

Randgebiete des Sozialen

Julia Böcker

Fehlgeburt und Stillgeburt

Eine Kulturosoziologie der
Verlusterfahrung

BELTZ JUVENTA

Julia Böcker
Fehlgeburt und Stillgeburt

Randgebiete des Sozialen

Herausgegeben von

Ronald Hitzler | Hubert Knoblauch |

Werner Schneider | Dariusz Zifonun

Mit der Reihe „Randgebiete des Sozialen“ stellen wir die Frage auf Dauer, wo Menschen, aufgrund welcher Annahmen, die Grenzen dessen ziehen, was sie je als „das Soziale“ überhaupt ansehen. Wir vertreten die Auffassung, dass die Grenzen des Sozialen selber sozial konstruiert sind und dass diesen Grenzen entlang eben jene Randgebiete entstehen, in denen das Soziale zweifelhaft wird und die gerade deshalb konstitutiv sind für die Selbstverständlichkeit des Sozialen. Zu klären bleibt dementsprechend, ob und wo sich Randgebiete, Übergangsbereiche und Grenzauflösungen abzeichnen.

Julia Böcker

Fehlgeburt und Stillgeburt

Eine Kultursoziologie der Verlusterfahrung

BELTZ JUVENTA

Die Autorin

Dr. Julia Böcker ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie und Kulturorganisation, Leuphana Universität Lüneburg. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Kultur- und Wissenssoziologie, Körper und Emotion, Qualitative Methoden.

Zugleich: Lüneburg, Universität, Dissertation, 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung - Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>. Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe/ Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-6697-5 Print

ISBN 978-3-7799-6698-2 E-Book (PDF)

1. Auflage 2022

© 2022 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Myriam Frericks

Satz: Datagrafix, Berlin

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Mein schönstes Gedicht

*Mein schönstes Gedicht?
Ich schrieb es nicht.
Aus tiefsten Tiefen stieg es.
Ich schwieg es.*

Mascha Kaléko

Sozialwissenschaft kann nie Einzigartigkeit erklären.

Klaus Christian Köhnke

Inhalt

| | |
|--|-----|
| Danksagung | 11 |
| Kapitel 1 Einleitung | 13 |
| Kapitel 2 Fehlgeburt und Stillgeburt: | |
| Gegenstand und theoretische Perspektive | 21 |
| 2.1 Begriffe | 22 |
| 2.1.1 Rechtliche Bestimmungen | 22 |
| 2.1.2 Medizinische Definitionen und Prävalenz | 26 |
| 2.1.3 Stillgeburt und Sternenkind – Lebensweltliche Alternativbezeichnungen | 30 |
| 2.2 Forschungsstand | 34 |
| 2.2.1 Kulturelle Ordnung des Todes am Lebensanfang | 34 |
| 2.2.2 Schwangerschaft und der Status des Ungeborenen | 41 |
| 2.2.3 Trauer nach Schwangerschaftsverlust | 48 |
| 2.3 Perspektivierung: Fehlgeburt und Stillgeburt als Verlusterfahrung | 55 |
| 2.3.1 Sozialkonstruktivismus | 56 |
| 2.3.2 Kulturosoziologie des Verlusts | 63 |
| 2.3.3 Synthese und heuristische Leitfragen | 68 |
| Kapitel 3 Methodik und Forschungsfeld | 71 |
| 3.1 Einstieg | 71 |
| 3.2 Rekonstruktive Methodologie | 77 |
| 3.3 Forschungshaltung: Kontingenzsensible Grounded Theory | 79 |
| 3.4 Erhebung, Datentypen und Datenkorpus | 83 |
| 3.5 Auswertung und Theoriebildung | 91 |
| 3.6 ›Betroffene‹ erforschen | 96 |
| 3.7 Forschungsfeld Sterneneltern | 100 |
| 3.7.1 Online-Foren und Communitys | 101 |
| 3.7.2 Selbsthilfegruppen und Initiativen | 103 |
| 3.7.3 Private Gegennarrative | 107 |

| | |
|--|---------|
| Kapitel 4 Die Körperdeutungen der Schwangeren | 110 |
| 4.1 Körperdeutungsanforderung während der medikalisierten Schwangerschaft | 110 |
| 4.2 Heteronome Körperdeutung | 113 |
| 4.2.1 Dominanz medizinisch-ärztlicher Deutungen (Fall Nicole) | 113 |
| 4.2.2 Marginalisierung eigener Gefühle (Fall Sara) | 117 |
| 4.2.3 Zusammenfassung | 122 |
| 4.3 Normorientierte Körperdeutung | 123 |
| 4.3.1 Anpassung der Selbstdeutung an die Norm (Fall Clara) | 124 |
| 4.3.2 Zusammenfassung | 128 |
| 4.4 Autonome Körperdeutung | 129 |
| 4.4.1 Mit medizinischem Wissen und ohne ärztliche Hilfe (Fall Rhea) | 129 |
| 4.4.2 Re-Evaluation heteronomer Deutung (Fall Pia) | 135 |
| 4.4.3 Zusammenfassung | 140 |
| 4.5 Krisenpotenziale der Deutungsmodi – Zwischenfazit | 140 |
| Konstitution des Kindsverlusts | 147 |
| Kapitel 5 Konstitution I – Körpermaterialität | 149 |
| 5.1 »Kleine Geburt«: Die Konstruktion des Kindes ohne Körper | 151 |
| 5.2 Medizintechnische Vermitteltheit | 163 |
| 5.2.1 Menetekel – offenbarender Ultraschall | 163 |
| 5.2.2 Gewissheit – bestätigender Ultraschall | 168 |
| 5.2.3 Zusammenfassung | 172 |
| 5.3 Körpermaterielle Grenze | 173 |
| 5.3.1 Diesseits der Grenze: Ein Hauch von Schwangerschaft | 174 |
| 5.3.2 Jenseits der Grenze: Unerfüllter Kinderwunsch | 180 |
| 5.3.3 Zusammenfassung | 183 |
| 5.4 Die Kindesvorstellung und der kindliche Körper: Verlustkonstellationen | 185 |
| Kapitel 6 Konstitution II – Medizinisch (un)bestimmtes Leben | 190 |
| 6.1 Nach der Geburt: Medizinische Deutungsmacht über Lebenszeichen | 192 |
| 6.2 Grenze zur Lebensfähigkeit in der zweiten Schwangerschaftshälfte: (Un-)Gewissheit und Deutungslücken | 196 |
| 6.2.1 Klarheit – Verlust vor der Lebensfähigkeitsgrenze | 198 |
| 6.2.2 Vertrauensbruch – Tod nach der Lebensfähigkeitsgrenze | 206 |
| 6.2.3 Exkurs: Frühgeborene in einer Zwischenwelt | 211 |

| | | |
|---|---|-----|
| 6.3 | Pränataldiagnose und auferlegter Deutungszwang | 214 |
| 6.3.1 | Infauste Prognose – Fortsetzung der Schwangerschaft | 216 |
| 6.3.2 | Ungewisse Lebensbedingungen – Schwangerschaftsabbruch | 224 |
| 6.3.3 | Unversehrtheit des Kindes als Entscheidungskriterium | 233 |
| 6.4 | Zwischenfazit | 234 |
| Kapitel 7 Konstitution III – Anerkennung von Personalität | | 240 |
| 7.1 | Inwändiger Lebensverlauf und Subjektivierung des Kindes | 243 |
| 7.2 | Name und Geschlecht | 246 |
| 7.3 | Rituale und Praktiken in der Klinik | 252 |
| 7.4 | Umgang mit der Leiche und Einbettung | 260 |
| 7.5 | Bestattung | 265 |
| 7.5.1 | Bestattungshinweis | 267 |
| 7.5.2 | Grabfelder für Sternenkinder | 270 |
| 7.5.3 | Bestattungsform und Verlusterfahrung | 273 |
| 7.5.4 | Denkmale für abwesende Kinder | 280 |
| 7.6 | Personenstandsrechtliche Bescheinigung | 282 |
| 7.7 | Zwischenfazit | 285 |
| Kapitel 8 Kulturelle Verlustkonstitution: Theoretische Erträge | | 288 |
| 8.1 | Modell der Verlustkonstitution | 288 |
| 8.2 | Anerkennung des Verlusts | 292 |
| 8.3 | Umgang mit Wissensgrenzen | 303 |
| Kapitel 9 Subjektverantwortete Trauerkultur | | 311 |
| Literatur | | 314 |
| Abkürzungsverzeichnis | | 330 |
| Glossar | | 331 |
| Anhang | | 334 |
| | Anlage 1: Transkriptionszeichen | 334 |
| | Anlage 2: Übersicht über das Datenmaterial | 335 |

Danksagung

Die Entstehung dieses Buches verdanke ich einer Menge wundervoller Menschen. Allem voran gilt mein Dank den Interview- und Gesprächspartner*innen, die ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben. Ihrer Offenheit, Kraft und Zeit habe ich nicht nur den empirischen Gehalt dieser Studie, sondern auch Begegnungen und Einsichten zu verdanken, die meinen Blick nachhaltig verändert haben.

Immer wieder hat *Lea Gscheidel* ihr Netzwerk und ihre Expertise zu Bestattung, Trauer und Elternschaft zur Verfügung gestellt, Fragen beantwortet und sich auf Diskussionen eingelassen. *Lu Bergeest* hat mir Rede und Antwort zu gynäkologischen Routinen gestanden. Fachliche Hinweise zum Thema pränatale Diagnose gab *Kathrin Fezer Schadt*. Danke!

Während der gesamten Promotionszeit war ich wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Soziologie und Kulturorganisation an der Leuphana Universität Lüneburg, der ich für die Unterstützung, besonders durch das Mentoringprogramm ProScience, danke. Den Kolleg*innen am Institut verdanke ich finanziellen und freundschaftlichen Support und den Raum, unabhängig zu forschen und zu lehren. Diese Forschung hat auch sehr von Diskussionen mit Studierenden der Leuphana profitiert, besonders mit den Teilnehmenden der Seminare »Sterben, Tod und Trauer« und »Nichtwissen in der Medizin« sowie der Lektüregruppe zu feministischer Körper- und Medizinsoziologie. Ausdrücklich bedanken möchte ich mich bei *Anne Riedel* und *Christina Cornehl* für ihre präzisen Transkriptionen, bei *Sabine Grosser* für ihre Begeisterung und bei *Laura Wohlmuth* und *Lena Panten* für inhaltliche Impulse.

Günter Burkart, der bis zu seiner Emeritierung 2019 den Lehrstuhl für Kultursoziologie an der Leuphana Universität Lüneburg innehatte, hat diese Arbeit betreut. Danken möchte ich Dir vor allem für die thematische Freiheit und das Vertrauen, das Du mir in Bezug auf meine Forschung entgegengebracht hast sowie für Deine wunderbare Art, Feedback stets mit Blick auf das Ansinnen des Gegenübers zu geben. *Nina Jakoby* hat die Zweitbetreuung übernommen. Dir danke ich von Herzen für das Zutrauen und Deine empowernden Zeilen nach einer Tagung 2017, an die ich mich immer erinnere, wenn Zweifel an der Wissenschaft aufkommen. *Claudia Peter* habe ich die Motivation zu verdanken, die Arbeit zum Abschluss zu bringen. *Dariusz Zifonun* danke ich sehr für die Übernahme des Drittgutachtens und für seinen Vorschlag, die Studie in der Reihe »Randgebiete des Sozialen« bei Beltz Juventa zu veröffentlichen.

An der Leuphana habe ich viele Kolleg*innen und Freund*innen – die Grenzen sind fließend – kennenlernen dürfen, die meine Arbeit ermöglicht und bereichert haben. *Regine Herbrink* und die Teilnehmenden ihrer Forschungswerkstatt gaben richtungsentscheidende Impulse zu Beginn der Forschung. *Philipp*

Sandermann hat mir in der Abschlussphase im Forschungskolloquium einen kollegialen Ort des akademischen Austausches gegeben. Für gemeinsame Interpretationssitzungen, Spaziergänge und Gespräche beim Mittagessen danke und vermisse ich *Simon Moebius, Moritz Engbers, Matthias Fischer, Ulrike Sasse-Zeltner, Annelie Sieveking, Katharina Trostorff* und *Philipp Zeltner*.

Eng verbunden war und bin ich darüber hinaus dem Netzwerk Empirische Kultursoziologie, das aus dem Umfeld des Lehrstuhls für Kultursoziologie am Institut für Kulturwissenschaften der Universität Leipzig hervorgegangen ist. *Monika Wohlrab-Sahr* verdanke ich meine akademische Prägung, den Mitgliedern des Netzwerkes – *Maria Jakob, Marcus Heinz, Nadine Jukschat, Ronja Trischler, Janna Vogl* und anderen – wertvolles Feedback und das kollegiale Eingebundensein.

Aus diesem Kontext haben *Alexander Leistner, Lena Dreier* und *Franz Erhard* diese Arbeit von Anfang an begleitet, geprägt und vorangebracht. Euch gilt mein innigster Dank. Seit Jahren interpretieren, konzeptualisieren und diskutieren wir regelmäßig miteinander – immer kritisch, immer wertschätzend. Auf dass wir uns und der Wissenschaft erhalten bleiben! *Annette Grigoleit, Annemarie Grohmann, Philipp Meyer, Christine Neubert, Wiebke Nonne* und *Johanna Sigl* haben, und das ist nur ihr offizielles Verdienst, das Manuskript Korrektur gelesen. *Peter Sondermeyer* hat das finale Korrektorat übernommen. *Katharina Varelmann, Marie Kasper* und *Julian Woll* begleiten und erden mich seit Jahren auch durch ihr aufmerksames Interesse an meiner Forschung. Ich bin unglaublich dankbar, stolz und voller Liebe, so kluge und tolle Menschen in meinem Leben zu wissen.

Jonathan, danke für die unzähligen, handgemahlten Kaffees, und *Jarne*, für Deinen Witz. *Bela*, willkommen! Auf diverse Art haben mich *Mama, Papa, Anja, Erich, Daniel* und *Thomas* unterstützt, nicht zuletzt durch die liebevolle Kinderbetreuung während der endlosen Pandemie, in der dieses Buch fertig geworden ist. Merci!

Lüneburg im Juli 2021

*

Kapitel 1

Einleitung

Im Januar 2013 bewirkte der Deutsche Bundestag auf Initiative eines betroffenen Elternpaares eine Gesetzesänderung: Fehlgeborene, also pränatal verstorbene »Leibesfrüchte«, wie es im Gesetzestext heißt, die weniger als 500 Gramm wiegen, können seitdem auf Wunsch der Eltern bestattet und standesamtlich beurkundet werden (vgl. Martin & Martin 2014). Für die Eintragung ins Familienbuch muss eine ärztliche Bescheinigung der vormaligen Schwangerschaft vorgelegt werden. Dadurch erhalten die – im Gegensatz zu Totgeborenen – nicht bestattungspflichtigen »Leibesfrüchte« symbolisch den Status einer menschlichen Person und eines Familienmitgliedes. Vor der Gesetzesänderung wurden Fehlgeborene für gewöhnlich mit dem Klinikabfall der behandelnden Institution entsorgt. Eltern können jetzt um die Herausgabe ihres Kindes bzw. des Schwangerschaftsgewebes bitten und eigenständig eine Bestattung veranlassen. Da Betroffene dies oft nicht wissen, haben einige Länder Hinweispflichten für behandelnde Einrichtungen in ihre Bestattungsgesetze aufgenommen. Wird keine individuelle Beisetzung gewünscht, »sind Fehlgeburten und Ungeborene von den Einrichtungen unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten« (§ 30 Abs. 3 S. 2 BestattG). Die meisten Kliniken veranlassen heute regelmäßig Sammelurnenbestattungen von eingäscherten Fehlgeborenen.

Diese Änderung des Personenstands- und des Bestattungsrechts ist eines von mehreren Phänomenen des Wandels, der sich im Hinblick auf das Sterben am Lebensbeginn beobachten lässt. Gemeint sind neue Bestattungs- und Trauerformen auf Friedhöfen, in sozialen Medien, in Internetforen und Vereinen. In den letzten Jahren sind zahlreiche Initiativen entstanden, die einen Austausch unter betroffenen Eltern ermöglichen, klinische Routinen verändern, sich um öffentliche Aufmerksamkeit und Aufklärung über Schwangerschaftsverluste und die Trauer nach stiller Geburt¹ bemühen oder für separate Grabfelder und Denkmale für »Sternenkinder« oder »Schmetterlingskinder« einsetzen. Einigen der um ihre fehl- und stillgeborenen Kinder Trauernden geht es bei ihrem Engagement um die Anerkennung des Verlusts als Tod eines – ihres – Kindes. Ihr Verlust wird von anderen nicht unbedingt als Todesfall und deshalb als weniger schlimm und betrauernswert erachtet: Es sei ja noch kein (richtiges) Kind gewesen.

1 »Stillgeburt« und »stille Geburt« sind alternative Bezeichnungen, die weniger stigmatisierend sind als die ein Verfehlen oder Versagen implizierenden Begriffe »Fehlgeburt« und »Totgeburt« (siehe dazu ausführlich 2.1.3).

In der akuten Verlustsituation, also während und kurz nach einer Stillgeburt, sind betroffene Akteur*innen vor ein spezifisches Handlungsproblem gestellt. Wie in anderen krisenhaften Situationen muss das aktuelle Erleben gedeutet werden, damit entsprechend gehandelt werden kann. Nur steht für das Ereignis selbst meist kein tradierter Wissensvorrat zur Verfügung, auf den die Betroffenen und Professionellen lediglich zurückgreifen müssten. Schwangerschaftsverluste umgibt vielmehr eine kulturelle Leerstelle, »the lack of a coherent set of cultural resources to guide the experience« (Sawicka 2017, S. 231). Zum einen befinden sich die Schwangere und das Ungeborene, ritualtheoretisch gefasst, in einer »Liminalphase« auf der Schwelle zur Mutterschaft bzw. in die soziale Welt, in einem »Zwischenstadium der Statuslosigkeit« (Turner 1989, S. 97). Das plötzliche Ende einer Schwangerschaft durch Fehl- oder Stillgeburt unterbricht diese Statuspassage und lässt die vormals Schwangere und das Ungeborene in einem »liminal space between different states of being« (Kuberska et al. 2020, S. 150) mit ambivalentem Status zurück. Zu dieser akuten, krisenhaften Deutungsanforderung kommt (später) das Problem der Todesbewältigung. In funktional differenzierten Gesellschaften besteht es nach Alois Hahn (2002) darin, dass keine verbindlichen Bearbeitungsroutinen, Rituale oder Deutungsmöglichkeiten mehr zur Verfügung stehen. Es gibt keine eindeutige kulturelle Ordnung um den Tod am Lebensanfang. Dieser Mangel an verbindlichen Deutungsressourcen im Kontext Tod und Sterben scheint die Krisenhaftigkeit des Erlebnisses für die trauernden Eltern zu verstärken: Zur Uneindeutigkeit der Situation kommt eine Unsicherheit, die sich auf den Tod selbst bezieht. War das schon ein Mensch, der da gestorben ist? Dürfen, sollten wir Schwangerschaftsgewebe, das aus einem Schwangerschaftsabbruch stammt, beerdigen? Auf dem Friedhof? Möchte ich nach einer Fehlgeburt im zweiten Schwangerschaftsmonat als Mutter eines verstorbenen Kindes angesprochen werden?

Nach dem Verlust sind Betroffene zugleich oft mit delegitimierenden Kommentaren konfrontiert. Eine Fehlgeburt sei normal und natürlich, sie könnten »einfach ein neues Kind machen«, ihre Verlustgefühle seien übertrieben. Die gesellschaftlichen Veränderungen gehen auf solche Erfahrungen von Betroffenen zurück: fehlende Routinen der Unterstützung im klinischen Kontext, die Schweigsamkeit oder Ignoranz des sozialen Umfeldes, die Einsamkeit einer entrechteten Trauer um das ungeborene Kind. Gleichzeitig ist die phänomenale Bandbreite subjektiver Erfahrungen größer. Dass die Anerkennung unsichtbarer Kindsverluste ein legitimes Anliegen ist, mag unmittelbar einleuchten. Aber ob und unter welchen Voraussetzungen eine Fehlgeburt oder Totgeburt überhaupt als ein Kindsverlust erfahren wird, ist eine empirisch offene Frage. Die Varianz von Fehl- und Stillgeburtserfahrungen ist Gegenstand dieser Arbeit, eine Erklärung der Verlustkonstitution das theoretische Anliegen.

Ich untersuche Fehl- und Stillgeburtserfahrungen im Kontext der kulturell-diskursiven Ordnungen, in die sie eingebettet sind. Die heuristischen Leitfragen

waren zunächst: Wie gehen Betroffene mit Fehl- oder Totgeburt um? Auf welche Deutungs- und Handlungsressourcen greifen sie zurück? Die subjektiven Fehl- und Stillgeburtserfahrungen werden in der Ergebnisdarstellung dann mit Blick auf die Frage rekonstruiert, unter welchen Bedingungen es gesellschaftlich legitim ist, *das Erlebte als Tod und Verlust eines Kindes* zu deuten und zu behandeln. Damit wird eine spezifische Verlusterfahrung unter mehreren möglichen herausgegriffen und theoretisiert. Wie entsteht im Kontext von Schwangerschaft und Geburt die kulturelle Deutung, dass ein Kind verloren wurde? Und umgekehrt: Wann gelten diese Deutung und die ihr entsprechenden Verlustgefühle und Trauerpraktiken, etwa das Bestatten der ›Leibesfrucht‹, als illegitim?

Während im angelsächsischen Raum eine interdisziplinäre Forschung zu *pregnancy loss* bzw. *reproductive loss* mit soziologischer Beteiligung floriert, gibt es im deutschsprachigen Raum keine vergleichbare Debatte. Zugleich wird in der angelsächsischen Forschung zu Trauer nach Schwangerschaftsverlusten die Fehl- bzw. Totgeburt meist vorausgesetzt, wodurch das Ereignis unterbestimmt bleibt. Es besteht weitestgehend Konsens, dass es um den Verlust eines Kindes am Lebensanfang geht, der eine besondere elterliche Trauer nach sich zieht, weil gesellschaftliche Sichtbarkeit und Anerkennung fehlen. Die eher anwendungsorientierten Studien wählen somit den ›Umgang mit‹ als Ausgangspunkt. Meine empirische Untersuchung setzt einen Schritt früher an. Ich frage, wie sich im Kontext von Schwangerschaft und Geburt die Erfahrung eines Kindsverlusts konstituiert. Die vorliegende Studie legt damit die Voraussetzungen für die Anerkennung reproduktiver Verluste und mithin die gesellschaftlichen Grundlagen ihrer »Betrauerbarkeit« (Butler 2010, S. 22) dar und schließt eine Lücke der soziologischen Trauerforschung sowie der Soziologie von Schwangerschaft und Geburt.

Im Ergebnis steht zum einen ein *Konstitutionsmodell des Kindsverlusts*, das die kontextuelle Kontingenz der Erfahrung eines Kindsverlusts im Kontext von Schwangerschaft und Geburt aufzeigt. Anhand von drei Dimensionen – Körpermaterialität, medizinisch (un)bestimmtes Leben, Anerkennung von Personalität – werden die Kontexte entfaltet, in denen sich die intersubjektiv legitime Erfahrung des Verlusts eines (Sternen-)Kindes² konstituiert. Innerhalb jeder Dimension gibt es Spielräume der Konstruktion und Aushandlung des Verlustobjektes Kind. In diesem Sinne liefert die Arbeit eine konstitutionstheoretische Fundierung des Forschungsfeldes. Zum anderen werden durch die Fallkontrastierungen innerhalb des Modells typische *Spezifika von reproduktiven Verlusterfahrungen in der Gegenwart* herausgearbeitet, wie z. B. die medikalisierten Voraussetzungen, unter denen sie gemacht werden, sowie die Normierung von Verlustgefühlen, die auf

2 Die Ergänzung in Klammern ergab sich im Laufe der Forschung, weil die Besonderung, dass es sich um ein *Sternenkind* handelt, im Feld bedeutsam ist. Ich verwende die Begriffe ›Kindsverlust‹ und ›(Sternen-)Kindsverlust‹ synonym.

gesellschaftlichen Vorstellungen und Bewertungen des Verlusts basieren. Ein intersubjektiv anerkannter *Kindsverlust* geht mit der Anerkennung von Elternschaft einher und, so die These, generiert eine (neue) kulturelle Anerkennung und Sichtbarkeit von reproduktiven Verlusterfahrungen.

Im Folgenden gebe ich einen Überblick über die Kapitel der Arbeit. Im nächsten, *zweiten Kapitel* werden die *Begriffe* und die *theoretische Perspektive* der Studie dargelegt. Dabei wird zugleich der empirische Gegenstand konturiert und verstehbar, was Verlusterfahrungen im Schwangerschafts- und Geburtskontext sind. Zuerst werden rechtliche, medizinische und alltagsweltliche Begriffe von Fehlgeburt und Totgeburt im Kontext ihrer Verwendung geklärt (2.1). Daraufhin arbeite ich den Forschungsstand zum Thema Fehlgeburt und Totgeburt in drei Bereichen auf. Thanatsoziologie und Kulturanthropologie interessieren sich für Fehl- und Totgeburten hinsichtlich der kulturellen Ordnung des Todes bzw. der Lebensgrenzen (2.2.1). Fehlgeburt und Totgeburt spielen zweitens für Forschungen zum Status des Ungeborenen als fötale Person eine Rolle (2.2.2). Drittens gibt es im angelsächsischen Raum einen Forschungskomplex zu elterlicher Trauer nach Fehl- und Totgeburt (2.2.3). In der deutschsprachigen Soziologie von Schwangerschaft und Geburt und in der Thanatsoziologie sind Fehlgeburt und Totgeburt bislang keine eigenständigen Gegenstände, werden aber punktuell als Grenzphänomene thematisiert. Ausgehend von diesen Debatten verknüpfe ich theoretische Konzepte der deutschsprachigen Soziologie mit gegenstandsbezogenen Erkenntnissen der eher anwendungsorientierten angelsächsischen Forschung. Im dritten Teil des Kapitels lege ich die theoretische Perspektive meiner Untersuchung dar. Sie gründet in einer phänomenologischen Wissenssoziologie, einer Sensibilität für nicht-substantialistische Deutungen des Ungeborenen und einem Ansatz zur Analyse sozialer Praxis (2.3.1). Zudem greife ich auf Konzepte der soziologischen Verlustforschung zurück, etwa auf die der »entrechteten Trauer« (Doka 2014) und gesellschaftlicher »Betrauerbarkeit« (Butler 2010, S. 20f.), um die individuellen Verlusterfahrungen kulturtheoretisch zu kontextualisieren (2.3.2). Das Kapitel schließt mit den oben genannten forschungsleitenden Fragen (2.3.3).

Im *dritten Kapitel* werden das *methodische Vorgehen* und das *Forschungsfeld* beschrieben. Anhand eines Interviewbeginns lege ich zunächst das ursprüngliche Erkenntnisinteresse offen und erste Dimensionen des schwer besprechbaren Phänomens frei (3.1). Die Interpretation des Interviewbeginns steht zugleich exemplarisch für das interpretative und theoriegenerierende Vorgehen, das dann in den Unterkapiteln zur rekonstruktiven Methodologie (3.2), zur Forschungshaltung der Grounded Theory (3.3), zu den Erhebungsmethoden und Datensorten (3.4) sowie zur Auswertung und Theoriebildung (3.5) begründet und nachvollziehbar gemacht wird. Eine Reflexion über meinen Forschungsstandpunkt und über die Verwendung des Betroffenheitsbegriffes schließt die Darstellung des methodischen Vorgehens ab (3.6). Im letzten Abschnitt stelle ich

das *Forschungsfeld* vor und gebe Einblick in den Diskurs um gesellschaftliche Anerkennung von Sternenerlternschaft (3.7). Das Unterkapitel bildet einen Übergang zwischen der Darstellung des methodischen Vorgehens und den empirischen Ergebnissen, wobei der Feldzugang beschrieben und die Konturen des Forschungsfeldes als erstes Ergebnis festgehalten werden. Online-Foren (3.7.1) und ehrenamtliche Initiativen (3.7.2) werden als zwei soziale Räume im Feld von Sternenerltern bzw. »verwaisten Eltern«³ vorgestellt. Im Kontrast dazu und im Sinne der schon erwähnten Erfahrungsvarianz stehen private Gegendiskurse von Personen, die sich nicht als (Sternen-)Eltern identifizieren (3.7.3). Vor dem Hintergrund dieser Feldskizze können die empirischen Fälle eingeordnet werden.

Im *vierten Kapitel* stehen die *Körperdeutungen* der Betroffenen während ihrer Schwangerschaft und noch vor dem eigentlichen Verlust im Zentrum. Es werden fünf mit narrativen Interviews erhobene Fälle vorgestellt. Die Falleinführungen geben einen Überblick über die biografischen Kontexte und die Bandbreite der Ausgangslagen für die konkreten Verlusterfahrungen, die in den Folgekapiteln im Vordergrund stehen. Darüber hinaus werden die Fälle hinsichtlich des Verhältnisses typologisiert, in das die Betroffenen sich gegenüber medizinisch-ärztlichen Strukturen und Deutungen gesetzt sahen. Nach einer theoretischen Einführung zur generellen Anforderung an Schwangere, den eigenen und den fötalen Körper zu deuten (4.1), werden drei Modi herausgearbeitet, die sich im Rahmen der Analyse zeigten: ein heteronomer Modus (4.2), ein normorientierter Modus (4.3) und ein autonomer Modus (4.4). Anschließend werden die Typen hinsichtlich ihres jeweiligen Krisenpotenzials miteinander verglichen (4.5).

Den empirischen Ergebnissen (Kapitel 5–7) zur Frage, wie Fehl- und Stillgeburten zu Kindsverlusten werden, ist eine Rahmung vorangestellt (S. 147–148). Intersubjektiv anerkannt wird ein (Sternen-)Kindsverlust, wenn er körpermaterial, medizinisch bzw. medizintechnisch *und* symbolisch hergestellt wird. Dieses Ergebnis wird im Modell des Kindsverlustes abgebildet, das die drei Dimensionen Körpermaterialität (Kapitel 5), medizinisch (un)bestimmtes Leben (Kapitel 6) und Anerkennung von Personalität (Kapitel 7) integriert. Unter Körpermaterialität werden *Wahrnehmungen* des Ungeborenen durch Betroffene und Dritte diskutiert. Bezugnahmen auf medizinisches *Wissen* über Lebensstatus und Lebenschancen des Ungeborenen werden anschließend behandelt. Unter Personalität werden *soziale Praktiken* der Anerkennung des Fehl- bzw. Stillgeborenen als soziale Person beschrieben. Zur Leseführung ist jedem Abschnitt der drei Ergebniskapitel eine induktiv aus den Daten generierte Ergebnisthese vorangestellt (5.1–7.6).

3 Die Bezeichnung »verwaiste Eltern« für Eltern, die ein Kind verloren haben, geht wohl auf das gleichnamige Buch von Harriet S. Schiff (1986) zurück (im Orig.: *Bereaved Parent*) und findet sich im Namen des 1997 gegründeten Bundesverbands Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e. V., einem Verein zur Unterstützung Betroffener.

Das *fünfte Kapitel* behandelt die Grenzen der *Körpermaterialität* von Kindsverlust im Schwangerschaftskontext. Entlang von vier Thesen wird der materielle Spielraum konturiert, innerhalb dessen es legitim ist, von einem Kindsverlust zu sprechen. Erstens wird als Grundthese entfaltet, dass es keines anthropomorphen Kindeskörpers bedarf, um eine Fehlgeburt als Kindsverlust zu erfahren (5.1). Gezeigt wird, dass die Erfahrung, ein Kind verloren zu haben, über Ultraschalldiagnostik und Hormonwertmessungen vor dem oder parallel zum eigentlichen Abgang erlebt werden kann. Daraus ergibt sich zweitens, dass die Erfahrungen von Fehlgeburt medizintechnisch vermittelt sind (5.2). Bestimmt wird der genaue körpermaterielle Grenzbereich eines intersubjektiv anerkannten (Sternen-)Kindsverlustes: nämlich dort, wo unklar ist, ob eine Frühschwangerschaft verloren geht oder die Menstruationsblutung einsetzt (5.3). Während der Verlust einer Frühschwangerschaft Teilhabe am Diskurs um Sternenelternschaft ermöglicht, weil sie den Verlust eines Sternenkinds bedeutet, ist der unerfüllte Kinderwunsch »nur« der Verlust einer Hoffnung ohne materielle Substanz. Herausgearbeitet wird daraufhin die Bedeutung, die dem kindlichen Körper nach der Geburt zukommt. Verschiedene Verhältnisse, in denen die pränatale Kindesvorstellung und der postnatale Kindeskörper zueinander stehen können, sind die Grundlage für die Modellbildung der vierten These, dass jede Verlustsituation ein spezifisch krisenhaftes Verhältnis von Kindesvorstellung und Kindeskörper birgt (5.4). Es werden vier Verlustkonstellationen herausgearbeitet und auf ihre Krisenhaftigkeit hin befragt.

Im *sechsten Kapitel* zeige ich, wie im Grenzbereich am Lebensanfang entlang medizinischer Kriterien dem (ungeborenen) Kind (*Nicht-)Leben* zugeschrieben wird. Zur Herstellung der Verlustgewissheit, dass das Ungeborene dieser Schwangerschaft nicht lebt, greifen Betroffene auf medizinische Expertise zurück. Die Medizin selbst stellt dabei keine verbindlichen Deutungen zur Verfügung. Rekonstruiert werden verschiedene subjektive Grenzen, anhand deren das Ungeborene als eigenes Kind anerkannt wird und die in Auseinandersetzung mit medizinisch-ärztlichem Wissen gezogen und verhandelt werden. Das Kapitel behandelt drei kritische Phasen der Schwangerschaft: unmittelbar nach der Geburt, an der Grenze zur Lebensfähigkeit um die 23. bis 25. Schwangerschaftswoche (SSW) und während der Pränataldiagnostik. Die Bedeutung der postnatalen Überprüfung von Lebenszeichen zeigt, wie medizinische Deutungsmacht über Leben und Tod am Lebensanfang und (Verweigerung von) Anerkennung zusammenhängen (6.1). Spontane Geburten an der Grenze zur Lebensfähigkeit in der 23. bis 25. SSW erfordern, dass Betroffene medizinisches Wissen heranziehen, um Handlungsorientierung in Bezug auf sich und das un- bzw. neugeborene Kind zu gewinnen. Deutlich wird das Paradox, dass mit medizinischen Erfolgen an der Lebensgrenze neue Deutungsbedarfe für Betroffene entstanden sind (6.2). Pränatal gestellte Diagnosen, die dem Ungeborenen eine eingeschränkte Lebensfähigkeit prognostizieren, erlegen werdenden Eltern einen Zwang zur Deutung

des Ungeborenen sowie zur Konstruktion von (zukünftigem) Leben auf. Sie müssen daraufhin entscheiden, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen. Zur Begründung und Legitimation eines Abbruchs wird Ungewissheit, etwa bezüglich der zukünftigen Lebensqualität, betont (6.3).

Im *siebten Kapitel* werden als letzte Dimension der Konstitution eines intersubjektiv anerkannten Kindsverlusts soziale *Praktiken der Personalisierung* thematisiert. Gemeint sind Zuschreibungen an das Fehl- bzw. Stillgeborene, ein Mensch (gewesen) zu sein, dem ein Recht auf würdevolle Behandlung zukommt. Mit Bezug auf die Theorie »pränataler Sozialität« (Hirschauer et al. 2014) werden »konkrete Anerkennungsakte« (Graumann 2011) zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt rekonstruiert, die dem Kind, teilweise im Nachhinein, Personenstatus zuweisen. Herausgestellt wird dabei die Prozesshaftigkeit der Verlustkonstitution: eine Fehl- bzw. Stillgeburt legt nicht unmittelbar die Deutung eines toten Kindes und entsprechende Umgangsweisen nahe. Die Aneignung einer solchen Deutung des Verlustobjektes kann auch erst später erfolgen. Die Deutungen des Ungeborenen sind somit keine biografischen Konstanten, sondern im Laufe eines Lebens neu verhandelbar. Ich rekonstruiere Anerkennungsakte entlang der Zeitpunkte, zu denen sie jeweils am Kind vollzogen werden: Akte der pränatalen Subjektivierung (7.1), Namensgabe und Gendering (7.2), Anerkennungspraktiken kurz nach der Geburt (7.3) und vor der Bestattung (7.4), die Bestattungspraxis selbst (7.5) sowie die rechtliche Beurkundung beim Standesamt (7.6). In dieser Reihenfolge verlieren die Anerkennungsakte an Intimität und gewinnen an Formalität. Im Kapitel werden abschließend individuelle Verlusterfahrungen in den Kontext der gesellschaftlich etablierten Anerkennungsordnung gestellt. Für die individuelle Verlusterfahrung gibt es – je nach Bedeutung der verlorenen »Leibesfrucht« – zwei potenziell problematische Anerkennungslagen: auf der einen Seite fehlende Anerkennung durch Dritte im Falle eines entrechteten Kindsverlusts, auf der anderen ungewollte Erwartungen Dritter, das Verlorene als eigenes Kind zu würdigen. Fehlende externe Anerkennung kann, so die These, ein Engagement für die Etablierung von Anerkennungsrouitinen in Kliniken anstoßen, bei denen Fehl- und Stillgeborene als verstorbene Kinder nun verwaister Eltern behandelt werden.

Im *achten Kapitel* generalisiere ich die rekonstruktiven Ergebnisse. Zuerst stelle ich mit dem *Modell der Verlustkonstitution* den theoretischen Ertrag der Studie heraus. Zum einen lassen sich die im Modell abgebildeten Konstitutionsbedingungen für den Verlust einer (kindlichen) Person auch auf den Verlust einer Person am Lebensende übertragen. Zum anderen schlage ich mit dem Modell einen Ansatz zum Verständnis ambivalenter bzw. nicht anerkannter Erfahrungen vor. Eine solche *Konstitutionstheorie nicht etablierter Erfahrungen* widmet sich der Frage, wie es zur intersubjektiven Anerkennung individueller Erfahrungen kommt. Exemplarisch werden einige Phänomene aufgezeigt, auf die das Modell übertragen werden könnte (8.1). Mit Blick auf die Frage nach der Anerkennung

des Verlusts fasse ich anschließend die wichtigsten gegenstandsbezogenen Ergebnisse zusammen und verknüpfe sie erstens mit Debatten um personale Anerkennung in der Gesellschaft der Gegenwart (8.2). Zweitens schließe ich an Debatten zum Umgang mit Wissensgrenzen und zum Verhältnis von Alltagswissen und Expert*innenwissen an. Die prozessuale Konstitution des Verlusts, der subjektiven Gewissheit, dass das Ungeborene tot ist oder nicht leben wird, warf wissenssoziologische Fragen nach der Herstellung von gültigem Wissen unter Bedingungen von Ungewissheit und einer Pluralisierung von Deutungen auf. Ausgehend von der vorgeschlagenen Typologie von Körperdeutungsmodi lassen sich verschiedene Wege ableiten, wie körperlich Betroffene mit medizinischen und gesellschaftlichen Wissensgrenzen umgehen (8.3).

Die Studie schließt mit einem kurzen Fazit im *neunten Kapitel*, das die Ergebnisse im Konzept der *selbstverantworteten Trauerkultur* bündelt. Der Umgang mit Fehl- und Stillgeburtserfahrungen ist einerseits selbstverantwortet und unverbindlich, andererseits hochgradig normiert. Der Verlust sowie trauernde Personen werden entlang gesellschaftlicher Erwartungen bewertet und entsprechend wird normiert, welche Trauerpraxis angemessen ist. Diese Normierungen beeinflussen wiederum – auch nachträglich – die individuelle Erfahrung von Fehlgeburt und Stillgeburt.

Kapitel 2

Fehlgeburt und Stillgeburt: Gegenstand und theoretische Perspektive

In diesem Kapitel werden die Begriffe und theoretischen Perspektiven eingeführt, die die Grundlage der Studie bilden. Dadurch wird zugleich der empirische Gegenstand geschärft und verstehbar, was Verlusterfahrungen im Schwangerschaftskontext sind.

Das Kapitel beginnt mit einer *begrifflichen Klärung* von Rechtsgrundlagen, medizinischen Definitionen sowie alltagsweltlicher Alternativen zur Bezeichnung von Fehlgeburt und Totgeburt (2.1). In diesem Teil werden institutionalisierte Deutungen – wie rechtliche Bestattungsverordnungen und klinische Handlungs-routinen – beschrieben, die in der konkreten Erfahrungssituation für das Subjekt autoritativ bedeutsam werden und mit denen es sich auseinandersetzen muss. In dieser Auseinandersetzung mit den vorhandenen Deutungen wird offenkundig, weshalb das Phänomen gesellschaftlich brisant und soziologisch so interessant ist: aufgrund der für das Subjekt krisenhaften Diskrepanz zwischen eigenem Erleben und kulturellen Deutungen.

Im zweiten Teil arbeite ich den *Forschungsstand zum Thema Fehlgeburt und Totgeburt* auf (2.2). In der Literatur sind zwei Ausrichtungen zu beobachten: In der deutschsprachigen Soziologie werden Fehlgeburt und Totgeburt kaum als eigenständige Gegenstände behandelt. Punktuell werden sie innerhalb der Thanatosoziologie und der Sozialtheorie als Grenz- und Kontrastphänomene thematisiert. Im angelsächsischen Raum hingegen gibt es einen etablierten Forschungskomplex zum Thema *pregnancy loss* bzw. *reproductive loss*, der einen starken Anwendungsbezug für das professionelle Gesundheitswesen aufweist. In der Untersuchung verknüpfe ich von diesen Debatten ausgehend theoretische Konzepte der deutschsprachigen Soziologie mit den gegenstandsbezogenen Erkenntnissen aus der angelsächsischen *pregnancy-loss*-Forschung.

Im dritten Teil wird die *theoretische Perspektive* meiner Untersuchung dargelegt (2.3.). Sie gründet in einer phänomenologischen Wissenssoziologie im Anschluss an Alfred Schütz und in einem Ansatz mikrosoziologischer Praxisforschung, mittels derer die Fehl- und Totgeburtserfahrungen analysiert werden. Der Rückgriff auf Konzepte der soziologischen Verlustforschung ermöglicht eine kulturtheoretische Rahmung der individuellen Erfahrungen. Das Kapitel schließt mit den *forschungsleitenden Fragen*.

2.1 Begriffe

Die Terminologie um die Phänomene Fehlgeburt und Totgeburt ist uneinheitlich, für Außenstehende verwirrend und teilweise heftig umstritten. Allein die Vielzahl der Bezeichnungen in den Bestattungsrechten der einzelnen Bundesländer bringt die Heterogenität der Perspektiven zum Ausdruck: »So gibt es: totgeborene Kinder, tot geborene oder in der Geburt verstorbene Kinder, verstorbene Neugeborene, in der Geburt verstorbene Leibesfrüchte, Fehlgeburten (oder: Fehlgeborene), Totgeburten (oder: Totgeborene), aus Schwangerschaftsabbrüchen stammende Leibesfrüchte, Feten (auch: Föten) oder Embryonen, Ungeborene und totgeborene Leibesfrüchte« (Aeternitas 2012, o.S.). Die vielen Bezeichnungen verweisen, systemtheoretisch gedacht, auch auf verschiedene Systemlogiken. In gesellschaftlichen Teilsystemen werden je eigene Kategorien des empirischen Phänomens verwendet, die auf die Funktion der jeweiligen Systeme verweisen, z. B. rechtliche Ordnung, statistische Korrektheit, Heilung oder Sinnstiftung. In diesem Sinne geht es in der folgenden Darstellung der wichtigsten rechtlichen (2.1.1), medizinischen (2.1.2) und lebensweltlichen (2.1.3) Begriffe darum, die Logik ihrer Nutzung und Abgrenzung zu verstehen, um einen Überblick über die kleinteilige Terminologie zu gewinnen.

2.1.1 Rechtliche Bestimmungen

Juristisch geht es bei der Definition von Fehlgeburt und Totgeburt um die Frage, ob bzw. wann es sich um eine Person oder eine Sache handelt. Der Umgang mit Fehlgeburten und Totgeburten ist im Personenstandsrecht sowie im Friedhofs- und Bestattungsrecht geregelt. Das Personenstandsrecht, das bundesweit einheitlich gilt, bezieht sich auf »die familienrechtliche Stellung einer Person innerhalb der Rechtsordnung einschließlich ihres Namens [...]. Zum Zwecke der personenstandsrechtlichen Erfassung definiert das Personenstandsrecht, wann eine Lebend-, Tot- oder Fehlgeburt vorliegt« (Weilert 2017, S. 286). Die Erfassung der Daten im Personenstandsregister, das Geburts- und Sterberegister einschließt, nehmen die Standesämter vor. Paragraf 31 der Personenstandsverordnung (PStV) unterscheidet zwischen Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt und lautet wie folgt:

»(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn

1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder
2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde,

im Übrigen als Fehlgeburt. Eine Fehlgeburt wird nicht im Personenstandsregister beurkundet. Sie kann von einer Person, der bei Lebendgeburt die Personensorge zugestanden hätte, dem Standesamt, in dessen Zuständigkeitsbereich die Fehlgeburt erfolgte, angezeigt werden. In diesem Fall erteilt das Standesamt dem Anzeigenden auf Wunsch eine Bescheinigung mit einem Formular nach dem Muster der Anlage 11.

(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.«

Personenstandsrechtlich liegt also eine Lebendgeburt vor, wenn nach der Geburt mindestens eines der drei Lebenszeichen Herzschlag, Nabelschnurpuls oder Atmung beobachtet werden konnte, unabhängig davon, wie lange das Kind lebt und ob es überlebensfähig ist. Ein einziger Atemzug macht ein Neugeborenes also zur Lebendgeburt nach PStV, selbst wenn es direkt darauf verstirbt. Unter Geburt im Sinne des PStG wird »das ›vollständige Ausscheiden des Kindes aus dem Mutterleib‹ verstanden, ohne dass die Nabelschnur notwendigerweise durchtrennt sein müsste. Mit der Vollendung der Geburt erlangt das Kind die Rechtsfähigkeit nach § 1 BGB« (Weilert 2017, S. 286).⁴

In Abgrenzung dazu werden Totgeborene als Leibesfrüchte nach Beginn der 24. SSW bzw. als Leibesfrüchte mit einem Gewicht *über* 500 Gramm Körpergewicht definiert, die nach der Entbindung kein Lebenszeichen aufweisen. Um eine Fehlgeburt handele es sich »im Übrigen«, d. h., wenn die Leibesfrucht *unter* 500 Gramm wiegt. Bis 1994 lag in Deutschland die Grenze noch bei 1000 Gramm. Diese Grenzziehung, ich komme später noch einmal darauf zurück, orientiert sich am annähernden Gewicht eines potenziell überlebensfähigen Fötus. »Eine weitere Abstufung, z. B. im Hinblick auf die medizinische Abgrenzung zwischen Embryonal- und Fetalentwicklung, kennt das Personenstandsrecht nicht. Damit verläuft die entscheidende Abgrenzung zwischen einer Tot- und Fehlgeburt an der 500-g-Grenze« (ebd., S. 287). Eine Ausnahmeregelung besteht bei Mehrlingsgeburt, bei der alle Mehrlinge gleichbehandelt werden sollen, auch wenn nur eines der Kinder die 500-Gramm-Grenze überschritten hat (vgl. ebd.). Aus der Unterscheidung zwischen Totgeburt und Fehlgeburt ergeben sich

4 Weilert (2017, S. 286 f.) weist darauf hin, dass der strafrechtliche Schutz des Ungeborenen früher einsetzt: »Die Abgrenzung zwischen (ggf. straflosem) Schwangerschaftsabbruch und Totschlag verläuft an den Eröffnungswehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das Kind ›ein Mensch‹ im Sinne des § 212 StGB«.

Konsequenzen für die Beurkundung im Geburten- und Sterberegister und für das Friedhofs- und Bestattungsrecht. Eine Totgeburt wird ins Geburts- und Sterberegister eingetragen und in der Regel besteht Bestattungspflicht. Eltern eines totgeborenen Kindes erhalten eine Geburtsurkunde mit dem Familiennamen und können dem Kind einen offiziellen Vornamen geben. Fehlgeburten werden hingegen nicht ins Geburtsregister eingetragen, es besteht weder Anzeige- noch Bestattungspflicht.

Das Personenstandsrecht gilt in der aktuellen Fassung erst seit der in der Einleitung erwähnten Gesetzesänderung, die am 7. Mai 2013 vom Bundestag verabschiedet wurde. Seitdem können Eltern auch Fehlgeborene vom Standesamt dokumentieren lassen, sofern sie die Schwangerschaft belegen können. »Zur Glaubhaftmachung der Fehlgeburt kann ein Mutterpass dienen, wenn daraus die Fehlgeburt hervorgeht, oder eine von einer Ärztin, einem Arzt, einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger ausgestellte Bescheinigung« (BMFSFJ 2018, o. S.). Das Standesamt erstellt dann eine Bescheinigung der Fehlgeburt, die allerdings weder Geburtsurkunde noch ein »Beweis für eine Fehlgeburt [ist], sondern lediglich eine Dokumentation, dass eine solche Anzeige beim Standesamt stattgefunden hat« (Weilert 2017, S. 287). Bei der Anzeige können Eltern einen Vor- und Familiennamen eintragen (vgl. 7.6).

Im Zuge der Änderung des Personenstandsrechts haben die meisten Bundesländer – Bestattungsrecht und Leichenwesen ist in Deutschland Ländersache – ihr Bestattungsrecht neu geregelt. Die einzelnen Bestattungsgesetze und -verordnungen variieren dabei stark. Grundsätzlich müssen Leichen nach dem Gesetz bestattet werden. Während verstorbene Lebendgeburten immer als Leichen gelten und bestattet werden müssen, ist die Frage, ob Totgeborene wie menschliche Leichen zu behandeln sind, in den Ländern unterschiedlich geregelt. »In neun Bundesländern gilt eine Bestattungspflicht für Tot- und Lebendgeburten durch die Angehörigen ab einem Geburtsgewicht von 500 g. Damit knüpft die Mehrheit der Länder an das im Personenstandsrecht vorgegebene Kriterium der 500-g-Grenze für eine Totgeburt an. Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern normieren eine Bestattungspflicht für Totgeborene durch die Angehörigen erst ab 1000 g. [...] Nur Hessen, das für Totgeburten eine Bestattungspflicht erst nach dem 6. Schwangerschaftsmonat vorsieht, stellt keinen sichtbaren Bezug zum Personenstandsrecht her« (Weilert 2017, S. 289). Sofern für das Totgeborene eine Bestattungspflicht besteht, haben die Eltern die Kosten für die Bestattung zu tragen.

Eine Bestattungspflicht nach Fehlgeburten besteht in keinem Bundesland. Seit der Änderung von 2013 gilt aber in allen Bundesländern ein Recht auf Bestattung. Fehlgeborene können nun – wie auch Föten aus Schwangerschaftsabbrüchen – auf Wunsch von mindestens einem Elternteil bestattet werden. Dieses Recht gilt unabhängig von Schwangerschaftsdauer und Körpergewicht des Fötus, kann also auch bei frühen Fehlgeburten in Anspruch genommen

werden.⁵ »Die Mehrheit der Länder hat darüber hinaus auch eine diesbezügliche Hinweispflicht verankert. Ohne diese Hinweispflicht läuft das Bestattungsrecht [= Recht auf Bestattung, jB] fast leer, denn werdende Eltern sind meist von einer Fehlgeburt völlig überrumpelt und haben sich – jedenfalls, wenn es ihre erste Fehlgeburt ist – in aller Regel nicht mit der Frage einer Bestattung auseinandergesetzt« (ebd., S. 289). Wird keine individuelle Beisetzung gewünscht, unterliegen die Kliniken der Pflicht, »Fehlgeburten und Ungeborene [...] unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten« (§ 30 Abs. 3 S. 2 BestattG). Die konkreten Regelungen des Umgangs mit den Fehlgeburten, die nicht individuell bestattet werden, variieren stark. Während das ›Schwangerschaftsgewebe‹ früher mit dem Klinikabfall entsorgt wurde, veranlassen Kliniken heute meistens Sammelurnenbestattungen der eingäscherten Fehlgeborenen. Die Sammelbestattung bzw. die dem sittlichen Empfinden entsprechende Entsorgung, die von den Ländern gesetzlich vorgesehen ist, kann unter bestimmten Bedingungen (vorerst) ausgesetzt werden, wenn die Fehlgeburten für medizinische, pharmazeutische oder wissenschaftliche Zwecke verwendet werden (vgl. Weilert 2017, S. 289 f.).

