

Vergnügen, Angst und Routine

Ultraschallscreenings als Einstieg in die Zugzwänge pränataler Diagnostik

Eva Sänger

Beitrag zur Ad-hoc-Gruppe »Medizinisch-Ethisches Entscheiden am Lebensanfang zwischen Routinen und Krisen« – organisiert von Katja Schaeffer, Sarah Maria Busing und Gesa Lindemann

Schwangerschaften gelten – insbesondere seit dem Einzug des Risikokonzepts in die Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe (Lindner 2010) – als beobachtungs- und kontrollbedürftige korpeliche Vorgänge (Katz-Rothman 1989; Schindele 1995; Beck-Gernsheim 1996; Pieper 1998; Brockmann, Reichard 2000; Samerski 2002; Baumgärtner, Stahl 2005; Brandl 2007; Baumgärtner, Rahden 2010; Rose, Schmied-Knittel 2011). Barbara Duden kritisierte die mit dem ärztlichen Schwangerschaftsultraschall einhergehende Entkopplung Schwangerer von ihren haptischen Wahrnehmungsmöglichkeiten prägnant als »Entkörperung« Schwangerer. Technologisch vermittelte Wahrnehmung ersetze weitgehend den Tast-, Geruchs-, Geschmacks- und Spürsinn und Schwangerschaft werde zu einem dienstleistungs- und technologisch vermittelten Phänomen (Duden 2002; Duden 2007). Aus gouvernementalitatstheoretischer Perspektive wurde herausgearbeitet, dass die Inanspruchnahme von pränataldiagnostischen Maßnahmen mit einer spezifischen Wirklichkeitsproduktion einhergeht. Die Maßnahmen, mit denen Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen des Ungeborenen identifiziert werden, versprechen »Sicherheit« und den Ausschluss von Risiken. Die Inanspruchnahme dieser Maßnahmen gilt als vernünftig und verantwortlich – das individuelle Verhalten ist orientiert an der Sicherheitsfiktion und der Risikoklassifikation der Medizin, was Anne Waldschmidt als »Regierung durch Risiko« (Waldschmidt 2002) bezeichnete. Neben diesen medikalisierungskritischen und gouvernementalitatstheoretischen Arbeiten weisen jüngere Studien auch auf die nichtmedizinische, soziale Bedeutung der Ultraschallbilder für Schwangere hin. Dorothea Tegethoff rekonstruiert, wie und ob innere Bilder, die schwangere Frauen von ihren ungeborenen Kindern entwickeln, durch Ultraschallbilder beeinflusst werden (Tegethoff 2011). Kati Mozygemba zeigt auf, dass Ultraschalluntersuchungen aus der Schwangerenperspektive der Herstellung von Sicherheit über die Gesundheit des Ungeborenen dienen, aber auch als »externe Vergegenstandlichungshilfe« (Mozygemba 2011: 172) für die Konkretisierung von Vorstellungen über das Kind fungieren und entscheidend für die

Auseinandersetzung von Schwangeren mit der Mutterrolle beim Durchlaufen der Statuspassage Schwangerschaft sind. Mozygamba zufolge kommt es zu einer »Umnutzung der Technik« (Mozygamba 2011: 344) und zur Umnutzung eines »eigentlich diagnostischen Instruments« (Mozygamba 2011: 344) durch Schwangere. Cornelia Schadler rekonstruiert die sozialen Praktiken, aus denen der Übergang zur Elternschaft besteht, und analysiert, wie elterliche Subjekte in diesen Praktiken figuriert werden. Sie zeigt auf, dass durch Ultraschalluntersuchungen Evidenz über die Schwangerschaft erzeugt und eine Schwangerschaft als »vorhanden« klassifiziert wird, und dass in diesen Praktiken die »Normalität« des Ungeborenen hergestellt und Schwangere und ihre Partner als »entspannte« Eltern (Schadler 2013: 145) figuriert werden. In methodologischer Hinsicht ist festzuhalten, dass diese Studien offen lassen, wie sich die visuelle Wissensproduktion bei Ultraschalluntersuchungen *in situ* vollzieht. Diese methodische Lücke schließt Birgit Heimerls ethnografische Studie, welche auf einer teilnehmenden Beobachtung in einer gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung einer Klinik beruht. Unter analytischer Absetzung von der alltagsweltlichen Gleichsetzung von Kind und Bildschirm rekonstruiert Heimerl, wie Ärzt/-innen sonoanatomisches, anatomisch-topografisches und taktiles Wissen während des Schallvorgangs anwenden, und wie die visuellen und numerischen Spuren, die den ungeborenen Körper artikulieren, im Verlauf des Schallvorgangs stabiler werden. Im Situationsverlauf pränataldiagnostischer sonografischer Untersuchungen findet Heimerl zufolge ein »körperkonstituierendes ›Body Building« (Heimerl 2013: 331) statt und die epistemische Vagheit des ungeborenen Körpers wird durch die Integration visueller und numerischer Spuren in eine konkrete Körpergestalt überführt. Sie zeigt, dass Sonografieren, aufgefasst als Körperpraxis, durch den Einsatz von deiktischen, technisch unterstützten und manuellen Zeigepraktiken, ein »Anschauung erzeugendes Sehen« (Heimerl 2013: 331) ermöglicht, welches die differente Sehweise zwischen »Laienteilnehmern« (Heimerl 2013: 163) – also Schwangeren und ihre Partner – und Ärzt/-innen ausgleiche. Heimerls Studie fokussiert insbesondere auf die Perspektive der Ärzt/-innen und ihr praktisches Wissen und sie beobachtet eine institutionell bereits in hohem Ausmaß »klinisch« vorstrukturierte Situation. Die Ultraschalluntersuchung in einer Klinik ist dadurch gekennzeichnet, dass Schwangere mit einem abzuklärenden auffälligen Befund von niedergelassenen Ärzt/-innen überwiesen werden, oder, dass es sich um eine medizinisch indizierte, differenzialdiagnostische pränataldiagnostische Untersuchung handelt.

