Zum anderen sind die Möglichkeiten eines „existentiellen Engagements“ (Honer 1993: 39) in der interdisziplinären Pränatalsprechstunde eng begrenzt und schon das medizinische Wahrnehmen, Deuten und Handeln, aber noch mehr das elterliche Erleben der Situation so exklusiv, dass sich der typisch gemeinte subjektive Sinn der primären Feldakteure auch nicht annäherungsweise am eigenen Leib erfahren lässt. Vor diesem Hintergrund kann das eigene ethnographische Vorgehen methodologisch an der lebensweltanalytischen Konzeption orientiert werden, während auf der methodischen Ebene zwei Akzentverschiebungen im Hinblick auf den Forschungsgegenstand notwendig sind.

Die lebensweltanalytische Ethnographie verankert den Erkenntnisprozess im Erleben und Erfahren von Forschenden und folgt dabei theoretisch dem Postulat subjektiver Sinnkonstitution.⁷⁶ Der typische Sinn eines *sozialen* Phänomens kann aus dieser methodologischen Perspektive nur über den subjektiv-intentionalen Sinn rekonstruiert werden, mit dem es sich *als* etwas Bestimmtes – als gegenstandsspezifische Konfiguration von Relevanzstrukturen – in der Erfahrung von Ethnograph*innen artikuliert. Entsprechend können phänomenbezogene Einsichten nur unter der Voraussetzung gewonnen werden, dass sich Feldforschende selbst, als ganze Personen, in für das Phänomen relevante Situationen begeben, und dort nicht nur distanziert Handlungen und Deutungen beobachten, sondern selbst intensiv am Geschehen teilnehmen. Der Kerngedanke des existenziellen Engagements, als methodische Grundhaltung lebensweltanalytischer Ethnographie, besteht im Lernen über das Feld am eigenen Leib. Das intensive und langfristige Partizipieren an einschlägigen Tätigkeiten dient dazu, Vertrautheitswissen über das Feld zu erlangen und dieses, in weiten Teilen implizit fungierende Wissen, im Protokollieren ‚zur Sprache zu bringen‘. Während auf diese Weise ein Phänomen explorativ über den methodischen Aufbau eines möglichst breiten Erfahrungshorizonts von Forschenden erschlossen werden soll, dient das Verfahren der eidetischen Reduktion, in einer empirisch-soziologischen Nutzung, wiederum dazu, „Sinnschichten, d. h. Formalisierungen und Abstraktionen“ (Hitzler/Eisewicht 2017: 63) dieser Erfahrungen in der phänomenologischen Beschreibung abzutragen, um von den stets besonderen Erscheinungsweisen eines Erfahrungsgegenstandes im subjektiven Bewusstsein zu dessen wesentlichen Elementen und allgemeineren Strukturen zu vorzudringen. Das Ziel dieses ethnographischen Vorgehens besteht darin, über das existenzielle Engagement kleine Lebenswelten zumindest annäherungsweise so zu verstehen wie deren primäre Mitglieder und sie aus der Binnenperspektive eines aktiven Teilnehmers wissenschaftlich zu rekonstruieren. Dadurch kann und muss der lebensweltanalytische Ansatz die Subjektivität bei der Konstruktion wie der Rekonstruktion von Daten – von selektiven Aufmerksamkeitsfeldern, über das leibgebundene Erleben, hin zum erfahrenden Be-Schreiben – methodologisch integrieren und methodisch adäquater umsetzen als praxeologische oder interaktionistische Varianten der Ethnographie.

Die ethnographische Untersuchung der interdisziplinären Pränatalsprechstunde schließt hier grundsätzlich an. Die Beobachtungsprotokolle dieser Arbeit haben methodologisch den Status genuin nachträglicher Be-Schreibungen der subjektiven Forscherwahrnehmung in der klinischen Situation, die weder als datenförmiger Ausdruck vom wahrnehmenden Subjekt unabhängiger sozialer Praktiken, noch als reine

⁷⁶ Vgl. dazu etwa Hitzler/Eisewicht 2017: 31: „Der lebensweltanalytisch interessierte Ethnograph rekurriert folglich auf einen streng subjektiven Handlungsbegriff in dem Sinne, wie Alfred Schütz ihn in der konstruktiven Kritik an Max Webers Handlungstheorie sozialphilosophisch fundiert und formuliert hat: Handeln meint das Vollziehen einer sinnhaft vorentworfenen Erfahrung und Handlung meint die sinnhafte Einheit vollzogenen Handelns. Der Schützische Subjektbegriff ist also in dem Sinne ‚dick‘ als er das Subjekt als Lebewesen mit Bewusstsein versteht, dem (s)eine Lebenswelt gegeben ist und das eben intentional, d. h. sinnhaft handelt.“ Hier ergibt sich ein weiterer Bezugspunkt zu den Renn’schen Übersetzungsverhältnissen in der Frage, ob diese für das theoretische Verständnis von Sinnkonstitution im Kontext einer mikrosoziologischen Situationsanalyse nicht grundsätzlich angemessener erscheinen als Modelle, die sich zu einseitig auf die Seite eines starken Subjekts oder entsubjektivierter sozialer Praktiken schlagen. Rekurriert die lebensweltanalytische Ethnographie aus der sozialphänomenologischen Perspektive vor allem auf das intentionale Register der Sinnkonstitution, berufen sich praxeologische Varianten auf das materiale Pendant. Demgegenüber erscheint eine theoretische Konzeption, die den Sinn von mundanen Phänomenen auf der Mikroebene in irreduziblen Übersetzungsverhältnissen zwischen Intentionalität, Materialität und Semantik sucht, komplexer und u.U. auch angemessener.

Externalisierung einer autarken egologischen Perspektive begriffen werden können. Vielmehr entfaltet sich das thematische Feld des ethnographischen Erlebens in weitestgehend implizit bleibenden Übersetzungsverhältnissen zwischen den intentionalen, semantischen und materialen Horizonten des situativen Vollzugs, die vom tätigen Bewusstsein des Forschers zu einer – in diesem komplexeren Sinne – subjektiven Sichtweise der Situation synthetisiert werden. Im nächsten Schritt der Datenkonstruktion wird bereits nicht mehr dieses Erleben in seiner unmittelbaren Gegenwart, sondern die Erinnerungen an das Erlebte im Rahmen einer sinnlich-praktisch anders gelagerten Situation typisierend beschrieben und damit schriftsprachlich fixiert. Im Verlauf des Forschungsprozesses hat sich in diesem Zusammenhang das Vorgehen bewährt, unmittelbar nach der Pränatalsprechstunde, in der keine Notizen gemacht werden konnten, direkt an den universitären Arbeitsplatz zu fahren und zunächst in Stichpunkten alle Erinnerungen festzuhalten, die noch greifbar waren. Dieses meist 6-7 Seiten umfassende Stichpunktprotokoll wurde an den darauffolgenden Tagen zu einem Fließtext ausgearbeitet, wobei weitere Erinnerungsfragmente wieder ins Bewusstsein gelangten und protokolliert werden konnten.

Hitzler/Eisewicht 2017 beschreiben an einer Stelle sehr prägnant, worin sich das Verfahren der beobachtenden Teilnahme in der lebensweltanalytischen Ethnographie von der teilnehmenden Beobachtung in anderen Ansätzen unterscheidet und welche Konsequenzen sich daraus für die Datenerhebung und – Analyse ergeben. Daran lassen sich die Gemeinsamkeiten und Differenzen zum methodischen Vorgehen in der vorliegenden Untersuchung klar aufzeigen.

Teilnehmende Beobachtung als das ethnographische Basisverhalten schlechthin, wird in der *lebensweltanalytischen* Ethnographie nun symptomatischer Weise transformiert in eine verfahrenstechnisch reflektierte Form des Mit-Erlebens, die wir als ‚beobachtende Teilnahme‘ bezeichnen: Beobachtende *Teilnahme* unterscheidet sich von der teilnehmenden Beobachtung: 1. hinsichtlich der Intention: es geht um die Produktion von Beobachtungsdaten *und* von Erlebens- bzw. Erlebnisdaten, 2. hinsichtlich der Technik: Teilnahme hat – im unumgänglichen Entscheidungsfall – Vorrang gegenüber Beobachtung. 3. hinsichtlich der Datenqualität: gewollt ist die Erlangung einer existenziellen Innensicht durch subjektives Erleben, statt einer distanzierten Außensicht, und 4. Schließlich hinsichtlich der Auswertungsproblematik: die Interpretation subjektiver Erlebensdaten erfordert, – will man psychologisierende oder gar moralisierende ‚Betroffenheitslyrik‘ vermeiden – eine Analyse im Rekurs auf Techniken eidetischer Deskription und typologischer Reflexion. (Hitzler/Eisewicht 2017: 46, Herv. im Orig.)

Das methodische Vorgehen in dieser Forschungsarbeit teilt mit dem lebensweltanalytischen Ansatz, dass systematisch Beobachtungs- *und* Erlebensdaten erhoben werden. Im Rahmen der Pränatalsprechstunde stellt das subjektive Erleben des Forschers vor allem da ein relevantes und zusätzliches Datum zum Verständnis des Phänomens dar, wo Grenzen im situativen Vollzug berührt werden – z.B. Grenzen des Sag- und Fassbaren angesichts einer schwerwiegenden Diagnose, aber auch Grenzen zwischen Forscher, Feld und Beforschten –, die mit einer Beschreibung der beobachtbaren Interaktion nicht mehr hinreichend eingeholt werden können, sondern sich vor allem in responsiven Formen leiblichen Affiziert-seins und atmosphärischen Qualitäten Ausdruck verschaffen. In den Protokollen wird das eigene Erleben vor allem dann thematisch, wenn sich Unerwartetes in der Sprechstunde ereignet, wenn Schwel-

len, Nicht-Anschlussfähigkeiten und liminale Phasen im Vollzug entstehen, die sich nicht in den Horizont bereits vorgezeichneter Protentionen und Erwartungen des beobachtenden Forschers fügen und ihn stattdessen auf sein eigenes (Selbst)Verständnis (in) der Situation zurückwerfen.⁷⁷ Dieses Erleben nimmt seinen Ausgang indes nicht von der stabilen Position eines ‚starken‘ Subjekts, das sich, aktiv einbringend, den Binnenraum eines Feldes explorativ erschließt; ganz im Gegenteil, erscheint der Forscher hier selbst als Mitgetroffener von auferlegten Relevanzen und Appellen von Anderen in der Situation, die seine Handlungsmöglichkeiten überschreiten und den Anspruch an ihn stellen, adäquate Antworten darauf zu finden.⁷⁸ Angesichts dieser Grundzüge des Selbsterlebens in der klinischen Situation erscheint es angemessener, dieses nicht im Rekurs auf Schütz, sondern mit Waldenfels als *responsives* Erleben zu konzipieren. Wie in der lebensweltanalytischen Ethnographie, hat des Weiteren auch hier im Forschungsprozess die Teilnahme im Konfliktfall stets Vorrang vor der Beobachtung. So ist der Forscher aktiv an den Begrüßungen und Verabschiedung der Eltern in den Pränatalsprechstunden beteiligt und wird mitverstrickt in gemeinsames Lachen ebenso wie in die Anteilnahme an belastenden Momenten für Eltern und Mediziner. In Feldern, in denen verstärkt existenzielle Fragen thematisch werden, stellt sich die allgemeine forschungsethische Anforderung, über die theoretische Einstellung wissenschaftlichen Beobachtens hinaus, auch eine praktisch angemessene, taktvolle Haltung zum Geschehen zu finden noch einmal mit besonderem Nachdruck.

Eine grundlegende Differenz zwischen der methodischen Konzeption hier und dem lebensweltanalytischen Ansatz ergibt sich hingegen in der Frage nach der methodologischen Zentralstellung des existenziellen Engagements. Die praktischen Teilnahmemöglichkeiten in der klinischen Situation sind eng begrenzt. Als Forscher kann ich mich weder auf die Patientenliege legen und von Ärzt*innen sonographieren lassen, noch kann ich selbst den Schallkopf auf dem Bauch einer Patientin führen und Ultraschallbilder am Monitor medizinisch deuten; die gesamte leibkörperliche Erfahrungsdimension der Schwangerschaft für werdende Mütter ist mir als männlichem Forscher ohnehin nicht zugänglich. Bezogen auf den hier zu untersuchenden Forschungsgegenstand können schon die Erfahrungen der Professionellen nicht annäherungsweise am eigenen Leib nachvollzogen werden, noch weniger gilt dies für den Sinnhorizont der Situation aus der Perspektive betroffener Eltern. Als Ethnograph werde ich hier vielmehr zum Zeugen⁷⁹ eines Geschehens, dessen Binnenperspektive aus Sicht der primären Erfahrungssubjekte im Feld mir konstitutiv verschlossen bleibt.

⁷⁷ Hier ergeben sich Parallelen zur pragmatistischen Denkfigur, dass „eine Erwartung erst angesichts des Scheiterns der Handlung als Erwartung reflexiv bewusst wird“ Renn 2006: 271, FN 42.

⁷⁸ Zu einigen methodologischen Implikationen dieser Felderfahrungen im Hinblick auf ein responsives Verständnis von Ethnographie vgl. Feith 2018a.

⁷⁹ Zu der Frage, wie zeugenschaftstheoretische Überlegungen für die qualitative Forschung fruchtbar gemacht werden können vgl. Peter 2018 a und b. Betrachtet man Sozialforscher*innen als Bezeugende von Erfahrungen und Handlungen im Feld, rücken damit zwangsläufig grundlegende methodische Fragen in den Fokus, die u. a. ein zeitgemäßes Verständnis der Subjektivität von Forschenden und die Frage nach der wissenschaftlichen Übersetzbarkeit existenzieller Erfahrungen von Beforschten betreffen.

Unter diesen Voraussetzungen kann das eigene Erleben nicht derart zentral zum Ausgangspunkt des Erkenntnisprozesses gemacht werden. Dies führt in einer ersten Akzentverschiebung zu der Konsequenz, in der vorliegenden Untersuchung Beobachtungsdaten methodisch stärker zu gewichten, ohne den methodologischen Status dieser Daten als Beobachtungen eines beobachtenden *Subjekts* mit biographisch artikuliertem Wissensvorrat und spezifischen Relevanzsystemen aufzugeben. Mit Renn stellen die semantische und materiale Dimension von Beobachtungen selbst wiederum ein Übersetzungsverhältnis dar, das auf die Intentionalität einer leiblich situierten Beobachtungsposition als *tertium comparationis* verweist. Die zweite Akzentverschiebung besteht darin, das Forschererleben im situationstheoretischen Ansatz als responsives Erleben zu konzipieren, das dann vom Horizont in den thematischen Kern der ethnographischen Beschreibung tritt, wenn intentionale Entwürfe des Beobachtens und Teilnehmens am Pathos situativer Ansprüche scheitern und nicht nur Grenzen im Feld, sondern auch Grenzen des Typisierbaren im Erfahrungshorizont des Forschers überschritten werden. Als zusätzlicher Datentypus birgt es Erkenntnispotentiale zur sozialen Seite affektiver Dynamiken in der Situation und kann insbesondere auch aufschlussreich dafür sein, thesengenerierende Felderfahrungen in ihre Initien zurückzuverfolgen. Methodologisch lässt sich das responsive Forschererleben als zeitweiliges Umschlagen des thematischen Feldes vom Beobachten der klinischen Praxis zum Bewusstwerden eigenen Affiziert-Seins fassen. Dadurch kann es über die relevanztheoretische Heuristik in die hermeneutische Analyse der klinischen Situation integriert werden, weshalb hier nicht explizit auf das Verfahren der eidetischen Reduktion zurückgegriffen wird.

5.2.2.2. Die Erhebung von teil-narrativen Interviews mit Eltern betroffener Kinder

Die Relevanzstrukturen der pränatalen Diagnose im alltagsweltlichen Erfahrungshorizont werden durch teil-narrative Interviews⁸⁰ mit Eltern betroffener Kinder erhoben. Diese zweite Untersuchungsebene des Projekts setzt zu einem späteren Zeitpunkt im Forschungsprozess ein; zum einen aus dem pragmatischen Grund, erzeugtes Datenmaterial zeitnah transkribieren und analysieren zu können, zum anderen, um schon über eine relativ gesicherte Basis an Erfahrungen im Feld aus den ethnographischen Beobachtungen zu verfügen, bevor mit der Kontaktaufnahme zu Eltern der forschungsethisch voraussetzungsvollste Teil der Untersuchung angegangen wird. Der Zeitraum der Interviewerhebung erstreckte sich, mit Unterbrechungen und dazwischenliegenden Interpretationsphasen, von Januar 2017 bis Ende 2018. Ursprünglich war geplant, in allen Fällen pränatal und postnatal ein Gespräch zu führen, um den zeitlichen Verlauf des Erfahrungsprozesses soweit wie möglich im Material einzuholen. Es zeigte sich jedoch, dass dieses methodische Vorgehen angesichts der sehr belastenden Situation für betroffene Elternpaare und der dicht gedrängten Perinatalzeit so nicht umgesetzt werden konnte und erst nach der Rückkehr in

⁸⁰ Vgl. dazu Helfferich 2011, S. 179 f. Angesichts der unübersichtlichen Flut an Etikettierungen für verschiedene – und teils sogar identische – Interviewformen im Spannungsfeld zwischen erzählgenerierender Offenheit und themenbezogener Strukturierung, geht es in diesem Abschnitt vor allem darum zu dokumentieren, *wie* konkret, unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Intentionen, in der vorliegenden Untersuchung methodisch Interviewdaten generiert wurden. Verfahrenstechnisch entspricht dieses Vorgehen am ehesten der Form eines teil-narrativen Interviews, in dem erzählgenerierende Impulse und thematisch zentrierende Fragen flexibel in der Interviewsituation miteinander verknüpft werden, um die subjektiven Relevanzsetzungen zu einer bestimmten biographischen Situation erheben zu können.

den privaten Haushalt genügend Raum für ein sozialwissenschaftliches Gespräch vorhanden war. Hier war es forschungsethisch geboten, sich nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten von Eltern, über das Erlebte zu sprechen, und nach den Relevanzen des Feldes zu richten.

Aus diesem Umstand ergeben sich jedoch Konsequenzen für den epistemologischen Status des Datenmaterials. Einerseits ist die zeitliche Nähe zur Diagnose und ihrer unmittelbaren Vor- und Nachgeschichte hier nicht mehr gegeben. Vielmehr sind die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität, die im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehen, selbst schon kontextuiert und gefärbt von den nachfolgenden Erfahrungen der Geburt, der ersten Zeit als Familie, von Meilensteinen und Krisen in der Gesundheit des Kindes und der Rückkehr in den Raum des Privaten. Sie sind, von der Schwangerschaft aus betrachtet, verknüpft mit sinnlich-praktisch *durchlebten* „künftigen Gegenwarten“ (Luhmann 1990: 32), die pränatal allenfalls in ihrer Typizität als damals „gegenwärtige Zukünfte“ (ebd.) vorentworfen werden konnten. Hier liegt eine unüberwindbare Grenze dieser Arbeit und im Umkehrschluss eine relevante Anschlussstelle für die weitere Forschung. Andererseits erhöht sich mit der raumzeitlichen Distanz die Chance, elterliche Sinnkonstruktionen zu Geschehnissen während der Schwangerschaft im gemeinsamen Gespräch zu ‚heben‘, die ihrerseits Zeit brauchten, um zu mitteilbaren Erfahrungen zu werden. Von diesem Sediment alltagsweltlicher Sinn- und Ordnungsbildung setzen sich dann Grenzen des Thematisierbaren, außerordentlich gebliebene Ereignisse und die Wiederkehr von Erlittenem umso schärfer ab, wenn sie über die Zeit wirkmächtig bleiben und sich beispielweise im Stocken des Gesprächsflusses, im Schweigen oder im Weinen einen responsiven Ausdruck verschaffen.

Grundsätzlich bilden Interviewdaten, auch bei größerer Nähe zur pränatalen Situation, nicht unmittelbar Erfahrungen aus dem elterlichen Horizont ab, vielmehr sind sie methodologisch als interaktiv im Gespräch erzeugte, sprachliche *Darstellungen* von Erfahrungen (vgl. Hitzler/Eisewicht 2017: 43) zu verstehen.⁸¹ Die gegenwärtige Situation, in der Daten erhoben werden – die im Zuge des Transkribierens eine weitere Abstraktionsschleife durchlaufen, bevor sie zum Gegenstand der hermeneutischen Analyse werden – ist prinzipiell die Interviewsituation. In ihrem Rahmen sind vergangene Situationen des Erlebens, als die Ursprungskontexte der im Gespräch zu (re)konstruierenden Erfahrungen, in ihrer damaligen sinnlich-praktischen Totalität nicht identisch wiederholbar; vielmehr beziehen sich Eltern und Forscher intentional aus der Interviewsituation heraus auf Aspekte dieser vergangenen Situationen, die dann ihrerseits in der Erzählung nicht einfach *re*-konstruiert, sondern im Prozess des Erzählens zugleich *konstruiert*, in den Horizonten der aktuellen Situation verortet und sinnhaft bestimmt werden. Um die Darstellungsdimension von Interviewdaten in der Analyse berücksichtigen zu können, werden gesprächsbegleitend Beobachtungsprotokolle verfasst und die Interaktionsdynamik während des Interviews an einschlägigen Stellen mitinterpretiert.

⁸¹ Kritisch zur häufig stillschweigend vorausgesetzten Homologie zwischen erzählter und erlebter Lebensgeschichte im Kontext des narrativen Interviews vgl. Kruse 2015: 153. Zum grundsätzlichen „Unbehagen an einer Überschätzung des sprachlichen Zeichen- und Symbolsystems“ (Soeffner 2004: 144). Unter methodologischen Gesichtspunkten vgl. wiederum ebd.: 135 ff.

Eine weitere Folge der Differenz zwischen gegenwärtigem Erleben und vergangenheitsbezogenen Erfahrungen besteht darin, dass dann konsequenter Weise auch überwältigende Momente während des Interviews nicht als unmittelbares Wieder-Erleben oder Nach-Erleben vergangener Ereignisse theoretisch zu begreifen sind, sondern als Momente des Erleidens, in denen die Schwelle zwischen Vergangenheit und Gegenwart von einer Wiederkehr des Erlittenen durchbrochen wird. Hier gerät das ‚starke‘ Subjekt der Sozialphänomenologie, dass sich aktiv erlebend aus seinem gegenwärtigen Wahrnehmungs- Handlungs- und Deutungshorizont heraus auf die Welt bezieht, in die passive Position eines leiblich ausgesetzten Respondenten, dem etwas widerfährt. Dieses überbordende Etwas ist in seinen ursprünglichen materialen, semantischen und intentionalen Horizonten – z.B. eine niederschmetternde Diagnose während der Schwangerschaft – nicht mehr einholbar und kann auch nicht mehr wirkend beeinflusst werden. Insofern ist es unwiderruflich vergangen. Seine pathische Wirkungsmacht kommt dann jedoch gerade darin zum Ausdruck, dass es trotz dieses sinnlich-praktischen Vergangen-Seins das Selbst in einer vorangeschrittenen Gegenwart nach wie vor affiziert.

Die Kontaktaufnahme zu potentiellen Interviewpartner*innen wurde, auf Grundlage des von der klinischen Ethik-Kommission geprüften und bewilligten Forschungsantrags, in enger Absprache mit den behandelnden Mediziner*innen durchgeführt. Erwies sich ein Fall als relevant für das Erkenntnisinteresse und sprachen keine medizinischen Bedenken gegen eine Studienteilnahme, wurden Eltern zunächst von behandelnden Neonatolog*innen gefragt, ob die grundsätzliche Bereitschaft dafür vorhanden sei, mit dem Sozialforscher in Kontakt zu treten und sich genauer über das Forschungsvorhaben zu informieren. Von soziologischer Seite wurden als Kriterien für die Aufnahme ins Sample der Untersuchung festgelegt, dass Eltern während der Schwangerschaft die interdisziplinäre Pränatalsprechstunde durchlaufen haben und bei ihrem Kind Fehlbildungen festgestellt wurden. Ausdrücklich nicht zur Bedingung gemacht wurde hingegen das Vorliegen einer abschließenden Differenzialdiagnose, da gerade ein feldspezifisches Problem darin besteht, mit unsicheren und vorgeburtlich nicht abschließend klärbaren Befunden umzugehen, die sich wiederum in den Kontingenzspielräumen der Vorstellungen vom heranwachsenden Kind niederschlagen können. Ebenfalls nicht notwendig vorausgesetzt wurde, dass nur Fälle in die Untersuchung aufgenommen werden, bei denen auch die Pränatalsprechstunde zuvor ethnographisch erhoben werden konnte. Während dies bei einem fallrekonstruktiven Forschungsansatz zwingend gewesen wäre, entscheidet sich die Aussagekraft der hier zu entwickelnden Situationstheorie nicht zuletzt an dem Prüfstein, ob sich in der relativ eigenständigen Untersuchung zweier Ausdrucksformen menschlicher Situationalität – der klinischen Situation als operative Handlungseinheit und erfahrene Situationen als thematische Bedeutungseinheit – und der anschließenden theoretischen Integration der Ergebnisse, typische Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität im Resonanzfeld professioneller und alltagsweltlicher Perspektiven herausarbeiten lassen; dass also sowohl in der Pränatalsprechstunde als auch in den Interviews sich aus zwei verschiedenen Perspektiven grundlegende Bezugsprobleme und Sinnfiguren sozialer Ordnungsbildung rekonstruieren lassen, anhand derer sich das empirische Phänomen logisch schlüssig hinsichtlich seiner typischen Ausdrucksformen, deren Bedeutungsdimensionen

und der Bedingungen seines Zu-Stande-Kommens erklären lässt. Gleichwohl ergab sich in einem Fall die Möglichkeit, beide Erhebungen durchzuführen, sodass in der Analyse zusätzlich geprüft werden konnte, wie sich ein stärker fallbezogener Datenkorpus in der wissenschaftlichen Rekonstruktion niederschlägt.

Auf diese Weise konnten insgesamt vier Fälle erhoben werden, die die Materialbasis für die zweite Untersuchungsebene bilden. Während in einem Fall zwei Interviews möglich waren – das erste ca. drei Monate nach der Geburt, das zweite weitere sechs Monate später –, wurde in den drei anderen Fällen jeweils ein Interview ca. ein Jahr nach der Geburt geführt. Neben den grundlegenden Kriterien für die Aufnahme in die Untersuchung, beinhaltet die Fallauswahl hinsichtlich des theoretical Sampling (Strauss 1994: 72 f.) weitergehende Kontrastierungskriterien in verschiedenen Dimensionen. Um die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität aus der Elternperspektive möglichst weitgehend erschließen zu können, war es zunächst entscheidend, dass die erhobenen Fälle ein maximal breites Spektrum bezogen auf den medizinischen Schweregrad der Diagnose abbilden. So liegt in einem Fall eine Differenzialdiagnose über einen isolierten Bauchwanddefekt vor, bei dem das Kind in über 95 % der Fälle, nach der postnatalen Behandlung, keine bleibenden gesundheitlichen Schäden davontragen wird und zudem die Assoziation mit weiteren Anomalien gering ist (Reitter/Schlößer 2008: 93 f.). In einem anderen Fall wurden pränatal hingegen mehrere schwere Fehlbildungen festgestellt, die sich keinem syndromalen Krankheitsbild eindeutig zuordnen ließen, jedoch zu einer infausten Prognose für das Kind führten. In den beiden weiteren Fällen lag vor der Geburt eine Differenzialdiagnose über einen anderen Typ von Bauchwanddefekten vor. Auch diese Fehlbildung ist mit guten Behandlungschancen verknüpft, wobei hier die Assoziationswahrscheinlichkeit mit weiteren Fehlbildungen und chromosomalen Anomalien höher ist (ebd.).

Ergibt sich aus den verschiedenen Diagnosen bereits ein relativ weiter Horizont mit unterschiedlichen Therapieentwürfen, prognostischen Erwartungen und Sphären von Ungewissheit wie Nicht-Wissen, weisen die Fälle bezogen auf die familialen Konstellationen und existierende Vorerfahrungen weitere Kontraste auf. In zwei Fällen handelte es sich um die erste Schwangerschaft, während in den beiden anderen die zweite Schwangerschaft vorlag und bereits ein Geschwisterkind vorhanden war. Während wiederum in zwei Fällen das Interview alleine mit der Mutter geführt wurde, waren in den anderen Fällen beide Eltern anwesend, sodass in der Analyse das Problem der *Stellvertretung* für andere, nicht anwesende Familienmitglieder, gegenüber dem Interviewer und die paarinterne *Aushandlung* von Familie vor dem Interviewer kontrastiert werden können.⁸² Schließlich verfügen in zwei Fällen die Inter-

⁸² Zu den Vor- und Nachteilen von Einzel- bzw. Paarinterviews im Kontext der Familienforschung Kruse 2015: 179 f. und Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008: 109 f. Während Einzelinterviews mit beiden Partnern in der vergleichenden Analyse die Chance erhöhen, „Dissensfelder“ (Kruse 2015: 161) in der paarinternen Wirklichkeitskonstruktion zu einem bestimmten Thema herausarbeiten zu können, liegt der entscheidende methodische Vorteil von paarbiographischen und familienbiographischen Interviews darin, „dass die Paare und Familien nicht nur über ihre Wirklichkeit sprechen, sondern in der gemeinsamen Kommunikation diese Wirklichkeit auch vor Augen führen“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008: 111). Zur methodischen Rele-

viewpartnerinnen über berufliche Erfahrungen in der klinischen Pflege sowie in der sozialpädagogischen Betreuung von Kindern mit Behinderung, die im Verlauf des Gesprächs explizit zur Deutung der eigenen Situation herangezogen werden.

Das methodische Vorgehen in der Gesprächssituation lehnt sich verfahrenstechnisch an die Form des teil-narrativen Interviews an (Helfferich: 179 f.). Ausschlagend dafür war, auf der einen Seite die Interviewsituation thematisch soweit wie möglich zu öffnen und den Interviewpartner*innen die Strukturierung des Gesprächsverlaufs zu überlassen, damit Eltern ihre Relevanzstrukturen der Schwangerschaftserfahrung entfalten können und die subjektiv intendierten Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität tatsächlich auch ins Material gelangen. Dazu gehörte auch, angesichts der zum Interviewzeitpunkt aktuellen Situation, in der sich die Eltern befanden, die thematische Ausrichtung des Gesprächs nicht auf die Schwangerschaft zu verengen, sondern den damals zentralen Herausforderungen, etwa der Gestaltung des Familienalltags zu Hause, größtmöglichen Raum zu geben. Andererseits richtet sich das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Untersuchung auf die Zeit vor der Geburt, sodass als Gegenpol zur maximalen Offenheit zugleich Strukturierungsmöglichkeiten seitens des Interviewers vorhanden sein mussten, um an geeigneten Stellen das Gespräch in Richtung Schwangerschaft zu lenken.

Im Vorfeld der Interviews wurden deshalb, orientiert am bereits vorhandenen Kontextwissen über den Fallverlauf, Leitfäden mit thematischen Blöcken aus offenen Fragen erstellt, die in der Interviewsituation selbst der Gesprächsdynamik angepasst wurden und primär die Funktion erfüllen sollten, gerade bei den ersten Interviews ein Repertoire an Formulierungen für mögliche Nachfragen parat zu haben. Die Entscheidung über Zeitpunkt und Ort des Interviews wurden bei der Kontaktaufnahme explizit den potentiellen Interviewten überlassen, um sich hier nach den Bedürfnissen der Eltern zu richten. Zugleich stellt die getroffene Entscheidung – die, wie in einem Fall, auch darin bestehen kann, diese Verantwortung dem Interviewer zurückzuspielen – selbst ein aufschlussreiches Datum dar, das interpretiert werden kann. Vor dem Beginn jedes Interviews erläuterte der Sozialforscher erneut mündlich die Thematik des Forschungsvorhabens, den Ablauf der Studie sowie den Umgang mit den erhobenen Daten und fragte noch einmal explizit, ob die Gesprächspartner*innen mit einer Audioaufnahme des Interviews einverstanden seien. Des Weiteren war hier Raum für offen gebliebene Fragen und Anliegen seitens der Eltern vorgesehen.

Den Gesprächseinstieg im ersten Interview mit jedem Fall bildete ein inhaltlich vergleichbarer Erzählimpuls, in dem um eine Beschreibung der individuellen Erfahrungen während der Schwangerschaft gebeten wurde. Ziel dabei war es zum einen, gewissermaßen unter dramaturgischen Gesichtspunkten,

vanz der interaktiven Aushandlung von Familie im Rahmen von familiengeschichtlichen Gesprächen vgl. wiederum (Hildenbrand 2005). In der vorliegenden Arbeit steht als primäre Kontrastierungslinie die Differenz zwischen medizinischen und alltagsweltlichen Sinnzusammenhängen im Zentrum des Erkenntnisinteresses, wodurch verschiedene paarinterne Umgangsweisen mit der Diagnose heuristisch als sekundäre Differenzierungen der alltagsweltlichen Perspektive angesetzt werden. Soweit das Material hier empirisch gedeckte Aufschlüsse liefert, werden sie in die Theoriebildung einbezogen. Für eine dezidiert paarorientierte Untersuchung des Phänomens hätten jedoch sowohl das Erkenntnisinteresse als auch dessen methodische Operationalisierung anders ausgerichtet werden müssen.

nach der dominanten Rolle des Forschers im unmittelbaren Vorlauf des Interviews, Eltern einen möglichst breiten Erzählraum zu übergeben, in dem Sie, und nicht der Interviewer, die einzig kompetenten Regisseure sind, und der ihnen die Möglichkeit gibt, nach eigenen Relevanzkriterien ihre Erfahrungen darzustellen. Zum anderen sollte dadurch schon mit Blick auf die Analyse ein Vergleich zwischen den Eingangserzählungen gewährleistet werden, um aus diesen initialen Strukturierungsleistungen bereits erste Anhaltspunkte für fallspezifische Besonderheiten einerseits und fallübergreifend typische Sinnzusammenhänge der Situation andererseits herausarbeiten zu können.

In der nächsten Phase des Interviews wurden weitestgehend immanente Nachfragen gestellt, die sich auf das unmittelbar zuvor Geschilderte bezogen, mit dem Ziel, bei einzelnen Themen tiefer ins Detail gehen zu können⁸³ und im zweiten Anlauf erneut Darstellungsbereiche zu Aspekten zu öffnen, die im ersten Anlauf nur angedeutet, aber nicht ausführlich beschrieben wurden. Hier waren die thematischen Blöcke und Frageformulierungen aus dem Leitfaden ein hilfreiches Steuerungsinstrument, um den Gesprächsfokus länger auf einer Phase – die Blöcke gliederten sich in Schwangerschaft, Geburt und Zeit in der Klinik sowie die Rückkehr in den häuslichen Alltag – halten und manchmal nach einer relativ knappen Antwort mit einer zweiten Nachfrage doch noch ein Themenfeld erschließen zu können. Zugleich erwiesen sich die vorab entworfenen Fragen genau an dem Punkt deutlich als kontraproduktiv, wo sie sich zu weit von den elterlichen Relevanzen entfernten. Diese zweite Phase stellt den Hauptteil des Interviews dar und nahm in allen Fällen die meiste Zeit in Anspruch. Während von Interviewerseite hier überwiegend mit immanenten Nachfragen zur weitergehenden Beschreibung einzelner Episoden gearbeitet wurde, sollten exmanente Fragen soweit wie möglich vermieden werden. Neben ihrer hemmenden Wirkung auf den Gesprächsfluss diente der weitgehende Verzicht auch dazu, das thematische Feld der Erzählung nicht durch einseitig soziologische Sinnsetzungen zu stark in die Bahnen eines wissenschaftlichen Relevanzsystems zu steuern, sondern sich entlang der Sinnzusammenhänge elterlicher Deutungen an die Bestimmtheitsgrade von Situationsbeschreibungen heranzutasten.

Indessen zeigte sich in den Interviews, dass sich auch der Forscher im Horizont von existenziellen Themen nicht auf die sterile Rolle eines neutralen Fragestellers zurückziehen kann, sondern hier wesentlich stärker als ganze Person im Medium der eigenen Leiblichkeit involviert und gefordert ist, sich responsiv zu verhalten. „Auch Forschende antworten in der Unmittelbarkeit der Situation immer schon, nicht nur im Sprechen, sondern ebenso mit Blicken, in Mimik, Gestik und Körpersprache, auf die impliziten Ansprüche des Anderen, die desto relevanter werden, je mehr im Rahmen existenzieller Themen nicht nur über etwas Drittes gesprochen wird, sondern Personen, in der Art und Weise, wie sie sich zu

⁸³ Die methodischen Funktionen immanenter Nachfragen bestehen in der Detaillierung angesprochener Themen, dem Füllen von Leerstellen, der Vervollständigung von Erzählabbrüchen, der genaueren Ausführung von Bezügen und Verweisen sowie der Aufklärung von Unverständlichem (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008, S. 71). Diese Funktionen immanenter Nachfragen müssen jedoch im Lichte des Forschungsgegenstandes betrachtet werden, um simplifizierende und überzogene Vorstellungen von der Leistungsfähigkeit qualitativer Interviewtechniken zu vermeiden. In der vorliegenden Untersuchung geht es gerade *nicht* um die ‚Auflösung‘ von Ambivalenzen und offenen Widersprüchen oder die ‚Vervollständigung‘ von Erfahrungsabbrüchen, sondern darum, sich an die Grenzen der sinnhaften Verarbeitung im gemeinsamen Gespräch heranzutasten, und sie sichtbar zu machen, ohne sie als bloß vorläufiges Hindernis überwinden zu können.

diesen Themen in Beziehung setzen, sich selbst darin mitteilen“ (Feith/Peter et al. 2018: 261).⁸⁴ Der Umstand, dass eine Forschung an den Schwellen zwischen Widerfahrnis und Erfahrung auch an Grenzen vorab festgelegter Rollendefinitionen führt, zeigte sich in den Interviews u. a. daran, dass Nachfragen zu heiklen Themen umfangreicher ausfielen und eher Anbahnungen einer Bitte nach Beschreibungsversuchen darstellten oder an einer deutlich gesteigerten Responsivität des Forschers während einschlägiger Erzählpassagen der Interviewten. Umgekehrt war hier ebenso eine hohe Sensibilität gefordert, in den (Selbst-)Mitteilungen der Eltern rechtzeitig den Punkt zu erkennen, an dem sich ein weiteres Nachhaken aus forschungsethischen Gründen verbot. Hierfür lassen sich, bis auf eine grundsätzlich offene kommunikative Haltung, kaum methodische Standardregeln vorab definieren. Vielmehr zeigt sich in diesen Aspekten noch einmal sehr prägnant gegenüber dem Anspruch einer *methodisch kontrollierten* Datenerhebung, deren Charakter als situationsgebundene und subjektbezogene Daten-*konstruktion*, die in impliziten Formen und Fertigkeiten wechselseitiger Verständigung gründet und von deren Gelingen abhängig ist. Wurde oben der Darstellungsaspekt im Interview hervorgehoben, müssen insbesondere in diesem Zusammenhang die Daten in der Analyse auch aus dem Blickwinkel eines gemeinsamen Erzeugnisses der Interaktion betrachtet werden, um die Darstellungsanteile des Interviewers bei der Arbeit an den Grenzen des Thematisierbaren erkenntnisbezogen und forschungsethisch reflektieren zu können.

Zum Ende jedes Interviews wurde das Wort explizit an die Interviewten übergeben, mit dem Verweis, dass jetzt noch einmal Raum dafür sei, Dinge, die nicht angesprochen wurden oder zu kurz kamen, zu thematisieren. Mit der Antwort auf diese Frage wurde das Interview beendet und das Aufnahmegerät ausgeschaltet. Anschließend bedankte sich der Forscher bei den Interviewpartner*innen für die Zeit und Offenheit, ihre Erfahrungen mitzuteilen und bat um eine Rückmeldung, wie sie die Interviewsituation erlebt haben. Daraus ergab sich in allen Fällen noch ein kurzes informelles Gespräch über und ein wichtiges Feedback zum vorangegangenen Interview.

Alle Interviews wurden entlang der in der Transkriptionslegende⁸⁵ aufgeführten Regeln verschriftlicht. Über das reine gesprochene Wort hinaus wurden dabei auch einzelne prosodische Aspekte des Sprechens integriert. Nur wenn die Pragmatik, als zweite Ausdrucksebene neben der Semantik von verbalen (Selbst-)Darstellungen, mit ins Datenmaterial gelangt, kann das leibliche Antwortgeschehen zwischen den Subjekten zum Gegenstand der Interpretation gemacht werden. Zusätzlich wurden hier, erkennbar unterschieden vom Wortlaut des Gesprächs, situative Deutungen des Forschers in die Transkriptionen aufgenommen, soweit sie im Prozess der Verschriftlichung noch als relevante Kontextinformationen erinnert wurden. Die interviewbegleitenden Beobachtungen wurden unmittelbar nach den Interviewterminen zunächst in Stichpunkten festgehalten und zeitnah in einem Fließtext ausgearbeitet. Während auf der ersten Untersuchungsebene das responsive Erleben des Forschers als zusätzlicher Datentypus in die

⁸⁴ Zu methodologischen und methodischen Herausforderungen einer qualitativen Forschung zu Grenzsituationen vgl. ausführlich Feith/Peter et al. 2018.

⁸⁵ Siehe Anhang.

Analyse der Pränatalsprechstunde einbezogen wird, stellen die Beobachtungsprotokolle einen zusätzlichen Datentypus für die Analyse der Interviews auf der zweiten Untersuchungsebene dar.⁸⁶

5.2.3. Die Methodik der hermeneutischen Analyse des Datenmaterials

Das erhobene Datenmaterial aus der interdisziplinären Pränatalsprechstunde und den Elterninterviews wird hermeneutisch analysiert, mit dem Erkenntnisziel, die typischen Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität des Phänomens im Spannungsfeld zwischen professionellen und alltagsweltlichen Bezugnahmen auf den Dritten zu rekonstruieren und in einer empirisch fundierten, konzeptuell dichten Situationstheorie abzubilden. Das grundsätzliche Verfahren für die hermeneutische Auslegung von Texten bildet die Sequenzanalyse; die grundlegende methodische Operation sequenziellen Interpretierens besteht im Vergleich.⁸⁷ Auf beiden Untersuchungsebenen besteht die zentrale Aufgabe der Datenanalyse entsprechend darin, die medizinischen und elterlichen Handlungs- und Deutungsmuster der sinnhaften Bestimmung des Kindes im Angesicht seiner Diagnose durch die extensive Auslegung der sinnvoll möglichen Bedeutungen von Handlungs- und Deutungszügen an relevanten Sequenzstellen des Datenmaterials zu erschließen. Nur im Zuge der hermeneutischen Rekonstruktion sinnvoll möglicher Bestimmungen eines thematischen Gegenstandes als Bedeutungshorizont (Soeffner 2004: 130) und Hintergrundfolie (Oevermann 2008: 21)⁸⁸ kann sich dessen faktische Konstruktion *als etwas Bestimmtes* abheben und in ihrem „So-und-nicht-anders-Gewordensei[n]“ (Weber 1988: 171) erklärt werden. Während damit die methodische Grundfigur einer zirkulären Explikation des Ausgangspunktes (Kellner/Heuberger 1999: 78) auf beiden Untersuchungsebenen identisch ist, ergeben sich in der Praxis des Interpretierens von Beobachtungsprotokollen und Interviewtranskripten einige material- und erkenntnisbezogene Unterschiede. An dieser Stelle wird die situationstheoretische Heuristik aus den vorangegangenen Kapiteln wieder aufgenommen, um mit ihrer Hilfe den jeweils spezifischen hermeneutischen Zugriff auf beide Datentypen zu operationalisieren. Geht es mit Blick auf die Beobachtungsprotokolle der klinischen Situation darum, aus dem subjektiv-gemeinten Sinn der Beschreibungen des Ethnographen den typischen Sinn einer intersubjektiven Handlungspraxis zu rekonstruieren, stellt sich bezogen auf die Interviewtranskripte die umgekehrte Aufgabe, den subjektiv gemeinten Sinn von Elternerfahrungen aus dem intersubjektiven Sinn sprachlicher Äußerungen herauszuarbeiten.

⁸⁶ Im Kontext von Übersetzungsverhältnissen rekurren die verschiedenen Datentypen auf jeweils unterschiedliche Register der Sinn- und Ordnungsbildung. Die Beobachtung der klinischen Praxis ruht in weiten Teilen auf der Beziehung zwischen Materialität und Semantik – zwischen Wahrnehmungsgegenstand und Typus in der ethnographischen Beschreibung. Das intentionale Register, das während der Beobachtung latent fungierend im Horizont bleibt, kommt mit dem responsiven des Forschers ins Spiel. Demgegenüber bewegen sich die Interviewtranskripte im Spannungsfeld zwischen Semantik und Intentionalität – zwischen Signifikant und Signifikat. Die dabei zwangsläufig vernachlässigte Materialität der Interviewsituation kann wiederum ein Stück weit mit den begleitenden Beobachtungsprotokollen eingeholt werden.

⁸⁷ Diese bündige Formel, die sehr treffend den methodischen Kern hermeneutischer Textauslegung zum Ausdruck bringt, entstammt einer Äußerung von Hans-Georg Soeffner während des Abschlussgesprächs des ersten *Kongresses der Sektion Wissenssoziologie* 2015 in Landau.

⁸⁸ An jeder Sequenzstelle müssen wir also sequenzanalytisch zwei Ebenen der Analyse scharf unterscheiden: Zum einen die Ebene der eröffneten Möglichkeiten, die Teil der Empirie sind, und zum anderen die vollzogenen Wirklichkeiten. Erst auf der Folie der ersteren erhalten diese letzteren ihre über eine bloße beschreibende Paraphrasierung hinausgehende erschlossene Bedeutung (Oevermann 2008: 21)

5.2.3.1. Die hermeneutische Analyse der Beobachtungsprotokolle

Die Interpretation der Beobachtungsprotokolle wird mit dem konzeptuellen Instrumentarium der Interaktionsordnung (Kpt. 3.) und des thematischen Feldes (Kpt. 4.1.) durchgeführt. Daraus ergeben sich vier grundlegende Ordnungsdimensionen, anhand derer die typische Vollzugsform der klinischen Situation in ihrer sequenziellen Abfolge untersucht werden kann: **1.** die Interaktionspraxis; **2.** Das thematische Feld; sowie – aus diesen beiden Konzepten abgeleitet – **3.** die interaktive Herstellung des räumlichen Arrangements und **4.** die Zeithorizonte thematischer Verweisungszusammenhänge. Konkret werden zwei Fragen an jede Sequenzstelle des Beobachtungsprotokolls gerichtet. *Erstens:* Was passiert hier innerhalb der vier Ordnungsdimensionen und *zweitens:* welche Anschlussoptionen ergeben sich auf Grundlage der aus der ersten Frage rekonstruierten Ordnung an dieser Sequenzstelle, bezogen auf jede einzelne Dimension sowie auf die interdimensionale Gesamtkonstellation.

Um die typischen Handlungs- und Deutungsspielräume in den einzelnen Phasen und Übergängen in der klinischen Situation extensiv auseinanderlegen zu können, wird die Ordnung des situativen Vollzugs an einer Sequenzstelle mit der Ordnung in anderen Protokollen an der gleichen Sequenzstelle verglichen. Dabei werden minimale und maximale Kontrastierungen vorgenommen, um einerseits z.B. den typischen Verlauf des Übergangs von der Begrüßung in die Diagnostik in Richtung seines inneren Horizonts soweit wie möglich auszudifferenzieren und andererseits anhand von krisenhaften und gescheiterten Übergängen die Außengrenzen des Typischen und Integrierbaren für diese Phase des klinischen Geschehens zu bestimmen. Auf dem Weg dieser vergleichenden Analyse von Vollzugsvarianten aus mehreren Sprechstunden als Möglichkeitshorizonte der intersubjektiven Praxis, soll die typische Vollzugsform der klinischen Situation entlang ihrer Gestalt und Dynamik in den vier Ordnungsdimensionen herausgearbeitet werden. Im Gegensatz zu Interviewmaterial erscheint es hier plausibel, den Bedeutungshorizont an einer Sequenzstelle nicht primär über die verschiedenen Lesarten des semantischen Gehalts der ethnographischen Beschreibung zu rekonstruieren, da es sich hier nicht um Sinnsetzungen der Feldakteure selbst, sondern um eine Übersetzung der feldinternen Praxis durch den Ethnographen handelt. Die gedankenexperimentelle Konstruktion von Kontexten, mit dem Ziel, die pragmatischen Erfüllungsbedingungen der Äußerung an einer Sequenzstelle zu Tage zu fördern, wird systematisch an den Stellen im Material durchgeführt, an denen Aussagen im Wortlaut protokolliert werden konnten.

Mit diesem sequenzanalytischen Vorgehen sollen zum einen Aufschlüsse darüber gewonnen werden, wie verschiedene Phasen der Situation von einem spezifischen Zusammenwirken der vier Ordnungsdimensionen getragen werden. Zum anderen kann die Dynamik von Sinn- und Ordnungsbildung im Verlauf der Sprechstunde am Hervor- bzw. Zurücktreten einzelner Dimensionen nachvollzogen werden. So treten z.B. in Übergangsphasen die Interaktionsordnung und das räumliche Arrangement in der ethnographischen Beschreibung als dominante Vollzugsebenen in den Vordergrund, wohingegen sie während des Gesprächs zwischen Professionellen und Eltern über weite Strecken in den äußeren Horizont absin-

ken und dafür das thematische Feld einer Diagnosestellung und die Zeithorizonte zukünftiger Behandlungen des Kindes in den Beobachtungsfokus rücken. Die interaktive Herstellung von Vorstellungen des Kindes – im Ultraschall wie im Gespräch – kann auf diese Weise theoretisiert werden. Schließlich bieten die vier Dimensionen einen vielversprechenden Zugang zu Grenzüberschreitungen, Krisen und Umbrüchen in der Situation, die sowohl als seismographische Ausschläge in jeder einzelnen Dimension verfolgt als auch auf die Interferenz zwischen den Dimensionen hin betrachtet werden können, die von ihnen ausgehen können.

5.2.3.2. Die Analyse der Interviewtranskripte

Die Rekonstruktion subjektiver Sinnzusammenhänge der Diagnose im Horizont elterlicher Schwangerschaftserfahrungen gründet sich dagegen auf die Situationskonzeption der sozialphänomenologischen Perspektive (Kpt. 4.). „Dabei ist zu beachten, daß weder in der alltäglichen unmittelbaren Interpretation von Interaktion noch in der auf ihr aufbauenden und sie rekonstruierenden wissenschaftlichen Interpretation erschlossen wird, was ‚eigentlich und in Wahrheit im Kopf eines Individuums vor sich geht‘, was das Individuum ‚wirklich‘ dachte etc. [...] Interpretierend rekonstruiert wird also nicht eine Individualität ‚an sich‘, sondern eine bereits in ihren Handlungen typisierte Individualität“ (Soeffner 2004: 214-215). Hier liegt die Grenze jeder sozialwissenschaftlich-hermeneutischen Rekonstruktion des subjektiv gemeinten Sinnes von Anderen. Auf dieser erkenntnistheoretischen Grundlage erfolgt der Zugang zu den sinngenerativen Schnittstellen zwischen Situation und Erfahrung anhand der drei Analyseebenen: **1.** Vertrauheitsstufen – Thematische Relevanz (Kpt. 4.2.1.); **2.** Bestimmtheitsgrade – Auslegungsrelevanz (4.2.2.); und **3.** Glaubwürdigkeitsgrade – Motivationsrelevanz (4.2.3.), die wiederum in drei Interpretationsschritte an jeder analysierten Sequenzstelle des Materials operationalisiert werden.

Zuerst wird an eine gegebene Sequenzstelle die Frage gerichtet, was hier von der interviewten Person thematisch hervorgehoben wird und sich von einem Boden des Nicht-Thematisierten abhebt.⁸⁹ Dieser erste Interpretationsschritt zielt auf die Rekonstruktion der thematisch relevanten Elemente als mögliche Knotenpunkte von Sinnzusammenhängen, wie sie etwa in Form von bestimmten Personen und Handlungen, Dingen oder raumzeitlichen Bezügen auftreten, und deren Bedeutung sich im Verlauf der Interpretation weiterer Sequenzstellen erweisen muss. Auf dieser ersten Stufe der hermeneutischen Analyse geht es zunächst um die grundlegende Differenzierung zwischen Thema und Horizont und die polythetische Ausbreitung thematisch relevanter Elemente.

⁸⁹ Dieser erste Auslegungsschritt orientiert sich weitestgehend an der ersten Analyseebene im Interpretationsverfahren Soeffners (Soeffner 2004: 218 f.; sowie Kurt/Herbrik 2015), allerdings mit dem Unterschied, dass hier aus situationstheoretischer Perspektive die thematischen Relevanzen – noch in ihrer polythetischen Offenheit – im Mittelpunkt des Interesses stehen und noch nicht die Motivationsrelevanzen.

Darauf aufbauend müssen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, in welchen sinnkonstruktiven Zusammenhängen die zuvor rekonstruierten Elemente zueinanderstehen. Der zweite Interpretationsschritt richtet sich dementsprechend auf die Auslegungsrelevanzen an der gleichen Sequenzstelle, auf die bestimmte – und bestimmende – Art und Weise, wie ein thematischer Gegenstand typisiert wird: wie sich die thematischen Elemente zu einer Sinnfigur anordnen, die sich von einem Grund abhebt. Hierfür werden gedankenexperimentell Kontexte zu der Frage entworfen, unter welchen Voraussetzungen die Aussage in der Sequenz nach den Kriterien intersubjektiver Nachvollziehbarkeit als sinnvoll zu betrachten ist.⁹⁰ Der auf diesem Wege rekonstruierbare innere Kontext einer Sinneinheit im Material, in Form ihrer pragmatischen Erfüllungsbedingungen – oder phänomenologisch gesprochen, deren innerer Horizont, bestehend aus den wesentlichen Elementen und ihren Beziehungen untereinander –, verweisen auf das Deutungsschema an der Sequenzstelle, sodass sich durch die Aufschichtung des inneren Kontextes über mehrere Sequenzstellen hinweg Typisierungsformen und Bestimmtheitsgrade von sedimentierten Erfahrungen herausarbeiten lassen. Kehrseitig zeichnen sich durch dieses Vorgehen, etwa in Form polythetischer Elemente ohne erschließbaren Zusammenhang oder in monothetischen Typenhüllen ohne Gehalt sowie in plötzlich aufblitzenden und wieder verschwindenden Themenfragmenten, Inkonsistenzen, Brüche und Leerstellen in der alltagsweltlichen Erfahrungsbildung ab.

Im dritten Schritt werden dann die sinnvoll möglichen Anschlussoptionen für den nächsten Darstellungszug auf Grundlage der zuvor interpretierten Sequenzstelle entworfen. Daraus sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie ein thematischer Faden subjektiv, im Lichte mehrerer intersubjektiv sinnvoll erscheinender Möglichkeiten, weitergesponnen, und damit ein Thema in eine bestimmte Richtung in bestimmten Detaillierungsgraden ausgelegt wird. So wird z.B. erst vor dem Hintergrund der Analyseergebnisse aus den Schritten zwei und drei in voller Schärfe sichtbar, ob und wie der Erzählende am inneren oder äußeren Horizont eines Themas weiterarbeiten und auf diesem Wege eine Situation entwerfen, deren innere Ordnung und äußere Grenzen als Bedeutungseinheit der Erfahrung nicht mit derjenigen einer sozialen Situation als operativer Einheit identisch sein muss. Damit einhergehend können aus den faktischen Anschlussentscheidungen von Eltern im Horizont mehrerer Möglichkeiten über mehrere Sequenzstellen hinweg typische Handlungs- und Deutungsmuster zu typischen Handlungs- und Deutungsproblemen im Angesicht der Diagnose rekonstruiert werden, in denen sich, reziprok verflochten mit dem thematisch relevanten Gegenstand und dem Schema seiner Auslegung, auch Weil-Motive der individuellen Haltung zum eingetretenen Ereignis und Um-zu-Motive von Handlungsentwürfen zu seiner Bewältigung verkörpern. Schließlich dient der dritte Interpretationsschritt als Falsifikationsprüfung der hermeneutischen Sinnrekonstruktion. Mit der sich verdichtenden Interpretation aus der Analyse

⁹⁰ Die Interpretation insgesamt, aber insbesondere dieser zweite Auslegungsschritt, orientiert sich, aufbauend auf die grundsätzlich sequenziell erfolgende Analyse, an den interpretationsleitenden Prinzipien für die Konstruktion von Lesarten in der Objektiven Hermeneutik. *Der Kontextfreiheit*: das äußere Kontextwissen über den Fall wird ausgeblendet, um eine zirkuläre Erklärung des Textes aus seinem Kontext zu vermeiden; *der Wörtlichkeit*: das Gesagte ist wörtlich zu interpretieren, gerade auch dann, wenn daraus Mehrdeutigkeiten und Widersprüche entstehen; *der Extensivität*: alle sinnvoll möglichen Bedeutungen einer Aussage sind zu rekonstruieren; und *der Sparsamkeit*: nur Lesarten, die vom Text gedeckt sind, werden als gültige Interpretationen angesehen. Wernet 2009: 21 f.

mehrerer Sequenzstellen kristallisieren sich in der Regel typische Muster eines Falles heraus, womit einige Anschlussoptionen für den weiteren Verlauf wahrscheinlicher werden als andere, und manche ausgeschlossen werden können. Überrascht der Fall jedoch den Forscher an einer Sequenzstelle mit einer Darstellung, die sich scharf von den bereits vorgezeichneten Anschlussmöglichkeiten absetzt, verweist dies entweder auf eine relevante Bruchlinie in den elterlichen Sinnkonstruktionen oder auf gravierende Fehler bei deren wissenschaftlicher Erschließung.

Wie in den vorangegangenen Kapiteln argumentiert wurde, muss die soziologische Untersuchung des Forschungsgegenstandes über das explizit Thematische hinaus auch die Grenzen des Thematisierbaren in existenziellen Erfahrungskontexten zu ihrem Problem machen. Dies hat methodisch zur Konsequenz, dass sich die Analyse der Interviewtranskripte nicht ausschließlich auf zeichenförmige Appräsentationen subjektiv gemeinten Sinns in der Semantik sprachlicher Äußerungen konzentrieren kann. Zum einen wird ein besonderer Fokus auf symbolische Formen gelegt, die Brücken zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen und Erfahrungsfeldern tragen können, aber auch Unauflösbares und Nicht-Anschlussfähiges in seiner Relevanz markieren. Symbolische Formungen können ganz unmittelbar in Sprachbildern und Metaphern aus dem Material hervorstechen, jedoch auch in den subtileren Bewegungen des Erzählens selbst enthalten sein. „Brüche im inhaltlichen Ablauf der Narration oder abrupte Szenenwechsel, das Umkreisen einer Begebenheit im wiederholten Anlaufnehmen und das kontextuelle Einrahmen von Ereignissen“ (Feith/Peter et al. 2018: 257) weisen auf Schwellen erfahrungsbezogener Sinnbildung hin, die selbst nicht mehr sprachlich exploriert und somit zeichenförmig bestimmt werden können, sondern sich vielmehr im Rücken des Erzählens indirekte Ausdrucksformen verschaffen. Zum anderen werden einzelne Anzeichen auf der Ebene des leiblichen Ausdrucks über die Performanz des Sprechens mit transkribiert und in die hermeneutische Analyse miteinbezogen. In der Pragmatik des Sprechens – in Intonation, Akzentsetzung, Pausen und Rhythmus – bleibt Unsagbares mit dem Anspruch des Zu-Sagenden präsent und weist auf Bedeutungsüberschüsse im Gesagten hin, die sich nicht einordnen lassen, aber aus denen Grenzen der Sinn- und Ordnungsbildung hervortreten. Hier kommen die Figur des Außerordentlichen und das Motiv der Schwelle aus dem responsiv-phänomenologischen Ansatz wieder zum Einsatz.

Ziel dieses Abschnittes war es, die grundlegenden Verfahrensschritte der hermeneutischen Situationsanalyse in ihrer methodischen Anlage transparent zu machen. Die Praxis der hermeneutischen Auslegung selbst ist indessen gerade nicht standardisierbar. Dies betrifft unmittelbar die Frage nach der adäquaten Festlegung einer Sequenz als Sinn-*Einheit* oder danach, wann die Interpretation einer Sequenzstelle gesättigt ist und wie viele Passagen eines Interviews interpretiert werden müssen, bevor ein typisches Muster belastbar aus dem Material konstatiert werden kann. Die Analyse in verschiedenen Gruppenkonstellationen, wie sie auch in der vorliegenden Untersuchung regelmäßig durchgeführt wurde, dient methodisch vor allem dazu, den begrenzten Deutungshorizont des einzelnen Interpreten zu erwei-

tern, bereits eingeschliffene Lesarten immer wieder aufzubrechen und seine Interpretation an den Deutungen Anderer zu messen. Dadurch soll und kann die Selektivität von Interpretationen ein Stück weit eingeholt werden. Nichtsdestotrotz ist das hermeneutische Vorgehen per se exemplarisch und in seinen Ergebnissen grundsätzlich relativ (Soeffner 2004: 88). Darüber hinaus kommt in Anbetracht des Phänomens noch eine weitere Grenze des Erkenntnisprozesses ins Spiel, die dem Deutungsgegenstand selbst entspringt. Dort, wo Sinn Grenzen in den Konstruktionen erster Ordnung auftreten, können keine eindeutigen Konstruktionen zweiter Ordnung gebildet werden. Sie würden ihren Gegenstand verfehlen. In Anbetracht dieses Umstands kann die hermeneutische Analyse den Anspruch erheben, durch extensives Interpretieren Grenzen des Thematisierbaren zu Tage zu fördern, sie als solche sichtbar zu machen und als Grenzen – auch der wissenschaftlichen Sinnrekonstruktion – zu markieren, aber nicht, sie als nur vorläufiges Hindernis auflösen zu wollen.

II. Die ethnographische Untersuchung der interdisziplinären Pränatalsprechstunde

Im II. Teil der vorliegenden Arbeit werden interdisziplinäre Pränatalsprechstunden ethnographisch untersucht, die im fortgeschrittenen Stadium des Schwangerschaftsverlaufs und in der Regel bereits in einem klinischen Zentrum stattfinden. Hier wird der fetale Körper unter dem Einbezug der maximal verfügbaren Expertise aus Pränatalmedizin, Neonatologie, Kinderchirurgie, und je nach Fall weiteren Fachdisziplinen, im Feinultraschall auf Fehlbildungen untersucht. Anschließend werden die Befunde den Paaren erläutert und die Möglichkeiten des weiteren Vorgehens gemeinsam besprochen. Wie oben (I., 5.2.1.) erläutert, stellen die klinischen Sprechstunden daher einen exemplarischen Handlungs- und Erfahrungsraum für das Phänomen dar, in dem rekonstruiert werden soll, wie in der Interaktion zwischen Professionellen und werdenden Eltern Sinnfiguren des Ungeborenen entfaltet werden und auf diesem Wege Verweisungszusammenhänge pränataler Sozialität entstehen. Zugleich müssen sich die im I. Teil erarbeiteten situationsanalytischen Konzepte von Goffman und Schütz nun am empirischen Material bewähren und zeigen, inwieweit es mit ihnen gelingt, Sinnstrukturen aus den Beobachtungsprotokollen zu entschlüsseln.

Im Verlauf der Materialanalyse hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Pränatalsprechstunde in verschiedene Phasen zu gliedern, die von jeweils unterschiedlichen Interaktionsordnungen und Kernthemen bestimmt werden. Im Folgenden wird daher zunächst (1.) die Formierung des klinischen Teams skizziert und (2.) auf das Vorgespräch über den Fall unter den Professionellen eingegangen, das der Interaktion mit Patient*innen und Angehörigen noch vorausgeht. Anschließend wird (3.) die Eröffnungsphase der Sprechstunde dargestellt, in der ein intersubjektiver Rahmen für den weiteren Verlauf konstituiert wird und die Teilnehmenden ihre Positionen im sozialen Setting der Situation beziehen. In der Eröffnung wird zugleich der Übergang zur Ultraschalluntersuchung angebahnt, die den thematischen Kern der klinischen Situation bildet, der unter (4.) ausführlich behandelt wird. Die sonographischen Befunde, die in dieser Phase erhoben werden, bilden die Wissensgrundlage für (5.) das Gespräch zwischen Mediziner*innen und Eltern, in dem die Diagnose gestellt wird und die Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen mit den daraus abgeleiteten therapeutischen wie prognostischen Verweisungszusammenhängen Konturen annehmen kann.

1. Die Formierung des interdisziplinären Teams für die Pränatalsprechstunde – Übergangsmuster in die klinische Situation auf professioneller Seite

Vor jeder Sprechstunde formiert sich ein perinatales Team, das nach einer kurzen internen Fallbesprechung in die Interaktion mit Elternpaaren tritt. Während Vertreter*innen der Gynäkologie und der Neonatologie zu den ständigen Mitgliedern auf der professionellen Seite des Arbeitsbündnisses zählen, die bei jedem Sprechstundentermin anwesend sind, kommen je nach bereits vorliegender Diagnose im einzelnen Fall weitere Spezialist*innen hinzu, die voraussichtlich in die postnatale Versorgung involviert sein werden. Häufig sind dies Kolleg*innen aus der Kinderchirurgie, bspw. aber auch aus der Kinderkardiologie und Neurologie. Die zentrale Herausforderung bei der Aufstellung des klinischen „Ensembles“ (Goffman 2003: 75) im Vorfeld der Sprechstunde kann entsprechend darin gesehen werden, den Übergang in eine gemeinsam zu gestaltende Situation überhaupt erst herzustellen. Die verschiedenen Professionsvertreter*innen müssen einen Weg von ihren jeweils fachspezifischen Handlungsabläufen in die Kooperation einer disziplinübergreifenden Praxis finden; aktuelle Herausforderungen und akute Ereignisse im stationären Alltag müssen soweit zurücktreten, dass sich das klinische Team voll auf den anstehenden Fall in der Sprechstunde konzentrieren kann. Damit stellt sich, noch bevor im Rahmen der Fallbesprechung erste semantische Bezüge zur Diagnose und damit auch zum Dritten entworfen werden, die Frage, wie die Kliniker*innen sich, in immer wieder fallbezogen wechselnden Zusammensetzungen, als Team formieren und in diesem Zuge die Grundstrukturen einer intersubjektiven Ordnung für die späteren Ablaufphasen der Situation bereits anlegen. Daher sollen im Folgenden anhand von exemplarischen Passagen aus dem ethnographischen Datenmaterial die typischen Übergangsmuster in die Situation auf professioneller Seite dargestellt werden, wie sie sich in der vergleichenden Analyse sukzessive herauskristallisiert haben.

Die erste Szene setzt kurz nach meiner Ankunft im ambulanten Bereich der Frauenklinik ein. Ich stehe gerade mit drei Ärzt*innen aus der Neonatologie vor dem Empfangszimmer der Station, in dem meistens die anschließende Fallbesprechung stattfindet. Während wir gemeinsam auf ein Zeichen der Gynäkologinnen warten, dass es losgehen kann, stimmen sich die Kinderintensivmediziner*innen untereinander ab, wer von ihnen in die Sprechstunde gehen wird:

Nach kurzer Absprache kristallisiert sich heraus, dass Dr. F. von den Neonatolog*innen nicht mit in die Sprechstunde gehen wird, da drei „zu viele“ seien und er voraussichtlich bei der Geburt des Kindes nicht da sein werde. Kurz darauf tritt die Gynäkologin Dr. I. aus dem Untersuchungsraum links neben dem regulären Sprechstundenzimmer. Der leitende Neonatologe, Prof. C., der am nächsten zu ihr steht, geht auf sie zu. Beide reden kurz miteinander. Ich höre, wie er sagt, dass er „schon grob im Bilde“ sei. Für einen Moment bilden sich Grüppchen verteilt im Flur. Die anderen beiden Kinderärzt*innen sind an ihrem Platz vor dem offenen Empfangszimmer stehen geblieben, auf der ihnen gegenüberliegenden Seite des Flures, auf der sich Untersuchungsräume befinden, stehen jetzt Prof. C. und die Gynäkologin einander zugewandt im Gespräch. Ich selbst bin wiederum, was ich erst nachträglich bemerke, im Zuge der Raumaufteilung etwas nach hinten gewandert, sodass der Abstand zu beiden Ärztgruppen in etwa gleich ist und wir auf dem Flur ein Dreieck bilden. Kurz darauf gehen die Mediziner*innen ins Empfangszimmer. Dr. F. verabschiedet sich

und verlässt durch den Haupteingang die Station. Von innen ist die leitende Gynäkologin, die ich bei meiner Ankunft gesehen habe, schon dabei langsam die Tür zu schließen. Ich schlüpfe noch schnell hinter den anderen hinein.

In der zweiten Szene sind es die Neonatologin Dr. G. und ihre Kollegin Dr. I. aus der Gynäkologie, die den Übergang zum Vorgespräch einleiten.

Ich stehe gerade mit der Neonatologin Dr. G. im Flur vor dem Empfang und wir sprechen miteinander, als auf der gegenüberliegenden Seite die Tür des Sprechstundenzimmers aufgeht und die Gynäkologin Dr. I. den Kopf herausstreckt. Sie schaut einmal kurz zu beiden Seiten den Flur entlang, scheint dann ihre Kollegin zu entdecken und sagt relativ leise etwas zu ihr, das ich nicht verstehen kann. Dr. G. geht anschließend die wenigen Meter über den Flur auf sie zu. Während ich ihr nachlaufe, öffnet die Gynäkologin ihrerseits die Tür ein Stück weiter und tritt auf den Flur, behält aber mit der rechten Hand die Türklinke fest im Griff. Als ich selbst vor dem Raum angekommen bin, sehe ich, dass Licht im Untersuchungszimmer ist und höre auch Geräusche. Dann fragt die Gynäkologin die Neonatologin: „Soll’n wir nochmal kurz?“ Frau Dr. G. antwortet mit „Ja“. Im nächsten Moment stoßen zwei Neurologinnen hinzu, woher sie genau gekommen sind, habe ich nicht gesehen. Frau Dr. I. lehnt jetzt die Tür zum Untersuchungszimmer von außen an. Während die Ärztinnen und ich auf dem Flur einen Kreis bilden, fängt sie schnell und gedämpft an zu sprechen.

Die dritte Szene wiederum spielt sich in der kurzen Pause zwischen zwei Sprechstunden ab:

Nach der ersten Sprechstunde an diesem Tag stehe ich einen Moment orientierungslos auf dem Flur. Die Ärzt*innen scheinen sich in verschiedene Richtungen zerstreut zu haben. Während die Neonatologin Dr. G. wohl schon gegangen ist, ist der für den zweiten Fall angekündigte Neonatologe Dr. F. noch nicht da. Dann sehe ich, dass die Tür des Aufenthaltsraums für das medizinische Personal aufgeht und laufe darauf zu. Als ich dort ankomme, sehe ich durch die inzwischen halb geöffnete Tür Dr. I., die leitende Gynäkologin für die Sprechstunden an diesem Tag. Sie hat einen Fuß in die Tür gestellt, damit sie nicht zufällt und beißt gerade in ein Vollkornbrot. Als sie meinen Blickkontakt erwidert, lächle ich und wünsche „guten Appetit“. Sie lacht kurz erheitert, dankt mir und fügt noch hinzu, dass sie hier gar nicht richtig zum Essen komme und so jetzt schnell ihr Brot runterschlingen müsse um den größten Hunger fürs Erste zu stillen. Als ich kurz den Flur entlang schaue, sehe ich den Neonatologen Dr. F. vom Ende des Ganges auf uns zukommen. Nachdem er in Hörweite ist, sagen wir alle drei einmal „Hallo“ und die Gynäkologin macht ihm noch ironisch zum Vorwurf, warum er ausgerechnet jetzt komme, während sie am Essen sei. Im nächsten Augenblick ist das Brot jedoch verschwunden, ohne dass ich gesehen hätte, ob sie es ganz gegessen oder zur Seite gelegt hat und beide gehen rüber ins Sprechstundenzimmer; ich folge ihnen. Frau Dr. I. geht direkt durch in den hinteren Teil und setzt sich mittig an den Schreibtisch. Ihr Kollege aus der Neonatologie nimmt rechts neben ihr Platz, sodass sie beide die offene Eingangstür zwar im Rücken haben, jedoch gleichzeitig auch maximal weit vom Flur entfernt sind. Ich stehe mit etwas Abstand hinter den beiden, im schmalen Durchgang vom Fußende der Patientenliege zum medizinischen Bereich des Raumes, an die Wand gelehnt und höre, wie die Gynäkologin in ruhigem Tonfall beginnt den Neonatologen über den gleich bevorstehenden Fall zu informieren.

Wie stellen nun die Professionellen den Übergang in die klinische Situation her? Zunächst zeigen alle drei Beispiele aus dem empirischen Material, dass die Interaktionsordnung auf dem Weg in die Fallbesprechung deutlich zentriert wird. Die noch offene Anfangsphase auf dem Flur, in der mehrere Begegnungen parallel laufen können, wandelt sich zu einer monozentrierten Interaktion unter Regie der leitenden Gynäkologinnen. Weitere ärztliche Teilnehmer, die nicht in die Sprechstunde gehen, verlassen vor der Fallbesprechung das Feld; die Interaktionsangebote an mich als Sozialforscher werden zunehmend spärlicher. Legt man hier Goffmans Situationsbegriff an und macht einen wechselseitigen Wahr-

nehmungsbereich zwischen den Professionellen zum Fundament ihrer sozialen Situation, wird die Aufgabe der Zentrierung mit steigender Zahl der Teilnehmenden komplexer. Während sich in der dritten Szene die Situation zwischen jeweils nur einem Mitglied der gynäkologischen und der neonatologischen Disziplin, ohne konkurrierende Interaktionsbeiträge von anderen, dyadisch entfalten kann – lediglich der Sozialforscher muss in den äußeren Horizont des Geschehens verbannt werden –, müssen in der zweiten Szene erst disziplininterne Begegnungen aufgelöst werden und einzelne Akteure abtreten, bevor die Situation auf ein Zentrum kognitiver und visueller Aufmerksamkeit hin ausgerichtet werden kann.

Dabei lässt sich in der Regel eine typische Choreographie des Übergangs beobachten: 1. Gynäkologinnen als Gastgeberinnen der Sprechstunde treten aus verschiedenen Räumen entlang des Flurs mit ihren wartenden Kolleg*innen aus den anderen Disziplinen über Blicke, Gesten und Ansprachen in Kontakt. 2. Daraufhin orientieren sich diese in Richtung ihrer Kolleginnen aus der Gynäkologie. Die anderen Disziplinen sind zu Gast in der Frauenklinik und verfügen hier nur über eingeschränkte Steuerungsmacht, z.B. hinsichtlich der Frage wo die Fallbesprechung stattfinden soll. 3. Häufig werden dann kurze Dialoge zwischen den leitenden Ärzt*innen der Disziplinen ausgetauscht. Während die Frage der Gynäkologin an die Neonatologin aus der ersten Szene – „Soll’n wir nochmal kurz“ – die Übereinkunft über eine gemeinsame Praxis zum Thema macht, referiert die Aussage des Neonatologen in der zweiten Szene, „schon grob im Bilde“ zu sein, auf seinen gegenwärtigen Wissensstand zum Fall. Beide Formulierungen stehen exemplarisch für Übergangsformeln, die auch im Vorfeld anderer Sprechstunden beobachtet wurden. Sie können als „in-vivo Codes“ (Strauss 1994: 64) der interdisziplinären Kommunikation unter den Kliniker*innen betrachtet werden, in denen sowohl die Form der Praxis (1. Szene) als auch der Gegenstand der Erkenntnis (2. Szene) nicht expliziert werden müssen, um sich reziprok einer gemeinsamen Situationsdefinition zu versichern und zum nächsten Schritt überzugehen. Dieses Datum führt bereits auf die Spur zu einer weiteren Ordnungsleistung der Fallbesprechung, die im nächsten Abschnitt weiter verfolgt werden soll. Sie erfüllt nicht nur die Funktion, die Wissensbasis zwischen den Teilnehmenden anzugleichen und eine disziplinübergreifende Position zur Diagnose zu erarbeiten, die anschließend werdenden Eltern gegenüber kommuniziert werden kann, sondern sie kann darüber hinaus auch als ein teaminternes Ritual betrachtet werden, mit dessen Vollzug der Übergang zwischen Wirklichkeitsbereichen angebahnt wird. 4. Schließlich sind es die Gynäkologinnen, die die Marschrichtung wieder vorgeben und gefolgt von ihren Kolleg*innen am Empfang oder im Sprechstundenzimmer eine Hinterbühne eröffnen, die der Vorbereitung des klinischen Ensembles auf die Zusammenkunft mit den werdenden Eltern dient.

Der Flur der Station wird in diesem Zuge zum Übergangsraum und das Empfangszimmer, auf mittlerer Höhe gelegen, zum zentralen ‚Checkpoint‘ für die Professionellen in der Sprechstunde. Hier informieren sich eintreffende Ärzt*innen, ob ihre Kolleg*innen und die Eltern schon da sind oder warten, bis es mit dem Vorgespräch losgehen kann. Der Flur selbst, der die Station kerzengerade einmal der Länge nach durchzieht, ist sowohl über den Haupteingang als auch über mehrere Nebeneingänge zu erreichen. Dies

macht ihn zur Hauptverkehrsader für das Klinikpersonal und sorgt dafür, dass hier die Begegnungschancen maximiert sind. So kann die Gynäkologin in der zweiten Szene mit einem kurzen Blick links und rechts den Flur entlang den gesamten Bereich außerhalb der Zimmer auf beiden Seiten sondieren. Auch in diesem Umstand drückt sich noch einmal die Differenz zwischen Heim- und Gastdisziplinen im perinatalen Zusammenspiel aus. Während Neonatolog*innen, Kinderchirurg*innen und weitere Spezialist*innen aus anderen Fachgebieten im Flur der Öffentlichkeit preisgegeben sind und sich jederzeit zu Interaktionsangeboten der Gynäkologinnen verhalten müssen, sind diese unmittelbar vor der Sprechstunde in verschiedenen Räumen mit Vorbereitungen zu Gänge und entscheiden, wann die interdisziplinäre Kooperation beginnt. Eignet sich der Flur als transitorischer Raum einerseits dafür sich zu finden, bietet er andererseits durch die verkehrstechnisch erforderliche Barrierefreiheit kaum Möglichkeiten einen begrenzten Wahrnehmungsbereich für komplexere und diskretionsbedürftige Tätigkeiten einzurichten. Er fungiert als Ort um sich zu treffen, nicht um sich zu besprechen. Der typische Ort der Fallbesprechungen ist das Empfangszimmer. In Pausen zwischen zwei Sprechstunden wird auch der Untersuchungsraum als Besprechungsraum genutzt. Die zweite Szene, in der das Vorgespräch der Ärzt*innen unter Zeitdruck auf dem Flur stattfindet, stellt in diesem Zusammenhang eine aufschlussreiche Ausnahme dar, die im nächsten Abschnitt zu beleuchten sein wird.

Die Formierung des interdisziplinären Teams in dieser ersten Phase ist, wie die ethnographischen Beschreibungen zeigen, wesentlich stärker vom Zusammenhang zwischen Performanz und Raum in der Interaktion geprägt, als von der Semantik sprachlicher Äußerungen. Auf der Ebene des thematischen Feldes geht es hier zunächst für alle Beteiligten grundsätzlich darum, die Verweisungszusammenhänge zu Ereignissen außerhalb des aktuellen, sprechstundenbezogenen Problemhorizonts zu kappen, um sich voll auf den anstehenden Fall konzentrieren zu können. Stellt sich diese Anforderung prinzipiell ebenso für den Sozialforscher, kommt die zunehmende Ausrichtung der Relevanzstrukturen auf den Fall auch an Veränderungen seiner Rolle zum Ausdruck. Vom Gesprächsteilnehmer und Boten auf dem Flur werde ich im Verlauf der interdisziplinären Teamkonstitution zum mitgegebenen Beobachter im äußeren Horizont des Geschehens, der zwar nicht vom Wahrnehmungsbereich und damit der Situation der Mediziner*innen ausgeschlossen, aber auch nicht mehr aktiv einbezogen wird.

2. Die Fallbesprechung – Vorbereitungen auf die Interaktion mit den Patient*innen auf der Hinterbühne

Die meisten Fallbesprechungen finden hinter verschlossenen Türen im Empfangszimmer der Station statt, welches in diesem Zuge temporär von einer Vorderbühne des klinischen Betriebs, auf der sich Eltern für die Sprechstunde anmelden, zur Hinterbühne umfunktioniert wird. Der folgende Ausschnitt vermittelt einen Eindruck der räumlichen Anordnungen:

Kurz darauf gehen die Mediziner*innen ins Empfangszimmer. Der zweite Neonatologe verabschiedet sich und verlässt durch die Glastür die Station. Von innen ist die leitende Gynäkologin, die ich bei meiner Ankunft gesehen habe, schon dabei langsam die Tür zu schließen. Ich schlüpfte noch schnell hinter den anderen

hinein. Die beiden Gynäkologinnen stehen vor dem rechtwinkligen, relativ hohen Tresen, der sich direkt vor einem aufbaut wenn man das Zimmer betritt. Er umschließt einen Arbeitsbereich mit PC und Schreibtisch, an dem in der Regel eine oder zwei Pflegenden sitzen. Während er nach vorne zum Eingang eine Barriere gegenüber ankommenden Patient*innen bildet, reicht er auch seitlich tief in den Raum hinein, wodurch der Bereich hinter dem Tresen wie ein abgegrenzter Sektor innerhalb des Empfangszimmers wirkt, in dessen Innern ich im Verlauf der Feldforschung nur Vertreter*innen der gastgebenden gynäkologischen Station gesehen habe. Der Bereich außerhalb des Tresens ist hingegen frei begehbar. An den Wänden des Empfangszimmers befinden sich hohe hellblaue Schränke, in der, vom Eingang aus betrachtet, rechten vorderen Zimmerecke ist ein Waschbecken angebracht, im hinteren Teil hängen zwei große Fotokollagen, auf denen einmal Neugeborene und das andere Mal Eltern mit ihren kleinen Kindern zu sehen sind.

Während die Passage aus dem Material einen Eindruck von den räumlichen Gegebenheiten im Empfangszimmer vermittelt, lassen sich in dem dort stattfindenden Vorgespräch drei grundlegende Abschnitte voneinander differenzieren. Zu Beginn präsentiert die leitende Gynäkologin stets das vorliegende medizinische Wissen zum Fall. Anschließend werden Dinge besprochen, die nur gemeinsam entschieden werden können und offen gebliebene Fragen werden aus der Sicht der anderen Disziplinvvertreter*innen geklärt. Das Ende der Fallbesprechung bilden regelmäßig kurze Einschätzungen zu den Eltern durch die Gynäkologin, die zugleich den Übergang zur Sprechstunde einleiten. Im Folgenden werden die Analyseergebnisse entlang der drei Abschnitte dargestellt und auf diesem Wege die Angleichung des Wissensstands zwischen den Disziplinen, die Erarbeitung einer gemeinsamen Situationsdefinition und die rituelle Funktion des Vorgesprächs als dessen zentrale Ordnungsleistungen herausgearbeitet.

2.1. Die Fallpräsentation durch die leitende Gynäkologin

Die Fallpräsentation beginnt stets mit der schwangeren Frau und umfasst neben ersten Informationen zur Schwangerschaft und Geburtenanzahl häufig auch Angaben zum Alter der Schwangeren. Der folgende Ausschnitt zeigt den typischen Beginn einer Fallvorstellung durch die leitende Gynäkologin:

Die Gynäkologin senkt ihren Blick auf ein paar Dokumente, die bereits vor ihr auf dem Empfangstresen liegen, sagt „so“ und beginnt den heutigen Fall vorzustellen. „Frau X“, sei „Erstgebärende“, „Jahrgang Y und in der 31. Schwangerschaftswoche“. Sie sei bereits relativ früh in der Schwangerschaft „auffällig“ geworden.

Die Schwangere wird hier mit Geschlecht und Nachnamen eingeführt und von dort aus als Patientin der Gynäkologie entworfen. Fällt „Frau X“ bereits qua ihres Geschlechts in den Zuständigkeitsbereich der Frauenheilkunde, legt die Gynäkologin mit der Einführung beim Nachnamen den Beziehungsmodus fest. Während der Vorname für diffuse Sozialbeziehungen in der Alltagswelt, wie innerhalb von Familien, Freund- und Bekanntschaften, reserviert ist, wird man bei seinem Nachnamen typischer Weise in funktional-spezifischen, rollenförmigen Kommunikationszusammenhängen angesprochen. Betrachtet man die erste Äußerung zum Fall aus relevanztheoretischer Perspektive, kündigt sich in der Art und Weise, wie die Schwangere hier typisiert wird, schon das dominierende Auslegungsschema während des Vorgesprächs an. Hier können sich die Ärzt*innen noch ganz auf die medizininternen Relevanz-

strukturen des Falles konzentrieren, bevor es in die Interaktion mit den werdenden Eltern geht. Im weiteren Verlauf der Sequenz wird Frau X zur aktiven „Erstgebärenden“, die sich mit der „31. Schwangerschaftswoche“ aktuell an einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb eines medizinischen und sozialen Prozesses befindet.⁹¹ Neben den medizinischen Implikationen von Geburtenanzahl und Schwangerschaftswoche enthalten beide Begriffe auch Verweisungszusammenhänge zum biographischen Übergang von Frau X in die Mutterschaft. Die Information zu ihrem Jahrgang steht noch deutlicher zwischen ihrem Status als Person und Patientin. Ist das Geburtsjahr einerseits unmittelbar mit dem Lebensalter einer Person und ihrer generationalen Zugehörigkeit verknüpft, sind aus medizinischer Sicht andererseits verschiedene Krankheitsrisiken mit dem Alter von Schwangeren statistisch korreliert. Der primäre Bezugspunkt für Gynäkolog*innen ist die schwangere Frau als Patient*in. Das ungeborene Kind bleibt am Anfang der Fallpräsentation zunächst noch als latenter Dritter im Horizont; durch die Semantik von Schwangerschaft und Gebären wird es appräsentiert, selbst jedoch noch nicht als thematischer Gegenstand ausgelegt. Der werdende Vater, als anderer Teil der Zeugungsgemeinschaft, verbleibt dagegen während des gesamten Vorgesprächs an der Peripherie des thematischen Feldes, wird jedoch, wie noch zu zeigen ist, an einigen spezifischen Punkten von den Professionellen in ihre Deutungen mit einbezogen.

Nachdem die Schwangere als Ausgangspunkt der Darstellung eingeführt ist, informiert die Gynäkologin ihre Kolleg*innen stets kurz über die bisherigen diagnostischen Stationen des Falles in der Schwangerschaft. Die Angaben zur „diagnostischen Karriere“ (Strauss 1994: 73 ff.) erfüllen dabei verschiedene Funktionen: Sie vermitteln den Mediziner*innen ein erstes Bild von der Komplexität des Falles, verknüpfen die gegenwärtige Sprechstundensituation mit dem vorangegangenen Schwangerschaftsprozess und liefern darüber hinaus erste Anhaltspunkte zu der Frage, auf welchen ‚Schlag‘ von Patient*innen man sich einstellen muss. So fährt die Gynäkologin in einem anderen Fall nach der namentlichen Vorstellung der Schwangeren fort, diese

sei „relativ früh oder in der mittleren Schwangerschaft“ auffällig geworden und von einem niedergelassenen Pränataldiagnostiker an die Klinik überwiesen worden. „Es sah am Anfang relativ dramatisch aus“⁹². In diesem Zusammenhang schiebt die Gynäkologin noch den Namen des niedergelassenen Arztes nach: „Von Prof. X aus Y“, worauf der Neonatologe mit einem „Ja, ok“ antwortet. *In der Situation deute ich seine Antwort so, dass er den Kollegen kennen muss.*

⁹¹ In der unterschiedlichen zeitlichen Strukturierung des Schwangerschaftsprozesses wird zugleich eine Differenz zwischen gynäkologischer und neonatologischer Perspektive sichtbar, die auf die jeweiligen Primärpatient*innen, für die Gynäkologie die Schwangere, für die Neonatologie das Kind, zurückzuführen ist. Während die Gynäkologie in Schwangerschaftswochen rechnet, die ab dem Zeitpunkt der letzten Menstruation vor der Schwangerschaft gezählt werden, betrachtet die Neonatologie den Fall aus Sicht der Embryonal- bzw. Entwicklungswochen, die mit dem angenommenen Zeitpunkt der Befruchtung der Eizelle beginnen. Da zwischen letzter Menstruation und Befruchtung in der Regel 14 bis 16 Tage liegen, ist das heranwachsende Kind ca. zwei Wochen jünger als es die Angabe in Schwangerschaftswochen bestimmt.

⁹² Beim Schreiben der Beobachtungsprotokolle wurden Zitate der Feldakteure, deren Wortlaut nicht mehr ganz sicher erinnert werden konnte, mit (*) gekennzeichnet.

Die kursorischen Bezugnahmen auf vorangegangene Untersuchungen im vorliegenden Fall vermitteln den Sprechstundenteilnehmenden einen ersten Eindruck von dessen medizinischer Komplexität. Welche diagnostischen Maßnahmen wurden schon durchgeführt und wie viel Wissen wurde dabei aufgeschichtet? Welche Kontrollpunkte innerhalb des Medizinsystems hat der Fall schon durchlaufen, bevor er in der Klinik angekommen ist? Und wie weit gehen die vorliegenden Befunde auseinander? Wenn die Gynäkologin hier explizit betont, dass es „am Anfang“ relativ dramatisch aussah, verweist dies – über mögliche Fehldiagnosen hinaus – auf die Kontingenzspielräume innerhalb der Embryonal- und Fetalentwicklung selbst, in deren Verlauf sich einmal festgestellte Auffälligkeiten verschlimmern oder wieder verbessern können. Des Weiteren wird der Zeithorizont der Schwangerschaft mit der diagnostischen Laufbahn differenzierter; sie erfüllt die wichtige Ordnungsfunktion eine Verbindung von der Vergangenheit in die Gegenwart der Sprechstunde herzustellen. Gelingt es mit den zuhandenen Wissensselementen, eine stabile Brücke vom ersten auffälligen Befund zur aktuellen Situation zu bauen, kann die Sprechstunde in eine Reihe medizinischer Stationen während der Schwangerschaft integriert werden und stellt kein isoliertes Ereignis mehr da.

Situationstheoretisch geht es hier darum, inwieweit sich aus einer Reihenfolge von Arzt-Patient-Interaktionen ein eindeutiges medizinisches Thema des Falles herauspräparieren lässt. Im Vorgespräch dominieren die zeitlichen Verweisungszusammenhänge zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Zukünftige Situationen wie die Geburt und anschließende Therapien werden nur dann thematisch, wenn sie sich nicht hinreichend klar aus der Diagnose ableiten lassen und zwischen den beteiligten Fachärzt*innen verschieden gedeutet werden. Im späteren Aufklärungsgespräch mit den Eltern werden es gerade zur anderen Seite hin die Verknüpfungen von Gegenwart und Zukunft sein, die das thematische Feld in der Zeitdimension beherrschen. Nicht zuletzt liefert die Fallgeschichte den Mediziner*innen erste Anhaltspunkte, um die Situation einzuschätzen, in der sich die Eltern aktuell befinden. Was wissen sie bereits und wie lange sind sie schon mit der gesundheitlich auffälligen Entwicklung ihres Kindes beschäftigt? In einzelnen Fällen bergen die Informationen aus der Fallgeschichte auch explizite Hinweise darauf, es gleich mit dem Fall einer wenig athärenten Schwangeren zu tun zu bekommen:

Anschließend beginnt Frau Dr. H. über den Fall zu berichten. Sie informiert uns darüber, dass vom Frauenarzt schon früh während der Schwangerschaft eine Auffälligkeit festgestellt worden ist und er der Schwangeren daraufhin eine invasive Diagnostik zur weiteren Abklärung des Befundes empfohlen hat. Die Schwangere habe das jedoch „prinzipiell“ abgelehnt und „auch gleich den Frauenarzt gewechselt“. Anschließend sei sie noch bei Prof X. in Behandlung gewesen und in Y-Stadt geschallt worden. „Jetzt ist sie hier“.

Mit der Entscheidung für eine invasive Diagnostik hätte der Fall den Pfad in der Schwangerschaftsversorgung gewechselt vom allgemeinen Ultraschallscreening im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien zu Verfahren der weiterführenden Pränataldiagnostik, wie sie insbesondere Amniozentese und Chorionzottenbiopsie darstellen⁹³. Mit den veränderten Untersuchungsmethoden hätte sich auch die Struktur des

⁹³ Die Fruchtwasseruntersuchung, auch Amniozentese genannt, stellt das häufigste invasive Diagnoseverfahren zur Feststellung numerischer Trisomien der Chromosomen 13, 18 und 21 dar. Dabei wird „nach Desinfektion der Bauchdecke eine dünne

medizinischen Wissens zum Fall transformiert. Zu den morphologischen Auffälligkeiten wären unter Umständen genetische Befunde hinzugekommen. Möglicherweise hätte eine Ursache für die festgestellten Anomalien gefunden werden können; gleichzeitig hätten sich aus dem neuen Wissen aber auch neue Unklarheiten und Kontingenzen ergeben können. Im Ausschnitt bleibt der diagnostische Prozess jedoch bei der Empfehlung des Frauenarztes stehen und die Gynäkologin entwirft anschließend das Bild einer Schwangeren, die nicht kooperiert. Eine „prinzipielle“ Ablehnung ist gleichbedeutend mit keinerlei Gesprächsbereitschaft; der sofortige Wechsel des Frauenarztes legt nahe, dass die werdende Mutter aktuell eine irritierende Erfahrung mit medizinischen Situationen verbindet und ihr Vertrauen ebenso wie ihre Belastbarkeit im Rahmen von Arzt-Patient-Beziehungen gering einzuschätzen ist. Bereits aus diesen knappen Informationen der Gynäkologin muss für die Kolleg*innen der Eindruck entstehen, es gleich mit einer ‚schwierigen‘ Patientin – da nicht bzw. nur wenig ‚compliant‘ – zu tun zu bekommen.

In beiden Ausschnitten, wie in den weiteren beobachteten Vorgesprächen, beginnt die Fallgeschichte mit einem Auffällig-Werden, was zunächst ganz grundsätzlich eine Relation impliziert zwischen jemandem oder etwas, das auffällig wird und einem Anderen, dem dies auffällt. Im vorliegenden Phänomen geht es jedoch, anders als in der alltagssprachlichen Verwendung des Begriffs – wie etwa für ‚auffällige Jugendliche‘ oder eine Person, die als ‚auffällige Erscheinung‘ gewürdigt wird –, gerade um Abweichungen vom Gewohnten, die nicht ohne Weiteres ersichtlich und auch nicht für jeden erkennbar sind. Des Weiteren handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Auffälligkeit im Rahmen der Schwangerschaft. Welche Entität hier eigentlich auffällig wird und welche medizinische Relevanz den identifizierten Auffälligkeiten zukommt, bleibt an dieser Stelle noch in der Schweben. Im dritten Schritt der Fallpräsentation versucht die Gynäkologin diesen Horizont mit diagnostischen Erkenntnissen auszulegen.

Mit dem Übergang von der bisherigen Fallgeschichte zu den aktuell vorliegenden Befunden rückt das Ungeborene in den Mittelpunkt der Situation. Die verbale Darstellung von Untersuchungsergebnissen erzeugt eine erste Sinnfigur des Dritten im Verweisungshorizont medizinischer Sinnzusammenhänge. Im Zuge dieser Verschiebung des thematischen Fokus von der Schwangeren auf das Ungeborene wechselt die Gynäkologin auch das Auslegungsschema. Jetzt geht es nicht mehr um die vergangenen Berührungspunkte zwischen einer schwangeren Patientin und der institutionalisierten Medizin, sondern um den Status quo der pränatalen Beurteilung eines fetalen Körpers. Die Persönlichkeit des Dritten wird hier noch sorgsam ausgeklammert, um sich ganz auf die Frage nach der Funktionalität seines Organismus

Hohlnadel unter Ultraschallsicht durch die Bauchdecke bis in die Fruchthöhle eingeführt, um eine Probe von ca. 10-20 ml Fruchtwasser zu entnehmen. Der Eingriff selbst dauert kaum mehr als 1-2 min. Das Ergebnis liegt nach ca. 14 Tagen vor. Ein zytogenetischer Schnelltest, Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FiSH) genannt, ermöglicht bereits nach einem Tag eine vorläufige Aussage zu den Chromosomen 13, 18, 21 und den Geschlechtschromosomen.“ (Gasiorek-Wiens 2014: 24). Bei der im Vergleich zur Amniozentese wesentlich seltener durchgeführten Chorionzottenbiopsie wird ebenfalls mittels einer Hohlnadel eine Gewebeprobe aus der Plazenta genommen. „Der Vorteil ist die frühere Anwendung ab der 12. SSW [Schwangerschaftswoche, Anm. D.F.], die es erlaubt, bei auffälligen Befunden im Rahmen des Ersttrimesterscreenings bereits nach einem Tag ein vorläufiges Ergebnis (Kurzzeitkultur) zu erhalten. Da auch bei einem erhöhten Risiko auf Chromosomenstörungen die meisten Ergebnisse unauffällig sind, kann dies zur Beruhigung beitragen. In ca. 1-2% der Fälle zeigt sich jedoch ein Mosaikbefund. Dieser muss durch die Langzeitkultur, die etwa 14 Tage dauern kann, weiter abgeklärt werden“ (ebd.: 25).

konzentrieren zu können. Das Vorgespräch bewegt sich damit zugleich in den Kernbereich professionalisierten Wissens, was sich einerseits an der verwendeten Terminologie und andererseits an der nur noch sehr begrenzten Nachvollziehbarkeit der Äußerungen für den soziologischen Beobachter zeigt. Mit aller gebotenen Vorsicht lassen sich jedoch in der vergleichenden Analyse grundlegende Dimensionen der diagnostischen Gestalt des Ungeborenen im Rahmen des Vorgesprächs herausarbeiten, die im Folgenden anhand von zwei Ausschnitten illustriert werden sollen:

Anschließend folgen schnell hintereinander weg eine ganze Reihe medizinischer Fachbegriffe zu den Auffälligkeiten des Kindes, die ich nur noch bruchstückhaft in Erinnerung habe. „Massives Hydramnium“; „Mikrozephalie“; auffällige Hand- und Fußstellungen“; „Erguss“ von Flüssigkeit; „nach hinten versetzte Ohren“; das Kinn sei eingezogen, das Kind habe jedoch einen unauffälligen „Kariotyp“. Hier entschuldigt sich die Gynäkologin bei ihren Kolleg*innen dafür, den unauffälligen Kariotyp nicht gleich zu Beginn erwähnt zu haben. Anschließend fährt sie mit Befunden aus dem Ultraschall fort: „die Harnblase ist gefüllt“; „der Magen ist kaum darstellbar“; auch das „Korpus callosum“ sei kaum darstellbar gewesen. Insgesamt sei das Schallen wegen der vielen Flüssigkeit im Kindskörper schwierig gewesen. „Wir gehen von einer syndromalen Erkrankung aus.“

Dieser Ausschnitt eines schweren, aus ärztlicher Sicht sehr wahrscheinlich letalen Befundmusters zeigt, wie durch die aneinandergereihten Untersuchungsergebnisse sukzessive eine diagnostische Gestalt des fetalen Körpers entsteht. Die pathophysiologischen Vorstellungen des Dritten sind im jeweiligen Fall verschieden hinsichtlich Umfang und Kombination einzelner Befunde, weisen jedoch gemeinsame typische Muster auf. Im Zentrum der diagnostischen Gestalt befinden sich abgesicherte Differenzialdiagnosen, die nur noch mit Begriffen benannt, aber nicht mehr morphologisch beschrieben werden. Sie können mit weiteren Anomalien assoziiert sein, stellen jedoch für sich, wie die „Mikrozephalie“ im zitierten Ausschnitt, schon relativ eigenständige Krankheitsentitäten dar.⁹⁴ Derartige nosologische Einheiten existieren unabhängig vom individuellen Fall und machen es möglich, diesen deduktiv zu klassifizieren in der Form ‚eines Falles von‘. Der Idealtypus einer Differenzialdiagnose bildet eine solche Krankheitseinheit, unter die sich alle Einzelbefunde schlüssig integrieren lassen.

Um einen solchen Wissenskern herum – der je nach Fall mehr oder weniger stabil und manchmal auch gar nicht zu identifizieren ist – befinden sich meist deskriptive Auffälligkeiten zur Deformation einzelner Organe, die als Anzeichen auf eine Pathologie hinweisen, selbst jedoch nicht den Status einer Differenzialdiagnose tragen. In diese Klasse von Wissenselementen gehören u. a. die „„auffällige[n] Hand- und Fußstellungen““ und das eingezogene Kinn. Sie werden nicht abstrakt benannt, sondern in ihrer Gestalt beschrieben, wodurch im Vergleich der Protokolle unterschiedliche Modi morphologischer Devianzen sichtbar werden: das vollständige Fehlen von Organen, eine zu kleine oder zu große Anlage, eine abweichende Position auf der sonoanatomischen Landkarte des Körpers oder Verformungen. In der nächsten Schicht befinden sich situationsgebundene Auffälligkeiten, deren Status als Wissenselement

⁹⁴ Bei einer Mikrozephalie, einer Fehlbildung des Schädels, ist der Schädel des Ungeborenen im Vergleich zu einer normalen Fetalentwicklung zu klein.

unklar ist. Dass im Beispiel der „Magen kaum darstellbar“ gewesen ist, kann sowohl an einer nur rudimentären Anlage des Organs, als auch an Schwierigkeiten der Darstellung liegen, auf die die Gynäkologin kurz darauf verweist.

Über die verschiedenen Bestimmtheitsgrade des diagnostischen Wissens im einzelnen Fall hinaus, wird im vorangegangenen Ausschnitt jedoch auch die unterschiedliche Auslegungsrelevanz einzelner Befunde für die Glaubwürdigkeit eines Diagnosetyps offenbar. Die Entschuldigung der Gynäkologin, den unauffälligen Karyotyp des Kindes nicht schon zu Beginn genannt zu haben, erscheint nur vor dem Hintergrund einer Relevanzhierarchie diagnostischer Erkenntnisse sinnvoll und zeigt zudem exemplarisch die Komplexitätssteigerung, die aus der Wechselwirkung zwischen verschiedenen medizinischen Wissenssträngen entstehen kann. Die zuvor aufgezählten Anomalien werden nur bei einem unauffälligen Karyotyp zum thematisch relevanten Problem. Bei einer positiven genetischen Diagnose auf eine Trisomie 18 hätten sie sich als Elemente passgenau zu diesem Krankheitsbild zusammenfügen lassen, so fehlt den zahlreichen Symptomen jedoch die Ursache als ausschlaggebendes Element. Folglich entschuldigt sich die Gynäkologin in einem Akt der Perspektivenübernahme dafür, das aufgrund der bisherigen Befunde sehr wahrscheinlich schon erwartete Krankheitsbild mit dem negativen genetischen Befund doch noch zu widerlegen. Der „differenzialdiagnostische Problemraum“ (Paul 1996) lässt sich dadurch in diesem Fall nicht vollständig schließen. Mit dem resümierenden „Wir gehen von einer syndromalen Erkrankung aus“, bündelt die Gynäkologin zwar noch einmal alle zuhandenen Auslegungsrelevanzen unter einem allgemeineren Typus und kommuniziert zugleich die Situationsdefinition ihres Teams, aber die Frage, um welche syndromale Erkrankung es sich handelt – nachdem die wahrscheinlichste Option ausgeschlossen ist – bleibt offen.

Am nächsten Ausschnitt lässt sich die ‚Optik‘ diagnostischer Auslegungen noch einmal genauer verfolgen. Dabei werden auch verschiedene Glaubwürdigkeitsgrade einzelner Wissens Elemente und Bedingungen der Wissensproduktion selbst thematisch:

Bei dem Kind, um das es in der heutigen Sprechstunde vorrangig geht, habe sie Auffälligkeiten am Gehirn entdeckt. Die „Seitenventrikel“ seien erweitert und sie habe kein „Corpus Callosum“ sehen können. Soweit es in der Schwangerschaftswoche und bei „Gemini“ ersichtlich sei, wirke das Kind aber sonst unauffällig. Das Herz sehe in Ordnung aus, das Kind sei zeitgerecht und es seien keine größeren Fehlbildungen im Ultraschall erkennbar gewesen.

Die Gynäkologin hat ‚Auffälligkeiten am Gehirn entdeckt‘ und erläutert diese anschließend ihren Kolleg*innen. Dazu setzt sie zunächst das Gehirn als thematischen Kern und bewegt sich von dort aus zu den Seitenventrikeln⁹⁵ und zum Corpus Callosum⁹⁶ und schließlich in dessen inneren Horizont, die von der sonoanatomischen Norm abweichen. Als „Auffälligkeiten“ stellen sie Indizien für eine Erkrankung

⁹⁵ Hirnventrikel bezeichnen mit Flüssigkeit gefüllte Hohlräume im Gehirn, die über Verbindungsstrukturen miteinander kommunizieren können. Das menschliche Gehirn weist vier Ventrikel auf, jeweils ein Seitenventrikel befindet sich in jeder Großhirnhemisphäre.

⁹⁶ Das Corpus Callosum bezeichnet eine Faserverbindung zwischen beiden Großhirnhemisphären, die für den Informationsaustausch zwischen rechter und linker Hirnhälfte verantwortlich ist.

des Ungeborenen dar; ihre alleinige diagnostische Relevanz erreicht jedoch nicht das Niveau eines Leitsymptoms oder eines eigenen Krankheitsbildes. In der diagnostischen Gestalt des fetalen Körpers bilden sie atypische Elemente an einem – allerdings überlebenswichtigen – Organ, deren Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Organs für sich und den Organismus in Gänze noch unbestimmt sind. Da für das Thema ‚Gehirn‘ keine weiteren auslegungsrelevanten Wissens Elemente existieren, springt die Gynäkologin anschließend zunächst relativ weit in den äußeren Horizont, um die Bedeutung der zuvor genannten Befunde für den Zustand des Kindes soweit wie möglich einzuordnen. „Das Kind wirke sonst unauffällig“. Mit diesem Auslegungszug – den sie allerdings unter Vorbehalt stellt – verlässt sie für einen Augenblick den Körper des zukünftigen Patienten und bezieht ihre Deutung auf das Kind als personale Entität. Um sie zu untermauern, wandert sie danach wieder in den inneren Horizont und führt mit dem Herz, der zeitgerechten Entwicklung und keinen größeren Fehlbildungen negative Befunde ins Feld, die als Gegengewicht zu den Auffälligkeiten am Gehirn fungieren.

Was zeigen diese Deutungsbewegungen der Gynäkologin? Zum einen zeichnet sich hier das diagnostische Auslegungsschema ab, das sich auf den inneren Horizont eines fetalen Organismus richtet und anhand der Ultraschalluntersuchung in der Sprechstunde präziser ausgearbeitet werden muss. Es ist konstitutiv für den Entwurf medizinischer Vorstellungen vom Kind und kann zu den elterlichen Entwürfen in Relation gesetzt werden. Zum anderen wird ersichtlich, wie komplex diagnostische Gestalten des Ungeborenen strukturiert sein können und sich zwischen den Polen von Eindeutigkeit und Mehrdeutigkeit unterscheiden. Fehlte im ersten Ausschnitt mit dem negativen genetischen Befund das entscheidende Element zu einem ansonsten stimmigen Befundmuster, halten sich im zweiten Ausschnitt positive und negative Befunde die Waage. Im Vergleich der Fälle, die ich während der Feldphase beobachten konnte, lassen sich idealtypisch verschiedene Diagnosebilder voneinander differenzieren: 1. Eine Differenzialdiagnose über eine isolierte Fehlbildung oder eine syndromale Erkrankung, unter die sich alle Einzelbefunde hinreichend klar integrieren lassen. 2. Diagnosen, in denen die Mehrheit der Wissens Elemente für einen bestimmten Diagnosetyp sprechen, aber – wie im ersten Ausschnitt – Schlüsselemente fehlen. 3. Befundmuster, in denen sich – wie im zweiten Ausschnitt – relevante positive und negative Befunde gegenüberstehen, sodass die gesundheitliche Entwicklung des Kindes vorgeburtlich kaum prognostiziert werden kann. 4. Einzelne Auffälligkeiten, deren Krankheitswert unklar ist oder mehrere Auffälligkeiten, die sich in keinen sinnvollen Zusammenhang bringen lassen.

Der Ausschnitt zeigt darüber hinaus, wie diagnostische Erkenntnisse hinsichtlich ihrer Validität feldintern codiert und erschwerende Bedingungen der Erkenntnisproduktion an den Rändern des diagnostischen Wissens selbst thematisch werden. Die verschiedenen ‚Härtegrade‘ einzelner Wissens Elemente zur fetalen Entwicklung zeichnen sich in den verschiedenen Verben ab, mit denen die Gynäkologin die Untersuchungsergebnisse ins Gespräch bringt. „Entdeckte“ Auffälligkeiten, wie hier die Auffälligkeiten am Gehirn des Ungeborenen, sind noch unmittelbar an die Entdeckungssituation und die Entdeckerin

gebunden, sodass es sich dabei um Wissen handelt, das noch relativ neu und in seiner Auslegungsrelevanz für den Fall noch wenig bestimmt ist. Im Kontrast dazu stehen Befunde, die „vorliegen“, wie z.B. ein Blasensprung in einem anderen Fall; Berichte, Beweise oder eben Befunde können vorliegen. Derart qualifizierte Erkenntnisse stellen ein dokumentiertes und in diesem Zuge auch objektiviertes Wissen zu einem Thema dar, das situationsübergreifend in einem Protokoll festgehalten ist und von verschiedenen Personen jederzeit nachgeprüft werden kann. Wie fein die Abstufungen zwischen der Subjektgebundenheit und dem Objektivierungsgrad von Wissens-elementen hier sein können, wird im Vergleich der Äußerungen „die Seitenventrikel sind erweitert“, „sie habe „kein Corpus Callosum? sehen können“ und das Kind „wirkt sonst unauffällig“ deutlich. Während die Anomalie der Seitenventrikel mit dem höchsten Glaubwürdigkeitsgrad im Indikativ Präsens von Sein eingeführt werden – etwas das so *ist*, lässt keinen Raum für Alternativen –, ist die diagnostische Deutung zur Verbindung zwischen den beiden Großhirnhemisphären weniger bestimmt. Der Verweis der Gynäkologin, sie habe kein Corpus Callosum sehen können, lässt verschiedene Optionen als Ursache zu: es ist nicht vorhanden, es war nicht einsehbar oder es wurde von der Gynäkologin übersehen. Gerade das „Können“ verweist hier doppelseitig auf die diagnostischen Fertigkeiten der schallenden Ärztin wie auf die objektiven Sichtbedingungen während der Sonographie. Am Pol stark subjektiv konnotierter Erkenntnisse wiederum bewegt sich die dritte Aussage, das Kind „wirke“ sonst unauffällig. Hier geht es um den subjektiven Eindruck der Gynäkologin vom wahrnehmbaren Ausdruck des Kindes. Die weitreichendste Deutung in der ganzen zitierten Passage ausschließlich an ihre persönliche Einschätzung zu binden wäre jedoch zu riskant, sodass anschließend weitere unauffällige Befunde mit verschiedener Validität ins Feld geführt werden, um das subjektive Wahrnehmungsurteil soweit wie möglich zu objektivieren.

2.2. Die Fallbesprechung – Arbeit an der interdisziplinären Situationsdefinition

Steht die vorangegangene Fallpräsentation ganz im Dienste der einseitigen Wissensvermittlung von Gynäkolog*innen an ihre Kolleg*innen aus den anderen Disziplinen, besteht die zentrale Herausforderung in der anschließenden Fallbesprechung darin, eine gemeinsam geteilte Situationsdefinition zum Fall zu erarbeiten. In diesem Zuge öffnet sich das thematische Feld für unbeantwortet gebliebene Fragen aus Sicht aller Beteiligten, die Erörterung weiterer diagnostischer Optionen und die Klärung heikler Themen zwischen den disziplinären Perspektiven. Mit den sich verändernden Relevanzstrukturen wandelt sich zugleich auch die Interaktionsordnung der Situation. Wurden im Abschnitt zuvor die anwesenden Ärzt*innen inklusive des Sozialforschers zum Publikum der vortragenden Gynäkologin, sind jetzt alle Mitglieder – ausgenommen der Sozialforscher – dazu legitimiert, aber auch aufgerufen, sich in der Arbeit an der gemeinsamen Position zu engagieren. Diese zweite Phase ist entscheidend dafür inwieweit es gelingt, disziplinäre Verantwortlichkeiten und Prioritäten im interdisziplinären Team zu integrieren, um geschlossen in die anschließende Interaktion mit werdenden Eltern eintreten zu können. Sind die therapeutischen Handlungsfolgen einer Diagnose eindeutig oder die Befunde so unproblematisch, dass unter günstigen Umständen nach der Geburt gar nicht eingegriffen werden muss, beschränkt sich die

aktive Besprechung auf wenige kurze Nachfragen und knappe Antworten. Bei geringer Interaktionsspannung ergeben sich hier in einzelnen Vorgesprächen sogar Spielräume dafür, kurzzeitig die Zügel der Interaktionsordnung zu lockern und die Situation mit einem Witz zu modulieren, wie der folgende Ausschnitt zeigt:

Die Gynäkologin fährt unterdessen fort, dass das Paar keinen „Kariotyp“ bei ihrem Kind machen lassen wollte. Anschließend schaut sie direkt die Neonatologin neben ihr an und fügt noch hinzu, dass aus der Anamnese „vielleicht noch die Information interessant“ wäre, dass auch bei der Mutter und Großmutter der Schwangeren jeweils mehr als zwei Nieren angelegt seien. Die Neonatologin nickt und fragt jetzt, *da die Gynäkologin mit den aus ihrer Sicht relevanten Informationen durch zu sein scheint*, ob das Geschlecht des Kindes bekannt sei. Die Gynäkologin bestätigt dies. Es sei ein Junge. Daraufhin die Neonatologin, lächelnd und in *heiterem* Tonfall: „Immer die Jungs“. Die Bemerkung führt zu einem kurzen allgemeinen Lachen im Raum. Auch ich lache einen Moment mit.

Ein ganz anderes Bild ergibt sich, wenn bei schweren Diagnosen heikle Fragen zwischen den Disziplinvertreter*innen geklärt werden müssen, die sich nicht mehr in den Bahnen routinierter Verknüpfungen zwischen Diagnose und Therapie beantworten lassen und weitreichende ethische Implikationen in sich bergen. In diesen Fällen kann die Verständigung zwischen den Mediziner*innen an Grenzen geraten. Am folgenden Ausschnitt soll zunächst dargestellt werden, wie eine infauste Diagnose mit Blick auf ihre möglichen Handlungsfolgen ausgelegt und eine gemeinsam getragene Situationsdefinition erarbeitet wird:

Einer der anwesenden Ärzte im Raum fragt nach der Schwangerschaftswoche, worauf die zweite Gynäkologin, die bisher nichts gesagt hat, die 34. Woche nennt. *Ich überlege, ob die leitende Gynäkologin dies nicht, wie sonst häufig, am Anfang erwähnt hatte*. Anschließend an die Befundmitteilungen stellt der Neonatologe noch eine Frage, die ich nicht mehr in Erinnerung habe. Danach wendet sich die Gynäkologin noch einmal direkt an ihn und erzählt, dass mit den Eltern bereits gesprochen worden sei. Sie würden keinen Spätabbruch wollen. Sollte das Kind nach der Geburt „nichts können“*, hätten die Eltern auch nicht gefordert, dass die Neonatologen das Kind nicht versorgen dürften. Wenn das so rübergekommen sei, sei das ein Missverständnis gewesen. In der Folge drückt sie sich unklar aus, den Wortlaut ihrer Aussage habe ich nicht mehr in Erinnerung. Sinngemäß fragt sie jedoch den Neonatologen, ob sie das Kind auch palliativ versorgen würden, wenn sich nach der Geburt zeigen sollte, „dass es keinen Sinn hat“. Der Neonatologe antwortet darauf nach einem kurzen Augenblick Stille in *ruhigem* Ton: „Das können wir machen.“

Der Übergang von einer Diagnose zu ihren therapeutischen Folgen wird in den Vorgesprächen nur dann thematisch relevant, wenn sich kein hinreichend eindeutiger Behandlungsprozess aus den pränatalen Erkenntnissen ableiten lässt. Vor dem Hintergrund einer infausten Diagnose stehen im zitierten Ausschnitt zwei diametral entgegengesetzte Optionen im Raum: entweder die Schwangerschaft vorzeitig mit einem Spätabbruch zu beenden – was zu diesem fortgeschrittenen Zeitpunkt eine aktive Tötung des ungeborenen Lebens im Mutterleib bedeuten würde⁹⁷ – oder das Kind auszutragen und existenzielle Entscheidungen auf die Zeit nach der Geburt zu verlagern. An dieser extremen Konstellation wird zum einen exemplarisch deutlich, dass in ethischen Grenzbereichen das medizinische Expertenwissen allein nicht mehr genügt um Handlungsentscheidungen zu begründen, sondern das mit dem Willen der Eltern,

⁹⁷ Zu praktischen, ethischen und rechtlichen Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs vgl. Wewetzer 2008

ihrer Lebenseinstellung und ihren alltagsweltlichen Ressourcen insgesamt, weitere und anders strukturierte Wissensbestände für die Auslegung der Situation relevant werden. Wissens-Entscheidungen werden hier dem Anspruch nach zu wissensbasierten, aber individuellen Wert-Entscheidungen (Bogner 2005: 197 f.). Zum anderen verlagert sich in Fällen, in denen aus der Diagnose kein, zumindest bis auf weiteres, gültiger Handlungsentwurf gebildet werden kann, das ganze Gewicht therapeutischer Entscheidungen auf die Zeit nach der Geburt. Sie wird dann zur Offenbarungssituation in und nach der sich erst zeigt, in welchem gesundheitlichen Zustand sich das Kind befindet und wie gehandelt werden kann.

Zwar stellen die Kontingenzspielräume zwischen pränataler Diagnose und postnatalem Krankheitswert eine grundsätzliche Dimension der Ungewissheit im Phänomen dar. Bei bewährten Verknüpfungen zwischen Diagnose und Therapie, wie z.B. im Falle einer isolierten Gastroschisis⁹⁸, bewegen sich diese Spielräume jedoch im Ordnungsgerüst eines bewährten Handlungsentwurfes, wodurch der Zukunftshorizont der Diagnose bis zu einem gewissen Grad vorausgelegt und in Handlungsschritte gestaffelt werden kann. Die Geburt selbst kann dann prospektiv bereits mit weiteren Behandlungssituationen verbunden und in eine Prozessperspektive integriert werden, die absolute Kontingenz – was nach der Geburt sein wird – weicht dadurch graduellen Ungewissheitsspielräumen zwischen einzelnen therapeutischen Interventionen. Dann geht es vor allem um Fragen wie etwa: Muss das Kind etwas früher per Kaiserschnitt geholt werden, weil sich die Fehlbildung intrauterin zu problematisch entwickelt? Wird sich das Neugeborene so schnell stabilisieren, dass es noch am Tag der Entbindung oder erst im Verlauf der ersten Lebenswoche operiert werden kann? Gelingt es, den Darm in einem Eingriff vollständig in die Bauchhöhle zurück zu verlegen oder wird eine zweite Operation notwendig sein? Wie lange wird das Kind in der Klinik bleiben müssen, bis es sich von der Operation erholt hat und bis die Stoffwechselfunktionen seines Körpers sich selbstständig regulieren?

Im zitierten Ausschnitt ist die Situation aus medizinischer Sicht jedoch eine andere. Sie ist geprägt von existenzieller Ungewissheit. Es besteht die Möglichkeit, dass das Kind noch vor, während oder unmittelbar nach der Geburt verstirbt und von ärztlicher Seite überhaupt nicht helfend eingegriffen werden kann. Während es sehr wahrscheinlich ist, dass die Diagnose nicht mit dem Leben vereinbar ist, kann es jedoch sein, dass das Kind einige Tage oder Wochen leben wird und dann palliativ versorgt werden muss. Schließlich kann auch die Möglichkeit, dass sein Gesundheitszustand nach der Geburt widererwartend doch besser sein wird, nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Unter diesen unsicheren Bedin-

⁹⁸ Die Gastroschisis bezeichnet einen Bauchwanddefekt, bei dem der Inhalt aus der fetalen Leibeshöhle direkt in die Amnionhöhle austritt, sodass sich vor allem die Darmschlingen im fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium im Fruchtwasser befinden und dort in ihrer Entwicklung geschädigt werden können. Eine Gastroschisis wird in der Regel in den ersten Tagen nach einer geplanten Geburt per Kaiserschnitt operiert, wobei der Darm soweit wie möglich wieder in den Bauchraum zurückverlagert wird. In einigen Fällen kommt es vor, dass der Darm mit einem Eingriff nicht vollständig zurückverlagert werden kann und der noch freiliegende Teil des Organs steril eingepackt werden muss. Während in einigen Fällen die Schwerkraft und das Abschwellen der Darmschlingen selbst für den restlichen Einzug in den Bauchraum sorgen, ist in anderen Fällen eine zweite Operation notwendig. Tritt die Gastroschisis isoliert auf, liegt die Überlebenschance für das Kind bei über 95 % (vgl. Reitter/Schlößer 2008, S. 93 f.)

gungen lässt sich pränatal kein Behandlungsprozess entwerfen. So zielt die Frage der leitenden Gynäkologin an den Neonatologen auch nicht auf einen bestimmten Schritt oder einen konkreten Aspekt im Rahmen eines Behandlungsprozesses, sondern grundsätzlich darauf, ob ihre Kolleg*innen aus der Nachbardisziplin das Kind im Sterben begleiten können und den Eltern dieser Weg in der Sprechstunde aufgezeigt werden kann. Zusätzlich zu ihrer existenziellen Dramatik für die betroffene Familie ist das Thema palliative Versorgung auch deshalb schwierig, weil es den Kern des neonatologischen Professionsethos trifft. Das Handeln von Kinderintensivmediziner*innen ist darauf ausgerichtet, Leben zu retten und zu sichern; als Pädiater*innen unterstützen sie Kinder darin, den Sprung in ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu schaffen.⁹⁹ Auch vor diesem Hintergrund muss das kurze ‚Innehalten‘ des Neonatologen vor dem Antworten gelesen werden. Die Sterbebegleitung am Beginn des Lebens bedeutet, neben der Ausnahmesituation für betroffene Eltern, auch eine hoch belastende Situation für das medizinische und pflegerische Personal der Intensivstation, für die er hier die Verantwortung übernimmt. Im Gegensatz zum idealtypischen Verlauf einer Gastroschisis liegt hier der Schluss nahe, dass die möglichen Folgen der Diagnose auch auf der medizinischen Seite die Sphäre der Routine überschreiten.

Fragt man aus der relevanztheoretischen Perspektive ausgehend vom thematischen Gegenstand der Verständigung zwischen der Gynäkologin und dem Neonatologen nach der Art und Weise wie dieser ausgelegt wird, zeigt sich, dass hier die möglichen Folgen der Diagnose nicht mehr extensiv ausgedeutet, sondern in zunehmend vagen Formulierungen nur noch angedeutet werden. Der „Spätabbruch“ stellt zwar den Code für eine institutionalisierte Handlung im Rahmen des medizinischen Schwangerschaftsverlaufs dar, semantisch streng genommen wird jedoch nicht mehr ausgesprochen was abzubrechen zur Debatte stand. Diese Form der Auslegung tritt im weiteren Verlauf der Sequenz an den Äußerungen der Gynäkologin zum befürchteten Krankheitszustand des Kindes nach der Geburt noch deutlicher zum Vorschein, der nur noch mit alltagssprachlichen ex negativo Typisierungen umkreist wird. Besteht die Möglichkeit, dass jemand „nichts können“ wird, verweist dies zunächst auf ein zwar noch nicht eingetretenes, aber umfassendes Nicht-Vorhandensein von Handlungsfähigkeit und grundlegenden körperlichen wie kognitiven Fertigkeiten, wie z.B. Laufen oder Sprechen. Im Kontext der Situation reicht der Bedeutungshorizont der Formulierung jedoch noch tiefer hin zu der Frage, inwieweit der Körper des Kindes in der Lage sein wird, lebensnotwendige Vitalfunktionen selbsttätig zu regulieren. Dadurch oszilliert das „Nichts-können“ zwischen Körper und Leib des Kindes. Sollte sein Zustand nach der Geburt so kritisch sein, dass sein Körper ohne umfassende und dauerhafte intensivmedizinische Versorgung nicht am Leben erhalten werden kann, wird es nicht zu einem relativ autonomen Selbst heranwachsen können, das sich denkend und handelnd in die Welt einschalten, ein Selbst-Bewusstsein entwickeln und in diesem Sinne ein selbstbestimmtes Leben führen kann. Noch einmal diffuser und universaler erscheint wenig später die Aussage, „wenn es keinen Sinn hat“. Indem die Gynäkologin das impersonale „es“ mit

⁹⁹ Zur Wechselwirkung zwischen der intensivmedizinischen und pädiatrischen Handlungslogik im Professionsprofil der Neonatologie vgl. Peter 2013: 467 f.

sinnstiftender bzw. sinnversagender Macht auflädt, rückt der imperative Charakter der Situation in den Fokus, die die Möglichkeiten wirkender Einflussnahme von professioneller Seite vorgibt.