Im Umgang mit Fehlgeburten und Totgeburten sind verfassungsrechtliche Fragen relevant, die den Status des nicht (lebend) zur Welt gekommenen Menschen betreffen. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Schwangerschaftsabbruch im Jahr 1975 gilt in Deutschland die Verpflichtung des Staates, ›das ungeborene Leben‹, das mit der Einnistung beginne, zu schützen (vgl. ebd., S. 290).⁶ Der verfassungsrechtliche Schutz des Ungeborenen ist für die hier behandelte Thematik im Hinblick auf den Würdeschutz relevant, den ein Mensch auch über den Tod hinaus genießt. Dieser »postmortale Rechtsschutz« betrifft den Schutz Verstorbener vor herabwürdigender Behandlung, der für eine gewisse Zeit nach dem Tod besteht, auch wenn er oder sie nicht mehr Rechtsträger*in ist (vgl. ebd., S. 292). Anders gesagt, es geht um einen respekt-, würde- und pietätvollen Umgang mit dem menschlichen Leichnam. »Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu«, heißt es im Urteil zum Schwangerschaftsabbruch (vgl. ebd., S. 290). Was menschliches Leben oder Menschsein ausmacht, ist allerdings nicht festgelegt.⁷ Es geht beim Umgang mit Fehl- und Totgeburten also darum, ob für diese ein postmortaler Würdeschutz gelten soll. Die Juristin Katarina

5 Bremen sieht ein Bestattungsrecht erst ab der 12. SSW vor, es kann aber eine Ausnahmegenehmigung erteilt werden (vgl. Weilert 2017, S. 289).

6 »Wörtlich heißt es im Urteil: ›Der damit begonnene Entwicklungsprozeß ist ein kontinuierlicher Vorgang, der keine scharfen Einschnitte aufweist und eine genaue Abgrenzung der verschiedenen Entwicklungsstufen des menschlichen Lebens nicht zuläßt« (Weilert 2017, S. 290). Die 500-Gramm-Grenze markiert also nicht ›rechtlich den Beginn des ›Menschseins‹« (ebd.).

7 Im Recht wird zudem laut Weilert (2017, S. 294) nicht zwischen Mensch und Person unterschieden.

Weilert, Referentin an der Forschungsstätte der Evangelischen Studiengemeinschaft e.V., auf deren Arbeit meine Ausführungen hier beruhen, vertritt die Ansicht, dass der postmortale Achtungsanspruch aufgrund des Einbezugs von Föten in den Schutzbereich der Menschenwürde auch für Fehl- und Totgeburten gilt.⁸ »Dieser fortwirkende Menschenwürdeschutz gebietet es, dass auch Fehlgeborene nicht einfach als Sondermüll ›entsorgt‹ oder in sonst unwürdiger Weise verwendet werden dürfen« (ebd., S. 294). Die durch die Bestattungsgesetze der Länder vorgesehene Entsorgung von Fehlgeborenen sei deshalb verfassungskonform auszuliegen, sodass dem Achtungsanspruch genüge getan werde: »Feten sollten gesammelt, von einem Bestattungsunternehmen zu einem Krematorium verbracht und in einem gemeinsamen Sargbegräbnis eingäschert und anschließend beigesetzt werden«, wie es schon vor über zwanzig Jahren die Deutsche Krankenhausgesellschaft empfohlen habe (ebd., S. 293). Zudem plädiert Weilert dafür, dass eine Freigabe einer Fehl- oder Totgeburt »zur Forschung oder zu medizinischen Zwecken nur mit Einwilligung der Eltern erfolgen darf« (ebd.).

Von Fehlgeburt Betroffene gehen, wie ich zeigen werde, ganz unterschiedlich mit dem Verlust und entsprechend mit der Möglichkeit um, eigenständig eine Bestattung zu veranlassen. Einige haben zum Zeitpunkt des Verlusts schon eine Bindung zum Ungeborenen aufgebaut und ihm gegenüber eine Elternrolle eingenommen. Mit ihrer Entscheidung für eine individuelle Bestattung und die Verabschiedung des Fehlgeborenen z.B. mit einer Feier stellen einige Eltern auch symbolisch dessen Status als Mensch dar, während andere Betroffene die Vorstellung einer Abschiedsfeier befremdet. Das Recht räumt hier also die Möglichkeit ein, dass Personen selbst darüber entscheiden, ob das Fehlgeborene für sie ein Mensch war bzw. ist, dem sie eine würdevolle Bestattung zuteilwerden lassen möchten (vgl. 7.5).

2.1.2 Medizinische Definitionen und Prävalenz

Der medizinische Diskurs bezieht sich einerseits auf die eben dargelegte Rechtsdefinition. So beginnt bspw. das medizinische Handbuch »Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten« (Toth 2017) mit der Definition nach Paragraph 31 PStV (vgl. Franz 2017, S. 4). Das mag daran liegen, dass Mediziner*innen im Rahmen geltenden Rechts agieren und ihnen u. a. die Aufgabe zukommt, nach der Geburt (fehlende) Vitalitätszeichen festzustellen und den Rechtsstatus des geborenen Kindes – mit den oben skizzierten Konsequenzen – zu bestimmen. Andererseits

8 Weilert argumentiert hier im Spannungsfeld zwischen Ist und Soll – sie fordert eine verfassungskonforme Auslegung der Bestattungsgesetze, weil die Länderregelungen voneinander abweichen. Ihre Argumentation ist dabei auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Weilert dem Herausgeberbeirat der Zeitschrift für Lebensrecht angehört, hrsg. von der Juristen-Vereinigung Lebensrecht e. V., einer konservativen Vereinigung von ›Lebensschützer*innen‹, die das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren einschränken wollen.

werden in der Medizin die Schwangerschaftsverläufe stark binnendifferenziert – nach SSW, Ursache, Verlauf und/oder Therapie. Medizinisch relevant sind der eigentliche Geburtsverlauf und die Frage, ob der Fötus, sofern er noch lebt, eine Geburt zu diesem Schwangerschaftszeitpunkt überleben kann. Im Grenzbereich um 500 Gramm kann mitunter erst nach der Geburt, wenn gewogen wurde, entschieden werden, ob es sich um eine Totgeburt oder eine Fehlgeburt handelt; auch deshalb ist eine scharfe Grenzziehung aus medizinischer Perspektive wenig sinnvoll. Vielmehr geht es darum, je nach Diagnose und SSW, die Geburt hinauszuzögern und Formen der Therapie vorzuschlagen. Im Folgenden gehe ich auf einige relevante Binnendifferenzierungen ein.

Eine *Fehlgeburt*, auch ›Abort‹ oder ›Abgang‹ genannt, bezeichnet »eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft mit oder ohne Ausstoßung der toten Frucht mit einem Geburtsgewicht unter 500 Gramm« (Hosang 2013, S. 213). Eine Schwangerschaft beginnt nach klinischem Verständnis mit der Einnistung der befruchteten Eizelle, d. h. etwa fünf Tage nach der Befruchtung und sieben bis zehn Tage nach dem Geschlechtsverkehr. Gerechnet wird die Schwangerschaftsdauer in der gynäkologischen Praxis aber meist vom ersten Tag der letzten Menstruation, die Schwangerschaft ist also etwa zwei Wochen älter. Dementsprechend ist die Person am Tag, an dem die Schwangerschaft klinisch beginnt und potenziell nachweisbar wird, bereits mindestens in der 4., eher in der 5. SSW. Eine Person, die in der 5. oder 6. SSW eine Fehlgeburt erleidet, weiß also seit höchstens ein bis zwei Wochen, dass sie schwanger ist. Für das Verständnis früher Fehlgeburtserfahrungen ist es deshalb wichtig, diese routinemäßige Berechnungsweise der Schwangerschaftsdauer in SSW zu verstehen.

Fehlgeburten werden, entlang uneinheitlicher Kriterien, in frühe Fehlgeburten (Frühaborte, bis zur 14. SSW) und späte Fehlgeburten (Spätaborte, bis zur 24. SSW) unterschieden (vgl. ebd.). Andere Quellen geben an, dass es sich bis zur 12. SSW um eine frühe Fehlgeburt, ab der 13. SSW um eine späte Fehlgeburt handelt (etwa Franz 2017, S. 4), was an den verschiedenen Varianten, die Schwangerschaftsdauer zu bestimmen, liegen könnte. Die zeitliche Unterteilung ist der Behandlungsentscheidung geschuldet, der, verkürzt gesagt, ein operativer Eingriff oder ein Geburtsprozess folgt. Während bei frühen Fehlgeburten die Leibesfrucht auch operativ entfernt werden kann, ist bei späten Fehlgeburten eine vaginale Geburt vorgesehen (zu diesem Vorgehen vgl. S. 239). Diese Entscheidung beeinflusst natürlich, darauf sei an dieser Stelle hingewiesen, ob die Schwangere das folgende Ereignis als Operation oder als Geburt erfährt.

Daneben wird der Zustand des Aborts weiter differenziert, etwa mit den Begriffen ›beginnender Abort‹ (Abortus incipiens) oder ›unvollständiger Abort‹ (Abortus incompletus) (vgl. Hosang 2013, S. 213). Eine häufige Form der Fehlgeburt ist der ›verhaltene Abort‹ (*missed abortion*). Bei einer *missed abortion* weist der Fötus in der Ultraschalluntersuchung keine Vitalitätszeichen wie Herzaktion

oder Bewegung auf, doch gibt es keine äußeren Merkmale wie Blutungen oder den Abgang von Gewebe. Wird ein unvollständiger oder verhaltener Abort bis zur 12. SSW diagnostiziert, wird traditionell eine Ausschabung (Kürettage) der Gebärmutter bzw. die schonendere Absaug-Methode durchgeführt. Alternativ kann abgewartet werden, wobei »die Blutung bis zur kompletten Ausstoßung der Frucht einen Monat anhalten kann« (Knieper 2017, S. 184).

Die Medizin gibt keine Antwort auf die Frage, ab wann das Ungeborene eine menschliche Person ist, aber der Grenzbereich zur Lebensfähigkeit scheint der Übergang zu sein, durch den Ungeborene zu eigenständigen Patient*innen werden. Die Bezeichnung ›Totgeburt‹ bezieht sich aus medizinischer Perspektive auf einen Schwangerschaftszeitpunkt, zu dem der Embryo oder Fötus außerhalb der Gebärmutter potenziell lebensfähig gewesen wäre. Derzeit liegt die Grenze zur extrauterinen⁹ Lebensfähigkeit zwischen der 22. und 24. SSW (vgl. Reister 2015). Etwa in dieser Zeit, um die 23. SSW, wiegt die Leibesfrucht 500 Gramm. Die Grenze zur Lebensfähigkeit ist von kulturellen, gesundheitspolitischen und medizintechnischen Umständen abhängig und variiert entsprechend. Da sich die Überlebenschancen von Frühgeborenen vor allem durch medizintechnische Entwicklungen stark verbessert hatten, und auch deutlich leichtere Babys überlebten, empfahl die WHO 1994 die Herabsetzung der Grenze zur Unterscheidung zwischen Totgeburt und Fehlgeburt auf 500 Gramm. Zuvor hatte die Grenze in Deutschland bei einem Geburtsgewicht von 1000 Gramm bzw. von 1938 bis 1979 bei einer Körperlänge von 35 cm gelegen (vgl. Hübner 2014, S. 11).¹⁰

Fehlgeburten finden sehr häufig statt, wobei die Rate je nach betrachtetem Kollektiv und Zeitpunkt im Schwangerschaftsverlauf stark variiert (vgl. Franz 2017, S. 5). Es wird geschätzt, dass etwa 20 Prozent aller Schwangerschaften mit einer Fehlgeburt enden, wobei ein großer Teil dieser Schwangerschaften sehr früh und mitunter unbemerkt zu Ende geht (vgl. Kribs 2014, S. 58). »Etwa 30 % der befruchteten Eizellen gehen bereits in der Implantationsphase zugrunde« (Hosang 2013, S. 213), d.h. teilweise ohne dass überhaupt eine Schwangerschaft festgestellt worden ist. Etwa 80 Prozent der klinisch relevanten Fehlgeburten sind frühe Fehlgeburten bis zur 12. SSW, weshalb das erste Schwangerschaftsdrittel auch als kritische Phase betrachtet wird. Danach nimmt die Fehlgeburtswahrscheinlichkeit von Woche zu Woche signifikant ab. Mit zunehmendem Alter der Frau steigt die Wahrscheinlichkeit für einen Abort. »Grundsätzlich geht man bei einer Frau, die noch keine Fehlgeburt hatte, von einem Risiko für eine Fehlgeburt von 11–13 % aus« (Funk 2017, S. 14). Es liege bei 20- bis 30-jährigen Frauen bei 9 bis 17 Prozent, in der Gruppe der 35- bis 40-Jährigen bereits bei 23 bis 45 Prozent

9 Extrauterin = außerhalb der Gebärmutter.

10 Die 500-Gramm-Grenze entspricht nur in etwa dem geringsten Körpergewicht eines lebensfähigen Kindes. Das bisher leichteste Frühgeborene, das überlebte, wog bei seiner Geburt weniger als 250 Gramm. Wäre es vor der Geburt gestorben, hätte es nach heutigen Bestimmungen als Fehlgeburt gegolten.

(vgl. ebd.). Deshalb gelten Schwangere ab einem Alter von 35 Jahren als Risikoschwangere. Häufige Ursachen für eine Fehlgeburt sind Chromosomenstörungen, anatomische Gründe (etwa Myome in der Gebärmutter), Gerinnungsstörungen, hormonelle Probleme, immunologische Störungen sowie akute Infektionen (vgl. ebd., S. 16).

Eine *Totgeburt*, auch Intrauteriner¹¹ Fruchttod oder Fetal Tod, stellt eine vergleichsweise seltene, »schwere geburtshilfliche Komplikation« (Franz 2017, S. 5) dar. 2019 wurden gemäß Statistischem Bundesamt in Deutschland 778 090 Kinder lebend geboren, und im gleichen Zeitraum traten 3180 Totgeburten auf, was einer Inzidenz von 0,41 Prozent entspricht. 98 Prozent der weltweit jährlich etwa 3 Millionen Totgeburten treten in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen auf (Blencowe et al. 2016, S. e98). Die Totgeburtenraten liegen für einige subsaharische und südasiatische Länder bei über 25 pro 1000 Geburten (vgl. ebd., S. e104). Laut einer Studie von 2016 hatte Pakistan aufgrund von Armut, Bevölkerungswachstum und schlechter Gesundheitsversorgung die höchste Totgeburtenrate der Welt: Im Schnitt kommen dort auf 1000 Geburten 43 Totgeborene (ebd.).

Die Rate perinataler Mortalität erfasst Totgeburten und bis zum siebten Tag nach der Geburt verstorbene Kinder. Erfasst werden damit auch Neugeborene, die in Deutschland personenstandsrechtlich als Lebendgeburten definiert werden. Um die begriffliche Verwirrung komplett zu machen, kommt hinzu, dass die häufigste Todesursache von Neugeborenen extreme Unreife durch Frühgeburt ist (vgl. Franz 2017, S. 5), weshalb ein innerhalb der ersten sieben Lebensstage verstorbene Kind medizinisch zugleich eine Frühgeburt, rechtlich eine Lebendgeburt und gemäß Bundesstatistik eine Totgeburt sein kann. Die Totgeburtenrate gilt als Indikator für die Qualität der perinatalmedizinischen Versorgung. Sie stieg in Deutschland in den Jahren 1994 und 1995 an (4 bzw. 4,5 Totgeburten pro 1000 Lebendgeburten gegenüber 3,1 im Jahr 1993), nachdem 500 Gramm als neue Grenze zur Definition einer Totgeburt festgelegt worden war (vgl. Hübner 2014, S. 11). Bei der Säuglingssterblichkeit werden Totgeburten wiederum nicht mitgezählt. Sie bildet die Anzahl von Todesfällen Lebendgeborener innerhalb ihres ersten Lebensjahres ab. Da die Säuglingssterblichkeit weltweit als ein Indikator für den Lebensstandard und die medizinische (insbesondere geburtshilfliche) Versorgung gilt, ergibt es aus politischen Gründen Sinn, extrem unreife Frühgeborene, die innerhalb weniger Tage sterben, statistisch als Totgeburten zu zählen, damit sie in dieser statistischen Zahl nicht enthalten sind.

Nicht zuletzt sei eine Anmerkung zum Thema Schwangerschaftsabbruch gemacht. Ursprünglich habe ich Abtreibung aus dem Gegenstandsbereich ausgeklammert, weil ich sie als gewollte Beendigung einer Schwangerschaft gefasst habe, die zudem unter Vollnarkose und operativ erfolgt, also kaum leibliches

11 Intrauterin = in der Gebärmutter.

Erleben zulässt. Aber beides ist nicht unbedingt der Fall. Zum einen können auch Schwangerschaftsabbrüche, die nach der Beratungsregel erfolgen, medikamentös vorgenommen werden – medizinisch betrachtet ist der körperliche Vorgang nach der Medikamenteneinnahme, der Abgang selbst, dann mit einer Fehlgeburt vergleichbar. Zum anderen wurde schnell klar, dass Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Diagnosestellung keineswegs *gewollte* Schwangerschaftsabbrüche sind. Vielmehr stellt der Schwangerschaftsabbruch nach pränataler Diagnose eine häufige und oft dramatische Form des Schwangerschaftsverlusts dar, da die Betroffenen sich ein Kind wünschen *und* sich dafür entscheiden, die Schwangerschaft zu beenden (siehe dazu 6.3). Der Entscheidung für den Abbruch folgt eine eingeleitete Geburt, die körperlich wiederum mit dem Prozess einer Totgeburt vergleichbar ist.¹² Solche Fälle, soviel sei vorweggenommen, werden im Feld trauernder Eltern ebenfalls als Verluste behandelt, weshalb ich sie in die Analyse einbezogen habe. Medizinisch werden diese künstlich eingeleiteten Geburten von ›natürlichen Geburten/Abgängen‹ unterschieden, die ›spontan‹ beginnen. Nach dem erfolgten Abbruch entscheidet die erreichte Schwangerschaftsdauer bzw. das Gewicht der Leibesfrucht, ob diese personenstandsrechtlich als Fehlgeburt oder als Totgeburt gilt und ob sie bestattet werden kann oder muss.

2.1.3 Stillgeburt und Sternenkind – Lebensweltliche Alternativbezeichnungen

Im Folgenden liegt der Fokus auf lebensweltlichen Alternativen zu den Begriffen ›Fehlgeburt‹ und ›Totgeburt‹, da diese die negative Konnotation eines Misserfolgs tragen. »Das Wort ›Fehlgeburt‹ wird zu Recht kritisiert, weil es dem Empfinden nach ein wertendes Wort ist, in dem etwas ›Fehlerhaftes‹ zum Ausdruck kommt« (Weilert 2017, S. 287). Auch das englische *miscarriage* bedeutet wörtlich ein fehlendes und verfehltes Austragen. Im Kontext von Schuld verwendet Martin Luther »Fehl« akkusativisch: »ihr (der Gottlosen) Bauch bringet Fehl (eine Fehlgeburt), Hiob 15, 35« und »Siehe, der hat Böses im Sinn, mit Unglück ist er schwanger; er wird aber einen Fehl gebären (Ps. 7, 15)« (beide Zitate nach Schott 1827, S. 253). Bereits an diesen Beispielen zeigt sich der Zusammenhang von Fehlgeburtserfahrung und Schuldzuweisung, der bis heute besteht.

Um den negativen Konnotationen und den damit verbundenen Stigmatisierungen etwas entgegenzusetzen, werden alternative Begriffe verwendet, die

12 Kliniken folgen dabei eigenen Richtlinien. In der Regel wird bei Abbrüchen nach der 12. SSW bzw. wenn der Fötus über 8 cm misst, keine Ausschabung des Fötus mehr durchgeführt, sondern die Ausstoßung der Frucht herbeigeführt. Bei Abbrüchen zu einem Schwangerschaftszeitpunkt, an dem der Fötus potenziell überlebensfähig ist, also ca. ab der 24. SSW, wird vor der Geburt ein Fetozid durchgeführt, der Fötus also im Mutterleib abgetötet.

dem Ereignis eine andere Bedeutung zuweisen. Statt von ›Fehl-‹ oder ›Totgeburt‹ sprechen Akteur*innen von ›stiller Geburt‹ und ›kleiner Geburt‹, von ›Sternen- und Schmetterlingskindern‹. Während ›Fehlgeburt‹ gleichermaßen den Abgang und die abgegangene Leibesfrucht meinen kann, bezeichnen die lebensweltlichen Alternativen eindeutig entweder den Prozess oder dessen Ergebnis. Der vom englischen *stillbirth/stillborn* entlehnte Begriff ›stille Geburt‹, auch ›Stillgeburt‹, ist in Kliniken zunehmend gebräuchlich und kann sowohl Fehl- als auch Totgeburten bezeichnen. Auf diese Weise entdifferenziert der Begriff, zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft der Verlust erlitten wurde. Vermutlich haben insbesondere Hebammen, die stille Geburten begleiten, dazu beigetragen, die stigmatisierenden Bezeichnungen durch neutralere oder positiv besetzte zu ersetzen. Ein semantischer Wandel besteht darin, dass die Begriffe ›stille Geburt‹ und ›kleine Geburt‹ hervorheben, dass eine Geburt stattgefunden hat, während die Begriffe ›Fehlgeburt‹ und ›Totgeburt‹ eine Geburt verneinen oder als gescheitert qualifizieren. Mit der Aneignung des Geburtsbegriffes ist ein Anspruch auf diskursive Teilhabe verbunden. Im doppeldeutigen Namen des englischen Selbsthilfe-Blogs »Still Mothers – Living Childless After Loss« wird diese Haltung, wonach Sternenmütter *immer noch* Mütter seien, gut zum Ausdruck gebracht.¹³

In diesem Kontext einer Partizipation an Geburtsdiskursen steht auch die Bezeichnung ›natürlicher Abgang‹, die eher bei frühen Fehlgeburten verwendet wird, und die als Kontrast zum – künstlichen und fremdbestimmten – medizinischen Eingriff einer Ausschabung zu verstehen ist. Eine Betonung natürlicher Körperfähigkeiten, z. B. ›produktiver‹ Wehen zur Ausstoßung der Frucht, sind im Kontext des normativen Diskurses um natürliche Geburt zu sehen (vgl. Rose 2010; Rose & Schmied-Knittel 2011, S. 78 f.). Dem Ideal einer natürlichen Geburt entspricht eine vaginale Geburt, die ohne Medikamentengabe (›spontan‹) einsetzt und verläuft und die es ermöglicht, die Geburt bewusst zu erleben. Während die Begriffe ›Fehlgeburt‹ und ›Totgeburt‹ mit körperlicher Unfähigkeit in Verbindung gebracht werden, betont die Rede vom ›natürlichen Abgang‹ positive Aspekte wie die Natürlichkeit und Normalität des Geschehens sowie die Reproduktionsfähigkeit des (weiblichen) Körpers.

Inzwischen etabliert ist die Rede von ›Sternenkindern‹, um Kinder zu bezeichnen, die während einer Schwangerschaft oder in der ersten Lebenszeit gestorben sind. Manchmal werden so auch ältere verstorbene Kinder bis ins Kleinkindalter bezeichnet. In der Hintergrundmeldung »Sternenkinder« des Familienministeriums anlässlich der Änderung des PStV, die ausschließlich die rechtliche Stellung von Fehlgeborenen betrifft, kommen Sternenkinder im Text mal in Anführungszeichen, mal als »sogenannte« und mal ohne weitere

13 Auf der Seite heißt es: »Firstly, we are still *mothers*. [...] Our mother hearts beat just as strongly as women with children to raise« (Fredrickson & Sissons, o. J., o. S., Herv. i. O.).

Kennzeichnung vor (vgl. BMFSFJ 2018, o.S.). Darin drückt sich womöglich der ambivalente Anfang einer begrifflichen Institutionalisierung aus.¹⁴

Auffällig ist die religiöse Konnotation des Begriffs ›Sternenkind‹, die sich aus der metaphorischen Nähe zum christlichen Himmel ergibt. Auf die traditionelle Lehre der katholischen Kirche, wonach ungetauft verstorbene Kinder, also auch alle ungeboren verstorbenen, für den Limbus (Vorhölle) bestimmt sind und ihnen die Erlösung verwehrt bleibt, gehe ich noch ein (2.2.1). Vermutlich spielten die Auseinandersetzung und der Hader betroffener Eltern mit der katholischen Lehre eine Rolle bei der Durchsetzung des Begriffes ›Sternenkind‹. Die gewählte Metapher bringt vielmehr das Gegenteil zum Ausdruck, nämlich den Glauben, dass die früh verstorbenen, unschuldigen Kinder unmittelbar in den Himmel kommen – oder gar von dort gekommen sind. Manchmal ist auch explizit von ›Himmels-‹ oder ›Engelkindern‹ die Rede, und das englische Pendant zum Sternenkind ist *angel* oder *angel baby* (vgl. Rafanell & Sawicka 2020).

Semantisch in dieselbe Richtung einer Verbindung zum Himmel gehen die Begriffe ›Schmetterlingskind‹, oft verwendet für sehr frühe Fehlgeburten, bei denen kein Leib vorhanden ist, und ›Regenbogenkind‹, womit ein Kind bezeichnet wird, das nach einem Schwangerschaftsverlust auf die Welt kommt (deshalb auch manchmal ›Folgekind‹ genannt).¹⁵ Das Symbol des Regenbogens verbindet den traurigen Verlust (Regen) mit dem freudigen Geburtseignis (Sonne) und steht für die Verbundenheit mit dem verstorbenen Geschwisterkind. Das Motiv findet sich auch im Namen der Initiative Regenbogen, einer seit 1983 überregional in Deutschland und in der Schweiz agierende Selbsthilfe-Initiative für Eltern, die ihr Kind während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt verloren haben (zur Initiative siehe 3.7.2). Einige Betroffene lehnen allerdings Bezeichnungen wie ›Sternen-‹ oder ›Regenbogenkind‹ ab, weil sie beschönigend, kitschig oder unpassend seien (vgl. Böcker 2016, S. 334f.).

Die Semantik lebensweltlicher Bezeichnungen oszilliert zwischen Zeitebenen (noch-nicht und schon-nicht-mehr) sowie zwischen Realität und Virtualität. Es ist z.B. die Rede von ›ungeborenen Babys‹, ›werdenden‹ und »›wurdenden‹ Eltern« (Haas 2016, o.S.), im Englischen von »babies-to-be and would-have-been-babies« (Layne 2000, S. 321). Die sprachliche Varianz des Phänomens ist

14 In kaum einem Zeitungs-, Radio-, Blog- oder Fernsehbeitrag, den ich im Rahmen meiner Forschung rezipiert habe, wird eine konsistente *und* korrekte Terminologie verwendet. So finden sich immer wieder Wortschöpfungen wie ›ungeplante Fehlgeburt‹ oder ›stille Fehlgeburt‹.

15 Erklärung auf einem »Mamablog«: »Regenbogenkinder nennt man liebevoll die Kinder, die nach der Geburt eines Sternenkinds lebend geboren werden« (Marylouloves 2017, o.S.). An anderer Stelle heißt es, der Begriff ›Regenbogenbaby‹ bezeichne »ein Baby, das nach einer Tot- oder Fehlgeburt gezeugt wurde. Er beschreibt die Hoffnung die man fühlt, wenn man nach einem Sturm einen Regenbogen sieht« (Kummer 2018, o.S.). Diese zweite Bezeichnung bezieht sich also auch auf das Ungeborene.

also groß und stellt für die Festlegung einer kohärenten Terminologie ein Problem dar – schließt doch jede Begriffswahl damit verbundene Diskurse und Systemrationalitäten ein. Trotz der Kritik an klinisch-rationalen Bezeichnungen¹⁶ durch Betroffene im untersuchten Feld (vgl. 3.7) verwende ich in dieser Arbeit für das *Ereignis* vorwiegend medizinische Bezeichnungen wie ›Fehlgeburt‹, ›Totgeburt‹, ›Schwangerschaftsabbruch‹ und ›palliative Geburt‹¹⁷. Die terminologische Unterscheidung zwischen Fehlgeburt, Totgeburt und (Tod einer) Lebendgeburt wollte ich ursprünglich in der Analyse unbedingt aufheben, weil sich das leibkörperliche Erleben der Fehl- und Totgebärenden quer zu diesen rechtlichen Kategorien bzw. medizinischen Sequenzierungen vollzieht. Dem ist auch so, weshalb ich inklusiv von Stillgeburt oder, in Anlehnung an das englische *pregnancy loss*, von Schwangerschaftsverlust (vgl. 2.2.3) spreche, wenn es um übergreifende Erfahrungsdimensionen geht und keine Rolle spielt, um welche der drei Verlustarten es sich handelt. Allerdings, so hat sich gezeigt, bilden sich individuelle Erfahrungen manchmal gerade in Bezug auf die Einordnung in eine Kategorie bzw. in Abgrenzung zu ihr. Wo die kategorialen Einordnungen für die subjektive Erfahrungskonstitution und für das Verständnis der Lesenden relevant sind, greife ich also auf sie zurück. Weiterhin spreche ich vom ›Ungeborenen‹, um möglichst neutral und inklusiv die Leibesfrucht, den Embryo, den Fötus und jede Form menschlichen Lebens vor der Geburt zu bezeichnen (zum Begriff des ›Ungeborenen‹ siehe 2.2.2); vom ›Fehlgeborenen‹, ›Totgeborenen‹ oder ›Stillgeborenen‹ ist die Rede, wenn es bereits geboren ist.

Die Lesenden haben eventuell grundsätzlich oder punktuell andere begriffliche Präferenzen. Sie mögen mit einzelnen Wörtern etwas anderes assoziieren, sich als Mensch, Medizinerin oder Soziologe über meine Ignoranz ärgern oder sich sogar angegriffen fühlen. Einige Kollegen korrigierten in meinen Manuskriptentwürfen auch nach Jahren der inhaltlichen Zusammenarbeit noch gelegentlich »Leibesfrucht« zu »Kind« und versahen die Änderung mit einem konsternierten Kommentar. Ich freue mich, wenn Lesende die Lektüre als Einladung verstehen, in Dialog mit dem Text zu treten, die aufkommenden Gefühle und Bewertungen als persönliche und kulturell geprägte Resonanz betrachten und davon ausgehen, dass diese Arbeit in verstehender Absicht verfasst worden ist.

16 Die Kritik bezieht sich nicht allein auf empathiefreie Bezeichnungen, diese seien darüber hinaus auch Ausdruck patriarchaler Machtstrukturen und Effizienzlogiken in den Krankenhäusern, die dazu führen, dass Gebärende entmündigt werden.

17 Sterbebegleitung vorsehende, von Eltern in professioneller Begleitung geplante Geburt, wenn feststeht, dass das Ungeborene während oder kurz nach der Geburt sterben wird.

2.2 Forschungsstand

Im Folgenden wird der soziologische Forschungsstand zu Fehl- und Totgeburt aufgearbeitet. Es lassen sich drei Forschungskontexte ausmachen, in denen Fehlgeburten und Totgeburten überhaupt thematisch, wenn auch nicht systematisch, behandelt werden. Erstens interessieren sich Thanatosoziologie und Kulturanthropologie für Fehl- und Totgeburten im Kontext der *kulturellen Ordnung des Todes* bzw. der Lebensgrenzen (2.2.1). Zweitens spielen Fehl- und Totgeburt für Forschungen zum *Status des Ungeborenen* eine Rolle (2.2.2). Drittens ist im angelsächsischen Raum ein interdisziplinärer Forschungskomplex zu elterlicher *Trauer nach Schwangerschaftsverlusten* etabliert (2.2.3). Diese letzten Forschungen zielen auf gelingende Verlustbewältigung betroffener Eltern und weisen einen Anwendungsbezug für professionelles Klinikpersonal auf (*clinical care*; Trauerbegleitung). Ich stelle im Folgenden die Literatur mit Blick auf theoretische Konzepte dar, die für die vorliegende Studie relevant sind, und arbeite Forschungsdesiderate heraus.

2.2.1 Kulturelle Ordnung des Todes am Lebensanfang

Lebensgrenzen und kulturelle Ordnung

Ein erstes Gebiet, auf dem Fehlgeburten und mehr noch Totgeburten thematisch werden, sind die kulturanthropologischen, kultur- und sozialwissenschaftlichen Forschungen zu Phänomenen der Lebensgrenze (vgl. Kaufman & Morgan 2005; Nieder & Schneider 2007; Benkel & Meitzler 2019). Hier besteht Konsens darüber, dass es keine anthropologisch konstante Form von Geborenwerden, Sterben, Tod und Trauer gibt. Die Rede von ›dem‹ Tod, die »anthropologische Universalisierung des Todes setzt gewöhnlich eine Operation voraus, deren Legitimität zweifelhaft bleibt: Sie identifiziert den Begriff des Todes mit dem Begriff der Sterblichkeit« (Macho 2000, S. 93). ›Den‹ Tod gibt es nicht, auch wenn als Tatsache gelten kann, dass alle Menschen sterblich sind. Die Grenze des menschlichen Lebens, der definierte Zeitpunkt, an dem ein Mensch für tot erklärt wird, ist Ergebnis kultureller Aushandlung. Lebensanfang und Lebensende werden oft als natürliche, unveränderliche Tatsachen verdinglicht, wobei aus dem Blick gerät, dass beide Markierungen sozial hergestellt und performiert werden. Jedes Kollektiv vollzieht spezifische Praktiken, verfügt über Erzählungen und Bilder, kurz: eine Kultur des Lebensbeginns und des Lebensendes. Soziologie und Kulturanthropologie erforschen die Prozesse von »coming-into-being, completion and attenuation of personhood and how life and death are attributed, contested, and enacted« (Kaufman & Morgan 2005, S. 317). Der soziale Beginn des Lebens und dessen Ende sind, anders gesagt, kulturell kontingent.

Die soziale Geburt, der Moment, in dem ein Kollektiv ein neues Mitglied begrüßt, muss also nicht die physische Geburt sein. Die historische und kulturelle Variabilität des sozialen Lebensbeginns, die Kontingenz der Grenzziehung am Lebensanfang, zeigt sich im Vergleich ausgewählter Extrembeispiele. Vor allem in der klassischen Kulturanthropologie finden sich Beispiele für Kollektive, in denen Neugeborene und sogar ältere Kinder (noch) nicht als Gesellschaftsmitglieder gedacht und behandelt wurden. Robert Hertz beschreibt eine Stammesgesellschaft in Südostasien, in der Kindstötungen unter bestimmten Umständen folgenlos bleiben. Aufgrund der verbreiteten Hoffnung, die Seele werde sich bald reinkarnieren, rufe »der Tod von kleinen Kindern eine sehr schwache und fast sofort abgeschlossene soziale Reaktion hervor« (Hertz 2007, S. 163). Ein anderes historisches Beispiel: Im Mittelalter galten »Abtreibung und Kindstötung« unterschiedslos »als ›normale Praktiken« der Geburtenregulierung (Graumann 2012, S. 15). Der Kindsmord, die Tötung eines neugeborenen, ungetauften Kindes durch die Mutter, wurde um den Anfang des 16. Jahrhunderts zu einem Verbrechen, das als widernatürliche Tat gegen die soziale Ordnung hart bestraft wurde (vgl. ebd., S. 17). Dennoch galt die Tat nicht als Schädigung einer menschlichen Person. Graumann konstatiert mit Verweis auf Adriano Prosperis (2007) Studie über den Kindsmord, dass nicht die Geburt, sondern die Taufe die entscheidende Grenze zur Aufnahme in die soziale Gemeinschaft gewesen sei (vgl. Graumann 2012, S. 14). Erst im 18. Jahrhundert, parallel zur Entwicklung des Menschenrechtsdenkens, sei die Taufe in ihrer Funktion durch die Geburt ersetzt worden (ebd.). Geburt und Lebendigkeit konstituierten historisch also keine soziale Person bzw. keinen neuen Menschen. Vielmehr konnte der Personenstatus an spätere oder weitere Statuspassagen, etwa die Namensgebung oder die Taufe, gebunden sein.¹⁸

Werner Schneider untersucht gesellschaftliche Bestimmungen der menschlichen Lebensgrenze und deren Legitimationsordnungen. Er schreibt:

»Soziologisch betrachtet ist sowohl das ›in die Welt Kommen«, das ›Geborenwerden« als auch das ›die Welt Verlassen«, das Sterben – beziehungsweise besser: das ›Sterben Machen« – [...] ein kulturell formierter sozialer Prozess. Jede Gesellschaft hat die Aufgabe zu bewältigen, (Handlungs-)Sicherheit und (Deutungs-)Gewissheit darüber herzustellen, wann menschliches Leben beginnt, wann es endet und wie (mit welchen institutionellen Praktiken) mit dem Lebensbeginn und Lebensende umzugehen ist« (Schneider 2011, S. 158 f.).

18 Die Bestimmung des Lebensanfangs und Gesellschaftsmitgliedschaft sind nicht identisch; jemand kann als lebendig und als nicht-zugehörig definiert werden. Mir geht es hier darum, dass es unterschiedliche, kollektiv geteilte Vorstellungen davon gibt, wann ›ein neuer Mensch geboren« ist und dass diese ›soziale Geburt« zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten vor und nach der physischen Entbindung stattfinden kann.

Mit diesen gesellschaftlichen Aufgaben geht einher, dass der Eintritt in die geteilte Lebenswelt, der das neue Leben zum Gesellschaftsmitglied macht, markiert wird und werden muss.

Einige kulturanthropologische Aufsätze erwähnen den prekären Status der ungeboren und früh Verstorbenen in der ›Welt der Toten‹. Arnold van Gennep vertrat 1909 in seiner klassischen Arbeit »Übergangsriten« die These, am weitesten verbreitet sei die Vorstellung einer der diesseitigen Welt ähnelnden jenseitigen Welt, in der die Gesellschaft der Toten gleichartig organisiert ist (vgl. van Gennep 2005). Daraus folge

»logischerweise, daß Kinder, die noch nicht in die Gesellschaft der Lebenden eingliedert waren, auch nicht in die der Toten aufgenommen werden können. Kinder etwa, die sterben, bevor sie die katholische Taufe erhalten haben, verbleiben ewig im Zwischenbereich der Vorhölle; analog dazu wird der Leichnam eines halbzivilisierten Kindes, das noch keinen Namen hat, noch nicht beschnitten ist usw., ohne die sonst vollzogenen Zeremonien beerdigt, weggeworfen oder verbrannt – besonders dann, wenn man glaubt, daß das Kind noch keine Seele besaß« (ebd., S. 148).

Van Genneps Formulierung verdeutlicht die strikte Trennung zwischen Leben und Tod und die Folgen dieser Zuordnung in den beschriebenen Kollektiven. Die Lebenden trügen Sorge, dass den Toten die Reise und der Eintritt in die jenseitige Welt gelinge (ebd., S. 149), auch weil Tote, die weder im Totenreich noch in der Gesellschaft integriert seien, den Lebenden gefährlich werden können. Die Untersuchungen van Genneps (2005) wie auch andere Studien zum Tod von Kindern (Einarsdóttir 2000; Scheper-Hughes 2004) zeigen, dass an kindlichen Leichnamen weniger Rituale durchgeführt werden, wenn die Kinder gesellschaftlich nicht integriert waren. Während des Übergangs in das Totenreich befänden sich, so van Gennep, die Toten sowie die Lebenden, die während der Trauerzeit vom sozialen Leben ausgeschlossen seien, in einer »Zwischensphäre« (van Gennep 2005, S. 144). Im Anschluss an van Gennep prägte später Victor Turner (1989) den ritualtheoretischen Begriff der ›Liminalität‹, der die Übergangsphase beschreibt, während der sich die Individuen in einem mehrdeutigen Zustand befinden. In diesem »Zwischenstadium der Statuslosigkeit« (Turner 1989, S. 97) befinden sich Ungeborene (und Schwangere) auf der Schwelle zur sozialen Welt (und zur Mutterschaft) (vgl. Côté-Arsenault et al. 2009). Wenn eine Schwangerschaft vorzeitig endet, lassen sich Ungeborene und ehemals Schwangere, so könnte man sagen, weder dem alten noch dem neuen Status zuordnen (vgl. Böcker 2017; Kuberska et al. 2020).

Zentrale Referenz für eine jüngere Kulturanthropologie, die Rituale und Praktiken in Bezug auf Fehlgeburt, Totgeburt und Neugeborenentod in unterschiedlichen *Kulturen* untersucht, ist der von Rosanne Cecil (1996) edierte Sammelband »The Anthropology of Pregnancy Loss«. Die darin versammelten

Beiträge bieten als Beschreibungen ›fremder‹ kultureller Riten und Deutungen, die mit dem westlichen Umgang kontrastiert werden, für das Forschungsinteresse dieser Arbeit keine brauchbare Heuristik. Aktuelle kulturanthropologische sowie ethnografische Studien zum Umgang mit Fehl- und Totgeburt in nicht-westlichen Ländern sind, der postkolonialen Wende ihres Faches entsprechend, weniger (exotisierend) an kulturellen Ordnungen abgrenzbarer Kollektive interessiert als an spezifischen, heterogenen Erfahrungsweisen und Problemlagen (exemplarisch Earle et al. 2016; Smith 2013; van der Sijpt & Notermans 2010). Diese zeitgenössische Kulturanthropologie greife ich im Kontext der Trauerforschung noch einmal auf (2.2.3).

In der deutschsprachigen Thanatosoziologie werden Fehl- und Totgeburten bislang kaum beforscht. Entweder werden Fehl- und Totgeburten gar nicht (Feldmann 2010a, 2010b; Knoblauch & Kahl 2017; Wittwer et al. 2010; Knoblauch & Zingerle 2005) oder als »Grenzfälle des Todes« (Thieme 2019, S. 32) erwähnt. Als Grenzphänomene dienen sie meist einem anderen Erkenntnisinteresse, wie der Beschreibung und Erklärung kollektiver Grenzziehungen zwischen Leben und Tod, zwischen Menschlichem und dem Nicht-(mehr-)Menschlichen. Im Band »Zwischen Leben und Tod – Sozialwissenschaftliche Grenzgänge« (Benkel & Meitzler 2019) finden sich gleich drei Beiträge zum Lebensanfang. Preuß (2019) widmet sich aus ethischer Perspektive der Frage nach der adäquaten Bestattung von Föten, insbesondere auch solchen aus Schwangerschaftsabbrüchen. Daneben fokussieren die Beiträge zum normativen Konstrukt des ›Lebens‹ (Reitinger 2019) und zum Fall des ›Erlanger Babys‹, bei dem eine hirntote Schwangere ein Kind austrug (Lehner & Meyenberg 2019), die diskursiven und praktischen Ordnungen des Lebensanfangs. Fehl- und Totgeburten selbst sind hier also kein empirischer Gegenstand.

Symbolische Grenzprobleme und Paradoxien vor dem Hintergrund technischer Machbarkeiten hat auch Schneider (2011) im Blick, wenn er den Diskurs um »hirntote Schwangere« untersucht. In diesem Untersuchungsfeld werde die Diffusion der Grenze zwischen Leben und Tod besonders deutlich:

»hier der *Fötus* als körpereigensinniger Akteur mit Subjektinteressen in der Anwaltschaft der multidisziplinären Experten, dort die sterbende beziehungsweise tote Mutter [...]. Der Mutterkörper, wenn tot oder sterbend vormals also eine existenzielle Gefährdung des Fötus darstellend, kann jetzt als ›materiale‹ Voraussetzung für dessen weiteres ›Werden‹ fungieren; – das *Subjekt ›Mutter‹* hingegen *verschwindet*. Die Folge davon ist die *praktische Entgrenzung des bisherigen Körper-Leib-Bezugs von Schwangerschaft und Geburt* über die bisherigen Grenzen des Lebensbeginns/Lebensendes hinaus« (Schneider 2011, S. 177f., Herv. i. O.).

Schneider betont die gesellschaftstheoretische Relevanz einer »solche[n] Neuordnung der Lebensränder« (ebd., S. 179) und plädiert dafür, eine Soziologie

der Geburt und eine Soziologie von Sterben und Tod stärker aufeinander zu beziehen.

Offensichtlich sind Fehl- und Totgeburt Grenzformen des Todes am Lebensanfang, die auch im (wissenschaftlichen) Kontext von Sterben und Tod randständig behandelt werden. Die Frage nach kulturellen Ordnungen der Lebensgrenzen schärft den Blick für die diskursiven und gesellschaftlichen Bedingungen, in die sowohl die Zuschreibungen von Leben und Tod als auch die darauf bezogenen Subjekterfahrungen eingebettet sind. Für diese Untersuchung bedeutet das, dass nach der kulturellen Ordnung gefragt wird, in die die Fehl- und Totgeburtserfahrungen eingebettet sind und der Frage nachgegangen wird, unter welchen Bedingungen sie als Todesfälle behandelt werden.

Kirche als historische Deutungsmacht der Lebensgrenzen

In Europa spielten und spielen die christlichen Kirchen eine wichtige und die kulturelle Ordnung prägende Rolle bei der Bestimmung der Lebensgrenzen und den damit verbundenen Aushandlungskonflikten. Zum einen stellten Fehl- und Totgeburten immer wieder aufs Neue die ethische Frage nach dem Beginn menschlichen Lebens. Zum anderen entzündeten sich historisch an der Debatte über den adäquaten Umgang mit sterblichen Überresten Konflikte zwischen religiösen Autoritäten und Eltern. Totgeborene blieben ungetauft, da die Taufe nur am lebendigen Leibe vollzogen werden durfte. Entsprechend durften sie, wie sogenannte Selbstmörder und Exkommunizierte, nicht in geweihter Erde bestattet werden. Ungetaufte Kinder, so folgerte Augustinus im 5. Jahrhundert, seien mit der Erbsünde behaftet und für die Hölle bestimmt (vgl. DBK 2007, S. 21). Die traditionelle katholische Lehre bediente sich der Theorie des Limbus, »verstanden als Zustand, in dem die Seelen der ohne Taufe sterbenden Kinder aufgrund der Ursünde nicht den Lohn der glückseligen Gottesschau verdienen, jedoch keinerlei Bestrafung unterworfen sind, weil sie keine persönlichen Sünden begangen haben« (ebd., S. 3). Dramatisch war für Eltern also die Vorstellung, dass den fehl- und totgeborenen Kindern ohne Taufe die Erlösung ewig verwehrt bliebe. Alois Hahn (2002, S. 76) zitiert den Hinweis, »daß nach allgemeinem Glauben des 17. Jhs. getaufte Kinder unmittelbar ins Paradies eingehen und dort als Fürsprecher für ihre Eltern auftreten. Der Tod der Kinder wird deshalb mit einer gewissen Gelassenheit als unvermeidlich akzeptiert. Alles aber wird getan, um sie nicht ungetauft sterben zu lassen.«¹⁹

19 Der französische Historiker Philippe Ariès führt in seiner viel zitierten »Geschichte der Kindheit« 1975 die Nichtbeachtung von und emotionale Ignoranz gegenüber Kindern bis ins 16. Jahrhundert auf die hohe Kindersterblichkeit zurück. Erst später – Ariès macht das an der Zunahme von Grabbildnissen verstorbener Kinder fest – hätten sich eine neue Gefühlskultur um Kinder und Kindheit als eigenständig beachtete Phase entwickelt.

Bereits im Mittelalter versuchten Eltern, auch Tot- und Fehlgeborene in geweihter Erde bestatten zu lassen (vgl. Prosser 2005; Duden 2002; Ulrich-Bochsler & Gutscher 1998; Gélis 1998; Labouvie 1998). Da Ungetaufte nicht bestattet werden durften und nur Lebende getauft werden konnten, gab es bis Mitte des 18. Jahrhunderts den Brauch der sogenannten Erweckungstaufe bzw. Wundertaufe. »Die Furcht vor dem ungewissen Schicksal des Kindes, das ohne Namen, ohne Zugehörigkeit zwischen der Welt der Lebenden und der Toten stecken blieb, hatte zu dem Brauch geführt, die ungetauft verstorbenen Neugeborenen an einen Gnadenort zu bringen, um sie für einen Moment zum Leben zu erwecken und ihnen die Taufe spenden zu können. Das Kind erhielt so eine Zugehörigkeit – die Gemeinschaft der Kirche – und eine Identität« (Duden 2002, S. 33). Beim Verbot dieser Taufen durch Papst Benedikt XIV. im Jahr 1755 »gründete [die Kirche] ihre Haltung auf wissenschaftliche Beobachtung und eine medizinische Definition der Zeichen der ›Vitalität‹ des Körperchens« (ebd., S. 34). Andererseits führten embryologische Entdeckungen zur Frage nach dem Schicksal der vom Moment der Empfängnis an »beseelt gedachten Frucht« (ebd.). Das führte z. B. in Bayern zur konträren Anweisung für Hebammen, ungeachtet der Größe und Gestalt mit dem Beisatz »›Kind, wenn du fähig, oder ein Mensch bist‹« alles zu taufen, »was aus Frauen abging« (ebd.).²⁰

»Diese widersprüchliche Haltung der katholischen Kirche dem ›Fleisch‹ des Ungeborenen gegenüber ist bemerkenswert. Denn es war die machtopportune, naturkundlich abgestützte, medizinisch präzisierte Denkweise, die die Grenze zwischen Leben und Tod in der Geburt scharf zu ziehen verlangte und deshalb eine ›Wiederbelebung‹ des gliedmäßigen Kindes in der ›Wundertaufe‹ verbot; andererseits führte im gleichen Zeitraum der Glaube an die wissenschaftliche Beobachtung winzigster Menschlein schon im ›Ei‹ dazu, dass katholische Priester und Theologen den Zeitpunkt der Beseelung vorverlegten und folglich die ›Taufe‹ dieser imaginierten ›Menschen‹ auch in den Abgängen aus Frauen zu einem Thema werden konnte. Freilich nahm die katholische Kirche zur Frage des genauen Zeitpunktes der Beseelung der Frucht und zum Status des Embryos in Bezug auf seine Tauffähigkeit niemals, selbst im 19. Jahrhundert nicht, eine definitive Position ein« (ebd., S. 34 f.; zur heutigen Position der Kirche siehe unten).

Die lutherische Theologie lehnte die »Nottaufe unter der Geburt, d. h. die Taufe eines Körperteils ab« (ebd., S. 35) und vertrat die Vorstellung der Erlösung von der Verdammnis für die noch nicht getaufte Leibesfrucht, wenn die Eltern ein frommes Leben führten. Da in der nachreformatorischen Zeit die Kindlichkeit

20 In der Literatur werden, nicht trennscharf, Erweckungs- bzw. Wundertaufe (Totgeborene und ungetauft verstorbene Säuglinge), Nottaufe (unter der Geburt) und Taufe im Mutterleib unterschieden.

des Ungeborenen in Verbindung zum Christuskind gebracht wurde, konnten die »ungetauft verstorbenen Neugeborenen« auf dem Friedhof teilweise »mit vollem Zeremoniell beerdigt werden« (ebd.). »Die Theologie des Luthertums zog so das Ungeborene [...] schon vor der Geburt in ein ›Diesseits«, gab ihm eine neue Präsenz betender Vergegenwärtigung« (ebd., S. 36). In diesem Kontext weist Barbara Duden darauf hin, dass dies Schwangeren eine neuartige Verantwortung für ihre Frucht auferlegte und sich ein »theologisch-moralisches Regime der Schwangerschaft, das auf das Kind ausgerichtet war«, entfalten konnte (ebd.). Auf die Kritik am Status des ›gegenwärtigen‹ Ungeborenen komme ich gleich zurück.