Ich möchte in meinem Beitrag auf die situative Adressierung von Schwangeren während Ultraschalluntersuchungen im Rahmen der *roulinemäßig* durchgeführten ärztlichen Schwangerenvorsorge¹ eingehen. Diese Ultraschalluntersuchungen werden *vorsorglich*, das heißt ohne konkreten klinischen Verdacht auf das Vorliegen einer spezifischen Gefährdung der Schwangeren oder einer spezifischen Entwicklungsstörung des Ungeborenen durchgeführt. So erhält jede Schwangere, die die ärztliche Schwangerenvorsorge in Anspruch nimmt, mindestens drei Ultraschalluntersuchungen.² Ich führe aus, dass diese medizinischen Untersuchungen auch unterhal-

1 Nach den Mutterschafts-Richtlinien sind etwa zehn Vorsorgetermine vorgesehen. Die Ärztin führt diese etwa alle vier Wochen durch, ab der 32. Schwangerschaftswoche alle vierzehn Tage, und wenn der Entbindungstermin überschritten ist, mindestens zweimal wöchentlich.

2 Circa zwei Drittel aller schwangeren Frauen erhalten faktisch drei bis fünf Ultraschalluntersuchungen während des Schwangerschaftsverlaufs, 22 Prozent mehr als fünf und selbst bei schwangeren Frauen, die nicht als Risi-

tende Aspekte aufweisen, und die Untersuchungssituationen ein »vergnügliches« Subjektivierungsangebot enthalten. In dem DFG-Forschungsprojekt *Enacting Pregnancy. Ultraschallbilder in der pränatalen Diagnostik* habe ich aus praxeologischer und machtanalytischer Perspektive (Schatzki 1996; Mol 2002; Reckwitz 2003; Ott, Wrana 2010; Saar 2013) untersucht welche Bedeutung die Praktiken der Sichtbarmachung des Ungeborenen für den verkörperten Übergang zur Elternschaft haben. Materialgrundlage waren 60 Beobachtungsprotokolle von Ultraschalluntersuchungen bei fünf niedergelassenen Frauenärzt/-innen, knapp 50 Nachgespräche mit den Schwangeren und ihren Partnern über ihre unmittelbaren Eindrücke nach der Untersuchung, 13 themenzentrierte Interviews mit Schwangeren sowie fünf Expert/-inneninterviews mit Ärzt/-innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Konzeptionell bin ich in Anlehnung an die Wissenschaftsforscherin Regula Valerie Burri davon ausgegangen, dass Visualität bildpraktisch erzeugt wird, also Ultraschalluntersuchungen nichts »abbilden« sondern das, was sie zeigen praktisch hervorgebracht wird (Burri 2008). Mit Bezug auf Karin Knorr-Cetina fasse ich das, was in der Untersuchungssituation sichtbar gemacht wird, als epistemisches Objekt auf, dem Wissens- und Gefühlsanstrengungen gelten. Karin Knorr-Cetina zufolge sind die Objekte, denen in natur- und lebenswissenschaftlichen Laboren Wissensanstrengungen gelten, durch Unbestimmtheit und Entfaltbarkeit gekennzeichnet, und sie sind untrennbar mit den materialen Praktiken ihrer Herstellung verbunden. Sie argumentiert, dass – gerade weil Wissensobjekte entfaltbar und quasi unerreichbar sind – man Substitute und Repräsentationen antreffe, die einen »Objektmangel« (Knorr-Cetina 1998: 100) verdecken. Diesem Mangel auf der Seite des Subjekts, das zu dem Objekt in einer Wissensbezogenheit stehe, korrespondiere »eine Struktur des Wünschens/Wollens« (Knorr-Cetina 1998: 99). Wenngleich Ärzt/-innen – im Unterschied zu experimentell arbeitenden Naturwissenschaftler/-innen – Wissen *handlungspraktisch* anwenden und Wissensbestände der wissenschaftlichen Disziplinen »auf die Bearbeitung personaler Probleme des Klienten engführen« (Stichweh 2013: 254), lassen sich die Ultraschalluntersuchungen in der Geburtshilfe als Wissenspraktiken auffassen, die epistemische Objekte hervorbringen. Ungeborene existieren nicht »an sich«, sondern werden situativ als Wissens- und Begehrensobjekte enaktiert.