Daran werden noch einmal idealtypisch die Differenz und Bandbreite handlungslogischer Implikationen verschiedener Diagnosen sichtbar: Sie beginnen bei sonographischen Anomalien, die gar nicht den Schweregrad einer Fehlbildung erreichen und bei denen therapeutisch nicht eingegriffen werden *muss*, erstrecken sich über ein weites Feld verschiedener angeborener Fehlbildungen, auf die kurativ eingewirkt werden *kann* und reichen bis zu schweren Befunden wie im zitierten Ausschnitt, die durch medizinische Behandlungen zwar noch in ihrem Leiden für den Patienten gemildert, deren Folgen aber möglicherweise nicht mehr abgewendet werden können. Kurative Therapien gründen sich intentional auf die Heilung oder zumindest darauf, die Lebensqualität von Patient*innen zu verbessern oder zu erhalten. Relevanztheoretisch entsprechen die einzelnen Handlungsschritte in einem therapeutischen Prozess Um-zu-Motiven bezogen auf dieses grundlegende Handlungsziel. Wenn dieses aufgrund der Diagnose nicht erreicht werden kann, hat „es“ keinen Sinn, therapeutische Maßnahmen endlos fortzusetzen; dann bleibt nur noch die Möglichkeit, Patient*innen in ihrer Krankheit und schließlich in ihrem Sterben medizinisch bestmöglich zu begleiten. Vor diesem Hintergrund wird in der zitierten Sequenz ein Sprachmodus sichtbar, mit dem sich die Mitglieder des klinischen Ensembles am Rande des Sagbaren über existenzielle Therapieentscheidungen verständigen. Diese Form der medizininternen Deutungsarbeit an den Grenzen des Thematisierbaren muss in der Folge mit den Verständigungsmodi über derartige Fragen in den Sprechstunden und alltagsweltlichen Auslegungsversuchen des Udenkbaren in den Interviews mit Eltern verglichen werden. In der zitierten Stelle gelingt es der Gynäkologin und dem Neonatologen einen Konsens zu erarbeiten. Der folgende Ausschnitt zeigt dagegen, wie sich an divergierenden Deutungen einer ebenfalls schwerwiegenden Diagnose im Hinblick auf ihre therapeutischen Implikationen auch eine Kontroverse zwischen den Disziplinen entzünden kann:

Bei dem Stichwort „Maximaltherapie“ entzündet sich eine Kontroverse zwischen einer der beiden Gynäkologinnen und der anwesenden Neonatologin über den Geburtsmodus. Letztere macht deutlich, dass für eine Maximaltherapie im vorliegenden Fall eine „geplante Geburt“ vormittags um 10 Uhr ideal wäre, damit rechtzeitig vor der Entbindung ein Team zusammengestellt werden könne das dann bei der Geburt voll einsatzbereit ist. Sie fügt noch hinzu, dass eine normale Geburt für das Kind in seinem Zustand zu anstrengend sei und es bei einer Erstgebärenden nicht einfach so „rausrutscht“. Die Gynäkologin bringt anschließend ihren Verdacht einer bestimmten genetischen Erkrankung des Ungeborenen, die nicht mit dem Leben vereinbar ist, als mögliche Ursache der zahlreichen Fehlbildungen ins Spiel, worauf die Neonatologin zu bedenken gibt, dass bei dieser Diagnose normalerweise schon um die 20. Schwangerschaftswoche herum kein Fruchtwasser mehr vorhanden sei. Die 20. Woche sei in diesem Zusammenhang „der kritische Punkt“. Es geht einige Momente zwischen beiden Ärztinnen hin und her. Sie sind uneinig darüber, inwieweit für eine „Maximaltherapie“ des Kindes eine „geplante Sectio“ notwendige Voraussetzung ist. Die Neonatologin erklärt, dass es mindestens eine Stunde Vorbereitungszeit brauche, um ein voll einsatzfähiges Team bei der Geburt stellen zu können. „Ein Oberarzt muss dabei sein!“ Die Gynäkologin wiederum stellt die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts in Frage. Beide sprechen dabei im „Wir“. Neonatologin: „Ich sage ja nicht, dass es so sein muss, aber wenn wir uns etwas wünschen dürfen“ – dann eine geplante Geburt morgens um zehn. Gynäkologin: „Wir sind ja auch nicht per se gegen einen Kaiserschnitt, aber ...“

Wurde die Geburt im zuvor interpretierten Ausschnitt als Offenbarungssituation für den faktischen Gesundheitszustand des Kindes sichtbar, zeigt sie sich hier als Schlüsselsituation der perinatalen Kooperation, in der alle Beteiligten Hand in Hand arbeiten müssen, um eine bestmögliche Versorgung von Mutter und Kind zu gewährleisten. So erscheint es nicht verwunderlich, dass gerade in der Frage nach dem indizierten Geburtsmodus gynäkologische und neonatologische Sichtweisen in Konflikt geraten können. Die primäre Patientin der Frauenheilkunde ist die schwangere Frau, für die Neonatologie ist der Primärpatient das Kind. Während Schwangerschaftsversorgung und Geburt in den Zuständigkeitsbereich der Gynäkologinnen fallen und ihre Arbeit ‚am Fall‘ kurz nach der Geburt endet, fängt die Arbeit der Neonatolog*innen im engeren Sinne während der Entbindung anschließend an die Entbindung an und erstreckt sich auf eine offene Zeitdauer danach. Vor diesem Hintergrund muss der Verdacht einer nicht mit dem Leben vereinbaren genetischen Erkrankung des Ungeborenen gelesen werden, den die Gynäkologin ins Gespräch bringt. Folgt man dieser Annahme, würde daraus die ethisch dilemmatische Situation entstehen, zwischen der Lebenschance des Kindes und dem medizinischen Risiko eines Kaiserschnitts für die werdende Mutter abzuwägen. Ebenso folgerichtig erscheint vor diesem Hintergrund der Standpunkt der Neonatologin, die die Anstrengung einer natürlichen Geburt für das Kind und den notwendigen zeitlichen Vorlauf für die Zusammenstellung eines voll einsatzfähigen neonatologischen Teams bei der Geburt betont. Hier zeigen sich darüber hinaus ein weiteres Mal die Wechselbezüge zwischen der interaktionstheoretischen und sozialphänomenologischen Situationskonzeption. Stellen Teamzusammenstellung und Geburt aus dem einen Blickwinkel zwei verschiedene Interaktionssituationen dar, bilden sie aus der anderen Perspektive Elemente des übergeordneten Themas der „Maximalversorgung“. Anders als im Ausschnitt zuvor gelingt es hier nicht, die differenten Relevanzsysteme der Disziplinen soweit miteinander in Einklang zu bringen, dass eine gemeinsam geteilte Position zum Fall entsteht.

Mit diesem Ergebnis fächert sich die Fallbesprechung in verschiedene Ablaufmodi auf: 1. knapp gehaltene Frage-Antwort-Sequenzen, die vorrangig dazu dienen, noch fehlende Auslegungsrelevanzen zu Fällen zu beschaffen, deren grundlegendes Verständnis zwischen den beteiligten Disziplinen bereits weitgehend geklärt ist; 2. Konsensbildungen zu schwierigen Fragen, die, wenn sie in einer gemeinsamen Antwort münden, maßgeblich die interdisziplinäre Situationsdefinition tragen; und 3. Kontroversen in schwierigen Fragen die nicht aufgelöst werden können, wodurch die gemeinsame Position zum Fall an entscheidenden Punkten instabil bleibt.

Je komplexer die Arbeit an der interdisziplinären Situationsdefinition ist, desto stärker wird die Interaktionsordnung wieder zentriert. Im ersten Ausschnitt findet das Gespräch nur zwischen der Gynäkologin und dem Neonatologen statt; trotz des Umstands, dass weitere Angehörige aus beiden Disziplinen anwesend sind. Im zweiten Ausschnitt bildet ebenfalls eine dyadische Interaktion zwischen Gynäkologie und Neonatologie den Mittelpunkt des Geschehens; eine zweite Gynäkologin und ein Kinderkardiologe,

die ebenfalls anwesend sind, rücken in den Horizont der ethnographischen Beschreibung. Diese maximal zentrierte Interaktionsordnung im Kontext ungeklärter heikler Themen steht in scharfem Kontrast zum Frage-Antwort-Dialog in der Szene zuvor, in der mit dem Lachen aller Anwesenden über die Bemerkung „immer die Jungs“ eine ohnehin schon unter geringer Interaktionsspannung ablaufende Situation kurzzeitig sogar gemeinschaftlich moduliert wird. Die Zentrierung der Interaktionsordnung im Kontext heikler Fragen steht dabei analytisch mit verschiedenen Funktionen in Zusammenhang: Zum einen wird die Komplexität von Interaktionsprozessen reduziert, je weniger Interaktionszüge von verschiedenen Teilnehmenden sequenziell koordiniert und gemeinsam zu einem interaktiv hervorgebrachten Sinn-Zusammenhang verflochten werden müssen. Zum zweiten rücken dadurch jedoch die Ärzt*innen auch zunehmend in Stellvertreterpositionen, die im „Wir“ für ihr gesamtes Team sprechen und Entscheidungen treffen, für die sie in der Folge vor ihrem Team die Verantwortung tragen müssen. Zum dritten verändert sich schließlich auch die Rolle der anderen Anwesenden. Vom Publikum einer routinierten Fallvorstellungen durch die Gynäkologin, werden sie zu Zeugen einer potentiell krisenhaften Verständigung zwischen verschiedenen Standpunkten, in der nicht mehr nur bereits intersubjektiv nachvollziehbares diagnostisches Wissen lediglich präsentiert, sondern ein gemeinsam getragenes Verständnis über dessen handlungsbezogene Folgen erst erzeugt werden muss. Gelingt dies, kann es die Vertrautheit im interdisziplinären Team stärken. Scheitert die Arbeit an der gemeinsamen Situationsdefinition, gehen die Mitglieder des klinischen Ensembles bereits mit erhöhter interner Interaktionsspannung in die Sprechstunde.

2.3. Einschätzungen der Eltern als Übergangsritual in die Sprechstunde

Das Ende des Vorgesprächs auf der Hinterbühne bilden häufig kurze Einschätzungen werdender Eltern durch die leitende Gynäkologin, die zugleich den Übergang in die anschließende Sprechstunde bahnen. Während ihre primäre feldinterne Funktion darin gesehen werden kann, die Mitglieder des klinischen Teams darauf vorzubereiten, mit wem sie es gleich zu tun bekommen werden, bilden die stichwortartigen Kommentare zur Interaktionsbereitschaft und Aufnahmefähigkeit von betroffenen Eltern in theoretischer Hinsicht wichtige Scharniere im Vollzug eines situativen Übergangs. Mit ihnen kündigt die regieführende Gynäkologin eine grundlegende Veränderung der Interaktionsordnung an, von der professionsinternen Fallbesprechung auf der Hinterbühne hin zur Interaktion mit Patientinnen und Angehörigen auf der Vorderbühne des Sprechstundenzimmers; die intentionalen Bezüge der Situation verschieben sich in der Folge von der theoretischen Einstellung zum Fall hin zur Praxis einer sozialen Begegnung zwischen Ärzt*innen und werdenden Eltern. Dies soll kurz exemplarisch an einem Ausschnitt nachgezeichnet werden:

Die zweite anwesende Gynäkologin erwähnt noch, dass das Kind sehr klein sei. Der Schädel entspreche maximal der 26. Woche. Anschließend richtet die leitende Gynäkologin ihren Blick in die Runde der Kolleg*innen und sagt, dass die Eltern gut zugänglich seien. Dann endet das Vorgespräch und das Team verlässt das Empfangszimmer in Richtung Sprechstunde.

Der knappe einschätzende Kommentar der Gynäkologin zu den Eltern markiert einen Themenwechsel am Ende der Fallbesprechung und kündigt den Übergang in die Sprechstunde an. Jetzt stehen nicht mehr die diagnostischen Erkenntnisse zur Schwangerschaft und ihre therapeutischen Implikationen im Zentrum des situativen Vollzugs, sondern die Möglichkeiten, Herausforderungen und Grenzen der wechselseitigen Verständigung über die Diagnose mit betroffenen Paaren. Im weiteren Verlauf wird es für die Mitglieder der ärztlichen Seite im Arbeitsbündnis zunächst darum gehen, eine möglichst stabile soziale Beziehung zur werdenden Mutter und zum werdenden Vater aufzubauen, um sich auf diesem Fundament über die zu erwartenden und ungewissen Folgen der Diagnose auszutauschen und gemeinsam getragene Entscheidungen vorzubereiten. Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, wenn die Gynäkologin im zitierten Ausschnitt beide Elternteile gemeinsam als Ansprechpartner adressiert und deren Interaktionsbereitschaft ins Zentrum ihrer Aussage stellt.

Was bedeutet die Zuschreibung, dass die Eltern „gut zugänglich“ seien? Zunächst betont die Gynäkologin damit ein bestimmtes Maß an kommunikativer Offenheit und Aufnahmebereitschaft der Eltern im vorliegenden Fall. Die Zuschreibung, ein Anderer sei gut zugänglich, setzt auf der Seite des Zuschreibenden wiederum das Zu-gehen auf diesen Anderen voraus. Ein Urteil über die Zugänglichkeit von Anderen aus der eigenen Erfahrung ist nichts anderes als das Urteil über die Responsivität des Anderen auf meine Apelle. Drückt sich darin zum einen die vorrangige Impulsrichtung der anschließenden Sprechstundeninteraktion aus, wie sie auch in den institutionalisierten Begriffen von „Diagnosestellung“ und „Patientenaufklärung“ deutlich wird, verweist die Zugänglichkeit als Sprachbild zum anderen auf Anforderungen für die Professionellen. Auf jemanden zuzugehen bedeutet kehrseitig, eine angestammte Position zeitweise zu verlassen und sich auf einen Weg zu begeben, bei dem nicht schon im Vorhinein absehbar ist, wohin er führen wird und ob im Bedarfsfall zum Ausgangspunkt zurückgekehrt werden kann. Damit sind Interaktionsbewegungen des An-setzens und Über-setzens ebenso wie des Ab-setzens und Aus-setzens angedeutet, die im Rahmen der Sprechstunde genauer zu verfolgen sind. Schließlich verweist die Zugänglichkeit auf das Problem der Perspektivenübernahme. Eine hinreichende Reziprozität der Perspektiven, wie sie unter den Professionellen vorausgesetzt wird – wobei sich im Zuge der Klärung heikler Fragen gezeigt hat, dass auch im perinatalen Team die Austauschbarkeit der Standpunkte an Grenzen gerät und Relevanzsysteme offensichtlich divergieren können –, kann für die Interaktion mit Eltern nicht mehr ohne weiteres präsupponiert werden und wird in den Kommentaren ‚auf dem Sprung‘ in die Sprechstunde selbst zum thematisch relevanten Problem.

Damit lässt sich das Vorgespräch der Professionellen über den Fall abschließend in drei zentralen Funktionen verdichten: Erstens dient die Fallpräsentation von gynäkologischer Seite zu Beginn des Gesprächs dazu, den Wissensstand zwischen den Sprechstundenteilnehmer*innen anzugleichen und das Kollegium auf den aktuellen Stand zu bringen. In diesem Zuge wird die Schwangere als Patientin gesetzt, die bisherige Fallgeschichte wird rekapituliert und erste diagnostische Gestalten des fetalen Körpers werden entworfen. Diese Imagines des Dritten bewegen sich noch vollständig im Horizont der

theoretischen Einstellung und umfassen noch nicht die spätere visuelle Dimension des Ultraschallbildes ebenso wie die kommunikative Übersetzung von Befunden für werdende Eltern. Gegenüber der meistens monologischen Fallvorstellung erfüllt zweitens die anschließende interaktive Fallbesprechung den Zweck, eine interdisziplinär geteilte Situationsdefinition zu erarbeiten. Je nach Komplexität und Interpretationsspielraum der Diagnose verläuft die Besprechung entweder in knapp gehaltenen Frage-Antwort-Sequenzen zu Detailfragen in weitestgehend klaren Fällen oder sie umfasst Konsensbildungen wie Kontroversen im Horizont schwieriger Themen, in deren Lichte die Unterschiede zwischen den Disziplinen zum Vorschein treten. Die Frage, inwieweit hier eine gemeinsame Haltung zum Fall entwickelt werden kann, ist entscheidend dafür, wie geschlossen das klinische Team in die Interaktion mit werdenden Eltern geht. Schließlich wurde drittens in den kurzen Einschätzungen von Eltern durch die leitende Gynäkologin am Ende des Vorgesprächs ein Übergangsritual in den nächsten Situationsabschnitt sichtbar, das über die Informationen zum gleich zu erwartenden Patiententyp auch den Professionellen unter sich noch einmal anzeigt, dass es jetzt gleich losgeht. Der folgende Beginn der Sprechstunde wird im nächsten Abschnitt beleuchtet.

2.4. Der Übergang in die Sprechstunde

Unmittelbar anschließend an die ärztliche Fallbesprechung beginnt die Sprechstunde mit Patient(en) und Angehörigen. In diesem Zuge transformiert sich die bis hierhin errichtete Situationsordnung grundlegend. Die interdisziplinäre Erörterung eines Falles unter Kliniker*innen weicht der Interaktion zwischen Professionellen und Eltern. Standen bis jetzt die medizinischen Verweisungszusammenhänge pränataler Befunde im thematischen Kern der Auslegung, wird es im Folgenden vielmehr darum gehen, ein gemeinsam getragenes Verständnis der Diagnose und ihrer möglichen Konsequenzen im Spannungsfeld zwischen professionellen und familialen Bezugnahmen zu entwickeln. Die Praxis im Feld wie der Fokus ihrer soziologischen Analyse verschieben sich auf die Wechselwirkung *zwischen* Medizin und Alltagswelt, damit einhergehend verlagert sich auch der Ort des Geschehens vom Empfang, der für die Fallbesprechungen zur klinikinternen Hinterbühne umfunktioniert wird, hin zur Vorderbühne des Sprechstundenzimmers; schließlich verändern sich auch die Zeitbezüge des situativen Vollzugs. Ging es während des Vorgesprächs in aller erster Linie darum, das in vergangenen Untersuchungen bereits aufgeschichtete Wissen zur Schwangerschaft für die gegenwärtige Sprechstunde fruchtbar zu machen, werden in der Kommunikation mit betroffenen Eltern viel stärker die zukunftsbezogenen Verweisungszusammenhänge des gegenwärtigen Wissens relevant, die postnatalen therapeutischen und prognostischen Bedeutungshorizonte einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose.

Im Rahmen der interdisziplinären Pränatalsprechstunde lassen sich grundsätzlich drei Phasen des Ablaufs unterscheiden: **1.** Die Eröffnungsphase der klinischen Interaktion, in der sich Ärzt*innen und Patient*innen begrüßen und ein soziales ‚Setting‘ einrichten müssen, auf dessen Grundlage anschließend das Ungeborene ins Zentrum des Geschehens gerückt werden kann. **2.** Die sonographische Feindiagnostik als medizinischer Kern der Situation. In dieser Phase wird der fetale Körper noch einmal unter

Einbezug einer maximal breiten Expertise aus verschiedenen Fachdisziplinen und der Anwesenheit des betroffenen Paares auf Fehlbildungen untersucht, mit dem Ziel, eine möglichst genaue und abgesicherte Differenzialdiagnose zu stellen. Der mehr oder weniger eindeutige Befund aus dem Ultraschall bildet im dritten Schritt die Grundlage für **3.** die Diagnosestellung und das Gespräch zwischen Mediziner*innen und Eltern über therapeutische Möglichkeiten und prognostische Erwartungen.

3. Der Beginn der Sprechstunde: die Konstitution des klinischen Arbeitsbündnisses für Diagnostik und Therapieplanung

In diesem Kapitel wird die Eröffnungsphase der Sprechstunde beleuchtet. Ihre zentrale Herausforderung für die leiblich anwesenden Teilnehmenden kann darin gesehen werden, einen möglichst stabilen Rahmen primärer Reziprozität einzurichten und sich als klinisches Arbeitsbündnis zu formieren bevor anschließend das Ungeborene als nur vermittelt (be)greifbarer, „epistemisch vager“ (Heimerl 2013: 7) und potentiell flüchtiger Dritter zum riskanten, weil labilen Dreh- und Angelpunkt der Situation gemacht wird. Die Darstellung der Analyseergebnisse erfolgt in drei Schritten: Zunächst werden am Ort des Geschehens **(3.1.)** die räumlichen Anordnungen des Sprechstundenzimmers aus der Beobachterperspektive beschrieben, aus denen territoriale Binnenstrukturen und Funktionspositionen erkennbar werden. Sie bilden die Bühne auf der **(3.2.)** die Begrüßung zwischen Mediziner*innen und Eltern stattfindet. Diese markiert den eigentlichen Beginn der Sprechstunde, in dessen Vollzug eine gemeinsame Praxis eröffnet wird und das klinische Arbeitsbündnis zum ersten Mal in voller Stärke zusammentritt. Anschließend steht **(3.3.)** der Übergang von der Eröffnungsphase in die Ultraschalluntersuchung im Brennpunkt des Erkenntnisinteresses. Dabei müssen simultan auf mehreren Ebenen die Weichen in Richtung des Dritten gestellt werden; das Arbeitsbündnis wird triadisch.

3.1. Die räumlichen (An)Ordnungen des Sprechstundenzimmers: territoriale Binnenstruktur und Funktionspositionen

Die beobachteten Sprechstunden fanden – bis auf eine Ausnahme, die im Folgenden noch thematisch werden wird – im selben Sprechstundenzimmer statt, das sich im ambulanten Bereich der gynäkologischen Klinik befindet. Vom Empfang aus ist es nur wenige Meter entfernt auf der gegenüberliegenden Seite des Flurs gelegen, sodass der Ortswechsel für die Mitglieder des klinischen Teams nach der Fallbesprechung nur wenige Sekunden in Anspruch nimmt. Der folgende Ausschnitt beschreibt daher nicht den Weg der Professionellen an den Ort der Untersuchung, sondern die räumlichen (An)Ordnungen im Sprechstundenzimmer aus der Beobachterperspektive:

Ich betrete das Sprechstundenzimmer durch die Eingangstür, die in einem hellen Holzton gehalten ist. Vor mir erstreckt sich jetzt ein relativ weitläufiger Bereich bis zur Patientenliege, die mit einem weißen Papierlaken bezogen ist und den vorderen vom hinteren Teil des Sprechstundenzimmers trennt. Der vordere Teil ist frei begehbar und nur sehr sparsam möbliert. Am Kopfende der Liege steht ein Stuhl, auf dem in der Regel werdende Väter oder andere Begleitpersonen der Schwangeren Platz nehmen. Zu meiner Rechten

befindet sich ein hoher, schmaler Wandschrank. In meinem Rücken, neben der Eingangstür, ein Waschbecken mit Papiertuch- und Desinfektionsmittelpender. An beiden Seiten des Raumes gehen in etwa auf Höhe der Liege Verbindungstüren zu den Nachbarzimmern ab. Hinter der Tür auf der rechten Seite liegt ein weiteres, kleineres Untersuchungszimmer, hinter der auf der Linken eine Toilette. Im Bereich hinter der Patientenliege befindet sich das schwarze Ultraschallgerät mit Konsole und Monitor. Es steht in der hinteren rechten Ecke des Sprechstundenzimmers und flankiert das Kopfende der Liege von der anderen Seite. Vor dem Gerät steht ein einfacher Drehhocker auf dem die Gynäkolog*innen während dem Schallen sitzen. Direkt an der Wand, in Griffnähe, ein flaches Regal, in dem Ultraschallgel, Tücher und andere Utensilien untergebracht sind. Weiter oben ist ein Flachbildschirm an der Wand montiert, auf dem, zusätzlich zum Gerätemonitor, die Bilder aus dem Ultraschall erscheinen und der sich im Sichtfeld werdender Eltern während der Untersuchungen befindet. Weiter nach links, die Wand entlang, stehen zwei Stühle. Dann folgt ein langer Büroschreibtisch mit zwei PC-Bildschirmen und zwei Schreibtischstühlen davor, der vom Eingangsbereich aus kaum noch einsehbar ist, da das Sprechstundenzimmer im hinteren Sektor links durch einen schmalen Korridor verlängert ist. Der Schreibtisch ragt ca. 1,50 m in diesen Korridor hinein, an dessen Ende sich eine weitere Tür befindet, die auch auf der linken Seite in ein weiteres Untersuchungszimmer führt. Der schmale Korridor ist damit zugleich der Verbindungsgang zwischen zwei Untersuchungsziimmern, zwischen denen sich wiederum die Toilette befindet. Mit seinen weißen Wänden und der ebenfalls weiß bezogenen Patientenliege, dem warmen Deckenlicht und den hellen Holzönen von Fußboden, Schreibtisch und Türen wirkt der Raum einladend auf mich. Gerade nicht klinisch, steril, funktional.¹⁰⁰

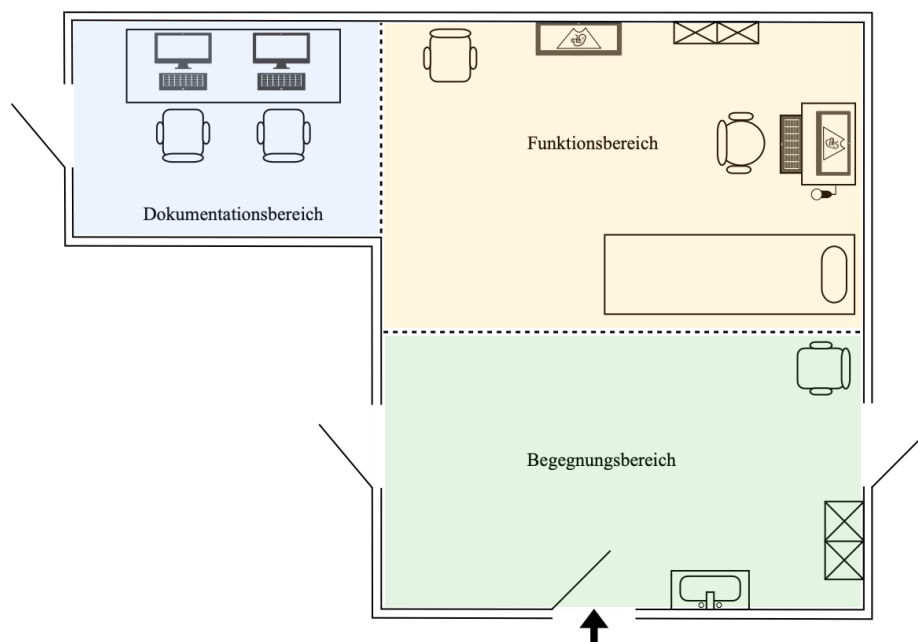


Abbildung 3: Skizze des Sprechstundenzimmers (eigene Darstellung).

Welche Schlüsse lassen sich aus dieser Beschreibung des klinischen Raumes ziehen? Zunächst fällt ins Auge, dass das Sprechstundenzimmer in verschiedene Sektoren untergliedert ist, die mit einer unterschiedlichen Quantität und Qualität von Gegenständen ausgestattet sind. Der vordere Teil besteht in einem frei begehbaren, ‚relativ weitläufigen‘ Eingangsbereich; nur vereinzelt an der Wand befinden sich Einrichtungsobjekte für Gäste (Stuhl am Kopfende der Liege), für Arbeitsmaterialien (Wandschrank)

¹⁰⁰ Dieser Ausschnitt des empirischen Materials entstammt keinem der Gesamtprotokolle aus den Sprechstunden. Da in Letzteren immer nur partielle Beschreibungen des Sprechstundenzimmers in den Daten enthalten sind, wurden mehrere Beobachtungssituationen zu einer ethnographischen Beschreibung der räumlichen Anordnungen integriert. Die alleinige Anwesenheit des Ethnographen im Ausschnitt ist daher fiktiv und dient vor allem der Anschaulichkeit der Beschreibung. Seine faktischen Verstrickungen ins ‚Positionsspiel‘ der primären Feldakteure werden im weiteren Verlauf des Kapitels sichtbar.

und für die Krankenhaushygiene (Waschbecken). In dieser ‚freien‘ Zone finden in den allermeisten Fällen die Begrüßungen zwischen Ärzt*innen und Eltern statt, häufig auch das an die Diagnostik anschließende Gespräch. So wird dieser Zone die primäre Funktion eines Begegnungsbereichs zwischen Medizin und Alltagswelt verliehen. Während sich die Schwangere für die Ultraschalluntersuchung auf die Liege legen muss – raumbezogen gleichsam auf die Schwelle zwischen Begegnungs- und Funktionsbereich – fungiert der Stuhl an deren Kopfende als Box für Begleitpersonen, die zusätzlich mit portablen Territorien des Selbst, etwa in Form von Handtaschen, zu einer familialen Zone im klinischen Raum ausstaffiert werden kann. Die Bewegungsfreiheit des ethnographischen Beobachters als zweitem klinikexternen Teilnehmer beschränkt sich, wie die der Eltern, auf den Eingangsbereich. Die anwesenden Neonatolog*innen positionieren sich während der Sprechstunden häufig an der Wand gegenüber dem Fußende der Liege, im Durchgang zwischen vorderem und hinterem Teil des Raumes, den man passieren muss, wenn man von einem Sektor in den anderen gelangen will. Von den Gastdisziplinen haben sich im Verlauf der Feldforschung nur Kinderchirurg*innen häufiger im Bereich hinter der Liege aufgehalten, von dort die Diagnostik mitverfolgt und im anschließenden Gespräch mit den Eltern die Liege zum Besprechungstisch umfunktioniert. Folglich platzieren und bewegen sich die Eltern, der Sozialforscher und mehrheitlich auch die Gastdisziplinen in der gynäkologischen Klinik über weite Strecken der Interaktion im Begegnungsbereich des Sprechstundenzimmers, dessen Grenze die Patientenliege bildet. Sie kann vor diesem Hintergrund als materialer und symbolischer Raumteiler betrachtet werden.

Im hinteren Teil befindet sich dagegen der medizinische Funktionsbereich mit Ultraschallgerät, klinischem Zubehör für Untersuchungen (Kommode) und Schreibtisch. Dieser Teil des Sprechstundenzimmers ist Hoheitsgebiet der Gynäkologie. Im Gegensatz zum weitläufigen Eingangsbereich entspricht er vielmehr einem engen Korridor, der von Gegenständen umrahmt und selbst noch einmal in zwei Sektoren mit verschiedenen Primärfunktionen parzelliert werden kann. Im hinteren Teil auf der rechten Seite steht das Ultraschallgerät. Mit dem rollbaren Drehhocker davor stellt es den Benutzungsraum der schallenden Ärzt*innen dar, der sich bis auf die Patientenliege erstreckt. Gynäkolog*innen, Schwangere und Ultraschallgerät bilden die drei unverzichtbaren Elemente für eine materiale Brücke in die digitale Welt der Sonographie, in der technisch vermittelte Ausdrucksgestalten des Ungeborenen zum Zentrum des Geschehens in der Diagnostik werden. Ist der ‚Schall‘-Bereich im hinteren Teil des Raumes rechts verortet, erweist sich die Lage des Wandmonitors, parallel zu praktischen Erfordernissen – der Monitor soll von der Liege aus gut eingesehen werden können –, auch in architektonischer Hinsicht als ‚klare Linie‘, die den Ultraschallsektor vom Bereich links hinten trennt. Dort befinden sich mit Schreibtisch und PC der Dokumentations- und Informationsterminal des Sprechstundenzimmers. Hier positionieren sich häufig zweite Gynäkolog*innen, die Patientendaten aufrufen oder eintragen und Dokumente erstellen. Durch den eigentümlichen Wandvorsprung ist der Schreibtisch vom Eingangsbereich aus kaum einsehbar; aus der Position der Eltern am Kopfende der Liege können zwar potentiell die Tätigkeiten am Schreibtisch mitverfolgt werden, aber nicht, welche Daten konkret erzeugt und festgehalten werden. Diese baulichen Wahrnehmungsschranken legen den Schluss nahe, in der Zone hinten links nicht nur

funktionsbezogen einen dritten Sektor, sondern auch dramaturgisch eine Hinterbühne im halböffentlichen Raum medizinischer Untersuchungen zu sehen. Neben Dokumentation und Information ist der Schreibtisch mit Email und Telefon auch der primäre Verbindungsort zur kommunikativen Infrastruktur der Klinik über das Sprechstundenzimmer hinaus – ein weiteres Strukturmerkmal, das Goffman Hinterbühnen zuschreibt.

Die räumlichen (An)Ordnungen des Sprechstundenzimmers erscheinen vor diesem Hintergrund geprägt von der doppelten Anforderung, zugleich medizinischem Handeln und sozialen Interaktionen dienstbar zu sein. Sie können in ihrem Kern als eine architektonische Ausdrucksgestalt der widersprüchlichen Einheit von funktional-spezifischen und diffusen Ansprüchen an professionalisiertes Handeln begriffen werden¹⁰¹ und stellen einerseits den ‚Rohbau‘ für den situativen Vollzug zwischen den Teilnehmenden bereit, der andererseits in der Interaktion erst zu Territorien und Funktionspositionen ausgestaltet werden kann und mit Leben gefüllt werden muss. Raum ohne Interaktion bleibt aus der Goffmanschen Perspektive tote Materie. Die interaktive Herstellung und Veränderung von Raum wird im Folgenden noch mehrfach zu beobachten sein. An dieser Stelle soll zunächst der Doppelcharakter des Sprechstundenzimmers durch einen kontrastiven Vergleich mit seinem Nebenraum auf der rechten Seite noch einmal zusätzlich untermauert werden. Der nachfolgende Ausschnitt entstammt nun wieder einem Sprechstundenprotokoll und beschreibt die veränderte Raumwahrnehmung des Ethnographen im Kontrast zum gewohnten Ort der Untersuchungen:

Der Raum ist wesentlich kleiner und rechteckiger. *Er wirkt wie ein schmaler Schlauch.* Hinter dem frei zugänglichen, aber ebenfalls deutlich kleineren Eingangsbereich folgt, zentral gelegen, in der Mitte des Zimmers eine Patientenliege mit weißem Papierlaken, die zu beiden Seiten jeweils von schmalen Korridoren umgeben wird. Im linken Korridor befindet sich am Kopfende der Liege ein graues Ultraschallgerät, *das mit seinen vielen Knöpfen auf der Konsole noch moderner, noch mehr nach High-Tech aussieht, als sein Pendant im Nachbarzimmer.* Davor der Hocker für schallende Gynäkologi*nnen und noch etwas weiter, in etwa auf mittlerer Höhe der Liege, eine Tür, durch die man ins reguläre Sprechstundenzimmer gelangen muss. Im rechten Korridor steht im hinteren Teil des Zimmers ein weißer Schreibtisch, daneben ein Stuhl. Nach vorne raus zum Eingang ist ein Waschbecken an der Wand angebracht. Einen zweiten Monitor gibt es nicht. Zu Beginn ist das Licht im Raum angeschaltet. Wie im Nachbarzimmer sind die Wände weiß gestrichen und der PVC-Boden in Holzönen gehalten. *Dennoch erzeugt er eine andere Wirkung auf mich. Er ist wesentlich enger, wesentlich mehr Funktions- als Begegnungsraum im Vergleich zum Zimmer nebenan.*

Fragt man zunächst nach den Gemeinsamkeiten zwischen beiden Räumen wird offensichtlich, dass einige Einrichtungselemente und Grundzüge ihrer relationalen Anordnung identisch sind, die dementsprechend als typische Anordnungen eines Sprechstundenzimmers im Feld betrachtet werden können. Die Patientenliege befindet sich im Zentrum des Raumes, links daneben die Box für die diagnostizierenden Ärzt*innen mit Ultraschallgerät und Hocker; auf der anderen Seite ein Schreibtisch und am Eingang ein Waschbecken. Hier beginnen allerdings bereits die wesentlichen, nicht primär quantitativen, sondern qualitativen Differenzen. Ein fester Platz für Begleitpersonen der Schwangeren fehlt hier ebenso wie

¹⁰¹ Zur Spannung zwischen funktional-spezifischen und diffusen Handlungsanforderungen im medizinischen Kontext vgl. die Ausführungen weiter oben in I., 3.5., Fußnote 36.

ein zweiter Monitor an der Wand. Der Schreibtisch taucht nur als schwaches Wahrnehmungsphänomen in der ethnographischen Beschreibung auf und bildet keinen Mittelpunkt eines Sektors mit eigener Funktion, der vom wechselseitigen Wahrnehmungsbereich der Sprechstundenmitglieder größtenteils abgeschottet ist. Stattdessen sticht das noch modernere Ultraschallgerät aus der zitierten Passage heraus und erfordert zusätzliche Auslegungszüge, während es in der Beschreibung des regulären Sprechstundenzimmers von konkurrierenden Relevanzen umgeben ist und sich in ein Setting aus mehreren gewichtigen Objekten einfügt.

Dieses abgespeckte, auf die medizinischen Kerntätigkeiten konzentrierte Arrangement ist vor allem zurückzuführen auf Größe und Form des Raumes und erzeugt beim Ethnographen eine andere Wirkung als sein Pendant nebenan. Er ist ‚wesentlich kleiner und rechteckiger‘ als das vertraute und als Typus zum Vergleich herangezogene reguläre Sprechstundenzimmer. Ein ‚schmaler Schlauch‘ eignet sich nicht für Begegnungen in größeren Gruppen; seine Enge lässt erheblich weniger Spielraum für den simultanen Vollzug verschiedener Tätigkeiten und eine gestaffelte Interaktionsordnung in zentrales Haupt- und periphere, aber legitime Nebenengagements. Schließlich fungiert die Liege hier nicht als Barriere zwischen verschiedenen Raumsektoren mit eigenem Innenleben, sondern avanciert selbst zum raumgreifenden, unverrückbaren topographischen Zentrum des Wahrnehmungsfeldes das um sich herum nur noch Platz für schmale Korridore lässt. Dadurch ist dieses Untersuchungszimmer wesentlich mehr Funktions- als Begegnungsraum. Als aufschlussreicher Kontrast verstärkt es noch einmal die Bedeutung des größeren Eingangsbereichs, der familialen Zone vor der Liege und der Hinterbühne um den Schreibtisch für das räumliche Arrangement im Nachbarzimmer, die mit verschiedenen Funktionen verknüpft sind und ihm insgesamt einen Doppelcharakter verleihen. Nicht zuletzt spiegelt sich das Spannungsverhältnis zwischen medizinischer Funktionalität und sozialer Begegnung im klinischen Raum in der Begründung der leitenden Gynäkologin wieder, warum die Sprechstunde an diesem Tag ausnahmsweise im Nachbarzimmer stattfindet – dort sei das Ultraschallgerät noch etwas genauer.

3.2. Beginn der Sprechstunde: Das Aufeinandertreffen und die Begrüßung zwischen Mediziner*innen und Eltern

Alle beobachteten Sprechstunden fanden, bis auf eine Ausnahme, im regulären Sprechstundenzimmer statt, dessen räumliche Anordnungen im vorangegangenen Abschnitt beleuchtet wurden. Sie bilden den Ort des Geschehens, an dem die Mitglieder des perinatalen Teams auf werdende Mütter und Väter treffen und sich im Vollzug der Begrüßung zum ersten Mal als klinisches Arbeitsbündnis formieren. In der Regel befinden sich die Professionsvertreter – und mit ihnen der Soziologe – bereits vor Ort, wenn Elternpaare, geführt von der leitenden Gynäkologin, das Sprechstundenzimmer betreten. Im Verlauf der Feldforschung konnten in diesem Zusammenhang jedoch verschiedene ‚Anfahrtswege‘ in die klinische Situation beobachtet werden. In einzelnen Fällen befanden sich Eltern bereits im Zimmer, als die Ärzt*innen und der Soziologe hereinkamen, in einem anderen wurden sie am Hintereingang empfangen

und durch den medizinischen Funktionskorridor geschleust. Daraus ergeben sich unterschiedliche Szenarien des Aufeinandertreffens, die im Folgenden anhand von drei Ausschnitten aus dem empirischen Material kurz nachgezeichnet werden sollen. Die erste Szene illustriert die idealtypische Ankunft der Eltern durch den Haupteingang, während die Professionsvertreter*innen bereits im Sprechstundenzimmer warten.

Zum Ende der kurzen Vorbesprechung, die an diesem Tag im Sprechstundenzimmer stattgefunden hat, verkündet die leitende Gynäkologin: „dann sammel ich die Frau X jetzt schonmal ein. Also ich schalle sie jetzt auch zum ersten Mal, aber ich glaube man sieht’s ganz gut“*, und verlässt unter *zustimmendem* Nicken und „ja“ zweier Neonatologen den Raum. Diese stimmen sich anschließend kurz untereinander ab, dass es ausreiche, wenn einer von ihnen bei dem Termin anwesend sei. Daraufhin verabschiedet sich einer der Kinderärzte und verlässt ebenfalls das Sprechstundenzimmer. Im nächsten Moment betritt die Gynäkologin und hinter ihr das Elternpaar durch den Haupteingang den Raum. Sie stellt im Laufen ihren Kollegen – „das ist Herr Dr. F. von den Kinderärzten“ – vor und geht direkt durch in den Bereich hinter der Liege. Die werdenden Eltern sind unterdessen kurz nach Betreten des Sprechstundenzimmers im Eingangsbereich stehen geblieben und *scheinen einen Moment lang zu brauchen, um sich umzuschauen und zu orientieren*. Ich stehe etwas näher zu ihnen als der Neonatologe und *bin froh als ich sehe, dass er gerade auf die Eltern zugeht, um sie zu begrüßen. Während des kurzen Augenblicks zuvor war ich unsicher, ob ich direkt auf sie zugehen und als erster ‚in Empfang nehmen‘ sollte*.

Im zweiten Ausschnitt beginnt die klinische Interaktion unter umgekehrten Vorzeichen. Die werdenden Eltern befinden sich bereits im Sprechstundenzimmer als die Ärzt*innen – und in ihrem Schlepptau der Feldforscher – den Raum betreten:

Als die Gynäkologin die Tür zum Sprechstundenzimmer öffnet sehe ich, dass das zuvor genannte Paar schon im Raum ist. Dann geht die Gynäkologin durch zum Schreibtisch und stellt im Laufen ihre Kollegin aus der Neonatologie als „Frau Dr. G. von den Kinderärzten“* vor. Die angesprochene Neonatologin, die unmittelbar nach der leitenden Frauenärztin den Raum betreten und schon beim hereinkommen „Hallo“ gesagt hat, geht jetzt auf die werdenden Eltern zu, die am Fußende der Patientenliege im schmalen Durchgang zwischen dem vorderen und hinteren Teil des Zimmers stehen.

Im dritten Fall wird das Elternpaar, das vor der Sprechstunde im Nachbarzimmer gewartet hat, durch den Hintereingang in Empfang genommen. Darüber hinaus treten hier mit einem großen Aufgebot an ärztlichem Personal sowie einer zweiten Begleitperson auf der Familienseite weitere Besonderheiten hinzu, die in ihrem Zusammenwirken für einige Unordnung in der Eröffnungsphase der Sprechstunde sorgen:

Auf dem Flur gehen die leitende Gynäkologin und die zweite Gynäkologin voraus, mit etwas Abstand folgen der leitende Neonatologe und die zweite Neonatologin, noch einmal etwas dahinter ich und zum Schluss die dritte Gynäkologin. Die beiden vorderen Gynäkologinnen und der Neonatologe haben bereits den Raum betreten, die Neonatologin bleibt für einen Moment in der geöffneten Tür stehen. Ich selbst bin noch auf dem Flur und sehe nicht was im Raum passiert, *spüre jedoch in meinem Rücken den Blick der dritten Gynäkologin und habe den Gedanken, dass sie endlich rein will. Als ich gerade unruhig werde, rollt der Verkehr vor mir wieder*. Die Neonatologin betritt den Raum. Ich folge ihr nach. Hinter mir schließt die dritte Gynäkologin von innen die Tür. *Es geht alles sehr schnell*. Als ich im Eingangsbereich links an der Wand zum Stehen komme und mich im Raum orientiere, sehe ich, dass die leitende Gynäkologin bereits im Funktionsbereich hinter der Liege hantiert, die zweite Gynäkologin ist für mich gerade nicht einsehbar. *Sie muss in dem schmalen Korridor zwischen Wand und Schreibtisch sein*. Dann höre ich, wie dort hinten

die Tür zum Nachbarzimmer aufgeht und anschließend mehrere Stimmen durcheinander. Im nächsten Augenblick tritt das Elternpaar aus dem Korridor heraus. Sie bleiben am vorderen Ende des Schreibtisches stehen und scheinen sich auch zunächst einen Moment zu orientieren. Am nächsten zu ihnen befinden sich die beiden Neonatologen am Fußende der Liege, die gerade einen Schritt auf die Eltern zugehen und sie nacheinander mit Handschlag und „Hallo“ begrüßen. Die leitende Gynäkologin stellt dabei ihre Kollegen vor: „Das sind Prof. C. und Frau Dr. G. von den Kinderärzten.“ Danach gehe ich auf das Elternpaar zu und begrüße erst den werdenden Vater, der näher zu mir steht, mit Handschlag und den Worten: „Hallo, Dominik Feith, ich bin Soziologe“. Anschließend gebe ich der werdenden Mutter die Hand, komme *in dem ganzen Trubel* aber nur noch dazu „Hallo“ zu sagen. In diesem Moment tritt eine dritte Person aus dem Korridor zwischen Liege und Schreibtisch hervor, die ich bis jetzt nicht sehen oder hören konnte. Sie ist älter als das Paar und ich bin mir sicher, dass es die Mutter von einem der beiden sein muss. Sie und die Neonatologin, die am nächsten zu ihr steht, begrüßen sich ebenfalls mit Handschlag, der Neonatologe greift noch schnell um seine Kollegin herum und gibt der Frau ebenfalls die Hand. Ich überlege einen Moment, ob ich ihr auch noch die Hand geben soll. Dazu hätte ich allerdings um die beiden Neonatologen herum und an dem Elternpaar vorbeigehen müssen. *Ich habe Bedenken damit den Betrieb aufzuhalten und die unangenehme Vorstellung, für einen Moment ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu geraten.* So nehme ich Blickkontakt zu ihr auf, lächle, und sage „Hallo“. Sie erwidert Blick und Lächeln, ob sie noch etwas antwortet, höre ich nicht mehr, da das Elternpaar in diesem Augenblick an den Ärzt*innen vorbei und um die Liege herum in den vorderen Teil des Raumes geht. Die Schwangere bleibt nahe an der Liege stehen.

Während die Begrüßung zwischen den Mitgliedern der Sprechstunde im Folgenden ausführlich betrachtet wird, soll hier zunächst die analytische Aufmerksamkeit noch einmal auf drei Aspekte der sich anbahnenden Interaktionsordnung gelegt werden, die als äußerer Horizont mit Schütz oder als Rahmen mit Goffman die Formierung des klinischen Arbeitsbündnisses kontextuieren. Zunächst kommt in allen drei Ausschnitten die Leitungsrolle der Gynäkologin – Ausschnitt drei zeigt hier exemplarisch, dass im Falle von mehreren Mitgliedern aus einer Disziplin immer nur eine Person die Rolle des Wortführers übernimmt – in ihrer Regieführung der Szenerie zum Ausdruck. Sie legt im Vorfeld fest, wann und von wo werdende Eltern die Bühne betreten, kündigt ihren Kolleginnen mit dem Einsammeln von Frau X den Beginn der Sprechstunde und damit auch deren bevorstehenden Einsatz an und stellt sie dem Paar mit Namen und Funktion vor. Dabei schlüpft sie selbst in das Gewand verschiedener Sozialfiguren. Sie agiert als Gastgeberin, die den Kontakt zwischen verschiedenen, einander noch unbekanntem Teilnehmer*innen der sozialen Situation herstellt, fungiert als Fremdenführerin, die die Eltern durch klinisches Gebiet in den richtigen Raum leitet, und bildet die Vorhut des interdisziplinären Ensembles, die das gesamte perinatale Team hinter sich versammelt um Patienten aufzusuchen, die bereits am Ort des Geschehens warten. War es während der zuvor analysierten Fallbesprechung auf der Ebene des thematischen Feldes der Wissensvorsprung aus Anamnese und vorangegangener Diagnostik, die eine Gynäkologin in der ethnographischen Beschreibung zur leitenden Gynäkologin werden lässt, zeigt sich die Leitungsfunktion mit Blick auf die Interaktionsordnung vor allem an ihrer Regiekompetenz.

Darüber hinaus wird aus den verschiedenen Szenarien des Aufeinandertreffens sichtbar, wie Territorien im Raum des Sprechstundenzimmers bezogen werden und sich auf professioneller Seite Funktionspositionen aufzufächern beginnen. Wurden die räumlichen Anordnungen im Abschnitt zuvor noch auf Grundlage der Inneneinrichtung des Sprechstundenzimmers und fallübergreifender Analyseergebnisse zu ihrem Gebrauch dargestellt, tritt der Prozess des (An)Ordners jetzt im aktuellen Vollzug von Sich-

Positionieren und Positioniert-Werden zum Vorschein. So bleiben die werdenden Eltern, nachdem sie das Sprechstundenzimmer betreten haben, ohne weitere ‚Verkehrshinweise‘ von ärztlicher Seite, von sich aus im Eingangsbereich stehen (1. Ausschnitt), warten an der Schwelle zwischen Begegnungs- und Funktionssektor auf die Professionellen (2. Ausschnitt) oder orientieren sich nach einer Ankunft durch die Hintertür hin zum freien Bereich vor der Patientenliege (3. Ausschnitt). Die Gynäkologinnen wiederum befinden sich entweder schon in ihrem angestammten Territorium hinter der Liege (3. Ausschnitt) oder begeben sich unverzüglich nach Betreten des Raumes durch den Haupteingang dorthin und führen buchstäblich ‚beiläufig‘ ihre Kolleg*innen aus den anderen Disziplinen in die Szene ein. Ein anderes Bewegungsmuster zeigt sich im Falle der Neonatolog*innen. Sie suchen entweder den direkten Weg in die Interaktion mit werdenden Eltern oder warten auf deren Ankunft in ihrer primären Aufenthaltszone rund um das Fußende der Patientenliege. Schließlich zeigen die Ausschnitte auch, dass die Expeditionen des Sozialforschers ins Feld spätestens an der Grenze des Begegnungsbereichs enden. Auch innerhalb des weiten und nicht weitergehend durch Einrichtungsobjekte parzellierten Bereichs, scheinen noch einmal unsichtbare Binnengrenzen, Diskretionssphären um reservierte Zonen zu existieren. So habe ich mich im Verlauf von weit über 20 besuchten Sprechstunden nie nahe an die Liege oder den Stuhl an ihrem Kopfende begeben. Dieses Datum verstärkt zusätzlich zu den Selbstpositionierungen der Eltern – und ihrem dortigen Positioniert-Werden durch die Professionellen, wie weiter unten noch zu sehen sein wird – die Lesart, den Bereich vor dem Kopfende der Liege als alltagsweltlich-familiales Territorium im klinischen Raum zu verstehen.

Die Begrüßung, von der die zuletzt zitierten Passagen schon einen Eindruck vermittelt haben und die im Folgenden genauer unter die Lupe genommen wird, bildet den praktischen Beginn der Sprechstunde. In ihrem Vollzug werden vorausgehende Tätigkeiten einzelner Teilnehmender geschlossen und eine gemeinsame Praxis eröffnet. Ihre zentrale Aufgabe besteht darin, einen möglichst stabilen und stimmigen Rahmen primärer Reziprozität zwischen Professionellen und Eltern für das ungewisse Kommende zu stiften, was sich zunächst an der Interaktionsordnung nachverfolgen und anschließend anhand des thematischen Feldes als Problematik, mit multiplen Fremdheiten im klinischen Arbeitsbündnis umgehen zu müssen, vertiefen lässt. Bildete die Ankunft der Personen am Ort des Geschehens und ein dadurch entstehender Bereich wechselseitiger Wahrnehmung im Goffmanschen Sinne die grundlegende Voraussetzung für eine soziale Situation, wird im Akt der Begrüßung ihr intersubjektives Fundament angelegt, bevor es in die Diagnostik geht. Zu Beginn der Sprechstunde liegt das Zentrum kognitiver und visueller Aufmerksamkeit demnach noch nahezu vollständig im intermediären Raum zwischen den leiblich anwesenden Erwachsenen. Sie müssen erst unter sich bis zu einem gewissen Grad Ordnung herstellen, Rahmenbedingungen für ihre Kooperation schaffen, bevor anschließend der abwesende-anwesende Dritte als Grund ihrer Zusammenkunft in den Mittelpunkt rücken kann.

Wie sieht nun die typische Form des wechselseitigen Sich-bekannt-machens in der Pränatalsprechstunde aus? Wer tritt hier wie mit wem in Kontakt? Dazu wird einer der vorangegangenen Ausschnitte noch einmal zitiert. Diesmal jedoch mit der vollständigen Begrüßungsszene:

Im nächsten Moment betritt die Gynäkologin und hinter ihr das Elternpaar durch den Haupteingang den Raum. Sie stellt im Laufen ihren Kollegen vor – „das ist Herr Dr. F. von den Kinderärzten“ – und geht direkt durch in den Bereich hinter der Liege. Die werdenden Eltern sind unterdessen kurz nach Betreten des Sprechstundenzimmers im Eingangsbereich stehen geblieben und *scheinen einen Moment lang zu brauchen, um sich umzuschauen und zu orientieren*. Ich stehe etwas näher zu ihnen als der Neonatologe und *bin froh, als ich sehe, dass er gerade auf die Eltern zugeht, um sie zu begrüßen. Während des kurzen Augenblicks zuvor war ich unsicher, ob ich direkt auf sie zugehen und als erster ‚in Empfang nehmen‘ sollte*. Der Kinderarzt begrüßt beide Eltern jeweils einzeln mit Blickkontakt, Lächeln, Handschlag und „Hallo“. Die Schwangere und ihr Partner antworten ebenfalls mit „Hallo“ und erwidern Lächeln und Blickkontakt. Dann bin ich an der Reihe. Zuerst begrüße ich die werdende Mutter, die näher zu mir steht mit Handschlag und den Worten „Hallo, Dominik Feith, ich bin Soziologe“. Sie antwortet darauf wieder mit „Hallo“. Ihr Händedruck ist *kräftig und trocken*. Die Gynäkologin kommentiert auch meine Begrüßung mit „Herr Feith, ein Kollege aus der Soziologie“. Den werdenden Vater begrüße ich anschließend nur noch mit Handschlag und „Hallo“. Sein Händedruck ist ebenfalls *kräftig und trocken*.

Die typische Form des Begrüßungsaktes umfasst als seine drei wesentlichen Komponenten eine visuell-mimische Interaktion über Lächeln und Blickkontakt, die haptisch-taktile Dimension des Handschlags und eine kurze Ansprache. Betrachtet man die einzelnen Komponenten genauer zeigt sich, dass im Gruß nicht nur Performanz und Semantik miteinander verschränkt sind, sondern sich der Vollzug auch auf verschiedenen Kanälen eines interleiblichen Dialogs abspielt. Die direkte Berührung zwischen zwei Körpern über den Händedruck erzeugt einen Moment der Zwischenleiblichkeit.¹⁰² Während die frontale Ausrichtung zueinander die Begrüßungsdjade relativ gegenüber der äußeren Umgebung abschirmt, müssen im Ineinandergreifen der Hände nicht nur zwei Körperbewegungen gegenseitig aufeinander abgestimmt werden, sondern der Andere wird über die Hand auch leiblich spürbar. Wärme, Feuchtigkeit und Intensität des Händedrucks, ebenso wie die Oberflächenbeschaffenheit der Haut, appäsentieren einen Eindruck von der aktuellen und habituellen Verfassung des Gegenübers.¹⁰³ Blick und Lächeln, als zweite mimische Vollzugsebene des Austauschs, können in diesem Zusammenhang tendenziell als Ge-

¹⁰² Zum Konzept der Zwischenleiblichkeit Waldenfels 2000: 286: „Anlässlich der Frage, wie wir uns gemeinsam auf die Dinge in der Welt beziehen, greife ich zurück auf den Begriff der *intercorporéité*, den Merleau-Ponty geprägt hat und der am besten mit ‚Zwischenleiblichkeit‘ zu übersetzen wäre. [...] Dieses Zwischen bedeutet nicht, daß es ein A und ein B und einen Zwischenraum zwischen beiden gibt, denn das Zwischen ist nicht das, was zwischen A und B ist, sondern dieses Zwischen bezeichnet die Sphäre, die allererst zur Ausdifferenzierung von A und B führt“ Herv. im Orig. Begreift man die Begrüßung im Kontext dieser Überlegungen als Phänomen der Zwischenleiblichkeit wird einsichtig, dass im wechselseitigen Akt des Begrüßens und Begrüßt-Werdens auch das eigene Selbst erfahren und Anerkennung geschenkt oder versagt werden kann.

¹⁰³ Dies zeigt sich auch an vereinzelten Stellen in der Responsivität des Ethnographen, wie der folgende Protokollauschnitt exemplarisch illustriert: „Zuerst gebe ich der Schwangeren vorsichtig die Hand, da ihre rechte Hand ab den Fingerknöcheln weiß bandagiert ist und sage „Hallo“. Ich meine mich zu erinnern, auf dem Handrücken eine rote Kanüle herausragen gesehen zu haben und denke in der Situation an eine Infusion. Sie antwortet ebenfalls mit „Hallo“, lächelt und erwidert meinen Blickkontakt. Ihr Händedruck ist *weich und schwach, ich spüre den etwas aufgerauten Verband an meiner Hand. Sie sieht noch sehr jung aus. Ihre Gesichtszüge wirken auf mich eher jugendlich als erwachsen und mütterlich*. Während ich die Schwangere begrüße, sagt die Neonatologin begleitend: „Herr Feith, ein Soziologe“, dann drehe ich mich etwas nach rechts zum werdenden Vater. Wir geben uns ebenfalls die Hand und begrüßen uns gegenseitig mit „Hallo“. Auch er erwidert Blickkontakt und Lächeln. *Seine Hand fühlt sich etwas feucht und warm an*. Während ich bemerke, dass sein Gesichtsausdruck nichts dahingehend erkennen lässt, *habe ich den Eindruck, dass er sehr angespannt ist*.“

gengewicht gegen die leiblich-affektiven Züge des Händedrucks gelesen werden. Das menschliche Antlitz, als Sitz von Geist und Vernunft wird im wechselseitigen Blick zur Expressionsfläche der unmittelbarsten Form (Simmel 1992: 722 f.) sozialer Wechselwirkung. Die Kehrseite der maximalen Synchronisation bildet ihr exkludierender Charakter. Ein direkter Blickkontakt – Auge in Auge – ist nur zwischen zwei Personen möglich. Die mimische Interaktion stabilisiert daher den zwischenleiblichen Binnenraum der schnell wechselnden Dyaden zusätzlich und schließt sie relativ von den weiteren Anwesenden ab, die in diesem Augenblick zum Publikum werden. Komplettiert wird die Begrüßung schließlich mit einer gegenseitigen Ansprache. „Hallo“ stellt eine alltagsweltliche Grußformel dar, deren Semantik den Akt eher informalisiert als individuiert, wie es bei einer wechselseitigen Verkündung von Eigennamen der Fall gewesen wäre.

Die typische Form der Begrüßung zwischen Ärzt*innen und Eltern – und auch zwischen dem Sozialforscher und den Eltern – am Beginn der Sprechstunde verläuft folglich über drei im Vollzug interferierende, aber theoretisch differenzierbare Ebenen leiblicher Korrespondenz, die mit unterschiedlichen Bedeutungsdimensionen verknüpft sind: Affektivität, elementare Reziprozität und Modus der Interaktion. Aus den vorangegangenen Überlegungen lässt sich der Schluss ziehen, dass sich im Begrüßungsakt noch nicht im engeren Sinne Rollenträger*innen zu einem arbeitsteilig organisierten Handlungsablauf zusammenfinden, sondern hier zunächst Personen in ihrer leibhaftigen Präsenz eine soziale Beziehung miteinander eingehen. Darauf bezieht sich der oben schon genannte Rahmen primärer Reziprozität, dessen Einrichtung die zentrale Herausforderung der Eröffnungsphase darstellt. Zuerst muss ein soziales Band zwischen Personen in der klinischen Situation geknüpft werden, bevor in der Ultraschalluntersuchung an Körpern gearbeitet und im Gespräch Handlungsentscheidungen diskutiert werden. Dies setzt jedoch ein hinreichendes Maß an leiblicher Responsivität und interaktiver Zugänglichkeit gegenüber der Situation und ihren Teilnehmer*innen voraus. Umgekehrt verweist ein Scheitern der Begrüßung bereits zu Beginn der Interaktion auf eine hohe Anspannung einzelner Mitglieder, wie der folgende Ausschnitt zeigt:

Nachdem die Schwangere den Kinderchirurgen und die Neonatologin begrüßt hat, bleibt sie direkt vor der Liege stehen und schaut in Richtung Schreibtisch, wo die beiden Gynäkologinnen gerade miteinander sprechen. Ich war schon im Begriff auf sie zuzugehen, um sie ebenfalls zu begrüßen, breche die Bewegung aber im Ansatz wieder ab, als sie mir den Rücken zudreht. Die Neonatologin versucht die Schwangere auf mich aufmerksam zu machen: „Darf ich Sie auch nochmal kurz?“ Als sie nicht erkennbar reagiert, kommt die Kinderärztin langsam vor die Liege gelaufen und berührt sie mit der rechten Hand leicht am Rücken. *Es sieht aus, als würde sie vorsichtig den Arm um sie legen und versuchen, sie dabei nicht zu erschrecken.* Im Augenblick der Berührung dreht sich die Schwangere *ruckartig* zur Neonatologin um, die jetzt einen zweiten Anlauf nimmt: „Darf ich Sie auch nochmal kurz“, sich demonstrativ zu mir dreht und mit der rechten Hand in meine Richtung deutet. Daraufhin dreht auch die Schwangere ihren Körper in meine Richtung. Dann gehen wir beide aufeinander zu und reichen uns die Hände. Ich sage *lächelnd*, „Hallo, Dominik Feith, Soziologie“. Die Schwangere antwortet mit einem *leisen, tonlosen* „Hallo“ und schaut mich nicht direkt an. *Ihre Gesichtszüge scheinen die Begrüßung nicht ‚mitzumachen‘. Sie wirkt versteinert, in sich gekehrt.* Nachdem wir uns begrüßt haben, geht sie zwei Schritte in Richtung Kopfende der Liege und stellt sich neben ihre Mutter.

In der Szene wird deutlich, wie die Neonatologin auf verschiedenen Kanälen versucht, die Schwangere auf den Ethnographen aufmerksam zu machen, damit die Begrüßung zwischen diesen beiden doch noch von statten gehen kann. Warum diese Beharrlichkeit, könnte man an dieser Stelle fragen? Ist der Soziologe so wichtig, dass er auch noch zeremoniell in das Feld der Teilnehmenden integriert werden muss? Auch hier liegt es nahe, die Ursachen dafür im intersubjektiven Fundament der Situation zu suchen. Ein nicht integrierter, ungebundener Akteur stellt in einer Situation, in der Intimes veröffentlicht wird und existenzielle Fragen thematisch werden können, eine potentielle Bedrohung dar. Der Grund für seine Anwesenheit und seine Position im situativen Gefüge blieben im Dunkeln und würden ihn zu einem Fremden mit undurchschaubaren Absichten machen. Gerade diese Unbestimmtheit, die durch die Begrüßung zumindest ein Stück weit gebannt wird, könnte im weiteren Verlauf die Aufmerksamkeit der Schwangeren von den relevanten Themen ablenken, wenn sie sich fragen sollte, wer eigentlich dieser Mann im Eingangsbereich ist, der nichts tut, nichts sagt, aber die ganze Zeit anwesend ist. Dies könnte eine ohnehin schon angespannte Situation zusätzlich unter Druck setzen.

Die leitende Gynäkologin nimmt – wie die weiteren Mitglieder ihres Teams – selbst nicht mehr an der Begrüßung der Eltern teil, sondern moderiert die Vorstellungen ihrer Kolleg*innen aus den anderen Disziplinen. Ihre kurzen Kommentare erfüllen dabei mehrere Aufgaben mit Blick auf die sich entfaltende Ordnung der klinischen Situation. Erstens buchstabiert sie, im Kontrast zur stark diffusen Begrüßungsinteraktion, die funktional-spezifische Seite der Beziehung zwischen ihren Kolleg*innen und den werdenden Eltern weiter aus. Mit Formulierungen, wie: „Das ist Herr Dr. F. von den Kinderärzten“ typisiert sie den angesprochenen Arzt über Titel, Name und Disziplin und schreibt ihm damit eine bestimmte Rolle in der Situation zu. „[V]on den Kinderärzten“ rückt den Angesprochenen einerseits in den Status eines abgesandten Stellvertreters einer anderen Gruppe innerhalb der Klinik, andererseits bildet der Begriff des *Kinderarztes* häufig den einzigen Anhaltspunkt während der Begrüßung, an dem das Ungeborene indirekt schon im Horizont auftaucht. Zweitens behält sie die Zügel der Interaktionsordnung mit ihrer Moderation in der Hand und bringt ihre leitende, dirigierende Rolle darin zum Ausdruck. Vor dem Hintergrund, dass sowohl die haptische als auch die visuelle Dimension der Begrüßung dyadisch exklusiv sind, erscheint es folgerichtig, aber auch die einzige Möglichkeit, über die Sprache einen Zugang zu den Begegnungen der Anderen zu suchen. Drittens steuert sie mit Form und Inhalt ihrer Beiträge – die in diesem Kontext auch als Interventionen gelesen werden können – der esoterischen, diffusen Dynamik der zwischenleiblichen Interaktionen entgegen. Wurde weiter oben das soziale Band zwischen ganzen Personen hervorgehoben, das in gelingenden Begrüßungen geknüpft werden kann, kontextualisiert sie die einzelnen Begrüßungsakte mit Informationen zu allen nicht-elterlichen Teilnehmenden und integriert sie damit in die Perspektive eines zu entfaltenden Handlungszusammenhangs.

Die Relevanzstrukturen der Eröffnungsphase werden nicht zuletzt auch an der Interaktion zwischen Feld und Ethnograph sichtbar. Auf der einen Seite bin ich der unwichtigste Teilnehmer, was vor allem darin offensichtlich wird, dass ich mich als letzter in die Begrüßung von werdenden Müttern und Vätern einreihe. Einen weiteren Ausdruck findet die unbestimmte Position in der Interaktionsordnung in meiner Unsicherheit darüber, wie viel Raum für meine Begrüßung der Eltern noch vertretbar ist, ohne den Betrieb aufzuhalten. Auf der anderen Seite wäre es aus feldinternen Gesichtspunkten, gerade wegen dieser primären Funktionslosigkeit des Soziologen in der Situation, riskant, ihn nicht via Begrüßungsakt ins Feld der Teilnehmenden einzubinden. Wie mich Eltern wahrnehmen, ob sie überhaupt einen Unterschied zwischen den Ärzt*innen der Klinik und dem klinikexternen Soziologen machen, bleibt offen; rein interaktionslogisch liegt der Schluss jedoch nahe, dass ein Fremder im Raum veröffentlichter Intimität zur potentiellen Bedrohung einer Ordnung werden kann. Die Begrüßung zwischen Eltern und Ethnograph umfasst, bis auf feine Unterschiede in der Semantik, dieselben Komponenten wie die der Mediziner*innen. Auch ich werde von der leitenden Gynäkologin vorgestellt und damit als Mitglied des Sprechstundenensembles legitimiert; dagegen weichen sowohl die Vorstellung der Gynäkologin als auch meine verbale Selbstpräsentation von der der Mediziner*innen ab. „Herr Feith, ein Kollege aus der Soziologie“ bestimmt die Art der Beziehung zwischen den Kliniker*innen und mir. Anders als „Herr Dr. F. von den Kinderärzten“ wird der Ethnograph nicht als Abgesandter eingeführt – die minimale Voraussetzung dafür, zu einem Ereignis entsandt zu werden, wäre ein konkreter Handlungsauftrag –, sondern vielmehr in einer außermedizinischen Disziplin verortet. Zugleich wird in den Beobachtungsprotokollen auch ersichtlich, dass sich der Ethnograph, anders als meistens die Ärzt*innen, in fast allen Fällen mit Namen und Disziplin selbst vorstellt. Auch dieses Datum kann dahingehend interpretiert werden, dass meine Anwesenheit in der Sprechstunde nicht selbstverständlich ist, ich nicht schon durch die Zugehörigkeit zur Klinik institutionell gerahmt bin, sondern mich selbst noch bestimmen muss, um für Andere deutbar und damit auch (an)erkennbar zu werden.

Besteht die Begrüßung *interaktionslogisch* im Kern aus einer diffusen interleiblichen Praxis zwischen Zweien, liegt das zentrale *Thema* des Beginns in der Bewältigung von Fremdheit. Werdende Eltern müssen als Fremde in den klinischen Raum aufgenommen werden; umgekehrt müssen die Mediziner*innen von ihnen als vertrauenswürdige Expert*innen angenommen werden. Nur wenn es gelingt, eine hinreichende Vertrauensbasis zwischen beiden Seiten herzustellen, kann ein stabiles Arbeitsbündnis entstehen, das zukünftige Handlungen, Entscheidungen und potentielle Krisen (er)trägt. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vermittlungsrolle der leitenden Gynäkologin während der Begrüßung auch noch einmal in einem anderen Licht. Sie ist in der Regel die Einzige, die schon im Vorfeld der Sprechstunde beide Parteien der klinischen Zusammenarbeit kennt und entsprechend auch die Einzige, die beide miteinander bekannt machen kann. In dieser Anfangsphase der Interaktion spielt das Kind als Grund der Zusammenkunft noch keine Rolle. Erst müssen die Erwachsenen zueinander in Begegnung treten und ihre Beziehung untereinander soweit klären, dass dieser Rahmen primärer Reziprozität anschließend zu Gunsten des Dritten in den äußeren Horizont des Geschehens rücken kann.

Doch um welche Formen von Fremdheit geht es hier, die durch den Gruß zumindest teilweise abgebaut und gebändigt werden sollen? An dieser Stelle helfen theoretische Überlegungen von Waldenfels und Schütz, das Fremde als Thema weiter aufzuschlüsseln. Ausgehend vom Eigenen unterscheidet Waldenfels verschiedene Steigerungsgrade der Fremdheit. „Zunächst begegnet uns eine *alltägliche* und *normale* Form der Fremdheit. Sie umfaßt all das, was *innerhalb der eigenen Ordnung* fremd bleibt, so der unbekannte Passagier auf der Straße und im Kaufhaus“ (Waldenfels 1997: 72, Herv. im Orig.). Diese alltägliche, gleichsam vertraute Form von Fremdheit wirkt im Hintergrund jeder Begrüßung zwischen Unbekannten. Auch am Beginn der Pränatalsprechstunde begegnen einander unbekannte Personen. Handschlag, Blickkontakt, Lächeln und Hallo bilden hier zuallererst Ausdrucksgestalten einer gegenseitigen Anerkennung zwischen Menschen, noch abgesehen von deren spezifischen Rollen und Funktionen. Auf dieser Ebene unterscheiden sich Ärzt*innen nicht von Eltern und beide nicht von Soziologen. Um zwischen allen Teilnehmenden eine Beziehung herzustellen, müssen fremde Ansprüche wechselseitig beantwortet werden. Wie fundamental Anerkennung im Gruß geschenkt, erwidert, ausgehandelt und versagt werden kann, zeigt sich exemplarisch an dem Phänomen, wenn ein gegebener Gruß vom Adressaten nicht erwidert wird. Dies bedeutet nicht nur das Scheitern einer sozialen Praxis, sondern darüber hinaus eine drohende Diskreditierung der Person, die sich im Gruß einem Anderen zugewandt hat und sich dabei selbst mit einem Anspruch auf Zuwendung der Antwort des Anderen preisgibt.

Das Problem der Fremdheit geht im klinischen Arbeitsbündnis jedoch über diese Form hinaus. Den nächst höheren Fremdheitsgrad sieht Waldenfels in einer strukturellen Form von Fremdheit: „Die Fremdheit steigert sich, wenn wir von einer *strukturellen Fremdheit* ausgehen. Sie betrifft all das, was *außerhalb einer bestimmten Ordnung* liegt. Denken wir an Ordnungen, die das Leben im ganzen betreffen und eine Lebenswelt und bestimmte Lebensformen generieren“ (Waldenfels 1997: 72, Herv. im Orig.). In der Sprechstunde treffen nicht nur fremde Personen, sondern auch verschiedene Welten aufeinander. Die gesellschaftlichen Sphären der Medizin und der Familie stellen relativ eigenständige Wirklichkeitsbereiche mit verschiedenen Relevanzstrukturen dar. Die strukturelle Differenz zwischen Relevanzsystemen bildet wiederum für Schütz den entscheidenden theoretischen Ansatzpunkt zur Konzeptualisierung von Fremdheit.¹⁰⁴ Es liegt nahe anzunehmen, dass die zentralen Themen, die von professioneller und alltagsweltlicher Seite mit der Situation verknüpft sind, sich ebenso unterscheiden, wie die Wissensbestände und Handlungsmuster, die zu ihrer Bewältigung mobilisiert werden. Steht eine frühzeitige und abgesicherte Differenzialdiagnose medizinisch gesehen am idealtypischen Beginn eines Behandlungsprozesses, bedeutet sie für werdende Eltern nicht selten den Einbruch eines dramatischen Ereignisses in die Mitte des eigenen Lebens, das ihre Welt fundamental ins Wanken bringen kann. Der

¹⁰⁴ Vgl. hierzu die Fußnote in Schütz 2011: 71, in der Schütz betont: „daß alle Hindernisse, auf die der Fremde bei seinem Versuch, die Gruppe, der er sich nähert, auszulegen, trifft, aus der Inkongruenz der Konturlinien der beiderseitigen Relevanzsysteme entstehen und daher aus der Verdrehung, die das Relevanzsystem des Fremden in der neuen Umgebung unterliegt.“

Gruß, als eine für beide Seiten vertraute Praxis über die Grenze zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen hinweg, kann hier die Sicherheit schaffen, sich auch unter den Voraussetzungen differenter Relevanzsysteme wechselseitig verstehen zu können.

In seiner teils autobiographischen Untersuchung zum Immigranten als Fremder in einer anderen Kultur schreibt Schütz mit Blick auf die mit der Immigration einhergehenden Veränderungen: „Für den Fremden geht es in der neuen Gruppe aber darum, sich aus einem unbeteiligten Zuschauer in ein angehendes Mitglied zu verwandeln. Das kulturelle Muster der Gruppe, in der er nun lebt, ist daher nicht mehr bloß Gegenstand seines Denkens, sondern ein Segment der Welt, die durch Handeln bewältigt werden muß“ (Schütz 11: 66). Trotz der unterschiedlichen Gegenstände – bei Schütz der Fremde, der dauerhaft in einer neuen Kultur Fuß zu fassen versucht, hier die zeitlich begrenzte Phase von Schwangerschaft und Lebensbeginn des Kindes, in der Professionelle und Eltern aufeinander angewiesen sind – verweist das Zitat auf eine weitere Facette des Fremdheitsproblems im Arbeitsbündnis. Auch für Paare auf dem Weg zur Elternschaft wird das abstrakte Wissen um die Risiken einer Schwangerschaft und die ‚ferne‘ Welt der Perinatalmedizin mit dem ersten auffälligen Befund häufig schlagartig zum konkreten Handlungs- und Auslegungsproblem. Das zuvor noch unthematische Andere wird als Fremdes problematisch, das sich den eigenen Ordnungskräften entzieht. Anders als im Falle des Fremden bei Schütz zeichnet sich die Situation betroffener Paare dadurch aus, dass sie das medizinische Problem nicht selbstständig lösen können, obwohl es sie existenziell betrifft, sondern dessen Bearbeitung vielmehr in die Hände von Anderen legen müssen. In der klinischen Situation prallen zwar zwei verschiedene Welten aufeinander, die primäre Behandlung der Diagnose fällt jedoch in die Welt der Medizin. Sind die Startbedingungen auf der Ebene alltäglicher Fremdheit für alle Beteiligten gleich, ist die strukturelle Fremdheit der jeweils anderen Welt für beide Seiten des Arbeitsbündnisses nicht in gleicher Weise problematisch. Die fremde Situation für werdende Eltern ist eine vertraute für die Professionellen; sie müssen in die Welt der Klinik eingeführt werden, nicht umgekehrt die Ärzt*innen in die Sinnzusammenhänge des paarinternen Alltags. Dieser Umstand kommt in der Semantik der Begrüßung zum Ausdruck. An den zitierten Passagen aus dem Material fällt auf, dass nur die Mediziner*innen von der Gynäkologin mit Name, Titel und Disziplin vorgestellt werden, jedoch nicht die werdenden Eltern. Letztere führen sich auch nicht selbst als ‚Frau und Herr X, die Eltern von Y‘ ein. Während die Professionellen, wie die zuvor analysierte Fallbesprechung gezeigt hat, bereits relativ viel über den Verlauf der Schwangerschaft wissen und auch über einige Informationen zu den werdenden Eltern verfügen, wissen diese umgekehrt in der Regel vermutlich wenig über die anwesenden Ärzt*innen. Den meisten Paaren in der Sprechstunde werden Angehörige der Neonatologie, Kinderchirurgie und weitere nicht nur als Personen, sondern auch in ihrer fachspezifischen Funktion unbekannt sein, die sich am äußeren Erscheinungsbild kaum ablesen lässt. Im Zuge der Begrüßung erkennen sich folglich nicht nur einander fremde Personen wechselseitig an, sondern sie dient auch dazu, werdende Eltern bereits in Ansätzen in die Ordnung der klinischen Welt einzuführen.

Das Fremde findet bei Waldenfels schließlich seine „höchste Steigerung in einer *radikalen* Form der Fremdheit. Sie betrifft das, was *außerhalb jeder Ordnung* bleibt. Das radikal Fremde kennzeichnet Grenzphänomene wie Schlaf, Rausch, Eros oder Tod, die zwar stets kulturell gedeutet, aber niemals kulturell gebändigt werden. [...] Das Fremde als Außer-ordentliches setzt also jene Ordnungen voraus, die es überschreitet. Faßbar ist es nur als Überschuß; es bleibt auf indirekte Weise auf Normalitäten bezogen“ (Waldenfels 1997: 72-73). Diese höchste Stufe der Fremdheit wird in der Begrüßung selbst noch nicht explizit, kann jedoch im weiteren Verlauf der Situation thematisch werden. Der ontologische Schwellenstatus des ungeborenen Kindes und seine Epiphanien in Form symbolträchtiger Profilbilder während des Ultraschalls stellen ebenso Grenzphänomene im Waldenfels‘sehen Sinne dar wie die potentielle Gleichzeitigkeit von Geburt und Tod bei infausten Prognosen. Auch die intensivmedizinischen und operativen Therapien, die sich aus der ärztlichen Perspektive innerhalb des eigenen Wirklichkeitsbereichs bewegen, können von werdenden Eltern unter Umständen wiederum nicht nur als strukturelle Fremdheit außerhalb der eigenen Ordnung wahrgenommen werden, sondern sich darüber hinausgehend als radikal Fremdes – das indirekt in Motiven, wie dem Unvorstellbaren und Unsagbaren auftritt – jeder sinnhaften Bestimmbarkeit entziehen. Die Begrüßung, in der ein Rahmen primärer Reziprozität zwischen den Teilnehmenden geschaffen werden soll, kann bis zu einem gewissen Grad derartigen Transzendenzen den Boden bereiten. Sie kann im gelingenden Vollzug ein innerweltliches Sicherheitsnetz für grenzüberschreitende Ereignisse im Rahmen der Sprechstunde knüpfen.

Welche Ergebnisse lassen sich nun aus der Analyse der Begrüßung für den Fortgang der Untersuchung festhalten? Es wurde deutlich, dass sich der praktische Beginn der klinischen Situation zwischen Mediziner*innen und Eltern auf mehreren Ebenen abspielt und die Teilnehmenden der Sprechstunde auf mehreren Ebenen daran arbeiten, einen Rahmen primärer Reziprozität unter sich als leiblich Anwesenden zu schaffen. Der praxisbezogene Kern der Begrüßungen vollzieht sich in diffusen Interaktionsdya-den. Diese fluktuierenden Zentren der Zwischenleiblichkeit werden von der Situationsleitung anmoderiert und mit Rolleninformationen zu den nicht-elterlichen Akteuren der Szene schon ansatzweise in die übergreifende Ordnung eines Handlungszusammenhanges integriert. Werden thematisch in den einzelnen Begrüßungsakten fremde Personen füreinander (an)erkennbar, kommt in der Begrüßungsphase insgesamt das Zusammentreffen verschiedener Welten zum Vorschein. Hier fungiert die aktive Begegnung als Ritual im Sinne Soeffners, das eine Brücke zwischen Wirklichkeitsbereichen schlägt, die Spannung zwischen Gemeinsamkeit und Differenz in sich bindet, ohne sie aufzulösen und ein stabilisierendes Gerüst für Transzendenzen stiften kann, das hält, wenn der Ablauf der Situation durch grenzüberschreitende Ereignisse durchbrochen wird. An dieser Stelle können aus der Sprechstunde heraus wieder Fragen an die Situation im Horizont der elterlichen Erfahrung aufgeworfen werden: Worin bestehen für sie die entscheidenden Handlungen, in denen eine gemeinsame Haltung zur Situation entsteht und wie gehen sie mit unterschiedlichem Erleben des Geschehens um? In welchen thematischen Zusammenhängen stehen individuelle oder paarinterne Ansprüche der Situation im Vordergrund – im Konfliktfall auch gegen antizipierte Ansprüche des heranwachsenden Kindes? Und auf welche Weise bzw. inwieweit

führen sie einzelne Ärzt*innen in ihre Welt ein und zeichnen sie in der Erfahrung entweder als mächtige Akteure oder nur als Randfiguren der familialen Schwangerschaft?

Bevor das Ungeborene als Dritter ins Zentrum des Geschehens ‚geholt‘ werden kann, dient die Begrüßung also dazu ‚das‘ Dritte in Form einer gemeinsamen Situationsdefinition zwischen Professionellen und Eltern herzustellen, ohne dabei die Differenz zwischen Eigenem und Fremdem aufzulösen. „Jede Einrichtung einer kommunikativen oder sozialen Ordnung verweist also auf ein Drittes in Gestalt eines gemeinsamen Sinnes, gemeinsamer Ziele und gemeinsamer Regeln, in denen die Beteiligten, vor allem Dissens und über allen Dissens hinaus, miteinander übereinkommen“ (Waldenfels 1997: 78). Dieser Sphäre der Gemeinsamkeit steht die Differenz der Teilnehmenden als Subjekte mit individuellen Ansprüchen gegenüber: „Der Dritte steht für die Ordnung, für das Gemeinsame und Vergleichbare, während der Andere sich mit dem Außer-ordentlichen und Singulären verbindet, das sich dem Vergleich entzieht“ (ebd. 77). Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Funktionen, die die Begrüßung erfüllt, wird sichtbar, wie groß die Hypothek für den weiteren Verlauf der Situation sein kann, wenn sie scheitert. Gelingt sie jedoch, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, den Übergang von der sozialen Begegnung in die pränatale Diagnostik einzuleiten.

3.3. Der Übergang zur Ultraschalluntersuchung: das Arbeitsbündnis wird triadisch

Hat sich das Feld der Sprechstundenteilnehmenden konsolidiert, müssen die Akteure auf mehreren Ebenen an der Situation arbeiten, um den Übergang von der Begrüßung in die Ultraschalluntersuchung einzuleiten. Dieser Bühnen- und Szenenwechsel ist mit grundlegenden Transformationen verbunden. Auf der Ebene der Interaktionsordnung weicht der direkte Austausch zwischen Erwachsenen praktischen und deutenden Zuwendungen zum Ungeborenen. Der wechselseitige Wahrnehmungsbereich verliert deutlich an Intensität zu Gunsten eines neuen Zentrums kognitiver und visueller Aufmerksamkeit, das sich auf die beiden Bildschirme im Raum verteilt. Das Thema der Situation wechselt von einer sozialen Begegnung zwischen Ärzt*innen und werdenden Eltern hin zum medizinischen Aufspüren und Auslegen eines abwesend-anwesenden Dritten, der erst auf Basis einer doppelten Vermittlung, durch den Körper der Schwangeren und die bildgebende Technologie der Sonographie, präsent gemacht und zum Mittelpunkt des Geschehens avancieren kann. Diese interaktionalen und thematischen Transformationen finden ihren Niederschlag ebenso in den räumlichen Anordnungen der Situation. Während sich der leiblich eingenommene Raum der Erwachsenen im Sprechstundenzimmer im Zuge einer zentripetalen Bewegung komprimiert, weitet sich der virtuelle Raum für das ungeborene Kind. Stand die Begrüßung noch ganz im Zeichen der Herausforderung, eine Beziehung zwischen Mediziner*innen und Eltern zu knüpfen, wird das Arbeitsbündnis im Übergang zur Diagnostik triadisch.

Worin bestehen die typischen Muster dieses situativen Übergangs? Welche Operationen der erwachsenen Akteure sind Bedingung der Möglichkeit dafür, Platz für das Ungeborene in ihrer Mitte zu schaffen?

Diesen Fragen soll anhand zweier kontrastierender Ausschnitte aus dem empirischen Material nachgegangen werden. Der erste Ausschnitt illustriert einen nahezu idealtypischen Übergang in die Ultraschalluntersuchung, an dem die zuvor konstatierte Neuordnung der Situation interpretativ nachvollzogen werden kann. Die ambivalenten Sinnzuschreibungen an den Dritten, die aus der zitierten Passage ebenfalls schon in den Blick springen, werden hier noch beiseitegelassen und stattdessen weiter unten ausführlich besprochen. Als der Soziologe gerade als Letzter die werdenden Eltern begrüßt hat, kommt es zu folgender Szene:

Die Gynäkologin steht inzwischen vor dem Ultraschallgerät, schaut von dort aus zur Schwangeren im vorderen Teil des Zimmers und wendet sich an sie: „Frau X, wenn Sie mögen, können Sie sich schonmal hinlegen, damit wir uns es nochmal gemeinsam anschauen können im Ultraschall.“ Die Schwangere antwortet darauf mit „Ja“, geht dann die wenigen Schritte in Richtung Liege und beginnt sich hinzulegen. Die Gynäkologin, die gerade auf dem schwarzen Drehhocker vor dem Ultraschallgerät Platz nimmt, fügt noch hinzu: „Wenn er sich zeigt“, was die Schwangere in der Bewegung wiederholt: „ja, wenn er sich zeigt“ (lacht kurz). Der Neonatologe, der inzwischen vor die Liege gekommen ist, ergänzt seinerseits an das Elternpaar gewandt, dass je größer die Kinder werden, man sie umso weniger ganz sehe. Der werdende Vater hat währenddessen auf dem Stuhl am Kopfende vor der Liege Platz genommen. Ich begeben mich ans Fußende der Liege. Dann läuft der Neonatologe zügig nach vorne zur Eingangstür und macht das Licht aus.

Welche Schlüsse lassen sich aus der zitierten Passage ziehen? Zunächst fällt die Dichte simultaner Operationen ins Auge, die von einem sequenziellen Protokoll nur noch annäherungsweise eingefangen werden kann. Nichtsdestotrotz lässt sich die typische Vollzugsgestalt des Übergangs entlang der einzelnen Ordnungsdimensionen rekonstruieren. Auf der Ebene der Interaktionsordnung rückt zu Beginn der zitierten Passage zunächst eine Dyade aus Gynäkologin und Schwangerer in den Fokus der ethnographischen Beschreibung, die auf Initiative der Ersteren hin über Blick und Ansprache hergestellt wird. Diese Kooperation zwischen schallender Ärztin und schwangerer Frau bildet den Kern des Übergangs von der Begegnung zwischen Erwachsenen hin zu einem funktional-spezifischen Arbeitszusammenhang für die pränatale Diagnostik. Auch in anderen Fällen werden die übrigen Anwesenden an dieser Schwelle im situativen Vollzug für einen Augenblick zum Publikum. Die Formulierung: „Frau X, wenn Sie mögen, können Sie sich schonmal hinlegen, damit wir uns es nochmal anschauen können im Ultraschall“ bildet mit geringen Variationen die typische Regieanweisung, durch die der nächste Abschnitt der Sprechstunde eingeläutet wird. Am stärksten betroffen von den damit einhergehenden Umstellungen ist ersichtlich die Schwangere. Sie muss sich hinlegen, während alle anderen sitzen oder stehen können, und ihre Bewegungsfreiheit für die Zeit der Untersuchung aufgeben. Erst wenn sie im Akt des Sich-Hinlegens als Person zurücktritt und ihren Körper freigibt für den medizinischen Zugriff, kann ein digitaler Wahrnehmungsbereich in der Situation entstehen, in dem das Ungeborene hervortreten kann. Diese Verobjektivierung (Hirschauer 1996) der schwangeren Frau zum körperlichen Display, die im Zuge der Ultraschalluntersuchung noch in ihren Einzelheiten zu verfolgen sein wird, verpackt die Gynäkologin in einer sprachlichen Referenz an den Willen und das Handlungsvermögen der Schwangeren selbst: Wenn sie mag, kann sie sich schonmal hinlegen. Mit dieser Formulierung exemplifiziert sie gleichsam idealtypisch zwei Grundvoraussetzungen für die Zusammenarbeit im klinischen Arbeitsbündnis. Die

Motivation der Patientin, sich in ärztliche Obhut zu begeben, ist ebenso unverzichtbar für eine gelingende Kooperation wie die freiwillige, zeitlich begrenzte Aufgabe von Autonomie für die stellvertretende Krisenbewältigung durch den Professionellen.¹⁰⁵ Im Kontext des Forschungsgegenstands jedoch mit der zusätzlichen Komplexitätssteigerung, dass hier zwei Patient*innen – eine aktuelle und ein zukünftiger – in verschiedene Arzt-Patient-Beziehungen involviert sind, die sich in der Struktur des perinatalen Arbeitsbündnisses überlagern und jeweils unterschiedliche Akteure zum Dritten machen. Ist auf diese Weise ein Zugang zum Ungeborenen gebahnt, wandert die Wechselwirkung zwischen Gynäkologin und Schwangerer wieder in den Horizont des Geschehens. Sie kann während der Diagnostik jedoch jederzeit erneut thematisch werden, wenn die Verbindung gestört wird.

Parallel zum interaktionalen Gefüge verändern sich die räumlichen (An)Ordnungen in der Situation. Auch hier liegen die primären Handlungsanforderungen bei der Dyade im Zentrum. Die Gynäkologin nimmt ihre Funktionsposition am Ultraschallgerät ein; die werdende Mutter legt sich auf die Patientenliege. Beide Spacing-Züge sind zum einen die Bedingung der Möglichkeit dafür, dass im nächsten Schritt über den Schallkopf eine Brücke zwischen schwangerem Bauch, Ultraschallgerät und diagnostizierenden Ärzt*innen gebaut und damit der bloßliegende Nahbereich zwischen zwei Körpern in einer Synthese wieder geschlossen werden kann.¹⁰⁶ Zum anderen verändern sich im Gefolge dieser primären Positionswechsel insgesamt die relationalen (An)Ordnungen im Raum. Angestoßen von der Bewegung Gynäkologin – Schwangere, formieren sich anschließend auch der werdende Vater, der Neonatologe und der Soziologe im Kreis um die Patientenliege, mit Blick auf die Monitore. Der Stuhl am Kopfende vor der Liege ist dauerhaft dort postiert, sodass es sinnvoll erscheint, ihn als reservierten Sitzplatz für Begleitpersonen der Schwangeren zu betrachten. Aus dem Blickwinkel des Raumarrangements zeigt sich insgesamt noch einmal deutlicher, wie die direkte Interaktion zwischen den Teilnehmenden für die Diagnostik heruntergefahren, Bewegungs- und Aktionsradien der Eltern, aber auch der Anderen eingeschränkt werden, und die Positionen der Teilnehmenden fixiert werden. Fand die Begrüßung noch stehend, mit flexiblem Positionsspiel im Eingangsbereich des Sprechstundenzimmers statt, befinden sich die leitende Gynäkologin, die Schwangere und der werdende Vater jetzt an festen Orten; die anderen Anwesenden wenden ihre Körper ebenfalls in Richtung des Ultraschallsektors im Raum und etablieren diesen als neuen, nun kollektiven Orientierungspunkt der leiblichen Ausrichtung, während in der Be-

¹⁰⁵ Die Figur der stellvertretenden Krisenbewältigung steht im Zentrum der strukturtheoretischen Professionalisierungstheorie Oevermanns (1996), der seinerseits hier auf Freuds Arbeitsbündnis in der Psychoanalyse rekurriert. Bezogen auf die Arzt-Patient-Relation bedeutet stellvertretende Krisenbewältigung idealtypisch, dass die erkrankte Person, deren Autonomie durch die Krankheit in eine Krise geraten ist, diese zeitlich begrenzt und freiwillig Ärzt*innen überantwortet, um im Zuge therapeutischer Handlungen die Autonomie wiederherzustellen oder zumindest einem weiteren Verlust entgegenzuwirken. Im Kontext des Phänomens stellt sich diese dyadische Konstellation komplexer dar: Das aufgrund der Diagnose in seiner zukünftigen Autonomie bedrohte (werdende) Subjekt ist das ungeborene Kind, um es bestmöglich schützen und versorgen zu können, muss jedoch die Schwangere zeitweilig Einschränkungen in Kauf nehmen. Beide wiederum sind Patient*innen verschiedener Disziplinen innerhalb des perinatalogischen Arbeitsbündnisses. Während die Schwangere die primäre Patientin für die Gynäkologie darstellt, ist der primäre Patient für die Neonatologie das Kind.

¹⁰⁶ Die Begriffe Spacing und Synthese entnehme ich der Raumsoziologie von Martina Löw. Sie stehen dort für die beiden Grundoperationen, in denen Raum sozial geschaffen wird. Löw 2001: 158 f.

grüßung Zentrum und Peripherie des Vollzugs noch eine schichtenförmige Struktur aus Begrüßungsinteraktion, Moderation und bezeugendem Publikum aufwiesen. Dabei verkehrt die Patientenliege mit Einnahme der jeweiligen Plätze ihre Wirkung ins Gegenteil. Fungiert sie während der Begrüßung stets als materiale und symbolische Barriere zwischen Eingangs- und Funktionsbereich, wird sie im Übergang zur Diagnostik zum topographischen Zentrum des Geschehens. Die Schwangere bildet die Mitte der ‚Schallgemeinschaft‘, die vom untersuchenden Arzt und ihrem Partner zu beiden Seiten flankiert wird; die anderen scharen sich im Halbkreis um die Vorderseite der Liege. Im Verlauf dieser zentripetalen Bewegung komprimiert sich der leiblich eingenommene Raum der Erwachsenen, während sich der virtuelle Raum für das Ungeborene weitet. Schließlich schaltet der Neonatologe das Licht aus, so dass Körper und Gegenstände abgedunkelt werden. Kurz darauf strahlen nur noch die 2-D-Bilder aus dem Ultraschall von zwei Monitoren in den Raum hinein und tauchen das Sprechstundenzimmer in ein diffuses Licht. Indessen werden auch beim Übergang in die Diagnostik wieder feine Differenzierungen der territorialen Binnenstruktur im Raum erkennbar. Eltern können von der Liege wie vom Stuhl daneben aus die Ultraschallbilder nur am zweiten Monitor oben an der Wand mitverfolgen, während der Bildschirm am Ultraschallgerät den Mediziner*innen und auch dem Soziologen vorbehalten bleibt.

Nicht zuletzt lassen sich im Vollzug des Übergangs auch grundlegende Veränderungen des thematischen Feldes feststellen. Die auferlegten Relevanzen aus der Interaktion unter Anwesenden werden in den äußeren Horizont verbannt, damit das Aufspüren und Auslegen des Dritten seinerseits in den thematischen Kern gezogen werden kann. Das primäre Problem in der Situation besteht dann nicht mehr im gegenseitigen Beantworten der Ansprüche von autonomen Personen, sondern in den Möglichkeiten, Wegen und Grenzen des Zugangs zum Ungeborenen. Neben dem explizit angekündigten Themenwechsel – ‚schonmal hinlegen, damit‘ – durch die leitende Gynäkologin, kommen die sich verändernden Relevanzstrukturen im zitierten Ausschnitt auch im schrittweisen Versiegen der verbalen Kommunikation zum Ausdruck. Hier zeigt sich sehr deutlich, wie die heuristisch differenzierbaren Ordnungsdimensionen in der Praxis untereinander interferieren. So wandelt sich mit dem Ausschalten des Lichts nicht nur in der Raumdimension die Atmosphäre der Situation von einer sozialen Begegnung hin zur klinischen Funktionalität medizinischer Diagnostik. Mit dem Abdunkeln des Raumes werden auch Interaktionsangebote und -ansprüche zwischen den Teilnehmer*innen ‚heruntergedimmt‘, wodurch wiederum zuvor gebundene intentionale Bezüge frei werden, um sie auf anderes richten zu können. Das thematische Feld der Situation verlagert sich im Zuge des Übergangs von einer reziproken Verständigung zwischen Professionellen und Eltern hin zu den visuellen Präsentationen und appräsentativen Auslegungen des Dritten.

Im zweiten Fall ist das Sprechstundenensemble größer als üblich. Neben drei Vertreterinnen der Gynäkologie und drei Personen auf der Familienseite sind zwei Neonatolog*innen und der Ethnograph anwesend. Der Ausschnitt zeigt diesmal einen nicht reibungslosen Übergang, in dem die Teilnehmenden erst noch Standpunkte unter sich klären müssen, bevor die Untersuchung beginnen kann.

Als sich die Menschenansammlung am Fußende der Liege etwas aufgelöst hat, sagt der Neonatologe, er wolle gleich zu Beginn fragen, ob es OK sei für die Eltern oder ob es sie störe, wenn so viele Personen dabei seien. Dabei schaut er die Schwangere und den werdenden Vater an, der mit etwas Abstand neben seiner Frau steht. Er ist es auch, der direkt auf die Frage antwortet: „Nein“, es störe sie nicht. „Mehr Augen, sehen mehr“*. Währenddessen holt eine der Ärztinnen einen Stuhl, der sonst hinten im Funktionsbereich neben dem Schreibtisch steht, und platziert ihn mittig vor der Liege. Sie kommentiert die Aktion mit den Worten „damit die Oma sich auch setzen kann“. Zusätzlich zum obligatorischen Stuhl am Kopfende ist jetzt eine zweite Sitzgelegenheit für die Begleitpersonen der Schwangeren vorhanden. Die werdende Großmutter antwortet auf das Angebot jedoch, sie müsse sich nicht setzen. Darauf der werdende Vater: „Setz dich doch, X (Vorname).“ Er selbst bleibe lieber stehen. *Er wirkt auf den ersten Eindruck sehr aktiv, aufmerksam auf mich, aber irgendwie auch aufgeputzt, überdreht, fahrig.* Unterdessen legt sich die Schwangere auf die Liege. Die leitende Gynäkologin hat bereits vor dem Ultraschallgerät Platz genommen. Die Diskussion um die verbleibenden Sitzgelegenheiten geht noch einen Augenblick weiter, bis die Schwangere schließlich von der Liege aus in *etwas genervtem* Ton „Leute::: (seufzend)“ sagt. Daraufhin geht die werdende Großmutter zum Stuhl am Kopfende der Liege und nimmt Platz. Der werdende Vater bleibt weiterhin stehen. Nach einem weiteren kurzen Moment sagt schließlich der Neonatologe, in *freundlichem Ton und dabei lachend*, „dann setze ich mich eben“, was ein kurzes allgemeines Lachen im Raum zur Folge hat. Anschließend geht das Licht aus. Eine der beiden verbliebenen Gynäkologinnen am Schreibtisch, die ich gerade nicht sehen kann, muss von dort aus den Schalter betätigt haben. Die Ultraschalluntersuchung beginnt.

Nachdem sich Neonatologe und werdender Vater darüber verständigt haben, dass alle Anwesenden an der Sprechstunde teilnehmen können, verweist die Betriebsamkeit der Anderen schon auf den nächsten Abschnitt in der Situation. Die leitende Gynäkologin nimmt vor dem Ultraschallgerät Platz, die Schwangere legt sich hin, für die zweite Begleitperson wird eine zusätzliche Sitzgelegenheit vor der Liege geschaffen. Damit wären eigentlich auch bei einem größeren Teilnehmer*innenfeld in der Sprechstunde die notwendigen Voraussetzungen für den Übergang in die Diagnostik erfüllt. Stattdessen entwickelt sich hier eine Szene, in der mit der Sitzordnung für den Ultraschall die Territorien unter den Erwachsenen noch einmal ausgehandelt werden müssen. Kann die Ablehnung durch die werdende Großmutter noch als Höflichkeitsgeste gelesen werden, den Gastgebern keine Umstände bereiten und sich selbst gegenüber den vorrangigen Ansprüchen des Elternpaares zurücknehmen zu wollen, bringt die Entscheidung des werdenden Vaters den Ablauf ins Stocken. Stehen zu bleiben bewahrt ihm zwar maximale Autonomie – Überblick, Kontrolle und Interventionsmöglichkeiten, aber auch die Distanz zum Geschehen sind im Stehen größer als im Sitzen –, kehrseitig setzt er dadurch jedoch die anderen Anwesenden unter Zugzwang. Zuerst interveniert daraufhin die Schwangere. Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, dass ausgerechnet sie, schon liegend und am stärksten körperlich von der Situation in Anspruch genommen, an ihre Angehörigen appellieren, sie ermahnen muss, sich zusammenzureißen. Die werdende Großmutter geht auf diesen Appell ein und wählt mit dem Stuhl am Kopfende der Liege die nähere Position zu ihrer Tochter, von der aus Blickkontakt und Berührungen möglich sind. Dieser Platz dient nicht nur dazu, Angehörige im Setting der Diagnostik zu positionieren, sondern ebenso dazu, die

Schwangere während der Untersuchung von dieser Position aus unterstützen zu können.¹⁰⁷ Die werdende Großmutter springt hier buchstäblich für den Partner ein und übernimmt eine Position, die eigentlich für ihn vorgesehen ist und einen Grundpfeiler der familialen Zone im klinischen Raum bildet. Ihre Entscheidung ist damit zwangsläufig auch eine über die Verhältnismäßigkeit territorialer Ansprüche. Die Gefahr, dass der Platz neben ihrer Tochter leer bleibt, wiegt schwerer als das Eindringen in einen Raum, der potentiell dem Paar vorbehalten ist.

Schließlich bezieht der Neonatologe den frei gebliebenen Stuhl vor der Liege und sorgt dafür, dass die Bemühungen seiner Kollegin nicht ins Leere laufen. Fragt man nach den Gründen für das anschließende Lachen, kristallisieren sich vor allem zwei Deutungen heraus: Zum einen ist die Selbstpositionierung für den Neonatologen nicht frei von Ambivalenzen, die sich im Lachen leiblich Ausdruck verschaffen. Er nimmt als Mediziner einen Platz ein, der für ein Familienmitglied vorgesehen war und lässt gegenüber seiner Rolle als Arzt bis zu einem gewissen Grad für die anderen Anwesenden eigene körperliche Bedürfnisse durchscheinen, wenn er die sich bietende Möglichkeit nutzt, die Untersuchung im Sitzen mitzuverfolgen. Das Einspringen für jemand Anderen ist hier nur mit einer graduellen Distanzierung von der angestammten Rolle möglich. Zum anderen entlädt sich im Lachen die Interaktionsspannung, die durch die Unstimmigkeiten im Ablauf entstanden ist. Auch wenn der werdende Vater die für ihn vorgesehene Position nicht einnimmt, gelingt es die Situation dadurch zu entschärfen, dass die anderen einspringen. Anders als im Ausschnitt zuvor der Übergang in die Ultraschalluntersuchung jedoch nicht reibungslos und bringt die gegenläufige Bewegung des Selbst-Zurück-Tretens, um Anderes hervortreten zu lassen, das zuvor noch primär mit der Schwangeren verknüpft wurde, als Herausforderung für das Sprechstundenensemble insgesamt zum Vorschein. Im zweiten Ausschnitt greifen Interaktionszüge und Erwartungen nicht so stimmig ineinander wie im ersten. Der Übergang zeigt sich nicht als harmonische Bewegung, in der eine Interaktion zwischen schallender Ärztin und Schwangerer das Einrücken der anderen in Gang setzt und sich thematisches Feld und Positionen in Richtung des Dritten verschieben. Hier sind vielmehr einige, den Bereich direkter Interaktion noch einmal erweiternde ‚Ausfallschritte‘ in Form von Intervenieren, Einspringen und Übernehmen nötig, um das Aushaken des Vaters aufzufangen und sich im kollektiven Lachen der gemeinsamen Situationsdefinition wieder zu versichern. Erst als die Frage der Sitzangelegenheiten und damit das Problem territorialer Ansprüche in der Situation unter den Erwachsenen geklärt ist – der Partner der Schwangeren entscheidet sich für seinen persönlichen Raum, die Mutter der Schwangeren übernimmt seine Box, der Neonatologe die der werdenden Großmutter –,

¹⁰⁷ Dass diese Unterstützung in einigen Fällen auch von der Schwangeren selbst eingefordert wird, zeigen Beobachtungen aus der Eröffnungsphase einer anderen Sprechstunde: „Im nächsten Moment geht die Schwangere die wenigen Schritte vom Eingangsbereich zur Liege und setzt sich vorne auf die Kante, ihre Füße stehen auf dem Boden. Ihr Partner ist ihr gefolgt und steht jetzt vor dem Stuhl am Kopfende der Liege, wo er gerade eine kleine Handtasche und eine weitere kleine schwarze Tasche ablegt. Er schaut kurz zu den Mediziner*innen am Schreibtisch und dann zur Schwangeren, die mit dem Rücken zum Schreibtisch sitzt und wiederum ihren Partner eindringlich anschaut, die Lippen zusammenpresst und mit dem Finger kurz auf den Stuhl neben der Liege zeigt. *Es sieht so aus, als ob sie ihm mit Nachdruck zu verstehen geben will, dass er sich hinsetzen und in ihrer Nähe bleiben soll.*“

scheinen auch die regieführenden Gynäkologinnen zu dem Schluss zu kommen, dass die Eröffnungsphase der Sprechstunde beendet ist. Das Licht geht aus und die Ultraschalluntersuchung beginnt.

Doch wie wird der Dritte in diesem letzten Abschnitt der Eröffnungsphase schon konkret mit Sinnbezügen anvisiert? Inwieweit konturieren sich schon Vorstellungen von ihm im Übergang zum triadischen Arbeitsbündnis? Um dieser Frage nachgehen zu können, wird eine Passage des ersten Ausschnitts noch einmal herangezogen und die Sequenzen mit Implikationen zum Ungeborenen analysiert, die oben zugunsten der interaktionalen, raumbezogenen und thematischen Umbaumaßnahmen am situativen Setting noch eingeklammert wurden:

Die Gynäkologin steht inzwischen vor dem Ultraschallgerät, schaut von dort aus zur Schwangeren im vorderen Teil des Zimmers und wendet sich an sie: „Frau X, wenn Sie mögen, können Sie sich schonmal hinlegen, damit wir uns es nochmal gemeinsam anschauen können im Ultraschall.“ Die Schwangere antwortet darauf mit „Ja“, geht dann die wenigen Schritte in Richtung Liege und beginnt sich hinzulegen. Die Gynäkologin, die gerade auf dem schwarzen Drehhocker vor dem Ultraschallgerät Platz nimmt, fügt noch hinzu: „Wenn er sich zeigt“, was die Schwangere in der Bewegung wiederholt: „ja, wenn er sich zeigt“ (lacht kurz). Der Neonatologe, der inzwischen vor die Liege gekommen ist, ergänzt seinerseits an das Elternpaar gewandt, dass je größer die Kinder werden, man sie umso weniger ganz sehe.

Das freiwillige Zurücktreten der Schwangeren als Person für die Zeit der Untersuchung macht die Gynäkologin in ihrer ersten Aussage zur Bedingung der Möglichkeit, „damit wir uns es nochmal gemeinsam anschauen können im Ultraschall.“ Hier fällt zunächst der unbestimmte Charakter des „es“ ins Auge. ‚Es‘ stellt einen maximal anonymen Typus dar, der etwas Wahrnehmbares, das sich anschauen lässt, voraussetzt, hinsichtlich seiner phänomenalen Züge jedoch gänzlich offen bleibt. Sinnvoll mögliche Referenzgegenstände können von unbelebten Dingen, über einzelne Körperteile und einen lebendigen Fetus bis zum Kind als Person reichen. Mit diesem „es“ öffnet die Gynäkologin folglich einen weiten Sinnhorizont für verschiedenartige Ereignisse in der visuellen Ultraschallsphäre und setzt dabei keine eindeutigen Relevanzen. Sie spricht weder von konkreten medizinischen Auffälligkeiten noch von Begegnungen mit einem Individuum. Vielmehr erscheint die Triade hier zunächst als rein formales Strukturgebilde, in dem sich Professionelle und Eltern gemeinsam auf einen dritten Bezugspunkt richten, dessen Auslegung das zentrale Thema während der Diagnostik bilden wird.

Fragt man über den intentionalen Gegenstand der Aussage hinaus nach Art und Weise der Zuwendung zu ihm, werden drei weitere Verweisungszusammenhänge ersichtlich, mit denen der Dritte in die Mitte der Anwesenden gezogen wird: Die Form intentionaler Bezugnahmen zum „es“ kann erstens als aktives Beobachten mit dem Ziel des Erkennens beschrieben werden. Steht das „wir“ der Gynäkologin für den gemeinschaftlichen Charakter des Aktes – bei gleichzeitiger Differenz der Sichtweisen –, akzentuiert das Possessivpronomen „uns“ den aneignenden Charakter des Anschauens. Exemplarisch versinnbildlicht wird dieser Modus der Zuwendung im medizininternen Code des Detektierens, mit dem das Schallen auch bezeichnet wird. Die zentralen Aufgaben eines Detektivs bestehen im Aufspüren, Oberservieren und der Beschaffung von Informationen zu Personen oder Begebenheiten, unabhängig von den In-

tionen und im Idealfall auch ohne das Wissen des Ausgespähten um seine Beobachtung. Demgegenüber lässt zweitens das von der Gynäkologin gebrauchte Verb ‚anschauen‘ die Unverfügbarkeit des Dritten durchscheinen. „Es“ kann zwar gemeinsam angeschaut, aber nicht durchschaut oder gar in seinem Erscheinungsbild verändert werden. Schließlich verleiht drittens das „nochmal“ der Zuwendung zum Dritten einen wiederholenden und episodischen Charakter. Die folgende Phase der klinischen Situation stellt dadurch kein isoliertes Ereignis dar, sondern wird in eine Folge von Untersuchungen und im weiteren Sinne in den pränataldiagnostischen Prozess insgesamt integriert. Wer von den Teilnehmenden was in welchem Kontext schon gesehen hat, bleibt an dieser Stelle implizit, während die Untersuchung selbst von der Gynäkologin sprachlich mit dem wiederholten Anschauen in den Bereich der Routine gezogen wird.

Im nachgeschobenen „wenn er sich zeigt“ drehen sich die Machtverhältnisse in der Situation dann allerdings um. Der Dritte wird hier vom beobachteten „es“ zum „er“, zu einer lebendigen Entität mit Geschlecht, der das Vermögen zugeschrieben wird, sich zeigen und damit im logischen Umkehrschluss auch verbergen zu können. Hier erscheint es aufschlussreich, nach den pragmatischen Erfüllungsbedingungen dieser Aussage zu fragen. Welche Bedingungen müssen gegeben sein, damit sie sinnvoll ist? Zunächst setzt sie ein eigenbewegliches Wesen voraus, das überhaupt in der Lage ist, sich zu präsentieren oder zu entziehen. Die Verweisungszusammenhänge des Sich-Zeigens reichen jedoch noch weiter. Am einen Ende der Skala stehen hier zentrisch positionierte Lebewesen ohne Selbstbewusstsein, von denen man ebenfalls völlig problemlos behaupten kann, sich zu zeigen oder zu verbergen – erst die Bestimmung eines solchen Verhaltens als intentionaler Akt würde die Grenze zur menschlichen Existenz überschreiten –, am anderen Ende ein exzentrisch positioniertes leibliches Selbst, das sich sinnhaft auf sich und die Welt beziehen kann. Der Selbstbezug des Sich-Zeigens bleibt an dieser Stelle mehrdeutig, im Vergleich zum aktiven Erschließen eines Erfahrungsraums durch die Erwachsenen verschieben sich die Kräfte in der zweiten Aussage jedoch deutlich. Hier entscheidet der Dritte, ob er sich anschauen lässt, die Handlungsmacht der primären Teilnehmer*innen ihn aufzuspüren, wird von ihm begrenzt; er ist nur vermittelt greifbar, potentiell flüchtig und nur bis zu einem gewissen Grad bestimmbar. Der Kommentar des Neonatologen zum Ende der zitierten Passage entwickelt das Thema der Sozialität und Autonomie des Ungeborenen noch einen Schritt weiter. Hier wird es schließlich generational in die Gruppe der Kinder eingemeindet und zu einer Person mit fortschreitender Individuierung: „je größer die Kinder werden, desto weniger kann man sie ganz sehen“. Der Dritte wird dadurch im Verlauf der Passage zu einem Mitglied der menschlichen Gemeinschaft im ambivalenten Modus einer abwesenden-Anwesenheit und zeigt sein Wesen gerade darin, dass er sich seiner vollständigen Durchschaubarkeit entzieht.

Das Detektieren eines fetalen Körpers und das Sich-Zeigen eines Kindes bilden die beiden Pole, zwischen denen die Bezugnahmen auf den Dritten im Übergang zur Diagnostik oszillieren. „Es anschauen“ konnte als Formulierung – mit geringfügigen Variationen – in fast jeder Sprechstunde protokolliert werden und verweist bereits auf die medizinischen Relevanzstrukturen der Ultraschalluntersuchung. Personalisierende oder individuierende Zuschreibungen an das Ungeborene fallen dagegen seltener im Übergang und das Material zeigt hier keine sprechstundenübergreifend typischen Sprachformeln. Im Gegensatz zum Rahmen primärer Reziprozität, den sich die Anwesenden in der Begrüßung erarbeitet haben, bleiben die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität des Ungeborenen im Übergang zur Diagnostik fragil und kontingent. Mit der Zuwendung zum Dritten wird kehrseitig auch dessen konstitutive Unverfügbarkeit thematisch. In der folgenden Phase der Situation wird sich alles um ihn drehen. Die Erwachsenen machen sich beim Sprung in eine Welt außerhalb ihrer Reichweite von ihm abhängig. Dieser Entzug bildet seinerseits den Boden für die Möglichkeit transzendenter Begegnungen.

4. Die sonographische Feindiagnostik: Visuelle Appräsentationen des Ungeborenen

Stand die Eröffnungsphase der Sprechstunde ganz im Zeichen der Wechselwirkung zwischen Mediziner*innen und Eltern, rückt mit der Ultraschalluntersuchung das Ungeborene nun in den Mittelpunkt des Geschehens. Wie im Abschnitt zuvor gezeigt, muss zunächst die Interaktionsordnung grundlegend verändert werden, um die Appräsentationen des Dritten am Bildschirm als neues Zentrum visueller und kognitiver Aufmerksamkeit etablieren zu können. Das diagnostische Auslegungsschema, in dem die Bilder über weite Strecken der Untersuchung betrachtet werden, hält die Situation dabei in thematischen Bahnen, die medizinischen Relevanzkriterien folgen. War das Zurücktreten und Zusammenrücken der Erwachsenen notwendige Voraussetzung dafür, den Dritten in ihrer Mitte hervortreten zu lassen, wird der fetale Organismus jetzt selbst zum Körperraum, zu einem diagnostischen Gebiet, dessen verschiedene Sektoren im Ultraschall durchleuchtet, dessen einzelne Elemente und deren Beziehungen zueinander systematisch analysiert und medizinisch beurteilt werden.

In der sonographischen Feindiagnostik wird eine „vollständige sonographische Beurteilung der fetalen Morphologie vorgenommen“ (Gasiorek-Wiens 2014: 27).¹⁰⁸ Das Verfahren, als Methode der erweiter-

¹⁰⁸ „Bei der weiterführenden sonografischen Differenzialdiagnostik des Feten, auch unter dem Begriff Feindiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik bekannt, wird gezielt der Ausschluss von Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen vorgenommen sowie auf sonografische erkennbare Merkmale geachtet, die für eine fetale Erkrankung oder Risikosituation sprechen könnten. Diese Untersuchungen stellen wesentlich höhere Anforderungen an die Untersucher- und Gerätequalität gemäß der DEGUM-Stufe II-III dar. Sie werden meist im 2. Trimenon zwischen der 20. und 23. SSW [Schwangerschaftswoche, Anm. D.F.] durchgeführt, verlagern sich aber zusehends unter dem Begriff frühe Fehlbildungs- oder Feindiagnostik in das 1. Trimenon. Durch spezielle Techniken wie Farbdoppler des Herzens, 3D-Aufnahmen und Spektraldoppler lassen sich Veränderungen der untersuchten Organe schon im 1. Trimenon erkennen. Dopplersonografische Untersuchungen des mütterlichen und fetalen Kreislaufes ermöglichen außerdem Aussagen über den Versorgungszustand der Gebärmutter und des Feten und unterstützen die fetale Herzuntersuchung (Echokardiografie). Bei auffälligen Befunden oder Wachstumsstörungen können spätere Verlaufs-

ten Pränataldiagnostik, ist nicht Bestandteil des regulären Ultraschallscreenings während der Schwangerschaft im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien. Vielmehr liegen häufig aus vorangegangenen Untersuchungen bereits auffällige Befunde und eine medizinische Indikation zur weiteren differenzialdiagnostischen Abklärung vor. Entsprechend steht hier die Begegnung zwischen Eltern und Kindern nicht im Vordergrund, sondern das sorgfältige medizinische Abklären morphologischer Auffälligkeiten des Fetus im fachübergreifenden Blickfeld verschiedener klinischer Disziplinen. Ziel ist es, eine möglichst genaue und abgesicherte Differenzialdiagnose zu stellen, auf deren Basis therapeutische Optionen abgewägt und prognostische Erwartungen gebildet werden können. Die Darstellung wird im weiteren Verlauf indessen zeigen, dass die ‚straffe‘ medizinische Ordnung während des Schalls von verzerrten Darstellungen ebenso wie von symbolträchtigen Bildern des Dritten durchbrochen werden kann und alltagsweltliche Übersetzungen oder gemeinsame Antworten auf das Geschehen am Bildschirm erfordern.

Vor einem methodischen Problem steht derweil die ethnographische Untersuchung des Ultraschalls. Die simultan wahrgenommenen Elemente eines Ultraschallbildes im Feld können nur im Medium der Schriftsprache protokolliert und zum Gegenstand der Analyse gemacht werden. Diese grundsätzliche methodische Schwierigkeit der Ethnographie – in deren Bewältigung zugleich ihr epistemologisches Potential liegt – wird dort besonders relevant, wo es nicht mehr in erster Linie um die Explikation von Implizitem geht, sondern um die sprachliche Typisierung von A-Typischem im Erfahrungshorizont des Ethnographen. Während mir manche Darstellungen des Dritten im Ultraschall über die Zeit der Feldforschung vertrauter werden, bleiben andere in der Beobachtung unklar, unbestimmt, nebulös, woraus sich wiederum für das Beschreiben die Herausforderung ergibt, einen angemessenen Spagat zwischen dieser Unbestimmtheit und immerschon bestimmenden Begriffen zu leisten. Von der Möglichkeit, das Auge des Sozialforschers über eine frühzeitige Auseinandersetzung mit Ultraschallatlanten (Strauss 2004) und (sono-)anatomischem Expertenwissen bis zu einem gewissen Grad zu schulen, wurde dagegen bewusst abgesehen, um das methodische Potential der Fremdheit soweit wie möglich ausschöpfen zu können.

Die Darstellung der Analyseergebnisse aus der Ultraschalluntersuchung erfolgt in vier Schritten: Zunächst wird **(4.1.)** die sonographische Feindiagnostik als Handlungspraxis rekonstruiert, in der das Zusammenspiel zwischen verschiedenen Vollzugsebenen funktionieren muss, damit sich ein digitaler Wirklichkeitsbereich öffnet, in dem visuelle Appräsentationen des Dritten diagnostisch gedeutet werden können. Daran anschließend werden im Hauptabschnitt dieses Kapitels **(4.2.)** mit diffusen Mustern, Körperformen und Gestalten des Lebendigen drei typische Sichtweisen des Ungeborenen im Ultraschall entwickelt, die mit unterschiedlichen Modi der Auslegung korrespondieren. In diesem Zusammenhang werden sowohl Grenzen des diagnostischen Verfahrens als auch Grenzen der Übersetzbarkeit von Di-

kontrollen notwendig sein. Die weiterführende sonografische Differenzialdiagnostik des Feten unterliegt dem GenDG [Gendiagnostikgesetz, Anm. D.F.], da bei diesen Untersuchungen gezielt auf Hinweiszeichen für genetische Erkrankungen geachtet wird“ (Gasiorek-Wiens 2014: 12).

agnoseergebnissen während der Diagnostik thematisch. Unter (4.3.) wird das Ende der Ultraschalluntersuchung beleuchtet und nachgezeichnet, wie im Übergang zum anschließenden Gespräch das Zentrum der Situation wieder in die Mitte zwischen den Erwachsenen rückt. Der abschließende Punkt (4.4.) fasst schließlich die wesentlichen Ergebnisse des Kapitels zusammen.

4.1. Die Ultraschalldiagnostik als mehrdimensionale Handlungspraxis¹⁰⁹

Im ersten Schritt werde ich mich der Ultraschalldiagnostik selbst zuwenden, die als eine mehrdimensionale Handlungspraxis verstanden werden kann und für die Beteiligten mit unterschiedlichen Herausforderungen verbunden ist. In der Materialanalyse haben sich in diesem Zusammenhang drei relativ eigenständige Handlungsebenen in der Praxis des Schallens herauskristallisiert, die wiederum nur im Zusammenspiel eine digitale Wirklichkeitssphäre in der klinischen Situation erzeugen und über längere Zeit aufrecht erhalten werden können. Auf der I. Ebene – gleichsam im ‚Maschinenraum‘ des bildgebenden Verfahrens – besteht das zentrale Handlungsproblem darin, eine stabile Verbindung zwischen dem Bauch der Schwangeren, dem Ultraschallgerät und den untersuchenden Ärzt*innen herzustellen. Diese Verbindung bildet die materiale Brücke in den digitalen Wirklichkeitsbereich der Sonographie und hat eine Objektivierung der Schwangeren von der Person zum körperlichen Display für die Zeit der Untersuchung zur Folge. Die II. Ebene umfasst im Kern die Tätigkeiten des Darstellens und Einstellens von Ultraschallbildern durch die sonographierenden Ärzt*innen mit Blick auf den Monitor. Gegenüber dem ‚Maschinenraum‘ auf der ersten Ebene kann diese zweite Ebene als ‚Schaltzentrale‘ der digitalen Bildproduktion betrachtet werden, in der das blinde Zusammenspiel von rechter und linker Hand der Ärzt*innen funktionieren muss, damit hinreichend präzise Visualisierungen des fetalen Körpers im Mutterleib kreiert werden können. Erst wenn das Geschehen auf diesen beiden Ebenen relativ reibungslos verläuft, öffnet sich auf der III. Ebene ein digitaler Wahrnehmungsbereich in der Situation, in dem technisch-vermittelte Appräsentationen des Ungeborenen medizinisch ausgelegt werden können. Diese Ebene der eigentlichen Diagnostik bildet den thematischen Kern der Ultraschalluntersuchung, der mittels medizinischer Fachterminologie weitgehend gegenüber anderen interpretativen Zugängen abgeschirmt wird. Im Folgenden wird an einer Reihe von Ausschnitten aus dem Datenmaterial das Geschehen auf den drei Ebenen im Detail rekonstruiert.

Die folgende Passage aus dem Anfangsstadium der Feldphase beschreibt, wie mit verschiedenen Gegenständen eine materiale Brücke zwischen dem Bauch der Schwangeren, dem Ultraschallgerät und der diagnostizierenden Ärztin geschlagen wird:

Als ich das Schnappen eines Gummihandschuhes höre, schaue ich zur Gynäkologin und sehe, dass sie aus einer großen Tube Ultraschallgel auf dem inzwischen nackten Bauch der Schwangeren aufträgt. Anschließend nimmt sie den Schallkopf aus der Halterung und rückt mit ihrem Hocker näher an das Gerät heran, das sich ähnlich einem übergroßen Computer in Bildschirm und Konsole teilt. Währenddessen blickt sie kurz nach rechts zur Schwangeren und platziert mit der rechten Hand den Schallkopf auf ihrem Bauch. Am

¹⁰⁹ Die nachfolgenden Ausführungen sind in einen Vortrag auf dem 2. Kongress der Sektion Wissenssoziologie der DGS eingeflossen und wurden anschließend im Vortragsband zum Kongress publiziert. Vgl. dazu auch Feith 2018 b.

Wandmonitor erscheint daraufhin ein Bild in bronzefarbenen Schattierungen. Dann wendet die Gynäkologin sich wieder dem Ultraschallgerät zu und drückt mit der linken Hand etwas auf der Konsole. Während sie den Schallkopf auf dem schwangeren Bauch bewegt, verändern sich die Muster auf dem Bildschirm.

Kontaktgel und Schallkopf bilden im Ausschnitt die Bausteine für eine Brücke zwischen schwangerem Bauch, Ultraschallgerät und Gynäkologin. Sie fungieren als materiale und, in Kombination mit dem Gerät, technische Infrastruktur der Sonographie. Die I. Handlungsebene des Schallens kann daher metaphorisch als dessen ‚Maschinenraum‘ begriffen werden, in dem die einzelnen Komponenten ineinandergreifen müssen, damit sich das Geschehen am Bildschirm in Bewegung setzt. Er verbleibt während der Untersuchung solange mitgegeben im äußeren Horizont, wie die Verbindung nicht gestört wird. Ultraschallgel, Schallkopf und ein Gummihandschuh, den die Gynäkologin in der Regel an der Hand trägt, mit der sie den Schallkopf führt, stellen aus diesem Blickwinkel notwendige Werkzeuge der klinischen Arbeit dar. Der Transducer – der Schallkopf – fungiert als Sender und Empfänger von Schallwellen, die von Gewebestrukturen im Mutterleib reflektiert und vom Ultraschallgerät digital in Bildstreifen umgerechnet werden. Das Kontaktgel sorgt dafür, dass keine Lufträume zwischen Schallkopf und Bauchdecke entstehen, durch die die Ausbreitung der Ultraschallwellen behindert und das Bild auf dem Display des Ultraschallgerätes gestört würde. Der Gummihandschuh kann als elementarer Bestandteil klinischer Hygieneregeln betrachtet werden.

Alle drei Dinge erfüllen jedoch ebenso wichtige Funktionen für die Interaktionsordnung während der Untersuchung. Als Requisiten des Handelns tragen sie dazu bei, in der Nähe zwischen Körpern die Distanz zwischen Personen zu wahren und festigen dadurch den funktional-spezifischen Rahmen dieses Abschnitts der klinischen Situation. Diente der Händedruck in der Begrüßung gerade der reziproken Anerkennung zwischen Personen, wird die direkte Berührung zwischen Gynäkologin und Schwangerer jetzt mittels der Ultraschallutensilien gerade vermieden. Aus dieser Perspektive fungiert vor allem der Handschuh, aber vermittelt auch Schallkopf und Kontaktgel, als Schutzschichten zwischen schwangerem und ärztlichem Leib und sind dabei behilflich, die Intimität des Ultraschalls, mit dem am Körper der Frau gearbeitet und dessen Innenraum ausgeleuchtet wird, im sachlichen Rahmen einer medizinischen Untersuchung zu binden. Darüber hinaus besiegeln sie nun das Zurücktreten der Schwangeren als Individuum für die Zeit der Diagnostik und verwandeln ihre Bauchdecke zum körperlichen Display. Die temporäre Objektivierung der werdenden Mutter im Dienste ihres heranwachsenden Kindes lässt sich mit mehreren Argumenten untermauern: Bereits das Hinlegen bedeutet einen weitgehenden Verlust an Bewegungsfreiheit, Handlungsmöglichkeiten und damit an Autonomie. Des Weiteren gibt die Schwangere eine ganze Reihe von Territorien des Selbst für die Untersuchung preis, damit durch den medizinischen Zugriff auf ihren Körper in diesem ein Zweites aufgespürt werden kann. Mit dem Entblößen ihres Bauches lässt sie im Goffmanschen Sinne die Hülle fallen und dies nicht im geschützten Binnenraum

einer vertrauten, dyadischen Arzt-Patienten-Beziehung, sondern vor dem gesamten Sprechstundenpublikum, inklusive des Soziologen.¹¹⁰ Die schallende Ärztin hantiert mit dem Transducer unmittelbar an ihrem Körper und damit in ihrem persönlichen Raum. Durch die Liegeposition und die medizinisch-technischen Artefakte, die ihr buchstäblich auf den Leib rücken, wird ihr eigener Benutzungsraum maximal beschnitten, während sich der Ärztin bis an die Grenzfläche ihrer Haut ausdehnt. Schließlich überschreitet der Ultraschall zwar – anders als invasive Verfahren der Pränataldiagnostik – nicht physisch die Grenze zum Körperinneren, durchleuchtet jedoch den Bauchraum der Schwangeren und darin geborgen, den Körper des Ungeborenen, sodass hier Ansichten und Informationen zu organischen Zuständen zum Vorschein kommen, die im Alltag in den allermeisten Zusammenhängen verborgen bleiben. Angesichts dieser weitgehenden Objektivierung der Schwangeren für die Zeit des Schalls erscheint es plausibel, die I. Handlungsebene gerade nicht als eine aktantvermittelte Interaktion zwischen Gynäkologin und Schwangerer als Personen zu begreifen, sondern als ärztliche Arbeit am schwangeren Körper. Bezeichnender Weise sind es dann gerade leiblich auferlegte Relevanzen, die zu kurzzeitigen Unterbrechungen der Verbindung zwingen und mit dem Maschinenraum zugleich dessen Personal wieder in den Brennpunkt der ethnographischen Beobachtung rücken lassen. In solchen Momenten tritt die leibliche Verankerung der körperlichen Praxis deutlich zum Vorschein.

Zwischendurch bittet der schallende Gynäkologe die Schwangere, sich auf die Seite zu drehen, um den Schallkopf besser ansetzen zu können. Die Schwangere stemmt sich mit beiden Armen etwas von der Liege hoch und dreht sich, unter großer Anstrengung, mit dem Oberkörper in Richtung Eingangstür. Unvermittelt höre ich sie zweimal relativ laut „Au, Au-A“ rufen, und dass es gerade „pikst“. Der Arzt hält den Schallkopf für einen Moment in der Luft und antwortet: „Wenn es Ihnen weh tut, dann warten wir natürlich.“* Die Schwangere atmet noch ein paar Mal hintereinander tief ein und aus, dann scheint sich die Lage fürs erste wieder zu beruhigen.

Und aus einer anderen Sprechstunde:

Kurz darauf wechselt die Gynäkologin die Bildeinstellung. Ich sehe dreidimensionale Formen am Bildschirm, kann jedoch keine charakteristischen Körperformen darin erkennen. Anschließend nimmt sie kurz den Schallkopf vom Bauch der Schwangeren und lockert ihre rechte Hand. Sie kommentiert die Unterbrechung damit, dass sie „mal ganz kurz absetzen“ müsse, wegen dem starken Drücken. Als die Gynäkologin den Schallkopf wieder auf dem Unterbauch aufsetzt, sehe ich nach einem Moment schemenhaft eine Form im Bild, die mich an Hände erinnert.