Diskrepanzen und Aushandlungsbedarfe zwischen Eltern und gesellschaftlichen Autoritäten in Bezug auf den Status von Totgeborenen sind also, so zeigen Dudens Ausführungen, nicht neu. Auch Michael Prosser konstatiert ein starkes elterliches Bedürfnis nach Bestattung ungetauft verstorbener Kinder: »Welches Drama die sakramental unversorgte Kindbestattung für die Eltern bedeutete« zeige der Umstand, dass um die Wende zum 19. Jahrhundert »von der italienischen Seite der Alpen tote Säuglinge im Rucksack nach Zen Hohen Flühen²¹ gebracht wurden, die bei der Ankunft schon das Stadium der Verwesung erreicht hatten« (Prosser 2005, S. 142). Für das Spätmittelalter belegten Beispiele, dass »sogar Föten, ›welche noch nicht ausgebildete Glieder haben, sondern nur Klumpen bildeten« dorthin gebracht wurden (ebd., S. 138). In beiden Fällen »toter Materie« wurden die benötigte Zeugenschaft von Lebenszeichen und damit Nottaufe und rituelle Beisetzung verweigert. Die Eltern hatten somit mit der Tatsache zu leben, dass ihren fehl- und totgeborenen Kindern das christliche Seelenheil verwehrt bliebe.

Die heutige Haltung der katholischen Kirche zum Umgang mit ungetauft verstorbenen Kindern ist noch geprägt von dem Widerspruch, der sich aus der Auffassung ergibt, ›der Mensch‹ beginne mit der befruchteten Eizelle,²² während andererseits das Heilsversprechen nur für getaufte Mitglieder der Kirche besteht. Demnach waren, wie oben gezeigt, ungetauft verstorbene Föten und Säuglinge von der Möglichkeit ausgenommen, vom diesseitigen Leiden erlöst zu werden. Die Internationale Theologische Kommission kommt in ihrer Studie zur Frage, ob es für ungetauft sterbende Kinder Hoffnung auf Rettung gebe, zu dem Ergebnis, »dass es theologische und liturgische Gründe zur Hoffnung gibt, dass ungetauft sterbende Kinder gerettet und zur ewigen Seligkeit geführt werden können, auch wenn sich zu dieser Frage keine ausdrückliche Lehre in der Offenbarung findet« (DBK 2007, S. 4). Ein Anlass der Studie sind seelsorgerische Fragen und »zahlreiche pastorale Probleme«, die sich aus dem Gedanken ergeben, dass die »ungetauft verstorbene[n]

21 Weihestätte im Wallis, Schweiz. Zur Geschichte der Begräbniskultur um Fehl- und Totgeborene in der Schweiz siehe Pahud de Mortanges (2018).

22 Die Frage nach dem menschlichen Lebensbeginn ist innerhalb der Kirche, wie auch innerhalb der Medizin und Wissenschaft, immer wieder neu verhandelt worden (für einen historischen Überblick siehe Bruns 2012).

Kinder der beseligenden Gottesschau beraubt sind« (ebd., S. 11). Darüber hinaus, so lässt sich der Einleitung entnehmen, sind auch der Bedeutungs- und Mitgliederverlust der Kirche sowie ihre Kritik am Wandel reproduktiver Verhältnisse Gründe für die Auseinandersetzung. So heißt es: »Die Anzahl der Kinder, die ungetauft sterben, wächst in unserer Zeit erheblich. Dies liegt zum Teil daran, dass ihre Eltern, beeinflusst durch den kulturellen Relativismus und religiösen Pluralismus, ihren Glauben nicht praktizieren, es ist jedoch zum Teil auch die Folge der Befruchtung im Reagenzglas und der Abtreibung. Angesichts dieser Entwicklungen stellt sich die Frage nach dem Schicksal dieser Kinder mit neuer Dringlichkeit« (ebd., S. 9). Beklagt wird also ein medizintechnisch bedingter Zuwachs von Formen des ›ungetauft verstorbenen Lebens‹ (z. B. durch embryonale Stammzellforschung), der vonseiten der Kirche ein neues Nachsinnen über das »Schicksal aller menschlichen Wesen« erfordere (vgl. ebd.). Schließlich gebe es »Gründe zu hoffen, dass Gott diese Kinder genau deshalb retten wird, weil es nicht möglich war, für sie zu tun, was höchst wünschenswert gewesen wäre: sie im Glauben der Kirche zu taufen und sichtbar in den Leib Christi einzugliedern« (ebd., S. 4). Dieses Fazit ist also auch vor dem Hintergrund jener konservativen Kulturkritik am Wandel von Reproduktionsverhältnissen zu verstehen.

Anhand der drei Auflagen der Arbeitshilfe »Eltern trauern um ihr totes neugeborenes Kind« von 1993, 2005 und 2017 der Deutschen Bischofskonferenz arbeitet Preuß (2019) die seelsorgerischen Erfahrungen im Umgang mit betroffenen Eltern heraus, die zunehmend Eingang in die Arbeitshilfen gefunden hätten. Die elterlichen Bedürfnisse und Dilemmata, etwa angesichts eines Schwangerschaftsabbruchs, würden zunehmend berücksichtigt und apodiktische Antworten vermieden (vgl. Preuß 2019, S. 66). Zukünftig, so die Prognose, werde sich die »Differenzierung nach Todeszeitpunkt, Todesort und Todesart, sprich nach fehlgeborenen, totgeborenen, abgetriebenen oder außerhalb des Mutterleibes verstorbenen Kindern« (ebd., S. 68) verlieren. Preuß' Prämisse, wie auch die der Internationalen Theologischen Kommission, ist dabei, dass es sich in allen Fällen um Eltern und verstorbene Kinder handelt. So prognostiziert er eine gesellschaftliche Entwicklung, die »noch stärker auf die Bedürfnisse der verwaisten Eltern eingehen und der Einsicht Rechnung tragen [wird], dass es eben *Menschen* sind, die im Mutterleib versterben« (ebd., S. 67, Herv. i. O.). Theoretische Ansätze und Studien, die eine solche essentialistische Perspektive auf das ungeborene Leben ablehnen und die historischen und kulturellen Entstehungsbedingungen dieses wirkmächtigen Konstrukts analysieren, stelle ich nun vor.

2.2.2 Schwangerschaft und der Status des Ungeborenen

Ein zweiter Bereich, in dem Fehlgeburten und Totgeburten thematisch werden, sind Arbeiten zu Schwangerschaft und Geburt sowie zum ungeborenen Leben.

In den Studien zur *Entdeckung des Ungeborenen* im Umfeld von Barbara Duden spielen Fehl- und Totgeburten eine Rolle, weil sie historisch als Hinweise auf den ungeborenen Menschen im Mutterleib gedeutet wurden. Von den abgegangenen Leibesfrüchten verschiedener Schwangerschaftsstadien wurde also auf das ›prä-natale Leben‹ geschlossen. Verbunden war dies mit der Frage, welcher moralische Status dem Ungeborenen zukomme. Aktuelle Forschung zum *Status des Ungeborenen* als Person und als Mensch, die daraus folgenden Konsequenzen für Frauen sowie Konflikte über diese Deutungen stelle ich im Anschluss an die Arbeit Dudens vor. Abschließend gehe ich auf die aufkeimende deutschsprachige Soziologie der *Schwangerschaft und Geburt* ein und übernehme einige Konzepte für den Untersuchungsgegenstand Fehl- und Totgeburt, der in dieser Forschungsrichtung bislang kein Thema ist.

Die Entdeckung des Ungeborenen

Wegweisend hat die Historikerin Duden die »Geschichte des Ungeborenen« (Duden et al. 2002) aufgearbeitet und damit eine Wissens- und Körpergeschichte der Schwangerschaft etabliert. Sie zeigt, wie sich mit der Entdeckung des Ungeborenen, also der historischen Entwicklung einer konkreten bildlichen Vorstellung von Embryo und Fötus, das Wissen und die Deutung von pränatalen Prozessen verändert haben. Mit dieser Entwicklung wurde das Ungeborene zugleich als ein von der schwangeren Frau losgelöstes Wesen hervorgebracht.

Duden skizziert die historische Entwicklung der Vorstellung des Ungeborenen seit dem 16. Jahrhundert und arbeitet, nicht ganz trennscharf, »fünf historische Objektivationen« (Duden 2002, S. 12) des Ungeborenen heraus: Die Imagination als »das kommende Kind« (1), als »liminales Wesen« (2), als »wirkliches Kind in kleiner Größe« (3), als eigenständiges Wesen bzw. ungeborenes Kind, das von der Frau losgelöst ist (4), sowie als Zustand subjektiver Gewissheit der Schwangeren (5). Duden bezieht sich in ihrer Darstellung immer wieder auf Quellen, die vorzeitige Abgänge dokumentieren, und zieht daraus Erkenntnisse für die jeweilige historische Konzeption des Ungeborenen. Es werden alle Konzeptionen kurz vorgestellt.

(1) Vom 16. bis zum 18. Jahrhundert wurde laut Duden das Ungeborene als geschlossene, inwändige Frucht imaginiert und symbolisch dargestellt als »das *a-topische* (nicht ganz von und in dieser Welt), das *non-dum* (das Zukünftige) und das *Latente* (das werdende) als sein eigentliches Wesen. Die Gestalt in der Mitte der Hüllen ist immer ein ›Kind‹, das Emblem der guten Hoffnung« (ebd., S. 27, Herv. i. O.). Duden bezieht sich hier auf Darstellungen, in denen das Ungeborene als Kind eingehüllt in Häute oder Schalen, wie in einem Ei, abgebildet ist. Diese Konzeption nennt Duden die »des kommenden Kindes« (ebd.).

(2) Eine zweite Vorstellung, die Duden im Kontext christlicher Taufe thematisiert, stellt das Ungeborene als liminales Wesen vor. Diese Konzeption

wird nicht nur wegen Duden's expliziter Thematisierung von Fehl- und Totgeburten ausführlicher behandelt, sondern auch, weil anhand einer historischen Konstellation ein aktuelles Problem beschrieben wird: das der Anerkennung der (ungeborenen) menschlichen Person. Wie bereits beschrieben, steht das Ungeborene gemäß dieser Vorstellung in der Erbsünde und werde nur durch die Taufe erlöst. »Um aber getauft werden zu können, musste es ein ›Mensch‹ sein; es musste also mit einer vernunftbegabten Seele ausgestattet sein und diese wiederum setzte ein ›gliedmäßiges‹, menschliches Körperchen voraus« (ebd., S. 32). Die christliche »Beseelung« setzte also eine Formung des Körpers »bis zu jenem Stadium [...], dessen die Geistseele bedurfte« (ebd.), voraus. In diesem Zusammenhang kommt Duden auf den Tod ungetaufter Un- und Neugeborener zu sprechen: »Mit der Taufe wurde jeder Einzelne anerkannt und in die Kirche aufgenommen. In diesem Licht war der Tod ohne Taufe ein tief beunruhigendes und gefürchtetes Geschehen. Die ungetauften Kinder waren vom Heil ausgeschlossen« (ebd.). Aus diesem Grund wurde zum einen ab dem frühen 18. Jahrhundert »die Taufe des Ungeborenen *in utero* durch besondere Instrumente möglich« (ebd., S. 33, Herv. i. O.), zum anderen gab es den bereits erwähnten Brauch der sogenannten Erweckungstaufe. In dieser Konzeption des liminalen Wesens, um dessen Heil sich die christlichen Kirchen sorgten, habe das Ungeborene »mehr ›Personalität‹« bekommen und sei bereits vorgeburtlich als der Glaubensgemeinschaft zugehörig konzipiert worden (vgl. ebd., S. 36).

(3) Die dritte Vorstellung des Ungeborenen entsteht im 17. Jahrhundert, in dem die Naturwissenschaften an Bedeutung gewinnen. In dieser Konzeption sind Ungeborene »wirkliche Kinder in winziger Größe« (ebd., S. 12). Noch aber gibt es keinen »Entwicklungsgedanken«, der die Formen unter dem Mikroskop als eine »frühe Stufe einer ununterbrochenen linearen Entwicklung embryonaler Formen zum Kind hin ›sehen‹ und denken« (ebd., S. 37) lässt. Stattdessen wird das, was ›gesehen‹ wird, als »voll ausgebildete[r] Winzling, ein Kind also« (ebd.) erkannt und als solches dargestellt. Daneben wurde das Bild der »Molen« (oder Mondkinder) etabliert: Was heute als ›Embryo‹ oder ›Fötus‹ bezeichnet wird, galt als verdorbene, ungestaltete Frucht, die niemals zur Gestalt eines menschlichen Kindes hätte gelangen können. Erst »mit dem Aufstieg des neuen Embryo/Foetus verschwand die Mole in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts als Schattengeschwister des Kindes« (ebd., S. 41).²³

(4) Mit dieser Wende etabliert sich eine vierte Vorstellung: die der Existenz eines Wesens, das von der Frau losgelöst existiert. Unter dem Schlagwort »ärztliche Prophetie« beschreibt Duden die frühe Schwangerschaftsdiagnostik, bei der die subjektive Gewissheit der Frau der ärztlichen Diagnose nachgeordnet wurde (vgl. ebd.). Die durch embryologisches Wissen geprägte Vorstellung, dass mit der

23 Wobei der Begriff der ›Windmole‹ in der Medizin heute noch gängig ist und eine Fruchthöhle ohne Ausbildung einer embryonalen Anlage bezeichnet (vgl. Hosang 2013, S. 216).

Schwangerschaft ein Kind ›beginnt‹, ist heute Common Sense. Sie ist so vertraut, dass historische Beispiele für Schwangerschaften (nach heutigem klinischen Verständnis), bei denen keine Kinder bzw. Lebewesen im Bauch imaginiert wurden, befremdlich wirken. Duden schreibt mit Verweis auf eine italienische Studie: »Sizilianische Bäuerinnen wollten noch in den 1930er Jahren nicht wahrhaben, dass ihre Versuche, gestocktes Monatsblut [...] wieder in Gang zu bringen, als Abtreibung eines ›Fötus‹ definiert werden könne« (ebd., S. 15). Frauen fassten und empfanden noch in der Weimarer Republik Frühschwangerschaften mitunter als verspätete Menstruation (›Blutstockung‹) und suchten in diesem Zustand Möglichkeiten, das Blut wieder zum Fließen zu bringen, um eine Schwangerschaft und damit ein Kind zu *verhindern* (vgl. Osborne 2002).

(5) Damit wird auch die fünfte und letzte von Duden herausgearbeitete Konzeption angesprochen: »die störrische Gewissheit von Frauen [...], dass nur sie, nur jede einzelne für sich wusste und wissen konnte, in welchem ›Zustand‹ sie sich befand« (Duden 2002, S. 13). Explizit konterkariert sie hier vier männlich geprägte Diskurse mit »einem letzten und ›wahren‹ Erfahrungskern« (ebd.) der Frauen bezüglich ihres eigenen Körpers.

Die historische Entwicklung bis zur Gegenwart erzählt Duden auch als eine Verfallsgeschichte, in der Wissen und Schwangerschaftserleben der Frauen gegenüber ärztlichen Deutungen und Sicherheitsversprechen zunehmend an Bedeutung verlören.²⁴ In einem Fazit konstatiert sie entsprechend:

»[I]m Unterschied zur Einsicht des damaligen Arztes, dass seine Aussage immer unsichere Vorhersage bleiben musste, berät die Medizin heute die Frau darin, Konstrukte persönlich zu verstehen, Wahrscheinlichkeitsberechnung, Risikokalkulation und ›Prädiktion‹ als neue Sicherheiten anzunehmen. Die damalige Sorge um das Leben des Kindes im Jenseits ist depriviert zur beklemmenden Debatte um den ›ethischen und moralischen Status des Embryo [sic!]‹ *in vivo* wie *in vitro*. Das damalige Sinnbild vom inwendigen, unsichtbaren, kommenden Kind ermöglicht zu diesen technologischen Embryonen eine heilsame Distanz« (ebd., S. 47 f., Herv. i. O.).

An diese, durchaus auch politische Perspektive Dudens schließen zahlreiche Studien zum Status des Ungeborenen an.

24 Die Studien, die hier als Grundlage dienen, sind inzwischen fast zwanzig Jahre alt. Die Perspektive, dass Schwangeren das »ruhige Abwarten« in Vorfreude auf das kommende Kind zunehmend verunmöglicht werde, weil die moderne Medizin sie zu »Risikomanagerinnen« (Duden 2019, o. S.) mache, verfiht Duden aber nach wie vor.

Der Status des Ungeborenen

Dudens Arbeiten legen eine Perspektive zugrunde, nach der das Ungeborene in seiner jeweiligen historischen Konzeption sozial konstruiert ist. Der ungeborene Fötus war nicht schon immer da und wurde erst durch naturwissenschaftliche Erkenntnisse und medizintechnische Möglichkeiten der Visualisierung entdeckt oder erkannt. Vielmehr gibt es das Ungeborene nur in seinem sozialen und kulturellen Entstehungskontext. Wie das Ungeborene imaginiert und demnach behandelt – also erwartet, personalisiert, gelöst vom mütterlichen Körper konzipiert und von Dritten verteidigt – wird, ist »kontingent« (Luhmann 1987, S. 152; vgl. Boltanski 2007). Dieser sozialkonstruktivistischen Einsicht folge ich in dieser Arbeit.

Der Status des Ungeborenen wird vor allem vonseiten der feministischen Theorie in den Blick genommen. Spätestens mit seinem klinischen Status habe das Ungeborene auch einen moralischen Status erhalten. Feministische Ansätze kritisieren die gesellschaftliche Vorrangstellung, die das Ungeborene ab Beginn der Schwangerschaft gegenüber der schwangeren Frau genieße. So konstatiert Silja Samerski (2015, o.S.) in Bezug auf die fötale Person: »pregnancy denotes an individual with interests, rights, and needs, residing in a woman's interior«. Die feministische Kritik und Theorie bezüglich der fötalen Person fasst Samerski zu drei Strömungen zusammen. Erstens analysierten soziologische und kultur-anthropologische Studien die Praktiken und Politiken neuer (fötaler) Subjektformen vor dem Hintergrund einer Medikalisierung, die Schwangere zunehmend zu »Managerinnen fötaler Risiken« mache (vgl. Samerski 2016, S. 701). Zweitens arbeiteten Historiker*innen und Anthropolog*innen die sozialen und kulturellen Bedingungen für die Hervorbringung eines fötalen Subjekts und die Spezifik des Fötus in der westlichen Moderne heraus (ebd.). Die Arbeit von Barbara Duden ordnet sie hier ein. Drittens erarbeiteten Philosoph*innen alternative Perspektiven auf Schwangerschaft, Fötus und Person, die statt des westlichen Fokus auf Autonomie und Individualität Konzepte wie »relationality, contextuality and everyday experience« (ebd.) betonten.

Die Erforschung von Fehl- und Stillgeburtserfahrungen berührt den Status des ungeborenen Lebens, damit verbundene Wertzuschreibungen und somit auch das Recht auf Schwangerschaftsabbruch. Samerski selbst erwähnt Fehl- und Stillgeburten nicht, so wie das Thema in der feministisch ausgerichteten Forschung insgesamt lange keine Rolle spielte (vgl. Layne 1997, S. 304). Vermutlich sollte vermieden werden, durch die Betonung von Subjekterfahrungen des Verlusts und der Trauer empirisch zu Diskursen der fötalen Personalisierung, die gegen das Recht auf Abtreibung gewendet werden könnten, beizutragen. Leslie Reagan (2003, S. 365f.) zeigt, dass die US-amerikanische *pregnancy-loss*-Bewegung in ihren Anliegen, Vorstellungen von Fehlgeburt, Weiblichkeit und trauernder Mutterschaft neu zu definieren, diskursiv sowohl Bezug

auf feministische Argumentationen als auch auf Argumente von Abtreibungsgegner*innen nimmt.

Inzwischen häufen sich feministisch grundierte Studien, die die politische Relevanz des Umgangs mit Verlusten während der Schwangerschaft thematisieren (Layne 1997, 2003; vgl. Kuberska & Turner 2019). Sie zeigen, wie die Verlusterfahrungen des weiblichen Subjekts, wie auch der fötale Personenstatus, geprägt sind von einem (männlichen) »ärztlichen Blick« (Foucault 1973) auf (weibliche) Körpererfahrung, und kritisieren die kommunikative Tabuisierung und Unsichtbarkeit der Erfahrungen. Cacciatore und Bushfield (2008) skizzieren überfällige Rechtsveränderungen in den USA, etwa bezüglich der offiziellen Dokumentation von Stillgeburten, wie sie seit Langem von Graswurzelbewegungen gefordert würden. Das Persönliche sei auch nach fünfzig Jahren noch politisch, und im Kontext reproduktiver Rechte und Lebensführung seien insbesondere Schwangerschaften zu berücksichtigen, die nicht nach Plan verliefen und sich an den Rändern politischer Vorstellungen und Regularien vollzögen (vgl. Kuberska & Turner 2019, S. 91). Wie auch in dieser Arbeit liegt der Fokus dabei deutlich auf der Erfahrung des schwangeren Subjekts. Bevor ich diese Perspektive weiterverfolge, komme ich noch einmal auf Forschungen zurück, die den Blick auf das ungeborene Subjekt – und dessen Tod – richten.

Aktuelle Forschung zum Ungeborenen fragt danach, in welchem Verhältnis das Ungeborene zu Konzepten wie Leben, Personalität und Abschied steht. Mit diesem Erkenntnisinteresse gibt Deborah Lupton in »The Social Worlds of the Unborn« (2013) einen pointierten Überblick über Bereiche, die im weitesten Sinne den Tod des Ungeborenen betreffen. So thematisiert sie neben Fehl- und Stillgeburten u. a. Schwangerschaftsabbrüche, den Umgang mit abgetriebenen Föten und Embryonen, überzählige Embryonen in der Reproduktionsmedizin und Vorstellungen des Ungeborenen in der Stammzellforschung (vgl. Lupton 2013, S. 70 f.). Wie mit ›ungeborenen Entitäten‹ umgegangen werde, hänge zentral von Wertzuschreibungen ab (vgl. ebd., S. 91). In einem Fazit fasst Lupton typische Bedeutungen der verschiedenen Entitäten zusammen: »Wanted pregnancies and ›high quality‹ *ex vivo* embryos destined for uterine implantation attract value because of the precious child that will possibly result. Dead embryos or foetuses lost in miscarriage are also typically positioned as already children, and therefore as precious and angelic« (ibd.). Lupton hält somit fest, dass dem Ungeborenen bei Fehlgeburten in der Regel der hohe Wert eines zukünftigen Kindes zugeschrieben wird, weshalb die toten Embryonen und Föten entsprechend behandelt werden. Abgetriebene Föten und überzählige oder defekte Embryonen aus der Reproduktionsmedizin seien darüber hinaus noch für die medizinische Forschung bedeutsam (vgl. ebd.). Luc Boltanski bezeichnet in seiner »Soziologie der Abtreibung« einen solchen reproduktionsmedizinisch entstandenen Embryo als »Technofötus« (Boltanski 2007, S. 249) und unterscheidet ihn von zwei weiteren fötalen Konstruktionen: vom »authentischen Fötus«, der als elterliches

Projekt erwünscht ist, und vom »tumoralen Fötus«, der abgetrieben wird und keine Spuren hinterlassen soll (vgl. ebd., S. 230–234). In ihrer Darstellung des Umgangs mit den sterblichen Überresten und Trauer- bzw. Erinnerungspraktiken nach Fehl- und Stillgeburt (und nach erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlung) bezieht sich Lupton auch auf die *pregnancy-loss*-Forschung, auf die ich weiter unten eingehe.

Soziologie der Schwangerschaft und Geburt

In ihrer Studie »Soziologie der Schwangerschaft – Explorationen pränataler Sozialität« untersuchen Stefan Hirschauer, Birgit Heimerl, Anika Hoffmann und Peter Hofmann (2014) Schwangerschaft praxeologisch »als eine kommunikative Tatsache, die festgestellt wird und sich herumspricht, als Beziehungsgeflecht zwischen Ungeborenen, Austragenden, Ko-Schwangeren und Publikum, sowie als kollektiven Erwartungszustand, in den Frauen durch eine soziale Schwängerung hineingeraten« (Klappentext). Ihr Fokus dabei ist, wie schon der Untertitel signalisiert, der pränatale Prozess der Personwerdung. Hirschauer und Kolleg*innen fassen diesen sozialen Prozess als »Konstitution eines inwändigen Anderen«. Wie Duden und Lupton stellen sie damit das Ungeborene und seinen, sich im Laufe der Schwangerschaft verfestigenden, Status als soziale Person in den Mittelpunkt. Das Ungeborene ist hier ein Gegenüber im Werden. Seine Entwicklung wird medizinisch überwacht und durch bildgebende Verfahren, insbesondere durch Ultraschall (vgl. Heimerl 2013; Lupton 2013; Sänger 2020), für Dritte sichtbar gemacht. Neben der Visualisierung sind das Gendering und die pränatale Namensgebung Meilensteine bei der »Formierung der Person« (Hirschauer et al. 2014, S. 168 f.) bereits im Mutterleib. Die Konzepte pränataler Sozialität sowie der Konstitution des inwändigen Anderen verwende ich im Folgenden heuristisch weiter, um die soziale Bedingtheit und Formung des Ungeborenen als soziale Person, als werdendes Mitglied eines sozialen Kollektivs zu bezeichnen (weiterführende Überlegungen zum Ansatz in Kapitel 7 und 8.2).

In einer aufkeimenden deutschsprachigen »Soziologie der Schwangerschaft« (Hirschauer et al. 2014; vgl. Schadler 2013; Sänger 2010) bzw. »Soziologie der Geburt« (Villa et al. 2011; vgl. Colloseus 2018) werden Fehlgeburten, Totgeburten und der Tod Neugeborener bislang nicht behandelt (vgl. Niekrenz 2017, S. 227 f.). In ihrer religionssoziologischen Arbeit zu Deutungsmustern der Schwangerschaft als Projekt behandelt Anne Elise Hallwaß (2018) Totgeburt als »Sonderfall« (S. 226).²⁵ Das Thema findet also punktuell Erwähnung, doch entstehen erst während der Drucklegung dieses Buches theoretisierende Ansätze, die über den Negativkontrast hinausgehen (Wettmann 2021; Völke 2021). Entsprechend bislang der gesellschaftlichen Nicht-Thematisierung von Fehl- und Totgeburt eine

25 Diesen Hinweis verdanke ich Lisa Waschkewitsch.

Marginalität als soziologisches Forschungsfeld, scheint sich der Wandel im Umgang mit Verlust und Tod im Kontext von Schwangerschaft und Geburt nun auch in wachsender akademischer Aufmerksamkeit niederzuschlagen.

Vereinzelte finden sich soziologische Arbeiten zu anderen, nicht idealtypisch verlaufenden Schwangerschaften und Geburten, die während der Datenauswertung fruchtbare Impulse gaben. Dazu zählen die im Umfeld von Claudia Peter entstandenen, phänomenologisch inspirierten Studien zu problematischen und krisenhaften Schwangerschafts- und Geburtsverläufen bspw. aufgrund pränataler Diagnosen, Erkrankungen, Fehlbildungen und von Frühgeburtlichkeit (Peter 2013; Peter & Funcke 2013; Feith & Marquardt 2017). Auch die Untersuchung zur Fortsetzung der Schwangerschaft nach infauster Diagnose²⁶ von Katharina Rost (2013, 2015) wies überraschende Parallelen und Überschneidungen zu meinen empirischen Fällen auf. Rost interviewte Personen, die sich dafür entschieden hatten, die Schwangerschaft fortzusetzen, nachdem die Diagnose gestellt worden war, dass das Kind nicht lebensfähig sein werde. Dieselbe Entscheidung, so stellte sich während des Interviews heraus, traf auch eine meiner Interviewpartnerinnen (vgl. 6.3.1).

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen möchte ich im Folgenden meinen Gegenstand schärfen. Erstens frage ich, ebenso wie die deutschsprachige Soziologie der Schwangerschaft und Geburt, nach subjektiven Erfahrungen, Deutungen und Praktiken. Mit Fehl- und Totgeburtserfahrungen nehme ich dabei besondere, nicht idealtypisch verlaufende Formen von Schwangerschaft in den Blick, die bisher nicht untersucht wurden. Zweitens frage ich nach den historisch gewordenen, kulturellen Ordnungen rund um den Tod am Lebensanfang, in die die Erfahrungen eingebettet sind. Die Forschung zum Status des Ungeborenen liefert dabei das Wissen über die moralpolitischen Konflikte, die mit Wertzuschreibungen an das ungeborene – oder stillgeborene – menschliche Leben verbunden sind. Studien zur kulturellen Ordnung des menschlichen Todes erwähnen sie als Grenzfälle, jedoch gibt es kaum empirisch fundierte Erkenntnisse darüber, wie *Fehl- und Totgeburten als Todesfälle* erfahren, hergestellt, legitimiert und betrauert werden.

2.2.3 Trauer nach Schwangerschaftsverlust

Anders als im deutschsprachigen Raum werden Fehl- und Stillgeburtserfahrungen in der internationalen (*palliative-care*- und Trauerforschung explizit behandelt. Im angelsächsischen Raum gibt es einen etablierten Forschungskomplex zu *pregnancy loss* (Kuberska & Turner 2019), *perinatal loss* (Côté-Arsenault & Kavanaugh 2018)

26 Infaust (lat. ›ungünstig‹) ist in der Medizin eine Prognose, wenn die Erkrankung als nicht heilbar erachtet wird und mit konsekutivem Tod zu rechnen ist.

bzw. *reproductive loss* (Earle et al. 2016). Er ist aus der Kulturanthropologie hervorgegangen und interdisziplinär ausgerichtet. Grundsteine der *pregnancy-loss*-Forschung legten Alice Lovell (1983) und Rosanne Cecil (1984, 1996). Für ihre Etablierung war dann Linda Laynes zum Teil autoethnografische Monografie »Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America« (2003) wegweisend. Seit Beginn dieser Untersuchung ist die Anzahl englischsprachiger Fachveröffentlichungen zum Thema sprunghaft gestiegen. Aufgrund der in der angelsächsischen Forschung etablierten Verwendung des Begriffes ›*pregnancy loss*‹ spreche ich in dieser Arbeit auch von ›*Schwangerschaftsverlusten*‹, wenn un-differenziert alle Formen des Verlusts einer Schwangerschaft gemeint sind.

Drei Ausrichtungen lassen sich innerhalb der *pregnancy-loss*-Forschung unterscheiden: eine anwendungsorientierte (*palliative*-)care-Forschung, die sich auf professionelle klinische Praxis konzentriert, Trauer- und Bewältigungsforschung und eine Kulturforschung, die u. a. Bestattungspraxis, Erinnerungskultur und gesellschaftliche Diskurse behandelt. Einige Studien, die sich der letztgenannten Ausrichtung zuordnen lassen, habe ich bereits im Kontext feministischer Arbeiten zum Status des Ungeborenen behandelt (etwa Cacciatore & Bushfield 2008; Reagan 2003). Ein Großteil der kulturinteressierten *pregnancy-loss*-Forschung bezieht die untersuchten kulturellen Aspekte auf Trauer und Verlust, weshalb ich sie im Forschungsstand zur Trauerforschung vorstelle. Vorab skizziere ich die allgemeinere Forschung zu elterlicher Trauer nach dem Tod eines (älteren) Kindes, da Fehlgeburt, Totgeburt und der Tod Neugeborener vor diesem Hintergrund als spezielle Formen von Kindesverlust und elterlicher Trauer in den Blick kommen. Diese care- und Trauerforschungen setzen meist Elternschaft voraus, gehen also davon aus, dass von Fehl- und Totgeburt Betroffene um ihre verlorenen Kinder trauern.²⁷

Elterliche Trauer²⁸

In der Trauerforschung wird elterliche Trauer als intensive und überwältigende Form von Trauer beschrieben (Rando 1986a; Stroebe et al. 2013). Der Tod eines Kindes hinterlässt eine Leerstelle und hat Auswirkungen auf die Eltern als Individuen, auf das Paar, das Familiensystem und die Gesellschaft. Er wird als Ereignis wahrgenommen, das gegen eine ›natürliche Ordnung‹ der Generationen verstößt. Manche Eltern empfinden ihr Kind als Erweiterung ihres Selbst, sodass mit dessen Tod auch ein Teil von ihnen verloren geht. Besonders wenn das einzige

27 Ein Beispiel für diese Prämisse aus der deutschsprachigen Forschung ist die Arbeit von Unterthiner und Volgger, die die »Rekonstruktion subjektiver Bedeutungs- und Erlebnis-kontexte von Müttern und Vätern, die ihr Kind durch Fehl- oder Totgeburt verloren haben« (2008, S. 9) zum Ziel hat. Dort heißt es zu Beginn: »Denn Frau und Mann sind Mutter und Vater geworden – Mutter und Vater eines fehl- oder totgeborenen Kindes« (ebd., S. 8).

28 Dieser Abschnitt ist in einer früheren Version bereits in einem mit Nina Jakoby und Nina Streck verfassten Handbuchbeitrag veröffentlicht (Jakoby et al. 2020).

Kind einer Familie stirbt, wird für Eltern die Frage virulent, ob und inwiefern sie überhaupt noch eine Familie sind und sein können. Im anderen Fall, nach dem Tod eines Geschwisterkindes, stehen trauernde Eltern vor der Herausforderung, verbliebene Kinder zu betreuen. Elternschaft in Trauer (*bereaved parenting*) ist geprägt von emotionalen Schwankungen, von der Schwierigkeit, eigene Bedürfnisse mit denjenigen des Kindes zu vereinbaren, von Überbehütung und verstärktem Verantwortungsgefühl (vgl. Haylett & Scott Tilley 2018). Einige verwaiste Geschwister übernehmen Funktionen und Rollen ihrer verstorbenen Geschwister, während andere sich gegenteilig verhalten, um sich abzugrenzen (vgl. Murray et al. 2005).

In der Forschung zu elterlicher Trauer wurden zum einen – häufig Frauen und Männer vergleichend – individuelle Reaktionen, gesundheitliche Konsequenzen und Coping-Strategien untersucht, zum anderen soziale Aspekte der Trauer wie soziale Unterstützung, Auswirkungen auf die Paarbeziehung sowie Kommunikation und Coping als Paar (Stroebe et al. 2013; Rando 1986a). Der Tod eines Kindes zieht »multiple Verluste« (Stroebe & Schut 1999) nach sich, etwa den Verlust von elterlicher Identität, Glaube, Zukunftserwartungen und -hoffnungen, sozialer Unterstützung und Einbettung, Arbeit und Status. Zudem leiden Eltern unter Schuldgefühlen, wobei diejenigen, die ihr Kind durch Suizid verloren haben, etwas stärker betroffen sind als jene, deren Kinder durch Unfall oder Krankheit ums Leben gekommen sind (Miles & Demi 1992). Trauernde Eltern tragen ein erhöhtes Scheidungsrisiko (Lyngstad 2013), wobei etwa Dyregrov und Matthiesen (1987) eine verstärkte Verbundenheit zwischen den Partner*innen konstatieren (zu den Auswirkungen auf die Paarbeziehung siehe auch Stroebe et al. 2013, S. 32f.). Ebenso zeigt sich bei Eltern nach dem Tod ihres Kindes eine statistisch erhöhte Anfälligkeit für gesundheitliche Probleme, während andere Studien wiederum positive Folgen wie persönliches Wachstum hervorheben (ebd., S. 29).

Erfolgreich Trauern heißt innerhalb eines Stufen- bzw. Phasen-Modells von Trauer, das eine ›Gesundung‹ zum normativen Ziel hat, dass sich trauernde Eltern vom verstorbenen Kind lösen, den Verlust akzeptieren und ihre Lebenswelt neu strukturieren. Eine Paradigmenverschiebung von solchen medizinisch-psychiatrischen, eher normativen Modellen der elterlichen Trauer zu eher soziologischen, empirisch fundierten Trauertheorien arbeitet Ruth Davies (2004) heraus. Trauertheorien jener Ausrichtung kritisiert etwa Therese A. Rando (1986b) für ihre mangelnde Übertragbarkeit auf den Fall elterlicher Trauer. Es sei schwer für Eltern, den als widernatürlich wahrgenommenen Tod des Kindes zu akzeptieren: Das Kind hätte sie überleben sollen, nicht umgekehrt. Auch eine Anpassung an die neue Situation oder eine Neudefinition eigener Rollen seien schwierig, wenn weiterhin Geschwisterkinder zu betreuen sind. Traditionelle Kriterien unbewältigter, pathologischer oder abnormaler Trauer seien für die Erfahrung elterlicher Trauer *normal* (vgl. Rando 1986b, S. 56). Es bedürfe deshalb anderer Kriterien zur Beschreibung elterlicher Trauer.

Mit dem *continuing-bonds*-Modell fokussiert etwa Klass (1996) statt des Vergessens die fortgesetzte Integration des verstorbenen Kindes in die psychische und soziale Welt der Eltern. Während in medizinisch-psychiatrischen Modellen bspw. überstandene Jahrestage wie Geburtstage der verstorbenen Kinder als Meilensteine gelten, die Eltern näher an das Ziel einer Anpassung an die neue Situation bringen (Singg 2003, S. 881), zeigen Studien, die das *Erinnern* betonen, wie Jahrestage und andere »memory triggers« (Davidsson Bremborg & Rådestad 2013, S. 162 f.) Eltern die Möglichkeit bieten, ihre Beziehung zum Kind aufrechtzuerhalten. Bedeutsame Gegenstände, z. B. ein Spielzeug des Kindes, rufen als »linking objects« (Davies 2004, S. 509) Gefühle und Erinnerungen hervor und bieten Anlässe, über das verstorbene Kind zu sprechen. Trauernde bleiben so über Narrationen, Rituale und andere beziehungsstiftende, tröstende Erinnerungspraktiken (z. B. das tägliche Anzünden einer Kerze) mit ihren Kindern in Verbindung (vgl. 7.3).

Im biografischen Trauermodell von Walter (1996) ist ein Weg, die Verstorbenen ins Leben zu integrieren, die permanente Rekonstruktion der Identitäten bzw. Biografien von Verstorbenen. Eine solche Rekonstruktion ist abhängig von Gelegenheiten zum »continuing conversational remembering« (Davies 2004, S. 510), die sich für trauernde Eltern seltener als für andere Trauernde ergeben. Wegen der kurzen Lebensdauer des Kindes gibt es kaum biografische Eckpunkte, um eine kohärente Kindesbiografie zu erzählen, außerdem standen weniger Personen in einer Beziehung zum Kind. Zudem stoßen Eltern, auch im engen Umfeld, mitunter auf Unwillen und Abwehr, sobald sie über ihre verstorbenen Kinder sprechen (möchten). Anderen fällt es schwer, mit Personen zu sprechen, die keinen derartigen Verlust erlitten haben (vgl. ebd.). Angesichts dieser Einsamkeit trauernder Eltern wird die immense Bedeutung und intensive Nutzung von Selbsthilfegruppen und Online-Foren für verwaiste Eltern und Geschwister verständlich (vgl. Carlson et al. 2012).

Trauer nach perinatalen Verlusten

Innerhalb der Forschung zu elterlichem Verlust und elterlicher Trauer sind *pregnancy loss* bzw. *perinatal loss* etablierte Gegenstände. Im Folgenden beschränke ich mich auf Studien, in denen es um Fehlgeburt, Totgeburt und den Tod Neugeborener geht, und vernachlässige solche zu anderen Formen reproduktiver Verluste.²⁹

29 Andere Formen reproduktiver Verluste sind z. B.: »loss of normative reproductive expectations, like infertility, [...] involuntary sterilization, [...] complications during pregnancy [...], maternal mortalities, including death in childbirth; prenatal diagnoses of fetal abnormalities; birth experiences that do not follow the mother's plan; father's experiences of reproductive loss, including loss of custody and their experience of abortion« (Palko 2013, S. 177 f.).

Klassische psychologische Trauertheorien, die zwischen normaler und pathologischer Trauer unterscheiden, finden auch in diesem spezifischen Fall Anwendung.³⁰ Trauer interessiert in der Psychologie und Psychotherapie als pathologisches Problem der Betroffenen, denen geholfen werden kann und geholfen werden soll. In quantitativen Erhebungen werden anhand von Symptomen (oder) über die Selbsteinschätzung von Trauernden positive und negative Einflussfaktoren auf gelingende Verlustbewältigung bestimmt, wie Coping-Strategien, Partnerschaft oder soziale Unterstützung (Campbell-Jackson & Horsch 2014; Fernandez et al. 2011). Das Konzept pathologischer Trauer nach Schwangerschaftsverlust wird seit Langem scharf kritisiert (z. B. von Janssen et al. 1996). Lang und Carr (2013) fokussieren auf Ressourcen für die individuelle und familiäre Widerstandsfähigkeit nach perinatalem Verlust. Das ursprünglich landwirtschaftliche Konzept der Widerstandsfähigkeit (*hardiness*) eigne sich besser als das Konzept der Resilienz, da es nicht von der Wiederherstellung eines Normalzustandes ausgehe, sondern die Möglichkeiten betone, auf äußerliche Stressoren und Belastungen mit persönlichem Wachstum zu reagieren (Lang & Carr 2013, S. 302). Der Ansatz betont damit die außergewöhnliche Belastung durch die Situation.

Eher soziologisch ausgerichtete Arbeiten, die auf die Deutungen und Sinnzuschreibungen der Trauernden abstellen, stehen der standardisierten Trauerforschung der Psychologie entgegen. Sie betonen soziale Aspekte wie den Verlust von Identität und sozialen Rollen sowie die Bedeutung kommunikativer Verarbeitung und Erinnerung.

Die Soziologinnen Julia Frost, Harriet Bradley, Ruth Levitas, Lindsay Smith und Jo Garcia (2007) arbeiten auf Basis von 79 qualitativen Interviews drei Narrative heraus, mit denen Frauen, die eine frühe Fehlgeburt hatten, ihre Erfahrungen rahmten. Entweder verstanden sie den Verlust als unvollständigen oder gescheiterten Versuch der Empfängnis oder sie berichteten vom verlorenen Baby, weshalb entpersonalisierende Begriffe wie »uterine contents« Teil ihres Leides seien (vgl. Frost et al 2007, S. 1012). In einer dritten Rahmenerzählung wurde das Fehlgeborene als verlorenes Mitglied der Familie gesehen. Die Autorinnen betonen die Ambiguität der Gefühlslagen der interviewten Frauen, die auch Sawicka (2017), Cacciatore et al. (2008) und ich an anderer Stelle (Böcker 2017) herausarbeiten. Sie bezeichnen die Erfahrung früher Fehlgeburten auch als »loss of possibility«, als Verlust einer Möglichkeit oder einer potenziellen Identität: »following a miscarriage many women experience a loss of hope, a loss of agency, a loss of bodily integrity and the loss of identity« (Frost et al. 2007,

30 Die psychiatrische Forschung grenzt Trauer als psychische Erkrankung von normalen Trauerreaktionen ab. Die in den internationalen statistischen Klassifikationssystemen DSM und ICD definierten Kriterien der Erkrankung unterliegen ständiger Aushandlung (vgl. Wagner 2016).

S. 1013). Zudem stellen Frost et al. die Verluste in den Kontext der Moderne. Während der Tod in modernen Gesellschaften ansonsten völlig ›verwissenschaftlicht‹ sei, stelle eine frühe Fehlgeburt eine »imperfectly scientised‹ form of death« (ebd., S. 1003) dar, für die es oft keine rationale Erklärung gebe. Den betroffenen Frauen stünden daher keine kulturellen Deutungsmuster zur Verfügung, auf die sie sich beziehen könnten.

Väterliche Trauer nach einer Totgeburt steht in der Autoethnografie des Amerikaners Weaver-Hightower (2012) im Zentrum. Bonnette und Broom (2012) heben die Schwierigkeiten männlicher Partner hervor, ihre Trauer auszudrücken und sich als (trauernde) Väter zu identifizieren. Die Sorge von Eltern, ein weiteres Kind nach dem Verlust eines bei der Geburt verstorbenen Babys sei ein ›Lückenstopfer‹, ist der Ausgangspunkt von Grout und Romanoff (2000). Ihre Studie zeigt, dass Eltern entweder die Leerstelle aufrechterhalten, die das Kind in der Familie ausgefüllt hätte, oder – für sich und für die verbliebenen Geschwister – eine aktive Beziehung zu ihm pflegen, etwa durch gemeinsame Friedhofsbesuche oder indem der Tisch für das abwesende Kind mitgedeckt wird.³¹

Einige Studien befassen sich mit solchen Ritualen der Trauer und symbolischer sowie materieller Erinnerungskultur. Gegenstände der Analyse sind etwa Repräsentationen des verstorbenen Kindes durch Ultraschallbilder (Keane 2009), Post-mortem-Fotografie (Godel 2007; Martel & Ives-Baine 2014; Martel 2017) und Denkmale auf Friedhöfen (Peelen 2009). Linda Layne fragt in ihrer Studie, welchen Stellenwert materielle Objekte im Umgang mit dem Schwangerschaftsverlust unter US-Amerikanerinnen einnehmen. Dabei unterscheidet sie während der Schwangerschaft für das werdende Kind gekaufte oder hergestellte Gegenstände, solche, »given to others in the name of the baby-to-be« (Layne 2000, S. 330), Geschenke für das oder in Gedenken an das verstorbene Baby sowie Erinnerungsgegenstände. Es stellte sich heraus, dass das Besorgen, Schenken und Bewahren der Dinge dazu beitragen, die »babies-to-be and would-have-been babies as ›real babies‹« zu konstruieren sowie die ehemaligen Schwangeren als »›real mothers‹, worthy of the social recognition this role entails« (ebd., S. 321). In ihrer Echtheit (»realness«) boten die Objekte eine Handhabe für die ehemaligen Schwangeren, die frühere Existenz ihrer Babys sicht- und teilbar zu machen. Darüber hinaus zeigt Layne, dass die physischen Eigenschaften der Artefakte denen von Babys ähneln (vgl. ebd., S. 324). Sie sind klein und weich und können wie Babys behandelt werden, d. h. liebevoll angeschaut, anderen gezeigt, gewaschen und herumgetragen werden. In der öffentlichen Präsenz neonataler »end-of-life photography«, die als Familienfotos gezeigt und geteilt werden, sieht Martel (2017) das Potenzial, der gegenwärtigen Unsichtbarkeit von Trauer nach frühen Kindsverlusten etwas entgegensetzen. So argumentiert auch Margaret

31 Einige Formulierungen dieses Absatzes und der folgenden Absätze sind bereits veröffentlicht im genannten Handbuchbeitrag (Jakoby et al. 2020) und in Böcker (2016, S. 333).

Godel »that images, artefacts and narratives represent stillborn babies as members of both family and society, allowing them to be remembered, mourned and memorialized as early deaths rather than unproductive pregnancies« (Godel 2007, S. 266). Die im Kontext von Stillgeburten entstandenen Fotografien spiegelten »the development of new mourning practices that help parents cope with a hitherto invisible loss« (ebd., S. 253). Hier wird deutlich, wie eng Trauer, ihre Normierung und das Anliegen, gesellschaftliche Sichtbarkeit zu schaffen, miteinander verzahnt sind. Die Sichtbarkeitsbestrebungen richten sich gegen gesellschaftliche Normierungen des Verlusts (vgl. 2.3.2) und etablieren dabei neue Normen und Routinen.

(Palliative) Care

Wie die psychologisch dominierte Trauerforschung verfolgt die Pflege- und *palliative-care*-Forschung das Ziel, die Situation der Betroffenen zu verbessern. Im Vordergrund standen und stehen die professionellen Bedingungen bei der Geburtsbegleitung, vor allem innerhalb des klinischen Kontextes (Moulder 1990; Murphy & Philpin 2010; Limbo & Wright 2012).³²

Noch bis in die 1970er Jahre war es in Kliniken ›westlicher‹ Gesellschaften Routine, das Fehl- oder Stillgeborene nach der Geburt sofort zu entfernen, den Eltern den Blick auf das Kind vorzuenthalten und auf Maßnahmen zur Unterstützung oder Verlustbewältigung zu verzichten (vgl. Limbo 2012, S. 296). Eine zentrale Auseinandersetzung innerhalb der *care*-Forschung betraf die Frage, ob es besser sei, den Eltern ihr totgeborenes Kind vorzuenthalten oder es ihnen zu zeigen. Im Positionspapier »Caring for families experiencing stillbirth: A unified position statement on contact with the baby« (Warland & Davis 2011) betonten die 20 Beitragenden, wie positiv Eltern den Körperkontakt mit ihrem stillgeborenen Kind nach der Geburt bewerteten (zum Hintergrund der Kooperation siehe Limbo 2012). Grund für die Stellungnahme war eine Studie (Hughes et al. 2002), die zu dem Schluss kam, für manche Eltern habe es negative psychische Langzeitfolgen, den Körper ihres toten Babys anzusehen. Die Studie hatte dazu geführt, dass die in Kliniken zunehmend etablierte *care*-Praxis, Eltern beim Kontakt mit ihrem Kind professionell zu unterstützen, erneut infrage gestellt wurde (vgl. Warland & Davis 2011). Das interdisziplinär erarbeitete Papier stellt dieser Infragestellung eine beeindruckende Anzahl von Studien entgegen, die die positiven Effekte gemeinsam mit dem Kind verbrachter Zeit belegen. Es enthält zudem konkrete Handlungsempfehlungen für professionelles Klinikpersonal, wie es Eltern dazu ermutigen und dabei unterstützen kann, ihr Kind anzuschauen

32 Es finden sich regelmäßig Beiträge zum Thema in der Deutschen Hebammen-Zeitschrift (exemplarisch sei verwiesen auf Ausgabe 01/2021 zum Titelthema »Fehlgeburten begleiten« sowie in Bezug auf Totgeburten auf Püttmann 2012, 2013; Salzmann 2014).

und in den Arm zu nehmen. In dieser Phase unmittelbar nach der Geburt entstehen häufig Fotografien und andere Erinnerungsstücke, z. B. Fußabdrücke. Diese Praxis, Erinnerungen zu schaffen, fungiert auch als beziehungsstiftende Interaktion zwischen Familien, Neugeborenen und Klinikpersonal (Martel & Ives-Baine 2014; vgl. ausführlich 7.3).

Der gleiche Standard scheint sich in der neonatologischen *palliative-care*-Praxis zu etablieren, also für die klinischen Fälle, in denen ein Neugeborenes nach der Geburt verstirbt. Wird in einer pränataldiagnostischen Untersuchung eine infauste Prognose gestellt, d. h. eine Fehlbildung oder Erkrankung diagnostiziert, die mit dem eigenständigen Leben des Kindes unvereinbar ist, entscheidet sich in Deutschland die große Mehrheit der Betroffenen für einen Abbruch der Schwangerschaft (Rost 2015). Diese Praxis wird zunehmend infrage gestellt; Schwangere ziehen vermehrt in Betracht, die Schwangerschaft trotz infauster Diagnose auszutragen (vgl. Fezer Schadt & Erhardt-Seidl 2018). Entsprechend entwickelt sich seit einigen Jahren die klinische peri- und neonatale Palliativversorgung. An der Berliner Charité etwa unterstützt seit 2014 das multiprofessionelle Palliativteam Neonatologie werdende Eltern, die vor der Geburt wissen, dass ihr Kind während oder kurz nach der Geburt sterben wird (Garten & von der Hude 2014; siehe auch 7.3). Im Kern geht es bei diesem Projekt darum, die Betroffenen während und nach der Geburt bestmöglich dabei zu unterstützen, für kurze Zeit eine Familie zu werden und zu sein, d. h. das Neugeborene im Verlauf seiner wenigen Lebensstunden zu begrüßen, zu versorgen und zu verabschieden. Das Anliegen ist, »sogar noch im Sterbeprozess die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern und den Eltern damit zu ermöglichen, um das tote Kind und nicht um die verpasste Chance auf eine Beziehung zu ihm trauern zu können« (von der Hude 2014, S. 103). Voraussetzung für diesen Begleitungsansatz ist, das Sterben des ungeborenen Kindes prognostizieren zu können. Theoretische Grundlage für die Begleitung früh verwaister Eltern seien neuere Trauermodelle, die »keine allgemeingültigen Aussagen darüber treffen, wann ein Trauerprozess beendet ist oder sein sollte« (ebd., S. 107). Heutzutage werde, statt normale und pathologische Trauer zu unterscheiden, von einer Diversität der Trauerformen gesprochen, die den individuell verschiedenen Trauerreaktionen Rechnung trage (vgl. ebd.). Zugleich geht der Ansatz von Schwierigkeiten und Risikofaktoren aus, die zu »erschwerter Trauer« führen können – und vertritt damit ein medizinisch-psychiatrisches Modell.