Im Folgenden werde ich erstens kurz rekapitulieren, welche Zugzwänge durch die Inanspruchnahme medizinischer Schwangerenvorsorge und pränataler Diagnostik für Schwangere entstehen können. Zweitens werde ich auf der Basis meiner ethnografischen Forschung exemplarisch ausführen, wie die Situation der Bildherstellung zum vergnüglichen familiären Ereignis gemacht wird und wie das Ungeborene im Zuge von Visualisierungspraktiken als ein elterliches Begehrens- und Gefühlsubjekt enaktiert wird. Im Fazit werde ich diskutieren, inwieweit auch diese unterhaltenden Aspekte der Ultraschalluntersuchungen dazu beitragen, dass Schwangere in die Zugzwänge pränataler Diagnostik verstrickt werden.

koschwangere gelten, sind es 18 Prozent, die mehr als sechs Ultraschalluntersuchungen erhalten (BQS, Bundesauswertung, 17.11.2015, <http://www.bqs-outcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/ geburtshilfe/ buaw>). Dass viele Frauen wesentlich mehr als drei Routineultraschalluntersuchungen erhalten konnte auch im Forschungsprojekt bestätigt werden. Wie aus den Interviews und Beobachtungen hervorging, bieten viele Frauenärzt/-innen Ultraschalluntersuchungen als selbst zu zahlende individuelle Gesundheitsleistungen an.

Zugzwänge pränataler Diagnostik

Medizinische Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und pränatale Diagnostik zeichnen sich durch eine »antizipatorische« (Adams et al. 2009) Logik aus. So ist die medizinische Schwangerenvorsorge *präventiv*, das heißt es geht darum so *früh wie möglich* Auffälligkeiten bezüglich des körperlichen Zustands der Schwangeren und Auffälligkeiten des Wachstums und der Entwicklung des Ungeborenen erkennen zu können. Zudem ist die Schwangerenvorsorge – wie bereits erwähnt – *risikoorientiert*. Schwangerschaften gelten als beobachtungs- und kontrollbedürftige körperliche Vorgänge, Frauenärzt/-innen kontrollieren regelmäßig, ob Auffälligkeiten vorliegen und nahezu 70 Prozent aller Schwangeren werden als Risikoschwangere klassifiziert. Die pränatale Diagnostik wird insbesondere schwangeren Frauen angeboten, die als Risikoschwangere klassifiziert sind und sie wird in spezifischen Zeitfenstern durchgeführt. Zugzwänge entstehen durch ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren: Die medizinische Schwangerenvorsorge und pränatale Diagnostik verspricht und verschafft Sicherheit und Beruhigung – solange kein auffälliger Befund festgestellt wird. Zugleich erzeugt die mit dem Angebot der pränatalen Diagnostik einhergehende Annahme, dass »etwas« sein könnte ebenso wie das Vorhandensein auffälliger Befunde *iatrogene* Ängste, die dann im Horizont der medizinischen Sicherheitsfiktion weiter abgeklärt werden müssen, bzw. nur durch weitere medizinisch-technische Kontrollen in Schach zu halten sind (Beck-Gernsheim 1996). Marianne Pieper spricht von einer »bedrückenden, geradezu kafkaesk anmutenden Diagnose-Angst-Diagnose-Spirale« (Pieper 1998: 244). Hinzu kommt die Paradoxie, dass den ausgefeilten Diagnoseverfahren bis auf wenige Ausnahmen keine Therapien gegenüberstehen, sondern nur der selektive Schwangerschaftsabbruch. Die medizinische Schwangerschaftsvorsorge und pränatale Diagnostik ist durch eine implizite Selektionslogik gekennzeichnet (Köbsell 1992; Waldschmidt 1999; Gammeltoft, Wahlberg 2014).

Ultraschalluntersuchungen als vergnügliche Ereignisse

Die drei routinemäßig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerenvorsorge haben die Aufgabe den Sitz des Embryo in der Gebärmutter und das Schwangerschaftsalter zu bestimmen, die Versorgung des Fötus durch die Plazenta zu kontrollieren, das Wachstum zu überprüfen, indem biometrische Messungen vorgenommen werden, und Anzeichen für Frühgeburtlichkeit zu erkennen (Merz 2002: 9ff.). Zunächst ist festzuhalten, dass die Risikoorientierung – also die Suche nach Auffälligkeiten – den primären Rahmen jedweder Routineultraschalluntersuchung bildet. Zugleich enthalten die Untersuchungssituationen nichtmedizinisch gerahmte, dem Vergnügen der Schwangeren und ihrer Begleitperson dienende Episoden. Ich möchte dies anhand meines ethnografischen Materials in Bezug auf drei Aspekte ausführen: Erstens auf die Rahmung der Untersuchungsuntersituation als eine familienbezogene Angelegenheit, zweitens in Bezug auf die Sichtbarmachung eines »Babies« und drittens in Bezug auf die enge Verschränkung familialer und medizinischer Register.