Beide Szenen veranschaulichen zum einen, wie leiblich auferlegte Relevanzen der Schwangeren und der Gynäkologin dazu führen, dass die Verbindung für einen Moment unterbrochen wird. Zum anderen wird vor allem an ‚Störfällen‘ auf der I. Ebene der synästhetische Charakter des Ultraschalls deutlich,

¹¹⁰ Die veränderte Situationsdefinition, die im Übergang zur Diagnostik vorbereitet und mit deren Beginn wirksam wirkt, verschafft sich auch in der Responsivität des Soziologen ihren Ausdruck. Während sich bei ausgeschaltetem Licht zu Beginn der Diagnostik der schwangere Bauch häufig im thematischen Kern meiner Wahrnehmung befindet und ich ihn in der theoretischen Einstellung des Wissenschaftlers beobachten und auslegen kann, gerate ich am Ende der Untersuchung, wenn das Licht wieder angeht, die Schwangere ihren Bauch abtrocknet, ihre Kleidung richtet und damit auch als Person ins Geschehen zurückkehrt, regelmäßig in die Schwierigkeit, wie konsequent ich diese Rückkehr noch beobachten kann, ohne dabei wieder wirksam werdende Ansprüche auf Diskretion zu verletzen.

der sich nicht auf seine visuelle Dimension reduzieren lässt.¹¹¹ Die Schwangere spürt während der Untersuchung unter Umständen „simultan Kindsbewegungen von innen und den Druck des Schallkopfes von außen, sieht gleichzeitig Ultraschallbilder ihres Kindes am Monitor und hört deren medizinische Deutungen“ (Feith 2018b: 618). Während für die schallende Ärztin zumindest haptische und taktile Qualitäten des Phänomens über den Schallkopf noch indirekt wahrnehmbar sind, bleibt diese Sphäre sowohl dem werdenden Vater als auch den anderen Anwesenden verschlossen. In meiner Wahrnehmung als Ethnograph während der Diagnostik ist es vor allem das harmonische oder dissonante Zusammenspiel von Sehen und Hören, dass an manchen Stellen thematisch wird, wenn ich z. B. bemerke, dass meine eigenen Interpretationen des Gesehenen sich mit dessen medizinischen Typisierungen decken oder mir auffällt, dass zwar von mir bekannten Organen gesprochen wird, ich aber beim besten Willen keine mir vertrauten Körperformen im Bild erkennen kann.

Die II. Handlungsebene umfasst im Kern die Tätigkeiten des Darstellens und Einstellens von Ultraschallbildern durch die untersuchende Ärztin mit Blick auf den Monitor. Gegenüber dem ‚Maschinenraum‘ der Diagnostik auf der ersten Ebene kann diese zweite Ebene gleichsam „als ‚Schaltzentrale‘ der digitalen Bildproduktion betrachtet werden, in der die rechte Hand des Arztes den Schallkopf auf dem Bauch der Schwangeren führt, während seine linke [Hand] Einstellungen am Ultraschallgerät vornimmt. Ein kontrastiver Vergleich zum Klavierspiel[en] bietet sich hier an, bei dem ebenfalls im (blinden) Zusammenspiel zweier unabhängig voneinander sich bewogender Hände ein komplexes Klangbild erzeugt wird“ (ebd.). Die unterschiedlichen Anforderungsprofile an die rechte und linke Hand des Arztes lassen sich anhand ihrer jeweiligen Bearbeitungsgegenstände und Funktionen weiter differenzieren.

Darstellen bedeutet zunächst, Figuren von einem Grund abzuheben unter den besonderen Bedingungen, die mit dem menschlichen Leib als Arbeitsgebiet einhergehen. Die rechte Hand des schallenden Gynäkologen bewegt sich, ausgerüstet mit dem Transducer als Werkzeug, auf einem ‚Gegenstand‘, der nur begrenzt medizinisch handhabbar gemacht werden kann. Der schwangere Körper kann nicht vollständig unter Kontrolle gebracht und als empfindender Leib ruhiggestellt werden, erweist sich zugleich als relativ widerständig und anpassungsfähig. Beide Aspekte treten im oben zitierten Ausschnitt verdichtet zum Vorschein, wenn die Schwangere sich nach der Bitte des Arztes auf die Seite dreht, in dieser Position jedoch so starke Schmerzen empfindet, dass die Untersuchung für einen Moment unterbrochen werden muss. Durch die partielle Entkoppelung des Körpers von der Person, kann der schwangere Bauch bis zu einem gewissen Grad unter Kontrolle gebracht werden. Wesentlich weniger gilt dies für das Ungeborene. So kann die Lage des Fetus im Mutterleib das Darstellen diagnostisch relevanter Areale unmöglich machen. Ebenso kann die Verschachtelung zwischen mütterlichem und infantilem Körper

¹¹¹ Beide Ausschnitte verweisen auf konstitutionsanalytisch weitergehende Fragen hinsichtlich der polythetischen Wahrnehmungsfelder in der klinischen Situation und ihrer soziologischen Relevanz. Während zur synästhetischen Ausdrucksform einzelner Aspekte über das Forschererleben zumindest ein indirekter Zugang besteht, können diese Fragen im Rahmen dieser Arbeit jedoch weitestgehend nur als offene Probleme für die weitere Forschung markiert werden. So hätte eine leibphänomenologisch orientierte Soziologie der Situation nicht zuletzt der Frage nachzugehen, wie sich synästhetisch differente Wahrnehmungsprofile in einer gemeinsamen Situation auf der Ebene des subjektiven Erlebens artikulieren und welche Rolle sie für die intersubjektive (Mit-)Teilbarkeit von Erfahrungen spielen.

zum Visualisierungsproblem werden, wenn z.B. die Schallwellen durch einen adipösen Mutterleib oder eine ungünstige Lage der Plazenta nicht bis zum eigentlichen Objekt der Untersuchung durchdringen. In diesem Fall wird der schwangere Bauch vom körperlichen Display wieder zur materialen Barriere.

Demgegenüber hat das Einstellen die Funktion morphologische Strukturen mit Hilfe der unterschiedlichen Bildmodi des Ultraschallgeräts aus verschiedenen Perspektiven auszuleuchten. Vergrößern oder verkleinern des Bildausschnitts, farbliche Kontrastierung oder die Veränderung der Geometrie des Bildes von 2D bis 4D sorgen dafür, dass die Mediziner*innen den ungeborenen Körper aus verschiedenen Sichtweisen in Augenschein nehmen können, um ihn zu diagnostizieren. Besonders deutlich wird die Vielfalt von Einstellungsmöglichkeiten am Dopplerultraschall¹¹², wie der folgende Ausschnitt illustriert:

Abschließend wird noch einmal das Herz des Kindes geschallt. Ich sehe dabei in der Bildmitte die gleichen Pumpbewegungen wie zuvor und dahinter verschwommen etwas Dunkleres, das mich jedoch nicht an die Form mir bekannter Bilder des Herzens erinnert. Die Gynäkologin teilt unterdessen mit, dass sie in den „Herzmodus“ wechseln werde, da man es dann besser sehen würde. Sie drückt mehrmals auf Knöpfe an der Konsole des Ultraschallgeräts. Ein Auswahlbutton wandert dabei die Leiste mit Bildeinstellungen entlang, bis er auf einer stehen bleibt. Von meiner Position aus kann ich den Titel der Einstellung allerdings nicht lesen. Das Bild verändert sich. Die dunkle Form in der Mitte wird jetzt größer, sie erinnert mich jedoch immer noch nicht an die Form eines Herzens. Das Bild verändert sich anschließend mehrmals leicht. Es scheint schärfer zu werden und ich habe den Eindruck, dass die Gynäkologin nach einer guten Einstellung sucht wie ein Photograph eine gute Einstellung des Kamerafokus. Hier schaltet sich der Kardiologe wieder ein und sagt etwas zu seiner Kollegin, das ich nicht mehr in Erinnerung habe. Sie fixiert daraufhin jedoch das Bild. Jetzt bewegt es sich nicht mehr.

Die linke Hand der Ärztin arbeitet entsprechend, im scharfen Kontrast zur rechten, an einem medizintechnischen Gerät, das der Logik von Befehl und Befolgung gehorcht. Das Ultraschallgerät kann sich den Eingaben der Gynäkologin nicht widersetzen, aber dadurch umgekehrt auch nicht deren Intentionen nachvollziehen und von sich aus mitarbeiten. Auch auf der II. Handlungsebene können indes Irritationen auftreten, wenn Bildeinstellungen Darstellungen generieren, die den erwarteten körperlichen Gegebenheiten im Mutterleib nicht entsprechen.

Die Gynäkologin drückt jetzt etwas am Ultraschallgerät und sagt: „Versuchen wir es mal mit X (Name der Einstellung), vielleicht haben wir damit mehr Glück.“ Das Bild verändert sich erneut. Ich habe den Eindruck, dass sich der Bildausschnitt verkleinert und die Gynäkologin herangezoomt hat. Zunächst sehe ich wieder gestaltlose Helldunkelmuster, dann zeichnet sich schemenhaft, mit unscharfen Konturen ein Gesicht von der Seite ab. Ich sehe das Nasenbein, darunter, wo ich die Nasenspitze erwarte, wird es dunkler im Bild. Es sieht aus, als sei sie abgebrochen. Die Gynäkologin erläutert, das sehe jetzt hier so aus, als ob das Kind keine Nase hätte. „Also keine Sorge“ - die Schwangere reagiert an dieser Stelle mit einem aufgeregten „Ja-ha“ – wenn man mit der Einstellung so nah an der Nasenspitze dran sei, würde sie von „diesem Ding hier“ immer ein bisschen weggerechnet.

Während an dieser Stelle Präsentation und Auslegung des Ungeborenen noch außer Acht gelassen werden, verweist der Ausschnitt noch einmal deutlich auf den Umstand, dass die Visualisierungen durch

¹¹² „Durch spezielle Techniken wie Farbdoppler des Herzens, 3D-Aufnahmen und Spektraldoppler lassen sich Veränderungen der untersuchten Organe schon im 1. Trimenon erkennen. Dopplersonografische Untersuchungen des mütterlichen und fetalen Kreislaufes ermöglichen außerdem Aussagen über den Versorgungszustand der Gebärmutter und des Feten und unterstützen die fetale Herzuntersuchung (Echokardiografie).“ (Gasiorek-Wiens 2014: 12)

Ultraschall körperliche Verhältnisse nicht identisch repräsentieren, sondern vielmehr Geräteeinstellungen beim Darstellen immerschon mit am Werk sind. Mit Blick auf die Frage nach den Vorstellungen vom Ungeborenen wird so nicht erst dessen medizinische Auslegung, sondern schon davor die Produktion der Auslegungsgegenstände als Konstruktionsprozess sichtbar. Das Ultraschallgerät zeigt sich in diesem Zusammenhang als wirkungsmächtiger Aktant der prinzipiell in der Lage ist, den Betrachter*innen dermaßen verzerrte Wirklichkeiten im Bild zu vermitteln, dass sie Schwangere in Aufregung versetzen und die schallende Ärztin zu korrigierenden Einordnungen zwingen. Ebenso wie Störfälle auf der I. Ebene, sind auch Komplikationen auf der II. Ebene in der Gesamtbetrachtung der protokollierten Ultraschalluntersuchungen relativ selten; hier wurden sie in den Vordergrund gerückt, um zu zeigen, was im Umkehrschluss alles funktionieren muss, damit die III. Ebene der eigentlichen Diagnostik das Zentrum der klinischen Situation bilden kann. Dort angekommen, werden bestimmte Präsentationsweisen des Dritten mit verschiedenen Modi der Auslegung interpretiert. Die Unbestimmtheit vieler Bilder für den Laienblick sowie deren Deutung in Fachterminologie sorgen dafür, dass der thematische Kern medizinischer Relevanzen über weite Strecken erfolgreich gegenüber anderen interpretativen Zugängen abgeschirmt werden kann. Die systematische Ausarbeitung der III. Handlungsebene im Hinblick auf die Frage, wie und in welcher Form auf ihr Vorstellungen des Dritten entworfen werden, bildet im Folgenden den Hauptabschnitt dieses Kapitels.

4.2. Muster – Formen – Gestalten: Präsentationsweisen des Dritten im Ultraschall zwischen Abstraktion und Konkretion

Die soziologische Grundfrage an die untersuchten Sprechstunden lautet, wie hier interaktiv Vorstellungen des Dritten hergestellt werden. Nachdem im Kapitel zuvor rekonstruiert wurde, wie Ärzt*innen und Eltern die Ordnung der Situation auf dem Weg in die Diagnostik verändern, um das Ungeborene in den Mittelpunkt des Geschehens zu rücken und sich der vorangegangene Abschnitt mit den Materialien wie handlungspraktischen Voraussetzungen der digitalen Bildproduktion befasst hat, geht es nun im Zentrum dieses Kapitels darum, was für Bilder des Dritten im Ultraschall erscheinen und wie sie ausgelegt werden. In der vergleichenden Analyse mehrerer Untersuchungen haben sich in diesem Zusammenhang drei typische Präsentationsweisen herauskristallisiert: Erstens *diffuse Muster* in verschiedenen Grautönen, die dem Ethnographen keine Anhaltspunkte bieten, sie als Anzeichen eines Körpers oder einer Person zu deuten und stattdessen gerade in ihrer persistierenden Unbestimmtheit vertraut werden. Davon unterscheiden sich zweitens *Formen und Teile des fetalen Körpers*, die von Rippenbögen und Lungenflügeln, über Extremitäten, bis hin zu einzelnen Organen im Gesicht reichen. Schließlich appäsentieren drittens das pumpende Herz und vor allem das Antlitz als *symbolträchtige Gestalten die Lebendigkeit und Menschlichkeit ihres Trägers* und schlagen eine Brücke vom fetalen Körper zur Person des Kindes. Während im Folgenden diese verschiedenen Präsentationsweisen des Ungeborenen zwischen den Polen von Abstraktion und Konkretion dargestellt werden, sind diese ihrerseits mit spezifischen Auslegungsmodi verbunden. Komplementär zur Beschreibung der Bilder stehen entsprechend deren verschiedene

Interpretationsformen im Fokus. Sie reichen von der eigenen Orientierung der Gynäkolog*innen am Monitor, über die diagnostische Auslegung fetaler Körperpartien für Kolleg*innen, bis hin zu Augenblicken, in denen das Detektieren des Dritten umschlägt in das Sich-Zeigen eines Anderen, der an alle Anwesenden appelliert, sich zu ihm zu verhalten. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auch auf die interpretative Grenzarbeit gelegt, die sowohl Grenzen der medizinischen Erkenntnis als auch Grenzen der alltagsweltlichen Übersetzbarkeit des Sichtbaren betreffen. Ziel dieses zweigleisigen Weges durch die sonographische Feindiagnostik wird es sein, die Sinnfiguren des Dritten in ihrer ganzen Vielschichtigkeit sukzessive herauszupräparieren.

4.2.1. Die erste Präsentationsweise: Diffuse Muster

Im Laufe des kurzen Gesprächs sind die ersten Bilder am Gerätemonitor erschienen. Ich stehe am unteren Ende vor der Liege, zwischen dem Neonatologen zu meiner Rechten und der Neonatologin zu meiner Linken. Nach einem kurzen Blick auf den Wandmonitor schaue ich auf den Gerätebildschirm und versuche Körperformen in den sich schnell verändernden Grauschattierungen zu erkennen. Es gelingt mir jedoch nicht. In der Bildmitte sehe ich eine große, dunkelgraue Blase, die außen von einem helleren Rand begrenzt wird. Dann verändert sich das Bild wieder. Die Muster ändern sich schnell, Konturen in verschiedenen Grautönen erscheinen mal verschwommen, dann wieder scharf im Bild. Ich warte auf einen orientierenden Kommentar der schallenden Gynäkologin. Sie spricht jedoch ganz leise, mit dem Blick zum Bildschirm, vor sich hin, sodass ich nicht verstehen kann, was sie sagt.

Dieser Ausschnitt veranschaulicht exemplarisch die erste Präsentationsweise des Ungeborenen im Ultraschall. Sie besteht in diffusen, sich fortlaufend wandelnden Mustern in unterschiedlichen Grautönen, die regelmäßig den Beginn der Diagnostik prägen und auch zwischen verschiedenen Abschnitten der Untersuchung im weiteren Verlauf auftreten. „Die Muster ändern sich schnell“, das Geschehen an den Monitoren bleibt in Bewegung; für einen Augenblick taucht mit einer dunkelgrauen „Blase“ eine klarere Form auf, verschwindet im nächsten Moment jedoch schon wieder. Kontraste zwischen verschiedenen Grautönen und ein gewisser Rhythmus im Schärfen-Werden und Verschwimmen von Bildkonturen sorgen zwar für eine minimale Strukturierung der visuellen Darstellungen, die mit der erfolglosen Suche des Ethnographen nach wiedererkennbaren Körperteilen aber noch unterhalb einer Differenzierung in Figur und Grund verbleibt. Der thematische Kern des Ausschnittes scheint hier in einer Undurchsichtigkeit des Sichtbaren zu liegen.

Derartige diffuse Muster stellen keine kohärenten Bilder dar, die durch mehr oder weniger konkrete Anhaltspunkte auf das ungeborene Kind verweisen würden. Das Typische dieser Darstellungsform liegt vielmehr gerade in ihrer Nicht-Typisierbarkeit, zumindest in den Erfahrungen des Feldforschers. Das Bedeutungspotential von „undefinierbaren Hell-Dunkel-Mustern“ und „Schattierungen in wechselnden Grautönen“ reicht in Verbindung mit dem Deutungshorizont des soziologischen Interpretieren nicht hin, um etwas Nicht-Gegenwärtiges zu appäsentieren. Der Ethnograph kommt in der zitierten Szene gar nicht soweit, sich nach der Beziehung zwischen den Darstellungen und einem sich in ihnen verkörpernden Wesen zu fragen, stattdessen pendelt seine Wahrnehmung zwischen den diffusen Ansichten am Monitor und der Erfahrung des Scheiterns, beim Versuch sie zu bestimmen. Dieser Punkt ist theoretisch

entscheidend. In der ersten Präsentationsweise fehlen geeignete Auslegungsrelevanzen, um anhand des Ultraschallbildes ein Thema zu entfalten und Vorstellungen eines fetalen Körpers oder einer sich-zeigenden Person zu entwerfen. Im Gegensatz zu symbolträchtigen Bildern – wie weiter unten ersichtlich wird –, bleiben die Darstellungen hier unbestimmbar, ohne Transzendenzen in der Situation zu erzeugen. Im Ausschnitt wartet der Ethnograph auf einen orientierenden Kommentar der schallenden Gynäkologin, die jedoch leise vor sich hinspricht. Dies wirft zum einen die Frage nach geeigneten Auslegungsrelevanzen auf die dabei behilflich sein können, das Geschehen am Bildschirm in den Griff zu bekommen, zum anderen verweist die Erwartung an die Gynäkologin auf die Interaktionsordnung des Schalls. Beide Fragen werden im Folgenden anhand des Beginns einer anderen Ultraschalluntersuchung beleuchtet, in der ein bereits bestehender Verdacht einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte differenzialdiagnostisch abgeklärt werden soll:

Auf dem Monitor am Ultraschallgerät sehe ich als Erstes wieder helle und dunkle Muster in verschiedenen Grautönen, kann aber darin keine Gestalt oder Form erkennen. Die Gynäkologin hat ihren Blick jetzt fest auf den Gerätemonitor gerichtet, murmelt dann zunächst vor sich hin, dass das Profil gerade etwas schwierig ins Bild zu bekommen sei. Einen Moment später kommentiert sie das Geschehen am Bildschirm mit den Worten, „hier oben kommen beide Augen“, „da ist die Na:::se“. Ich suche beides im Bild, kann mich aber nicht so schnell orientieren, wie sich die Muster wieder verändern.

Während anfangs wieder nur undefinierbare Muster zu sehen sind, startet die Diagnostik regelmäßig mit einem orientierenden Kommentar der schallenden Ärztin. Ihr Ausdrucksverhalten im Verlauf der Szene ist dabei in dreifacher Hinsicht aufschlussreich: Erstens konzentrieren sich ihre Arbeit am Gerät und ihre Äußerungen auf den Schädelbereich des Fetus, der auch in anderen Sprechstunden, in denen keine Fehlbildung im Gesicht erwartet wird, häufig den Ausgangspunkt der Untersuchung bildet. Er scheint für die Gynäkologin den Fixpunkt für ihre eigene sonoanatomische Orientierung darzustellen, von dem ausgehend sie sich zu diagnostisch relevanten Körperpartien vorarbeitet. Zweitens bildet der Ausschnitt, mit Blick auf die Interaktionsordnung, exemplarisch die Bandbreite an Deutungsaktivitäten ab, die der ersten Präsentationsweise des Dritten korrespondieren. Sie beginnen in ihrer hermetischsten Form mit dem ‚festen‘ Blick der Ärztin auf den Gerätemonitor, ohne etwas zu sagen. Auf dieser Stufe ist die Gynäkologin selbst noch vollständig mit der Suche im Bildausschnitt beschäftigt und richtet sich noch nicht mit Äußerungen an ihre Kolleg*innen, sodass noch keine Interaktionsangebote vorhanden sind, auf die die anderen Professionellen eingehen könnten. Die zweite Stufe hin zu einer diskursiven Betrachtung der sonographischen Darstellungen bilden Formen des inneren Zwiegesprächs in der Box, wie hier das ‚Murmeln‘ oder auch das ‚leise Vor-sich-hin-sprechen‘ im Ausschnitt zuvor. Sie stellen Übergangsformen zwischen der stillen Auslegung am Bildschirm und der expliziten Auslegung für Andere dar. Murmeln ist einerseits nicht auf intersubjektive Verständigung angelegt, andererseits dient es im Gegensatz zum Flüstern auch nicht dazu, Informationen vor unberufenen Hörer*innen zu verbergen. In der Szene lässt sich mit dem bereits hörbaren Verweis auf das „Profil“, das gerade etwas schwierig ins Bild zu bekommen sei, nicht abschließend entscheiden, inwieweit die Gynäkologin hier noch mit sich

Selbst und den Sichtverhältnissen im Mutterleib zu Gange ist oder sich schon konkret an die Anwesenden richtet. Schließlich bildet ein orientierender Kommentar an die Schallgemeinschaft, was gerade im Bild zu sehen ist, das Startsignal für die Diagnostik. Mit ihren initialen Äußerungen webt die Gynäkologin zugleich erste ordnende Sinnfäden in das zuvor noch diffuse thematische Feld des neuen Situationsabschnitts. Sie errichtet offiziell eine neue Bühne im Raum des Sprechstundenzimmers. Darüber hinaus zeichnen sich in den Aussagen – „hier oben kommen beide Augen“ und „da ist die Na:::se“ – zwei grundlegende Deutungsschemata in Bezug auf den Dritten bereits in den ersten Sequenzen der Ultraschalluntersuchung ab.

Das „hier oben“, mit dem die Gynäkologin einsteigt, eröffnet den digitalen Wirklichkeitsbereich nun auch explizit als neue Bühne in der Situation. Mit dem indexikalischen „hier“ holt sie die gerade beginnende Vorstellung am Bildschirm in die Mitte der Teilnehmenden, indem sie etwas, das sich von den Positionen der Erwachsenen im Raum aus betrachtet dort befindet, zum gemeinsamen Schauplatz macht. „Hier“ und „jetzt“ sind genuin gebunden an die gegenwärtige Position des Sprechers, wodurch das „hier“ im zitierten Ausschnitt zwei Funktionen erfüllt: Es zieht einerseits topographisch ein dortiges Geschehen heran, andererseits erweitert es als verallgemeinertes „hier“ den Fokus der Gynäkologin zum kollektiven Brennpunkt der Aufmerksamkeit. Während dieser Schritt für die Professionellen, den werdenden Vater und den Soziologen eine Annäherung an den Dritten bedeutet, ist die Bewegung für die Schwangere weniger eindeutig und wesentlich komplexer zu denken. In ihrem Fall wird aus ihrem Innersten technisch vermittelt erst etwas nach außen gebracht, bevor es ihr am Bildschirm wieder entgegenkommen kann. Es liegt nahe davon auszugehen, dass für sie Visualisierung im Ultraschall nicht nur Nähe, sondern Distanzierung und Annäherung zugleich bedeutet. In der nächsten Sequenz zieht die Gynäkologin mit „hier oben“ Koordinaten in den Bildausschnitt ein, macht die neue Bühne zu einem zweidimensionalen Raum mit verschiedenen Orten und lenkt die Aufmerksamkeit der Anwesenden in eine bestimmte Richtung. Auf diese Weise avanciert sie selbst wiederum zu einer Art Mittlerin zwischen der Welt der Sprechstunde und der Welt im Mutterleib und ist im buchstäblichen Sinne für das Übersetzen an ein anderes Ufer verantwortlich.

Daran anschließend integriert sie den Auftritt des Ungeborenen in einen medizinisch-diagnostischen Rahmen. Sie bezieht die Augen des Fetus nicht auf ein kindliches Antlitz, sondern zerlegt Letzteres als Körperteil in einzelne Elemente und bringt sie in eine Reihenfolge, um sie bearbeiten zu können. Diese Interpretationsrichtung, von einem thematisch relevanten Gegenstand ausgehend sich in seinen inneren Horizont vorzuarbeiten, ist charakteristisch für dieses Deutungsschema und tritt in der Äußerung in zweifacher Hinsicht hervor: Zum einen können Körperteile im Alltagsverstand nicht alleine ‚kommen‘ oder gehen, sondern setzen eine lebendige Entität als *Movens* voraus. Die Frage nach dieser Entität wird hier von der Gynäkologin semantisch eingeklammert, sie ist zu diesem Zeitpunkt unter diagnostischen Relevanzkriterien dysfunktional. Stattdessen richtet sich ihr Blick mit dem Ultraschallgerät als Sichtfenster auf einzelne anatomische Gebiete des fetalen Körpers. Ihre Aufgabe ist es, medizinisch relevante

Areale aufzufinden und so präzise wie möglich zu ‚scannen‘, um mittels einer differenzierten Diagnostik der einzelnen Organe zu einem Urteil über den Gesamtzustand des Ungeborenen zu kommen. Zum anderen erscheint explizit von beiden Augen zu sprechen nur dann sinnvoll, wenn es prinzipiell auch möglich wäre, dass ‚hier nur ein Auge kommt‘. Im Fahrwasser des Auslegungsschemas, das den weiteren Verlauf der Untersuchung prägen wird, transportiert die Äußerung damit implizit auch schon die medizinische Erkenntnis, bezogen auf das Auge, eine vollständige Organanlage vor sich zu haben. Auch darin wird wieder die Distanzierung zur Alltagswelt sichtbar. Dort wird das Augenpaar in der Regel schon als Einheit sprachlich anvisiert, der bestimmte Eigenschaften – wie die Augenfarbe oder verschiedene Ausdrucksqualitäten, wie müde oder glasige Augen – zugeschrieben werden. Die Unterscheidung zwischen beiden Augen kommt auch in der Alltagssprache erst bei Devianzen ins Spiel, wenn jemand z.B. mit dem rechten Auge schlechter sieht als mit dem linken oder ein Auge beim Schielen wegrutscht. Mit ihrem ersten Kommentar legt die Gynäkologin folglich den Grundstein für eine medizinische Interpretation der Ultraschallbilder und verbannt die starken leibbezogenen und sozialen Implikationen des Auges in den äußeren Horizont.

Dies gelingt ihr im zweiten Kommentar nicht mehr in gleicher Weise. Am gedehnten „da ist die Na:::se“ fällt zunächst auf, dass hier der semantische Gehalt des Gesagten alleine anscheinend nicht hinreicht, um etwas zum Ausdruck zu bringen, sondern sich die Performanz als zusätzlicher Bedeutungsträger bemerkbar macht. Dieser Umstand lässt verschiedene Lesarten zu: Das gedehnte Sprechen kann entweder ein Hinweis dafür sein, dass die Gynäkologin selbst noch dabei ist, sich in den sonoanatomischen Verhältnissen zurechtzufinden und daran arbeitet, Bild und Auslegung zu synchronisieren. Oder die Verzögerung kann dramaturgische Funktionen übernehmen, in dem sie Spannung aufbaut und signalisiert, dass man sich langsam dem Hort der Pathologie annähert. Das betont langsame Sprechen kann jedoch auch als eine Form einer Verniedlichung gelesen werden, mit der die Gynäkologin versucht, den werdenden Eltern das Geschehen am Bildschirm nahezubringen. In der zitierten Szene bleibt offen, inwieweit dieser Übersetzungsversuch gelingt. Weder gehen die Schwangere oder ihr Partner auf das Kommunikationsangebot ein, noch sind die Eindrücke am Monitor so klar, dass sie zumindest aus Sicht des Soziologen eindeutig als Teile eines kindlichen Antlitzes zu erkennen wären. Entscheidend ist an dieser Stelle jedoch zunächst ein anderer Aspekt. In der zweiten Äußerung der Gynäkologin tritt auch eine zweite grundlegende Interpretationsrichtung des Geschehens am Monitor zum Vorschein, die sich im Rücken des Gesagten performativ ihren Ausdruck verschafft. Die symbolische Wirkung von Augen und Nase lässt sich nicht vollumfänglich mit einer medizinischen Ordnung bannen. Vielmehr scheint die Gynäkologin hier bis zu einem gewissen Grad Konzessionen an die leibbezogenen und sozialen Verweisungszusammenhänge beider Organe machen zu müssen und dabei mögliche familiäre Relevanzen der Bilder zu antizipieren. Darin kündigt sich ein begegnungsorientiertes Deutungsschema an, das weiter unten bei ausdrucksstärkeren Bildern deutlicher hervortreten wird. In dieser Szene, zu Beginn der Untersuchung, erfüllen pragmatische und semantische Diminutive primär die Funktion, außermedi-

zinische Relevanzen der sonographischen Darstellungen anzuerkennen, um dann möglichst ohne Umwege wieder zur vorrangigen Aufgabe der Fehlbildungsdiagnostik zurückkehren zu können, wie auch ein weiterer Ausschnitt zeigt:

Ich schaue auf den Wandmonitor und nehme als Erstes sich bewegende und verändernde Muster in Farb-tönen zwischen Bronze und hellgrau wahr. Es ist mir nicht möglich, darin Körperformen wiederzuerkennen. Dann erwähnt die Schwangere, dass das Kind sich gedreht habe. Die schallende Gynäkologin bestätigt dies mit einem „ja“ und ergänzt noch, dass das Kind jetzt mit dem Kopf nach unten liege. Der Rahmen des Ultraschallbildes ist trapezförmig und damit unten breiter als oben. Im nächsten Moment sehe ich in der unteren Hälfte des Bildausschnitts eine flache, fast kreisrunde Form mit dunkelgrauem Rand, die innen gleichmäßig in einem etwas helleren Grauton gefärbt ist. *Sie erinnert mich sofort an Bilder von Schädelquerschnitten im Fernsehen und in Zeitschriften.* Das Bild bleibt einen Moment stabil und die Gynäkologin erklärt: „So, hier sieht man das Köpfchen. Ich fahre jetzt die Wirbelsäule entlang.“

Der Schädelquerschnitt scheint hier, ähnlich wie Augen und Nase im Ausschnitt zuvor, an die Gynäkologin zu appellieren, sich zu ihm nicht allein medizinisch zu verhalten. Mit der sprachlichen Verkleinerung kann sie einerseits demonstrieren, dass sie potentielle Bedeutungen der Bilder für werdende Eltern mit im Blick hat. Andererseits dient die kommunikative Würdigung gleichermaßen dazu, die Gefahr einer weitergehenden alltagsweltlichen Diskussion schon in ihren Ansätzen wieder einzufangen, wenn sie unmittelbar anschließend, geradezu idealtypisch, zur diagnostischen Auslegung zurückkehrt – „ich fahre jetzt die Wirbelsäule entlang“. Während der nun auch für den soziologischen Laien eindeutig sichtbare Schädelquerschnitt schon auf die nächste Präsentationsform des Ungeborenen verweist, soll zuvor anhand einer Szene, die sich auf der Schwelle zwischen diffusen Mustern und wiedererkennbaren Körperteilen bewegt, noch einmal der Fokus auf die divergierenden Sehweisen innerhalb der Schallgemeinschaft gelegt werden:

Dann verändert sich das Bild erneut. Die Gynäkologin erklärt, dass man „hier“ die linke Niere, und „dort“ die rechte sehe. Schemenhaft zeichnen sich von der Bildmitte nach oben und unten abgehend, zwei dunklere Flecken vor einem etwas helleren Hintergrund ab. Als Nieren sind sie für mich jedoch nicht wiedererkennbar. Die werdende Großmutter sagt in *verwundert-bewunderndem* Tonfall: „Was Sie da alles drin sehen!“

In dieser Szene treten deutlich differente Perspektiven und Sehfähigkeiten der verschiedenen Teilnehmenden zu Tage, die das im I. Teil der Arbeit eingeführte theoretische Argument empirisch begründen, dass eine reine Untersuchung der Praxis auch in sozialen Situationen zu kurz greift, wenn sich die Bedeutung dieser Praxis im Lichte verschiedener Erfahrungshorizonte ganz unterschiedlich darstellt. So erläutert die Gynäkologin, was im Bildausschnitt wo zu sehen ist und setzt damit implizit sowohl die allgemeine Sichtbarkeit der Nieren und die Fähigkeit, sie als solche erkennen zu können, voraus. Darin spiegelt sich zum einen ein habitualisierter klinischer Blick, zum anderen kann die Bildbeschreibung aber auch als eine Art Sehschulung für werdende Eltern verstanden werden. Dass diese Sicht der Dinge indes nicht ohne weiteres von den nicht medizinischen Mitgliedern des Sprechstundenfeldes nachvollzogen werden kann, zeigen die Forscherwahrnehmung und das Staunen der werdenden Großmutter in der ethnographischen Beschreibung. Dem Soziologen gelingt es nur ansatzweise die Visualisierungen am Monitor zu ordnen. Schemenhaft hebt sich für ihn etwas vom Hintergrund ab; „dunklere Flecken“

stellen dabei weitestgehend unbestimmte Phänomene dar, die sich in erster Linie durch ihre Abweichung vom Gesamtbild auszeichnen und nicht einmal das Niveau einer näher eingrenzbaeren geometrischen Form erreichen. Dem Ethnographen gelingt es hier nicht, seine Wahrnehmung des Bildes mit den Typisierungen der Gynäkologin zur Deckung zu bringen. Seine Sehfähigkeiten finden ihre Grenze am hermeneutisch-phänomenologischen *als*. Er sieht etwas, ohne es als etwas Bestimmtes einordnen zu können.

Im *verwundert-bewunderndem* „Was Sie da alles drin sehen!“ der werdenden Großmutter werden weitere Facetten der Perspektivendifferenz offenbar. Während sich in der Intonation Stauen und Überraschung über die Einblicke der Mediziner*innen – eventuell auch die Irritation, selbst nicht in gleicher Weise sehen zu können – ausdrücken, bringt sie mit dem Inhalt ihrer Aussage das diagnostische Deutungsschema auf den Punkt. Sie thematisiert den Übergang von einer diffusen Gemengelage zum Extrahieren spezifischer Gegenstände, der ihr verschlossen bleibt. „Alles“ bezeichnet eine ungeordnete Masse an Elementen, deren Umfang und Qualität diffus bleiben; ‚da drin‘ beschreibt den Weg von einem Thema in seinen inneren Horizont, ohne, wie die Gynäkologin mit ‚hier‘ und ‚dort‘, Orientierungspunkte im Bildausschnitt definieren und darin etwas Bestimmtes erkennen zu können. Sie kann den Auslegungsvorgang der Mediziner*innen selbst nicht nachvollziehen, rekonstruiert aber die Logik des diagnostischen Auslegungsschemas. Mit ihrer Äußerung zweifelt sie nicht an, was die Professionellen am Monitor sehen, sondern betont, dass ihr diese Sichtweise nicht zugänglich ist und würdigt dadurch die Diagnostik mit der Bewunderung in ihrem Tonfall als eine für sie zwar undurchdringliche, aber in dieser Fremdheit dennoch authentische Vorstellung medizinischer Professionalität.

Welche Ergebnisse lassen sich bis hierhin festhalten? Die erste Präsentationsweise des Ungeborenen in diffusen Mustern am Ultraschallmonitor zeichnet sich durch ihre Unbestimmtheit aus. Der phänomenologische Kern seiner Vorstellung liegt, zumindest für die nicht-medizinischen Teilnehmer*innen des Sprechstundenfeldes, in einer Undurchschaubarkeit des Sichtbaren. In den fließenden Schlieren am Bildschirm hebt sich über weite Strecken keine eindeutige Figur von einem Hintergrund ab, sodass kein klarer thematischer Gegenstand in den Griff der Erfahrung gelangt, der einen Ausgangspunkt für Verweisungen und das Entwerfen von Sinnfiguren des Dritten markieren könnte. In den diffusen Mustern der ersten Präsentationsweise bleibt nicht nur fraglich, ob sich hier *jemand* im Bild verkörpert, sondern noch grundlegender, ob überhaupt etwas Bestimmtes, eine Entität, am Monitor zu sehen ist. Diese Unbestimmtheit schlägt sich ebenso in den professionellen Auslegungsversuchen nieder. Auch die Schall-expert*innen vor dem Gerät sind auf dieser Stufe noch nahezu vollständig damit beschäftigt, sich im Mutterleib zu orientieren, sodass mit Blick auf die Interaktionsordnung des Deutens, Schweigen und leise vor sich Hinsprechen der Gynäkologin dominieren und sich die weiteren Ärzt*innen noch nicht verbal in die Situation einschalten.

Dies ändert sich im Übergang von diffusen Mustern zu Körperteilen, die am Ultraschallmonitor erscheinen. Hier wird bereits mit den ersten Interpretationszügen eine medizinisch-diagnostische Relevanzstruktur im neuen Situationsabschnitt eingerichtet, für die der Weg vom thematischen Gegenstand in dessen inneren Horizont kennzeichnend ist. Gleichzeitig kündigt sich in den verniedlichenden Würdigungen von Schädel- und Gesichtspartien mit deren Doppelcharakter als Teile des Körpers und Symbole des Leibes bereits ein konkurrierendes, begegnungsorientiertes Deutungsmuster an. Diese Spannung zwischen diagnostischen und sozialen Relevanzen und ihre Wechselwirkung wird im weiteren Verlauf noch in verschiedenen Ausdrucksformen sichtbar werden. Während die zweite Präsentationsweise – Formen und Teile eines fetalen Körpers – vom diagnostischen Auslegungsschema getragen und geordnet wird, durchschlagen symbolische Gestalten eines menschlichen Leibes in der dritten Präsentationsweise stellenweise die medizinischen Relevanzstrukturen und zwingen alle Erwachsenen dazu, sich zu ihnen zu verhalten. Schließlich werden unterschiedliche Perspektiven und Sehfähigkeiten innerhalb des Sprechstundenensembles gerade im Umgang mit den diffusen Mustern am Bildschirm deutlich. Während es den Professionellen mit zuhausegekauftem sononanatomischen Expertenwissen gelingt, Orientierungspunkte im Bild ausfindig zu machen und im Fluss hellerer und dunklerer Schattierungen Organe zu erkennen, scheitert der soziologische Laie daran, bestimmte Gestalten in der Beschreibung festzuhalten. Dass werdende Eltern und Familienmitglieder hier an ähnliche Sehgrenzen stoßen, legt der Einwurf der werdenden Großmutter nahe, wenn sie den klinischen Blick auf den Monitor würdigt, dessen Entdeckungen ihr verschlossen bleiben.

4.2.2. Die zweite Präsentationsweise: Formen und Teile eines fetalen Körpers

Die zweite Präsentationsweise des Ungeborenen, die sich im Verlauf der beobachteten Ultraschalluntersuchungen als typisch herauskristallisiert hat, besteht in den visuellen Darstellungen von Formen und Teilen eines fetalen Körpers. Sie nehmen den Großteil der Untersuchungszeit in Anspruch und bilden, mit Goffman gesprochen, das kognitive und visuelle Zentrum der Aufmerksamkeit ebenso wie den thematischen Kern der sonographischen Feindiagnostik aus Schütz'scher Perspektive. Nacheinander werden die einzelnen Organe und diagnostisch relevante Partien des Fetus ins Sichtfenster des Ultraschalls gebracht und medizinisch beurteilt; hier wird das pränataldiagnostische Wissen – und dessen kehrseitige Ungewissheitsspielräume – in actu produziert, das die Grundlage für das anschließende Aufklärungs- und Beratungsgespräch mit werdenden Eltern bildet. Bevor im Detail rekonstruiert wird, wie in der zweiten Präsentationsweise spezifische Vorstellungen des Dritten interaktiv hergestellt werden, erscheint es an dieser Stelle sinnvoll, sich noch einmal die notwendigen Voraussetzungen der Wissensproduktion zu vergegenwärtigen. Zuerst musste ein Rahmen primärer Reziprozität zwischen sozialen Personen gestiftet, dann die Ordnung der Situation im Übergang zur Ultraschalluntersuchung auf allen Ebenen grundlegend umgestaltet und schließlich die materiale Infrastruktur des digitalen Wirklichkeitsbereichs aufgebaut werden, bevor jetzt, im Zentrum der medizinischen Situation, eine diagnostische Gestalt des fetalen Körpers entworfen werden kann.

Im Folgenden werden die Auftritte des Ungeborenen in der zweiten Präsentationsweise nachgezeichnet, wie sie sich aus Sicht des ethnographischen Beobachters darstellen. Dabei sind auch hier die Vor-Stellungen des Dritten in ihrem dreifachen Sinne¹¹³ in eine spezifische Horizontstruktur eingebettet, die den Kern medizinischer Relevanzen in der klinischen Situation umgeben und von konkurrierenden Handlungs- und Deutungsansprüchen abschirmen. Zunächst ist die zweite Präsentationsweise durchgängig in das schon im vorangegangenen Abschnitt sich abzeichnende diagnostische Auslegungsschema eingespannt, das konsequent den Weg von thematischen Gegenständen in deren innere Horizonte geht und den fetalen Körper in Teile gliedert, um ihn bearbeiten zu können. Des Weiteren entfalten sich nun, mit Blick auf die Interaktionsordnung, die monologischen Kommentare des schallenden Arztes zu expliziten Auslegungen des Geschehens am Bildschirm für die Kolleg*innen und zur interdisziplinären Besprechung der Ultraschallbilder unter den verschiedenen Fachvertreter*innen. Diese interdisziplinäre Diagnostik erfolgt ihrerseits konsequent in Fachterminologie, die es einerseits den Ärzt*innen ermöglicht sich ein medizinisches Bild von der Lage im Mutterleib zu machen, ohne bereits zu diesem Zeitpunkt zu deren therapeutischen und prognostischen Konsequenzen Stellung nehmen zu müssen. Andererseits wird gerade auf diese Weise der thematische Kern der Diagnostik vor außermedizinischen Interpretationsversuchen geschützt. Gleichwohl wird sich im Verlauf des Abschnitts ebenso zeigen, wie die Wissensproduktion hier durch verschiedene Widerstände an Grenzen stößt, die als Grenzen der Erkennbarkeit im Ultraschallbild selbst und als Grenzen der Übersetzbarkeit diagnostischer Deutungen im Beisein von Eltern zum Vorschein treten.

Der folgende Ausschnitt, in der Auffälligkeiten am Gehirn des Fetus untersucht werden, zeigt exemplarisch, wie das Ungeborene in der zweiten Präsentationsweise erscheint und gedeutet wird:

Einen Moment später sehe ich wieder einen ovalen Schädelquerschnitt, dessen hellgraues Inneres von zwei scherenartigen, dunkleren Formen links und rechts im Bildausschnitt gefüllt wird, die in der Mitte miteinander verbunden zu sein scheinen. Die ganze Form sieht aus wie eine Art liegendes X, dessen linke Hälfte etwas kürzer ist als die Rechte und im Mittelteil von einem etwas helleren Verbindungstück gedehnt wird, das aussieht, wie ein dünnes Röhrchen. Ich habe in Erinnerung, dass dieses Bild mit leichten Veränderungen im Zoom relativ lange auf dem Monitor erscheint. Die Gynäkologin beschreibt das Bild, die Neurologin fragt an einigen Stellen kurz nach. Von den Aussagen der Gynäkologin habe ich nur noch Bruchstücke in Erinnerung: „Das Kleinhirn sieht vollkommen normal aus.“ „Der mittlere Ventrikel, der hier prominent darstellbar ist“. Dort würde man etwas erwarten, was jetzt aber nicht im Bild zu sehen sei. „Die Hemisphären klaffen schon etwas auseinander.“* An einer Stelle sagt die Gynäkologin leise, nachdenklich vor sich hin: „Was ist das? Das muss ich mir nochmal genauer ansehen“, worauf keine Reaktionen der anderen Ärzt*innen folgen.

Im Gegensatz zu den diffusen Mustern in der ersten Präsentationsweise, erkennt hier auch der ethnographische Beobachter zu Beginn der Szene etwas Bestimmtes im Bild, das ihm aus vergangenen Erfahrungen bereits vertraut ist („wieder“) und bringt es mit dem „Schädelquerschnitt“ auf einen Begriff, der

¹¹³ Vor-Stellung steht in diesem Kontext im alltagsprachlichen Sinn erstens für die intentionalen Vorstellungen, die die Darstellungen am Monitor hervorrufen, zweitens bezieht sich der Begriff dramaturgisch auf die Performance des fetalen Auftritts im Ultraschall im Sinne einer Bühnenvorstellung und drittens – unter ordnungsbezogenen Gesichtspunkten – auf das Vorstellen von Etwas, in dessen Zuge Anderes zurückgestellt wird.

klar innerhalb der Welt der Medizin und außerhalb der Welt des Alltags angesiedelt ist. Das Gesehene wird hier nicht zum Symbol für den Kopf eines Kindes, sondern zum Zeichen eines digital geöffneten und durchleuchteten Teil des Körpers, dessen Innenleben in den folgenden Sequenzen in den Fokus rückt. Mit „dunkleren Formen links und rechts“ und dem „Verbindungsstück“ zwischen ihnen versucht der Soziologe die wesentlichen Elemente im inneren Horizont des Themas „Schädelquerschnitt“ zu identifizieren und sie zueinander in Beziehung zu setzen, wobei „eine Art liegendes X“ herauskommt. Anders als in der ersten Präsentationsweise besteht in der zweiten das zentrale Problem nicht mehr darin, überhaupt etwas im Bildausschnitt zu erkennen. Auch dem Laien gelingt es in der Szene, ein Thema festzuhalten, sich in dessen Details vorzuarbeiten und sich selbst bis zu einem gewissen Grad ein sinnvolles Bild von den Bildern am Bildschirm zu machen. Zugleich wird an seinen Auslegungsversuchen jedoch auch offensichtlich, dass ihm das notwendige anatomische Fachwissen fehlt, um die sonographischen Darstellungen hinreichend zu typisieren. „Scherenartige“ Formen, ein „liegendes X“ und ein „dünnes Röhrchen“ sind Prädikate der Alltagserfahrung die zu ungenau sind, um den inneren Horizont des Schädelquerschnitts präzise zu beschreiben.

Für eine differenziertere Erörterung des Schädelquerschnitts ist anatomisches Fachwissen notwendig, das die Gynäkologin im zweiten Teil der Szene in Anschlag bringt. Daran lassen sich zwei wesentliche Züge der zweiten Präsentationsweise aufzeigen: Zum einen führt die schallende Ärztin hier nahezu idealtypisch das diagnostische Auslegungsschema vor, in dem einzelne Körperteile im Ultraschall anvisiert werden, um von dort aus in die Tiefe zu gehen und deren Elemente sowie ihr organisches Zusammenwirken auszuleuchten. Mit zuhandenen Typisierungen aus ihrem pränatalmedizinischen Wissensvorrat stellt sie ein „vollkommen normal[es]“ Kleinhirn fest, diagnostiziert etwas auseinanderklaffende „Hemisphären“ und verweist auf einen prominent darstellbaren „Seitenventrikel“. Bestand der phänomenologische Kern der ersten Präsentationsweise in diffusen Mustern, steht in der Zweiten der fetale Körper im Mittelpunkt. Er wird im Zuge seiner Bühnenvorstellung in diagnostisch relevante Segmente gegliedert, die der Reihe nach auf ihre Funktionstüchtigkeit geprüft werden, um vorliegende ‚Schäden‘ und ‚Reparaturmöglichkeiten‘ abschätzen zu können. In diesem speziellen Kontext erscheint Goffmans Vergleich des Arztes mit einem technischen Experten für physische Systeme durchaus angebracht (Goffman 1973a: 313 f.).

Zum anderen stiftet das diagnostische Deutungsmuster einen professionellen Diskussionsraum nach innen und eine Abgrenzung nach außen. In Richtung von Eltern und Soziologe sorgt vor allem die Fachterminologie, in der die Bilder besprochen werden, dafür, dass die medizinisch relevanten Themen während der Untersuchung vor anderen interpretativen Zugängen geschützt werden und die Bedeutung der ärztlichen Aussagen – zumindest für den soziologischen Laien, aber vermutlich auch für nicht wenige Eltern – weitgehend undurchsichtig bleibt. Im Vergleich der Beobachtungsprotokolle wird diese semantische Grenzziehung daran sichtbar, dass die Bildauslegung in der zweiten Präsentationsweise nur frag-

mentarisch protokolliert ist. Dem Ethnographen gelingt es stets nur einzelne Formulierungen festzuhalten, während er deren Verweisungszusammenhänge kaum versteht und an einigen Stellen nur noch markieren kann, dass etwas gesagt wurde, aber nicht was. Ihm fehlen die notwendigen Auslegungsrelevanzen, schon um in seiner visuellen Wahrnehmung zwischen Hemisphären und Ventrikeln zu unterscheiden; noch mehr trifft dies auf die weitergehende – und diagnostisch entscheidende – Frage zu, wann die vorliegenden Ansichten im konkreten Fall in problematischer Weise von einer normalen Fetalentwicklung abweichen. Dadurch wird deutlich, dass in der zweiten Präsentationsweise die Scheidelinie zwischen medizinischen und außermedizinischen Einblicken in die Situation nicht mehr auf der Ebene thematischer Relevanz verläuft – das Problem, in diffusen Mustern überhaupt einen thematischen Gegenstand zu sehen und ihn von seinem Horizont abzuheben –, sondern auf der Ebene der Auslegungsrelevanz auf der es darum geht, wie detailliert ein Thema mit zuhandenen Wissensbeständen erörtert werden kann. Nach innen eröffnet das diagnostische Auslegungsschema einen interdisziplinären Kommunikationsraum unter den Fachmediziner*innen. Die Gynäkologin benennt und beurteilt einzelne Teile des fetalen Gehirns für ihre Kolleg*innen, die Neurologin fragt an einzelnen Stellen nach. In der zweiten Präsentationsweise wird die Diagnostik phasenweise diskursiv, wie ein weiterer Ausschnitt aus einer anderen Sprechstunde illustriert:

Von den Schattierungen im Hintergrund hebt sich in dunkelgrau eine ovale Form ab, die mich sofort an einen Schädelquerschnitt erinnert. Die Gynäkologin erwähnt währenddessen, dass sich das Kind in Schädellage befinde. „Das Herz ist normal groß. Die Doppler sind gut. Wir haben keinen Hydrops. Das Kind ist zeitgerecht entwickelt.“ Anschließend verändern sich die Muster am Monitor wieder, es fällt mir schwer, etwas zu erkennen. Für einen Moment habe ich das Gefühl, flüchtig eine Wirbelsäule ausmachen zu können. Im nächsten Augenblick erscheint ein kleiner schwarz gefüllter Kreis in der linken Bildhälfte. Er sieht aus wie die Harnblase, die ich in den beiden Sprechstunden zuvor schon im Ultraschall gesehen habe. Die Gynäkologin und der Kinderchirurg bestätigen sich gegenseitig in diesem Moment: „Ja, das ist die Harnblase.“ Der Chirurg fügt noch hinzu, dass die Blase gut gefüllt sei und lacht kurz freundlich. Dann verschwimmen die Konturen erneut und ich erkenne keine Formen, die mich an Körperteile oder Organe erinnern.

Wie fragil indessen nicht nur der digitale Wirklichkeitsbereich der Sonographie, sondern auch dessen interaktive Auslegung ist, zeigt sich am Ende des eingangs zitierten Ausschnitts. Als etwas Unerwartetes im Bild auftaucht, zieht sich die Gynäkologin nahezu unvermittelt wieder zurück in das innere Zwiegespräch mit dem Bildschirm und spricht „leise, nachdenklich vor sich hin: ‚Was ist das? Das muss ich mir nochmal genauer ansehen‘, worauf keine Reaktionen der anderen Ärzt*innen folgen.“ Die Wissensproduktion gerät für einen Augenblick ins Stocken.

Im Folgenden werden zwei weitere Ausschnitte aus dem empirischen Material dargestellt, die dazu dienen, die typischen Erscheinungsformen des Ungeborenen in der zweiten Präsentationsweise weiter zu verdichten und auszudifferenzieren. In der ersten Szene rückt ein ‚gestrecktes Bein‘ in den Mittelpunkt des Geschehens:

Im nächsten Moment sehe ich vom rechten Bildrand nach links ausgehend ein gestrecktes Bein. Ich schaue vom Knie aus abwärts den Unterschenkel entlang und stelle dann überrascht fest, dass der Fuß steil nach oben zeigt. *Eine angespannte, verkrampfte Haltung, die mich an die Fußstellung bei einem Fallrückzieher erinnert.* Die Gynäkologin weist auf die auffällige Fußstellung hin und ergänzt noch, dass das Bein bei allen bisherigen Untersuchungen, in denen sie es gesehen hätten, gestreckt gewesen sei. Während ihrer Äußerung nimmt sie für einen Augenblick den linken Arm von der Konsole des Geräts und schaut in die Runde zu ihrer rechten. Dann hält sie den linken Unterarm waagrecht in einem 90 Grad Winkel vor ihren Oberkörper und streckt die Hand steil nach oben, *wie als wollte sie mit dieser Geste ihre Aussage und das Bild auf dem Monitor nochmal verdeutlichen.* Anschließend dreht sie sich wieder zum Ultraschallgerät und legt den Arm auf der Konsole ab. Das Bein bleibt als Form noch für einen Moment im Bild zu sehen. Die Gynäkologin drückt ein weiteres Mal etwas auf der Konsole, worauf das Bein im Wechsel näher und größer, dann wieder entfernter und kleiner im Bildausschnitt erscheint und im Zuge dieser Bewegungen immer wieder schärfer wird und verschwimmt. *Es erinnert mich an das Zoomen mit einer Kamera, wenn man nach einer guten Einstellung sucht.*

Wie in den Ausschnitten zuvor, bildet auch hier wieder ein Teil des ungeborenen Körpers den thematischen Kern der Szene, der von ethnographischen und medizinischen Deutungsaktivitäten umgeben wird. Das Bein lässt sich problemlos als Auslegungsgegenstand vom Hintergrund abheben und das Bild bleibt über längere Zeit stabil, sodass sich der beobachtende Soziologe in dessen inneren Horizont vertiefen kann. Er bemerkt das Knie und fährt „den Unterschenkel entlang“. Das Bein erfüllt seine Sehervartungen, bis sich der steil nach oben gestreckte Fuß nicht mehr in eine typische Form integrieren lässt. Darin wird erneut die Perspektivendivergenz entlang verschieden ausgestatteter Wissensvorräte offenbar; ohne sonoanatomisches Vorwissen wird für den Ethnographen nicht schon die atypisch gestreckte Haltung des Beins im Uterus, sondern erst die „verkrampfte“ Fußstellung zum Deutungsproblem. Zuerst verknüpft er das überraschende Ereignis im Bild mit einer „gespannten, verkrampften Haltung“, die auf den Besitzer des Beins verweist. Dabei bleibt unbestimmt, inwieweit der Soziologe die gesehene Haltung am eigenen Leib nachempfindet oder sie als leiblichen Ausdruck dem Ungeborenen zuschreibt. Anschließend sucht er nach alltagspraktischen Kontexten, in denen eine solche Bein- und Fußstellung typisch ist und landet bei dem inneren Bild eines Fallrückziehers im Fußball. Während eine erhöhte Körperspannung im Sport funktional ist, bleibt sie mit Blick auf die Vorstellung vom Kind ambivalent. Einerseits impliziert die Zuschreibung einer verkrampften Haltung ein Ungleichgewicht innerhalb des ungeborenen Körpers oder eine Unstimmigkeit zwischen Körper und Umwelt, andererseits liegt der Schluss nahe, die Anspannung selbst wiederum als Ausdruck eines lebendigen Körpers zu sehen.

In den Aussagen der Gynäkologin ist dieser Teil des fetalen Körpers selbst nicht mehr interpretationsbedürftig. Sie bewegt sich nicht in den inneren Horizont des Themas, sondern validiert stattdessen die Auffälligkeit mit Zusatzinformationen aus vorangegangenen Untersuchungen. Dies verweist auf die unterschiedlichen Glaubwürdigkeitsgrade verschiedener diagnostischer Wissens Elemente und den damit verbundenen Motivationsrelevanzen. Im Gegensatz zum Durchleuchten des Schädels im oben zitierten Ausschnitt, in dem mehrere Auffälligkeiten miteinander konkurrieren und keine eindeutige Bestimmung zulassen, handelt es sich hier gleichsam um ein ‚hartes‘ Wissens Element, das sich in wiederholten diagnostischen Situationen bestätigt und dadurch als glaubwürdig erwiesen hat. Es muss an dieser Stelle

nichtmehr weiter interpretiert werden, sondern kann als gesichertes Wissen in den Gesamtbefund eingehen. Stattdessen tritt mit der gestischen Darstellung der gestreckten Haltung hier neben Bild und verbaler Auslegung ein dritter Veranschaulichungsmodus in Aktion, in dem das Ungeborene vorgestellt wird. Was bewegt die Gynäkologin dazu, gerade an dieser Stelle der Diagnostik ihren Körper zum Anschauungsbeispiel zu machen? Im Vergleich der Sprechstunden konnte eine gestische Begleitung der Diagnostik nur relativ selten beobachtet werden. Zum einen wäre sie in größerem Umfang dysfunktional, da die schallende Ärztin dafür den Blick vom Gerät abwenden und mindestens eine Hand die angestammte Schallposition verlassen muss. Zum anderen erscheinen auch die morphologischen Spielräume dessen begrenzt, was überhaupt gestisch umgesetzt werden kann. In erster Linie kommen dafür Extremitäten in Betracht, während eine Niere oder auch ein Profilbild sich kaum durch den Einsatz des eigenen Körpers zeigen lassen. Hier scheint die Geste vor allem dazu zu dienen, einen sicheren Befund zu untermauern, um den Preis einer kurzzeitigen Verlagerung des Zentrums der Situation. Indem die Gynäkologin in die Runde schaut, richtet sie einen Appell an die Anderen. Das Zentrum kognitiver und visueller Aufmerksamkeit ebenso wie der Kern des thematischen Feldes verschieben sich für einen Augenblick wieder zurück in den Bereich wechselseitiger Wahrnehmung zwischen den Erwachsenen, während das Ultraschallbild in den äußeren Horizont der ethnographischen Beschreibung rückt. Hier gelingt es wieder nahtlos in die Untersuchung zurückzukehren. Im weiteren Verlauf dieses Abschnittes wird sich zeigen, dass die voraussetzungsvolle Ordnung während der Diagnostik bei starken Interaktionsansprüchen von Eltern jedoch auch an Grenzen geraten kann.

Standen in den vorangegangenen Ausschnitten einzelne Körperteile im Vordergrund, zeigt die folgende Passage aus dem Material, wie unauffällige Organe auf dem Weg zum medizinischen Problem im einzelnen Fall routiniert abgearbeitet werden:

Die Gynäkologin sitzt etwas nach vorne gebeugt, schaut konzentriert auf den Bildschirm vor sich und teilt mit, dass sich das Kind nochmal gedreht habe. Die Neonatologin ergänzt: „zu unseren Gunsten“. Dann beginnt die Gynäkologin das Bild zu kommentieren. „Hier ist das Herz. Mit unauffälligem Vier-Kammer-Blick“. Ich sehe in der Mitte des Monitorbildes einen Mauszeiger, der auf eine relativ runde, dunkelgraue Form zeigt, die außen von einem hellgrauen Rahmen begrenzt wird. Die Konturen der einzelnen Kammern, wie ich es schon während anderer Untersuchungen gesehen habe, suche ich diesmal jedoch vergebens im Bild. Unterdessen fährt die Gynäkologin fort, „hier ist der gefüllte Magen“ *und ich frage mich, ob ich den Vier-Kammer-Blick eventuell verpasst habe*, da sich die Muster am Bildschirm für mich nicht erkennbar verändert haben. Die Gynäkologin erwähnt noch ein drittes Körperteil, zu dem ich weder Bild noch Begriff in Erinnerung habe. Dann verändern sich die Muster wieder und im nächsten Moment sehe ich im oberen Teil des Bildausschnitts vertikal einen Rippenbogen, im unteren Teil horizontal eine längliche dunkle Form von der ich vermute, dass das jetzt die Niere sein muss. *Dabei bemerke ich, dass diese Vermutung mehr auf den Informationen zum Fall aus dem Vorgespräch beruht, als dass ich tatsächlich das Organ im Bild erkennen würde.* Von der Gynäkologin schnappe ich in diesem Moment noch „rechts vom Schallkopf“ auf und schaue daraufhin kurz in Richtung Liege. Ihre rechte Hand ist nach außen verdreht. Den Schallkopf hält sie nur noch knapp über der Liegefläche seitlich am Bauch der Schwangeren. *Die Handhaltung sieht für mich sehr ungelentk und unangenehm aus.* Als sie mit dem Schallkopf kurz hin- und herkipfelt habe ich auch den Eindruck, dass es für sie aus dieser Position schwer ist, das Organ gut ins Bild zu bekommen. Dann nimmt sie den Schallkopf vom Bauch, schaut rüber zur Schwangeren und bittet sie, sich auf die Seite „zu ihrem Mann“ zu drehen. Die Schwangere antwortet mit „ja“ und legt sich auf die Seite, sodass Ultraschallgerät, Gynäkologin aber auch der Wandmonitor, an dem sie die Ultraschallbilder mitverfolgen kann,

jetzt in ihrem Rücken liegen. Die Gynäkologin setzt anschließend den Schallkopf, nun auf der oben liegenden Seite, wieder auf und ich sehe erneut am unteren Bildrand waagrecht die dunkle Fläche, in deren Innern sich nochmal ein dunklerer Kreis befindet *der aussieht wie ein schwarzes Loch*. Die Gynäkologin nennt einen Fachbegriff, kurz darauf drückt sie einen Knopf an der Konsole des Ultraschallgeräts und es erscheinen über der dunklen Fläche Farbpunkte im Bild, die in einer pulsierenden Bewegung kurz aufscheinen und dann wieder verschwinden. Sie kommentiert das Geschehen am Bildschirm damit, dass man „hier“ gut erkennen könne, dass die linke Niere unauffällig sei. Dann erwähnt sie wieder einen Fachbegriff, ich meine, es war „Uteralabgang“, und fügt hinzu, dass sie ihn nicht gut ins Bild bekommen könne. Die Neonatologin antwortet, während sie weiter auf das Bild am Gerätemonitor schaut, mit „Ok“ und fragt: „Und die Harnblase?“. Daraufhin verändern sich die Muster im Bild wieder, bis ich oben rechts im Bildausschnitt wieder ein *schwarzes Loch* sehe und die Gynäkologin kommentiert, dass die Harnblase „normal“ gefüllt sei. „Auch die Fruchtwassermenge ist normal“.

Nachdem beide Ärztinnen zu Beginn die veränderte Lage des Kindes im Mutterleib und dadurch verbesserte Sichtverhältnisse feststellen, hakt die Gynäkologin anschließend im schnellen Durchlauf Herz, Magen und ein weiteres Körperteil als medizinisch unauffällig ab. Es besteht hier weder Diskussionsbedarf zwischen den Professionellen noch die Notwendigkeit, weiter in den inneren Horizont der Organe vorzudringen. Im Umkehrschluss zum gestreckten Bein als gesicherter Auffälligkeit im Ausschnitt zuvor, stellen Herz und Magen hier ebenfalls unproblematische Wissens Elemente dar, da nichts Auffälliges an ihnen im Ultraschall festzustellen ist, das weiter abzuklären wäre. Dieses routinierte Abarbeiten morphologisch unauffälliger Areale des fetalen Körpers erfolgt auch in anderen Protokollen in der monologischen Auslegung für die Kolleg*innen. Mit dem Mauszeiger wird in der Szene ein weiteres Hilfsmittel der schallenden Ärztin sichtbar, um etwas im Bildausschnitt zu zeigen und die Aufmerksamkeit der Anderen dorthin zu lenken. Es zeigt sich jedoch, dass zumindest der Ethnograph dem zügigen Tempo der Gynäkologin kaum folgen kann. Die Komplexität eines diagnostischen Problems lässt sich folglich neben der *Extensivität* und *Diskursivität* seiner Auslegung auch an der *Dauer* ablesen, die es während der Untersuchung in Anspruch nimmt. Alle drei Parameter können ihrerseits als Dimensionen des diagnostischen Auslegungsschemas konzeptualisiert werden, welches den Dritten als Organismus rahmt und diesen analytisch in seine Teile zerlegt, um deren Funktionsfähigkeit im Detail rekonstruieren zu können und auf diesem Wege zu einer Gesamtbeurteilung des fetalen Körpers zu gelangen.

Im letzten Abschnitt der Szene verlangsamt sich das Tempo der Diagnostik wieder spürbar und es wird ersichtlich, wie sich mit der Annäherung an das medizinische Problem im vorliegenden Fall die diagnostischen Aktivitäten intensivieren. Die Gynäkologin wechselt in die Fachterminologie, beide Ärztinnen treten mit Frage und Antwort in einen Dialog und versuchen, anhand verschiedener Anzeichen die Funktionsfähigkeit der Nieren unter widrigen Sichtverhältnissen abzuschätzen. Dabei zeigt sich, wie auf der ersten und zweiten Handlungsebene des Ultraschalls nachgearbeitet werden muss, um möglichst präzise Darstellungen auf der dritten Ebene zu erzeugen. Die Gynäkologin bittet zunächst die Schwangere, sich auf die Seite zu legen. Während sich ihre Ansprache an die Person richtet, tritt deren Objektivierung zum Körper im Zuge der Positionsverlagerung deutlich zum Vorschein. Die Schwangere, die mit dem Rücken zum Ultraschallgerät liegt, hat jetzt als einzige im Raum nicht mehr die Möglichkeit, das Geschehen am Bildschirm mit eigenen Augen mitzuverfolgen. Nachdem die materiale Verbindung

zwischen schwangerem Körper, Schallkopf und Gynäkologin neu ausgerichtet ist, wechselt die Gynäkologin auf der zweiten Handlungsebene in die Farbdopplereinstellung, um weitere Erkenntnisse zum Zustand der fetalen Nieren zu gewinnen. Dies wirft zugleich die Frage nach der Bandbreite verschiedener Einstellungen des Dritten im Ultraschall auf, die anhand einer kurzen Passage zur Herzdopplereinstellung aus einem anderen Protokoll beleuchtet werden soll:

Für einen Moment ist am oberen Bildrand schemenhaft die Wirbelsäule des Kindes zu sehen. Die Gynäkologin erwähnt, dass an der Wirbelsäule bisher keine Auffälligkeit festgestellt worden sei. Dann erscheint noch einmal klein und dunkel in der Mitte des Bildes das pumpende Herz, umgeben von einer hellgrauen Blase. Hierzu fragt der Neonatologe wieder etwas, das ich nicht mehr genau in Erinnerung habe. Seine schallende Kollegin gibt die Frage jedoch weiter nach hinten zur zweiten Gynäkologin am Schreibtisch und fragt, ob sie den („Duktus“?) gemessen habe, was die Angesprochene verneint. Daraufhin drückt die schallende Ärztin etwas auf der Konsole des Ultraschallgeräts. Der Bildausschnitt verkleinert sich, unten erscheinen in einem abgetrennten Segment orangefarbene Wellen auf einer Messleiste und für einen Moment ist ein rauschender Ton zu hören. *Es muss die Einstellung des Herz-Dopplers sein.*

Aus der Beschreibung wird ersichtlich, wie das fetale Herz im Rahmen der Herz-Doppler-Einstellung vom Zentrum der Aufmerksamkeit in den Horizont rückt und zum untergeordneten Element einer graphisch-auditiven Darstellung wird. Stellt der Herzdoppler als komplexes Bild-Grafik-Arrangement gleichsam das obere Ende der Skala an Einstellungsmöglichkeiten dar, beginnt deren unteres Ende bei einfachen 2D-Ansichten. Während das Heran- und Herauszoomen, das häufig im Verlauf der Feldforschung beobachtet werden konnte, Nähe und Distanz zum fetalen Körper im Bildausschnitt reguliert und einzelne Körperteile größer oder kleiner am Monitor erschienen lässt, verändern Wechsel zwischen einer 2D-, 3D- oder 4D-Ansicht Geometrie und Dynamik des Ultraschallbildes. Die Blickwinkel auf den Dritten changieren hier zwischen der 2-dimensionalen Draufsicht auf die Höhe und Breite einzelner Körperteile, dem 3-dimensionalen Einblick in deren Tiefe, bis hin zu Bewegungen des Fetus, die mit einer 4D-Einstellung eingefangen werden können. Der Farbdoppler, der oben bei der Untersuchung der Nieren zum Einsatz kommt, bringt mit den roten und blauen Farbpunkten und deren rhythmischer Bewegung die Fließgeschwindigkeit des Blutes in den Organen zum Vorschein und erlaubt so noch tiefere Einblicke in deren Innenleben. Hier treten die pulsierenden Farbpunkte bereits in Konkurrenz zu den Formen und Teilen des fetalen Körpers in verschiedenen Grautönen. In der Herzdoppler-Einstellung rückt die Morphologie des Körpers selbst schließlich in den Hintergrund einer graphischen Darstellung mit orangefarbenen Wellen, die zusätzlich noch einen rauschenden Ton von sich gibt. Dass in diesem Zuge – wenn alle Register der bildgebenden Technologie gezogen werden – der fetale Körper selbst wieder in den Hintergrund rückt, wird nicht zuletzt daran deutlich, dass das Herz in der Dopplereinstellung in der Forscherresponsivität nicht zum Symbol für einen menschlichen Leib am Monitor wird, wie die dritte Präsentationsweise noch zeigen wird. Mit Blick auf das Ultraschallgerät verweisen die verschiedenen Einstellungsmöglichkeiten noch einmal auf dessen Wirkungsmacht als Aktant, der Wirklichkeit nicht nur repräsentiert, sondern erzeugt. Gleichwohl stößt auch die avancierte Medizintechnik

an Grenzen. Der folgende Ausschnitt illustriert zunächst noch einmal das diagnostische Auslegungsschema in nahezu idealtypischer Gestalt und zeigt anschließend, wie Grenzen des sonographisch Erkennbaren während der Diagnostik performativ und semantisch bearbeitet werden:

Auch ich schaue jetzt wieder auf den Monitor und sehe oben im Bild nun eine Wirbelsäule. Die Gynäkologin sagt, dass „wir dem Defekt“ jetzt näher kämen. Von links nach rechts sind in hellgrau die einzelnen, aneinandergereihten Wirbelkörper zu erkennen, am Ende wird das Bild insgesamt dunkler. Im nächsten Moment höre ich die Gynäkologin sagen; „Da ist der Defekt!“, wobei ich bis auf das im Dunkel verschwimmende Ende der Wirbelsäule am rechten Bildrand nichts Bestimmtes erkennen kann. Während sie mit der Maus den dunklen Bereich am Ende der Wirbelsäule umkreist, erwähnt sie noch „hier ist das Steißbein“. Dann fragt der Neonatologe, ob der Defekt nicht weiter unten sei. Die Gynäkologin antwortet mit einem „ja“, fügt aber hinzu, dass sie es anhand des Bildes nicht genau sagen könne. Sie erläutert, dass sie von der Rippe aus gezählt habe und nennt einen Buchstaben sowie eine Zahl. *Ich bin mir beim Schreiben nicht mehr sicher, ob es „L5“ war.* Erst nach dieser Aussage fallen mir die drei oder vier Rippen im Bildausschnitt auf, die von der Wirbelsäule vertikal nach unten abgehen. Die Gynäkologin steuert mit der Maus das obere Ende einer Rippe an und fährt dann mit dem Zeiger langsam nach rechts die Wirbelsäule entlang, wobei sie die einzelnen Wirbelkörper laut mitzählt: „1, 2, 3, 4, 5“. Ob danach noch einer sei, könne sie nicht genau sagen, was der Neonatologe mit einem „ja“ beantwortet.

Zunächst wiederholen sich auch in diesem Ausschnitt wieder typische Vorstellungsmuster des Ungeborenen in der zweiten Präsentationsweise. Mit der Wirbelsäule befindet sich ein Teil des fetalen Körpers im visuellen Zentrum der Aufmerksamkeit. Sowohl dessen medizinische Interpretation, als auch die ethnographische Beschreibung konzentrieren sich mit aneinandergereihten Wirbelkörpern und abgehenden Rippen auf deren immanenten Aufbau, die Gynäkologin versucht mit den Mitteln des bildgebenden Verfahrens die morphologische Anomalie zu detektieren. Dabei orchestriert sie die sonographische Annäherung verbal und zusätzlich noch visuell, indem sie mit der Maus ein Segment im Bildausschnitt umkreist. Der Ausdruck „Defekt“ symbolisiert in diesem Zusammenhang die situativen Relevanzstrukturen während der Diagnostik in Reinform. Im Horizont des Alltagsverständes ereignen sich Defekte normalerweise in der Welt mechanischer oder elektronischer Geräte. Sie bezeichnen Fehler in einem System, die dessen Funktionalität teilweise beeinträchtigen oder vollständig zu Nichte machen können. Daran zeigt sich noch einmal plastisch, wie weitgehend von der Persönlichkeit eines ungeborenen Kindes während der Untersuchung abstrahiert wird, um sich ausschließlich mit dessen Körper, als organischem System, analytisch befassen zu können. Im Vergleich mit den vorangegangenen diagnostischen Aussagen ist der „Defekt“ zudem die bisher klarste Bezeichnung für eine pathologische Abweichung innerhalb des fetalen Organismus; er schreibt fest, dass im Bereich der Wirbelsäule etwas nicht in Ordnung ist. Gleichzeitig sagt der Defekt noch nichts darüber aus, ob er reparierbar ist oder nicht und wie schwer seine Folgen für den Gesamtorganismus sein werden. Die diagnostischen Relevanzstrukturen abstrahieren demnach nicht nur von der Person des untersuchten Körpers, sondern auch die therapeutischen und prognostischen Verweisungszusammenhänge eines positiven Befundes bleiben während der Ultraschalluntersuchung noch im Dunkeln. Doch auch diese starke Konzentration der thematischen Relevanzen führt nicht immer zu einem eindeutigen Ergebnis. Vielmehr stößt die Erkenntnisfähigkeit des Ultraschalls dort an eine unüberwindbare Grenze, wo die sonographischen Darstellungen nicht mehr genügend Auslegungsrelevanzen beisteuern, um das diagnostische Thema hinreichend zu bestimmen.

Ausgehend von der Frage des Neonatologen, ob der Defekt nicht weiter unten sei, thematisiert die Gynäkologin die epistemischen Grenzen der sonographischen Feindiagnostik; anhand des Bildes könne sie es nicht genau sagen. In den folgenden Sequenzen arbeitet sie mit verschiedenen Mitteln an dieser Grenze, die einen seltenen Einblick in die Methodik des diagnostischen Schließens gewähren. Sie erläutert ihrem Kollegen – und dem zuhörenden Publikum –, dass sie von der Rippe aus gezählt habe und macht damit explizit, wie sie den Ort des Defekts lokalisiert hat. Anschließend führt sie den Auslegungsvorgang mit Hilfe der Maus noch einmal vor und zählt die einzelnen Rippen ab, bis sie an einen Punkt kommt, an dem das Bild zu unscharf wird, um sicher sagen zu können, ob die Anomalie noch weiterreicht. Anders als im Falle der Darstellung des gestreckten Beins mit Hilfe des ärztlichen Körpers, untermauert die Einlage der Gynäkologin hier kein sicheres Wissen, sondern demonstriert die Grenzen des sonographisch Erkennbaren. Explikation und Demonstration des diagnostischen Schlussverfahrens können hier einerseits als Arbeiten an den Grenzen des Wissens verstanden werden, mit denen diese Grenze sichtbar gemacht wird, allerdings ohne sie selbst verschieben oder auflösen zu können. Andererseits zeigt die Stelle im Material, dass die Methodik des Diagnostizierens dann selbst zum thematisch relevanten Problem unter den Mediziner*innen werden kann, wenn ein vorliegendes Datum mehrere Schlüsse zulässt. Das Handeln der Gynäkologin richtet sich hier zwar in erster Linie an ihren Kollegen. Zugleich findet es jedoch auch vor dem gesamten Sprechstundenensemble statt, was den Neonatologen veranlasst, die Grenzen der Technik nach dem innermedizinischen Dialog auch den Eltern zu erläutern:

Der Neonatologe hat selbst auch noch einmal etwas in Fachterminologie zu seiner Kollegin gesagt und umgekehrt ihre Aussagen während des kurzen Gesprächs mehrfach mit „ja“ und „m-hm“ bestätigt. Jetzt erläutert er, begleitet von einem kurzen Blick hinüber zur Schwangeren, dass hier die Technik an ihre Grenzen stoße. Sie würden zwar immer versuchen, möglichst genau vor der Geburt in Erfahrung zu bringen, was der Fall sei, um den Eltern auch sagen zu können, was nach der Geburt an Behandlungen gemacht werden müsse. Ganz genau könne man es jedoch nicht sagen.

Bei allem Fortschritt der Ultraschalltechnik und den diagnostischen Fertigkeiten der Kliniker*innen, bleibt ein nicht zu schließender Spalt zwischen dem Bild und dem darin abgebildeten Körper. Das pränatal ermittelte Wissen zur Fetalentwicklung kann immer nur ein approximatives, nie ein absolutes Wissen sein, das es möglich macht, Therapien zu planen und Prognosen aufzustellen, das aber kehrseitig seine Kontingenzspielräume behält. Der zitierte Ausschnitt zeigt daher nicht nur das medizinische Detektieren in nahezu idealtypischer Form, sondern ebenso, wie sich der Dritte dem klinischen Blick entzieht, unverfügbar und geheimnisumwittert bleibt. Auch der folgende Ausschnitt zu einem Fall mit der Verdachtsdiagnose Lippen-Kiefer-Gaumenspalte gibt einen Einblick, wie von professioneller Seite die Grenzen des Wissbaren kommunikativ bearbeitet werden:

Ich sehe wieder die Nase ohne Spitze und den leicht geöffneten Mund, dann eine dunkle, fast schwarze, in etwa fingerbreite Spalte, die direkt unterhalb der Nase beginnt und die Oberlippe zu durchbrechen scheint. Die Gynäkologin kommentiert das Bild wieder und sagt, dass die Spalte auf jeden Fall durch Oberlippe und Kiefer gehe, der Gaumen sei immer schwer zu sehen. Da sei es einfacher, wenn die Kinder noch kleiner seien. Ich bin mir nicht mehr ganz sicher, ob der Neonatologe noch gesagt hat, dass die Spalte auch etwas in die Nase hineinreiche, erinnere mich aber an die anschließende Ergänzung der Gynäkologin, dass die

Nase dann schon ein bisschen „schief“ sein werde. Die Schwangere reagiert darauf mit den Worten: „Jaa (..), dat is dann halt so.“

Während an den Bildschirmen im Raum die untere Gesichtshälfte des Ungeborenen zu sehen ist, diagnostiziert die schallende Ärztin eine Spalte, die „auf jeden Fall“ durch Oberlippe und Kiefer gehe. In Bezug auf den Gaumen hingegen erweisen sich die sonographischen Erkenntnischancen als begrenzt. Die dann folgenden Sequenzen sind aufschlussreich für die Frage, wie die Grenzen des Erkennbaren situativ bewältigt werden. Zunächst fällt grundsätzlich auf, dass, wie im Ausschnitt zuvor, die Grenzen der Technik – wenn sie in direkter Verbindung mit dem diagnostischen Problem stehen – schon während der Untersuchung expliziert werden und es sich hier um einen der wenigen Ansatzpunkte handelt, an denen die Professionellen das medizinische Deutungsschema verlassen und sich an die anwesenden Eltern richten. Die Informationen der Gynäkologin, dass der Gaumen „immer schwer zu sehen“ sei und dies einfacher wäre, wenn „die Kinder“ noch kleiner seien werden kaum für ihren Kollegen gedacht sein; ihm gegenüber, im Beisein von Patient*innen, würden sie eine anmaßende Belehrung darstellen. Vielmehr erscheint es plausibel, sie als Erklärung für werdende Eltern anzusehen, warum keine definitive Aussage darüber möglich ist, ob die Spalte auch durch den Gaumen geht. Beide Aussagen integrieren dabei das aktuelle Diagnoseproblem in eine fallübergreifende Routine: Wenn der Gaumen immer schwierig zu sehen ist, stellen die epistemischen Grenzen in situ einen Fall der allgemeinen Regel dar und werden dadurch als klinisch vertrautes, alltägliches Problem typisiert. Die zweite Äußerung, dass der Gaumen einfacher zu sehen sei, wenn ‚die Kinder‘ noch kleiner seien, birgt über diese Veralltäglichsung hinaus jedoch noch weitere Verweisungszusammenhänge. Zunächst kann sie als Normalisierung und Eingemeindung des Ungeborenen interpretiert werden, das auch mit seiner „Spalte“ in das Kollektiv der schon größeren Kinder eingereiht wird. Des Weiteren taucht hier erneut das Motiv eines unverfügbaren, geheimnisvollen Dritten auf, der sich umso weniger durchschauen lässt, je weiter die Entwicklung von einer befruchteten Eizelle zu einem eigenständigen Wesen voranschreitet. Von hier aus ist der Weg zu pränatalen Autonomie- und Individualitätszuschreibungen nicht mehr weit, die in der dritten Präsentationsweise von zentraler Bedeutung sein werden.

Führt man die Analyseergebnisse der letzten beiden Ausschnitte zusammen wird eine professionelle Strategie sichtbar, wie Grenzen des sonographisch Erkennbaren während der Diagnostik bewältigt werden. Sie werden explizit gemacht, den Eltern knapp erläutert und als Problem veralltäglicht. Das Ungeborene erscheint in diesen Sinnkonstruktionen als ein Wesen, das sich dem detektivischen Durchleuchten via Ultraschall entzieht und sich gerade darin als Kind im Wachstum, als zunehmend einzigartiges Wesen zeigt. Pointiert ausgedrückt kann diese Übersetzungsform an der Schwelle zwischen Medizin und Alltagswelt als ‚Sicherheit bei Ungewissheit geben‘ bezeichnet werden. Gleichwohl bleibt offen, inwieweit und für welche Eltern diese Variante der Ungewissheitskommunikation anschlussfähig ist. So kann die zweite Äußerung – der Gaumen ist einfacher zu sehen, wenn die Kinder noch kleiner sind – aus Elternsicht auch ganz anders, als impliziter Vorwurf verstanden werden, zu spät in die Klinik gekommen zu sein. Ebenso könnten Normalisierung und Eingemeindung ins Leere laufen, wenn Eltern

sich hier im Stillen denken: ‚Was interessieren mich andere Kinder, ich will wissen, was genau mit meinem Kind los ist!‘ Zumindest die zitierte Szene liefert dafür jedoch keine Indizien. Vielmehr veralltäglicht die Schwangere selbst die etwas „schiefe“ Nase ihres Kindes, die in Folge der Diagnose erwartet werden muss, mit ihrer abschließenden Aussage: „Jaa (..), dat is dann halt so.“ Ratifiziert das gedehnte „Jaa“ mit Pause semantisch die vorausgegangenen Äußerungen der Mediziner*innen und kann performativ durchaus auch Enttäuschung anzeigen, nimmt die Schwangere die etwas schiefe Nase im zweiten Teil ihrer Aussage ausdrücklich als etwas an, das zwar nicht zu ändern, aber auch nicht so dramatisch ist, als dass es die familialen Zukunftserwartungen ins Wanken bringen könnte.

Während die epistemischen Grenzen des Ultraschalls selbst ein integraler Bestandteil des bildgebenden Verfahrens sind, können elterliche Fragen während der Untersuchung deren Ordnung aus dem Gleichgewicht bringen, wie aus dem weiteren Verlauf des oben bereits zitierten Ausschnitts zum Herz-Doppler ersichtlich wird:

Für einen Moment ist am oberen Bildrand schemenhaft die Wirbelsäule des Kindes zu sehen. Die Gynäkologin erwähnt, dass an der Wirbelsäule bisher keine Auffälligkeit festgestellt worden sei. Dann erscheint noch einmal klein und dunkel in der Mitte des Bildes das pumpende Herz, umgeben von einer hellgrauen Blase. Hierzu fragt der Neonatologe wieder etwas, das ich nicht mehr genau in Erinnerung habe. Seine schallende Kollegin gibt die Frage jedoch weiter nach hinten zur zweiten Gynäkologin am Schreibtisch und fragt, ob sie den („Duktus“?) gemessen habe, was die Angesprochene verneint. Daraufhin drückt die schallende Ärztin etwas auf der Konsole des Ultraschallgeräts. Der Bildausschnitt verkleinert sich, unten erscheinen in einem abgetrennten Segment orangefarbene Wellen auf einer Messleiste und für einen Moment ist ein rauschender Ton zu hören. *Es muss die Einstellung des Herz-Dopplers sein.* Der werdende Vater fragt währenddessen, ob der Herzschlag des Kindes „normal“ sei. Die Gynäkologin antwortet zunächst in Richtung des Neonatologen: „Die A-Welle ist schon schwach ausgeprägt“*, dann antwortet sie dem werdenden Vater, dass der Herzschlag „schon etwas schwächer“ sei. Anschließend fügt sie noch erläuternd hinzu, dass „die Kinderärzte“ danach fragen würden, um zu wissen, ob sie sich auf ein schwaches Herz einstellen müssten. Der werdende Vater sagt noch einmal etwas, das ich im exakten Wortlaut nicht mehr in Erinnerung habe, sinngemäß aber in die Richtung geht „Ok, aber zum Glück schlägt es noch. Es lebt noch. Oder?“* *Ich horche auf. Für einen Augenblick habe ich den Gedanken im Kopf, dass diese Frage den Rahmen der Diagnostik sprengt. Das jetzt eine Grenze überschritten und ein Thema angesprochen ist, das nur im anschließenden Gespräch bearbeitet werden kann.* Nach dieser Äußerung des werdenden Vaters fragt der Neonatologe, ohne sich dabei explizit an jemanden im Raum zu wenden, ob sie sich nach dem Ende der Untersuchung besprechen oder jetzt schon beginnen sollten. Die leitende Gynäkologin antwortet darauf mit der Frage: „Wollt ihr noch etwas sehen?“, was beide Neonatologen verneinen. Anschließend nimmt sie den Schallkopf vom Bauch der Schwangeren und reicht ihr ein Tuch.

Der Ausschnitt beschreibt eine atypische Szene im Vergleich der beobachteten Ultraschalluntersuchungen, in denen Eltern selten Fragen stellen und die gesundheitlichen Konsequenzen erhobener Befunde noch nicht explizit thematisch sind. Die existenzielle Krisensituation, die hier im Material sichtbar wird, erzeugt einerseits einen zweiten Blickwinkel auf die Übersetzungsaktivitäten an der Schwelle zwischen Profession und Familie; jetzt nicht mehr aus medizinischen Intentionen, sondern ausgehend vom Anspruch eines werdenden Vaters. Andererseits kommt in der Art und Weise, wie dieser Anspruch beantwortet wird, die begrenzte Elastizität der sozialen Ordnung in der medizinischen Untersuchung zum Vorschein. Während die erste Frage des Vaters noch aufgefangen werden kann, sprengt die zweite den Rahmen der Diagnostik.

Vermutlich angestoßen von einer Nachfrage des anwesenden Neonatologen wird noch einmal das Herz des Ungeborenen geschallt. Während der Einstellung des Herzdopplers fragt dann der werdende Vater, ob der Herzschlag seines Kindes normal sei. In den darauffolgenden Interaktionszügen treten die Relevanzstrukturen der diagnostischen Phase in der klinischen Situation deutlich zu Tage. Die Gynäkologin geht nicht direkt auf die Frage des Vaters ein, sondern richtet sich zunächst an ihren Kollegen. Mit der „A-Welle“ bleibt sie im Fachjargon und unterläuft sozusagen das alltagsweltliche Typisierungsniveau, aber auch die existenzielle Dimension der väterlichen Frage. Aus alltagsweltlicher Sicht ist der Herzschlag, neben der Atmung, das ultimative Lebenszeichen; die A-Welle hingegen bezeichnet den graphisch dargestellten Blutfluss, der vom Herzvorhof in die Herzkammer entsteht, während der Herzvorhof pumpt und damit ein wesentliches Element im inneren Horizont eines Organs. Für den beobachtenden Soziologen, aber vermutlich auch für einen Teil der Eltern als medizinische Laien, wird der propositionale Gehalt dieser medizinischen Aussage kryptisch bleiben. Es wird klar, dass am fetalen Herzen etwas vom Normalzustand abweicht, aber nicht was genau und wie problematisch die Abweichung eingeschätzt werden muss – die Sinn дистанz zwischen einer schwach ausgeprägten A-Welle und einer Aussage über Leben oder Tod eines Kindes ist aus der nicht-medizinischen Perspektive groß.

Erst nachdem die diagnostische Frage geklärt ist, wendet sich die schallende Ärztin dem Vater zu. Dieser Akt der Übersetzung ist aufwendiger als die Erläuterung der epistemischen Grenzen des Ultraschalls in den Ausschnitten zuvor. Jetzt geht es nicht mehr darum, aus den eigenen Intentionen heraus Eltern etwas zu verstehen zu geben, sondern auf die Frage eines Anderen, der im Fragen zugleich mit dem Anspruch auf eine Antwort auftritt, einzugehen und sich damit wechselseitig zu verständigen. Die Gynäkologin muss entsprechend erst ihre diagnostische Tätigkeit absetzen und in einem alltagsweltlich orientierten Deutungsschema neu ansetzen, um dem werdenden Vater mitzuteilen, dass der Herzschlag schon etwas schwächer sei. Dabei fällt auf, dass der Differenzierungsgrad der vorherigen Aussage reduziert und das Ausmaß der Abweichung relativiert wird; die A-Welle wird zum Herzschlag, der nun ‚etwas schwächer‘ ist. Anschließend legt sie nicht die Abweichung selbst als Thema weiter aus, sondern wechselt ins Register der Motivationsrelevanzen und erläutert, dass das Herz des Ungeborenen gerade untersucht wird, damit sich ihre Kolleg*innen aus der Neonatologie bestmöglich auf die Geburt und anschließende Versorgung vorbereiten können. Dadurch kappt sie zum einen die Verweisungszusammenhänge zu den prognostischen Konsequenzen des schwächeren Herzschlags. Zum anderen kann diese Antwort als ein Versuch gelesen werden, die existenzielle Dimension der Frage in einem Konstrukt aus sich kümmernden Akteuren („die Kinderärzte“) und zuhandenen, aber vage bleibenden Handlungsstrategien („sich einstellen“) für die noch ausstehende Zeit der Diagnostik einzuklammern und die direkte Interaktion zwischen Erwachsenen so schnell wie möglich wieder zurückzufahren.

Der weitere Verlauf der Szene zeigt jedoch, dass es für den werdenden Vater genau um diese existenzielle Frage geht und diese den Rahmen der Diagnostik sprengt. Mit seiner zweiten Intervention – die selbst ambivalent zwischen Frage und Antwort pendelt – hakt er noch einmal nach und bewegt sich

exakt an den Rand der Klippe, die die Gynäkologin unmittelbar zuvor noch versucht hatte kommunikativ zu umschiffen. In diesem Zuge wird zum einen der Herzschlag zum fundamentalen lebensentscheidenden Zeichen. Anders als die Atmung, die stärker mit dem Austausch zwischen Leib und Umwelt verknüpft ist, verweist er mehr auf die dunkle Innenwelt des Körpers. Zum anderen wird das Ungeborene in der väterlichen Aussage als lebendige Entität vorgestellt, die bereits existent geworden ist und erst durch dieses Existent-Geworden-Sein versterben kann (vgl. dazu auch Rost 2015: 332). Während die pränatale Zuschreibung von Lebendigkeit im Folgenden noch Thema sein wird, zeigt sich in diesem Ausschnitt zunächst, wie die Frage nach Leben und Tod eines ungeborenen Kindes die Grenzen des diagnostischen Settings überschreitet und eine Neuordnung der Situation erzwingt. Zunächst „horcht“ der Soziologe auf. Er wird von der zweiten Frage des werdenden Vaters aus seiner Beobachtungsroutine gerissen, die ihn trotz des Umstands, dass deren existenzielle Dimension schon in den vorausgehenden Interaktionszügen implizit mitgeschwungen ist, zu überraschen scheint. Anschließend wird der Rahmenbruch im Antworten des Neonatologen evident. Dass er hier als erstes reagiert verweist darauf, dass die Frage des werdenden Vaters in die Domäne seiner Disziplin fällt; dass er hingegen selbst mit einer Frage antwortet zeigt, dass die elterliche Intervention nicht unmittelbar anschlussfähig ist. Vielmehr berührt sie ein Thema, das nur im anschließenden Gespräch bearbeitet werden kann. Indem der Neonatologe seinerseits zur Diskussion stellt, ob sie jetzt schon mit dem Gespräch beginnen oder noch warten sollten, lässt er wiederum der sprechstundenleitenden Gynäkologin den Spielraum, den Übergang zum nächsten Situationsabschnitt selbst anzukündigen. Diese bringt schließlich mit einer weiteren Frage, ob die Kollegen noch was sehen wollen, noch einmal den Vorrang medizinischer Relevanzstrukturen während der diagnostischen Phase zum Ausdruck, bevor sie den Schallkopf vom Bauch der Schwangeren nimmt.

Welche Schlüsse lassen sich aus dieser zweiten Form der Übersetzung zwischen Medizin und Alltagswelt ziehen? Erstens wird deutlich, dass es hier nicht, wie bei den epistemischen Grenzen des bildgebenden Verfahrens weiter oben um – zumindest aus professioneller Perspektive – alltägliche Grenzen des Wissens geht, sondern um Grenzen des Thematisierbaren im funktional-spezifischen Rahmen pränataler Diagnostik. Die Fragen des werdenden Vaters richten sich auf den existenziellen Status des Ungeborenen, nicht auf Formen oder Teile seines Körpers und laufen dadurch dem diagnostischen Auslegungsschema diametral entgegen. Entsprechend stellt sich hier auch die kommunikative Grenzarbeit der Professionellen anders dar. Werden epistemische Grenzen des Ultraschalls explizit gemacht, den Eltern knapp erläutert und als Problem veralltäglicht, bleibt der Kern der elterlichen Frage hier unbeantwortet und erzeugt vielmehr selbst einen Anspruch, auf den mit den Routinen der diagnostischen Ordnung nicht mehr angemessen eingegangen werden kann. Ließen sich die Grenzen der Technik weiter oben weitestgehend reibungslos an medizinische Aussagen anschließen – weil sie als Schattenseite der Wissensproduktion selbst in den medizinischen Intentionen schon angelegt waren –, gerät die fungierende Kooperation des Sprechstundenensembles hier in die Krise und es muss explizit koordiniert werden, wie, nachdem das Thema Leben und Tod jetzt im Raum ist, weiter verfahren werden soll. Zusammengefasst tritt

hier gegenüber der routinemäßigen Arbeit der Professionellen an den Grenzen des Wissens die Bewältigung einer Krise zum Vorschein. Zweitens wirft die Szene die Frage auf, welche Zumutung die sonographische Feindiagnostik für werdende Eltern darstellen kann. Sie kann anhand der vorliegenden Daten nicht beantwortet, soll hier jedoch als relevantes Thema für die weitere Forschung markiert werden. Was bedeutet es für Eltern, die schon sehr angespannt mit schweren Befunden in die Sprechstunde kommen, dort noch einmal die Zeit der Ultraschalluntersuchung aushalten zu müssen, bevor sie im Gespräch etwas über den Zustand ihres Kindes und zur Verfügung stehende Behandlungsmöglichkeiten erfahren? Birgt die visuelle und semantische Abstraktheit der Feindiagnostik gegenüber einer zwar fremd bleibenden, aber in ihrer Ernsthaftigkeit anerkehbaren Performanz medizinischer Professionalität auch die Gefahr einer Entfremdung werdender Eltern von ihrem Kind, wenn sie Darstellungen am Bildschirm sehen, die sie nicht einordnen können und ihnen der Sinn dessen, was über diese Darstellungen gesagt wird, verschlossen bleibt? Inwieweit üben eine „durchgehende Spalte“, ein „gestrecktes Bein“ oder ein „Defekt“ an der Wirbelsäule selbst entstellende Wirkungen in der alltagsweltlichen Vorstellungsbildung vom heranwachsenden Kind aus? Drittens zeigen sich in diesem Ausschnitt auch prinzipielle Grenzen der Verständigung zwischen differenten Perspektiven im klinischen Arbeitsbündnis. Während die Gynäkologin die Frage des werdenden Vaters nicht hinreichend beantworten kann, scheint er den impliziten Appell ihres Interaktionsverhaltens – das Ende der Untersuchung abzuwarten – nicht zu verstehen.

Welche Erkenntnisse lassen sich für die zweite Präsentationsweise des Ungeborenen im Ultraschall nun für die weitere Untersuchung festhalten? Im Durchgang durch das empirische Material wurde deutlich, dass in ihr Formen und Teile des fetalen Körpers im Mittelpunkt stehen. Schädelquerschnitte, Wirbelsäulen, mehr oder weniger klar ersichtliche Organe im Bauchraum, Extremitäten und Gesichtspartien prägen die Erscheinungen des Dritten an den Bildschirmen im Raum. Die zweite Präsentationsweise bildet das Zentrum der Ultraschalluntersuchung, nimmt die meiste Zeit in Anspruch und bewegt sich konsequent in einem diagnostischen Deutungsschema, das den fetalen Körper in Teile gliedert, um sie in details betrachten und morphologisch beurteilen zu können. Während die Besprechung der Bilder in Fachterminologie einen professionsinternen Kommunikationsraum nach innen konstituiert und nach außen den thematischen Kern der Diagnostik gegenüber anderen Auslegungsmöglichkeiten abschirmt, sorgen die vielfältigen Einstellungsoptionen am Ultraschallgerät dafür, dass der ungeborene Körper selbst zum Bildraum wird, in dem verschiedene Orte angesteuert und aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden können. Die Extensivität, Diskursivität und Dauer der Auslegung einzelner Organe stellen in diesem Zusammenhang Parameter des diagnostischen Auslegungsschemas dar, die anzeigen, wie kompliziert zu interpretieren und medizinisch relevant bestimmte thematische Gegenstände für die Gesamtbeurteilung des Organismus sind. In der zweiten Präsentationsweise wird die diagnostische Gestalt des fetalen Körpers erzeugt.

Die Scheidelinie zwischen Experten- und Laienblick auf das Geschehen liegt hier nicht mehr auf der Ebene thematischer Relevanz, wie bei den diffusen Mustern der ersten Präsentationsweise als noch fraglich war, ob überhaupt etwas Bestimmtes am Monitor zu sehen ist, sondern auf der Ebene der Auslegungsrelevanzen, auf der es darum geht, wie differenziert ein Thema abhängig von zuhandenen Wissensbeständen ausgedeutet werden kann. Auch dem beobachtenden Soziologen gelingt es in der zweiten Präsentationsweise weitestgehend, thematische Gegenstände vom Bildhintergrund abzuheben und bis zu einem gewissen Grad auszulegen. Dabei werden die ethnographischen Beschreibungen dominiert von Körperfragmenten, die nur selten auf die Persönlichkeit ihres Besitzers verweisen. Zumindest der soziologische Laienblick stößt bei der Betrachtung der Teile und Formen des fetalen Körpers an drei voneinander unterscheidbare Schwellen der Sinnbildung: Ihm fehlt das notwendige sonoanatomische Wissen, um tiefer in die Struktur einzelner Organe vorzudringen und deren Funktionalität zu verstehen. In vielen Fällen bleibt für ihn zudem der Zusammenhang zwischen Teilen und Ganzem nebulös – die ethnographische Vorstellung vom Dritten verbleibt auf der Ebene von mehr oder weniger eindeutigen Körperfragmenten – und schließlich fehlt ihm auch die Expertise um beurteilen zu können, wann die Darstellungen vom Korridor einer normalen Fetalentwicklung in problematischer Weise abweichen.

Die Entfaltung medizinischer Sinnzusammenhänge stößt in der zweiten Präsentationsweise, die wesentlich prägnantere Vorstellungen des Dritten generiert als die Erste, ihrerseits jedoch auch an spezifische Grenzen. Dies betrifft zum einen die epistemischen Grenzen des bildgebenden Verfahrens selbst, die in den Bereich klinischer Routine fallen und von den Ärzt*innen transparent gemacht, den Eltern erläutert und als Problem veralltäglicht werden. Als Schattenseite der Wissensproduktion sind sie integraler Bestandteil der sonographischen Feindiagnostik und können ohne größeren Aufwand im Rahmen der diagnostischen Relevanzstrukturen thematisiert werden. Anders verhält es sich bei elterlichen Fragen während der Untersuchung. Sie erfordern in der Regel ein Absetzen des diagnostischen Deutungsschemas und ein Neu-Ansetzen in einer alltagsweltlich orientierten Form der Verständigung, wobei im Zuge dieser Bewegung Typisierungen des thematischen Gegenstandes moduliert und die Komplexität von Wissens-elementen reduziert wird; die A-Welle wird zum Herzschlag. Dieser Akt der Übersetzung ist wesentlich voraussetzungsvoller, da er im Kern die intersubjektive Verständigung zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen mit ihren inhärenten Sprachregeln bedeutet und das Zentrum der Situation wieder in den wechselseitigen Wahrnehmungsbereich zwischen Erwachsenen verlagert. Entsprechend eng sind die Spielräume für familial relevante Fragen während der Untersuchung. Aus einer rein funktionalistischen Perspektive betrachtet, erscheinen elterliche Interventionen während der Diagnostik dysfunktional, da sie nicht unmittelbar anschlussfähig sind und den Ablauf der Untersuchung ins Stocken bringen können. Fragt man jedoch danach, welche Grenzüberschreitungen aus alltagsweltlicher Perspektive Eltern dazu veranlassen können sich während der Untersuchung Gehör zu verschaffen, erweitern die Aussagen des werdenden Vaters im zuletzt zitierten Ausschnitt den Blick auf die Übersetzungsproblematik. Das wiederholte Nachhaken und der Versuch sich zu vergewissern, kann zunächst selbst als ein Antworten auf eine existenziell ungewisse Situation und die Zumutung des Wartens begriffen

werden, das im Umkehrschluss die Frage aufwirft, was es für Eltern bedeutet, gerade in einer Situation, in der sie sich vermutlich Gewissheit erhoffen, nach dem Beginn der Sprechstunde noch eine 10 - 15-minütige Untersuchung aushalten zu müssen, bevor mit ihnen über die Diagnose gesprochen wird?¹¹⁴ Die auferlegte Zeit des Wartens, die im Kernthema Ungewissheit in der Analyse der Interviews wiederkehren wird, tritt in der Sprechstunde in verdichteter Form auf. Darüber hinaus verweisen die Interventionen des werdenden Vaters jedoch auch darauf, dass hier möglicherweise die Situation zumindest ihm zu entgleiten droht. Für ihn stehen existenzielle Fragen im Raum, die durch die sonographischen Darstellungen und die Aussagen der Professionellen nicht hinreichend beantwortet werden. Hier kippt unter Umständen ein fremdes, aber noch als authentisch und vertrauenswürdig erlebtes professionelles Handeln – sinngemäß: ‚Ich verstehe zwar nicht im Einzelnen, was die Ärzte da gerade machen, aber sie werden all ihr Können einsetzen‘ – in das passive Erleiden eines Kontrollverlusts über eine Situation, die die eigene Existenz im Kern betrifft. Schließlich rührt die Frage des werdenden Vaters – ‚es lebt noch oder?‘ – nicht nur an den Grenzen der Übersetzbarkeit zwischen Medizin und Familie, sondern an den Grenzen des Thematisierbaren in den Schwellenbereichen menschlicher Existenz überhaupt. Bevor diese Themenstränge pränataler Sozialität unter den gegebenen Bedingungen näher beleuchtet werden, soll zunächst die dritte Präsentationsweise des Ungeborenen im Ultraschall dargestellt werden.

4.2.3. Die dritte Präsentationsweise: Symbole eines menschlichen Leibes

Die dritte Präsentationsweise ist gekennzeichnet durch symbolträchtige Bilder des Dritten an den Bildschirmen im Raum, die das Detektieren eines fetalen Körpers in manchen Augenblicken umschlagen lassen in das Sich-Zeigen eines Kindes. In diesen Momenten schießt das Pathos der Bilder über die ordnenden Bahnen des diagnostischen Auslegungsschemas hinaus. Die akribische Ausdeutung der inneren Zusammenhänge des Organismus weicht begegnungsorientierten Interpretationen und Aussagen, die sich nicht mehr auf den Körper, sondern die Persönlichkeit des Ungeborenen beziehen. Standen in der zweiten Präsentationsweise Formen und Teile des fetalen Körpers im Fokus, sind es jetzt vor allem ausdrucksstarke Profilbilder und in der Forscherwahrnehmung auch ein pumpendes Herz, die als Symbole die Entität eines menschlichen Leibes appräsentieren und dabei den Schwerpunkt innerhalb der Appräsentationsbeziehung von der appräsentierenden Darstellung zur darin appräsentierten Bedeutung verschieben. Mit Blick auf die Frage nach den Vorstellungen vom Dritten ergibt sich so eine unterschiedliche Spannweite der entworfenen Sinnzusammenhänge im Vergleich der drei Präsentationsweisen: Lag das Problem in der Ersten noch darin, überhaupt etwas Bestimmtes in den diffusen Mustern am Bildschirm zu erkennen, drehte sich die zweite um die medizinische Auslegung des inneren Hori-

¹¹⁴ Insbesondere anhand von Aussagen des gynäkologischen Teams in den Vorgesprächen unter den Kliniker*innen, aber teilweise auch im Rahmen der Sprechstunde, wurde in einigen Fällen deutlich, dass bereits vor der interdisziplinären Sprechstunde eine Ultraschalluntersuchung durch die Gynäkolog*innen der Klinik stattgefunden haben muss. Ob dies in jedem Fall so war und inwieweit bei solchen vorausgehenden Untersuchungen bereits mit den werdenden Eltern über die Diagnose gesprochen wurde, konnte im Rahmen der Feldforschung jedoch nicht geklärt werden.

zonts einzelner Organe. In der Dritten schließlich schlägt das digital produzierte Bild Brücken in außermedizinische Wirklichkeitsbereiche, die in ihrem augenblickhaften Auftauchen indes mehrdeutig bleiben.

Im Folgenden werden die drei wesentlichen Strukturmerkmale der dritten Präsentationsweise entlang weiterer Materialausschnitte nachgezeichnet. Sie bestehen erstens in dem Richtungswechsel des situativen Vollzugs vom technisch vermittelten Aufsuchen eines inwändigen Körpers im Mutterleib hin zu einem Kind, das sich – scheinbar unvermittelt – der Schallgemeinschaft zeigt. Die Begegnung mit dem Dritten bleibt gleichwohl ambivalent im Modus einer anwesenden Abwesenheit; seine Präsenz verweist zugleich auf seinen Entzug und ist von diesem unterhöhlt. Mit dieser pathischen Umkehr der Kräfteverhältnisse in der Situation ist zweitens ein Sprung zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen verbunden, wie Schütz ihn in *den mannigfaltigen Wirklichkeiten* (Schütz/Endreß et al. 2003: 177 ff.) beschreibt. Eine veränderte Bewusstseinsspannung lässt sich indirekt an der Responsivität des Ethnographen beobachten; der Wechsel des Erkenntnisstils wird daran ersichtlich, dass sich die Interpretationen jetzt auf die Persönlichkeit des Ungeborenen und seine Interaktionen mit der Umwelt richten. Mit dem zeitweiligen Zurücktreten des diagnostischen Deutungsschemas eröffnen sich hier Partizipationschancen für die werdenden Eltern. Ein Ausschnitt zeigt in diesem Zusammenhang, wie Professionelle und Familienmitglieder die Aktionen des Ungeborenen am Bildschirm gemeinschaftlich deuten. Der dritte charakteristische Zug dieser Präsentationsweise besteht schließlich – eng mit den beiden ersten verknüpft – in ihrem Potenzial, Transzendenzerfahrungen zu ermöglichen. Sie führt in die Schwellenbereiche des Lebens, in denen weder wissenschaftliche Eindeutigkeit noch praktische Alltagsgewissheiten, sondern symbolische Verweisungen und Ambiguitäten vorherrschen. Erst auf diese Weise wird verständlich, dass das Kind zugleich als unmittelbar da und uneinholbar weit weg erfahren werden kann und es in der Wirkung seines Erscheinens Widersprüche in sich vereint, ohne sie aufzulösen.

Der folgende Ausschnitt zeigt, wie der Herzschlag eines Ungeborenen den Ethnographen affiziert und seine Vorstellung in andere Sinnzusammenhänge trägt als in der zweiten Präsentationsweise:

Anschließend sehe ich ein pumpendes dunkles Gebilde vor hellem Hintergrund. Während ich die Form im ersten Moment nicht als Herz erkennen kann, ist mir bei den Pumpbewegungen sofort klar, dass es sich um den Herzschlag handelt. Es sieht nicht aus wie die Frontansicht des Organs, die ich schon mehrmals gesehen habe, es scheint eher quer zu liegen und in der Mitte geteilt zu sein. Die Gynäkologin kommentiert das Bild mit den Informationen, dass das Herz und auch der „Vierkammerblick“ unauffällig aussähen und schließt daran noch etwas an. In dem Moment, als ich das Herz pumpen sehe, verändert sich etwas in meiner Wahrnehmung der bisherigen Ultraschalluntersuchung. Zum ersten Mal während der Untersuchung sehe ich im Bild ganz unmittelbar etwas unzweifelhaft Lebendiges, Selbstbewegliches. *Ich habe in diesem Moment das Gefühl, nicht nur kognitiv oder visuell, sondern noch irgendwie fundamentaler etwas zu erkennen.*

In der Szene gibt nicht die Form des dunklen Gebildes vor hellerem Hintergrund den Ausschlag für seine Typisierungen, sondern rhythmische Pumpbewegungen zeigen dem Ethnographen an, dass es sich um das Herz des Ungeborenen handeln muss. Anders als in der zweiten Präsentationsweise hält der soziologische Blick hier nicht einzelne Körperteile fest und versucht sich mit den Möglichkeiten seines

Wissensvorrats in deren innere Horizonte vorzutasten. Vielmehr beschreibt der Ausschnitt eine schlagartige Erkenntnis, die dem Ethnographen geschieht und selbst dadurch nicht zweifelhaft wird, dass das dunkle Gebilde sich nicht hinreichend mit bereits vertrauten Frontalansichten des Organs deckt. In den darauffolgenden Sequenzen wird sichtbar, wie die Deutungen des Geschehens im Horizont divergierender Relevanzsysteme unterschiedliche Pfade nehmen. Während die Gynäkologin das diagnostische Auslegungsschema aufrechterhält, das Herz und den Vierkammerblick als unauffällig beurteilt und zukünftige Familienmitglieder des heranwachsenden Kindes in dieser Szene stumm bleiben, verändern die rhythmischen Bewegungen am Bildschirm etwas in der Wahrnehmung des Sozialforschers. Sie affizieren ihn und drehen die intentionalen Bezüge zwischen Subjekt und Situation um.

Der unbedrängte Beobachter, der von einem sicheren Stand ausgehend versucht, sich das Geschehen an den Monitoren analytisch anzueignen, gerät hier in die pathische Position eines leiblichen Respondenten der erfährt, wie sich seine Wahrnehmung plötzlich und grundlegend wandelt. Die Pumpbewegungen werden nicht mehr nur als Herzschlag bestimmt, womit sie immernoch auf der Ebene relativ isolierter Fragmente des fetalen Körpers verbleiben würden. Sie avancieren zum Symbol für eine lebendige Entität und schlagen eine Brücke von der anatomischen Welt in andere nebulös bleibende Sphären. Das eigenbewegliche Organ appräsentiert für den Forscher eine größere Einheit als es selbst und katapultiert ihn gleichsam – in entgegengesetzter Richtung zur zweiten Präsentationsweise – in den äußeren Horizont des thematischen Gegenstandes; es wird aber interessanter Weise auch noch nicht zum Symbol für einen menschlichen Leib. Prinzipiell wäre denkbar, dass auch die Ansicht eines tierischen Herzens ähnliche Antworten in Gang setzt. Die Erfahrung bleibt auf der Schwelle und lässt sich mit sprachlichen Mitteln nur noch unzureichend ex negativo bestimmen. Das Gesehene geht nicht im visuell Wahrnehmbaren auf und offenbart die Grenzen theoretischen Verstehen-Könnens. Es erscheint naheliegend das Fundamentale, dass der Forscher in dieser Situation zu begreifen glaubt, im puren Leben zu suchen, das sich im schlagenden Herzen offenbart und zugleich einer eindeutigen Bestimmung entzieht. Dieser letzte Punkt ist entscheidend. Während die diffusen Muster der ersten Präsentationsweise durch einen Bedeutungsmangel gekennzeichnet waren, bergen die Vorstellungen des Ungeborenen in der dritten Präsentationsweise einen konstitutiven Bedeutungsüberschuss, der Transzendenzerfahrungen ermöglicht.

Ein weiterer Ausschnitt aus dem Material zeigt, wie ein ausdrucksstarkes Profilbild die Relevanzstrukturen der Situation kurzzeitig umschlagen lässt, von der sonographischen Feindiagnostik eines fetalen Körpers zu einer transzendentalen Begegnung mit einem anwesend-abwesenden Kind:

Die Muster auf dem Monitor verändern sich wieder. Dann erscheint plötzlich oben rechts im Bildausschnitt eindeutig erkennbar ein Gesicht von der Seite, den Betrachter*innen etwas zugeneigt, sodass ich Augen, Nase und Mund gut sehen kann. Die Abstände zwischen ihnen wirken etwas kleiner für mich als in einem ‚normalen‘ Gesicht, sodass die Gesichtspartie insgesamt etwas gequetscht aussieht. Während mir bewusst wird, dass ich gebannt auf den Gerätemonitor schaue, höre ich die Stimme der Schwangeren, leise und in zärtlichem Tonfall: „Hallo (..) Na-du“. Ansonsten ist es still im Raum. Dann fällt mir die Körperhaltung des Kindes ins Auge. Sein rechter Arm lehnt angewinkelt seitlich am Kopf. Da das Gesicht vertikal im Bild

zu sehen ist, sieht es so aus, als hätte es in Sitzposition zum Schlafen den Kopf in die Armbeuge gelegt. Das kommentiert die Neonatologin: „Ja, da hält er sich an seinem Kissen fest.“ Kurz darauf erneut die Schwangere, jetzt etwas schneller und lauter als davor: „eben hat er die Augen aufgemacht!“ Die Gynäkologin erklärt daraufhin, dass es so aussehe, aber dass die Kinder in dieser Phase nur selten die Augen aufmachen würden. Nach einer kurzen Pause wieder die Schwangere: „Boah, unglaublich, wie man das ERKENNEN (Stimme geht hoch) kann.“ Dann höre ich zum ersten Mal den werdenden Vater während der Untersuchung in *erstauntem* Tonfall: „Und schon so ausgewachsen.“ Eine der beiden Ärztinnen, ich meine es war die Neonatologin, sagt anschließend, „jetzt hat er uns angelächelt.“ Dann stellt die Gynäkologin fest, das sei doch ein guter Zeitpunkt um Schluss zu machen. Die Schwangere meldet sich auch nochmal zu Wort und bestätigt ihrerseits, „ja, das ist das Schönste“. Die Gynäkologin drückt einen Knopf an der Konsole des Ultraschallgeräts, das Bild bleibt stehen. Dann reicht sie der Schwangeren ein Tuch zum abtrocknen.

Im digitalen Sichtfenster des Ultraschalls ereignet sich etwas, das die Aufmerksamkeit aller Beteiligten erregt und die Relevanzstrukturen der Situation grundlegend verändert. Schon zu Beginn des Ausschnitts wird erkennbar, wie die Bezüge zwischen den Erwachsenen und dem Geschehen an den Monitoren im Raum die Richtung wechseln. Das Gesicht wird nicht mühevoll aufgesucht, es erscheint plötzlich. Im Kontrast zur zweiten Präsentationsweise wird hier nicht ein fetaler Körper detektivisch erkundet, vielmehr werden die Mitglieder der Schallgemeinschaft zu Betrachter*innen eines Menschen, der sich im Ultraschall zeigt. Der Soziologe versucht zunächst noch in der theoretischen Einstellung zu bleiben, einzelne Elemente des Gesichts zu entdecken, Abstände zwischen ihnen zu ‚messen‘ und dessen Physiognomie mit ihm vertrauten Profilbildern zu vergleichen, wird jedoch, wie in der Szene zuvor, schnell mit grundlegenden Veränderungen im eigenen Erleben der Situation konfrontiert und nimmt wahr, wie er selbst gebannt auf den Bildschirm schaut. Welche Bedeutungsimplicationen birgt gebanntes Schauen in Bezug auf den Dritten, wenn man es als eine Ausdruckform leiblicher Responsivität auf seinen Auftritt versteht? Der Akt des Schauens setzt zunächst als Minimum etwas voraus das sich anschauen lässt. Das gebannte Schauen verweist darüber hinaus jedoch auf eine starke Wirkung des Wahrnehmungsphänomens. Es zieht Betrachter*innen in seinen Bann, macht sie bisweilen handlungsunfähig und machtlos, da es sie ganz in Anspruch nimmt und kann am ehesten mit dem Staunen verknüpft werden. Gleichzeitig lässt sich das kindliche Antlitz am Bildschirm *nur* anschauen. Es kann weder durch eigenes Tun kreiert noch berührt oder verändert werden, ist plötzlich und unzweifelhaft im Raum und bleibt doch unantastbar. Diese starke Präsenz bei gleichzeitigem Entzug rührt am Bereich religiöser Erfahrung.

Die Ergriffenheit des Ethnographen alleine wäre indessen ein zu schwaches Datum, um aus ihm eine eigene Präsentationsweise des Dritten begründen zu wollen. Wesentlich sicherer lässt sich das Argument aus den Veränderungen des thematischen Feldes und der Interaktionsordnung im Verlauf der Szene herleiten. Zum einen sprengt die symbolträchtige Erscheinung am Monitor thematisch den sonst über weite Strecken der Untersuchung vorherrschenden Rahmen des diagnostischen Auslegungsschemas und stößt begegnungsbezogene ebenso wie individuierende Deutungen an. Kurz nachdem das Gesicht zu sehen ist, wird die Schwangere aktiv und startet mit einem ‚Na-Du‘ einen Kontaktversuch mit dem Wesen am Monitor. Während das ‚Na‘ der Alltagssprache entstammt und sowohl die eigene Interakti-

onsbereitschaft signalisiert als auch den Adressaten zu einer Antwort herausfordert, erkennt sie ihr ungeborenes Kind im ‚Du‘ als anderes Individuum an, zu dem eine Wir-Beziehung möglich ist. Appräsentierte das pumpende Herz im vorangegangenen Ausschnitt – allerdings gesichert nur durch die Responsivität des Ethnographen – das pure Leben, wird das Profilbild hier zum intersubjektiv anerkannten Symbol für einen menschlichen Leib. Das Kind wird durch gemeinsame Deutungen kommunikativ in die Welt geholt. Es wird als Wesen mit einem eigenen Refugium entworfen, in dem es über Gegenstände verfügen kann („da hält er sich gerade an seinem Kissen fest“). Ihm wird die Fähigkeit zur gerichteten Interaktion in die Welt außerhalb des Mutterleibes zugeschrieben, die sich im Anlächeln als einem Akt der Zuneigung sowohl in räumlicher als auch in affektiver Hinsicht verkörpert. Gerade hier zeigt sich die Symbolkraft des Bildes, die Sprünge zwischen Wirklichkeitsbereichen in Gang setzt. Der Umstand, dass das lächelnde Kind keineswegs direkt, sondern erst aufwendig technisch vermittelt für die Erwachsenen im Raum sichtbar wird und es physisch nicht vom Bildschirm seine Umwelt grüßt, sondern sich im Mutterleib befindet, scheint die Authentizität der Deutungen keineswegs in Frage zu stellen. Die plötzlich entstandene Begegnungssphäre gelangt erst an eine Grenze, als eine Deutung der Schwangeren mit dem medizinischen Wissen um die Fetalentwicklung allzusehr in Widerspruch zu geraten droht. An dieser Stelle zielt der Einwand der Gynäkologin, dass Kinder in dieser Phase nur selten die Augen aufmachen würden, darauf, bei aller Faszination für das Geschehen am Bildschirm keine medizinisch falschen Eindrücke entstehen zu lassen. Parallel zur semantischen Ebene des thematischen Feldes, verschafft sich die pathische Wirkungskraft des Bildes auch performativ im zunächst leisen und zärtlichen, wie später dann deutlich lauterem und übersteuernden Tonfall der Schwangeren und dem erstaunten Kommentar ihres Partners einen leiblichen Ausdruck.

Die dritte Präsentationweise verfügt dabei auch über eine spezifische Interaktionsordnung. Zunächst fällt an der zitierten Passage auf, dass entgegen dem sonst sehr ruhigen Verhalten von Schwangeren und Partnern während der Untersuchung hier die werdende Mutter selbst als erstes die Initiative ergreift. Dieser Umstand wirft weitergehende Fragen auf. Ist sie die Einzige, die entscheiden kann, ob eine Begegnung mit dem Ungeborenen in der Situation eröffnet wird? Muss unter Umständen erst sie das Kind sprachlich zur Welt bringen, bevor auch andere zu ihm in Beziehung treten dürfen? Ist das nackte Antlitz am Bildschirm so verletzlich, dass es zuerst an mütterliche Liebe, Sorge und Schutz appelliert und es genuin zum Mutter-Sein gehört, in dieser Situation als erste Bezugsperson für das eigene Kind da zu sein? Und wäre umgekehrt jede Intervention von Anderen in diesen intimen Moment ein Eingriff in die Symbiose zwischen Mutter und Kind? Anhand des Datenmaterials können diese Fragen nicht hinreichend beantwortet werden, ein Indiz für die entscheidende Rolle der Mutter in solchen Konstellationen liefert jedoch der Umstand, dass es sonst still ist im Raum. Nachdem die Schwangere im ‚Na-Du‘ einen Begegnungsraum eröffnet hat, ebnet sich die sonst vorherrschende Differenz zwischen diagnostizierenden Ärzt*innen und stillen Eltern für einen Moment zugunsten einer gemeinschaftlichen Arbeit an der Vorstellung vom Kind ein, in der sich Neonatologin und Schwangere die Bälle zuspielen, sich aber im

weiteren Verlauf auch der werdende Vater einschaltet. Die tiefgreifendste Veränderung der Interaktionsordnung vollzieht sich jedoch in der Wandlung des Dritten zum Interaktionspartner selbst. Das Wesen am Bildschirm wird jetzt nicht mehr als passiver thematischer ‚Gegenstand‘, als diagnostisches Gebiet im Modus der theoretischen Einstellung von außen durchleuchtet, sondern avanciert in den Zuschreibungen der Erwachsenen zu einem Urheber von Interaktionsangeboten und damit zu einem autonomen Spieler auf der Bühne des Sprechstundenzimmers, der den anderen Teilnehmenden Relevanzen auferlegen kann.

Über den Richtungswechsel des situativen Vollzugs und die Sprünge zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen hinaus, bergen die beiden zitierten Ausschnitte verschiedene Anzeichen für das transzendente Potential der dritten Präsentationsweise. Zum einen erweist sich die Erscheinung des Kindes als schwellenartig und durchzogen von Ambiguitäten. Es befindet sich nicht als fraglos gegebener Anderer in der Welt unmittelbarer Reichweite, vielmehr lässt sich seine Präsenz am ehesten als eine ambivalente Form anwesender Abwesenheit umschreiben. Das Antlitz am Bildschirm ist zugleich unmittelbar da und uneinholbar weit weg. Insofern führen die Sprünge zwischen verschiedenen Bedeutungskontexten um den Dritten nicht an ein eindeutiges Ziel, sondern die polythetischen Sinnbezüge seiner Erscheinung reichen von der Welt der medizinischen Wissenschaft, über Alltagsinteraktionen („Na-Du“) bis hin zur religiös konnotierten Sphäre der Offenbarung („Boah, unglaublich, wie man das ERKENNEN kann!“). Zum anderen zeigt sich die immanente Transzendenz der dritten Präsentationsweise im plötzlichen Charakter der Begegnungen. In der protokollierten Selbstwahrnehmung des Ethnographen sorgen das pumpende Herz und das kindliche Antlitz für einen Bruch in der Situation. Mit Waldenfels können sie als Hyperphänomene verstanden werden, die in ihrem Pathos über das subjektiv Erwartbare hinausgehen und ihre wesentlichen Züge gerade in einer nicht beherrschbaren Bewegung eines ‚mehr-als‘ oder ‚überhinaus‘ durchscheinen lassen. Auch die Performanz der elterlichen Aussagen im zweiten Ausschnitt legen diesen Überschusscharakter der Bilder nahe. Schließlich verweist der Grenzbereich menschlicher Existenz selbst, in dem sich die Interaktionen mit dem Dritten hier abspielen, ganz allgemein auf die Transzendenz der dritten Präsentationsweise, in der sich augenblickhafte Begegnungen mit einem noch nicht geborenen, aber sich bereits ankündigen neuen Mitglied der menschlichen Gemeinschaft vollziehen.

4.3. Der Übergang zum Diagnosegespräch: Rückkehr in den Raum primärer Reziprozität

Am Ende der Ultraschalluntersuchung muss die Ordnung der Situation für das anschließende Gespräch zwischen Ärzt*innen und werdenden Eltern wieder grundlegend umgestaltet werden. Auf der Ebene des thematischen Feldes weicht das bis dato dominante diagnostische Auslegungsschema der Herausforderung, das medizinische Wissen über den Zustand des Ungeborenen verständlich zu vermitteln und auf dessen Basis therapeutische Möglichkeiten und prognostische Erwartungen aufzuzeigen. Mit Blick auf die Interaktionsordnung wandert das Zentrum visueller und kognitiver Aufmerksamkeit wieder zurück

in die Mitte der anwesenden Erwachsenen, wobei der Übergang, wie schon beim Eintritt in die sonographische Phase, durch die Dyade Gynäkologin – Schwangere in Gang gesetzt wird. Damit einer gehen ebenso raum- und zeitbezogene Verschiebungen. Bildete in diesem Kapitel der virtuelle Körperraum des Fetus den Dreh- und Angelpunkt des Geschehens, löst sich dieser mit dem Ende der Untersuchung vollständig auf und das wieder erleuchtete Sprechstundenzimmer wird zur Kulisse des Dialogs zwischen Professionellen und Eltern. Schließlich verändert und weitet sich auch der Zeithorizont der Situation: War während der Diagnostik die temporale Ordnung maximal darauf fokussiert, den gegenwärtigen Status Quo der Fetalentwicklung zu ermitteln, rücken im anschließenden Abschnitt die kurzfristigen wie langfristigen Folgen der Diagnose in den Vordergrund. Da die Umgestaltung der Situation auf dem Weg in die Ultraschalluntersuchung oben ausführlich beschrieben wurde, sollen hier nur die wesentlichen Schritte auf dem Weg zurück in die primäre Reziprozität knapp dargestellt werden. Der Folgende Abschnitt zeigt exemplarisch einen gelingenden Übergang von der Diagnostik hin zum Gespräch:

Die Gynäkologin nimmt den Schallkopf vom Bauch der Schwangeren und reicht ihr ein Tuch und sagt dabei „Sie können sich schonmal abtrocknen“. Ich trete einen Schritt von der Liege zurück. Die Neonatologin, die den Schall am Fußende der Liege mitverfolgt hat, läuft jetzt vor zur Eingangstür und macht das Licht an. Als sie zurückkommt, stellt sie sich wieder an ihre vorherige Position. Jetzt allerdings mit etwas mehr Abstand zur Patientenliege und näher zur Wand in ihrem Rücken. In der ganzen Betriebsamkeit trocknet sich die werdende Mutter den Bauch ab. Ich habe das bisher selten bei Licht gesehen und schaue einen Augenblick hin. *Dann wird mir der Blick auf den nackten Bauch jedoch unangenehm und ich habe das Gefühl, eine Diskretionsschwelle zu verletzen.* Als ich kurz rüberschaue zur Neonatologin, wendet sie ebenfalls gerade den Blick von der Schwangeren ab.