2.3 Perspektivierung: Fehlgeburt und Stillgeburt als Verlusterfahrung

Der Untersuchung lag die Annahme zugrunde, dass ein bestimmtes körperliches Ereignis – eine Fehl- oder Totgeburt – deutungsabhängig unterschiedlich

erfahren wird. Deshalb fragte ich in den ersten Erhebungen explorativ nach den individuellen Sinnzuschreibungen und -zusammenhängen rund um dieses körperliche Ereignis. Als was erfahren Betroffene die Fehl- oder Totgeburt und um wen oder was trauern sie – um ein individuelles Gegenüber, die erhoffte Zukunft mit Kind oder den Zustand der Schwangerschaft selbst? Und wie entsteht die intersubjektiv geteilte und legitime Deutung, dass es sich um einen Tod handelt? Die theoretische Perspektive dieser Fragestellung und die hierfür relevanten Begrifflichkeiten lege ich im Folgenden dar.

Heuristisch verwende ich in der Arbeit unterschiedliche analytische Begriffe für das, was wir im Alltag einen Menschen nennen.³³ Vereinfacht gesagt spreche ich vom ›Subjekt‹, wenn es um Wahrnehmung, Erleben und Ich-Bewusstsein geht, von ›Akteur*innen‹, wenn die Handlungsdimension betont werden soll, und vom ›Individuum‹, wenn der oder die Einzelne im Verhältnis zum Kollektiven im Vordergrund steht. Theoretische Überlegungen zum Begriff der ›Person‹ – verwendet im Zusammenhang der Zurechnung von menschlicher Einzigartigkeit und Subjektivität – führe ich im achten Kapitel ein, dort, wo es sich für die empirische Analyse als fruchtbar erwiesen hat. ›Mensch‹ und menschliches ›Leben‹ sind hier keine analytischen Begriffe und werden von mir nur verwendet, wenn sie im empirischen Datenmaterial auftraten.

2.3.1 Sozialkonstruktivismus

Der hier verwendete Begriff von Erfahrungsbildung sowie die theoretische Annahme kulturbedingter Wirklichkeitskonstruktionen gehen zunächst auf die phänomenologische Wissenssoziologie von Alfred Schütz (1974), Schütz und Thomas Luckmann (2017) und Peter Berger und Luckmann (2004) zurück. Bevor ich auf den Grundgedanken des sozialkonstruktivistischen Paradigmas eingehe, umreiße ich dessen phänomenologische Grundlage, der das hier zentral verwendete Begriffspaar ›Erleben und Erfahren‹ entlehnt ist.

Erleben und Erfahren

Alfred Schütz erweiterte Max Webers Sinnbegriff und arbeitete heraus, wie sich Sinn in der sozialen Welt konstituiert und wie ›Verstehen‹ und darauf aufbauend soziales Handeln möglich sind, obwohl handelnde Subjekte stets einen je eigenen Standort haben. Schütz entwickelte dazu im Anschluss an Edmund

33 Zur theoretischen Diskussion über die Abgrenzung von Subjekt, Akteur*in, Individuum, Person, Mensch und (menschlichem) Leben, die nicht deckungsgleich mit der hier vorgenommenen pragmatisch-heuristischen Begriffsunterscheidung ist, vgl. Pofel und Schröder (2014) sowie Lüttke und Matsuzaki (2011).

Husserl eine phänomenologische Theorie zu den grundlegenden »Strukturen der Lebenswelt« sowie zum in ihr verfügbaren Alltagswissen, dem Common Sense (Schütz & Luckmann 2017). Im Laufe unserer Sozialisation erwerben wir einen subjektiven Vorrat an Wissen und Routinen, den wir mit anderen Mitgliedern unserer Lebenswelt teilen. »Die Lebenswelt bestimmt die Erfahrungsweise des Alltagshandelns und des Alltagsdenkens, das das Erleben und Handeln organisiert. Dieses Wissen ist vorrangig typisierend, nach Relevanzen strukturiert und Relevanzen strukturierend, es ist intentional auf etwas gerichtet und intersubjektiv« (Maasen 1999, S. 24). Der subjektive Vorrat an Wissen und Routinen speist sich also aus dem Wissen der mit anderen geteilten Lebenswelt. Das Konzept der Typisierung ist zentral für das Verständnis der Entstehung und Tradierung von lebensweltlichem Wissen; es bezeichnet eine Art fortwährende Einordnungsleistung des erlebenden Subjektes.

Auf Basis früherer Erfahrungen wird im Bewusstsein durch Typisierung ein Teil des fortlaufenden Erlebens als eine bestimmte und benennbare Erfahrung eingegrenzt (vgl. Abels 2010, S. 66). Mit dem Begriff »Erfahrungsobjekt« (Schütz & Luckmann 2017, S. 209) beschreibt Schütz das, was uns in der alltäglichen Lebenswelt begegnet und widerfährt, was wir zunächst erleben und dann deuten. »Jedes Erfahrungsobjekt hat notwendig einen Erfahrungshorizont. Dieser enthält schon Ausgelegtes, Bestimmtes, dem ich mich in der nächsten Phase des Erfahrungsablaufs unbekümmert zuwenden kann. Der Horizont ist jedoch offen: Er enthält auch Unbestimmtes« (ebd.). Bei Schütz birgt jedes Erfahrungsobjekt also einerseits bestimmte, vertraute und andererseits unbestimmte Elemente. Inwieweit und bezüglich welcher Elemente das Subjekt das Erfahrungsobjekt weiter auslegt, also dessen Teile näher bestimmt oder aber unbestimmt lässt, ist abhängig von den Relevanzen des Subjekts. Bei Schütz entscheidet dieses »pragmatische Motiv« (vgl. ebd., S. 33) der erfahrenden und handelnden Subjekte über die Auslegungsbedürftigkeit ihrer Erfahrungsobjekte. In dieser Konzeption von Erfahrung wird dem Erleben durch »reflexive Zuwendung des Ich auf abgelaufene Erlebnisse« (Abels 2010, S. 66) ein Sinn zugeschrieben. Dieser Sinn verweist auf außerhalb der Phänomene selbst liegende, kollektive Wissensbestände. Die Sinnzuschreibung des Erlebens erfolgt selektiv, abhängig vom eigenen Relevanzsystem und in Bezug auf frühere, bereits bestimmte Erfahrungen. »Bei dieser Analyse der Konstitution der Wirklichkeit in unserem Bewusstsein wird schon deutlich, dass sie spätestens seit dem ersten Vergleich einer Erfahrung mit einer anderen auch schon Konstruktion ist« (ebd., S. 67).

In dieser kognitivistischen Fassung bezieht sich *Erleben* auf subjektives, gegenwärtiges Wahrnehmen und Spüren und bleibt vom soziologischen Zugriff ausgeschlossen. Nur das Subjekt erlebt, und nur es selbst weiß, wie sich sein Erleben anfühlt. *Erfahren* hingegen ist bereits immer schon kulturell vermittelt, weil das Erleben als Erleben von etwas Bestimmtem interpretiert wird. Die Interpretation des Erlebten – von Gefühlen, Schmerzen, Eindrücken – knüpft das subjektive

Empfinden und Wahrnehmen an vorhandene Wissensbestände und macht die so typisierte Erfahrung mitteilbar. Hier wird verstehbar, welche hohe Bedeutung der Sprache in der Schütz'schen Theorie zur Herstellung und Tradierung einer stabilen, intersubjektiv geteilten Lebenswelt zukommt. Erfahrungen sind immer Deutungen von oder als ›etwas‹, einem Objekt, das im intersubjektiven Wissensvorrat sprachlich gefasst ist. Um die Unterscheidung zwischen *gegenwärtig-leibkörperlichem* Erleben und *retrospektiv-bewusstem* Erfahren zu betonen: Eine Fehl- oder Stillgeburt zu erleiden, bedeutet noch nicht, dass eine Erfahrung im Schütz'schen Sinne gemacht wurde. Umgekehrt ist das leibliche Erleben unabdingbare Voraussetzung für die prozesshafte Konstitution der Erfahrung, die vorerst unbestimmt ist und von (ambivalenten) Gefühlen, (nicht zuzuordnenden) Schmerzen und (unsicheren) Anzeichen begleitet werden kann.

Fehl- und Stillgeburten sind körperliche Ereignisse, die dem Subjekt, auch jenseits jeglichen Deutens, widerfahren. Wie eine Krankheit oder der Schlaf erfassen sie das leibliche Subjekt und versetzen es in einen körperlichen Zustand oder setzen einen körperlichen Prozess in Gang, der sich der Kontrolle entzieht. Körperliche Empfindungen wie Schmerzen oder Gefühle werden wahrgenommen und spielen eine handlungsleitende Rolle, auch wenn sie nicht auf den Begriff gebracht werden können. Diese Erlebensdimensionen, wie sie von der empirischen Leibphänomenologie thematisiert werden, sind nicht Gegenstand dieser Arbeit. Mit dem Verweis auf die ›andere‹, ›nicht-markierte Seite‹ meiner Beobachtung (vgl. Wehling 2007, S. 490) trage ich dem Umstand Rechnung, dass Nicht-Sprachliches und Unaussprechliches eine wesentliche Dimension der körperlichen Erfahrung ausmachen können.

Der Schütz'sche Erfahrungsbegriff geht von der grundlegenden Auslegungsbedürftigkeit von Erfahrungsobjekten und damit von einer latenten Krisenhaftigkeit der Alltagserfahrung aus. Ein erlebendes Subjekt muss fortwährend Gegenstände der Wahrnehmung in den subjektiven Wissensvorrat einordnen. Die meisten Einordnungen gelingen ohne Probleme, weil sie alltäglich sind, aber gelegentlich kann das erlebende Subjekt weniger leicht einordnen, es kann nicht ›fassen‹, was es erlebt hat. Es hat Schwierigkeiten, das eigene Erleben sinnhaft zu integrieren, biografische Kontinuität herzustellen und erlebt sich ggf. als von der eigenen Lebenswelt entfremdet.

Die fehlende Deutung eines Erfahrungsobjektes konzeptualisiert Ulrich Oevermann als Krise.³⁴ Eine Krise sei die »Eigenschaft der Relation zwischen einem Gegenstand und einem konkreten Erfahrungssubjekt (S), für das dieser Gegenstand unbestimmt ist« (Oevermann 2016, S. 53). Krisenfähigkeit setzt Oevermann zufolge die Fähigkeit der Prädikation voraus, also die Fähigkeit, einem Wahrnehmungsgegenstand eine Eigenschaft zuzuordnen (vgl. ebd.). Erst

34 Die folgenden Überlegungen zu Oevermanns Krisenbegriff sind veröffentlicht in Böcker (2015).

ein konstruktionsfähiges Lebewesen kann in eine Krise kommen, nämlich dann, wenn bewährte Wahrnehmungsroutinen scheitern. In der Differenz zwischen der reinen Lebenspraxis (dem Wahrnehmen) und dem Bewusstsein des hypothetischen Anders-Seins außerhalb des Hier und Jetzt, das überhaupt erst Handlungsalternativen ermöglicht (die Möglichkeit, das Wahrgenommene auf verschiedene Weisen einzuordnen), zeige sich der Übergang von Natur zu Kultur. Anders gesagt: Auch Tiere erleiden Fehlgeburten, müssen sie aber nicht deuten. Um es mit Oevermann zu sagen: »Tiere haben nur Streß, aber keine Krise« (ebd.).³⁵ Weiterhin gehören Krisen der »Sphäre der Gegenwärtigkeit« (ebd., S. 68) an. Ist eine Zuordnung des Gegenstandes erfolgt, gehört die Krise der Vergangenheit an. Sich in einer Krise zu befinden, heißt zunächst einmal nur, (noch) nicht zu wissen, ›was etwas ist‹. In Oevermanns Konzeption kommen Krisen alltäglich vor, sind nicht zwangsläufig negativ und wirken stets sozialisierend. Dieser Krisenbegriff einer fehlenden Prädikation durch das wahrnehmende Subjekt eignet sich, um die Schwierigkeit des wahrnehmenden Subjektes zu bezeichnen, das Erlebte in den subjektiven Wissensvorrat einzuordnen. Dabei setzt der Begriff keine existenzielle Krise, keine wirklichkeitsbedrohende Erfahrung voraus.³⁶ Vielmehr lässt sich mit ihm jede Einordnungsschwierigkeit als krisenhaft verstehen; die Schwere der Krise hängt dann von der Relevanz, das Erlebte zu deuten, und der Dauer der Phase ab, in der eine Einordnung ausbleibt. Allein dadurch, so meine Annahme, dass Fehl- und Totgeburt intensive körperliche Erlebnisse, aber im gesellschaftlichen Wissensvorrat mehrdeutige Ereignisse sind, sind Betroffene vor eine besondere Deutungsherausforderung gestellt. Der intensiven Leiblichkeit des Erlebnisses wohnt eine eigene Faktizität inne, die dem Subjekt auferlegt, das Erlebnis zu deuten und mit ihm umzugehen.

35 Oevermanns Unterscheidung zwischen dem Mensch als Lebewesen und als Subjekt (»I« und »Me«) geht auf George H. Mead (1973) zurück. Oevermanns Mensch-Tier-Unterscheidung basiert auf einem kognitivistischen Konzept von Verstehensleistungen und ließe sich diskutieren. Bspw. können Elefanten den Tod von Artgenossen verstehen und um sie trauern, ohne unter Stress zu stehen. Und ein befreundeter Bestatter erzählte mir, dass Ziegen nach einer Fehlgeburt nicht nach ihrem Nachwuchs suchen, wenn das fehlgeborene Zicklein über Nacht bei der Ziege gelassen und nicht sofort entfernt wird. Sie hätten dann ›verstanden‹, was passiert ist.

36 In diesem Sinne konstatieren nämlich Schütz und Luckmann: »Während er in der Wirklichkeit des täglichen Lebens verharret, hebt der Mensch in schweren Krisen die Natürlichkeit der natürlichen Einstellung auf. [...] Er unterzieht die bisher so selbstverständlich wirksamen Relevanzen einer ausdrücklichen Deutung in dem Licht, das die gegenwärtige Krise auf sein bisheriges und das in Frage gestellte zukünftige Leben wirft« (Schütz & Luckmann 2017, S. 629). Auch Berger und Luckmann sprechen von ›Krise‹ im Zusammenhang einer Wirklichkeitsbedrohung, einer »Sinnkrise« (Berger & Luckmann 1995) des Subjektes, das einen Verlust der Selbstverständlichkeit erleidet.

Herstellung und Legitimation kulturellen Wissens

Schütz ging es vor allem um die grundlegenden Strukturen der Lebenswelt und die alltägliche, wie er sie nennt, »natürliche Einstellung« (Schütz & Luckmann 2017, S. 31) des Subjekts im Alltag. Im Anschluss an Schütz haben Berger und Luckmann die soziale Etablierung, Institutionalisierung und Legitimation von alltäglichen Handlungsroutinen ausgearbeitet. Wie Schütz fokussieren sie Prozesse der Wirklichkeitsabsicherung durch signifikante und generalisierte Andere und den Erhalt von Plausibilitätsstrukturen im Alltag (Berger & Luckmann 2004). Zugleich entwickeln sie in ihrem zum Klassiker avancierten Buch »Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit« eine allgemeine, am Wissensbegriff orientierte Theorie zur Herstellung von gesellschaftlicher Ordnung und zu den Mechanismen ihres Erhalts.

Die gesellschaftliche Wirklichkeit werde demnach in einem permanenten dialektischen Prozess der Objektivierung, Internalisierung und Externalisierung hergestellt (Berger & Luckmann 2004). Jeder Mensch wird in eine Gesellschaft hineingeboren, die schon vor ihm da war und ihm deshalb quasi objekthaft entgegensteht; im Zuge der Sozialisation verinnerlicht das Individuum gesellschaftliches Wissen, entwickelt eine soziale Identität und wird zu einem vollwertigen Mitglied der Gesellschaft. Externalisierung bezeichnet in diesem Prozess die Entäußerung des lebenden und handelnden Individuums; in seinem Handeln reproduziert es internalisierte Strukturen der Gesellschaft – hat aber auch die Möglichkeit, sie zu verändern. Institutionalisierung und Legitimation beschreiben die wichtigsten Prozesse gesellschaftlicher Objektivierung; die Etablierung von sozialen Institutionen sowie die Bereitstellung von Begründungen ihrer Sinnhaftigkeit. Mit »Institutionen« bezeichnen Berger und Luckmann sowohl sozial etablierte Formen auf einer Mikroebene (wie Begrüßungsrituale) als auch gesellschaftliche Institutionen wie Schulen und Universitäten, die einen höheren und expliziten Legitimationsbedarf aufweisen.

Auch wenn Berger und Luckmann kein Konzept von Kultur entwickeln, ist der auf sie zurückgehende Sozialkonstruktivismus ein zentrales Paradigma der Kulturosoziologie und der Kulturtheorie, da sich die soziologische Perspektive und die soziologischen Begriffe eignen, die Herstellung geteilter Bedeutungen zu beschreiben und zu untersuchen (vgl. Spillman 2020, S. 11). In dieser Studie werden die intersubjektiv geteilten Bedeutungen und Legitimationen, mit anderen Worten der gesellschaftliche Wissensvorrat in Bezug auf Fehl- und Stillgeburts expliziert. Während ein Gegenstand die subjektiven Erfahrungen der Betroffenen sind, die, wie gezeigt, höchst unterschiedlich sein können, zielt ein weiterführendes Erkenntnisinteresse auf den gesellschaftlichen Wissensvorrat, auf den die Betroffenen rekurrieren. Welche lebensweltlichen Institutionalisierungen und Legitimierungen finden sich in ihren Erzählungen von Fehl- und Stillgeburts?

Eine sozialkonstruktivistische Perspektive einzunehmen, heißt, gegenüber geltendem Alltagswissen, einem *taken-for-granted knowledge*, kritisch zu sein. Was ich mir anfangs zu leicht gemacht habe, ist, dass ich das erlebte Ereignis als gegeben vorausgesetzt habe. Denn, so stellte sich heraus, auch eine Fehl- oder Stillgeburt muss von Akteur*innen als solche interpretiert und handelnd hervorgebracht werden, um in der sozialen Realität vorhanden zu sein. Im Folgenden erweitere ich deshalb die konstruktivistische Perspektive auf das körperliche Ereignis einer Fehl- bzw. Stillgeburt um einen Ansatz mikrosoziologischer Praxisforschung.³⁷ Dies führt zunächst zu einer Verkomplizierung des empirischen Gegenstandes, der nicht einfach *da* ist, sondern hergestellt wird. Deshalb, das sei vorweggeschickt, findet diese Studie ihren spezifischen Zuschnitt – statt in der Vielfalt von Interpretations- und Umgangsweisen – in der Frage nach einer bestimmten Erfahrung, nämlich derjenigen, im Zuge einer Schwangerschaft ein ›Kind‹ zu verlieren.

Wissensproduktion einer Tatsache

Der Sozialkonstruktivismus wurde, vor allem in Bezug auf Frauen-, Körper- und Geschlechterfragen, dafür kritisiert, physische und materielle Realitäten zu ignorieren. Geburt, Krankheit, Behinderung, Sexualität und Tod etwa ließen sich nicht (weg)konstruieren.³⁸ Bei der Erforschung körperlicher Phänomene müsse die physische Realität einbezogen werden, auch wenn oder gerade weil das Anliegen der Untersuchung darin besteht, den sozialen Anteil des Phänomens herauszuarbeiten.

Im Einklang mit dieser Kritik hat es sich als zu simpel herausgestellt, ein klinisch diagnostizierbares Ereignis, eine Fehlgeburt oder Totgeburt, als gegeben voranzusetzen und nach dem ›Umgang mit‹ zu fragen. Vielmehr zeigte sich, dass der Umgang von der eigenen Deutung des körperlichen Erlebnisses abhing, weshalb die Deutungsproduktion im Zuge des Forschungsprozesses selbst in den Blick geriet. Diese Fokusverschiebung entspricht der sozialkonstruktivistischen Wissenschaftssoziologie Karin Knorr-Cetinas (1991), die davon ausgeht, dass auch naturwissenschaftliches Wissen zuallererst durch Praktiken von Wissenschaftler*innen erzeugt wird. Wissen sei keine Repräsentation der Wirklichkeit, sondern ›fabriziert‹. Knorr-Cetina forschte ethnografisch im Labor und

37 Die Ergänzung ergab sich, nachdem die theoretischen Prämissen von der Empirie irritiert worden waren. Diese forschungspragmatische Perspektivverschiebung reflektiert nicht die theoretischen Ambivalenzen, die sich aus der Kombination von phänomenologisch grundierter Wissenschaftssoziologie und Praxisforschung ergeben.

38 Annemarie Jutel spricht deshalb in ihrer Soziologie der Diagnose in Anlehnung an Aronowitz (2008) nicht vom sozialen Konstrukt, sondern alternativ vom ›social frame‹: »Each diagnosis is, on one hand, indisputably documentable but on the other is strongly framed by, or in turn frames, social as well as biological reality« (Jutel 2014, S. 41).

beobachtete die »Entscheidungsgeladenheit und Kontextualität der Wissensfabrikation« (Maasen 1999, S. 48) durch Naturwissenschaftler*innen. Wissenschaftliche Resultate, so konnte sie zeigen, sind demnach Produkte einer Serie von Entscheidungen und Verhandlungen der wissenschaftlichen Akteur*innen. »Jede Entscheidung selektiert die Anschlußmöglichkeiten und erzwingt weitere Selektionen – z. B. wie weitere Experimente durchgeführt oder welche technischen Geräte genutzt werden sollen« (ebd.). Die getroffenen Selektionen bewirken wiederum Bedingungen für weitere Entscheidungen. »Wissenschaftliche Produkte sind nicht nur *entscheidungs*imprägniert, sondern auch *entscheidungs*imprägnierend, da sie neue Probleme vorstrukturieren und deren Lösungen prädisponieren« (Knorr-Cetina 1991, S. 28, Herv. i. O.). In diesem Sinne unterstehen alle Entscheidungen und Selektionen »dem Prinzip kontextueller Kontingenz« (Maasen 1999, S. 48); jede Handlung im Labor führten Wissenschaftler*innen auf variierende kontextuelle Umstände zurück.

Den laborkonstruktivistischen Ansatz möchte ich auf die hier interessierende Wissensproduktion während des Fehl- und Stillgebärens übertragen, auch wenn es kontraintuitiv sein mag, subjektiv-leibliches Erleben mit der Produktion naturwissenschaftlichen Wissens in Verbindung zu bringen. Die Betroffenen sind keine Wissenschaftler*innen, wie diese aber versuchen sie in einem längeren Prozess – ggf. in Interaktion mit Mediziner*innen –, abgesicherte Erkenntnisse über (körperliche) Materie zu erlangen, nutzen dafür systematisch Methoden und Technik, warten und beobachten, wie sich die untersuchte Materie verändert. Ihr lebensweltliches Interesse besteht »natürlich« darin, den Verlust zu verhindern. Sie wollen in der Regel die Gewissheit erlangen, dass mit ihrem Körper und dem Ungeborenen »alles in Ordnung« ist. Entgegen dieser Hoffnung wird im Laufe einer Fehlgeburt oder einer Stillgeburt aber das Wissen abgesichert, somit die Tatsache hergestellt, dass die Geburt nicht aufzuhalten bzw. das Kind nicht zu retten ist. Auch in diesem Prozess der Wissensproduktion »imprägnieren« die Entscheidungen das Produkt, so wie dieses selbst »imprägnierend« auf Folgeentscheidungen wirkt. Um es weniger abstrakt zu formulieren: Ob bei einer Fehl- oder Stillgeburt ein »Kind« verloren wird, hängt auch von epistemischen Selektionen und (Vor-)Entscheidungen ab, z. B. für eine natürliche Geburt und gegen eine Ausschabung. Umgekehrt strukturiert das Wissen, ein »Kind« verloren zu haben, spätere Entscheidungen, etwa die, es nach der Geburt zu berühren.³⁹

39 Im Rahmen einer Ad-Hoc-Gruppe zum Neuen Materialismus in Bamberg 2016 konstatierte Herbert Kalthoff, Materialität müsse stets am Ort ihrer Produktion untersucht werden. Vor dieser Studie wäre meine Erwiderung gewesen, dass organische Materie nicht produziert wird, sondern entsteht. Nun zeigt diese Studie (insbesondere Kapitel 5), dass die materielle Entstehung zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für soziale Realität ist. Vielmehr wird die Materie deutend und handelnd herangezogen und gewinnt dadurch ihre (soziale) Form.

Mein Erkenntnisinteresse, die subjektiven Erfahrungen von Betroffenen zu rekonstruieren, die eine Fehlgeburt oder Totgeburt erlitten haben, erfuhr eine Neujustierung, da sich der von mir gesetzte Gegenstand selbst als hochgradig auslegungsbedürftig erwies und die Varianz der heterogenen Erfahrungsgeschichten ins Unendliche zu wachsen schien. Vor diesem Hintergrund konzentriere ich die Ergebnisdarstellung auf die Frage, wie sich eine spezifische Erfahrung – nämlich der Verlust eines Kindes – als intersubjektiv gültige Tatsache konstituiert. Statt von Fehl- und Totgeburten auszugehen und Umgangsweisen damit zu rekonstruieren, zeigt diese Arbeit also vielmehr die Momente und Dimensionen des vielschichtigen Prozesses auf, in denen Selektionen vorgenommen werden (können) – und somit das »Prinzip kontextueller Kontingenz« (ebd.) der Erfahrung eines Kindsverlusts während oder kurz nach der Schwangerschaft.⁴⁰ Mit der skizzierten Perspektive, von praktischer Hervorbringung sozialer Tatsachen auszugehen, zeige ich demnach, dass der Verlust eines Kindes im Kontext von Schwangerschaft und Geburt – wenngleich meist ein intensives leibkörperliches Erlebnis stattfindet – handelnd dargestellt werden muss. Diese Praxis der Hervorbringung während und nach der Fehl- bzw. Stillgeburt ist eingebettet in materielle, medizinische und moralisch-diskursive Kontexte der Gegenwartsgesellschaft, die ein Kind als Körper, Lebewesen und Person entstehen lassen – und dessen Verlust damit legitimieren. In diesem Sinne ist der Verlust ein natürliches, d. h. leiblich-materielles, und ein kulturelles Phänomen.

2.3.2 Kultursoziologie des Verlusts

Überlegungen zur Theorie des Verlusts ergänzen die sozialkonstruktivistische Perspektive um den Einbezug kultureller Vorstellungen und Normen darüber, was innerhalb einer Gesellschaft ein legitimer Verlust und was »betrauerbares Leben« (Butler 2010, S. 9) ist. Die im Folgenden vorgestellten soziologischen Ansätze zur Analyse von Verlusten und zur Bedeutung von Verlust in der Gesellschaft rahmen damit die vorliegende explorativ-empirische Studie zu Fehl- und Stillgeburtserfahrungen kulturtheoretisch. Zum einen setzt eine soziologische Verlustforschung, die auf Annahmen des symbolischen Interaktionismus basiert, bei den Bedeutungen an, die Menschen dem Verlorenen zuschreiben. In individuellen Verlusterzählungen offenbaren sich zugleich auch allgemeine kulturelle Wertzuschreibungen und Vorstellungen, die das trauernde Subjekt überhaupt einen solchen Verlust erleben lassen. Zum anderen fragen ideologiekritische Ansätze nach Formen des Verlusts und damit verbundenen Normierungen der Trauer. Im

40 Dafür bezog ich Fälle als Kontraste ein, die jenseits der juristischen und medizinischen Definitionen von Fehl- und Totgeburt liegen, wie den Tod eines Neugeborenen und unerfüllten Kinderwunsch.

Fokus dieser Perspektive steht die kulturelle Ordnung von Verlust: der kulturelle Kontext individueller Verlusterfahrungen und die gesellschaftliche Legitimität, für Verluste Anerkennung, Sichtbarkeit und Unterstützung zu erhalten.

Die Rekonstruktion subjektiver Fehl- und Stillgeburtserfahrungen verknüpfe ich vor diesem Hintergrund mit der Frage danach, wie und unter welchen Bedingungen es institutionalisiert und legitim ist, das Erlebte als Verlust eines Kindes zu deuten, zu behandeln und zu betrauern. Wie entsteht bei Verlusten während und kurz nach der Schwangerschaft ein kulturell anerkannter Kindesverlust?

Individuelle Bedeutung des Verlusts

Anders als der Verlust etwa eines Schmuckstücks ist der Verlust eines Ungeborenen auch ein körperlicher Prozess. Intuitiv sind der Verlust eines externen Objekts und der Verlust eines Teils des Selbst zwei völlig verschiedene Dinge. Doch die Unterscheidung wird unscharf, wenn man der Prämisse folgt, dass Verlusterfahrungen von den Bedeutungen abhängen, die Trauernde dem Objekt ihres Verlusts zuschreiben.

In diesem Sinne konzipiert Nina Jakoby (2015) Verlust symbolisch-interaktionistisch und entfaltet den Ansatz, dass jeder signifikante Verlust ein Verlust (eines Teils) des Selbst sei. Wenn ein signifikanter Anderer stirbt, gehe der Teil des Selbst verloren, der über die Beziehung mit dieser Person aufrechterhalten worden sei. Der Verlust des Selbst verweise auf die fundamentale Sozialität der eigenen Identität. Vorwiegend werde das Konzept *loss of self* (Charmaz 1980) auf einen bestimmten Verlust, den Tod eines signifikanten Anderen, angewendet (vgl. Jakoby 2015, S. 117). Kathy Charmaz (1983), auf die das Konzept zurückgeht, beschrieb in ihrer Forschung zu chronischer Erkrankung damit aber auch das schmerzhaft Verschwinden positiver Selbstbilder. Daran anschließend nimmt Jakoby eine identitätsgebundene Perspektive auf Verlusterfahrungen ein und bezieht den Verlust des Selbst auf verschiedene Verlustobjekte. Trauer ist die Folge eines als unersetzlich empfundenen Verlusts (vgl. Hahn 1968, S. 7) und »bezieht sich immer auf ein Objekt (Ende einer Freundschaft, Ehescheidung, Wohnortwechsel, Arbeitsplatzverlust)« (Jakoby 2012, S. 409). Verluste seien immer bedeutsam, wenn das eigene Leben und das Selbst, oder Teile davon, an die verlorene Person oder Sache geknüpft seien. Somit sei auch der Verlust identitätsstiftender Objekte ein Verlust oder ein »Weniger-Werden« des Selbst (vgl. Jakoby 2015, S. 118). Entsprechend variiert mit der individuellen Bedeutung des Verlustobjektes die Intensität und Länge der Trauer. Deshalb ist es wichtig, die individuelle Rahmung und Bedeutung des Verlustobjektes zu analysieren (ebd., S. 117).

Der Ansatz erfasst den Verlust konsequent über das Kriterium subjektiver Bedeutungen und klammert sozusagen aus, was das Verlorengegangene *ist*. Nur wenn ich dem verlorenen Objekt, sei es Person oder Ding, eine entsprechende

Bedeutung zuschreibe, erfahre ich überhaupt einen Verlust. Jede körperliche Veränderung kann ein Verlust sein, wenn mit ihr ein Teil der Identität verloren geht.⁴¹ Messe ich der unersetzlich verlorenen Sache eine hohe Bedeutung bei, wird der Verlust wiederum auch leiblich spürbar und findet seinen Ausdruck etwa in Tränen, Schmerzen oder Appetitlosigkeit. In diesem Sinne sind Personen, so könnte man sagen, über ihre leiblichen Grenzen hinweg mit signifikanten Menschen und Dingen kognitiv und emotional verbunden; nur mit ihnen sind sie sie selbst.

Vor diesem Hintergrund rekonstruiere ich die individuellen Bedeutungen, die die Befragten der Fehl- bzw. Stillgeburt zuschreiben und frage danach, was sie eigentlich als Verlust erleben und auf welche Verlustobjekte sie sich beziehen. Zugleich lassen sich die individuellen Verluste nur angesichts kultureller Vorstellungen, etwa davon, was »betrauerbares Leben« (Butler 2010, S. 9) ist, und gesellschaftlicher Normierungen von Gefühlen umfassend verstehen.⁴² Auf diese kulturellen Aspekte individueller Verlustbedeutungen gehe ich nun ein.

Nicht anerkannte Verluste und entrechtete Trauer

Es existieren kulturelle Vorstellungen darüber, was als Verlust gilt und in welcher Form er betrauert werden darf. Der kulturelle Kontext und das soziale Umfeld bedingen die jeweils geltenden »Trauernormen« (Jakoby et al. 2013), also Normen, die die Angemessenheit des Trauerausdrucks, dessen Dauer und Intensität festlegen und entsprechend sanktionieren. Unter Rückgriff auf Arlie Hochschilds (2006) Arbeiten zum Gefühlsmanagement stellt Jakoby solche gesellschaftlichen »Gefühlsregeln« der Trauer heraus, die normieren, »welche Gefühle, wann, mit welcher Intensität und mit welcher Dauer zum Ausdruck gebracht werden [dürfen]. [...] So können wir zu viel oder zu wenig trauern oder unsere Trauer über- bzw. untertreiben« (Jakoby 2012, S. 413). Wer nach dem Tod des Partners zu wenig trauert, gilt als gefühlkalt oder tatsachenverdrängend, ist gar verdächtig. Wer umgekehrt zu viel oder zu lange trauert, gilt als hysterisch oder krank, das Verhalten als unangebracht und ungesund.

41 So kann auch der Verlust von Lästigem betrauert werden. Dem Modedesigner Alexander McQueen bspw. wurde eine Identitätskrise nachgesagt, nachdem er sich – inzwischen reich und berühmt – Bauchfett hat absaugen lassen. Danach habe er, der pummelige Proletenjunge aus dem Londoner Eastend, nicht mehr gewusst, wer er sei (siehe Bonhôte et al. 2018).

42 Ein Beispiel für diese Kulturalität der Verlustdeutungen bietet auch die viel diskutierte Studie »Death Without Weeping« zum Säuglingssterben in brasilianischen Favelas von Nancy Scheper-Hughes (2004). Scheper-Hughes legt die Sichtweisen der Mütter dar, die ihren Säuglingen und Kleinkindern aufgrund der miserablen Lebensumstände Fürsorge und Zuneigung verweigern bzw. nur solchen Kindern erweisen, die die besten Überlebenschancen haben. Die Mütter argumentieren u. a. mit einem Lebenswillen der Kinder, der über ihr eigenes Überleben entscheide und zeigten kaum Trauergefühle, wenn sie starben.

Ein Konzept, das die soziale Reglementierung des Trauerausdrucks fasst und auf das sich auch Jakoby bezieht, ist das des nicht anerkannten Verlusts bzw. der entrechteten Trauer von Kenneth Doka (2002, 2014). Entrechtete Trauer (*disenfranchised grief*) bezeichnet »Trauer, die ein Mensch nach einem Verlust empfindet, der nicht offen anerkannt, sozial sanktioniert oder öffentlich betrauert wird« (Doka 2014, S. 4). Das Konzept verweist damit auf illegitime und marginalisierte Verluste (*unacknowledged loss*), die dazu führen, dass Trauernde weniger Unterstützung und Anteilnahme erhalten. Doka unterscheidet fünf Haupttypen entrechteter Trauer (vgl. Doka 2014, S. 6–7). Ein erster Typ liegt vor, wenn die *Beziehung gesellschaftlich nicht anerkannt* ist und Trauernde keine Möglichkeit haben, öffentlich zu trauern, z. B. beim Tod eines Ex-Partners oder in Beziehungen, die nicht der heterosexuellen Norm entsprechen. Um eine zweite Form entrechteter Trauer handelt es sich, wenn der *Verlust nicht gewürdigt* und als insignifikant abgetan wird, z. B. nach dem Tod eines Haustieres, dem Ende einer Lebensphase oder einer Fehlgeburt. Die Verlustbedeutung ist für andere nicht greifbar. Ein dritter Typ bezeichnet den *Ausschluss trauernder Personen*, wie von Kindern, Alten oder Menschen mit Behinderung, weil ihnen die Fähigkeit zum Trauern abgesprochen wird. Viertens können stigmatisierte *Todesumstände* dazu führen, dass Trauernde weniger Unterstützung bekommen, z. B. bei Suizid oder beim Tod durch AIDS. Die fünfte Form von Entrechtung seien *kulturell oder individuell abweichende Trauerreaktionen*, z. B. lautes Klagen.

Erfahrungen von Fehl- und Stillgeburt sind häufig gesellschaftlich nicht anerkannte Verluste, die Trauernde entrechteten. Insbesondere die durch frühe Fehlgeburten erfahrenen Verluste werden von der allgemeinen Gesellschaft nicht als signifikante Verluste gesehen und der Ausdruck von Trauer wird diskreditiert, bspw. wenn die Fehlgeburt einer Trauernden mit dem Ausspruch »einmal ist keinmal« abgetan wird. Auch in der *pregnancy-loss*-Forschung ist die öffentliche Unsichtbarkeit des Verlusts implizit ein wiederkehrendes Motiv. Lupton bringt es so auf den Punkt: »Research on experiences of pregnancy loss has found that when it happens in the early stages people often find it difficult to reconcile their feelings of grief with the dominant view expressed by others that no real death has occurred« (Lupton 2013, S. 87). Mit anderen Worten, Trauergefühle nach Schwangerschaftsverlusten werden gegenüber »richtigen Todesfällen« delegitimiert und Trauernde entsprechend entrechtet. Zugleich, das Zitat von Lupton illustriert das, empfinden und konstatieren Betroffene und Wissenschaftler*innen, dass ein Tod betrauert wird, dieser in der Gesellschaft mehrheitlich aber nicht als solcher angesehen werde.

Besonders wenig erforschte, nicht anerkannte Verluste sind Fehl- und Stillgeburtserfahrungen in nicht heteronormativen Familien- und Reproduktionskonstellationen, etwa von Leihmüttern, Homosexuellen, (Trans*-)Männern und Menschen mit Behinderungen (vgl. Murray et al. 2005, S. 86; Ausnahmen sind Berend 2016; Peel & Cain 2016; ein (Trans*-)Mann kommt in Tretau 2018

zu Wort), aber auch Zwangsabtreibungen und -sterilisierungen. Trauernde in gesellschaftlich marginalisierten Positionen oder Lebenslagen werden nach Schwangerschaftsverlusten vermutlich mehrfach entrechtet (vgl. Kapitel 9).

Verlust in der Gegenwartsgesellschaft

In der individualistischen und kapitalistisch geprägten Kultur der Gegenwart werden Verluste und Verlustgefühle oft mit individuellem Scheitern, Misserfolg und Versagen verbunden. In ihrem Aufsatz über öffentliche Gefühlsregeln konstatieren Jakoby und Fiona Anderau (2020, S. 87), dass soziale und kulturelle Trauernormen in das eingebettet seien, was Leeat Granek (2010) und Darcy Harris (2009) als »*modern paradigm*« bezeichneten. Die kapitalistische Wirtschaftsordnung fördere Werte wie Produktivität, Wettbewerb, Konsum, Funktionalität, Effizienz und Rationalität. »Mourning, sadness or fear – symbols for vulnerability, weakness and intense emotionality – contradict the aforementioned values of modernity« (Jakoby & Anderau 2020, S. 87).⁴³ Anders gesagt, der Ausdruck von unproduktiven Gefühlen wird gesellschaftlich sanktioniert. Trauer ist ein solches Gefühl, das ursächlich auf einen Verlust, auf ein Scheitern oder auch einfach auf ausbleibenden Gewinn zurückgeführt wird und dessen bloßes Vorhandensein negativ bewertet wird. Trauer und ihre Ursache müssen, so die Erwartung, beseitigt und überwunden werden.

Mit Blick auf die Selbsterzählung (*self-narration*) der trauernden Erzählerin analysieren Jakoby und Anderau (2020) die Autobiografie von Sonali Deraniyagala (2013), die ihre Familie beim Tsunami 2004 verlor. Darauf aufbauend rekonstruieren sie gesellschaftliche Trauernormen anhand von öffentlichen Online-Rezensionen des Buches. Eine darin häufig hervorgebrachte Kritik beläuft sich darauf, dass am Ende der Autobiografie eine positive Wende fehle, eine *take-away-message* für die Lesenden, wie die Erzählerin es geschafft habe, ihr Leid und ihren Verlust zu überwinden (vgl. Jakoby & Anderau 2020, S. 98). Es wird eine endlose Trauer moniert, der sich das trauernde Subjekt hingebe. Erwartet wird stattdessen, dass der Verlust verarbeitet und überwunden wird. Diese in der Gesellschaft vorherrschende normative Erwartung lag bereits der Trauertheorie Sigmund Freuds (1975) zugrunde und steckt noch heute in dem von ihm geprägten Begriff der »Trauerarbeit« (vgl. Jacobsen & Petersen 2020, S. 209; Granek 2010). Freud ging davon aus, dass das trauernde Individuum sich durch die eigene Trauer arbeiten könne (und müsse), indem es sich vom verlorenen Objekt löse. Ausgehend von Freud skizzieren Michael Jacobsen und Anders Petersen (2020) eine gesellschaftliche Entwicklung

43 Diese dualistischen Wertzuschreibungen gehen historisch mit der Gegenüberstellung von Weiblichkeit und Männlichkeit einher: Während Häuslichkeit, körperliche Erduldung, Folgsamkeit, Emotionalität, Verletzlichkeit und Natur der weiblichen Sphäre zugeschrieben werden, gehören Öffentlichkeit, Erfolg, Durchsetzungskraft, Rationalität, Stärke und Kultur zur männlichen Sphäre (vgl. Engel 2019).

zunehmender ›Psychologisierung und Psychiatrisierung von Trauer‹, die das Individuum in die Pflicht der aktiven Bewältigung von Verlustgefühlen bringe. »In contemporary society, these emotions are predominantly understood as ›individual emotions that manifest themselves *inside* those who grieve. In that respect, grief has become – and is increasingly becoming – an individual undertaking and even a privatized pathology that we are individually responsible for and hence individually have to cope with according to specific societal standards and norms« (Jacobsen & Petersen 2020, S. 206, Herv. i. O.). In der individualisierten Gesellschaft muss das trauernde Individuum (mehr) an sich arbeiten, möglichst rasch wieder ›gut drauf‹ sein und funktionieren, sonst läuft es Gefahr, sanktioniert und pathologisiert zu werden. Als Beispiel für diese Tendenz nennen die Autoren die Einführung der Diagnose Anhaltende Trauerstörung im ICD-11. Mit Voranschreiten einer solchen »diagnostic culture« (Jacobsen & Petersen 2020) würden die sozialen Dimensionen von Trauer marginalisiert. Dabei sei offensichtlich, dass unsere Trauergefühle sozial geteilt, geformt, verteilt und sanktioniert sind (vgl. ebd., S. 217).

Quasi als Pendant entfalten Edgar Cabanas und Eva Illouz (2019) die These, dass in der »ultra-individualistischen Gesellschaft« ein »Glücksdiktat« herrscht. Gesellschaftliche Anerkennung genieße nicht, wer einfach glücklich ist, sondern wer erfolgreich negative Gefühle überwindet, schwere Krisen meistert oder diesen gegenüber resilient ist. Traurig zu sein bedeutet vor diesem Hintergrund, nicht genug Arbeit geleistet zu haben: »Die Tyrannei des Positiven bestärkt uns darin, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Trauer lediglich als kleine Rückschläge oder vergängliche Phasen im Leben zu sehen, die sich in Luft auflösen, wenn wir uns nur richtig bemühen« (Cabanas & Illouz 2019, S. 199). Wer glücklich ist und Krisen verarbeitet, könne sich selbst gut vermarkten.

In der tendenziell individualistischen, kapitalistischen, medikalisierten und glücksorientierten Gesellschaft der Gegenwart, so lässt sich zusammenfassen, gilt für Trauernde, Betroffene und Leidende die latente Devise, dass sie ihre Probleme zeitnah beheben sollten. Sonst drohen ihnen, zusätzlich zum erfahrenen Leid, Sanktionen und Stigmatisierungen. Schaffen sie es, ›sich selbst aus dem Sumpf zu ziehen‹, können sie, so das implizite Versprechen, aus der Bewältigung symbolisches Kapital schlagen. Bezogen auf den Gegenstand dieser Arbeit bedeutet das, dass Personen, die einen Schwangerschaftsverlust erleiden, die Ursache beheben oder/und an ihren Verlustgefühlen arbeiten können bzw. müssen. Gewinnen können sie gesellschaftliche Anerkennung für die erfolgreiche Bewältigung ihres als individuell gerahmten Verlusts.

2.3.3 Synthese und heuristische Leitfragen

Was lässt sich festhalten? Ein Blick auf den Forschungsstand offenbart, dass die individuellen Erfahrungen von Schwangerschaftsverlust aufgrund historischer,

kultureller, sozialer und körperlicher Bedingungen stark variieren. Mit dem Verlust des Ungeborenen sind Bedeutungen, moralische Bewertungen sowie mögliche Pathologien verbunden, die im gesellschaftlichen Diskurs und für Betroffene eine Rolle spielen. Darüber hinaus berühren die Regelungen und Diskurse um Verluste während und kurz nach der Schwangerschaft gesellschaftstheoretische Fragen, etwa nach der kulturellen Ordnung des Lebensanfangs und dessen Voraussetzungen, nach den Grundlagen für »Betrauerbarkeit« (Butler 2010, S. 20 f.) von Verlusten in unserer Gesellschaft sowie nach den strukturellen und kulturellen Bedingungen leiblicher Reproduktion in der Gegenwart.

Vor diesem Hintergrund rekonstruiere ich Fehl- und Stillgeburtserfahrungen innerhalb ihrer kulturell-diskursiven Ordnungen. Die Rekonstruktion subjektiver Erfahrungen verknüpfe ich mit der Frage danach, wie und unter welchen Bedingungen es institutionalisiert und legitim ist, *das Erlebte als Verlust eines Kindes* zu deuten und zu behandeln. Damit wird eine spezifische Verlusterfahrung unter mehreren möglichen herausgegriffen und zugespitzt. Wie und unter welchen Bedingungen entsteht im Kontext von Schwangerschaft und Geburt die kulturell anerkannte Deutung eines Kindsverlusts, um den zu trauern legitim ist?

In der Trauer- und *pregnancy-loss*-Forschung wird das körperliche Erleben einer Fehl- bzw. Totgeburt meist vorausgesetzt, wodurch es unterbestimmt bleibt. Diese Forschung setzt beim »Umgang mit« an und damit das Ereignis voraus.⁴⁴ Es besteht weitestgehend Konsens, dass es um den Verlust eines Kindes am Lebensanfang geht, der eine besondere elterliche Trauer nach sich zieht, insbesondere weil gesellschaftliche Sichtbarkeit und Anerkennung fehlen. Ich hingegen frage, wie sich bei Fehl- bzw. Stillgeburt eine Verlusterfahrung konstituiert. Welche Erfahrungsdimensionen gibt es? Und wie unterscheiden sich die Erfahrungen jenseits objektiver Bedingungsvariationen wie SSW oder Kinderanzahl? Wie und unter welchen Bedingungen wird Fehl- bzw. Stillgeburt als Kindsverlust erfahren und hervorgebracht?

Mein heuristischer Ausgangspunkt für die Fallauswahl war das *vorzeitige, ungewollte Ende einer Schwangerschaft bzw. der Tod eines Neugeborenen*, sofern er *im Kontext von Schwangerschafts- oder Geburtsverlauf* steht. Durch diese Spezifizierung fielen aus dem Sample: Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregel (gewolltes Ende), Verlustgefühle nach Lebendgeburten (Normalverlauf; nicht vorzeitig) sowie Todesfälle von Neugeborenen, deren Ursache nicht im Kontext von Schwangerschaft und Geburt steht (z. B. Gewalteinwirkung). Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation habe ich im Laufe des Forschungsprozesses ins Sample aufgenommen (vgl. S. 29). Fälle unerfüllten Kinderwunsches, in denen keine Schwangerschaft bestand, werden als Kontrastfälle herangezogen (für einen Überblick über das Sample siehe Tab. 4 und Tab. 5 im Anhang).

44 Ausnahmen sind die Studien von Frost et al. (2007) und Reagan (2003).

Den Schwerpunkt bilden Erfahrungen von betroffenen Frauen. Sie erleben das Geschehen leiblich zwar signifikant anders als andere Betroffene bzw. Beteiligte wie Partner*innen oder Großeltern, aber diese können gleichwohl einen starken Verlust empfinden. Warum sollten vormalis »Ko-Schwangere« (Hirschauer et al. 2014, S. 74f.) den Verlust nicht auch leibkörperlich empfinden und erfahren? Deshalb werden sie in der Untersuchung ebenfalls berücksichtigt.

Die wissenssoziologischen Fragen nach den subjektiven Fehl- und Stillgeburtserfahrungen (Als was?) und nach der Konstitution eines Kindsverlusts (Wie?) leiteten mein empirisches Vorgehen (Kapitel 3). Im Ergebnis stehen Ähnlichkeiten und Unterschiede der individuellen Erfahrungen. Unterschiede betreffen z. B. den Zugriff der Befragten auf den eigenen Körper und auf das eigene Erleben (Kapitel 4). Ein übergreifendes Merkmal der Verlusterfahrungen ist u. a. die Schwierigkeit, das Erlebte einzuordnen. Sie sind von Ambivalenzen, Ungewissheit und sozialer Individuierung geprägt und werden somit als etwas beschrieben, das außerhalb einer eindeutigen kulturellen Ordnung steht – und das dennoch stark normiert ist. Deutlich wird hier also, was es heißt, in der Gegenwart einen Schwangerschaftsverlust zu erleiden. Zweitens theoretisiere ich die Erfahrung und Deutung, im Kontext einer Schwangerschaft ein Kind verloren zu haben. Das *Modell der Konstitution des Kindsverlusts* integriert drei Dimensionen, durch die ein Kindsverlust erfahren und handelnd hervorgebracht wird: Körpermaterialität (Kapitel 5), (Nicht-)Leben (Kapitel 6) und Personalität (Kapitel 7). Diese drei Dimensionen haben sich in der Analyse als Bedingungen für die ›Tatsache‹ herausgestellt, dass ein Kind verloren wurde. Beide Ergebnisebenen – gegenwärtige Kultur um Schwangerschaftsverluste und die Konstitution eines legitimen Kindsverlusts – zielen darauf, die Sozialität der Erfahrungen sichtbar zu machen, die, wenngleich Schwangerschaftsverluste von Natur aus vorkommen und unvermeidlich sind, kulturspezifisch gerahmt und naturalisiert werden.

Kapitel 3

Methodik und Forschungsfeld

3.1 Einstieg

»Ich kann auch gerne nachher noch irgendwie erzählen [...],
wie ich auch zu diesem Thema gekommen bin«

In einem narrativen Interview, das ich zwei Jahre nach Beginn dieser Arbeit geführt habe, spreche ich als Interviewerin im Gesprächseinstieg unbeabsichtigt verschiedene Dimensionen meines Forschungsfeldes an. Noch vor dem eigentlichen Interview mit einer Frau, deren Frühgeborenes einige Tage nach der Geburt verstorben ist, verstricke ich mich in »Zugzwänge des Erzählens« (Schütze 1983), die dazu führen, dass ich meine eigene Erzählung darüber, wie ich »zu diesem Thema gekommen« bin, plausibel vervollständigen und abschließen muss. Dieser interview-methodisch ungeschickte, aber aufschlussreiche Gesprächsbeginn wird im Folgenden zitiert und zur Einführung in das methodische Vorgehen genutzt.⁴⁵

In kondensierter Form enthält der Intervieweinstieg das ursprüngliche Erkenntnisinteresse sowie diverse, zum Zeitpunkt des Interviews unreflektierte Vorannahmen, u. a. einen impliziten Kulturvergleich, der Ausgangspunkt und zwischenzeitlich Ziel der Untersuchung gewesen ist.⁴⁶ Der Abschnitt dokumentiert zudem meine damalige Positionierung im Untersuchungsfeld, die in fast allen Interviews eine Rolle spielte. »Hattest Du auch? Eine Fehlgeburt?«, war die erste Rückfrage zu meinem Dissertationsthema von Kathleen, einer späteren Interviewpartnerin, als wir uns im Zug kennenlernten. Und Jan, ein anderer Interviewpartner, bat mich, mir vor Beginn des Interviews einige Fragen stellen zu dürfen. Er fragte nach meinen Familiengründungsplänen und ob ich schon einmal dachte, schwanger zu sein. Das zu wissen, sei »relevant« für die »Art und Weise[, wie er] die Geschichte erzähle«. In solchen Fragen steckt das Bedürfnis, gemeinsame Erfahrungen und Wissensbestände abzufragen. Da sich diese Positionierung immer wieder als relevant für mein jeweiliges Gegenüber erwiesen hat, lege ich sie auch in dieser Untersuchung offen (siehe auch 3.6 zur Reflexion von Betroffenheit). Die Interpretation des Interviewbeginns ist zugleich ein Beispiel für das interpretative und theoriegenerierende Vorgehen, das dann

45 Zum heuristischen Potenzial solcher »gescheiterten« Interviews« siehe Eckert und Cichecki (2020) sowie Böcker und Leistner (2015).