Rahmung der Untersuchungssituation als familiär

Bei Ultraschalluntersuchungen wird eine Sonde über den Bauch geführt oder vaginal mittels Ultraschallwellen durch Schnittbildtechnik eine sonoanatomische Darstellung in Graustufen auf einem Monitor in Echtzeit erzeugt. Die Schwangere liegt dabei auf einer flachen Liege oder im gynäkologischen Untersuchungsstuhl. Diese Situation erfordert es, dass die Schwangere nach dem Arztgespräch zur Liege oder zum Untersuchungsstuhl geht und dass sie – zumindest bei einem Vaginalultraschall – ihren Unterkörper entkleidet. Die Beteiligten müssen also einen Übergang von einer Kommunikationssituation zu einer Untersuchungssituation bewerkstelligen und einen Ortswechsel vornehmen. Insbesondere bei den Untersuchungen an denen Partner und Kinder teilnehmen, wird durch die Art und Weise wie der Orts- und Situationswechsel vorgenommen wird und wie Personen Plätze zugewiesen werden, demonstriert, dass es sich um ein herausgehobenes familiäres und intimes Ereignis handelt.

Beispielsweise werden Partner und Kinder von der Ärzt/-in oder der Schwangeren regelrecht »eingeladen«, wie wir in folgender Szene sehen.³ Frau Richter befindet sich in der Mitte ihrer Schwangerschaft (23. Woche). Sie befindet sich für eine Routineuntersuchung bei ihrer Frauenärztin. Ihr Mann und ihre zweijährige Tochter begleiten sie:

Frau Richter kommt – in Unterhose und T-Shirt – aus der Umkleidekabine, bleibt stehen, schaut in die Richtung ihres Mannes, der noch vor dem Schreibtisch der Ärztin sitzt. Sie macht eine kleine Verbeugung, während sie mit dem Arm in einer ausholenden Geste – die signalisiert, doch bitte einzutreten – in Richtung Ultraschallraum weist, begleitet von den Worten: »Darf ich bitten?«. Sie lacht und fordert dann ihre zweijährige Tochter, die neben dem Stuhl ihres Vaters steht und keine Anstalten macht, sich zu bewegen, auf: »Willst Du nicht gucken? Deswegen bist Du doch dabei«. Ich habe den Eindruck, es kann ihr gar nicht schnell genug gehen. Herr Richter steht nun auf und fordert Meli freundlich auf, mitzukommen.

Die Verbeugung und einladende Geste demonstriert, dass es sich bei dem bevorstehenden Ereignis um etwas Besonderes handelt, fast, als würde eine Audienz erteilt oder Eintritt in fürstliche Gemächer gewährt – zumindest deutet Frau Richter, wenngleich sicherlich in ironischer Weise, wie das Lachen anzeigt –, an, dass hier eine Gunst erteilt wird und es sich um eine Ehre handelt, in den Raum eintreten zu dürfen.

Auch Ärzte bzw. Ärztinnen laden explizit und demonstrativ zur Untersuchung ein und signalisieren den meist männlichen Begleitpersonen der Schwangeren damit nicht nur, dass sie willkommene Teilnehmer der Untersuchung sind, sondern sie signalisieren damit auch, dass es um ein Ereignis geht, das so ansehenswert ist, dass ihm Zuschauer gebühren. Frau Arndt hat das erste Drittel ihrer Schwangerschaft hinter sich gebracht. Sie wird von ihrem Mann und ihrer zweijährigen Tochter begleitet.

Dr. Stein geht in den angrenzenden Ultraschallraum voran. Frau Arndt folgt ihr. Herr Arndt bleibt sitzen. Die knapp zweijährige Marta steht neben ihm, und macht Anstalten, ebenfalls in den Raum zu gehen, in dem ihre Mutter verschwunden ist. Herr Arndt sagt zu Marta: »Wir gehen alle zusammen, ja? Die Mama muss sich erst hinlegen. Und dann können wir Baby gucken«. Ich warte ebenfalls, da ich Herrn Arndt den Vortritt lassen möchte, als die Ärztin aus dem Ultraschallraum heraus laut und vernehmlich ruft: »und was ist jetzt

³ Es handelt sich um einen Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll, in das Audioaufzeichnungen eingearbeitet wurden. Die Namen und Orte sind – wie auch bei den folgenden Beobachtungsprotokollen – anonymisiert.

mit den Zuschauern hier?« Herr Arndt ruft zurück: »kommen gleich« und erwidert scherzhaft: »Wir wollten nicht zu stürmisch sein« und geht mit Marta hinein. Ich folge.

Nicht nur wird saumseliges Publikum hier zur Eile gemahnt. Beim Eintreten in den Ultraschallraum als auch im Einnehmen von Plätzen besteht eine Rangfolge. Nach der Schwangeren und der Ärztin gebührt den Familienangehörigen der vorrangige Eintritt, während die Ethnografin immer zuletzt folgt. Im Ultraschallraum selbst weisen Ärzt/-innen und gelegentlich Schwangere ihren Partnern und Kindern ihre Plätze zu: Schwangere achten darauf, dass Kinder den Bildschirm gut sehen können und lenken ihre Aufmerksamkeit explizit auf den Monitor, wie in folgender Szene.