Das latente Handlungszentrum – der Maschinenraum der sonographischen Feindiagnostik – rückt am Ende der Untersuchung vom äußeren Horizont wieder in den thematischen Kern des Vollzugs. Indem die Gynäkologin den Schallkopf vom Bauch der Schwangeren nimmt, baut sie die materiale Brücke in den digitalen Wirklichkeitsbereich ab. Die visuelle Präsenz des Ungeborenen verschwindet aus der Situation; Ärztin und Schwangere geben ihre Funktionspositionen aus der Diagnostik auf und werden wieder frei für anderes. Während sich die Gynäkologin mit dem Ende der Untersuchung aus dem Zentrum des Geschehens zurückzieht und in der anschließenden Phase des Gesprächs die Situationsleitung ihren Kolleg*innen aus den anderen Disziplinen überlassen wird, betritt die Schwangere nun wieder als Person das Feld der Sprechstunde. Das Handtuch ermöglicht es ihr nicht nur sich abzutrocknen, sondern darüber hinaus auch symbolisch die letzten Spuren des medizinischen Zugriffs auf ihren Körper zu beseitigen und Territorien ihres Selbst wieder für sich in Anspruch zu nehmen. Dass mit der Rückverwandlung vom körperlichen Display zum autonomen Subjekt auch dessen Anspruch auf Anerkennung wieder laut wird, zeigt sich in den Antworten des Ethnologen und der Neonatologin. Mein Unbehagen, mit dem Blick auf den nackten Bauch der Schwangeren selbst zu nahe zu treten erscheint nur sinnvoll, wenn der Bauch jetzt – bei angeschaltetem Licht – nicht mehr als isolierter Gegenstand, sondern wieder als Teil eines menschlichen Leibes wahrgenommen wird, dessen Recht auf Intimität mit dem der Person unmittelbar zusammenfällt. Für die weiteren Professionellen im Raum bildet das Entfernen des Transducers das Signal, ihre Positionen für das Gespräch zu beziehen.

Im Vergleich der beobachteten Sprechstunden wurde das Licht immer wieder von verschiedenen Akteuren des interdisziplinären Teams und diversen Orten im Raum aus angeschaltet. Die häufig wahrgenommene Unsicherheit des Ethnologen hingegen, hier selbst tätig zu werden, auch wenn ich am nächsten zu einem der Lichtschalter im Raum stand, kann als zusätzliches Anzeichen dafür dienen, dass es sich hier durchaus um einen neuralgischen Punkt im situativen Ablauf handelt. Mit dem Anschalten des Lichts wird die Praxis des Schallens beendet und das Gespräch über die Diagnose eingeläutet. Die Atmosphäre im Raum wandelt sich. Bewegungen und Aktivitäten der Sprechstundenmitglieder nehmen wieder zu. Die responsive Struktur der Situation verlagert sich vom Fokus auf den Dritten wieder hin zum Wechselspiel zwischen Sich-Aufsuchen und Sich-Zeigen in der direkten Interaktion unter den leiblich Anwesenden. Damit sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, die in der Untersuchung gewonnenen medizinischen Erkenntnisse im gemeinsamen Gespräch auf ihre möglichen Folgen hin zu erörtern. Wie dies im Einzelnen abläuft, worin die zentralen Gesprächsthemen bestehen und welche Erkenntnisse daraus für die pränatale Sozialität des Ungeborenen gewonnen werden können, ist Gegenstand des nächsten Kapitels. Zunächst werden noch einmal die wesentlichen Erkenntnisse aus der Betrachtung der Ultraschalluntersuchung zusammengefasst.

4.4. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse

Im Zentrum der klinischen Situation steht die Aufgabe, im interdisziplinären Blickfeld verschiedener medizinischer Fachrichtungen eine möglichst präzise Differenzialdiagnose über den morphologischen Zustand des Fetus zu erarbeiten. Dazu wird die Persönlichkeit des Dritten nahezu vollständig eingeklammert und sein Körper in Teile zergliedert, um ihn analytisch bearbeiten zu können. Während die Praxis des Schallens als ein interferentes Drei-Ebenen-Modell beschrieben wurde, konnten in Bezug auf die pränatale Sozialität in dieser Phase der klinischen Situation drei Präsentationsweisen des Ungeborenen rekonstruiert werden, in denen verschiedene Facetten seiner Vorstellung entworfen werden. Herrscht über weite Strecken des Schalls interaktionsbezogen eine strikte Trennung zwischen diagnostizierenden Ärzt*innen und stillen Eltern, ist die Phase thematisch strukturiert durch ein diagnostisches Auslegungsschema, das konsequent den Weg vom thematisch relevanten Gegenstand in dessen inneren Horizont geht und nur an einzelnen Stellen von begegnungsorientierten Antworten auf die Ansprüche symbolträchtiger Bilder durchbrochen wird. Auf der Schattenseite avancierter medizintechnologischer Wissensproduktion sind im Verlauf der Darstellung jedoch auch Grenzen des Erkennbaren im Ultraschall ebenso hervorgetreten wie Grenzen des Zumutbaren für werdende Eltern.

Mit Blick auf die Pragmatik des Schallens haben sich in der Materialanalyse drei relativ eigenständige Handlungsebenen herauskristallisiert, die allerdings nur im Zusammenwirken eine digitale Wirklichkeitssphäre in der klinischen Situation erzeugen und über längere Zeit für die medizinische Auslegung aufrecht erhalten können: Auf der I. Handlungsebene, die als ‚Maschinenraum‘ der Ultraschalldiagnostik bezeichnet wurde, liegt das zentrale Problem darin, eine stabile Verbindung zwischen dem Bauch

der Schwangeren, dem Ultraschallgerät und den untersuchenden Ärzt*innen herzustellen. Diese Verbindung bildet die materiale Brücke in den digitalen Wahrnehmungsbereich und hat eine Objektivierung der Schwangeren von der Person zum körperlichen Display für die Zeit der Untersuchung zur Folge. Die II. Ebene umfasst im Kern die Tätigkeiten des Darstellens und Einstellens von Ultraschallbildern durch die sonographierenden Ärzt*innen mit Blick auf den Monitor und wurde als ‚Schaltzentrale‘ der digitalen Bildproduktion beschrieben, in der das blinde Zusammenspiel von rechter und linker Hand funktionieren muss, damit hinreichend präzise Visualisierungen des fetalen Körpers im Mutterleib kreiert werden können. Erst wenn diese beiden Ebenen relativ reibungslos fungieren, öffnet sich auf der III. Ebene ein neues Zentrum visueller und kognitiver Aufmerksamkeit, in dem technisch-vermittelte Appräsentationen des Ungeborenen medizinisch gedeutet werden können. Das Sinngeschehen auf dieser dritten Ebene der eigentlichen Diagnostik gliedert sich wiederum in drei qualitativ voneinander zu differenzierende Erscheinungsformen des Ungeborenen in der Situation.

Die erste Präsentationsweise wurde als *diffuse Muster* kategorisiert und zeichnet sich durch ihre Unbestimmtheit aus. Ihr phänomenologischer Kern liegt – zumindest für den soziologischen Laien, aber vermutlich auch für die meisten Elternpaare – in einer Undurchschaubarkeit des Sichtbaren. In den fließenden Schlieren am Bildschirm hebt sich über weite Strecken keine Figur von einem Hintergrund ab, die als klarer thematischer Gegenstand zum Ausgangspunkt für komplexere Deutungen und Sinnzusammenhänge bezogen auf den Dritten werden könnte. Vielmehr bleibt angesichts der diffusen Muster in der ersten Präsentationsweise nicht nur fraglich, ob sich hier jemand im Bild verkörpert, sondern ob noch grundlegender überhaupt etwas Bestimmtes, eine Entität, am Monitor zu sehen ist. Diese Unbestimmtheit schlägt sich ebenso in den professionellen Auslegungsversuchen nieder. Auch die Schallexpert*innen vor dem Gerät sind auf dieser Stufe noch nahezu vollständig damit beschäftigt sich im Mutterleib zu orientieren, sodass Schweigen und leises vor sich Hinsprechen der Gynäkolog*innen dominieren und sich die weiteren Ärzt*innen noch nicht verbal in die Situation einschalten. Gerade im Kontext der abstraktesten Erscheinungsform des Dritten traten jedoch auch unterschiedliche Perspektiven und Sehfähigkeiten innerhalb des Sprechstundenensembles offen zu Tage. Während es den Professionellen mit zuhandenem sonoanatomischen Fachwissen gelingt, zügig Orientierungspunkte im Bild auffindig zu machen und im Fluss hellerer und dunklerer Schattierungen Organe zu erkennen, scheitert der Ethnograph daran, bestimmte Gestalten in der Beschreibung festzuhalten.

Die zweite Präsentationsweise *Formen und Teile des fetalen Körpers* bildet das Zentrum der Ultraschalluntersuchung. Sie nimmt die meiste Zeit in Anspruch und bewegt sich konsequent in einem diagnostischen Deutungsschema das den fetalen Körper in Teile gliedert, um sie im Detail betrachten und morphologisch beurteilen zu können. Während die Besprechung der Bilder in Fachterminologie einen professionsinternen Kommunikationsraum nach innen konstituiert, schirmt sie den vulnerablen thematischen Kern zugleich nach außen gegenüber anderen Auslegungsmöglichkeiten ab. Vielfältige Einstellungsoptionen am Ultraschallgerät sorgen ihrerseits dafür, dass der ungeborene Körper in der zweiten

Präsentationsweise selbst zum Bildraum wird, in dem verschiedene Orte angesteuert und aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden können. Hier verläuft die Scheidelinie zwischen medizinischen und außermedizinischen Einblicken in die Situation nicht mehr auf der Ebene thematischer Relevanz, sondern auf der Ebene der Auslegungsrelevanz, auf der es darum geht, wie extensiv ein Thema mit zuhandenen Wissensbeständen bestimmt werden kann. In diesem Zusammenhang reichte die Bandbreite von unauffälligen Organen, die im Schnelldurchlauf abgehakt werden konnten, über gesicherte Auffälligkeiten, bis hin zu komplexen diagnostischen Fragen, die eingehend und diskursiv bearbeitet werden, da im Bild konkurrierende Anzeichen eine eindeutige Diagnose erschweren. Die Entfaltung medizinischer Sinnzusammenhänge stieß in der zweiten Präsentationsweise, die wesentlich prägnantere Vorstellungen des Dritten generiert als die Erste, ihrerseits jedoch auch an spezifische Grenzen. Diese betreffen zum einen die epistemischen Grenzen des bildgebenden Verfahrens selbst, die in den Bereich klinischer Routine fallen. Sie werden den Eltern häufig erläutert und als Problem veralltäglicht. Als Schattenseite der Wissensproduktion sind sie integraler Bestandteil der sonographischen Feindiagnostik und können unter Rückgriff auf bestehende Narrative ohne größeren Aufwand im Rahmen der diagnostischen Relevanzstrukturen thematisiert werden. Anders verhält es sich bei elterlichen Fragen während der Untersuchung. Sie erfordern in der Regel ein Absetzen des medizinischen Deutungsschemas und ein Neu-Ansetzen in einer alltagsweltlich orientierten Form der Verständigung, wobei im Zuge dieser Bewegung Typisierungen eines Themas moduliert und die Komplexität von Wissens-elementen reduziert wird – im geschilderten Fall wird die A-Welle zum Herzschlag. Dieser Akt der Übersetzung ist wesentlich voraussetzungsvoller, da er im Kern die intersubjektive Verständigung zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen mit ihren inhärenten Relevanzsystemen bedeutet und das Zentrum der Situation wieder in den wechselseitigen Wahrnehmungsbereich zwischen Erwachsenen verlagert. Vor dem Hintergrund, dass im Verlauf der Feldforschung elterliche Fragen grundsätzlich selten während der Diagnostik beobachtet wurden und zumindest in einem Fall den Rahmen der diagnostischen Ordnung sprengten, bleibt offen, inwieweit in Fragen von familialer Seite sich auch Grenzen der Zumutbarkeit und des Aushalten-Könnens einer ungewissen Situation ausdrücken.

Die dritte Präsentationsweise wurde mit dem Oberbegriff *Symbole des menschlichen Leibes* belegt und ist gekennzeichnet durch ausdrucksstarke Bilder des Dritten an den Monitoren im Raum, die das Detektieren eines fetalen Körpers zeitweise umschlagen lassen in das Sich-Zeigen eines Kindes. In diesen Momenten schießt das Pathos der Erscheinung über die ordnenden Bahnen des diagnostischen Auslegungsschemas hinaus. Die akribische Ausdeutung der inneren Zusammenhänge des Organismus weicht begebnungsorientierten Interpretationen und Aussagen, die sich nicht mehr auf den Körper, sondern auf die Persönlichkeit des Ungeborenen beziehen. Standen in der zweiten Präsentationsweise Formen und Teile des fetalen Körpers im Fokus, sind es in der Dritten vor allem Profilbilder, die die Entität eines menschlichen Leibes symbolisieren und dabei den Schwerpunkt innerhalb der Appräsentationsbeziehung von der wahrnehmbaren Darstellung hin zu den multiplen Verweisungszusammenhängen ihrer Bedeutung verschieben. Während der pathische Richtungswechsel des Geschehens vom Aufspüren zum

Sich-Zeigen in den dargestellten Ausschnitten aus dem empirischen Material klar ersichtlich wird, bleibt die Erscheinung des Kindes durchzogen von unauflösbaren Ambiguitäten. Die Sprünge zwischen verschiedenen Wirklichkeitsbereichen führen nicht an ein Ziel. Die Präsenz des Dritten bleibt in der spannungsgeladenen Schwebelage zwischen absoluter Anwesenheit und absoluter Abwesenheit. Darin ist jedoch kein Mangel an Bestimmtheit zu sehen, sondern ein Hinweis auf die transzendente Dimension der dritten Erscheinungsform. Sie führt in die Schwellenbereiche des Lebens, in denen weder wissenschaftliche Eindeutigkeit noch praktische Alltagsgewissheiten, sondern symbolische Verweisungen und Ambiguitäten vorherrschen. Erst auf diese Weise wird verständlich, dass das Kind zugleich als unmittelbar da und uneinholbar weit weg erfahren werden kann und es in der Wirkung seines Erscheinens Widersprüche in sich vereint, ohne sie aufzulösen.

Mit Blick auf die Frage nach den Vorstellungen vom Dritten ergibt sich so eine unterschiedliche Spannweite der entworfenen Sinnzusammenhänge im Vergleich der drei Präsentationsweisen. Lag das Problem in der Ersten noch darin, überhaupt etwas Bestimmtes in den diffusen Mustern am Bildschirm zu erkennen, drehte sich die zweite um die medizinische Auslegung des inneren Horizonts einzelner Organe. In der Dritten schließlich gewährt das digital produzierte Bild der Schallgemeinschaft kurzzeitige Begegnungen mit dem Kind als werdendem Individuum.

5. Verständigung über die Diagnose und ihre Folgen: Ärzt*innen und Eltern besprechen das weitere Vorgehen

Das Gespräch zwischen Mediziner*innen und werdenden Eltern über die pränatale Diagnose und ihre möglichen Folgen für das heranwachsende Kind stehen im Fokus dieses Kapitels. Anders als während des Ultraschalls, wo es darum ging, den Status quo einer intrauterinen Fetalentwicklung möglichst präzise zu ermitteln, bilden jetzt die Diagnosestellung selbst und ihre therapeutischen wie prognostischen Verweisungszusammenhänge den thematischen Kern des Geschehens. Die Reziprozität zwischen den Erwachsenen rückt jetzt wieder in den Vordergrund, dem Paar muss ein häufig komplexer medizinischer Befund verständlich vermittelt und gemeinsam anstehende Entscheidungen beraten werden. Im Unterschied zur Eröffnungsphase der Sprechstunde ist der Dritte in der primären Reziprozität zwischen der klinischen und familialen Seite des Arbeitsbündnisses jetzt jedoch in Form expliziter Bezugnahmen präsent. Er wird in unterschiedliche Handlungspraxen, Sozialbeziehungen und Weltbezüge integriert, soweit dies die pränatalen Erkenntnisse zulassen. Die Vorstellung von ihm gewinnt an Konturen und Fragmente seiner klinisch geprägten Lebenswelt in den Wochen und Monaten nach der Geburt werden sichtbar. In der Analyse des empirischen Materials haben sich vier Hauptthemen im Gespräch zwischen Ärzt*innen und Eltern über die Situation herauskristallisiert, die im Folgenden beleuchtet werden.

Das Gespräch beginnt in allen beobachteten Fällen mit der Diagnosestellung (5.1.). Die Befunde reichen hier von abgesicherten Differenzialdiagnosen einer isolierten Fehlbildung bis hin zu uneindeutigen Befunden mit mehreren Auffälligkeiten, deren Krankheitswert nicht hinreichend bestimmt werden kann.

Untrennbar verbunden mit der Diagnose ist die Frage nach möglichen Therapien (5.2.). Hier reicht die Bandbreite medizinischer Handlungsprobleme von Fällen, in denen wahrscheinlich gar nicht interveniert werden muss, über relativ häufige Fehlbildungen mit guten Behandlungschancen, für die operative Routinen zur Verfügung stehen, bis hin zu schweren Diagnosen, in denen nicht gesagt werden kann, ob das Kind die Geburt überlebt und, falls ja, ob ihm danach medizinisch geholfen werden kann. Als drittes Thema wird (5.3.) die Geburt im Rahmen dieses Kapitels behandelt. In ihr müssen einerseits die klinischen Disziplinen für die bestmögliche Versorgung der Gebärenden und des Neonaten Hand in Hand arbeiten; andererseits stellt sich gleichermaßen die Frage, inwieweit und in welcher Form unter den Bedingungen einer speziellen Entbindungssituation familiäre Begegnungen zwischen Eltern und Kind möglich sind. Schließlich steht viertens (5.4.) die Prognose im Fokus des Erkenntnisinteresses. Hier werden Zukunftsvorstellungen und Weltbezüge für das heranwachsende Kind entworfen. Zugleich stellen die prognostischen Schlüsse den schwierigsten Bereich der pränatalen Auslegungen dar, in dem häufig nur allgemeine und unsichere Aussagen getroffen werden können.

In methodischer Hinsicht stößt der ethnographische Zugang zur klinischen Situation hier jedoch auch unübersehbar an Grenzen. Die dynamischen Gesprächssituationen mit ihrem hohen Informationsgehalt und häufig schnell wechselnden Sprecher*innen vollständig festhalten zu können, war – ohne Aufnahmegerät – nicht möglich. So enthalten die Beobachtungsprotokolle Passagen, in denen die Sequenzialität des Gesprochenen unklar bleibt, ebenso wie Erinnerungslücken innerhalb einzelner Themen und hinsichtlich deren Reihenfolge. Daraus ergeben sich zwangsläufig Konsequenzen für das Vorgehen in der Analyse. So erwies es sich bezogen auf diese Phase der klinischen Situation zielführender, die Protokolle stärker in vergleichender Perspektive zu betrachten und einzelne Passagen offener zu kodieren, um in diesem Zuge fallübergreifend zentrale Handlungs- und Deutungsprobleme für die zu entwickelnde Situationstheorie herausarbeiten zu können. Strenge Sequenzanalysen wurden hingegen an einschlägigen Stellen im empirischen Material durchgeführt, die nach der ersten Sichtung Aufschluss über den Gegenstand versprachen und hinreichend genau protokolliert waren. Während die Erkenntnis keineswegs überraschend ist, dass die semantische Dimension eines Gesprächs mit den Mitteln teilnehmender Beobachtung nur teilweise in den Griff zu bekommen ist, lässt sich diese methodische Grenze methodologisch hingegen aus zwei unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten: einerseits hat sie unweigerlich Genauigkeitseinbußen des Protokolls zur Folge, die durch die Analyse nicht wieder eingeholt werden können. Andererseits gelangen mit dem ethnographischen Zugang performative und atmosphärische Qualitäten des Gesprächs mit ins Material, die im Horizont einer existenziell prekären Situation für das Verständnis des Phänomens relevant sind.

5.1. Die Diagnosestellung zwischen den Polen von Bestimmtheit und Kontingenz

Eine abgesicherte Differenzialdiagnose bildet die ideale Basis der klinischen Fallkonstitution (vgl. Wieland 1975), von der ausgehend therapeutische Handlungsstrategien und prognostische Erwartungshorizonte gebildet werden können. Wie sich im Verlauf dieses Kapitels zeigen wird, trägt sie die medizinische Ordnungskonstruktion bezogen auf das Ungeborene, wobei die pränatale Diagnose selbst aus verschiedenen Wissensdimensionen aufgebaut ist: Dazu zählen die morphologische Struktur der Fehlbildung, deren häufig unbekannte Ätiologie und ihre nosologische Klassifikation im Feld der Krankheitseinheiten, aus der sich Assoziationswahrscheinlichkeiten mit weiteren Pathologien, mögliche Therapien und Prognosen zu Mortalität und Morbidität ableiten lassen sowie keineswegs zuletzt die Frage, über welches Maß an Erfahrung die Klinik in der Behandlung der Fehlbildung verfügt. Die hinreichende Gewissheit in all diesen Segmenten der Diagnose stellt einen idealtypischen Grenzfall in der perinatalmedizinischen Praxis dar. Vielmehr müssen die Professionellen – und werdende Eltern – mit multiplen Ungewissheiten der vorgeburtlich gewonnenen Erkenntnisse umgehen. So lässt sich die Kluft zwischen pränataler Diagnose und postnatalem Krankheitswert nie vollständig schließen. Auch bei sicheren Diagnosen bleibt ein Restrisiko, dass die Verfassung des Kindes nach der Geburt anders sein wird als erwartet oder, dass noch weitere, bis dato unerkannte Anomalien zu Tage treten. Nicht selten ist die Diagnose aber auch selbst nicht hinreichend klar; dann können nur sehr begrenzt Aussagen über die erste Lebenszeit und den weiteren Verlauf gemacht werden. In anderen Fällen wiederum sind die Befunde so schwerwiegend, dass sich, bei einer Entscheidung für die Fortsetzung der Schwangerschaft, erst unter der Geburt erweisen kann, ob das Kind eine Lebenschance haben wird.

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits angedeutet, übernehmen mit Beginn des Aufklärungs- und Beratungsgesprächs die Gastdisziplinen im Sprechstundenzimmer unter dem Dach der Frauenheilkunde die Regiekompetenz. Während die Gynäkolog*innen in der Zeit nach der Geburt aus dem Behandlungsprozess im engeren Sinne ausscheiden, fängt mit der Entbindung die Arbeit für Kinderintensivmediziner*innen und weitere Fachärzt*innen erst richtig an. Im Vergleich der beobachteten Sprechstunden haben vor allem Vertreter*innen der Neonatologie das Gespräch mit den werdenden Eltern über weite Strecken geführt, in einigen Fällen aber auch anwesende Kinderchirurg*innen und Mitglieder anderer Disziplinen. Bestimmte Themen, wie der Geburtsmodus oder die Klärung organisatorischer Fragen, fallen indes weiterhin in den Verantwortungsbereich der Gynäkologie. Mit Blick auf die räumlichen (An)Ordnungen kommt der Liege erneut eine entscheidende Funktion zu. Wirkte sie in der Eröffnungsphase noch als Raumteiler zwischen dem Begegnungssektor im vorderen und dem medizinischen Sektor im hinteren Teil des Raumes und bildete sie das physische Zentrum während der Diagnostik, avanciert sie jetzt zur gemeinsamen Mitte des Besprechungsraumes. In manchen Sprechstunden wird sie auch als provisorischer Besprechungstisch genutzt. Die Schwangere sitzt während des Gesprächs in der Regel im oberen Teil der Liege, der Vater bleibt weiterhin auf dem Stuhl am Kopfende, die aufklärenden

Mediziner*innen positionieren sich häufig im Begegnungssektor oder bilden bei vielen Anwesenden einen Halbkreis um die Liege, während sich die Gynäkolog*innen an den Schreibtisch zurückziehen.

Der erste Ausschnitt aus dem empirischen Material zeigt eine nahezu idealtypische Diagnosestellung über eine isolierte Gastroschisis, eine Fehlbildung aus der Gruppe der Bauchwanddefekte, die eindeutig im Ultraschall festgestellt werden konnte und gute Behandlungsaussichten hat. In diesem Fall erläutert der anwesende Kinderchirurg den Befund der Schwangeren und der werdenden Großmutter, die gemeinsam zur Sprechstunde erschienen sind:

Der Kinderchirurg beginnt daraufhin, jetzt mit dem Blick konstant an die beiden Frauen gewandt, das Untersuchungsergebnis zu erläutern. „Das Kind hat eine Gastroschisis, das ist eine Fehlbildung“, es seien aus dem Ultraschallbild aber keine weiteren Anomalien erkennbar. Im Folgenden erklärt der Kinderchirurg, dass sich bei der Gastroschisis der Darm außerhalb der Bauchdecke befinde, was während einer bestimmten Phase der Entwicklung normal sei, dann solle er aber wieder im Körperinneren sein, „was hier nicht der Fall ist“. Der Darm befindet sich jetzt in einer Flüssigkeit, „die nicht für ihn gedacht ist und entwickelt sich weiter.“ Während dieser Beschreibung der Fehlbildung nickt die Mutter der Schwangeren mehrmals und bestätigt das Gehörte immer wieder mit einem kurzem „ja“. Der Kinderchirurg fügt noch hinzu, dass sie diese Erkrankung relativ häufig hier in der Klinik hätten. (Erinnerungslücke). Dann wechselt das Thema zur Geburtsplanung.

Zu Beginn der Diagnosestellung setzt der Arzt das Ungeborene sprachlich als „Kind“ und macht es damit sozial existent. Es wird an dieser Stelle des Gesprächs noch nicht weitergehend individualisiert oder familialisiert, vielmehr wird es als zweifellos menschliche Entität in die Situation aufgenommen, um sich in der Folge seiner Erkrankung widmen können. Darin zeigen sich exemplarisch die veränderte Interaktionsordnung und die veränderten Bezugnahmen auf den Dritten gegenüber der Ultraschalluntersuchung. Konnte im vorherigen Abschnitt noch nahezu vollständig von der Persönlichkeit des Ungeborenen abstrahiert werden, muss es jetzt als Mensch eingeführt werden, um seinen antizipierten Anspruch auf soziale Anerkennung angemessen zu beantworten. Würde sich der Chirurg ausschließlich auf die Pathologie konzentrieren – etwa in der Form, „es hat eine Gastroschisis“ oder „wir haben hier eine Gastroschisis“ würde dies eine vollständige Subsumtion des ungeborenen Kindes unter die Kategorie ‚ein Fall von‘ bedeuten und die Frage nach seinem existenziellen Status offen im Raum stehen lassen, was in den allermeisten Fällen eine starke Kränkung der werdenden Eltern zur Folge haben muss. Stattdessen wird mit der sprachlichen Anerkennung als Kind die triadische Grundstruktur des pediatriischen Arbeitsbündnisses (Peter/Richter 2009: 14) gleich zu Beginn der Diagnosestellung eingerichtet, um sich anschließend mit den erwachsenen Familienmitgliedern über dessen Diagnose unterhalten zu können.

Im nächsten Schritt wird das Kind zum potentiellen Patienten – es „hat eine Gastroschisis“.¹¹⁵ Die Erläuterung dieser Differenzialdiagnose bildet den thematischen Kern des zitierten Ausschnitts und ver-

¹¹⁵ Die Gastroschisis bezeichnet einen Bauchwanddefekt, bei dem der Inhalt aus der fetalen Leibeshöhle direkt in die Amnionhöhle austritt, sodass sich vor allem die Darmschlingen im fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium im Fruchtwasser befinden und dort in ihrer Entwicklung geschädigt werden können. Eine Gastroschisis wird in der Regel in den ersten Tagen nach einer geplanten Geburt per Kaiserschnitt operiert, wobei der Darm soweit wie möglich wieder in den Bauchraum zurückverlagert wird. In einigen Fällen kommt es vor, dass der Darm mit einem Eingriff nicht vollständig zurückverlagert werden kann

anschaulicht exemplarisch die verschiedenen Wissensdimensionen, die im Rahmen der Befundmitteilung relevant werden. Im inneren Horizont des Themas ‚Gastroschisis‘ befindet sich deren morphologische Struktur; Darm und Bauchdecke werden hier, entlang ihrer raumzeitlichen Beziehung zueinander, zum Ausgangspunkt einer pathogenen Entwicklung. Ist die körperräumliche Grenzüberschreitung des Organs im ersten Trimester der Schwangerschaft normal, sollte sich der Darm im zweiten Trimester in den Bauchraum zurückverlagern, „was hier nicht der Fall ist. Stattdessen befindet er sich jetzt in einem feindlichen Milieu, einer Flüssigkeit, die nicht für ihn gedacht ist und entwickelt sich weiter“. Der Morphologie im inneren Horizont der Diagnose steht ihre Klassifikation als Fehlbildung in einer ersten Schicht des äußeren Horizonts gegenüber, womit sie zugleich relativ gegenüber anderen Krankheitsbildern abgegrenzt wird.¹¹⁶ Diese Grenze kann vorgeburtlich jedoch nie vollständig geschlossen werden. Der Kinderchirurg verweist hier sprachlich sehr präzise darauf, dass keine weiteren Anomalien im Ultraschall erkennbar gewesen seien, womit deren widererwartende Existenz nicht gänzlich ausgeschlossen wird. Die zweite Schicht des äußeren Horizonts bildet das Erfahrungswissen der Klinik im Umgang mit der diagnostizierten Fehlbildung. Auch in anderen Sprechstunden konnte bei abgesicherten Differenzialdiagnosen beobachtet werden, dass die aufklärenden Ärzt*innen die Erfahrungen des eigenen Hauses ansprechen und gegebenenfalls statistische Daten zur Häufigkeit der Erkrankung nennen. Das konkrete therapeutische Vorgehen wird an dieser Stelle jedoch noch nicht ausführlicher thematisiert. Entscheidend ist ein anderer Punkt: Bei einer hinreichend bestimmten Diagnose als Fundament der medizinischen Situationsdefinition, können auch Therapie und Prognostik relativ präzise ausgelegt und gemeinsam zu einem stabilen Ordnungskonstrukt der Situation entfaltet werden.

Die nächste Passage aus den Beobachtungsprotokollen beschreibt die Diagnosestellung eines Steißbeinteratoms¹¹⁷ beim ungeborenen Kind, bei dem es sich streng genommen nicht um eine Fehlbildung, sondern um einen meist gutartigen Tumor handelt. Über die bereits herausgearbeiteten Wissenssegmente der Diagnose hinaus, ist der Ausschnitt vor allem für performative Aspekte der Diagnosestellung aufschlussreich. Hier unterstützt der Kinderchirurg seine sprachlichen Erläuterungen mit einer Zeichnung:

und der noch freiliegende Teil des Organs steril eingepackt werden muss. Während in einigen Fällen die Schwerkraft und das Abschwellen der Darmschlingen selbst für den restlichen Einzug in den Bauchraum sorgen, ist in anderen Fällen eine zweite Operation notwendig. Tritt die Gastroschisis isoliert auf, liegt die Überlebenschance für das Kind bei über 95 % (vgl. Reitter/Schlöber 2008, S. 93 f.)

¹¹⁶ Im vorliegenden Fall ist zudem das negative Ergebnis aus einer Amniozentese bekannt, sodass die numerischen Trisomien 13, 18 und 21 ausgeschlossen werden können. Darin zeigt sich exemplarisch, wie in der Produktion diagnostischen Wissens auslegungsrelevante Wissenssegmente aus dem äußeren Horizont in den Kern des thematischen Feldes gezogen werden und diesen verdichten.

¹¹⁷ Bei einem Steißbeinteratom handelt es sich um einen meist gutartigen Tumor im Gesäßbereich, der teilweise innen und außen am Kindskörper liegen kann. Handelt es sich um einen gutartigen Tumor und kann dieser bei der Operation nach der Geburt per Kaiserschnitt vollständig entfernt werden, haben auch Kinder mit diesem pränatalen Befund eine gute postnatale Prognose. Einen Eindruck von der herausfordernden (operativen) Behandlung eines Steißbeinteratoms vermittelt eine Fallbeurteilung in Reitter/Schlöber 2008: 132: „Das Kind hatte nach der Geburt keine respiratorischen Störungen. Der Tumor hatte die Haut perforiert und war knollenartig weitergewachsen. Trotz der schonenden Entwicklung des Kindes bei der Schnittentbindung war es zu mehreren Blutungen aus dem äußerst vulnerablen Gewebe gekommen [...] Das Kind wurde deshalb noch am gleichen Tag operiert. Dabei ließ sich der gesamte Tumor entfernen, ohne dass das Rektum und die (deutlich hypotrophe) Beckenbodenmuskulatur verletzt wurden. Das Steißbein wurde reseziert. Der postoperative Verlauf war erfreulicherweise zufriedenstellend. Bei der histologischen Untersuchung fanden sich Anteile eines Dottersacktumors.“

Nachdem die Schwangere aufgestanden ist, rückt der Kinderchirurg mit seinem Stuhl von dem Platz hinten an der Wand näher an die freigewordene Liege heran und legt eine dunkelblaue Unterlage und ein weißes Blatt Papier darauf. Ich vermute, dass er zeichnen will und überlege, wie die Liege zu einem Tisch umfunktioniert werden soll, wenn vor der Liege kein Stuhl für die Schwangere steht. Im selben Moment sagt der Chirurg in ruhigem Tonfall zur Schwangeren: „Setzen Sie sich am besten wieder hin.“ Die Schwangere nimmt daraufhin wieder auf der Liege Platz. Die Gynäkologin hat sich nach Ende des Schalls an den Schreibtisch zurückgezogen. Die Neonatologin steht an der Wand vor dem Fußende der Liege. Die Mutter der Schwangeren, die mit in die Sprechstunde gekommen ist, sitzt auf dem Stuhl am Kopfende. Ich stehe mit etwas Abstand vor der Liege. Der Kinderchirurg wartet ab, bis die Schwangere sitzt. Dann fragt er, an sie gewandt, ob sie schon im Internet etwas über die Fehlbildung gelesen habe um die es gehe und fügt noch hinzu: „Ich hoffe, Sie haben da Schlimmeres gelesen, als es der Fall ist?“* Die Schwangere beantwortet die Frage mit „Wir haben mal geschaut.“ Der Kinderchirurg nickt daraufhin dezent und sagt „mhm“. Anschließend erwähnt er den Fachbegriff „Steißbeinteratom“ für die Erkrankung des Kindes und fügt hinzu, dass es sich dabei um eine relativ seltene Erkrankung handle. „1:20.000, das heißt ca. 30 im Jahr in Deutschland.“* Die Schwangere schaut ihn an, nickt und antwortet mit „ja“. Der Chirurg sagt weiter: „Es ist GUT, dass wir es wissen“, bei einem Teratom handle es sich um einen Tumor, der meistens gutartig sei. Wenn man ihn jedoch länger unbehandelt lasse, könne das problematisch werden. In diesem Fall liege der Tumor weitestgehend außerhalb des Kindskörpers, sodass man ihn gut habe sehen können. Wenn er mehr innen liege, sei er manchmal nicht so gut im Ultraschall zu erkennen. In den meisten Fällen könne man den Tumor auch gut behandeln. Anschließend nimmt er einen Stift aus der Brusttasche seines Kittels und beginnt auf dem vor ihm liegenden Blatt zu zeichnen. Zuerst zieht er von oben nach unten einen ca. 5 cm langen Strich, der aussieht wie ein spiegelverkehrtes S, bei dem der obere Bogen in die Länge gezogen und der untere gestaucht ist. *Während ich noch überlege, ob das siluettenähnliche Gebilde die Wirbelsäule darstellen soll*, deutet der Kinderchirurg mit seinem Kugelschreiber auf das Ende des unteren Bogens und sagt: „Hier ist das Kreuzbein“. Die Schwangere hat sich, kurz nachdem der Chirurg zu zeichnen begonnen hat, leicht nach vorne gebeugt. Sie schaut jetzt auf das Blatt, das mit etwas Abstand vor ihrem Schoß liegt. Der Chirurg verlängert unterdessen den unteren Bogen mit einem ca. 1. cm langen Strich senkrecht nach unten und kommentiert den Schritt damit, dass es sich dabei um das Steißbein handle. Dann zeichnet er um das untere Ende des Steißbeins herum einen hufeisenförmigen Höcker und sagt, dass dies der Tumor sei. Anschließend setzt er sich wieder aufrecht hin und erklärt, dass für die Geburt des Kindes ein Kaiserschnitt notwendig sei, da eine „normale Geburt“ für das Herz des Kindes zu anstrengend wäre. Bei der Geburt sei es dann wichtig, dass das Teratom nicht verletzt wird: „Das klappt erfahrungsgemäß gut.“

Während auch in diesem Ausschnitt die Klassifikation der Erkrankung, damit verbundene Häufigkeiten der Diagnose und die Erfahrungen im Umgang mit dem Teratom wieder thematisch werden, stellt der Kinderchirurg die morphologische Struktur der Diagnose diesmal in Form einer Zeichnung dar. Im Gegensatz zur Sprache eröffnet ihm das Bild die Möglichkeit, die Pathologie auch visuell zu vermitteln. Dabei trägt die Darstellungsform durchaus pädagogische Züge, wenn der zeichnende Arzt die anatomischen Verhältnisse Schritt für Schritt entwickelt und dabei erklärt, welches Körperteil er gerade skizziert. Auf diesem Weg arbeitet er sich schrittweise zum Ort der Pathologie vor. Mit dem Zeichnen wird ein zweiter Vermittlungsmodus der Diagnosestellung sichtbar, der in den beobachteten Sprechstunden nur bei diesem Kinderchirurgen protokolliert werden konnte. Auch in diesem Ausschnitt deutet sich in einzelnen Sequenzen der Diagnosestellung an, dass auf dem gesicherten Boden einer behandelbaren Differenzialdiagnose auch konkrete Therapien und Prognosen entwickelt werden können.

Anders verhält es sich im nächsten Fall. Dieser Ausschnitt zeigt, welche Auslegungsschwierigkeiten sich ergeben, wenn der Befund nicht hinreichend eindeutig ist:

Die Neonatologin erläutert dem Paar, die aktuelle Sorge der Ärzte sei zunächst, dass die Schwangerschaft „jetzt noch nicht zu Ende geht“. Beide Zwillinge seien zwar schon „groß“, aber es fehlten noch ca. zehn Wochen, sodass es gut sei, wenn beide noch einige Wochen „bei Ihnen bleiben“. Wenn sie jetzt kämen, sei es aber auch in Ordnung. Die Schwangere schaut die Neonatologin konstant an während sie spricht, antwortet an mehreren Stellen mit „ja“ oder „m-hm“, beides in sehr hohem, brüchigem Tonfall. Zwischendurch werfe ich einen kurzen Blick rüber zum werdenden Vater, der neben seiner Frau auf dem Stuhl am Kopfende der Liege sitzt. Er hat sich weit nach vorne gebeugt, die Ellbogen auf den Oberschenkeln abgelegt und die Hände zwischen den geöffneten Beinen verschränkt. Er schaut mit leicht geöffnetem Mund geradeaus vor sich, ohne erkennbaren Fokus. *Ich habe den Eindruck, dass er gerade absolut abwesend ist.* Die Neonatologin fährt währenddessen fort und erklärt, dass wegen der Auffälligkeit des zweiten Zwillinges eine Geburt in einem Perinatalzentrum notwendig sei. Sie empfiehlt den Eltern, „hier bei uns“ zu bleiben, fügt aber unmittelbar anschließend hinzu, dass die Eltern sich ebenso für ein anderes Zentrum entscheiden könnten. Bei der Geburt bekomme jedes Kind „ein Team“ und die Ärzte erwarteten für beide Kinder keine größeren Komplikationen bei der Geburt. „Wir rechnen eigentlich damit, dass die zwei sich gut an die Umwelt anpassen. Das ist unser oberstes Ziel“. Anschließend werde man schauen können, was „in Wirklichkeit“ mit dem zweiten Zwilling los sei (Sie fügt noch etwas Behandlungstechnisches hinzu, das ich nicht mehr in Erinnerung habe).

Kurz darauf übernimmt eine der beiden anwesenden Neurologinnen das Wort. Als ich wieder kurz in Richtung des werdenden Vaters schaue, sehe ich, dass er inzwischen etwas gerader auf seinem Stuhl sitzt und den Kopf gehoben hat. Er schaut im Wechsel die Ärztinnen und dann wieder die Schwangere an. Sein rechtes Bein hat er jetzt zudem etwas nach vorne geschoben, sodass es schützend vor dem ausgestreckten Bein seiner Frau steht. Sie scheinen sich nicht zu berühren, aber sind sich sehr nahe. Die Neurologin schließt an die Ausführungen der Neonatologin an und erklärt den Eltern zunächst: „wir haben gerade vor der Tür nochmal gesprochen“* über die Möglichkeiten, die es jetzt gebe, herauszufinden, was das zweite Kind habe, sie seien jedoch zu dem Ergebnis gekommen, dass weitere Untersuchungen zum jetzigen Zeitpunkt ein Risiko für „beide Kinder“ zur Folge haben könnten. In diesem Zusammenhang nennt sie die „Fruchtwasseranalyse“ und „ändern kann man jetzt sowieso nichts. Wir können (.), manche sagen, sie wären aber froh, wenn ich es weiß vorher, aber selbst wenn ich ganz genau wüsste, was Ihrem zweiten Baby fehlt, kann ich nicht 100prozentig sagen, was das für dieses Baby dann bedeutet.“* Sie fügt noch etwas hinzu, dass ich nicht mehr in Erinnerung habe. Dann setzt die Neonatologin wieder ein und ergänzt, „wir sehen was“ und dann gehe es um die Frage, was für einen „Krankheitswert“ das Gesehene habe. Sie wiederholt noch einmal in anderen Worten: „Also welche Auswirkung eine Auffälligkeit hat.“* Sie seien sehr zurückhaltend mit Prognosen, da man aus dem Ultraschall nicht genau habe sehen können, was bei dem Kind der Fall sei. Das sei dann tatsächlich offen. „Im Guten, wie aber auch leider in die andere Richtung.“ Die Neurologin übernimmt wieder und sagt „wir wissen es jetzt einfach nicht, was er daraus macht“* und zieht dabei kleine Kreise mit den Händen vom Körper weg, als würde sie etwas entrollen. Sie fügt noch hinzu, dass Fehlbildungen am Gehirn relevant seien für die geistige Entwicklung, wiederholt aber noch einmal, dass sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht wüssten, wie medizinisch schwerwiegend die im Ultraschall entdeckte Auffälligkeit sei. Die Sorgen sollten die werdenden Eltern zum jetzigen Zeitpunkt erstmal den Ärzten überlassen. Sie wüsste natürlich, dass sie sich trotzdem Sorgen und Gedanken machen würden, aber das „was Sie jetzt tun können“, sei, dass die Kinder „noch schön drin bleiben“, solange es geht. Während die Neurologin das ausspricht lacht sie kurz, die Schwangere lacht kurz mit.

Bevor die Vermittlung von unsicheren Diagnosen näher beleuchtet wird ist es notwendig, zunächst kurz auf die Themen der Anpassung des Kindes an die gänzlich anderen Umweltbedingungen unmittelbar nach der Geburt und die gesundheitlichen Risiken der Frühgeburtlichkeit einzugehen, die von der Neonatologin angesprochen werden und zentrale Herausforderungen der Neugeborenenintensivmedizin darstellen. Die therapeutische Arbeit im engeren Sinne beginnt für die Neonatolog*innen unmittelbar nach der Entbindung, wenn sich das neugeborene Kind in sehr kurzer Zeit an eine ganz neue und unvertraute Umwelt anpassen muss. „Es besteht keine Verbindung mehr zu Eihäuten und Plazenta, die bislang

Isolierung, Ernährung, Ausscheidung und Gasaustausch gewährleistet haben. Der im Wasser lebende Fetus wird zum Luft atmenden Neugeborenen und muss für Atmung, Kreislauf, Wärmeregulation, Ernährung, Stoffwechsel, Ausscheidung und Infektabwehr selbst sorgen.“ (Maier/Obladen 2017: 1). Dieser Sprung in die Welt außerhalb des Mutterleibes ist schon für gesunde Neugeborene eine riskante Situation, umso mehr für Kinder mit angeborenen Fehlbildungen. Während hier für die Adaption nach der Geburt in einigen Fällen keine Probleme erwartet werden, muss in anderen – wie z.B. bei der Gastroschisis oder dem Steißbeinteratom – neben dem Überwachen und eventuellen Unterstützen von Vitalfunktionen, zusätzlich noch mit größter Sorgfalt darauf geachtet werden, dass die freiliegenden Darmschlingen bzw. der Tumor nicht verletzt werden. Im Falle einer Zwillingsgeburt wiederum muss die maximale Erstversorgung für zwei Kinder unabhängig voneinander gewährleistet sein. Bei schwereren Defekten und syndromalen Erkrankungen kann wiederum der Fall eintreten, dass massiv interveniert werden, das Kind künstlich beatmet oder sogar reanimiert werden muss und sich in den Minuten nach der Geburt entscheidet, ob es leben oder sterben wird. Erst vor dem Hintergrund dieses Kontextwissens erschließt sich die Bedeutung der Aussage, dass es das „oberste Ziel“ der Ärzt*innen sei, dass beide Kinder sich an die neuen Umweltbedingungen anpassen und sie eigentlich auch damit rechnen, dass dies beiden gelingt. Die Äußerung der Neonatologin transportiert Zuversicht, lässt aber Raum für abweichende Szenarien. Diese werden jedoch nicht explizit ausgelegt, was aufgrund der unsicheren Diagnose auch nicht möglich ist.

Noch schwieriger gestaltet sich die Adaption unmittelbar nach der Geburt, je unreifer ein Kind auf die Welt kommt. „Die Umstellungsvorgänge sind nach der Geburt leicht störrisch, besonders bei unreifen Kindern“ (ebd.). Hier ist das Risiko noch wesentlich höher, dass bei der selbständigen Atmung oder der Regulation des Kreislaufs und der Körpertemperatur Probleme auftreten. Darüber hinaus erstrecken sich die Folgen der Frühgeburtlichkeit auch auf die Wochen und Monate nach der Entbindung und bedeuten eine zusätzliche Herausforderung für die medizinische Versorgung von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen; etwa wenn lebensnotwendige Organe, wie Lungen und Nieren, noch unreif sind oder über längere Zeit die Gefahr einer Hirnblutung besteht. In den beobachteten Sprechstunden wurde das Thema der zu frühen Geburt in zwei verschiedenen Varianten relevant: Erstens sind einige Fehlbildungen mit einem erhöhten Risiko der Frühgeburtlichkeit assoziiert. Zweitens muss in einigen Fällen zwischen den Risiken der Unreife und der pathologischen Entwicklung im Mutterleib abgewogen werden. Wird auf der Basis engmaschiger Kontrollen z.B. beobachtet, dass bei einer Gastroschisis die Darmschlingen zu stark anschwellen, kann es medizinisch geboten sein, das Kind früher ‚zu holen‘ und die damit verbundenen negativen Effekte der Frühgeburtlichkeit in Kauf zu nehmen.

Wenngleich die klinische Situation im oben dargestellten Fall durch die Zwillingschwangerschaft noch komplizierter ist als ohnehin schon, wurde er ausgewählt, weil sich an ihm exemplarisch zwei Aspekte der pränatalen Sozialität bei uneindeutigen Diagnosen herausarbeiten lassen: So wird durch die gemeinsamen Erläuterungen der Neonatologin und der Neurologin erstens die Differenz zwischen pränataler

Diagnose und postnatalem Krankheitswert hier sehr klar sichtbar. Die Kluft zwischen der Situation vor bzw. nach der Entbindung besteht prinzipiell allein schon durch den Umstand, dass auch die fortlaufend weiterentwickelten Möglichkeiten pränataler Diagnostik immer nur einen begrenzten Einblick in das Geschehen im Mutterleib erlauben und jede Geburt grundsätzlich eine risikobehaftete Situation darstellt, bei der Komplikationen auftreten können. Erst unter der Geburt – und mitunter auch erst später – wird offenbar, was „in Wirklichkeit los“ ist. Diesem grundlegenden Hiatus unterliegen alle Schwangerschaften, allerdings mit dem entscheidenden Unterschied, dass solange keine medizinischen Probleme festgestellt oder Konflikte innerhalb der Paarbeziehung virulent werden, die Risiken im Prozess des Eltern-Werdens in der Regel vom Deutungsmuster „guter Hoffnung sein“ absorbiert werden. Dies ändert sich, wenn relevante Abweichungen von einer normalen Fetalentwicklung festgestellt werden. Dann werden zugleich mit dem vorgeburtlich ermittelten diagnostischen Wissen auch dessen Folgen und wechselseitige Ungewissheiten zum thematisch relevanten Problem. Grundsätzlich besteht zwar die Option, mit weiteren Untersuchungsmaßnahmen zusätzliche möglicherweise auslegungsrelevante Wissensbestandteile zu generieren. Die diesbezügliche Aussage der Neurologin zeigt jedoch, dass diagnostische Maßnahmen zum einen immer gegen die potenziellen Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind abgewogen werden müssen und zum anderen, dass, selbst wenn sie „ganz genau wüsste, was Ihrem zweiten Baby fehlt“, sie nicht mit absoluter Gewissheit sagen könne, „was das für dieses Baby dann bedeutet“. Die potenzielle Diskrepanz zwischen pränatalem Wissen und postnataler Bedeutung betrifft die „Auswirkungen, die eine Auffälligkeit hat“. Während das Thema Ungewissheit bei einer abgesicherten Differenzialdiagnose mit guten Behandlungsaussichten zumindest im medizinischen Relevanzsystem weitestgehend entschärft werden kann – wie in der oben analysierten Diagnosestellung einer Gastroschisis –, tritt es bei der unbestimmten Diagnose im vorliegenden Fall offen zu Tage. Zum Zeitpunkt der Sprechstunde ist nur klar, dass bei einem der Kinder etwas nicht in Ordnung ist, aber nicht, was genau es ist und wie schlimm dieses unbestimmte Etwas sein wird. Wie enorm die Spannweite der ungewissen Auswirkungen medizinisch relevanter Auffälligkeiten sein kann, deutet die Neonatologin in ihrer Aussage an. Die Situation ist existenziell offen: „Im Guten, wie aber auch leider in die andere Richtung.“ Gehört der alltägliche Umgang mit Ungewissheit in der klinischen Praxis zur Routine, bleibt an dieser Stelle fraglich, wie die werdenden Eltern diese Diagnosemitteilung erfahren. Weiter unten wird die Analyse der Interviews zeigen, dass für sie die Zeit der Ungewissheit nicht erst mit der Diagnose, sondern bereits mit dem ersten auffälligen Befund beginnt und, dass zu ihrer Bewältigung neben medizinischem Wissen auch andere Deutungsressourcen mobilisiert werden.

Zweitens zeigt der Ausschnitt exemplarisch, wie die Vermittlung einer professionell sorgenden Haltung im Gespräch in den Vordergrund rückt, wenn aufgrund einer unsicheren Diagnose noch keine konkreten Handlungsstrategien ins Feld geführt werden können. Die Aussage der Neonatologin, jedes Kind bekomme bei der Geburt „ein Team“, beschreibt keine therapeutische Handlung, sondern richtet sich vielmehr auf die Bedingungen der Möglichkeit, in der Situation Handeln zu können. Sie transportiert das Versprechen, da zu sein und die bestmögliche Versorgung für beide Kinder sicherzustellen. Auch die

spätere Äußerung der Neurologin, die Sorgen um den Zustand des Kindes zu diesem Zeitpunkt erstmal den Ärzt*innen zu überlassen, um sich als Paar etwas zu entlasten, verkörpert eine abwartende, aber aufmerksame und allzeit bereite Einstellung gegenüber der Situation auf medizinischer Seite. Diese Verschiebung vom Handeln zur Haltung bei unsicheren Diagnosen konnte auch in anderen Sprechstunden beobachtet werden. Sie stellt eine Form des Umgangs mit Ungewissheit auf professioneller Seite im klinischen Arbeitsbündnis dar.

Während für die klinische Praxis entscheidend ist, ob werdenden Eltern dadurch Halt und Sicherheit gegeben werden kann, hat die unsichere Diagnose rein analytisch betrachtet schwerwiegende Folgen für den Bestimmtheitsgrad der Situation. Auf ihrer instabilen Basis kann das Kind noch nicht prospektiv in bestimmte Handlungspraxen – wie eine Operation, in räumliche Kontexte – wie die neonatologische Intensivstation, und in Momente sozialer Begegnung – wie der Erstkontakt zwischen Eltern und Kind unmittelbar nach der Geburt – eingebettet werden. Für angehende Mütter und Väter kann unter diesen Voraussetzungen noch keine Vorstellung von der Lebenswelt ihres Kindes in den ersten Wochen und Monaten, geschweige denn eine langfristige Zukunftsperspektive entworfen werden. Während im Falle einer hinreichend bestimmten Diagnose, die sich therapieren lässt, ein Behandlungsprozess mit mehreren Schritten und ein prognostischer Ausblick auf die Entwicklung des Kindes vorgezeichnet werden kann, der – bei allen auch dort noch vorhandenen Unsicherheiten und variablen Parametern – Kontinuität von der Gegenwart in die Zukunft stiftet, schnurrt im zitierten Ausschnitt die Zukunft auf die Offenbarungssituation der Geburt zusammen. Es liegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt schlicht nicht genügend überzeugende Wissensselemente vor, um einen weiter ausgreifenden Sinnzusammenhang mit verschiedenen Handlungsknoten, Lebensräumen und Zeithorizonten zu entwickeln. Der nochmalige Versuch der Neurologin gegen Ende des Ausschnitts, die unauflösbare Kontingenz verständlich zu machen mit dem zusammenfassenden „wir wissen es jetzt einfach nicht, was er daraus macht“ verweist indes schon auf eine weitere Form, mit existenziell ungewissen Situationen umzugehen, der weiter unten noch wichtig werden wird: der Delegation der Entscheidung an das Kind.

Die nächste Sequenz zeigt zunächst den Beginn eines Diagnosegesprächs, der hier noch einmal genauer unter die Lupe genommen werden soll. Anschließend wird der Ausschnitt vollständig zitiert, in dessen Verlauf den werdenden Eltern aufgrund mehrerer schwerer Auffälligkeiten beim Ungeborenen eine schlechte Prognose für ihr Kind mitgeteilt werden muss, ohne dass sich die Befunde zu einer sicheren Differenzialdiagnose integrieren lassen:

Der Neonatologe beginnt das Gespräch *in ruhigem Tonfall* mit der Frage: „Wie lange ist es Ihnen denn schon bekannt?“ Darauf antwortet zuerst die Schwangere: „Seit Mitte Juli“. Es sei eher zufällig rausgekommen. Dann ergänzt ihr Mann: „Zwei Monate machen wir da jetzt schon rum-, haben wir das im Kopf“. Anschließend erläutert der Neonatologe, dass er gefragt habe, um einschätzen zu können, wie lange sie sich schon damit beschäftigen würden und „wieviel Sie unter Umständen schon darüber wissen.“

Im vorliegenden Fall beginnt wieder der Neonatologe das Gespräch, diesmal jedoch mit einer Frage an die werdenden Eltern, die ihm dazu verhelfen soll, einschätzen zu können, über welchen Zeitraum sich das Paar schon mit den Befunden ihres Kindes beschäftigt und „wieviel Sie unter Umständen schon darüber wissen.“ An dieser Einstiegsform wird zugleich eine zentrale Herausforderung des Gesprächs sichtbar: Neonatolog*innen, Kinderchirurg*innen und Vertreter*innen weiterer Gastdisziplinen in der Pränatalsprechstunde treffen dort häufig zum ersten Mal auf die werdenden Eltern, was mit nicht zu unterschätzenden Hypotheken auf der Wissens- und Beziehungsebene verbunden ist. Zum einen drückt sich in der Frage des Neonatologen der Anspruch aus, sich selbst zumindest einen groben Überblick über den Wissenstand der Familienangehörigen des Kindes zu verschaffen, bevor er die Diagnose zu stellen beginnt. Zum anderen kann die Frage zum Einstieg auch als eine Form der Beziehungsarbeit zwischen Arzt und Patient*in bzw. Angehörigen verstanden werden. Sie eröffnet den Eltern die Möglichkeit, sich aktiv einzubringen und in Grundzügen ihre Situation zu schildern, sodass gemeinsam eine Gesprächsbasis für das Folgende errichtet wird. Vergleichbare Fragen nach dem elterlichen Wissenstand zu Beginn des Gesprächs konnten häufiger beobachtet werden. Ihre Funktion liegt in erster Linie darin, unter den Bedingungen struktureller Fremdheit eine Kooperationsbasis für diese Phase der Sprechstunde herzustellen. Zugleich sind sie Ausdruck einer dialogischen Form des Sich-Besprechens, die auch im weiteren Verlauf bei bestimmten Themen in den Vordergrund rückt und den interaktionslogischen Gegenpol zum monologischen Aufklären bildet.

Sieht man sich im zweiten Schritt die Frage selbst genauer an wird deutlich, dass sie sich neben dem Zeitraum der elterlichen Auseinandersetzung auch auf eine bestimmte Art von Wissen bezieht. Etwas, das ihnen „bekannt“ ist und „wieviel sie schon darüber wissen“ sind Formulierungen, die mit Schütz auf den Typus des Bekanntheitswissens referieren. Für dieses ist gerade kennzeichnend, dass es nicht auf der Basis eigener Erfahrung erworben wird und in vielen Fällen auch nicht erworben werden kann. Während auf familialer Seite damit implizit schon Fragen nach der Zugänglichkeit derartigen Wissens berührt sind, zeigt sich im vergleichenden Blick über die Sprechstundenprotokolle, dass es Mediziner*innen hier auch häufig darum geht, eventuell falsche Vorstellungen, die werdende Eltern entwickelt haben, zu korrigieren. So verknüpft ein Kinderchirurg die Einstiegsfrage, ob die Schwangere schon im Internet etwas über die Erkrankung gelesen habe, regelmäßig mit dem Verweis darauf, dass dort alle möglichen Auswirkungen aufgeführt seien und man für jedes Kind immer einzeln schauen müsse, was tatsächlich der Fall sei.

Auch wenn das Subjekt in der Frage des Neonatologen weitestgehend unbestimmt bleibt, zeigen die Antworten beider Elternteile, dass sie genau wissen, worum es geht. In ihren Äußerungen deutet sich zudem der Widerfahrnischarakter der Diagnose an. Etwas, das „eher zufällig herausgekommen“ ist, beschreibt keinen intrinsisch motivierten Akt des Wissenserwerbs, sondern eine Situation, in der etwas größtenteils unerwartet auf einen trifft. Herauskommen als Erkenntnisform ist dabei alltagsweltlich häufig mit negativen Kontexten verbunden; ein Verbrechen oder eine Lüge kann herauskommen. Während

die mütterliche Aussage stärker die Passivität im Konfrontiert-Werden mit dem diagnostischen Wissen akzentuiert, kreist die Ergänzung des Vaters um die paarinternen Versuche, mit diesem Wissen umzugehen. „Zwei Monate machen wir da jetzt schon rum“ rekurriert mit dem Wir zunächst auf eine gemeinsame Praxis als Paar, die sich jedoch weder klar zwischen den Polen von Hier und Dort verorten lässt („da“) und zudem ein ungerichtetes Tun beschreibt („rum-machen“), das seit zwei Monaten andauert. Während dem ‚Rum-Machen‘ eine ähnlich anrühige Semantik anhaftet wie dem Herauskommen – hier öffnen sich Sphären des Abweichenden, des Unerhörten, des moralisch Fraglichen – beschreibt es kein gerichtetes Handeln mit klarem Gegenstand, eindeutigen Ziel und definierten Mitteln, sondern eher ein ungeordnetes Umkreisen des „es“, ohne es in den Griff zu bekommen. Das Bild der Diagnoseerfahrung, die der werdende Vater hier entwirft, lässt sich als ewige Gegenwart eines überbordenden Themas in Endlosschleife beschreiben. Die Erfahrung befindet sich noch auf der Schwelle, die Situation ist radikal offen. Mit dem zweiten Teil seiner Äußerung – „haben wir das im Kopf“ –, mit dem er zugleich noch einmal neu ansetzt, untermauert er die Omnipräsenz der Sorgen um das gemeinsame Kind. Das Widerfahrnis der Diagnose hat den eigenen Leib bereits erreicht, es durchfährt die ganze Existenz im Handeln und Denken, während unklar bleibt, woher sie gekommen ist und wo ein Ansatzpunkt gefunden werden kann um sie sich zumindest soweit anzueignen, dass eine tragfähige Haltung zur Situation gebildet und Entscheidungen getroffen werden können. Der Redeanteil werdender Eltern ist, mit fallspezifischen Variationen, auch während des Diagnosegesprächs relativ klein. Diese exemplarische Analyse einer elterlichen Äußerung zeigt jedoch, dass diese häufig implizite Verweise in sich tragen, die für die klinische Arbeit mit den Eltern äußerst relevant sein können. Im Folgenden wird aus dem weiteren Verlauf des Ausschnitts sichtbar, dass auch bei einer schweren Diagnose, die mit Ungewissheiten behaftet bleibt, die Geburt des Kindes abgewartet werden muss:

Der Neonatologe beginnt das Gespräch in ruhigem Tonfall mit der Frage: „Wie lange ist es Ihnen denn schon bekannt?“ Darauf antwortet zuerst die Schwangere: „Seit Mitte Juli“. Es sei eher zufällig rausgekommen. Dann ergänzt ihr Mann: „Zwei Monate machen wir da jetzt schon rum-, haben wir das im Kopf“. Anschließend erläutert der Neonatologe, dass er gefragt habe, um einschätzen zu können, wie lange sie sich schon damit beschäftigen würden und „wieviel Sie unter Umständen schon darüber wissen.“

Nach einem kurzen Moment Stille setzt er neu an und sagt: „Wir wissen nicht, was es ist. Wir wissen nur, was es nicht ist. Es ist keine Trisomie 18.“ Er fügt anschließend noch etwas hinzu, das ich nicht mehr in Erinnerung habe. Dann schlägt er vor, dass sie nach der Geburt „alle gemeinsam entscheiden“ und schiebt nach einem kurzen Augenblick noch hinterher „also vor allem Sie.“ Im Folgenden erklärt er, dass es schwierig sei zu sagen, wie die Situation nach der Geburt sein werde, wenn sie davor keine genaue Diagnose hätten. Liege eine Diagnose vor, könne man nachschauen, wie es bei Kindern gelaufen sei, die etwas Ähnliches gehabt hätten. (kleine Erinnerungslücke)

Kurz darauf erklärt er die Problematik mit der Flüssigkeitsansammlung im Körper des Kindes. Er verweist darauf, dass sie es im Ultraschall gesehen hätten und es dann auch bedeute, dass etwas Wasser in der Lunge des Kindes sei. Jetzt sei dies kein Problem. Im Mutterleib brauche das Kind nicht selbstständig zu atmen, „da es von Ihnen versorgt wird“. Bei dieser letzten Aussage dreht er den Kopf kurz nach links und schaut die Schwangere direkt an, während er spricht. Bei der Geburt, wenn das Kind soweit komme, müssten sich dann die Lungenbläschen entfalten, um Sauerstoff aufnehmen zu können. Das könne ein Problem werden. Zudem sei der Kopf des Kindes sehr klein und daher „schon zu erwarten“, dass mit dem Gehirn nicht alles in Ordnung sein werde. In diesem Zusammenhang verweist er auf ein anderes Kind, das mit ähnlichen

Auffälligkeiten geboren wurde. Es bestehe auch die Chance, dass es sich besser an die neue Umgebung anpassen werde, als die vielen Auffälligkeiten erwarten ließen, aber es sei schon sehr wahrscheinlich, „dass Ihr Kind krank, schwer krank zur Welt kommen wird.“

Im nun vollständig zitierten Ausschnitt können die mehreren, medizinisch schwerwiegenden Auffälligkeiten des Ungeborenen im Ultraschall nicht hinreichend typisiert und in Form einer Differenzialdiagnose integriert werden. Vielmehr schnürt die Befundmitteilung zu einer Diagnose ex negativo zusammen: „Wir wissen nicht, was es ist. Wir wissen nur, was es nicht ist. Es ist keine Trisomie 18“. Damit wird es zugleich unmöglich, die verschiedenen Dimensionen der pränatalen Diagnose für die werdenden Eltern auszuglegen, ihre Morphologie, statistische Häufigkeiten, die Frage nach möglichen Therapien und klinische Erfahrungen mit der Erkrankung ins Gespräch zu bringen, um auf diese Weise die Situation so weit wie möglich medizinisch zu ordnen. Stattdessen bleibt allen Beteiligten auch in diesem Fall nichts anderes übrig, als die Geburt des Kindes abzuwarten. Sie bildet wie im zuvor dargestellten Fall die Zäsur, die Demarkationslinie, nach der man hofft, sich ein genaueres Bild vom Gesundheitszustand des Kindes machen zu können. Hier allerdings mit dem grundlegenden Unterschied einer schlechten Prognose. Zeichnete sich die unsichere Diagnose für den heranwachsenden Zwilling oben gerade durch ihre Spannweite aus – alles bleibt offen, „Im Guten, wie aber auch leider in die andere Richtung“ – ist hier nicht einmal sicher, ob das Kind überhaupt bis zur Geburt kommt; und selbst wenn dies der Fall ist, muss davon ausgegangen werden, dass es erhebliche Schwierigkeiten haben wird sich anzupassen. Es ist sehr wahrscheinlich, „dass Ihr Kind krank, schwer krank zur Welt kommen wird“.

Im Verlauf des Ausschnitts wird aber noch ein anderer Themenstrang sichtbar, der auch in weiteren Fällen unsicherer und schwerer Diagnosen beobachtet werden konnte: Trotz des befürchteten schwer kranken Zustands des Kindes nach der Geburt, betont der Neonatologe, dass es dem Kind in der gegenwärtigen Situation im Mutterleib gutgehe, da dieser die Versorgung des fetalen Körpers übernimmt und seinen Stoffwechsel reguliert. Auch im zuvor zitierten Fall der Zwillingsschwangerschaft setzt die Neurologin am Ende der Diagnosestellung mit dem Hinweis an die Schwangere, das, was sie jetzt tun könne, sei, dass die Kinder „noch schön drin bleiben, solange es geht“, ein Gegengewicht gegen die ungewisse Zukunft nach der Geburt. Ebenso konnten in weiteren Sprechstunden mit ungewisser Prognose für das Kind häufig Formulierungen von ärztlicher Seite beobachtet werden, die im Kern darauf abzielen, deutlich zu machen, dass es dem heranwachsenden Kind jetzt im Moment gut gehe. Es liegt nahe, in solchen Deutungen über die medizinische Relevanz der intrauterinen Entwicklung, die mit der Frühgeburtlichkeit verbundenen Risiken und psychologische Erkenntnisse zu Auswirkungen von Stress und negativen Gefühlen der Schwangeren auf die Entwicklung des Kindes hinaus, darin auch Züge eines sozialen Deutungsmusters der sorgenden Mutter zu sehen. Während werdenden Eltern die Zeit des Wartens auferlegt ist und sich die Komplexität ihrer Situation gerade auch dadurch auszeichnet, die Entwicklung des Kindes selbst nicht aktiv beeinflussen zu können, bringen die ärztlichen Aussagen in diesem Zusammenhang zum Ausdruck, dass der physiologisch versorgende Mutterleib sehr wohl auch eine elementare

soziale Form der Fürsorge für das eigene Kind bedeutet und sicherstellt, dass es ihm, solange es leibkörperlich in Obhut der Schwangeren ist, dort gut geht. Der sorgende Mutterleib bildet gleichsam das pränatale Pendant auf familialer Seite zur oben rekonstruierten Haltung der professionellen Sorge nach der Geburt. Im Falle infauster Diagnosen wird sich im Rahmen der Interviewanalyse zudem zeigen, dass sich hier die Zeit des aktiven Eltern-Seins in die Schwangerschaft vorverlagern kann. Dieses Motiv der pränatalen Elternschaft, das im dritten Teil der Arbeit ausführlicher behandelt wird, klingt in den ärztlichen Bezugnahmen auf den sorgenden Mutterleib ebenfalls an. Im Verlauf dieses Abschnittes wurde die Bandbreite des Phänomens deutlich, die sich von gut behandelbaren Diagnosen, über ungewisse Befunde bis hin zu infausten Prognosen erstreckt und damit einhergehend unterschiedliche Vorstellungen vom ungeborenen Kind erzeugt. Im zweiten Schritt wird nun zu zeigen sein, wie sich die perinatalmedizinische Versorgung in diesen Vorstellungen niederschlägt und das Gewebe an Sinnzusammenhängen um den Dritten erweitert.

5.2. Der therapeutisch geprägte Lebensbeginn

Der Lebensbeginn von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen ist häufig geprägt von einer dichten Zeit therapeutischer Interventionen. Viele von ihnen werden, nach Entbindung und intensivmedizinischer Erstversorgung, noch am ersten Lebenstag oder innerhalb der ersten Lebenswoche operiert. Die darauffolgende Zeit ist bestimmt vom Heilungsprozess auf der neonatologischen Intensivstation und dem Versuch, den kindlichen Organismus in die Lage zu versetzen, auch außerhalb der Klinik überleben und sich entwickeln zu können. Einige morphologische Defekte können nur im Rahmen mehrerer chirurgischer Eingriffe behandelt werden, ebenso können postoperative Komplikationen einen zweiten oder dritten Eingriff in den ersten Lebenswochen und -monaten nach sich ziehen. Während, wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt, bei schwerwiegenden bis infausten Diagnosen vor der Geburt gar kein konkreter Therapieplan entworfen werden kann, konnten in der Feldforschung vereinzelt auch Fälle beobachtet werden, in denen die fetalen Anomalien medizinisch so unproblematisch waren, dass offen blieb, ob überhaupt eine Fehlbildung vorliegt, die nach der Geburt therapeutisch eingegriffen werden muss.

Mit dem Übergang zum Thema der Therapie im Gespräch zwischen Mediziner*innen und werdenden Eltern wandert der Fokus von der Logik einer Diagnose zur Praxis ihrer Behandlung. In den beobachteten Sprechstunden, in denen Kinderchirurg*innen anwesend waren, wurden der Ablauf und die unmittelbaren Folgen absehbarer Operationen, als Domänebereich ihrer Disziplin, von den Vertreter*innen der Chirurgie erläutert. Das Spektrum reicht hier von Eingriffen mit umfangreichen und guten klinischen Erfahrungswerten bis hin zu komplizierten Operationen, bei denen lebensbedrohliche Zwischenfälle eintreten können und im Zuge der Aufklärung mitthematisiert werden müssen. Wie vor diesem Hintergrund werdenden Eltern die Behandlung ihres Kindes vermittelt wird, steht im Zentrum die-

ses Abschnitts. In dessen Verlauf wird sich zudem zeigen, dass auch Diagnosen mit guten Behandlungsaussichten von Eltern sehr unterschiedlich aufgenommen werden und ein medizinisch verhältnismäßig unproblematischer Befund aus alltagsweltlicher Sicht zur Grenzsituation werden kann.

Im ersten Ausschnitt schildert der anwesende Kinderchirurg, wie bei einer isolierten Gastroschisis während der Operation versucht wird, den Darm des Kindes zurück in den Bauchraum zu verlegen:

Der Kinderchirurg setzt anschließend wieder ein und beginnt damit, dass die Operation, wenn alles nach Plan laufe, noch am ersten Lebenstag durchgeführt werde, ca. 6 Stunden nach der Geburt, sobald der Zustand des Neugeborenen stabil genug für die Narkose sei. Während der OP werde ein Großteil des außenliegenden Darms wieder in die Bauchhöhle eingeführt – *ich meine, dass er explizit „reingestopft“ oder „reingeschoben“ gesagt und den Begriff mit einer wiederholten Bewegung seines rechten Arms zum eigenen Bauch gestisch begleitet hat* –, allerdings nicht der gesamte Darm, weil dafür zu diesem Zeitpunkt der Platz im Bauch des Kindes noch nicht ausreichend sei. Der Rest werde dann zunächst steril in Plastik eingepackt und man würde kontrollieren, inwieweit die Schwerkraft und der Spannungsabfall im Bauch des Kindes selbst für den restlichen Einzug des Darms sorgen würde oder ob noch einmal nachgearbeitet werden müsse.

Zunächst fällt an der Beschreibung des Arztes der kurze Zeitraum zwischen Geburt und Operation des Kindes ins Auge. Ein Eingriff unter Vollnarkose – im Idealfall „ca. 6 Stunden nach der Geburt, sobald der Zustand des Neugeborenen stabil genug“ ist –, bedeutet auch, dass hier nur wenig Spielraum für Eltern vorhanden ist, ihr Kind in Empfang zu nehmen und elementare Formen von Vertrautheit in den ersten Begegnungen zu entwickeln. Gesundheitszustand stabilisieren, Leben retten, steht hier im Vordergrund. Nicht der Start ins Familienleben, der im weiteren Verlauf nachgeholt werden muss und noch ein zentrales Thema in den Interviews mit Eltern darstellen wird. Zugespitzt formuliert liegt ein Teil der Zumutung für Kinder und ihre Eltern in dieser Situation auch darin, dass das Kind zum langfristigen Schutz seiner Gesundheit den Eltern auf kurze Sicht entzogen werden muss. Des Weiteren wird aus den Ausführungen des Kinderchirurgen deutlich, dass die Operation zwar einen entscheidenden, aber eben nur einen Meilenstein in einem wesentlich umfangreicheren Behandlungsprozess bildet, an den sich weitere medizinische Versorgungsmaßnahmen anschließen. Während auf professioneller Seite gerade beim Thema Therapie ein prozessorientierter Umgang mit der Situation zum Ausdruck kommt, und unter theoretischen Gesichtspunkten ein Handlungsentwurf mit einer logischen Abfolge von Schritten – bei allen Kontingenzen, die dennoch bestehen bleiben – Kontinuität und Ordnung stiftet, bedeutet dieser in der Praxis für Eltern jedoch zugleich, einen langen Atem haben zu müssen. Schließlich treten im zitierten Ausschnitt auch die Fragilität, Vulnerabilität und Hilfsbedürftigkeit des kindlichen Körpers in ihren Grundzügen zum Vorschein, die wesentlich umfassender ausfallen als bei einem vergleichsweise normalen Start ins Leben. In der ersten Zeit sind hier tendenziell nicht die Eltern, sondern die Spezialist*innen aus Intensivpflege und Ärzt*innenschaft die nächsten Bezugspersonen des Kindes, übergangsweise müssen Vitalfunktionen seines Körpers häufig gleichsam von temporären Prothesen (Peter 2013: 458), durch Beatmungsschläuche und Magensonden, übernommen werden, während schmerzlindernde Medikamente seine Sinneswahrnehmung dämpfen. Im dargestellten Ausschnitt muss das elementarste Territorium des kindlichen Selbst – die Grenze zwischen Körper und Umwelt – mit

einer sterilen Plastikverpackung gesichert werden, bis der Darm sich vollständig in den Bauchraum zurückverlagert hat. Zieht man in anderen Fällen den Inkubator und den Raum der Neugeborenenintensivstation in Betracht, werden weitere Sphären einer klinischen Lebenswelt sichtbar, die die erste Lebenszeit des Kindes, bei allen Möglichkeiten, die hier für Eltern im Rahmen des Machbaren geschaffen werden, unvermeidbar bestimmen.

Im zweiten Ausschnitt erklärt wieder ein Kinderchirurg der Schwangeren und ihrer Mutter die Operation eines Steißbeinteratoms. Handelte es sich bei der Gastroschisis oben um eine relativ häufig diagnostizierte Fehlbildung mit guten Erfahrungswerten in deren Behandlung, tritt das Steißbeinteratom deutlich seltener auf. Grundsätzlich stehen zwar auch hier die Chancen gut, dass die chirurgische Entfernung des Tumors ohne langfristige gesundheitliche Schäden für das Kind gelingt. Die medizinische Situation ist jedoch kritischer und die Operation riskanter. Dementsprechend geht der Arzt stärker auf mögliche Komplikationen ein:

Er erläutert weiter, dass das Kind in der Zeit zwischen Geburt und Operation „von den Kollegen von Frau Dr. G. oder von Frau G. selbst“ seitlich oder auf dem Bauch gelagert werde, damit der Tumor nicht aufbreche, um Infektionsgefahren zu vermeiden. Sollte der Tumor doch aufbrechen, sei dies aber auch kein größeres Problem. Anschließend bei der Operation versuche man dann, „das Ganze“ zu entfernen. Zusätzlich werde man auch das Ende des Steißbeinknochens entnehmen. *Das scheint der planmäßige Ablauf zu sein.* Danach erwähnt er mögliche Komplikationen. Wenn viel Blut in den Tumor fließe, könne es sein, dass das Kind schneller operiert werden müsse, da das Herz des Kindes sonst mit der Versorgung des Körpers überlastet sei. „Deswegen hat sie [die Gynäkologin, Anm. D.F.] das vorher gemessen, es sieht aber nicht so aus.“ Anschließend zeichnet der Kinderchirurg, auf dem Blatt, auf dem er zuvor die Wirbelsäule des Kindes und das unten anliegende Steißbeinteratom dargestellt hatte, erneut einen Höcker mit der runden Seite nach unten, die Oberseite schließt er mit einer geraden Linie ab. Etwas oberhalb der Linie malt er drei oder vier schwarze Punkte und von ihnen ausgehend vertikale Striche nach unten, die in den Höcker hineinreichen. Dabei erläutert er, dass es in wenigen Fällen auch passieren könne, dass Blutgefäße, die sich in der Nähe des Teratoms befänden, bei der Operation verletzt würden, was schwerwiegende Folgen für das Kind bedeuten könne. „Es kann dann relevant bluten. Ich habe selbst so einen Fall noch nicht erlebt, sie sind aber beschrieben.“ In der Regel passiere das bei ein bis zwei Fällen im Jahr. Unter anderem deswegen müsse man das Kind nach der Operation genau beobachten. Aus dem entfernten Gewebe würden auch Proben entnommen und im Labor untersucht. „In der Regel ist der Tumor gutartig“. Wenn sich im Laborergebnis prozentual mehr bösartige Zellen ergeben sollten, müsse das auch weiter beobachtet werden. Es könne dann sein, dass der Tumor wiederkomme. An dieser Stelle hakt die Schwangere ein und sagt: „Ja, das haben wir auch gelesen, dass es sein kann, dass es wiederkommt.“ Der Chirurg fügt noch hinzu, dass es meistens daran liege, dass sich Ärzte nicht trauten, das Stück vom Steißbeinknochen mit zu entfernen, an dem Tumorzellen hängen könnten. „Im Internet stehen alle möglichen Komplikationen, die es geben kann. Ich kann Ihnen deshalb auch nichts 100-prozentig versprechen, aber wenn alles gut geht, kann sich Ihr Kind hervorragend entwickeln.“*

Trotz der auch hier grundsätzlich guten Behandlungschancen, begrenzen sich die Äußerungen des Chirurgen nicht auf den Handlungsablauf und was praktisch gemacht wird. Die offenen Parameter der Situation – „wenn viel Blut in den Tumor fließe, könne es sein, dass das Kind schneller operiert werden müsse“ –, die den Mediziner*innen eine hohe Reaktivität abverlangen und situative Abweichungen vom ursprünglichen Therapieplan auferlegen können, prägen hier wesentlich stärker den vorgestellten Hand-

lungsentwurf. Mögliche Komplikationen, während der Operation oder im weiteren Verlauf, werden explizit thematisch. Die Formulierung des Kinderchirurgen, es könne dann „relevant bluten“ ist als Code für eine lebensbedrohliche Lage zu verstehen die eintreten kann, wenn beim Entfernen des Tumors Blutgefäße des Kindes verletzt werden. Auch die Einschränkungen „in der Regel“ und „wenn alles gut geht“ verweisen darauf, dass hier aus medizinischer Sicht eine problematischere Situation vorliegt, als im Falle der Gastroschisis. Wird der professionelle Ordnungsentwurf oben von einer relativen Gewissheit aufeinander aufbauender Handlungsschritte getragen, sind bei dem diagnostizierten Steißbeinteratom die Kontingenzspielräume wesentlich größer.

Der nächste Ausschnitt, indem die Behandlung einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte besprochen wird, zeigt hingegen, dass bei relativ leichten Fehlbildungen die Ankunft des Kindes ohne größere medizinische Eingriffe erwartet werden darf und die Operation nicht zwingend in den ersten Lebenstagen erfolgt. Anders als in den Ausschnitten zuvor, klärt hier der Neonatologe die Eltern über das weitere Vorgehen auf. Während einige Äußerungen im Verlauf der zitierten Passage nahelegen, dass ein Vorgespräch zwischen den Eltern und dem später operierenden Gesichtschirurgen bereits stattgefunden hat, ist in der Sprechstunde niemand aus den chirurgischen Disziplinen anwesend:

Durch die Verlagerung meiner Position habe ich einen Teil der Ausführungen des Neonatologen verpasst, als ich meinen neuen Platz gefunden habe, sagt er gerade, dass Kinder mit dieser Fehlbildung normal amten würden, auch normal Fruchtwasser schlucken und „sich von allem befreien“ würden. Das Einzige, was nach der Geburt am Anfang deutlich schlechter gehen werde, sei das Saugen. Die Schwangere hat den Neonatologen konstant angeschaut und an mehreren Stellen mit „Ja“ und „m-hm“ reagiert. Dann fügt der Neonatologe noch hinzu, eine Platte könne dabei helfen, dass es mit dem Saugen besser gehe, man würde in der Klinik den Anfang machen und wenn man sehen würde, dass es laufe, könne das Paar nach Hause. In diesem Zusammenhang macht er auch die Formulierung „wie man das Kind dann dick bekommt“, was zu einem kurzen Lachen bei allen Anwesenden im Raum führt. Kurz darauf schaltet sich wieder die Gynäkologin in das Gespräch ein, schaut dabei rüber zu den Personen zu ihrer Rechten und gibt zu bedenken, dass es ja „so schade“ wäre, die Schwangere sei noch jung und sie würde eher empfehlen, sie schon etwa mit „38+0“ aufzunehmen, um zunächst eine natürliche Geburt zu versuchen. Im Kontext der Situation klingt es für mich so, als wolle die Gynäkologin deutlich machen, dass allein aufgrund der Fehlbildung ein Kaiserschnitt medizinisch erstmal nicht angezeigt sei und sie der Schwangeren die Erfahrung einer Spontangeburt ermöglichen will. Der Neonatologe bekräftigt dies noch einmal, indem er die Schwangere anschaut und sagt: „Wenn Sie einen Kaiserschnitt wollen, bekommen Sie natürlich einen. Aber allein wegen der Gaumenspalte würden wir es jetzt nicht machen.“* Die Schwangere hatte bereits beim Vorschlag der Gynäkologin mit einem aufgeschlossen, melodischen „Ja“ reagiert und bestätigt auch mit „ja“ und „m-hm“ die Aussage des Neonatologen. Anschließend betont sie selbst, dass es ihr wichtig sei, „hier zu entbinden“ und dass das auch der Grund gewesen sei, weshalb „wir das alles auf uns genommen haben“*. Dabei schaut sie kurz zu ihrem Mann. Da ich mich auf sie konzentriert habe, bin ich nicht sicher, ob er den Blickkontakt erwidert. Er reagiert jedoch auch noch einmal mit einem „ja“. In der Folge geht es kurz um die gesichts-chirurgische Versorgung des Kindes nach der Geburt. Der Neonatologe erläutert, dass dann alles vom Sekretariat des Dr. Z. organisiert werde und Z. selbst auch vorbei kommen würde, wenn er da sei. Die Schwangere antwortet darauf: „Ja, das sagte er.“ Der Neonatologe erwähnt noch, dass direkt nach der Geburt eigentlich nicht operiert werden müsse, worauf der werdende Vater antwortet: „Er sagte, je nachdem, so ne kleine Heftung und die größere in einem halben Jahr.“* Dr. F. bestätigt dies und ergänzt noch, dass es von Fall zu Fall unterschiedlich sei, ob die große Operation in einem Eingriff oder zeitlich getrennt in zwei Schritten gemacht werde.

Der Ausschnitt steht exemplarisch für Diagnosen, in denen trotz der Anomalie ein weitestgehend normaler Start des Kindes ins Leben vom Neonatologen vorgezeichnet wird. Anhand der dominanten Gesprächsthemen wird zugleich deutlich, was in den zuvor zitierten Ausschnitten und allgemein bei medizinisch problematischeren Krankheitsbildern nicht oder nur teilweise möglich ist. Zunächst fällt auf, dass bei der Geburt nicht primär der Gesundheitszustand des Fetus, sondern die Frage nach der Geburtserfahrung für die werdende Mutter als thematisch relevant im Vordergrund steht; während bei einer Gastroschisis ebenso wie bei einem Steißbeinteratom das Kind per Kaiserschnitt geholt werden muss, um das freiliegende Organ bzw. den Tumor nicht zu verletzen, sind hier Spielräume für eine Spontangeburt vorhanden. Des Weiteren nimmt das therapeutische Handeln selbst in diesem Gespräch keine zentrale Rolle ein. In den zuvor dargestellten Ausschnitten bildet die Erklärung der Operation durch den Kinderchirurgen den thematischen Kern der Verständigung zwischen Professionellen und Eltern, hier sind hingegen keine Vertreter*innen der späteren Operateur*innen anwesend und die Operation selbst kann zeitlich flexibel gestaltet werden. Anders als in den Fällen zuvor liegt mit dieser Diagnose keine Situation vor, die nach der Geburt einen sofortigen Eingriff erfordern würde. Während bei der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte noch klar ist, dass zu einem späteren Zeitpunkt operiert werden muss, konnten im Verlauf der Feldforschung auch Sprechstunden beobachtet werden, in denen, etwa bei fetalem Harnstau, davon auszugehen war, dass sich die Anomalie nach der Entbindung von selbst verwächst. Am deutlichsten wird die Orientierung an einem ‚normalen‘ Verlauf jedoch in dem Verweis des Neonatologen, man würde in der Klinik „den Anfang machen und wenn man sehen würde, dass es laufe, könne das Paar nach Hause“. Die Entlassung des Kindes aus der Klinik und der Start ins Familienleben sind hier explizit schon am Horizont sichtbar. Bei schwereren Diagnosen muss ein wesentlich längerer Klinikaufenthalt des Kindes erwartet werden und es bleibt offen, ob überhaupt, wann und in welchem Gesundheitszustand die Eltern es mit nach Hause nehmen können. Bei medizinisch unproblematischeren Fehlbildungsdiagnosen rückt das konkrete therapeutische Handeln folglich wieder in den Horizont des professionellen Zukunftsentwurfs der ersten Lebenszeit des Kindes. Stattdessen rücken die Spontangeburt und der Übergang nach Hause als Grundpfeiler eines ‚normalen‘ Anfangs wieder stärker in den thematischen Kern. Diese Struktur der Situationsdefinition steht im scharfen Kontrast zum deutenden Umgang mit infausten Prognosen.

Im Falle schwerer pränataler Diagnosen konnten zwei grundlegende Umgangsweisen beobachtet werden: Zum einen die vom klinischen Arbeitsbündnis getragene gemeinsame Entscheidung für eine Fortsetzung der Schwangerschaft, die, wie im vorherigen Abschnitt zur Diagnose gezeigt wurde, mit dem unausweichlichen Aushalten-Müssen einer existenziell offenen Situation über eine ungewisse Dauer verbunden ist. Hier kann werdenden Eltern kein konkreter medizinischer Handlungsentwurf als Sicherheit im Gespräch vermittelt werden, weil unklar ist, ob das Ungeborene überhaupt bis zur Geburt kommt, ob es diese überlebt und falls ja, inwieweit sein postnataler Gesundheitszustand, auch unter ethischen Gesichtspunkten, ein kurativ orientiertes medizinisches Handeln möglich und sinnvoll erscheinen lässt.

Zum anderen besteht bei einer entsprechenden medizinischen Indikation auch nach der 12. Schwangerschaftswoche die Möglichkeit zu einem Schwangerschaftsspätabbruch, der faktisch bis kurz vor der Geburtseinleitung durchgeführt werden kann. Im Verlauf der Feldforschung wurde er in einer Sprechstunde explizit thematisiert. Dort bestätigte sich im Ultraschall, dass die Lungen des Ungeborenen kaum angelegt waren und damit gerechnet werden musste, dass das Kind nicht lebensfähig sein würde. Im Verlauf des für alle Beteiligten sehr bedrückenden Gesprächs, weist die leitende Gynäkologin auf die grundsätzlich vorhandene Möglichkeit eines Spätabbruchs hin:

Die leitende Gynäkologin übernimmt wieder das Gespräch und sagt: „Das ist jetzt alles sehr viel für Sie und auch eine Überforderung“, sie wolle es dem Paar nicht raten, aber sie sollten wissen, dass bei dieser schweren Diagnose auch die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs gegeben sei. Während sie diese Sätze relativ schnell und in normaler Lautstärke geäußert hat, fügt sie deutlich leiser noch hinzu: „Dann würden wir Ihr Kind im Mutterleib sterben lassen, bevor sie es auf die Welt bringen.“ Als die Gynäkologin mit dem Sprechen begonnen hat, hatte die Schwangere ihren Kopf etwas in ihre Richtung gedreht, nach dem letzten Satz schaut sie einen Moment ausdruckslos nach vorne, zwischen dem Neonatologen und der Gynäkologin hindurch, dann beginnt sie zu weinen.

Für eine medizinische Indikation zum Spätabbruch ist juristisch die Gefahr für die körperliche und seelische Gesundheit der Schwangeren ausschlaggebend, die mit der zu erwartenden schweren Erkrankung des Kindes im Raum steht. Insofern ist es folgerichtig, dass dieses schwierige Thema von der Gynäkologin ins Gespräch gebracht wird. Hier bewegen sich auch die Mediziner*innen an den Grenzen des Sagbaren, was an den mehrfachen Einrahmungen – „Das ist jetzt alles sehr viel für Sie und auch eine Überforderung“, „sie wolle es dem Paar nicht raten, aber sie sollten wissen“ –, am darauffolgenden Leiser-Werden sowie an der Umschreibung des Spätabbruchs selbst zum Ausdruck kommt. Ein Abbruch der Schwangerschaft zu diesem fortgeschrittenen Zeitpunkt bedeutet eine aktive Tötung des Kindes im Mutterleib mittels einer Kaliumchloridinjektion in das fetale Herz. Hier wird offensichtlich, dass in existenziellen wie ethischen Grenzbereichen auch die professionelle Aufklärung an Grenzen gerät und vor der schweren, stets situationsabhängigen Aufgabe steht, nach Möglichkeiten zu suchen, werdenden Eltern dennoch das Wesentliche zu vermitteln. Die Schwangere scheint zu verstehen und im Weinen ihrerseits die Grenze des für sie Ertragbaren leiblich zum Ausdruck zu bringen.

In Anbetracht der verheerenden Diagnose ist die Reaktion der Schwangeren für alle Beteiligten nachvollziehbar. Ihr Weinen hat zur Folge, dass die Interaktion für einen Augenblick zum Stillstand kommt, es führt aber nicht zu Irritationen. Anders verhält es sich im nächsten Ausschnitt der deutlich macht, dass auch eine medizinisch vergleichsweise noch unproblematische Diagnose aus der alltagsweltlichen Perspektive zu einem existenziellen Widerfahrnis werden kann. Dazu wird der oben bereits zitierte Auszug aus dem Diagnosegespräch zu einer Gastroschisis noch einmal herangezogen und anhand des Fortgangs der Situation nachgezeichnet, wie hier die Informationen der Mediziner*innen die Schwangere zunächst überwältigen. In dieser grenzüberschreitenden Erfahrung scheint sie jedoch auch etwas Fundamentales über ihre Situation zu begreifen:

Der Kinderchirurg setzt anschließend wieder ein und beginnt damit, dass die Operation, wenn alles nach Plan laufe, noch am ersten Lebenstag durchgeführt werde, ca. 6 Stunden nach der Geburt, sobald der Zustand des Neugeborenen stabil genug für die Narkose sei. Während der OP werde ein Großteil des außenliegenden Darms wieder in die Bauchhöhle eingeführt – *ich meine, dass er explizit „reingestopft“ oder „reingeschoben“ gesagt und den Begriff mit einer wiederholten Bewegung seines rechten Arms zum eigenen Bauch gestisch begleitet hat* –, allerdings nicht der gesamte Darm, weil dafür zu diesem Zeitpunkt der Platz im Bauch des Kindes noch nicht ausreichend sei. Der Rest werde dann zunächst steril in Plastik eingepackt und man würde kontrollieren, inwieweit die Schwerkraft und der Spannungsabfall im Bauch des Kindes selbst für den restlichen Einzug des Darms sorgen würde oder ob noch einmal nachgearbeitet werden müsse.

Der Kinderchirurg erklärt noch, dass bei der Operation das Zwerchfell nach oben gedrückt werde und das Kind deswegen erst einmal nicht selbstständig atmen könne. Die Neonatologin ergänzt, dass das Kind relaxiert wird und auf jeden Fall beatmet werden muss, worauf die werdende Großmutter fragt, ob das Kind eine Vollnarkose bekommt. Der Chirurg antwortet mit „ja“. Anschließend fragt die Schwangere selbst, ob ihr Kind nach der Operation bei Bewusstsein sei, was die Neonatologin verneint. Unmittelbar auf die Antwort folgend errötet die Schwangere. Sie blinzelt mehrmals heftig, wendet ihren Blick von den Ärzten ab und schaut ohne erkennbaren Ausdruck in Richtung Tür. Im nächsten Moment treten ihr Tränen in die Augen. Beide Frauen sind währenddessen vor der Liege noch näher zusammengerückt. Es herrscht für einen Moment Stille im Raum. *In der Situation stelle ich fest, dass ich meinen Blick nicht konstant, sondern immer wieder nur kurz auf werdende Mutter und Großmutter richten kann.* Der Kinderchirurg und beide Neonatologen bleiben mit ihren Blicken der Schwangeren zugewandt. Aus der Stille heraus sagt die werdende Großmutter: „Das hatten wir *so* gar nicht gewusst!“

Richtet man den analytischen Fokus hier zunächst mit Goffman auf die Interaktionsordnung¹¹⁸, scheinen die Antworten der Professionellen auf die Fragen nach der Vollnarkose und den Bewusstseinszustand des Kindes bei der Schwangeren etwas auszulösen. Ihr Gesicht wird im Erröten und verstärkten Blinzeln zum Appräsentationsfeld eines steigenden Spannungspegels. Als sie ihren Blick abwendet, tritt sie temporär aus der Interaktion mit den Ärzt*innen aus, schließlich gerät sie im Weinen manifest an eine Grenze, die sie selbst nicht mehr verbalisieren, sondern im Weinen nur noch leiblich zum Ausdruck bringen kann (Plessner 2003) die Situation wird so überwältigend, überbordend, dass sie die Schwelle dessen überschreitet, was noch mit Fassung getragen werden kann. Während die Neonatolog*innen und der Kinderchirurg im Resonanzangebot bleiben, ziehen sich werdende Mutter und Großmutter für einen Augenblick zurück in die familiäre Dyade. Der anwesende Soziologe scheint dagegen keinen eindeutigen Umgang mit dem plötzlich und zumindest für ihn unerwarteten Bruch in der Situation zu finden und wird auf sein ambivalentes Pendeln zwischen Hinschauen und Wegschauen zurückgeworfen. Hinter beiden Bewegungen steht das Problem, wie er als Fremder und nicht zwingend erforderlicher Akteur in der Situation der Schwangeren vermitteln kann, dass er sie in ihrer gegenwärtigen Situation anerkennt. Während ein zu konsequentes Hinschauen von werdender Mutter oder Großmutter als indiskret wahrgenommen werden könnte, würde ein konsequentes Wegschauen im schlimmsten Fall Ablehnung, aber nicht Anerkennung vermitteln. Allgemein verweist die Szene auf die Relevanz und den Umgang mit

¹¹⁸ Die folgenden beiden Absätze zur Interpretation des Materialausschnitts sind in einen Vortrag auf den Fuldaer Feldarbeitstagen 2017 eingeflossen und wurden anschließend im dortigen Tagungsband publiziert. Bis auf kleine sprachliche Änderungen sind die Ausführungen daher identisch. Dort, wo beim nachträglichen Abgleich mit der Publikation im Tagungsband Passagen festgestellt wurden, die im Wortlaut identisch waren, wurden sie mit Zitaten kenntlich gemacht.

temporären Intimitätssphären im Sprechstundenzimmer. Hier errichten werdende Mutter und Großmutter für einen Moment einen geschützten familialen Binnenraum vor der Liege, der von den anderen Situationsteilnehmer*innen gewahrt wird und sehr wahrscheinlich mit dafür verantwortlich ist, dass es gelingt, die Schwangere in ihrer Situation aufzufangen und zu halten. Im weiteren Verlauf der Sprechstunde kehrt sie in die Interaktion mit den Professionellen zurück und das Gespräch geht unter veränderten Vorzeichen weiter.

Einer möglichen Antwort auf die Frage, was diese starke leibliche Responsivität der Schwangeren in Gang gesetzt haben kann, kommt man anhand der Dynamik des thematischen Feldes im Verlauf der Sequenz näher. Die Aussagen der Mediziner*innen zu Beginn referieren in ihrem Kern auf die Austauschbeziehungen zwischen dem Körper des Kindes und seiner Umwelt: „durch die Operation wird die selbsttätige Atmung zeitweise in Mitleidenschaft gezogen; Beatmung und Medikation, die von der Neonatologin ins Gespräch gebracht werden, sollen den Austausch stabilisieren und die Schmerzen des Kindes lindern. Die Schwangere und ihre Mutter arbeiten mit ihren Fragen an der Auslegung dieser Grenze zwischen Körper und Umwelt mit“ (Feith 2018a: 400), bringen dabei aber zugleich familiäre Relevanzen zur Sprache. „ ‚Vollnarkose‘ und ‚Bewusstsein‘ werden auf diesem Wege mit ihren weit verzweigten und mehrdeutigen Sinnzusammenhängen gleichsam zu Brückenbegriffen in der Verständigung zwischen Medizin und Alltagswelt“ (ebd.). Gegenüber der Logik therapeutischer Interventionen verweisen sie aus familienbezogener Sicht ebenso auf die Fragen: Wie dramatisch müssen wir uns die Situation für unser Kind und Enkelkind vorstellen? Und inwieweit wird es selbst seine Ankunft in der Welt bewusst miterleben können? Im Verlauf dieser Auslegungszüge verändert sich das thematische Feld der Situation und eine medizinisch vergleichsweise noch relativ unproblematische Diagnose mit guten Behandlungschancen wird – so die Vermutung – zu einem existenziellen Ereignis für die Schwangere, „das sich responsiv zunächst im Weinen Ausdruck verschafft. Komplementär scheint sie jedoch auch unmittelbar etwas Elementares über die Wirklichkeit *ihrer* Situation zu begreifen. Diese Initien einer neuartigen Erfahrung versucht zuerst die werdende Großmutter in Worte zu fassen: ‚Das hatten wir *so* gar nicht gewusst.‘ Hier geht es nicht in erster Linie um die quantitative Erweiterung eines bereits angelegten Wissens, das im ‚hatten‘ zur gegenwärtigen Vergangenheit wird, sondern – verstärkt durch das betonte ‚so‘ – um eine qualitative Veränderung der gegenwärtigen Situation, von der ausgehend Erwartungen an die Geburt und die erste Zeit danach neu entworfen werden müssen. Eine Bedeutungssphäre, die davor ‚gar nicht‘ zugänglich war, beginnt sich zu öffnen (Feith 2018a: 401). Vermittelt die Szene auf den ersten Blick die Überforderung der Schwangeren angesichts der Hiobsbotschaften, die auf sie einprasseln, zeigt die genauere Analyse, dass sie in dieser Überforderung etwas Entscheidendes zu verstehen beginnt und es in der Interaktion gelingt, sie ein Stück weit an die Situation nach der Geburt heranzuführen.

Diese Überlegungen führen unmittelbar zu der Frage, inwieweit werdenden Eltern im Verlauf des Gesprächs auch Enttäuschungen zugemutet werden müssen, damit sich ihnen eine realistischere Vorstellung von der ersten Zeit mit ihrem Kind nach der Geburt überhaupt erst eröffnet. Diese Frage kann hier nur aufgeworfen und muss im Rahmen der Interviewanalysen weiter bearbeitet werden. Ein rein ethnographischer Zugang gerät hier prinzipiell an Grenzen. Das, *was* von der Schwangeren in dieser Situation als grenzüberschreitend erlebt wurde und *wie* es sich in der Erfahrung artikuliert, kann im engeren Sinne nicht beobachtet, sondern nur mitgeteilt werden. Dies verweist zum Ende des Abschnitts zur Therapie, die den Kern eines professionellen, handlungsorientierten Umgangs mit der Situation bildet, schon voraus auf die Frage nach der sinnhaften Verarbeitung dieses Handelns in der Alltagswelt betroffener Eltern. Wie unter einem Brennglas zeigt der Verlauf der Szene, dass es in der Wechselwirkung zwischen Medizin und Familie auch um die Interferenzen zwischen zwei elementar verschieden gelagerten Problemen im Umgang mit der pränatalen Diagnose geht. Stellt sie für die Professionen primär ein praktisches Handlungsproblem dar, bildet sie für werdende Eltern in ihrem Kern ein Deutungsproblem der Erfahrung.

5.3. Die Ankunft eines Kindes zwischen medizinisch heikler Entbindung und der sozialen Geburt einer Familie

Wie bereits in den vorangegangenen Ausführungen deutlich wurde, läuft die Geburt von Kindern mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen in aller Regel anders ab, als bei komplikationsfreien Schwangerschaften. Sie stellt hier über ihren grundsätzlichen Charakter einer medizinisch riskanten, eine manifest prekäre Situation dar, in der Geburtshelfer*innen und Neonatolog*innen Hand in Hand arbeiten müssen. In den meisten beobachteten Sprechstunden war eine Entbindung per Kaiserschnitt angezeigt. Häufig muss dabei darauf geachtet werden, dass der fehlgebildete Teil des kindlichen Körpers nicht noch zusätzlich durch die Geburt in Mitleidenschaft gezogen wird. In einigen Fällen ist der Zustand des Neugeborenen auch so fragil, dass zwischen Entbindung und umfassender intensivmedizinischer Erstversorgung Sekunden und Minuten darüber entscheiden, ob das Kind überlebt oder nicht. Vor diesem Hintergrund wird klar, dass die Begegnung zwischen Eltern und Kindern hier nicht an erster Stelle stehen kann. Gleichwohl stellt die Geburt in den Deutungsmustern¹¹⁹ der Gegenwart das Schlüsselereignis für die Ankunft eines Kindes dar, sodass sich im Hinblick auf die Vorstellung vom Kind die Frage stellt, wie eine typische Geburt unter den gegebenen Bedingungen konkret aussieht und wie sie aus der Perspektive von werdenden Eltern erfahren wird. Die Bandbreite der Ergebnisse aus der Feldforschung reicht hier von Spontangeburt, die von beiden Seiten des Arbeitsbündnisses im Gespräch nicht aus-

¹¹⁹ Vgl. 2001. Der Deutungsmusterbegriff im Anschluss an Oevermann bezeichnet bewährte Interpretationsschemata für kollektive Handlungsprobleme im jeweiligen zeitgeschichtlichen Kontext. Im Zusammenhang des Phänomens reguliert die Geburt in der Gegenwart, im Verbund mit ihren verschiedenen Auslegungshorizonten, den Eintritt eines neuen Mitglieds in Gemeinschaft und Gesellschaft. Zur historischen Variabilität in der Frage, wann und durch welche Handlungen ein Neugeborenes als Gemeinschaftsmitglied sozial anerkannt wird vgl. Gestrich/ Krause et al. 2003.

fürlicher problematisiert werden, über offene Spannungen zwischen medizinischen und familialen Relevanzen in Bezug auf die Geburt, bis hin zu dilemmatischen Entscheidungen für die Schwangere zwischen ihren Ansprüchen an sich als Frau und werdende Mutter.

Im vorangegangenen Abschnitt wurde bereits im Horizont einer diagnostizierten Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ersichtlich, dass im Falle geringen medizinischen Zeit- und Handlungsdrucks auch bei Kindern mit Fehlbildungen eine Spontangeburt angestrebt und der Geburtsvorgang selbst gar nicht ausführlicher thematisiert wird. Dieser Befund wird durch einen weiteren Ausschnitt aus dem Material gestützt, in dem die Neonatologin vor dem Hintergrund leichter Anomalien im Nierenbereich des Ungeborenen erklärt, dass das Kind ‚ganz normal‘ auf die Welt komme und in der Folge wahrscheinlich gar nicht intensivmedizinisch versorgt werden müsse:

Die Neonatologin steht am Fußende der Liege, den werdenden Eltern zugewandt und beginnt, das Ergebnis aus der Ultraschalluntersuchung zu erläutern. Beide Eltern halten den Blickkontakt zu ihr. Sie beginnt damit, dass die Niere arbeite, sie funktioniere und produziere Urin. Im Ultraschall sei auch erkennbar gewesen, dass die Harnblase gefüllt sei. Es gebe in der rechten Niere/Nierenbecken jedoch einen Stau. Die linke Niere sei unauffällig. Woher der Stau komme, sei unklar, „ob vielleicht etwas doppelt angelegt ist oder ob es mit dem Abgang von der Niere zusammenhängt.“ Dort gebe es einige Engstellen, dabei zeichnet sie mit einer schmalen Öffnung zwischen den offenen Handflächen vor ihrem Oberkörper in einer Bewegung von oben nach unten einen Kanal in die Luft und bekräftigt nochmal, dass man nicht genau sagen könne, woher der Stau komme. Die Eltern haben sie während dieser Ausführungen beide angeschaut. Dann geht die Neonatologin über zum Thema der Geburt. Das Kind komme „ganz normal“ auf die Welt und werde sich „ganz normal“ anpassen, wie andere Kinder auch. „Dann werden wir es uns im Ultraschall anschauen.“ Wenn das Kind tagsüber komme, würden sie es sich „relativ direkt“ anschauen, sollte es nachts kommen, dann am nächsten Tag. Dann könne man genau sehen, was der Fall sei. Aber es sei der Plan, „dass Sie erstmal mit dem Kind ins Kinderzimmer gehen und wahrscheinlich werden sie gar nicht Kunde bei uns.“ „Was sein kann:“ – deswegen müsse man es im Ultraschall kontrollieren – Wenn sich der Urin stau, könne das zu Infektionen der Niere führen. Die Neonatologin hält einen Moment inne und fügt dann hinzu, dass sich die Eltern das so vorstellen könnten, wie „Keime, die hochwandern.“ Bei mehreren Infektionen der Niere könne die Niere in ihrer „Funktion“ Schaden nehmen. „Das kann sein, muss aber nicht sein.“ Jedoch bekomme das Kind in diesem Fall Fieber. Wenn also ein Stau vorhanden sei, würden sie eine prophylaktische Antibiotikatherapie beginnen. Es könne jedoch auch sein, dass sich das jetzt sichtbare Problem von alleine gebe und man nichts machen müsse.

Das Kind wird hier voraussichtlich „ganz normal“ auf die Welt kommen und sich „ganz normal“ anpassen. Es wird von der Neonatologin in das Deutungsmuster der Geburt eines Kindes im Allgemeinen eingebettet, für das allein aufgrund der noch nicht hinreichend beurteilbaren Auffälligkeiten seiner Nieren keine größeren Abweichungen erwartet werden. Die Geburt ist hier aus medizinischer Sicht nicht weiter thematisierungsbedürftig, ihr innerer Horizont, der konkrete Handlungsablauf, zu erwartende Herausforderungen aufgrund der Erkrankung und Einschränkungen des Erstkontakts zwischen Mutter und Kind werden nicht zum Gegenstand des Gesprächs. Die Geburt stellt im vorliegenden Fall vielmehr eine nicht mehr oder weniger riskante Situation dar, als die Entbindung von Kindern ohne positiven sonographischen Befund. Mit Blick auf die Rollenverteilung im klinischen Ensemble wird dies auch an dem Umstand deutlich, dass die Geburt hier von der Neonatologin angesprochen und in ihr Thema der postnatalen Kontrolle integriert werden kann, während die Gynäkologin als primär Zuständige für den

Geburtsvorgang an dieser Stelle gar nicht aktiv wird. Wie bei der Diagnose Lippen-Kiefer-Gaumenspalte weiter oben, bilden auch in diesem Ausschnitt die Spontangeburt, die zeitliche Flexibilität und Optionalität von Behandlungen und die stationäre Aufnahme bzw. Entlassung des Kindes die zentralen Ankerpunkte im Entwurf einer weitestgehend normalen Ankunft auf der Welt. Während oben zumindest die spätere Operation und eine zeitweise Aufnahme des Neugeborenen auf der Neonatologie noch unausweichlich waren, bleibt hier sogar offen, ob überhaupt medizinisch eingegriffen werden muss und das Kind Patient*in der Intensivmedizin wird. Der Verweis der Neonatologin auf das „Kinderzimmer“ stellt ein Anzeichen für die Einordnung der medizinischen Situation dar. Sie erreicht hier vermutlich gar nicht die Schwelle, ab der intensivmedizinische Versorgung, operative Therapien und mögliche Krisen im Behandlungsverlauf thematisch relevant werden. Der geringe Spannungspegel der Situation findet gegen Ende des Ausschnitts seinen Ausdruck in der ironischen Formulierung des „Kunden“. Die Arzt-Patient-Beziehung im Allgemeinen, und insbesondere in der Intensivmedizin, ist hinsichtlich ihrer Struktur am weitesten von einer rein funktional-spezifischen Anbieter-Kunden-Beziehung entfernt, die sich durch volle Austauschbarkeit der Personen, affektive Neutralität und zeitliche Befristung auszeichnet. Wäre eine Aufnahme des Kindes auf der Neonatologie wahrscheinlich, würde eine Bezeichnung von Patient*innen und Angehörigen als Kund*innen der existenziellen Tragweite der Arzt-Patient-Beziehung nicht gerecht, die Ernsthaftigkeit der professionellen Sorge in Frage stellen und vermutlich die werdenden Eltern verunsichern. Das Spiel mit Begriffen und Rollen, der situative Freiraum zur Rollendistanz, erscheint nur vor dem Hintergrund gefahrlos möglich, dass die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Versorgung nicht ernsthaft erwartet wird.

Ein Ausschnitt aus einer anderen Sprechstunde, in deren Verlauf eine Gastroschisis beim Ungeborenen festgestellt wird, zeigt hingegen, wie medizinische und familiäre Ansprüche an die Geburt in Konflikt miteinander geraten können:

Hier übernimmt zunächst die Gynäkologin wieder das Wort und sagt, dass sie einen Kaiserschnitt machen würden, „das ist einfacher für Sie, wenn es nicht unten rauskommt und wir können den Termin genau planen“. In diesem Zusammenhang schaltet sich die Neonatologin ein und fügt hinzu, dass das Kind danach „zu uns“ auf die Neonatologie komme, woraufhin die Mutter der Schwangeren fragt, ob diese ihr Kind nach der Geburt sehen werde. Die Gynäkologin bejaht dies, verweist aber zugleich auf die Abhängigkeit vom Zustand des Kindes und erklärt, dass sie versuchen würden, der Mutter einen Erstkontakt mit dem Kind zu ermöglichen, „vielleicht etwa 10 Minuten und dass wir es Ihnen dann auch mal auf die Brust legen.“ An dieser Stelle ändern sich abrupt die Mimik und die Körperhaltung der Schwangeren: Sie zieht die Mundwinkel leicht nach oben, beugt den Oberkörper nach hinten und senkt ihr Kinn in Richtung Brust. *Es wirkt auf mich wie eine Geste, die Überraschung und Skepsis ausdrückt.* Währenddessen blickt sie weiterhin in die Runde der anwesenden Mediziner und sagt mit lauter Stimme, „Da wäre ich auch stark dafür!“ Anschließend schaut sie kurz zu Boden. Die werdende Großmutter setzt hier wieder ein und erzählt, dass ihre Tochter, die jetzt selbst schwanger ist, damals zu früh geboren wurde. Die Schwangere dreht sich daraufhin zu ihrer Mutter um, schaut sie kurz an und ergänzt dann wieder in Richtung der Ärzte, „als meine Eltern mich bekommen haben“ (beide fügen noch etwas hinzu, das ich nicht mehr in Erinnerung habe). Die Erzählung bricht an dem Punkt ab, als die Gynäkologin zu bedenken gibt, dass ja auch noch der Vater da sei, der nach dem Kind schauen, bei ihm sein und der Mutter davon erzählen könne, solange sie sich noch von der Operation erholen müsse. Die Schwangere antwortet darauf: „Es geht mir nicht nur darum, dass ich mein Kind sehe, sondern dass mein Kind MICH sieht!“

Welche Erkenntnisse lassen sich aus diesem dichten Gesprächsausschnitt ziehen? Zunächst bringen die beiden Ärztinnen hier mit der Geburt per Kaiserschnitt und der anschließenden stationären Aufnahme des Kindes auf der Neonatologie die operativen Routinen ihrer Disziplinen ins Gespräch. Während die Gynäkologin ihre Aussage auf die Schwangere bezieht und die Planung der Geburt, deren Ablauf und die damit verbundene Anstrengung für die werdende Mutter thematisiert, richtet sich die daran anschließende Aussage der Neonatologin auf das Kind und seinen ersten Ort in der Welt im Raum der neonatologischen Intensivstation. Darin werden exemplarisch die unterschiedlichen Primärpatient*innen der beiden klinischen Fächer sichtbar: Für die Gynäkologin ist es die schwangere Frau, für die Neonatologin das Kind. Professionalität bedeutet im Kontext des Phänomens gerade auch, pragmatisch auf die pränatale Diagnose beim Ungeborenen zu reagieren und mögliche Lösungswege aufzuzeigen. Dadurch geraten hier jedoch die divergierenden Ansprüche der beiden Parteien des klinischen Arbeitsbündnisses miteinander in Konflikt. Medizinisch notwendige Maßnahmen in der perinatalen Phase können nicht immer mit familialen Wünschen nach vertrauten oder bekannten Ritualen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt in Einklang gebracht werden.¹²⁰ Die Divergenz der Relevanzsysteme zeigt sich auch darin, dass auf familialer Seite die werdende Großmutter nicht mit der Geburt bzw. dem ersten Lebensort des Kindes an die Themen der Professionellen anschließt, sondern mit ihrer Frage, ob die Schwangere das Kind nach der Geburt sehen werde, ein familiales Kernthema genau in den Raum zwischen Entbindung und intensivmedizinischer Versorgung platziert. Diesen Anspruch auf eine Begegnung untermauert die Schwangere anschließend selbst – „Da wäre ich auch stark dafür!“.

Wenngleich in dem Ausschnitt durchscheint, dass die Geburt in diesem Fall im Familiengedächtnis (Halbwachs 2008: 203 ff.) mit besonderen Erfahrungen verknüpft ist, wurde er für die Darstellung ausgewählt, weil er zum einen exemplarisch die Spannung zwischen therapeutischem Handeln und familialen Begegnungen im Horizont der Geburt zu Tage fördert. Zum anderen zeigt er auf den zweiten Blick, unter Zuhilfenahme medizinischen Kontextwissens, dass die Gynäkologin der Schwangeren hier durchaus weit entgegenkommt. Ihre Erklärung, dass sie versuchen würden der Mutter einen Erstkontakt mit ihrem Kind zu ermöglichen, „vielleicht etwa 10 Minuten und dass wir es Ihnen dann auch mal auf die Brust legen“ ist keineswegs nur auf die verkürzende Weise zu lesen, dass hier die Relevanz eines familienkonstitutiven Rituals nicht angemessen gewürdigt wird. Im „auch mal“ drückt sich semantisch zwar die grundsätzliche Nachrangigkeit der Begegnung aus, jedoch kann die Gynäkologin hier aus zwei naheliegenden Gründen gar nicht weiter auf die Familie zugehen: zum einen ist die Geburt eines Kindes mit Gastroschisis hoch riskant. Das Kind wird per Kaiserschnitt von Geburtshelfer*innen aus dem Uterus geschält, unmittelbar anschließend von Pflegenden oder Hebammen in ein steriles Tuch gegeben und auf einen Tisch verbracht, wo es von Neonatolog*innen erstversorgt wird. Die oberste Priorität

¹²⁰ Die Begriffe „vertraut“ und „bekannt“ wurden hier bewusst gewählt um damit deutlich zu machen, dass in individuellen Geburtsentwürfen Familiengeschichten und gesellschaftliche Deutungsmuster reziprok aufeinander einwirken und dadurch mannigfaltige Sinnkonstruktionen formen können. Im vorliegenden Fall scheint die gesellschaftliche Bedeutung des Geburtserlebnisses in der Mutter-Kind-Dyade durch ein spezifisches Ereignis aus der Familiengeschichte dieser Schwangeren zusätzlich forciert zu werden.

besteht darin, dass der teilweise freiliegende Darm nicht verletzt wird, was schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen für das Kind zur Folge haben kann. Die Frage nach Art und Ausmaß familialer Interaktion ist also unhintergebar abhängig vom Zustand des Kindes. Zum anderen liegt die Entscheidungsverantwortung für die medizinische Versorgung des Neugeborenen bei den Neonatolog*innen, sodass die Gynäkologin als Expertin für die Geburtshilfe hier streng genommen keine verbindlichen Aussagen treffen kann. Liest man ihre Antwort auf die Frage nach dem Erstkontakt vor dem Hintergrund dieses Kontextwissens, geht sie werdender Mutter und Großmutter mit ihrer Antwort bereits sehr weit entgegen und begibt sich selbst an die Grenzen ihres Zuständigkeitsbereichs. Während Versprechungen, die später nicht gehalten werden können, eine professionelle Aufklärung und Beratung gerade konterkarieren würden, wirft der Konflikt im zitierten Ausschnitt jedoch die Frage auf, ob es nicht hilfreich gewesen wäre, ausführlicher zu erklären, wovon die Möglichkeiten des Erstkontakts abhängen werden und warum in dieser Frage zum Zeitpunkt der Sprechstunde noch keine sicheren Aussagen gemacht werden können. Unter Umständen wäre das medizinische Kontextwissen auch für die familiale Seite im Arbeitsbündnis relevant gewesen, um die Aussagen der beiden Ärztinnen einzuordnen.

Schließlich verweist der Ausschnitt exemplarisch auf die besondere Rolle der Väter, die in der Zeit unmittelbar nach der Geburt häufig zu ‚Springern‘ zwischen den Stationen der Neonatologie und der Geburtshilfe werden. Auf diese Rolle rekurriert die Gynäkologin, wenn sie gegen Ende der Szene zu bedenken gibt, dass ja auch noch der Vater da sei, der nach dem Kind schauen, bei ihm sein und der Mutter davon erzählen könne, solange sie sich noch von der Operation erholen müsse. Dieser Einsatz von Vätern hat durchaus historische Vorbilder (Loux 1998: 57 f.). Die Schwangere macht hier jedoch deutlich, dass ein mittelbarer Erstkontakt mit ihrem Kind durch Erzählungen oder auch Handyfotos von ihrem Partner zumindest aus der damaligen Sicht nicht hinreicht, die Gewissheit einer dyadischen Mutter-Kind-Begegnung zu kompensieren. Es liegt nahe, ihr nachdrückliches Insistieren auch als Ausdruck des Versuchs zu lesen, in einer aus der Ordnung geratenen Situation einen Rest an Normalität aufrechtzuerhalten. Die Formulierung „Es geht mir nicht nur darum, dass ich mein Kind sehe, sondern dass mein Kind MICH sieht!“ zeichnet dabei, gleichsam in Reinform, einen exklusiven dyadischen Binnenraum, in dem mit der „unmittelbaren Wechselwirkung“ (Simmel 1992: 723) im Blick reziprokes (An)Erkennen vollzogen und auf diesem Wege Familialität gestiftet werden kann. Anders als der handlungsorientierte Umgang mit der Situation in der Welt der Medizin, wird hier das wechselseitige Sich-Erleben in seiner Relevanz für die Bewältigung der Situation aus alltagsweltlicher Perspektive sichtbar.

Die im vorangegangenen Ausschnitt sichtbar gewordene Spannung zwischen klinischen und elterlichen Ansprüchen im Kontext der Geburt stellt eine grundlegende Herausforderung für die Ordnungsbildung an der Schwelle zwischen Medizin und Alltagswelt dar, die unproblematisch oder latent bleiben, aber auch in Konflikten offen zu Tage treten kann. Im Horizont einer letalen Diagnose stellen sich hingegen

noch einmal ganz andere, ethisch dilemmatische Fragen, wie die nachfolgende Passage aus dem empirischen Material zeigt. Die leitende Gynäkologin spricht hier das schwierige Thema an, wie die Geburt des Kindes mit einer schlechten Prognose aussehen könnte:

Es sei in diesem Fall möglich, keine fetale Überwachung unter Geburt zu machen. Das bedeute dann aber auch, dass sie keinen Notkaiserschnitt machen würden, wenn das Kind Schwierigkeiten habe. Es könne sein, „dass Ihr Kind bei der Geburt stirbt.“ In diesem Zusammenhang fragt sie in *vorsichtigem, behutsamem* Ton die Schwangere, ob sie schon über die Geburt nachgedacht habe. Die Angesprochene antwortet mit einem klaren „ja“ und anschließend: „Also, da habe ich jetzt für meinen Körper entschieden.“ Sie wolle keinen Kaiserschnitt. Als sie das sagt, treten ihr Tränen in die Augen. Ihre Mutter, die in Reichweite am Kopfende der Liege sitzt, beugt sich etwas vor und streichelt ihr mit der rechten Hand über den linken Oberschenkel. Auch sie hat Tränen in den Augen. Die Stimme der Schwangeren wird für einen Moment brüchig, aber sie spricht weiter. Sie habe sich gegen einen Kaiserschnitt entschieden, falls sie es nochmal zusammen versuchen wollten, dass sie dann nicht schon die Belastung dadurch habe. *In der Situation bin ich tief beeindruckt, in welch klaren Worten und doch zugleich wie emotional ergriffen sie dieses Thema zur Sprache bringen kann.* Die Gynäkologin antwortet mit etwas Bestätigendem, das ich nicht mehr in Erinnerung habe, ergänzt an die werdende Mutter gewandt jedoch noch, sie könne sich, wenn sie sich unter der Geburt spontan nicht mehr wohlfühlen sollte mit der Entscheidung, auch nochmal umentscheiden. Die Schwangere antwortet darauf noch einmal mit einem „Ok“, *das Thema scheint für sie durch zu sein.*

Die werdende Mutter steht hier vor der äußerst belastenden Situation, eine Entscheidung zwischen sich als Frau und dem in ihr heranwachsenden Kind treffen zu müssen. Der Schnitt durch die Gebärmutter im Falle einer Geburt per sectio ist immer auch verbunden mit einem gewissen Risiko für Folgeschwangerschaften und die Entscheidung der werdenden Mutter, dieses Risiko angesichts der schlechten Prognose ihres Kindes nicht einzugehen, bedeutet in letzter Konsequenz auch, zwischen der geringen Lebenschance des ersten Kindes und einem möglichst gesunden Mutterleib für ein zweites Kind in der Zukunft abzuwägen. Die werdende Mutter schafft es hier – in auch für den beobachtenden Ethnographen tief beeindruckender Weise – eine sehr klare Haltung in dieser Frage und damit verbundene Emotionen zum Ausdruck zu bringen, was als Anzeichen dafür gedeutet werden kann, dass sie bereits einen Zugang zur Diagnose gefunden und die Situation für sich zumindest schon soweit bestimmt hat, dass sie in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen. Wie Eltern derartig schwere Entscheidungen vor der Geburt erfahren, ist eine zentrale Frage der Interviewanalysen. An dieser Stelle ging es zunächst darum sichtbar zu machen, dass auf der gegenüberliegenden Seite von relativ normalen Geburten im Horizont der Diagnose auch Szenarien der Ankunft thematisch werden können, in denen mit der möglichen Gleichzeitigkeit von Geburt und Tod die beiden Grenzen menschlicher Existenz ineinanderzufallen drohen.

5.4. Die weiten prognostischen Horizonte der pränatalen Diagnose

Als viertes Kernthema des Gesprächs soll hier dargestellt werden, wie sich Mediziner*innen und werdende Eltern über Zukunftserwartungen verständigen, die mit dem vorgeburtlichen Wissen um die Fehlbildung relevant werden. Während die Prognose im Hinblick auf die Vorstellung vom Kind von entscheidender Bedeutung ist, weil sie im Vergleich zu den Dimensionen Diagnose und Therapie am ehesten den Entwurf einer langfristigen Lebensperspektive beinhaltet, stellt sie auf der medizinischen Seite

des Arbeitsbündnisses die schwierigste Auslegungssphäre des diagnostischen Wissens dar. Vorgeburtlich können hier häufig nur allgemeine und unsichere Aussagen getroffen werden: Zum einen schlagen sich die Kontingenzspielräume zwischen pränataler Diagnose und postnatalem Krankheitswert, die in den vorangegangenen Abschnitten schon vielfach thematisch wurden, noch viel stärker nieder, wenn es nicht mehr um den noch relativ kurzen Zeitraum der Wochen und Monate nach der Entbindung geht, sondern um die Lebenserwartungen für das Kind insgesamt. Zum anderen reichen prognostische Schlüsse viel weiter in die Alltagswelt der Patient*innen hinein. Anders als im Kontext von Diagnose, Geburtsablauf und Therapie, wo sich die Ärzt*innen im Kernbereich ihrer Profession bewegen und auf theoretisches Wissen über organische Zusammenhänge ebenso wie praktische Erfahrungen aus Behandlungen zurückgreifen können, stehen sie hier vor der Herausforderung zu übersetzen, wie sich das medizinische Handlungsproblem in der Alltagspraxis des Kindes niederschlagen wird. Für werdende Eltern ist dennoch gerade diese Frage, welche langfristigen Folgen eine Fehlbildung für das Leben des Kindes und den Familienalltag hat, von zentraler Bedeutung. Im Folgenden wird daher nachgezeichnet, wie sich beide Seiten des klinischen Arbeitsbündnisses unter ungewissen Bedingungen versuchen, ein soweit wie möglich konturiertes Bild von der Zukunft zu machen.

Im ersten Ausschnitt geht der Kinderchirurg auf die prognostischen Erwartungen einer Gastroschisis ein, die zuvor im Ultraschall beim Ungeborenen diagnostiziert wurde. Aus dem vergleichsweise hohen Bestimmtheitsgrad der Situation werden in den Ausführungen des Arztes verschiedene Dimensionen der pränatalen Prognose ersichtlich:

Der Kinderchirurg geht anschließend noch einmal auf die Fehlbildung ein und erklärt, dass eine Gastroschisis keinesfalls bedeute, dass das Kind nicht lebensfähig sein oder eine Behinderung haben werde. Wenn alles gut gehe, könne es sich ganz normal entwickeln. In diesem Kontext nennt er auch eine statistische Wahrscheinlichkeit (90%?) und verweist zudem auf das Wissen aus der Fruchtwasseruntersuchung, dass keine chromosomale Anomalie beim Kind vorliege. Er setzt die Gastroschisis in Bezug zur Omphalozele, die nach der Statistik eine etwas höhere Wahrscheinlichkeit der Assoziation mit weiteren Fehlbildungen aufweise und nennt als Beispiele Nieren, Becken sowie den Harnkanal. Die Gastroschisis sei im Vergleich dazu insgesamt mit weniger und zudem etwas leichter ausfallenden Fehlbildungen assoziiert. Genaueres könne man aber erst nach der Geburt sagen. Es sei vor diesem Hintergrund jedoch wichtig, gleich am Anfang mit „voller Kraft zu fahren“*.

Ausgehend von einer abgesicherten Differenzialdiagnose über den Bauchwanddefekt entwirft der Kinderchirurg im zitierten Ausschnitt eine Prognose für das Ungeborene. Er kann dabei, aufgrund des relativ hohen Bestimmtheitsgrads der Situation, auf verschiedene Wissensressourcen und Deutungsoperationen zurückgreifen, in denen zugleich exemplarisch verschiedene Dimensionen der pränatalen Prognose sichtbar werden. Zunächst konzentriert er sich auf die Ebene der elementaren Lebenspraxis und geht auf Fragen der Lebensfähigkeit, möglicher Beeinträchtigungen und der Entwicklungschancen des Kindes ein. In diesem Zuge entsteht die Vorstellung eines heranwachsenden Kindes, das sich sehr wahrscheinlich ganz normal entwickeln können wird und für das Worst-Case-Szenarien, allein aufgrund des pränataldiagnostischen Wissens, nicht zu erwarten sind. Der Kinderchirurg richtet seinen Blick hier folglich

zunächst auf die Sphäre der Alltagswelt, bevor er im zweiten Anlauf die Fehlbildungsdiagnose mit verschiedenen Wissensbeständen im medizinischen Wissensvorrat verknüpft und auf diese Weise seine zuvor getroffenen Aussagen begründet. Hier rekurriert er auf statistische Wahrscheinlichkeiten zum Krankheitsverlauf, grenzt das gesundheitliche Problem des Kindes mit Hilfe des negativen genetischen Befunds ein und vergleicht die Gastroschisis schließlich mit der Omphalozele als einem zweiten relativ häufigen Bauchwanddefekt, der vergleichsweise schwerere Auswirkungen hat und es ihm ermöglicht, die vorliegende Diagnose als das etwas unproblematischere Krankheitsbild zu entwerfen. Trotz des relativ hohen Bestimmtheitsgrades der vorgeburtlichen Situation wird jedoch gegen Ende des zitierten Ausschnitts auch hier die Geburt als ‚magische‘ Schwelle offenbar, nach deren Überschreiten sich die pränatalen Auslegungsversuche an der postnatalen Wirklichkeit messen müssen.