46 Ein Kulturvergleich, wie er verworfen wurde, vergleicht Kulturen im Sinne abgrenzbarer bzw. abgegrenzter »Erfahrungsgemeinschaften« (vgl. Schmidt-Lux et al. 2016, S. 23 f.).

ausführlich in den Unterkapiteln Methodologie (3.2), Forschungshaltung (3.3), Erhebung (3.4) sowie Auswertung und Theoriebildung (3.5) dargelegt wird. Nach einer Reflexion der Beforschung von ›Betroffenen‹ (3.6) stellt abschließend die ethnografische Skizze des Forschungsfeldes um Sternenehlerschaft (3.7) den Übergang zu den theoriegenerierenden Ergebniskapiteln dar.

Die Audioaufnahme beginnt wie folgt:

I: Ich kann auch gerne nachher noch irgendwie in äh auch noch irgendwie erzählen, wie ich auch zu diesem Thema gekommen bin.

Nicole: Ja, das würde mich auf jeden Fall interessieren.

I: Ja, okay, also

Nicole: Das finde ich schon interessant.

I: Ja also ähm (.) ich hab' da immer so (.) also zwei Sachen, die da so zusammen gelaufen sind eigentlich. Und das eine war, dass ich nach der Schule in Uganda war. //Hm// In Afrika und ähm wir da 'ne Familie hatten, 'ne befreundete Familie, die ein Kind bekommen haben, an dem Tag an dem ich geflogen bin, nach Hause geflogen bin, und die haben das dann auch Julia genannt nach mir und das war irgendwie so, (.) einfach 'ne schöne, 'n schöner Austausch. //Hm.// Also das ist schon zehn Jahre her, das muss man dazusagen //Ja.// Und (.) ähm 'n Jahr später hab' ich dann 'ne/'ne SMS bekommen, in der dann geschrieben stand, dass äh Julia Malaria hatte und sie Geld für die Beerdigung bräuchten. Und also mir ist wirklich das Herz stehen geblieben //Hm.// einfach weil ich (.) äh, also nicht nur wegen dieser Nachricht, sondern auch so irritiert war über, über die Art, wie/wie/wie lapidar das irgendwie so formuliert wurde,

Nicole: Ja, ja, ja!

also wie pragmatisch damit umgegangen wird und (.) ich hab' dann schon gedacht so, wie kann man mit so 'nem (.) existenziellen (.) Ereignis, Erlebnis irgendwie so umgehen und es ist was, was mich damals total irritiert hat und wo ich jetzt natürlich weiß, es ist aus ganz anderen Umständen heraus, //Hm.// dass man 'n anderen/ 'n Umgang damit finden muss, als das irgendwie hier der Fall ist und dann hab' ich mich irgendwie gefragt, na wie ist das eigentlich bei uns. Also sozusagen, wie ist das hier eigentlich ähm mit Un- und Neugeborenen irgendwie, also einfach weil sie die (.) genau (.) weil ja heutzutage einfach weniger Kinder sterben, aber es passiert natürlich trotzdem //Hm.// noch. Und dann hab' ich gedacht, ja, und dann hab' ich angefangen mich mit dem Thema irgendwie auseinanderzusetzen, das immer so mitgetragen, ähm genau. Und das andere war, dass ich was in meiner Abschlussarbeit was zu ›Glück‹ gemacht hab' und ›Dem Guten Leben‹ ähm und irgendwie hat mich dann glaub' ich auch (.) die gegenteilige Seite interessiert, also irgendwie Trauer, also irgendwie so was Existenzielles und hab' mich irgendwie (.) hab' mich gefragt ähm, wie wird eigentlich trau/ um/um Kinder getrauert hier //Ja.// und auf was für Irritationen stößt das eigentlich, also sozusagen, was für 'ne Rolle spielt das Umfeld, wie wird darüber gesprochen und, genau, bei dem Thema bin ich jetzt gerade und führ' halt Interviews mit (.) Müttern, Eltern, aber auch mit Kinderbestatterinnen bspw., oder nehm' an so Trauerfeiern teil und so und genau jetzt bin ich seit knapp zwei Jahren dabei ungefähr. (F, Z. 1–27)

Das zum Interviewzeitpunkt bestehende Erkenntnisinteresse richtet sich auf den Umgang Betroffener mit dem Tod von »Un- und Neugeborenen« in der gegenwärtigen Gesellschaft. Dieses zu Beginn des Interviews mit einer Betroffenen zunächst verschwiegene »Thema« wird erst im Anschluss an die erste von zwei verknüpften biografischen Erzählungen benannt, welche erklären sollen, weshalb ich mich diesem Thema widme. An der Art des Gesprächsbeginns zeigen sich mehrere Feldspezifika: eine Normerwartung persönlicher Involviertheit und eine besonders indexikale⁴⁷ Kommunikation.

Ungefragt biete ich vor dem Gespräch an, »nachher noch«, also nach dem Interview, zu erzählen, wie ich zum Untersuchungsthema »gekommen« bin. Das Angebot deutet darauf hin, dass eine Beschäftigung mit »diesem Thema« erklärungsbedürftig ist. Ich biete meine Geschichte im Gegenzug zur von der Interviewpartnerin Nicole zu erwartenden Erzählung an. Es ist eher ein Angebot des Ausgleichs (siehe dazu Abschnitt 3.6) als ein Mitteilungsbedürfnis, da ich in der Rolle der anmoderierenden Interviewerin auch einfach hätte »los-erzählen« können. Vielmehr scheine ich zu unterstellen, dass ein wechselseitiger Austausch oder die Preisgabe persönlicher Informationen durch die Forscherin erwartet oder zumindest wertgeschätzt werden. Die Interviewte Nicole geht unmittelbar darauf ein. Ihre Bekräftigung »das würde mich auf jeden Fall interessieren« zeigt, dass auch sie die Themenwahl für erklärungsbedürftig, mindestens ungewöhnlich hält. Der umgehende Wechsel vom Konjunktiv ins Präsens, »das finde ich schon interessant«, kommt einer Aufforderung gleich und führt dazu, dass ich meinem Angebot sofort, nicht erst nach dem Interview, nachkomme. Ein wechselseitiges Interesse daran, inwiefern das Gegenüber mit der »gemeinsamen« Thematik zu tun hat, besteht vermutlich in vielen qualitativen Interviews. Eine Besonderheit stellt dar, dass keine professionelle Standortbestimmung, sondern eine persönlich-biografische Erzählung angeboten und angenommen wird. Für eine Vertrauensbasis in der Interviewsituation mit Betroffenen bedarf es, so anscheinend die Unterstellung, einer Präsenz der Interviewerin als mitfühlende Person (zur Vertrauensarbeit in Interviews siehe Helfferich 2011). Die Rolle der distanzierten, Faktensammelnden Wissenschaftlerin wird hier, jedenfalls auf den ersten Blick, nicht eingenommen.

Persönliche Involviertheit wird zunächst über die biografische Erzählung demonstriert, in der ich einen Bezug zum Tod eines einjährigen Mädchens

47 Indexikalität verstehe ich ethnomethodologisch als Eigenschaft von Ausdrücken, je nach Situation etwas anderes zu bedeuten und deshalb nur im Kontext verstehbar zu sein, z. B. »wir« oder »es«. Dem indexikalischen Ausdruck, im Gegensatz zum objektiven Ausdruck, sichern die »veränderlichen Umstände seines Gebrauchs [...] eine Eindeutigkeit der Bedeutung« erst zu (Garfinkel & Sacks 2004, S. 391). Das Verstehen des indexikalischen Ausdrucks ist nur möglich durch Kontextwissen und die interpretative Leistung der Gesellschaftsmitglieder.

herstelle, das nach mir benannt worden ist. Die emotionale und einer Sterbemetapher entlehnte Formulierung, mir sei »wirklich das Herz stehen geblieben« ist auf zwei Auslöser bezogen: auf den Inhalt der Todes-»Nachricht« selbst sowie auf die »Lapidar[ität]« der Formulierung, also den scheinbaren Pragmatismus derjenigen, die die SMS geschrieben haben. Ein emotionales Erschrecken, das einem metaphorisch das Herz stehen lässt, ist zwar die begrifflich passende Reaktion auf die Nachricht eines Todesfalls. Dieser Nachrichten*inhalt* wird aber nur *ergänzend* in die Haupterzählung eingeschoben: »Herz stehen geblieben, einfach weil ich [...] so irritiert war über, über die Art«. Ich verwende, um meine Reaktion zu umschreiben, eine gefühlsgeladene Phrase, die Nicole auch nur mit einem kurzen »Hm« kommentiert. Die eigentliche emotionale Reaktion bestand aber darin, dass ich von der lapidaren Formulierung und dem als »pragmatisch« empfundenen Umgang irritiert war. Diesen Beschreibungen stimmt Nicole vehement mit einem dreifachen »Ja« zu.

Über diese Erzählung näherte ich mich erst spät der vagen Forschungsfrage »wie kann man mit so 'nem existenziellen Ereignis, Erlebnis irgendwie so umgehen«. Ein genanntes Forschungsinteresse ist der individuelle Umgang mit der Erfahrung, »heutzutage« ein Un- oder Neugeborenes zu verlieren. Über die Säuglingssterblichkeit schreibt Jörg Vögele aus historischer Perspektive (2009, S. 66), es sei »beruhigend [...], dass die Zahl der Todesfälle in dieser Lebensphase – zumindest bezogen auf die heutige industrialisierte Welt – recht gering ist«. Gleichzeitig, und darauf spielte ich als Interviewerin an, verschiebe sich für Betroffene das Problem dahingehend, dass ihnen weniger Bearbeitungsroutinen, verbindliche Rituale oder Deutungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Ihnen kommt heute der Status von Einzelschicksalen zu, die mit geringerer Wahrscheinlichkeit eintreten als in der Vergangenheit, deshalb aber möglicherweise auch schlechter zu verarbeiten sind. Implizit besteht also ein zweites Forschungsinteresse darin, nach der Kulturbedingtheit des Umgangs mit dem Tod von Kindern zu fragen: Weshalb und inwiefern gehen die einen, von mir hier kollektiv und exotisierend zusammengefasst als »die in Uganda«, anders mit dem Verlust um als Betroffene »bei uns«?

In der Passage unterstelle ich einen naiven Konstruktivismus der Erfahrung einer Fehl- oder Totgeburt. Es handle sich nicht, wie ich »jetzt natürlich« wisse, um ein anthropologisches, »existenzielles Ereignis, Erlebnis«, sondern sei von äußeren »Umständen« geprägt. Dahinter steht die Annahme, dass das *gleiche* Ereignis – der Tod eines Un- oder Neugeborenen – in unterschiedlichen Kontexten verschieden erlebt und gedeutet wird – und demnach auch verschieden stark als Verlust empfunden. Die unterstellte Kontingenz möglicher Erfahrungsweisen und die Absicht, sprachlich die Erfahrungsweise meiner mir unbekanntem Interviewpartnerin zu treffen, lassen mich mehrere Gesprächsimpulse setzen. Mittels sprachlicher Schrotflintentechnik mache ich unterschiedliche Deutungsangebote, von denen einige für Betroffene verletzend sein können, impliziert

doch die biografische Erzählung einen kaum zu erwartenden Kontrast: Weder ist die Interviewerin, bin ich, selbst betroffen, noch bezieht sich die Geschichte auf den geteilten kulturellen Kontext. Stattdessen erfährt der individuelle Verlustfall eine Abwertung durch den – hier überspitzt formulierten – Vergleichshorizont weitaus schlimmerer Verluste: ›Woanders sterben Kinder wie die Fliegen, es kann nicht mal getrauert werden«. Genau genommen teile ich weder einen Erfahrungshintergrund der Betroffenen, noch zeugt der herangezogene Vergleich von großem Mitgefühl.

Die Interviewte Nicole ist von diesem Vergleich nicht getroffen. Sie geht aber auch nicht auf den Aspekt persönlicher Affiziertheit oder überhaupt auf die Geschichte ein. Stattdessen schließt sie an die oben zitierte Erzählung folgendermaßen an:

Nicole: Also es sind dann da wahrscheinlich auch ganz unterschiedliche Fälle, die Dir da dann begegnen, also

I: Genau.

Nicole: Kinder, die (.) {atmet ein} was weiß ich mit sechs, sieben sterben, genauso wie

I: Genau.

Nicole: Fehlgeburten und/und Totgeburten und so'n Kram

I: Hm.

Nicole: Ah ja, hm. (F, Z. 29–31)

Die Interviewte versachlicht den Untersuchungsgegenstand. Im medizinischen oder sozialwissenschaftlichen Sinne spricht sie von »unterschiedliche[n] Fälle[n]«, die der Untersuchenden »begegnen«. Die Unterschiedlichkeit der Fälle besteht im variierenden Merkmal Alter, wobei die Reihe – Kinder, Totgeburten und Fehlgeburten,⁴⁸ Kram – die logische Folge vom Mensch zum (Noch-)Ding darstellt. Nicole widerlegt damit umstandslos die Betroffenheitsunterstellung der Interviewerin. Denn auch »hier« formulieren Betroffene lapidar bzw. sachlich, auch hier stellt nicht jeder Verlust für die Eltern ein existenzielles Ereignis dar. In der zitierten Interviewsituation spiegelt sich wiederum meine Irritation darüber darin, dass ich Nicole anfänglich noch zustimme (»genau«), beim Wort »Kram« dann aber stocke (»hm«).

Der lavierende Intervieweinstieg erschloss im Forschungsprozess zwei *Dimensionen des empirischen Phänomens*. Es wurde deutlich, dass gar nicht klar

48 Nicole sagt umgekehrt »Fehlgeburten und Totgeburten«, weil dies der üblichen Nennung entspricht, so wie meist von Leben und Tod, nicht von Tod und Leben, gesprochen wird. Dennoch findet sich eine rückwärtige Reihenfolge: ältere Kinder, Fehl- und Totgeburten, Kram.

ist, ob und wie jemand (emotional) von einem Schwangerschaftsverlust betroffen ist; gleichzeitig spielen Zuschreibungen von *Betroffenheit* und deren Zurückweisung oder Aushandlung eine wichtige Rolle. Zweitens fehlt eine eindeutige und gemeinsame Sprache, um über das, was passiert ist (die Erfahrung, den Tod) und das, was verloren wurde (Kinder, »Kram«), zu sprechen. Das untersuchte Phänomen wird umschrieben und mit Beispielen erläutert, nicht benannt. So spreche ich zu Anfang von »diesem Thema«, echauffiere mich zwischendurch darüber, »wie lapidar das irgendwie so formuliert wurde« und ende mit einem ebenfalls abstrakten »seit knapp zwei Jahren dabei«. Eine Schwierigkeit, das Phänomen zu benennen, könnte in einer allgemeinen Zurückhaltung gründen, über Tod und Sterben zu sprechen. Gemeint ist nicht die vielbeschworene Tabuisierung des Todes seit der Moderne, vielmehr besteht hier das, was Tony Walter »conversational unease« (Walter 1991, S. 293) nennt – ein Unwohlsein, das empfunden wird, weil eine kohärente Sprache fehlt. Darüber hinaus aber wird hier nicht vermieden, »das eine« auszusprechen, vielmehr ist gar nicht klar, was das zu Bezeichnende ist.

Zu Interviewbeginn wusste ich nicht, wie meine Gesprächspartnerin Nicole über den Tod im Allgemeinen und den ihres Frühgeborenen im Besonderen dachte und was sie fühlte. Ich kannte Biografien und Erzählungen verwaister und trauernder Eltern aus Online-Foren (siehe Kapitel 3.7) und wollte keine Gefühle verletzen. Nicoles Perspektive kannte ich noch nicht. Von ihrer Mutter, über die der Kontakt zustande kam, wusste ich, dass »Nicole noch keine Zeit hatte, richtig zu trauern und das Erlebte zu verarbeiten« (eigene Notiz). Deshalb tastete ich als Interviewerin sprachlich abstrakt – und letztlich, ohne eigene Werte unmissverständlich und unverhandelbar zu vertreten – eine mögliche gemeinsame Sprache ab. Für das alltagsweltliche Problem der »*Sprachlosigkeit*«, das hat die kurze Interpretation gezeigt, gibt es anscheinend verschiedene Lösungen, wie indexikales oder versachlichtes Sprechen. Für die Forschung kristallisierte sich heraus, dass ich die Frage nach dem »Umgang mit« neu stellen und stattdessen erörtern musste, ob und wovon die Befragten eigentlich betroffen sind, »was« für sie das Erlebte eigentlich ist.

In diesem Sinne diente die Analyse des Intervieweinstiegs auch dazu, das Erkenntnisinteresse zu schärfen und unreflektierte Vorannahmen über das beforschte Feld herauszuarbeiten. Dazu gehört die Annahme einer Kontingenz der Erfahrungen des prinzipiell *gleichen* Ereignisses, das ich nicht einmal eindeutig bezeichnen konnte. Zum Zeitpunkt des Interviews sind Erkenntnisinteressen: der Umgang mit dem Tod eines (neugeborenen) Kindes; derjenige mit dem Tod (oder dem Verlust) eines Ungeborenen; Totgeburt; Fehlgeburt. Geht es um die Verlusterfahrung? Oder um den Umgang mit einem Ereignis? Was ist das Ereignis? Wie lassen sich die unterschiedlichen Ereignisse voneinander abgrenzen? Und wer hat die Definitionsmacht darüber? All diese Fragen stecken als latente Sinngehalte (siehe dazu 3.5) in der oben zitierten

Erzählung.⁴⁹ Sie in der Interpretationsgruppe herauszuarbeiten, hat mich dazu veranlasst, meine Forschung neu auszurichten und danach zu fragen, wie sich überhaupt ein Verlust konstituiert.

3.2 Rekonstruktive Methodologie

Ausgangsannahme der vorliegenden Untersuchung ist, dass die soziale Welt von Menschen interpretiert und hervorgebracht wird. In seinem Aufsatz »Common-Sense und wissenschaftliche Interpretation menschlichen Handelns« (2004) behandelt Alfred Schütz, auf den diese für die rekonstruktive Sozialforschung zentrale Grundannahme zurückgeht, zwei Probleme. Zunächst fragt er danach, wie *alltägliches* Verstehen und dadurch soziales Handeln möglich ist. Dabei geht es Schütz um die Erklärung sozialer Ordnung im Alltag. Er entfaltet die Grundthesen, dass die alltägliche Wahrnehmung typisiert erfolgt und Tatsachen immer schon interpretierte Tatsachen sind (vgl. 2.3.1). Verstehen auf der Ebene des Alltags ist aufgrund solcher Typisierungen und aufgrund der »Reziprozität der Perspektiven« (Schütz 2004, S. 164f.) möglich: Es wird angenommen, dass »der von mir als selbstverständlich hingegenommene Sektor der Welt auch meinen Mitmenschen selbstverständlich ist, vielmehr auch für ›Uns‹ selbstverständlich ist« (ebd., S. 165). Durch diese Unterstellung gelingt es Menschen im Alltag, eine geteilte Sozialwelt (Lebenswelt) zu konstituieren und ihr Handeln aufeinander abzustimmen.

Darauf aufbauend behandelt Schütz die Frage, wie *sozialwissenschaftliches* Verstehen und Handeln möglich ist. Ausgehend von den Verstehensleistungen des Alltagsmenschen schreibt er:

»In verschiedenen Common-Sense Konstruktionen der alltäglichen Wirklichkeit haben sie diese Welt im voraus gegliedert und interpretiert, und es sind gedankliche Gegenstände dieser Art, die ihr Verhalten bestimmen, ihre Handlungsziele definieren und die Mittel zur Realisierung solcher Ziele vorschreiben – kurz: sie verhelfen den Menschen in ihrer natürlichen und soziokulturellen Umwelt ihr Auskommen zu finden und mit ihr ins Reine zu kommen. Die gedanklichen Gegenstände, die von Sozialwissenschaftlern gebildet werden, beziehen und gründen sich auf gedankliche Gegenstände, die durch das Common-Sense Denken des im Alltag unter seinen Mitmenschen lebenden Menschen gebildet werden. Die Konstruktionen, die der Sozialwissenschaftler benutzt, sind daher sozusagen *Konstruktionen zweiten Grades*: es sind Konstruktionen jener Konstruktionen, die im Sozialfeld von den Handelnden gebildet werden, deren Verhalten der Wissenschaftler beobachtet und in Übereinstimmung

49 Die Offenheit des Erkenntnisinteresses kann auch ein Grund für den hohen Indexikalitätsgrad sein.

mit den Verfahrensregeln seiner Wissenschaft zu erklären versucht« (ebd., S. 159; eig. Herv.).

Diese wissenschaftlichen Konstruktionen zweiten Grades stellen also Rekonstruktionen der Konstruktionen aus dem Sozialfeld (Konstruktionen ersten Grades) dar. Sie geben der rekonstruktiven Sozialforschung ihren Namen.

Damit ist mit Schütz plausibilisiert, *dass* sozialwissenschaftliche Interpretationen auf vorgängigen Interpretationen aufbauen. Während der Alltagsmensch den Sinn des Handelns seines Gegenübers aber beobachtet und erfasst, um sein eigenes Handeln darauf abzustimmen (alltägliches Handlungsproblem), steht die Sozialwissenschaftlerin vor dem Problem, die Erfassung des Handelns in ein objektives Wissenssystem einzuspeisen, anders formuliert: zur Forschung beizutragen (wissenschaftliches Handlungsproblem). Zur Frage, *wie* Sozialwissenschaftler*innen »in objektiver Weise den subjektiven Sinn menschlichen Handelns erfassen« (ebd., S. 193) können, formuliert Schütz drei Postulate. Das »Postulat logischer Konsistenz« (ebd.) ruft die Regeln der formalen Logik und der begrifflichen Klarheit auf. Das »Postulat der subjektiven Interpretation« verweist implizit auf das Weber'sche Verstehen subjektiv gemeinten Sinns und fordert die sinnverstehende Erklärung beobachteter Tatsachen in einem »verständlichen Zusammenhang« (ebd., S. 194). Das »Postulat der Adäquanz« schließlich beinhaltet die Forderung nach übereinstimmender »Konsistenz der Konstruktionen des Sozialwissenschaftlers mit den Konstruktionen der Common-Sense Erfahrung der sozialen Wirklichkeit« (ebd.). In dieser letzten Forderung wurzelt das Gütekriterium der Gegenstandsangemessenheit, einer Art »der Herstellung des Forschungsgegenstandes, die das empirische Feld ernst nimmt und Methoden, Fragestellungen und Datentypen einer fortlaufenden Justierungsanforderung unterwirft« (Strübing et al. 2018, S. 83; S. 86f.).

Aus diesen Prämissen von Alfred Schütz zum »Fremdverstehen« ist das Prinzip des methodisch kontrollierten Fremdverstehens abgeleitet (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 28).

»Methodisch kontrolliertes Fremdverstehen heißt, Bedingungen dafür zu schaffen, dass die Erforschten ihre Relevanzsysteme formal und inhaltlich eigenständig entfalten können. Die einzelnen Äußerungen werden erst in diesem Kontext, innerhalb der Selbstreferenzialität der gewählten Einheit, interpretierbar. Der Prozess des Fremdverstehens ist insofern methodisch kontrolliert, als der Differenz zwischen den Interpretationsrahmen der Forscher und denjenigen der Erforschten systematisch Rechnung getragen wird« (ebd., S. 31).

Deshalb ist es notwendig, Erhebungen so durchzuführen, dass die Forschungssubjekte ihre Sicht- und Handlungsweisen quasi-natürlich darstellen oder durchführen können – und die Konstruktionen ersten Grades somit adäquat erfasst

werden. Um die subjektiven Deutungen und Beschreibungsweisen der Fehl- und Stillgeburtserfahrungen zu erfassen, habe ich deshalb offene Erhebungstechniken verwendet (narrative Interviews und teilnehmende Beobachtung) und sogenannte natürliche Daten herangezogen, also Daten, die von Untersuchten selbst hergestellt wurden (vor allem Beiträge in Online-Foren und Video-Blogs), und habe sie in ihrem jeweiligen Herstellungskontext analysiert.⁵⁰

3.3 Forschungshaltung: Kontingenzsensible Grounded Theory

Prozessuale Forschungslogik

Die vorliegende Forschung wurde in der Haltung⁵¹ der Grounded Theory durchgeführt (Glaser & Strauss 1967). Der inzwischen etablierte Forschungsstil wurde in den 1960er Jahren von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt, um die Theoriebildung auf Basis qualitativer, empirischer Daten in der Soziologie zu legitimieren (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 184).

Forschungslogik und Arbeitsweise der Grounded Theory sind prozessual zu verstehen. Aus empirischem Datenmaterial wird mittels Datenanalyse eine vorläufige Theorie abgeleitet, die wiederum an neu zu erhebenden Daten überprüft wird. Diese drei Schritte – Datenerhebung, Datenanalyse, Theoriebildung – greifen im Laufe der Forschung immer wieder ineinander, kein Schritt ist unabhängig von den anderen beiden zu verstehen (vgl. ebd., S. 194 f.). Bereits das Ausgangsmaterial wird theoretisch zu fassen versucht, bevor anschließend im Prozess des »Theoretical Sampling« (ebd., S. 177 f.; Strübing 2014) entschieden wird, welche Daten weiterhin zu erheben sind, um die ersten Hypothesen zu verifizieren oder auszudifferenzieren. Dadurch, so das Anliegen, sind die sukzessiv im Forschungsprozess entwickelten Ergebnisse immer schon empirisch fundiert und das erforschte Phänomen adäquat erfasst. Die Forscherin trägt keine ›Theorieschablone‹ mit ins Feld, um darin nach Passendem zu suchen. Eher wird das Phänomen induktiv erschlossen. Ein Vorteil dieser Herangehensweise ist die Möglichkeit, sich neuen empirischen Phänomenen

50 Ebendieses Prinzip der Offenheit habe ich im anfangs zitierten Interview unterlaufen, indem ich eigene Relevanzsetzungen vorausschickte und damit die Erzählung meiner Interviewpartnerin beeinflusste.

51 Mitunter auch »Grounded-Theory-Methodologie« (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008; vgl. Equit & Hohage 2016) genannt, was Strübing entschieden zurückweist, da es sich weder um eine Methode noch um eine Methodologie handle, sondern um einen »Forschungsstil« (Strübing 2014, S. 457). Mit Fokus auf Datenerhebung sortieren Baur und Blasius (2014) die Grounded Theory als ein »Forschungsparadigma« in der qualitativen Sozialforschung ein. Przyborski und Wohlrab-Sahr behandeln die »Grounded-Theory-Methodologie« vorwiegend im Kapitel zur Auswertung, da es ihnen um das insbesondere von Strauss und Corbin erarbeitete Kodierverfahren geht.

und solchen anzunähern, die auf den ersten Blick keinen spezifischen theoretischen Zugang nahelegen – die in kein Schema passen. Erst nach ersten Durchläufen des prozessualen Dreischritts und unter Hinzuziehung adäquater Forschungsliteratur kristallisieren sich finale Forschungsschwerpunkte heraus.

Das Ziel des fortlaufenden Forschungsprozesses ist die Entwicklung einer auf dem empirischen Gegenstand gründenden (*grounded*) Theorie. Dafür wird so lange Material erhoben und kodiert, bis eine »Sättigung der Theorie« erreicht ist. Das ist dann der Fall, »[w]enn eine zusätzliche Analyse nicht mehr dazu beiträgt, dass noch etwas Neues an einer Kategorie entdeckt wird« (Strauss 1998, S. 49), wenn also neue Daten Ergebnisse nur noch bestätigen (zur Kodierpraxis der Grounded Theory siehe auch Auswertung 3.5).

Tabelle 1: Forschungsphasen

| | Erkenntnisinteresse | Daten | Erkenntnisse |
|--|---|--|--|
| Phase I Feldzugang | Trauerkultur und Deutungen verwaister Eltern | Natürliche Daten; Online-Foren; Expert*inneninterviews | Fehl- und Stillgeburt als Grenzthema Anerkennungsdiskurs von Sterneneiern |
| Phase II Feldüberblick | Kontraste zur Anerkennungsbewegung | Narrative Interviews; Beobachtungen; Gruppendiskussion | Kontingenz des Verlustobjektes |
| Phase III Selektive Nacherhebungen | Konstitution von Fehl- und Stillgeburt als Kindsverlust | Narrative Interviews; YouTube-Vlogs | Konstitution des Kindsverlusts |

Forschungsphasen

Der Forschungsprozess im Stil der Grounded Theory, der Übersicht halber zu drei Phasen zusammengefasst, verlief wie folgt (Überblick in Tab. 1). Ein Ausgangspunkt war, wie in 3.1 beschrieben, eine Irritation, nämlich die vermeintlich ungerührte Art, wie ein guter Bekannter in Uganda den Tod des eigenen, einjährigen Kindes kommunizierte. Mit der Erkenntnis, dass auch der Umgang mit Geburt und Tod keine anthropologische Konstanz aufweist, bildete sich das *Erkenntnisinteresse* an der hiesigen Kultur des Trauerns um Kinder (Phase I). Auf welche Deutungs- und Handlungsressourcen greifen Betroffene während des Ereignisses und danach zurück; wie und wo werden Trauerrituale und Bewältigungswissen tradiert? Die ersten *Daten* wurden *erhoben*. Das erste narrative Interview habe ich mit einer Frau geführt, die ihren jugendlichen (!) Sohn bei einem Verkehrsunfall verloren hatte. Ich las in Internetforen, die der Trauer verwaister Eltern gewidmet waren, und begann ausgewählte Einträge zu analysieren (vgl. Feldzugang 3.7). Im Zuge der *Auswertungen* dieses Materials erwies sich

das Thema als zu weit und zu unspezifisch. Alter und Todesumstände des Kindes (Krankheit oder Unfalltod), familiäre Konstellationen sowie Biografien, Lebenssituationen und Bewältigungsstrategien der Eltern waren zu vielfältig. Gleichzeitig offenbarte sich in der Analyse der Forenbeiträge, dass die Thematisierung von Trauer nach Fehl- und Totgeburt eine eigentümliche Sonderstellung einnahm (*Theoriebildung*). Entsprechende Verluste und Trauer wurden auf besondere Weise gerechtfertigt und legitimiert. Infolge dieser Beobachtungen wurde die Untersuchung in Richtung der Grenzthematik umstrittener Tod am Lebensanfang zugeschnitten.⁵² Zu diesem Zeitpunkt ging ich noch unhinterfragt davon aus, dass es sich um Todesfälle handelt. Eine »generative Frage« (Strauss 1998, S. 50) wurde, (ab) wann es sich eigentlich um verstorbene Kinder handelt. Ich habe Forschungsliteratur zu den Themen Tod am Lebensanfang, Kindsverlust und elterliche Trauer rezipiert und neues *Datenmaterial erhoben*. Weiterhin habe ich Trauerforen sowie Internetauftritte und öffentliches Material von Initiativen sowie narrative Interviews mit Betroffenen analysiert. Diese *Auswertungen* halfen, einen Überblick über die Anliegen, über Geschichte und Verbreitung von Selbsthilfe- und Elterninitiativen zu gewinnen, die ich mit dem Konzept der Anerkennungsbewegung gefasst habe (*Theoriebildung*). In dieser Forschungsphase stellte sich die Vorannahme, die in der oben zitierten Interviewpassage deutlich wird, als falsch heraus: dass es sich beim Tod des eigenen Kindes um einen krisenhaften Schicksalsschlag handele, der »die gegenteilige Seite« des »Guten Leben[s]« und von »Glück« darstelle (vgl. 3.1). Interviewte grenzten sich zu meiner Überraschung von den Bestrebungen der Anerkennungsbewegung ab und wiesen mit ihr verbundene Zuschreibungen, etwa diejenige, Mutter zu sein, und Angebote wie ein Begräbnis entschieden zurück (vgl. Böcker 2016, S. 333 f.). Im Sinne des Theoretical Sampling stellte dies einen maximalen Kontrast dar, dem ich weiter nachgegangen bin, indem ich nach Perspektiven gesucht habe, die von den Anerkennungsbestrebungen der Initiativen abwichen (Planung nächster *Datenerhebung*) (Phase II). Wer empfindet die Fehl- oder Totgeburt gar nicht als Verlust? Wer grenzt sich von der Anerkennung des Kindsverlusts ab oder setzt sich erst gar nicht in Bezug dazu? Das Untersuchungsphänomen habe ich schließlich auf die Verlusterfahrung und die Genese des Verlustobjektes Kind zugespielt (finales *Erkenntnisinteresse*, Phase III). Auf der Suche nach den Konstitutionsbedingungen des Verlusts habe ich dann Vlog-Beiträge⁵³ auf YouTube analysiert, in denen Betroffene ihre, teilweise noch andauernden,

52 In meiner in 3.1 zitierten Erzählung wird diese forschungspraktische Begründung für die thematische Eingrenzung gegenüber der Interviewten ausgelassen.

53 Vlog = Video-Blog, periodische Veröffentlichung von Videos durch eine Person (Vlogger*in) im Internet.

Fehlgeburten⁵⁴ dokumentierten. Die heuristische Frage für die interpretativen Auswertungen blieb dabei über den gesamten Prozess, auf welche Deutungs- und Handlungsressourcen Betroffene in ihren Erzählungen zurückgreifen.

Diese exemplarische Darstellung der Wechselschritte zwischen Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung macht deutlich, dass die je nächsten forschungspraktischen Schritte sukzessive von den Erkenntnissen der Analyse und durch die Rezeption theoretischer Konzepte und empirischer Studien angeleitet wurden.

Kontingenzsensibilität

Die wenigsten Entscheidungen im Forschungsprozess waren zugleich absichtsvoll und zwangsläufig. Der Prozess »kommt nicht ohne das kreative Zutun der Forschenden aus: Wir ›machen‹ Sinn aus den Daten, sie sprechen nicht zu uns. Auch wenn wir den Sinn der Interaktionen von Handelnden zu rekonstruieren versuchen, so ist der dabei zu leistende analytisch-interpretative Prozess doch kein logisch zwingender, sondern ein tentativ-experimenteller« (Strübing 2006, S. 150). Analog zur Schütz'schen Konstruktion zweiten Grades haben Lena Dreier, Maria Jakob und ich deshalb an anderer Stelle »die wissenschaftliche Entscheidungsoperation innerhalb des prinzipiell anders Machbaren« auch als »Kontingenz zweiten Grades« bezeichnet (vgl. Böcker et al. 2018, S. 22).

»Diese Kontingenz zweiten Grades zu berücksichtigen bedeutet für uns, den Forschungsprozess als Pendelbewegung zwischen Offenheit und Entschiedenheit zu begreifen und zu gestalten. Kontingenzsensibilität bedeutet demnach, sowohl die Kontingenzen der beforschten sozialen Welt als auch die Kontingenzen des eigenen Forschens konstitutiv in das eigene Vorgehen einzubauen. Ziel sollte also sein: aus den Einsichten um die Kontingenz, auch der wissenschaftlichen Rekonstruktionen, den Anspruch größtmöglicher Offenheit und Transparenz der getroffenen Entscheidungen folgen zu lassen« (ebd.).

Im Dienste dieses Anspruchs, die grundlagentheoretischen Vorannahmen⁵⁵ (3.1 und 3.2), den methodologischen Zugriff (3.2) und die Richtungsentscheidungen (3.3) dieser Studie zu reflektieren und nachvollziehbar zu machen, stehen die vorigen Ausführungen. Für die Richtungsentscheidungen galt, wie gezeigt, »ein Primat der Empirie: Das (zwischenzeitliche) Ergebnis der empirischen

54 Tatsächlich behandeln die Vlog-Beiträge, in denen die Vloggerinnen vorwiegend in Porträt-Einstellung berichten, meistens Fehlgeburten. YouTube-Videos, in denen es um Totgeburten geht, folgen einer anderen Darstellungslogik. Es handelt sich dabei meist um Videos zum Gedenken an das verstorbene Kind, mit Fotos, kurzen Texten und Musik.

55 Kalthoff (2018, 2008) spricht von Theorien als beobachtungsleitenden Annahmen.

Analyse weist den Weg für eventuelle methodische Anpassungen und für das weitere Vorgehen bis hin zur Theoriebildung« (ebd., S. 30). So brachten mich z. B. empirische Zwischenergebnisse der Vlog-Analysen, in denen Betroffene ihre akuten Fehlgeburten kommentierten, dazu, praxeologische Ansätze zu rezipieren. Diese erwiesen sich als geeignete Brille, um die Praktiken zu fokussieren, die den Kindsverlust überhaupt erst als soziale Tatsache darstellbar machen.

3.4 Erhebung, Datensorten und Datenkorpus

Barney Glasers geflügeltes Wort *all is data* meint, dass potenziell jede Materialsorte Daten für die Theoriegenerierung liefern kann (Strauss 1998, S. 25; Glaser 2002, Abs. 1–2). Seien es Gespräche, Interaktionen, Akten, Zeitungsartikel, Maschinen – sofern sie für das Verständnis des Feldes relevant sind, können sie als Daten betrachtet und in die Theoriebildung integriert werden. Für die Datenauswertung bzw. Theoriebildung wurden in dieser Studie folgende Datensorten berücksichtigt (in der Reihenfolge des Erscheinens): Posts in Online-Foren, Informationsbroschüren, Zeitungsartikel, Beobachtungsprotokolle, Gedächtnisprotokolle von Interaktionen und Gesprächen, öffentlich gehaltene Reden, narrative Einzel- und Paarinterviews, Expert*inneninterviews, eine Gruppendiskussion, Tweets, Facebook- und Blogbeiträge, Instagram-Beiträge und -Kommentare, Vlogs und Videos auf dem Videokanal YouTube (Überblick in Tab. 4 und Tab. 5 im Anhang).

Mehrere Datensorten für die Analyse zu berücksichtigen, bedeutet, verschiedene Erhebungsverfahren anzuwenden. Im Folgenden skizziere ich das jeweilige Grundanliegen und Anwendungsspezifika der verwendeten Erhebungsformen, um das eigene Vorgehen nachvollziehbar zu machen.⁵⁶ Zu Beginn erläutere ich die durchgeführten *Beobachtungen* zur Feldexploration sowie zur Sättigung der Ergebnisse. Erläutert wird auch, weshalb ethnografische Beobachtungen im Laufe der Forschung eingestellt wurden. Weiter lege ich Ziel, Durchführung und den Erzählstimulus der *narrativen Interviews* und der *Expert*inneninterviews* dar. Kurz behandle ich abschließend die einzige *Gruppendiskussion*.

Beobachtung

Idealtypisch unterscheide ich zwei Ansätze nicht-standardisierter Beobachtung: Beobachtung als Erhebungsmethode und Beobachtung als holistische Erkenntnisstrategie, die das Erheben von Beobachtungsdaten beinhaltet. Im ersten Sinne

56 Zur Methodologie und vertiefenden Einführung in die einzelnen Verfahren gibt es ausgezeichnete Methodenlehrbücher (z. B. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008; Strauss 1998; Bohnsack 2003; Breidenstein et al. 2013).

einer *Erhebungsmethode* können Beobachtungen explorativ zu Forschungsbeginn, als bevorzugtes Erhebungsinstrument oder selektiv zur theoretischen Sättigung durchgeführt werden. Die so gewonnenen Beobachtungsprotokolle werden, und das zeichnet diesen Ansatz aus, als Primärdaten behandelt und analysiert. Sie werden, anders als Memos oder Reflexionen, nachträglich nicht verändert. In Auswertungssitzungen, die in Gruppen stattfinden, werden diese Protokolle wie ›fremdes‹ Material behandelt, das ausschließlich in seiner vorliegenden Form zu verstehen ist. Die anwesende Forscherin, die dieses Material erstellt hat, wirft kein Kontextwissen ein – sie erklärt sich und das vorliegende Material nicht. Einmal erstellt, gewinnen die Daten quasi-objektiven Charakter. In diesem Sinne habe ich einige Veranstaltungen systematisch teilnehmend beobachtet und protokolliert. Ich komme gleich darauf zurück.

Im anderen Ansatz wird *Beobachtung* eher als *holistische Erkenntnisstrategie*, als qualitative Sozialforschung in ethnografischer Tradition, verstanden (Hirschauer 2010; Breidenstein et al. 2013). Auch hier geht es um die Erschließung des Feldes, betont wird aber die Intensität und Langfristigkeit der Teilnahme, die den lebensweltlichen Nachvollzug erlaubt. Es geht um die »Wahrnehmung unter Bedingungen der Kopräsenz: also alle Sinneswahrnehmungen, die sich per Teilnahme erschließen« (Breidenstein et al. 2013, S. 71), was am ehesten in »langandauernden Feldkontakten« gelingt (ebd.). Die im Feld produzierten Daten werden systematisch als etwas durch die Forscherin Erzeugtes begriffen. Die Reflexion der »Forscher/innen-subjektivität« (Reichertz 2015) und der eigenen Rolle im Feld sind demnach konstitutive Bestandteile des Erkenntnisgewinns. Anders als im ersten Ansatz wird das produzierte Textmaterial nicht nur zur Analyse angefertigt, sondern ist eine Grundlage für die spätere Präsentation der Ergebnisse. Die »Arbeit an Protokollen« (Breidenstein et al. 2013, S. 94f.) stellt eine Kernstrategie der Forschungspraxis dar. Protokolle werden durch später gewonnene Informationen und Kontextwissen angereichert und mit Blick auf die Veröffentlichung aufbereitet. Kurz gesagt, Beobachtungsdokumente werden sukzessive zu Ergebnisdarstellungen weiterverarbeitet.

Die beiden Ansätze schließen sich nicht aus. Mir kommt es auf die Unterscheidung zwischen einer bestimmten Methode zur Erhebung von Daten und einem ›holistischen‹ Grundprinzip an. Zu Forschungsbeginn habe ich einen holistisch-ethnografischen Anspruch verfolgt, der die lebensweltliche Teilnahme z. B. bei Trauerfeiern zum Ziel hatte. Bald aber kristallisierte sich heraus, dass mich die eigentlichen körperlichen Verlusterfahrungen interessierten, die ich selbst nicht gemacht habe.⁵⁷ Entsprechend unterscheide ich zwei Arten von Erfahrung. Einerseits können *Erfahrungen im Feld* untersucht werden:

57 Diese Unterscheidung zwischen betroffenen Eltern und denen, die nicht wissen, was es heißt, ein Kind zu verlieren, ist auch eine im Feld aktiv aufgerufene Grenzziehung.

Umgangsweisen, Selbstdarstellungen, Normierungen und Kommunikationsweisen, auch Gefühle, von Anwesenden im Feld, die von der Forscherin über teilnehmende Beobachtungen sinnlich erfasst und beschrieben werden können. Andererseits zielt meine Untersuchung darauf, eine *spezifische, körperliche Erfahrung* von Personen des Feldes verstehbar zu machen, die ich gerade nicht selbst gemacht habe. Diese Feldspezifik macht verstehbar, warum Ethnografien aus dem Bereich *pregnancy loss* meist *Autoethnografien* sind (u. a. Sheach Leith 2009; Davidson 2011; Weaver-Hightower 2012; Sell-Smith & Lax 2013). Nur persönliche Betroffenheit erlaubt es hier, von leiblichem Nachvollzug zu sprechen. In diesem Kontext muten die Ziele von nicht selbst betroffenen Ethnograf*innen, »die *sinnliche Unmittelbarkeit* der gesuchten Forschungserfahrung, das Drängen auf Wissen ›aus erster Hand‹ und eine möglichst direkte Form der Begegnung mit sozialer Wirklichkeit« (Breidenstein et al. 2013, S. 33, Herv. i. O.), fast zynisch an. Umgekehrt scheint die eigene Verlust-erfahrung, sofern Anthropolog*innen oder Soziolog*innen sie gemacht haben, das Potenzial für eine akademische Analyse zu bergen. So wurden viele der Studien zu Schwangerschaftsverlust, auch nicht-ethnografische, durch biografische Ereignisse angestoßen (u. a. Layne 2003; Reagan 2003).⁵⁸

Gemäß dieser Unterscheidung habe ich in der ersten Forschungsphase einige Veranstaltungen teilnehmend beobachtet und Erfahrungen im Feld gesammelt, bevor ich mit der Deutung der körperlichen Verlusterfahrung einem Gegenstand nachgegangen bin, der sich mit ethnografischer Teilhabe schlecht erschließen ließ. Zu den Veranstaltungen, an denen ich teilgenommen habe, gehörten solche im Rahmen der *Selbsthilfe- und Anerkennungs-bewegung* (z. B. am Weltgedenktag der Sternenkinder und die Lesung der Schriftstellerin Kathrin Schadt) und eine *medizinisch-pflegerische Fachveranstaltung*, die vom Palliativteam Neonatologie der Charité organisiert wurde (»Symposium zur Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie«). Neben den Fachvorträgen habe ich die Diskussionen und Pausen-Interaktionen dokumentiert und meine Rollen reflektiert. Darüber hinaus habe ich an einem *Bestattungsworkshop* teilgenommen, in dem die Einbettung von Babys und damit verbundene Probleme im Zentrum standen. So ging es bspw. um die durchlässige Haut der Babys und ›Schönheitsfehler‹ aufgrund von Fehllagerungen in der Klinik. Schließlich habe ich *Gespräche mit Betroffenen* dokumentiert, die sich im Zug, auf Partys, auf Konferenzen, nach Forschungswerkstätten und in der Küche meiner Wohngemeinschaft ergeben hatten. Da sich vor allem Fehlgeburten häufig ereignen, ergaben sich solche Begegnungen oft, sobald ich von meiner Forschung erzählt habe. Auf Basis stichpunktartiger Feldnotizen habe ich später detaillierte Gedächtnisprotokolle inklusive persönlicher Reflexionen verfasst. Sie wurden später

58 Die akademische Auseinandersetzung mit dem Verlust ist auch eine Form der Bewältigung.

nicht mehr verändert oder ergänzt, die Beobachtungsdaten also wie anderes, ›objektiv‹ vorliegendes Material weiterverwendet.⁵⁹ Zudem habe ich vor und nach allen narrativen Interviews ergänzende Beobachtungen in einem analogen oder einem digitalen Forschungstagebuch dokumentiert. Allein das seit 2015 geführte digitale Forschungstagebuch, das theoretische, persönliche und forschungspraktische Notizen (zu Protokollformen Adler & Adler 1998; Emerson et al. 2002) enthält, umfasst über 100 Seiten.

Narrative Interviews

Empirisches Herzstück dieser Studie sind im weitesten Sinne Gespräche mit Personen, die eigene Verlusterfahrungen im Kontext Schwangerschaft und Geburt gemacht haben. In offenen Befragungen reproduzieren die Befragten immer auch allgemeine Orientierungen und Vorstellungen darüber, wie etwas in der Gesellschaft ›zu sein hat‹, d. h. in ihnen offenbaren sich gesellschaftliche Legitimationen und Normalitätserwartungen. Neben problemzentrierten narrativen Interviews waren Expert*innengespräche eine wichtige Erkenntnisquelle. Im Folgenden gehe ich auf die Erhebungsverfahren *biografisches Interview*, *Expert*inneninterview* sowie *Gruppendiskussion* ein. Alle Formen verbindet das Ziel, den Befragten eigene »Relevanzsetzungen« (Schütze 1983, S. 286) zu ermöglichen. Es geht also darum, offen zu fragen und Richtung und Verlauf des Gesprächs nicht durch eigene Vorgaben oder Suggestionen zu beeinflussen.

Biografisches Interview

Das Verfahren des *narrativ-biografischen Interviews* entwickelte Fritz Schütze (1983) auf Basis von zwei Annahmen. Erstens geht er vor dem theoretischen Hintergrund des symbolischen Interaktionismus davon aus, dass auch ein wissenschaftliches Interview den Basisregeln der Kommunikation und Interaktion folgt. Im Gespräch wird eine soziale Ordnung hergestellt, der der Kommunikationsverlauf folgt und die, sofern analysiert, Wissen über die elementaren Strukturen der Verständigung generiert. Zweitens beruht Schützes narrativer Ansatz auf der »These der Homologie von Erzählkonstitution und Erfahrungskonstitution« (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 93; zur Kritik an der Homologieannahme siehe Rosenthal 2010). Die These besagt, dass sich die Struktur der ursprünglichen Erfahrung in der Struktur der späteren Erzählung reproduziert. Dafür muss gewährleistet sein, dass die befragte Person tatsächlich erzählt und nicht etwa argumentiert, und dass sie Gelegenheit hat, *ihre* Erzählung zu gestalten. Ein wichtiges methodisches Konzept ist daher die vom Forscher

59 Da ich für die Dokumentation der persönlichen Gespräche kein Einverständnis eingeholt habe, dienen diese Notizen als Kontextwissen und werden an keiner Stelle zitiert.

gewünschte »Stegreiferzählung« der befragten Person, eine ungeübte und ad-hoc produzierte Erzählung vergangenen Erlebens, die die »Orientierungsstrukturen des faktischen Handelns« (ebd.) reproduziert.⁶⁰ Voraussetzung dafür ist u. a. ein erzählgenerierender Eingangsstimulus durch die Interviewerin (vgl. ebd., S. 81 f.). Das von Schütze für die Biografieforschung entwickelte Verfahren eignet sich auch allgemeiner für die Erhebung von Erlebtem. Wie die gesamte Lebensgeschichte lassen sich einzelne biografische Episoden als »sequentiell geordnete [...] Prozessionsstrukturen« (Schütze 1983, S. 284) konzeptualisieren und untersuchen.

In dieser Arbeit wurden *problemzentrierte* narrative Interviews geführt. Problemzentrierte Interviews sind in der Durchführung und im Ablauf an Schütze orientiert, nur steht statt der Biografie ein thematisches Problem im Zentrum des angestrebten Fallvergleichs. Ich habe die Interviewten darum gebeten, mir die Geschichte ihrer Schwangerschaft zu erzählen. Das (Ko-)Erleben einer vormaligen, nun beendeten Schwangerschaft war das minimale Auswahlkriterium zur Aufnahme ins Sample (siehe 2.3.3). Bis auf eine Ausnahme, Anne, haben alle Interviewten selbst oder als Partner⁶¹ mindestens eine Schwangerschaft und deren vorzeitiges Ende erlebt. Die Frage nach Anfang, Verlauf und Ende der Schwangerschaft sowie Nachwirkungen bis zur Gegenwart wirkte erzählgenerierend. Sie ermöglichte, dass die Interviewpartner*innen eigene Anfangspunkte und Relevanzen innerhalb dieses Rahmens setzten und eigene Deutungen des Ereignisses entfalten konnten. Tatsächlich beginnen die Erzählungen zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten der Biografie; während Rhea mit einem Auslandsaufenthalt einsteigt, bei dem die Entscheidung fällt, ein Kind zu planen, beginnt Nicole mit der Feststellung der ungeplanten Schwangerschaft. Im Eingangsstimulus habe ich, sofern es mir vorab bekannt war, zudem das konkrete Ereignis einer Fehlgeburt, Totgeburt oder des Todes ›Deines/Eures Kindes‹ benannt, d. h. dieses Element variierte in den verschiedenen Stimuli. So lautete der Eingangsstimulus, den ich mit leichten Variationen verwendet habe:

Ich möchte Dich bitten, die Geschichte Deiner Schwangerschaft zu erzählen. Du kannst gern früher einsetzen, also alles was für Dich bzw. für Euch in Bezug auf die

60 Es ist zu diskutieren, inwiefern sich diese methodische Anforderung in Zeiten intensiver Selbstthematisierung aufrechterhalten lässt (zu professionellen Erzähler*innen vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 97).

61 Ich habe nur mit Personen narrative Interviews geführt, deren Schwangerschaft in einer heterosexuellen Beziehung entstanden ist. Die Untersuchung von Schwangerschaftsverlusten in nicht heterosexuellen Reproduktionskonstellationen – in denen es in der Regel viel schwieriger ist, überhaupt schwanger zu werden – ist ein Forschungsdesiderat. Wenn möglich, weise ich auf nicht-heterosexuelle Perspektiven hin, indem ich auf Gespräche aus meinem persönlichen Umfeld und auf Literatur zurückgreife.