Als Herr Richter vorsichtig in den kleinen Ultraschallraum eintritt weist ihn Frau Richter, die inzwischen auf der Liege liegt, an, sich neben die Liege zu stellen, und Meli (die zweijährige Tochter) hochzuheben, damit sie den Monitor an der Wand gut sieht: »Guck mal, Fernsehen«, sagt sie zu Meli.

Wie ersichtlich wird die Untersuchung von Ärzt/-innen, Schwangeren und Partnern insbesondere in Anwesenheit von Kleinkindern als Praxis der Fernsehens und »Baby-Guckens« gerahmt. Ärzt/-innen kreieren gelegentlich eine besondere Atmosphäre, indem sie den Raum verdunkeln und die Fenster schließen. Durch die Dunkelheit im Raum wird die Aufmerksamkeit auf den Monitor gelenkt und eine Kino-Atmosphäre hergestellt. Paare signalisieren nonverbal zu Beginn der Untersuchungen durch Lächeln oder Anlachen des Partners bzw. der Partnerin ihre Zugehörigkeit und demonstrieren beispielsweise durch Hände halten oder Füße streicheln ihre Verbundenheit und zeigen, dass das anstehende Ereignis für sie als *Paar* Bedeutung hat.

Ich fasse zusammen: Im Zuge des Orts- und Situationswechsel vom Schreibtisch der Ärztin zur medizinischen Untersuchungssituation wird die anstehende Situation als ein familiär bedeutungsvolles, freudig erwartetes Ereignis gerahmt: Dies geschieht indem »überflüssige« Personen explizit eingeladen werden; indem bei der Einnahme von Plätzen familiäre und paarbezogene Verbundenheit demonstriert wird und Schwangere freudige Ungeduld äußern.

Sichtbarmachung eines »Babies«

Was aber gibt es zu sehen und wie wird dieses »Sehen« bewerkstelligt? Zweidimensionale Ultraschalldarstellungen sprechen in der Regel nicht »für sich«. Ärzt/-innen machen die grauschwarze Darstellung auf dem Monitor zu einem Ab-Bild, indem sie zu Beginn des Schallvorgangs deklarieren, dass sich ein »Kind« auf dem Bildschirm befindet. Der Monitor wird zur Bühne für das Ungeborene, welches die Ärztin auf den Bildschirm ruft.

Dr. Stein führt die Sonde unter dem leicht angewinkelten Bein von Frau Diemel hindurch und in ihre Scheide ein. Direkt, als etwas Graues auf dem Monitor erscheint, sagt sie: »Da haben wir unser Baby«. Frau Diemel kommentiert diesen ersten Anblick mit »Groß« und lacht leise.

Während der Untersuchung benutzen Ärzt/-innen grafische Hilfsmittel wie Cursor in Form von Pfeilen oder Kreuzen. Mit diesen lenken sie die Aufmerksamkeit auf spezifische Konturen auf dem Bildschirm, indem sie Umrisse umfahren. Sie benennen Gliedmaßen und innere Organe. Manchmal deuten sie auch mit dem Zeigefinger. Sie machen so einen Körper auf dem Monitor

sichtbar. Unterstellt wird aber auch, dass sich eine Person, die sich sinnhaft auf die Anwesenden bezieht, und in Echtzeit auf die Situation reagiert, anwesend ist.

Frau Arndt liegt auf der Ultraschalliege. Sie befindet sich in der 15. Woche ihrer Schwangerschaft. Es wird ein vaginaler Ultraschall durchgeführt. Herr Arndt sitzt ebenfalls auf der Untersuchungsliege. Er sitzt – mit der zweijährigen Tochter Marta auf dem Schoß – am unteren Ende der Liege und kann wie Frau Arndt gut auf den zweiten Monitor an der Wand blicken. Die Ärztin führt die Vaginalsonde ein und beginnt zu schallen. Als etwas Grau-Schwarzes auf dem Monitor erscheint zeigt Herr Arndt Marta mit ausgestrecktem Arm und Zeigefinger den Monitor und sagt: »da«. Die Ärztin erklärt, dass das »Kind uns sehr schön den Rücken« zuwendet und nach unten schaut, es hat aber »schon das Ärmchen bewegt. Also das Kind bewegt sich«. Dann sagt sie: »Es winkt«. Herr Arndt macht mit der Hand eine Winkbewegung zu Marta hin, die an ihn angekuschelt auf seinem Schoß sitzt und zu ihm aufschaut, und sagt »winke-winke«. Marta sagt ebenfalls »winke, winke«, und winkt dabei mit einem Händchen.