Im nächsten Gesprächsausschnitt über eine diagnostizierte Spina Bifida¹²¹ muss hingegen mit bestimmten Einschränkungen im Alltag gerechnet werden. Er wird ausführlich dargestellt um zu zeigen, wie der Neonatologe versucht, dem Paar eine Vorstellung von den möglichen Folgen der Fehlbildung für das Leben ihres Kindes zu vermitteln:

Die anschließenden Äußerungen des Neonatologen zum Ablauf der Operation habe ich kaum mehr in Erinnerung. Er geht nicht allzu ausführlich auf das technische Prozedere ein. Ziel der Operation sei es, den Rücken wieder zu schließen und dabei zu gewährleisten, dass die Nerven, die durch das Rückenmark verlaufen, nicht „unter Zug“ stehen. Es könne passieren, dass bei der Operation Nerven verletzt oder erst im Nachhinein Schwierigkeiten sichtbar würden. In manchen Fällen sei es auch so, dass eine OP nicht ausreiche und noch ein zweites Mal operiert werden müsse, wenn das Kind im Wachstum sei. Anschließend klärt der Neonatologe die werdenden Eltern über mögliche Folgen der diagnostizierten Fehlbildung auf. Er erklärt, an die Schwangere gewandt, dass Nerven mit Muskeln verbunden seien und die Erkrankung sowie der Verlauf der Operation Auswirkungen auf die Bewegungsfähigkeit des Kindes haben könnten. Grundsätzlich sei es jedoch so, dass je tiefer die Fehlbildung liege, die Prognose umso günstiger sei. Hier erklärt er noch kurz, dass je nach Lage der Fehlbildung andere Nervenstränge betroffen seien. Dann nennt er der Schwangeren Beispiele. „Sie haben vielleicht schon Personen gesehen, die so eine Spastik haben und dann etwas wacklig laufen“* oder Personen, die eine Gehhilfe bräuchten. Das komme häufiger vor. Die Schwangere antwortet darauf mit „ja“ und nickt dabei. Der werdende Vater zeigt keine erkennbare Reaktion. *Der Neonatologe versucht, die Wahrscheinlichkeiten im vorliegenden Fall weiter auszuloten.* Es sei sehr wahrscheinlich, dass das Kind werde gehen können. Es könne jedoch sein, dass es Schwierigkeiten dabei haben werde, etwa durch eine veränderte Fußstellung. Auch sei es möglich, dass das Kind eine Gehhilfe benötigen werde. „Es ist jedoch wesentlich wahrscheinlicher, dass Ihr Kind gehen können wird, als dass es nicht gehen kann.“* Als drastisches Gegenbeispiel erwähnt er in diesem Zusammenhang noch, dass es in diesem Fall sehr unwahrscheinlich sei, dass das Kind gar nicht gehen und nicht mal die Arme bewegen könne.

Die Schwangere wirkt während den Ausführungen des Neonatologen gefasst auf mich. Sie schaut ihn konstant an, während er spricht, nickt und antwortet mit „ja“ an einigen Stellen. Vom werdenden Vater habe ich aus diesem Abschnitt des Gesprächs keine Bilder in Erinnerung, obwohl er direkt gegenüber frontal in

¹²¹ Die Spina bifida, in der Alltagssprache auch unter dem Begriff ‚offener Rücken‘ bekannt, stellt eine Fehlbildung der Wirbelsäule und des Rückenmarks dar, die während der Embryonalentwicklung im ersten Trimester der Schwangerschaft entstehen kann, „wenn sich die Wirbelbögen nicht oder nur unvollständig schließen. Eine **Wirbelbogenspalte (Spina bifida)** kann auf die Wirbelsäule beschränkt sein, ist jedoch häufig von Fehlbildungen des Rückenmarks begleitet, das bruchartig vorfallen und schließlich an der Oberfläche bloßliegen kann [...] Bei einer geringgradigen Ausprägung sind keine neurologischen Symptome vorhanden. Der knöcherne Defekt wird von Haut bedeckt (**Spina bifida occulta**). Bei stärkerer Ausprägung liegt eine **Spina bifida cystica** vor. Das Neuralrohr hat sich nicht geschlossen. Die Wirbelbögen fehlen, und das Neuralgewebe liegt frei. Die neurologischen Ausfälle hängen von der Segmenthöhe und vom Ausmaß der Läsion ab. Die Inzidenz beträgt 1:1000 Geburten“ (Sadler 2003: 166-167, Herv. im Orig.)

meinem Blickfeld sitzt. Der Neonatologe erwähnt noch, dass es in Folge der Erkrankung auch zu Schwierigkeiten des Kindes mit dem Urin kommen könne, falls Nerven mit Verbindungen zur Blase in Mitleidenchaft gezogen seien. Zwischendurch kommt die leitende Gynäkologin mit dem schwarzen Drehhocker links neben mich an das Fußende der Liege gerollt. Von dort aus hat sie die werdenden Eltern im Blick. Dann ergänzt sie die Ausführungen ihres Kollegen und erwähnt, dass man im vorliegenden Fall schon dazu sagen könne, dass „es“ relativ weit unten sei und „wir jetzt im Ultraschall auch keine Klumpfüße gesehen haben.“* Während sie spricht, schaut sie von den werdenden Eltern kurz rüber zum Neonatologen. Dieser bekräftigt selbst die Aussage seiner Kollegin nochmal und sagt, er vermute, dass vielleicht ein bisschen die Füße und die Blase betroffen seien, ganz sicher könne man es vor der Geburt jedoch nicht sagen. Er hat in der Sprechstunde zwei- oder dreimal auf die Grenzen der Technik hingewiesen. In diesem Zusammenhang erwähnt die Gynäkologin zum ersten Mal explizit einen Hydrozephalus des Kindes, der aber „auch nicht so schlimm“ aussehe. Der Neonatologe schließt hier direkt an und erklärt, es könne sein, dass das Kind dann eine „Wasserableitung“ brauche. „Das nennt man Shunt.“ Dabei greift er sich kurz mit dem Zeigefinger seitlich an den Kopf. In diesem Zusammenhang stellt er bezüglich der Entfernung zur Klinik auch noch einmal die organisatorische Frage in den Raum, dass die Eltern sich überlegen müssten, ob sie dann immer kommen wollten. „Das muss man in die Überlegungen mit einbeziehen.“ Die Schwangere antwortet darauf, dass sie sich, trotz des etwas weiteren Weges, extra für die hiesige Klinik entschieden hätten, damit dann auch jemand „auf die Kinder aufpassen“ könne, wenn sie im Krankenhaus seien. Anschließend wendet sich der Neonatologe noch einmal an den werdenden Vater. Er habe jetzt so viel mit der Mutter gesprochen, „aber haben Sie noch Fragen.“ Der werdende Vater braucht einen Moment, bis er antwortet und verneint dann relativ leise. Sie hätten auch schon in der vorherigen Klinik einiges erzählt bekommen.

Abschließend versucht der Neontologe, die Diagnose noch einmal einzuordnen und schaut dabei abwechselnd zur Schwangeren und zum werdenden Vater. Während die Schwangere den Blickkontakt zu ihm hält, bin ich mir beim Vater nicht sicher. Er sagt, es sei „jetzt schon bedrohlich“ zu wissen, dass das Kind nach der Geburt erstmal krank sein werde, aber es sei jetzt auch nichts, „woran man verzweifeln muss.“ Zum Schluss des Satzes amtet er deutlich hörbar aus und geht mit der Stimme etwas runter. *Mit dieser Untermauerung des Gesagten bekommt die Aussage für mich sinngemäß die Bedeutung: es ist zwar etwas nicht in Ordnung, aber ganz so schlimm ist es auch nicht. Man kann etwas machen.* Die Schwangere antwortet an dieser Stelle in *bestimmtem, klarem Tonfall* mit „ja“ und schaut dann einen Augenblick eindringlich rüber zu ihrem Mann. *Als wolle sie ihm mit Blicken sagen, „da hörst du es. Nimm es dir zu Herzen.“*

Anders als im Falle der Gastroschisis im Ausschnitt zuvor, werden in dieser Szene prinzipiell mögliche und im Hinblick auf die Alltagspraxis erhebliche Beeinträchtigungen für das Kind als Folgen der Diagnose ausführlich thematisiert. In der vergleichenden Betrachtung der Gespräche über das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung lassen sich verschiedene Konstellationen von Diagnose und Prognose unterscheiden.: Zum einen Befunde, bei denen ein weitestgehend normaler Entwicklungsverlauf zu erwarten ist und das Themenfeld ‚Einschränkungen im Alltag‘ als unproblematisch im äußeren Horizont der Situation verbleibt. Davon zu unterscheiden sind Diagnosen, in deren Folge lebenspraktisch spürbare Defizite auftreten können; lässt die Diagnose genauere Aussagen bezüglich möglicher gesundheitlicher Folgen zu, werden diese von den gesprächsführenden Mediziner*innen erläutert. In Fällen, in denen die diagnostische Situation hingegen nicht hinreichend klar ist, kann nur mitgeteilt werden, dass relevante Auffälligkeiten vorliegen, aber erst nach der Geburt genauer ersichtlich sein wird, welche Auswirkungen die pränatalen Befunde voraussichtlich haben. Bei schweren syndromalen Erkrankungen und infausten Diagnosen bilden hingegen nicht relative gesundheitliche Probleme den Mittelpunkt des Gesprächs, sondern die noch grundlegendere Frage, ob das Kind überhaupt lebensfähig sein wird.

Im dargestellten Ausschnitt geht der Neonatologe auf mögliche Einschränkungen im Alltag ein, die aus einem offenen Rücken und dessen Behandlung folgen können und versucht dabei, an das Bekanntheitswissen der werdenden Eltern ‚anzudocken‘: „Sie haben vielleicht schon Personen gesehen, die so eine Spastik haben und dann etwas wacklig laufen“*. Das Bekanntheitswissen stellt auf Seiten der Professionellen ein Medium der Übersetzung medizinischen Fachwissens in alltagsweltliche Verweisungszusammenhänge dar. Während der Kinderarzt versucht, über sichtbare Symptome einer Spina Bifida für das Paar einen Bezug zu Erkrankung ihres Kindes herzustellen, konzentrieren sich seine Ausführungen mit dem Gehen auf den Kernbereich menschlicher Autonomie. Der aufrechte Gang strukturiert unsere Wahrnehmung der Welt; die Fertigkeit, sich aus eigener Kraft fortzubewegen, betrifft mit Schütz direkt das Handeln in unserer unmittelbaren Reichweite. In diesem Rahmen entwickelt der Neonatologe verschiedene Grade der Autonomieeinschränkung von einer veränderten Fußstellung, über die Notwendigkeit einer Gehhilfe, bis hin zu einem als unwahrscheinlich eingestuften schweren Verlauf, in dem das Kind weder gehen noch seine Arme bewegen könnte. Auch hier scheint ein problematischeres Krankheitsszenario, wie oben die Omphalozele, zur Relationierung und dadurch zur Einordnung der Diagnose zu dienen. In diese Richtung spürbarer, aber grundsätzlich handhabbarer Einschränkungen weist auch die zusammenfassende Beurteilung des Neonatologen gegen Ende des Ausschnitts, es sei „jetzt schon bedrohlich“ zu wissen, dass das Kind nach der Geburt erstmal krank sein werde, aber es sei jetzt auch nichts, „woran man verzweifeln muss“.

Darüber hinaus scheint ein zweites Grundthema im Umgang mit der diagnostischen Situation und ihren Folgen im dargestellten Ausschnitt durch. Während die werdende Mutter im Verlauf der Szene ihre Aufmerksamkeit und Resonanz immer wieder mit ‚Ja‘ und Kopfnicken anzeigt, scheint ihr Partner sich nicht in gleichem Maße an der Sprechstundeninteraktion zu beteiligen. Auch aus der explizit an ihn gerichteten Frage, ob er als werdender Vater noch Fragen habe, entwickelt sich kein Gesprächsfaden. Vielmehr wirft seine Reaktion – das Schweigen, das leise Antworten, das Verneinen von aktuellen Fragen und schließlich der Verweis auf eine vorherige Klinik, in denen sie viel erzählt bekommen hätten – selbst die Frage auf, inwieweit es ihm zum Zeitpunkt der Sprechstunde bereits gelungen ist, selbst einen Zugang zur Situation zu finden. Um konkrete Fragen an eine Situation stellen zu können, muss diese schon bis zu einem gewissen Grad bestimmt sein. Die Antwort des werdenden Vaters verweist auf das grundsätzliche Problem, wie sich Partner einbringen und Verantwortung übernehmen können in einer Situation, die leibkörperlich in erster Linie die Schwangere betrifft. Im Vergleich der Sprechstunden sind es vor allem organisatorische und behandlingstechnische Themen, in deren Kontext sich die Väter aktiv am Gespräch beteiligen. Auch diese Frage wird im Rahmen der Interviewanalyse genauer zu untersuchen sein.

Aus dem nächsten Ausschnitt wird dagegen deutlich, dass vor der Geburt keine Prognose entwickelt werden kann, wenn sich relevante Auffälligkeiten nicht bis zu einer hinreichend eindeutigen Differenzialdiagnose verdichten lassen. Die im Ultraschall festgestellten Anomalien am Gehirn des Kindes lassen hier keinen Schluss auf dessen zukünftige Entwicklungschancen zu:

Dann setzt die Neonatologin wieder ein und ergänzt, „wir sehen was“ und dann gehe es um die Frage, was für einen „Krankheitswert“ das Gesehene habe. Sie wiederholt noch einmal in anderen Worten: „Also welche Auswirkung eine Auffälligkeit hat.“* Sie seien sehr zurückhaltend mit Prognosen, da man aus dem Ultraschall nicht genau haben sehen können, was bei dem Kind der Fall sei. Das sei dann tatsächlich offen. „Im Guten, wie aber auch leider in die andere Richtung.“ Die Neurologin übernimmt wieder und sagt „wir wissen es jetzt einfach nicht, was er daraus macht“* und zieht dabei kleine Kreise mit den Händen vom Körper weg, als würde sie etwas entrollen. Sie fügt noch hinzu, dass Fehlbildungen am Gehirn relevant seien für die geistige Entwicklung, wiederholt aber noch einmal, dass sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht wüssten, wie medizinisch schwerwiegend die im Ultraschall entdeckte Auffälligkeit sei.

In der zitierten Sequenz zeigt sich wieder der grundsätzliche Hiatus zwischen pränataler Diagnose und postnatalem Krankheitswert. Die anwesenden Ärztinnen haben etwas im Ultraschall entdeckt, aber dieser thematisch relevante Gegenstand lässt sich mit den zuhandenen Auslegungsrelevanzen nicht als etwas Bestimmtes klassifizieren, womit die Auffälligkeiten am Gehirn im Sinne ‚eines Falles von‘ objektiviert und – wie oben bei der Gattroschisis – mit entsprechendem ärztlichem Erfahrungswissen sowie Erkenntnissen aus klinischen Studien verknüpft werden könnten. Die Situation bleibt hier stattdessen weitgehend unbestimmt: „Im Guten, wie aber auch leider in die andere Richtung.“ Konnten bei der Spina Bifida im Ausschnitt zuvor vom Neonatologen zumindest noch verschiedene Krankheitsszenarien aufgezeigt und damit greifbare Konturen in eine ungewisse Vorstellung von der Zukunft des Kindes gezeichnet werden, erzeugt das pränataldiagnostische Wissen hier nahezu maximale Kontingenz. Die Neurologin kann nur ganz allgemein andeuten, dass Auffälligkeiten am Gehirn für die geistige Entwicklung eines Kindes relevant seien, die vorhandenen Erkenntnisse reichen jedoch nicht hin, um auf Basis einer bestimmten Diagnose objektives medizinisches Wissen auf die individuelle Situation im Mutterleib zu beziehen. Die Lebens- und Entwicklungschancen des Kindes werden erst durch das vorgeburtliche Wissen zum thematisch relevanten Problem; dieses Wissen ist zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht ausreichend, um die aufgeworfene Frage nach der Gesundheit des Kindes zu beantworten. Die werdenden Eltern müssen mit dieser irreduziblen Ungewissheit umgehen und eine hinsichtlich Ende und Ausgang offene Zeit des Wartens ertragen. Diese Zumutung können ihnen auch die beiden Ärztinnen nicht nehmen. Ähnlich wie das Thematisieren von Grenzen des Sichtbaren bei schwierigen sonographischen Verhältnissen wechseln auch die Ärztinnen im zitierten Ausschnitt auf die Metaebene medizinischen Wissens und machen gegenüber den werdenden Eltern ihr methodisches Vorgehen und die Grenzen des prognostischen Schließens transparent. Auch im Rahmen des Aufklärungsgesprächs kann folglich die Thematisierung von Grenzen des Wissens als eine Kommunikationsform auf klinischer Seite betrachtet werden, den anwesenden Paaren die ungewissen Folgen einer Diagnose verständlich zu machen. In dem Verweis der Neurologin, „wir wissen es jetzt einfach nicht, was er daraus macht“*, deutet sich allerdings

noch ein andersgelagerter Bewältigungsversuch von existenzieller Ungewissheit an, der im nachfolgenden Gesprächsschnitt zu einer schweren Diagnose deutlicher zum Vorschein tritt.

Hier kommt das Elternpaar nach verschiedenen Untersuchungen in die Sprechstunde, wo im Ultraschall mehrere medizinisch schwerwiegende Auffälligkeiten identifiziert werden, aber ebenfalls keine Differenzialdiagnose gestellt werden kann. Es muss damit gerechnet werden, dass das Kind schwer krank zur Welt kommen und wahrscheinlich nicht lebensfähig sein wird. Dem Paar war jedoch bereits seit einiger Zeit bekannt, dass ihr Kind schwerwiegende Befunde aufweist und sie haben sich schon vor der Sprechstunde für eine Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden. Zu Beginn des Gesprächs erläutert der anwesende Neonatologe die Befunde aus dem Ultraschall, vor deren Hintergrund alle Beteiligten zu dem Schluss gelangen, dass man die Geburt abwarten müsse. Anschließend erklärt der werdende Vater in Zusammenhang mit dem schwierigen Thema, unter welchen Voraussetzungen aus Sicht der Eltern lebenserhaltende Maßnahmen für ihr Kind eingestellt werden sollten, noch einmal die Beweggründe ihrer Entscheidung:

Nach einem Moment der Stille im Raum erklärt der werdende Vater, dass sie sich jetzt für diesen Weg entschieden hätten und „man“ dann sehen müsse, was nach der Geburt sei. „Wenn sie keinen Weg vor sich hat“, dann sei es auch für das Kind besser, es nicht zu erzwingen. Er erzählt weiter, dass ihnen in einer anderen Klinik vom dortigen Arzt relativ unmittelbar ein Schwangerschaftsabbruch nahegelegt worden sei. „Das hätte der dort dann auch direkt machen können. Aber ich konnte mich nicht dagegen entscheiden“. Deshalb habe er sich so entschieden. Seine Frau, die ihn während seiner Erzählung aufmerksam, mit festem Gesichtsausdruck angeschaut hat, hakt hier ein und korrigiert nachdrücklich: „WIR haben uns so entschieden!“ Dann übernimmt ihr Mann wieder und ergänzt, sie hätten sich dafür entschieden, es jetzt dem Kind zu überlassen. Es gehe ihnen auch darum, sich nicht im Nachhinein ein Leben lang Vorwürfe zu machen. Da hätten sie nicht lange überlegen brauchen.

Die ergreifende Offenheit, mit der das Elternpaar hier Einblicke in ihre Situation gewährt, zeigt wie sie versuchen für sich einen Weg zu finden, mit der lebensbedrohlichen Diagnose ihres Kindes umzugehen. Ins Auge fällt dabei zunächst das starke Motiv der Entscheidung. Einerseits hat ein schwerer pränataler Befund, mit dem die Frage des Schwangerschaftsabbruchs im Raum steht, zur Folge, dass Eltern sich hier nicht nicht entscheiden können. Andererseits setzt eine begründete Entscheidung voraus, dass werdende Mütter und Väter bis zu einem gewissen Grad in dieser Grenzsituation angekommen und in der Lage sind, sich mit ihr auseinanderzusetzen, eine Haltung zu ihr zu entwickeln. Der Umgang der Eltern mit den medizinischen Hiobsbotschaften im zitierten Ausschnitt unterscheidet sich wesentlich von anderen möglichen Umgangsweisen mit einer derartigen Diagnose, etwa, wenn die Augen vor ihr verschlossen werden oder Paare in einer immer wiederkehrenden Endlosschleife in ihr gefangen bleiben. Es ist keineswegs ausgeschlossen, dass das Elternpaar auch solche traumatischen Phasen in ihrer Situation durchlebt, die Ausführungen des werdenden Vaters akzentuieren hier jedoch ein anderes Problem, das im Oevermannschen Sinne als Entscheidungskrise (Oevermann 2008: 17 f.) verstanden werden kann. Zum Zeitpunkt der unausweichlichen Entscheidung darüber, die Schwangerschaft fortzusetzen oder abubrechen, liegt kein hinreichendes Wissen vor, das die eine Option als die Richtige und die

andere als die Falsche begründen würde. Gleichwohl entfällt dadurch jedoch keineswegs die Verantwortung für die Entscheidung, die sich in der Zukunft, dann rückblickend betrachtet, als richtig oder falsch erwiesen haben wird. Auf diese Problematik bezieht sich die Aussage des werdenden Vaters, es gehe „ihnen auch darum, sich nicht im Nachhinein ein Leben lang Vorwürfe zu machen“. Das Insistieren der werdenden Mutter – „WIR haben uns so entschieden!“ – verweist dabei auf die Frage, inwieweit es Eltern hier gelingt, gemeinsame Haltungen in einer existenziellen Krise zu entwickeln und wo hier jeder in letzter Instanz auf sich selbst zurückgeworfen bleibt. Grenzsituationen sind irreduzibel individuell. Auch Erfahrungsberichte von Eltern im Zusammenhang mit pränatalen Diagnosen deuten darauf hin, dass nicht selten beide Partner die Ereignisse unterschiedlich verarbeiten (vgl. Strachota 2006).

Hier scheint sich für die werdenden Eltern in der Autonomiezuschreibung an ihr Kind, in naher Zukunft selbst eine Entscheidung darüber zu treffen, ob es leben wird, ein Weg aus der Situation zu öffnen, in der mit der möglichen Gleichzeitigkeit von Geburt und Tod die beiden Grenzen menschlicher Existenz ineinanderzufallen drohen. Durch die Delegation der Entscheidung an das Kind wird dieses als selbstbestimmtes Wesen anerkannt. Für die Eltern hat dies zwar zur Folge, dass sie die Ungewissheit unter Umständen noch über Wochen oder sogar Monate ertragen zu müssen, die Delegation scheint es ihnen aber im Umkehrschluss zu ermöglichen, keine aus ihrer Sicht untragbare Schuld auf sich zu nehmen. Sie wahren damit ihrem Kind die unwahrscheinliche, aber eben vielleicht doch noch vorhandene Lebenschance. Diese Art der Situationsbestimmung löst nicht das ethische Dilemma, dass Eltern und Ärzt*innen unter Umständen nach der Geburt entscheiden müssen, wann lebenserhaltende Maßnahmen zu Gunsten einer palliativen Versorgung eingestellt werden sollen. In der pränatalen Situation scheint die frühe Autonomiezuschreibung an das Ungeborene jedoch ein Äquivalent für unerreichbare Gewissheiten (Bogner 2013: 351 f.) zu bilden, das es diesem Paar erlaubt, mit der schlechten Prognose für ihr Kind umzugehen und eine Haltung zu ihr zu finden.

5.5. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse

Welche Erkenntnisse lassen sich zum Ende des Kapitels aus dem Gespräch zwischen Ärzt*innen und Eltern im Hinblick auf weitere Konturen der pränatalen Sozialität von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen ziehen? Die Diagnosestellung, die Integration der zukünftigen Patient*innen in die klinische Lebenswelt und einen mehr oder weniger umfangreichen Behandlungsprozess sowie das schwierige Feld langfristiger Prognosen prägen die Vorstellungsbildung vom Dritten auf medizinischer Seite. Zugleich wurde sichtbar, dass werdende Eltern nicht selten der handlungsorientierten Prozessperspektive der Professionellen eine stärker auf das Erleben des Kindes und gemeinsame Familienerfahrungen ausgerichtete Sichtweise entgegensetzen und insbesondere im Kontext der Geburt, auch Reibungspunkte zwischen den verschiedenen Wirklichkeitsbereichen und ihren Relevanzsystemen zu Tage treten können. Beide Parteien des klinischen Arbeitsbündnisses stehen wiederum vor der gemeinsamen Herausforderung, ihre jeweiligen Wege finden zu müssen, um mit den multiplen Ungewissheiten auf der Schat-

tenseite des pränataldiagnostischen Wissens umzugehen. Insgesamt zeigt das Kapitel die hohe Variabilität und Kontingenz von Fallverläufen, sodass auch der Versuch der soziologischen Rekonstruktion von eindeutigen Typen pränataler Sozialität unter den gegebenen Bedingungen hier an Grenzen stößt. Mit den vier Kernthemen – Diagnosestellung, Therapieentwurf, Geburtsablauf und prognostische Erwartungen – und den ihnen inhärenten Dimensionen konnten jedoch bis zu einem gewissen Grad fallübergreifende Facetten der vorgeburtlichen Situation herausgearbeitet werden, wie sie sich im Gespräch präsentiert.

Der Abschnitt zur Diagnosestellung war geprägt vom regulativen Ideal einer stabilen Fallkonstitution auf dem Fundament eines abgesicherten differenzialdiagnostischen Befunds. Jetzt müssen die Ergebnisse aus der vorangegangenen Ultraschalluntersuchung mit dem vorliegenden Wissen über den Fall verknüpft und den werdenden Eltern verständlich vermittelt werden. Die diagnostische Gestalt des ungeborenen Körpers ist aus verschiedenen Wissenssegmenten aufgebaut, wobei eine in allen Bereichen ausdifferenzierte und eindeutige Diagnose eher einen idealtypischen Grenzfall in der perinatologischen Praxis darstellt. In ihrem inneren Horizont befindet sich die Morphologie der Fehlbildung – der außenliegende Darm bei der Gastroschisis oder der Tumor am Steißbein bei einem Steißbeinteratom. Ihr äußerer Horizont umfasst die nosologische Klassifikation des Befundes, seine Abgrenzung gegenüber bzw. mögliche Assoziation mit anderen Krankheitseinheiten sowie statistische Daten zu Häufigkeit, Morbidität und Mortalität der Diagnose und Informationen zur Erfahrung der Klinik mit ihrer Behandlung. Mit Blick auf die Praxis der Vermittlung wurde neben der verbalen Erläuterung insbesondere das anatomische Zeichnen des Kinderchirurgen in einem Fall als weiteres Medium der Übersetzung von medizinischem Wissen in die Alltagswelt sichtbar, aber auch stellenweise die gestische Untermalung von Körperstrukturen mit Hilfe der eigenen Hände. Die diagnostischen Imagines des Ungeborenen reichten hier von unproblematischen Befunden bis hin zu infausten Prognosen und von eindeutigen Differenzialdiagnosen bis hin zu mehrdeutigen oder unbestimmbaren Auffälligkeiten. Die medizinische Relevanz und der Bestimmtheitsgrad der Diagnose sind die Bedingungen der Möglichkeit dafür, die Sinnhorizonte von Therapie, Geburt und Prognose zu entwerfen und bilden daher den Dreh- und Angelpunkt in der Frage, wie differenziert von ärztlicher Seite die Vorstellung vom Kind entworfen werden kann.

Für die Akteure des klinischen Arbeitsbündnisses zeigte sich wiederum, dass sie mit fallspezifisch mehr oder weniger großen Ungewissheiten umgehen müssen. So wurde durch die gemeinsamen Erläuterungen der Neonatologin und der Neurologin in Bezug auf die noch unklaren neurologischen Auffälligkeiten des Ungeborenen die Differenz zwischen pränataler Diagnose und postnatalem Krankheitswert sehr deutlich sichtbar. Die Kluft zwischen der Situation vor bzw. nach der Entbindung besteht prinzipiell allein schon durch den Umstand, dass auch die fortlaufend weiterentwickelten Möglichkeiten pränataler Diagnostik immer nur einen begrenzten Einblick in das Geschehen im Mutterleib erlauben und jede Geburt grundsätzlich eine risikobehaftete Situation darstellt, bei der Komplikationen auftreten können.

Erst unter der Geburt – und mitunter auch erst später – wird offenbar, was ‚in Wirklichkeit los‘ ist. Diesem grundlegenden Hiatus unterliegen alle Schwangerschaften, allerdings mit dem entscheidenden Unterschied, dass solange keine medizinischen Probleme festgestellt oder Konflikte innerhalb der Paarbeziehung virulent werden, die Risiken im Prozess des Eltern-werdens in der Regel vom Deutungsmuster ‚guter Hoffnung sein‘ absorbiert werden. Dies ändert sich, wenn relevante Abweichungen von einer normalen Fetalentwicklung festgestellt werden. Dann werden zugleich mit dem vorgeburtlich ermittelten diagnostischen Wissen auch dessen Folgen und kehrseitige Ungewissheiten zum thematisch relevanten Problem.

Die Therapie der im Ultraschall festgestellten Fehlbildung bildet ihrerseits den Kern des medizinischen Umgangs mit der Diagnose. Auf behandelbare und abgesicherte Differenzialdiagnosen, wie im oben dargestellten Fall einer isolierten Gastroschisis, reagiert das klinische Team mit einem konsekutiven Handlungsentwurf, der den werdenden Eltern dargelegt wird und zum Ziel hat, die gesundheitliche Krise des Kindes zu bewältigen. In der vergleichenden Betrachtung der Sprechstunden wurde hier komplementär zur Bandbreite der Befunde ein weiter Horizont therapeutischen Handelns erkennbar. An dessen unterem Rand befinden sich leichte Diagnosen, bei denen offen bleibt, ob nach der Geburt überhaupt medizinisch unterstützt oder eingegriffen werden muss. Dort zeigten sich die Spontangeburt, die zeitliche Flexibilität und Optionalität von Behandlungen und die im Gespräch bereits angedeutete Entlassung aus der Klinik als Signale eines relativ „normalen“ Starts ins Leben. Das Zentrum der pränatalen Sozialität unter den gegebenen Bedingungen ist hingegen geprägt von Fehlbildungsdiagnosen, die behandelt werden müssen, aber in den meisten Fällen auch behandelt werden können. Am Beispiel von Gastroschisis und Steißbeinteratom wurde sichtbar, wie die Professionellen in der Sprechstunde einen Handlungsprozess entwerfen, in dessen Rahmen eine heikle Geburt, darauffolgende Operationen und die intensivmedizinische Versorgung des Kindes richtungsweisende Wegmarken bilden. Diese handlungsorientierte und prozessuale Perspektive trägt als Grundgerüst die Vorstellung eines stark klinisch geprägten Lebensbeginns. Mit Blick auf die forschungsleitende Frage nach den Sinnzusammenhängen, in denen das heranwachsende Kind sozial existent wird, erscheint es hier am weitesten in die Welt der Medizin integriert. Es wird zum Patienten in verschiedenen Arzt-Patient-Beziehungen; sein Körper wird zum Gegenstand unterschiedlicher auf ihn gerichteter Handlungen. Fragilität, Vulnerabilität und Hilfsbedürftigkeit prägen aufgrund der Erkrankung hier viel stärker die Vorstellung vom Kind, als dies vermutlich bei einer vergleichsweise unproblematischen physiologischen Entwicklung der Fall ist. Im Horizont geplanter Behandlungen zeichneten sich überdies die Konturen einer klinisch geprägten Lebenswelt des Neonaten ab. In der ersten Zeit sind tendenziell nicht die Eltern, sondern die Spezialist*innen aus Intensivpflege und Ärzt*innenschaft die nächsten Bezugspersonen des Kindes, übergangsweise müssen Vitalfunktionen des Körpers häufig von Beatmungsschläuchen und Magensonden übernommen werden, während schmerzlindernde Medikamente seine Sinneswahrnehmung dämpfen. Bei einer Gastroschisis muss das elementarste Territorium des kindlichen Selbst – die Grenze zwischen Körper und Umwelt – mit einer sterilen Plastikverpackung gesichert werden, bis der Darm sich vollständig in den Bauchraum

zurückgezogen hat. Zieht man in anderen Fällen den Inkubator und den Raum der Neugeborenenintensivstation in Betracht, werden weitere Umrisse, nicht nur eines Handlungs- sondern eines Lebensortes sichtbar, der die Ankunft des Kindes in der Welt prägt. Bei schweren und infausten Diagnosen, bei denen die Lebensfähigkeit des Kindes zur Disposition steht, ist es dagegen kaum möglich, Ankunftsszenarien zu entwickeln. Angesichts der existenziell offenen Situation, in der manifest ungewiss ist, ob das Kind bis zur Geburt kommt, ob und wie es sie übersteht und inwieweit sein wahrscheinlich schwer erkrankter Körper nach Geburt reelle Behandlungschancen eröffnet, schnurrt in diesen Fällen der Bezug von der Gegenwart der Sprechstunde in die Zukunft auf die Offenbarungssituation der Geburt zusammen. Erst in ihr wird sich zeigen, ob das Kind eine Lebenschance hat.

Eine spezifische Konstellation zwischen diagnostischem Wissen und therapeutischem Handeln ergab sich bei relevanten, aber nicht hinreichend bestimmbar auffälligkeiten. Während auch in diesem Fall die Geburt die entscheidende Demarkationslinie bildet, zeigte sich am Beispiel der unklaren neurologischen Auffälligkeiten eines heranwachsenden Zwillingsskindes, wie die Vermittlung einer professionell sorgenden Haltung im Gespräch dann in den Vordergrund rückt, wenn aufgrund einer unsicheren Diagnose noch keine konkreten Handlungsstrategien ins Feld geführt werden können. Die Aussage der Neonatologin, jedes Kind bekomme bei der Geburt ‚ein Team‘, beschreibt keine therapeutische Handlung, sondern richtet sich vielmehr auf die Bedingungen der Möglichkeit, in der Situation Handeln zu können. Sie transportiert das Versprechen, da zu sein und die bestmögliche Versorgung für beide Kinder sicherzustellen. Auch die spätere Äußerung der Neurologin, die Sorgen um den Zustand des Kindes zu diesem Zeitpunkt erstmal den Ärzt*innen zu überlassen, um sich als Paar etwas zu entlasten, verkörpert eine abwartende, aber aufmerksame und allzeit bereite Einstellung gegenüber der Situation auf medizinischer Seite. Diese Verschiebung vom Handeln zur Haltung bei unsicheren Diagnosen konnte auch in anderen Sprechstunden beobachtet werden. Sie stellt eine Form des Umgangs mit Ungewissheit auf professioneller Seite dar.

Auf der anderen Seite des Arbeitsbündnisses zeichnet sich die Situation für werdende Eltern hingegen grundlegend dadurch aus, dass sie die Erkrankung ihres Kindes selbst nicht aktiv beeinflussen können. Kann die Herausforderung für die Professionellen im Handeln unter ungewissen Bedingungen gesehen werden, wird es eine entscheidende Frage der Interviewanalyse sein, wie Eltern die Ungewissheit über die Entwicklung ihres Kindes erfahren, ohne auf diese direkt handelnd einwirken zu können. Im Verlauf des Kapitels deutete sich demgegenüber an einigen Stellen an, dass vor allem der Mutterleib von den Professionellen, über seine physiologisch versorgende Funktion hinaus, auch als eine elementare und aktive Form der Fürsorge für das eigene Kind gerahmt wird. Unter den Bedingungen beschränkter Handlungschancen auf elterlicher Seite, stellt er gleichsam das alltagsweltliche Pendant zur professionellen Sorge dar.

In der Geburt als Schlüsselereignis wurde wie unter einem Brennglas die Spannung zwischen gemeinsamer Angewiesenheit aufeinander und verschiedener Relevanzen innerhalb des klinischen Arbeitsbündnisses sichtbar. Für die medizinische Seite stellt das Entbinden eine mitunter sehr komplizierte Handlung dar, in der das Zusammenwirken zwischen Geburtshelfer*innen und Neonatolog*innen reibungslos funktionieren muss, um zusätzlich zur Gesundheit der Gebärenden den vulnerablen Körper des zur Welt gebrachten Kindes bestmöglich schützen und versorgen zu können. Die Geburt markiert im perinatologischen Blick auf die Situation eine bedeutsame Schwelle in einem wesentlich größeren Behandlungsprozess, die sich in ein ‚davor‘ pränataler Kontrollen und ein ‚danach‘ von operativen Eingriffen und intensivmedizinischer Versorgung des Kindes einreicht. In der oben dargestellten Szene eines Gesprächs über die Geburt wurde indessen deutlich, dass für werdende Mutter und Großmutter die Geburt im Kern mit dem reziproken und dyadischen Erleben zwischen Mutter und Kind verknüpft ist. Gegenüber der prozessorientierten medizinischen Ordnung stellten sie aus familialer Sicht die Relevanz einer selbstgenügsamen Gegenwart des Geburtserlebnisses heraus, in dem nicht ein ‚Tun‘, sondern das ‚Sehen‘ Existenz und Evidenz der sozialen Ankunft des neuen Familienmitglieds verbürgt. Im Rahmen der Interviewanalysen wird eine entscheidende Frage sein, welche Rolle die Geburt in der elterlichen Erfahrung einnimmt und inwieweit unter den gegebenen Bedingungen die physische Entbindung und die soziale Geburt eines Kindes praxis-, raum- und zeitbezogen auseinanderfallen.

In der vergleichenden Betrachtung der Sprechstunden fungierte die Geburt darüber hinaus als Symbol für den Grad zu erwartender Normalität bzw. Devianz am Lebensbeginn. Bei leichten Fehlbildungen ist in der Regel eine Spontangeburt möglich. Im Gespräch über die Geburt eines Kindes mit pränatal diagnostizierter Lippen-Kiefer-Gaumenspalte zeigt sich in diesem Zusammenhang, wie bei einer medizinisch relativ unproblematischen Situation wieder mehr Spielraum für alltagsweltliche Ansprüche an die Geburt frei werden und die Geburtserfahrung für die werdende Mutter gegenüber den therapeutischen Erfordernissen in den Vordergrund rückt. Die typische Geburt von Kindern mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen erfolgt allerdings geplant per Kaiserschnitt. In vielen Fällen – wie oben dargestellt bei einer Gastroschisis oder einem Steißbeinteratom – muss zusätzlich zur gesundheitlichen Sicherung von Mutter und Kind unter der Geburt vor allem auch darauf geachtet werden, dass außenliegende Fehlbildungen am Kindskörper durch den Geburtsvorgang so wenig wie möglich in Mitleidenschaft gezogen werden. Hier gilt der Primat der Medizin; es kann, aber es muss auch gehandelt werden. Familiäre Begegnungen sind nicht ausgeschlossen, aber abhängig vom Zustand des Kindes. Schwere oder uneindeutige Diagnosen ebnet dagegen die Differenz zwischen Expert*innen und Laien wieder relativ ein. In diesem Fall stellt die Geburt eine Offenbarungssituation für Ärzt*innen und Eltern dar, in der sich erst zeigen kann, welche postnatalen Folgen das pränatale Wissen haben wird.

Anders als im thematischen Feld der Therapie, wo bei hinreichendem Bestimmtheitsgrad der Situation ein Bild der ersten Lebenswochen und -monate des Kindes entstehen kann, erstreckt sich die Prognose auf die Folgen des vorgeburtlichen pathophysiologischen Wissens für das Leben des Kindes insgesamt.

Sie stellt den schwierigsten Part im Zukunftsentwurf aus der Gegenwart der Sprechstunde heraus da. Die grundsätzliche Kluft zwischen pränataler Diagnose und postnatalem Krankheitswert wird mit wachsendem Zeithorizont noch größer, zumal sich dann über die primär somatischen Konsequenzen der Fehlbildung hinaus, auch die Frage nach möglichen psychosozialen Folgen stellt und die Frage nach den Entwicklungschancen eines Kindes insgesamt bereits sehr weit hineinreicht in die Lebenswelt des familialen Alltags, die nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der klinischen Akteure fällt. Wenn die Behandlungen anschlagen, können inzwischen sehr viele Kinder mit angeborenen Fehlbildungen ein Leben ohne gesundheitliche Einschränkungen führen. Bei unsicheren Diagnosen oder notwendigen, aber riskanten Therapien können vor der Geburt jedoch keine belastbaren langfristigen Aussagen zur Prognose für das Kind gemacht werden. Ähnlich wie das Thematisieren von Grenzen des Sichtbaren bei schwierigen sonographischen Verhältnissen, wechseln die Ärzt*innen auch bei Grenzen der Prognostizierbarkeit auf die Metaebene medizinischen Wissens und machen gegenüber den werdenden Eltern ihr methodisches Vorgehen und die Grenzen des prognostischen Schließens transparent. Auch im Rahmen des Aufklärungsgesprächs kann folglich die Thematisierung von Grenzen des Wissens als eine Kommunikationsform auf klinischer Seite betrachtet werden, den anwesenden Paaren die ungewissen Folgen einer Diagnose verständlich zu machen.

In der vergleichenden Betrachtung der Gespräche über das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung lassen sich verschiedene Konstellationen von Diagnose und Prognose unterscheiden: Befunde, bei denen ein weitestgehend normaler Entwicklungsverlauf zu erwarten ist und das Themenfeld ‚Einschränkungen im Alltag‘ als unproblematisch im äußeren Horizont der Situation verbleibt. Davon zu unterscheiden sind Diagnosen, in deren Folge lebenspraktisch spürbare Defizite auftreten können. Lässt die Diagnose genauere Aussagen bezüglich möglicher gesundheitlicher Folgen zu, werden diese von den gesprächsführenden Mediziner*innen erläutert. In Fällen, in denen die diagnostische Situation hingegen nicht hinreichend klar ist, kann nur mitgeteilt werden, dass relevante Auffälligkeiten vorliegen, aber erst nach der Geburt genauer ersichtlich sein wird, welche Auswirkungen die pränatalen Befunde haben können. Bei schweren syndromalen Erkrankungen und infausten Diagnosen bilden hingegen nicht relative gesundheitliche Probleme den Mittelpunkt des Gesprächs, sondern die noch grundlegendere Frage, ob das Kind überhaupt lebensfähig sein wird.

6. Theoretische Konzeptualisierung: Sinnfiguren des Dritten im Spiegel der klinischen Situation

Im II. Teil der vorliegenden Arbeit wurden interdisziplinäre Pränatalsprechstunden als exemplarischer Raum der Ordnungsbildung im Phänomen ethnographisch untersucht. Dabei wurde die klinische Situation (1.) mit der Formierung des interdisziplinären Teams und (2.) dem Vorgespräch über den Fall, der Eröffnungsphase der Sprechstunde (3.), der Ultraschalluntersuchung (4.) und dem Diagnosegespräch zwischen Mediziner*innen und Eltern (5.) in verschiedene Phasen gegliedert, in denen jeweils unterschiedliche Interaktionsordnungen und Kernthemen das Geschehen prägten. Nachfolgend werden die Ergebnisse der ethnographischen Untersuchung in theoretisierender Absicht dargestellt. Im Fokus stehen dabei die Sinnfiguren des Dritten, wie sie im Verlauf der Kapitel sichtbar geworden sind.

Die erste Phase der untersuchten Situation geht dem eigentlichen Kontakt zwischen Ärzt*innen und Eltern noch voraus und besteht, nach der Zusammenkunft der perinatalogischen Disziplinen, im Vorgespräch über den Fall. Mit Goffman stellt diese erste Phase die Vorbereitung auf der Hinterbühne dar, bevor das klinische Ensemble werdenden Elternpaaren in der Öffentlichkeit der Sprechstunde gegenübertritt. In diesem Zusammenhang dient die Fallpräsentation von gynäkologischer Seite zu Beginn dazu, den Wissensstand zwischen den Ärzt*innen anzugleichen und die Kolleg*innen aus den anderen Disziplinen auf den aktuellen Stand zu bringen. Sie beinhaltet die bisherige Geschichte des Falles im Feld der Pränatalmedizin – die im III. Teil als diagnostische Laufbahn der Schwangerschaft aus alltagsweltlicher Sicht wiederkehren wird – und erste diagnostische Gestalten des fetalen Körpers. In der daran anknüpfenden Fallbesprechung wurde die diskursive Arbeit an einer interdisziplinär geteilten Situationsdefinition deutlich, die sich, abhängig von der Komplexität des Falles, zwischen den Polen routinierter Frage-Antwort-Sequenzen zu Detailfragen und Kontroversen bei schwierigen Themen bewegen kann. Kurze Einschätzungen des gleich zu erwartenden ‚Patiententyps‘ durch die leitende Gynäkologin am Ende des Vorgesprächs bildeten schließlich das Übergangsritual in den nächsten Situationsabschnitt.

Analog zur klinikinternen Vorbereitung wurde als zentrale Funktion der Begrüßungsphase in der Sprechstunde herausgearbeitet, dass in ihr ein Rahmen primärer Reziprozität zwischen Professionellen und Eltern als leiblich anwesenden Erwachsenen geschaffen wird. In den rekonstruierten Begrüßungsakten wurden nicht nur fremde Personen füreinander (an)erkennbar, in ihnen spiegelt sich auch insgesamt das Zusammentreffen zweier Welten, die im Schützchen Sinne durch unterschiedliche Relevanzsysteme mit ihren jeweils zentralen Themen, Wissensbeständen und Handlungsmotivationen geprägt sind. Die Begegnung fungiert vor diesem Hintergrund als Ritual, als Ausdrucksgestalt einer „symbolischen Formung“ (Soeffner 2010: 10), die eine Brücke zwischen den Wirklichkeitsbereichen von Medizin und Familie schlägt und dadurch die Spannung zwischen dem gemeinsamen Angewiesensein aufeinander zum Wohle des Kindes und der Perspektivendifferenz in der Situation in sich bindet, ohne sie aufzulösen. Aus ordnungstheoretischer Sicht ist die Wichtigkeit einer gelingenden Eröffnung für das

Folgende kaum zu überschätzen. Sie rekuriert auf die diffuse Seite der Arzt-Patient-Beziehung und kann ein stabiles Fundament im klinischen Arbeitsbündnis schaffen, das hält, wenn im weiteren Verlauf grenzüberschreitende Ereignisse bearbeitet und schwierige Themen besprochen werden müssen. Dieser Rahmen primärer Sozialität bildet die Grundlage, um sich im nächsten Zug dem Ungeborenen zuzuwenden, dessen sonographische Präsenz zwischen konstitutiver Unverfügbarkeit und scheinbar unmittelbarer Gegenwart oszilliert.

Die Ultraschalluntersuchung bildet das Zentrum der klinischen Situation, hier zeichnen sich die medizinischen Relevanzstrukturen des Geschehens am prägnantesten ab. Ziel ist es, im interdisziplinären Blickfeld verschiedener medizinischer Fachrichtungen eine möglichst präzise Differenzialdiagnose über den Entwicklungszustand des Fetus zu erarbeiten. Dazu wird die Persönlichkeit des Dritten nahezu vollständig eingeklammert und sein Körper in Teile zergliedert, um ihn analytisch bearbeiten zu können. Während die Praxis des Schallens als ein interferentes Drei-Ebenen-Modell beschrieben wurde, konnten anhand der beobachteten Ultraschalluntersuchungen drei Präsentationsweisen des Ungeborenen rekonstruiert werden, mit denen es sich dem ethnographischen Blick im Gewand jeweils unterschiedlicher Sinnfiguren zeigt.

Erstens *Diffuse Muster*, die sich in ihrem phänomenologischen Kern durch eine Undurchschaubarkeit des Sichtbaren auszeichnen. Hier heben sich über weite Strecken keine bestimmbar Figuren vom Hintergrund fließender Grautöne am Monitor ab. Diese Präsentationsweise bildet entsprechend die abstrakteste Erscheinungsform des Dritten, die regelmäßig in der Anfangsphase des Schallens sowie beim Übergang zwischen verschiedenen Körperpartien beobachtet werden konnte. Die zweite Präsentationsweise wurde als *Formen und Teile des fetalen Körpers* kategorisiert und nimmt die meiste Zeit während der Untersuchung in Anspruch. Sie bewegt sich konsequent in einem diagnostischen Deutungsschema, das den fetalen Körper in Teile parzelliert, um einzelne Organe im Detail betrachten und morphologisch beurteilen zu können. Vielfältige Einstellungsoptionen am Ultraschallgerät sorgen ihrerseits dafür, dass der fetale Organismus dabei selbst zum Bildraum wird, in dem verschiedene Orte angesteuert und aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet werden können. Liegt – zumindest für den Soziologen als medizinischen Laien – das zentrale Deutungsproblem in der ersten Präsentationsweise noch darin, überhaupt ein bestimmtes Thema in den Griff der Erfahrung zu bekommen, verläuft die Perspektivendifferenz in der Zweiten auf der Ebene der Auslegungsrelevanz. Während sich die Diagnostiker*innen mit zuhandenen anatomischen Typisierungen in den inneren Horizont der Organe vortasten, können der Ethnograph und vermutlich auch nicht wenige Eltern die professionellen Auslegungszüge nur in Ansätzen nachvollziehen. Im Zuge der Elterngespräche wird sich zeigen, dass an diesem Punkt jedoch auch weniger die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des diagnostischen Vorgehens, sondern vielmehr die performativen Anzeichen von ärztlicher Souveränität für den Glaubwürdigkeitsgrad des professionellen Handelns ausschlaggebend sind.

Mit dem Begriff *Symbole des menschlichen Leibes* wurden schließlich ausdrucksstarke Bilder, wie Profilansichten oder ein pumpendes Herz, an den Monitoren im Raum belegt, die das Detektieren eines fetalen Körpers zeitweise umschlagen ließen in das Sich-Zeigen eines Kindes. In diesen Momenten schießt mit Waldenfels das Pathos der Erscheinung über die ordnenden Bahnen der Diagnostik hinaus und es öffnen sich Momente der Begegnung mit dem ungeborenen Kind. Im Rahmen der sonographischen Fehlbildungsdiagnostik bleiben diese Augenblicke jedoch punktuell und stehen nicht im Mittelpunkt des Geschehens. Mit Blick auf die Frage nach den Vorstellungen vom Dritten ergibt sich somit eine unterschiedliche Spannweite der Sinnzusammenhänge im Vergleich der drei Präsentationsweisen. Besteht das Problem in der Ersten darin, überhaupt etwas Bestimmtes in den diffusen Mustern am Bildschirm zu erkennen, dreht sich die Zweite um die medizinische Auslegung des inneren Horizonts einzelner Organe. In der Dritten schließlich gewährt das digital produzierte Bild der Schallgemeinschaft kurzzeitige Begegnungen mit dem Ungeborenen als werdendem Individuum. Auf der Schattenseite dieser verschiedenen Präsenzen wurden jedoch auch spezifische Grenzen des sonographischen Erfahrungsraumes offenbar, die einerseits in den technischen Möglichkeiten des bildgebenden Verfahrens selbst begründet sind, andererseits aber auch durch elterliche Fragen und Appelle in der Situation relevant werden können.

Das anschließende Gespräch zwischen Professionellen und Eltern bildet die Schnittstelle, an der das diagnostisch ermittelte Wissen verständlich übersetzt und bis zu einem gewissen Grad zu einem gemeinsamen Wissen werden muss. Hier verändern sich thematisches Feld und Auslegungsschema der Situation. Die akribische Detektion des Status quo weicht einer prospektiv ausgerichteten Sichtweise und der medizinische Fokus auf das Körperinnere weitet sich zu Entwürfen des Lebensbeginns eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen. Aufgrund der hohen Variabilität der beobachteten Fälle stößt hier auch die theoretische Konzeptualisierung an Grenzen. Mit Diagnostik, Therapie, Geburt und Prognose konnten jedoch zumindest vier Kernthemen des Gesprächs zwischen Ärzt*innen und Eltern rekonstruiert werden. Hierbei wurde auch sichtbar, dass der handlungsorientierten Perspektive der Professionellen vereinzelt ein stärker auf das Erleben des Kindes gerichteter Bezug zur Situation von familialer Seite entgegengesetzt wurde.

Die Diagnosestellung ist geprägt vom regulativen Ideal einer stabilen Fallkonstitution auf dem Fundament einer abgesicherten Differenzialdiagnose. Die in diesem Zuge von den Ärzt*innen entwickelten diagnostischen Gestalten des ungeborenen Körpers sind aus verschiedenen Wissenssegmenten aufgebaut. In ihrem inneren Horizont befindet sich die Morphologie der Fehlbildung – wie der außenliegende Darm bei der Gastroschisis oder der Tumor am Steißbein. Ihr äußerer Horizont umfasst die nosologische Klassifikation des Befundes, seine Abgrenzung gegenüber bzw. mögliche Assoziation mit anderen Krankheitseinheiten sowie statistische Daten zu Häufigkeit, Morbidität und Mortalität der Diagnose und schließlich Informationen zur Erfahrung der Klinik mit ihrer Behandlung. In der vergleichenden Be-

trachtung der Sprechstunden wurde komplementär zur Bandbreite der Befunde auch ein weites Spektrum therapeutischen Handelns erkennbar. An dessen unterem Rand befinden sich leichte Anomalien, bei denen offen bleibt, ob überhaupt eine Fehlbildung im Sinne von Queiser-Luft/Spranger 2006 vorliegt, die nach der Geburt behandelt werden muss. Die typische Situation pränataler Sozialität unter den gegebenen Bedingungen ist jedoch geprägt von Fehlbildungsdiagnosen, die operiert werden müssen, aber in den meisten Fällen auch behandelt werden können. Am Beispiel von Gastroschisis und Steißbeinteratom wurde gezeigt, wie die Professionellen in der Sprechstunde einen Handlungsprozess entwerfen, in dessen Rahmen eine heikle Geburt, darauffolgende Operationen und die intensivmedizinische Versorgung des Kindes neuralgische Punkte in der Entwicklung bilden. Hier erscheint das Ungeborene am weitesten in die Welt der Medizin integriert. Es wird zum Patienten in verschiedenen Arzt-Patient-Beziehungen, sein Körper wird zum Gebiet unterschiedlicher medizinischer Handlungen. Die Konturen einer klinisch geprägten Lebenswelt des Neonaten zeichnen sich ab, in der anfangs tendenziell nicht die Eltern, sondern die Spezialist*innen aus Intensivpflege und Ärzteschaft seine nächsten Bezugspersonen bilden. Bei schweren und infausten Diagnosen hingegen, in denen die Lebensfähigkeit des Kindes fraglich ist, wurde deutlich, dass es hier kaum möglich ist, Ankunftsszenarien zu entwickeln und Verweisungszusammenhänge zu zukünftigen Situationen zu knüpfen. Angesichts der existenziell offenen Situation schnürt in diesen Fällen der Zukunftsentwurf auf die Offenbarungssituation der Geburt zusammen. Eine spezifische Konstellation zwischen diagnostischem Wissen und therapeutischem Handeln ergab sich wiederum bei relevanten, aber nicht hinreichend bestimmbar auffälligkeiten. Wenn aufgrund einer unsicheren Befundlage noch keine präzisen Therapiemaßnahmen in Anschlag gebracht werden können, rückt gegenüber dem Handeln eine professionell sorgende Haltung in den Vordergrund, deren Kern in dem vermittelten Versprechen besteht, vorbereitet und da zu sein, wenn es soweit ist.

In der Geburt als Schlüsselereignis wurde wie unter einem Brennglas die Spannung zwischen gemeinsamer Angewiesenheit aufeinander und verschiedener Relevanzen innerhalb des klinischen Arbeitsbündnisses sichtbar. Für die medizinische Seite stellt das Entbinden hier eine mitunter sehr komplizierte Handlung dar, in der die Fachdisziplinen reibungslos zusammenwirken müssen, um zusätzlich zur Gesundheit der Gebärenden den vulnerablen Körper des Neonaten bestmöglich schützen und versorgen zu können. Im perinatalogischen Blick auf die Situation markiert die Geburt eine bedeutsame Schwelle in einem wesentlich größeren Behandlungsprozess, die sich in ein ‚davor‘ pränataler Kontrollen und ein ‚danach‘ von operativen Eingriffen und intensivmedizinischer Versorgung des Neugeborenen einreihet. Demgegenüber wurde in einem Materialausschnitt deutlich, wie stark für werdende Mutter und Großmutter die Geburt im Kern mit dem reziproken und dyadischen Erleben zwischen Mutter und Kind verknüpft ist. Kontrastiv zur prozessorientierten medizinischen Ordnung stellten sie den familialen Anspruch auf eine selbstgenügsame Gegenwart des Geburtserlebnisses heraus, in dem nicht ein ‚Tun‘, sondern das ‚Sehen‘ Existenz und Evidenz der sozialen Ankunft des neuen Familienmitglieds verbürgt. Im Rahmen der Interviewanalyse wird sich zeigen, dass die Erstbegegnung mit dem Kind aus der Ret-

rospektive in ihrer Bedeutung relativiert wird und andere Eltern-Kind-Situationen für die Familienkonstitution relevanter zu sein scheinen. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Aussicht auf die Erstbegegnung unmittelbar anschließend an die Entbindung in der ungewissen Situation vor der Geburt insbesondere auch deswegen ein familial relevantes Thema darstellt, weil sie einen ‚Rest an Normalität‘ symbolisiert, als eine Art gewissheitsspendender Anker, der in eine manifest kontingent gewordene Zukunft ausgeworfen werden kann.

Auch anhand der medizinischen Äußerungen konnte die Geburt in der vergleichenden Betrachtung der Sprechstunden als Marker für den Grad zu erwartender Normalität bzw. Devianz am Lebensbeginn festgestellt werden. Bei leichten Fehlbildungen ist in der Regel eine Spontangeburt möglich. Im Gespräch über die Geburt eines Kindes mit pränatal diagnostizierter Lippen-Kiefer-Gaumenspalte zeigte sich, wie bei einer medizinisch relativ unproblematischen Situation sich wieder mehr Spielräume für alltagsweltliche Ansprüche an die Geburt ergeben und die Erfahrung für die werdende Mutter gegenüber den therapeutischen Erfordernissen in den Vordergrund rückt. Die typische Geburt von Kindern mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen erfolgt allerdings geplant per Kaiserschnitt, nicht selten korrelieren Fehlbildungen auch mit dem Risiko der Frühgeburtlichkeit oder Kinder müssen früher geholt werden, wenn sich z.B. eine Gastroschisis durch den freiliegenderen Darm im Fruchtwasser intrauterin zu problematisch entwickelt. In vielen Fällen muss zusätzlich zur gesundheitlichen Sicherung von Mutter und Kind unter der Geburt vor allem auch darauf geachtet werden, dass äußere Fehlbildungen durch den Entbindungsvorgang so wenig wie möglich in Mitleidenschaft gezogen werden. Hier gilt der Primat der Medizin, es kann, aber es muss auch gehandelt werden. Familiäre Begegnungen sind nicht ausgeschlossen, aber abhängig vom Zustand des Kindes. Schwere oder uneindeutige Diagnosen ebnet dagegen die Differenz zwischen Experten und Laien wieder relativ ein. In diesem Fall stellt die Geburt die oben genannte Offenbarungssituation für Ärzt*innen und Eltern dar, in der sich erst zeigen kann, wie es um das Kind tatsächlich steht.

Anders als im thematischen Feld der Therapie, wo bei hinreichendem Bestimmtheitsgrad der Situation ein Bild der ersten Lebenswochen und –Monate des Kindes entstehen kann, erstreckt sich die Prognose auf die Folgen des vorgeburtlichen medizinischen Wissens für das Leben des Kindes insgesamt. Sie stellt den schwierigsten Part im Zukunftsentwurf aus der Gegenwart der Sprechstunde heraus da. Die grundsätzliche Kluft zwischen pränataler Diagnose und postnatalem Krankheitswert wird mit wachsendem Zeithorizont noch größer, zumal sich dann über die primär somatischen Konsequenzen der Fehlbildung hinaus auch die Frage nach möglichen psychosozialen Folgen stellt und die Frage nach den Entwicklungschancen eines Kindes insgesamt bereits sehr weit hineinreicht in die Lebenswelt des familialen Alltags, die nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der klinischen Akteure fällt. Wenn die Behandlungen anschlagen, können inzwischen sehr viele Kinder mit angeborenen Fehlbildungen ein Leben ohne gesundheitliche Einschränkungen führen. Bei unsicheren Diagnosen oder notwendigen, aber riskanten Therapien können vor der Geburt jedoch keine belastbaren langfristigen Aussagen zur

Prognose für das Kind gemacht werden. Ähnlich wie das Thematisieren von Grenzen des Sichtbaren bei schwierigen sonographischen Verhältnissen wechseln die Ärzt*innen auch bei Grenzen der Prognostizierbarkeit auf die Metaebene medizinischen Wissens und machen gegenüber werdenden Eltern ihr methodisches Vorgehen und die Grenzen begründbarer Schlussfolgerungen transparent. Auch im Rahmen des Aufklärungsgesprächs kann folglich die Thematisierung von Grenzen des Wissens als eine Kommunikationsform auf klinischer Seite betrachtet werden, den anwesenden Paaren die ungewissen Folgen einer Diagnose verständlich zu machen.

In der Zusammenschau der Gespräche über das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung lassen sich verschiedene Konstellationen von Diagnose und Prognose unterscheiden. Befunde, bei denen ein weitestgehend normaler Entwicklungsverlauf zu erwarten ist und das Themenfeld ‚Einschränkungen im Alltag‘ als unproblematisch im äußeren Horizont der Situation verbleibt. Davon zu unterscheiden sind Befunde, in deren Folge lebenspraktisch spürbare Defizite auftreten können. Lässt die Diagnose genauere Aussagen bezüglich möglicher gesundheitlicher Folgen zu, werden diese von den gesprächsführenden Mediziner*innen erläutert. In Fällen, in denen die diagnostische Situation hingegen nicht hinreichend klar ist, kann nur mitgeteilt werden, dass relevante Auffälligkeiten vorliegen, aber erst nach der Geburt genauer ersichtlich sein wird, welche Auswirkungen die festgestellten Anomalien haben könnten. Bei schweren syndromalen Erkrankungen und infausten Diagnosen bilden hingegen nicht relative gesundheitliche Probleme den Mittelpunkt des Gesprächs, sondern die noch grundlegendere Frage, ob das Kind überhaupt überleben wird.

III. Die Artikulation der Diagnose im elterlichen Erfahrungshorizont: Konturen pränataler Sozialität aus der Retrospektive

Im III. Teil dieser Arbeit werden die Analyseergebnisse der Gespräche mit Eltern dargestellt, bei deren Kind während der Schwangerschaft eine oder mehrere Fehlbildungen diagnostiziert wurden. Anders als bei den rekonstruierten Sinnzusammenhängen pränataler Sozialität aus der interdisziplinären Sprechstunde, in der das interaktive Herstellen von Bedeutungen des Dritten im Vollzug untersucht wurde, steht jetzt die Frage im Zentrum des Erkenntnisinteresses, wie sich die Diagnose in Vorstellungen vom heranwachsenden Kind im elterlichen Erfahrungshorizont über die Zeit artikuliert. Gegenüber der Dominanz medizinischer Themen in der klinischen Situation, geht es jetzt darum, wie sich das Wissen um die Fehlbildung des Ungeborenen im Alltag betroffener Paare auswirkt und eine Schwangerschaft, in der die Bezüge zwischen Familie und Medizin wesentlicher enger und umfangreicher sind, von den betroffenen Paaren erfahren wird.

Im Verlauf des Forschungsprozesses konnten mit vier Familien Gespräche geführt werden. Dabei ergaben sich unterschiedliche Konstellationen im Vergleich der Interviews. Während im ersten Fall das Gespräch mit der Mutter alleine geführt wurde, war im zweiten neben der Mutter das inzwischen knapp elf Monate alte Kind mit dabei. In den beiden anderen Fällen nahm jeweils das Elternpaar an den Gesprächen teil. In einem saß das Kind während des Interviews mit am Tisch und wurde stellenweise auch aktiv in das Gespräch mit einbezogen, im anderen waren nur die Eltern anwesend. Durch diese unterschiedlichen Konstellationen ergaben sich verschiedene Gesprächsverläufe und -anforderungen. Während in dem Interview, das mit der Mutter alleine geführt wurde, diese an einigen Punkten stellvertretend die Sichtweise ihres Partners mitthematisiert hat, entwickelten in den Paarinterviews beide Elternteile stellenweise eine gemeinsame Schwangerschaftsgeschichte. Hier deutete sich stellenweise an, wer in welchen Fragen die Deutungshoheit hat und wer in welchen Kontexten als Repräsentant der Familie gegenüber dem Interviewer als Fremden gegenüber auftritt.¹²² Neben dem unterschiedlichen sozialen Setting der einzelnen Interviewsituationen beinhaltet das Sample auch medizinisch eine relativ hohe Varianz. So wurde ein Gespräch vor dem Hintergrund einer pränatal diagnostizierten und postnatal erfolgreich behandelten Gastroschisis durchgeführt; in zwei Fällen lag pränatal eine Omphalozele¹²³ vor,

¹²² Hier ergeben sich erkennbar Berührungspunkte zur Methodik familiengeschichtlicher Gespräche im Anschluss an Bruno Hildenbrand 2005: 28 ff. Aufgrund des situationstheoretischen Zuschnitts dieser Arbeit und des primär auf die Wechselwirkung zwischen medizinischen und elterlichen Deutungen des Dritten ausgerichteten Erkenntnisinteresses, wurden paarinterne Differenzen und Themenführerschaften im Rahmen der Analyse nicht systematisch verfolgt. Ein stärker paarsoziologisches Forschungsdesign, das z.B. intensiver der Frage nach den spezifischen Anforderungen an Mütter und Väter im Horizont dieser Schwangerschaften nachgeht, wäre indes ein wichtiger Ansatzpunkt für die weitere Forschung.

¹²³ Die Omphalozele stellt, wie die in II. bereits beschriebene Gastroschisis, einen Defekt der vorderen Bauchwand dar, bei dem die Darmschlingen und je nach Umfang der Fehlbildung weitere Organe im Bauchraum, wie z. B. die Leber, in die Nabelschnur vorfallen. Ähnlich wie bei der Gastroschisis werden Kinder mit dieser Fehlbildung häufig noch am ersten Lebenstag operiert, sobald der Zustand des Neugeborenen stabil genug ist. Ziel dabei ist es, die vorgefallenen Organe in den Bauchraum zurückzuverlagern, was manchmal nicht in einem Schritt gelingt. In diesem Fall werden die noch freiliegenden Organe steril mit einer Plastikkonstruktion versorgt. „Hierzu wird ein Plastikbeutel an die Bauchhaut genäht, und die Eingeweide werden darin verbracht [...] Dieser Beutel wird nach oben gerichtet aufgehängt, sodass die Organe durch die Schwerkraft in die Bauchhöhle gleiten können.“ (Reitter/Schlößer 2008: 102) Anschließend ist eine zweite Operation zum Verschluss der Bauchdecke

die ebenfalls gute Behandlungschancen hat, im Vergleich zur Gastroschisis jedoch eine höhere Assoziationswahrscheinlichkeit mit weiteren Fehlbildungen aufweist; im vierten Fall wurden hingegen mehrere schwere Fehlbildungen festgestellt, die vermutlich Teil eines syndromalen Krankheitsbildes waren, an dessen Folgen das Kind kurz nach der Geburt verstarb. In allen Fällen wurden die Elterngespräche mit zeitlichem Abstand erst nach der Geburt geführt. Bei der ursprünglichen Konzeption des Forschungsprojektes waren zwar nach Möglichkeit Gespräche im Schwangerschaftsverlauf vorgesehen, im Feld zeigte sich jedoch schnell, dass dies aufgrund der sehr belastenden Situation für die werdenden Eltern nicht möglich war und unter diesen Umständen forschungsethisch nicht zu verantworten gewesen wäre. Damit war auf der einen Seite die zeitliche Nähe zu den Ereignissen während der Schwangerschaft nicht mehr gegeben. Auf der anderen konnten dadurch jedoch auch Begebenheiten erhoben werden, die erst über die Zeit zu erzählbaren Erfahrungen wurden und im Interview mitgeteilt werden konnten. Insgesamt bildet das Datenmaterial für den III. Teil dieser Arbeit entsprechend ein relativ kontrastives Sample, das als empirische Grundlage für die Rekonstruktion der fallübergreifenden Handlungs- und Deutungsprobleme von Eltern im Zusammenhang mit der diagnostizierten Fehlbildung epistemisch aufschlussversprechend scheint.

Die Darstellung der Forschungsergebnisse des III. Teils ist gegliedert nach den zentralen Themen für Eltern in der Auseinandersetzung mit der Diagnose ihres Kindes, wie sie sich im Zuge der Analyse herauskristallisiert haben. Zunächst wird (1.) der Umgang mit Ungewissheit beleuchtet, der einen Kernbereich der pränatalen Sozialität unter den gegebenen Bedingungen darstellt. Im Gegensatz zu dem im II. Teil ersichtlich gewordenen Komplementärverhältnis zwischen Wissen und Ungewissheit im medizinischen Deutungshorizont, stehen jetzt die alltagsweltlichen Formen und Dimensionen von Ungewissheit im Fokus, wie sie von Eltern beschrieben wurden. Für sie beginnt die belastende Kontingenz bereits mit der ersten Auffälligkeit während der Schwangerschaft. Sie äußert sich in einer offenen, ambivalenten Situation, die verschiedene Bewältigungsversuche in Gang setzt und als erhöhte Aufmerksamkeit die Zeit überdauern kann. Daran anschließend wird (2.) die diagnostische Laufbahn nachgezeichnet, die in allen Fällen deutlich wurde. Mit der Indikation zur weiteren Abklärung auffälliger Befunde schlagen die untersuchten Schwangerschaften einen anderen Pfad ein, der von mehr Terminen bei verschiedenen Ärzt*innen und spezialisierten Kliniken, aufwendigeren Untersuchungen und engmaschigeren Kontrollen geprägt ist. Dieser Weg durch verschiedene Stationen innerhalb des Medizinsystems prägt die elterliche Schwangerschaftserfahrung. In diesem Zusammenhang werden einzelne Untersuchungen und bestimmte Arztfiguren zu richtungsweisenden Knotenpunkten im Erfahrungsablauf. Das 3. Kapitel befasst sich (3.) mit den typischen Mustern des alltagsweltlichen Verlaufs der untersuchten Schwangerschaften, soweit das Material hier Generalisierungen zulässt. Während hier deutlich wird, dass auch Schwangerschaften mit Fehlbildungsdiagnose von einer unauffälligen Anfangsphase geprägt sind, in der einige der von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 rekonstruierten Aspekte pränataler Sozialität thematisiert werden,

notwendig. Die Omphalozele ist in bis zu 60% der Fälle mit Chromosomenanomalien assoziiert. Daher ist bei dieser pränatalen Diagnose eine begleitende invasive Diagnostik vorgeschrieben (ebd.: 95).

zeigt sich, dass sich das thematische Feld der Schwangerschaftserfahrung mit den ersten Befunden grundlegend verändert. Ein besonderes Augenmerk in der Analyse gilt dabei (4.) Erfahrungen von Grenzüberschreitungen und Krisen im Angesicht der Diagnose, die sich in zwei der vier untersuchten Fälle im Datenmaterial andeuten. Unter (5.) werden die Geburtserzählungen dargestellt und Schlaglichter auf die erste Lebenszeit des Kindes geworfen. In diesem Zuge wird offenbar, dass die physische Entbindung und die soziale Ankunft eines Kindes mit Fehlbildungen zeit- raum- und praxisbezogen auseinanderfallen können.

1. Der Umgang mit Ungewissheit

Der Umgang mit multiplen Ungewissheiten, die aus der pränatalen Diagnose folgen, stellt ein zentrales Thema in den Interviews mit betroffenen Eltern dar. In diesem Kapitel wird es in seinen unterschiedlichen Facetten entlang des analysierten Materials dargestellt. Für (werdende) Eltern eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen beginnt die Ungewissheit nicht erst ab einer abgesicherten Diagnose, sondern bereits mit den ersten Auffälligkeiten in der Schwangerschaft. Die Erzählungen in diesem Kontext beschreiben in ihrem thematischen Kern eine offene und ambivalente Situation, die als sehr belastend erfahren wird. Damit verbunden werden in den Interviews auch verschiedene Bewältigungsansätze von Ungewissheit sichtbar, die sich von Versuchen, durch weitere diagnostische Maßnahmen und das Einholen einer zweiten Meinung mehr medizinisches Wissen zu erlangen, über den Austausch mit Eltern, die ähnliche Situationen durchlebt haben, bis hin zu Formen der Verdrängung und der Ablenkung durch bereits vorhandene Geschwisterkinder reichen. Schließlich zeigt sich aus der Retrospektive auch, dass die pränatalen Ungewissheitserfahrungen in drei der untersuchten Fälle postnatal als erhöhte Aufmerksamkeit für Auffälligkeiten am Kind die Zeit überdauern und nur in einem Fall längere Zeit nach der Geburt nicht mehr wirksam zu sein scheinen.

1.1. Artikulationsweisen des Ungewissen in der individuellen Erfahrung

Im ersten Ausschnitt aus dem Material beschreibt die Mutter eines Kindes, das kurz nach der Geburt verstorben ist, ihre Situation nach einer sonographischen Feindiagnostik bei einem niedergelassenen Pränataldiagnostiker. Ihr Frauenarzt hat sie aufgrund der besseren Geräte und der Fortbildung des Arztes für die weiterführende Pränataldiagnostik nach DEGUM II¹²⁴ dorthin überwiesen. Bis zu diesem Zeitpunkt ca. in der 25. Schwangerschaftswoche wurden keine Auffälligkeiten festgestellt; aus der Ultraschalluntersuchung ergeben sich dann Anzeichen für eine Trisomie. In der nachfolgend zitierten Passage

¹²⁴ Bei den DEGUM Stufen I-III handelt es sich um ein Mehrstufenkonzept für Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft, das von der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e. V. (DEGUM), Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe entwickelt wurde und weitestgehend in die Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen wurde. Die erste Stufe DEGUM I entspricht im Wesentlichen der Versorgungsstufe I in den Mutterschaftsrichtlinien und umfasst die Basisultraschalluntersuchung sowie die erweiterte Basisultraschalluntersuchung. „Die Aufgaben der Versorgungsstufen II - III (weiterführende sonographische Differenzialdiagnostik des Feten und ggf. Therapie gemäß den Mutterschaftsrichtlinien) werden vorwiegend von Ärztinnen und Ärzten der Untersucherqualifikation DEGEUM II – III vorgenommen, die zwischenzeitlich in auf PND spezialisierten Schwerpunktpraxen oder klinischen Zentren zu finden sind.“ (Gasiorek-Wiens 2014: 12)

beschreibt die Mutter, wie mit diesem ersten auffälligen Befund die Ungewissheit für sie als Thema schlagartig virulent und die Situation mehrdeutig und ambivalent wird:

Ausschnitt 1: und wie gesagt die worte ich weiß es nicht mehr genau aber es war alles so trisomie //I: m-hm// also alles wie er's sagte (einatmen) ähm die die kopfform und die des //I: ja// profil und wie auch immer es deutet auf ne trisomie hin und ja (atmet aus) und da:: ging eigentlich dann so dieser diese reise durch martyrium ja //I: m-hm// ähm von da an wurde es von diagnose zu diagnose eigentlich (Stimme wird brüchig) immer nur noch schlimmer //I: ja// (atmet ein) und ähm ja (...) und (..) da fing man dann halt an sich eventuell damit abzufinden (Stimme geht hoch) dass:: es halt so is (Stimme geht runter) natürlich stellt man sich dann die frage (Stimme geht hoch) hätte man vielleicht doch die nackentransparenzmessung machen sollen hätte man doch (atmet ein) //I: m-hm// ähm noch ne andere untersuchung also (..) ja: (..) man fängt dann an zu zweifeln und natürlich fragt man sich warum ich //I: m-hm// ja? oder hä:: (..) warum (lachend) hä:: (Stimme höher) ja? und //I: ja// und naja vielleicht irren sich alle ne? //I: ja// also //I: m-hm// so:: (..) (atmet ein) ähm jetzt nicht leichtsinnig und auch nicht ähm mit dem gedanken irgendwann sagt mir jemand es ist alles gut? (..) wobei das so ne innere hoffnung ist die //I: m-hm// so mitschwingt? immer //I: m-hm// ähm sind wir dann zum herrn x und der hat von anfang an g-/ also der war (..) (irritiertes Lachen) der war sehr auf den punkt also der //I: m-hm// war der hat gesagt was auch immer es is (..) sie werden ein leben neben den anderen führen (...) wenn::: das kind überlebt

In der Passage wird sichtbar, wie für die Mutter der Verdacht auf eine Trisomie bei ihrem Kind zum Ausgangspunkt einer „reise durch martyrium“ wird. Zu diesem Zeitpunkt liegt noch keine abgesicherte Diagnose vor. Vielmehr bildet der Bruch mit der Normalität und einer Schwangerschaft in guter Hoffnung den thematischen Kern der Sequenz. Aus der Untersuchung geht für die damals werdende Mutter eine neuartige Situation hervor, die durch Mehrdeutigkeit und Ambivalenz geprägt ist. Welchen latenten Sinngehalt birgt dabei die Metapher der „reise durch martyrium“? Das Reisen ist zunächst mit dem Aufbruch ins Unvertraute verknüpft, dient häufig dazu, Neues zu entdecken und den eigenen Erfahrungshorizont zu erweitern. Ob aus beruflichen oder privaten Gründen setzt es das zeitlich begrenzte Verlassen der gewohnten Umgebung voraus und stellt in seinem Kern eine explorative Form der Welterschließung dar. In der beschriebenen Situation vollzieht sich jedoch eine diametral entgegengesetzte Bewegung. Das Außergewöhnliche wird nicht aktiv und geplant gesucht, sondern es bricht als Fremdes unerwartet in die Mitte des eigenen Lebens hinein und wird im Martyrium zum Leidensweg, auf dem es „von diagnose zu diagnose eigentlich (Stimme wird brüchig) immer nur noch schlimmer“ wird. Setzt man diese Semantik der Reise durch Martyrium noch einmal in Bezug zum zuvor auch in dieser Schwangerschaft wirksamen Deutungsmuster ‚guter Hoffnung zu sein‘, wird deutlich, was für einen radikalen Bruch der erste auffällige Befund für die Mutter in ihrer Erfahrung der Schwangerschaft ausgelöst haben muss. Gleichzeitig deutet sich in der religiösen Semantik, die die Mutter an dieser Stelle wählt, auch eine Transzendenz des Leidensweges an. Das Martyrium könnte hier als Symbol stellvertretend sowohl für eine äußerst dramatische Erfahrung in der Schwangerschaft als auch für die Erfahrung ihrer Überwindung stehen.

Im weiteren Verlauf der Sequenz erzählt die Mutter rückblickend, welche Gedanken der Verdacht auf eine schwere Diagnose des ungeborenen Kindes bei ihr in Gang gesetzt hat. Daraus werden auf der einen Seite verschiedene Dimensionen der Ungewissheit und Versuche, einen Umgang mit ihr zu finden,

sichtbar; auf der anderen zeichnen sie im Zusammenhang das Bild einer mehrdeutigen und ambivalenten Situation, in der divergierende Intentionen jede Einordnung und Orientierung verhindern. So beschreibt sie zuerst den Versuch, sich auf die neue Situation einzustellen – „da fing man dann halt an sich eventuell damit abzufinden“. Diese zeichnet sich bisher jedoch nur durch ihre Devianz von einem unauffälligen Zustand aus, während sie positiv noch kaum bestimmt ist. Inwieweit kann man sich auf den Verdacht einer Trisomie einstellen, zumal auch innerhalb der numerischen Trisomien zwischen einer Trisomie 13 und 18, die in aller Regel nicht mit dem Leben vereinbar sind, und einer Trisomie 21 erhebliche Unterschiede bestehen? Während das Sich-Abfinden bedeutet, eine eingetretene Situation anzunehmen, stellt die Frage, „hätte man vielleicht doch die nackentransparenzmessung machen sollen“ umgekehrt wieder zur Disposition, inwieweit mehr medizinisches Wissen zu einem früheren Zeitpunkt die eingetretene Situation hätte verhindern oder sie zumindest darauf vorbereiten können. Neben dem Hadern zwischen schicksalhafter Annahme und dem Zweifel, ob man im Vorfeld etwas hätte anders machen können, wird mit der eingetretenen Katastrophe unweigerlich auch die Frage nach ihrer Ursache virulent – „man fängt dann an zu zweifeln und natürlich fragt man sich warum ich“. Es geht um eine Ursache, die es möglich machen würde, die eingetretene Krise zwar nicht abzuwenden, aber zumindest zu erklären. Angesichts der Tatsache, dass die medizinischen Ursachen angeborener Fehlbildungen gegenwärtig in vielen Fällen noch unbekannt sind, werden in dieser zentralen Frage Deutungsmuster wie die Macht der Natur, das Schicksal oder die Suche nach einer Schuld bei sich relevant. Schließlich bringt die „innere hoffnung“, dass sich vielleicht doch alle irren könnten, die simultan zu den Versuchen, sich mit einer schweren Diagnose für das eigene Kind abzufinden und der Suche nach einem Grund präsent ist, die radikale Offenheit und Ambivalenz der Situation noch einmal zum Ausdruck. Sie pendelt zwischen den Polen, sich auf eine wahrscheinlich schwere bis nicht mit dem Leben zu vereinbarende Krankheit des Kindes einzustellen und der Hoffnung, dass es sich bei dem Untersuchungsergebnis um einen Irrtum handeln und das Kind doch gesund sein könnte. Auch auf der Zeitebene strahlt die Situation in verschiedene Richtungen aus. Während sich die Fragen nach dem Grund und was man als Paar eventuell selbst hätte anders machen können auf die Vergangenheit beziehen, sind die Hoffnung auf einen irrtümlichen Befund und der Versuch, sich mit etwas abzufinden, auf Gegenwart und Zukunft gerichtet. Mit der Haltung zum noch unsicheren Befund, den Möglichkeiten und Grenzen, die eingetretene Krise durch mehr Wissen abwenden zu können, der Relevanz einer Erklärung für ihr Eintreten und der Hoffnung auf ihre Folgenlosigkeit, werden in dieser mehrdeutigen Beschreibung verschiedene Dimensionen der Erfahrung und des Umgangs mit Ungewissheit sichtbar, die auch noch im weiteren Verlauf des Kapitels thematisch sein werden.

Im nächsten Ausschnitt aus dem Material schildert eine Mutter auf Nachfrage des Interviewers ihre Erfahrungen nach dem ersten auffälligen Befund bei einem Routineultraschall in der 9. Schwangerschaftswoche. Dort wurde ein deutlich verdickter Bauch des Ungeborenen festgestellt und die Schwangere aufgrund des Verdachts auf eine Omphalozele bei ihrem Kind zur genaueren Abklärung an eine Klinik überwiesen.

Ausschnitt 2: I: also wär dann en punkt //M: m-hm// auf den ich gleich gern nochmal ausführlicher //M: m-hm// dann auch //M: ja// kommen würde davor vielleicht nochmal ehm sie hatten das ja jetzt schon angedeutet gehabt (.) ((schluckt) stimme zittert) ehm ja ich sag mal dann mit mit der ersten auffälligkeit bei der also //M: m-hm// also eigentlich bei ner routineuntersuchung //M: ja// bei der niedergelassenen frauenärztin //M: m-hm// und ehm (--) ja und diese ungewissheit und auch die zeit des wartens //M: m-hm// die dann da beginnt //M: m-hm// für eltern könnten sie versuchen: denk is vielleicht auch nicht ganz einfach aber versuchen das nochma so en bisschen (.) zu beschreiben ja was dann was was geht dann in eltern vor wie geht man mit der situation um was ehm-

M: gut ich denk des kann (K: niest) kann jeder äh geht jeder anders mit um //I: ja// also ehm wir s- haben's unterschiedlich gemacht ehm ich wollte eigentlich eher ehm ehm gut die zeit des wartens war jetzt für **uns** dadurch dass es des zweite kind war //I: m-hm// vielleicht gar nicht so schlimm wie wenns des //I: m-hm// erste kind gewesen wär ehm dadurch man ja dann nur noch abgelenkt ist mit dem ersten ehm //I: ja// größeren //I: auch im alltag einfach// ja der ganz normale alltag und dadurch er ja auch nicht im kindergarten war war ich dann den ganzen tag (K: niest) mit ihm daheim und mit ihm auch beschäftigt //I: ja// und hab das soweit erstmal verdrängt also ein bisschen des waren dann nur ehm tage oder auch abende wo man vielleicht dann manche sachen besprechen wollte und äh mein mann dann eher so war dass er für sich als eigenschutz er hat des verdrängt komplett //I: m-hm m-hm// hat er auch selber gesagt er hat gesagt immer ich könnt mit ihm reden aber ehm: andererseits hat er es für sich verdrängt gehabt also es hat nicht so ganz **gepasst** aber er wollte sich halt selber schützen irgendwo //I: ja// damit auch hat er auch selber gesagt so //I: m-hm// (2) aber ehm sonst so die zeit die schlimmste zeit war halt die wirklich ehm (.) die zwei wochen (.) //I: ja// bis zu dem ersten genaueren ultraschall (I: ja) das war also die längste zeit gewesen äh für uns (Stimme zittert) die war ewig weil man dann ja (.) wirklich endlich mal wissen wollte was nun sache ist //I: m-hm// (K: kreischt) und (unv. weil/damit ja) auch nicht mit gerechnet hat dass ehm bei einem routine oder das das einem selber was trifft ehm //I: ja// dass das kind was haben könnte das es krank ist und und und: und man beschäftigt sich ja dann sofort damit ehm (.) ja was könnte sein was könnte noch kommen //I: m-hm// (3) m: müsste vielleicht eine abtreibung sein oder oder oder (2) das weiß man ja alles gar nicht //I: (weicher Tonfall) ja:// aber man tut sich trotzdem mit beschäftigten ja und dann halt die zeit von x-stadt von dem ersten x-städter termin dann (...) während dem urlaub //I: ja// bis nach y-stadt und da des war halt auch nochmal so //I: m-hm// (...) aber wir konnten es halt wirklich dadurch der ehm (K: quengelt) der große //I: m-hm// damit konnten wir uns halt dann gut ablenken damit einfach //I: ja// das war halt irgendwo ein vorteil

An die umständlich gestellte Frage des Soziologen danach, was in Eltern nach der ersten Auffälligkeit vorgeht und wie sie damit umgehen, schließt die Mutter zunächst an die praktische Auseinandersetzung mit der entstandenen Ungewissheit an. Sie stellt dabei den grundsätzlich individuellen Charakter der Situation heraus und korrigiert sich in diesem Zusammenhang noch einmal selbst vom offeneren „ich denk des kann“ zum bestimmteren „geht jeder anders mit um“. Sie expliziert damit gleichsam eine irreduzible Individualität und Besonderheit der Situation als allgemeine Regel.¹²⁵ Was folgt daraus? Zum einen zeigt sich darin eine weitere Facette der Ungewissheit im untersuchten Phänomen. Anders als in den Routinesituationen des Alltags, aber auch als in rituell geregelten außeralltäglichen Ereignissen (z.B. Hochzeiten oder Beförderungen), können werdende Eltern von Kindern mit diagnostizierten Fehlbildungen bisher kaum auf tradierte Handlungsstrategien und Deutungsmuster zurückgreifen. Die Neuartigkeit des Erfahrungsraums, der sich durch die medizinischen Fortschritte aufgetan hat, bedingt auch,

¹²⁵ Zur irreduziblen Individualität im Kontext von Grenzsituationen vgl. Feith/Peter et al. 2020: 237 f. Theda Rehbock rekonstruiert im Anschluss an das existenzphilosophische Situationsverständnis von Karl Jaspers den irreduziblen Subjektbezug sowie die irreduzible Individualität und Totalität als drei wesentliche Strukturmerkmale humaner Situationalität im Allgemeinen, die im Rahmen von existenziellen Situationen besonders deutlich hervortreten.

dass Eltern und Ärzt*innen hier gewissermaßen selbst zu Pionieren werden und - soweit es die Individualität der Erfahrung überhaupt zulässt – allgemein bewährte Umgangsformen mit einer vorgeburtlichen Fehlbildungsdiagnose überhaupt erst schaffen können. Zum anderen verweisen die ersten Äußerungen der Mutter in der zitierten Passage auf die epistemischen Grenzen der soziologischen Untersuchung. Wenn jeder anders mit der Situation umgeht, stößt auch das Erkenntnisinteresse an typischen Umgangsformen eher früher als später an die Schwelle der empirischen Mannigfaltigkeit. Entsprechend gilt es, die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität in der Breite aufzuzeigen, aber mit generalisierenden Aussagen vorsichtig zu bleiben.

Für die interviewte Mutter gründet sich die allgemeine Regel auf ganz konkrete Alteritätserfahrungen bereits innerhalb der Paarbeziehung („wir s- haben’s unterschiedlich gemacht“). In ihrer Beschreibung haben beide zwar versucht, Gedanken an die möglichen Folgen der im Ultraschall festgestellten Auffälligkeit zu verdrängen, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Während sie zu erkennen gibt, dass sie sich durchaus punktuell über die Situation hätte austauschen wollen („bisschen des waren dann nur ehm Tage oder auch Abende wo man vielleicht dann manche Sachen besprechen wollte“), habe ihr Partner die mögliche Erkrankung des Kindes aus „eigenschutz“ vollständig verdrängt. Zeigt dies einerseits noch einmal exemplarisch die irreduzible Individualität im Umgang mit dem pränatalen medizinischen Wissen, liefert die zitierte Passage wie auch der weitere Verlauf des Interviews andererseits auch keine Anzeichen dafür, dass dadurch die Paarbeziehung nachhaltig belastet worden wäre. Vielmehr scheint der Schluss naheliegend, dass das Gemeinsame in der elterlichen Erfahrung hier neben der von beiden zunächst versuchten Verdrängung auch darin liegt, sich wechselseitig in gewissem Maße einen differnten Umgang mit der Situation zugestehen zu können.

Neben der Spannung zwischen Gemeinsamkeit und Differenz in den paarinternen Schwangerschaftserfahrungen, deutet sich in den Äußerungen der Mutter zur Ablenkung durch den „Großen“ ein zweites familiendynamisches Thema im Horizont des Phänomens an. Wird ein Kind mit diagnostizierten Fehlbildungen in eine bereits bestehende Kernfamilie hineingeboren, können – wie in jeder anderen Familie auch – die Ansprüche auf Aufmerksamkeit und Zuwendung zu jedem Kind miteinander konkurrieren. So schildert die Interviewte, wie sie neben dem auffälligen Befund mit dem zwei Jahre älteren Sohn „dann den ganzen Tag (K: niest) mit ihm daheim und mit ihm auch beschäftigt“ war. Im Erzählzusammenhang wird die Konkurrenz durch den Größeren durchaus positiv konnotiert – „aber wir konnten es halt wirklich dadurch der ehm (K: quengelt) der große //I: m-hm// damit konnten wir uns halt dann gut ablenken damit einfach //I: ja// das war halt irgendwo ein vorteil“. Vor dem Hintergrund der zunächst versuchten Verdrängung, bildet die Beschäftigung mit einem bereits zu versorgenden Kleinkind auch ein ganz praktisches Gegengewicht gegen überhand nehmende Ängste um das noch ungeborene Geschwister. Der weitere Verlauf der Sequenz zeigt jedoch ebenso, dass diese Normalität nach dem ersten auffälligen Befund fragil ist und von Sorgen um die Zukunft des zweiten Kindes immer wieder durchbrochen wird.

Im letzten Teil der zitierten Passage schildert die Mutter aus der Retrospektive ihre Erfahrungen der Zeit zwischen dem ersten auffälligen Befund im Rahmen einer Routineuntersuchung und dem ersten genaueren Ultraschall. Die zwei Wochen dazwischen werden zur schlimmsten und längsten Zeit – „die war ewig weil man dann ja (.) wirklich endlich mal wissen wollte was nun sache ist“. Wie in Ausschnitt 1 kommt auch hier wieder der plötzliche und unvermittelte Charakter, mit dem die Sorgen um die Gesundheit des Kindes ins Zentrum der Schwangerschaft einbrechen, als starkes Motiv zum Vorschein. Eine Routineuntersuchung wird unerwartet zur Krise; das abstrakte Wissen um medizinische Risiken im Schwangerschaftsverlauf wird zur konkret durchlebten Gefahr, die auf einmal einen selbst betrifft. Das „und_und_und“ der Mutter im Zusammenhang mit der Frage, was das Kind alles haben könnte, verweist darauf, dass eine einmal geöffnete ungewisse Situation kaum eingegrenzt werden kann – „man beschäftigt sich ja dann sofort damit ehm (.) ja was könnte sein was könnte noch kommen“ – und schlagartig auch worst-case-Szenarien im Raum stehen: „m::müsste vielleicht eine Abtreibung sein oder_oder_oder“. Hier zeigt sich ein zweites Mal, wie fragil das auch in diesen Schwangerschaften zuvor wirksame Deutungsmuster ‚guter Hoffnung sein‘ ist, das gleichsam die außeralltägliche Statuspassage zur Elternschaft nur so lange zu ordnen in der Lage ist, wie sich in Untersuchungen bestätigt, dass nichts Ungewöhnliches zu erkennen und damit alles in Ordnung ist. Bereits im Zuge der ersten Irritationen scheint sich dagegen das thematische Feld der Schwangerschaftserfahrung für die beiden interviewten Mütter grundlegend zu verändern. Auf die Härte des Bruchs im Erfahrungsablauf weist insbesondere der plötzliche und unvermittelte Charakter hin, mit dem im Zuge des ersten auffälligen Befunds ganz andere Themen in den Kern des Geschehens rücken, die Fragen nach dem Grund, Sorgen über das, was noch kommen könnte ebenso wie die Hoffnung, dass alle sich irren und das Kind gar nichts hat.

Im gleichen Interview beschreibt die Mutter auch, wie sich in der Folge die Kommunikation der Schwangerschaft im privaten Umfeld grundlegend verändert hat. Mit Blick auf die zweiwöchige Wartezeit zwischen erstem Befund und genauerer Abklärung erzählt sie:

Ausschnitt 3: M: ja und das war halt schon ne lange zeit gewesen //I: ja das// da waren einige feiern noch äh bei uns daheim ehm privat //I: m-hm// wo wir dann erstmal nichts mehr gesagt haben komplett überhaupt von der schwangerschaft und ehm uns zurückgehalten haben //I: ja// um auch niemand zu verunsichern und zu gucken sie bald weiter geht //I: m-hm// weil wir ja auch nicht wussten was jetzt auf uns zukommt

Während für Hirschauer/Heimerl et al. 2014 das Ende des ersten Trimesters eine entscheidende Wegmarke für die Veröffentlichung der Schwangerschaft im Familien- und Freundeskreis bildet (Hirschauer/Heimerl et al. 2014: 81 f.), werden die noch unklaren Anomalien des ungeborenen Kindes hier zum Auslöser dafür, im Privaten „komplett überhaupt von der schwangerschaft“ nichts mehr zu sagen. Dabei werden in den Äußerungen der Mutter exemplarisch verschiedene Aspekte sichtbar, die fallübergreifend in der Frage nach dem kommunikativen Umgang mit der ungewissen medizinischen Situation relevant werden können. Das handlungsleitende Motiv für die zurückhaltende Kommunikation scheint in dem Umstand zu liegen, sich selbst nicht (mehr) sicher zu sein, wie die Schwangerschaft weitergeht und welche Hiobsbotschaften unter Umständen noch befürchtet werden müssen – „weil wir ja auch nicht

wussten was jetzt auf uns zukommt“. Zeigen die Forschungsergebnisse von Hirschauer/Heimerl et al. 2014, dass Paare im Rahmen einer medizinisch unauffälligen Schwangerschaft diese in der Regel nach einem sicher überstandenen ersten Trimester gegenüber dem engeren sozialen Umfeld öffentlich machen und dieses Schwangerschaftspublikum insbesondere über die Fragen nach Namen und Geschlecht auch am weiteren Schwangerschaftsverlauf partizipiert, ziehen sich die werdenden Eltern im zitierten Ausschnitt angesichts der Krise zurück in die Dyade. Wie etwas nach außen tragen, worüber man selbst noch nichts Eindeutiges weiß und wozu man noch keine eigene Haltung hat? Wie auf Fragen oder betretenes Schweigen von Verwandten und Freunden reagieren, wenn man selbst noch dabei ist, nach einem Umgang mit der plötzlich eingetretenen Ungewissheit zu suchen? Der erste auffällige Befund sorgt, wie in den beiden dargestellten Schilderungen von Müttern deutlich wurde, für einen grundlegenden Einschnitt in die Schwangerschaft, auf den werdende Eltern nicht reagieren können. Der Rückzug in die Paardyade stellt in diesem Zusammenhang jedoch nur eine Variante der Krisenbewältigung unter mehreren prinzipiell möglichen Konstellationen dar. So wurde beispielsweise in anderen Fällen die Beziehung zwischen werdender Mutter und Großmutter im Verlauf der Diagnosen wesentlich enger.

Darüber hinaus scheint es dem Paar in diesem Fall aber auch darum gegangen zu sein, „niemand zu verunsichern“. Diese Äußerung verweist auf die Frage, inwieweit werdende Mütter und Väter in einer für sie selbst schon äußerst belastenden Situation auch noch die Perspektiven von Anderen übernehmen müssen bzw. können und sich Gedanken darüber machen, was Mitteilungen über die ungewisse Schwangerschaftssituation bei Verwandten und Freund*innen auslösen könnten. Umgekehrt setzt jedoch die Möglichkeit, jemanden überhaupt verunsichern zu können, als notwendige Bedingungen auch ein anteilnehmendes Umfeld voraus. In der Beschreibung der Mutter entsteht der Eindruck, dass Angehörige, das „Schwangerschaftspublikum“ in der Terminologie der Mainzer Arbeitsgruppe (Hirschauer/Heimerl et al. 2014: 73 sowie 73 ff.), hier gleichsam auf ‚Stand by‘ gestellt werden und die zurückhaltende Kommunikation des Paares eine Art informatorisches Moratorium erzeugt, bis mehr Gewissheit herrscht. Dies wirft jedoch zugleich die Frage auf, wie lange sich das Auseinandertriften zwischen der Perspektive werdender Eltern und ihrer Angehörigen aufrechterhalten lässt und ab welchem Punkt die wachsende Kluft selbst zum Problem wird, das im weiteren Verlauf wieder kommunikativ eingeholt werden muss. Besonders scharf wird der Kontrast sichtbar, wenn die Interviewte auf die privaten Feierlichkeiten verweist, von denen die Schwangerschaft als Thema ausgeschlossen bleibt. In den Kontext dieser Frage fällt auch die allgemeine Problematik, wie sich Schwangerschaften, die vor dem ersten Befund bereits veröffentlicht wurden und sich im Anschluss kommunikativ bereits verselbstständigt haben, wieder einfangen lassen, nachdem sich die Situation grundlegend verändert hat.

Damit wird hier eine weitere Facette des Umgangs mit Ungewissheit sichtbar, die als Problem der sekundären Übersetzung pränataldiagnostischer Befunde in alltagsweltliche Sozialbeziehungen bezeichnet werden kann. Werdende Eltern stehen nicht nur vor der Aufgabe, für sich selbst einem Umgang mit dem medizinischen Wissen und dessen kehrseitigen Ungewissheiten über die Entwicklung ihres Kindes

zu finden, sondern sie stehen ebenso vor der Frage, wann die veränderte Schwangerschaftssituation, wem gegenüber, in welcher Form mitgeteilt werden soll. Parallel zur eigenen Unsicherheit, wie es weitergehen wird, verweist die Schilderung der interviewten Mutter ebenso auf die Relevanz antizipierter Ansprüche von signifikanten Anderen. Die grundlagentheoretische Arbeit von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 macht deutlich, wie das Schwangerschaftspublikum in aller Regel Anteil am Geschehen nimmt, aber damit verbunden auch Partizipationsansprüche stellt, zu denen sich werdende Eltern kaum nicht verhalten können. Hier zieht sich das Paar nach dem ersten auffälligen Befund zunächst in die Dyade zurück und stellt die Kommunikation nach außen vollständig ein. In einem anderen Fall würde die Schwangere nach einer schweren pränatalen Diagnose am liebsten mit ihrer Mutter einen „) kaffee trinken gehen auf dem marktplatz (2) damits einfach jeder weiß“, um auf diese Weise die kommunikative Kontrolle und Informationshoheit über die Schwangerschaft wiederzuerlangen.

Im nächsten Ausschnitt schildert eine Mutter, bei deren Kind in der Schwangerschaft schwere Fehlbildungen festgestellt wurden, wie sie im Rückblick die Mitteilung des negativen Ergebnisses einer Fruchtwasseruntersuchung erlebt hat. Aus der eindrücklichen Beschreibung wird neben dem bereits dargestellten Motiv der gedehnten Zeit in der Erfahrung auch erkennbar, dass Gewissheit und Ungewissheit in einer Ausnahmesituation nicht mehr graduell, sondern in ihren Extremen erfahren werden und sich innerhalb kürzester Zeit abwechseln können.

Ausschnitt 4: da bin ich dann am übernächsten tag darauffolgend auf diese diagnose zur fruchtwasseruntersuchung wieder zu ihm //I: m-hm// hab des entnommen gegriegt dann ging das auch alles ziemlich schnell (amtet ein) ähm hat nur nen tag gedauert freitag / also des war mittwochs und freitag morgen um acht uhr hat die (.) arztshelferin schon angerufen //I: ah-ja// so ich wusste wenn die anruft is nix (..) (atmet ein) also des war schon irgendwie so //I: m-hm// abgesprochen aber des is //I: Ok// ein: mega film der einem (.) da abläuft wenn's //I: m-hm// telefon klingelt (amtet ein) und ähm //I: des glaub ich// dann geht man dran und das is es sie und dann überlegt man (.) vielleicht hat er nur keine zeit //I: m-hm// dir das schlimme zu sagen ne? also so man is dann net / das sind bruchteile von sekunden in denen man hin- und hergerissen ist zwischen totaler freude weil dann is nix wenn sie anruft und vielleicht ruft sie aber auch nur an weil (.) Auftrag ne? du musst //I: m-hm// weil ich kann nicht oder so (atmet ein) also es war ähm / des war ganz merkwürdig bis sie dann halt sagte dass das des die fruchtwasseruntersuchung unauffällig is //I: ja// also (.) keine trisomie so (.) (atmet ein) was geht da in einem vor ja das is sowas wie: (.) die totale freude dieses kind kommt auf die welt ja jetzt jetzt muss man sich die frage nicht mehr stellen es is nix es is nix das is das //I: m-hm// erste was man fühlt es is nichts //I: hm (bejahend// und ähm (atmet ein) ja:: und die totale erleichterung halt auch da drüber dann ne? //I: ja// und //I: alles// ohne darüber nachzudenken dass (.) es halt das nicht is //I: ja// aber ja auch sehr viel mehr anderes sein kann ne? also des war überhaupt gar nicht (.) das war dann wie gelöscht (lapidarer Tonfall, wie zur Demonstration) fruchtwasseruntersuchung is unauffällig is nix //I: ja// gut und so geht man in die nächste untersuchung (..) und griegt dann halt wieder gesagt (..) es is halt das nicht //I: m-hm// aber es sind tausend andere sachen und was das is (.) keine Ahnung //I: m-hm// aber es is definitiv etwas und so wie er des sieht des war auch noch herr x (amtet ein) ja //I: ok, des war auch noch da// definitiv ja definitiv ähm (.) zu 98 % verstirbt das kind noch im mutterleib also der war sehr genau

In der zitierten Passage schildert die Mutter sehr eindrücklich, wie sich der Anruf der Arzhelferin und das negative Ergebnis der Fruchtwasseruntersuchung in ihrer Erfahrung niedergeschlagen haben. Das thematische Feld ihrer Erzählung ist geprägt vom Pendeln zwischen Extremen. Die „bruchteile von sekunden in denen man hin- und hergerissen ist zwischen totaler freude“ und der Angst, dass auch die

Arzthelferin ihr „das schlimme“ mitteilen könnte, lassen erahnen, mit welchen radikal gegensätzlichen Affektionen Eltern hier teilweise simultan zurechtkommen müssen und wie fundamental existenzielle Ereignisse während der Schwangerschaft sonst fraglos gültige Gewissheiten außer Kraft setzen können. Im Zweifel der Mutter, ob nicht auch, entgegen der Absprache, ihr die Arzthelferin die Hiobsbotschaft einer Trisomie bei ihrem Kind überbringen wird, verschafft sich auch die Unsicherheit darüber ihren Ausdruck, welcher Wirklichkeit man noch trauen darf, wie glaubwürdig zuvor getroffene Situationsdefinitionen noch sind. Welche Bedeutungen birgt in diesem Kontext die Aussage, „des is //I: Ok// ein: mega film der einem (.) da abläuft wenn's //I: m-hm// telefon klingelt“. Die Mutter beschreibt hier, wie sie sich für einen Augenblick als Zuschauerin des eigenen Erlebens wahrnimmt, in dem sich gerade etwas Fundamentales abspielt, das sie jedoch selbst nicht in der Hand hat. Des Weiteren verweist der Film auf das Verschwimmen von Realität und Fiktion, das sich in der gedehnten Zeit („bruchteile von sekunden“), dem Hin- und Hergerissen-Werden zwischen zwei Extremen und in der doppeldeutigen Figur der Arzthelferin artikuliert. Schließlich stellt ein Film einen relativ geschlossenen Sinnzusammenhang dar und liefert Anhaltspunkte, wie derartig einschneidende Ereignisse, wie eine Diagnosemitteilung, in die Erfahrung eingehen. Wenn sich in Sekundenbruchteilen ein mega Film abspielt, zeigt dies einen radikalen Bruch in der Kontinuität des Erfahrungsablaufs an, der nicht nahtlos an das Vorangegangene angeschlossen werden kann. Diese These wird zusätzlich dadurch gestützt, dass die Erzählung mit dem Klingeln des Telefons von der Vergangenheit in die Gegenwart wechselt und sich dadurch sprunghaft die Distanz zum damaligen Geschehen verringert.

Im zweiten Teil von Ausschnitt 3 beschreibt die Mutter, wie das negative Ergebnis und mit ihm die „totale freude“ darüber, dass ihr Kind auf die Welt kommen wird, bis zur nächsten Untersuchung alles überlagert, „ohne darüber nachzudenken dass (.) es halt das nicht is //I: ja// aber ja auch sehr viel mehr anderes sein kann ne?“. In ihrer Erfahrung dieser Schwangerschaftsphase scheint es streng genommen nur zwei Annahmen zu geben. Das mehrfach wiederholte „es is nix!“ und „das schlimme“. Diese beiden Extreme dominieren die Erfahrung, ohne dass Zwischenstufen zwischen ihnen ersichtlich wären. Sie sind der Motor einer „Achterbahnfahrt der Gefühle“, die die Mutter an einer anderen Stelle im Interview beschreibt. Wenn Zwischentöne und Differenzierungsgrade im Zuge existenzieller Krisen zunehmend verschwinden, können daraus Schwierigkeiten für die Verständigung zwischen Mediziner*innen und Eltern entstehen. Während die Perspektive der Mutter zwischen ‚es ist nichts und es ist etwas Schlimmes‘ pendelt – die Gute wie die schlechte Nachricht eint hier dennoch das gemeinsame Merkmal der Gewissheit – bestimmt das fragmentarische Wissen den Alltag der pränatalen Diagnostik. Aus professioneller Sicht besteht der Normalfall darin, dass etwas von einer normalen Fetalentwicklung abweicht, dieses Etwas häufig aber erst über einen längeren Zeitraum mit verschiedenen diagnostischen Maßnahmen bestimmt werden kann. Demgegenüber ist der Drang nach schneller Gewissheit aus der elterlichen Perspektive viel stärker, worauf auch die weiter oben bereits in Ausschnitt 2 zitierte Sequenz verweist. Hier wird die belastende Dauer einer zweiwöchigen Wartezeit bis zum nächsten Termin dadurch be-

kräftigt, dass die Interviewte „wirklich endlich mal wissen wollte was nun sache ist“. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit Eltern noch nicht eindeutige Zwischenbefunde – etwa in der Form: ‚wir sehen Etwas; das, was wir dachten, ist es nicht, aber es könnte etwas anderes sein‘ – in ihre Perspektive übersetzen und mit Sinn versehen können. Hier gelingt es der Mutter zwar retrospektiv, in der Reflexion des vergangenen Erlebens, zwischen ihrem verabsolutierenden „es is nix“ und der de facto wesentlich komplexeren Wissensstruktur der Situation zu differenzieren, während sie unter dem Druck der damaligen Gegenwart von einem Extrem ins andere gefallen sein muss, wenn sie bei der nächsten Untersuchung mitgeteilt bekommt, dass ihr Kind mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit noch im Mutterleib versterben wird.

1.2. Der elterliche Umgang mit Ungewissheit

Vor dem Hintergrund dieses Spektrum an Ungewissheit und Ambivalenz, das im bisherigen Verlauf des Kapitels sichtbar geworden ist, stellt sich die Frage nach konkreten Handlungen von Eltern, mit denen sie versuchen, der existenziell offenen Situation entgegenzuwirken. Im weiteren Verlauf des Interviews beschreibt die Gesprächspartnerin aus Ausschnitt 3, welche Ratgeber für sie nach den ersten verheerenden Diagnosen wichtig wurden und welche Fragen für sie damals im Zentrum standen.

Ausschnitt 5: M: ja (1) ähm nach den ersten (..) verheerenden diagnosen (..) die ja dann im grund bei herr x wirklich angefangen haben //I: m-hm (bejahend// der ganz genau ges- / sagen konnte das ist nicht das ist nicht ne? oder das ist //I: m-hm// nicht richtig und so (atmet ein) ähm ab dem zeitpunkt war mister google unser bester freund //I: m-hm// heute rate ich jedem davon ab (lacht) ähm (..) ähm ich glaub des macht's noch schlimmer also (..) natürlich tut man das (..) ne? und man beliest sich und gehts anderen genauso und //I: m-hm// wie ist es denn bei denen ausgegangen man möchte wissen wie's ausgeht //I: m-hm// man will gar nicht wissen was isses denn jetzt genau / also so ne? //I: m-hm// es kann das sein es kann das sein ok ne? gut damit können wir leben damit können wir leben das wird schwer aber griegen wir schon griegen wir schon //I: m-hm// ne? des dann so dieses ja man man baut sich so ne kleine eigene welt //I: m-hm// ja? (amtet ein) ähm in der vorstellung wie's dann denn sein könnte (2) ähm die vorstellung dass das kind so krank ist dass es ähm vielleicht wirklich nichts tun kann ne? also dass es dass sie vielleicht irgendwann heimkommt aber da auch nu::r gepflegt werden muss im im pflegebett liegt womöglich ne pflegekraft von außen kommen muss oder so ne? (atmet ein) ähm da / das sind all diese sachen die einem da: natürlich durch den kopf gehen und die man auch bespricht //I: ja// und eben ähm ähm auch bespricht möchte man das (..) und ähm (2) ja möchten wir das für unser kind //I: m-hm// möchten wir das für uns was bedeutet das (..) ja und ähm (..) isses dann vielleicht doch ein leben neben den anderen weil was macht / was was tut man dann ne? man //I: m-hm// ähm natürlich liebt man das kind natürlich lässt man das nicht allein natürlich tut man alles was notwendig ist aber (..) ist das sinn und zweck also is //I: m-hm// is das das was (2) was wir leben wollen ne? und ähm und ähm und was wir unserm kind wünschen ne natürlich nicht aber (atmet ein) ja (..) hat man platz für so nen pflegebett also des sind alles so sachen natürlich ähm ähm kann ich von diesen ganzen kleinen gedanken jetzt auch nur von mir sprechen //I: m-hm// mein partner und ich zwar haben sehr viel da drüber gesprochen und er war eigentlich immer der der gesagt hat ich will jetzt wissen was da is (atmet ein) ähm (..)

Die zitierte Passage aus dem Gespräch zeigt eindrücklich, dass die Interviewte grundsätzlich den Weg des Wissenserwerbs einschlägt und sich aktiv mit ihrer Situation auseinandersetzt. Diese Erkenntnis ist keineswegs trivial. Bereits im weiter oben dargestellten Fall einer anderen Mutter wurde die anfängliche

Abwehr der in die Lebenswelt eindringenden pränatalmedizinischen Erkenntnisse als eine weitere Umgangsform mit der Situation erkennbar, ebenso verweisen Erfahrungsberichte betroffener Eltern im Kontext der pränatalen Diagnostik allgemein auf den Rückzug als eine Form der Responsivität auf ein existenzielles Widerfahrnis, die bei länger anhaltender Dauer selbst pathologische Wirkungen zeitigen kann.¹²⁶ Hier beschreibt die Mutter hingegen, dass „mister google unser bester freund“ nach den ersten „verheerenden diagnosen“ wurde. Die global führende Suchmaschine kann dabei als Inbegriff für das Internet als Informationsquelle gesehen werden, das mit spezifischen Vorteilen, aber eben auch Nachteilen verbunden ist. Einerseits ist der Zugang zu Informationen im World Wide Web sehr niederschwellig. Er kann vom heimischen Schreibtisch aus erfolgen; es sind keine Termine bei zeitlich begrenzt verfügbaren Expert*innen notwendig. Des Weiteren finden sich im Netz Einträge zu nahezu jedem Thema, sodass nur äußerst selten die Situation eintritt, keine Resonanz auf die eigene Suche zu erfahren. Schließlich bietet das Internet werdenden Eltern die Chance, sich selbst aus der Position aktiv Recherchierender mit der Diagnose zu befassen und sich ihre Situation anzueignen, während sie in der klinischen Situation, wie im vorangegangenen Teil II dieser Untersuchung erkennbar wurde, zwar auch Fragen stellen können, über weite Strecken doch primär Adressaten medizinischer Aufklärung sind. Diesen Autonomievorteilen des Internets stehen jedoch andererseits auch gewichtige Nachteile gegenüber, die für die interviewte Mutter im Rückblick überwiegen. Mit ihrem „heute rate ich jedem davon ab“ formuliert sie sehr bestimmt eine allgemeine Regel aus der gewonnenen Erfahrung, nach der es das Internet „noch schlimmer“ macht. Sie geht hier nicht näher auf die Gründe für ihr Urteil ein. Ruft man sich den Verweis des Kinderchirurgen in der Pränatalsprechstunde in Erinnerung, nach dem im Internet alle möglichen Komplikationen aufgeführt seien, liegt es jedoch nahe, dessen großen Nachteil im dekontextualisierten Charakter des Wissens zu sehen. Mannigfaltige Verläufe zu unterschiedlichen Diagnosen aus verschiedenen, hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit häufig nicht überprüfbaren Quellen im Netz lassen sich nicht ohne weiteres auf die eigene Schwangerschaftssituation anwenden. Vielmehr entsteht ein Konvolut an disparaten Szenarien, ohne eine ordnende Instanz, die gewichten, einordnen und wahrscheinlichere ebenso wie unwahrscheinlichere Folgen einer Diagnose aufzeigen könnte. Indem die Interviewte ergänzt, „natürlich tut man das (.) ne?“, macht sie gleichwohl deutlich, dass für sie die Suche nach Gewissheit im Internet trotz allem unumgänglich war, wenn sie auch, wie das Sich-Belesen, nicht hinreicht, um die eigene Situation zu bestimmen.

In ihrer Gegenüberstellung der Fragen, „man möchte wissen wie's ausgeht“ und „was isses denn jetzt genau“ wird in eine grundlegende Differenz zwischen der elterlichen und der medizinischen Sicht auf das Geschehen offenbar. Das Deutungsproblem der Mutter ist genuin zukunftsbezogen. Für sie war aus der Retrospektive damals weniger die Frage nach der objektiven Diagnose entscheidend, sondern eine Antwort darauf, für welchen Ausgang die Diagnose sorgen wird. Die Relevanz dieser zweiten Frage wird in ihrer Beschreibung der „kleine[n] eigene[n] welt“ deutlich, die sie sich „in der vorstellung [baut]

¹²⁶ Vgl. dazu exemplarisch die gesammelten Erfahrungsberichte in Strachota 2006.

wie's dann denn sein könnte“. Hier zeigt sich ein weiteres Mal, wie Grundelemente der subjektiven Lebenswelt durch die vorgeburtliche Krise ins Wanken geraten und zur Disposition stehen können. Im Angesicht einer lebensbedrohlichen Erkrankung des eigenen Kindes wird die sonst selbstverständliche Annahme, dass es überhaupt eine Zukunft geben wird, mit einem Schlag fraglich und die grundsätzliche Offenheit des Lebens zur konkreten Ungewissheit. Die ‚Treiber‘ der Alltagspraxis des Immer-so-weiter und Ich-kann-immer-wieder, die für Schütz die Kontinuität der Lebenswelt ebenso stiften wie die Möglichkeit, wirkend in sie einzugreifen, werden in der Frage danach, wie es ausgeht, selbst problematisch.

Dabei handelt es sich um eine Frage, auf die die Medizin vor der Geburt, wie bereits im Kontext der Sprechstunde gezeigt wurde, nur sehr begrenzt Antworten geben kann. Für die professionelle Sicht auf das Geschehen liegt die zentrale Frage demgegenüber zunächst im gegenwartsbezogenen „was isst denn jetzt genau“. Erst aus einer abgesicherten Differenzialdiagnose lassen sich prognostische Erwartungen einigermaßen sicher ableiten. Dass die von der Interviewten in Ausschnitt 3 thematisierten Kernfragen, ‚was ist‘ und ‚was wird daraus folgen‘ indes nicht nur eine Differenz zwischen alltagsweltlicher und medizinischer Perspektive auf die Schwangerschaft widerspiegeln, sondern sich auch als unterschiedliche Relevanzsetzungen innerhalb des Paares niederschlagen können, zeigt sich zum Ende des Ausschnitts, wenn die Mutter nach der Beschreibung der subjektiven Zukunftsszenarien – als Antworten auf die Frage ‚wie wird es ausgehen‘ –, zu dem Schluss kommt, „mein partner und ich zwar haben sehr viel da drüber gesprochen und er war eigentlich immer der der gesagt hat ich will jetzt wissen was da is“.

Neben der Frage, wie man sich als werdende Eltern zur Welt medizinischen Wissens verhält, inwieweit man versucht, es sich aktiv anzueignen oder abzuwehren, zeigt ein weiterer Ausschnitt aus dem gleichen Interview exemplarisch, wie Schicksalsgenossen*innen relevant werden können, wenn es darum geht, sich aus der alltagsweltlichen Perspektive der neuartigen Situation anzunähern. So schildert die Mutter wenig später im Gespräch auf die Nachfrage des Soziologen, ob sich das soziale Umfeld der Schwangerschaft durch die Diagnose verändert hat:

Ausschnitt 6: freundeskreis oder gesellschaftlich hat nicht nicht wahnsinnig viel verändert (.) //I: m-hm// das kann ich jetzt so nicht sagen natürlich sucht man nach denen die eventuell das gleiche schicksal irgendwie teilen:: //I: ja// (atmet ein) ähm wie ham die das erlebt wie gehn die damit um ähm was pass / was kommt noch woran ich jetzt vielleicht noch gar nicht denke //I: ja m-hm// und was was bedeutet das für mich und hilft mir das vielleicht (2) irgendwie besser damit umzugehen //I: m-hm// (atmet ein) und ähm ja so (.) kommt man dann in in das war ein internetforum //I: ja ja// muss ich dazu sagen aber ich hab mit der mit der betroffenen person dann halt auch geschrieben bei denen is das jetzt auch schon ein moment her aber die hat gesagt ähm (..) pure liebe fertig mehr mehr kann sie gar nicht dazu sagen //I: m-hm// es ist einfach die die liebe zu dem kind was sie sich gewünscht **haben** und **ja:** es es darf nicht **leben** also oder es konnte nicht überleben //I: ja// aber ähm aber es ist da und es ist halt so lang da wie es halt **da** ist //I: ja// und diese Zeit ja also die ham auch die haben von schwangerschaftsschooting über (amtet ein) also im grunde alles **ganz normal** durchlebt ja? //I: m-hm// also da gibts bilder von denen nach der geburt mit dem (atmet ein) schon verstorbenen kind auch im arm ähm wo nur der kopf verdeckt ist weil auch das kind ähm schwere Fehlbildungen //I: m-hm// hatte am kopf (..) ähm dass das halt auf dem bild so nicht unbedingt dann ne? wenn wenn man sich so ein bild zu hause //I: ja// aufhängen möchte oder so //I: ja ne is kla// muss ja nicht jeder gleich (leicht lachend gesprochen) schockiert sein muss ich jetzt einfach dazu sagen ja? //I:

m-hm// ähm (2) ä d // (seufzt) die die sitzen da mit dem mit dem:: verstorbenen kind im arm und **lachen** (..) jaa:? //I: m-hm// und das (..) das hat mir sehr viel mut gemacht //I: m-hm m-hm// also das war sowas wo ich dann gesagt hab ja mein gott (..) ja das is (.) schuldigung der (Stimme wird brüchig) scheiß lauf des Lebens //I: m-hm// ja? und das ist jetzt halt ein teil von **uns** von unsrer geschichte //I: m-hm// je das gehört jetzt halt dazu

Während der Ausschnitt in Gänze weiter unten ausführlich interpretiert wird, soll hier der Blick auf einen weiteren zentralen Aspekt des Umgangs mit Ungewissheit in der Praxis gelenkt werden: Die Relevanz von „denen die eventuell das gleiche schicksal irgendwie teilen:“ Die Mutter beschreibt, wie andere Eltern mit ähnlichen Erfahrungen dabei behilflich sein können, mit der Ungewissheit in der eigenen Schwangerschaftssituation umzugehen. Doch worin besteht diese Hilfe? Die Fragen im zitierten Ausschnitt beziehen sich im Kern auf die Aneignung der medizinischen Situation in den Bahnen des alltagsweltlichen Relevanzsystems: „wie ham die das erlebt wie gehn die damit um ähm was pass / was kommt noch woran ich jetzt vielleicht noch gar nicht denke //I: ja m-hm// und was was bedeutet das für mich und hilft mir das vielleicht (2) irgendwie besser damit umzugehen“. Wie man eine Situation erlebt, welche Haltung man zu ihr einnehmen kann und worin ihre individuelle Bedeutung im Horizont der eigenen Biographie bestehen wird, sind Fragen, die den praktischen Prozess von Erfahrungsbildung rekapitulieren. Die semantisch auffällige Spannung in der Formulierung „eventuell das gleiche schicksal irgendwie teilen“ drückt dabei aus, dass es einen gemeinsamen Kern der Erfahrung für betroffene Eltern gibt, ohne dass die Erfahrungen insgesamt identisch wären. Vielmehr scheinen die ähnlichen Erfahrungen von Schicksalsgenoss*innen dabei zu helfen, nach dem Eintritt der Krise erste Sinnzusammenhänge im Bezug zur eigenen Situation anzulegen und die Intentionalität in einer neuartigen Situation zu orientieren. Das „hat mir sehr viel mut gemacht“ unterstreicht die ordnende Kraft des Exemplarischen in den Geschichten anderer Eltern. Sie zeigen der interviewten Mutter ganz konkret und unzweifelhaft, dass auch nach einer schrecklichen Diagnose für das eigene Kind das Leben weitergeht und trotz der Trauer um den frühen Verlust die gemeinsame Zeit auch als sehr schön und intensiv erfahren werden kann. Mut wird in der Regel dann thematisch, wenn es darum geht, sich Herausforderungen zu stellen, sich Neuartiges anzueignen und schwierige Situationen durchzustehen. Er verkörpert eine andere Haltung zur Situation als das zeitweilige Sich-Verlieren in Schreckensszenarien, das die Mutter in Ausschnitt 4 beschreibt. Mut als Haltung impliziert einen wirksamen Bezug zur Welt, der in den ersten Antworten auf das Widerfahrnis der Diagnose verloren gehen kann. Im Zuge der Wiederannäherung an die Welt können Schicksalsgenoss*innen als Zeug*innen einer ähnlichen Erfahrung eine zentrale Rolle spielen.

1.3. Der lange Schatten von Ungewissheitserfahrungen

Nachdem dargestellt wurde, wie Ungewissheit im Horizont einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose zum dominanten Thema wird und auf welcher unterschiedlichen Weise betroffene Eltern versuchen ihr entgegenzutreten, soll im letzten Abschnitt des Kapitels der soziologische Blick auf die Frage gelenkt werden, inwieweit und in welcher Form Erfahrungen von Ungewissheit aus der Schwangerschaft nach der Geburt und Entlassung des Kindes fortwirken. Im folgenden Ausschnitt aus dem Datenmaterial schildert eine Mutter die erste Zeit mit dem Kind zu Hause, in der sie „nur am gucken“ war.

Ausschnitt 7: I: war des war des insbesondere dann in der **ersten zeit** als ihr zuhause wart so dass da //M: ja (.) ja// es immer gerattert hat sag ich mal //M: hmh// wie hat sich das dann

M: meistens beim wickeln ich hab da immer ganz genau den bauch alles kontrolliert dass **ja** alles gleich ist weil der kinderarzt gleich gesagt hat immer gucken falls irgendwas **auffällig** is ja ich war dann aber **nur** am gucken oh gott ist das jetzt ein zentimeter breiter draußen ist das jetzt (verstellte stimme) ah hab ich gesagt hier ich werd noch bescheuert (.) und da hab ich gesagt so kann ich das nicht weiter machen und (.) jetzt beim wickeln ich guck und sag zeig mal der mama dein bauchi un zeige mal (verstellte stimme) und dann dreht sie sich und (.) ja und dann guckt man halt und (.) aber nicht mehr **so** (.) dass man jetzt bei **jedem** wickeln nur noch da hinterher is und guckt (scharfes einatmen, geräusch des schrecks) da **könnte** irgendwas sein (.) ne

V: na gut ab und zu müssen wir schon nochmal

M: gucken ja aber (.) nicht mehr so übertrieben wie am anfang (uv, brauche die pampers aus?(schweres atmen) da hab ich mir egebildet hier die seite wär en bisschen dicker hab dann mit dem doktor bruchner telefoniert sacht er nee komm vorbei wir gucken nach (.) und da sagt er ne ne is nix die ga-manchmal wachsen sie ja auch einfach ein bisschen ungleichmäßig und da sagt er is nix alles gut (.) und da hab ich gedacht ich kriege verfolgungswahn (.)

I: gabs da (.) so bestimmte dinge an die ihr euch erinnern: könnt die dann geholfen haben also dass man sich da auch äh dann immer wieder auch selber quasi zurückgeholt und gesagt hat ja jetzt nicht verrückt machen und irgendwann hat sichs ja dann (.) also anscheinend auch **normalisiert** so ein stück weit dass man zwar immernoch **guckt** (.) //M: hmh// ähm (.) aber jetzt nicht mehr so sag ich mal so dieses extreme kopfkino einsetzt //M. hmh// ä:h es könnte was sein es ist auch gleich was ganz **schlimmes** wenn irgendwas nicht aussieht wie es //M: ja// jetzt sonst wie- gabs da bestimmte dinge wo ihr (.) also die dann **hilfreich** waren einfach so oder hat es gereicht sich das äh sich selber quasi z-dran zu erinnern und sich das zu sagen so aja warum solln wir uns verrückt machen wenn man eh nicht

M: also ich hab dann wirklich immer gesagt es kann tatsächlich irgendwas passieren dass sie morgen dann (.) **unfall** oder sonst irgendwas hat und dann äh (.) hab ich auch kein gesundes //V: hmh// kind mehr dann is es auch kaputt praktisch (.) des war so

V: und die zeit macht vergesslich darf man auch nicht vergessen (.) es ist genauso wie beim berühmten fleck an der wand den sieht man dann irgendwann nicht mehr so (.) aso (.) man gewöhnt sich dran (.)