Schwangerschaft wichtig war, wie sie dann verlaufen ist, wie Du [die Fehl-/Totgeburt] erlebt hast und die Zeit danach, bis heute. Also alles, was Dir wichtig ist. Wie gesagt, lass Dir Zeit dabei und ich werde versuchen, Dich nicht zu unterbrechen, und Fragen erst später zu stellen.

Insgesamt habe ich zehn narrative Interviews mit acht Frauen und zwei Männern geführt (ein Einzel-, ein Paarinterview). Eine Frau, Clara, habe ich zweimal im Abstand von zwei Jahren interviewt, da sie in dieser Zeit einen weiteren Verlust erlitt. *Frühe Fehlgeburten* erleiden Sara, Clara und Kathleen. Im Falle Claras wird bei einer weiteren Schwangerschaft in der 15. SSW ein fötaler Herzfehler entdeckt und sie entscheidet sich für einen *Schwangerschaftsabbruch*, dem eine stille Geburt folgt. Rhea erleidet eine *späte Fehlgeburt* an der Grenze zur Totgeburt. Pia, die anders als Clara ihr Kind trotz *infauster Diagnose* austrägt, verliert ihre Tochter sechs Stunden nach der Geburt. Nicoles und Antonios Tochter wird in der 27. SSW per Kaiserschnitt geholt (Frühgeburt) und stirbt nach acht Tagen (*Tod des Neugeborenen*). Kontrastfälle sind Jan, dessen damalige Freundin einen *Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregel* durchführen ließ, Ulrike, die ihren 17-jährigen Sohn durch einen *Verkehrsunfall* verliert und Anne, deren *Kinderwunsch unerfüllt* ist und die nie schwanger geworden ist.

Expert*inneninterview

Mit der Moderatorin eines Online-Trauerforums und mit zwei Kinderbestatterinnen habe ich Expert*inneninterviews geführt. Diese unterscheiden sich von biografischen und problemzentrierten Interviews dadurch, dass den Befragten als Repräsentant*innen einer Organisation oder Institution ein spezifisches Rollenwissen zugeschrieben wird. Auch in biografischen Interviews wird das Gegenüber als Expertin oder als Experte für die eigene Biografie angesprochen. In Expert*inneninterviews wird aber rollenspezifisches Expert*innenwissen erhoben. Aglaja Przyborski und Monika Wohlrab-Sahr (2008, S. 132 f.) unterscheiden im Anschluss an Michael Meuser und Ulrike Nagel (2005) mit Deutungswissen, Betriebswissen und Kontextwissen drei Formen des erfragten Wissens. *Betriebswissen* bezeichnet Wissen über Zusammenhänge, Regeln und Abläufe einer Organisation und praktisches Wissen. Die Befragten fungieren in diesem Sinne auch als Zugänge zu einer Organisation und geben Überblick über Zusammenhänge im Feld. *Deutungswissen* bezieht sich auf Deutungsmacht über bestimmte Sachverhalte, die den befragten Expert*innen, vor allem *diesen*, zugeschrieben wird. Schließlich kann Ziel von Expert*inneninterviews sein, *Kontextwissen* für die Untersuchung *anderer* Personengruppen und Sachverhalte zu erhalten.

Die Bestatterinnen Andrea und Theresa (Mutter und Tochter) sowie Lena, die Moderatorin eines Online-Trauerforums, wurden nach Betriebs- und

Kontextwissen gefragt. Lena erläuterte ihre moderierenden Aufgaben sowie Formen, Regeln und Normen der Kommunikation in Trauerforen (Betriebswissen) und konnte Hinweise auf typische Sorgen, Probleme und Motive der Nutzer*innen geben (Kontextwissen). Und gleich dreifach drängte sich mir auf, ein Interview mit Andrea und Theresa in ihrer Profession als Kinderbestatterinnen zu führen. Zuerst verwies mich die Trauerrednerin am Weltgedenktag der Sternenkinder 2014 an Andrea und ihren Mann, als ich sie um einen Gesprächstermin bat. Sie antwortete: »gern, aber da gibt es noch zwei, die sich viel besser auskennen als ich. Die haben mir das beigebracht, ich habe mir das Anthroposophische drauf geschafft, die kommen eher über das Buddhistische, aber die von *Anfang* an dabei waren bei der Kindersache« (Gedächtnisprotokoll), das seien Andrea und ihr Mann gewesen, deren Bestattungsinstitut auf die Beisetzung von Kindern spezialisiert sei. Einige Monate später, bei der Transmortale⁶² in Kassel, empfahl mir einer der Organisatoren eben jenes Bestattungsinstitut. Und wieder einen Monat später wurde ich auf einen Workshop zur Individualisierung von Bestattungsfeiern aufmerksam, der, wie sich herausstellte, von Andreas Tochter Theresa geleitet wurde. Theresa ist Bestatterin sowie Aktivistin und Networkerin im Bereich der professionellen Beschäftigung mit Sterben, Tod und Trauer. Ich kontaktierte sie über Twitter und wir vereinbarten einen Termin, zu dem sie ihre Mutter Andrea mitbrachte. Andrea ist promovierte Gesundheitswissenschaftlerin, Lehrerin, Hebamme, Bestatterin und Mutter zweier Töchter und eines Sternenkinds. Andrea und Theresa stellten mir – von Wissen über Einbettungspraktiken und Bestattungsmöglichkeiten bis zum Überblick über das regionale Beratungsnetzwerk – ein breites Betriebswissen und Kontextwissen zur Verfügung und schilderten mir typische Situationen, Probleme, Wünsche und Bewältigungsstrategien von Betroffenen.

Gruppendiskussion

Ich habe nur ein Gruppeninterview geführt. Das aus methodischer Sicht gescheiterte Gespräch offenbarte Normen der Kommunikation im Feld und machte deutlich, dass sich das Verfahren für mein Erkenntnisinteresse nicht eignet. Theoretische Annahme des Verfahrens ist, dass Gruppen, deren Mitglieder gemeinsame Erfahrungen gemacht haben, kollektive Orientierungen und Werthaltungen teilen (Bohnsack 2003; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 101 f.). Diese werden in Interaktionen und bei der Kommunikation der Gruppenmitglieder artikuliert und repräsentiert. Über die Beobachtung der interaktiven Praxis und von Kommunikationsweisen, insbesondere wenn sie selbstläufig sind und so verlaufen, als sei keine Forscherin anwesend, lassen sich kollektive Orientierungsmuster erkennen. Deshalb gelten auch für diese Form der

62 Seit 2010 jährlich stattfindende Tagung zum Thema Sterben, Tod und Trauer.

narrativen Befragung die Prinzipien erzählgenerierender und zurückhaltender Gesprächsführung.

Vor diesem Hintergrund hatte ich geplant, mit den Initiatorinnen eines Berliner Projektes zur Unterstützung Betroffener eine Gruppendiskussion zu führen. Gegenstand des Interviews sollte das gemeinsame Projekt, dessen Entstehung und Geschichte sein. Wir führten das Gespräch unmittelbar im Anschluss an eines der Selbsthilfetreffen, die das Projekt angeboten hatte. Zwei der Initiatorinnen waren vorab bei dem Treffen anwesend, die dritte stieß zum verabredeten Interview dazu.⁶³ Schon zu Beginn des Gesprächs zeichnet sich ab, dass die drei Anwesenden keine *gemeinsame* Erzählung generieren. Ohne Aushandlung darüber, wer auf meinen sich an die Gruppe wendenden Eingangsstimulus zuerst reagieren soll, beginnt eine der drei zu sprechen. Auf sie, so stellt sich schnell heraus, geht die erste Initiative ursächlich zurück, die anderen beiden holte sie hinzu. Aber nicht nur ihre innerhalb der Gruppe zweifelsfreie Rolle als Redeführerin verhindert eine Interaktion der Anwesenden untereinander. Vielmehr bleiben die Sprecherinnen in der bzw. verfallen in die Kommunikationslogik einer Selbsthilfegruppe. Jede erzählt ihre persönliche Geschichte und berichtet von ihrer Motivation, betont, dass es sich dabei um *ihre* Beweggründe handelt, und bringt damit zum Ausdruck, dass auch andere möglich sind. Meine Gesprächsimpulse – Fragen nach geteilten Erfahrungen, etwa nach der gemeinsamen Planung der Angebote oder nach besonderen Erlebnissen – werden immer wieder auf eine Sprecherin geleitet, die ihre Aufgaben, ihre Expertise oder das Erlebnis erläutert, das ihr besonders im Gedächtnis geblieben ist.

An dieser Art, das Sprechen zu organisieren, zeigt sich ein kollektives Orientierungsmuster: die kommunikative Regel, die Erzählungen anderer für sich stehen zu lassen und eben nicht zu kommentieren. Das Einnehmen einer persönlichen Sprechposition⁶⁴ und die verbale Zurückhaltung gegenüber anderen Betroffenen können als Kommunikationsnormen im Feld trauernder Sternenelementen bezeichnet werden (sie finden sich auch in der Online-Kommunikation). Um diese Erkenntnis reicher, habe ich entschieden, mich auf die Erhebung und Auswertung von narrativen Einzelinterviews und vorliegendem Datenmaterial zu beschränken.

63 Bei der Begrüßung erklärt sie ihre Abwesenheit beim Selbsthilfetreffen damit, dass sie schwanger ist. Da sich für den Tag ein neues Paar in der Gruppe angekündigt hatte, das erst kürzlich einen Verlust erlebt hatte, sei sie dem Treffen ferngeblieben.

64 Vorschlag für eine geschlechtsneutrale Formulierung anstelle von ›Sprecherposition‹.

3.5 Auswertung und Theoriebildung

Das Datenmaterial habe ich sequenzanalytisch ausgewertet. Dabei habe ich Verfahrensweisen der Objektiven Hermeneutik mit dem Kodierverfahren der Grounded Theory gekoppelt. Im Folgenden stelle ich die Grundprinzipien eines sequenzanalytischen Vorgehens, das Kodierverfahren der Grounded Theory, die der Objektiven Hermeneutik entnommene Lesartenbildung und die konkrete Verknüpfung der beiden Verfahren vor.

Grundprinzipien des sequenzanalytischen Vorgehens

Ziel eines sequenzanalytischen Verfahrens ist, vereinfacht gesagt, »intensive Textarbeit zu betreiben, die auf dem intellektuellen Nachvollzug der im Material dokumentierten Sinnsetzungen und der Herausarbeitung ihrer Selektivität aufbaut und zu theoretisierenden Verdichtungen führt – die dann auch als genuin eigene Befunde der Interpretin gelten können, da sie über die bloße Wiedergabe von Äußerungen hinausgehen« (Erhard & Sammet 2018a, S. 10). Sequenzanalytischen Ansätzen liegt die interaktionstheoretische Annahme zugrunde, dass soziales Handeln sequenziell geordnet ist und »als ›Grund-Folge-Beziehung‹ verstanden« (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 249) werden kann. Einer Handlung folgt eine Folgehandlung, jene ›verursacht‹ oder determiniert diese aber nicht. Die vorausgehende Handlung »legt nur den Möglichkeitsraum fest« (Erhard & Sammet 2018b, S. 32). Alle sinnhaft miteinander verbundenen Handlungseinheiten können als Grund-Folge-Beziehungen begriffen und daher auch sequenziell interpretiert werden. Dialoge, Texte, ›Insta-Stories‹ oder Webseiten, die ja ebenfalls in einer spezifischen Sequenzialität rezipiert und verstanden werden, können so analysiert werden. Die Analyse zielt dabei auf die Rekonstruktion eines sozialen Sinns: Nicht die ursprüngliche Intention einer Äußerung interessiert in der Analyse, sondern der ihr zugeschriebene Sinngehalt, der sich auch in der angeschlossenen Folgehandlung ausdrückt.

Arbeiten in der Tradition der objektiven Hermeneutik, an die mein sequenzanalytisches Vorgehen undogmatisch angelehnt ist, unterscheiden zwischen latentem Sinn und sozialem Sinn.⁶⁵ Eine objektiv-hermeneutische Analyse zielt zunächst auf den *latenten Sinn* einer Handlung, also darauf, herauszuarbeiten, wie etwas (z.B. eine Aussage) verstanden werden *kann* und setzt diesen in Bezug dazu, wie die Handlung tatsächlich verstanden *wurde*, zum verwirklichten *sozialen Sinn*. »Kurz ausgedrückt: Erst durch das Verstehen – genauer: die Deutung und Validierung einer Äußerung durch andere – entsteht Sinn« (ebd.,

⁶⁵ Erhard und Sammet (2018b) berufen sich in ihrer Einführung in die »Sequenzanalyse« primär auf die »Methodologie der ›Objektive[n] Hermeneutik[en]« (Oevermann et al. 1979; Wernet 2009).

S. 23). Einzelne Handlungen und Aussagen implizieren soziale Wissensbestände und können nur deshalb überhaupt von anderen (miss)verstanden werden. Diese potenziell verstehbaren Sinngehalte stellen – daher der umstrittene Name der Objektiven Hermeneutik – soziale »Objektivierungen« (ebd., S. 24) dar, die sich durch eine hermeneutische Textanalyse offenlegen lassen.

In Interaktionen schließen Handelnde an *bestimmte* Sinngehalte der vorangegangenen Handlung bzw. Äußerung an und damit andere Sinngehalte aus. Dabei können sie an einen Sinngehalt anschließen, der von der zuerst handelnden Person gar nicht intendiert war und reagieren völlig anders, als diese es erwartet. So schließt bspw. die Interviewte Nicole, wie oben gezeigt, nicht an den Sinngehalt starker Betroffenheit an, sondern an das latente Deutungsmuster der Interviewerin, die Trauer um Kinder sei eine kontingente Angelegenheit (3.1). In einer Sequenz von Handlung und Folgehandlung zeigen sich also der realisierte soziale Sinn sowie eine spezifische Selektivität. In der Analyse des weiteren Handlungsverlaufs zeigt sich dann, ob diese Selektivität typisch für den untersuchten Fall ist. »Am analysierten Text wird deshalb das Muster aufgezeigt, das sich durch Sequenzen von Auswahlen aus objektiv verfügbaren Möglichkeiten ergibt. Es ist diese Regelmäßigkeit, die der Fall entwickelt, die letztlich interessiert. Sie wird als Fallstruktur bezeichnet« (ebd., S. 30). Da bereits dem Handlungsauftritt eine spezifische Selektivität innewohnt, die von an der Situation Beteiligten wahrgenommen wird und die darum Einfluss auf Folgehandlungen nimmt, ist es besonders aufschlussreich, die Anfänge von dokumentierten Handlungen zu analysieren. Gerade der Beginn eines Interviews oder Beobachtungsprotokolls offenbart oftmals wie im Brennglas die spezifische Logik des untersuchten Falls.

Für die sequenzanalytische Praxis gibt es konkrete Regeln und Verfahren, auf die ich hier nur stichwortartig verweise (ebd., S. 32–36; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 249 f.; Wernet 2009; Oevermann et al. 1979). Das Material wird sukzessive und Sinneinheit für Sinneinheit erschlossen, beim Anfang der dokumentierten Handlung beginnend (Prinzip der *Sequenzialität*). Für die Interpretation gilt es, keine »fallspezifische[n] Außergewöhnlichkeiten zu unterstellen« (Wernet 2009, S. 35) und nur Deutungen der Sinneinheit zuzulassen, die ohne weitere Zusatzannahmen über den Fall auskommen (Prinzip der *Sparsamkeit*). Die Äußerungen werden wortgenau interpretiert, also nicht z. B. verändert oder verbessert (Prinzip der *Wörtlichkeit*). Und schließlich müssen alle Bestandteile der Äußerung oder Handlung bei der Analyse berücksichtigt werden (Prinzip der *Totalität*) (vgl. Wernet 2009). Es geht darum, für den genauen Zeitpunkt der Analyse plausible Deutungen zu finden, ohne etwas hinzuzufügen oder wegzulassen. Zur Ausdeutung des interessierenden Materials wird Kontextwissen ausgeblendet und künstlich eine naive Haltung eingenommen, während allgemeines Welt- und Regelwissen zur Erschließung der Sinngehalte herangezogen werden muss (sonst

wäre kein Verstehen möglich) (Prinzip der *Kontextfreiheit*; ebd., S. 21 f.). Dies offenbart den ersten Vorteil der Interpretationsarbeit in heterogenen Gruppen, da mehr Gruppenmitglieder mehr Wissen zum Verstehen latenter Sinngehalte zur Verfügung stellen.

Konkret beginnt eine Interpretationssitzung damit, dass die erste Sinnlichkeit – das kann je nach Erkenntnisinteresse ein Wort, ein Satzteil oder es können einige Sätze sein – des Datenmaterials gelesen und interpretiert wird. Dafür werden Fragen an das Material gestellt: Was steht da? Was heißt das? Wie lässt sich das außerdem verstehen? In diesem Arbeitsschritt werden in Form von *Gedankenexperimenten* Kontexte imaginiert, in denen die Sequenz Sinn ergeben würde. Diese Gedankenexperimente stellen insbesondere ein wirksames Handwerkszeug zur Verfügung, wenn eine Äußerung besonders ungewöhnlich und erklärungsbedürftig ist.

Im nächsten Schritt einer objektiv-hermeneutischen Analyse werden »die Geschichten auf Strukturgleichheiten hin« (ebd., S. 39) befragt. *Diesen* Schritt bezeichnet Wernet als »Bildung von Lesarten« (ebd.). Ich verstehe hingegen das Herausarbeiten verschiedener Sinngehalte einer Äußerung als Bildung von Lesarten. Nach beiden Verständnissen stellen Lesarten abstraktere Interpretationen auf dem Weg zur Theoriebildung dar, die bereits die Spezifik (je nach Theoriepräferenz auch die »Struktur«, die Logik oder die Typik) des Falls betreffen. Es stehen zunächst mehrere Lesarten nebeneinander, im Laufe der fortschreitenden Analyse kristallisiert sich dann eine Lesart als zutreffend heraus, weil andere Möglichkeiten im fortschreitenden Handlungsverlauf ausgeschlossen werden können.

Ebenfalls gedankenexperimentell werden nach der Lesartenbildung mögliche Anschlüsse an die Sequenz entworfen, es wird also überlegt, wie es weitergehen könnte. Daraufhin kontrastieren die Interpret*innen die entworfenen Möglichkeiten mit dem tatsächlichen Fortgang, »was wiederum die Basis einer Fallstrukturhypothese ist« (Erhard & Sammet 2018, S. 35). Bereits nach diesem Arbeitsschritt – Explikation von Anschlussmöglichkeiten zur Kontrastierung mit tatsächlichem Anschluss – lassen sich erste Hypothesen zum Fall formulieren. Vertreter*innen der Objektiven Hermeneutik sprechen von einer *Fallstrukturhypothese*, die im Laufe des Interpretationsprozesses verdichtet werden soll. Die finale Fallstrukturhypothese muss sich im gesamten Protokollverlauf bewähren, sonst wird sie verworfen.

Lesarten-Kodes auf dem Weg zur Modellbildung

In der Auswertungspraxis habe ich die aus der Objektiven Hermeneutik stammende Lesartenbildung mit dem Kodierprinzip der Grounded Theory gekoppelt, genauer: mit den Kodierphasen und den jeweils damit verbundenen

Kodierzielen.⁶⁶ Ziel des Kodierens in der Grounded Theory ist das Generieren von Konzepten auf dem Weg zu einer auf empirischen Daten basierenden Theoriebildung. Es werden Konzepte/Kodes, Kategorien und Schlüssel-/Kernkategorien unterschieden. Ein Konzept (Kode) ist das Ergebnis von Interpretation des Datenmaterials, Kategorien sind höherwertige, d. h. abstraktere Konzepte, die bereits Zusammenhänge und Dimensionen des Phänomens erfassen. Die Schlüsselkategorie (Kernkategorie) bezeichnet schließlich das zentrale Ergebnis – im Idealfall ist sie die Grounded Theory.

Strauss unterscheidet die Schritte offenes Kodieren, axiales Kodieren und selektives Kodieren (Strauss 1998; Strauss & Corbin 1996). In der Phase des *offenen Kodierens* geht es darum, Neues zu *entdecken*. Das Datenmaterial wird offen interpretiert, d. h. wie in der objektiven Hermeneutik zunächst ohne Einbezug von Kontextwissen und ohne etwaige Generalisierungen vor Augen zu haben. Hier geht es um ein ›Aufbrechen‹ des Materials, wobei die Mitglieder der Interpretationsgruppe erste Assoziationen zum Datum teilen. Ziel ist es, Neues zu entdecken und *erste Konzepte* zu entwickeln, die das Material repräsentieren. In der Phase des *axialen Kodierens* werden die entwickelten Konzepte um ihre eigene ›Achse‹ herum *entfaltet* und in Bezug zueinander gesetzt. Dieses Kodieren findet auf einer höheren Abstraktionsstufe statt als das offene Kodieren. Angestrebt werden *empirische Zusammenhänge* zwischen den Konzepten und diese werden, z. B. in Form von Diagrammen, visualisiert. *Selektives Kodieren* bezeichnet schließlich einen Modus des Kodierens, in dem »Schlüsselkonzepte« ausgewählt, *Ergebnisse verdichtet*, verfeinert und integriert werden. Zu diesem Zeitpunkt gibt es bereits Modelle, die zentrale Konzepte beinhalten. Ausgewähltes Datenmaterial wird in dieser Phase vor allem im Hinblick auf etwaige Widersprüche kodiert, um die bisherigen Erkenntnisse zu validieren und die Theorie zu sättigen.

Der ›Konzept‹-Begriff der Grounded Theory lässt sich, im weiteren Sinne verstanden, auf alle abstrahierenden Aussagen über Daten anwenden. Nach dieser Auffassung sind auch herausgearbeitete ›Sinngehalte‹ und ›Lesarten‹ Konzepte, die einen Zwischenschritt auf dem Weg zu abstrakterer Theorie bilden. In diesem Verständnis habe ich verschiedene Lesarten während der Analyse, die drei Typen der Körperdeutung (Kapitel 4) ebenso wie die drei Dimensionen der Verlustkonstitution, als Konzepte unterschiedlicher Abstraktionsstufe gefasst. Die Konzepte sind aus der empirischen Analyse generierte, von der Wissenschaftlerin auf einen Begriff gebrachte Analyseergebnisse. Die Dimensionen des Konstitutionsmodells also – Körpermaterialität, (Nicht-)Leben und Personalität –, die wirken, als seien

66 Die Diskussion um Ähnlichkeiten und Unterschiede sowie die »wechselseitige Anschlussfähigkeit von Verfahren der Objektiven Hermeneutik und der Grounded Theory« (Hildenbrand 2004) sowie die Kritik an diesem Versuch einer »Zwangsverheiratung« (Strübing 2006) finden sich an anderer Stelle.

sie plausibel aus der Literatur deduziert, sind die im zirkulären Dreischritt von Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung (vgl. 3.3) herausgearbeiteten Schlüsselkategorien.

Generalisierung

Von Anfang an bestand ein gesellschaftstheoretisches Interesse an der Frage, was der Umgang mit Fehl- und Totgeburt über die Gesellschaft aussagt, in der sie sich ereignen. Ein prominenter Vertreter der Grounded Theory versicherte mir, dass gesellschaftstheoretische Aussagen *grounded* nicht zu haben seien. Er schlug vor, dass ich meinen Fokus – weg von der körperlichen Erfahrung – auf die institutionelle Ebene der Klinik verschiebe, um, im wahrsten Sinne wie Glaser und Strauss (1965), eine Theorie mittlerer Reichweite anzustreben, dann hätte ich eine Theorie höherer Abstraktionsstufe. Stattdessen verfolge ich »Ansprüche an Theoriebildung, die sich vielleicht in dem Begriff *grounded grand theory* bündeln lassen« (Eulitz & Leistner 2018, S. 12). Die vorliegende Studie ist das Ergebnis einer Grounded-Theory-Haltung in dem Sinne, dass ich, ausgehend von den empirischen Erträgen, daran gearbeitet habe, Theorie zu entwickeln. Zugleich aber suche ich in zeitdiagnostischer Absicht die kulturellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen der rekonstruierten Subjekterfahrungen, ihre kulturell-diskursive Ordnung, herauszuarbeiten.

Um die in der qualitativen Empirie gründenden Erkenntnisse mit gesellschaftstheoretischen Aussagen in Verbindung zu bringen, sind ›Sprünge‹ im Forschungsprozess notwendig, die in einer dogmatisch verstandenen Grounded Theory nicht vorgesehen sind. Gemeint sind Sprünge von Konzepten derselben Ebene auf eine sie verknüpfende Kategorie höherer Abstraktionsebene, Gedankensprünge, um eigene Theoretisierungen mit theoretischen Ansätzen in Verbindung zu bringen oder die – mit Augenzwinkern den »methodisch gestützten Stabhochsprung« (Wohlrab-Sahar 2015) genannte – Zuspitzung qualitativer Ergebnisse zu gesellschaftstheoretischen Aussagen.

Um das methodische Vorgehen, qualitative Ergebnisse erst im Laufe der Forschung an nicht von vornherein feststehende theoretische Debatten zu knüpfen, zu veranschaulichen, diskutiert Anne-Kathrin Hoklas (2018) rekonstruktive Ergebnisse mit Blick auf drei verschiedene Theoriedebatten.⁶⁷ Überträgt man dieses von Hoklas exemplarisch vollzogene Vorgehen auf diese Studie, sind es die drei Schlüsselkategorien Körpermaterialität, (Nicht-)Leben und Persönlichkeit, die je anschlussfähig gemacht werden können (vgl. Kapitel 8). Konkrete Praktiken der Anerkennung einer Persönlichkeit der Stillgeborenen

67 Hoklas (2018) macht rekonstruierte Typen des Umgangs mit dem Medienumbruch von analog zu digital fruchtbar für Bourdieus Habitusstheorie, die Mediengenerationsforschung und Reckwitz' Ästhetisierungstheorie.

(Kapitel 7) präzisieren bspw. Theorien zu den Grenzen des Personseins (vgl. Lindemann 2011; Hirschauer et al. 2014; 8.2). Die rekonstruierten Ambivalenzen sowie Umgangsstrategien der Akteur*innen, Gewissheit über das (Nicht-)Leben (Kapitel 6) zu erlangen, erweitern am Wissensbegriff orientierte, medizinsoziologische Arbeiten zum Umgang mit Wissensgrenzen und Unsicherheit (vgl. Peter & Funcke 2013; 8.3). Die durch die theoretischen Debatten befruchteten Ergebnisse sind in ein *Modell der Verlustkonstitution* integriert (vgl. 8.1). Das Modell legt die Konstitutionsbedingungen eines gesellschaftlich legitimen Verlusts dar und trägt somit zur kulturtheoretischen Fundierung einer Soziologie des Verlusts (vgl. Jakoby 2015; Jacobsen & Petersen 2020) bei. Die Überlegungen zur Bedeutung einer solchen Verlustkonstitution im Fazit (Kapitel 9) – in Richtung einer gestiegenen Verantwortung des Subjekts, angesichts von Trauernormen für sich ›das richtige Kind‹ zu konstruieren – sind schließlich als gesellschaftstheoretische Zuspitzung zu verstehen. Diese Zuspitzung ist vielleicht nicht mehr in der Empirie verankert, wohl aber wurzelt sie in ihr.

3.6 ›Betroffene‹ erforschen

Stigmatisierender Begriff

In dieser Arbeit spreche ich von ›Betroffenen‹, auch wenn diese Begriffsverwendung dazu beiträgt, Forschungssubjekte zu Betroffenen zu *machen*. Die Zuschreibung von Betroffenheit durch mich als Forschende reproduziert ein Stigma, von dem sich die eine oder andere Interviewte, teilweise explizit, zu distanzieren versucht. Vor diesem Hintergrund brachte mich die asymmetrische Beziehung zwischen mir und den Befragten dazu, meine Sprechposition zu reflektieren.

In ihrem Ratgeber zum Umgang mit pränataler Diagnose begründen die beiden selbst ›betroffenen‹ Autorinnen ihre Verwendung des Begriffs

»›Betroffene‹, wissentlich, dass dieser von manchen nicht sonderlich gemocht wird, da er meist in einem negativen Kontext gelesen wird und Betroffene sich selbst oft gar nicht in eine solche ›Trauerkloßecke‹ stellen wollen. Für diese neutrale Bezeichnung haben wir uns deshalb entschieden, um alle Leser mit einschließen zu können: werdende Eltern, Familienmitglieder und auch Fachpersonal, die alle gleichermaßen von so einer Situation ›betroffen‹ sind. Wir denken hierbei vielmehr an ein ›dies betrifft auch mich‹. Gerne würden wir diesen Begriff an dieser Stelle also etwas aus seiner allzu negativen Ecke herausholen: In erster Linie verwenden wir ihn im Sinne von ›die Auswirkungen von etwas an sich selbst erfahren‹, ohne dabei diesem Wort einen unangenehmen Beigeschmack oder das Bedauern darüber, betroffen zu sein, mitzuliefern« (Fezer Schadt & Erhardt-Seidl 2018, S. 17).

Es ist meines Erachtens unmöglich, den latenten Sinngehalt, den »unangenehmen Beigeschmack«, nicht mitzuliefern und die Bezeichnung »neutral« zu verwenden. Dennoch spreche ich ebenfalls von ›Betroffenen‹, da die Bezeichnung weder auf das Verhältnis zum Ungeborenen noch auf Trauer abstellt. Die Kategorien Schwangere, Eltern und Trauernde sind Kollektivierungen, die nicht auf alle Forschungssubjekte zutreffen. Auch die Bezeichnung ›Frauen‹ vermeide ich, da Ko-Schwangere und Ko-Gebärende so in die Analyse einbezogen werden können.⁶⁸ In diesem Sinne geht es auch mir darum, eine Bezeichnung für all diejenigen zu finden, die der Schwangerschaftsverlust betrifft. Auch Schütze spricht vom »betroffenen Biographieträger« (Schütze 2014, S. 130) und »Betroffenen« (Schütze 1983, S. 288) in dem Sinne, dass ein bestimmtes Merkmal auf sie zutrifft. Doch auch bei Schütze ›erleiden‹ die Betroffenen etwas, seien es Verlaufskurven, brauchen »Beratung« oder sind anderweitig bedürftig. Die Begriffsverwendung ist folglich nie neutral.

Eigene Sprechposition

Die Differenz Betroffenheit/Nicht-Betroffenheit eröffnet mir als Forschende die Möglichkeiten, mich als *betroffen* oder als *nicht-betroffen* zu positionieren, oder mich einer Positionierung zu *enthalten*. Zunächst hatte ich vor, mich zu enthalten. Ein Grund dafür sind wissenschaftsinterne Hierarchien sowie Karrieren bestimmter Themen, Theorien und Methoden. Um es überspitzt zu sagen: Ich wollte mich in einer männlich dominierten Profession, in der Gesellschaftstheorien mehr Aufmerksamkeit und Öffentlichkeit erfahren als (qualitative) empirische Studien, keinem ›typischen Frauenthema‹ widmen. Die Beschäftigung mit leidenden, trauernden, dysfunktionalen und damit irgendwie erfolglosen Gesellschaftsmitgliedern löste bei mir auf der einen Seite den Impuls aus, mich vom Feld und seinen Akteur*innen zu distanzieren. Während ich Interviewten im Gespräch vermittelte, gehört, gesehen und verstanden zu werden (siehe nächster Abschnitt), wollte ich meine Forschung nicht als ›Betroffenenforschung‹ (etwa im Sinne von Mies 1978; vgl. dazu Paulitz 2019) verstanden wissen. Damit aber stellte ich mich auch auf die Seite derjenigen, die solche Themen als ›nervig‹ oder als normative Zumutung empfinden.

Hinter dieser Auseinandersetzung stehen Fragen nach dem kritischen Potenzial von Sozialforschung (inwiefern macht meine Forschung die Welt, in diesem Fall der Betroffenen, ein wenig besser?) und den Möglichkeiten ›objektiven‹ Erkenntnisgewinns. Kann und darf ich Fehl- und Stillgeburtserfahrungen in rein verstehender Haltung erforschen? Auch die Ergebnisdarstellung variiert ja

68 Außerdem können auch (Trans*-)Männer schwanger sein und fehlgebären (vgl. das Selbstzeugnis in Tretau 2018).

enorm, je nachdem, ob ich z.B. kognitive Verlustbewältigungsstrategien oder Stigmatisierungspotenziale betone. Auf der anderen Seite stehen also kritische Ansätze, etwa aus der Frauen- und Geschlechterforschung, für die ein Verschweigen bzw. Ausblenden der eigenen Haltung und Position bedeutet, sich der akademischen Verantwortung zu entziehen. »Relativism is a way of being nowhere while claiming to be everywhere equally. The ›equality‹ of positioning is a denial of responsibility and critical enquiry« (Haraway 2004, S. 89).

Einen Ausweg aus diesem Dilemma zwischen (hegemonialer) Positionierungsverweigerung und (normativem) Positionierungszwang sehe ich darin, die im Feld vorhandene Kritik an den gesellschaftlichen Verhältnissen selbst zum Gegenstand zu machen. Ulrich Bröckling schreibt:

»Eine so verstandene Soziologie weiß es nicht besser, und erst recht weiß sie nicht, wie die Dinge besser laufen sollten, aber sie verfügt über ein ausgefeiltes Instrumentarium, um herauszupräparieren, wie Menschen zu der Überzeugung gelangen, dass die gesellschaftlichen Verhältnisse kritikabel sind, welche sozialen Verhältnisse welche Formen des kritischen Einspruchs hervortreiben, auf welche Begründungen diese sich berufen und welche Effekte sie zeitigen« (Bröckling 2013, S. 311).

In diesem Sinne hege ich den Anspruch, die im Feld hervorgebrachte Kritik an den Verhältnissen herauszuarbeiten und verstehbar zu machen. Damit bleibe ich auf der Beobachtungsebene zweiter Ordnung und versuche, keine normativen Maßstäbe hinsichtlich des gesellschaftlichen Umgangs mit Schwangerschaftsverlusten zu setzen. Zugleich führe ich vor, welche normativen Maßstäbe den Diskurs im Feld mit strukturieren.

Betroffene Wissenschaftler*innen

Eine ungeahnte Schwierigkeit bestand darin, dass das Thema ein wissenschaftliches Emotionsmanagement erforderte. In Interpretationssitzungen und Kolloquien war die Stimmung oft gedrückt; einzelne Personen verließen bei Nennung des Themas den Raum (oder trauten sich nicht, zu gehen). Einige schienen sich für ihre Irrationalität zu schämen. So reagierte ein Kollege, als er von meinem Forschungsthema erfuhr: »Wir haben das auch durch, meine Freundin und ich haben auch ein Kind, ähm, {lacht} naja einen Fötus verloren«. Seine spontane Verwendung des Begriffes ›Kind‹ sanktioniert er mit einem Lachen, korrigiert und ersetzt ihn durch den medizinischen Begriff ›Fötus‹, als sei dies die korrekte Bezeichnung. Ein anderes Mal nahm ein Kollege während eines Workshops meinen Vortrag zur Bestürzung aller Anwesenden zum Anlass, von der dramatischen Frühgeburt seiner Tochter zu berichten. Während eines frühen Konferenzvortrages löste ich mit meiner Begeisterung für das Erkenntnispotenzial des Datenmaterials beim Publikum regelrecht Empörung aus

(Böcker 2019). Seitdem spreche ich zu Beginn jeder Vorstellung eine Triggerwarnung⁶⁹ aus, arbeite mit einer festen, an das Thema gewöhnten Interpretationsgruppe und angepasstem Darstellungsmodus.

Interviews mit vulnerablen Personen

Im Laufe der Forschung wurde ich immer wieder gefragt, wie ich mit den intensiven Gefühlen, traurigen Geschichten und (potenziellen) Traumata der Interviewten umginge. Schließlich könne ein solches Gespräch Wunden aufreißen und zu Zusammenbrüchen oder Ähnlichem führen, die ich in der Situation nicht bearbeiten könne. Zum einen zielten solche Fragen auf die Verantwortung für das Wohlergehen der Befragten, zum anderen auf den Umgang mit meinen eigenen Gefühlen und der Anforderung, auf das Gesagte zu reagieren, durchgehend eine adäquate Gesprächshaltung einzunehmen und die Gespräche im Nachhinein zu verarbeiten.

In keinem Interview kam es zu einer kritischen Situation, weder für die Interviewten noch für mich. Dazu trug zunächst die *Rekrutierungsform* der Interviewpartner*innen bei, da sie eine relativ hohe Selbstinitiative, Freiwilligkeit und Redebereitschaft voraussetzte. Die Interviewten wurden nicht gezielt aufgesucht, vielmehr ergaben sich alle Interviewkontakte über Snowball-Sampling, d. h. es wurden über persönliche Kontakte Personen um ein Interview gebeten. Sie erklärten sich dann gegenüber dem oder der Anfragenden bereit – oder auch nicht. In der Praxis teilten mir Freunde, Kolleginnen, Bekannte oder sogar Studierende mit, dass sie jemanden kennen, den oder die das Thema betreffe. Manche boten aus eigener Initiative an, die Person für ein Interview zu kontaktieren. Andere wiederum bat ich darum. Diejenigen, die sich zu einem Interview bereitklärten, zeigten sich dann nicht nur offen, über ihre Fehl- oder Totgeburt zu sprechen, sondern übernahmen eine selbstwirksame Rolle, ihr Wissen zur Verfügung zu stellen. Ich wollte etwas von ihnen, nicht umgekehrt.⁷⁰

Im Interview selbst habe ich versucht, eine offene und wertschätzende *Gesprächshaltung* einzunehmen, wie sie auch in der Sterbe- und Trauerbegleitung gefordert wird (von der Hude 2014, S. 105). Mit einer offenen Haltung stellt die Interviewerin zugleich sicher, dass Interviewte eigene Relevanzsetzungen vornehmen. »Authentizität, Ehrlichkeit und Transparenz« bedingen ein »vertrauensvolles Miteinander« zwischen Betroffenen und professioneller Begleitung (ebd.).

69 Triggerwarnung = vorangestellter Warnhinweis auf mögliche Auslösereize, z. B. vor einem Artikel über sexuellen Missbrauch. Zur identitätspolitischen Funktion und Problematik siehe Berendsen et al. (2019).

70 Dadurch gehören meine Interviewpartner*innen, bis auf eine Ausnahme, nicht zu der Gruppe, der soziale Anerkennung vorenthalten wird. Im Gegenteil: Sie grenzen sich von solchen Anliegen und der Rhetorik – sowie damit verbundenen Stigmatisierungen – ab und betonen eher ihren gelungenen Umgang mit der Fehl- oder Stillgeburt.

Das Beratungsprinzip »Empathie/einfühlsames Verstehen« meint den Versuch des Begleitenden, »sich in die Situation der Eltern hineinzufühlen, in dem [sic!] er Anteil an deren Emotionen und dem persönlichen Erleben nimmt« (ebd.). Entscheidend ist meines Erachtens hierbei auch die geforderte Bereitschaft, »ihren Schmerz auszuhalten« (ebd.). Möglichst in dieser Haltung habe ich in der Interviewsituation agiert und – anders als im professionell-therapeutischen Setting üblich – auf persönliche Fragen geantwortet, sofern sie gestellt wurden, und Beweggründe sowie bisherige Erkenntnisse dargelegt. Diese Erzählungen schlossen sich meist an das geführte Interview an. Nachdem die Interviewten sehr Persönliches mit mir geteilt hatten, wurde so symbolisch auch ein emotionaler Ausgleich geschaffen. Dafür musste ich keine besonderen Erlebnisse teilen, es reichte, etwas von mir und meiner Arbeit zu erzählen.

Für meine Bereitschaft, mir die schmerzhaften Geschichten der Interviewten erzählen zu lassen, finde ich im Nachhinein mehrere Gründe. Zum einen ging ich davon aus, dass ein Schwangerschaftsverlust nur im Ausnahmefall pathologische Folgen wie eine PTBS⁷¹ nach sich zieht. Die Erfahrung, damit verbundenes Leid und anschließende Trauerreaktionen waren für mich also zunächst »normal« und ich wehrte mich gegen eine vorschnelle, alltagstheoretische Pathologisierung der Betroffenen. Zum anderen unterstellte ich, dass das Sprechen über das Erlebte guttue.⁷² Auch bei weniger brisanten Themen ist es für die Interviewten eine außeralltägliche Gelegenheit, monologisieren zu dürfen und mit einer Person zu sprechen, die nur zuhört. Einige Studien heben die positive und gar therapeutische Wirkung von qualitativen Interviews hervor (Birch & Miller 2000; Finlay 2011; Rossetto 2014). Von ersten Felderkundungen in Online-Foren wusste ich außerdem, dass häufig Möglichkeiten fehlten, über das Erlebte zu sprechen, da das Umfeld, auch Nahestehende, nichts (mehr) davon hören wollte. Das Interview bot den Interviewten also auch eine Gelegenheit, über ihre Erfahrungen zu sprechen, ohne das Gefühl zu haben, jemandem zur Last zu fallen. Entsprechend geriet ich in die Rolle einer Zuhörerin, die diese soziale Lücke füllt, und in die einer Lernenden, der die Interviewten etwas erklären können. So wurden die Interviews, wie ich denke, in einer positiven Grundstimmung wechselseitiger Wertschätzung geführt.

3.7 Forschungsfeld Sterneneitern

Im Folgenden gebe ich einen Überblick über das Forschungsfeld, seine Akteur*innen und den Diskurs um fehlende gesellschaftliche Anerkennung von

71 PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung, psychische Erkrankung in Folge eines außergewöhnlich belastenden Ereignisses.

72 Unter der Bedingung, dass die Personen freiwillig über ihre Erfahrungen sprechen.

Sterneneltern, vor dessen Hintergrund die empirischen Ergebnisse (Kapitel 4–7) eingeordnet werden können. Dieser Abschnitt bildet damit einen Übergang zwischen dem methodischen Vorgehen (Feldzugang) und der Darstellung der empirischen Ergebnisse (Feldkonturen). Mit *Online-Foren* (3.7.1) und *Initiativen* (3.7.2) umreißte ich zwei soziale Räume im Feld von Sterneneltern bzw. verwaisten Eltern, in denen Betroffene, Trauernde, ehrenamtlich Engagierte und professionelle Akteur*innen in Austausch treten. Mit diesen Räumen sind ›begehbare‹ soziale Orte der Interaktion und Vergemeinschaftung verbunden, an denen ich potenziell beobachtend teilhaben konnte. Demgegenüber fanden sich in den Einzelinterviews *private Gegendiskurse* (3.7.3) ohne öffentlichen Ort. In diesen blieben die Verlusterfahrungen eher Privatsache und fand tendenziell eine Abgrenzung gegenüber dem Milieu der Sterneneltern und deren Engagement für gesellschaftliche Sichtbarkeit und Anerkennung statt.

3.7.1 Online-Foren und Communitys

Der erste Feldzugang bestand darin, nach öffentlich verfügbaren Informationen zu suchen. Dabei stieß ich auf Informationsseiten und Internetforen, ehrenamtliche Initiativen sowie Selbstzeugnisse. Wie es vermutlich auch viele Betroffene machen, suchte ich zunächst via Google online nach Informationen. Über die Stichwort-Suche ›Tod eines Kindes‹ und ›Trauer nach Kindsverlust‹ stieß ich auf Selbsthilfeforen, private Blogs und Webseiten von ehrenamtlichen Initiativen. Einen ersten Suchtreffer stellte die Seite des Bundesverbands Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e. V. (VEID) dar, der ein moderiertes und binnendifferenziertes Forum für den Online-Austausch zur Verfügung stellt. Um Beiträge lesen und schreiben zu können, muss man sich registrieren. Das somit nur halböffentliche Forum ist Betroffenen sowie Personen, die beruflich mit ihnen zu tun haben, vorbehalten. Zunächst ging ich also der Frage nach, welche Diskurse bezüglich des Verlusts eines Kindes (später dann spezifischer: des Verlusts während einer Schwangerschaft) im Internet vorherrschen. Wo und wie wird online um verstorbene Kinder getrauert? Welche Kommunikationsorte und -formen gibt es? Und worin besteht das Spezifische digitaler Ausdrucksformen von Trauer?

Online-Trauerforen sind suböffentliche Orte, an denen Betroffene sich austauschen, vergemeinschaften und wechselseitig unterstützen. Trauernde erzählen ihre Geschichte, stellen Fragen, teilen Gefühle und erhalten die Erinnerung an die Verstorbenen aufrecht. Mitunter finden Meta-Thematisierungen darüber statt, dass es schwierig bis unmöglich ist, die bisweilen als körperlicher Schmerz empfundenen Verlustgefühle auszudrücken und zu teilen. In allgemeinen Trauerforen, die nicht auf den Verlust von Kindern spezialisiert sind, gilt der Tod eines Kindes als dramatische Sonderform. So beschreibt es im Interview auch Lena,

die in einem Trauerforum die Aufgabe übernimmt, neue Personen im Forum zu begrüßen und Beiträge zu moderieren oder ggf. zu löschen:

Wir haben nur ab und an Leute, die Kinder verloren haben da und da sind alle (.) das ist so ein bisschen wie so: ›Hui, das ist 'ne andere Liga‹. Und das wird dann auch ein bisschen so ausgedrückt, das ist ja nochmal schlimmer, [...] also es ist schwierig, das kann dann so ausschlagen: ›das ist so furchtbar‹, dass alle dann gleich schreiben, wie furchtbar das ist oder ähm, dass sie sich halt nicht trauen, was zu schreiben. (A, Z. 40–44)

Um Kinder Trauernde gelten als in besonderem Maße betroffen, weshalb sie von anderen Forumsmitgliedern teilweise bemitleidet oder gemieden werden. Auch aufgrund dieses Sonderstatus tauschen sie sich meist separat aus. In Trauerforen gibt es dafür entweder verlustspezifische Gruppen oder Unterforen, wenn die Kommunikation nicht über einzelne, thematische Threads⁷³ organisiert ist. Bei dieser Form kann jedes Forumsmitglied bei Bedarf einen neuen Thread beginnen und betiteln. Wen das Thema interessiert, der oder die kann in die Diskussion bzw. in den Austausch einsteigen. Moderator*innen wie Lena sind u. a. dafür verantwortlich, dass kein neuer Post⁷⁴ unbeantwortet bleibt.

In spezifischen Foren und Threads zum Thema Verlust während und kurz nach der Schwangerschaft besteht Konsens darüber, dass die verstorbenen Ungeborenen gewollte und geliebte Kinder waren. Ihnen wird eine individuelle Existenz bestätigt, z. B. durch Namensgebung oder das Erzählen der Schwangerschaftsgeschichte als Kindesbiografie (vgl. 7.1). Die Foren können dadurch temporär zu »Sinnprovinzen« (Berger & Luckmann 2004) avancieren, in denen eine eigene soziale Realität aufrechterhalten und gegen die Alltagswelt, die Welt da draußen, abgegrenzt wird. Innerhalb dieser Sinnprovinzen werden die Kinder als einzigartige und unersetzliche signifikante Andere erinnert. Ihnen wird ein personaler Status zuerkannt, der außerhalb der Betroffenenengemeinschaft nach wie vor umstritten ist. Gleichzeitig bestätigen sich die Teilnehmenden der Foren mithin wechselseitig darin, Eltern (gewesen) zu sein. So denken sie z. B. an die Geburtstage oder Todestage der verstorbenen Kinder anderer Forumsmitglieder.

Eine solche, hier skizzierte *Online-Community von Sternenern* ist typisch für Trauer-Foren, deren Framing der Tod eines geliebten Menschen ist. Ich hatte, wie gesagt, explizit anhand der Stichwörter ›Tod‹ und ›Verlust von Kindern‹ gesucht. Dieser von den Eltern zugeschriebene Status ist bspw. in Schwangerschaftsforen, in denen das Thema Fehl- und Totgeburt gegenüber den ›normalen‹ Problemen einer Schwangerschaft ebenfalls einen Sonderstatus einnimmt, viel

73 Strang von Diskussionsbeiträgen (Posts) im Internet, die inhaltlich aufeinander bezogen sind.

74 Einzelner Beitrag auf Social Media, in einem Blog oder Online-Forum. Eine Folge von zusammenhängenden Posts ist ein Thread.

ambivalenter und umstrittener. Aber dadurch, dass der Status der Fehlgeborenen und Stillgeborenen im Trauerforum immer wieder betont wurde, offenbarte sich mir auch dort die Aushandlungs- und Legitimationsbedürftigkeit dieser Statuszuschreibung.

Auch wenn der Status der fehl- und stillgeborenen Kinder innerhalb dieser Foren nicht zur Debatte stand, wurde doch die außerhalb des Forums bestehende Aushandlungsbedürftigkeit zum Thema gemacht. Typische Probleme, die genannt werden, sind *unsensible Kommentare* von Mediziner*innen, Verwandten und Bekannten, die den Status des verlorenen Ungeborenen und damit die Trauer entrechteten – man sei ja noch jung, könne sich ›ein neues machen‹, es habe ja noch nicht richtig gelebt, es sei ja schon eine ganze Weile her und mit der Trauer auch mal gut. Neben verletzenden Kommentaren werden *fehlende Unterstützung* und die *soziale Schweigsamkeit* beklagt. Man werde gemieden, nicht mehr zu Festen eingeladen, nie werde nach dem Kind gefragt und damit so getan, als habe es dieses nie gegeben. Zudem sei *fehlende Aufklärung in den Kliniken* ein Problem, z. B. bezüglich der Möglichkeit, statt einer Ausschabung einen natürlichen Abgang abzuwarten, oder darüber, dass Bestattungsrechte bestehen. In der Folge sehen die Betroffenen sich unnötig um die Erfahrung einer ›kleinen Geburt‹ gebracht oder um die Möglichkeit, das eigene Kind zu verabschieden und zu bestatten. Entsprechend gibt es Threads mit Berichten über verpasste Gelegenheiten, die bei besserer Aufklärung in der akuten Situation hätten vermieden werden können.

3.7.2 Selbsthilfegruppen und Initiativen

Ein zweiter institutionalisierter Interaktionszusammenhang innerhalb des Feldes sind im weitesten Sinne Selbsthilfegruppen sowie Selbsthilfe-, Betroffenen- und Elterninitiativen, die sich für mehr gesellschaftliche Aufklärung, Anerkennung und Sichtbarkeit von Schwangerschaftsverlusten sowie für die Unterstützung und den Austausch von Betroffenen einsetzen.⁷⁵ *Selbsthilfegruppen* unterscheiden sich, je nach Größe des Einzugsgebietes, erheblich in ihrer thematischen Spezifität und Arbeitsweise. Neben allgemeinen Trauergruppen gibt es bspw. Gruppen für trauernde Eltern, für um Un- und Neugeborene Trauernde oder für Eltern nach einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation. Im Unterschied zu Selbsthilfegruppen sind mit *Initiativen* solche Gruppierungen gemeint, die sich nicht ausschließlich der Unterstützung ihrer Mitglieder widmen, sondern auch außenorientiert agieren und sich z. B. für öffentliche Aufklärung

⁷⁵ Zentrale Überlegungen und einzelne Formulierungen dieses Abschnittes finden sich bereits in Böcker (2016, S. 324f.; 2022).

und Enttabuisierung einsetzen.⁷⁶ Es handelt sich um Initiativen, Zusammenschlüsse und Vereine von häufig selbst Betroffenen, deren persönliche Verlust- erfahrung Ausgangspunkt ihres gesellschaftlichen Engagements ist. Das eigene Engagement wiederum kann nicht nur Sinn stiften, sondern auch helfen, den Verlust zu bewältigen. Im Folgenden stelle ich mehrere Initiativen vor, um die historische und jüngste Entwicklung der Anerkennungsbewegung sowie für sie typische Initiativen zu skizzieren.