Dr. Müller benennt Gliedmaßen. Zum Zeigen von Umrissen auf dem Monitor benutzt sie einen gut erkennbaren dicken orangenen Pfeil. Herr Arndt lacht seine Frau an. Die Ärztin erklärt, dass man das Herz sieht. Sie erklärt, wobei sie die Umrisse auf der Darstellung mit dem Pfeil umfährt: »Sehen Sie hier, wie die Rippen abgehen von der Wirbelsäule, das ist die ganze Wirbelsäule da, ne? Das ist ein Schulterblatt. Das ist ein Querschnitt vom Kopf«. Sie fügt an, dass es gerade »schwierig« ist, »ein nettes Ultraschallbild gibt es glaube ich nicht« und erklärt weiter »das ist der Unterarmknochen, wir sehen hier zwei Knochen, Elle und Speiche. Das ist die Nabelschnur da. Das war jetzt eben mal kurz die Hand-«. Sie unterbricht sich plötzlich – auf einmal sieht man auf dem Monitor eine Bewegung – und sagt »Uuih, jetzt, ah...«. Ein kollektives bewunderndes Raunen, ein »Aah...«, ausgestoßen von der Ärztin, Herr und Frau Arndt, geht durch den Raum, gefolgt von gemeinsamem Gelächter. Die Ärztin ruft spontan: »Mensch, Du bist gut hier« und erklärt freudig: »Das ist jetzt aber gelungen«. Ich habe nur aus den Augenwinkeln etwas gesehen. Marta winkt wieder mit ihrem Händchen. Sie schaut zu ihrem Vater hoch und sagt »Baby«. Ihr Vater winkt ebenfalls.

Dr. Müller schallt weiter und erklärt, dass man jetzt die Hand sehe. Sie erklärt: »Es gelingt selten, dass man die ganzen Knochen auf einen Schlag draufhat. Also da müsste schon die Hand so flach getroffen werden«. Wieder unterbricht sie sich und sagt, an den Monitor bzw. das Kind adressiert: »Aah, was schaffst Du denn?«. Dann erklärt sie an Frau Arndt gerichtet: »Sie sehen ja, wie sich das schon bewegt«. Frau Arndt lacht.

Die Ärztin und Herr Arndt demonstrieren sprachlich und gestisch die Anwesenheit eines »Kindes« und »Babies«. Sie unterstellen gemeinschaftlich, dass die auf dem Monitor veranschaulichte Erscheinung interagiert und sich auf ihre Umwelt und auf andere Personen bezieht. Indem Herr Arndt in Reaktion auf die Erklärung der Ärztin, dass »es« winke, Marta auffordert, zurückzuwinken behandelt er Marta wie ein Geschwisterkind und suggeriert zugleich durch diese Geste, dass das »Baby« seinem Geschwisterchen Marta winkt. Die Ärztin nutzt die Echtzeitdarstellung für die Zuschreibung sinnhaften Handelns an das Ungeborene, welches alle Anwesenden überrascht und sich höchst gelungen präsentiert (»Mensch, Du bist gut hier«). Durch die spontane kollektive Äußerung erstaunter Bewunderung wird die einem »Kind« zugeschriebene »Bewegung« als etwas ganz Besonderes gerahmt und zu einem geteilten, freudigen Erlebnis.

Generell machen Ärztinnen durch ihre Erklärungen die wolkgigen Darstellungen auf dem Monitor als Gliedmaßen eines lebendigen Körpers und Kindes sichtbar. Darüber hinaus suggerieren Ärzt/-innen und Schwangere durch Äußerungen und Gesten die aktive Präsenz eines lebendigen Körpers und »Kindes« welches im Hier und Jetzt an der Situation partizipiert. Die Erscheinung auf dem Bildschirm wird durch die Zuschreibung von Eigenschaften und Familienähnlich-

keiten zum Familienangehörigen und »Kind« gemacht, welches sich gegenüber seiner Mutter oder der Ärztin unbotmäßig oder willfährig verhält, zum Beispiel indem es herumzappelt, oder bereits furchtsam Konflikte mit drei älteren Brüdern antizipiert, die während der Ultraschalluntersuchung lärmend herumlaufen. Solche Episoden sind in nahezu allen Untersuchungssituationen eingelagert und werden durch die Demonstration von Freude und Entzücken, durch Gelächter und Scherzkommunikation, als vergnüglich und unterhaltend gerahmt.

Registerwechsel

Grundsätzlich liegen Freude und Vergnügen, Angst und Beruhigung während der Untersuchungen sehr nahe beieinander. »Bewegungen« auf dem Bildschirm werden nicht nur als sinnhafte Handlung eines Kindes zum Anlass von Gelächter, Scherzen, Vergnügen und Staunen sondern sind gleichermaßen der medizinische Beweis für die Vitalität des Kindes, beispielsweise wenn die Ärztin sich an Frau Arndt wendet und – das Ungeborene versachlichend – beruhigend erklärt: »Sie sehen ja, wie sich das schon bewegt«.