Die Ungewissheit wirkt hier als erhöhte Aufmerksamkeit für eine stets im Horizont schwelende potentielle Gefahr auch nach der Entlassung des Kindes noch eine ganze Zeit lang fort. Die Mutter erinnert sich an ihre ständige Alarmbereitschaft in den ersten Wochen und Monaten mit dem Kind zu Hause, die sich in der individuellen Erfahrung insbesondere mit dem Wickeln verknüpft: „meistens beim wickeln ich hab da immer ganz genau den bauch alles kontrolliert dass ja alles gleich ist weil der kinderarzt

gleich gesagt hat immer gucken falls irgendwas auffällig is ja ich war dann aber nur am gucken“. Das Wickeln stellt eine regelmäßige, unmittelbar körperbezogene Tätigkeit dar, die zudem in den Kontext elterlicher, und hier mütterlicher Sorge fällt. Dadurch erscheint es naheliegend, dass eine erhöhte Aufmerksamkeit auf mögliche Auffälligkeiten im Nachgang der erfolgreich operierten Omphalozele besonders hier zum Tragen kommt. Das „gucken“ stellt über eine längere Phase einen zentralen Bestandteil der Alltagserfahrung dar, der auch zum Zeitpunkt des Interviews, ca. ein Jahr nach der Geburt, noch deutlich präsent ist. In diesem Zusammenhang wird deutlich, wie die Mutter selbst in die Rolle einer Diagnostikerin gerät, die den Bauch ihres Kindes beim Wickeln detektiert. Im Unterschied zum Professionellen fehlen ihr jedoch einerseits geeignete Messinstrumente und ein hinreichend valides Auslegungsschema, nach dem sie beurteilen könnte, wann eine erkannte oder vermutete Auffälligkeit auch tatsächlich problematisch ist. Andererseits legt sie sich zugleich eine hohe Deutungsverpflichtung auf, „weil der kinderarzt gleich gesagt hat immer gucken falls irgendwas auffällig is“. Diese zugespitzte Lage aus fehlendem Interpretationsschema bei gleichzeitig hoher Deutungsverpflichtung artikuliert sich in der mitgeteilten Erfahrung als dauerhaft vorhandene, potenzielle Gefahr, die sich beim Wickeln bemerkbar macht und im ‚Verfolgungswahn‘ von der Mutter auf einen Begriff gebracht wird. Das Verfolgt-Werden verweist auf den Widerfahrnischarakter des Geschehens, in dem etwas auf die Mutter zukommt, sie von einer Gefahr heimgesucht wird. Interessant dabei ist, dass sie die Gefahr sprachlich auf sich bezieht und nicht in erster Linie auf ihr Kind: „und da hab ich gedacht ich kriege verfolgungswahn“. Die Positionen von Patientin und Mitbetroffener scheinen nahtlos ineinander überzugehen. Der Wahn wiederum deutet an, dass der Mutter ihre eigene Erfahrung hier auch fremd wird. Sie beschreibt sich rückblickend selbst in dieser Phase als jemand, der ständig in Alarmbereitschaft war – „ich war dann aber **nur** am gucken“, in großer Sorge minutiös versucht, jede gefahrvolle Veränderung am Körper ihres Kindes aufzuspüren – „oh gott ist das jetzt ein zentimeter breiter draußen ist das jetzt“ – und dabei zu dem Schluss kommt, sich teilweise auch etwas „eigebildet“ zu haben. Erst als sie selbst an einem nicht näher beschriebenen Punkt die Reißleine zieht – „und da hab ich gesagt so kann ich das nicht weiter machen und – findet sie einen Ausweg aus der permanent angespannten Situation.

Diese grundlegende Veränderung zeichnet sich schon eindrücklich darin ab, wie sie das Wickeln zum Zeitpunkt des Interviews beschreibt. „[J]etzt beim wickeln ich guck und sag zeig mal der mama dein bauchi un zeige mal (verstellte stimme) und dann dreht sie sich und (.) ja und dann guckt man halt“. Hier entsteht das ganz andere Bild einer begegnungsorientierten, spielerischen Mutter-Kind-Interaktion. Im Gegensatz zum einseitigen Detektieren des kindlichen Körpers ist das Wickeln mit der Zeit zu einem Akt reziproker Zuwendung und die Suche nach Auffälligkeiten am Bauch des Säuglings zur Routinehandlung geworden, die in die Interaktion integriert ist, aber nicht mehr alles überlagert. Auf die Nachfrage des Soziologen, wie es den Eltern gelungen ist, die Sorgen des Anfangs in den Alltag zu integrieren und mit der Zeit gelassener zu werden, zeichnen sich in der mütterlichen und väterlichen Antwort zwei wesentliche Aspekte für die nachhaltige Bewältigung der lange wirksamen Ungewissheit ab. Wenn die Mutter erzählt, „also ich hab dann wirklich immer gesagt es kann tatsächlich irgendwas passiern dass

sie morgen dann (.) unfall oder sonst irgendwas hat und dann äh (.) hab ich auch kein gesundes //V: hmh// kind mehr dann is es auch kaputt praktisch (.) des war so“ dann beschreibt sie damit den Übergang von einer real erfahrenen Gefahr zum prinzipiellen Hintergrundrisiko des täglichen Lebens. Der exklusive Sinnzusammenhang Krankheit – Gefahr löst sich und das eigene Kind wird zum normalen Heranwachsenden, der in einer Wirkens-Beziehung zur Welt steht, sich in dieser entwickelt und dabei grundsätzlich auch zu Schaden kommen kann. Nicht mehr oder weniger als andere Kinder auch. Spielte der Übergang vom abstrakten Risiko jeder Schwangerschaft zur konkret erlittenen Gefahr im Angesicht der ersten Befunde bereits beim Eintreten in die Zeit der Ungewissheit eine entscheidende Rolle, ist er ebenso relevant für deren nachhaltige Bewältigung. In der Beschreibung der Mutter tritt die besondere gesundheitliche Gefahr für das eigene Kind im Verlauf der zitierten Passage zugunsten der allgemeinen Risiken des Lebens zurück, denen jeder Mensch ausgesetzt ist. Der Vater ergänzt dazu „und die zeit macht vergesslich darf man auch nicht vergessen (.) es ist genauso wie beim berühmten fleck an der wand den sieht man dann irgendwann nicht mehr so (.) aso (.) man gewöhnt sich dran (.)“. Die Zeit trägt ihren Teil zur erfahrungsmäßigen Verarbeitung des ungewissen Anfangs bei. Durch die wiederholte Erfahrung, dass der Zustand des Kindes im Alltag stabil ist und regelmäßige Kontrollen bei Ärzt*innen – wie der Termin beim „doktor bruchner“ – ohne positiven Befund bleiben, sinkt die besondere Vulnerabilität des Kindes allein aufgrund der angeborenen Fehlbildung allmählich in den äußeren Horizont ab, ist weiterhin mitgegeben und kann erneut thematisch werden, bestimmt jedoch nicht mehr den familialen Alltag.

Ein weiterer Interviewausschnitt stützt die These, dass das Thema Ungewissheit auch nach dem Start ins Familienleben zu Hause noch längere Zeit relevant bleibt.

Ausschnitt 8: I: war war das sag ich mal im hintergrund dennoch ähm (.) ja irgendwie en thema oder ich sag mal das man vielleicht immer schon so ein bisschen in hab-acht-stellung war und Sorge angst hatte wenn man bestimmte signale wie das der darm sich verdreht also des man viel **aufmerksamer** auf bestimmte sachen geachtet hat //M: des ja des ja// als des man es vielleicht sonst //M: des ja// getan hätte

M: das is is auch jetzt noch also //I: ja// es sind immer mal situationen weil ähm die beide ständig krank sind irgendwas man hörts an dem **geröchel** immer //I: m-hm// ähm weil ja auch es irgendwo am herz doch was ist und allem möglichen dass man sich dann da gedanken macht eher //I: ja// das man schneller zum arzt geht nicht das sich dann en eine erkältung oder irgendwas //I: m-hm// dann aufs herz setzt noch und (.) //I: ja// ne herzmuskelentzündung oder sonstiges wie es manchmal ich sag mal es dauert zwar schon so ne gewisse zeit //I: ja// wenn man das mitbekommt bis das eigentlich wirklich passiert aber man rennt trotzdem schneller zum arzt //I: ja// (.) das ist das oder auch ähm bauchschmerzen oder irgendwas (2) //I: ja// wenn irgendwie was is oder so wenn manchmal die zähne kommen dann schreit er stunden lang dann denkt man auch wieder oh je was is jetzt schon wieder //I: ja// (3) das is schon da dass man da bisschen besser drauf aufpasst

I: m-hm und des is auch was ähm was man zumindest sagen kann also zumindest bis jetzt //M: ja ja// was //M: es hält noch an// knapp ein jahr danach was noch präsent is //M: ja// auch

M: ja ja das is noch präsent und des hält auch noch an ja //I: ja// des man ständig da drauf achten möchte (3) was da noch genauer is wie beim ersten kind dann (2) weil man denkt es wär irgendwas es is irgendwas

passiert wieder (..) ich hab auch ganz häufig dann immer gegoogled obs noch irgendwelche ähm ähm späteren ähm probleme gibt ähm nach omphalozhele oder irgendwas //I: m-hm// aber es is nie was beschrieben oder so ähm es wär immer alles in ordnung dann //I: ja// also es würde wohl nichts geben //I: ja//

Auch diese Interviewpassage macht deutlich, dass die Ungewissheit, die Monate vor der Geburt häufig schlagartig mit den ersten auffälligen Befunden über werdende Eltern hereinbricht, auch nach der Geburt noch längere Zeit, und relativ unabhängig vom gesundheitlichen Zustand des Kindes, wirksam bleiben kann. Das von der Mutter beschriebene „man denkt es wär irgendwas es is irgendwas passiert wieder“ lässt erahnen, wie fragil die Gewissheit darüber, dass die Behandlung der Fehlbildung erfolgreich war und das Kind gesund ist, auch nach der Entlassung aus der Klinik noch sein kann. Der Bruch mit der damaligen Kontinuität des Lebens in der Schwangerschaft war zu nachhaltig, um der relativen Stabilität in der Gegenwart schon wieder vorbehaltlos trauen zu können. Das Widerfahrnis der Diagnose ist im Erfahrungshorizont noch so nah, dass auch typische Begleiterscheinungen des Aufwachsens wie Erkältungen und Schmerzen, wenn „die zähne kommen“ noch direkt verknüpft sind mit der Gefahr einer schweren Krise. Vermutlich sorgen erst die Erfahrungen eines stabilen Alltagslebens über einen längeren Zeitraum dafür, dass die Anzahl der Glieder in den Verweisungszusammenhängen wieder zunimmt und zwischen den Polen von Normalität und Katastrophe wieder mehrere Abstufungen entstehen, die den Boden unter den Füßen wieder festigen und im Umkehrschluss den drohenden Fall ins Bodenlose – wie er während der Schwangerschaft erlitten wurde – mit der Zeit wieder in die Randzonen der Lebenswelt verbannen.

Zum Schluss dieses Kapitels soll noch eine Passage aus einem kontrastiven Fall zitiert werden, der zeigt, dass der Umgang mit Ungewissheit nicht in jeder Schwangerschaft mit einer pränatal diagnostizierten Fehlbildung thematisch werden muss. Im vorliegenden Fall wurde beim ungeborenen Kind eine isolierte Gastroschisis festgestellt und nach der Geburt erfolgreich behandelt. Nachdem sich bereits in der Anfangsphase des Gesprächs abzeichnet, dass für beide Eltern ca. ein Jahr nach der Geburt - im Kontrast zu den anderen Interviewpartner*innen – die Erfahrungen aus der Schwangerschaft keine wesentliche Rolle mehr spielen, hakt der Soziologe diesbezüglich noch einmal nach.

Ausschnitt 9: I: weil ich sag mal das find ich schon auch ein ganz ganz interessanten:: ähm punkt weil was sie jetzt auch eher so nebenbei ähm jetzt auch erwähnt haben (2) das eigentlich so viel neues dazugekommen is in der zeit danach (.) das im prinzip dann ich sag mal das was am anfang war und diese lange schwangerschaft dann irgendwie auch in den hintergrund ähm rückt ähm (3) würden sie sagen das is primär so weil wie gesagt einfach durch den alltag ähm extrem viele neue situationen und erfahrungen auch dazukommen dass das so is oder gibts auch momente wo sie (atmet ein) sag ich mal einfach merken dass das vielleicht also grad so diese ähm die zeit auch so als als in die die zeit in die die diagnose gefallen is dass das auch ne zeit is wo man nicht unbedingt sag ich mal ähm zwingend ähm selber zurückschauen möchte als als eltern also

M: ähm (7) ähm für mich ähm ja ich möchte nicht da //I: m-hm// da jetzt alte zeit die //I: ja// ich erinner ich jetzt konzentriere mich auf (.) heute situation //I: jetzt// und so in die zukunft ja weil //I: ja m-hm//

V: also bei mir is des is es keine irgendwie ich verdränge das nicht die gedanken aber es is halt ähm so (.) vielleicht durch die die die den ähm (..) weiß ich nicht durch den ganzen lebensfahrplan den man hat //I: m-hm// man lebt da so ein bisschen wie in trance ja? (unv.) man nimmt die welt so ein bisschen ähm so

durch durch durch irgendwie so milchige ähm //I: ja milchglas// genau richtig und das is ähm is alles so ähm das (amtet aus) (3) man hat auch wenig zeit und sowas aber ich glaube ne aktive verdrängung is bei mir da nich wenn ich dran denke is auch kein: nicht das ich dann unangenehm habe wie gesagt dieses dieses //I: ja// horrorbild da mit dem mit dem dings //I: und M: hm// das is sicherlich jetzt irgendwo was was ich jetzt mir nicht (I: ja) ausdrucken und übers bett hängen würde //I: ja m-hm// oder sowas ne? haha ähm aber es ist jetzt auch nich wo ich sage oh das da darf ich nicht dran denken oder so //I: ja// als wenn man nich wenn dran denkt dass man stirbt und will nicht dann //I: m-hm// sagt ok ich denk jetzt schnell an was anderes das das is bei mir dann nicht der fall ne vedrängung nein //I: ja// (3) ich denke dass ich ja: eher so einen aufgeklärten (.) blick mit einer gewissen (..) wie soll ich sagen positiven ähm einstellung gegenüber den leistungen was medizinisch möglich ist //I: m-hm// dass mich das irgendwie beruhigt hat //I: ja// und das is von den ärzten gut gut und ehrlich rüber gekommen und das (unv.) //I: ja// //M: ja// eigentlich denk ich ähm relativ früh ängste genommen //I: ja// ich denk mal wenn diese aufklärungsarbeit nicht gewesen wäre hät ich //I: ok// mir is immer schwierig zu sagen was wäre //I: und M: durcheinander unv.// aber möglicherweise hätten dann ängste aufkommen können //I: m-hm// ja aber ich hab wie gesagt aber für mich war da von anfang an (.) ja:: sie wird halt ne narbe behalten das //I: ja ja// //M: ja// das war die die die das was ich mir immer als zukunft vorgestellt hab //I: m-hm// und was jetzt rückwirkend natürlich auch so is //I: ja// das da auch (atmet ein) jetzt nicht irgendwie (.) nochmal (.) nachträglich irgendwelche horrorsachen kommen oder //I: m-hm// oder hätteste jetzt damals was anderes gemacht oder hätteste das gibts ja auch oft dass man sich vorwürfe macht also gar nichts //I: ja// muss ich sagen auch dank der ärzte //I: ok also es is auch das das jetz// gut begleitet worden

I: also des auch jetz jetz sag ich mal (.) nicht jetzt ähm längere zeit danach wo ein bisschen ruhe eingekehrt is ähm //V: m-hm// sag ich mal situationen von damals hochkommen und man irgendwie erschreckt

V: eher wenig ne? //M: ja (.) ne//

I: m-hm

Angesichts der ungeschickt gestellten Eingangsfrage des Interviewers, die mit ja oder nein beantwortet werden kann, bleibt zwar letztlich ungeklärt, ob die Eltern in einem offeneren Antwortraum noch einmal mögliche andere Facetten ihrer Erfahrung thematisiert hätten. Die Erzählung des Elternpaares wirft jedoch zum Schluss des Kapitels noch einmal ein anderes Licht auf die Frage nach dem Fortwirken von Ungewissheit. Beide sind intentional auf Gegenwart und Zukunft ausgerichtet, ohne dass – wie in den zuvor zitierten Ausschnitten – eine aus der Schwangerschaft stammende Alarmbereitschaft noch erkennbar wäre oder sie auch nach der Entlassung des Kindes von gesundheitlichen Sorgen und Gefahren noch heimgesucht würden. Woran kann das liegen? Erstens macht dieser Fall exemplarisch die Bandbreite elterlicher Erfahrungen evident. Die Ungewissheit stellt zwar ein typisches Handlungs- und Deutungsproblem pränataler Sozialität im untersuchten Phänomen dar, das jedoch nicht in jedem Fall relevant werden muss. Zweitens betont der Vater seine positive Einstellung „gegenüber den leistungen was medizinisch möglich ist“ und die wichtige Rolle der ärztlichen „aufklärungsarbeit“, die schon „relativ früh ängste genommen“ hat. Während die Arzt-Patient-Beziehungen im 3. Kapitel ausführlicher besprochen werden, deutet der Vater mit seinem rückblickenden Urteil „das is von den ärzten gut gut und ehrlich rüber gekommen“ bereits einen entscheidenden Aspekt an, wie Eltern die medizinische Versorgung ihres Kindes und ihre eigene Begleitung als Angehörige wahrnehmen. Die verständliche und vor allem auch authentische Kommunikation von Möglichkeiten und Grenzen medizinischen Handelns. Schließlich verfügte dieses Elternpaar drittens, wie im weiteren Verlauf des Interviews deutlich wird,

über Erfahrungen mit einem behinderten Kind im unmittelbaren sozialen Nahfeld. Dadurch war es möglich, die Diagnose beim eigenen Kind in Relation zu einer anderen Form der Beeinträchtigung zu setzen und sie letztlich aufgrund des Umstands, dass bis auf die Narbe am Bauch keine gravierenden Spätfolgen der Gastroschisis nach erfolgreicher Behandlung mehr zu erwarten sind, in ihrer lebenspraktischen Relevanz auch zu relativieren. Durch die Möglichkeiten von Vergleich und Einordnung verliert die Fehlbildung hier ihren absoluten und dramatischen Charakter.

1.4. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse

Die Ergebnisse der Materialanalyse zeigen, dass die Erfahrung und der Umgang mit Ungewissheit ein zentrales Thema für Eltern eines Kindes mit pränataler Fehlbildungsdiagnose darstellt. Sie beginnt in der Regel bereits mit dem ersten auffälligen Befund in der Schwangerschaft, mit dem sich die Schwangerschaftssituation grundlegend verändert, prägt weite Strecken des Schwangerschaftsverlaufs und kann als erhöhte Alarmbereitschaft auch noch längere Zeit nach der Geburt, einer erfolgreichen Behandlung und der Entlassung des Kindes aus der Klinik fort dauern. Bei einer der vier interviewten Familien konnten anhand des Gesprächs keine Anzeichen für nachhaltige Ungewissheitserfahrungen festgestellt werden. Dies verweist noch einmal auf die Notwendigkeit, mit generalisierenden Aussagen zurückhaltend zu sein. Vor diesem Hintergrund zeichnen sich aus dem Datenmaterial einige typische Erfahrungsmuster und Umgangsformen mit Ungewissheit im Horizont der pränatalen Diagnose ab, die in zukünftigen Forschungsaktivitäten zum Phänomenbereich falsifiziert und weiterentwickelt werden sollten.

Der erste auffällige Befund erscheint in den Erzählungen als harter Bruch in der Schwangerschaftserfahrung, durch den sich die pränatale Situation fundamental ändert.¹²⁷ Darauf verweist zum einen der plötzliche und unvermittelte Charakter, mit dem das zuvor abstrakte Risiko prinzipiell jeder Schwangerschaft zur konkret erlittenen Gefahr der Eigenen wird. Zum anderen verändert sich das thematische Feld der Schwangerschaftserfahrung für die beiden interviewten Mütter mit den ersten Irritationen grundlegend. Der normale Anfang (vgl. unten Kpt. 3) wird abrupt abgelöst von der oft unbeantwortbaren Frage nach dem Grund für die eingetretene Krise, der Sorge über das, was noch kommen könnte, ebenso wie der Hoffnung, dass alle sich irren und das Kind widererwartend doch gesund ist. Die Ungewissheit scheint sich dabei vor allem als radikal offene, ambivalente Situation auf subjektiver Ebene zu artikulieren und wird von den betroffenen Eltern als sehr belastend erfahren.¹²⁸ In zwei Fällen scheint sie zudem mit einer Dehnung des Zeiterlebens einherzugehen, wenn, wie von einer Mutter geschildert, in den Sekundenbruchteilen einer Befundmitteilung vor dem geistigen Auge ein ganzer Film abläuft oder wie in einem anderen Interview beschrieben, die 14 Tage zwischen den ersten Auffälligkeiten im Ul-

¹²⁷ Vgl. zur Rolle des ersten auffälligen Befunds als Zäsur in der Schwangerschaftserfahrung auch Adams Tucker 2016.

¹²⁸ Dieser Befund deckt sich mit Forschungsergebnissen der pflegewissenschaftlichen Studie von Hedrick 1992, die anhand von offenen Interviews mit Müttern über deren Erfahrung einer pränatal diagnostizierten, nicht lebensbedrohlichen Fehlbildung beim Ungeborenen zu dem Ergebnis kommt: „The overall experience of prenatal attachment in pregnancies with maternal knowledge of congenital abnormalities is paradoxical. Themes that emerged from the interview data were: time is good, but it’s also the enemy; you grieve, but you don’t grieve; and the baby’s not perfect, but (s)he’s still mine.“ (Hedrick 1992: iii)

raschall und deren genauerer Abklärung als Ewigkeit erfahren werden. Diese veränderte Zeitwahrnehmung weist Parallelen zu den Forschungsergebnissen von Hedrick 1992 auf, die bezogen auf die mütterlichen Erfahrungen einer nicht-letalen Fehlbildungsdiagnose beim Ungeborenen eine paradoxe Rolle der Zeit herausarbeitet: „The other side of the time-related paradox is that time is the enemy because the women worry, wonder, and wait for the birth of their baby. Despite the good aspects of time (finding out the prenatal diagnosis, exploring options of care, preparing for the birth) there are still many uncertainties. Those uncertainties include why this abnormality happened and how severely their baby will be affected by the diagnosis, along with other unanswerable questions. Waiting is a significant part of the experience; women can do nothing but wait to find out the outcome for the baby. Since they don't know this for sure, they can never be totally prepared, no matter how much they know“ (Hedrick 1992: 134). Über mehrere Untersuchungssituationen im Verlauf einer diagnostischen Laufbahn hinweg, kann sich die Ungewissheit auch als Pendeln zwischen den Extremen ‚es ist nichts‘ und ‚es ist nur das nicht‘ in der Erfahrung niederschlagen, wenn bestimmte Diagnosen ausgeschlossen werden können, aber die Anomalien am fetalen Körper persistieren.

Einige Passagen aus den Interviews deuten überdies darauf hin, dass die unerwartet eingetretene Kontingenz eine solche existenzielle Durchschlagskraft entfaltet, dass mit ihr Grundelemente der subjektiven Lebenswelt ins Wanken geraten und zur Disposition stehen können. Im Angesicht einer lebensbedrohlichen Erkrankung des eigenen Kindes wird die sonst selbstverständliche Annahme, dass es überhaupt eine Zukunft geben wird und man sie handelnd in seinem Sinne beeinflussen kann, mit einem Schlag fraglich. Die Fundamente der Alltagspraxis, verkörpert in den lebensweltlichen Idealisierungen des Immer-so-weiter und Ich-kann-immer-wieder, werden in den Fragen, was noch kommen könnte und wie es ausgehen wird, nachhaltig in Zweifel gezogen. Dieser Charakter der pränatalen Diagnose als existenzielles Widerfahrnis, der sich nicht zuletzt als fundamentale Ungewissheit in der elterlichen Erfahrung niederschlägt, wird im 4. Kapitel noch ausführlicher beleuchtet.

Aus dem Material zeigen sich jedoch auch einige Herausforderungen und verschiedene Ansätze von Eltern, mit der entstandenen Ungewissheit umzugehen. So scheinen in einem Fall die ähnlichen Erfahrungen anderer Eltern dabei behilflich zu sein, nach dem Eintritt der Krise erste Sinnzusammenhänge im Bezug zur eigenen Situation anzulegen und die Intentionalität in einer neuartigen Situation zu orientieren. Der Austausch zwischen Familien könnte dabei insbesondere grundlegende Schritte der Erfahrungsbildung mit befördern, die von der Interviewten in Ausschnitt 6 mit den Fragen, wie Andere die Situation erlebt haben, wie sie damit umgegangen sind, ob diese sich mit Dingen auseinandersetzen mussten, die man selbst noch gar nicht im Blick hat und was würde das dann für einen selbst bedeuten, auf den Punkt gebracht werden. Anders als medizinisches Wissen, vermittelt durch Professionelle, geht es hier um alltagsweltliche Zeugnisse von Eltern, die ein ähnliches Schicksal teilen und mit den Fragen nach Erlebens- und Umgangsweisen auch um außermedizinische Wissensbestände, die hier zur Deutung

der Situation mobilisiert werden. Neben dem Erfahrungsaustausch stellt der selbsttätige Erwerb wissenschaftlichen und medizinischen Wissens via Internet und zugänglicher Fachliteratur einen weiteren Ansatzpunkt für die Bearbeitung von Ungewissheit dar, der in Ausschnitt 5 jedoch als durchaus zweischneidiges Schwert beurteilt wird, da einerseits zwar eine Masse an Informationen zu verschiedensten Krankheitsbildern niederschwellig verfügbar ist, andererseits die eigene Differenzierung dieses Konvoluts an Wissens-elementen danach, was für die eigene Situation relevant und zutreffend sein könnte, schwierig bleibt. Des Weiteren wird sich im weiteren Verlauf der Darstellung zeigen, dass ebenso das Einholen einer zweiten Meinung (2. Kapitel) und der Rekurs auf Deutungsmuster (4. Kapitel) den elterlichen Umgang mit der entstandenen Ungewissheit prägen.¹²⁹ In Ausschnitt 3 wurde indessen eine Herausforderung für Paare offenbar, die über den eigenen Umgang mit Ungewissheit hinausgeht und als das Problem sekundärer Übersetzung pränataldiagnostischer Befunde in alltagsweltliche Sozialbeziehungen bezeichnet werden kann. Werdende Eltern stehen nicht nur vor der Aufgabe, für sich selbst einen Umgang mit dem medizinischen Wissen und dessen kehrseitigen Ungewissheiten über die Entwicklung ihres Kindes zu finden, sondern sie stehen ebenso vor der Frage, wann die veränderte Schwangerschaftssituation, wem gegenüber, in welcher Form mitgeteilt werden soll. Parallel zur eigenen Unsicherheit, wie es weitergehen wird, verweist die Schilderung der interviewten Mütter ebenso auf die Relevanz antizipierter Ansprüche von signifikanten Anderen. Insgesamt zeigt sich mit Blick auf den praktischen Umgang mit Ungewissheit im Datenmaterial eine große Bandbreite an verschiedenen Verhaltensweisen, die vom aktiven Wissenserwerb bis zur zweitweisen Verdrängung der pränataldiagnostischen Erkenntnisse reichen.

Wie aus den Erzählungen insbesondere der interviewten Mütter deutlich wurde, kann die häufig gegen Ende des ersten Trimesters mit den ersten auffälligen Befunden entstandene Ungewissheit bis weit nach der Geburt in Form einer erhöhten Aufmerksamkeit und ständigen Alarmbereitschaft fortwirken, wie der erlebte ‚Verfolgungswahn‘ in Ausschnitt 7 eindrücklich sichtbar macht. Es liegt nahe, darin die Nachwirkungen des plötzlichen und radikalen Erwartungsbruchs in der Schwangerschaft zu sehen, die sich darin ihren Ausdruck verschaffen, dass es auch nach einer erfolgreichen Korrektur der Fehlbildung und einem sich einspielenden Familienalltag eine Zeit dauert, bis der Gegenwart wieder einigermaßen vorbehaltlos vertraut werden kann. So schildert die Interviewte in Ausschnitt 8, dass auch typische Begleiterscheinungen des Aufwachsens wie Erkältungen und Schmerzen, wenn die Zähne kommen, bis ca. ein Jahr nach der Geburt in der Wahrnehmung noch direkt verknüpft werden mit der Gefahr einer erneuten gesundheitlichen Krise des Kindes, mit der die wiedergewonnene, aber noch fragile Ordnung von einem Moment auf den anderen wieder ins Wanken zu geraten droht. Wissenssoziologisch betrachtet sorgen vermutlich erst wiederholte Erfahrungen eines stabilen Alltagslebens über einen längeren Zeitraum dafür, dass die Anzahl der Glieder in den Verweisungszusammenhängen wieder zunimmt und zwischen den Polen von Normalität und Katastrophe wieder mehrere Abstufungen entstehen, die den

¹²⁹ Diese Befunde decken sich weitestgehend mit den von Hedrick in ihren Daten rekonstruierten Coping-Strategien von Müttern im Umgang mit Trauer über die eingetretene Diagnose. Vgl. Hedrick 1992: 135

Boden unter den Füßen nach der überstandenen Krise wieder festigen und im Umkehrschluss den drohenden Fall ins Bodenlose – wie er während der Schwangerschaft erlitten wurde – mit der Zeit wieder in die Randzonen der Lebenswelt verbannen.

2. Die diagnostische Laufbahn der Schwangerschaft

Im zweiten Kapitel wird die diagnostische Laufbahn von Schwangerschaften mit vorgeburtlichem Fehlbildungsbefund beschrieben, die sie als typisches Merkmal wesentlich von unauffälligen Verläufen unterscheiden. Über die drei regulären Ultraschallscreenings im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien hinaus, schlagen die Schwangerschaften im untersuchten Phänomen nach den ersten Auffälligkeiten häufig den Pfad der erweiterten Pränataldiagnostik ein. Die Untersuchungen werden häufiger, umfangreicher und – im Angesicht potenziell drohender Entscheidungen über die Fortsetzung bzw. den Abbruch der Schwangerschaft – nicht zuletzt ethisch brisanter. Nimmt man an, dass auf dieser Grundlage die medizinischen Sinnzusammenhänge von Schwanger-Sein und Familie-Werden wesentlich umfassender und komplexer sind, stellt sich die Frage, wie sich diese Sinnzusammenhänge in der elterlichen Erfahrung niederschlagen und auf ihre Vorstellung vom ungeborenen Kind auswirken. Gleichmaßen richtet sich das Erkenntnisinteresse der Untersuchung darauf, wann von Eltern eine medizinische Performance als überzeugend erfahren wird und wo sie die eigene Ungewissheit umgekehrt noch vergrößert. Wurde die Vermittlung medizinischen Wissens anhand der Sprechstunden entlang ihres interaktiven Vollzugs untersucht, geht es jetzt um die Frage, wie Eltern aus ihrer Sicht pränataldiagnostische Untersuchungen und deren kommunikative Rahmung durch Professionelle erfahren.

In Deutschland ist für jede Schwangerschaft eine medizinische Basisversorgung gewährleistet, die in den Mutterschaftsrichtlinien des Bundes¹³⁰ niedergelegt ist und von den Gesetzlichen Krankenkassen als Regelleistung finanziert wird. Sie umfasst auf der Versorgungsstufe I drei Ultraschallscreenings im Schwangerschaftsverlauf verteilt über die drei Trimester und seit 2013 auch eine erweiterte Basisultraschalluntersuchung als Screening.¹³¹ Vor der ersten Sonographie ist eine Aufklärung der Schwangeren über Ziele, Inhalte und Grenzen der Untersuchung verpflichtend, damit sich werdende Eltern auf Basis dieses Wissens gegebenenfalls auch gegen jede Form der vorgeburtlichen Diagnostik entscheiden und von ihrem Recht auf Nicht-Wissen Gebrauch machen können. Von dieser Basisversorgung, die ambulant bei der niedergelassenen Frauenärztin durchgeführt werden kann, unterscheidet sich der Bereich

¹³⁰ Die aktuelle Fassung der Mutterschaftsrichtlinien des Bundes vom 20.08.2020 kann abgerufen werden unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/> (zuletzt abgerufen am 24.05.2021).

¹³¹ Die Basisultraschalluntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien beschränken sich inhaltlich auf wenige Aussagen. „Dazu gehören die Bestimmung des Gestationsalters, die Kontrolle der somatischen Entwicklung, die Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen und das Erkennen von Mehrlingsschwangerschaften“ (Gasiorek-Wiens 2014: 14). Im Rahmen des 2. Ultraschallscreenings im 2. Trimester können Schwangere nach den Mutterschaftsrichtlinien zwischen einer erneuten Basisultraschalluntersuchung und einer erweiterten Basisultraschalluntersuchung wählen, in deren Rahmen „zusätzlich neben den Kriterien des Basis-Ultraschalls eine Checkliste von Organstrukturen von Kopf, Hals, und Rücken, Thorax und dem Rumpf auf die Beschreibung von Auffälligkeiten durch ja/nein/kontrollbedürftig abgearbeitet [wird]. Eine Bewertung der Organe hinsichtlich einer fetalen Anomalie, wie sie von auf Pränataldiagnostik spezialisierten Ärztinnen und Ärzten bei der Feindiagnostik zum Ausschluss von Fehlbildungen durchgeführt wird, erfolgt hierbei nicht in ausreichender Weise.“ (Gasiorek-Wiens 2014: 16)

der erweiterten Pränataldiagnostik¹³² mit Fehlbildungultraschall, Fruchtwasseranalyse¹³³, Chorionzottenbiopsie¹³⁴ und weiteren Untersuchungen, die dann thematisch werden, wenn diffuse Auffälligkeiten des Fetus medizinisch weiter abgeklärt werden sollen. „Bei begründetem Verdacht einer fetalen Erkrankung oder eines unklaren Ultraschallbefundes wird die weitergehende differenzialdiagnostische Abklärung von Ärztinnen und Ärzten der Versorgungsstufe II-III vorgenommen. Diese sind in der Regel zusätzlich gemäß den Anforderungen des Mehrstufenkonzepts der DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e. V.) Stufe II-III qualifiziert und haben nach langjähriger Spezialisierung ihren beruflichen Schwerpunkt auf die Pränataldiagnostik gelegt (DEGUM 2013). Allgemein enthalten die Kriterien der Zertifizierung nach dem Mehrstufenkonzept der DEGUM Stufe I-III gegenüber den Mu-RL [Mutterschaftsrichtlinien, Anm. D.F.] deutlich höhere Anforderungen zur Durchführung der fetalen Sonografie.“ (Gasiorek-Wiens 2014: 9)¹³⁵

Grundsätzlich sind innerhalb der zahlreichen und sich ständig weiterentwickelnden pränataldiagnostischen Verfahren nicht-invasive von invasiven Methoden zu unterscheiden. Unter die nicht-invasiven Untersuchungsmethoden der PND fallen die bildgebenden Verfahren und die Bestimmung von Biomarkern aus mütterlichem Blut. Des Weiteren werden hier die „modernen molekulargenetischen Methoden der DNA-Sequenzierung dazu gerechnet, bei denen die zellfreien Fragmente fetaler DNA aus mütterlichen Blutproben untersucht werden können“ (Gasiorek-Wiens 2014: 10). Unter die invasiven Verfahren fallen dagegen „instrumentelle Eingriffe, bei denen unter Ultraschallsicht eine dünne Hohlnadel durch die Bauchdecke der Schwangeren in die Gebärmutter eingeführt wird, um Fruchtwasser- oder Gewebeproben zu gewinnen oder eine endoskopische Diagnostik zu ermöglichen. Alle Eingriffe gehen mit gewissen Risiken für die Schwangerschaft einher und sollten erst nach sorgfältiger Abwägung aller vorliegenden Befunde gegenüber den zu erwartenden Risiken und Konsequenzen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufklärungs- und Beratungspflichten erfolgen“ (ebd.). Mit Blick auf die sonographische Feindiagnostik, das zentrale Verfahren für das Erkennen von fetalen Fehlbildungen, schreibt Gasiorek-Wiens (2014: 12):

¹³² Unter Pränataldiagnostik allgemein versteht man „alle vorgeburtlichen diagnostischen Methoden, die geeignet sind, Entwicklungsstörungen und genetische Eigenschaften des Feten zu erkennen. In Folge können aber auch bisher unerkannte mütterliche Risiken oder genetische Eigenschaften der Eltern bekannt werden.“ (Gasiorek-Wiens 2014: 9)

¹³³ Die Fruchtwasseruntersuchung, auch Amniozentese genannt, stellt das häufigste invasive Diagnoseverfahren zur Feststellung numerischer Trisomien der Chromosomen 13, 18 und 21 dar. Dabei wird „nach Desinfektion der Bauchdecke eine dünne Hohlnadel unter Ultraschallsicht durch die Bauchdecke bis in die Fruchthöhle eingeführt, um eine Probe von ca. 10-20 ml Fruchtwasser zu entnehmen. Der Eingriff selbst dauert kaum mehr als 1-2 min. Das Ergebnis liegt nach ca. 14 Tagen vor. Ein zytogenetischer Schnelltest, Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FiSH) genannt, ermöglicht bereits nach einem Tag eine vorläufige Aussage zu den Chromosomen 13, 18, 21 und den Geschlechtschromosomen.“ (Gasiorek-Wiens 2014: 24)

¹³⁴ Bei der im Vergleich zur Amniozentese wesentlich seltener durchgeführten Chorionzottenbiopsie wird, ebenfalls mittels einer Hohlnadel, eine Gewebeprobe aus der Plazenta genommen. „Der Vorteil ist die frühere Anwendung ab der 12. SSW [Schwangerschaftswoche, Anm. D.F.], die es erlaubt, bei auffälligen Befunden im Rahmen des Ersttrimesterscreenings bereits nach einem Tag ein vorläufiges Ergebnis (Kurzzeitkultur) zu erhalten. Da auch bei einem erhöhten Risiko auf Chromosomenstörungen die meisten Ergebnisse unauffällig sind, kann dies zur Beruhigung beitragen. In ca. 1-2% der Fälle zeigt sich jedoch ein Mosaikbefund. Dieser muss durch die Langzeitkultur, die etwa 14 Tage dauern kann, weiter abgeklärt werden.“ (Gasiorek-Wiens 2014: 25)

¹³⁵ Zum Mehrstufenkonzept der DEGUM vgl. <https://www.degum.de/sektionen/gynaekologie-geburtshilfe/mehrstufenkonzept-zertifizierung.html> (zuletzt abgerufen am 24.05.2021)

Bei der weiterführenden sonografischen Differenzialdiagnostik des Feten, auch unter dem Begriff Feindiagnostik oder Fehlbildungsdiagnostik bekannt, wird gezielt der Ausschluss von Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen vorgenommen sowie auf sonografische erkennbare Merkmale geachtet, die für eine fetale Erkrankung oder Risikosituation sprechen könnten. Diese Untersuchungen stellen wesentlich höhere Anforderungen an die Untersucher- und Gerätequalität gemäß der DEGUM-Stufe II-III dar. Sie werden meist im 2. Trimenon zwischen der 20. und 23. SSW [Schwangerschaftswoche, Anm. D.F.] durchgeführt, verlagern sich aber zusehends unter dem Begriff frühe Fehlbildungs- oder Feindiagnostik in das 1. Trimenon. Durch spezielle Techniken wie Farbdoppler des Herzens, 3D-Aufnahmen und Spektraldoppler lassen sich Veränderungen der untersuchten Organe schon im 1. Trimenon erkennen. Dopplersonografische Untersuchungen des mütterlichen und fetalen Kreislaufes ermöglichen außerdem Aussagen über den Versorgungszustand der Gebärmutter und des Feten und unterstützen die fetale Herzuntersuchung (Echokardiografie). Bei auffälligen Befunden oder Wachstumsstörungen können spätere Verlaufskontrollen notwendig sein. Die weiterführende sonografische Differenzialdiagnostik des Feten unterliegt dem GenDG [Gendiagnostikgesetz, Anm. D.F.], da bei diesen Untersuchungen gezielt auf Hinweiszeichen für genetische Erkrankungen geachtet wird.

Vor dem Hintergrund dieses weitentwickelten Leistungsspektrums der Pränataldiagnostik ist es nicht verwunderlich, dass die Erzählungen der Eltern über die Schwangerschaftszeit in drei der vier untersuchten Fälle eine umfangreiche Diagnosegeschichte mit einer Vielzahl verschiedener Stationen umfassen. Der ‚Marathon‘ von einem Arzt zum anderen und von Klinik zu Klinik bildet ein zentrales Thema der Schwangerschaftserfahrung. Zunächst wird wieder anhand von Ausschnitten aus dem Material der elterliche Weg durch das Medizinsystem dargestellt. Daran anschließend werden die Beschreibungen einzelner Arzttermine genauer in den Blick genommen, um Kriterien zu identifizieren, nach denen Eltern das medizinische Handeln als überzeugend und hilfreich erfahren oder nicht.

2.1. Der Marathon durch das Medizinsystem

Ausschnitt 1 zeigt, wie im Fall eines schweren vorgeburtlichen Befundes beim Ungeborenen mit der Überweisung vom niedergelassenen Gynäkologen zu einem spezialisierten Pränataldiagnostiker für das große Organscreening im zweiten Trimester zugleich die diagnostische Laufbahn der Schwangerschaft beginnt:

Ausschnitt 1: M: dann sagte irgendwann mein arzt gut er muss ähm oder jetzt bald steht dann diese-/ das war x-te woche oder so die ähm (atmet ein) (seufzt) diese große großes organscreening quasi //I: ja ja// wo so alles geguckt wird und er sachte das ihm seine geräte er er er macht das aber mit seinen geräte ist ihm das nicht aussagekräftig genug //I: ja// und deswegen schickte er mich dann (2) ähm nach y-stadt zum ähm herr y ein arzt mit dem er wohl vorher in der klinik zusammen //I: m-hm// gearbeitet hat den er auch gut kennt und ähm dem er dahingehend dann auch vertraut dass er das da gut ähm kann der is degum zwei //I: m-hm// also mit den etwas besseren geräten und //I: ja andere ausbildung// entsprechende ausbildung und ähm joa da war ich dann zweimal weil am anfang also unser kind das war da schon so hat sich ähm gegen jegliche untersuchung von außen gewehrt //I: m-hm// immer weggedreht //I: m-hm// und nicht gezeigt:: //I: ja// oder gar nicht bewegt plötzlich wie erstarrt dann so (atmet ein) und ähm ja da da haben wir halt noch drüber gelacht ne? //I: m-hm// dass das so is (leicht lachend) dass sie das halt irgendwie doof findet und ähm der konnte uns dann auch schon sagen dass es ein mädchen wird dass //I: m-hm// unsere bestellung leider (lacht) falschlieferrung (streng, ironisch gesprochen) (lacht) //I: lacht// macht nichts nehmen wir auch so ja ganz ähm ganz nebenbei ging dann natürlich die namenssuche los //I: m-hm// die uns bei mädchen irgendwie sehr schwer gefallen is aber gut ähm ja und der da musste ich dann schon auch ein zweites mal hin weil er da nicht genug sehen konnte //I: m-hm// beim zweiten mal durch meine ausbildung durch mein vorwissen auch was trisomien und sowas anbelangt wie sich das medizinisch äußert ja (atmet ein) ähm bin

ich da schon mit meiner mutter damals die mich begleitet hat weil wir dann noch nen kinderwagen bestellen wollten //I: m-hm// im anschluss haben wir auch gemacht aber ähm meine mutter eben dabei (..) bin ich schon weinend da raus //I: m-hm// weil so wie er es erklärt also er schickte mich dann wieder weiter in die z-klinik zum herr (überlegt) z degum drei //I: also die nächste ähm// nächst höhere höher //I: ja ja// geht nicht und ist auch scheinbar so unter den ärzten sehr bekannter (..) diagnostiker sag ich jetzt mal so (atmet ein) und ähm mit den worten die er gewählt hat also er hat n n n natürlich nicht sagen können das isses das isses nicht das ähm hier ähm aber er sagte es is einfach was er guckt er guckt drauf er si-/ und er meint (zischendes einatmen, wie erschreckt) (seufzt) irgendwas ist komisch und ähm nicht so wie er es gerne sehen würde deshalb //I: m-hm// herr z gut und wie gesagt die worte ich weiß es nicht mehr genau aber es war alles so trisomie //I: m-hm// also //I: m-hm// alles wie er's sagte (einatmen) ähm die die kopfform und die des //I: ja// profil und wie auch immer es deutet auf ne trisomie hin und ja (atmet aus) und da:: ging eigentlich dann so dieser diese reise durch martyrium ja //I: m-hm m-hm// (einatmen, räuspern) ähm von da an wurde es von diagnose zu diagnose eigentlich (Stimme wird brüchig) immer nur noch schlimmer

Wie der zitierte Ausschnitt zeigt, unterliegt die diagnostische Laufbahn der Schwangerschaft zunächst spezifischen medizinischen Rahmenbedingungen. Bestimmte Untersuchungen können abhängig vom Stand der Fetalentwicklung nur innerhalb begrenzter Zeitfenster in der Schwangerschaft vorgenommen werden. Des Weiteren sind für spezifische Maßnahmen, wie „dieses große [...] organscreening“ genauere Ultraschallgeräte notwendig, als sie in den meisten Fällen in einer gynäkologischen Praxis vorhanden sind, sodass sie häufig nur von spezialisierten Pränataldiagnostikern in entsprechenden Schwerpunktpraxen und klinischen Zentren durchgeführt werden können. In der Beschreibung der Mutter verlässt die ärztliche Begleitung der Schwangerschaft anlässlich des Organscreenings im zweiten Trimester den Horizont der vertrauten frauenärztlichen Beziehung, die auch semantisch durch „mein Arzt“ gegenüber den anderen Arztfiguren im weiteren Verlauf der Passage deutlich herausgestellt wird. Den ersten Schritt bildet die Überweisung, zunächst noch allein wegen besserer medizintechnischer Geräte und auf Basis eines Vertrauensverhältnisses zwischen beiden Ärzten – „und deswegen schickte er mich dann (2) ähm nach y-stadt zum ähm herr y ein arzt mit dem er wohl vorher in der klinik zusammen //I: m-hm// gearbeitet hat den er auch gut kennt und ähm dem er dahingehend dann auch vertraut dass er das da gut ähm kann der is degum zwei //I: m-hm// also mit den etwas besseren geräten und //I: ja andere ausbildung// entsprechende ausbildung“. Die Berührungspunkte der Schwangerschaft mit dem Medizinsystem behalten hier anfangs durch die persönliche Vermittlung noch ein gewisses Maß an Vertrautheit und wäre die Untersuchung unauffällig gewesen, wäre es bei einem punktuellen Abstecher der Schwangeren ins Feld der erweiterten Pränataldiagnostik geblieben; sie wäre vermutlich danach wieder in die Versorgung durch ihren niedergelassenen Frauenarzt zurückgekehrt. Stattdessen muss sie bereits zweimal zum Organscreening erscheinen, weil beim ersten Termin nicht genug zu sehen war und erhält dann beim Zweiten eine vage Diagnose – „irgendwas ist komisch und ähm nicht so wie er es gerne sehen würde“ –, die sie auf der Grundlage vorhandenen Vorwissens jedoch für sich bereits als Anzeichen einer Trisomie auslegt. Der vom niedergelassenen Frauenarzt empfohlene Kollege „schickte mich dann wieder weiter in die z-klinik zum herr (überlegt) z. degum drei“.

Was ist an diesem Punkt in der Schwangerschaft passiert? Zunächst zeichnet sich eindrücklich ab, wie die Schwangerschaft mit dem ersten auffälligen Befund, der nun weiter abgeklärt werden soll, endgültig den Rahmen eines komplikationsfreien Verlaufs verlässt und einen wesentlich spezifischeren Weg innerhalb der medizinischen Welt einschlägt. Die pränataldiagnostische Expertise der Professionellen steigt vom niedergelassenen Frauenarzt über „degum zwei“ zu „degum drei“; zugleich werden auf diesem Weg aber auch die Arztfiguren erkennbar anonym. Dem als „mein arzt“ eingeführten regulären Frauenarzt der Schwangeren zu Beginn des Ausschnittes steht Dr. Z. als „scheinbar so unter den ärzten sehr bekannter (.) diagnostiker“ als anonymer Experte gegenüber. Mit den Arztfiguren verändern sich auch die institutionellen Rahmungen – von der vertrauten Praxis zum klinischen Zentrum – und Orte, in denen die medizinischen Bezugnahmen auf die Schwangerschaft erfahren werden. Der Erfahrungshorizont der Schwangerschaft nimmt eine andere Struktur an. Erstens auf der Ebene des Wissens; die medizinischen Erkenntnisse zur Schwangerschaft werden differenzierter und komplexer. Zweitens auf der der Personen, die die elterlichen Schwangerschaftsdeutungen von professioneller Seite prägen; die Versorgung durch einen begrenzten Personenkreis, häufig im Rahmen einer bereits zuvor bestehenden Arzt-Patient-Beziehung weitet sich aus zu einem Feld zunehmend anonymer Spezialisten, die diagnostische Erkenntnisse zum Ungeborenen generieren. Und drittens auch auf topographischer Ebene, im Hinblick auf die Räume und deren Atmosphäre, in den weichenstellende Erfahrungen gemacht werden. Hier verläuft der Weg häufig ebenfalls von der Basis einer vertrauten Praxis aus, über spezialisierte Schwerpunktpraxen in klinische Zentren. Einhergehend mit der im ersten Kapitel herausgearbeiteten Ungewissheit und Ambivalenz erweitern sich die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität im Zuge des Marathons durch das Medizinsystem gleichsam in der Breite.

Darüber hinaus birgt jedoch gerade das niederschmetternde Resümee der Mutter zum Ende des zitierten Ausschnittes noch einmal weitergehende Einblicke in die prägende Rolle der diagnostischen Laufbahn für die pränatale Sozialität. Während die „reise durch martyrium“ bereits weiter oben interpretiert wurde und den Widerfahrnischarakter des ersten auffälligen Befundes zum Ausdruck bringt, thematisiert der zweite Teil ihrer Formulierung eine Kaskade von Diagnosen – „von da an wurde es von diagnose zu diagnose eigentlich (Stimme wird brüchig) immer nur noch schlimmer“. In der vergleichenden Analyse der Elterngespräche scheint die diagnostische Laufbahn in drei von vier untersuchten Fällen zum primären Ordnungsschema der Schwangerschaft zu werden, an deren verschiedenen Stationen sich die elterliche Erfahrung orientiert. Sie teilen die Zeit in Phasen nach einem Termin und vor dem nächsten – *von Diagnose zu Diagnose* –, bilden den Ausgangspunkt für grundlegende und nicht selten auch dramatische Veränderungen der Situation ebenso wie die Treiber für eine Neuausrichtung der eigenen Perspektive auf das Geschehen. Der Soziologe wurde zwar von der Mehrzahl der Eltern als Teil der Klinik eingeordnet, sodass letztlich offenbleibt, inwieweit die zentrale Funktion der diagnostischen Laufbahn als Grundgerüst in den erzählten Schwangerschaftsgeschichten auch ein Ergebnis dieses Umstandes ist, im zitierten Ausschnitt werden die Veränderungen des Erfahrungshorizontes im Vergleich zu komplikationsfreien Schwangerschaften jedoch sehr deutlich sichtbar.

Durch die umfangreichere und intensivere medizinische Begleitung verändert sich auch die Struktur der sozialen Schwangerschaft gegenüber der von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 rekonstruierten Ebenen pränataler Sozialität. Die Frage nach dem Geschlecht des Kindes rückt angesichts der Sorge um seine Gesundheit in den Hintergrund und die Namenssuche beginnt so „ganz nebenbei“. Die gesellschaftlich tradierten Formen sozialer Schwangerschaftspraxis, wie Namenssuche und ‚Nestbau‘, sind auch in den untersuchten Fällen keineswegs vollständig suspendiert. Sie wandern jedoch in den äußeren Horizont der Schwangerschaftserfahrung, spielen eine Nebenrolle, während deren innerer Horizont wesentlich durch die diagnostische Laufbahn geprägt wird.

Ausschnitt 2 aus dem gleichen Interview zeigt die Erwartungen der Mutter an eine Untersuchung im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft:

Ausschnitt 2: M: dann hab ich den termin hier gemacht (lacht) //I: ja// mit all den ich war schon da und da und da und da und da und im grunde gehts mir jetzt gar nicht drum ne neue erkenntnis zu erlangen //I: mhm// sondern einen abschließenden weg für mich //I: ja// und für uns und für unser kind zu finden ja ähm und nicht dieses hin und her //I: ja ja// zwischen diagnosen und ärzten und tri tra trulla sondern einfach da sind wir jetzt und so machen wirs jetzt und so bleibts //I: ja// gut ok und so findet das irgendwann einen abschluss am tag x ja?

Sie macht hier deutlich, dass es ihr gar nicht mehr in erster Linie um die Frage geht, noch genauer zu wissen, was ihr Kind medizinisch gesehen hat, „sondern einen abschließenden weg“, einen Plan für die nächsten Wochen und Monate erkennen zu können, der sich als belastbar erweist. Diese Situationsbeschreibung spiegelt zum einen die bereits herausgearbeitete Divergenz zwischen medizinischem und alltagsweltlichem Relevanzsystem wider; während die Professionellen möglichst genau diagnostizieren müssen, was der Fall ist, um Therapiepläne entwerfen zu können, stehen werdende Eltern mehr vor der Frage, welche langfristigen lebenspraktischen Folgen aus dem vorgeburtlichen Wissen um Fehlbildungen des Ungeborenen entstehen werden. Zum anderen erhebt die Passage auch den Anspruch auf eine Standortbestimmung, darauf, aus dem endlos erscheinenden „hin und her //I: ja ja// zwischen diagnosen und ärzten und tri tra trulla“ herauszutreten und mit einer gegenwärtigen Situationsdefinition wieder ein Stück weit festen Boden unter die Füße zu bekommen – „da sind wir jetzt und so machen wirs jetzt und so bleibts“. Dem kontinuierlichen Prozessiert-Werden eines Falles in der pränataldiagnostischen Versorgungslandschaft setzt sie die Relevanz entgegen, selbst wieder die Zügel über die Situation und das Heft des Handels in die Hand zu bekommen. Im Folgenden werden zwei diagnostische Laufbahnen, ausgehend von unterschiedlichen Befunden exemplarisch abgebildet. Sie illustrieren den Marathon werdender Eltern durch die Welt der pränatalen Diagnostik.

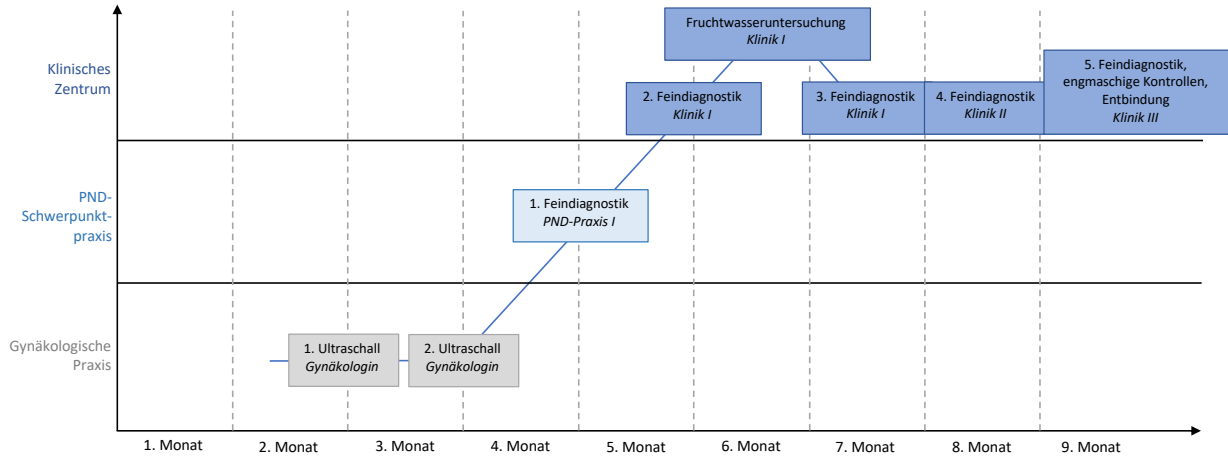


Abbildung 4: Diagnostische Laufbahn bei mehreren Fehlbildungen ohne abgesicherte Differenzialdiagnose (eigene Darstellung).

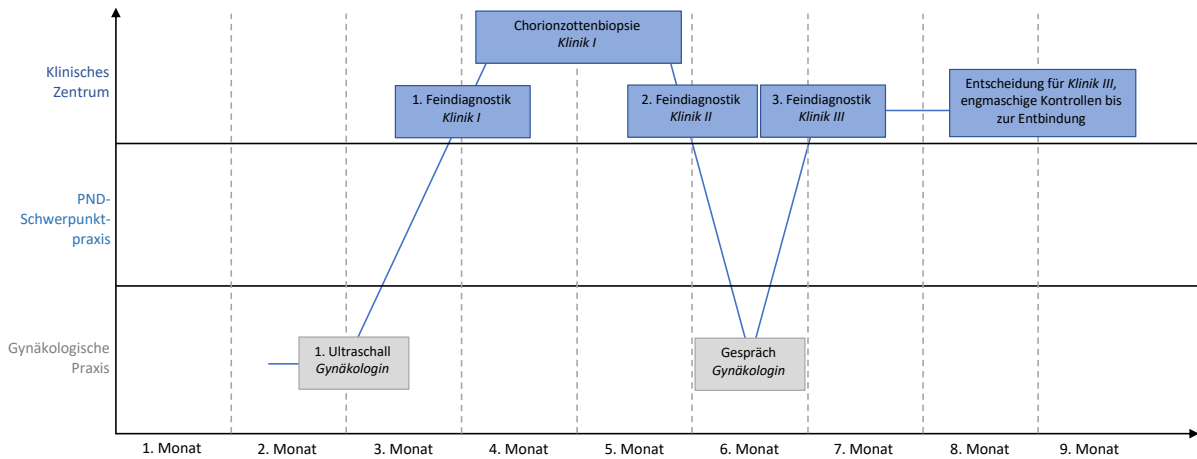


Abbildung 5: Diagnostische Laufbahn mit der abschließenden Differenzialdiagnose Omphalozele (eigene Darstellung).

2.2. Die unterschiedliche Rolle von Arztfiguren in der Erfahrung

In den elterlichen Erzählungen zur diagnostischen Laufbahn der Schwangerschaft tritt mit unterschiedlichen Arztfiguren ein weiteres Thema deutlich hervor, dass nun im zweiten Schritt eingehender betrachtet wird. Woran machen Eltern für sich eine professionelle und hilfreiche medizinische Performanz fest? Und wann erfahren sie sich in der ärztlichen Begleitung mit ihren Anliegen nicht angemessen gewürdigt? Die nachfolgenden Ausschnitte zeigen mit dem Angebot eines problemlösenden Handlungsentwurfs, einer souveränen Haltung von Professionellen in der Untersuchungssituation und dem Ideal widerspruchsfreier Befunde über mehrere Situationen hinweg, Dimensionen auf, die für eine gelingende Arzt-Patient-Interaktion aus Sicht der Patienten*innen bzw. Angehörigen von entscheidender Bedeutung sind. Demgegenüber wird in einem Fall deutlich, wie die Arzt-Patient-Beziehung an fehlender Resonanz auf der diffusen Ebene scheitert.

In Ausschnitt 3 beschreibt eine Mutter das Gespräch mit einem Kinderchirurgen über die Behandlung einer pränatal diagnostizierten Omphalozele bei ihrem Kind rückblickend als „relativ positiv“.

Ausschnitt 3: M: der kinderchirurg der hat auch bis dahin noch nicht von irgendwelchen fehlbildungen gesprochen (.) hat nur gesagt dass ehm die organe reinrutschen können //I: ja// dass das ähm aber auch kein problem is wenn die leber raus bleibt wär's noch besser wenn se reinrutscht ist es so //I: m-hm// man muss dann halt gucken dass es platztechnisch alles passt aber meistens ist es in zwei operationen zu oftmals sogar in einer nur //I: m-hm// das geht relativ schnell ansonsten wird dann was eingesetzt als platzhalter und dann is dann ein paar tage später die zweite op und dann wird der bauch die bauchdecke is ja recht dehnbar des geht ganz schnell //I: m-hm// die dehnt sich dann //I: ja// wunderbar und dann wird das alles gut zugemacht man darf's halt nur nicht quetschen hatte er gesagt //I: ja// das //I: sonst dann zu schnell// genau dass die ehm durchblutung von **beinen** und anderen organen nicht //I: m-hm// irgendwo abgeklemmt wird und das ist jetzt dann nicht so das problem das herz hatte sich ja dann auch glaub ich ein stückchen gedreht gehabt weil da ja so viel platz war //I: m-hm// so nach unten gerutscht aber er sagte das ist auch kein ding muss man nur gucken dass es jetzt äh so bleibt //I: ja// aber ansonsten ehm (.) wär das alles kein problem das geht //I: m-hm// **vier** Wochen (.) krankenhausaufenthalt für den kleinen dann //I: m-hm// und dann is das ((deutlich leiser werdend) alles kein thema) //I: ja// der wird dann irgendwann zwischendurch **verlegt** dann auf ne andere **station** //I: m-hm// und und und des war dann alles **relativ** positiv //I: ja// und dann hatte ich ja den termin ehm (2) ich hatte dann nochmal zwischendurch einen termin (2) mit äh (3) wann war denn der (..) ne das war vorher eigentlich der termin wo ich mit den kinderärzten aus der klinik (.) y-stadt aus der kinderklinik //I: ja// gesprochen hab die mir den termin mit dem kinderchirurg //I: ja ja// dann gemacht haben (.) ehm die hatten dann auf einmal ehm vorher hatte ich ehm von keiner frauenärztin vorher gehört von fehlbildungen gesprochen und da hab ich dann da hatten wir dann den kinderchirurg nachgefragt wie's aussieht //I: m-hm// mit **fehlbildungen** und so was sagt er:: ehm ich weiß nicht mehr wieviel prozent das war'n; (..) ehm (.) bekommen **fehlbildungen** das is bei omphalozele **oftmals** so muss aber nicht sein //I: m-hm// und wenn das ehm der offene bauch wäre die gastroschisis die haben keine fehlbildungen //I: m-hm// die ham halt den nachteil //I: also zusätzlich zur omphalozele dann?// genau zusätzlich //I: m-hm// also die ham oftmals zu so und so viel prozent dann fehlbildungen //I: ja// dann dabei //I: m-hm// gut und dadurch bis dahin noch nix war sind wir eigentlich in guten gewissens //I: ja// obwohl's noch recht früh war (2) ja war das so in Ordnung gewesen dann

Was führt die Interviewte rückblickend zu dem Schluss, dass „alles **relativ** positiv“ war im Gespräch mit dem Kinderchirurgen während der Schwangerschaft? Sie schildert im ersten Teil der Passage detailliert die Behandlung einer Omphalozele, wie sie ihr in Erinnerung geblieben ist und es liegt nahe,

das Positive ihrer Bewertung vor allem in der Handlungssicherheit, bezogen auf die grundsätzliche Haltung und einen greifbaren Behandlungsentwurf, zu sehen, die der Kinderchirurg ihr gegenüber authentisch vermittelt haben muss. Wie bereits im Kontext der Pränatalsprechstunde herausgearbeitet, bildet eine abgesicherte Differenzialdiagnose, die Möglichkeiten für therapeutische Maßnahmen zulässt, das ideale Fundament der perinatalmedizinischen Praxis. Mit der Omphalozele liegt hier eine solche Diagnose vor, die es dem Arzt erstens erlaubt hat aufzuzeigen, was nach der Geburt konkret gemacht werden wird – „meistens ist es in zwei operationen zu oftmals sogar in einer nur“; und die es zweitens möglich macht, bis dato noch offene Spielräume in der Fetalentwicklung als grundsätzlich handhabbare Schwierigkeiten in den chirurgischen Handlungsablauf zu integrieren – „hat nur gesagt dass ehm die organe reinrutschen können //I: ja// dass das ähm aber auch kein problem is wenn die leber raus bleibt wär’s noch besser wenn se reinrutscht ist es so //I: m-hm// man muss dann halt gucken dass es platztechnisch alles passt“.

Neben den mit leichten Variationen mehrfach auftauchenden Formulierungen, dass alles kein Problem sei, fallen auch die zeitlichen Bezüge in Ausschnitt 3 ins Auge: „das geht relativ schnell“; „die bauchdecke is ja recht dehnbar des geht ganz schnell“; „aber ansonsten ehm (.) wär das alles kein problem das geht //I: m-hm// vier Wochen (.) krankenhausaufenthalt für den kleinen dann“. Durch das Gespräch mit dem Kinderchirurgen wird für die Schwangere zusätzlich zum konkreten Handlungsablauf auch der zeitliche Horizont der notwendigen Eingriffe am Lebensbeginn greifbar, sodass Handlungsschritte und Zeitpunkte in der Zukunft verankert und damit die Ungewissheit, die durch die pränatale Diagnose entstanden ist, ein Stück weit wieder unter Kontrolle gebracht werden kann. Das Gespräch mit dem Kinderchirurgen scheint für die Mutter hilfreich gewesen zu sein, um die Diagnose bei ihrem Kind für sich einzuordnen, worauf auch der letzte Abschnitt in der zitierten Passage verweist. Der Arzt kann die Möglichkeit weiterer Fehlbildungen nicht gänzlich ausschließen, er kann aber die Wahrscheinlichkeit beziffern und die Omphalozele in Bezug zur Gastroschisis setzen. Auf diese Weise wird die Diagnose, wie schon im Rahmen der Sprechstunde herausgearbeitet, relationiert, gewichtet und in Sinnzusammenhänge integriert. Auch hier scheint sie die im Kern zuversichtliche Haltung der Mutter zu bekräftigen, wenn sie abschließend feststellt: „gut und dadurch bis dahin noch nix war sind wir eigentlich in guten gewissens //I: ja// obwohl’s noch recht früh war (2) ja war das so in Ordnung gewesen dann“. Zweifellos ist der Entwurf eines differenzierten Handlungsablaufs mit absehbarem Zeithorizont und quantifizierbaren Erwartungen einer Ausweitung des Krankheitsbildes gebunden an eine kurativ therapierbare Differenzialdiagnose. Wie relevant für die Glaubwürdigkeit einer medizinischen Deutung eine souveräne Haltung des Arztes ist, betont indessen auch ein weiteres Elternpaar vor dem Hintergrund ambivalenter Erfahrungen mit der medizinischen Welt in der Schwangerschaft. Auf die Frage des Soziologen, was die Beratung bei den Ärzt*innen ausgemacht hat, die vom Paar als hilfreich erfahren wurde, antwortet der Vater:

Ausschnitt 4: V: die war'n überzeugender (.) die war'n unsicher //I: gabs-gabs da bestimmte genau also unsicherheiten (.) ja// die anderen haben unsicherheit ausgestrahlt das hast du halt gleich gemerkt (.) du hast auch gemerkt dass sie sich äh (.) im text widersprochen haben (..) und (.) entweder trete ich jetzt souveräner auf (.) mit der falschen meinung und bring die so rüber (.) oder die falsche lehrmethode anwenden und (.) aja (.) deswegen das (.) war glück auf deutsch gesagt dass der andere jetzt wieder operiert hat

In der Sequenz stehen überzeugende und souveräne Arztfiguren anderen gegenüber, die „unsicherheit ausgestrahlt“ und sich „im text widersprochen haben“. Schließlich spitzt der Vater seine Aussage sogar ironisch noch einmal soweit zu, dass mit einem entsprechend souveränen Auftritt auch eine falsche Meinung glaubhaft rübergebracht werden könne. Worauf verweist diese durchaus provokative Äußerung exemplarisch? Sie legt zumindest nahe, dass für das Elternpaar weniger der konkrete medizinische Inhalt einer diagnostischen Aufklärung entscheidend für deren Glaubwürdigkeit ist, sondern eine souveräne und widerspruchsfreie Performance des Professionellen, wobei sich die Widerspruchsfreiheit der ärztlichen Deutung auch über mehrere Untersuchungen hinweg als stabil erweisen muss, um überzeugend zu sein. Auf diese Weise werden zum einen mit Souveränität und Widerspruchslosigkeit, neben dem Unterbreiten eines konkreten Handlungsentwurfes im Ausschnitt zuvor, weitere Dimensionen sichtbar, die aus dem Blickwinkel von Eltern eine handlungssichere Haltung des Professionellen verkörpern. Zum anderen verweist das Überzeugen als Akt wiederum auf den von vornherein reziproken Charakter jeder gelingenden bzw. scheiternden Verständigung zwischen Medizin und Alltagswelt in diesem Kontext. Überzeugend zu sein setzt nicht nur voraus, authentisch Zeugnis von etwas vor einem Anderen abzulegen, sondern ebenso die Offenheit und Aufnahmebereitschaft des Anderen, den Zeugen und dessen Zeugnis anzuerkennen.¹³⁶

Während die bisherigen Ausschnitte von behandelbaren Diagnosen ausgegangen sind, zeigt der folgende, wie die Form der Kommunikation gegenüber ihrem Inhalt noch einmal relevanter wird, wenn mit der Diagnose existenzielle Fragen im Raum stehen. So berichtet eine Mutter, bei deren Kind in der Schwangerschaft mehrere schwere Fehlbildungen diagnostiziert wurden, von der folgenden Erfahrung im Gespräch mit Ärzt*innen in einer Klinik:

Ausschnitt 5: M: und ja dann bin ich hergekommen und (3) man hat es mir dann auch nochmal bestätigt im grunde //I: m-hm// nur sehr sehr viel anders im gespräch ne? //I: m-hm// also die gespräche waren schon ganz andere und sicherlich auch deswegen weil wir schon vorbereiteter waren //I: ja// (atmet ein) und (..) fragen wurden da da schon anders anders gestellt //I: m-hm// weil man ja schon ungefähr wusste //I: m-hm// in welche richtung des geht ähm (2) ähm dann muss ich dazu sagen hier unten in der diagnostik arbeiten ausschließlich frauen (amtet aus) die ähm (..) frauen gehen anders mit frauen um (lacht) //I: das kann// wobei ich jetzt //I: gut sein (lacht)// nicht die frau dem dem ärz/ dem arzt quasi vorziehe da das hat damit gar nichts zu tun sondern einfach ähm wir haben uns hier sehr sehr schnell //I: ja// sehr aufgehoben und wohlgeföhlt mit dem was wir //I: ja// weil wir wussten egal was jetzt passiert es wird nicht einfach //I: ja// ja?

¹³⁶ Zu verschiedenen Dimensionen des Zeugenwissens und des bislang systematisch kaum ausgeschöpften Potenzials zeugentheoretischer Überlegungen für die qualitativ-empirische Forschung vgl. Peter 2018 a und b.

In der Beschreibung der Interviewten scheinen drei Aspekte ausschlaggebend dafür zu sein, dass sie den Termin, trotz der schweren Diagnose, positiv in Erinnerung hat. Erstens wurde ihr Befund „dann auch nochmal bestätigt im grunde //I: m-hm// nur sehr sehr viel anders im gespräch ne? //I: m-hm// also die gespräche waren schon ganz andere“. Diese Äußerung rekurriert auf die Unterscheidung zwischen Inhalt und Form der Kommunikation; die gleiche Diagnose wird anders vermittelt. Sie geht in den folgenden Sequenzen nicht näher darauf ein, wie von ärztlicher Seite mit ihr gesprochen wurde, ihr Verweis am Ende der zitierten Passage darauf, dass sie sich als werdende Eltern „hier sehr sehr schnell //I: ja// sehr aufgehoben und wohlgefühlt“ haben, legt jedoch nahe, dass es hier grundsätzlich um die diffusen Anteile innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung geht.¹³⁷ Im Angesicht existenzieller Fragen geht es nicht mehr nur darum, dass sich verschiedene Rollenträger funktional über ein gemeinsames Thema verständigen, sondern in diesem Austausch an den Grenzen der menschlichen Existenz werden wechselseitig auch Verständnis und Anerkennung für den Anderen in seiner individuellen Situation ausgedrückt. Darauf scheinen sich Aufgehoben-sein und Sich-wohlfühlen in der Passage zu beziehen.¹³⁸ Wie relevant die diffuse Seite der Arzt-Patient-Beziehung im Horizont von Grenzsituationen werden kann, wird der nächste Ausschnitt einer misslingenden Verständigung noch nachdrücklich zeigen.

Zweitens verliefen die Gespräche aus Sicht der Mutter auch deswegen anders, „weil wir schon vorbereiteter waren //I: ja// (atmet ein) und (...) fragen wurden da da schon anders anders gestellt //I: m-hm// weil man ja schon ungefähr wusste //I: m-hm// in welche richtung des geht“. Dieses Gespräch im fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium findet unter anderen Vorzeichen statt, als z.B. die Mitteilung eines ersten auffälligen, aber noch unklaren Befunds oder der ersten Fehlbildungsdiagnose in einer früheren Phase. Das Paar hat sich zum Zeitpunkt des Gesprächs bereits ein Stück weit in der neuen Situation orientiert, sodass auf dem Boden bereits existierender Grundzüge einer alltagsweltlichen Situationsdefinition – „weil wir wussten egal was jetzt passiert es wird nicht einfach“ – offene Fragen gezielt thematisiert werden können. Bereits der Akt des Fragens setzt notwendig voraus, Fragliches von Nicht-Fraglichem zu unterscheiden. Dadurch entscheidet sich, was zum Gegenstand der Frage erhoben, wie

¹³⁷ Zur widersprüchlichen Einheit zwischen diffusen und funktional-spezifischen Handlungsorientierungen in der Arzt-Patient-Beziehung, vgl. Oevermann 1996. Den strukturtheoretischen Hintergrund der Unterscheidung hier darlegen zu wollen, würde den Rahmen der empirisch und primär wissenssoziologisch ausgerichteten Arbeit sprengen. Im Hinblick auf die Datenanalyse ist in erster Linie das heuristische Potential der widersprüchlichen Einheit zwischen divergierenden Beziehungsformen relevant. *Diffuse Sozialbeziehungen* – idealtypisch verwirklicht innerhalb von Paarbeziehung und Kernfamilie – bestehen zwischen ganzen Individuen, sind affektiv konstituiert und auf Unkündbarkeit ausgerichtet. Demgegenüber finden *funktional-spezifische Sozialbeziehungen* – etwa die Anbieter-Kunden-Beziehung – zwischen Rollenträgern statt, sind – zumindest idealtypisch – affektiv neutral und zeitlich befristet. Nach Oevermann zeichnet sich das medizinisch-therapeutische Arbeitsbündnis, ebenso wie die beiden anderen traditionellen Professionen der Theologie und Jurisprudenz, dadurch aus, dass in ihm Ansprüche beider Beziehungsmodi relevant werden und zum Tragen kommen.

¹³⁸ Mittelbar und in abgeschwächter Form betrifft dieser Umstand dann auch Forschungsbeziehungen, in denen existenzielle Erfahrungen thematisch werden. So führen Feith/Peter et al. 2020 aus, „dass empirische Forschung zu Grenzsituationen selbst bis zu einem gewissen Grad an die Grenzen vorab festgelegter Rollendefinitionen führt und eine angemessene Praxis der Forschung ein hohes Maß an Responsivität im Medium der eigenen Leiblichkeit erfordert. Auch Forschende antworten in der Unmittelbarkeit der Situation immer schon, nicht nur im Sprechen, sondern ebenso mit Blicken, in Mimik, Gestik und Körpersprache, auf die impliziten Ansprüche des Anderen, die desto relevanter werden, je mehr im Rahmen existenzieller Themen nicht nur über etwas Drittes gesprochen wird, sondern Personen, in der Art und Weise, wie sie sich zu diesen Themen in Beziehung setzen, sich selbst darin mitteilen.“ Feith/Peter et al. 2020: 261

eine Frage gestellt und woraufhin die Frage im Hinblick auf die Antwort zielt. Dies lenkt erneut, komplementär zur Art und Weise der professionellen Vermittlung einer Diagnose, den Blick auf die elterliche Seite in der Verständigung. Wenn eine differenziertere Erörterung einzelner Themen erst auf der Basis eines gewissen Bestimmtheitsgrades der familialen Schwangerschaftssituation mit Diagnose möglich ist, setzt dies voraus, dass Eltern zumindest schon ansatzweise in der veränderten Situation angekommen sein müssen und der erste Schock, dass etwas in der Entwicklung des Kindes nicht „normal“ verläuft, abgeklungen sein muss.

Schließlich erwähnt die Mutter, „in der diagnostik arbeiten ausschließlich frauen (amtet aus) die ähm (..) frauen gehen anders mit frauen um (lacht)“. Es ist eine der wenigen Stellen im Datenmaterial, in denen das Geschlecht von Professionellen von den Interviewten explizit thematisiert wird. In der vergleichenden Analyse der Interviews wird zudem deutlich, dass in den untersuchten Schwangerschaften bezogen auf das Kind die Unterscheidung gesund vs. krank gegenüber der Geschlechterdifferenz in den Vordergrund rückt. Gleichwohl führt die Äußerung der Mutter zu weitergehenden Fragen. Inwieweit spielt die potenzielle leibkörperliche Erfahrungsnähe zwischen Schwangeren und Ärztinnen eine Rolle im praktischen Umgang miteinander und bei der Reziprozität der Perspektiven? Sind die – den männlichen Ärzten ebenso wie dem männlichen Sozialforscher verschlossenen – Dimensionen der subjektiven Erfahrungen eines weiblichen Leibes, des Schwanger-Seins und damit einhergehender Ambiguitäten, wie Bewegungen eines anderen Wesens im eigenen Körper zu spüren und im Ultraschall Visualisierungen eines inwändigen Anderen zu sehen, etwas, bei dem schwangere Frauen davon ausgehen, dass es eher von Ärztinnen qua gleichen Geschlechts nachvollzogen werden kann? Die Interviewte bindet den anderen Umgang von Frauen mit Frauen in der zitierten Passage zumindest nicht explizit an eine ebenfalls vorhandene Mutterschaft bei den behandelnden Ärztinnen. Wahrscheinlicher scheint hier die Lesart, dass auch die Aussage „frauen gehen anders mit frauen um“ zunächst wieder grundsätzlich auf die diffuse Seite der Arzt-Patient-Beziehung rekurriert, auf der sich nicht Rollenträger, sondern Menschen begegnen. Diese Deutung wird auch von ihrer Präzisierung unterstützt, dass sie „nicht die frau dem dem ärz/ dem arzt quasi vorziehe da das hat damit gar nichts zu tun“. Es scheint ihr nicht primär um die Frage einer höheren Expertise von Ärztinnen oder Ärzten qua deren Geschlecht, sondern um einen anderen, und im Kontext der Passage passenderen Umgang zwischen Frauen auf der persönlichen Ebene zu gehen. Letztlich liefert das empirische Material nicht genügend aussagekräftige Daten zur Frage der Geschlechterrelevanz in der ärztlichen Begleitung, sodass diese hier nur als wichtige Frage für die weitere Forschung markiert werden kann.

Ausschnitt 6 macht hingegen deutlich, wie die Arzt-Patient-Kooperation bei fehlender Resonanz auf der diffusen Ebene scheitern kann:

Ausschnitt 6: M: bei dieser untersuchung die war auch sehr sehr lang und schmerzhaft dann auch weil so viel gedrückt werden musste //I: m-hm// ich hatte da schon zu viel fruchtwasser //I: m-hm// oder sehr viel mehr fruchtwasser das kind war zu klein also man konnte an sich sehr wenig sehen //I: ja// und ähm ja und dann so nach einer halben stunde hat man dann auch keinen bock mehr dass da einer auf einem rumdrückt und ähm //I: des// ja das wird halt-/ man man macht des natürlich ja? man möchte ja auch was wissen //I: ja// aber ähm ja und ähm auf (3) diese worte hin dann von ihm (.) dass ähm wir ein leben neben den anderen führen und wenn sie es überlebt überhaupt //I: m-hm// überlebt (atmet ein) ähm das keine regelschule sein also des war sind seine originalworte //I: m-hm// keine regelschule ä-/ (2)/ kindergarten auch nicht ähm ein leben zwischen ärzten und intensivstationen und krankenhaus und //I: m-hm// also so //I: m-hm// und ähm (.) auf die frage hin von meinem partner dann ob es denn sein kann dass (2) dass (..) pfff (seufzendes Ausatmen) wieder seines erwartens aber sie vielleicht ja doch leben kann und ein (..) //I: m-hm// angenehmes leben heißt ähm atmen essen trinken laufen ne? //I: ja// also so ja? ähm ja waren seine worte ähm damals sehr knapp und ä-/ (bricht ab, irritiert lachend) ich unterstell ihm nichts aber ich glaube er mochte uns nicht besonders ähm (.) (lacht) wir ihn dann auch nicht //I: lacht mit// ähm (..) sagte er nur ähm ich habe eine handvoll anzeichen (.) also das war die antwort da drauf und ähm ja da is mein mann damals schon raus und sagte (zitierend) gehn wir nicht mehr hin (.) //I: m-hm// das is keine Antwort auf auf so eine diagnose dass das //I: ja// so so kann man mit jemandem nicht umgehen ja? also das war dann auch rein menschlich (..) //I: schwer// war das einfach nich mehr machbar und //I: ja// ich hab dann auch also er sagte dann auch er würde den fall gerne mit dieser handbewegung (gestisch begleitend) in seiner hand behalten (atmet ein) ähm er geht mit uns jeden weg den wir entscheiden zu gehn auch wenn es ein schwangerschaftsabbruch ist? also das heißt (.) diese diese gedanken über einen abbruch waren im grunde nur durch diesen kleinen kurzen satz bei uns verpflanzt //I: m-hm// ja so wir müssen uns entscheiden ob wir diesen weg //I: ja// weitergehen wollen (atmet ein) ähm (..) ich möchte ihm das nicht böswillig //I: m-hm// ähm anrechnen er er war hat wahrscheinlich einfach nur sein komplettes spektrum was er jetzt tun kann (.) ähm da ähm ausgebreitet ähm des problem war der nächste satz dass das ähm von ihm dass es egal is in dem fall wo und wie ich versichert bin (..) und daraufhin ja gut das kam dann auch erst so ein tag später was er da eigentlich gesagt hat //I: m-hm// und ähm daraufhin hab ich auch da angerufen und hab gesagt das ich mich jetzt in die hände der x-klinik begeben weil //I: ja// ähm man hat mich dann auch gefragt ähm aus welchem grund und ich hab gesagt weil ich nicht zufrieden bin mit ähm mit menschen-/ dem würde diese studie wunderbar helfen dem Herr X //I: m-hm// der (lacht kurz) wie man mit menschen umgeht //I: ja// die denen ich sowas sage //I: m-hm// ja? was heißt denn hier es ist egal wie und wo ich versichert bin //I: ja// also was is denn das für eine aussage naja gut ähm andere hätten es vielleicht gar nicht so gehört ich habe auch erst einen tag später eigentlich so dann wenn da einem //I: m-hm// das dann alles nochmal so revue passiert was //I: ja// was alles gesagt wurde und so ne weil einen eher ja dann auch so die gefühle übermannen //I: m-hm// in dem moment naja (2) und ähm wie gesagt da hab ich das war der moment in dem ich entschieden hab da gehe ich nicht mehr hin der mann hätte mir mit all seinem wissen und mit all dem recht was er gehabt gehabt hat ist ein wahnsinns guter diagnostiker (atmet ein) ähm der einfach nur mal wieder eine fortbildung bsuchen sollte wie man mit menschen spricht //I: m-hm// äh ja also ein wahnsinns guter diagnostiker und den würde ich auch ich würde den sogar auch weiterempfehlen (..) ja? (lacht verlegen) //I: unverständlich (lacht mit)// wenn man so ein bisschen überhört wie er mit einem spricht aber ehm m-/ (2) der hätte mir einfach nich mehr helfen können //I: m-hm// weil ich mich da nicht wohlgeföhlt habe //I: m-hm// ne?

An dieser Stelle wird dieser dichte Ausschnitt zunächst nur selektiv im Hinblick auf die Frage gedeutet, woran die Arzt-Patient-Beziehung in der geschilderten Situation scheitert. Die Mutter zieht hier keineswegs die medizinische Expertise des Arztes in Zweifel, sondern kritisiert dessen aus ihrer Sicht mangelnde Sensibilität und Fähigkeit zur Perspektivenübernahme im „menschlich[en]“ Umgang mit dem werdenden Elternpaar. Im Zuge des Erzählens wird dabei ein unüberbrückbarer Hiatus zwischen dem

elterlichen Anspruch auf die diffusen Anteile in der Arzt-Patient-Beziehung und den funktional-spezifischen Antworten des Arztes sichtbar. Der elterlichen Relevanz einer „rein menschlich[en]“, der existenziellen Tragweite ihrer Situation angemessenen Responsivität steht der objektivierte „Fall“ gegenüber, den der Arzt gerne „in seiner Hand behalten“ würde; die Entscheidung für die Schwangere über einen möglichen Abbruch der Schwangerschaft, wird von professioneller Seite hier als finanzielle Angelegenheit gerahmt; die Frage, ob das Kind entgegen allen Erwartungen nicht doch ein „angenehmes Leben“ haben könne, wird mit „einer Handvoll Anzeichen“ beantwortet. Hier wird die Diskrepanz zwischen elterlichem Appell und professionellem Response am schärfsten sichtbar, wie die Interviewte in ihrer Erzählung unterstreicht. „[D]as ist keine Antwort auf auf so eine Diagnose dass das //I: ja// so so kann man mit jemandem nicht umgehen ja? also das war dann auch rein menschlich (..) //I: schwer// war das einfach nicht mehr machbar“. Die Frage des Vaters nach dem angenehmen Leben für das gemeinsame Kind richtet sich auf die Existenz eines Individuums in Gänze. [A]tmen essen trinken laufen“ stellen einerseits grundlegende Vitalfunktionen des menschlichen Organismus dar; andererseits werden sie hier zugleich zu Symbolen für die elementaren Lebensvollzüge in der Alltagswelt. Die Frage des werdenden Vaters richtet sich entsprechend darauf, ob das Kind ein Leben haben wird und ob sie als Paar mit dem Kind lebenspraktisch Familie sein können, während „eine Handvoll Anzeichen“ auf die einzelnen Elemente einer diagnostischen Deutung referiert und dadurch – im Schützchen Sinne wird die Situation hier von beiden Seiten grundlegend anders typisiert – am elterlichen Appell vorbeigeht. In gewisser Weise wiederholt sich hier der Kontrast zwischen dem diagnostischen und begegnungsorientierten Deutungsschema, der anhand der Ultraschalluntersuchung in der Pränatalsprechstunde rekonstruiert wurde, nun in der Verständigung zwischen Erwachsenen. Die Verbindung zwischen den Sphären Familie und Medizin zerbricht hier nicht an der niederschmetternden Diagnose an sich, sondern an der Art und Weise deren kommunikativer Vermittlung. Die zitierte Passage zeigt exemplarisch, wie tiefgreifend eine mangelnde Responsivität auf der diffusen Ebene der Arzt-Patient-Beziehung Vertrauen zerstören bzw. schon dessen Entstehung verhindern kann. So kommt die Interviewte am Ende ihrer Erzählung zu dem Schluss, „der hätte mir einfach nicht mehr helfen können //I: m-hm// weil ich mich da nicht wohlfühlt habe“.

Darüber hinaus zeigt der Ausschnitt, wie einzelne Aussagen in einer Krisensituation die Zeit überdauern und teilweise bis in die Gegenwart fortwirken können. So erzählt die Interviewte von der Aussage des Arztes „er geht mit uns jeden Weg den wir entscheiden zu gehen auch wenn es ein Schwangerschaftsabbruch ist? also das heißt (.) diese diese Gedanken über einen Abbruch waren im Grunde nur durch diesen kleinen kurzen Satz bei uns verpflanzt“. In ihrer Formulierung wird greifbar, wie sich die Bedeutung dieses „kleinen kurzen Satz[es]“ im elterlichen Erfahrungshorizont eingepflanzt haben muss. Etwas, das verpflanzt wird, wird zunächst seiner ursprünglichen Umgebung entzogen und anderswo eingebracht. Im Kontext der Sequenz geht es hier um den Übergang der medizinischen Handlung eines Schwangerschaftsabbruchs – über die der Arzt rechtlich aufklären muss – in die Lebenswelt des Paares, wo diese

Handlung zu einer existenziellen Entscheidung wird. Durch das verortende „bei uns“, dass der Verpflanzung vorgeschaltet wird, machen sich „diese gedanken über einen abbruch“ in der Mitte der eigenen Welt breit und führen dort ein Eigenleben. Allein durch den angehängten Halbsatz der Aussage des Arztes, jeden Weg mit den Eltern zu gehen, für den sie sich entscheiden würden, auch, wenn es ein Schwangerschaftsabbruch sei, werden hier bei Paaren gedankliche Szenarien in Gang gesetzt, zu denen sie sich nicht nicht verhalten können und deren eigenständige Dynamik und Entwicklung sie nicht unter Kontrolle haben. Die Erzählung der Mutter verweist auf die Macht der Worte in der diagnostischen Situation, die bis in die Gegenwart fortwirken kann, wie sich relativ zu Beginn des Ausschnittes an der Frage nach der Lebenschance des Kindes zeigt. „[A]lso des war sind seine originalworte //I: m-hm// keine regelschule ä-/ (2)/ kindergarten auch nicht ähm ein leben zwischen ärzten und intensivstationen und krankenhaus und //I: m-hm// also so“. Die Mutter rutscht hier von der Vergangenheit in die Gegenwart, wenn es um die „originalworte“ des Arztes geht. In der Folge gibt sie gleichsam eine Salve von Begriffen wieder, mit denen der Arzt damals versucht haben muss, der Schwangeren den Zustand ihres Kindes drastisch vor Augen zu führen und diese Worte sind auch in der Gegenwart des Erzählens noch präsent.

Dabei scheinen es, wie zuvor beim Schwangerschaftsabbruch, vor allem Worte und Aussagenfragmente mit hohem symbolischen Gehalt zu sein, die nicht verarbeitet werden können und sich kaum in die Verweisungszusammenhänge des vorangeschrittenen Erfahrungsablaufs integrieren lassen. „[K]eine regelschule ä-/ (2)/ kindergarten auch nicht ähm ein leben zwischen ärzten und intensivstationen und krankenhaus“ zeichnen ein düsteres Bild von der erwarteten zukünftigen Lebenswelt des Kindes und beinhalten vielfältige Verweise zu ganz unterschiedlichen Fragen, wie Bildung, gesellschaftliche Teilhabe, die Chance auf ein glückliches Familienleben und Gesundheit. Insgesamt problematisiert die Mutter in ihrer Beschreibung der Situation nicht die zu befürchtenden schlimmen Folgen der pränataldiagnostischen Erkenntnisse an sich, sondern die Art und Weise, wie sie von diesem Arzt in dieser Untersuchung kommuniziert wurden. In Ausschnitt 6 stehen schwerwiegende Worte des Arztes isoliert innerhalb der Erzählung, die auch über die Zeit nicht alltagsweltlich übersetzt und angeeignet werden konnten. Es wäre jedoch zu kurzfristig, daraus den Schluss zu ziehen, dass schwerwiegende Begriffe und symbolträchtige Äußerungen im Gespräch zwischen Ärzt*innen und Eltern stets kontraproduktiv sein müssen. Bei einer hinreichenden wechselseitigen Responsivität können sie gerade auch zu Brücken zwischen den verschiedenen Wirklichkeitsbereichen hin zu einem gemeinsamen Verständnis der Situation werden, wie sich im weiteren Verlauf der Darstellung noch zeigen wird.

Der letzte Ausschnitt in diesem Kapitel illustriert noch einmal zusammenfassend, wie grundlegend eine komplizierte Schwangerschaft mit einer schweren Diagnose für das Kind den elterlichen Erfahrungshorizont prägt und wie sich zugleich aber auch der Blick in eine offene Zukunft hinein wieder zu öffnen beginnt. Das Gespräch wurde circa drei Monate nach Geburt und Tod des Kindes mit der Mutter geführt.

Sie scheint sich zu diesem Zeitpunkt gerade auf der Schwelle zwischen der bereits begonnenen Verarbeitung existenzieller Ereignisse aus den zurückliegenden Monaten und dem Zurückgewinnen der eigenen Lebens- und Zukunftsgestaltung zu befinden.

Ausschnitt 7: M: also es is so ein bisschen im moment ist es noch so das ähm eine erneute schwangerschaft ein bisschen panik auslöst (lacht) bei uns //I: ja gut (lacht)// ähm (..) weil man sich //I: ja// weil man weil man keinen vergleich zu einer normalen hat ///I: ja// ähm sich einfach nicht vorstellen kann dass etwas dass das ganz normal (lacht) verlaufen kann ne? als was //I: m-hm// ist //I: ja// wie wie sieht eigentlich eine schwangerschaft aus die ganz normal //I: ja// ne? wo man nicht von arzt zu arzt rennt und (atmet ein) von schrecklicher diagnose zu schrecklicher diagnose und ähm (2) wo man dann ähm wirklich ein kind in den arm gelegt griegt (stimme wird brüchig) das weint und am leben ist und ne? //I: m-hm m-hm// dass is ähm (2) nicht so ganz vorstellbar //I: m-hm// aber fakt ist unterm strich ähm (2) ähm ein zweites kind ist nicht ausgeschlossen //I: m-hm//

In der Beschreibung ihrer aktuellen Situation stellt die Interviewte deutlich heraus, wie weit sich ihre Erfahrung der Schwangerschaft mit verheerenden Diagnosen und schließlich dem Verlust des Kindes unmittelbar nach der Geburt von einer „normalen“ Schwangerschaft entfernt hat. Der „ganz normal[e]“ Verlauf wird hier im Horizont der eigenen Erfahrungen nicht nur zu etwas relativ Anderem, sondern zu einem absolut fremden Etwas, das zum gegenwärtigen Zeitpunkt außerhalb der eigenen Vorstellungskraft liegt.¹³⁹ Das ‚Normale‘ kann nur ex negativo in Absetzung vom Eigenen bestimmt werden als ein potenzieller Erfahrungsraum, „wo man nicht von arzt zu arzt rennt und (atmet ein) von schrecklicher diagnose zu schrecklicher diagnose und ähm (2) wo man dann ähm wirklich ein kind in den arm gelegt griegt (stimme wird brüchig) das weint und am leben ist und ne?“ Das nächste Kapitel wird zeigen, dass selbst wie in diesem Fall, bei einer schweren pränatalen Diagnose für das Kind, die Schwangerschaft nicht durchgehend niederschmetternd erinnert wird und alle typischen Formen pränataler Sozialität aus einem komplikationsfreien Verlauf hier nicht zum Tragen kämen. In der Formulierung der Mutter wird jedoch deutlich, dass neben der Trauer um den frühen Verlust ihres Kindes auch der Marathon durch das Medizinsystem mit immer neuen Hiobsbotschaften sich zentral in ihrer Erfahrung niedergeschlagen hat und dieser für sie einen wesentlichen Unterschied zu einer unauffälligen Schwangerschaft darstellt. Dies verweist noch einmal auf den strukturierenden, aber auch distanzierenden Einfluss der diagnostischen Laufbahn in Bezug auf die alltagsweltlichen Sinnhorizonte der Schwangerschaft. Es bleibt eine offene Frage für die weitere Forschung, wie die vorgeburtlichen Erfahrungen der Eltern von Kindern mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen deren zukünftige Schwangerschaften mitprägen. Ebenso stellt sich die Frage, inwieweit bei der geschilderten großen Distanz zu einem typischen Verlauf, diese Erfahrungen von Eltern im erweiterten Familienkreis, im sozialen Umfeld und im Gespräch mit anderen Eltern überhaupt mitgeteilt und nachvollzogen werden können. Gleichzeitig wird aus dem Ausschnitt aber auch sichtbar, dass es den Eltern mit Hilfe der Professionellen gelungen ist, die existenzielle Krise

¹³⁹ Dieser nicht nur graduelle, sondern prinzipielle Unterschied zwischen Anderem und Fremdem lässt sich auch durch theoretische Überlegungen zu beiden Begriffen in Peter 2021 (i. E.) verdeutlichen: „Wenn etwas oder jemand als anders eingeschätzt wird, dann erfolgt das ‚im Medium des Allgemeinen‘ (Waldenfels 1997, S. 21), in dem sowohl das eine als auch das andere von diesem Standpunkt des Allgemeinen aus betrachtet und verglichen wird. Beide sind dann gleich, *als Verschiedenes im Selben*. So kann man Männer und Frauen *als Menschen* betrachten – darin sind sie gleich –, aber *als Frau* oder *Mann* werden sie *unterschieden*. Das Fremde dagegen stellt sich *als Fremdes* vom Eigenen aus dar.“ [Herv. im Orig.]

bereits so weit zu bewältigen, dass sich ein zuversichtlicher Blick in die Zukunft wieder zu öffnen beginnt. „[F]akt is unterm strich ähm (2) ähm ein zweites kind ist nicht ausgeschlossen“. Eine erneute Schwangerschaft steht noch nicht unmittelbar bevor – „im moment ist es noch so das ähm eine erneute schwangerschaft ein bisschen panik auslöst (lacht) bei uns“ –, aber die Vorstellung, sich wieder auf den Weg zur Elternschaft zu machen, steht bereits als Möglichkeit am Horizont.

2.3. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse

Die empirischen Ergebnisse in diesem Kapitel zeigen, dass Schwangere und ihre Partner bei einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose viel tiefer in die medizinische Welt eindringen, als dies bei unauffälligen Schwangerschaften der Fall ist. In diesem Zuge verändert sich das Ordnungsschema der Schwangerschaft und die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität weiten sich. Damit einhergehend wird der „normale Anfang“, der im folgenden Kapitel genauer beleuchtet wird, zur zunehmend entfernten und fremden Kontrastwelt und die diagnostische Laufbahn mit verschiedenen Stationen durch das Medizinsystem scheint sich zum Koordinatensystem der Erfahrung zu entwickeln. Diese zentrale Rolle der diagnostischen Laufbahn im Prozess der Sinnbildung konnte in drei von vier Fällen beobachtet werden, während sie im vierten, wie die Schwangerschaft insgesamt, nicht mehr als relevantes Thema markiert wurde.

In Ausschnitt 1 zeichnet sich eindrücklich ab, wie die Schwangerschaft mit dem ersten auffälligen Befund, der in der Folge differenzialdiagnostisch abgeklärt werden soll, den Rahmen eines komplikationsfreien Verlaufs verlässt und einen wesentlich spezifischeren Weg innerhalb der medizinischen Welt einschlägt. Während die pränataldiagnostische Expertise der Professionellen von der häufig bereits durch Vorerfahrungen vertrauten Beziehung zu Gynäkolog*innen, über niedergelassene PND-Spezialist*innen bis hin zur interdisziplinären Begleitung in einem klinischen Zentrum steigt, werden auf diesem Weg zugleich aber auch die Arztfiguren erkennbar anonymer. Dem von der Interviewten als „mein arzt“ eingeführten vertrauten Frauenarzt steht Dr. Z., ein „scheinbar so unter den ärzten sehr bekannter (.) diagnostiker“ als anonymer Experte gegenüber.

Der Erfahrungshorizont der Schwangerschaft nimmt in diesem Zuge eine andere Struktur auf mehreren Ebenen an. Erstens auf der Ebene des Wissens, auf der die medizinischen Erkenntnisse differenzierter und komplexer werden. Eltern eines Kindes mit pränatalem Fehlbildungsbefund erfahren in der Regel schon vor der Geburt viel mehr über den Organismus des Ungeborenen, dessen Anomalien und deren mögliche Folgen, als dies bei Paaren der Fall ist, deren Schwangerschaft sich durchgehend unterhalb der Schwelle sonographischer Auffälligkeiten bewegt und sie können sich nicht nicht zu diesem Wissen verhalten, sondern müssen eine individuelle wie auch paarbezogene Haltung dazu finden. Zweitens betrifft die Ausweitung der Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität auch die Zunahme der professionellen Akteure, die die elterlichen Schwangerschaftsdeutungen prägen. Die Versorgung durch einen begrenzten Personenkreis, häufig im Rahmen einer bereits zuvor bestehenden Arzt-Patient-Beziehung

weitet sich aus zu einem Feld persönlich unvertrauter Spezialist*innen, die medizinische Erkenntnisse zum Ungeborenen generieren. Drittens trägt die diagnostische Laufbahn auf topographischer Ebene die Schwangerschaft in andere räumliche Kontexte und dazugehörige Atmosphären, in den weichenstellende Erfahrungen gemacht werden. Hier verläuft der Weg häufig ebenfalls von der Basis einer vertrauten niedergelassenen Arztpraxis aus, über spezialisierte Schwerpunktpraxen in klinische Zentren. Einhergehend mit der im ersten Kapitel herausgearbeiteten Ungewissheit und Ambivalenz, die der erste auffällige Befund in Gang setzt, bildet er als Ausgangspunkt für den Weg durch das Feld der Pränataldiagnostik auch den Katalysator für die Expansion der Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität gleichsam in die Breite.

In der vergleichenden Analyse der Elterngespräche scheint die diagnostische Laufbahn in drei von vier untersuchten Fällen zum primären Ordnungsschema der Schwangerschaft zu werden, an deren verschiedenen Stationen sich die elterliche Erfahrung orientiert. Sie teilen die Zeit in Phasen nach einem Termin und vor dem nächsten – *von Diagnose zu Diagnose* –, bilden den Ausgangspunkt für grundlegende und nicht selten auch dramatische Wendungen der Situation ebenso wie die Treiber für eine Neuausrichtung der eigenen Perspektive auf das Geschehen. Sie wird zum Grundgerüst eines je fallspezifisch unterschiedlich langen Marathons durch das Medizinsystem, in dem die Paare ab den ersten Auffälligkeiten „von arzt zu arzt renn[en]“, wie es die Interviewte eindrücklich in Ausschnitt 7 beschreibt. Inwieweit diese tragende Rolle der diagnostischen Laufbahn auch Effekt einer Forschungssituation ist, in deren Rahmen der Soziologe von Eltern als Teil der Klinik eingeordnet wurde, wäre in zukünftigen Forschungen zu verifizieren. Im dieser Arbeit zugrundeliegenden Material zeichnet sich ab, dass zentrale Aspekte des sozialen Schwangerschaftsverlaufs, die von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 herausgearbeitet wurden, nicht obsolet werden, im Angesicht der drohenden Erkrankung jedoch in den äußeren Horizont der pränatalen Sozialität rücken. Die Frage nach dem Geschlecht des Kindes tritt durch die Sorge um seine Gesundheit in den Hintergrund und die Namenssuche beginnt so „ganz nebenbei“, der ‚Nestbau‘ wird erwähnt, scheint aber eine Nebenrolle zu spielen. Im thematischen Kern der Schwangerschaft steht die Diagnosegeschichte.

Entlang der verschiedenen Stationen innerhalb der pränatalen Diagnostik, treten in den elterlichen Erzählungen auch Aspekte hervor, die entscheidend dafür waren, ob sie die medizinische Begleitung als hilfreich oder zusätzlich belastend erfahren haben. In Ausschnitt 3 wird anhand des geschilderten Gesprächs mit einem Kinderchirurgen über die vorliegende Differenzialdiagnose einer Omphalozele beim Ungeborenen ersichtlich, wie der konkrete Handlungsentwurf, den der Kinderchirurg aufgrund der guten Wissensbasis vermitteln kann, der Schwangeren hilft, die Situation zu ordnen. Durch den relativ klaren Therapieplan können hier mit der Operation und dem erwarteten weiteren Verlauf Handlungsschritte und Zeitpunkte in der Zukunft verankert und damit die Ungewissheit, die durch die pränatale Diagnose entstanden ist, ein Stück weit wieder unter Kontrolle gebracht werden. In Ausschnitt 4 wird

die Souveränität von Ärzt*innen in der Untersuchungssituation als ein zweiter zentraler Aspekt überzeugender Professionalität aus Sicht der Eltern herausgearbeitet, im übergeordneten Blick auf die gesamte diagnostische Laufbahn deutet sich überdies an, dass die – in der Praxis kaum erreichbare – Widerspruchslosigkeit des diagnostischen Wissens ein weiteres Ideal darstellt, an dem medizinische Professionalität gemessen wird.¹⁴⁰

Die Ausschnitte 5 und 6 zeigen vor dem Hintergrund einer schlechten Prognose für das Kind hingegen, wie fatal es sich auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken und zum Vertrauensverlust führen kann, wenn Eltern auf der diffusen Ebene des Arbeitsbündnisses keine Resonanz erfahren. Im Angesicht existenzieller Fragen, wie einem möglichen Abbruch der Schwangerschaft, geht es nicht mehr nur darum, dass sich verschiedene Rollenträger funktional über ein gemeinsames Thema verständigen, sondern in diesem Austausch an den Grenzen der menschlichen Existenz werden wechselseitig auch Verständnis und Anerkennung für den Anderen in seiner individuellen Situation ausgedrückt. Insbesondere Ausschnitt 6 sensibilisiert hier nachdrücklich dafür, wie sich symbolträchtige Begriffe und verhängnisvolle Formulierungen in situ tief in die elterliche Erfahrung einprägen können und dort teilweise als nicht anschlussfähig verharren. So erzählt die Interviewte in Ausschnitt 6, „diese gedanken über einen abbruch waren im grunde nur durch diesen kleinen kurzen satz bei uns verpflanzt“. Die Forschungsergebnisse von Reyes 2014 weisen ebenfalls auf die Relevanz des Zusammenspiels zwischen funktional-spezifischer und diffuser Ebene in der Ärzt-Patient-Beziehung hin: „One-hundred percent of the study participants described the need for ‘establishing trust’; a need to connect with the healthcare teams responsible for their infant’s future post natal care. Interactions during counseling led to establishing connectedness with the specialty teams. The positive attributes of the health care provider were described as the technical expertise in the counseling method used (pictures, use of diagrams) and the nurturing qualities in which information was relayed (how they spoke, eye contact, personable attitudes) ever so important in establishing trust. Trust emerged as trust in the information being given and trust established in anticipation of future interactions (team who will be managing their infant’s future care).“ (Reyes 2014: 18)

Ausschnitt 7 zeigt demgegenüber jedoch auch, wie ein Elternpaar nach einer krisenhaften Schwangerschaft und dem Verlust des Kindes kurz nach der Geburt, wenige Monate später sich ihren Alltag sukzessive wieder zurückerobert und die Möglichkeit eines zweiten Kindes allmählich in den Bereich des (wieder) Vorstellbaren rückt. In diesem Zusammenhang bleibt es eine offene Frage für die weitere Forschung, wie die vorgeburtlichen Erfahrungen der Eltern von Kindern mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen deren zukünftige Schwangerschaften mitprägen. Wie wird eine vermeintlich ‚ganz normale‘

¹⁴⁰ In eine ähnliche Richtung weisen auch Ergebnisse der pflegewissenschaftlichen Arbeit von Reyes 2014, die Interviews mit Schwangeren, bei deren Kind eine postnatal korrigierbare Fehlbildung festgestellt wurde, inhaltsanalytisch ausgewertet und zum Konzept „Seeking Stability“ schreibt: „Women sought clarity and parameters as they were defining the issue and seeking stability in the fetal condition. When seeking stability, three women described the need to validate the information received. They would compare information between providers or via public sources (the internet). Four women described just wanting the fetal diagnosis to stay consistent. Woman (8) described her loss of control, wanting to be able to make a decision (like choosing to breast feed).“ Reyes 2014: 17

Schwangerschaft erfahren, wenn diese im Horizont der vergangenen Erfahrungen als die Kontrastwelt schlechthin erscheint?

3. Typische Facetten des alltagsweltlichen Schwangerschaftsverlaufs

In diesem Kapitel stehen die alltagsweltlichen Sinnbezirke der Schwangerschaft im Mittelpunkt. Worin liegen die zentralen Themen und Handlungsanforderungen für Eltern jenseits ihrer Auseinandersetzung mit der medizinischen Welt, die Gegenstand des vorangegangenen Kapitels war? Wo machen werdende Mütter und Väter vergleichbare Erfahrungen wie Paare, die eine komplikationsfreie Schwangerschaft durchlaufen? Und an welchen Punkten stehen sie vor anderen Fragen und Problemen, die nicht oder nur bedingt an die typischen Schwangerschaftsgeschichten in der Gegenwartsgesellschaft anschlussfähig sind? Nach der Auseinandersetzung mit den Erfahrungen von Eltern im medizinischen System, die im Typus der diagnostischen Laufbahn theoretisch konzeptualisiert wurden, geht es im Folgenden um den Verlauf der Schwangerschaft innerhalb der Schütz'schen Welt in unmittelbarer Reichweite, innerhalb des privaten Lebensbereichs und des sozialen Nahfeldes.

Im Zuge der Darstellung wird sich zeigen, dass auch bei Schwangerschaften mit diagnostizierten Fehlbildungen beim Ungeborenen der Anfang in aller Regel ‚normal‘ verläuft und in den retrospektiven Erzählungen auch auf diese Weise gerahmt wird. Hier dominieren noch nicht die Sorgen um die Gesundheit des Kindes das Geschehen, sondern allgemeine Fragen, wie etwa die Vereinbarkeit einer Schwangerschaft mit beruflichen und paarbezogenen Planungen. Im weiteren Verlauf – beginnend mit dem ersten auffälligen Befund – werden jedoch Interferenzen zwischen dem alltagsweltlichen und dem sich erweiternden medizinischen Sinnhorizont der Schwangerschaft sichtbar, die zu unterschiedlichen Wirkungen führen und die Bindung zum Kind noch verstärken ebenso wie zu einer Verdrängung der Schwangerschaft bis auf weiteres führen können. In diesem Kontext wird auch offenbar, dass in einigen Konstellationen die medizinische Schwangerschaftssituation zu ihrem alltagsweltlichen Pendant in scharfen Kontrast geraten kann, was die Frage nach der Relevanz dissoziativer Erfahrungen der Eltern für das Verständnis des Phänomens aufwirft. Ein spezifisches Problem und ein wesentlicher Unterschied zu unauffälligen Schwangerschaften besteht zudem darin, eine im sozialen Nahfeld bereits veröffentlichte Schwangerschaft wieder einzufangen und die mit der Diagnose veränderte Situation zu kommunizieren. Schließlich weisen die Interviews darauf hin, dass Eltern nach einer längeren, belastenden und von hoher Ungewissheit geprägten Phase an einen Punkt zu kommen scheinen, an dem alle vorgeburtlichen Entscheidungen getroffen sind und bis zur Entbindung in einer Art Moratorium wieder Ruhe einkehrt.

3.1. Der normale Anfang

Im ersten Ausschnitt dieses Kapitels beschreibt eine Mutter, nach dem einleitenden Erzählimpuls des Interviewers, wie sie die erste Phase der Schwangerschaft in Erinnerung hat. Aus der Erzählung wird deutlich, dass diese Zeit noch von allgemeinen Herausforderungen für schwangere Frauen geprägt war und elementare Formen pränataler Sozialität auch von der späteren Krise nicht gänzlich überdeckt werden, sondern ihren sicheren Platz in der Erfahrung behalten:

Ausschnitt 1: I: So (.) ähm dann nehme ich das gespräch ab jetzt auf //M: gut// und ähm (..) ja also wie gesagt so zum einstieg ich hab jetzt einfach erstmal so einen erzählimpuls ähm quasi vorbereitet und dann können wir schauen ähm (..) ja wie sich dann- wir wir dann im weiteren verlauf wohin sich das gespräch entwickelt//M: ja// aber ähm jetzt zum einstieg vielleicht erstmal ähm (2) schwanger zu sein irgendwann auch für sich auch zu realisieren als eltern wir bekommen ein kind sind ja häufig auch immer ganz individuelle erfahrungen ähm so dass ich sie jetzt bitten würde zum beginn ja einfach mal ein bisschen über ihre geschichte zu erzählen wie das bei ihnen war

M: Ja ja also wir haben erstmal beschlossen zusammenzuziehen nach längerer zeit und dann //I: m-hm// hieß es ja auch erstmal neuen job suchen und so also im grunde wurde ich schwanger in einer sehr stressigen zeit ohne das zu wissen (lacht kurz) //I: m-hm// also ohne auch das es beabsichtigt war ich habe aus medizinischen gründen die pille abgesetzt weil ähm ich durch eine freundin die mir dann geraten hat probier das doch mal weil ich so müdigkeitsanfälle hatte also ich bin ähm einfach eingeschlafen egal wo ich gesessen //I: m-hm// oder auch beim autofahren dann irgendwann so halb und ähm da wir ja fernbeziehung geführt haben war das beim autofahren natürlich ein bisschen doof (atmet ein) und ähm dann hab ich nach lösungen gesucht //I: m-hm// eben auch über meinen arzt und ähm also über meinen hausarzt damals der dann erstmal große bluttests und so gemacht hat und hab schlussendlich dann entschieden die pille abzusetzen naja und in dieser stressigen zeit ähm hat man dann nicht so wirklich drauf geachtet //I: m-hm// in welchem zyklus zeitraum wir uns befinden (stimme geht hoch, leicht spitzfingiger Tonfall) und ähm (lacht) //I: (lacht mit)// dann ähm ja wir waren dann schon zusammengezogen ich hatte aber noch nicht die neue arbeitsstelle angetreten //I: ja// (..) ähm joa und ham dann pff / ja dann blieb die periode aus und ja //I: m-hm// und ich kenn meinen körper ganz gut und //I: m-hm// da wusste ich dann **super**:: (konsternierter Tonfall) der neue arbeitgeber wusste dann natürlich erstmal nichts ich war da für die leitungposition auch vorgesehen ähm irgendwann plagte mich dann ein schlechtes gewissen und dann hab ich denen natürlich so ne? (seufzt) ja unter tränen //I: m-hm// dann erzählt aber man hat mich dann eigentlich direkt zum glück auch in weiche tücher aufgefangen und gesacht ist doch jetzt und jetzt freu dich mal //I: m-hm// ja? also es ist doch was **schönes** //I: ja// und dann müssen wir halt jetzt umdisponieren das macht aber auch nix (atmet ein) joa (bilanzierender Tonfall) und so hab ich eigentlich nur vier wochen in meinem neuen job gearbeitet ähm //I: m-hm// und musste dann zu hause bleiben also da gings dann um fehlende antikörper über die betriebsärztin festgestellt und dann //I: ohh// durft ich nicht mehr arbeiten //I: ja// dann gabs auch so nicht viel arbeit für mich ähm vom arbeitgeber her weil ich konnte auch nicht da ins büro ausweichen //I: m-hm// weil das ja durchgangsbüro im grunde ist also auch da komm ich in kontakt mit den kindern also ja durfte ich dann direkt zu hause bleiben und der erste gedanke war was mach ich jetzt sieben monate ja //I: m-hm// also es war schon so zum ende:: der ersten drei monate schwangerschaft //I: ja// als ich das dann auch gesagt hatte und ja ich war dann aber noch mit auf dem betriebsausflug //I: m-hm// dass ich wenigstens die leute mal ein bisschen kennenlernen //I: m-hm// des is ja auch nicht schlecht die wo ich (lacht) //I: (lacht mit)// vorher auch nicht so die möglichkeit hatte aber das war auch alles ganz positiv und ja im grunde hatten wir zu anfang des jahres oder auch zum ende vorletzten jahres jetzt bereits sehr viel glück mit //I: m-hm// wohnung neuer job das ging alles wahnsinnig schnell und ja erstmal wie gesagt war das schon en schock //I: m-hm// ja? und weils halt so gar nicht-/ nicht nicht erwünscht aber //I: m-hm// überhaupt gar nicht geplant aber gut wir sind erwachsen also das war dann so auch dieses //I: ja// ne? wir sind erwachsen jetzt haben wir gemeinsam ne wohnung wir haben platz schaffen wir geht schon //I: m-hm// dann ist es dann ist es halt so //I: m-hm// und damit wuchs natürlich dann auch die vorfreude //I: ja// und geplant und gemacht und getan kinderzimmer eingerichtet (affektiert gesprochen) //I: ja// ich hatte ja dann zeit (lacht) ähm wie das dann so

is als frau man freut sich ja dann **shopping** und ähm ja hab dann auch meine nähmaschine eingeweicht hab vorhänge genäht also wie gesagt ähm die ja:: (..) man freut sich dann //I: m-hm// ne? und man plant dann schon geplant war ein junge (.) also bestellt //I: ah ja ok// war ein junge (lacht) //I: (lacht mit)// es kam dann ein mädchen //I: ja// auch auch ganz unerwartet dann //I: m-hm// naja und äh des verlieb auch eigentlich erstmal alles (2) ganz normal

Auf die einleitende Frage des Soziologen schildert die Mutter einen Schwangerschaftsbeginn, der für sie angesichts weiterer grundlegender Veränderungen in ihrem Leben eine Herausforderung dargestellt hat, sich aber nicht wesentlich von unauffälligen Schwangerschaftsverläufen unterscheidet. Durch das Zusammenziehen mit ihrem Partner verschiebt sich ihr Lebensmittelpunkt; der damit verbundene Wechsel der Arbeitsstelle bedeutet zugleich, sich in einem neuen Betrieb mit anderen Abläufen und Kolleg*innen zurechtzufinden und anzukommen. Vor diesem Hintergrund weitreichender Veränderungen in zentralen Lebensbereichen, die mit der beruflichen und privaten Sphäre den Großteil der Alltagswelt insgesamt betreffen, wird die keineswegs unerwünschte, aber „überhaupt gar nicht geplant[e]“ Schwangerschaft erstmal zu einem „schock“, zu einem unerwarteten Ereignis, das neben den ganzen anderen ‚Baustellen‘ nun eine weitere darstellt. Dass am Anfang der Schwangerschaft keineswegs alles auf den Prozess des Eltern-Werdens ausgerichtet war, beschreibt die Interviewte gleich zu Beginn der zitierten Passage und zieht damit einen Rahmen für die folgende Erzählung. „[A] Iso im grunde wurde ich schwanger in einer sehr stressigen zeit ohne es zu wissen“.

Die potenziellen Konflikte, die sie im weiteren Verlauf schildert, können Schwangere ganz allgemein und unabhängig von einer pränatalen Diagnose betreffen. Auch die Interviewte steht vor dem grundsätzlichen Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sie ist für die Leitungsposition bei ihrem neuen Arbeitgeber vorgesehen und muss gleich nach Stellenantritt „unter tränen“ verkünden, dass sie schwanger ist und damit mittelfristig ausfällt. Aufgrund fehlender Antikörper muss sie sogar schon im 3. Schwangerschaftsmonat die Arbeit verlassen. Der eigene schwangere Körper wird damit für sie frühzeitig zum Hindernis, in ihrem Beruf als Erzieherin andere Kinder zu betreuen. Diese Spannung zwischen Familie-Werden und beruflich Ankommen wird hier durch ein verständnisvolles Kollegium entschärft, aber dass die Aufmerksamkeit der werdenden Mutter im ersten Trimester noch nicht primär auf die Schwangerschaft ausgerichtet war, wird auch darin deutlich, wie sie den relativ unvermittelten Übergang aus einem ausgefüllten, teils stressigen (Berufs-)Alltag nach Hause erfahren hat: „und der erste gedanke war was mach ich jetzt sieben monate“. Die Intentionalität ist angesichts der grundlegenden Neuerungen in zentralen Lebensbereichen zunächst noch an andere thematische Gegenstände gebunden. Sie muss erst aktiv auf die Schwangerschaft gerichtet werden.

Vor allem im letzten Teil von Ausschnitt 1 wird sichtbar, wie die werdenden Eltern nach der paarinternen Aneignung der neuartigen Situation – „wir sind erwachsen jetzt haben wir gemeinsam ne wohnung wir haben platz schaffe wir geht schon //I: m-hm// dann ist es dann ist es halt so“ – typische Erfahrungen im Horizont einer Schwangerschaft machen. Die „vorfreude“ stellt sich ein, die dem Deutungsmuster ‚guter Hoffnung sein‘ entspricht. Für das eigene Kind, das zwar zu diesem Zeitpunkt nicht geplant war,

aber gewünscht und gewollt ist, werden erste Grundpfeiler seiner Lebenswelt errichtet. Dies betrifft zum einen, material greifbar, die Einrichtung des Kinderzimmers, die auch von Hirschauer/Heimerl et al. 2014: 13 in der Metapher des ‚Nestbaus‘ als eine heuristische Dimension an die Analyse des empirischen Materials angelegt wird. Dem Ungeborenen wird auf diese Weise bereits ein Platz innerhalb der eigenen vier Wände eingeräumt. Es wird alles für seine Ankunft vorbereitet und eine erste Heimat für das Kind geschaffen, es wurde „geplant und gemacht und getan“, wobei sich sehr wahrscheinlich auch die Partner selbst dabei als Eltern erfahren haben, die ihrem Kind nicht nur das Leben, sondern auch eine Lebenswelt schenken.

Erste sinnhafte Konturen dieser Lebenswelt werden auch mit Erwartungen an das Geschlecht entwickelt, mit dem Vorstellungen vom Kind, mögliche Wesenszüge und Zukunftsentwürfe plastischer werden. „Die Geschlechtszuschreibung ist ein wesentliches Vehikel der *Personalisierung* von Ungeborenen“ (ebd.: 169) [Herv. im Orig.], wie die Autor*innen der Mainzer Arbeitsgruppe konstatieren und wenig später erläutern: „Vor allem das Wissen vom Geschlecht des Ungeborenen scheint dazu in der Lage, die Vorstellungen zu beflügeln, die man sich von einer unbekanntem ephemeren Person überhaupt machen kann“ (ebd.: 175). Zugleich sind die Fragen ‚wisst Ihr schon, was es wird‘ und ‚wie soll es heißen‘ zentrale Ansatzpunkte für Angehörige, um kommunikativ an der Schwangerschaft teilzunehmen.

Schließlich stellt auch die von der Mutter im Zusammenhang mit der neuen Arbeitsstelle geschilderte Problematik, den richtigen Zeitpunkt und eine angemessene Form für die Bekanntmachung der Schwangerschaft gegenüber Dritten zu finden, eine typische Herausforderung werdender Eltern dar. Mit Zeitpunkt, Art und Reichweite der Kommunikation werden Weichen pränataler Sozialität gestellt, die entscheiden, wer wie umfassend an der paarinternen Situation Anteil nehmen und sie auf ihrem Weg zur Elternschaft begleiten wird. Anders als im Austausch mit der Welt der Medizin sind Eltern hier nicht primär Rezipienten, sondern die Kommunikatoren ihrer Schwangerschaft. Wie sich weiter unten zeigen wird, besteht für sie ein grundsätzliches Problem jedoch umgekehrt auch darin, wie sie mit einer im sozialen Umfeld bereits veröffentlichten Schwangerschaft umgehen sollen, wenn sich ihre Situation mit den ersten auffälligen Befunden bereits radikal verändert hat.

Die Interviewte fasst am Ende ihrer Beschreibung die erste Schwangerschaftszeit mit den Worten zusammen „des verlief auch eigentlich erstmal alles (2) ganz normal“. Wenngleich „eigentlich“ und „erstmal“ schon auf eine Veränderung der Situation hindeuten, erscheint es zunächst irritierend, dass eine gemeinhin als außeralltäglich geltende Statuspassage, die auch sprachhistorisch mit der Formel ‚in anderen Umständen sein‘ als besonders markiert wird, hier als ganz normal bezeichnet wird. Worauf verweist diese Formulierung? Es liegt nahe, in ihr den Ausdruck einer grundlegenden Verschiebung zwischen Normalität und Devianz im Koordinatensystem der Schwangerschaftserfahrungen zu sehen. Für die Interviewte bildet die Grenze zwischen Normalem und Nicht-Normalem nicht mehr die Differenz zwischen Schwanger-Sein oder nicht, sondern zwischen einer komplikationsfreien und einer kompli-

zierten Schwangerschaft. Dass hier, hervorgerufen durch das Widerfahrnis der Diagnose, eine grundlegende Veränderung des Deutungshorizontes stattgefunden hat, wird an dem Gegenbeispiel ersichtlich, dass Eltern, die eine medizinisch unauffällige Schwangerschaft durchlaufen haben, diese wahrscheinlich nicht als ‚ganz normale‘ Erfahrung bezeichnen würden. Der Weg vom Paar zur Familie, die Entstehung des Neuen, die sich in der Ankunft eines Kindes womöglich in ihrer substanziellsten Form vollzieht, stellt an sich schon eine außeralltägliche, krisenhafte Situation dar, die in der historischen Entwicklung durch unterschiedliche Rituale, Symbole und Deutungsmuster gerahmt wurde, um ihre Unbeherrschbarkeit soweit wie möglich zu bändigen (Schlumbohm/Duden et al. 1998). In der retrospektiven Erzählung der Mutter wird diese basale Außeralltäglichkeit der Schwangerschaft jedoch zu einer fremden Normalität, die die auf dem Weg zur Elternschaft verloren gegangen ist. Das Widerfahrnis der Diagnose, das im nächsten Kapitel noch einmal eingehender betrachtet wird, erzeugt Bruchlinien in den Erfahrungen, mit denen sich die Maßstäbe ändern. Das, was an sich schon außeralltäglich ist, wird zum ganz Normalen, im Verhältnis zum Außerordentlichen, was einem selbst widerfahren ist. Und mit diesem Erfahrungsbruch wandern auch die oben herausgearbeiteten Formen typischer pränataler Sozialität tendenziell an den Rand des Geschehens. Das Wunschgeschlecht des Kindes, die Namensvergabe, Fragen nach der passenden Einrichtung des Kinderzimmers rücken in den äußeren Horizont der entscheidenden Differenz zwischen Gesundheit und Krankheit und werden von ihr relativiert. Diese Verschiebung von Normalität und Devianz wirft zugleich weitergehende Fragen auf, die die Dissoziation der eigenen Schwangerschaftserfahrung, deren Anschlussfähigkeit an die Erfahrungen anderer Eltern und deren Wirkung auf Folgeschwangerschaften betreffen. Ausschnitt 2 aus dem Interview mit einer anderen Mutter verstärkt die These des normalen Anfangs in der Erinnerung, der mit dem ersten auffälligen Befund ein jähes Ende nimmt:

Ausschnitt 2: I: ja ähm (4) //K: ruft// dann können wir ja vielleicht grad also damit wo sie aufgehört haben auch auch da einfach nochmal konkret ansetzen //K: schreit// und ein bisschen versuchen ehm (.) vorzuarbeiten //M: m-hm// wenn sie aus der heutigen sicht äh: sich zurückerinnern damals in der schwangerschaft //M: m-hm// so diese situation wie das: wie das angefangen hat ich sag als die ersten verdachtsdiagnosen auch im raum standen (.) ehm da würde ich sie gerne bitten das nochmal ein bisschen zu beschreiben so diese **situation** //M: gut das war// wie das damals (lauter werdend) für sie angefangen hat und ja (sehr leise endend)

M: Das war ein ganz normaler ähm (.) frauenarztbesuch gewesen also ähm und meine frauenärztin macht eigentlich ähm bei jedem besuch ähm einen kurzen ultraschall //I: ja// nicht nur die drei stück die es da immer da gibt sondern die macht eigentlich immer mal ganz kurz und das is aufgefallen das war die neunte woche (.) schon //I: m-hm// und äh dann is aufgefallen das halt äh (2) der bauch sehr sehr dick is //I: ja//

Auf die Frage des Soziologen nach „diese[r] situation“, wie aus Sicht der Mutter „das angefangen hat ich sag als die ersten verdachtsdiagnosen auch im raum standen“, erzählt die Interviewte von einem „ganz normale[n] ähm (.) frauenarztbesuch“. Darin wird deutlich, dass sich der normale Anfang nicht nur auf die typischen Formen pränataler Sozialität im häuslichen Kontext, sondern auch auf das anfänglich noch vertraute Umfeld medizinischer Versorgung bezieht. Mit dem „ganz“ normalen Arztbesuch wird diese Vertrautheit in der zitierten Sequenz sogar noch zusätzlich betont und bis zu einem gleichsam

umfassenden Charakter gesteigert. Im Akt des Besuchens erscheint die Erzählerin hier zudem – ähnlich wie die Interviewte in Ausschnitt 1 beim „geplant und gemacht und getan“ – in einer aktiven und gestaltenden Position. Sie entscheidet sich für den Gang zur Ärztin. In der vergleichenden Betrachtung der Interviews nehmen die semantischen Bezüge mit dem Eintritt in die spezialisierte Pränatalmedizin dann sukzessive auch einen passiveren Charakter von „Überweisungen“ und „Terminen“ an. Der normale Anfang ist hingegen noch von der persönlichen Beziehung zu „meine[r] frauenärztin“ geprägt, zu deren Routine es gehört, über die drei regulären Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien hinaus, bei jedem Besuch „immer mal ganz kurz“ zu schallen. Mit dieser als nahezu umfassend gezeichneten Normalität, einer vertrauten Situation in sicherem Rahmen, wird die Fallhöhe natürlich umso größer, wenn der auffällig dicke Bauch diese Routine durchbricht und damit den Anfang der Abkehr vom normalen Beginn der Schwangerschaft markiert.