Als erste Selbsthilfe-Initiative, die sich mit dem Thema Kindstod befasste, wurde 1983 die Initiative Regenbogen von den selbst betroffenen Frauen Barbara Künzer-Riebel und Regine Schreier gegründet, um »Eltern, die ein Kind vor, während oder nach der Geburt verloren haben, Beistand zu gewähren, das heißt Gespräche – einzeln oder in Gruppen – anzubieten, Kontaktadressen zu vermitteln und Informationen weiterzugeben« (Lutz & Künzer-Riebel 1989, S. 96). Die Initiative schloss sich 1987 mit der Selbsthilfegruppe Glücklose Schwangerschaft zusammen und agiert seitdem unter dem Namen »Initiative REGENBOGEN – Glücklose Schwangerschaft e. V.« überregional. Ein Anliegen war und ist, im Sinne der klassischen Selbsthilfeidee, lokale Gesprächskreise zu etablieren, die betroffene Eltern nach einer Fehl- oder Totgeburt aufsuchen können, um mit »Gleichbetroffenen« (ebd.) über das Erlebte zu sprechen. Gleichzeitig setzte die Initiative sich für die Verbesserung der Situation in Krankenhäusern sowie bereits 1988 für eine Änderung der Personenstandsverordnung und für ein generelles Recht auf Bestattung ein. Die Initiative unterstützt auch heute noch betroffene Eltern sowie »indirekt betroffene Helfer wie medizinisches Fachpersonal, Seelsorger, Trauerbegleiter und Bestatter [...] in Form von Broschüren, telefonischer Beratung und Fortbildungen« (Initiative Regenbogen o. J. a).

Eine weitere überregionale Initiative, auf die ich schnell aufmerksam wurde, war die Petition Sternenkinder des Ehepaars Martin zur Gesetzesänderung des PStV. Barbara und Mario Martin können als »Schlüsselfiguren« (Leistner 2016, S. 245) einer Anerkennungsbewegung für mehr öffentliche Aufmerksamkeit und konkrete Veränderungen für Sterneltern gelten. Den Weg von den eigenen Verlusterfahrungen 2007 und 2008 über eine Unterschriftenaktion seit 2009 und die damit verbundene Öffentlichkeitsarbeit bis zur Verabschiedung der Gesetzesänderung im Januar 2013 und darüber hinaus haben die Martins auf ihrer Homepage detailliert dokumentiert (vgl. Jltfpw o.J.). Die Gesetzesänderung bewirkte die Einführung des seit den 1980er Jahren von der Initiative Regenbogen geforderten Bestattungsrechtes. Über ihre Beweggründe und den Verlauf der Petition schrieben die Martins ein Buch, das inzwischen vergriffen ist (Martin &

76 Es gibt keine trennscharfe Abgrenzung. Für eine umfassende Übersicht verschiedener Selbsthilfeform-Typologien siehe Barth (2005). Professionelle Institutionen und gemeinnützige Vereine ohne eigene Betroffenheit (z.B. kirchliche Seelsorge, psychologische Dienste) werden hier nicht berücksichtigt. Auch die Abgrenzung zwischen Selbsthilfe-gruppe und Online-Forum ist unscharf, da beide vergleichbare soziale Funktionen erfüllen.

Martin 2014). Auf ihrer Homepage machten sie zuletzt im Dezember 2019 auf die »illegale Obduktion« eines ihrer Sternenkinder aufmerksam; auf ihrem Instagram-Profil posten sie regelmäßig Beiträge und verweisen auf ihre zweite Website »Sternenkinderhimmel« (Sternenkinderhimmel o. J.). Auf dieser können Personen für ihre Sternenkinder einen »virtuellen Stern« erstellen und Namen, Daten, Fotos und einen Gedenkspruch oder Text eingeben – es finden sich Tausende von Eintragungen.

Wenige Projekte professionalisieren sich im selben Maße wie die Initiative Regenbogen oder die Initiative Petition Sternenkinder. Die meisten existieren, solange ihre Initiator*innen und Mitglieder sich mit dem eigenen Verlust auseinandersetzen wollen. Die Seltenheit (der Totgeburten) und die kommunikative Privatheit (vor allem früher Fehlgeburten) tragen dazu bei, dass das Ereignis zunächst als Einzelschicksal erfahren wird. Letztlich bedarf es »immer noch« des Engagements für Aufklärung und Unterstützung, weil Einzelne aufgrund der unerwarteten Betroffenheit »immer neu« auf allgemeines Unverständnis stoßen und in eine Gemeinschaft von Betroffenen hineinsozialisiert werden.

Exemplarisch für solche Initiativen sei das 2014 von drei betroffenen Frauen in Berlin ins Leben gerufene Projekt Regenbogenbrücke – Regsamkeit für die Sinne & Trauerarbeit für verwaiste Eltern genannt.⁷⁷ Im Rahmen des Programms für 2015 wurden drei Arten aktiver Trauerarbeit angeboten: Austausch unter Betroffenen, individuelle Körpererfahrungen und -therapien wie Shiatsu oder Yoga sowie kreative Ausdrucksformen und Erinnerungsarbeit. Letzteres meint bspw. das gemeinsame Basteln einer »Schatzkiste«, in der Erinnerungsstücke wie Ultraschallbilder, Fußabdrücke oder Kuschtiere aufbewahrt werden können. Es geht um ein gemeinsames, kreatives Handeln, das auch von den befragten Bestatterinnen als heilsam erachtet wird. Diese ermuntern deshalb etwa dazu, den Kindersarg mit Familie und Freund*innen zu gestalten und zu schmücken (vgl. 7.4). An einem Selbsthilfetreffen der Initiative durfte ich teilnehmen. Einige Wochen nach diesem Treffen luden die Organisatorinnen über ihren E-Mail-Verteiler offen dazu ein, die Programmgestaltung für das folgende Jahr zu übernehmen und damit das Projekt weiterzuführen. Ende des Jahres teilten sie dann mit, dass sich niemand gefunden habe, erklärten das Projekt für beendet und bedankten sich bei allen Unterstützenden. Die Regenbogenbrücke steht hier exemplarisch für die Organisation und Laufzeit kleinerer, ehrenamtlich von Betroffenen angestoßener Initiativen, die ein Angebot zur Verbesserung der Situation für andere schaffen und sich dadurch auch dem eigenen Verlust widmen.

Eine vierte Initiative, auf die ich früh aufmerksam wurde, ist schließlich die 2009 von Kathrin Fezer Schadt gegründete Elterninitiative Erste Hilfe Köfferchen Berlin, die »Sterneneltern und Problemschwangerschaften« begleitet (Köfferchen o. J.). Die Initiative, ihr Name legt es bereits nahe, richtet einen

77 Die Reminiszenz an die Initiative Regenbogen ist unverkennbar.

Fokus auf medizinisch »komplexe Schwangerschaften« (Peter & Feith 2020) und die Situation in den Kliniken. Sie stellt Informationen zur Verfügung und Kontakte her, z. B. zu Kliniken, Hebammen, Rückbildungskursen für Sternemütter, zu anderen Sterneltern, Trauergruppen, Selbsthilfegruppen und Vereinen. Die Initiative organisierte u. a. die Feierlichkeiten am Weltgedenktag der Sternenkinder, die ich teilnehmend beobachtete. Dazu gehörten ein Bastelcafé für Eltern, eine liebevoll gestaltete Trauerfeier und ein gemeinsamer Laternenlauf zu einem Sternenkindergrabfeld. Fezer Schadt, die Initiatorin des Erste Hilfe Köfferchen, ist Autorin und hat nach ihrem eigenen Verlust einen Roman (Schadt 2014) und mehrere Fachbücher zum Thema problematischer Schwangerschaften (mit)veröffentlicht (Guido et al. 2015; Fezer Schadt & Erhardt-Seidl 2018). Fezer Schadt empfahl mir Ansprechpersonen im Bereich der Palliativversorgung (wie den Ärztlichen Leiter des Palliativteams Neonatologie der Charité Lars Garten) und Bestattung, von denen mir die meisten bereits bekannt waren. Der Kreis engagierter und professioneller Akteur*innen stellte sich als überschaubar heraus.

Ich komme noch einmal auf den Weltgedenktag der Sternenkinder zurück, um zu zeigen, dass auch der Friedhof ein wichtiger Ort ist, an dem sich Betroffene begegnen und auf den sich Initiativen richten. Die von mir besuchten Veranstaltungen fanden in der Kapelle des Alten St.-Matthäus-Kirchhofs in Berlin-Schöneberg statt. Auf dem dortigen Friedhof gibt es den Garten der Sternenkinder, ein aufwendig gestaltetes Sternenkindergrabfeld.⁷⁸ An diesem und vergleichbaren Grabfeldern, d. h. gesonderten Arealen für Sternenkinder auf Friedhöfen, konnte ich einerseits Trauer-, aber auch Vergemeinschaftungspraktiken beobachten, andererseits fand ich in der Grabgestaltung eine spezifische Trauer um Stillgeborene materiell manifestiert. Der innerfamiliäre Stellenwert des Kindsverlusts während oder kurz nach der Schwangerschaft erlangt auf Friedhöfen einen dauerhaften und öffentlich sichtbaren Ausdruck (vgl. 7.5). Auch deshalb sind Grabfelder für Sternenkinder häufig Gegenstand lokaler Initiativen, die sich dafür einsetzen, dass ein solches geschaffen oder künstlerisch gestaltet wird.⁷⁹

Die vorgestellten Initiativen stehen exemplarisch für eine breitere zivilgesellschaftliche Bewegung zur Anerkennung und Unterstützung von Sterneltern. Mit Online-Foren und Initiativen sind zwei soziale Räume beschrieben, in denen sich Akteur*innen der Bewegung austauschen, vernetzen und vergemeinschaften. Der Pionier*innen-Verein Initiative Regenbogen existiert seit 30 Jahren, ist bundesweit und in der Schweiz aktiv, die Initiative Sternenkinder hat eine voraussichtlich dauerhafte Gesetzesänderung bewirkt, nach deren

78 Daneben gibt es weitere besondere Grabfelder, etwa eine Grabstätte für an AIDS Verstorbene. Der Friedhof steht für eine progressive Bestattungskultur, die auch denjenigen einen letzten Ruheort gewährt, die gesellschaftlich marginalisiert und traditionell von der christlichen Bestattung ausgeschlossen waren.

79 Für einen Überblick über Gräberfelder siehe Initiative Regenbogen (Regenbogen o. J. b).

Modell auch in Österreich und der Schweiz vergleichbare Regelungen veranlasst worden sind. Die vergleichsweise kleinen Initiativen Regenbogenbrücke und Erste Hilfe Köfferchen stehen hingegen exemplarisch für die vielen, oft lokalen Projekte von Betroffenen für Betroffene im Rahmen der Gesamtbewegung, deren Engagement lokal verankert und oft durch persönliche (Verlust-)Erfahrungen motiviert ist. Die am eigenen Leib erfahrenen Probleme und sozialen Leerstellen initiieren ein ehrenamtliches Engagement, das wiederum eine Möglichkeit bietet, sich produktiv mit dem eigenen Verlust auseinanderzusetzen. Fezer Schadt erlebte eine palliative Geburt und rief mit dem Erste Hilfe Köfferchen eine Initiative ins Leben, die mitunter medizinische Aufklärung, klinische Versorgung und Möglichkeiten der Bestattung im Blick hat. Eine der Initiatorinnen der Regenbogenbrücke berichtete von der Wut auf ihren ›unfähigen‹ Körper nach ihrer Fehlgeburt und der Unmöglichkeit, ihren Körper zu schätzen – weshalb eine besondere Nische der Initiative die individuelle Körperarbeit und Praxisworkshops sind. In dieser Verwobenheit von persönlicher Erfahrung und Engagement entstehen (und enden) seit Jahren viele kleinere und größere Initiativen, die sich für rechtliche, klinische, soziale, körperliche und praktische Unterstützung Betroffener einsetzen.

3.7.3 Private Gegennarrative

Einen Kontrast zu den gemeinschaftlichen Trauerformen und Verlustdiskursen bilden Erzählungen, die den Verlust privat behandeln. In den oben beschriebenen sozialen Räumen kommen Betroffene und Trauernde in Kontakt; es gibt Formen der Gemeinschaft, Kommunikationsnormen und geteilte Diskurse. Dabei steht meist außer Frage, *dass es um Kindsverluste geht* und dass diese Realität im Gegensatz zum Mainstream der Gesellschaft von anderen Mitgliedern der Community anerkannt und geteilt wird.

Mit diesem Feldverständnis, d. h. mit entsprechender Haltung und Rhetorik, suchte ich nach Interviewpartner*innen – und stieß damit auch auf Widerstände. Ein illustratives Beispiel, das ich schon angeführt habe, ist der Intervieweinstieg mit Nicole, die jegliche emotionsgeladenen Zuschreibungen von betrauernswerten Stillgeborenen ablehnt (3.1). Eine weitere Irritation war, dass sich eine Person, die sich über einen Freund zu einem Interview bereiterklärt hatte, nach einer ausführlichen E-Mail von mir nicht mehr meldete. Inzwischen gehe ich davon aus, dass die Art meiner Anfrage – nach dem Verlust des ungeborenen Kindes zu fragen und von starker Betroffenheit auszugehen – bei ihr auf Ablehnung stieß. Auch in den anderen narrativen Interviews grenzten sich die Befragten von Anliegen und Rhetorik der Anerkennungsbewegung ab. Statt öffentlich sichtbaren und gemeinschaftlichen Formen der Trauer wurden individuelle und familiäre Umgangsweisen betont. Der Verlust wurde somit eher

als etwas Persönliches oder zumindest Privates behandelt.⁸⁰ Das Engagement für Anerkennung der Verlusterfahrung, für soziale Unterstützung und Sichtbarkeit, für die Veränderung klinischer Routinen und Aufklärung ist also ein spezifisches Feld aktiver – sich als solche verstehender – *Sterneneltern*. Diesem Bereich fühlen sich nicht alle Betroffenen zugehörig; allein aufgrund der gemachten Verlusterfahrung besteht also keine Zugehörigkeit zu einer Erfahrungs- und Leidensgemeinschaft.

Zum innerhalb der Anerkennungsbewegung dominanten Diskurs einer fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung von Sternenelternschaft offenbarten die narrativen Interviews einen Kontrast. Betroffene erlebten und interpretierten Fehl- und Stillgeburten nicht unbedingt als Kindsverluste, nicht einmal unbedingt als Verlust im weitesten Sinne. Gleichzeitig – und das ist ein allgemeines Ergebnis – stehen neben dem Vokabular von Geburt und Kindstod keine sprachlichen Alternativen zur Verfügung, um vom körperlichen Stillgeburtserleben zu erzählen. Auch diejenigen, die das Fehl- oder Stillgebären nicht als Geburt eines (eigenen) Kindes fassten, sondern z. B. als verspätete Menstruation (5.3.1), als Operation (6.2.2), als Widerfahrnis (6.3.2) oder als Begegnung mit einem vorweltlichen Kind (6.2.1), griffen auf Vokabular aus dem Geburtsbereich zurück, um ihre Erfahrungen zu beschreiben. Das erlebte Geschehen wurde mit der Normalerfahrung einer Geburt abgeglichen, weil schlicht keine anderen, passenden Alternativen zur Beschreibung existieren. Die Beforschten verwiesen auf Formen des ›Dazwischen‹, verwendeten Versionen (»rausgeben«, »abgehen«, »rausgehen«) oder nutzten Vergleiche, die dem Bezeichneten ähneln, es aber nicht sind (»wie Wehen«; »wehenartige Schmerzen«, »Miniwehenschmerzen«; »wie ein *Kind*, also wie halt ein Babykind, ne, wie ein Minikind«). Alternativ ließen sie das Eigentliche unbestimmt (»das war wirklich (.)«; »das emotionale Ganze«). Diese Beschreibungsweisen der Erfahrung jenseits einer Geburt verweisen auf ein Dilemma der sprachlichen Mittelbarkeit. Es scheint nur zwei Pole zu geben: die Rede von ›Geburt‹, die Elternschaft impliziert, einerseits und andererseits deren Verneinung, die mit der Unmöglichkeit einhergeht, adäquat zu erzählen. Daneben stehen keine etablierten Formen der Versprachlichung zur Verfügung. Der gemeinsame Nenner von Erfahrungen jenseits der Geburt ist deshalb nur negativ bestimmt: Es war *keine* Geburt.

Während sich, so lässt sich zusammenfassen, in den Online-Foren und Initiativen Personen zusammenschließen, die sich als verwaiste Eltern bzw. Sterneneltern verstehen, bringen die Einzelinterviews Erfahrungsweisen jenseits des Elterndiskurses zum Vorschein. Während dieser (Sternen-)Elterndiskurs

80 Wie beschrieben erhielt ich über Snowball-Sampling, also über persönliche Beziehungen, Kontakt zu den Interviewten. Auch deshalb sind sie alle, bis auf Jan, einem akademischen Milieu zuzuordnen. Es besteht zwischen der Bereitschaft für ein narratives Interview, ›erfolgreicher Verlustbewältigung‹ und der sozialen Schicht sicherlich ein Zusammenhang, den ich auf Basis meiner Daten nicht aufklären kann.

offensichtlich das Potenzial zur Vergemeinschaftung birgt, bleiben die einzelnen ›denatalen‹ *Verlusterfahrungen* schwer zu beschreibende Privatsache. Die Ergebnisdarstellung – das Modell der Konstitution des Kindsverlusts – entspricht vor diesem Hintergrund folgender Logik: Ich zeige, wie an Erfahrungen und Diskurse von Kindsgeburt und (Sternen-)Elternschaft angeschlossen wird – wo zugleich andere Personen unter vergleichbaren Bedingungen gerade nicht daran anschließen. Anders gesagt, ich entfalte die notwendigen, nicht aber determinierenden, Bedingungen für die Erfahrung von Fehl- und Stillgeburt als (Sternen-)Kindsverlust.

Kapitel 4

Die Körperdeutungen der Schwangeren

Für die im vorigen Unterkapitel skizzierten Initiativen sind medizinische Aufklärung sowie Klinikroutinen zentrale Handlungsfelder des Engagements. Auch zeigte sich in allen Interviews die Relevanz des medizinischen Kontexts, in dem sich die Betroffenen vor, während und/oder nach dem Verlust befanden. In diesem Kapitel werden fünf Fälle vorgestellt, die ich durch narrative Interviews erhoben habe. Die Falleinführungen geben einen Überblick über die biografischen Kontexte und medizinischen Ausgangslagen, in denen es zu einer Schwangerschaft kommt. Im Fokus stehen die *Körperdeutungen* der damals schwangeren Forschungssubjekte vor dem Verlust. Die Fälle werden dabei hinsichtlich des Verhältnisses typologisiert, in das die Betroffenen sich gegenüber medizinisch-ärztlichen Strukturen und Deutungen setzten bzw. gesetzt sahen. Nach einer Einführung zur generellen Anforderung an Schwangere, den eigenen Körper zu deuten (4.1), werden drei Modi herausgearbeitet: ein heteronomer Modus (4.2), ein normorientierter Modus (4.3) und ein autonomer Modus (4.4). Es werden anschließend die Typen der Körperdeutung hinsichtlich der Funktion medizinisch-ärztlicher Fremddeutungen für das eigene Handeln miteinander verglichen und typische Krisenpotenziale der jeweiligen Modi aufgezeigt (4.5).

4.1 Körperdeutungsanforderung während der medikalierten Schwangerschaft

Im Zuge der Auswertung zeigte sich, dass die Erfahrungsweisen von Fehl- bzw. Stillgeburt in den Kontext einer umfassenden Medikalisierung von Schwangerschaft und Reproduktion (vgl. Niekrenz 2017; Duden 1991; Kolip 2000) einzuordnen sind. »Das Konzept der Medikalisierung bezeichnet einen Prozess, durch den ein bestimmtes, zuvor nicht als medizinisch begriffenes Problem oder Phänomen in den Bereich medizinischer Zuständigkeit einbezogen und dementsprechend in Termini von Krankheit, Störung, Auffälligkeit oder des Krankheitsrisikos definiert und damit als medizinisch behandelbar und gesundheitspolitisch adressierbar betrachtet wird« (Viehöver & Lehmann 2017, S. 47). In diesem Sinne sind Schwangerschaft und Geburt – vormals vielleicht als natürliche, weibliche, heilige oder anders gefasste Prozesse – heute medizinische Angelegenheiten. Die empirische Evidenz dieser vielfach konstatierten und kritisierten Entwicklung zeigte sich bspw., als die Interviewpartnerin Sara,

die noch ohne ärztliche Bestätigung der Schwangerschaft und zuhause eine vollständige Fehlgeburt erlitten hatte, ihre Erfahrung nahezu ausschließlich anhand medizinischer Termini beschrieb.⁸¹ Ohne dass ich darauf fokussierte, zeigte sich in allen Interviews und Gesprächen eine implizite oder explizite Auseinandersetzung mit medizinischem und ärztlichem Wissen, wie dem über den Normalverlauf der Schwangerschaft, zu erwartenden embryonalen und fötalen Entwicklungsstadien oder Risikofaktoren (Alter, Vorerkrankungen, Stress etc.).⁸²

Diese Rahmung führt den grundsätzlich ungewissen Ausgang jeder Schwangerschaft vor Augen sowie die angesichts einer Medikalisierung von Schwangerschaft bestehende Anforderung an das schwangere Subjekt, den eigenen (und fötalen) Körper wahrzunehmen, zu beobachten, zu deuten und zu »managen« (*Körperdeutungsanforderung*). Die Wahrnehmung körperlicher Erscheinungen wird dabei von Beginn an auch auf das Ungeborene und dessen Zustand bezogen, das eigene Verhalten »durch Selbstführungstechniken im Namen des kommenden Kindes geprägt« (Sänger et al. 2013, S. 56). Um die latente Ungewissheit des körperlichen Entwicklungsprozesses und bekannte Risiken zu reduzieren, entwickeln Frauen und Ärzt*innen Strategien der Körper- und Risikokontrolle. Körperliche Erscheinungen werden vor dem Deutungshorizont einer normal verlaufenden Schwangerschaft interpretiert und eingeordnet. Risikofaktoren transformieren dann den Status von Normal- zur Risikopatientin bzw. von der Normal- zur Risikoschwangerschaft. Neben dem eigenen Körper wird bald auch das Ungeborene als Anderes, etwas mit eigenem Körper, gedeutet. Das medizinische System stellt dafür definitionsmächtiges Wissen über den eigenen (und den fötalen) Körper zur Verfügung, das Betroffene nicht ignorieren können und zu dem sie sich verhalten müssen, dem sie aber auch eigene Deutungen entgegensetzen können.

In diesem Kapitel werden Modi, den eigenen (schwangeren) Körper zu deuten, dargestellt, die die Verlusterfahrung mitkonstituieren. Die Modi bestehen unabhängig vom Verlustobjekt – es geht in diesem Kapitel also noch nicht um das (ungeborene) Kind. Vielmehr wird verstehbar, wie und wie unterschiedlich die Befragten sich erleben und ihren Körper deuten, der im Zuge einer Schwangerschaft medizinisch überwacht wird, und welche Handlungsorientierungen das jeweils mit sich bringt. Aufgezeigt wird dabei u. a., wie die Interviewten mit der latenten Unsicherheit während der Schwangerschaft umgehen, d. h. wie sie – unter Normalbedingungen sowie in krisenhaften

81 Diese waren ihr vermutlich aus ihren vier vorigen Schwangerschaften bekannt.

82 Hebammen werden im Folgenden als medizinische Expert*innen begriffen, weil sich diese Rollenzuschreibung im Material gezeigt hat. Zugleich kommt ihnen ein Sonderstatus zu, da sie mitunter Gegenexpertinnen sind, die dem medizinischen System und ihren Fremddeutungsweisen gegenüber kritisch sind, alternatives Körperwissen vermitteln und/oder zwischen der Medizin und der Erfahrungswelt der Gebärenden vermitteln.

Situationen – Ungewissheiten aufrufen, bearbeiten und reduzieren. Die Typologie der Körperdeutungsweisen hilft dabei, Varianzen der Krisenhaftigkeit zu erklären, die sich aus dem Modus der Körperdeutung und den mehr oder weniger objektiven Bedingungen des Verlusts ergeben. Am Ende dieses Kapitels komme ich auf die Krisenpotenziale der einzelnen Modi und ihre Bedeutung für die Verlusterfahrungen zurück.

Die Typen der Körperdeutung wurden anhand der Erzählungen der Schwangerschaft und der ersten Anzeichen einer Fehl- bzw. Stillgeburt entwickelt und basieren auf variierenden Bezugnahmen der Befragten auf Fremddeutungen ihres Körpers. Die Ausgangsannahme ist, dass jede Betroffene leiblich wahrnimmt und ein subjektives Körpererleben hat und damit auch über Selbstdeutungen verfügt. Rekonstruiert wird nun exemplarisch, wie sich Betroffene retrospektiv auf Fremddeutungen, z. B. medizinisches oder ärztliches Körperwissen⁸³, beziehen, d. h. von ihm abgrenzen, es übernehmen, relativieren usw., und wie sie dieses Wissen von außen zu ihren eigenen Körperdeutungen in Bezug setzen, womit sich eine subjektive Körperdeutung bildet. Die jeweils gebildete Körperdeutung besteht also aus einem bestimmten Selbst-Fremd-Deutungsverhältnis.

Für die Darstellung der Modi ziehe ich jene anfänglichen Interviewpassagen heran, in denen die Interviewten zunächst vom Planen oder Entdecken der Schwangerschaft erzählen, bis sie auf die Fehl- bzw. Stillgeburt zu sprechen kommen. Momente der Abweichung vom angenommenen Schwangerschaftsnormalverlauf zeigten sich, in verschiedenen Ausprägungen, in jedem Interview. Immer kamen Anzeichen zur Sprache, die vor dem Hintergrund eines unterstellten In-einer-Schwangerschaft-Normalseins als nicht-normal und daher bearbeitungsbedürftig problematisiert wurden. Aus diesem Grund werden je Fall zunächst die Kontextualisierung der Schwangerschaft und darauf aufbauend die Abweichung vom Normalverlauf sowie damit verbundene Normalisierungsstrategien dargestellt. Gleichzeitig werden damit die für die Theoriebildung wichtigsten biografischen Fälle eingeführt. Auch wenn die Subjekte recht stabil in einem Modus der Körperdeutung agieren, realisiert eine Person nicht immer und ausschließlich eine spezifische Relation von Selbst- und Fremddeutung, der Modus ist also keine Eigenschaft. Wechsel zwischen den Modi innerhalb eines biografischen Verlaufs sind möglich, wie ich anhand der letzten Fallbeschreibung zeige (vgl. 4.4.2).

Es werden drei Modi der Körperdeutung herausgearbeitet, die sich je nach der Handlungsrelevanz und nach den Funktionen unterscheiden, die

83 Mit *Körperwissen* ist hier schlicht Wissen über den menschlichen Körper bzw. »Wissen vom Körper« (Hirschauer 2008, S. 974) gemeint, im vorliegenden Zusammenhang also jedes Wissen, das den schwangeren weiblichen oder den fötalen Körper zum Gegenstand hat. Zu anderen Formen des Körperwissens im Sinne von Wissen *des* Körpers siehe Keller und Meuser (2011).

Fremddeutungen für die Deutung und Behandlung des eigenen Körpers haben: heteronome Körperdeutung (4.2), normorientierte Körperdeutung (4.3) und autonome Körperdeutung (4.4). Idealtypisch gedacht, gibt es zwei Pole: die totale Dominanz der Fremddeutung für die Deutung des eigenen Körpers auf der einen Seite (heteronom) und eine allein aus leiblichem Erleben generierte Selbstdeutung als Handlungsprimat auf der anderen Seite (autonom). Bei der Deutung des eigenen Körpers im *heteronomen Modus* dominiert also die Fremddeutung, vor allem die medizinisch-ärztliche. Selbstdeutungen kommen entweder nicht vor oder sind nicht handlungsbestimmend. Im Kontrasttyp des *autonomen Körperdeutungsmodus* ist hingegen die Selbstdeutung handlungsbestimmend. Hier werden Fremddeutungen abgelehnt oder selektiv herangezogen, sind aber kein Handlungsprimat. Ein Zwischentyp ist die Körperdeutung im *normorientierten Modus*, in dem sowohl Fremd- als auch Selbstdeutungen Deutungs- und Handlungsrelevanz haben, wobei die Fremddeutung die Orientierung des Handelns vorgibt (vgl. Tab. 2, S. 141).

4.2 Heteronome Körperdeutung

Im heteronomen Modus wird der eigene Körper in medizinischen Begriffen und entlang ärztlicher Diagnosen gedeutet und behandelt. Es werden keine Gefühle und leiblich generierten Körperdeutungen erwähnt oder diesen werden weder Verbindlichkeit noch Handlungsrelevanz zugeschrieben.⁸⁴ Im Folgenden werden zwei Fälle, Nicole und Sara, vorgestellt, die ihren Körper dominant im heteronomen Modus deuten und behandeln. Trotz fallspezifischer Unterschiede fungieren Fremddeutungen in beiden Fällen als Erklärungen und Handlungsanweisungen. Krisen können sich entsprechend dann ergeben, wenn es keine eindeutigen Erklärungen oder Handlungsanweisungen gibt oder diese in starke Diskrepanz zu den Selbstdeutungen geraten.

4.2.1 Dominanz medizinisch-ärztlicher Deutungen (Fall Nicole)

Im Folgenden wird exemplarisch für den heteronomen Modus des Körperdeutens der Fall Nicole vorgestellt, den ich bereits in 3.1 erwähne. Nicole beschreibt ihren eigenen Körper mit medizinischen Kategorien. Es scheint eine

84 Interviewten, die auf diese Art Bezug nahmen, wird kein Mangel an Körpergefühl oder Emotionen unterstellt. Parasprachliche Äußerungen wie seufzen, schlucken, weinen und hörbares Ein- und Ausatmen wurden bei der Auswertung berücksichtigt. Sie zeugen von verkörperten Aspekten der Erfahrung, die oft mit sprachlichen Strategien der emotionalen Distanzierung – wie Versachlichung, Indexikalität und zeitlicher Abgeschlossenheit – einhergingen.

absolute Dominanz medizinischer Deutungen zu bestehen, die ohne Abgrenzung für die eigene Körperdeutung übernommen werden. In diesem Fall entspricht die Körperdeutung, der subjektive Wissensstand zum eigenen Körper, dem offiziellen (medizinischen) Wissen. Entsprechend bedeutet medizinisches Nichtwissen eine subjektive Wissenslücke. Schon in der anfänglichen Kontextualisierung ihrer Erzählung zeigt sich Nicoles Vorstellung von Schwangerschaft als medizinischer Entität, die für sich stehen und behandelt werden kann. Das subjektive Erleben hingegen wird nicht thematisiert.

Nicole: Kontextualisierung der Schwangerschaft

Nicole ist verheiratet, gelernte Hebamme, arbeitet nicht mehr in ihrem Beruf⁸⁵ und studiert zum Zeitpunkt des Interviews Kulturwissenschaft. Zwei Jahre vor dem Interview ist ihre frühgeborene Tochter, deretwegen wir das Interview vereinbart haben, nach acht Tagen auf der Intensivstation verstorben. Nach einem längeren Vorgespräch (siehe 3.1) gibt die Interviewerin folgenden Erzählstimulus:

Ja. Und ähm genau da/da wollte ich Dich fragen, ob Du vielleicht ähm anfangen magst (.) mit der Schwangerschaft? Also vielleicht einfach zu erzählen, wie //Hm.// die verlaufen ist. (F, Z. 54–56)

In ihrer Antwort rahmt Nicole die ungeplante Schwangerschaft zunächst als Anlass für eine partnerschaftliche Aushandlung: »Ich war mit meinem jetzigen Mann erst ganz frisch zusammen«. Dabei wird eine ›Wir-Geschichte des Paares‹ generiert, das zu dem gemeinsamen Schluss kommt, dass beide die Schwangerschaft (›es‹) »gut finden«. Anschließend wechselt Nicole vom erzählerischen Wir zum Ich und stellt die konkrete Schwangerschaft in den Kontext, bereits Mutter zu sein, und deshalb »nichts Neues« zu erleben:

Also ich hab' halt schon 'nen großen Sohn, der ist ähm der ist schon elf //Okay.// und es ist, also es ist nichts Neues für mich 'n Kind zu bekommen und ähm ich hab' dann diese Schwangerschaft halt so behandelt, wie/wie man normal halt Schwangerschaften behandelt, ne? Man geht halt weiter so seinem Tagwerk nach, {atmet ein} und geht zu seinen Vorsorgeuntersuchungen und es war halt auch immer alles in Ordnung und ich hab' halt auch so gedacht: 'Na, warum/warum sollte irgendwas nicht in Ordnung sein? {schluckt} Es ist ja alles gut.« (F, Z. 62–66)

85 Die berufliche Neuausrichtung liegt zeitlich vor der Verlusterfahrung, hat also nichts mit ihr zu tun. Nicole erzählt, dass sie nach der Entbindung in der Klinik ihre »ehemaligen Kollegen« und ihre »ehemalige Chefin« trifft.

Mit der Schwangerschaft verbindet Nicole keine wesentliche Veränderung und kein besonderes Erleben. Sie *ist* nicht schwanger, sondern hat »diese *Schwangerschaft* halt so behandelt, wie [...] man normal halt Schwangerschaften *behandelt*, ne? Man geht halt weiter so seinem Tagwerk nach« (eig. Herv.). Die Verwendung des medizinisch-klinischen Begriffs der ›Behandlung‹ impliziert eine Distanzierung von der und Objektivierung der Schwangerschaft, auf die dadurch als Entität zugegriffen werden kann. Die Schwangerschaft erscheint hier als etwas Abgeschlossenes, Äußerliches und Abtrennbares. Auch als Schwangere behandelt Nicole sie – wie in ihrem ehemaligen Berufskontext als Hebamme – professionell-routiniert. Statt einer außergewöhnlichen Zeit betont sie ihre Routine (»Tagwerk«) und dadurch ihre Ansicht, Schwangerschaften seien »normal«. Ihr Normalitätsbegriff verweist hier einerseits auf das natürliche, anthropologische Vorkommen von Schwangerschaften, im Zusammenhang mit den erwähnten »Vorsorgeuntersuchungen« andererseits auf die Routine, Schwangerschaften medizinisch zu prozessieren. Diese Routine zur Kontrolle des Normalverlaufs nimmt Nicole unhinterfragt in Anspruch. Am Ende der zitierten Passage deutet sich bereits die Abweichung vom Normalverlauf an: Die Annahme, es sei »immer alles in Ordnung« bzw. es sei »ja alles gut«, wird als Kontrastfolie aufgespannt.

Nicole: Abweichung vom Normalverlauf

Die Störung der Normalität im Schwangerschaftserleben zeigt sich für Nicole anhand einer ungewöhnlichen körperlichen »Symptomatik«. Wieder verwendet sie einen medizinischen Terminus und beschreibt nicht etwa ein Gefühl:

Und hab' aber schon gemerkt irgendwie, dass ich, dass ich ungewöhnlich (.) ungewöhnliche Symptome hatte, also so Muskelsymptome: Dass ich irgendwie schwer laufen konnte und {atmet ein} und hab' mir aber nicht weiter was bei gedacht, hab' das meinen Ärzten immer erzählt und die haben mich dann zu Hinz und Kunz geschickt. Irgendwie zu 'nem, zu 'nem Venenarzt, dass da jemand untersucht, ob/ob mit den Venen alles in Ordnung ist und lauter so (.) schwangerschaftsbezogene (.) äh Symptomatik wurde/wurde eben untersucht (.) {schluckt}. (F, Z. 66–71)

Die Beobachtung der Symptome kommuniziert Nicole »immer« an ihre Ärzte. Hier erscheint die Informationsweitergabe als Pflicht der Schwangeren (»hab' das [...] immer erzählt«, so wie es sich gehört). Sie selbst denkt sich »nicht weiter was bei«. Dieses Ruhig-Bleiben, eine Normalisierungsstrategie, erklärt auch, warum Nicole keine weiteren Maßnahmen ergreift, als den Ärzt*innen von ihren Symptomen zu berichten. Mit der Mitteilung wird die Verantwortung an die Ärzt*innen abgegeben. Die Fachärzt*innen, zu denen Nicole geschickt wird, untersuchen sie dann im Hinblick auf die Schwangerschaft

(»schwangerschaftsbezogene Symptomatik«). Nicht sie selbst, sondern die Schwangerschaft steht also im Vordergrund der Untersuchungen.

Die Wortwahl (»die haben«; »Hinz und Kunz«) und der Kontext offenbaren, dass Nicole unzufrieden und machtlos ist. Sie wird extern gesteuert (»geschickt«) und nimmt das hin. Auffällig ist dabei, dass sie den Ärzt*innen nicht zum Vorwurf macht, keine Ursache erkannt zu haben. Sie schließt die Sequenz über die ungewöhnliche, ungeklärte Symptomatik so:

Keiner wusste, (.) äh zu dem Zeitpunkt, dass ich ähm 'ne Krankheit hatte, die also gar nichts mit der Schwangerschaft zu tun hatte, sondern die sich schon vorher entwickelt hatte und/und ähm (.) irgendeine Autoimmunstörung, die meine Muskeln angreift und jedenfalls, ich war halt, bin halt immer schwächer geworden und/und wusste nicht so richtig (.) warum und hab' das halt (.) sozusagen ertragen und nicht so richtig gewusst, was mit mir passiert [atmet ein]. (F. Z. 71–75)

»Keiner wusste« um ihre Krankheit, »keiner« der konsultierten Expert*innen und in der Folge auch sie selbst nicht. Angesichts einer seltenen und unerkannten Erkrankung wird hier Nicoles Abhängigkeit von medizinischer Expertise zur Deutung des eigenen Körpers ersichtlich. Die »Autoimmunstörung« wird wie ein feindliches Inneres beschrieben, das zum Zeitpunkt des Erzählens noch immer besteht (»angreift« im Präsens) und noch immer nicht gänzlich bekannt ist (»irgendeine«). Unter Bedingungen des Nicht-Deutbaren erträgt Nicole sowohl ihren körperlichen Zustand als auch die wahrgenommene Verschlechterung (»war halt, bin schwächer geworden«). Der fortschreitende Schwangerschaftsverlauf wird als Prozess des körperlichen Abbauens erlebt; statt eines Kindes entwickelt sich die Krankheit. Diese bestand schon vor der Schwangerschaft; sie ist *da*, wenn auch noch nicht entdeckt. Diagnostiziert wird die Erkrankung erst Monate nach der Entbindung, nachdem Nicole schon nicht mehr laufen kann und im Rollstuhl sitzt.⁸⁶

Nicole normalisiert die Symptome während der Schwangerschaft zum einen, indem sie sie auf diese bezieht. In dieser Logik wird sie ja auch von den Fachärzt*innen untersucht. Zum anderen scheint in der häufigen Verwendung von »halt« ein normalisierender bis optimistischer Fatalismus durch. In der Akzeptanz des auf die Schwangerschaft bezogenen Zustandes – ›ist halt so‹ – beläuft sich ihr Handeln auf die Informationsweitergabe an ihre Ärzt*innen und aufs Aushalten.

Nicole beschreibt einen leibkörperlichen Verfall, dem sie in einer »Verlaufskurve« im Sinne Schützes (1981) passiv und ganzheitlich ausgeliefert ist.⁸⁷ Die

86 Die Autoimmunstörung hat das HELLP-Syndrom mitverursacht, das wiederum zur Frühgeburt führte.

87 »Verlaufskurven sind die soziobiographischen Auswirkungen von sozialstruktureller, lebensmilieuspezifischer, lebensorganisatorischer oder auch biotischer (insbesondere krankheits- und suchtspezifischer) Unordnung im Leben der Klienten, die diese in eigen-dynamische Erlebensprozesse verstrickt. Die Eigendynamik wird gesteuert von der

Formulierung »nicht gewusst, was *mit mir* passiert« (eig. Herv.) könnte auch im Kontext einer Entführung verwendet werden: einer Situation, in der der gesamte Körper fremdbestimmt wird. Nicht Schmerzen sind das, was sie aushalten muss, sondern die umfassende Ungewissheit und die Machtlosigkeit bezüglich des eigenen Körpers. Dennoch – und das ist erstaunlich – artikuliert Nicole keinen (ständigen) Deutungsbedarf.

So erwähnt Nicole bspw. bei der Beschreibung ihres Zustandes keinerlei Deutungskonkurrenzen zwischen den Deutungen Krankheit einerseits und Schwangerschaft andererseits. Naheliegender wäre eine Re-Evaluation der damaligen Diskrepanz zwischen dem leibkörperlichen Erleben und der Erklärung (»für eine Schwangerschaft normal«) sowie der Erklärung selbst (»ich dachte, es sei die Schwangerschaft, dabei war es die Krankheit«; »später wurde mir klar« o. ä.). Angesichts von Nicoles Erzählung könnte sich das Interview auf die Entdeckung der Krankheit bzw. die Diagnosestellung beziehen – nicht auf das Ende der Schwangerschaft oder den Tod ihrer Tochter acht Tage danach. Sie fokussiert die Krankheit auch deshalb, weil sie zum Zeitpunkt des Interviews noch an ihr leidet und diese deshalb – anders als die Schwangerschaft – noch von aktueller Bedeutung ist. Für die vorliegende Fragestellung ist daran interessant, wie vergleichsweise stark die (emotionale) Beschäftigung mit dem Verlust im Hintergrund steht. Insgesamt orientiert sich Nicole an medizinisch-naturwissenschaftlicher Expertise und hinterfragt ihre darauf basierenden Entscheidungen nicht. Zentral wird diese Handlungsorientierung noch einmal in Kapitel 6.2.2 analysiert, wenn thematisiert wird, wie das Paar dem ärztlichen Rat folgt, lebenserhaltende Maßnahmen abzustellen.

4.2.2 Marginalisierung eigener Gefühle (Fall Sara)

Der zweite Fall, der exemplarisch für eine heteronome Körperdeutung herangezogen wird, ist der Saras. Anders als bei Nicole kommen bei Sara durchaus Selbstdeutungen zum Vorschein, denen gegenüber den dominanten Fremddeutungen allerdings ebenfalls keine Handlungsrelevanz zugeschrieben wird. Auch bei Sara dominieren Fremddeutungen die eigenen Gefühle und Selbstdeutungen, die zwar wahrgenommen und relevant werden, aber keine Deutungshoheit erlangen. Im Extremfall dieser Variante heteronomer Körperdeutung werden abweichende Selbstdeutungen ignoriert oder unterdrückt. Fremddeutungen wie medizinisches Wissen definieren den eigenen Körper und körperliche Erscheinungen; an diesen

sequentiell-konditionellen Logik übermächtig bedingender Ereigniskaskaden, welche von den Betroffenen als essentiell fremd erlebt werden und die die eigenständigen Handlungslinien der Betroffenen zusammenbrechen lassen und diesen zunächst nur erlauben, reaktiv-anpassend zu reagieren« (Schütze 2000, S. 64).

fremddefinierten, gesellschaftlich anerkannten Körperdeutungen richtet das erlebende Subjekt sein Handeln aus.

Sara: Kontextualisierung der Schwangerschaft

Sara ist zum Zeitpunkt des Interviews Mitte 30 und in der 9. SSW. Sie studiert Lehramt, ist verheiratet und hat vier Kinder. Der Kontakt zu ihr entstand über einen Kollegen, der Sara aus der Nachbarschaft kennt. Bei einer Veranstaltung im gemeinsamen Kiez kamen sie ins Gespräch über ihre Fehlgeburt in der 6. SSW. Auf seine Nachfrage einige Wochen später erklärt sie sich kurzfristig zu einem Interview bereit. Wir verabreden uns in einem Büroraum einer Universität zu einem von ihr vorgeschlagenen Termin. Sara räumt dem Interview vorab eine Stunde Zeit ein. Das passt auch zu dem begrenzten Raum, den sie dem Thema des Interviews in ihrem Alltag widmet. Im Interview betont sie, dass sie sich noch keine Zeit genommen habe, es »noch nicht geschafft« habe, das Erlebte aufzuarbeiten.

Nach einem kurzen Vorgespräch gebe ich Sara folgenden Erzählimpuls:

Ich würde Dich bitten, vielleicht ahm von Deiner Schwangerschaft zu erzählen, also kannst auch gern 'n bisschen früher einsetzen, wie die verlaufen ist und wie Du dann die (.) Fehlgeburt erlebt hast und die Zeit danach, und Du kannst Dir auch gern (.) Zeit dabei lassen. (G, Z. 12–14)

Sara möchte den Ball zunächst zurückspielen, (»ich glaub ich brauch 'n paar Fragen«), beginnt nach einem gemeinsamen Lachen mit der Interviewerin dann aber zu antworten:

Also (1) wo fangen wir an. (Na ich) mh (1) Ja, also das war meine fünfte Schwangerschaft sozusagen (.) ahm (1) ich hab' schon vier große Kinder, die kleinste war damals (.) knapp anderthalb {atmet ein}. (G, Z. 18–20)

Ähnlich wie Nicole greift Sara sprachlich zunächst die im Stimulus aufgerufene Schwangerschaft als Entität auf und erzählt noch nicht vom leiblichen Schwangersein. Dabei relativiert sie ihre »fünfte Schwangerschaft«, die Schwangerschaft, um die es im Interview geht, mit einem nachgeschobenen »sozusagen«, und markiert damit, dass diese Zählung mit Vorsicht oder Einschränkung zu genießen ist. Etwas an der Schwangerschaft scheint nicht ›richtig‹ zu sein. Sara ordnet die Schwangerschaft, die mit einer Fehlgeburt endete, in die Geschwisterfolge ihrer Kinder ein.⁸⁸ Fehlgeburt und Kindsverlust werden hier

88 Die Aussage »ich hab' schon vier große Kinder« impliziert eine Entschuldigung oder Rechtfertigung. Sara schließt hier an ein Diskurselement im Trauerdiskurs an, nach dem es für

gleichgesetzt. Dass Sara hier implizit von einem Kind ausgeht, zeigt sich auch an der Formulierung, bereits vier »große« Kinder zu haben, wobei das kleinste erst anderthalb Jahre alt ist. ›Groß‹ dient hier als Kontrast zum ungeborenen, nicht entwickelten Kind.

Die Feststellung der Schwangerschaft wird anschließend in einen situativen Kontext gestellt:

Ich hatte ahm ich hatte eigentlich vor, meine Prüfung zu machen {lacht} und wir waren auch grad am Umziehen (und) {atmet ein} habe ich ahm (.) aber festgestellt ahm (.) Ende Februar, dass ich schwanger bin {atmet ein} und hab aber auch schon gemerkt, dass ahm also ich hatte nicht so diese Nebenwirkungen oder so wie das bei den anderen war und hab irgendwie schon nen komisches Gefühl gehabt. (G, Z. 20–24)

Sara verwendet den eher technischen Ausdruck »festgestellt« und der Zeitpunkt der Feststellung wird objektiv datiert. Mit dem ersten leibkörperlichen Bezug (»dass ich schwanger bin«) beendet Sara die Einordnung und beginnt eine erinnernde Erzählung: »und hab aber auch schon gemerkt«. Sara verwendet den pharmazeutischen Begriff ›Nebenwirkungen‹, um Schwangerschaftszeichen wie Übelkeit oder spannende Brüste zu bezeichnen. Sprachlich nah an Krankheit und Behandlung wird die Schwangerschaft somit zur eigentlich erwünschten ›Wirkung‹. Übelkeit gilt lebensweltlich als ein ›gutes Zeichen‹,⁸⁹ das Ausbleiben solcher Symptome fließt ein in Saras Körperdeutung, in ein diffuses, »komisches Gefühl«.

Bereits in dieser frühen Sequenz deuten sich der Stellenwert medizinischer Autorität sowie die Bedeutung subjektiver Ahnungen und Gefühle bei Sara an. Die Diskrepanzen zwischen beiden Wissensformen und die Schwierigkeiten, diese zu überwinden, verdichten sich in einer späteren Sequenz:

Ich hatte das aber noch nicht (.) offiziell gemacht sozusagen, dass ich schwanger bin (.) und hab dann auch dem Arzttermin mit dem ersten gewartet (.) weil ich schon von den herangefä/gangen Schwangerschaften ja wusste, dass (.) man immer erst so (.) später

Fehlgebärende einen Unterschied macht, ob sie bereits Kinder haben oder nicht. Die Zuschreibung, bereits Mutter zu sein, erfüllt im Diskurs eine paradoxe Funktion. Während sie Trauer lindern soll, indem das Gute und Vorhandene betont wird, delegitimiert sie vorhandene Verlustgefühle. Sie versucht Betroffene zu entstigmatisieren, wobei das Stigma ungewollter Kinderlosigkeit bzw. misslingender Reproduktion reproduziert wird. Auch Sara reproduziert dieses Paradox: Einerseits stellt sie sich stolz als bereits erfolgreiche Gebärende dar, andererseits hebt sie dadurch den Misserfolg hervor. In der Logik einer vorweggenommenen Erklärung: ›nicht, dass Du denkst ...‹, aktualisiert sie das, was das Gegenüber gerade nicht denken soll.

89 Hinkle et al. (2016) zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Übelkeit in der Frühschwangerschaft und einem guten Schwangerschaftsverlauf bzw. zwischen fehlender Übelkeit und einem erhöhten Fehlgeburtsrisiko.

was sieht und ja {atmet ein} es hatte noch kein offizielles Dokument überhaupt //hm//
ü/ für die Schwangerschaft und ahm. Genau, und die Kinder also wussten's auch nicht,
es war eigent/, also mein Mann und ich wussten's. (G, Z. 30–34)

Sara hatte die Schwangerschaft »noch nicht offiziell gemacht«, also Dritten gegenüber noch nicht bekannt gegeben. Offizialität erhält hier hohe Relevanz: Die offizielle, d.h. in diesem Falle ärztliche Bestätigung der Schwangerschaft hätte Sara richtig (nicht nur »sozusagen«) schwanger gemacht; das Kind (»es«) hätte durch ein Dokument wie einen Mutterpass oder ein Ultraschallbild eine Existenz erhalten. Sara erklärt, warum sie den ersten Arzttermin trotz des komischen Gefühls hinausgezögert hat. Sie orientiert sich dabei an der Schwangerschaftsvorsorge: Durch die vorigen Schwangerschaften kennt sie die Routinen und Eckdaten der Vorsorgeuntersuchungen und weiß, dass es zum entsprechenden Schwangerschaftszeitpunkt noch keine Möglichkeit gibt, den Fötus im Ultraschall darstellbar zu machen. In der Konsequenz gibt es zum Zeitpunkt der Fehlgeburt weder ein Dokument noch besteht ein »Schwangerschaftspublikum« (Hirschauer et al. 2014, S. 73 f.) außerhalb der Paarbeziehung. Zwei Schritte der ›sozialen Konstruktion der Person‹, die aus Saras Perspektive nun fehlen. In der Selbstverhandlung dieser Entscheidung drückt sich auch ein haderndes Bereuen aus.

Sara: Abweichung vom Normalverlauf

Bei Sara hat sich erst gar kein Zustand einer normal verlaufenden Schwangerschaft eingestellt, da ihre Schwangerschaft unter ungünstigen Umständen (Prüfung, Umzug) begann und von Anfang an von einem merkwürdigen Gefühl begleitet war. Erste Anzeichen der Fehlgeburt beschreibt Sara dann so:

Dann sind wir An/ Anfang oder Mitte (.) März [...] sind wir zu meiner Familie gefahren, [...] da war ein großes Familienfest und da hatte ich schon an dem Tag ging's mir nicht gut, also ich war ziemlich erkältet und hatte auch Fieber (.) und hab dann auch immer wieder so Krämpfe bekommen. (G, Z. 34–38)

Hier kommen verschiedene Stressfaktoren zusammen. Die schwangere Sara, die mitten im Umzug ist und demnächst ihre Abschlussprüfung ablegen will, leidet auf einem Familienfest an einer fieberhaften Erkältung und bekommt regelmäßig Krämpfe. Sie erzählt weiter:

Als ich dann mittags auf Toilette gegangen bin, hatte ich äh ahm (.) ja Blutungen, (also leichte Blutungen {atmet ein} was ich aber nicht so ernst genommen hab, weil ich das bei den anderen auch hatte also ich hab' so ne ehm Gelb hormonschwäche und (.) das wurde dann immer behandelt (.) und hat sich eigentlich immer zum Guten (.) gefügt.