Im routinemäßigen Ablauf vieler Untersuchungen erfolgt die Erläuterung sonoanatomischer Darstellung auf dem Monitor sowie die damit verbundene Information, dass alles »in Ordnung« und »zeitgerecht« entwickelt ist nahezu zeitgleich mit der unterhaltsamen Veranschaulichung von Körperteilen auf dem Monitor und der kollektiven Zuschreibung von sinnhaftem Handeln. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Zuge der Sichtbarmachung eines Körpers auf dem Bildschirm ein ständiger »Registerwechsel« stattfindet zwischen der Objektivierung und Normalisierung eines medizinischen Wissensobjekts auf der einen und eines Kindes oder Babies als Gefühls- und Begehrensojekt auf der anderen Seite. Beispielsweise ist die eben beschriebene Situation immer auch medizinisch-technisch gerahmt, wenn die Ärztin in sonoanatomischem Jargon vom »Querschnitt vom Kopf«, von »Knochen« oder von »Elle und Speiche« spricht oder wenn sie die praktischen und technischen Bedingungen der Bildherstellung einblendet, und erklärt, dass es schwer ist, die »ganzen Knochen auf einen Schlag« draufzubekommen. Das Ungeborene wird also im Zuge eines ständigen Registerwechsels gleichzeitig als mess- und objektivierbares Objekt, als lebendiger Körper und sinnhaft handelndes, sich auf die Situation unmittelbar beziehendes interagierendes »Kind« hervorgebracht.

Fazit: Ultraschallscreenings als Einstieg in die Zugzwänge pränataler Diagnostik

Während Routineultraschalluntersuchungen wird ein Kinderkörper durch sprachliche, gestische und grafische Zeigepraktiken material veranschaulicht und das »kommende Kind« als ein elterliches Begehrensojekt, auf das sich Affekte und Emotionen richten, konkretisiert. Hierdurch werden Ultraschalluntersuchungen höchst attraktiv für Schwangere. Die routinemäßig durchgeführten Ultraschalluntersuchungen in der medizinischen Schwangerenvorsorge enthalten Subjektivierungsangebote für Schwangere und ihre begleitenden Partner. Sie beinhalten die Möglichkeit (und die Aufforderung) im Zuge der vorgeburtlichen medizinischen Sichtbarmachung

eines »Babies« Freude und freudige Erwartung zu demonstrieren und eine elterliche Subjektposition einzunehmen. Gerade dadurch jedoch stellen Ultraschalluntersuchungen auch einen Einstieg in die Zugzwänge pränataler Diagnostik dar. Denn während Ultraschalluntersuchungen kommt es im Zuge des ständigen Registerwechsels ja eben nicht nur zur vergnüglichen Veranschaulichung sondern gleichermaßen zur beruhigenden bzw. beunruhigenden Normalisierung des Ungeborenen und womöglich zu »beunruhigenden« Ergebnissen, die weitere pränatale, diagnostische Maßnahmen notwendig machen. Eine Reflexion der beteiligten Akteur/-innen, in welche Entscheidungsdilemmata die Inanspruchnahme von Routineultraschalluntersuchungen *auch* führen kann wird überlagert durch die Rahmung von Ultraschalluntersuchungen als einem emotionalen, vergnüglichen und unterhaltsamen Ereignis. Schwangere werden in Vorsorge- und Ultraschalluntersuchungen höchstens *punktuell* als »Entscheiderinnen« (Samerski 2003) adressiert. Dass im Kontext der risikoorientierten und antizipatorischen Schwangerenvorsorge prinzipiell jederzeit eine Situation auftreten kann, in der Schwangere in Entscheidungsdilemmata geraten und weitreichende Entscheidungen bis hin zum Abbruch der Schwangerschaft treffen müssen, wird in den Vorsorgen und während der Schwangerschafts-ultraschalluntersuchungen nicht ersichtlich.

Literatur

- Adams, V., Murphy, M., Clarke, A. E. 2009: Anticipation: Technoscience, life, affect, temporality. In *Subjectivity*. Heft 28, 246–265.
- Baumgärtner, B., Rahden, O. v. 2010: Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe. Zwischen Ultraschall und Wehenschreiber. In P. Kolip, J. Lademann (Hg.), *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 90–107.
- Baumgärtner, B., Stahl, K. 2005: *Einfach schwanger? Wie erleben Frauen die Risikoorientierung in der ärztlichen Schwangerenvorsorge?* Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Beck-Gernsheim, E. 1996: Die soziale Konstruktion des Risikos - das Beispiel Pränataldiagnostik. In *Soziale Welt*, 47. Jg., Heft 3, 284–269.
- BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Bundesauswertung 2009: BQS-Bundesauswertung 2008 Geburtshilfe, Düsseldorf: BQS.<http://www.bqs-outcome.de/2008/ergebnisse/leistungsbereiche/geburtshilfe/buaw> (letzter Aufruf 17. November 2015).
- Brandl, Y. 2007: »Wir schauen nach, ob auch alles in Ordnung ist«. Kritische Anmerkungen über Machbarkeitsfantasien zur Schwangerschaft und die Planbarkeit des Lebens. In *Psychosozial*, 30. Jg., Nr. 110, Heft IV, 49–60.
- Brockmann, A., Reichard, D. 2000: Schwangerschaft und Geburt im »Zangengriff« der Medizin. In P. Kolip (Hg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim: Juventa, 58–87.
- Burri, R. V. 2008: *Doing Images. Zur Praxis medizinischer Bilder*. Bielefeld: transcript.
- Duden, B. 2002: Entkörperungen in der Moderne – Zur Genese des diagnostischen (Frauen-)Körpers zwischen Nachkrieg und heute. In E. Kuhlmann, R. Kollek (Hg.), *Konfigurationen des Menschen. Biowissenschaften als Arena der Geschlechterpolitik*. Opladen: Leske + Budrich, 121–133.
- Duden, B. 2007: *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. Mit einem Vorwort zur Neuauflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Gammeltoft, T. M., Wahlberg, A. 2014: Selective Reproductive Technologies. In *Annual Review of Anthropology*, 43. Jg., 201–216.