Der zweite Materialausschnitt lenkt den Blick noch einmal auf andere Fragen. Inwieweit gehen nicht nur gesellschaftstypische Ausdrucksformen pränataler Sozialität in der Alltagswelt im Zuge der diagnostischen Laufbahn verloren, sondern inwieweit schlägt sich ein Verlust von Vertrautheit auch bezogen auf die medizinische Begleitung in der elterlichen Erfahrung nieder? Klar ist, wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt wurde, dass die Vertrautheit zu bestimmten Ärzt*innen und medizinischen Situationen im Zuge der Befunde schwindet. Die Schwangeren werden von der persönlich bekannten Frauenärztin an spezialisierte Pränataldiagnostiker*innen verwiesen, die Untersuchungen werden komplexer, die situativen Arrangements zunehmend klinischer. Vor dem Hintergrund, dass eine Interviewte eine normale Schwangerschaft insbesondere auch daran festmacht, nicht von Ärzt*in zu Ärzt*in rennen zu müssen, erscheint es naheliegend, den Verlust von Normalität als eine typische Erfahrung im Kontext des untersuchten Phänomens nicht nur für den privaten Raum anzunehmen, sondern als ebenso eng verknüpft mit der zunehmenden Fremdheit im medizinischen Raum anzusehen. Die pränatale Diagnose sorgt nicht nur dafür, dass Fragen nach dem Geschlecht und der Einrichtung des Kinderzimmers angesichts der drohenden Erkrankung in den Hintergrund rücken, sie hat auch zur Folge, dass ‚ganz normale‘ Arztbesuche im Rahmen mehr oder weniger langjähriger Arzt-Patient-Beziehungen, in denen man sich wiederholt versichert, dass alles OK ist, Terminen in unvertrauten Settings weichen, in denen Hiobsbotschaften verkündet werden.

3.2. Ambivalenzen in der Schwangerschaftserfahrung

Neben dem normalen Anfang und dessen Verlust im weiteren Verlauf, zeichnet sich mit verschiedenen Ambivalenzen ein zweites Grundthema im alltagsweltlichen Sinnhorizont der Schwangerschaft ab. Sie betreffen in den untersuchten Fällen die Spannung zwischen der Sorge um die Zukunft und das Erleben der gemeinsamen Gegenwart mit dem Ungeborenen, den Gegensatz zwischen leiblicher Präsenz und kognitiver Distanzierung, und die Diskrepanz zwischen dem Erleben der eigenen Situation und der des sozialen Umfeldes der Schwangerschaft. So schildert in Ausschnitt 3 eine Mutter in Bezug auf die Frage,

wie sie vor dem Hintergrund einer schweren pränatalen Diagnose den Beziehungsaufbau zu ihrem Kind erfahren hat:

Ausschnitt 3: M: Also das muss ich sagen das wurde das das verhältnis zum kind //I: m-hm// ja genau ne? zum ungeborenen kind ähm das wurde im grunde durch all das nur **verstärkt** //I: m-hm// ja? und wie gesagt dann auch irgendwann dieser wandel dann auch in **mir** dass ich dass ich so damit beschäftigt bin zu trauern //I: m-hm// um etwas das noch gar nicht passiert ist //I: ja// ne? ähm und mein mann dann auch immer interveniert hat (rezitierend) es ist doch noch gar nicht soweit ähm ne? und das das müssen wir jetzt überlegen wenns dann soweit **ist** und nicht jetzt ja und ähm ähm **jetzt** ist sie **da** also des war immer so //I: ja// das wurde tatsächlich so zum täglichen (..) mantra //I: m-hm// sie ist **da** jetzt //I: m-hm// ist sie **da** ja? und ähm dass man das eben dann auch genießt also es waren auch (amtet ein) ähm ja wie gesagt des ähm des jetzt bewegt sie sich und //I: m-hm// doch mal gucken ob man es vielleicht von außen **sieht** //I: ja// und ähm hand draufhalten **hören** ob man vielleicht was **hört** ja so ein gluckern oder irgendwas also wir sind sehr zusammengerückt wir waren aber auch vorher auch sch-/ //I: m-hm// wir sind schon immer sehr sehr so (lacht kurz) //I: (lacht kurz)// aber ähm ja wir sind sehr zusammengerückt und die beziehung zum kind das wa:r (2) du kommst auf die welt //I: m-hm// wie (.) wann (seufzt) aber du kommst //I: ja// ne? und ähm (..) ja du bist ja jetzt schon (stimme wird brüchig) teil von uns

In der Erzählung der Interviewten tritt die Spannung zwischen der gedanklichen Fixierung auf das, was noch kommen könnte, und dem Ringen darum, die gemeinsame Zeit mit dem Kind in der Schwangerschaft bewusst zu erleben, deutlich zum Vorschein. Der Trauer „um etwas das noch gar nicht passiert ist“, steht das tägliche Mantra gegenüber, „jetzt ist sie da“. Mit dem „wandel dann auch in **mir**“ deutet die Mutter an, dass sich ihre Haltung zur Situation im Verlauf der Schwangerschaft geändert hat. Während Ursache und Zeitpunkt des Wandels unklar bleiben, steht dieser jedoch mit einem Motiv in Verbindung, das auch in weiteren Fällen beobachtet werden konnte und weiter unten ausführlicher behandelt wird. Irgendwann im fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium, wenn die Entscheidung für die Fortsetzung der Schwangerschaft und einen Ort der Entbindung gefallen ist, scheinen der Schock der Diagnose, die damit verbundene Ungewissheit und Verlustängste für eine bestimmte Zeit wieder zurückzutreten und es kehrt gewissermaßen Ruhe ein bis zur Geburt. In diesem Moratorium, einer Art Schwellenzeit, scheinen sich Eltern mit der Situation arrangiert zu haben, bevor nach der Geburt wieder neue Herausforderungen auf sie zukommen. Die zitierte Passage zeigt jedoch auch, dass sich das pränatale Erleben *als* Familie keineswegs von selbst einstellt, sondern – und vermutlich immer wieder erneut – darum gerungen werden muss. Vor dem Hintergrund der Angst, das eigene Kind früh wieder zu verlieren, ist das tägliche „mantra“ auch als eine Art Beschwörungsformel zu sehen, um sich immer wieder in das gemeinsame Hier und Jetzt zurückzuholen. Dadurch ergeben sich Räume der Muße, in denen das Kind mit alltagsweltlichen Mitteln aufgespürt werden und im Wahrnehmen von Bewegungen, im Sehen und Hören als präsent erfahren werden kann.

Darüber hinaus birgt die Erzählung der Mutter mehrere Anzeichen für eine These, die sich unter dem Begriff einer Beschleunigung von Elternschaft bei infausten Diagnosen pointiert integrieren lassen und die im Kern davon ausgeht, dass hier die aktive Familienzeit angesichts des drohenden Kindsverlusts in

die Schwangerschaft vorverlagert wird.¹⁴¹ Zunächst betont die Interviewte zu Beginn ihrer Antwort gleichsam das Folgende rahmend: „Also das muss ich sagen das wurde das das verhältnis zum kind //I: m-hm// ja genau ne? zum ungeborenen kind ähm das wurde im grunde durch all das nur **verstärkt**“. Das Widerfahrnis der Diagnose, die Ungewissheit und die Angst, das eigene Kind früh wieder zu verlieren, scheinen hier in der Konsequenz nicht zu einer Distanzierung vom Ungeborenen und einem Hinauszögern der Bindung zu führen, sondern im Gegenteil den Beziehungsaufbau zum Kind zu intensivieren. Auch das bereits in der Schwangerschaft virulente „trauern“, das die Mutter kurz darauf erwähnt, setzt die Existenz einer Beziehung zum Anderen bereits notwendig voraus und weist Parallelen zur Forschung von Rost auf, deren „Ergebnisse [zeigen], dass die Reihenfolge der Ereignisse und ihrer Bewältigung in gewisser Weise eingehalten werden muss, denn erst muss die Schwangerschaft als Statuspassage, als Übergang beendet sein und dem Kind als eigenständiges Wesen begegnet werden, bevor sein Tod betrauert werden kann“ (Rost 2015: 332). Schließlich wird in der mehrfach von der Mutter erwähnten Formel „jetzt ist sie da“ der Gegenwartsbezug und die Zentrierung des familialen Binnenraums auf das Hier und Jetzt in der Schwangerschaft deutlich. Auf diese Weise wird die Geburt keineswegs bedeutungslos, aber ihre exklusive Macht, als symbolischer Akt über Existenz und Nicht-Existenz zu entscheiden, wird relativiert. „[D] du kommst auf die welt //I: m-hm// wie (.) wann (seufzt) aber du kommst //I: ja// ne? und ähm (..) ja du bist ja jetzt schon (stimme wird brüchig) teil von uns“.

Überdies zeigt sich in Ausschnitt 3 die Krise der Diagnose auch als Bewährungssituation für das Paar. Während es anfänglich der werdende Vater zu sein scheint, der „intervenierte“ und versucht, seine Frau in die Gegenwart zurückzuholen, wird im weiteren Verlauf der Passage deutlich, dass beide eine gemeinsame Haltung zur Situation finden und es ihnen, zumindest punktuell, auch gelingt, dass „man das eben dann auch genießt“. In diesem Zuge wird der Schwangerschaftsbauch zur Interaktionsfläche (Hirschauer/Heimerl et al. 2014, S. 154 f.), zur leiblichen Brücke zum Kind, in dem es gespürt und Geräusche ihm zugerechnet werden und auf dessen Oberfläche seine Bewegungen erahnt werden können. Während für die Mainzer Forscher*innengruppe die Frage im Zentrum steht, inwieweit der Dritte hier soziologisch bereits als Interaktionspartner angesehen werden kann, scheint es im zitierten Ausschnitt noch basaler um Existenzbeweise und den Ausdruck von Lebendigkeit und Präsenz zu gehen, mit dem das Paar ihr Kind als Teil von sich und sich selbst als Eltern erfahren können.

Der nächste Ausschnitt aus dem Interview mit einer Mutter, bei deren Kind während der Schwangerschaft eine Omphalozele diagnostiziert und nach der Geburt erfolgreich behandelt wurde, beschreibt die

¹⁴¹ Im Rahmen eines insgesamt individuell sehr divergierenden Umgangs kommt Karin Rost in ihrer Dissertation zu den Erfahrungen von Frauen, die sich nach einer infausten Diagnose für die Austragung des Kindes entschieden haben, zu teilweise ähnlichen Ergebnissen: „Mit Zeitorientierung ist hier der Fokus gemeint, mit dem auf den zeitlichen Ablauf der Schwangerschaft geblickt wird, das, worauf die Frauen ihre Aufmerksamkeit richten. Die Orientierung reicht häufig von einer Orientierung zunächst auf den Sterbezeitpunkt und einer Vorbereitung der Bedingungen dafür hin zu einer Orientierung auf die Geburt und das Kennenlernen des Kindes. Manche der Frauen versuchen im Schwangerschaftsverlauf bewusst, immer mehr in der Gegenwart zu sein, Momente des Verbunden-seins mit dem Kind zu genießen und aktiv herbeizuführen. Bindungserleben, das eigentlich erst nach der Geburt stattfinden würde, wird versucht, in den Zeitraum der Schwangerschaft vorzuziehen. Viele Frauen bewegen sich somit in einer Pendelbewegung zwischen dem Hier und Jetzt und der Vorbereitung auf Geburt und Sterben des Kindes.“ (Rost 2015: 207)

Ambivalenz zwischen Versuchen einer kognitiven Distanzierung vom Ungeborenen und dessen unhintergebarter Präsenz in leiblich gespürten Bewegungen. Das Kind ist während der Interviewsituation mit im Raum.

Ausschnitt 4: M: aber sonst ähm im in dem urlaub ende august anfang september so gewesen dass ich dann ihn dann auch schon gespürt habe. //I: ja// des war dann die zeit wo ich ihn auch schon gespürt habe und dann äh: sagt man zwar selber ich versuch's nicht an mich ranzulassen aber ich hab dann auch zu meinem mann gesagt ähm man redet da drüber so aber das ist äh glaub ich mittlerweile auch nicht mehr (..) wenn das wirklich so sein sollte //I: ja// dass äh dass das kind nicht überlebt (.) dass wir (.) (K: hustet) ähm wird das schon heftig und schwierig werden //I: ja// weil äh mittlerweile spür ich das kind //I: ja// die bewegungen und äh (2) ja: auch wenn man es versucht nicht an sich ranzulassen war's trotzdem irgendwo schon dann da //I: m-hm// (3) ja

I: ja ich ich stell mir das auch sehr: (.) wie soll ich sagen also einerseits (.) //M: ja// man hat vielleicht abstrakt gedanken im kopf und sagt sich ok es ist besser vielleicht dann nochmal bisschen abzuwarten und dann //M: m-hm// hat man was ja viel konkreter jetzt als die bewegungen vom eigenen kind zu spüren //M: genau// geht's wahrscheinlich und das irgendwie miteinander (.) //M: ja// halbwegs in einklang zu bringen/

M: ja: wa wa war schon schwierig eigentlich man hat's irgendwie immer versucht so zu verdrängen aber es ist eigentlich ja war wahrscheinlich auch schon blödsinn es geht gar nicht richtig //I: m-hm//

In den Beschreibungen der Interviewten und im anschließenden Dialog mit dem Interviewer wird die erfahrene Ambivalenz zwischen dem Versuch, die Beziehung zum Kind kognitiv noch hinauszuzögern und dessen Scheitern an dessen leiblich gespürter Präsenz offensichtlich. „[A]uch wenn man es versucht nicht an sich ranzulassen war's trotzdem irgendwo schon dann da“. Die Szene zeigt, wie werdende Eltern mit gegenläufigen Dynamiken in der Schwangerschaft umgehen müssen, die prinzipiell auch in komplikationsfreien Schwangerschaften auftreten können, durch die pränatale Diagnose aber sehr wahrscheinlich forciert werden. Einerseits beschreibt die Mutter den Versuch, das Ungeborene vor dem Hintergrund eines möglichen Verlusts noch nicht an sich ranzulassen, die entstehende Beziehung vorerst zu verdrängen und abzuwarten, bis die gesundheitliche Situation sicherer ist. Andererseits fällt dieser Versuch in „die zeit wo ich ihn auch schon gespürt habe“. Das Kind macht sich in seinen Bewegungen bemerkbar, seine innerleibliche Präsenz ist kognitiv nicht zu umgehen und führt die Interviewte rückblickend zu dem Schluss, dass ein Verlust des Kindes auch zum damaligen Zeitpunkt „schon heftig und schwierig“ geworden wäre. Schließlich bekräftigt sie im anschließenden Dialog mit dem Interviewer über den Widerspruch zwischen abstrakten Gedanken, noch etwas abwarten zu wollen und den konkreten Bewegungen des eigenen Kindes, dass das Verdrängen nicht richtig funktioniert habe. Über diese Ambivalenz zwischen kognitiven und leiblichen Dynamiken hinaus wirft die zitierte Passage weitere Fragen auf.

Erstens scheinen werdende Eltern eines Kindes mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen in der Schwangerschaft stärker mit dem Thema konfrontiert zu sein, sich mit ihrer Beziehung zum Ungeborenen auseinanderzusetzen. Der Versuch, antizipierte Ansprüche des Kindes auf Zuwendung noch nicht an sich ranzulassen, ist zwar grundsätzlich auch in medizinisch unauffälligen Schwangerschaften möglich und denkbar, aber mit dem befürchteten Leid und drohendem Verlust des Kindes im Horizont der

Diagnose wird auch die Frage nach seinem Status als menschliches Wesen und Familienmitglied virulent. Der in dieser Frage implizierte Anspruch auf Anerkennung und Zuwendung scheint dazu zu führen, dass sich Paare im untersuchten Phänomen nicht nicht zu dieser Frage verhalten können. Zweitens zeigen die beschriebenen Antworten aus den Ausschnitten 3 und 4 die Bandbreite individueller Responsivität. Während die Interviewte in Ausschnitt 3 zunächst mit der Trauer um ein noch gar nicht eingetretenes Ereignis und anschließend mit dem bewussten Erleben der gemeinsamen Zeit mit dem Kind in der Schwangerschaft beschäftigt war, versucht die Interviewte in Ausschnitt 4 noch auf Distanz zum Kind zu bleiben, bis die Situation sicherer ist, um sich vor der Tragik eines drohenden Verlusts zu schützen. Als phänomentypisch ist entsprechend weniger die Art und Weise zu betrachten, wie sich werdende Eltern zu antizipierten Ansprüchen ihres Kindes verhalten, sondern der Umstand, dass sie sich im Horizont der Fehlbildung nicht nicht zu dieser Frage verhalten können. Drittens spiegelt sich in der Ambivalenz zwischen kognitiver Distanzierung und leiblicher Annäherung mit Waldenfels auch die Spannung zwischen Eigenem und Fremden wider. Während im einen Fall das Kind aktiv über den schwangeren Bauch aufgespürt wird, scheint das Kind im anderen auf die Mutter zuzukommen. Das An-Sich-Ranlassen referiert auf das potenzielle Eindringen einer anderen Entität in die genuine Sphäre des Selbst, wodurch die Existenz des Ungeborenen *als* eigenes Kind hier als von außen kommend erfahren wird, obwohl es im Innern des schwangeren Körpers heranwächst. Gleichzeitig, trotz aller Versuche, es „nicht an sich ranzulassen war“s trotzdem irgendwo schon dann da“. Das „irgendwo“ sowie das Fehlen präziser Verortungen des Dritten – etwa in Form von „in mir“ – weisen dabei auf die Erfahrung einer diffusen Präsenz hin, die sich nicht eindeutig an einen Ort binden lässt und in der vermutlich synästhetische Erfahrungen durch den eigenen Leib mit kognitiven Sinnentwürfen vom ungeborenen Kind verschwimmen. Am ehesten lässt sich diese Form der Präsenz mit Waldenfels‘ Konzept des leiblichen Selbst als unauflösbares Spannungsverhältnis von Eigenem und Fremdem verstehen, in dessen Bahnen das Fremde in der Mitte des eigenen Leibes auftreten und, in dem es den eigenen Intentionen vorausgeht, zugleich als von außen auf einen zukommend erfahren werden kann (Waldenfels 2000: insb.: 265 ff.). Während in Ausschnitt 3 in den Momenten familialer Gegenwart Eigenes und Fremdes zu punktuellen Synthesen zu gelangen scheinen, wirkt die Beschreibung Ausschnitt 4 stärker von den Spannungen zwischen beiden Polen durchzogen.

Eine weitere typische Herausforderung für werdende Eltern besteht in der Frage, wem, wann und inwieweit die veränderte Schwangerschaftssituation durch die Diagnose mitgeteilt werden soll. Stellt die ärztliche Aufklärung des Elternpaares über die pränatalen Befunde die primäre Ebene der Übersetzung medizinischen Wissens in die Alltagswelt dar, kann dessen Kommunikation durch die Eltern an Dritte als sekundäre Übersetzung des medizinischen Wissens in die Horizonte alltagsweltlicher Sozialbeziehungen begriffen werden. Zu den ohnehin schon vorhandenen Kontingenzspielräumen der pränataldiagnostischen Erkenntnisse an sich, kommt noch zusätzlich die Schwierigkeit hinzu, dass werdende Eltern selbst in dieser Phase noch dabei sind, ihre eigene Haltung zur Diagnose zu finden und in dieser diffusen Gemengelage vor der Frage stehen, inwieweit das soziale Nahfeld in die eigene Situation einbezogen

werden soll. Es erscheint nicht überraschend, dass die befragten Eltern hier unterschiedliche Wege einschlagen. Dies wird im Folgenden anhand von zwei Interviewausschnitten dargestellt: In Ausschnitt 5 antwortet die interviewte Mutter auf die Frage des Soziologen, ob sich das soziale Umfeld der Schwangerschaft mit den ersten Diagnosen verändert habe:

Ausschnitt 5: M: ja (.) ja sicherlich hehe zumindest mal der gesprächsstoff //I: m-hm// also ich glaube dass man als schwangere also egal wo man auftritt wenn man sieht //I: m-hm// oh die is ja schwanger ähm oder wenn man leute trifft die wissen du bist schwanger haben dich aber schon ewig nicht mehr gesehen so //I: m-hm und dann trifft man sich ähm ich glaube also man ist als schwangere sowieso gesprächsthema als ne? //I: ja ja klar// also man kommt sowieso automatisch auf die schwangerschaft und so und so weiter das war natürlich vor der ganzen diagnostik ähm (..) was ganz anderes //I: m-hm// ja das war dann so (rezitierend) och joa wie weit bist'n aja geburtstermin (Datum) das war ja alles noch soweit weg das //I: ja// ja man konnte sich sehr selbst das nicht vorstellen das man eventuell am (Datum) mit nem kind ne? also des war ja so also ich mein des war der plan aber nichtsdestotrotz ist das einfach was unvorstellbares //I: abstrakt// ja (atmet ein) und ähm wie gesagt gesprächsthema ist man ohnehin //I: m-hm// also die schwangerschaft war auch da schon-/ das gesprächsthema verändert sich dann //I: m-hm// ne? also man ist weiterhin da im gespräch sicherlich gibts jetzt die die dann diesen gesprächen aus dem weg gehen oder eben auch der gesellschaft der menschheit sag ich jetzt mal //I: ja// aus dem weg gehen um gar nicht erst darauf angesprochen zu werden (.) ähm das war bei mir nicht so //I: hm// also ich hätt mich am liebsten in meinem heimatort ähm hab ich gesagt mama lass uns lass uns hier in (Heimatort) kaffee trinken gehen auf dem marktplatz (2) damits einfach jeder weiß ich hab //I: m-hm// weil ich auch nicht wollte dass so hintenrum dass meine mutter //I: ja ja// vielleicht ständig darauf angesprochen wird //I: ja// am liebsten war ef-/ mir war es ja eh am liebsten oder wär's am liebsten gewesen ich hätte das ganze ding alleine durchziehen können dass ich die andern nicht leiden sehen muss //I: m-hm// ja? das war für **mich schlimmer** als selbst in der situation zu sein weil ich hatte //I: m-hm// ja eh nicht die wahl //I: m-hm// ne? also ich musste ja (sowieso (lachend gesprochen) //I: ja// und ähm (2) ähm ne? das war dann ja

Während die Frage des Interviewers in erster Linie auf personelle Veränderungen im sozialen Umfeld der Schwangeren abzielt, macht diese in ihrer Antwort deutlich, dass sich der „gesprächsstoff“, das thematische Feld der Schwangerschaft, mit „der ganzen diagnostik“ grundlegend verändert hat. Auch davor schon, glaubt sie, ist man „als schwangere sowieso gesprächsthema“. In diesem Zusammenhang beschreibt sie eine Art allgemeines öffentliches Interesse an der Schwangerschaft, das ortsunabhängig relevant werden kann – „egal wo man auftritt“ – und durch das sichtbare Schwanger-Sein oder die Kenntnis Dritter um diesen Zustand hervorgerufen wird. Eine grundsätzlich interessante Frage für eine Soziologie der Schwangerschaft, die hier nicht weiterverfolgt werden kann, besteht darin, inwieweit es sich hier um einen öffentlichen Druck zur (An)Teilnahme an einem eigentlich sehr intimen Ereignis handelt und inwieweit sich dieser überhaupt umgehen lässt? Gibt es auch in der Gegenwartsgesellschaft noch, zumindest für den erweiterten Familien- und Freundeskreis, aber gegebenenfalls auch darüber hinaus, eine Art informelles Recht, zumindest kommunikativ an der Ankunft eines neuen Gemeinschaftsmitglieds zu partizipieren? Der Gesprächsmodus, den die Interviewte hier für die erste Phase „vor der ganzen diagnostik“ beschreibt, besteht in tradierten Kommunikationsformeln im Auslegungsschema eines geordneten Prozesses: „ja das war dann so och joa wie weit bist'n aja geburtstermin“. Neben den Fragen, „wie weit“ die Schwangerschaft und wann der errechnete Geburtstermin ist, stellen die Fragen nach Geschlecht und Namen zwei weitere typische Bezugnahmen von Dritten auf das Thema Schwangerschaft dar. Mit deren Beantwortung entscheiden werdende Eltern auch, inwieweit sie andere an ihrer

Schwangerschaft teilhaben lassen. Zugleich wird erkennbar, dass dieser Kommunikationsmodus in einer mit dichter werdenden Befunden sich verändernden Schwangerschaftssituation kaum noch angemessen sein kann, wenn gegenüber der Kontinuität die Zäsur in den Vordergrund tritt und die Relevanz von Namen und Geschlecht angesichts der Frage, ob das Kind gesund oder krank sein und ob es überhaupt leben können wird, in den Hintergrund rücken.

Die Situation ändert sich entscheidend mit der pränatalen Diagnose, was auch aus dem zweiten Teil von Ausschnitt 5 ersichtlich wird. Hier beschreibt die Mutter nicht mehr ein tatsächliches Gespräch über die Schwangerschaft, sondern Vermutungen, wie von außen weiterhin auf diese Bezug genommen werden könnte und wie sie aus der Retrospektive „am liebsten“ gehandelt hätte, wenn es möglich gewesen wäre. In diesem Zuge werden verschiedene Dimensionen sichtbar, die jetzt, unter veränderten Vorzeichen, für die Übersetzung der neuartigen Situation in alltagsweltliche Beziehungskontexte relevant werden. Erstens erscheint es nun wesentlich schwieriger, die Deutungshoheit und die Informationskontrolle über das Geschehen aufrechtzuerhalten. „[A]lso man ist weiterhin da im Gespräch“, vermutet die Interviewte, wobei es sein kann, dass die Schwangere selbst, eventuell aus Unsicherheit oder der Sorge, ihr zu nahe zu treten, gar nicht mehr direkt angesprochen wird, sondern „hintenrum“ Angehörige gefragt werden. Hier offenbart sich, dass das Problem, in der Kommunikation Grenzen zu setzen und zu regulieren, nicht nur die Schwangere und ihren Partner betreffen muss, sondern mittelbar auch für eingeweihte enge Bezugspersonen relevant werden kann, wenn diese auf einmal entscheiden müssen, wie sie mit Fragen Dritter zum Zustand der Schwangerschaft umgehen sollen. Sobald es nicht mehr ‚nur‘ um tradierte Formen der Teilnahme entlang der Themen Schwangerschaftszeitpunkt, Geburtstermin, Geschlecht und Namen geht, sondern um die Frage, inwieweit eine pränatale Diagnose und deren häufig nicht selten noch ungewissen Folgen mitgeteilt werden sollen, werden Kommunikationsmodalitäten und -Grenzen wesentlich komplexer.

Zweitens thematisiert die Interviewte, dass Eltern gegenüber expliziten oder antizipierten Informationsbedürfnissen Dritter zur Schwangerschaft selbst eine Haltung finden müssen. Eine mögliche Umgangsweise besteht im Rückzug aus sozialen Zusammenhängen. „[S]icherlich gibts jetzt die die dann diesen Gesprächen aus dem Weg gehen oder eben auch der Gesellschaft der Menschheit sag ich jetzt mal //I: ja// aus dem Weg gehen um gar nicht erst darauf angesprochen zu werden“. Die Mutter macht jedoch deutlich, dass sie für sich eine andere Haltung gefunden hat. „[A]lso ich hätt mich am liebsten in meinem Heimatort ähm hab ich gesagt mama lass uns lass uns hier in (Heimatort) kaffee trinken gehen auf dem Marktplatz (2) damit einfach jeder weiß“. Das Café auf dem Marktplatz steht für das Zentrum der Stadtöffentlichkeit und damit im Grunde auch für eine sehr weitgehende Veröffentlichung der eigenen Situation. In der Erzählung bleibt unklar, ob der Besuch des Cafés tatsächlich stattgefunden hat. Eine sehr offensive und klare Kommunikation bietet jedoch grundsätzlich die Chance, Spekulationen zuvorzukommen und ein Stück weit die Deutungshoheit über die Schwangerschaft wieder zurückzuerlangen.

Drittens zeichnet sich in der letzten Passage jedoch auch noch eine andere Facette in der Erfahrung der Mutter ab. Hier entwirft sie das Gegenmodell zur maximalen Veröffentlichung in der Sequenz zuvor und beschreibt das letztlich nicht realisierbare „ich hätte das ganze ding alleine durchziehen können“ rückblickend als persönliches Ideal. Sie macht deutlich, dass sie die Diagnose und die mit dieser in die Krise geratene Schwangerschaft „am liebsten“ von ihren Angehörigen ferngehalten hätte, um die Anderen nicht leiden sehen zu müssen, „das war für **mich schlimmer** als selbst in der situation zu sein weil ich hatte //I: m-hm// ja eh nicht die wahl //I: m-hm// ne? also ich musste ja (sowieso (lachend gesprochen) //I: ja//“. Worauf verweist diese Aussage? Die Interviewte betont hier die Grenze zwischen sich und ihrer irreduzibel subjektbezogenen Situation als leibkörperlich Schwangerer und der Verstrickung ihrer Angehörigen in diese Situation. Mit der Entscheidung für eine Fortsetzung der Schwangerschaft gibt es für sie kein Entrinnen oder eine nur partielle Teilnahme am Geschehen. Im logischen Umkehrschluss könnten ihr Partner und weitere enge Bezugspersonen jedoch grundsätzlich entscheiden, inwieweit sie sich in eine Situation involvieren, die in letzter Instanz ihre ist. Für sie scheint das Leiden an der eigenen Situation leichter zu ertragen zu sein, als andere daran leiden zu sehen. Damit erscheint zum Schluss des zitierten Ausschnitts auch das Kommunikationsproblem noch einmal aus einem anderen Blickwinkel. Entgegen dem Druck, sich zu Ansprüchen von außen verhalten zu müssen, zeigt es sich hier, als Sorge, Andere mit dem eigenen Leid nicht zu belasten.

In Ausschnitt 6 wird dagegen ersichtlich, wie das Paar nach dem ersten auffälligen Befund bis auf Weiteres jegliche Kommunikation über die Schwangerschaft einstellt. So erzählt die Mutter im Interview in Bezug auf die ungewisse Zeit bis zum nächsten Untersuchungstermin, in die einige private Feiern fallen:

ja und das war halt schon eine lange zeit gewesen //I: ja das// da waren einige feiern noch äh bei uns daheim ähm privat //I: m-hm// wo wir dann erstmal nichts mehr gesagt haben komplett überhaupt von der schwangerschaft und ähm uns zurückgehalten haben //I: ja// um auch niemand zu verunsichern und zu gucken sie bald weiter geht //I: m-hm// weil wir ja auch nicht wussten was jetzt auf uns zukommt //I: ja//

Die Interviewte beschreibt hier, wie sie nach dem ersten auffälligen Befund die Kommunikation über die Schwangerschaft bis auf weiteres „komplett überhaupt“ eingestellt haben. Die semantisch holprige Formulierung „und zu gucken sie bald weiter geht“ könnte zudem darauf hinweisen, dass auch für die Eltern selbst die Schwangerschaft mit dem Schock des ersten Verdachts zunächst zu einem Stillstand gekommen und der normale Anfang abrupt zu Ende gegangen ist. Die Mutter thematisiert an dieser Stelle nicht explizit, *wem* bereits zuvor *was* über die Schwangerschaft mitgeteilt wurde und wie sie als Paar die anscheinend mehreren Feiern in den knapp zwei Wochen zwischen der ersten Auffälligkeit und dem nächsten Untersuchungstermin erfahren haben. Die Verben, mit denen sie das gemeinsame Handeln beschreibt, stehen jedoch im klaren Gegensatz zu grundlegenden Strukturmerkmalen des Feierns. Sich-Zurückhalten als gedämpfte Form der Interaktion, niemanden verunsichern zu wollen und die intentionale Ausrichtung auf das Ungewisse, was auf sie zukommen mag, lassen sich mit dem Feiern als soziale Praxis kaum in Einklang bringen, die von Ausgelassenheit und dem Zelebrieren des Augenblicks

geprägt ist. Vor diesem Hintergrund liegt es zumindest nahe davon auszugehen, dass die veränderte Situation der Eltern zunächst kaum anschlussfähig an die ihres sozialen Nahfelds war.

Wenig später im selben Interview erzählt die Mutter, wie sie und ihr Partner kommunikativ mit der bei einem Folgetermin mitgeteilten Diagnose einer Omphalozele beim Ungeborenen umgegangen sind.

Ausschnitt 7: M: ja und dann sind wir dann erstmal so damit nach hause und haben dann wieder zu unserem eigenen schutz gesagt wir werden das jetzt versuchen weiterhin zu verdrängen erstmal (.) ganz weit wir haben dann im auto noch drüber gesprochen was sie alles so: (.) uns berichtet hat ähm was jetzt is und und und ähm und haben dann gesagt also im urlaub wir werden jetzt versuchen den urlaub für den großen halt trotzdem angenehm //I: m-hm// zu gestalten und es: erstmal nicht (unverständlich) an uns ran zu lassen was vielleicht kommen könnte noch //I: ja// und sind damit nach hause gefahren (amtet ein) dann war's nochmal kurzzeitig ähm so dass wir ähm unseren eltern das gesagt haben und so //I: m-hm// das war dann halt auch nochmal eine schockierende sache aber nicht mehr so schlimm wie es dann hier war //I: ja// als //I: ja// wir das erfahren haben es war schon für uns dann wieder (.) haben wir selber drüber gesprochen //I: m-hm// und mit dem auto dann noch

[auf der fahrt]

I: [man halt selber] schon zu zweit nochmal

M: genau und dann war das hatten wir denen das nochmal vermittelt (.) und: das dann jeder bescheid weiß (.) ja und dann hatten wir's erstmal so wieder bei belassen //I: ja//

Aus der zitierten Passage werden verschiedene räumliche und soziale Übergänge des medizinischen Wissens in die Alltagswelt der Familie sichtbar. Vom räumlichen Setting der Untersuchungssituation, über den transitorischen Raum der Heimfahrt, hin zur Ankunft mit dem Wissen um eine mögliche Erkrankung ihres Kindes zu Hause; sowie sozial von der eigenen Erfahrung als Rezipient ärztlicher Aufklärung, über die Besprechung innerhalb der Paardyade bis zur Vermittlung der Diagnose an die eigenen Eltern. Auf diese Weise hält die pränatale Fehlbildungsdiagnose Einzug in die Alltagswelt und verbleibt dort zunächst innerhalb des engsten Familienkreises. Der Hinweis der Interviewten, dass die Vermittlung des Befundes an die eigenen Eltern „dann halt auch nochmal eine schockierende sache“ war, lenkt den Blick darauf, betroffene Paare nicht nur als diejenigen zu sehen, die selbst von der Hiobsbotschaft einer Fehlbildung getroffen werden, sondern auch ihrerseits mit der Situation umgehen müssen, andere, unter Umständen unerwartet, mit diesem Wissen zu konfrontieren und Angehörige vor den Kopf zu stoßen. Zwar wird aus der Beschreibung der Mutter deutlich, dass die sekundäre Übersetzung des medizinischen Wissens in die alltagsweltlichen Sozialbeziehungen nicht so dramatisch in Erinnerung geblieben ist, wie die Situation, als ihnen selbst der Befund mitgeteilt wurde. Der Umstand, dass werdende Eltern mit ihrer schmerzhaften Erfahrung nicht selten, auch im engsten Umfeld auf Unsicherheit und Sprachlosigkeit ihrer Situation gegenüber stoßen, verweist jedoch auf die grundsätzliche Relevanz dieses Themas. Im vorliegenden Fall kommt indes noch eine weitere Herausforderung hinzu. In dem Verweis der Interviewten, dass sie trotz des Schocks der Diagnose „jetzt versuchen den Urlaub für den großen halt trotzdem angenehm“ zu gestalten, schwingt zugleich die Frage mit, wie Eltern bereits vorhandene Geschwisterkinder an ihrer Situation teilhaben lassen können. Hier gehen die Eltern den Weg,

für den Bruder des Ungeborenen zunächst soweit wie möglich Normalität aufrechtzuerhalten. Im weiteren Verlauf des Gesprächs wird zudem deutlich, dass das ältere Kind, z.B. durch Zeichnungen für sein Geschwister auf der Neugeborenenintensivstation, durchaus in die Situation einbezogen wird.

3.3. Die Ruhe kurz vor der Geburt

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels soll anhand von Ausschnitten aus zwei Fällen illustriert werden, wie sich hier die Lage in der letzten Schwangerschaftsphase merklich beruhigt, wofür sowohl die eigene Haltung der werdenden Eltern als auch die Art und Weise der professionellen Betreuung eine entscheidende Rolle zu spielen scheinen. Das erhobene Datenmaterial reicht nicht hin, um diesen Aspekt systematisch zu typisieren, jedoch kann die Arbeitshypothese eines Moratoriums im letzten Schwangerschaftsabschnitt als Frage für die weitere Forschung markiert werden. Einige Passagen aus den geführten Interviews sprechen dafür, dass in den Wochen unmittelbar vor der Geburt Ruhe in den elterlichen Erfahrungsablauf einkehrt, wenn mit der Entscheidung für die Fortsetzung der Schwangerschaft und einen Ort der Entbindung die wesentlichen Weichen gestellt sind. Es wäre möglich, dass die Phase zwischen der Annahme der diagnostischen Situation und der Ankunft des Kindes, mit der das Elternpaar wieder vor ganz neuen Herausforderungen stehen wird, eine Art psychosoziales Moratorium darstellt, in denen sich die werdenden Eltern vom Schock der Diagnose regenerieren und wieder Kräfte für das Kommende sammeln.

In Ausschnitt 8 beschreibt eine Mutter, deren Kind kurz nach der Geburt verstorben ist, wie es ihr gelingt, in der letzten Phase der Schwangerschaft selbst eine andere Haltung zur Situation zu finden, die dafür sorgt, dass diese Zeit trotz der verheerenden Diagnose nicht als schlimme Zeit in Erinnerung geblieben ist.

richtig bewusst ähm wird es einem aber erst wenn das kind **da** ist wenn's begreifbar ist wenn de dieses dieser mensch mit dem man vermeintlich neun monate unterm //I: ja// herzen rumläuft ähm plötzlich ein gesicht hat und nicht das gesicht vom ultraschallbild ne? //I: m-hm// also selbst das ist das ist alles so unwirklich ne? das ist alles für mich so schwer be-/ zu begreifen gewesen natürlich ja das ist ein kind ich merk es ja auch ne? und ähm ah schön schwanger bauch toll ähm schwangerschaftsmoder und was weiß ich ja also das hat mir auch alles spaß gemacht auch da (2) anschließend an die schlimmen //I: m-hm// diagnosen trotzdem //I: m-hm ja// also ähm ja weil ich halt einfach irgendwann gesagt hab ne du musst das **jetzt** so leben wie es kommt und es gibt noch keinen grund **wirklich** traurig zu sein weil wir gar nicht wissen was passiert //I: ja// ja? eigentlich wissen wir es doch noch gar nicht und ähm ja die rückmeldung hab ich dann auch von den schwestern auf station gekriegt die dann auch ähm im nachhinein dann halt gesagt haben man hat ihnen das nie angesehen //I: m-hm// aber nicht weil ich das nicht wollte sondern weil es mir auch gar nicht so **ging** mir ging's nicht so (.) schlecht wie man hätte meinen müssen aufgrund der ganzen diagnosen //I: m-hm// ja? (2) gar nicht eigentlich also mir ist die fruchtblase geplatzt x wochen zu früh //I: m-hm// ich hab drei liter bei mir im bett gelassen die matratze war hin (lacht kurz) ähm mit dem krankwagen und ich hab gelacht wir haben da drüber gelacht //I: ja// und wir tun es heute noch (lachend gesprochen) //I: ja (lachend gesprochen)// weil das wirklich ein das ist ein wahnsinn das ist einfach schwangerschaft ist ein ausnahmestand und ich glaube selbst wenn sie normal verläuft ähm (..) total skurril

Während die Interviewte im ersten Teil des Ausschnitts darauf eingeht, wie schwierig es für sie war, zu begreifen, dass in ihr ein Kind heranwächst und welche Rolle dabei verschiedene Ausdrucksebenen gespielt haben, ändert sie mit ihrem Diktum an sich selbst – „weil ich halt einfach irgendwann gesagt hab ne du musst das **jetzt** so leben wie es kommt“ – die Haltung zu ihrer Situation. Es gelingt ihr in der Folge, sich intentional auf die Gegenwart des Schwanger-Seins auszurichten und Sorgen über die ungewisse Zukunft vorerst an den äußeren Horizont des Geschehens zu schieben. Dadurch schlagen sich die Wochen vor der Entbindung nicht als dramatische Zeit in ihrer Erzählung nieder, sondern als eine Phase, in der Ungewissheit und Ambivalenz in den Hintergrund rücken und es ihr „nicht so (.) schlecht [ging] wie man hätte meinen müssen aufgrund der ganzen diagnosen“. Vielmehr scheinen ihr aus dieser Zeit auch schöne, heitere und ausgelassene Episoden in Erinnerung geblieben zu sein, wofür exemplarisch die Geschichte mit der geplatzten Fruchtblase ins Feld geführt wird. Welche weitergehenden Überlegungen lassen sich aus dieser Selbstbeobachtung der Mutter ableiten?

Zum einen erscheint das Sich-Zurückholen in die Gegenwart vor dem Hintergrund der pränatalen Ereignisse in mehrerer Hinsicht voraussetzungsreich. Wie im nächsten Kapitel noch ausführlich besprochen wird, führt die pränatale Diagnose häufig zu einem Bruch in der Kontinuität des Lebens, die lebensweltlichen Idealisierungen des Immer-so-weiter und Ich-kann-immer-wieder, die in der Schütz-schen Konzeption die Stabilität der Existenz in der Lebenswelt garantieren, werden von ihr nachhaltig irritiert. Sie trennt die Zeit tendenziell in eine Phase vor und nach dem Widerfahrnis, sodass die Vergangenheit des normalen Anfangs unerreichbar weit weg erscheint, während die Sorgen, was noch kommen könnte, über weite Strecken die Schwangerschaftserfahrung prägen. Sich in die Gegenwart zurückzuholen bedeutet vor diesem Hintergrund, sich überhaupt erst wieder einen relativ stabilen Boden unter den Füßen zu erarbeiten, von dem aus ein leibliches Selbst sich im Hier und Jetzt intentional der Welt zuwenden kann. Neben dem Widerfahrnischarakter der Diagnose liegt jedoch ebenso die Vermutung nahe, dass der Marathon durch das Medizinsystem im Rahmen der diagnostischen Laufbahn mit wechselnden Kontexten und Situationsdefinitionen als eine zweite Fliehkraft der Konzentration auf das Hier und Jetzt entgegenwirkt. Erzeugt die Diagnose in der Alltagswelt einen Bruch, wird sie in der elterlichen Erfahrung der medizinischen Welt in einen prozessualen Ablauf von Handlungsschritten integriert, in der die gegenwärtige Situation stets schon auf die nächste verweist. Anhand dieser Überlegungen wird ersichtlich, wie voraussetzungsreich der intentionale Richtungswechsel im Interview ist.

Zum anderen verweist die Stelle exemplarisch auf das, individuell unterschiedlich ausgeprägte, menschliche Adaptionsvermögen in Ausnahmesituationen. Zwar muss die Mutter sich initial selbst wieder die Kontrolle über ihre Situation erarbeiten und eine ‚harte‘ Grenze zwischen Gegenwart und Zukunft ziehen, die sich sprachpragmatisch wie semantisch im betonten „**jetzt**“ und im gleichsam sich selbst ermahnenden „**wirklich**“ niederschlägt. Auch die letzte Sequenz, in der sie die Schwangerschaft an sich als „total skurril[en]“ Ausnahmezustand kennzeichnet, zeigt, dass sie retrospektiv selbst bis zu einem gewissen Grad verwundert vor den eigenen Erfahrungen steht. Die geschilderten schönen Phasen in

einer schwierigen Zeit scheinen also keineswegs selbstverständlich und stehen auf den ersten Blick sicher auch zu Deutungsmustern eines drohenden Kindsverlusts in Kontrast, zeigen auf den zweiten Blick jedoch die Komplexität und Vielschichtigkeit derartiger Erfahrungen. Auch in existenziellen Krisen werden schöne Momente durchlebt. Die Bandbreite der Affekte muss größer und differenzierter gedacht werden, als ein durchgängiges Leiden an einer Katastrophe. Die pränatale Sozialität im untersuchten Phänomen zeichnet sich vielmehr durch die Spannung zwischen sehr schönen und sehr traurigen Ereignissen aus, die sich im Horizont der Erfahrung zu einem auch affektiv komplexen Sinngewebe amalgamieren.

Ausschnitt 9 illustriert, dass ein klarer therapeutischer Handlungsentwurf und eine konkretere Vorstellung von der ersten Lebenswelt des Neugeborenen auf der neonatologischen Intensivstation ebenso entscheidende Faktoren dafür sind, ob bei werdenden Eltern vor der Geburt wieder etwas Ruhe einkehrt:

Ausschnitt 9: M: und so waren wir dann des erste mal in (.) x-stadt 3 (.) //I: ok ja// genau da wurde dann auch ein paar mal ultraschall gemacht und alles (.) ja (.) die haben es dann eigentlich bestätigt (.) wir hatten dann- den professor y hatte dann noch mit draufgeguckt da waren wir aber glaub ich in z-stadt und der hat dann schon das ganze (.) vom operieren erzählt wie das gemacht wird er hat es so ein bisschen anders vorgehabt wenn er operiert hätte er wollte eigentlich eine (.) ne naht nach oben machen dass sie keinen bauchnabel gehabt hätte der professor doktor z der hat halt gleich den bauchnabel gemacht also sich jetzt //V: ein glück// ja (.)

V: sonst hätten wir so eine kleine eva hier sitzen //(M. und I. lachen)//

M: ja dann hätte hätten das halt später modelliert //I: ja ok m-hm// und so der hat des super gemacht und ja (.) wer war noch dabei der doktor y war dabei genau der hat sie vom ersten tag an betreut also der assistenzarzt (.) (Vor- und Nachname) der freundliche junge kerl (lächelt) joa also so über die kinderärzte //I: oke also so so hat sich y-tadt dann quasi äh auch äh herauskristall- oder halt dann ergeben gehabt// ja wir durften danach die kinderintensiv alles sehen da war war die frau doktor p dabei? ja doch die (.) die hat es uns gezeigt mein ich //V: m-hm// bei irgendeinem termin hatte ich dann gefragt können wir mal da gucken wie es da aussieht und dann sagt sie na klar und dann hat sie uns das ganze gezeigt und da waren wir dann doch schon mal beruhigter wie sieht's aus mit den ganze gerätschaften da war das dann nicht ganz so neu

Das interviewte Elternpaar beschreibt hier weitere entscheidende Faktoren in der Schwangerschaft, die dazu beitragen können, die Lage vor der Geburt zumindest bis zu einem gewissen Grad wieder zu entspannen. Zunächst liegt in diesem Fall eine abgesicherte Diagnose vor, die sich auch in den eingangs kursorisch erwähnten Ultraschalluntersuchungen „eigentlich bestätigt“. Auf Basis dieses stabilen Befunds kann ein konkreter therapeutischer Fahrplan entworfen werden, für den im zitierten Ausschnitt sinnbildlich „das ganze (.) vom operieren“ steht. Hier ist nicht fraglich, ob überhaupt gehandelt werden kann, vielmehr können die Grundzüge des Therapieplans bereits vor der Geburt den Eltern mitgeteilt werden und es sind eher operationstechnische Fragen, die noch offen sind. Schließlich geht die Mutter darauf ein, dass die Besichtigung der neonatologischen Intensivstation, unter erläuternder Führung einer Kinderärztin, von ganz entscheidender Bedeutung dafür war, vor der Geburt „dann doch schon mal beruhigter“ sein zu können. Werdende Eltern haben so die Möglichkeit, sich eine grobe Vorstellung vom ersten Lebensort ihres Kindes auf der Welt zu machen, der angesichts der intensivmedizinischen Versorgung hoch technologisch geprägt ist, durch eine vorherige Begehung seinen radikal neuartigen

und gänzlich anderen Charakter gegenüber der gewohnten alltagsweltlichen Umgebung jedoch ein Stück weit verlieren kann. Zur Entspannung der Situation mag in diesem Fall auch das Vertrauen in die Kompetenz und Gewissenhaftigkeit der Mediziner*innen beigetragen haben, die in der Beschreibung allesamt mit Titel und Namen eingeführt werden. Wie wichtig die authentische Vermittlung einer sicheren und kompetenten Haltung der Professionellen für die elterliche Sicherheit in der Situation ist, zeigt auch der letzte Ausschnitt dieses Kapitels.

Ausschnitt 10: I: gabs gabs dann im weiteren verlauf so einen **punkt** an dem ihr auch für euch ähm gemerkt habt ok jetzt äh (.) wie soll ich sagen äh (.) die situation: ist so wie sie ist aber wir können gut mit umgehn wir haben einen **fahrplan** irgendwie auch wissen was nach der geburt jetzt erstmal grob jetzt anansteht **gabs** da eine situation sag ich mal die so (.) wo ihr auch für euch festgestellt habt ok (.) trotz allem mit z-stadt auch und **was** jetzt war auch und und mit verunsicherungen

V: ja der fahrplan ist uns ja bekannt gegeben worden (.) in dem sinn was passiert //M: also nach y-stadt war das dann da war ich dann beruhigt also// ja beratung erstklassig (.) kompetente ärzte (.)

M: wo der doktor x dann bei mir war der musste ja dann mit auf einen //V: ja// ultraschall gucken (.) //V: x-städter waren alle in ordnung da kannst du nichts sagen// ja genau erst war ich noch in (.) x-stadt //V: bis auf die abstellkammer für sechzig euro// doktor x //V: aber sonst gings ja (lacht)// (alle lachen) und die haben mich dann weil sie (.) x-stadt arbeitet ja mit y-stadt zusammen und da haben die gesagt **so** (.) für hier war's jetzt erstmal die letzte untersuchung klar wenn irgendwas ist blasensprung sonst irgendwie was oder sonstige probleme (.) immer wieder vorbeikommen aber ansonsten muss ich mich jetzt schonmal in y-stadt vorstellen weil ich ja dann auch in y-stadt zum kaiserschnitt dann komme (.) und dann haben wir das immer mit y-stadt gemacht und (.) ja (.) das war auch alles in ordnung da hat **keiner** so die panik gemacht wie die in z-stadt also (.) das war alles noch (.) normal und im rahmen

Auf die Frage des Soziologen hin, ob die Eltern für sich rückblickend einen Punkt im Schwangerschaftsverlauf ausmachen können, nachdem sie ihre Situation für sich angenommen haben und sich die Lage wieder etwas beruhigt hat, wird in der Antwort erneut die zentrale Rolle eines konkreten Handlungsentwurfs für die Zeit nach der Geburt und die „erstklassig[e]“ Beratung durch „kompetente ärzte“ deutlich. Ein Termin in x-stadt wird in der Erfahrung zum neuralgischen Punkt, nach dem zumindest die Mutter sich erinnert, beruhigt gewesen zu sein. Die Äußerung des Vaters, ihnen sei bekannt gegeben worden, „was passiert“, deutet indessen auch die passive Seite des medizinischen Handlungsentwurfs für Eltern an. Das Wissen, was passieren wird, gründet sich einerseits auf konkrete zukunftsbezogene Erwartungen, die den Eltern im Rahmen der ärztlichen Aufklärung als geplante Behandlungen für ihr Kind mitgeteilt wurden, andererseits bezeichnet etwas, das passiert, ein Ereignis, auf das sie selbst keinen Einfluss nehmen können. Vielmehr müssen sie das Leben ihres Kindes vertrauensvoll in die Hände der Professionellen legen, wodurch noch einmal sehr plastisch hervorgehoben wird, wie entscheidend für werdende Eltern in der Phase vor der Geburt analog zum Wissen um die Möglichkeiten medizinischen Handelns – „des ganze (.) vom operieren“ – ebenso die authentische Verkörperung einer professionell-sorgenden Haltung ist, um Druck aus ihrer Situation zu nehmen. Mit dem Verweis, dass in den Städten x und y „alles noch (.) normal und im rahmen“ gewesen sei, macht das Paar deutlich, dass sie die unweigerlichen Zumutungen, die mit der pränatalen Diagnose einhergehen, angenommen haben und auch

bereit waren, diese auf sich zu nehmen, unter der Prämisse, dass aus ihrer Sicht ihr Kind bei den behandelnden Ärzt*innen gut aufgehoben ist. In scharfem Kontrast dazu steht die Panikmache in z-stadt, die sich in der elterlichen Erfahrung niedergeschlagen hat. Nimmt man den Begriff der Panik an dieser Stelle ernst, beschreibt er eine Erfahrung, in denen ihnen von professioneller Seite keine Deutungen ihrer Situation an die Hand gegeben, sondern unter Umständen schon vorhandene Ängste noch geschürt wurden.

3.4. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse

Die Analyseergebnisse zu den dominanten Themen in den alltagsweltlichen Lebenszusammenhängen werdender Eltern hat gezeigt, dass auch Schwangerschaften mit pränataler Fehlbildungsdiagnose von einer unauffälligen Anfangsphase geprägt sind. In ihr beherrschen die von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 beschriebenen Dimensionen pränataler Sozialität ebenso wie grundsätzliche Herausforderungen – wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf – die Situation. Der ‚normale‘ Anfang gerät jedoch mit dem ersten auffälligen Befund an ein jähes Ende, Zuversicht und Euphorie weichen Ungewissheit und Sorge. Mit dem zeitlichen Oszillieren zwischen Zukunft und Gegenwart, der virulent werdenden Frage nach der Beziehung zum ungeborenen Kind und der Kommunikation der veränderten Schwangerschaftssituation rücken Ambivalenzen in den thematischen Kern des Geschehens. Schließlich scheinen die Turbulenzen in der letzten Schwangerschaftsphase vor der Geburt wieder abzuebben und in einer Art Moratorium bis zur Geburt wieder Ruhe einzukehren, wenn alle wesentlichen Entscheidungen getroffen sind und elterliche wie professionelle Haltungen diese relative Entspannung begünstigen. Diese Muster der Schwangerschaftserfahrung, die gegenüber den anderen Kapiteln am weitesten in die Sinnbezirke und Handlungssphären der Alltagswelt betroffener Eltern fallen, sollten in zukünftigen Forschungen auf ihre Typizität geprüft und konzeptuell weiter ausdifferenziert werden.

Die ersten Wochen der Schwangerschaft scheinen auch im untersuchten Phänomen unauffällig zu verlaufen und auch als solche in der Erfahrung sedimentiert zu werden. So beschreibt die Interviewte in Ausschnitt 1 mit der Vorfreude, der Einrichtung des Kinderzimmers und der Namenssuche – aber auch mit dem Konflikt, eine gerade neu angetretene Arbeitsstelle mit der unerwarteten Schwangerschaft zu vereinbaren – typische Formen pränataler Sozialität, die sich im Wesentlichen mit den Forschungsergebnissen der Mainzer Arbeitsgruppe (Hirschauer/Heimerl et al. 2014) decken. Diese Erfahrungen werden auch von der späteren Krise nicht vollständig überdeckt, sie erfahren allerdings eine bezeichnende Neuauslegung. Der Widerfahrnischarakter der Diagnose, der im 4. Kapitel im Fokus des Erkenntnisinteresses steht, erzeugt Bruchlinien in der Erfahrung (Waldenfels 2002), mit denen sich das Auslegungsschema der Schwangerschaft grundlegend ändert. Für die interviewten Mütter in den Ausschnitten 1 und 2 verläuft die Grenze zwischen Normalem und Deviantem rückblickend nicht mehr entlang der Differenz zwischen Schwanger-Sein oder nicht, sondern zwischen einer komplikationsfreien und der eigenen komplizierten Schwangerschaft. Wie grundlegend sich die Maßstäbe im Deutungshorizont der betroffenen Eltern verschoben haben müssen, lässt sich an dem Gegenbeispiel plausibel machen, dass

andere Paare, deren Schwangerschaft unauffällig verläuft, diese in der Regel nicht als normale Erfahrung rahmen würden. Der Weg zur Elternschaft stellt an sich schon eine außeralltägliche Statuspassage dar, deren Charakter im untersuchten Phänomen jedoch durch die eigenen Erfahrungen eine andere Bedeutung erhält. Das, was an sich schon außeralltäglich ist, wird zum ganz normalen, im Verhältnis zum Außerordentlichen, was einem selbst widerfahren ist. Der ganz normale Anfang ist im Verlauf der Schwangerschaft in unwiederbringliche Ferne gerückt und mit dem Erfahrungsbruch wandern auch gesellschaftlich tradierte Formen pränataler Sozialität tendenziell an den Rand des Geschehens. Das Wunschgeschlecht des Kindes, die Namensvergabe und Fragen nach der passenden Einrichtung des Kinderzimmers rücken in den äußeren Horizont der zentralen Differenz zwischen Gesundheit und Krankheit. Das thematische Feld der Schwangerschaftserfahrung transformiert sich im Kern.

Nach dem ersten auffälligen Befund erscheinen die Erzählungen der Eltern geprägt von multiplen Ambivalenzen, von denen mit der pendelnden Zeiterfahrung, dem erhöhten Anspruch, sich mit der eigenen Beziehung zum Ungeborenen zu befassen und mit den Widrigkeiten, die veränderte Schwangerschaftssituation im sozialen Nahfeld zu kommunizieren drei Formen aus dem Material herausgearbeitet wurden. In Ausschnitt 3 beschreibt die interviewte Mutter eindrücklich, wie sie trotz einer schweren Diagnose beim Ungeborenen versucht, sich mit dem täglichen Mantra „jetzt ist sie da“ von der Trauer um einen möglichen zukünftigen Verlust in die Gegenwart zurückzuholen und gemeinsam mit ihrem Partner und dem ungeborenen Kind die Schwangerschaftszeit als Familienzeit bewusst zu erleben. Hinsichtlich der thematisierten Zeiterfahrung ergeben sich Anknüpfungspunkte zur Forschung von Karin Rost (2015), die die mütterlichen Erfahrungen einer infausten Diagnose beim Ungeborenen untersucht hat und hier zur These einer Vorverlagerung der aktiven Familienzeit in die Schwangerschaft führen.

Während für die Interviewte in Ausschnitt 3 die Diagnose die Beziehung zu ihrem Kind noch verstärkt hat, beschrieb die Mutter in Ausschnitt 4 den zeitweisen Widerspruch zwischen dem kognitiven Versuch, antizipierte Ansprüche des Kindes auf Zuwendung vorerst noch nicht an sich heranzulassen und dem unwiderlegbaren leiblichen Spüren der fetalen Bewegungen. Wie bereits die bisherige Darstellung gezeigt hat, ist der Umgang mit einer pränatalen Diagnose individuell sehr verschieden, jedoch verweisen die Erfahrungen der beiden Mütter auf ein gemeinsames Thema. Mit dem befürchteten Leid und in manchen Fällen dem drohenden Verlust des Kindes wird zugleich die Frage nach seinem Status als menschliches Wesen und Familienmitglied virulent. Der in dieser Frage implizierte Anspruch auf Anerkennung und Zuwendung scheint dazu zu führen, dass sich Paare im untersuchten Phänomen nicht nicht zu dieser Frage verhalten können und sich möglicherweise viel früher als andere Eltern mit ihrer Beziehung zu ihrem Kind auseinandersetzen.

Eine dritte Ambivalenz für werdende Eltern besteht in der Frage, wem, wann und inwieweit die mit der Diagnose veränderte Schwangerschaftssituation mitgeteilt werden soll. Stellt die ärztliche Aufklärung des Elternpaares über die pränatalen Befunde die primäre Ebene der Übersetzung medizinischen Wis-

sens in die Alltagswelt dar, kann dessen Kommunikation durch die Eltern an Dritte als sekundäre Übersetzung der Diagnose und ihrer möglichen Folgen in die Horizonte alltagsweltlicher Sozialbeziehungen begriffen werden. Zu den ohnehin schon vorhandenen Kontingenzspielräumen der pränataldiagnostischen Erkenntnisse an sich, kommt hier noch zusätzlich die Schwierigkeit hinzu, dass werdende Eltern selbst in dieser Phase noch dabei sind, ihre eigene Haltung zur Diagnose zu finden und in dieser diffusen Gemengelage vor der Frage stehen, inwieweit das soziale Nahfeld in die eigene Situation einbezogen werden soll. Sobald es nicht mehr nur um tradierte Formen des Austauschs über die Schwangerschaft entlang von Themen wie Geburtstermin, Geschlecht oder Namen geht, sondern um die Frage, inwieweit eine pränatale Diagnose und deren häufig noch ungewissen Folgen mitgeteilt werden sollen, werden die Kommunikationsmodalitäten und -grenzen wesentlich komplexer. Neben dem grundsätzlichen Problem für Eltern, die Deutungshoheit und Informationskontrolle über einen eigentlich intimen Zustand wieder zurückzuerlangen, wurden in diesem Zusammenhang aus dem Material auch weitere relevante Aspekte ersichtlich. So können, wie in Ausschnitt 5, auch eingeweihte Angehörige vor der Schwierigkeit kommunikativer Grenzregulierungen stehen, wenn etwa die Mutter der Schwangeren gegenüber teilnehmenden Dritten entscheiden muss, was und wie viel sie wem mitteilt. Für zwei Interviewpartnerinnen ist zudem die Sorge relevant, Andere mit dem eigenen Leid nicht zu belasten und zu verunsichern.

Schließlich weisen einige Passagen aus den geführten Interviews darauf hin, dass in den Wochen unmittelbar vor der Geburt wieder Ruhe in den elterlichen Erfahrungsablauf einkehrt, wenn mit der Entscheidung für die Fortsetzung der Schwangerschaft und einen Ort der Entbindung die wesentlichen Weichen gestellt sind. Die vorhandenen Daten reichen hier für belastbare Aussagen nicht hin, sie begründen jedoch die Vermutung, in der Phase zwischen der Annahme der neuen Situation und der Ankunft des Kindes auf der Welt, mit der das Elternpaar wieder vor ganz neuen Herausforderungen stehen wird, eine Art psychosoziales Moratorium zu sehen, in dem sich die Paare vom Schock der Diagnose regenerieren und wieder Kräfte für das Kommende sammeln. Die Ausschnitte 9 und 10 haben diesbezüglich gezeigt, dass sowohl die elterliche Arbeit an der eigenen Haltung zur Diagnose als auch ihr Heranführen an die Welt der Klinik seitens der Professionellen ausschlaggebende Faktoren für diese temporäre Entspannung der Situation sein können.

4. Die pränatale Diagnose als existenzielles Widerfahrnis

Die vorgeburtliche Diagnose einer Fehlbildung beim Ungeborenen bedeutet für werdende Eltern nicht selten den Einbruch eines außerordentlichen Ereignisses in die Mitte der eigenen Lebenswelt. Die Schwangerschaft als ohnehin schon außeralltägliche Situation kann durch sie in eine akute Krise geraten, Kontingenz und Dramatik des Geschehens werden jedenfalls wesentlich verschärft. Die vorangegangenen Kapitel haben sich mit verschiedenen Bedeutungssträngen pränataler Sozialität im Angesicht der Diagnose auseinandergesetzt. In ihrem Verlauf wurden der Umgang mit multiplen Ungewissheiten, der Marathon einer diagnostischen Laufbahn durch das Medizinsystem sowie mit den dominanten

Schwangerschaftsthemen im Alltag, bis zu einem gewissen Grad typische Handlungs- und Deutungsmuster werdender Eltern im Umgang mit der Diagnose bei ihrem Kind herausgearbeitet.

Gegenüber den phänomenspezifischen Sinnbildungsprozessen nimmt dieses Kapitel nun die Fehlbildungsdiagnose als Widerfahrnis in den Blick und richtet damit den Fokus auf die Bruchlinien und Abgründe in der elterlichen Erfahrung. Die im Folgenden dargestellten Ausschnitte aus dem empirischen Material entstammen zwei der erhobenen Fälle. In den anderen beiden wurden grenzüberschreitende Ereignisse nicht in gleicher Weise als relevante Themen markiert. Die soziologische Analyse wiederum steht hier vor besonderen methodischen Herausforderungen. Erstens rühren Grenzsituationen auch an den Grenzen des Sagbaren, sodass sie sich nur bedingt sprachlich im Material niederschlagen und Widersprüche, Leerstellen und leibliche Antworten im Erzählen zwar als Anzeichen noch Schwellen zu nicht mehr artikulierbaren Ereignissen markieren, aber den Raum dahinter im Dunkeln belassen. Zweitens werden Widerfahrnisse in Anlehnung an Waldenfels (siehe I., 4.4.) hier als genuin individuelle Erfahrungen verstanden, womit die Möglichkeiten der Typisierung im Hinblick auf die Theoriebildung hier noch eingeschränkter erscheinen als ohnehin schon im Kontext des untersuchten Phänomens. Drittens schließlich gerät die hermeneutische Interpretation dort an eine unüberwindbare Schwelle, wo ein überdeterminiertes Etwas nicht mehr zu etwas Bestimmtem in der Erfahrung verarbeitet werden kann. Jeder Versuch, genuine Mehrdeutigkeiten im Zuge der Analyse vereindeutigen zu wollen, würde hier den Gegenstand der Interpretation verfehlen. Angesichts dieser methodischen Grenzen wissenschaftlicher Rekonstruktion beschränken sich die folgenden Ausführungen darauf, einerseits Facetten aufzuzeigen, in denen sich die Diagnose als existenzielles Widerfahrnis im empirischen Material artikuliert und andererseits die von Eltern beschriebenen Deutungen als mögliche Antwortweisen auf das Geschehene in den Blick zu nehmen. Auf diese Weise wird die Schattenseite gelingender Sinnbildungen im Phänomen nicht ausgeleuchtet, sie erhält jedoch Konturen.

4.1. Konturen des Widerfahrnis in der Erfahrung

Im ersten Ausschnitt beschreibt eine Mutter, deren Kind kurz nach der Geburt verstorben ist, die Abgründe ihrer Erfahrung während der Schwangerschaft. Wenngleich die Erzählung hier immer auch vor dem Hintergrund des erlittenen Kindsverlusts verstanden werden muss, zeichnen sich aus ihr Facetten einer durchlebten Grenzsituation ab, die auf ihre eigene Weise auch in einem weiteren Fall des empirischen Materials erkennbar wird, in dem das Kind überlebt hat und erfolgreich behandelt werden konnte. Die längere Erzählpassage wird nachfolgend zum Zwecke der Darstellung in mehrere Abschnitte gegliedert. Im Zuge der Analyse werden verschiedene Themenstränge der Diagnose als Widerfahrnis deutlich.

Ausschnitt 1: M: ähm (3) das war jetzt so im grunde //I: m-hm// der grobe medizinische verlauf der schwangerschaft (lachend gesprochen) //I: ja das is// rein persönlich erlebt man das wie ne berg und talfahrt: anfangs:: und dann ist es ein nicht endender alptraum //I: ja// ja? also dann ist es (atmet ein) ähm man geht alle szenarien durch //I: m-hm// von ähm man sitzt auf der couch und man sieht das kind vor sich spielen auf dem boden //I: m-hm// aber es ist halt krank (2) damit findet man sich ab (Stimme wird brüchig) (..) mit

der zeit (2) und dann ähm (..) hat man eben (leiser werdend) auch das worst-case-szenario ja? //I: ja (sehr leise gesprochen)// also was ist eigentlich wenn (..) gar nichts mehr geht //I: m-hm// im grunde ist es so dass bis zu tag x ich nenne es immer tag x also bis zur zur geburt auch die ähm zwei wochen ich war ja schon zwei wochen vorher hier auf //I: m-hm// station //I: m-hm// ähm mit einem blasensprung [*ein arzt betritt leise den Raum und geht kurz darauf wieder. Er und die Interviewte begrüßen sich und der Arzt entschuldigt sich für die Störung. Sie entgegnet, das sei kein Problem. Dann fährt sie, noch in seiner Anwesenheit, mit dem Erzählen fort*] ähm ähm war es auch so dass man sich bis dato dann auch schon mit jeglicher situation abgefunden hat

Die Interviewte unterscheidet zu Beginn ihrer Erzählung zwischen dem medizinischen Verlauf der Schwangerschaft und ihrem persönlichen Erleben, an das sie in der Folge anschließt. Dabei geht es nicht nur um die von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 herausgearbeitete relative Unabhängigkeit und Eigenlogik von biologischem und sozialem Schwangerschaftsverlauf, sondern noch tiefgreifender um die Frage, inwieweit eine subjektiv erfahrene Grenzsituation überhaupt intersubjektiv anschlussfähig ist und nachvollzogen werden kann. An dieser Stelle fächert sich das Spannungsverhältnis zwischen Gemeinsamkeit und Differenz weiter auf. Es betrifft hier nicht nur die Unterschiede zwischen Medizin und Alltagswelt, sondern – ähnlich wie im Falle der leiblichen Erfahrung des Schwanger-Seins – auch Fragen nach dem divergierenden Erleben innerhalb des Paares. In den folgenden Sequenzen beschreibt die Mutter eine Situation, die aus der Ordnung gerät, in der unterschiedliche Szenarien gleichsam in Endlosschleife wiederkehren und grundlegende Strukturen der Lebenswelt außer Kraft gesetzt zu sein scheinen. Beschreibt die „berg und talfahrt“ anfänglich noch ein Stadium der Interferenz, das vom Pendeln zwischen Extremen geprägt ist, zeichnet die Interviewte mit dem „nicht endende[n] alptraum“ das Bild einer hoffnungs- und ausweglosen Situation, die potenziell traumatisch erscheint und, auch über die alltagsprachliche Bedeutung eines Alptraums hinaus, in mehrerer Hinsicht grenzüberschreitende Züge trägt. So versteht Schütz das Reich des Schlafes und das hellwache Leben am Tag als unterschiedliche Wirklichkeitsbereiche, die unterschiedlichen Relevanzstrukturen folgen.¹⁴² Freud (2000) zeigt in seiner Traumdeutung wiederum, wie im Traum die Gesetze der Alltagswirklichkeit außer Kraft gesetzt sind und unbewusste Dynamiken das Geschehen lenken. Selbst wenn man der Traumdeutung nicht in allen Argumenten folgt, bleibt der Grundgedanke erhalten, dass es sich beim Alptraum der Interviewten um eine Situation handelt, die sie nicht selbst in der Hand hat. Nicht zuletzt verweist die angeführte Endlosigkeit darauf, wie Rhythmen des Lebens durch die Diagnose durchbrochen werden können und man sich beginnt, sprichwörtlich im Kreis zu drehen.

¹⁴² Schütz 2003a: 218-219: „Das träumende Selbst wirkt und handelt nicht. Diese Feststellung wäre eine bloße Binsenweisheit, hätten wir nicht eine ähnliche im Hinblick auf das phantasierende Selbst gemacht. Wir müssen also kurz die wichtigsten Modifikationen aufzeigen, denen das „Einklammern der Welt des Wirkens“ in den Phantasieprovinzen einerseits und in der Provinz der Träume andererseits unterzogen wird. Ich meine, daß die Welten der bildhaften Vorstellungen durch das gekennzeichnet sind, was wir den Ermessensspielraum nannten, während die Welt der Träume eine solche Freiheit ausschließt. Das imaginierende Selbst kann seine leeren Protentionen und Antizipationen „willkürlich“ mit irgendeinem Inhalt füllen, und angenommen sind es diese Inhalte, denen das imaginierende Selbst den Wirklichkeitsakzent erteilt. Nach Belieben kann es seine „Chancen“ als von ihm beherrschbar interpretieren. Der Träumende hingegen besitzt keinen Ermessensspielraum, keine Entscheidungsfreiheit in der Bewältigung seiner Chancen und keine Möglichkeit, leere Antizipationen zu füllen. Im Alptraum zeigt sich z.B. deutlich die Unentrinnbarkeit des Geschehens in der Traumwelt und die Machtlosigkeit des Träumenden, sie zu beeinflussen.“

Die anschließenden Zukunftsvorstellungen reichen vom sehr konkreten Bild einer klassischen Alltagssituation – „ähm man sitzt auf der couch und man sieht das kind vor sich spielen auf dem boden“ –, in die mit der Zeit auch eine Krankheit integriert werden kann, bis zum „worst-case-szenario“. Im Ausschnitt wird deutlich, wie sich die Mutter hier an den Grenzen des Sagbaren bewegt, was sich auch auf der leiblichen Ebene in den zunehmenden Pausen sowie der brüchigen und immer leiser werdenden Stimme ausdrückt. In der Formulierung „was ist eigentlich wenn (..) gar nichts mehr geht“, deutet sie noch Umriss an, in denen sich wahrscheinlich die schlimmsten Vorstellungen ereignet haben dürften und die sich am ehesten noch mit dem Fehlen von Grundelementen des Lebens, wie Perspektivität, Entwicklungsoffenheit und einer Wirkensbeziehung zur Welt in Verbindung gebracht werden können. Was jenseits dieser Umriss liegt und vielleicht auch für die Mutter nie zur verarbeiteten Erfahrung geworden ist, bleibt im Verborgenen. In den letzten Sequenzen wird die Geburt als Demarkationslinie sichtbar, in der sich angesichts einer schweren Diagnose entscheiden wird, ob das Kind eine Chance haben wird zu leben. Während der „tag x“ ein ordnendes Element in einer außerordentlichen Situation zu bilden scheint, weil er die radikale Offenheit der Situation in der Schwangerschaft beenden wird, auch wenn sich in ihm die ganze Dramatik der Situation zuspitzt, rückt hier das im vorangegangenen Kapitel beschriebene Moratorium unmittelbar vor der Geburt nochmal in ein etwas anderes Licht. Die Aussage, „dass man sich bis dato dann auch schon mit jeglicher situation abgefunden hat“ verweist auf eine äußerst belastende Zeit davor, in der sie so viel schon durchlitten haben muss, dass sie im Grunde nichts mehr schocken kann.

In Ausschnitt 2 aus einem Interview mit einer anderen Mutter tritt der Widerfahrnischarakter der Situation in ähnlichen Facetten auf wie in der ersten Erzählung. In diesem Fall wurde beim Ungeborenen eine Omphalozele diagnostiziert, die nach der Geburt erfolgreich behandelt werden konnte. Das Interview findet ca. ein Jahr nach der Geburt des Kindes in dessen Anwesenheit statt. In diesem Zusammenhang wird zudem ersichtlich, dass an den Grenzen des Thematisierbaren auch der Interviewer an Grenzen des Fragbaren gerät.

Ausschnitt 2: I: und ähm also sie hatten es ähm eben angesprochen gehabt ähm (.) also einfach wenn's zu zu ähm //M: m-hm// ähm(.) intim auch ist dann also können sie ja dann entscheiden ich würde gern einfach nochmal nachfragen also sie haben ja gesagt das hat so im alltag eigentlich auch ganz gut geklappt //M: m-hm// so das was da an ungewissheit und alles im raum steht so ein bisschen von sich fernzuhalten man ist auch irgendwie beschäftigt mit dem anderen kind //M: ja// ähm (3) in den momenten wo sie gesagt haben naja wo man dann doch anfängt sich gedanken zu machen was:: ja was was waren das für gedanken

M (gereizter tonfall zu beginn) ja wie wie gesagt ähm ma man guckt sich dann die die ähm die ultraschallbilder an die dann die //I: ja// man mitbekommt es sind ja dann ähm nur noch die auf den großen zetteln wo man die die fotos hat von dem kind //I: m-hm// und ähm dann ähm ja wenn dann wirklich die zeit war und dann war mal ruhe gewesen oder irgendwas dann ähm geht man durch ist das vielleicht das letzte bild was man sieht (K: lacht) //I: ja// man weiß es nicht was kommt ob dann überhaupt ähm ein foto kommt ob dann irgendwann eine abtreibung im raum steht //I: m-hm// ob es das kind dann überhaupt auf die welt kommt (2) das waren dann //I: ja// eher so so die die ähm die sachen die dann da mitspielen //I: ja// die gedanken //I: m-hm// und dann tut man sich dann auch schon von einem ins andere und dann wird's immer schlimmer dann fängt man vielleicht schon mal an irgendwo zu weinen auch //I: m-hm// und ähm aber das war schon sag ich mal weniger es gibt bestimmt sachen oder ähm eltern wo es schlimmer ist auch //I: ja// weil wir es

eigentlich eher verdrängt haben //I: m-hm// wir haben es versucht nicht an uns ranzulassen irgendwo auch um andere mit reinzuziehen um vielleicht auch irgendwo den partner dann nicht äh mit zu schocken erstmal //I: ja// (K: lacht) //I: ja// ja aber wie gesagt der x-städter termin hier der erste der war dann so dass da ist es dann schon aus einem rausgekommen dann auch

An der zitierten Interviewfrage ist unschwer zu erkennen, dass der Soziologe einige kommunikative Schleifen dreht, bevor er ganz zum Ende seines Beitrags auf den eigentlichen, vulnerablen Kern seiner Frage zu sprechen kommt. Dieser wird gleich zweifach eingerahmt. Zunächst verweist der Interviewer auf den intimen Charakter der Frage und stellt der Mutter die Entscheidung frei, auf sie zu antworten oder nicht. Dabei handelt es sich nur vordergründig um eine rhetorische Geste. Zwar gehört es zu den Grundregeln des Forschungssettings, dass die Interviewten vorgeben, wie weit sie Einblicke in ihr Leben gewähren wollen, sodass der Hinweis des Interviewers hier zunächst tautologisch erscheint. Dessen latenter Sinn bezieht sich jedoch wesentlich tiefergehend auf die Arbeitsbeziehung zwischen dem Soziologen und der Mutter und soll vermitteln, dass eine inhaltlich ausbleibende Antwort auf die Frage die Ko-Responsivität auf der Ebene der Forschungsbeziehung nicht in Frage stellen würde. Des Weiteren grenzt der Soziologe den Geltungsbereich der Frage ein – „also sie haben ja gesagt das hat so im alltag eigentlich auch ganz gut geklappt //M: m-hm// so das was da an ungewissheit und alles im raum steht so ein bisschen von sich fernzuhalten“ – bevor er zu den Momenten kommt, „wo man dann doch anfängt sich gedanken zu machen“ und nach dem damaligen Erleben der Schwangeren fragt. Dabei scheint neben der grundsätzlichen Intimität der Frage ein weiterer Aspekt ihrer Zumutung zu sein, dass die Interviewte diese Gedanken bereits zuvor schon angedeutet hat, der Interviewer jedoch hier nochmal nachhakt und sie bittet, mehr über die mit der Diagnose aufbrechenden Abgründe der Schwangerschaft zu erzählen. In der umständlichen Fragestellung mag sich einerseits die Unsicherheit und auch mangelnde Erfahrung des Nachwuchswissenschaftlers zeigen, andererseits verweist sie jedoch auf die grundsätzliche methodische Schwierigkeit, in Schwellenbereichen in der Interviewinteraktion existenzielle Erfahrungen zur Sprache zu bringen. Dass der Soziologie mit der Frage ringt, kann hier selbst als ein Antworten auf die Situation betrachtet werden. In der vergleichenden Analyse der Interviews fielen gerade im Horizont schwieriger Themen mehrfach längere und das Thema umkreisende Fragestellungen des Interviewers auf, die die These unterstützen, in der Art und Weise des Fragens selbst ein Antworten auf einen bestehenden Anspruch in der Situation zu sehen.¹⁴³

Zeigt die interviewte Mutter ihrerseits den Zumutungscharakter der Frage im gereizten Tonfall zu Beginn durchaus selbst auch nochmal an, entschließt sie sich in der Folge jedoch zu antworten und beschreibt dabei ähnliche Motive einer Grenzerfahrung wie die Mutter im vorangegangenen Ausschnitt. Auch in diesem Fall bilden sehr konkrete Vorstellungen den Ausgangspunkt für gedankliche Szenarien, die in der Folge eine Eigendynamik entwickeln. War es im Ausschnitt zuvor das spielende Kind im Wohnzimmer, sind es hier die Ultraschallbilder, die als pränatale Existenzbeweise fungieren und zugleich zum Symbol werden, in dem sich der mögliche Verlust des Kindes widerspiegelt. Sowohl im

¹⁴³ Vgl. ausführlicher zur Methodologie und methodischen Herausforderungen in der empirischen Forschung zu Grenzsituationen Feith/Peter et al. 2020.

Ausschnitt zuvor wie hier ist das Ungeborene in den Erzählungen der Mütter bereits als Kind thematisch und sinnhaft als solches entworfen. Dies zeigt wie im vorangegangenen Kapitel, dass werdenden Eltern hier von der Situation auferlegt wird, sich bereits sehr früh und grundlegend mit ihrer Beziehung zum Ungeborenen und der Bedeutung der Diagnose für das Leben ihres Kindes auseinanderzusetzen. Die Grenzsituation in der Schwangerschaft kann hier auch zu einer Bewährungserfahrung für das Paar *als* Eltern werden. Dies scheint zumindest in den Schwangerschaften der Fall zu sein, in denen sich Paare für deren Fortsetzung trotz der Diagnose entscheiden und sich diese Entscheidung im Rückblick aus Sicht der Eltern als die richtige erwiesen hat.

Neben konkreten Vorstellungen als Auslöser, scheint sich hier der Widerfahrnischarakter ebenfalls in der simultanen Präsenz und einer Kaskade zunehmend dramatischer Szenarien auszudrücken – „und dann tut man sich dann auch schon von einem ins andere und dann wird's immer schlimmer“. Hier beschreibt die Mutter jedoch weniger die Ambiguität disparater Szenarien, sondern Gedanken, die aus verschiedenen Perspektiven alle um den drohenden Verlust des Kindes kreisen. „[D]ann ähm geht man durch ist das vielleicht das letzte bild was man sieht (K: lacht) //I: ja// man weiß es nicht was kommt ob dann überhaupt ähm ein foto kommt ob dann irgendwann eine abtreibung im raum steht //I: m-hm// ob es das kind dann überhaupt auf die welt kommt (2) das waren dann //I: ja// eher so so die die ähm die sachen die dann da mitspielen //I: ja// die gedanken“. Für Waldenfels sind außerordentliche Ereignisse vor allem durch einen genuinen Bedeutungsüberschuss gekennzeichnet. Sie lassen sich nicht eindeutig bestimmen und zu einer Richtung hin auflösen. Vielmehr zeigen sie sich gerade dadurch, dass sie sich der handelnden und deutenden Bewältigung entziehen. Die Interviewte beschreibt hier derartige Episoden in ihrer Schwangerschaftserfahrung, macht aber zugleich deutlich, dass es sich hier um punktuelle und momenthafte Ausbrüche des Außerordentlichen handelt. [A]ber das war schon sag ich mal weniger es gibt bestimmt sachen oder ähm eltern wo es schlimmer ist auch //I: ja// weil wir es eigentlich eher verdrängt haben“. Über einen Großteil der Schwangerschaftszeit scheinen das Verdrängen und das alltägliche Gefordert-Sein durch ein bereits vorhandenes Geschwisterkind als Gegengewichte gewirkt und eine umfassende Krise der Schwangerschaft verhindert zu haben. In den letzten Sequenzen des Ausschnitts zeigt sich indessen ein weiterer Zug des Widerfahrnischarakters der Situation in der Frage, wie weit sich werdende Mütter und Väter Enttäuschung und subjektives Leiden an der Diagnose ihres Kindes überhaupt zugestehen, wenn eine Sorge darin besteht, den Partner oder Dritte dadurch zu verunsichern und in das eigene Leiden mit hineinzuziehen.

4.2. Antwortweisen auf das Widerfahrnis

Ausschnitt 3 aus dem Material schließt im Erzählverlauf unmittelbar an den oben zitierten Ausschnitt 1 an. Die nachfolgenden Äußerungen der Interviewten müssen daher ebenfalls vor dem Hintergrund des frühen Kindsverlusts verstanden werden. Er zeigt jedoch exemplarisch zentrale Aspekte im Umgang mit der Diagnose als Widerfahrnis auf, die für das Verständnis des Phänomens insgesamt relevant erscheinen. Begreift man die Art und Weise, wie Eltern das Geschehene deuten auch als Formen des Antwortens auf das, was geschehen ist, führen diese Antworten zumindest an die Abgründe pränataler Sozialität heran, ohne sie zu schließen. Aufgrund der inhaltlich dichten Beschreibung werden anschließend vier Aspekte herausgegriffen, die sich im Rahmen der Feldforschung als bis zu einem gewissen Grad typische Themenkomplexe in Bezug auf den überbordenden, existenziellen Charakter der pränatalen Diagnose herauskristallisiert haben.

Ausschnitt 3: M: nur eben über dann was passiert danach also was ist wenn sie wirklich stirbt dann beerdigung und sowas also da macht man sich also das sind so das sind so blitzgedanken //I: m-hm// was will man denn eigentlich ja? //I: m-hm// will man dann eine normale beerdigung will ich dass da so ein kleiner sarg in die erde gelassen wird oder ne? //I: m-hm// das kommt dann heute im nachhinein ist das alles was wir gemacht haben war richtig ja? (2) und auch gut so also //I: ja// ich bin froh dass wir uns nicht für ähm eine einäscherung oder ein sammelgrab oder sowas gibt ja tausend möglichkeiten ne? ähm dass wir uns nicht dafür entschieden haben sondern sie hat ihr eigenes und da können wir hingehen //I: m-hm// ja **ja** (2) aber wir haben das schon ganz gut weggesteckt muss ich wirklich sagen weil ähm natürlich kam immer wieder auch die frage psychologische begleitung und so weiter //I: m-hm// und ich hatte immer das gefühl das brauch ich nicht (..) brauch ich nicht weil das ist die natur ja? also //I: m-hm// andere finden ihren trost im glauben //I: m-hm// und ehm (.) ich nicht also aber (lacht kurz) ähm nicht im kirchlichen aber ja //I: ja aber das// das ist die natur ne? das ist die natur und ähm (.) erschreckender weise aber auch gleichzeitig tröstend wir sind nicht alleine //I: m-hm// mit der geschichte (2) ein kind verloren zu haben so ähm innerhalb jetzt der letzten drei monate sind mit unserer tochter drei kindergräber dazugekommen in einem also in einer stadt //I: m-hm// ne? das ist zwar relativ groß weil wir viele ortsteile auch haben aber ähm nichtsdestotrotz das sind alles kinder die wie unsere tochter am selben tag wie der geburt auch verstorben sind und ähm neben unserer tochter steht jetzt ein kleines grab mit mit schild ähm (benennung der aufschrift) //I: m-hm// und das ist so der leitsatz den ich habe ja? also das ist einfach ähm die natur ist so ne? wir machen uns halt nur nie gedanken darüber dann sind das ja auch themen wo einfach nicht drüber gesprochen wird //I: hm// wer spricht denn also oder wann //I: m-hm// ne? wen kennt man so **gut** dem das schonmal passiert ist und wen kennt man vermeintlich gut und weiß gar nicht //I: m-hm// dass es dem schonmal passiert ist weil man sieht sich nur auf geburtstagen familienfesten //I: ja// und da wird dann nicht drüber gesprochen natürlich nicht wer kommt denn da und sagt (zitierend) ach hier übrigens ich hab auch schonmal ein kind verloren ne? (atmet ein) und das ist tatsächlich im nach-/ also dann wenn wenn das dann passiert ist hört man das von **massenweise** leuten die man **kennt** ja? eine ehemalige klassenkameradin (rezitierend) ich hatte vorher auch drei fehlgeburten ja? //I: m-hm// natürlich nicht alles so wie **wir** bis zum ende und im grunde nur x-wochen zu früh ja das ist ja alles noch im rahmen eigentlich gewesen (amtet ein) aber es ist passiert ja und das ist ähm so schlimm wie es ist auch gleichzeitig so tröstend //I: m-hm// dass man eben nicht alleine ist und eben der beweis dafür dass das die na-/ das ist die **natur** und wir sind halt auch nur ein schwindend geringer **teil** dieser natur im grunde ne? //I: ja// und ähm am ende gehen wir alle dahin zurück //I: ja// ja? das gehört einfach dazu (3) ne? und so traurig wird es immer bleiben //I: ja// und ähm nichtsdestotrotz ist es einfach ähm ja der lauf der dinge es ist halt doof dass es uns passiert ist ne? aber ähm ich bin halt auch jemand bisschen spirituell nicht nicht extrem aber so ein bisschen wo ich dann auch sag das passiert halt auch den leuten die es ertragen können //I: (leise) m-hm// (sehr leise werdend) ne? und ja (4) wir stecken es im alltag tatsächlich ganz gut weg //I: ja// also auch nicht dass es totgeschwiegen wird wir sprechen darüber ich sehr sehr viel sogar ja? //I: ja// und auch ähm es ist zum alltag geworden auf den friedhof zu

fahren natürlich stellt man sich das nicht vor //I: m-hm// wenn ich jetzt aber anfangen mich in dieser Tragik zu verlieren ne? //I: ja// wie tragisch ist das denn mit X Jahren auf den Friedhof fahren zu müssen um das eigene Kind (..) zu besuchen ja? wobei unser Kind immer bei uns ist //I: m-hm// ja? aber ähm (2) ja wenn ich damit anfangen dann dann brauche ich morgens nicht mehr aufstehen also so das war so meins //I: m-hm ja// es wird immer traurig bleiben und es ändert nichts wenn ich mich jetzt zu Hause einsperre und //I: ja// ja

Der erste Aspekt, der aus der Erzählung der Mutter hervorgehoben werden soll, besteht darin, dass sich werdende Eltern trotz einer hoch belastenden Situation Entscheidungskrisen stellen müssen. Die Interviewte spricht zu Beginn die „blitzgedanken“ an Entscheidungen nach der Geburt an, die anstehen werden, sollte ihr Kind nicht überleben. „[N]ur eben über dann was passiert danach also was ist wenn sie wirklich stirbt dann Beerdigung und sowas also da macht man sich also das sind so das sind so blitzgedanken //I: m-hm// was will man denn eigentlich ja? //I: m-hm// will man dann eine normale Beerdigung will ich dass da so ein kleiner Sarg in die Erde gelassen wird oder ne?“. In dieser Beschreibung kommt ein grundsätzliches Dilemma zum Ausdruck, das Oevermann im Konzept der Entscheidungskrise zu fassen versucht.¹⁴⁴ Zu einem bestimmten Zeitpunkt müssen weitreichende Entscheidungen getroffen werden, ohne bereits im Besitz eines hinreichenden Wissens darüber zu sein, ob sich die Entscheidung in der Zukunft bewähren wird. Das fehlende Wissen führt jedoch keineswegs dazu, dass auch die Verantwortung für die Entscheidung entfällt. Vielmehr wird sich die Person in der Zukunft, dann rückblickend, vor sich selbst und je nach Art der Entscheidung vor einem mehr oder weniger großen sozialen Umfeld der Frage stellen müssen, ob sie richtig oder falsch war. Diese zukunftsbezogene Verantwortung für weitreichende Entscheidungen unter ungewissen Bedingungen kommt im Urteil der Mutter zum Ausdruck – „heute im Nachhinein ist das alles was wir gemacht haben war richtig ja? (2) und auch gut so“. Wenn man sich vergegenwärtigt, wie hier in einem relativ kurzen Zeitraum existenzielle Entscheidungen getroffen werden müssen, wird klar, wie belastend dieser Umstand für Eltern sein kann und die Gefahr in sich birgt, sich bei einer falschen Entscheidung subjektiv schuldig zu fühlen und sich – wie im Rahmen einer Pränatalsprechstunde gefallen – ein Leben lang Vorwürfe zu machen. Die von der Interviewten angesprochenen Entscheidungen betreffen ganz konkret die „Schleusenzeit“ (Garten/Von der Hude 2014: 108) zwischen Geburt und Bestattung eines stillgeborenen Kindes, deren tragisch zuge-spitzte Lage darin besteht, dass Eltern hier in einer Ausnahmesituation insbesondere mit den Fragen, ob sie ihr Kind nach der Geburt sehen und halten wollen, ob es gesegnet und wie es bestattet werden soll, Entscheidungen über die gemeinsame Beziehung zum Kind treffen müssen, die sich nicht nachholen lassen. Das grundlegende Problem der Entscheidungskrise betrifft aber darüber hinaus auch Schwangerschaften mit pränataler Fehlbildungsdiagnose insgesamt, wenn es um die Entscheidung über die Fortsetzung oder einen Abbruch der Schwangerschaft, die Wahl der Klinik oder über notwendige, aber risikante Therapien im weiteren Verlauf geht.

¹⁴⁴ Dazu Oevermann 2008: 18 f. Die Entscheidungskrise selbst ist im strukturtheoretischen Ansatz integriert in die widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung.

Ein zweiter grundlegender Aspekt der Erzählung wird darin deutlich, wie wichtig es für die Interviewte ist, ihrem Kind einen Ort in der Welt zu schaffen und die Erfahrung gemacht zu haben, dass sie mit dem, was ihnen als Familie widerfahren ist, nicht allein sind, sondern dass es andere Familien gibt, deren Situation ähnlich ist. Mit einem Grab auf dem Friedhof hat die Tochter „ihr eigenes und da können wir hingehen“, einen Ort in der Welt¹⁴⁵, an dem sie als Eltern trauern, aber sich mit ihrem verstorbenen Kind als Familie auch begegnen können. Über diesen eigenen Ort für das Kind in der Welt wird es zugleich individuiert. Ebenso relevant ist es für die Interviewte, sich in Gemeinschaft mit anderen Eltern zu wissen, die ähnliche Erfahrungen teilen. „[Wir] sind nicht alleine //I: m-hm// mit der geschichte (2) ein kind verloren zu haben so ähm innerhalb jetzt der letzten drei monate sind mit unserer tochter drei kindergräber dazugekommen“. Die Relevanz der Vergemeinschaftung scheint dabei weniger im direkten Kontakt mit anderen Eltern zu liegen, sondern dadurch für sich selbst das eigene Widerfahrnis als ein natürliches Ereignis begreifen zu können. Etwas, das nicht nur einem selbst, sondern auch anderen passiert ist und in dem sich ein grundsätzlich der Natur innewohnendes Potenzial ausdrückt, dass jeden treffen kann. In Ausschnitt 3 steht die Frage der Anschlussfähigkeit unmittelbar im Zusammenhang mit dem Verlust des Kindes. Die Wichtigkeit von Eltern mit ähnlichen Erfahrungen, Schicksalsgemeinschaften und die Möglichkeit, das, was einem selbst widerfahren ist, auch als individuelles Schicksal im Rahmen eines allgemeinen Phänomens in der Lebenswelt begreifen zu können, sind jedoch für die Bestimmung und Bewältigung einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose und ihrer Folgen grundsätzlich von Bedeutung.

Demgegenüber wird aus den Beschreibungen der Mutter jedoch auch die nach wie vor vorhandene Sprachlosigkeit im Umgang mit dem Tod am Lebensbeginn sichtbar. Er gehört in den westlichen Gesellschaften der Gegenwart immernoch zu den „themen wo einfach nicht drüber gesprochen wird //I: hm// wer spricht denn also oder wann //I: m-hm// ne? wenn kennt man so **gut** dem das schonmal passiert ist und wen kennt man vermeintlich gut und weiß gar nicht //I: m-hm// dass es dem schonmal passiert ist weil man sieht sich nur auf geburtstagen familienfesten //I: ja// und da wird dann nicht drüber gesprochen natürlich nicht“. Während für eine ‚gesunde‘ Geburt und den Tod am Ende eines langen Lebens tradierte Rituale existieren, die kommunikative und handlungspraktische Formen bereitstellen, um Anteilnahme auszudrücken, bestehen derartige rituell unterstützte Formen der Verständigung im Kontext einer stillen Geburt wie auch der Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen noch nicht in gleicher Weise.

¹⁴⁵ Hier ergeben sich Parallelen zu Forschungsergebnissen von Julia Böcker, die in ihrer Dissertation zum gesellschaftlichen Umgang mit Fehl- und Totgeburt aus kultursoziologischer Perspektive die Unsichtbarkeit des Verlusts als eine zentrale Problematik herausarbeitet. So schreibt Böcker 2016b: 323 in diesem Zusammenhang: „Mitunter fehlt den Betroffenen das ‚leibliche Material‘, um den Verlust sinnlich-existenziell zu be-greifen, zum Beispiel wenn der Embryo unbemerkt mit einer Blutung abgegangen ist. In diesen Fällen fehlt auch das Ritual der Bestattung, das heilsame Abschiednahme bedeuten kann. Für die individuelle Verlustbewältigung wiegt für Einige zudem schwer, dass sie keinen konkreten Ort haben, an der [sic] sie ihrem Kind nah sein und mit ihm in Kontakt treten können“. Es wäre eine relevante Frage für die weitere Forschung, ob im Falle überlebender Kinder mit Fehlbildungen in abgeschwächter Form etwa eine Unsichtbarkeit des Erlittenen in der elterlichen Erfahrungsbildung relevant wird.

Der dritte Aspekt betrifft die Suche nach einer Erklärung für die eingetretene Situation. Die Interviewte integriert ihre Geschichte hier in das Deutungsmuster einer selbstmächtig waltenden Natur, „[E]s ist passiert ja und das ist ähm so schlimm wie es ist auch gleichzeitig so tröstend //I: m-hm// dass man eben nicht alleine ist und eben der beweis dafür dass das die na-/ das ist die **natur** und wir sind halt auch nur ein schwindend geringer **teil** dieser natur im grunde ne? //I: ja// und ähm am ende gehen wir alle dahin zurück //I: ja// ja? das gehört einfach dazu (3) ne?“. Die Natur folgt in diesem Deutungsmuster ihren eigenen Gesetzen, unabhängig von menschlichen Intentionen, verhindert dadurch aber auch die prinzipiell mögliche Interpretation, die Schuld für die Erkrankung des Kindes bei sich selbst zu suchen. Auch wenn dieses Auslegungsschema einige Parallelen mit frühen religiösen Deutungsmustern einer kosmologischen Ordnung aufweist, folgt die Naturkonzeption der Mutter hier nicht einem göttlichen Telos, sondern nimmt den erlittenen Verlust in ihren ewigen Kreislauf aus Kommen und Vergehen auf und stiftet auf diese Weise Ordnung. Die Natur liefert der Mutter eine sinnvolle Erklärung für das Geschehene und verweist auf die grundsätzliche Relevanz von zuahandenen Deutungsmustern im Kontext des Phänomens. Die Ätiologie angeborener Fehlbildungen ist gegenwärtig noch in vielen Fällen unbekannt, sodass Eltern aus medizinischer Sicht keine eindeutige Ursache für die Erkrankung ihres Kindes an die Hand gegeben werden kann.

Gegen Ende des Ausschnitts zeigt sich schließlich viertens, dass eine durchlebte Grenzsituation zur Bewährungserfahrung für betroffene Eltern werden kann. „[I]ch bin halt auch jemand bisschen spirituell nicht nicht extrem aber so ein bisschen wo ich dann auch sag das passiert halt auch den leuten die es ertragen können //I: (leise) m-hm// (sehr leise werdend) ne? und ja (4) wir stecken es im alltag tatsächlich ganz gut weg //I: ja// also auch nicht dass es totgeschwiegen wird wir sprechen darüber ich sehr sehr viel sogar ja? //I: ja// und auch ähm es ist zum alltag geworden auf den friedhof zu fahren“. Die Interviewte schildert hier, wie sie und ihr Partner sich sukzessive ihre Alltagswelt wieder aneignen und erste Routinen im Umgang mit dem Verlust ihres Kindes entwickeln. Die Fahrt zum Friedhof ist bereits zum Alltag geworden. Dies bedeutet nicht, wie die Mutter mehrfach im Verlauf der Erzählung betont, dass der Verlust an sich seine Tragik verlieren würde, vielmehr verweist ihre Beschreibung auf die enorme Integrationsfähigkeit des menschlichen Erfahrungshorizontes auch für außerordentliche, krisenhafte Ereignisse auf lange Sicht. Neben einer stabilen Paarbeziehung und einem hinreichend resonanten sozialen Nahfeld scheinen hier weitere Aspekte eine zentrale Rolle zu spielen. Die Möglichkeit, einen materialen wie symbolischen Ort für das eigene Kind in der familialen Lebenswelt zu schaffen. Dies betrifft sicher in erster Linie den Bereich der stillen Geburt, aber im Hinblick auf mögliche motorische wie kognitive Einschränkungen des Kindes als Folge einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose auch den Phänomenbereich insgesamt, etwa wenn es um Fragen von Inklusion und gesellschaftlicher Teilhabe geht. Des Weiteren hat sich im Verlauf der Feldforschung herauskristallisiert, dass es für Eltern sehr relevant ist, mit den eigenen Erlebnissen nicht isoliert dazustehen, sondern sich als mit anderen Eltern verbunden und auf diese Weise auch als eine gesellschaftliche Gruppe von Eltern zu erfahren. In diesen Zusammenhang fällt auch die Frage nach den kollektiven Deutungsmustern – in Anlehnung an die Natur, die Religion

oder den persönlichen Schicksalsglauben –, die es möglich machen, das subjektiv erlittene Widerfahrnis einer Diagnose bis zu einem gewissen Grad an soziale Sinnzusammenhänge anzuschließen und auf diese Weise biographische Kontinuität wieder herzustellen.

Gegenüber der gelingenden Verarbeitung des Geschehenen verweist der letzte Ausschnitt dieses Kapitels, der dem gleichen Interview entstammt, jedoch umgekehrt darauf, dass die Zäsur zwischen einem Davor und Danach und die Kluft in der Erfahrung bestehen bleiben kann.

Ausschnitt 4: M: aber ich war halt mit mir beschäftigt mit mir und mit meinem körper und mit meinem partner und (lacht kurz) alles was halt so ja: man hat vorher gesagt gut (.) selbst wenn das so schlimm ausgeht alles andere was wir vorher hatten **bleibt** //I: m-hm// ne? alles andere bleibt (..) und trotzdem ist alles anders und das ist anfang so ein bisschen so (.) du sollst jetzt normal weitermachen aber es ist doch alles anders ne? //I: ja// und das nach wie vor **so** //I: m-hm// nur ähm dieses gefühl schlägt nicht mehr so schlimm ein //I: m-hm// ja: also der der gedanke so mein gott ja es ist alles so wie früher aber und trotzdem alles so anders //I: m-hm// ähm

Die Interviewte beschreibt hier, wie ihr der Bruch in der eigenen Erfahrung allmählich vor Augen tritt, nachdem die akute, auch körperliche Belastung in den ersten Wochen nach der Schwangerschaft und der stillen Geburt ihres Kindes langsam abklingt. „[A]lles andere was wir vorher hatten **bleibt** //I: m-hm// ne? alles andere bleibt (..) und trotzdem ist alles anders“. Die darin zum Ausdruck kommende Zäsur lässt sich theoretisch am ehesten mit dem Begriff der Diastase von Waldenfels fassen. Er bezeichnet einen fundamentalen Spalt in der Erfahrungsbildung, ausgelöst von einem außerordentlichen Ereignis, das die Zeit in ein Davor und Danach teilt. Auf die Dauer verliert die Diastase zwar an affektiver Wirkung – „und das nach wie vor **so** //I: m-hm// nur ähm dieses gefühl schlägt nicht mehr so schlimm ein“ – als biographisch spürbarer Bruch existiert sie jedoch fort. Zwar bleiben die Erfahrungen aus dem Leben vor der Schwangerschaft bestehen, wenn „alles anders“ ist, kann jedoch nicht mehr ohne Weiteres an sie angeschlossen werden. Das scheinbare Paradox gegen Ende des Ausschnitts – „es ist alles so wie früher aber und trotzdem alles so anders“ weist mit Schütz auf eine grundlegende Umstrukturierung des subjektiven Wissensvorrats hin. Die erschütternde Diagnose, der anschließende „weg durch martyrium“ und der Verlust des Kindes unmittelbar nach der Geburt haben die Ordnung innerhalb des individuellen Erfahrungshorizonts so fundamental verändert, dass vorangegangene Erfahrungen und bis dato angelegte Typisierungen, zumindest zum Zeitpunkt des Interviews, ca. drei Monate nach der Entbindung, gleichsam als lose Enden früher gültiger Sinnzusammenhänge neben der vorangeschrittenen Gegenwart stehen. Die eindrückliche Schilderung der Mutter verweist zum einen ganz konkret und vehement darauf, den Verlust früh verwaister Eltern anzuerkennen und nicht zu relativieren, nur weil das Kind nach der Geburt nicht als solches auch für die Außenwelt sichtbar und real geworden ist. Zum anderen wirft der Bruch in der Erfahrung grundsätzliche Fragen für die weitere Forschung zum Phänomen auf, danach, wie er sich auf Folgeschwangerschaften auswirkt und inwieweit er auf lange Sicht verheilen kann.

4.3. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse

In diesem Kapitel wurden einige Facetten dargestellt, in denen sich die Sinnabbrüche und Abgründe, die von der pränatalen Diagnose ausgehen können, in der Erfahrung betroffener Eltern artikulieren. Dabei muss zum einen darauf hingewiesen werden, dass die nachfolgenden Ergebnisse nur aus zwei der untersuchten Fälle gewonnen wurden. Von den anderen zwei Familien wurden derart grenzüberschreitende Ereignisse in der Schwangerschaft nicht in gleicher Weise thematisiert. Zum anderen sind im Kontext von existenziellen Widerfahrnissen, die irreduzibel subjektbezogen sind und sich nur begrenzt sprachlich mitteilen lassen, die methodischen Mittel der soziologischen Analyse begrenzt. Es konnte hier entsprechend nur darum gehen, einzelne Facetten und Themenkreise zu identifizieren, in denen sich der Widerfahrnischarakter der Diagnose in den mitgeteilten Erfahrungen zeigt.

So beschreiben die beiden Interviewpartnerinnen in den Ausschnitten 1 und 2 wie die konkrete Vorstellung von einer Alltagssituation mit dem erkrankten Kind und der Blick auf ein Ultraschallbild zu Auslösern gedanklicher Kaskaden zunehmend schreckliche Szenarien werden, die eine Eigendynamik entfalten. In Ausschnitt 1 beschreibt die Mutter eine Situation, die aus der Ordnung gerät, in der unterschiedliche Vorstellungen gleichsam in Endlosschleife wiederkehren und grundlegende Strukturen der Lebenswelt außer Kraft gesetzt zu sein scheinen. Die anfängliche „berg und talfahrt“, die noch vom Pendeln zwischen Extremen geprägt ist, wird in diesem Zuge zum „nicht endende[n] alptraum“. Auch die Interviewte in Ausschnitt 2 betont die Unkontrollierbarkeit und Unabschließbarkeit der Gedanken – „dann tut man sich dann auch schon von einem ins andere und dann wird’s immer schlimmer“. Anhand der Beschreibungen ergeben sich hier bis zu einem gewissen Grad Parallelen zum Begriff der Hyperphänomene von Waldenfels, denen ein konstitutiver Bedeutungsüberschuss eigen ist und die sich vor allem auf die Weise in der Erfahrung zeigen, dass sie sich einer eindeutigen Bestimmung und Einordnung entziehen.¹⁴⁶ In der Figur des Erfahrungs-Entzugs könnten bisher ungehobene Potenziale für das soziologische Verständnis der individuellen Seite von Krisenerfahrungen liegen.

Unter 4.2. wurden aus der Erzählung einer Mutter, deren Kind unmittelbar nach der Geburt verstorben ist, vier Themenkomplexe herausgearbeitet, die über den Kontext der stillen Geburt hinaus für das Verständnis einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose insgesamt relevant erscheinen. Hier zeigte sich erstens die Herausforderung, auch in einer absoluten Ausnahmesituation weitreichende Entscheidungen treffen zu müssen, die teilweise nicht nachgeholt werden können, und im Anschluss an Oevermann (2008: 18 f.) als Entscheidungskrisen betrachtet werden können. In Ausschnitt 3 betreffen die Entscheidungen ganz konkret die Zeit zwischen Geburt und Bestattung des Kindes und aus den Schilderungen der Mutter wird klar, wie belastend dieser Umstand für Eltern sein kann. Bei einer nachträglich als falsch beurteilten

¹⁴⁶ Vgl. dazu ausführlich Waldenfels 2012. So instruktiv die philosophischen Überlegungen von Waldenfels zu Hyperphänomenen, Widerfahrnissen, dem Außerordentlichen, dem Fremden und weiteren Grundbegriffen seines Ansatzes einer responsiven Phänomenologie in theoretischer Hinsicht auch sind, steckt die soziologische, und vor allem methodische Übersetzung seiner Konzepte für die empirische Forschung noch in den Anfängen. Eine Ausnahme bilden hier die Arbeiten von Claudia Peter zu einer Ethnographie im Modus der Zeugenschaft. Vgl. dazu insb. Peter 2018 a und b.

Entscheidung kann die Gefahr bestehen, sich aus eigener Sicht schuldig gemacht zu haben. Das grundlegende Problem der Entscheidungskrise betrifft Schwangerschaften mit pränataler Fehlbildungsdiagnose insgesamt, wenn es um die Entscheidung über die Fortsetzung oder einen Abbruch der Schwangerschaft, die Wahl der Klinik oder über notwendige, aber riskante Therapien im weiteren Verlauf geht.

Zweitens wurde deutlich, wie relevant es für betroffene Eltern sein kann, mit dem was ihnen widerfahren ist, sich nicht als isoliert zu erfahren, sondern sich – abstrakt oder konkret – mit anderen Familien vergemeinschaften zu können, die ähnliche Erfahrungen teilen. Neben dem konkreten Austausch geht es hier auch darum, sich mit dem eigenen individuellen Schicksal als Teil einer größeren Allgemeinheit verstehen zu können. Aus den Beschreibungen der Mutter wird jedoch auch die nach wie vor vorhandene Sprachlosigkeit im Umgang mit dem Tod am Lebensbeginn sichtbar. Er gehört in den westlichen Gesellschaften der Gegenwart zu den „themen wo einfach nicht drüber gesprochen wird“. Während für eine ‚gesunde‘ Geburt und den Tod am Ende eines langen Lebens tradierte Rituale existieren, die kommunikative und handlungspraktische Formen zur Anteilnahme bereitstellen, bestehen derartige rituell unterstützte Formen der Verständigung im Kontext einer stillen Geburt wie auch der Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen noch nicht in gleicher Weise.

Eine dritte Form des Antwortens auf das Widerfahrnis der Diagnose stellt die Suche nach einer Erklärung für die eingetretene Krise dar. In diesem Zusammenhang stellt sich vor allem auch die Frage nach zuhandenen Deutungsmustern. In Ausschnitt 3 liefert die Natur der Mutter eine sinnvolle Erklärung für das Geschehene. Es wäre eine interessante Frage für die weitere Forschung, auf welche weiteren Auslegungsschemata Eltern für ihre Situation rekurrieren. Religiöse, schicksalshafte oder wissenschaftliche Interpretationen des Geschehenen scheinen hier ebenso möglich. Die Ursachen für angeborene Fehlbildungen sind gegenwärtig noch in vielen Fällen unbekannt, sodass Eltern aus medizinischer Sicht häufig keine eindeutige Erklärung für die Erkrankung ihres Kindes an die Hand gegeben werden kann. Die damit einhergehende Kontingenz wird zur Deutungsherausforderung, der mit verschiedenen Typisierungen der Situation begegnet wird.

Schließlich kann, wie in diesem Fall, eine existenzielle Krise auch zur Bewährungserfahrung werden. Die Interviewte schildert, wie sie und ihr Partner einige Zeit nach dem Tod ihres Kindes sich sukzessive ihre Alltagswelt wieder aneignen und erste Routinen im Umgang mit dem Verlust entwickeln. Dabei macht die Mutter deutlich, dass nicht der Verlust an Tragik verliert, es aber möglich ist, mit ihm zu leben und auch wieder zunehmend am Leben teilzunehmen. Ihre Beschreibung verweist auf die enorme Integrationsfähigkeit des menschlichen Erfahrungshorizontes auch für außerordentliche, krisenhafte Ereignisse auf lange Sicht. Neben einer stabilen Paarbeziehung und einem hinreichend resonanten sozialen Nahfeld spielt in diesem Fall auch die Möglichkeit eine zentrale Rolle, vor dem Hintergrund des frühen Verlusts einen materialen wie symbolischen Ort für das eigene Kind in der familialen Lebenswelt zu schaffen. Dieser Aspekt betrifft sicher in erster Linie den Bereich der stillen Geburt, aber im Hinblick

auf mögliche motorische wie kognitive Einschränkungen des Kindes als Folge einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose auch den Phänomenbereich insgesamt, etwa wenn es um Fragen von Inklusion und gesellschaftlicher Teilhabe geht.

In Ausschnitt 4 wurde hingegen auch sichtbar, dass trotz des wiedergewonnenen Alltags und eines zunehmend zuversichtlichen Blicks in die Zukunft, der Bruch im Leben, den die pränatale Diagnose und der Tod des eigenen Kindes ausgelöst haben, nach wie vor wirksam ist. „[E]s ist alles so wie früher aber und trotzdem alles so anders“. Diese Äußerung zeigt eine grundlegende Transformation des biographischen Erfahrungshorizontes an und verweist noch einmal nachdrücklich darauf, den Verlust früh verwaister Eltern anzuerkennen und auch gesellschaftlich angemessen zu würdigen. Sie wirft überdies auch die Frage auf, inwieweit das Erlittene verheilen kann und wie sich die gemachten Erfahrungen einer krisenhaften Schwangerschaft mit tragischem Ende auf eine folgende Schwangerschaft auswirken werden.

5. Die Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen

Das letzte Kapitel des II. Teils der empirischen Untersuchung hat die Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen zum Gegenstand. Es stellt die elterlichen Erfahrungen einer Geburt unter besonderen Bedingungen dar und wirft Schlaglichter auf die erste Lebenszeit des Kindes innerhalb der Klinik. Die Entbindung, häufig per Kaiserschnitt, erscheint in den elterlichen Erzählungen als stark medizinisch geprägte Situation, in denen die Sicherung der Gesundheit von Mutter und Kind zur konkreten Herausforderung für die handelnden Geburtshelfer*innen und Kinderärzt*innen werden kann. Vor diesem Hintergrund sind familiäre Begegnungen im Rahmen der Geburt in den meisten Fällen nur sehr eingeschränkt, manchmal aufgrund des Gesundheitszustands des Kindes auch gar nicht möglich. Häufig muss es direkt intensivmedizinisch versorgt werden. Ist der Zustand des Neugeborenen stabil genug, finden Operationen nicht selten noch am ersten Lebenstag statt. Die erste Lebenszeit ist hier eine Zeit dichter therapeutischer Interventionen.

Aus der Materialanalyse haben sich verschiedene Aspekte der elterlichen Erfahrung in diesem Zusammenhang herauskristallisiert, die im Folgenden entlang von Interviewausschnitten dargestellt werden. Aus den Beschreibungen wird ersichtlich, dass Paare die Geburt wie auch den Lebensbeginn ihres Kindes in der Klinik als stark medizinisch geprägte Lebenswelt wahrnehmen. In der ersten Lebenszeit können sich Höhen und Tiefen abwechseln und es müssen verschiedene gesundheitliche Meilensteine genommen werden, bevor das neue Familienmitglied nach Hause entlassen werden kann. Anders als zu Beginn der Forschung vermutet, scheint sich die Trennung zwischen Eltern und Kind unmittelbar nach der Geburt, bei einer erfolgreichen Behandlung, hingegen nicht nachhaltig als problematisch im Erfahrungshorizont niederzuschlagen. Stattdessen verweist das Datenmaterial stärker auf die Herausforderungen erster leiblicher Interaktionen unter den Bedingungen der intensivmedizinischen Versorgung und auf die Problematik wiederholter Trennungen im weiteren Verlauf, wenn das Kind eine Zeit lang

stationär in der Klinik bleiben muss. Des Weiteren wird aus den Erzählungen eine besondere Rolle der Väter sichtbar, die hier als Springer zwischen verschiedenen klinischen Stationen fungieren, nicht selten als Erste das gemeinsame Kind sehen und ihren Partnerinnen von ihm erzählen, während diese sich von den Strapazen der Entbindung erholen. Die Überlegungen dieses Kapitels münden schließlich in der These einer raum- zeit- und praxisbezogenen Divergenz zwischen physischer Entbindung und der sozialen Geburt eines Kindes und plädieren dafür, Letztere mehr als offenen Prozess, denn als singuläres Ereignis zu betrachten.

5.1. Die Geburt als medizinisch gerahmte Erfahrung

In Ausschnitt 1 schildert eine Mutter, bei deren Kind während der Schwangerschaft eine Omphalozele diagnostiziert worden war, ihre Erinnerungen an die Geburt und die Stunden des Wartens danach, in denen das Neugeborene zum ersten Mal operiert wurde.

Ausschnitt 1: M: und dann war der kaiserschnitt gewesen am x-ten (datumsangabe) //I: ja// (3) joa:: und dann kam er auf die welt (stimme geht hoch) den hab ich dann aber erst gesehen 24 stunden später //I: m-hm// das erste mal mein mann hat ihn kurz gesehen //I: ja// und ich dann halt erst (..) einen tag später dann und da ähm sind wir dann morgens hier angereist (..) und ähm hat eine weile gedauert die vorbereitung noch und ein ctg alles gemacht und _und_ und wie es dann in den op ging mit umbetterei auf //I: m-hm// den tisch und _und_ und das war schon ähm: (..) ja (2) wie soll ich sagen (..) jetzt nicht groß aufregend aber viel viel mit angst und ähm //I: m-hm// ja was kommt da auf einem was was sieht man was bekommt man mit //I: ja// wie fühlt sich's an und _und_ und die anästhesistin ähm die hat sich viel mit mir unterhalten die war sehr sehr nett gewesen ähm //I: m-hm// die hat mich dann auch so ein bisschen abgelenkt wir haben uns dann da drüber unterhalten über die y-städter klinik auch und alles ja und das ging schon relativ schnell dann eigentlich //I: m-hm// wie der (..) kleine dann raus war wir haben ihn ja gar nicht gesehen //I: m-hm// den haben sie gleich eingepackt und mitgenommen (..) so wie er war (..) und die haben dann immer äh schon einem irgendwo auch ähm so mut zugesprochen gemeint es ist alles in ordnung dem kleinen geht's gut man hat ihn gehört //I: aja m-hm// ma_n_mal man hat ihn dann einmal mal gehört gehabt das war dann auch so ein moment wo's ähm: einem nahe ging also das war schon (stimme wird sprunghaft höher) ähm:: ein anderer moment äh //I: m-hm// (..) aber das war dann relativ schnell wieder verflogen weil der kreislauf nicht mehr mitgespielt hatte //I: (amtet durch die zähne ein// joa des geht da-/ gut das ist alles normal wohl auch //I: ja// (2) ja (3) und dann: (3) lag ich unten (..) //I: m-hm// wie dann alles soweit fertig war rausgeschoben dann lag ich unten im ersten stock und dann haben wir halt gewartet und dann kam die kinderärzte auf uns zu dann so nach und nach zu denen hatten wir vorher auch schon sehr viel kontakt gehabt die haben mit uns gesprochen dann hier mehrere nicht nur der professor x (3) öh der doktor y war da hauptsächlich der //I: m-hm// der hat mit operiert mit dem professor x zusammen //I: ah ja// und die beiden und der hat uns viel erklärt auch dann kam auf uns zu hat dann unterschritten auch geholt für die op einwilligung //I: m-hm// hat gesagt es geht jetzt gleich los (..) äh mein mann hat ihn kurz gesehen für ein weiß gar nicht zwei minuten //I: ja// hat dann so die ersten bilder noch schnell gemacht mit dem handy //I: m-hm// ähm und dann wurde er schon wieder rausgebeten für die vorbereitung //I: ja// dann halt auch für ihn die op vorbereitung (räuspert sich) und ähm joa (..) und dann haben wir gewartet und dann war's irgendwann (..) 14 uhr glaub ich (..) 14 15 uhr so in dem dreh und dann kam er und hat gemeint die erste op ist rum ist ganz gut verlaufen [*K krabbelt währenddessen hinter mir an einem Bild entlang, das an der Wand lehnt. Es droht ihm auf den Kopf zu fallen. M springt auf und hält das Bild fest. Ich drehe mich um und bekomme das Bild auch noch zu greifen.*] ist ganz gut verlaufen (4) //I: ja// es geht ihm soweit gut //I: m-hm// den umständen entsprechend (..) und äh ja und dann ist mein mann heimgefahren dann war das alles erstmal ok: soweit für uns (..) die zeit auch die wir gewartet haben war gar nicht so:: schlimm muss ich sagen weil man ja auch nicht viel mitbekommen hat war zwar eine (Stimme geht sprunghaft nach oben) ungewisse zeit irgendwo aber wir haben uns dann abgelenkt mit mit vielen ähm (..) (K: seufzt) ich lag dann in einem zweibettzimmer

//I: m-hm// war noch ein junges mädchen drinnen die noch ähm nicht entbunden hatte //I: m-hm// (K: seufzt) joa wir haben dann halt erstmal (.) dann: war ja auch bei mir dann äh ging's dann langsam mit schmerzen und dann war man //I: ja// mit sich selber auch vom körper her beschäftigt //I: ja m-hm// da war das erstmal ein bisschen (2) zur seite geschoben (K: quengelt) auch //I: ja// genau und dadurch war die wartezeit gar nicht mal gar nicht mal so schlimm gewesen eigentlich //I: m-hm// das man da gar nicht so viel mit den gedanken ähm beschäftigt war ob alles gut geht wir sind davon ausgegangen dass alles gut geht //I: ja// wir kriegen das hin haben wir gesagt die schaffen das und der kleine schafft das auch //I: m-hm// und des hat er auch dann

Die Mutter schildert die Geburt per Kaiserschnitt hier als medizinisch gerahmte Situation, in der klinische Termini und Figuren eine Szenerie prägen, die von ihr als unvertraut und mit Angst verbunden erfahren wird. „[D]as war schon ähm: (..) ja (2) wie soll ich sagen (..) jetzt nicht groß aufregend aber viel viel mit mit angst und ähm //I: m-hm// ja was kommt da auf einem was was sieht man was bekommt man mit //I: ja// wie fühlt sich's an und _und_ und“. Zu Beginn der Sequenz scheint die Interviewte selbst noch nach einer passenden Typisierung ihrer Erinnerung an die Geburt zu suchen und entscheidet sich in der Folge gegen eine aufregende Konnotation, die das Geschehen näher an den Bereich des Spannenden oder Faszinierenden gerückt hätte. Stattdessen stellt sie ihre Angst vor dem Ungewissen heraus. Anders als die Furcht, die sich stets auf einen konkreten Auslöser richtet, bezeichnet die Angst einen offenen Affekt, der wesentlich diffuser und schwerer zu greifen ist. Die offenen Fragen, mit denen sie anschließend versucht, diese Angst beschreibend einzukreisen, verleihen der Geburt wesentliche Züge eines Widerfahrnis. Sie entwirft sich in der pathischen Position einer leiblichen Respondentin, die das Geschehen nicht selbst in der Hand hat, sondern auf die etwas zukommt, von dem sie sich fragt, wie es sich in ihrer Wahrnehmung, im Sehen und Spüren, artikulieren wird. Hier gelingt es, diese Ängste durch die Interaktion mit der Anästhesistin einzufangen, die eine wichtige Brückenfigur zwischen der Mutter und den weiteren Mediziner*innen zu bilden scheint, die an ihrem Körper arbeiten. “[D]ie anästhesistin ähm die hat sich viel mit mir unterhalten die war sehr sehr nett gewesen ähm //I: m-hm// die hat mich dann auch so ein bisschen abgelenkt wir haben uns dann da drüber unterhalten über die y-städter klinik auch und alles ja und das ging schon relativ schnell dann eigentlich“.

Aus der Oevermannschen Perspektive kann die Geburt gleichsam als Inbegriff der Entstehung des Neuen betrachtet werden und ist damit als genuin krisenhaft zu verstehen.¹⁴⁷ Mit Goffman lässt sich des Weiteren der hier geschilderte passive Charakter einer Geburt per Kaiserschnitt auch interaktionsanalytisch beschreiben. Die „umbetterei“ auf den Tisch, die Freigabe der Haut als letztes Territorium des Selbst für den medizinischen Zugriff und die visuelle Schranke zwischen dem Operationsfeld und dem Sichtfeld der Frau bedeuten eine sehr weitgehende Einschränkung der Autonomie bei nahezu vollem Bewusstsein. Zusätzlich fällt bei einer Geburt per Kaiserschnitt mit dem Pressen auch ein wichtiger Teil der eigenen körperlichen Arbeit weg. Über diesen auch theoretisch nachvollziehbaren pathischen Cha-

¹⁴⁷ In der strukturtheoretischen Konzeption Oevermanns stellt die Krise den zentralen Umschlagpunkt dar, an dem einerseits bislang funktionierende Routinen nicht mehr greifen und andererseits im Zuge der Krisenbewältigung Neues entsteht (Oevermann 2008). Die Geburt, als Eintritt eines neuen Menschen in die Welt, kann in diesem Kontext als eine elementare Form der Entstehung des Neuen begriffen werden.

rakter einer Geburtserfahrung hinaus, hat sich in der Materialanalyse jedoch gezeigt, dass im untersuchten Phänomen die Geburtsnarrative zusätzlich stark von der medizinischen Szenerie geprägt sind. Demgegenüber scheinen sich Momente familialer Reziprozität als zwar intensive, aber eher punktuelle Erlebnisse im äußeren Horizont der Geburtserfahrung niederzuschlagen.

Im Rahmen der Geburt eines Kindes mit Fehlbildungen sind die Spielräume für Begegnungen zwischen Eltern und Kind in der Regel sehr eingeschränkt und in manchen Fällen auch gar nicht vorhanden. Häufig werden die Kinder aufgrund ihrer Erkrankung per Kaiserschnitt geplant auf die Welt ‚geholt‘. Bei einer Gastroschisis beispielsweise wird das Neugeborene aus dem Mutterleib geschält und unmittelbar danach auf einen Tisch verbracht, wo es von Neonatolog*innen erstversorgt wird. Geburtshelfer*innen und Kinderintensivmediziner*innen müssen hier präzise Hand in Hand arbeiten, damit der freiliegende Darm des Kindes nicht verletzt wird, was schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen zur Folge hätte. Ebenso stehen die Professionellen etwa bei einer Spina Bifida oder einem Steißbeinteratom vor der Schwierigkeit, das Kind so gut wie möglich aus dem Uterus zu bergen, ohne dass offene bzw. deformierte Partien des Körpers zusätzlich verletzt werden. Angesichts dieser Herausforderungen wird klar, dass der familiale Kontakt prinzipiell abhängig vom Gesundheitszustand des Kindes ist. In diesem Zuge rücken Vermittlungsinstanzen und andere Sinne in den Vordergrund, wie auch im zitierten Ausschnitt deutlich wird: „wie der (.) kleine dann raus war wir haben ihn ja gar nicht gesehen //I: m-hm// den haben sie gleich eingepackt und mitgenommen (.) so wie er war (.) und die haben dann immer äh schon einem irgendwo auch ähm so mut zugesprochen gemeint es ist alles in ordnung dem kleinen geht’s gut“.

Angesichts der medizinisch notwendigen Trennung werden die Professionellen häufig zu den ersten Zeug*innen vom Zustand des Kindes vor den Eltern. Hier deutet sich bereits an, dass insbesondere die Kinderärzt*innen, und später die Pflegenden auf der Station, zu wichtigen Figuren im Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind werden können und deutlich mehr an kommunikativer Vermittlungsarbeit leisten müssen, als dies bei relativ komplikationsfreien Schwangerschaften und Geburten der Fall ist. Wurde in dieser Arbeit die Relevanz medizinischer Akteure im Feld der pränatalen Sozialität herausgearbeitet, stellt sich für zukünftige Forschungen ebenso die Frage, welche Rollen und Funktionen verschiedene Professionsvertreter*innen im schrittweisen Aufbau des binnenfamilialen Raums nach der Geburt einnehmen. Während das alltagsweltliche Phänomen bekannt ist, dass sich die Kernfamilie gerade in den ersten Lebenswochen des Neugeborenen häufig von der Außenwelt zurückzieht, sind im untersuchten Phänomen auch nach der Geburt außerlegtermaßen die Grenzen zwischen Familie und Medizin noch wesentlich länger offen und die Wechselwirkung zwischen beiden Wirklichkeitsbereichen weitaus intensiver.

Zugleich zeigt die Beschreibung der Mutter eindrücklich, wie aufgrund der begrenzten Möglichkeiten, das eigene Kind zu sehen, an dessen Stelle das Hören zum dominanten Sinn der ersten Begegnung werden kann. „[M]an hat ihn dann einmal mal gehört gehabt das war dann auch so ein moment wo’s ähm:

einem nahe ging also das war schon (stimme wird sprunghaft höher) ähm:: ein anderer moment“. Die Interviewte beschreibt hier einen „andere[n] moment“, der für einen Augenblick die medizinische Ordnung der Situation durchbricht. Das Kind scheint in der mütterlichen Erfahrung, in dem es sich akustisch bemerkbar macht, damit zugleich einen Appell an ihre Zuwendung zu richten, den sie unter den gegebenen Bedingungen nur im eigenen Affiziert-Sein beantworten kann. Einerseits zeigt sich daran, dass auch unter erschwerten Bedingungen Erstbegegnungen im Operationssaal auf der Ebene leiblicher Responsivität durchaus stattfinden und dabei dem Hören des Kindes besondere Bedeutung zukommen kann. Andererseits wird aus dem zitierten Ausschnitt auch ersichtlich, dass es sich bei dieser ersten Begegnung hinsichtlich der Relevanzstruktur des Gesamtgeschehens um einen familialen Augenblick in einer medizinisch geordneten Situation handelt, der im Rahmen der Geburtsnarrative nicht im Vordergrund steht. Wie sich noch im Laufe des Kapitels zeigen wird, finden die konstitutiven Begegnungen zwischen Eltern und Kind hier wesentlich häufiger im weiteren Verlauf statt.

Eine weitere Erkenntnis der Interviewanalysen besteht darin, dass die Trennung zwischen Eltern und Kind nach der Geburt und die Wartezeit während der ersten Operation als nicht so problematisch beschrieben wird, wie zu Beginn der Feldforschung angenommen. So erzählt die Mutter in diesem Zusammenhang: „die zeit auch die wir gewartet haben war gar nicht so:: schlimm muss ich sagen weil man ja auch nicht viel mitbekommen hat war zwar eine (Stimme geht sprunghaft nach oben) ungewisse zeit irgendwo aber wir haben uns dann abgelenkt mit mit vielen“. Die Wartezeit von der Geburt bis nach der Operation am ersten Lebenstag wird von der Interviewten zwar als ungewisse und grundsätzlich auch belastende Situation beschrieben, was im zusätzlich betonten „nicht so:: schlimm“ zum Ausdruck kommt. Die Ungewissheit wird jedoch durch teils auferlegte und teils intrinsisch motivierte Gegengewichte abgefedert. So bekommen sie durch die arbeitsteilige klinische Organisation selbst gar nicht so viel von der Behandlung ihres Kindes mit und die unvertraute Umgebung mit anderen Patientinnen in ähnlicher Lage bindet ihrerseits einen Teil der Aufmerksamkeit. Wenig später in der zitierten Passage geht die Mutter zudem darauf ein, dass vor allem auch auferlegte Relevanzen ihres durch die Geburt stark beanspruchten Körpers es verhindern, sich ungehemmt mit Gedanken daran zu beschäftigen, was unterdessen alles passieren könnte. „[B]ei mir dann äh ging’s dann langsam mit schmerzen und dann war man //I: ja// mit sich selber auch vom körper her beschäftigt //I: ja m-hm// da war das erstmal ein bisschen (2) zur seite geschoben (K: quengelt) auch //I: ja// genau und dadurch war die wartezeit gar nicht mal gar nicht mal so schlimm gewesen eigentlich //I: m-hm// das man da gar nicht so viel mit den gedanken ähm beschäftigt war ob alles gut geht wir sind davon ausgegangen dass alles gut geht //I: ja// wir kriegen das hin haben wir gesagt die schaffen das und der kleine schafft das auch //I: m-hm// und des hat er auch dann“. Neben der auferlegten Beschäftigung mit dem eigenen Körper wird hier in den

letzten Sequenzen auch eine strukturell optimistische Haltung sichtbar, die in der gemeinsamen Einstellung des Paares mündet, im Zweifelsfall wird es schon gut gehen.¹⁴⁸

Des Weiteren wird in der oben zitierten Passage exemplarisch auch eine besondere Rolle der Väter in der Zeit unmittelbar nach der Entbindung sichtbar. Sie sind im Kontext des Phänomens häufig die ersten, die das Neugeborene kurz auf der Intensivstation sehen können. So erzählt die Interviewte im Anschluss an den „andere[n] Moment“, als sie ihr Kind unmittelbar nach der Geburt zumindest kurz hören konnte: „mein mann hat ihn kurz gesehen für ein weiß gar nicht zwei minuten //I: ja// hat dann so die ersten bilder noch schnell gemacht mit dem handy //I: m-hm// ähm und dann wurde er schon wieder rausgegeben für die vorbereitung //I: ja// dann halt auch für ihn die op vorbereitung“. Diese besondere Funktion der Väter als ‚Springer‘ zwischen Intensivstation und Entbindungsstation ist auch im Hinblick auf die Frage relevant, wie sie sich beteiligen und aktiv einbringen können. Zu Rollen, Partizipationsmöglichkeiten und Pflichten der Väter im Kontext komplizierter Schwangerschaften liegen bislang kaum Erkenntnisse vor (Locock/Alexander 2006). Für die erste Begegnung zwischen Vätern und Kindern bedeutet dies jedoch auch, dass diese nicht selbstgenügsam ist, sondern dass sie neben dem genuin subjektiven Erleben der Situation die Aufgabe haben, in Bildern und Beschreibungen Existenzbeweise des neuen Familienmitglieds zu erzeugen, um ihren Partnerinnen eine Vorstellung von der Ankunft des gemeinsamen Kindes vermitteln zu können.

Ausschnitt 2 aus dem Interview mit einem anderen Elternpaar stützt den Befund, dass die erste längere Trennung nach der Geburt als nicht nachhaltig problematisch erinnert wird.

Ausschnitt 2: M: ich hatte genug mit mir zu schaffen (lächelt) (.) weil ich war ja hinterher alles nur nicht fit (lächelt) //I: ja grad dann auch mit dem// also ich war halt nur mit mir ich hab dann halt immer nur gehört (.) ich muss der jetzt grade erst mal milch geben (.) ähm (.) ich hab dann halt immer nur mitgekriegt alles gut alles prima und die haben mir bilder geschickt und er hat bilder gemacht und (.) die schwestern haben mir dann noch ein bild rübergeschickt und da wusste ich schon mal ok sie hat alles gut überstanden und da konnte ich mich (.) beruhigt ganz auf mich konzentrieren dass ich irgendwie wieder hoch komme (.) weil das war ja des hauptproblem (lacht) (.) ja (..) also das hat mir jetzt (.) ich wusste sie ist gut aufgehoben und er hat nach ihr geguckt und (.) da war ich beruhigt sagen wir mal so (.)

Hier zeigt sich ebenfalls, dass zum einen die auferlegten Relevanzen des eigenen Körpers – „ich hatte genug mit mir zu schaffen“ und zum anderen die Zeugnisse ihres Partners wie der behandelnden Professionellen die Situation deutlich beruhigen. „[I]ch wusste sie ist gut aufgehoben und er hat nach ihr geguckt und (.) da war ich beruhigt sagen wir mal so“. Wie gehen diese retrospektiv geschilderten Erfahrungen mit den Beobachtungen aus der Pränatalsprechstunde zusammen, in denen die prospektive Aussicht auf eine selbstgenügsame familiäre Begegnung nach der Geburt von werdenden Eltern teilweise als hoch relevant markiert wurde? Es erscheint naheliegend anzunehmen, dass der ‚ersten Begegnung‘ im Vorausblick und im Rückblick ein unterschiedliches Gewicht für die Ordnung der Situation

¹⁴⁸ Oevermann bezeichnet mit dem strukturellen Optimismus eine Grundhaltung des Subjekts, die sich als „Habitusbildung des Inhalts ‚Im Zweifelsfall geht es gut‘ umschreiben lässt. Sie ist gewissermaßen die Positivitätsformel des Lebens, die basale Habitusbildung eines ‚strukturellen Optimismus‘“ (Oevermann 2004: 164).

beigemessen wird. Im Rahmen einer durch hohe und multiple Ungewissheiten geprägten Schwangerschaftssituation stellt die familiäre Interaktion nach der Entbindung ein wichtiges Ritual dar, das einen gewissenstiftenden Anker in eine fraglich gewordene Zukunft auswerfen kann. Aus der Retrospektive betrachtet wiederum, reiht sich die erste Begegnung – wenn das Kind überlebt und Behandlungen angeschlossen – in eine Folge weiterer Begegnungen ein und wird dadurch in ihrer singulären Bedeutung relativiert.

5.2. Herausforderungen und Meilensteine in der ersten Lebenszeit

Während die Trennung unmittelbar nach der Geburt von den interviewten Eltern nicht nachdrücklich problematisiert wird, liefern die Gespräche hingegen Anzeichen dafür, dass Begegnungen im weiteren Verlauf als nachhaltiger prägend erfahren werden können. In diesem Zusammenhang wird auch sichtbar, dass gerade die ersten längeren Begegnungen für Eltern mit ihrem Kind auf der neonatologischen Intensivstation eine Herausforderung darstellen und auch relativ unabhängig von einer positiven gesundheitlichen Entwicklung des Neugeborenen mit Ambivalenzen verbunden sein können. So antwortet dasselbe Elternpaar auf die Frage des Soziologen nach der ersten Begegnung „auf der kinderintensiv“:

Ausschnitt 3: I: und wie war das dann für wenn ich das jetzt **richtig** äh verstehe heißt das ja im prinzip dass **deine** (.) erste begegnung mit audrey dann eigentlich auf der kinderintensiv (.) war //V: richtig (.) (uv)// könntest du versuchen **die** situation nochmal so bisschen zu beschreiben wie das äh

V: ja du hast den brutkasten auf deutsch gesagt gesehn da hats dringelegen (.) mehr konntest du ja auch nicht machen du konntest nicht **reingreifen** du konntest garnix musst dich ja steril davon entfernen in dem sinn (.) ja und da ja (.) das **piepen** der geräte so beruhigend war (.) haben wir es halt mal so //(I. & M. lächeln)// ja was soll man denn sagen?

M: *[M hat ein Fotoalbum vor sich auf dem Tisch liegen, blättert um und sucht nach den passenden Bildern]* ich weiß nicht- ich hab nur die bilder wo sie im wärmebettchen da also wärmebett mit beatmung und dann hab ich halt immer gesagt gekriegt dann haben wir durchgeklingelt ja jetzt wird die beatmung weggenommen (.) des war jetzt das hier so war sie ja dann (.) direkt nach der op mit beatmung dann //I: ja genau// und die beatmung war nicht lang die haben sie auch ziemlich schnell dann rausgeholt ja also so hast du sie gesehn gehabt im wärmebettchen da (.)

V: ne ich hab sie naja so ähnlich //M: beatmung machen sie// da war noch der kasten drüber und

M: ja die wollten erst irgendwie wohl noch den deckel drüber machen und dann wenn sie sich von der temperatur her stabilisiert die haben mir vorher alles genau erzählt wie es werden soll (.) und dann wollten sie des abnehmen dass sie dann praktisch in einem offenen bettchen dann drin ist (.) joa (.)

V: (atmet tief ein) ja und mehr als hilflos daneben stehen konntest du ja sowieso nicht also (..) du musst dir immer sagen die wissen was sie **tun** ne?

Der Vater betont in seiner Beschreibung der Situation die technische, sterile Umgebung der Intensivstation, in der das eigene Kind in einem „brutkasten auf deutsch gesagt“ liegt und wo, zumindest in der ersten Zeit, körperliche Interaktionen zwischen Eltern und Kind häufig noch stark eingeschränkt sind. Beim Vater scheint sich dadurch die erste umfangreichere Begegnung mit dem Kind als sehr passiv in der individuellen Erfahrung niedergeschlagen zu haben – „mehr konntest du ja auch nicht machen du

konntest nicht **reingreifen** du konntest garnix musst dich ja steril davon entfernen in dem sinn“; „ja und mehr als hilflos daneben stehen konntest du ja sowieso nicht“. Die Beschreibung verweist zudem auf die Herausforderung, dass sich Eltern eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen, das in den ersten Lebenstagen bereits eine Operation durchstehen musste, in der Anfangszeit nur begrenzt an der Versorgung ihres Kindes beteiligen können. Häufig sind die Kinder nach der Operation noch stark geschwächt, die Vitalfunktionen werden intensivmedizinisch übernommen oder unterstützt und schmerzlindernde sowie muskelrelaxierende Medikamente haben nicht selten zur Folge, dass Eltern in den ersten Tagen nur wenig Resonanz ihres Kindes auf ihre Anwesenheit wahrnehmen. Unter diesen Umständen sind sie darauf angewiesen, auf die Fähigkeiten der Professionellen zu vertrauen. „[D]u musst dir immer sagen die wissen was sie **tun** ne?“

Die gemeinsam erzählte Geschichte der ersten Begegnung in der zitierten Passage zeigt demgegenüber jedoch auch einige Meilensteine in der Entwicklung des Kindes an, wenn sukzessive intensivmedizinische Maßnahmen abgesetzt werden können. Der Übergang vom geschlossenen „brutkasten“ ins offene „wärmebettchen“, zur eigenständigen Atmung sowie im weiteren Verlauf die Entwicklung zum selbsttätigen Stoffwechsel und der Wechsel von der Intensiv- auf die Kinderstation, stellen elementare Schritte im Prozess der Genesung ebenso wie entscheidende Schritte auf dem Weg von der Welt der Klinik nach Hause für die Familie dar, wie Ausschnitt 4 aus einem anderen Interview unterstreicht.

Ausschnitt 4: M: (räuspert sich) weil das ja ähm die zeit halt für mich sehr emotional war ähm (2) war alles immer so ein äh (2) ja (geräusche, K hantiert) wenn man hinkam hat man immer schon geguckt (K: schreit, beginnt zu weinen) (8) dann hat man immer schon geguckt ob das bett dasteht //I: hm// ob irgendwas neues ist ob dieses ob jenes ist ähm: die ärzte waren sehr ähm (.) zuvorkommend auch die schwestern ((uv, da K weint) kamen dann immer gleich und haben einem berichtet ob's was neues gibt ohne das man überhaupt gefragt hat //I: ja// (5) ähm (3) man hat viel mitbekommen von anderen eltern //I: ja// was (uv) auch noch mit liegt //I: ja// ähm (.) was auch sehr ähm (...) ähm emotional irgendwo auch ist wenn dann neue kinder eingeliefert wurden //I: ja// das bekommt man ja alles mit es ist ja dann nicht nur das eigene dann auch (K: weint und schreit) (4) aber auch so ähm (2) hauptsächlich die situation ähm ihn alleine zu lassen immer wieder //I: m-hm// wenn man heimgefahren ist von hier weg irgendwo war man zufrieden dass man (..) dass man da war auch wegen ihm jetzt um ihm gerecht zu werden dass er mitbekommt //I: ja// das man da war als eltern (.) aber ähm es war ähm schwierig gewesen ähm (2) dann zu gehen ähm äh [M beugt sich runter zu K und sagt in flüsterndem Ton „pssst, bis du mal leise“ (K: quengelt)] dann zu gehen ihn zu verlassen irgendwo auch //I: ja// dass er zurückbleibt das war dann immer so die situation im auto dann auf der heimfahrt dann auch aber da haben wir uns dann immer gegenseitig auch bestärkt wir haben gesagt wir waren da gewesen wir haben ihn besucht //I: ja// es war kein tag wo wir nicht hier war'n //I: ja// es ist jetzt nicht so dass man sagt naja das kind liegt da des kriegt es eh nicht mit wir können auch mal zwei tage später kommen oder drei tage später (2) weil das dann vielleicht irgendwann so einschläft (.) der besuch aber das war eigentlich nicht so gewesen so bei uns //I: ja// (2) und er war gar nicht lang ähm hier unten gewesen ist ja dann relativ schnell (2) nach knapp eineinhalb wochen ist er dann äh rübergegangen ähm auf die äh ja (K: quengelt) //I: auf die kinderstation// (nummer der station) //I: (nummer der station) wahrscheinlich ja//

I: also die nicht mehr intensiv [aber dann]

M: [aber] auch noch monitor //I: ja// und alles genau ja die zahl war das glaub ich wo wir immer gewesen sind ja da haben wir dann (.) und da war auch nur eine woche

I: ah ja das [ist wirklich recht]

M: [also relativ schnell] //I: ja// und dort hat er dann: ging das ganz schnell wurde ja dann auch wacher hier (2) //I: m-hm// und drüben (..) hat dann nur noch die magensonde drin gehabt und wurde dann langsam ernährungstechnisch aufgebaut und das dann innerhalb von einer woche ganz schnell//I: m-hm// (2) ja. und da war's dann auch nicht mehr so schlimm //I: ja// das war dann da anders gewesen weil's eine relativ normale station war dann auch irgendwo keine op's mehr waren alles war relativ gut verlief er hat ähm (.) normal ausgeschieden auch (..) //I: ja//

Die ersten Sequenzen dieser längeren Passage, die zugleich den letzten zitierten Ausschnitt aus dem empirischen Material darstellt, kreisen um das Thema Resonanz. Die Beschreibungen der Mutter legen nahe, dass trotz medizinisch akuter Patient*innensituationen und der hochtechnologischen Umgebung einer neonatologischen Intensivstation eine hohe Responsivität zwischen Professionellen und Eltern sowie zwischen verschiedenen Eltern untereinander herrscht. „[D]ie ärzte waren sehr ähm (.) zuvorkommend auch die schwestern ((uv, da K weint) kamen dann immer gleich und haben einem berichtet ob's was neues gibt ohne das man überhaupt gefragt hat“. Die Professionellen wenden sich hier proaktiv der Mutter zu und bringen sie auf den aktuellen Stand der Entwicklungen, die sich während ihrer Abwesenheit über Nacht ergeben haben. Auch hier wird noch einmal die zentrale Rolle des gesamten Stationspersonals als kommunikative Vermittler*innen zwischen Eltern und Neugeborenen sichtbar, die seinen Zustand für Elternpaare auslegen, sie an die möglichen Begegnungsformen in den ersten Lebenstagen und im weiteren Verlauf an die Beteiligung in der Pflege heranführen. Dadurch wird klar, dass die enge Verbindung zwischen Medizin und Familie, wie auch die Diffusität und Wechselwirkung zwischen beiden Welten auch nach der Geburt noch eine Zeit lang fortbesteht und die soziale Welt des Kindes in den Lebenswochen ganz anders strukturiert ist als bei Kindern ohne angeborene Fehlbildungen. Die Mutter macht in diesem Zusammenhang auch deutlich, dass sie trotz einer „sehr emotional[en]“ Zeit für sich selbst, viel von anderen Familien und deren Situation mitbekommt. „man hat viel mitbekommen von anderen eltern //I: ja// was (uv) auch noch mit liegt //I: ja// ähm (.) was auch sehr ähm (...) ähm emotional irgendwo auch ist wenn dann neue kinder eingeliefert wurden //I: ja// das bekommt man ja alles mit es ist ja dann nicht nur das eigene dann auch“. Die Interviewte zieht hier bis zu einem gewissen Grad eine Verbindung zwischen der eigenen Situation und der anderer Eltern, die ihr Kind auf der Intensivstation besuchen, ohne beide Situationen vollends als identisch zu betrachten. Ähnlich wie oben im Kontext des frühen Kindsverlusts scheint es hier mehr um den Zusammenhang zwischen einer hoch individuellen, existenziellen Situation einerseits und der Verbundenheit durch die Existenzialität der Situation mit anderen Eltern andererseits zu gehen.

Dieser empirische Befund rückt eigene Beobachtungserfahrungen auf der Neugeborenenintensivstation zu Beginn des Forschungsprozesses auch noch einmal in ein anderes Licht. Während der Feldaufenthalte postierten sich die Elternpaare häufig um den Inkubator oder das Wärmebett ihres Kindes und hatten anderen Eltern den Rücken zugewandt. Wenn keine medizinischen oder pflegerischen Tätigkeiten zu verrichten waren, wirkten sie häufig in sich gekehrt und schienen mit dem räumlichen Umschließen des ersten Lebensorts ihres Kindes diesen auch vor Dritten ein Stück weit abzuschirmen, was zu der Inter-

pretation führte, die Anordnung um das Bett als familiäre Intimitätsinseln im klinischen Raum der Intensivstation zu sehen. Die Äußerungen der Interviewten weisen jedoch darauf hin, dass Eltern sehr wohl auch die Situation anderer Patient*innen und ihrer Angehörigen auf der Station wahrnehmen und unter Umständen sogar, in einer für sie angespannten Situation, im Sinne einer erhöhten Alarmbereitschaft hoch resonant auf ihre Umgebung reagieren.

Neben der Erfahrung einer hohen Resonanz auf der Station selbst, thematisiert die Interviewte jedoch auch die Schwierigkeiten, die mit den täglichen Trennungen von ihrem Kind einhergehen. „[H]auptsächlich die situation ähm ihn alleine zu lassen immer wieder //I: m-hm// wenn man heimgefahren ist von hier weg irgendwo war man zufrieden dass man (..) dass man da war auch wegen ihm jetzt um ihm gerecht zu werden dass er mitbekommt //I: ja// das man da war als eltern (..) aber ähm es war ähm schwierig gewesen ähm (2) dann zu gehen“. Wurde weiter oben ausgeführt, dass der eingeschränkte Erstkontakt zwischen Eltern und Kind unmittelbar nach der Geburt und die Wartezeit während der Operation retrospektiv nicht als nachhaltig problematisch geschildert werden, weisen die Äußerungen in Abschnitt 4 daraufhin, dass die täglichen Trennungen während der stationären Zeit des Kindes möglicherweise die größere Herausforderung für betroffene Eltern darstellen. In diese Richtung deuten auch zwei Begriffe, die sie wenig später gebraucht. Es sei schwierig gewesen, „dann zu gehen ihn zu verlassen irgendwo auch //I: ja// dass er zurückbleibt das war dann immer so die situation im auto dann auf der heimfahrt“. Jemanden zu verlassen und noch stärker das Zurückbleiben von jemandem sind keine Begriffe für alltägliche Trennungen. Symbolisch sind sie wesentlich stärker mit endgültigen Abschieden unter dramatischen Umständen verknüpft und lassen dadurch erahnen, wie belastend die wiederholten Trennungen von ihrem Kind trotz des nächsten Besuchs am folgenden Tag für die Mutter gewesen sein müssen.

Diese Situation bessert sich jedoch ca. nach den ersten zehn Lebenstagen mit dem Wechsel auf die Kinderstation deutlich. „[U]nd dort hat er dann: ging das ganz schnell wurde ja dann auch wacher hier (2) //I: m-hm// und drüben (..) hat dann nur noch die magensonde drin gehabt und wurde dann langsam ernährungstechnisch aufgebaut und das dann innerhalb von einer woche ganz schnell//I: m-hm// (2) ja. und da war's dann auch nicht mehr so schlimm //I: ja// das war dann da anders gewesen weil's eine relativ normale station war dann auch irgendwo keine op's mehr waren alles war relativ gut verlief er hat ähm (..) normal ausgeschieden auch“. Ähnlich wie in Abschnitt 3 zeigt sich auch hier wieder, wie mit grundlegenden Meilensteinen in der Entwicklung des Neugeborenen auch für die Mutter die Situation in der Erfahrung sukzessive an Dramatik verliert. Der Wechsel des Kindes von einer zwar hoch resonanten, aber qua ihres Zuständigkeitsbereichs eben auch durch akute gesundheitliche Krisen geprägten Neonatologie, auf eine „relativ normale station“, die spürbar zunehmende Responsivität des Kindes und der ernährungstechnische Aufbau sind deutliche Anzeichen der Genesung, die auch der Mutter zeigen, dass sie auf dem richtigen Weg sind.

5.3. Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse

Das letzte Kapitel dieser Arbeit befasste sich mit den elterlichen Erfahrungen der Geburt und den familialen Herausforderungen in der ersten Lebenszeit des Kindes in der Klinik. Dabei wurde sichtbar, dass die Geburt als medizinisch gerahmte Situation gedeutet wird und die Trennung unmittelbar danach für Eltern nicht so problematisch zu sein scheint, wie zu Beginn des Forschungsprozesses angenommen, wohingegen wiederholte Besuche und Abschiede in der ersten Lebenszeit die größere Herausforderung darstellen. Anders als bei der Beschleunigung von Elternschaft im Falle einer infausten Diagnose, wie sie in Kapitel 4 dargestellt wurde, legen hier die anfänglichen Begegnungsschwierigkeiten nach Geburt und Operation den Schluss nahe, dass die Selbsterfahrung als Familie verzögert stattfinden kann. Zusammengenommen führen beide empirischen Befunde zur Annahme einer praxisraumzeitlichen Differenzierung zwischen der physischen Entbindung und der sozialen Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen.

In der ausführlich zitierten Erzählung in Ausschnitt 1 schildert die Mutter die Geburt per Kaiserschnitt als medizinisch gerahmte Situation, in denen klinische Begriffe und Figuren eine Szenerie prägen, die von ihr als unvertraut und mit Angst verbunden erfahren wird. Während unter der Geburt vor allem die Anästhesistin eine wichtige Brückenfunktion zwischen dem klinischen Team aus Geburtshelfer*innen und Neonatolog*innen einnimmt, scheinen sich Momente familialer Reziprozität als zwar intensive, aber untergeordnete und punktuelle Erlebnisse im äußeren Horizont der Geburtserfahrung niederzuschlagen. Auch unter den erschwerten Bedingungen für Erstbegegnungen zwischen Mutter und Kind finden diese auf der Ebene leiblicher Responsivität aber durchaus statt. In diesem Zusammenhang kann das Hören zum dominanten Sinn gegenüber dem Sehen werden, wie es die Interviewte in Ausschnitt 1 beschreibt. Hinsichtlich der Relevanzstruktur des Gesamtgeschehens handelt es sich dabei jedoch um einen familialen Augenblick in einer medizinisch geordneten Situation, der im Rahmen der Geburtsnarrative nicht im Vordergrund steht. Wie sich im Laufe des Kapitels gezeigt hat, finden die konstitutiven Begegnungen zwischen Eltern und Kind im untersuchten Phänomen wesentlich häufiger im weiteren Verlauf statt.

Eine weitere Erkenntnis der Interviewanalysen besteht darin, dass die Trennung zwischen Eltern und Kind nach der Geburt und die Wartezeit während der ersten Operation als nicht so problematisch beschrieben wird, wie zu Beginn der Feldforschung angenommen. Diese Erkenntnis kontrastiert teilweise mit Ergebnissen aus der ethnographischen Untersuchung der Pränatalsprechstunden, wobei der fortgeschrittene Erfahrungsablauf als Erklärung für die Diskrepanz naheliegt. Im Rahmen einer durch hohe und multiple Ungewissheiten geprägten Schwangerschaftssituation stellte die Begegnung nach der Geburt noch einen wichtigen gewissheitsstiftenden Anker in einer grundsätzlich fraglich gewordenen Zukunft dar, einen Rest von Normalität in einer außerordentlichen Lage, an dem alltagsweltlich tradierte Rituale hängen und Familialität gestiftet werden kann. Aus der in den Interviews erhobenen retrospektiven Erfahrung reiht sich die erste Begegnung – wenn das Kind überlebt und Behandlungen anschlagen

– hingegen in eine Folge weiterer Begegnungen ein und wird dadurch in ihrer singulären Bedeutung relativiert. In diesem Kontext wird auch eine besondere Rolle der Väter sichtbar, die hier häufig die ersten sind, die das Kind nach der Geburt kurz sehen und ihren Partnerinnen in Erzählungen und Fotos die ersten Eindrücke vermitteln, während diese sich noch von der Geburt erholen. Die Väter werden in der Phase unmittelbar nach der Geburt zu einer Art Springer zwischen Neonatologie und Geburtsstation.

Voraussetzungsreicher erscheinen die ersten längeren Kontakte zwischen Eltern und ihren Kindern auf der Neugeborenenintensivstation, bereits nach der ersten Operation am ersten Lebenstag. So schildert ein Vater in Ausschnitt 3 die technische und klinisch-sterile Atmosphäre, in der er die erste Begegnung mit seinem Kind sehr passiv und sich selbst in den eingeschränkten Möglichkeiten, mit dem Kind zu interagieren, auch als hilflos erfährt. Eltern müssen hier am Anfang die Situation aushalten, selbst aktiv kaum etwas tun zu können, außer für ihr Kind da zu sein und auf das Handeln der Professionellen zu vertrauen. „[Du] musst dir immer sagen die wissen was sie tun ne?“. Ebenso schildert eine Mutter, dass für sie vor allem das tägliche Abschiednehmen vom Kind am Abend in der ersten Zeit sehr belastend war. Gleichzeitig wurde in den Erzählungen aber auch deutlich, dass die durch den Gesundheitszustand des Kindes auferlegten Kontaktbeschränkungen kommunikativ aufgefangen werden können und sich bei anschlagender Behandlung mit jedem weiteren Meilenstein in der Entwicklung die Situation auch zunehmend entspannt. So legt Ausschnitt 4 nahe, dass trotz medizinisch akuter Patient*innensituationen und der hochtechnologischen Umgebung in der Neonatologie eine hohe Responsivität zwischen Professionellen und Eltern sowie zwischen verschiedenen Eltern untereinander herrscht. Der Übergang vom geschlossenen „brutkasten“ ins offene „wärmebettchen“, zur eigenständigen Atmung sowie im weiteren Verlauf die Entwicklung zum selbsttätigen Stoffwechsel und schließlich die Verlegung von der Intensiv- auf die Kinderstation, stellen ihrerseits elementare Stufen im Prozess der Genesung ebenso wie entscheidende Schritte auf dem Weg von der Welt der Klinik in die häusliche Welt der Familie dar.

Gerade angesichts der medizinisch notwendigen und wiederholten Trennungen werden Professionelle hier zu den ersten Zeug*innen vom Zustand des Kindes vor den Eltern. Hier deutet sich bereits an, dass insbesondere die Kinderärzt*innen und die Pflegenden auf der Station zu wichtigen Figuren im Beziehungsaufbau zwischen Eltern und Kind werden können und deutlich mehr an kommunikativer Vermittlungsarbeit leisten müssen, als dies bei relativ komplikationsfreien Schwangerschaften und Geburten der Fall ist. Wurde in dieser Arbeit die Relevanz medizinischer Akteure im Feld der pränatalen Sozialität herausgearbeitet, stellt sich für zukünftige Forschungen ebenso die Frage, welche Rollen und Funktionen verschiedene Professionsvertreter*innen in der schrittweisen Entwicklung des binnenfamilialen Raums nach der Geburt einnehmen. Während das alltagsweltliche Phänomen bekannt ist, dass sich die Kernfamilie gerade in den ersten Lebenswochen des Neugeborenen häufig von der Außenwelt zurückzieht, sind im untersuchten Phänomen auch nach der Geburt auferlegtermaßen die Grenzen zwischen Familie und Medizin noch wesentlich länger offen und die Wechselwirkung zwischen beiden Wirklich-

keitsbereichen weitaus intensiver. Anhaltspunkte für die nachhaltige Relevanz der neonatologischen Akteure im familialen Erfahrungshaushalt lieferte auch der eigene Feldaufenthalt auf der Intensivstation, bei dem deutlich wurde, dass einige Eltern auch längere Zeit nach der Entlassung den Kontakt zu Ärzt*innen und Pflegenden halten.

Die Geburt als stark medizinisch gerahmte Erfahrung, die herausfordernden Begegnungen in der ersten Lebenszeit und die potenziellen Höhen, Tiefen und Krisen in der Behandlung des Kindes, führen abschließend zur These einer Divergenz zwischen physischer Entbindung und sozialer Geburt im untersuchten Phänomen. Wurde im 4. Kapitel anhand einer infausten Diagnose sichtbar, dass sich hier die aktiv erlebte Familienzeit in die pränatale Phase verlagern kann, sprechen die Ergebnisse aus dem letzten Kapitel dafür, dass sich bei einer erfolgreichen Behandlung die Selbsterfahrung als Familie erst verzögert und schrittweise in den Wochen und Monaten nach der Geburt einstellt. Die potenzielle Divergenz zwischen zwei relativ eigenlogischen Akten durchzieht allerdings nicht nur die Zeitdimension, sondern stellt sich auch im Hinblick auf die Frage nach den dafür jeweils wesentlichen Erfahrungsräumen und Interaktionen. Die von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 bereits im Kontext unauffälliger Schwangerschaften konstatierten postnatalen sozialen Entbindungen erscheinen hier noch einmal deutlich relevanter. Die ‚Ankunft‘ eines Kindes mit pränatal diagnostizierten Fehlbildungen in der Welt scheint insgesamt diffuser und variabler zu sein. Damit weist das Ende der empirischen Betrachtung zugleich auf die zukünftig zu beantwortende konzeptionelle Frage voraus, wo und wie die Grenzen eines Gegenstandsreichs der pränatalen Sozialität unter soziologischen Relevanzkriterien sinnvoll zu ziehen sind.

6. Theoretische Konzeptualisierung: Der Bedeutungshorizont pränataler Sozialität aus der Elternperspektive

Der zweite empirische Teil der vorliegenden Arbeit befasste sich mit den elterlichen Erfahrungen im Horizont einer Fehlbildungsdiagnose beim Ungeborenen und deren Auswirkungen auf die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität. Dabei traten mit dem normalen Anfang (Kpt. 3) und dessen Fremd-Werden im weiteren Verlauf der Schwangerschaft, mit der Ungewissheit als Kernthema (Kpt. 1) und einer Dezentrierung der sozialen Ankunft des Kindes (Kpt. 5) wesentliche Züge des untersuchten Phänomens zum Vorschein, in denen sich gemeinsam mit den weiteren Analyseergebnissen der Bedeutungshorizont pränataler Sozialität aus elterlicher Perspektive abzeichnet. In diesem Zusammenhang ist erneut zu betonen, dass es sich bei den Ergebnissen dieser Arbeit um erste Erschließungsversuche eines soziologisch bislang kaum erforschten Feldes der Gegenwartsgesellschaft handelt, die in zukünftigen Forschungen falsifiziert und weiter ausdifferenziert werden müssen.

Die Elterninterviews haben gezeigt, dass auch Schwangerschaften mit einer pränatalen Fehlbildungsdiagnose in der Regel eine unauffällige Anfangsphase durchlaufen, in der mit der Vorfriede, dem ‚Nestbau‘ und der Namenssuche typische Formen des sozialen Schwanger-Gehens gelebt werden, wie sie von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 herausgearbeitet wurden. Diese erste Phase der Schwangerschaft wird

in der Erfahrung sedimentiert und auch durch die teils dramatischen Ereignisse im weiteren Verlauf nicht vollständig überdeckt. Sie erfährt jedoch durch den Bruch, den die Diagnose insgesamt im elterlichen Erfahrungshorizont erzeugt, eine grundlegende Umdeutung. Der unauffällige Anfang wird aus der Retrospektive zum in unerreichbare Ferne gerückten Symbol des ‚ganz Normalen‘, das im Kontrast zum Außerordentlichen steht, das den betroffenen Eltern in der Folgezeit widerfahren ist. Der erste auffällige Befund stellt die zentrale Zäsur in den untersuchten Schwangerschaftserzählungen dar, mit dem sich die Situation grundlegend transformiert und sich das thematische Feld radikal verändert. Ab hier beherrschen Ungewissheit, Ambivalenzen und teilweise auch existenzielle Erfahrungen von Grenzüberschreitungen das Geschehen.

Das Erleiden von und Umgehen mit Ungewissheit stellt das Kernthema aus Elternperspektive bezogen auf die Diagnose dar, das mit den ersten Anomalien im Ultraschall schlagartig relevant wird und die Schwangerschaft über weite Strecken prägt. Erst wenige Wochen vor der Geburt scheint sie wieder in den äußeren Horizont abzusinken, während sie nach erfolgreicher Behandlung und Entlassung des Kindes in Form einer erhöhten Alarmbereitschaft auch noch längere Zeit nach der Geburt fortwirken kann. Die Konfrontation mit den kehrseitigen Kontingenzspielräumen, die aus den pränataldiagnostischen Erkenntnissen hervorgehen, scheint sich erfahrungsbezogen vor allem in einer radikal offenen und ambivalenten Situation zu artikulieren. In zwei der untersuchten Fälle scheint sie auch zu einem gedehnten Zeiterleben bei den Eltern zu führen. Handlungsbezogen setzt die auferlegte Ungewissheit jedoch auch verschiedene Bewältigungsversuche in Gang, in deren Kontext sich Zeugnisse von anderen Eltern aus ähnlichen Situationen, der eigene Wissenserwerb, aber auch die bewusste Verdrängung sowie das Einholen zweiter und dritter medizinischer Deutungen als besonders relevant aus dem Material herauskristallisiert haben.

Inbesondere das 2. Trimester ist durchzogen von der diagnostischen Laufbahn der Schwangerschaft. Überspannt die Ungewissheit die Schwangerschaftserfahrung gleichsam wie ein Bogen, scheint die Diagnosegeschichte des Ungeborenen zum Koordinatensystem der Schwangerschaftserfahrung zu werden. Sie strukturiert den Sedimentierungsprozess entlang der verschiedenen Arzttermine und hat zur Folge, dass sich die zuvor in der Alltagswelt verortete Schwangerschaft weit in die medizinische Welt hineinbewegt. In diesem Zuge erweitern und verändern sich die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität. Das Wissen um die Entwicklung und den Gesundheitszustand des Fetus wird umfangreicher und komplexer. Die professionellen Akteure, die die Schwangerschaft begleiten, vervielfältigen sich und das vertraute Verhältnis zur niedergelassenen Gynäkologin wird von punktuellen Interaktionen mit zunehmend anonymen Experten abgelöst. Mit den erweiterten Verfahren der pränatalen Diagnostik wird die Schwangerschaft schließlich auch in andere institutionelle Kontexte und dazugehörige Atmosphären getragen, die sich in der Erfahrung widerspiegeln. Krise und Hoffnung erscheinen in den elterlichen Erzählungen eng mit einzelnen medizinischen Situationen verknüpft, dabei wurden im Ansatz auch Kriterien sichtbar, die aus der familialen Sicht eine überzeugende und hilfreiche professionelle Performance

von einer zusätzlich verunsichernden und belastenden unterscheiden. Während insbesondere die Vermittlung eines konkreten Handlungsentwurfs als professionelle Lösungsstrategie des diagnostizierten Problems und eine souveräne Haltung in der Untersuchungssituation als positiv von den befragten Paaren geschildert wurden, zeigte sich umgekehrt, wie belastend es sich auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken kann, wenn Eltern in einer Ausnahmesituation für sich auf der diffusen Seite des Arbeitsbündnisses keine hinreichende Resonanz erfahren. Gerade im Angesicht existenzieller Entscheidungen, wie über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft, treten sich nicht mehr nur Rollenträger gegenüber, sondern wird eine dilemmatische Situation zwischen Personen verhandelt. Die diagnostische Laufbahn wurde in den Erzählungen als die akute Phase der Schwangerschaftserfahrung offenbar, die von hoher Ungewissheit, einem Pendeln zwischen Extremen und spezifischen Ambivalenzerfahrungen durchzogen ist. Mit dem zeitlichen Oszillieren zwischen Gegenwart und Zukunft, der virulent werdenden Frage nach dem Status der Beziehung zum ungeborenen Kind und dem Problem für Eltern, wie eine im sozialen Nahfeld bereits veröffentlichte Schwangerschaft nach den ersten Befunden wieder eingefangen werden kann, wurden hier drei Ambivalenzen rekonstruiert, die für das untersuchte Phänomen typisch zu sein scheinen.

Ein besonderes Augenmerk der Analyse wurde in diesem Zusammenhang auch auf grenzüberschreitende Ereignisse gelegt, auf die Schattenseite gelingender Sinnbildungen, wo Sinnabbrüche und nicht-anschlussfähige Ereignisse im Erfahrungshorizont die Zeit überdauern. Während in zwei Fällen derartige Grenzüberschreitungen von den Interviewten angedeutet wurden, lieferte das Material der anderen beiden Fälle dafür keine Hinweise. Es bleibt dementsprechend eine Aufgabe für die weitere Forschung zum Gegenstand, dem Themenkomplex Grenzsituation und Widerfahrnis weiter nachzugehen und – im Bewusstsein auch der Grenzen jeder soziologischen Rekonstruktion in diesem Kontext – ihre Relevanz für das Verständnis des Phänomens eingehender zu untersuchen. In der vorliegenden Arbeit konnten mit dem Problem, in einer Ausnahmesituation trotzdem Entscheiden zu müssen, der Relevanz, mit den eigenen Erfahrungen gesellschaftlich nicht isoliert zu sein, dem Rekurs auf Deutungsmuster, wie das der Natur, um für sich eine sinnvolle Erklärung auf die eingetretene Krise finden zu können und schließlich mit dem Potenzial, dass eine derartige Krisenerfahrung für ein Paar auch zur Bewährungserfahrung werden kann, einzelne Themenstränge herausgearbeitet werden, die hier als Responsivitätsformen auf das Widerfahrnis der Diagnose verstanden werden.

In den Wochen vor der Entbindung scheint dagegen wieder eine gewisse Ruhe in den elterlichen Erfahrungshaushalt einzukehren, wenn alle Entscheidungen getroffen sind und die Geburt abgewartet werden muss, in der sich erst der faktische Gesundheitszustand des Kindes zeigen wird. Während die Entbindung selbst als medizinisch gerahmte Situation in die Erfahrung eingeht, zeigte sich im Material, dass die häufig unmittelbar danach notwendige Trennung zwischen Eltern und Kind nicht derart problematisiert wurde, wie zu Beginn des Forschungsprozesses angenommen. Für die Eltern scheinen die größte-

ren Herausforderungen vielmehr in den wiederholten Begegnungen und Trennungen in den ersten Lebenstagen des Kindes auf der Intensivstation zu liegen. Hier wurden die ersten Kontakte als Erfahrungen eigener Passivität und Hilfslosigkeit geschildert und in einem Fall insbesondere auch die tägliche Trennung vom eigenen Kind über Nacht als sehr belastend beschrieben. Parallel dazu nahm die elterliche Zuversicht jedoch auch mit jedem gesundheitlichen Meilenstein des Kindes zu, sodass angesichts der stark klinisch geprägten ersten Lebenszeit hier eine Verzögerung der Familienkonstitution naheliegend erscheint. Diese findet unter Umständen in manchen Fällen auch erst nach der Entlassung des Kindes in den familialen Alltag statt. Demgegenüber wurde aus einem Fall mit infauster Diagnose für das Kind deutlich, dass sich hier die aktive Familienzeit in die Schwangerschaft vorverlagert hat. Zusammengekommen führen beide empirischen Befunde zu der hier vertretenen These einer Dezentrierung der Geburt, in der die physische Entbindung eines Kindes und seine soziale Ankunft in der Welt zeitlich, räumlich und im Hinblick auf die dafür jeweils zentralen Handlungen, auseinanderfallen können.

IV. Grundzüge einer Situationstheorie zur pränatalen Sozialität von Kindern mit diagnostizierten Fehlbildungen

Den Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit bildete die pränatale Sozialität von Kindern, bei denen im Verlauf der Schwangerschaft eine Fehlbildung diagnostiziert wurde. Im Zentrum des Erkenntnisinteresses stand die Frage nach den vielfältigen Sinnzusammenhängen, in denen das Ungeborene bereits vor der Geburt und in der Wechselwirkung zwischen medizinischen und familialen Bezugnahmen Gestalt annimmt. Heuristisch wurde dabei von einem konstitutiven Spannungsfeld aus Gemeinsamkeit und Differenz zwischen den Wirklichkeitsbereichen von Familie und Medizin in der Lebenswelt ausgegangen. Ärzt*innen und werdende Eltern sind einerseits zum Wohle des Kindes aufeinander angewiesen. Sie müssen bis zu einem gewissen Grad eine gemeinsame Situationsdefinition entwickeln, wenn Entscheidungen konsensuell getroffen werden sollen. Andererseits stellt die Krise des Paares im Angesicht der Fehlbildungsdiagnose die berufsbezogene Routine der Professionellen dar. Während sich die Diagnose für die Mediziner*innen in ihrem Zentrum als Handlungsproblem zeigt, dem in vielen Fällen therapeutisch entgegengewirkt werden kann, bedeutet sie für Eltern, ihr Kind vertrauensvoll in die Hände der Kliniker*innen abgeben zu müssen. Für sie bildet eine angeborene Fehlbildung in ihrem thematischen Kern ein Erfahrungsproblem. Vor diesem Hintergrund standen komplementär zu gelingenden Sinnbildungen ebenso die Bedeutungsabbrüche und Nicht-Anschlussfähigkeiten, die von der pränatalen Diagnose ausgehen können, im Fokus der Untersuchung.

Theoretisch ist die vorliegende Studie im wissenssoziologischen Paradigma angesiedelt, methodisch wurde ein situationsanalytischer Ansatz gewählt, um damit über ein möglichst sensibles Forschungsdesign für die Komplexität und Vielschichtigkeit von Schwangerschaften unter den gegebenen Bedingungen zu verfügen. Dabei wurde auf das Situationsverständnis von Goffman und Schütz rekurriert, um diese sowohl als Interaktions- wie auch als Erfahrungseinheiten beforschen zu können. Dieser theoretische und methodische Zugriff (I. Teil) bildete die Basis für die beiden empirischen Teile (II. und III.) dieser Arbeit, in denen zum einen interdisziplinäre Pränatalsprechstunden ethnographisch untersucht und zum anderen elterliche Erfahrungen anhand von Interviews rekonstruiert wurden. Das Ziel dieses Zugangs zum Forschungsgegenstand bestand darin, einen synchronen Blick auf die Herstellung von Bedeutungen der Diagnose für das Kind in der klinischen Praxis zum diachronen Niederschlag des Befundes und seiner möglichen Folgen in der elterlichen Erfahrung in Relation zu setzen, um somit das konstatierte Spannungsverhältnis zwischen Gemeinsamkeit und Differenz so weit wie möglich ausleuchten zu können. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den Grundzügen einer Situationstheorie von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen dargestellt. Zuerst wird auf die Sinnfiguren des Ungeborenen eingegangen, wie sie aus den Pränatalsprechstunden herausgearbeitet werden konnten. Sie bilden primär die medizinische Perspektive auf die Situation ab. Daran anschließend wird der Niederschlag der Fehlbildungsdiagnose in der Schwangerschaftserfahrung von Eltern nachvollzogen und zu einem Erfahrungsbogen pränataler Sozialität theoretisch integriert.

Die Ethnographie der interdisziplinären Pränatalsprechstunde lieferte exemplarische Einsichten in die medizinische Perspektive auf die Situation. Im Rahmen des Vorgesprächs zunächst noch entlang systemimmanenter Relevanzkriterien, was responsiv auch im nur punktuellen Verstehen der Praxis durch den soziologischen Laien zum Ausdruck kam. In der anschließenden Sprechstunde wurde das professionelle Situationsverständnis dann performativ während des Ultraschalls entfaltet und schließlich im Zuge der Diagnosestellung kommunikativ für die werdenden Eltern übersetzt. Durch die detaillierte Analyse der einzelnen Situationsabschnitte wurde zudem sichtbar, dass der eigentlich vulnerable Kern des Geschehens, der Zugang zum Ungeborenen, mit der Vorbereitung im klinischen Team, der Errichtung eines Rahmes primärer Reziprozität zwischen Ärzt*innen und Eltern und dem Zurücktreten der Schwangeren als Person zugunsten des medizinischen Zugriffs auf ihren Körper für die Dauer der sonographischen Diagnostik, mehrfach eingerahmt werden musste, bevor das ungeborene Kind als Dritter aufgespürt werden konnte. Auf diese Weise in die Situation geholt, zeigte es sich während der Ultraschalluntersuchung in drei typologisch differenzierbaren Präsentationsweisen. Diese gegenwärtigen Vorstellungen des Dritten wurden im anschließenden Gespräch von den Professionellen zu einem Zukunftsentwurf mit Geburt, Operation und intensivmedizinischer Versorgung als den zentralen Wegmarken eines klinisch geprägten Lebensbeginns entfaltet. Dieses Geflecht an Verweisungszusammenhängen stellt die Grundstruktur des handlungsorientierten, prozessualen Situationsverständnisses auf der medizinischen Seite dar, das nur auf der Basis einer behandelbaren Differenzialdiagnose entwickelt werden kann. Während dies in der Mehrheit der beobachteten Fälle gegeben war, offenbarten sich im Vergleich der Sprechstunden jedoch auch von zwei Seiten her die Grenzen dieser pränatalen Sinnkonstitution. Auf der einen durfte im Falle von leichten Anomalien, die sich nicht zu einer Fehlbildungsdiagnose integrieren ließen, gehofft werden, dass die Geburt und die postnatale Adaption des Kindes weitestgehend normal verlaufen und sich die im Ultraschall erkannte Abweichung von selbst verwachsen würde. Auf der Anderen zeigte ein schwerer Fall mit infauster Diagnose, dass keine konkreten Zukunftserwartungen von professioneller Seite gebildet werden können, wenn die Lebensfähigkeit des Kindes fraglich ist. In beiden Fällen bleibt der Entwurf des Lebensbeginns aus der Sprechstunde heraus auf die Geburt als Offenbarungssituation begrenzt. Die nachfolgende Abbildung modelliert den Sinnhorizont pränataler Sozialität mit den entscheidenden Knotenpunkten, wie er aus den teilnehmenden Beobachtungen in der interdisziplinären Sprechstunde erschlossen werden konnte.

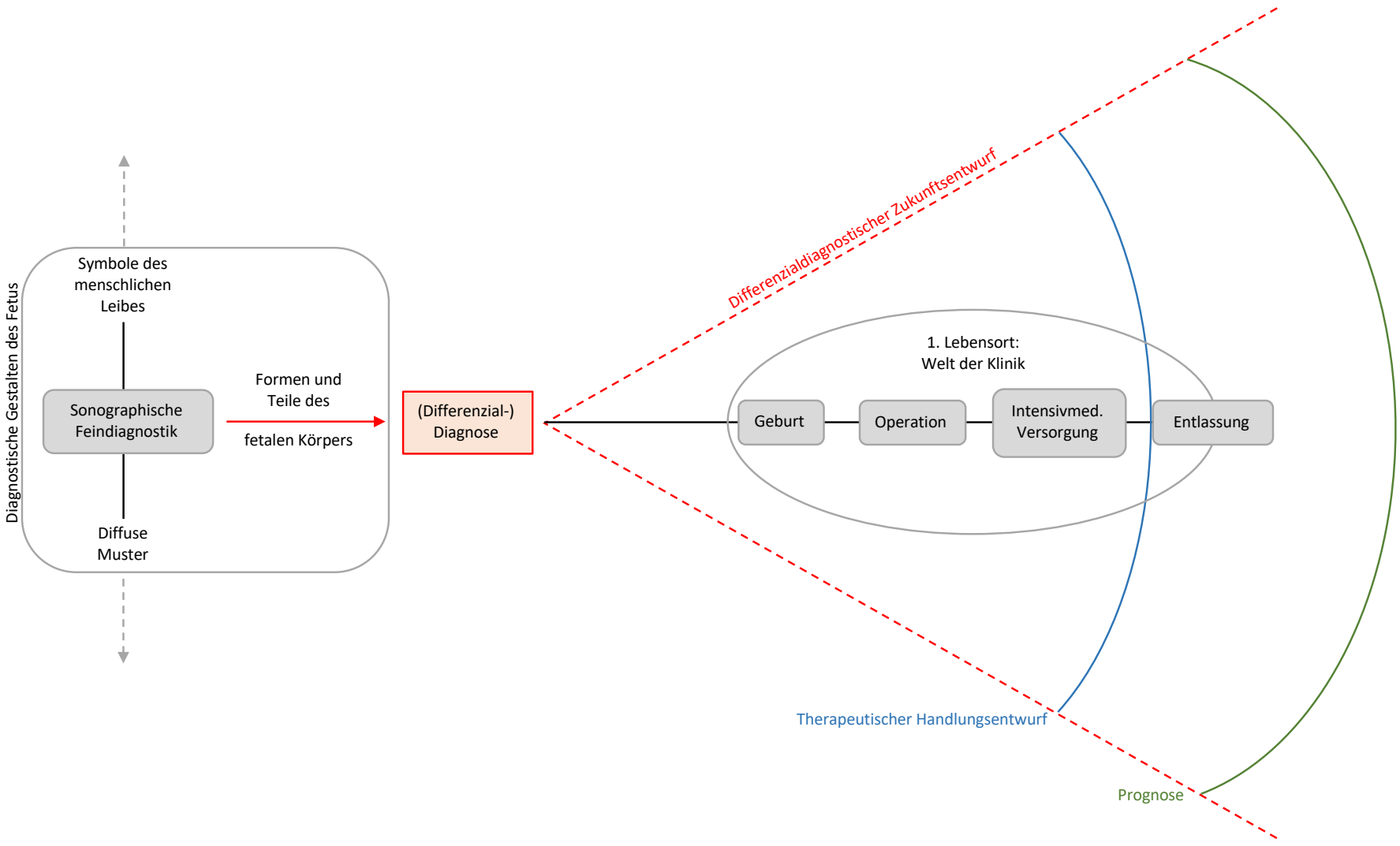


Abbildung 6: Entwürfe des Ungeborenen in der klinischen Situation (eigene Darstellung).

Die sonographische Untersuchung verläuft konsequent in den Bahnen eines diagnostischen Auslegungsschemas, das die Persönlichkeit des heranwachsenden Kindes nahezu vollständig auszuklammern vermag und stattdessen den fetalen Körper in diagnostisch handhabbare Partien gliedert, um sie analytisch bearbeiten zu können. Die Blickrichtung auf den Dritten zwischen den Polen von Körper und Person geht also vom Körper als thematisch relevantem Gegenstand aus den Weg in dessen inneren Horizont. Dies hat einerseits zur Folge, dass die visuellen Präsenzen des Ungeborenen für den Soziologen als medizinischen Laien nur begrenzt bestimmbar waren, andererseits schlägt sich der Fokus auf die konzentrierte interdisziplinäre Diagnostik in den drei Präsentationsweisen nieder, die aus den ethnographischen Beobachtungen rekonstruiert werden konnten. *Diffuse Muster, Formen und Teile des fetalen Körpers und Symbole des menschlichen Leibes* bilden dabei ein Kontinuum von der Abstraktion zur Konkretion des Dritten, ebenso wie von der Immanenz zur Transzendenz der klinischen Situation.

Die erste Präsentationsweise des Ungeborenen, die als *diffuse Muster* kategorisiert wurde, zeichnet sich durch ihre Unbestimmtheit aus. Ihr phänomenologischer Kern liegt, zumindest für den soziologischen Laien, aber vermutlich auch für die meisten Elternpaare, in einer Undurchschaubarkeit des Sichtbaren. In den fließenden Schlieren am Bildschirm hebt sich über weite Strecken keine Figur von einem Hintergrund ab, die als klares Thema zum Ausgangspunkt für komplexere Deutungen und Sinnzusammenhänge bezogen auf den Dritten werden könnte. Vielmehr bleibt nicht nur fraglich, ob sich hier jemand im Bild verkörpert, sondern ob, noch grundlegender, überhaupt etwas Bestimmtes, eine Entität, am Monitor zu sehen ist. Während die symbolträchtigen Bilder der dritten Präsentationsweise zeitweilig die Bahnen des diagnostischen Auslegungsschemas sprengen und die klinische Situation transzendieren, liefert die erste Präsentationsweise gleichsam gar nicht genug Auslegungsmaterial, um überhaupt bestimmende Deutungen zu entwickeln, die über die Erfahrung der Unbestimmbarkeit hinausgehen.

Die zweite Präsentationsweise *Formen und Teile des fetalen Körpers* stellt das Zentrum der Ultraschalluntersuchung dar. Sie nimmt die meiste Zeit in Anspruch und realisiert das diagnostische Auslegungsschema in geradezu idealtypischer Weise. Die verschiedenen Einstellungsoptionen am Ultraschallgerät sorgen zudem dafür, dass der ungeborene Körper hier selbst zum Bildraum wird, in dem verschiedene Orte angesteuert und aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden können. In der zweiten Präsentationsweise verläuft die Scheidelinie zwischen medizinischen und außermedizinischen Einblicken in die Situation nicht mehr auf der Ebene thematischer Relevanz, sondern auf der Ebene der Auslegungsrelevanz, auf der es darum geht, wie extensiv ein Thema mit zuhandenen Wissensbeständen interpretiert werden kann. In diesem Zusammenhang reichte die Bandbreite in den beobachteten Ultraschalluntersuchungen von unauffälligen Organen, die im Schnelldurchlauf abgehakt werden konnten, über gesicherte Auffälligkeiten, bis hin zu komplexen diagnostischen Fragen, die eingehend und diskursiv bearbeitet wurden, weil im Bild konkurrierende Anzeichen eine eindeutige Diagnose erschwerten. Die Entfaltung medizinischer Sinnzusammenhänge stieß in der zweiten Präsentationsweise, die wesentlich prägnantere Vorstellungen des Dritten generiert als die Erste, ihrerseits jedoch auch an spezifische

Grenzen. Diese betreffen zum einen die epistemischen Grenzen des bildgebenden Verfahrens selbst, die in den Bereich klinischer Routine fallen. Sie werden den Eltern häufig erläutert und als Problem veralltäglicht. Als Schattenseite der Wissensproduktion sind sie integraler Bestandteil der sonographischen Feindiagnostik und können unter Rückgriff auf bestehende Narrative ohne größeren Aufwand im Rahmen der diagnostischen Relevanzstrukturen thematisiert werden. Anders verhält es sich bei elterlichen Fragen während der Untersuchung. Sie erfordern in der Regel ein Ab-Setzen des medizinischen Deutungsschemas und ein neues An-Setzen in einer alltagsweltlich orientierten Form der Verständigung, wobei im Zuge dieser Bewegung Typisierungen eines Themas moduliert und die Komplexität von Wissens-elementen reduziert wird. Dieser Akt der Übersetzung ist wesentlich voraussetzungsvoller.

Die dritte Präsentationsweise *Symbole des menschlichen Leibes* ist gekennzeichnet durch ausdrucksstarke Bilder des Dritten an den Monitoren, die das Detektieren eines fetalen Körpers zeitweise umschlagen lassen in das Sich-Zeigen eines Kindes. In diesen Momenten schoss das Pathos der Erscheinung über die ordnenden Bahnen des diagnostischen Auslegungsschemas hinaus und rief begebnungsorientierte Interpretationen aller Beteiligten hervor, die sich nicht mehr auf den Körper, sondern auf die Persönlichkeit des Ungeborenen bezogen. Standen in der zweiten Präsentationsweise Formen und Teile des fetalen Körpers im Fokus, sind es in der Dritten vor allem Profilbilder, und in der Forscherwahrnehmung auch ein pumpendes Herz, die die Entität eines menschlichen Leibes bzw. des Lebendigen allgemein symbolisieren und dabei den Schwerpunkt innerhalb der Appräsentationsbeziehung von der wahrnehmbaren Darstellung hin zu den multiplen Verweisungszusammenhängen ihrer Bedeutung verschieben. Gleichwohl bleiben die Erscheinungen des Kindes in der dritten Präsentationsweise durchzogen von unauflösbaren Ambiguitäten. Sie verbleiben im Schwebezustand zwischen absoluter Anwesenheit und absoluter Abwesenheit. Darin ist jedoch kein Mangel an Bestimmtheit zu sehen, sondern ein Hinweis auf die transzendente Dimension der dritten Erscheinungsform. Sie führt in die Schwellenbereiche des Lebens, in denen weder wissenschaftliche Eindeutigkeit noch praktische Alltagsgewissheiten, sondern symbolische Verweisungen und Mehrdeutigkeiten vorherrschen. Erst auf diese Weise wird verständlich, dass das Kind zugleich als unmittelbar da und uneerreichbar weit weg erfahren werden kann und es in der Wirkung seines Erscheinens Widersprüche in sich vereint, ohne sie aufzulösen. Die Erkenntnisse aus der sonographischen Untersuchung wurden im anschließenden Gespräch zu einer diagnostischen Gestalt des zukünftigen Patienten zusammengeführt, deren innerer Horizont von der Morphologie der Fehlbildung gebildet wird, die an die Eltern gerichtete Erklärung der Art und Weise, warum sich ein Organ problematisch entwickelt, wie zum Beispiel der freiliegende Darm bei der Gastroschisis. Im äußeren Horizont der diagnostischen Gestalt befinden sich deren Assoziationswahrscheinlichkeit mit anderen Krankheitsbildern sowie Informationen zur Inzidenz, Prognose und der praktischen Erfahrung der Klinik in der Behandlung der festgestellten Fehlbildung.

Mit diesen Ergebnissen knüpft die vorliegende Arbeit an die Studie von Heimerl (2013) und an deren Frage an, wie im Zuge von Ultraschalluntersuchungen ein „epistemisch vager“ (ebd.: 7) Körper zu einer individuellen Person wird. Während sich hinsichtlich der Praxis des Schallens viele Beobachtungen aus der eigenen Ethnographie mit den Befunden Heimerls decken, zeichnen sich insbesondere an zwei Stellen jedoch auch grundlegende Unterschiede ab. Zum einen wurde im II. Teil dieser Arbeit aufgezeigt, dass die sonographische Feindiagnostik über weite Strecken in einem strikt diagnostischen Deutungsschema verläuft, das gerade von der (potenziellen) Persönlichkeit des ungeborenen Körpers abstrahiert, und nur in der dritten Präsentationsweise von symbolträchtigen Bildern kurzzeitig unterbrochen wird. Dadurch entstehen andere Ausdrucksgestalten des Ungeborenen in der Situation als in Heimerls Studie. Der zweite Unterschied betrifft zum anderen den stärkeren methodischen Fokus auf die Deutungsebene der sozialen Situation, mit dem die Gespräche zwischen Mediziner*innen und Eltern hier ausgewertet wurden. Anhand einer Sonographie vor dem Schwangerschaftsabbruch (ebd.: 253 ff.) setzt sich auch Heimerl in Ansätzen bereits mit der Thematik krisenhafter Schwangerschaftsverläufe auseinander, ihr Erkenntnisinteresse bleibt jedoch auf eine praxeologische Betrachtung von Ultraschallsprechstunden fokussiert. Vor diesem Hintergrund setzt diese Dissertation Heimerls Forschung im Feld interdisziplinärer Pränatalsprechstunden und mit einer stärker auf die Erfahrung dieser Situationen durch Elternpaare ausgerichteten Perspektive fort. Durch die klinisch geprägte Feindiagnostik zeigen sich des Weiteren noch einmal andere Facetten pränataler Sozialität, die im Diskurs um die sonographische Familialisierung des Ungeborenen leicht zu übersehen sind. Der von Säger (2010) konstatierte Prozess einer biomedizinischen Familialisierung des Fetus, in dessen Rahmen der Ultraschall mit einer „Steigerung der eigenen Erlebnisintensität“ (ebd.: 58) in Verbindung gebracht wird, trifft auf die hier untersuchten Pränatalsprechstunden nicht zu. Vielmehr sensibilisieren die Forschungsergebnisse des ethnographischen Teils dafür, dass bei medizinisch auffälligen Schwangerschaften im fortgeschrittenen Stadium der Diagnostik nicht mehr Vorstellungen von ‚Babyfernsehen‘ oder Eltern-Kind-Erlebnissen im Vordergrund stehen, sondern die medizinische Beurteilung des fetalen Körpers und die elterliche Sorge um die Erkrankung des Kindes.

Eine hinreichend abgesicherte Differenzialdiagnose im untersuchten Phänomen bildet ihrerseits die notwendige Voraussetzung, um davon ausgehend therapeutische und prognostische Verweisungszusammenhänge in die Zukunft auszuwerfen und einen prospektiv ausgerichteten Handlungsentwurf zu entwickeln, in dem die Geburt, die häufig kurz danach erfolgende Operation und die intensivmedizinische Versorgung des Neugeborenen auf der Neonatologie die richtungsweisenden Knotenpunkte darstellen. Im Rahmen der beobachteten Gespräche zwischen Ärzt*innen und Eltern hat sich die Geburt zum einen als Symbol für den Grad an zu erwartender Normalität bzw. Devianz am Lebensbeginn herauskristallisiert, zum anderen wurden in ihrem Kontext wie unter einem Brennglas die verschiedenen Relevanzkriterien im Arbeitsbündnis sichtbar. Ein Großteil der Kinder mit angeborenen Fehlbildungen kommt geplant per Kaiserschnitt zur Welt, teilweise korrelieren Fehlbildungen auch mit dem Risiko der Frühge-

burtlichkeit oder Kinder müssen früher ‚geholt‘ werden, wenn im Verlauf engmaschiger Kontrollen erkennbar wird, dass sich der organische Defekt im Mutterleib zu problematisch entwickelt. Bei leichten Anomalien, bei denen offen blieb, ob sie überhaupt eine Fehlbildung darstellen und ein therapeutischer Eingriff notwendig sein wird, zeigte sich in den Sprechstunden hingegen, dass hier eine Spontangeburt möglich ist und die Spielräume für die Geburt als Familiensituation wieder größer werden. Umgekehrt trat bei lebensbedrohlichen Diagnosen und relevanten, aber uneindeutigen Befunden zum Vorschein, dass hier das ganze Gewicht der Situationsbestimmung in die Zukunft verlagert werden muss und die Geburt auf diese Weise zur Offenbarungssituation wird. Im Spiegel der Geburt zeigten sich zudem die divergierenden Relevanzsysteme innerhalb des klinischen Arbeitsbündnisses. Für die medizinische Seite stellt das Entbinden eine mitunter sehr komplizierte Handlung dar, in der das Zusammenwirken der Fachdisziplinen reibungslos funktionieren muss, um zusätzlich zur Gesundheit der Gebärenden den vulnerablen Körper des Neonaten bestmöglich schützen und versorgen zu können. Demgegenüber wurde in einem Materialausschnitt deutlich, wie stark auf familialer Seite die Geburt mit dem reziproken und dyadischen Erleben zwischen Mutter und Kind verknüpft ist. Gegenüber der prozessorientierten medizinischen Ordnung stellten sie die Intimität und Selbstgenügsamkeit der Ankuft heraus, in dem nicht ein ‚Tun‘, sondern das ‚Sehen‘ die Existenz des neuen Familienmitglieds verbürgt. Interessanterweise relativierte sich diese Bedeutung der Geburt als gemeinschaftstiftendes Ritual in der Retrospektive. Aus den Erzählungen der Eltern wurde ersichtlich, dass die Entbindung primär als medizinisch gerahmte Situation erfahren wird und wegweisende Begegnungen sowohl davor als auch im weiteren Verlauf stattfinden.

Das handlungsbezogene Zentrum der medizinischen Perspektive stellen die avancierten operativen und intensivmedizinischen Therapien angeborener Fehlbildungen da, die in den letzten zwei Jahrzehnten sprunghafte Fortschritte gemacht haben, aber nach wie vor mit Risiken behaftet sind. Im Rahmen des Themas Behandlung wird das Kind als zukünftiger Patient entworfen und auf verschiedenen Wegen in die medizinische Welt integriert. Es wird zum Gegenüber neonatologischer, chirurgischer und gegebenenfalls weiterer Arzt-Patient-Beziehungen, sein Körper wird zum Handlungsfeld verschiedener klinischer Spezialist*innen und mit der stationären Aufnahme auf der Neugeborenenintensivstation wird in Grundzügen der erste Ort in der Welt für Kinder mit angeborenen Fehlbildungen sichtbar. Je nach Komplexität und Schwere der Diagnose können Therapien mehr oder weniger umfangreich und langandauernd ausfallen. Insbesondere mit Blick auf die Behandlung wird sichtbar, wie grundlegend die Sinnzusammenhänge pränataler Sozialität vom Bestimmtheitsgrad der Diagnose abhängig sind. Während sich bei einer behandelbaren Differenzialdiagnose ein konturierter Sinnhorizont der nahen Zukunft am Lebensbeginn entfaltet, in dem eine Geburt unter besonderen Umständen, eine kurz danach erfolgende Operation, die Zeit auf der Intensivstation und der schrittweise Weg zur Entlassung nach Hause die zentralen Knoten bilden, bleibt dieser Bedeutungsraum verschlossen, wenn das pränataldiagnostische Wissen aus unterschiedlichen Gründen unterhalb der Schwelle verbleibt, ab der von einem hinreichend bestimmten Thema (Diagnose) belastbare Motivationsrelevanzen (Therapie) abgeleitet werden können.

Sind die vorgeburtlich festgestellten Anomalien medizinisch zu unbedeutend, *müssen* keine Therapiestrategien entwickelt werden. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Entwicklung des Kindes bis auf die Geburt in einem Perinatalzentrum und einige Untersuchungen im Anschluss nicht grundlegend von einem unauffälligen Verlauf unterscheidet. Bei uneindeutigen und lebensbedrohlichen Befunden aus dem Ultraschall bleibt hingegen fraglich, welche Behandlungsansätze und ob diese überhaupt das Leben des Kindes zu retten vermögen. Hier *können* die Verweisungszusammenhänge in die Zukunft nicht entworfen und damit bis zu einem gewissen Grad ein ordnendes Netz in eine ungewisse und für Eltern sehr belastende Situation gewoben werden. In diesem Kontext wurde deutlich, wie die Vermittlung einer professionell sorgenden Haltung an die Stelle der Erläuterung konkreter medizinischer Handlungen in den Sprechstunden gerückt ist.

Wie der Entwurf eines Therapieplans sind auch begründete Erwartungen zur Prognose für das Kind abhängig von der Genauigkeit der diagnostischen Erkenntnisse. Im Unterschied zu den Behandlungen, die sich in der Regel über die ersten Lebenswochen und manchmal -Monate erstrecken, betrifft die Prognose die Frage nach den langfristigen Folgen der Fehlbildung für das Leben des Kindes insgesamt. Sie stellt dadurch den schwierigsten Bereich vorgeburtlicher Situationsauslegungen von professioneller Seite dar, zu dem häufig nur sehr begrenzt Aussagen getroffen werden können. In der vergleichenden Betrachtung der Gespräche über das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung lassen sich verschiedene Konstellationen von Diagnose und Prognose unterscheiden. Befunde, bei denen ein weitestgehend normaler Entwicklungsverlauf zu erwarten ist und das Themenfeld ‚Einschränkungen im Alltag‘ als unproblematisch im äußeren Horizont der Situation verbleibt. Davon zu unterscheiden sind Diagnosen, in deren Folge lebenspraktisch spürbare Defizite auftreten können. Lässt die Diagnose genauere Aussagen bezüglich möglicher gesundheitlicher Folgen zu, werden diese von den gesprächsführenden Mediziner*innen erläutert. In Fällen, in denen die diagnostische Situation hingegen nicht hinreichend klar ist, kann nur mitgeteilt werden, dass relevante Auffälligkeiten vorliegen, aber erst nach der Geburt genauer ersichtlich sein wird, welche Auswirkungen die pränatalen Befunde haben können. Bei schweren syndromalen Erkrankungen und infausten Diagnosen bilden hingegen nicht relative gesundheitliche Probleme den Mittelpunkt des Gesprächs, sondern die noch grundlegendere Frage, ob das Kind überhaupt lebensfähig sein wird. In derart existenziell offenen Situationen bleibt die Zukunft unbestimmbar.

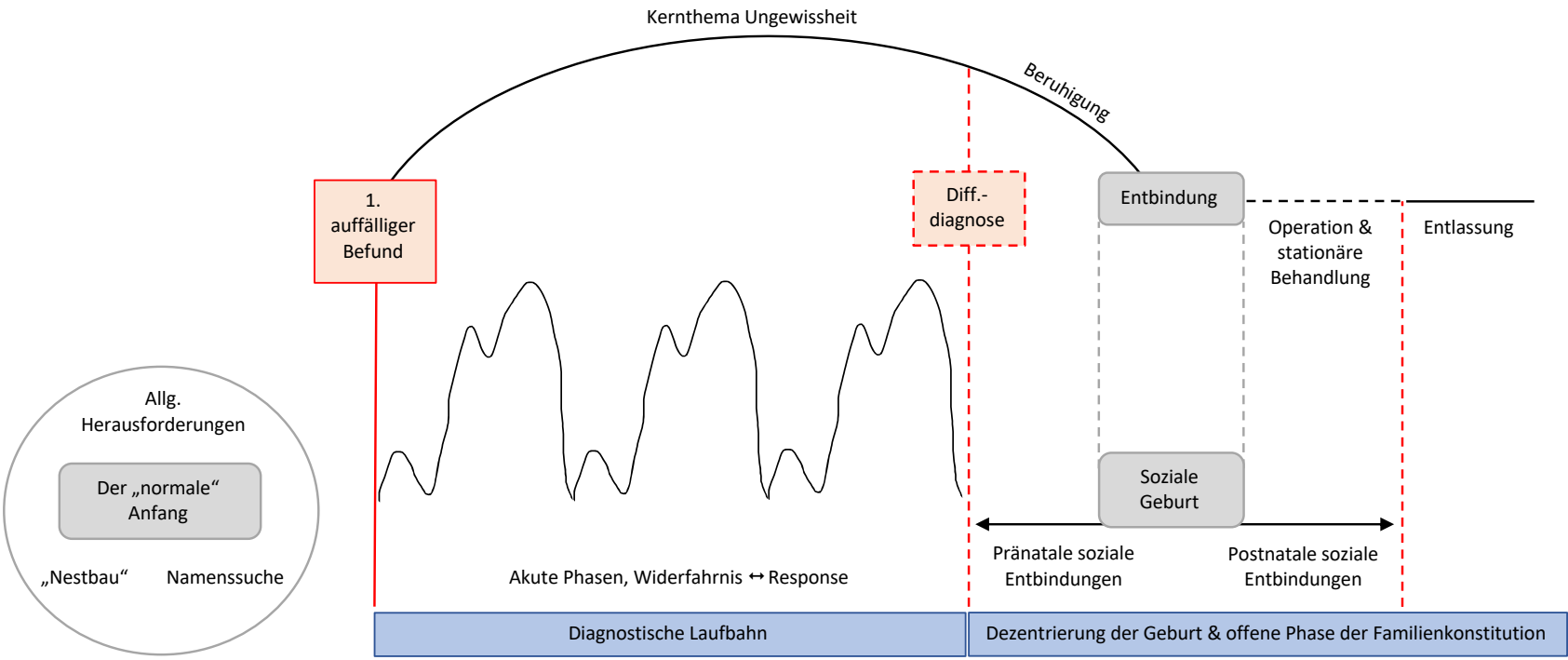
Im Verlauf der ethnographischen Betrachtung wurde herausgearbeitet, wie auf Basis der Fehlbildungsdiagnose ein Handlungsentwurf gebildet wird, der die ersten Lebenswochen des Kindes umspannt und sich in der Klinik als seiner ersten Lebenswelt abspielt. Der Entwurf bleibt indessen im Status einer fragilen Ordnung, da die einzelnen Handlungsschritte Kontingenzspielräume aufweisen – eine Operation kann glücken oder es kann zu Komplikationen kommen – und die Entwicklung des fetalen sowie neugeborenen Organismus ungeahnte Wendungen nehmen kann, sodass der ursprüngliche Entwurf unter Umständen korrigiert und Erwartungen neu ausgerichtet werden müssen. Er stellt den in die Zukunft

ausgerichteten Horizont der pränatalen Sozialität unter den Bedingungen einer diagnostizierten Fehlbildung beim Ungeborenen dar. Für die Medizin steht hier die Diagnose am Beginn des Handelns. Die Rekonstruktion der elterlichen Perspektive auf die Situation hat hingegen gezeigt, dass für sie bereits die ersten auffälligen Befunde einen radikalen Bruch in der Erfahrung auslösen, mit dem eine zuvor nicht in Frage gestellte Normalität zu Ende geht. Mit Blick auf das Diagnosegespräch liefert der ethnographische Teil dieser Arbeit einen Beitrag zum wissenssoziologischen Verständnis der konkreten Interaktions- und Kommunikationsprozesse zwischen Ärzt*innen und Eltern im Feld der pränatalen Fehlbildungsdiagnostik, die Bogner im Kontext seiner Forschung für die vorgeburtliche humangenetische Beratung explizit als Anschlussstelle ausgewiesen hat (Bogner 2005: 208). Das von Bogner (2013) anhand von Experteninterviews herausgearbeitete deliberative Ideal in der Beratungssituation erhält hier einen ganz konkreten empirischen Ausdruck und zeigt sich etwa im Zuge der Verständigung über schwierige Fragen im Horizont der Diagnose.

Den zweiten empirischen Zugang zum Phänomen stellte der diachrone Blick auf den Niederschlag der pränatalen Diagnose in der elterlichen Erfahrung dar. Hier wurden vier Fälle mit einem unterschiedlichen Schweregrad der medizinischen Befunde untersucht. Die Materialgrundlage dafür bildeten teilnarrative Interviews mit betroffenen Eltern, die einige Zeit nach der Geburt geführt und anschließend hermeneutisch analysiert wurden. Während auf dieser Basis einerseits die Erlebnisnähe zur Schwangerschaft nicht mehr gegeben war, konnten andererseits Aspekte ins Datenmaterial gelangen, die erst über die Zeit zu mitteilbaren Erfahrungen geworden sind. Mit dem normalen Anfang, dem ersten auffälligen Befund als Zäsur, der diagnostischen Laufbahn als Koordinatensystem der Schwangerschaftserfahrung und schließlich einer Divergenz zwischen physischer Entbindung und sozialer Geburt des Kindes konnten dabei bis zu einem gewissen Grad typische Züge der pränatalen Sozialität unter den Bedingungen einer Fehlbildungsdiagnose herausgearbeitet werden. Aufgrund des exemplarischen Charakters der Untersuchung und dem Umstand, dass ihr Erkenntnisinteresse darin lag, ein soziologisch bislang vernachlässigtes Feld der Gegenwartsgesellschaft in ersten Anläufen zu erschließen, müssen die Ergebnisse dieser Arbeit in zukünftigen Forschungen zum Gegenstand falsifiziert und weiterentwickelt werden. Mit Blick auf die elterliche Situation lassen sich die rekonstruierten Sinnzusammenhänge zu einem Erfahrungsbogen pränater Sozialität integrieren. Dieser kann dazu dienen, den von Hirschauer/Heimerl et al. (2014: 263) herausgearbeiteten Erwartungsbogen der sozialen Schwangerschaft weiterzudenken und an einzelnen Punkten zu kontrastieren. Gegenüber der relativen Kontinuität im Modell der Mainzer Forschungsgruppe, wurde in dieser Arbeit der erste auffällige Befund als radikaler Bruch sichtbar, der die Erfahrung in ein ‚davor‘ und ‚danach‘ spaltet. Mit ihm rücken die Sorgen um die Erkrankung des Kindes in den thematischen Kern des Geschehens, während Namenssuche, ‚Nestbau‘ und andere tradierte Dimensionen des sozialen Schwanger-Gehens in den Hintergrund rücken oder zunächst gänzlich zum Erliegen kommen. Auch die von den Autor*innen herausgearbeitete kommunikative Verbreitung der Schwangerschaft (ebd.: 259) als wichtige Schwelle wird von den dichter werdenden Befunden nachhaltig irritiert. Nicht zuletzt besteht eine entscheidende Differenz der Ergebnisse dieser Arbeit darin, dass

Hirschhauer/Heimerl et al. Ärzt*innen und Hebammen als „professionelle Erfüllungsgehilfen einer Schwangerschaft“ (ebd.: 272) an der Peripherie des Akteursfeldes ansiedeln, während Mediziner*innen in den hier untersuchten medizinisch komplizierten Schwangerschaften zu engen Vertrauten des Paares und richtungsweisenden Figuren im Schwangerschaftsverlauf werden können. Im Folgenden wird der Erfahrungsbogen pränataler Sozialität dargestellt (Abb. 7) und anhand der Forschungsergebnisse aus dem III. Teil in seinen einzelnen Facetten beschrieben:

Abbildung 7: Erfahrungsbogen pränataler Sozialität
(eigene Darstellung).



Auch Schwangerschaften mit einer Fehlbildungsdiagnose beim Ungeborenen erleben in aller Regel eine unauffällige Anfangsphase, die sich nicht grundsätzlich von anderen Schwangerschaften unterscheidet. Aus den Interviews wurde deutlich, dass hier etwa mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder dem Eintritt in die reguläre Schwangerschaftsvorsorge noch kollektiv geteilte Erfahrungsmuster des Schwanger-Seins in der Gegenwartsgesellschaft dominant sind und mit der Vorfreude, dem Einrichten des Kinderzimmers, der beginnenden Namenssuche und geschlechtsbezogenen Vorstellungen vom Kind typische Ausdrucksformen pränataler Sozialität zum tragen kommen, wie sie bereits von Hirschauer/Heimerl et al. 2014 herausgearbeitet wurden. Eine zentrale Einsicht der vorliegenden Studie besteht darin, dass diese Erfahrungen auch von den späteren krisenhaften Ereignissen nicht vollständig getilgt werden. Sie bleiben im elterlichen Erahrungshorizont erhalten, werden aufgrund der sich mit der Diagnose verschiebenden Maßstäbe jedoch entscheidend umgedeutet. Der unauffällige Anfang wird in diesem Zuge zum fremd gewordenen Ideal des ‚ganz Normalen‘, das durch die außerordentlichen Ereignisse im weiteren Verlauf der Schwangerschaft in unerreichbare Ferne rückt. Mit dem medizinischen Auffällig-Werden der Schwangerschaft transformiert sich deren thematisches Feld grundlegend. Die tradierten Formen pränataler Sozialität – z.B. die sonst durchaus relevante Frage nach dem Geschlecht des Kindes – sinken in den äußeren Horizont der Situation ab, während die Sorge um den Gesundheitszustand und mit ihr die Ungewissheit in den Kern des Geschehens rücken.

Der erste auffällige Befund bildet die zentrale Scheidelinie im Erfahrungshorizont aus Elternsicht, eine biographische Zäsur, mit der der normale Anfang abrupt zu Ende geht. Mit ihm wird die Ungewissheit als Kernthema schlagartig relevant, zugleich markiert er den Eintritt in eine fallspezifisch mehr oder weniger umfangreiche diagnostische Laufbahn, die sich zum Koordinatensystem der weiteren Schwangerschaftserfahrung entwickelt. An dieser Stelle liegt vielleicht der schärfste Kontrast zur medizinischen Perspektive auf die Situation. Während für die Professionellen mit den ersten Anomalien im Ultraschall die schrittweise Arbeit am Fall beginnt, artikulieren sie sich in den elterlichen Erzählungen als radikaler Bruch mit der bisherigen Wirklichkeit, mit dem das abstrakte Risiko jeder Schwangerschaft zur konkret erlittenen Gefahr wird. Der Umgang mit Ungewissheit wird in diesem Zusammenhang für werdende Eltern zum zentralen Thema im Horizont der sich herauskristallisierenden Diagnose. Hier decken sich die eigenen Forschungsergebnisse am ehesten mit den Befunden der dargestellten pflegewissenschaftlichen Dissertationen, in denen Adams Tucker (2016) ebenfalls die Zäsur des ersten auffälligen Befunds betont, Hedrick (1992) die Ambivalenz und Paradoxie als phänomenologischen Kern der Erfahrung Schwangerer rekonstruiert und Reyes (2014) die empirische Evidenz von Angst und Kontrollverlust bei wechselnden Diagnosen zeigt. Im analysierten Datenmaterial beginnt die Ungewissheit mit den ersten Irritationen, beherrscht die Schwangerschaft über weite Strecken und scheint erst wenige Wochen vor der Geburt wieder in den äußeren Horizont der Situation abzusinken. Wie wirkmächtig die Erfahrung von existenzieller Ungewissheit sein kann, zeigt sich zudem in dem Umstand, dass sie auch noch längere Zeit nach einer erfolgreichen Behandlung und der Entlassung des Kindes als erhöhte Alarmbereitschaft in Bezug auf jegliche Auffälligkeiten des Säuglings präsent bleiben kann. Phänomenologisch scheint

sich die Konfrontation mit dieser Kontingenz vor allem im Erleiden einer radikal offenen und ambivalenten Situation zu artikulieren. In zwei der untersuchten Fälle scheint sie auch zu einem gedehnten Zeiterleben bei den Eltern zu führen. Handlungsbezogen setzt die auferlegte Ungewissheit jedoch auch verschiedene Bewältigungsversuche in Gang. Im Material haben sich hier die Suche nach Zeugnissen von anderen Eltern aus ähnlichen Situationen, der eigene Wissenserwerb, aber auch die bewusste Verdrängung sowie das Einholen zweiter und dritter medizinischer Deutungen als besonders relevant gezeigt. Hier deuten sich „Strategien der [schwangeren] Frauen zur Ungewissheitsreduktion“ (Bogner 2013: 352) an, die von Bogner als Frage aufgeworfen werden und in zukünftigen Forschungen weiter ausgearbeitet werden müssen. Die in dieser Dissertation gewonnenen Erkenntnisse können im günstigen Fall einen empirischen Anstoß für weitergehende konzeptuelle Überlegungen bilden, um die in der senssoziologischen Auseinandersetzung mit der pränatalen Diagnostik bislang unterbelichtete Erfahrung von Ungewissheit durch Schwangere und Angehörige zu theoretisieren. Weiteren Forschungsbedarf in diesem Zusammenhang konstatieren auch (Lee et al. 2012), die in einer breit angelegten Sichtung medizinischer und psychologischer Fachliteratur zur Risikowahrnehmung von schwangeren Frauen im Rahmen von Hochrisikoschwangerschaften zu dem Schluss kommen: „It is recommended further research explore the sources from which women receive information about their pregnancies, and how they assess the quality of source and information. It would also be useful to investigate how women prioritize the many physical, psychological and social demands a high risk pregnancy can place on them“ (ebd.; 529).

Während die Ungewissheit als Grundthema die elterliche Erfahrung vom ersten auffälligen Befund bis kurz vor der Geburt wie ein Bogen überspannt, ist insbesondere das 2. Trimester geprägt von der diagnostischen Laufbahn der Schwangerschaft. Sie scheint zu einer Art Koordinatensystem der Schwangerschaftserfahrung zu werden, in dem Hoffnungen und Sorgen eng mit einzelnen Arztterminen verknüpft sind. In den Erzählungen offenbarte sie sich als akute Phase, die von hoher Ungewissheit, einem Pendeln zwischen Extremen und spezifischen Ambivalenzerfahrungen durchzogen ist. Mit dem zeitlichen Oszillieren zwischen Gegenwart und Zukunft, der virulent werdenden Frage nach dem Status der Beziehung zum ungeborenen Kind und dem Problem für Eltern, wie eine im sozialen Nahfeld bereits veröffentlichte Schwangerschaft nach den ersten Befunden wieder eingefangen werden kann, wurden hier drei typische Ambivalenzen rekonstruiert. Im Zuge der Diagnosegeschichte bewegt sich der familiäre Prozess des Eltern-Werdens zudem tief ins Feld der gegenwärtigen Pränatalmedizin hinein. Die Sinnzusammenhänge um das ungeborene Kind erweitern und verändern sich. Das Wissen um die Entwicklung und den Gesundheitszustand des Fetus wird umfangreicher und komplexer. Die professionellen Akteure, die die Schwangerschaft begleiten, vervielfältigen sich und das vertraute Verhältnis zu niedergelassenen Gynäkolog*innen wird von punktuellen Interaktionen mit zunehmend anonymen Experten abgelöst. Mit den erweiterten Verfahren der pränatalen Diagnostik wird die Schwangerschaft schließlich auch in andere institutionelle Kontexte und dazugehörige Atmosphären getragen, die sich in der Erfahrung widerspiegeln. In diesem Zuge lieferte das Datenmaterial auch Hinweise, wann aus elterlicher Sicht

eine professionelle Performance als hilfreich und wann diese als zusätzlich belastend erfahren wurde. Während insbesondere die Vermittlung eines konkreten Handlungsentwurfs und eine souveräne Haltung in der Untersuchungssituation als positiv von den befragten Paaren geschildert wurden, zeigte sich umgekehrt, wie schwerwiegend es sich auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken kann, wenn Eltern in einer Ausnahmesituation für sich auf der diffusen Seite des Arbeitsbündnisses keine hinreichende Resonanz erfahren. Im Angesicht existenzieller Entscheidungen, wie über die Fortsetzung oder den Abbruch der Schwangerschaft, treten sich nicht mehr nur Rollenträger gegenüber, sondern es wird auch eine dilemmatische Situation zwischen Personen verhandelt.

Komplementär zur Frage nach den entstehenden Vorstellungen vom Kind im Horizont der Diagnose lag ein besonderer Fokus auf der Untersuchung von möglichen grenzüberschreitenden Ereignissen im pränatalen Verlauf, auf die Schattenseite gelingender Sinnbildungen, an denen Bedeutungsabbrüche und nicht-anschlussfähiges Erleben in der elterlichen Erfahrung persistieren. In zwei von vier Fällen wurde ein derartiger Widerfahrnischarakter von den Interviewten angedeutet, während dies in den beiden anderen erhobenen Fällen nicht in gleichem Maße geschah. In diesem Zuge konnten mit dem Problem, in einer Ausnahmesituation trotzdem Entscheiden zu müssen, der Relevanz, mit den eigenen Erfahrungen gesellschaftlich nicht isoliert zu sein, dem Rekurs auf Deutungsmuster, wie das der Natur, um für sich eine sinnvolle Erklärung auf die eingetretene Krise finden zu können und schließlich mit dem Potenzial, dass eine deartige Krisenerfahrung für ein Paar auch zur Bewährungserfahrung werden kann, einzelne Themenstränge herausgearbeitet werden, die als Responsivitätsformen auf das Widerfahrnis der Diagnose verstanden werden können. Auf der Ebene des Erlebens wurden grenzüberschreitende Ereignisse in einzelnen Interviewpassagen als gedankliche Kaskaden zunehmend schrecklicher Szenarien beschrieben, die von konkreten Alltagssituationen mit Bezug zum Kind ausgelöst werden können und durch eine hohe Eigendynamik, Unkontrollierbarkeit und Unabschließbarkeit geprägt sind. In den Wochen vor der Geburt scheint dagegen wieder eine gewisse Ruhe in den elterlichen Erfahrungshaushalt einzukehren, wenn alle Entscheidungen getroffen sind und die Geburt abgewartet werden muss, in der sich erst der faktische Gesundheitszustand des Kindes zeigen wird.

Mit Blick auf die Geburt und die Schlaglichter im Material auf die erste Lebenszeit des Kindes wurden zwei zentrale Erkenntnisse gewonnen: Zum einen wurde der Erstkontakt zum Kind unmittelbar nach der Entbindung nicht derart als Schlüsselsituation in den elterlichen Erzählungen herausgestellt, wie zu Beginn des Forschungsprozesses angenommen. Auch das in einem Fall während der Pränatalsprechstunde deutlich gewordene familiäre Insistieren auf einer Begegnung im Rahmen der Geburt zeigte sich aus der Retrospektive in etwas anderem Licht. Während der Hochphase an Ungewissheit in der Schwangerschaft scheint die Interaktion mit dem Kind unmittelbar nach der Geburt als ein zentrales stabilisierendes Ritual zu fungieren, das gleichsam einen Rest an Normalität in einer aus der Ordnung geratenen Situation garantieren soll. Aus der nachträglichen Betrachtung der elterlichen Erfahrung zeigt sich hingegen, dass die wesentlichen Herausforderungen nicht in den häufig eingeschränkten Möglichkeiten des

Erstkontakts oder der Zeit des Wartens auf das Kind bis nach der Operation zu liegen scheinen, sondern vielmehr in den wiederholten Begegnungen und Trennungen in den ersten Lebenstagen auf der Intensivstation. Hier wurden die ersten gemeinsamen Familiensituationen teilweise trotz eines hoch resonanten klinischen Personals und einer guten Entwicklung des Kindes als Erfahrungen eigener Passivität und Hilflosigkeit geschildert und in einem Fall insbesondere auch die tägliche Trennung vom eigenen Kind über Nacht als sehr belastend beschrieben. Parallel dazu nahm die elterliche Zuversicht jedoch auch mit jedem gesundheitlichen Meilenstein des Kindes zu, sodass angesichts der stark klinisch geprägten ersten Lebenszeit hier eine Verzögerung der Familienkonstitution naheliegend ist, die unter Umständen in manchen Fällen auch erst nach der Entlassung des Kindes in den familialen Alltag erfolgt. Damit einhergehend ergaben sich aus dem Material einige Anhaltspunkte, die für eine Dezentralisierung der Geburt als Schlüsselsituation der sozialen Ankunft eines Kindes mit angeborenen Fehlbildungen sprechen. So wurde die Entbindung an sich durch die notwendigen klinischen Vorkehrungen als medizinisch gerahmte Situation beschrieben, die in den Erzählungen teilweise mit Angsterfahrungen verknüpft war und in der Formen familialer Reziprozität eine untergeordnete Rolle gespielt haben. Darüber hinaus wurde aus einem Fall mit infauster Diagnose für das Kind deutlich, wie sich hier die aktive Familienzeit in die Schwangerschaft vorverlagert hat. Zusammengenommen mit der oben beschriebenen verzögerten Familienkonstitution führen diese empirischen Befunde zur These einer Dezentralisierung der Geburt, in der die physische Entbindung eines Kindes und seine soziale Ankunft in der Welt zeitlich, räumlich und im Hinblick auf die dafür jeweils zentralen Handlungen, auseinanderfallen können. Damit ist fraglich, ob der Geburtsakt an sich im untersuchten Phänomen noch ein „Kristallisationspunkt für Prozesse des ‚doing family‘ ist“ (Villa/Moebius et al. 2011: 10), den die Autor*innen in Anlehnung an das familiensoziologische Konzept von Jurczyk/Lange et al. (2014) konstatieren. Ebenso sollte weiter untersucht werden, ob die Forschungsergebnisse aus einem Feld medizinisch komplizierter Schwangerschaften hier nicht auch auf darüber hinausgehende gesellschaftliche Entwicklungs- und Veränderungstendenzen beim Eintritt eines neuen Menschen in die Welt verweisen, über den stets auch kollektive Formen der Inklusion, Exklusion und mithin Grenzen reguliert werden. Diese und weitere Fragen können nur in zukünftigen Forschungen beantwortet werden.

Was bleibt am Ende der Dissertation als Resümee und als Ausblick? Ziel dieser qualitativ empirischen Studie war es, das bislang soziologisch unerforschte Feld von Schwangerschaften mit einer Fehlbildungsdiagnose beim Ungeborenen grundständig zu erschließen. Die Erkenntnisse, die im Zuge des Forschungsprozesses gewonnen werden konnten, wurden abschließend zu Grundzügen einer Situationstheorie pränataler Sozialität für Kinder mit diagnostizierten Fehlbildungen verdichtet. Im Verlauf der Ergebnisdarstellung aus der Analyse des empirischen Materials sind jedoch in den einzelnen Kapiteln der Teile II und III auch an vielen Punkten offen gebliebene Fragen sichtbar geworden, die im günstigen Fall einen Anstoß für weitere Forschungsaktivitäten geben mögen. Die Zusammenfassungen am Ende der meisten Kapitel können hier ganz pragmatisch dazu dienen, thematische Schwerpunkte etwa im

Bereich von Ungewissheitserfahrungen, der Interaktion zwischen Ärzt*innen und Eltern in der Pränataldiagnostik oder bezogen auf Fragen der Divergenz zwischen physischer Entbindung und sozialer Geburt eines Kindes zu setzen. Aus meiner Sicht wäre es in diesem Kontext gleichermaßen relevant, im Bereich Schwangerschaften mit pränataler Fehlbildungsdiagnose weiter in die Tiefe zu gehen wie die hier vorgestellten Ergebnisse mit Erkenntnissen aus der Untersuchung medizinisch anders auffälliger Schwangerschaften zu kontrastieren. Mögliche Ansatzpunkte dafür stellen u. a. das Feld der humangenetischen Pränataldiagnostik, problematisch verlaufende Mehrlingsschwangerschaften oder auch der weite Bereich assistierter Reproduktion dar.

Ein zweites Erkenntnisinteresse der Dissertation lag in konzeptionellen Vorarbeiten an einem heuristisch gehaltvollen Situationsbegriff für die mikrosoziologische empirische Forschung. Hier hat sich im Verlauf des Forschungsprozesses auf der einen Seite gezeigt, dass mit dem situationstheoretischen Zugriff auf das Phänomen vielschichtiger Erkenntnisse herausgearbeitet werden konnten, als dies rein auf Basis eines ethnographischen oder interviewbasierten Zugangs möglich gewesen wäre. Während in den klinischen Situationen die elterliche Sicht auf das Geschehen sich nur an einzelnen Stellen andeutete, wäre eine Rekonstruktion der medizinischen Verweisungszusammenhänge der Diagnose allein anhand der Elterngespräche kaum möglich gewesen. Auf der anderen Seite wurde jedoch im fortgeschrittenen Stadium des Projekts ebenso immer klarer ersichtlich, dass die theoretische Integration der Forschungsergebnisse aus einer Ethnographie medizinischer Untersuchungen und der hermeneutischen Rekonstruktion eines Erfahrungsprozesses ihrerseits an Grenzen stößt. Insbesondere hier sind weitere methodologische Arbeiten am situationsanalytischen Ansatz notwendig, vor allem auch hinsichtlich der Frage, wie und wieweit die Einheit einer Situation als heuristisches Konzept sinnvoll zu fassen ist und ob der in dieser Arbeit verfolgte Versuch, den Situationsbegriff zwischen Phänomenologie und Interaktionstheorie anzusiedeln, tatsächlich trägt. Die theoretischen Anknüpfungspunkte zwischen Schütz und Goffman erscheinen mir vielversprechend. Methodisch könnte eine Option darin bestehen, weitere ethnographische Erhebungen an neuralgischen Punkten des Prozesses durchzuführen, wie etwa während der Geburt oder danach auf der neonatologischen Intensivstation, um parallel zur Chronologie des Erfahrungsaufbaus auch den Entwicklungsprozess von Eltern im medizinischen Feld präziser abbilden zu können. Allein die genannten Situationen machen indes deutlich, dass sich die Soziologie in einem derartig sensiblen Feld unter forschungsethischen Gesichtspunkten gegenüber den Bedürfnissen von Paaren in einer sehr belastenden Situation und den Erfordernissen der klinischen Praxis prinzipiell reaktiv zu verhalten und im Zweifelsfall hinsichtlich der eigenen Erkenntnisinteressen zurückzustecken hat. Die vorliegende Studie hat dennoch gezeigt, dass auf der Basis einer vertrauensvollen interdisziplinären Kooperation und in der Zusammenarbeit mit Eltern, die bereit waren, ihre Erfahrungen zu teilen, empirische Forschungsarbeiten zu einem relevanten Phänomen der Gegenwartsgesellschaft entstehen können.

Literaturverzeichnis

- Adams Tucker, Janet (2016): The experience of the expectant mother following a diagnosis of a fetal anomaly. Univ. Diss. University of Alabama. Birmingham, Alabama
- Bahrtdt, Hans-Paul (1996): Grundformen sozialer Situation. München: Beck
- Blumer, Herbert (2013): Der methodologische Standort des Symbolischen Interaktionismus. In: Bude, Heinz (Hrsg.): Symbolischer Interaktionismus. Aufsätze zu einer Wissenschaft der Interpretation. Herbert Blumer. S. 63-140
- Bogner, Alexander (2005): Grenzpolitik der Experten. Vom Umgang mit Ungewissheit und Nichtwissen in pränataler Diagnostik und Beratung. Weilerswist: Velbrück
- Bogner, Alexander (2013): Das individualisierte Risiko und die Grenzen des Wissens. Ungewissheit und Gewissheitsäquivalente im Bereich der vorgeburtlichen Diagnostik. In: Peter, Claudia; Funcke, Dorett (Hrsg.): Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin, S. 341-366
- Borck, Cornelius (Hrsg.) (1996): Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle. Frankfurt a. M.: Fischer
- Böcker, Julia (2016a). Inwändig, unsichtbar, liminal. Ambivalenzen pränataler Verluste. In Jakoby, N. & Thönnies, M. (Hrsg.): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: Springer VS. S. 135-156
- Böcker, Julia (2016b): Frühe Tode. Verräumlichungen der Trauer um Ungeborene. In: Benkel, Thorsten: Die Zukunft des Todes. Heterotopien des Lebensendes. Bielefeld: Transcript. S. 317-338
- Breidenstein, Georg; Hirschauer, Stefan; Kalthoff, Herbert; Nieswand, Boris (2015): Ethnographie. Die Praxis der Feldforschung. Konstanz: UVK
- Bude, Heinz (Hrsg.) (2013): Symbolischer Interaktionismus. Aufsätze zu einer Wissenschaft der Interpretation. Herbert Blumer. Berlin: Suhrkamp. S. 63-140
- Clarke, Adele (2011): Von der Grounded-Theory-Methodologie zur Situationsanalyse. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.) Grounded Theory Reader. Wiesbaden. Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 207- 229
- Combe, Arno; Helsper, Werner (Hrsg.) (1996): Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Dörk, Uwe; Peter, Claudia (2013): Zum gesellschaftlichen Status tot- und fehlgeborener Kinder. Essen/Frankfurt am Main: Unveröffentl. Manuskript
- Drew, Paul; Wootton, Anthony (Hrsg.) (1988): Erving Goffman. Exploring the interaction order. Cambridge: Polity Press
- Duden, Barbara (2002): Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper. Hannover: Offizin-Verl.
- Duden, Barbara; Schlumbohm, Jürgen; Veith, Patrice (Hrsg.) (2002): Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17. - 20. Jahrhundert. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Eberle, Thomas (1991): Rahmenanalyse und Lebensweltanalyse. In: Hettlage, Robert; Lenz, Karl (Hrsg.): Erving Goffman. S. 157-210
- Endreß, Martin (2010): Verstehende Soziologie(n) und hermeneutische Tradition(en). In: Staudigl, Michael (Hrsg.): Alfred Schütz und die Hermeneutik. S. 13-46
- Feith, Dominik (2018a): Zur Relevanz von Grenzsituationen für die ethnographische Erfahrungsbildung. Diskutiert am Beispiel der Feldforschung in interdisziplinären Pränatalsprechstunden. In: Hitzler, Ronald; Klemm, Matthias et al. (Hrsg.): Herumschnüffeln - aufspüren - einfühlen. Ethnographie als 'hemdsärmelige' und reflexive Praxis. S. 395-405
- Feith, Dominik (2018b): Ultraschalldiagnostik als synästhetisches Phänomen. Überlegungen zur Kontextualität digitaler Wahrnehmungssphären am Beispiel bildgebender Verfahren in der modernen Medizin. In: Padenhauer, Michaela; Pofel, Angelika (Hrsg.): Wissensrelationen. Kongressband. S. 612-621
- Feith, Dominik; Peter, Claudia; Rehbock, Theda; Tiesmeyer, Karin (2020). Grenzsituationen. Qualitative Forschung zu existentiellen Krankheitserfahrungen und Therapieentscheidungen. In: Netzwerk Qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.). Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung. Weinheim: Beltz Juventa. S. 216-269
- Freud, Sigmund (2000): Studienausgabe, Band II. Die Traumdeutung. Frankfurt am Main: Fischer
- Funcke, Dorett (2013): Die anonyme Samenspende und ihre Folgen. Strategien des Umgangs mit Ungewissheit und Nichtwissen. In: Peter, Claudia; Funcke, Dorett (Hrsg.): Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin. S. 413-452
- Gabe, Jonathan; Olumide, Gilian; Bury, Michael (2004): 'It takes three to tango'. A framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. In: Social Science & Medicine Vol. 59, S. 1071-1079
- Garten, Lars; von der Hude, Kerstin (Hrsg.) (2014): Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Berlin: Springer Medizin
- Garten, Lars; von der Hude, Kerstin; Rösner, B.; Klapp, C.; Bühler, C. (2013): Familienzentrierte Sterbe- und individuelle Trauerbegleitung an einem Perinatalzentrum. In: Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie (217), S. 95-102
- Gasiorek-Wiens, Adam (2014): Stand der Medizin. Ultraschalldiagnostik, Pränataldiagnostik in der Praxis. In: Steger/Ehm et al. 2014, S. 7-34
- Geertz, Clifford (2012): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). Bundesanzeiger AT 23.11.2020 B3
- Gestrich, Andreas; Krause, Jens-Uwe; Mitterauer, Michael (2003): Geschichte der Familie. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag
- Geulen, Dieter (Hrsg.) (2004): Sozialisierungstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Goffman, Erving (1971a): Verhalten in sozialen Situationen. Strukturen und Regeln der Interaktion im öffentlichen Raum. Gütersloh: Bertelsmann Fachverlag
- Goffman, Erving (1971b): Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Goffman, Erving (1973a): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Goffman, Erving (1973b): Interaktion, Spass am Spiel, Rollendistanz. München: Piper

- Goffman, Erving (1974): *Das Individuum im sozialen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Goffman, Erving (1980): *Rahmen-Analyse: Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Goffman, Erving (1994): *Die Interaktionsordnung*. In: Knoblauch, Hubert (Hrsg.): *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt a.M.: Campus. S. 50-104
- Goffman, Erving (2003): *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper
- Gross, Peter; Honer, Anne (1990): *Multiple Elternschaften. Neue Reproduktionstechnologien, Individualisierungsprozesse und die Veränderung von Familienkonstellationen*. In: *Soziale Welt*, 41. Jahrg., Heft 1, S. 97-116
- Gugutzer, Robert (2017): *Leib und Situation. Zum Theorie- und Forschungsprogramm der Neophänomenologischen Soziologie*. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Heft 3, S. 147-166
- Halbwachs, Maurice (2008): *Das Gedächtnis und seine sozialen Bedingungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Hanses, Andreas; Sander, Kirsten (Hrsg.) (2012): *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hedrick, Jane (1992): *The lived experience of pregnancy while carrying a child with a known, non-lethal congenital abnormality*. Univ. Diss. University of Missouri-Kansas City. Kansas-City, Missouri
- Heimerl, Birgit (2013): *Die Ultraschallsprechstunde. Eine Ethnografie pränataldiagnostischer Situationen*. Univ. Diss. Bielefeld: Transcript
- Heinlein, Michal; Dimbath, Oliver (Hrsg.) (2020): *Katastrophen zwischen sozialem Erinnern und Vergessen: Zur Theorie und Empirie sozialer Katastrophengedächtnisse*. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Heintz, Bettina; Tyrell, Hartmann (Hrsg.) (2015): *„Interaktion, Organisation und Gesellschaft revisited“*. Anwendungen, Erweiterungen, Alternativen. *Zeitschrift für Soziologie, Sonderheft*. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Helfferrich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hettlage, Robert; Lenz, Karl (Hrsg.) (1991): *Erving Goffman: ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation*. Bern, Stuttgart: UTB
- Hildenbrand, Bruno (2005): *Fallrekonstruktive Familienforschung. Anleitungen für die Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Hirschauer, Stefan (1996): *Die Fabrikation des Körpers in der Chirurgie*. In: Borek, Cornelius (Hrsg.) *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle*. S. 86-121
- Hirschauer, Stefan (2001): *Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen: Zu einer Methodologie der Beschreibung*. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 30, Nr. 6, S. 429-451
- Hirschauer, Stefan; Amann, Klaus (Hrsg.) (1997): *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Hirschauer, Stefan; Heimerl, Birgit; Hoffmann, Anika; Hofmann, Peter (2014): *Soziologie der Schwangerschaft. Explorationen pränataler Sozialität*. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Hirschauer, Stefan (2015): *Intersituativität. Teleinteraktionen und Koaktivitäten jenseits von Mikro und Makro*. In: Heintz, Bettina; Tyrell, Hartmann (Hrsg.): *„Interaktion, Organisation und Gesellschaft revisited“*. Anwendungen, Erweiterungen, Alternativen. S. 109-133
- Hitzler, Ronald (1999): *Konsequenzen der Situationsdefinition. Auf dem Weg zu einer selbstreflexiven Wissenssoziologie*. In: Hitzler, Ronald; Reichertz, Jo et al. (Hrsg.): *Hermeneutische Wissenssoziologie*. Konstanz (UVK) 1999, S. 289-308
- Hitzler, Ronald (2011): *Ist da jemand? Über Appräsentationen bei Menschen im Zustand „Wachkoma“*. In: Keller, Reiner; Meuser, Michael (Hrsg.): *Körperwissen*. S. 69-84
- Hitzler, Ronald (2012): *Die rituelle Konstruktion der Person. Aspekte des Erlebens eines Menschen im sogenannten Wachkoma*. *Forum Qualitative Sozialforschung* 13(3), Art. 12 (<https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/34042>, zuletzt abgerufen am 08.09.2021)
- Hitzler, Ronald (Hrsg.) (2015): *Hermeneutik als Lebenspraxis. Ein Vorschlag von Hans-Georg Soeffner*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Hitzler, Ronald (2017): *Leben lassen – Sterben machen. Zum Umgang mit Menschen mit schwersten Hirnschädigungen*. In: Kahl, Antje/Knoblauch, Hubert/Weber, Tina (Hrsg.): *Transmortalität. Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft*. S. 170-194
- Hitzler, Ronald; Honer, Anne; Maeder, Christoph (Hrsg.) (1994): *Expertenwissen*. Opladen: Westdeutscher
- Hitzler, Ronald; Reichertz, Jo; Schröder, Norbert (Hrsg.) (1999): *Hermeneutische Wissenssoziologie. Standpunkte zur Theorie der Interpretation*. Konstanz: UVK
- Hitzler, Ronald; Eisewicht, Paul (2016): *Lebensweltanalytische Ethnographie – im Anschluss an Anne Honer*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Hitzler, Ronald; Klemm, Matthias; Kreher, Simone; Pofel, Angelika; Schröder, Norbert (Hrsg.) (2016): *Old School – New School? Zur Frage der Optimierung ethnographischer Datengenerierung*. Essen: Oldib-Verlag
- Hitzler, Ronald; Klemm, Matthias; Kreher, Simone; Pofel, Angelika; Schröder, Norbert (Hrsg.) (2018): *Herumschnüffeln - aufspüren - einfühlen. Ethnographie als 'hemdsärmelige' und reflexive Praxis*. Essen: Oldib
- Honer, Anne (1993): *Lebensweltliche Ethnographie. Ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen*. Wiesbaden: Springer
- Honer, Anne (1994a): *Qualitätskontrolle. Fortpflanzungsexperten bei der Arbeit*. In: Schröder, Norbert (Hrsg.): *Interpretative Sozialforschung*, S. 178-196
- Honer, Anne (1994b): *Die Produktion von Geduld und Vertrauen. Zur audiovisuellen Selbstdarstellung des Fortpflanzungsexperten*. In: Hitzler, Ronald; Honer, Anne; Maeder, Christoph (Hrsg.) *Expertenwissen*, S. 44-61
- Honer, Anne (2011): *Kleine Leiblichkeiten. Erkundungen in Lebenswelten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Jaspers, Karl (1953): *Philosophie II: Existenzerhellung*. München: Piper

- Jurczyk, Karin; Lange, Andreas; Thiessen, Barbara (Hrsg.) (2014): *Doing Family. Warum Familienleben heute nicht mehr selbstverständlich ist.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Kahl, Antje; Knoblauch, Hubert; Weber, Tina (Hrsg.) (2017): *Transmortalität. Organspende, Tod und tote Körper in der heutigen Gesellschaft.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Kahmann, Ulf (2001): *Trauerarbeit nach Totgeburt. Einfluss von Selbsthilfegruppen.* Univ. Diss. München, Technische Universität: Hochschulschrift
- Kelle, Helga; Ott, Marion (2012): *Interaktionsdynamiken in der Triade Kind-Eltern-Arzt in Kindervorsorgeuntersuchungen.* In: Hanses, Andreas; Sander, Kirsten (Hrsg.): *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis.* S. 89-106
- Keller, Reiner; Meuser, Michael (Hrsg.) (2011): *Körperwissen.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kellner, Hansfried; Heuberger, Frank (1999): *Die Einheit der Handlung als methodologisches Problem. Überlegungen zur Adäquanz wissenschaftlicher Modellbildung in der sinnverstehenden Soziologie.* In: Hitzler, Ronald; Reichertz Jo; Schröer, Norbert (Hrsg.): *Hermeneutische Wissenssoziologie.* S. 71-96
- Knoblauch, Hubert (Hrsg.) (1994): *Interaktion und Geschlecht.* Frankfurt a.M.: Campus
- Knoblauch, Hubert; Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.) (1999): *Todesnähe. Wissenschaftliche Zugänge zu einem außergewöhnlichen Phänomen.* Konstanz: UVK
- Kruse, Jan (2015): *Qualitative Interviewforschung: ein integrativer Ansatz.* Weinheim: Beltz Juventa
- Kurt, Ronald; Herbrink, Regine (2015): *„Wir müssen überlegen, wie es weitergeht ...“.* Die Sequenzanalyse als Methode der Sozialwissenschaftlichen Hermeneutik. In: Hitzler, Ronald (Hrsg.): *Hermeneutik als Lebenspraxis. Ein Vorschlag von Hans-Georg Soeffner.* S. 192-206
- Labouvie, Eva (1998): *Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt.* Univ. Habil. Schrift. Köln: Bohlau
- Lee, S., Ayers, S. & Holden, D. (2012). *Risk perception of women during high risk pregnancy. A systematic review.* In: *Health, Risk & Society*, 14, 511-531
- Liebsch, Katharina; Manz, Ulrike (Hrsg.): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld: Transcript
- Lindemann, Gesa (2002): *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin.* München: Fink
- Lindemann, Gesa (2003): *Beunruhigende Sicherheiten. Zur Genese des Hirntodkonzepts.* Konstanz: UVK
- Locock, L/ Alexander, J (2006): *„Just a bystander“? Men's place in the process of fetal screening and diagnosis.* In: *Social Science & Medicine.* Vol. 61, 1349-1359
- Loenhoff, Jens (Hrsg.) (2012): *Implizites Wissen. Epistemologische und handlungstheoretische Perspektiven.* Weilerswist: Velbrück Wissenschaft
- Loux, Françoise (1998): *Frauen, Männer und Tod in den Ritualen um die Geburt.* In: Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara et al. (1998): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte.* S. 50-67
- Löw, Martina (2001): *Raumsoziologie.* Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Luckmann, Thomas (1980): *Lebenswelt und Gesellschaft. Grundstrukturen und geschichtliche Wandlungen.* Paderborn [u.a.]: Schöningh
- Luhmann, Niklas. 1990. *Risiko und Gefahr.* Aulavorträge Hochschule St. Gallen. St. Gallen
- Maier, Rolf F.; Obladen, Michael (2017): *Neugeborenenintensivmedizin. Evidenz und Erfahrung.* Unter Mitarbeit von Brigitte Stiller. Berlin: Springer
- Manzei, Alexandra; Schneider, Werner (Hrsg.) (2006): *Transplantationsmedizin. Kulturelles Wissen und gesellschaftliche Praxis.* Münster: Agenda-Verlag
- Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.) (2011): *Grounded Theory Reader.* Wiesbaden: Imprint: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Meyer, Christian (2015): *„Metaphysik der Anwesenheit“.* Zur Universalitätsfähigkeit soziologischer Interaktionsbegriffe. In: Heintz, Bettina; Tyrell, Hartmann (Hrsg.): *Interaktion, Organisation und Gesellschaft revisited'. Anwendungen, Erweiterungen, Alternativen.* S. 321-345
- Mozygamba, Kati (2011): *Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung.* Bern: Huber
- Münkler, Herfried (Hrsg.) (1997): *Furcht und Faszination. Facetten der Fremdheit.* Berlin: Akad.-Verlag
- Nieder, Ludwig; Schneider, Werner (Hrsg.) (2007): *Die Grenzen des menschlichen Lebens. Lebensbeginn und Lebensende aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht.* Hamburg: Lit Verlag
- Oevermann, Ulrich (1996): *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns.* In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns.* S. 70-182
- Oevermann, Ulrich (2001): *Die Struktur sozialer Deutungsmuster – Versuch einer Aktualisierung.* Sozialer Sinn, Heft 1/2001. S. 35-81
- Oevermann, Ulrich (2002): *Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik (Manifest der objektiven hermeneutischen Sozialforschung).* Frankfurt am Main, Goethe-Universität. Online (<http://www.agoh.de/download/oeffentliche-texte.html>) zuletzt am 01.08.2021)
- Oevermann, Ulrich (2004): *Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung.* In: Geulen, Dieter (Hrsg.): *Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven.* S. 155-182
- Oevermann, Ulrich (2006): *Wissen, Glauben, Überzeugung. Ein Vorschlag zu einer Theorie des Wissens aus krisentheoretischer Perspektive.* In: Tänzler, Dirk (Hrsg.): *Neue Perspektiven der Wissenssoziologie.* S. 79-118
- Oevermann, Ulrich (2008): *'Krise und Routine' als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften,* Frankfurt am Main, Vorlesungsmanuskript (<http://www.agoh.de/download/oeffentliche-texte.html>), zuletzt abgerufen am 30.07.2021)
- Paul, Norbert (1996): *Der Hiatus theoreticus der modernen Medizin. Vom schwierigen Umgang mit Wissen in der humanmedizinischen Moderne.* In: Bork, Cornelius (Hrsg.): *Anatomien medizinischen Wissens. Medizin, Macht, Moleküle.* S. 171-200
- Peter, Claudia (2013): *Ungewissheiten in der ‚Ankunft‘ eines frühgeborenen Kindes: Wahrnehmungen der Beteiligten.* In: Peter, Claudia; Funcke, Dorett (Hrsg.): *Wissen an der Grenze,* S. 453–500

- Peter, Claudia (2018a): Ethnografische Beschreibungen als Praxis des Bezeugens. Zu ethnografischen Möglichkeiten, außeralltägliche oder außerordentliche Phänomene zu erforschen. In: Pfadenhauer, Michaela; Poferl, Angelika (Hrsg.): Wissensrelationen. Kongressband. S. 308-318
- Peter, Claudia (2018b): Ethnografie im Modus der Zeugenschaft. In: Hitzler, Ronald; Klemm, Matthias et al. (Hrsg.): Herumschnüffeln-aufspüren-einfühlen. Ethnographie als 'hemdsärmelige' und reflexive Praxis. Essen, S. 251-264
- Peter, Claudia (2021, i.E.): Verstehen und Verständigung in der Grundsituation nichtgeteilter Körperlichkeit. In: Keller, R; Meuser, M (Hrsg.): Die Körper der Anderen. Wiesbaden
- Peter, Claudia/Richter, Martin (2009): Chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter, in: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. S. 297-319
- Peter, Claudia; Funcke, Dorett (Hrsg.) (2013): Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin. Frankfurt am Main: Campus
- Pfadenhauer, Michaela; Poferl, Angelika (Hrsg.) (2018): Wissensrelationen. Beiträge und Debatten zum 2. Sektionskongress der Wissenssoziologie. Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Plessner, Helmuth (2003): Lachen und Weinen. Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens. In: Gesammelte Schriften in zehn Bänden. VII: Ausdruck und menschliche Natur. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Przyborski; Aglaja; Wohlrab-Sah, Monika (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg
- Queißer-Luft, Anette; Schlaefler, Klaus; Schicketanz, Karl-Heinz; Spranger, Jürgen (1994): Deutsches Ärzteblatt, 91 (47) A 747 - 750
- Queißer-Luft, Anette; Spranger, Jürgen (2006): Fehlbildungen bei Neugeborenen, Deutsches Ärzteblatt, 103 (38), A 2464-71
- Raab, Jürgen (2008): Erving Goffman. Konstanz: UVK
- Reitter, Anke; Schlößer, Rolf (2008): Perinatalmedizin in Fällen. Pränatale Diagnostik, Management und Beratung. Stuttgart, New York: Thieme
- Renn, Joachim (2006): Übersetzungsverhältnisse. Perspektiven einer pragmatistischen Gesellschaftstheorie. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft
- Reyes, Maria R. (2014): Women with correctable fetal anomaly participating in perinatal team counseling. An exploratory study. Univ. Diss. Chicago, Illinois
- Rost, Karin (2015): Wenn ein Kind nicht lebensfähig ist. Univ. Diss. Osnabrück
- Sadler, Thomas W. (2003): Medizinische Embryologie. Die normale menschliche Entwicklung und ihre Fehlbildungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Sänger, Eva (2010): „Einfach so mal schauen, was gerade los ist.“ Biosoziale Familialisierung in der Schwangerschaft. In: Liebsch, Katharina; Manz, Ulrike (Hrsg.): Leben mit den Lebenswissenschaften: wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt? S. 43-63
- Sänger, Eva; Dörr, Annalena; Scheunemann, Judith; Treusch, Patricia (2013): Embodying Schwangerschaft: pränatales Eltern-Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen. In: Gender: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 2013, Heft 1, S. 56-71
- Samerski, Silja; Henkel, Anna (2015): Responsibilisierende Entscheidungen. Strategien und Paradoxien des sozialen Umgangs mit probabilistischen Risiken am Beispiel der Medizin. In: Berliner Journal für Soziologie Heft 25, S. 83-110
- Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2009): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber
- Schlumbohm, Jürgen; Duden, Barbara; Gélis, Jacques; Veit, Patrice (Hrsg.) (1998): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte. München: Verlag C.H. Beck
- Schneider, Werner (1999): "So tot wie nötig - so lebendig wie möglich!": Sterben und Tod in der fortgeschrittenen Moderne. Eine Diskursanalyse der öffentlichen Diskussion um den Hirntod in Deutschland. Münster: Lit Verlag
- Schütz, Alfred (2003a). Über die mannigfaltigen Wirklichkeiten. In: Endreß, Martin, Srubar, Ilja (Hrsg.). Werkausgabe Teil Bd. V. Theorien der Lebenswelt I. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S. 177-248
- Schütz, Alfred (2003b): Symbol, Wirklichkeit und Gesellschaft. In: Knoblauch, Hubert; Kurt, Ronald; Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): Werkausgabe Teil Bd. V, Theorien der Lebenswelt II. Die kommunikative Ordnung der Lebenswelt. Konstanz: UVK. S. 117-220
- Schütz, Alfred (2004): Das Problem der Relevanz. In: Schütz, Alfred; List, Elisabeth (Hrsg.) (2004): Relevanz und Handeln 1. Zur Phänomenologie des Alltagswissens. Alfred Schütz Werkausgabe Band VI.I. Berlin: Herbert von Halem Verlag, S. 57 - 250
- Schütz, Alfred (2011) Der Fremde. Ein sozialpsychologischer Versuch. In: Sebald, Gerd; Göttlich, Andreas; Weyand, Jan (Hrsg.): Alfred Schütz Werkausgabe, Band VI.2. Relevanz und Handeln 2. Relevanz und Handeln. Gesellschaftliches Wissen und politisches Handeln. Konstanz, München: UVK Verlagsgesellschaft. S. 55-90
- Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas (Hrsg.) (2003): Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK
- Simmel, Georg (1999): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Soeffner, Hans-Georg (1999): Verstehende Soziologie und sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Die Rekonstruktion der gesellschaftlichen Konstruktion der Wirklichkeit. In: Hitzler, Ronald; Reichertz Jo; Schröer, Norbert (Hrsg.): Hermeneutische Wissenssoziologie. S. 39-50
- Soeffner, Hans-Georg (2004): Auslegung des Alltags – der Alltag der Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik. Konstanz: UVK
- Soeffner, Hans-Georg (2010): Symbolische Formung. Eine Soziologie des Symbols und des Rituals. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft
- Srubar, Ilja (1988): Kosmion. Die Genese der pragmatischen Lebenswelttheorie von Alfred Schütz und ihr anthropologischer Hintergrund. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Staudigl, Michael (Hrsg.) (2010): Alfred Schütz und die Hermeneutik. Konstanz: UVK
- Steger, Florian; Ehm, Simone; Tchirikov, Michael (2014): Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Strachota, Andrea (2006): Zwischen Hoffen und Bangen: Frauen und Männer berichten über ihre Erfahrungen mit pränataler Diagnostik. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag

- Strauss, Alexander (2004): Ultraschallpraxis. Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin [u.a.]: Springer-Verlag
- Strauss, Anselm (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink
- Strotmann, Marc; Peter, Claudia (2020): Die Katastrophe als Ereignis und als Narrativ. Heinlein, Michal; Dimbath, Oliver (Hrsg.): Katastrophen zwischen sozialem Erinnern und Vergessen: Zur Theorie und Empirie sozialer Katastrophengedächtnisse. S. 217-247
- Tänzler, Dirk (Hrsg.) (2006): Neue Perspektiven der Wissenssoziologie. Konstanz: UVK
- Thomas, William I.; Volkart, Edmund H. (Hrsg.) (1965): Person und Sozialverhalten. Neuwied am Rhein [u.a.]: Luchterhand
- Turner, Victor (2005): Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur. Frankfurt a. M.: Campus-Verlag
- Ulrich-Bochsler, Susi (1996): Anthropologische Befunde zu Frau und Kind in Mittelalter und Neuzeit unter besonderer Berücksichtigung der Stellung der Früh- und Neugeborenen. Univ. Diss., Philosophisch-Naturwissenschaftliche Fakultät, Universität Basel
- Van Gennep, Arnold (1999): Übergangsriten (Les rites de passage). Frankfurt a. M.: Campus Verlag
- Villa, Paula-Irene; Moebius, Stefan; Thiessen, Barbara (Hrsg.) (2011): Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt a. M.: Campus Verlag
- Waldenfels, Bernhard (1987): Ordnung im Zwielficht. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Waldenfels, Bernhard (1994): Antwortregister, Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Waldenfels, Bernhard (1997): Phänomenologie des Eigenen und des Fremden. In: Münkler, Herfried (Hrsg.): Furcht und Faszination. Facetten der Fremdheit. Berlin: Akad.-Verlag, S. 65-84
- Waldenfels, Bernhard (1999): Vielstimmigkeit der Rede. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Waldenfels, Bernhard (2000): Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Waldenfels, Bernhard (2002): Bruchlinien der Erfahrung: Phänomenologie, Psychoanalyse, Phänomenotechnik. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Waldenfels, Bernhard (2012): Hyperphänomene. Modi hyperbolischer Erfahrung, Berlin: Suhrkamp
- Waldenfels, Bernhard (2015): Sozialität und Alterität. Modi sozialer Erfahrung. Berlin: Suhrkamp
- Wassermann, Kirsten; Rohde, Anke (2009): Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung: Aus der Praxis für die Praxis. Stuttgart: Schattauer
- Weber, Max (1988): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Herausgegeben von Johannes Winckelmann. Tübingen: Mohr Siebeck
- Wernet, Andreas (2009): Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Wessel, L. M., Fuchs, J & Rolle, U. (2015). Korrektur angeborener Fehlbildungen in der Kinderchirurgie. Behandlung von Zwerchfellhernie, Ösophagusatresie und Dünndarmatresien. Deutsches Ärzteblatt, 2015, Jg. 112, H. 20
- Wieland, Wolfgang (1975): Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin [u.a.]: de Gruyter
- Willems, Herbert (1997): Rahmen und Habitus: zum theoretischen und methodischen Ansatz Erving Goffmans. Vergleiche, Anschlüsse und Anwendungen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Wehling, Peter (2006): Im Schatten des Wissens? Perspektiven der Soziologie des Nicht-Wissens. Konstanz: UVK
- Wewetzer, Christa (Hrsg.) (2008): Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts. Frankfurt am Main [u.a.]: Campus-Verlag
- Ziemann, Andreas (Hrsg.) (2013): Offene Ordnung? Philosophie und Soziologie der Situation. Wiesbaden: Springer VS

Internetquellen:

- https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en (zuletzt abgerufen am 04.07.2021)
- <http://www.icbdsr.org/resources/annual-report/> (zuletzt abgerufen am 04.07.2021)
- <http://www.angeborene-fehlbildungen.com/> (zuletzt abgerufen am 04.07.2021)
- <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/> (zuletzt abgerufen am 24.05.2021)
- <https://www.degum.de/sektionen/gynaekologie-geburtshilfe/mehrstufigenkonzept-zertifizierung.html> (zuletzt abgerufen am 24.05.2021)

Anhang

Transkriptionslegende

1. Sämtliche Realnamen und Orte wurden pseudonymisiert bzw. anonymisiert.
2. Sprachlich in die Länge gezogene Worte wurden durch Doppelpunkte markiert (laaa::nge).
3. Betont gesprochene Worte oder Silben wurden durch **Fettungen** gekennzeichnet.
4. Markante und auf der Audioaufnahme hörbare leibliche Ausdrucksformen wie bspw. Lachen oder tiefes Ein- und Ausatmen wurden an der entsprechenden Stelle in Klammern eingefügt (atmet ein) (lacht).
5. Ab- oder unterbrochene Worte wurden an entsprechender Stelle durch einen Bindestrich beendet (ich habe ges-).
6. Passagen, die in der Audioaufnahme nicht zu verstehen und daher nicht zu transkribieren sind, wurden im Text an der entsprechenden Stelle als unverständlich (uv) angegeben.
7. Sprechpausen wurden durch Angabe ihrer Dauer in Klammern eingefügt. (.) = 0,5 Sekunden, (..) = 1 Sekunde, (...) = 1,5 Sekunden. Ab zwei Sekunden wird die Dauer der Pausen numerisch angegeben.
8. Gleichzeitiges Sprechen wurde durch zwei Querstriche // jeweils zu Beginn und am Ende des jeweiligen Einschubs im Text kenntlich gemacht (// I: mhm //).