- Heimerl, B. 2013: Die Ultraschallsprechstunde. Eine Ethnographie pränataldiagnostischer Situationen. Bielefeld: transcript.
- Katz-Rothman, B. 1989: Schwangerschaft auf Abruf. Vorgeburtliche Diagnose und die Zukunft der Mutterschaft. Marburg: Metropolis Verlag.
- Knorr-Cetina, K. 1998: Sozialität mit Objekten. Soziale Beziehungen in post-traditionalen Wissensgesellschaften. In W. Rammert (Hg.), Technik und Sozialtheorie. Frankfurt am Main: Campus, 83–120.
- Köbsell, S. 1992: Humangenetik und pränatale Diagnostik: Instrumente der »Neuen Eugenik«. In T. DeGENER, S. Köbsell (Hg.), »Hauptsache, es ist gesund?« Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle. Hamburg: Konkret Literatur Verlag, 11–66.
- Lindner, U. 2010: Sicherheits- und Präventionskonzepte im Umbruch: von der Gruppenvorsorge zur individualisierten medizinischen Risikoprävention für Schwangere. In M. Lengwiler, J. Madarász (Hg.), Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik. Bielefeld: transcript, 229–249.
- Merz, E. (Hg.) 2002: Sonographische Diagnostik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Band 2: Geburtshilfe. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Mol, A. 2002: the body multiple. ontology in medical practice. Durham, London: Duke University Press.
- Mozygemba, K. 2011: Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerorientierten Versorgung. Bern: Hans Huber.
- Ott, M., Wrana, D. 2010: Gouvernamentalität diskursiver Praktiken. Zur Methodologie der Analyse von Machtverhältnissen am Beispiel einer Maßnahme zur Aktivierung von Erwerbslosen. In J. Angermüller, S. v. Dyk (Hg.), Diskursanalyse meets Gouvernamentalitätsforschung. Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen. Frankfurt am Main, New York: Campus, 155–181.
- Pieper, M. 1998: Unter »anderen Umständen« werdende Elternschaft im Zeichen neuer Verfahren der Pränataldiagnostik. In Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.), Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Hans Huber, 236–247.
- Reckwitz, A. 2003: Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. In Zeitschrift für Soziologie, 32. Jg., Heft 4, 282–301.
- Rose, L., Schmied-Knittel, I. 2011: Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In P.-I. Villa, S. Moebius, B. Thiessen (Hg.), Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus, 75–100.
- Saar, M. 2013: Analytik der Subjektivierung. Umriss eines Theorieprogramms. In A. Gelhard, T. Alkemeyer, N. Ricken (Hg.), Techniken der Subjektivierung. München: Wilhelm Fink, 17–28.
- Samerski, S. 2002: Die verrechnete Hoffnung. Von der selbstbestimmten Entscheidung durch genetische Beratung. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Samerski, S. 2003: Entmündigende Selbstbestimmung. Wie die genetische Beratung schwangere Frauen zu einer unmöglichen Entscheidung befähigt. In S. Graumann, I. Schneider (Hg.), Verkörperte Technik - entkörperter Frau: Biopolitik und Geschlecht. Frankfurt am Main: Campus, 213–229.
- Schadler, C. 2013: Vater, Mutter, Kind werden. Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft. Bielefeld: transcript.
- Schatzki, T. R. 1996: Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the social University Park: The Pennsylvania State University.
- Schindele, E. 1995: Schwangerschaft. Zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko. Hamburg: Rasch und Röhring.
- Stichweh, R. 2013: Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen. Bielefeld: transcript.
- Tegethoff, D. 2011: Bilder und Konzeptionen vom Ungeborenen. Zwischen Visualisierung und Imagination. Opladen, Farmington Hills: Budrich UniPress.
- Waldschmidt, A. 1999: Subjekt und Macht: Die Humangenetik als eine Ordnung des Selbst. In Berliner Journal für Soziologie, 9. Jg., Heft 1, 45-64.

Waldschmidt, A. 2002: Normalität, Genetik, Risiko: Pränataldiagnostik als ›government by security‹. In U. Bergermann (Hg.), *Techniken der Reproduktion. Medien – Leben – Diskurse*. Königstein Taunus: Ulrike Helmer Verlag, 131–144.