Also bei meiner zweiten Tochter war das auch ziemlich extrem {atmet ein} gewesen, da wollten sie dann schon die Ausschabung machen, aber dann hat doch das Herz geschlagen also das war, äh (w)eswegen bin ich da eigentlich relativ gelassen rangegangen. (G, Z. 38–44)

Sara unternimmt nichts, als sie die Blutungen entdeckt. Ihre diesbezügliche Erklärung offenbart mehrere Normalisierungsstrategien. Zunächst sind »leichte Blutungen« nur eine weitere Belastung unter vielen (Aushalten). Zudem sind diese ihr aus den vorigen Schwangerschaften mit »den anderen« Kindern bekannt (Routinisierung) und mit der Gelbhormonschwäche medizinisch erklärt (Erklärung). Schließlich begründet Sara ihr Nicht-Handeln mithilfe einer Wundergeschichte: Die Tochter wäre beinahe aufgegeben worden, »aber dann hat doch das Herz geschlagen«. ⁹⁰ Es lohne sich also, auf die Fügung »zum Guten« zu vertrauen (Glaube). Die Vielfalt an Normalisierungsstrategien sowie sprachliche Relativierungen (»leichte Blutungen«; »nicht so ernst genommen«; »eigentlich immer zum Guten«; »eigentlich relativ gelassen«) konturieren das gegenteilige Bild: Es ist hier gerade nichts normal oder gut und niemand ist gelassen.

Während Aushalten, Starksein und Routinisierung erlernte Normalisierungsstrategien auf Basis eigener Vorerfahrungen sind, verweisen die medizinische Erklärung sowie religiöser Glaube und glaubendes Vertrauen auf externe Expert*innensysteme. Als reichten die eigenen Handlungs- und Deutungs-routinen nicht aus, werden steigerungslologisch Deutungsressourcen der Medizin als Wissenschaft und schließlich der Religion herangezogen. Beiden Instanzen schreibt Sara eine hohe Deutungsmacht über ihr subjektives Erleben zu.

In der Aussage »da wollten sie dann schon die Ausschabung machen« schließlich verdichtet sich eine Frontstellung von handlungsmächtigen Ärzt*innen auf der einen Seite und Sara, über deren Körper »sie« nach eigenem Ermessen (»wollten«) entscheiden können, auf der anderen Seite. Sara kommt in der Erzählung nicht als handlungsbestimmendes Selbst vor, weder als diejenige, die über die Ausschabung hätte mitentscheiden können, noch als Person, die im Nachhinein über die ärztliche (Fehl-)Einschätzung urteilt. Das medizinische Wissen erscheint hier autoritär.

Ausschnitte aus dem Interview mit Sara dienen als Beispiele für den Idealtyp heteronomen Deutens, da Sara ihr intensives leibkörperliches Erleben anhand medizinischer Kategorien deutet und ihr äußeres Handeln – trotz abweichender Bedürfnisse – an diesen ausrichtet. Sie wünscht sich eine »offizielle« ärztliche

90 Sara setzt ihre vorigen Schwangerschaften mit ihren (späteren) Kindern gleich: »bei meiner zweiten Tochter war es [die Blutung, jb] extrem« bezieht sich auf einen Schwangerschaftszeitpunkt vor der 12. SSW, an dem sich noch eine Ausschabung durchführen lässt. Die verhinderte Ausschabung wird zu einem biografisch relevanten Ereignis im Leben der Tochter, was darauf schließen lässt, dass für Sara das Leben ihrer Kinder bereits (früh) im Mutterleib begann.

Bestätigung der Schwangerschaft, auch, um ihrer Familie von der Schwangerschaft zu berichten, orientiert sich aber an den üblichen Sequenzierungen der Schwangerschaftsvorsorge, die noch keinen Ultraschalltermin vorsieht. Deutlich wird hier, dass die Schwangerschaft für Sara erst zur mitteilbaren Tatsache wird, wenn sie ärztlich verifiziert ist. Obwohl sie dann starke Schmerzen bekommt, wartet sie den vereinbarten Routinetermin bei der Ärztin ab. Die Symptome sucht sie bis dahin mithilfe eigener Deutungen einzuordnen. Selbstdeutungen sind also durchaus relevant für die Deutung des eigenen Körpers – nicht aber handlungsleitend. Schließlich, das zeige ich ausführlich in 5.2.2, lässt die medizintechnische Visualisierung der fehlenden Leibesfrucht durch den Ultraschall Sara den Verlust stärker empfinden als die eigentliche, schmerzhafteste Fehlgeburt selbst:

Ich bin zur Toilette gekrochen auf allen Vieren, weil ich nicht mehr stehen konnte, ne und es es (.) ich hatte richtig (.) Wehen sozusagen und dann kriegst Du da (.) dieses äh (.) Kind [...] das fand ich irgendwie schon ziemlich krass [...] und dann war für mich [...] der krasseste Einschnitt: die Woche danach hat sie [die Ärztin, jb] dann nochmal Ultraschall gemacht, und dann zu sehen, dass auf einmal alles leer ist, alles ist weg. Also, dass Du wirklich dieses Bild nochmal vor Dir hast: Vorher war alles angelegt und da und dann ist's auf einmal weg und das ist so: wie auch weg aus (.) es war ja auch noch nicht so offiziell (.) also es ist einfach verschwunden. (G, Z. 76–92)

In der Ultraschalluntersuchung dient ihr die medizintechnisch generierte Fremddeutung zur zweifelsfreien Definition des bereits Erlebten: dass »auf einmal alles leer« ist und sie eine Fehlgeburt hatte. Es zeigt sich hier erneut, dass Saras äußeres Handeln in Bezug auf ihren eigenen Körper vor allem durch medizinische Deutungen und Praktiken definiert ist. Sie betrachtet und bezeichnet sich erst als schwanger, als die Ärztin dies offiziell bestätigt, genau wie die erlittene Fehlgeburt für sie durch die ärztliche Untersuchung zum mitteilbaren Fakt wird.

4.2.3 Zusammenfassung

Körperdeutungen im heteronomen Modus sind dadurch gekennzeichnet, dass (medizinische) Fremddeutungen deutungsmächtig und handlungsleitend sind. Selbstdeutungen werden entweder nicht thematisiert oder erhalten keine Handlungsrelevanz. Im Extremfall definiert das erlebende Subjekt Eigenkörperliches anhand etablierten Expert*innenwissens und übernimmt medizinische Deutungen ohne Modifikation oder Abgrenzung zur Deutung des eigenen Körpers. Der Fall Nicole ist ein Beispiel dafür, wie das körperliche Geschehen dominant in medizinischen Termini beschrieben und subjektive Gefühle nicht thematisiert werden. Der eigene Körper ist in dieser Beschreibungsweise das, was medizinische

Expert*innen zum jeweils aktuellen Zeitpunkt über ihn wissen. Diesen obliegt die Expertise über den Zustand des eigenen Körpers und damit die Verantwortung für Aufklärung und die Therapie körperlichen Leidens. Aufklärungsbemühungen durch das erlebende Subjekt selbst bleiben entsprechend gering. Auch im Fall Sara bestimmt die (medizinische) Fremddeutung maßgeblich die Körperdeutung und darauf bezogene Handlungen. Anders als bei Nicole werden allerdings bei Sara Selbstdeutungen thematisch. Auch wenn ihnen keine Deutungshoheit zukommt, werden sie von medizinischen Deutungen *unterschieden*. Dadurch wird ein potenzielles Spannungsfeld zwischen (gesellschaftlich anerkannten) Fremddeutungen und den potenziell davon abweichenden Deutungen des erlebenden Subjekts sichtbar. Trotz dieser Diskrepanz werden im heteronomen Deutungsmodus Körperdeutung und -behandlung an Fremddeutungen ausgerichtet. Die Modi, den eigenen Körper zu deuten, sind habituell geprägt, allerdings machen bestimmte Behandlungskontexte und -situationen, in denen die Abhängigkeit von medizinischer Expertise hoch ist (etwa bei Geburten an der Grenze zur Lebensfähigkeit, vgl. 6.2), Erfahrungen im heteronomen Modus wahrscheinlicher, weshalb Subjekt und Körperdeutungsmodus nicht als identisch zu verstehen sind.

4.3 Normorientierte Körperdeutung

Im normorientierten Typ der Körperdeutung dient medizinisches Körperwissen der Bestätigung, der Absicherung und der diagnostischen Ergänzung der Selbstdeutung. Anders als im heteronomen Modus sind bei normorientierter Körperdeutung leiblich generierte Selbstdeutungen ebenfalls deutungs- und handlungsrelevant. Aber wie bei heteronomen Körperdeutungen kommt den, vor allem medizinischen, Fremddeutungen ein Handlungsprimat zu. Sofern die Selbstdeutungen von den (medizinischen) Fremddeutungen abweichen, werden sie den medizinischen Deutungen des eigenen Körpers angepasst. Krisen können dadurch präventiv vermieden und nachträglich bearbeitet und bewältigt werden. Dieser Deutungstyp befindet sich in einer mittleren Position zwischen den Polen einer absoluten Dominanz von Fremddeutung und einem absoluten Handlungsprimat der Selbstdeutung. Als Beispiel für diesen Modus der Körperdeutung dienen im Folgenden Ausschnitte aus dem Fall Clara, in dem die aktive Anpassung der Selbstdeutung – mithilfe emotionalen Tiefenhandelns (vgl. Hochschild 1979, S. 558) und kognitiver Strategien – besonders deutlich wird.⁹¹

91 In 5.1 wird mit Nina ein weiterer Fall vorgestellt, bei dem der eigene Körper normorientiert gedeutet wird.

4.3.1 Anpassung der Selbstdeutung an die Norm (Fall Clara)

Zum Zeitpunkt des ersten von zwei Interviews ist die Lehrerin Clara 33 Jahre alt, in einer festen Beziehung und in der 6. Woche schwanger. Das Interview war, vor dem Hintergrund ihrer zwei Fehlgeburten im Vorjahr, über einen gemeinsamen Freund vermittelt worden. Wir hatten uns vor dem Interview schon einmal gesehen, aber noch nicht persönlich miteinander gesprochen.

Clara: Kontextualisierung der Schwangerschaften

Nach einer längeren Vorrede bitte ich sie, von den »allerersten Anfängen« ihrer »Geschichte der Schwangerschaft« zu erzählen. Es folgt eine kurze Aushandlungssequenz, in der Clara ihre Schwangerschaftserfahrungen in die (vorher nicht zur Sprache gekommenen) Kontexte Partnerschaft und Sexualität stellt:

Also meinst Du jetzt Schwangerschaft für uns als Paar, oder Schwangerschaft für mich allgemein? Weil ich hatte ja schon vorher auch schon 'n Sexualeben? {lacht} Vor meinem jetzigen Partner. (J, Z. 58–59)

Nach der darauffolgenden Zurückweisung einer thematischen Eingrenzung durch die Interviewerin (»Ja, also da würd' ich jetzt erst mal quasi Dich fragen«) erzählt sie von einer Abtreibung als 21-Jährige. Die kurze Sequenz, in der die Gründe für den Schwangerschaftsabbruch erläutert werden, endet mit einem Fazit, das zur Lebenssituation einer festen Partnerschaft mit Kinderwunsch überleitet:

Deswegen für mich war das immer ganz klar, wenn ich 'n Kind bekommen möchte, dann ist das mit 'nem Partner, wo ich's mir wirklich hundertprozentig vorstellen kann (.) und auch in 'ner Lebenssituation, wo ich sage, ich kann das stemmen (.) so, ne? (J, Z. 71–73)

Eine Schwangerschaft auszutragen, ein Kind zu bekommen, setzt für Clara also eine bewusste Entscheidung, einen geeigneten Partner und die richtige Lebenssituation voraus.

Als die richtige Situation für sie und ihren Partner gegeben ist, beschließen sie, nicht mehr zu verhüten. Clara wird »sofort« schwanger, »obwohl sie es da noch nicht mal geplant hatten«. In einem Einschub charakterisiert sie ihren zwölf Jahre älteren Partner als eine Person mit vormals unerfülltem Kinderwunsch, da »er halt nie so die Frau so dafür so gefunden hatte«. Er habe »eigentlich so mit dem Thema Familie und so komplett abgeschlossen«, was sich durch die bestehende Partnerschaft änderte: »Als wir uns vor vier Jahren kennengelernt haben, hat sich das natürlich für ihn auch alles nochmal alles komplett geändert«.

Der Einschub zum Partner plausibilisiert den gemeinsamen Erwartungshorizont und den Kinderwunsch des Paares und die mit der Feststellung der Schwangerschaft verbundene Freude:

Wir haben uns natürlich, erst haben wir uns total gefreut, ne? Und dann, wir waren aber gleich so ›Nee, wir behalten das mal für uns‹, so weil man natürlich auch schon wusste, die ersten zwölf Wochen soll man so abwarten. (J, Z. 88–90)

Clara zeichnet eine starke Normorientierung aus. Gemeint ist eine bewusste oder unbewusste Ausrichtung bzw. Anpassung des eigenen Fühlens und Handelns an gesellschaftliche Standards, an dem, was als normal gilt (»man«). Auch Sara entspricht dieser Normalerwartung und erzählt erst einmal nur ihrem Mann von der Schwangerschaft, bezieht diese Zurückhaltung aber eher auf die medizinische Vorsorgeroutine, die die Schwangerschaft noch nicht offiziell bestätigt hat. Claras Orientierung an *gesellschaftlichen* Normen drückt sich bspw. in der hier gleich dreifachen Verwendung von »natürlich« im Sinne von normal aus. Die Familienplanung des Partners hat sich mit der geeigneten Partnerin (dem fehlenden Puzzlestück zur Erfüllung der normativen Vorbedingung für ein Kind) »natürlich« nochmal geändert. Hier offenbart der Begriff »natürlich« die Norm einer festen Partnerschaft als Voraussetzung für die Kindesplanung. Im letzten Satz aktualisiert »natürlich« die Norm, zu Beginn einer Schwangerschaft abzuwarten und diese erst nach Ablauf der ersten zwölf Wochen öffentlich zu kommunizieren. Hier wird bereits medizinisches Wissen, nämlich die statistische Fehlgeburtssrate im ersten Schwangerschaftsdrittel, als geltendes und das Handeln bestimmendes Wissen herangezogen. Die dritte Verwendung – »wir haben uns natürlich, erst haben wir uns total gefreut« – verweist vor dem Hintergrund von Claras ungewollter Schwangerschaft als 21-Jährige auf die Bedeutung der für sie nun erfüllten Voraussetzungen für ein Kind. Im Wissen, dass es auch anders sein kann, aktualisiert und erfüllt sie die Emotionsnorm, nämlich dass man sich innerhalb einer Partnerschaft mit Kinderwunsch über eine eingetretene Schwangerschaft freut. In Bezug auf Schwangerschaftsverluste lässt sich bereits an dieser Stelle vermuten, dass in der Fähigkeit und Bereitschaft zur Affirmation dieser und (auch nachträglichen) Anpassung an diese Standards Potenziale zur Krisenbewältigung liegen.

Unmittelbar nach dieser ersten Freude kontrolliert sie ihre Emotion: »Wir waren aber gleich so ›Nee, wir behalten das mal für uns‹, so weil man natürlich auch schon wusste, die ersten zwölf Wochen soll man so abwarten«. Gemeint ist hier die gesellschaftliche Norm, die Schwangerschaft aufgrund der hohen statistischen Fehlgeburtssrate im ersten Schwangerschaftsdrittel noch für sich zu behalten. Die hier deutlich werdende Orientierung von Claras Handeln (für sich Behalten) und Fühlen (im Zaum Halten der Freude) an verinnerlichten Normen (»man wusste«, »soll man«) erinnert an das in einen

kollektiven Rahmen eingebettete Individuum bei Émile Durkheim. Nach Durkheim (1976, S. 111) bestimmt der gesellschaftliche Rahmen die legitimen Denk- und Handlungsmöglichkeiten eines Individuums, das sich diesem äußeren »obligatorischen« Zwang entsprechend verhält. Diese Konformität mit der medizinisch bestimmten Normalität findet sich in Claras Formulierung einer Folgerichtigkeit: »wir waren so, weil man wusste«. Sobald »man« etwas weiß, also die Regel kennt, handelt »man« auch dementsprechend. Clara ist bereit und dazu in der Lage, eine Passung zwischen gesellschaftlichen Normen und eigenem Handeln und Fühlen herzustellen. Sie kennt die Regeln und besitzt Ressourcen, um ihnen zu entsprechen.

Clara: Abweichung vom Normalverlauf

Die ersten wahrgenommenen Abweichungen vom Normalverlauf der Schwangerschaft thematisiert Clara folgendermaßen:

Dann hatt' ich in der, oh jetzt muss ich echt überlegen, (.) das müsste sechste Woche, sechste oder siebte Woche gewesen sein, also ungefähr um jetzt den Zeitraum 'rum {atmet ein} hatte ich an einem Sonntagnachmittag, hatte ich so extreme Unterleibsschmerzen, dass ich dachte, das kann nicht normal sein, hatte dann auch extreme Blutungen, also sind wir gleich in die Notaufnahme. (J, Z. 90–93)

Clara beschreibt das initiale Wahrnehmen »extreme[r] Unterleibsschmerzen«, die sie als »nicht normal« einschätzt. Es gibt keine leisen Andeutungen einer Abweichung, stattdessen besteht aufgrund des extremen Erlebens kein Zweifel am akuten Handlungsbedarf, der in die Ruhe des sonntäglichen Nachmittags hereinbricht. Es bleibt offen, ob es davor schon Anzeichen gab, die Clara für nicht erzählenswert hält. Für die Analyse ihres Erlebens ist aber interessant, dass sie kein Wort über das zuvor normale Schwangersein verliert. Sie stellt sich damit als eine Schwangere dar, die ihre Schwangerschaft nicht permanent auf ihre Normalität hin kontrolliert und dokumentiert, d. h., die (zunächst) unbedarft schwanger ist. Deshalb muss sie »echt überlegen«, in welcher Schwangerschaftswoche sie gewesen ist: »das müsste sechste Woche, sechste oder siebte Woche gewesen sein, also ungefähr um jetzt den Zeitraum 'rum«.

Durch die Formulierung »ungefähr um jetzt den Zeitraum 'rum« stellt Clara einen Bezug zur zum Zeitpunkt des Interviews bestehenden Schwangerschaft her. Das überrascht: Besteht doch eine Art Tabu, die vorige, »erfolgreiche« Schwangerschaft mit der bestehenden zu vergleichen. Claras Zugang, ohne Berührungsanxiety die beiden Schwangerschaften in Beziehung zu setzen, beruht auf zwei Konstruktionsleistungen. Zum einen sieht sie das Ende der vorigen Schwangerschaft nicht als Verlust und Tod eines (ungeborenen) Kindes (vgl. 6.3.2). Zum

anderen scheint in der jetzigen Schwangerschaft etwas anders zu sein, das es erlaubt, diesen Vergleich zu ziehen: Inzwischen, so stellt sich später im Interview heraus, weiß Clara, dass eine genetisch bedingte Gerinnungsstörung zur Unterversorgung der ersten beiden Embryonen geführt hatte. Die Ursache der Fehlgeburt ist somit bekannt und behoben. Mit einer täglichen Spritze Heparin⁹² therapiert Clara dieses Versorgungsdefizit in der jetzigen Schwangerschaft. Im Gegensatz zu damals ist sie jetzt – zur Verifizierung zitiert sie ihren Gynäkologen – »so was von schwanger«.

Hier zeigt sich die Relevanz von medizinisch-naturwissenschaftlichem und ärztlichem Wissen für die Letztgültigkeit der Selbstdeutungen. Clara nutzt medizinische Erklärungen für das Scheitern der Schwangerschaft und schreibt dem Erlebten eine eindeutige Problemursache zu. Da das Problem erkannt und behoben wurde, besteht es für sie nicht mehr. In dieser Perspektive ist mit dem Ende der Schwangerschaft kein anhaltender Verlust verbunden, sondern das Ende eines dysfunktionalen Prozesses.

Zurück zur Stegreiferzählung über ihre erste Fehlgeburt. Im Fortgang kommt zu den akuten Schmerzen eine »extreme Blutung« hinzu, die den Verdacht, das könne nicht normal sein, erhärtet:

[...] hatte ich so extreme Unterleibsschmerzen, dass ich dachte, das kann nicht normal sein, hatte dann auch extreme Blutungen, also sind wir gleich in die Notaufnahme. [atmet ein] Und das war wirklich, also da konnt' ich ja nachvollziehen, woher so dieser Begriff Fehlgeburt kommt, ne? (J, Z. 92–94)

Angesichts des durch Blutungen manifest gewordenen Verdachts, dass etwas mit ihr bzw. im Zusammenhang mit der Schwangerschaft »nicht normal sein« könnte, wendet sich Clara ans medizinische System: »also sind wir gleich in die Notaufnahme«. Hier zeigen sich Claras hoher Hilfebedarf aufgrund von Schmerzen und Blutungen sowie ihre oben ausgeführte Normorientierung, die im kleinen Wort »also« steckt. Damit begründet Clara ihr Handeln folgerichtig und aktualisiert die unterstellte Norm: Wenn der Verdacht einer pathologischen Abweichung vom Normalverlauf der Schwangerschaft besteht, dann nimmt man medizinische Expertise in Anspruch.

Schließlich zeigt sich im zitierten Abschnitt eine selbstbeobachtende Distanznahme zum leibkörperlichen Erleben. Über die nachträgliche, kognitive Beschäftigung mit dem Erlebten (»nachvollziehen«) schafft sie einen Abstand zu dem starken Erleben, für das sie keine Worte findet: »das war wirklich« bleibt unbeendet. Clara hat somit ein (ihr ins Bewusstsein tretendes) leibkörperliches Erleben, das seine Entsprechung im für sie adäquaten medizinischen »Begriff Fehlgeburt« findet.

92 Eine die Blutgerinnung hemmende Substanz.

Zugleich zeigt diese Inanspruchnahme und Aneignung der medizinischen Expertise auch, welche Deutungs- und Handlungsrelevanz für sie subjektives Erleben hat. Ein anderes Beispiel für die Einforderung von adäquater Fremddeutung ist, dass sich Clara nach zwei Geburten einen Untersuchungstermin in der Geringungsambulanz der Charité erkämpft, die in der Regel Frauen erst nach drei oder mehr Fehlgeburten untersucht. Sie habe »so darauf gedrungen« und gesagt:

»ist mir scheißegal, ich zahl' das auch privat [...] Sie glauben doch wohl nicht im Ernst, dass ich nochmal 'nen Anlauf starte, bevor ich nicht weiß, was los ist. Also ich bin doch nicht bekloppt.« (J, Z. 247–251)

Clara erhält einen Termin, allerdings nicht nur, weil sie ihn, wie zitiert, einfordert, sondern auch weil sie eine weitere Vorerkrankung hat: »die haben das dann aber so gemacht halt durch meine Rheumaerkrankung und so«. Das heißt, auch der selbst erkämpfte Untersuchungstermin findet innerhalb der medizinischen Norm (Risikoschwangerschaft) statt.

Ein letztes Zitat veranschaulicht die autoritäre Gültigkeit, die Clara dem medizinischen Wissen gegenüber den vorgängigen subjektiven Deutungen zuschreibt:

Den nächsten Tag, als ich auf Toilette war, hab' ich halt auch so was leicht (.), naja so, ja schleimig, so hautmäßig {atmet ein} und da dacht' ich schon, das ist es, das ist das, was abgegangen ist und dann hab' ich nochmal so geguckt und dachte, {schnalzt} (ach man) naja, jetzt ist es so. Dann erst später wusst' ich's auch erst, also dann erst später haben wir mit dem Hormonwert und dann nochmal mit dem Ultraschall und haben dann auch gesehen, dass alles abgegangen ist. (J, Z. 377–382)

In dem Augenblick, in dem Clara sieht, »was abgegangen ist«, generiert sie bereits eine subjektive Ahnung, dass es sich dabei um das Fehlgeborene bzw. das Schwangerschaftsgewebe handelt (»das ist es, das ist das«). Sie kommentiert ihre Entdeckung mit einem enttäuschten Schnalzen und dem zitierten Gedanken: »ach man«. Aber erst die epistemischen Praktiken der Medizin ermöglichen Clara, den subjektiven Verdacht zu bestätigen und somit manifest zu machen (»Dann erst später *wusst* ich's auch erst«, eig. Herv.). Sie helfen, ihre Krisenerfahrungen nachträglich zu normalisieren und abzuschließen (»mit dem Ultraschall gesehen, dass alles abgegangen ist«).

4.3.2 Zusammenfassung

Die vorangegangene Darstellung hat eine Narration vorgestellt, in der Selbst- und Fremddeutungen in ein kongruentes Verhältnis gebracht werden, indem

eine Passung zwischen leibkörperlichem Erleben und dessen medizinischen Beschreibungsweisen hergestellt wird. Dabei gelten die medizinischen Fremddeutungen als gültiges, richtiges Wissen, das vorhandene Empfindungen und Ahnungen bestätigt oder die Wahrnehmung eigenen Erlebens prägt. Eigene Empfindungen werden, wenn sie nicht zum medizinischen Körperwissen passen, bearbeitet und angepasst. Mal ist also zuerst medizinisches Wissen bekannt und somit Selbstdeutungen vorgängig, mal verhält es sich umgekehrt – stets aber kommt dem medizinischen Körperwissen eine Vorrangstellung als ›wahreres‹ Wissen zu. Die als dominant anerkannten Fremddeutungen dienen der Handlungsorientierung, aber auch Selbstdeutungen sind, anders als im heteronomen Modus, handlungsrelevant. Das wird z. B. daran deutlich, dass beide Deutungsweisen aktiv in Kongruenz gebracht werden, sobald sie in Widerspruch geraten – bspw. angesichts starken Körpererlebens Fremddeutungen eingeholt und eingefordert werden. Da sich kurzfristig an den Fremddeutungen wenig ändern lässt, kann das Subjekt selbst diese Kongruenz nur herstellen, indem es Selbstdeutungen ändert.

4.4 Autonome Körperdeutung

Im autonomen Deutungstyp sind das subjektive Erleben und die damit verbundene Selbstdeutung deutungsrelevanter als (ärztliche) Fremddeutungen des eigenen Körpers. Im Kontrasttyp zum heteronomen Modus werden subjektivem Erleben und Selbstdeutungen mindestens eine ›eigene Wahrheit‹ zugesprochen und sie sind eine legitime Handlungsgrundlage. Im autonomen Deutungsmodus werden medizinische Deutungen entweder aufgerufen, um sich von ihnen *abzugrenzen* (autonom-ablehnend), oder, um sich *selektiv* auf sie zu beziehen (autonom-aneignend). Entscheidend ist, dass den Selbstdeutungen das Primat für die Deutung und Behandlung des eigenen Körpers zukommt. Es werden zwei Fälle, Rhea und Pia, vorgestellt, die ihre Körper temporär im autonomen Modus deuten. Rhea bezieht medizinisches Wissen in ihre Körperdeutung ein und weist ärztliche Fremddeutungen von sich. Der Fall zeigt somit eine differenzierte, selektive Bezugnahme auf Fremddeutungen. Pia, die ihren Körper ebenfalls im autonomen Modus deutet, erzählt von einer Situation heteronomer Körperdeutung. Der zitierte Materialausschnitt zeigt abschließend, dass innerhalb eines biografischen Falls Wechsel zwischen den Modi möglich sind.

4.4.1 Mit medizinischem Wissen und ohne ärztliche Hilfe (Fall Rhea)

Der Fall Rhea ist ein Beispiel für die Körperdeutung im autonomen Modus, bei dem eine selektive Aneignung oder Ablehnung von Fremddeutungen erfolgt,

während das Subjekt die Deutungshoheit über den eigenen Körper behält. Rhea bezieht sich mit einer gewissen Distanz auf Ärzt*innen und trifft Handlungsentscheidungen auch auf Basis von leiblich generierten Deutungen.

Rhea: Kontextualisierung der Schwangerschaft

Bis zu ihrer späten Fehlgeburt in der 22. SSW war Rhea als Projektleiterin in einem Unternehmen tätig, das zu Umweltthemen arbeitet. Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews, das etwa ein Jahr nach der Fehlgeburt stattfindet, noch mit ihrem Partner zusammen und kinderlos. Der Kontakt entstand über Lena, eine Freundin Rheas, die ich als Moderatorin eines Online-Trauerforums interviewt hatte.

Zu Beginn des Interviews sage ich:

Dann möchte ich Dich bitten, die Geschichte Deiner Schwangerschaft zu erzählen und der Zeit danach und zwar bis heute. Ähm Du kannst auch gerne früher einsetzen, also alles was für Dich, bzw. für Euch in Bezug auf die Schwangerschaft noch wichtig war. //Mhm// Ahm, wie die dann verlaufen ist, wie Du die Totgeburt erlebt hast und die Zeit danach. Ahm also alles was Dir wichtig ist. (B, Z. 2–7)

Der Erzählstimulus zielt auf eine prozesshafte Erfahrung ab, bei der »die Totgeburt«⁹³ als abgrenzbares Ereignis hervorgehoben wird. Zudem wird ein Kollektiv angesprochen (»was für Euch wichtig war«). Anknüpfungsmöglichkeiten wären – neben einer Ratifizierung – der Entschluss zur Schwangerschaft oder Umstände zu deren Beginn. Rheas Einstieg ist dann unerwartet, was die Interviewpartnerinnen kurz auflachen lässt:

Mhm (8) Ich glaube ich fang kurz in Frankreich an. {beide lachen} Ähm ich hab' in A-Stadt nen Job gehabt und hab mir da ne Auszeit, also hab da vier Jahre gearbeitet und hab mir ne Auszeit genommen und bin zwei Monate gereist und ähm bin nach Frankreich gefahren und hab da total viel Klarheit gefunden. Und dachte so: 'Wow, ich weiß genau was ich will und weiß was Sache is: und bin nach Hause gekommen, hab' meinen Job gekündigt und ähm (.) Ja irgendwie hat diese Klarheit auch mit sich gebracht, dass ahm in der Beziehung zwischen meinem Freund und mir ganz viel Klarheit drin war und wir beschlossen haben, aufzuhören zu verhüten, und dann bin ich eigentlich ziemlich schnell schwanger geworden. (B, Z. 11–18)

93 Ich hatte nach der Totgeburt gefragt, weil dies der Information entsprach, die ich von Lena erhalten hatte, die das Interview vermittelte. Im rechtlichen Sinne handelte es sich in Rheas Fall um eine späte Fehlgeburt (Leibesfrucht wog unter 500 Gramm), die nicht der Bestattungspflicht unterlag.

Frankreich fungiert als Label für diese Zäsur in Rheas Leben. Die Antwort auf die Frage nach dem Erleben einer Totgeburt wird somit weit in eine individuelle Berufsbiografie eingebettet. Der Aufenthalt im Ausland bringt »total viel Klarheit« bezüglich relevanter Lebensentscheidungen: Rhea kündigt, entscheidet sich für eine möglicherweise infrage stehende Paarbeziehung, in der nun »ganz viel Klarheit drin« ist und das Paar beschließt, nicht mehr zu verhüten. Rhea erzählt, das deutet sich hier bereits an, eine Geschichte, in der durch die späte Fehlgeburt innere Sicherheiten brüchig geworden sind. Im Fokus steht dabei, das wird sich später zeigen, kein Kindsverlust, sondern die irritierte Paarbeziehung einerseits sowie die veränderte Berufsbiografie andererseits.

Eine zweite Einbettung der Schwangerschaft nimmt Rhea über körperliche Voraussetzungen vor. Rhea hat ein sogenanntes Gebärmuttermyom, eine gutartige Wucherung in der Gebärmutter, das zur Einstufung als »Risikoschwangerschaft« führt:

Ich hatte vorher so 'nen Gebärmuttermyom //mhm// und ähm das kann also, eigentlich hat mir mal ein Frauenarzt gesagt, dass ich wahrscheinlich gar nicht schwanger werden kann und ich wusste nicht so genau, dass das so riskant ist, mit dem Myom schwanger zu werden. Als ich dann schwanger war, hieß es aber auch sofort: ›Okay das ist 'ne Risikoschwangerschaft, das muss man mal im Auge behalten. Ja, und ähm dann hatten wir eigentlich die ganze Zeit, wir haben uns gar nicht so richtig doll, laut gefreut, weil wir einfach wussten ›Okay es ist einfach riskant: //mhm// und wir halten uns einfach zurück und ähm haben auch wenigen Leuten davon erzählt, haben auch die zwölf Wochen eingehalten und so {schmunzelt} //{schmunzelt}// ähm irgendwann dann halt ähm, ähm ja das mehr und mehr preisgegeben so, als diese zwölf Wochen rum waren, und hatten auch, ähm also eigentlich ist es bei Myomen eher so, dass es auch am Anfang der Schwangerschaft öhm zum Ende der Schwangerschaft kommt. //mhm// Und ähm deshalb ham wir angefangen uns immer sicherer zu fühlen, weil's ja bis dahin total gut lief und so (.) Und das Myom war aber in der Zeit auch ziemlich groß geworden und ähm (.) Hat schon, hat halt keinen Stress gemacht, aber es war halt da und so. Genau. (B, Z. 18–31)

Mit Beginn der Schwangerschaft setzen medizinische Routinen ein, die Rhea unter besondere Beobachtung stellen. Rheas eigene Praxis hingegen unterscheidet sich kaum von der anderer werdender Eltern: Es werden »die zwölf Wochen eingehalten«, bevor das Paar andere über die Schwangerschaft in Kenntnis setzt. Die Aussage, es sei »einfach riskant«, träfe auch unabhängig vom zusätzlichen Risikofaktor Myom auf das erste Schwangerschaftsdrittel zu. Rhea orientiert sich an der Annahme, dass, *wenn* mit Myom ein Schwangerschaftsverlust eintritt, ein frühes Ende wahrscheinlich ist, und beschränkt die Vorsicht auf die erste Zeit. Sie »wusste nicht so genau, dass das so riskant ist mit dem Myom schwanger zu werden«, sie überträgt der medizinischen Seite allerdings keine Verantwortung für die Aufklärung über das Risiko. Weder bewertet sie die ursprüngliche Einschätzung des Arztes

(sie kann »wahrscheinlich gar nicht schwanger werden«) als fehlerhaft, noch erwähnt sie einen Mangel an Aufklärung über das tatsächliche Risiko. Die Verantwortung für die Informierung über potenzielle Risiken und für die Beobachtung des Myoms behält sie selbst. Rhea weiß, dass es medizinisches Körperwissen gibt, es ist für sie aber nicht handlungsrelevant: »muss man mal im Auge behalten« wird wie eine Floskel zitiert, die sie nicht weiter berücksichtigt.

Rhea nimmt eine abwartende Position ein, in der nichts anderes zu machen ist, als sich »einfach zurück[zuhalten]«. Nach den ersten zwölf Wochen fühlt sich das Paar sicherer. Das vorhandene Myom wird wie eine Person mit Störpotenzial behandelt, die sich nun schon lange ruhig verhält (»hat halt keinen Stress gemacht«). Hier greift, was Schütz und Luckmann mit Husserl die »Idealität des ›Und-so-weiter«« (Schütz & Luckmann 2017, S. 34) nennen: Das Vertrauen »darauf, dass die Welt, so wie sie mir bisher bekannt ist, weiter so bleiben wird und dass folglich der aus meinen eigenen Erfahrungen gebildete und der von Mitmenschen übernommene Wissensvorrat weiterhin seine grundsätzliche Gültigkeit beibehalten wird« (ebd.). Das Paar vertraut darauf, dass mit dem Myom und der Schwangerschaft alles so gut weitergeht wie bisher, »weil's ja bis dahin total gut lief«. Zusammenfassend: Rhea ist zwar ein Risiko bekannt, es findet aber spätestens ab der 13. SSW im Handeln keine Berücksichtigung mehr.

Rhea: Abweichung vom Normalverlauf

In der folgenden Passage beschreibt Rhea die Anzeichen der beginnenden Fehlgeburt und die Strategien, die sie zur Normalisierung der Situation verfolgt:

Dann war ich halt beim, beim Arbeiten und hatte ahm, hab halt so nen Ziehen im Bauch bekommen {Stimme wird brüchig}, weil ich hatte vorher schon mal Zwischenblutungen, hatte mich schon nen bisschen erschrocken und so und ja und ahm da war dann aber eigentlich ja, ich hatte einfach nur nen bisschen Bauchschmerzen und Bauchziehen und dachte, das sind vielleicht irgendwelche Übungswehen oder irgendwas und ähm bin dann ähm (.) Ja (.) Am nächsten Tag ähm, das weiß ich gar nicht mehr so ganz genau, auf jeden Fall war ich nochmal beim Arbeiten und bin dann wegen der Bauchschmerzen auch nach Hause gegangen und so und hab den ganzen Tag irgendwie (.) ahm damit zugebracht, zu versuchen, mich zu entspannen oder ein bisschen Schwangerschaftsyoga zu machen oder irgendwas rauszufinden, hab dann noch ne Freundin besucht und da hab ich dann irgendwann festgestellt, dass das schon nen bisschen in Abständen kommt und geht und ähm ja dann hab ich, bin ich nach Hause gegangen und hab halt von dort aus meine Hebamme, die hier in B-Stadt war, also weil wir die schon in B-Stadt gesucht hatten, hab' ich angerufen. Und dann meinte sie so: ›Nach dem, was Du erzählst, geh mal schnell ins Krankenhaus und lass mal gucken was da is. So das war dann halt auch schon abends um sieben oder so, nix wo Ärzte

noch irgendwie aufhaben oder so, dann hab' ich noch meinem Freund Bescheid gesagt (der dann halt auch hier war) und ahm, ja aber ich dacht halt erstmal: ›Joa ist wahrscheinlich nix Besonderes‹. Und ahm (.) Ja, bin dann ins Krankenhaus gegangen und ahm (4) Ja. (B, Z. 58–75)

Der unmittelbaren leiblichen Reaktion (»bisschen erschrocken«) folgen erst kognitive Rationalisierungen (»eigentlich nur nen bisschen Bauchschmerzen«), dann praktische Umgangsstrategien. In mehreren Schritten bearbeitet sie die Symptome: Abwarten (»am nächsten Tag«), Entspannen und Yoga, der Versuch, etwas herauszufinden, während die Routine aufrechterhalten wird (Besuch bei der Freundin). Dann wendet sie sich an ihre Hebamme, die sie direkt ans medizinische Notfallsystem verweist. Anders als die Hebamme relativiert sie die Dringlichkeit (»joa ist wahrscheinlich nix Besonderes«) und stellt sich als eine Person dar, die nicht von selbst ins Krankenhaus gegangen wäre – dafür braucht es die Hebamme, die als Mittlerin zwischen Rhea und dem medizinischen Notfallsystem fungiert. Hier fällt auf, dass Rhea die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und Aufklärung als letzte Option der Symptombearbeitung in Erwägung zieht.

Erstens zeigt die Interviewpassage, dass Rhea keiner ärztlichen Deutung bedarf und nicht vorrangig medizinische Expertise beansprucht, um sich des Normalverlaufs und des kindlichen Wohlbefindens zu versichern. Die Versprechen der praktischen Medizin interessieren sie nicht, sie vertraut auf den Lauf der Dinge. Zweitens offenbart sich hier Rheas passiv-natürliche Weltanschauung: Ob sie ein Kind bekommt oder nicht, liegt weder in ihrer und noch in ärztlicher Hand. Rhea nutzt keinen Konjunktiv Perfekt, keine Entscheidung wird als kontingent markiert und gegen eine Alternative abgewogen (›wäre ich früher zum Arzt gegangen ...‹). Die damaligen Deutungen werden ohne Hadern dargelegt.

Folgendes Zitat pointiert Rheas ablehnende Haltung gegenüber bestimmten medizinpraktischen Eingriffen und zeigt exemplarisch eine selektive Aneignung von medizinischem Wissen:

Es war halt total klar, dass also, worüber ich schon aufgeklärt war, dass wenn das jetzt zu nem ahm (.) Geburt kommt, dass dann halt keine Maßnahmen ergriffen werden, um dieses Kind am Leben zu erhalten. Und dass es halt einfach noch zu früh ist, so, ahm, das war halt grad ahm die 20. Woche (.) und das ist erst ab der 24., dass (.) ja, (3) dass dann hier alles getan wird, um zu versuchen, dieses Kind zu retten. (B, Z. 83–87)

Das medizinische Wissen über die Lebensfähigkeit des Kindes wird Rhea von der Hebamme vermittelt und sie eignet es sich positiv an (siehe ausführlich 6.2.1). Die Aufklärung darüber, dass lebensrettende Maßnahmen erst bei Geburten ab der

24. SSW durchgeführt werden, bietet Rhea eine hilfreiche Klarheit über Leben und Tod; »halt die 20. Woche« markiert diese Unverhandelbarkeit (zu Widersprüchen in der Angabe der SSW siehe Fußnote 152). Die Formulierung »dass dann hier alles getan wird, um zu versuchen, dieses Kind zu retten« beinhaltet eine Kritik an Maßnahmen zur unbegrenzten Lebenserhaltung, wie sie u. a. von der Medizinkritik und der Hospizbewegung der 1970er und 1980er Jahre vorgebracht wurde. Außerdem – in der Verknüpfung mit der erlebten Situation – distanziert sich Rhea vom Kind, das sprachlich zum Gegenstand verfehlter ärztlicher Ambitionen wird (»dieses Kind«) und nicht etwa als »mein Kind« oder mit Namen bezeichnet wird.

Die ablehnende, kritische Haltung steigert sich in Rheas Erzählung. Sie beschreibt, wie mehrere Ärzt*innen sie untätig-distanziert beim Leiden beobachten, sie trotz besseren Wissens im Unklaren über ihren Zustand lassen, und wie sie vom falschen Spezialisten untersucht wird:

Dann ahm (.) gab's direkt morgens ne größere Visite, mit irgendwie (Obera/), ich weiß nicht was für Ärzte, auf jeden Fall ne, waren da Menschen, die da reinkamen, die mich irgendwie bei meinen Übungen () beobachtet haben. Wie ich halt versucht hab', mit diesen Schmerzen klar zu kommen und (.) Dann war denen wohl ziemlich klar, dass das ahm, ahm, (1) dass das Wehen sind, die ich da hab' und dann haben sie halt irgendwie ahm (.) zuerst noch irgend'ne andere Darmgeschichte kurz untersucht, weil's noch ne Vermutung gab, dass das auch irgendwas damit zu tun haben könnte oder so. Irgendein Darmspezialist war dann morgens da und als das klar war, dass da nix is, bin ich halt rüber. Also vorher war ich auf der gynäkologischen Station und dann bin ich halt auf diese Entbindungsstation gekommen. (B, Z. 108–116)

In der Erzählung unmittelbar daran anschließend, ist es wiederum medizinisches Körperwissen, das die handlungsermöglichende Gewissheit bietet, dass sie die Schwangerschaft verlieren wird:

Und bin da halt untersucht worden und dann ham sie halt festgestellt, dass Fruchtwasser ausgetreten ist und das war eigentlich der Moment, wo dann alles klar war, so. (3) Ja und dann hab' ich (2) total angefangen zu weinen und hab' mein Freund angerufen und gesagt, er soll sofort herkommen. (B, Z. 117–119)

Eine geplatze Fruchtblase in der 22. SSW bedeutet das Ende der Schwangerschaft, für Rhea aber auch einen Moment der Klarheit, der ihr ermöglicht, traurig zu sein und ihren Freund hinzuzuziehen. Während sie die Phase des Wartens und der Ungewissheit allein im Krankenhaus verbringt (diese Zeit beschreibt sie als die schlimmste), schafft erst die auf medizinischem Körperwissen gründende Gewissheit eine ausreichend dramatische Situation, in der sie sich Unterstützung holt. Rhea stellt hier ein Beispiel für den Typ des autonomen Erlebens dar, der sich medizinisches Körperwissen selektiv aneignet

oder es ablehnt. Ihre Ablehnung und Kritik richten sich auf systemimmanente Strukturen und auf individuell-ärztliches Handeln.⁹⁴ Medizinisches Fakten- und geburtshilfliches Routinewissen über den Körper hingegen bezieht sie positiv in ihr Erleben und Handeln ein.

4.4.2 Re-Evaluation heteronomer Deutung (Fall Pia)

Die Darstellung der Typologie abschließend werden Passagen aus dem Fall Pia vorgestellt. Der Fall illustriert, neben Pias Deutungsweise, das eigene Erleben zum Handlungsprimat zu machen, die Re-Evaluation einer früheren heteronomen Deutung ihres Körpers. Pia erzählt von einer Situation ärztlich-fremdbestimmten Erlebens. Im Interview gibt sie sich als informierte Expertin zu erkennen, die sich – im Gegensatz zu damals – nicht den medizinischen Fremddeutungen überlässt. Anhand dieses Falls wird noch einmal argumentiert, dass sich die konkrete Erfahrung aus subjektiven *und* medizinischen Deutungen und Praktiken konstituiert, sie also nicht bloß eine Frage der subjektiven Einstellung ist, sondern real-materielle Verhältnisse und klinische Praktiken zu fremdbestimmten Körpererfahrungen beitragen.

Pia: Kontextualisierung der Schwangerschaft

Pia ist Schriftstellerin und engagiert sich seit dem Tod ihrer Tochter acht Jahre zuvor im Feld verwaister und trauernder Eltern. In der Schwangerschaft wurde pränataldiagnostisch eine infauste Prognose gestellt; ihre Tochter starb sechs Stunden nach der Geburt. Pia lebt in einer festen Beziehung mit einem neuen Partner und das Paar hat eine Tochter. Auf meine Bitte, »die Geschichte ihrer Schwangerschaft und zwar eigentlich von Anfang an bis heute« zu erzählen, beginnt Pia so:

94 Eine weitere Belegstelle für Rheas Kritik an individuell-ärztlicher Praxis: »Am schlimmsten fand ich eigentlich ne Ärztin, die irgendwie {schnieft} direkt nach der Geburt zu mir kam und ahm, betreut hat uns ja die Hebamme und danach kam halt, die Gynäkologin noch mal dazu und ahm die meinte dann: ›Ich weiß es ist grad einer der schrecklichsten Augenblicke ihres Lebens, mein herzlichstes Beileid‹ ahm ›aber wir müssen jetzt so langsam sie (irgendwie) in den OP bringen‹ oder so (.) Und zwar so (1) also (.) ›nee, das ist grad nicht der schrecklichste Augenblick meines Lebens, das ist ein, ja, ein Augenblick, der auch einfach gleichzeitig wahnsinnig schön is und (.) das is, das kann gar nicht der schrecklichste sein‹, so. Und ahm das war einfach so völlig (.) an uns vorbei, also sie hat überhaupt nicht hingeguckt, hatte ich das Gefühl, das war irgendwie komisch. Weil ich dachte, das ist doch ne Ärztin, die damit {schnieft} öfter auch konfrontiert is und //mhm// die auch wissen könnte, dass das komisch ist, so Sachen zugeschrieben zu bekommen«.

Okay, dann fang' ich einfach mal an, nimmst Du schon auf, ja?

I: Ja.

Pia: Okay, also ich wurde (.), ist natürlich alles auch schon 'ne Weile her, ich muss mich mal wieder sammeln, ich hab's lange auch nicht erzählt {atmet ein}, ich wurde 2008 irgendwann, ich glaube im März oder April schwanger, ähm (.) das war eher (.) äh (.) 'n Zufallstreffer, also nicht/nicht, nicht gewünscht und nicht erwartet und deswegen erst mal so ähm 'n kleiner Schock. (H, Z. 101–105)

In der zitierten Sequenz wird die Schwangerschaft als unverhofftes Ereignis kontextualisiert. Die Interviewte nimmt dabei eine doppelte Expert*innenrolle als Wissensexpertin und geübte Erzählerin ein. Zunächst soll diese Expertise erläutert werden, da sie auch verstehbar macht, welche Deutungshoheit Pia über medizinische Praktiken gewinnt. Durch den Einschub, es sei »natürlich alles auch schon 'ne Weile her«, signalisiert Pia, dass »es« sich um eine abgeschlossene, bearbeitete Geschichte handelt. Die Aussage, sie habe es lange nicht erzählt, fungiert als Entschuldigung dafür, dass die Geschichte womöglich nicht perfekt erzählt sein wird. Sie muss sich »sammeln«, um wieder in die fühlende Erinnerung einzutauchen, sie wird die Geschichte nicht unmittelbar, in fertiger Form abrufen. In diesem kurzen Einschub zeigt sich die Entwicklung von der Betroffenen zur Expertin bzw. der professionelle Rollen(rück)wechsel, den Pia hier zu vollziehen sucht: Als die Expertin, die sie mittlerweile ist, hat sie die Betroffenheit überwunden und keinen Erzählbedarf mehr. Als vormals Betroffene verfügt sie aber auch über wertvolles Erfahrungswissen, das sie der Interviewerin zur Verfügung stellt. Zu Beginn vergewissert sie sich, dass das Aufnahmegerät läuft und präsentiert sich damit als Person, die mit professionellen Aufnahmen vertraut ist.

Das Eintreten der Schwangerschaft beschreibt Pia mit dem positiv konnotierten Begriff »Zufallstreffer« und dem negativen »kleiner Schock«. Ein Treffer kann nur gelingen, wenn man auch ›im Spiel‹ ist. Die Schwangerschaft wird hier zum unverhofften, nicht intendierten Glück, das im Kontrast zum Ergebnis einer aufwendigen Planung, Durchführung und Suche steht.⁹⁵ Gleichzeitig, oder – die sequenzielle Logik ernst genommen – anschließend an die erste positive Reaktion ist sie etwas schockiert. Pia berichtet im Folgenden davon, wie sie sich mit der Schwangerschaft arrangiert (»ich war dann aber relativ schnell (.) mit der, mit der Situation hm (.) zufrieden und dachte, gut, dann ist das jetzt halt so«), während der »Vater« unter der Schwangerschaft leidet: »er aber auf der anderen Seite war (.) total am Boden zerstört, er war noch überhaupt nicht bereit und ähm, hat da sehr gelitten«.

95 Sie hatte also keinen dringenden Kinderwunsch und weist hier die Expertise für die Problematik um Unfruchtbarkeit und unerfüllten Kinderwunsch von sich.

Pia entscheidet sich zur Fortsetzung der Schwangerschaft:

Wir haben uns dann aber trotzdem äh dafür entschieden, die Schwangerschaft ähm fortzuführen, also ich vor allem, weil für mich irgendwie klar war, okay, Abtreibung kommt irgendwie nicht in Frage. (H, Z. 110–112)

Die Darstellung der paarinternen Aushandlungen und damit verbundener Schwierigkeiten plausibilisiert Pias späteren Verlust: Pia bekräftigt hier, dass sie die Schwangerschaft austragen *wollte* – und schließt damit an das Rechtfertigungsmuster an, es habe sich um ein Wunschkind gehandelt. Sie verdeutlicht die Anstrengungen, die sie zur Verteidigung der Schwangerschaft gegenüber dem skeptischen Partner auf sich genommen hat – und übernimmt bereits hier die Rolle einer Mutter, die ihr Kind vor destruktiven Einflüssen schützt.⁹⁶

Pia: Abweichung vom Normalverlauf

Die erste Abweichung von einer Normalschwangerschaft zeigt sich bei Pia in der 20. SSW bei einer Routineuntersuchung. Der behandelnde Arzt führt eine Nackentransparenzmessung (umgangssprachlich: Nackenfaltenmessung) durch, eine pränataldiagnostische Untersuchung, die nicht zur standardmäßigen Vorsorge gehört und nur auf Wunsch der Schwangeren bzw. der werdenden Eltern durchgeführt werden darf.

In der 20. Woche, also um den vierten Monat rum {atmet ein} //Ja.// sind wir dann (.) zum (.) Gynäkologen, einfach nur 'ne normale Routineuntersuchung und der hat dann (.) damals ohne zu fragen, was mir erst jetzt nachdem ich so viel drüber weiß klar wurde, {atmet ein} ohne zu fragen die Nackenfalten-Messung gemacht //Okay.// Ähm, hat die halt einfach so mitgemacht (.), ich bin ihm deswegen aber auch nicht böse, weil ich weiß, dass er eben Spezialist in dieser Sache ist und ich glaube, er macht halt {atmet ein} einfach so automatisch. Öhm, beziehungsweise der hat, er hat nur mal so angedeutet, ich mach' jetzt übrigens dis und dis und ich hatte eh keine, ich hatte kein' blassen Schimmer, von was er eigentlich spricht und hab' nur gesagt: 'jaja gut, (.) hm (.), keine Ahnung, machen Sie halt, was Sie meinen, machen zu müssen'. (H, Z. 114–122)

96 Sowohl die Anstrengung der Familienanwältin, ihren Partner auf die richtige Wir-Einstellung einzuschwören, als auch die bleibende Disparität zwischen den beiden Partnern klingen auch im folgenden Zitat an: »und dann ähm (.) als wir dann sozusagen endlich so weit waren, (.) zu sagen (.), wir freuen uns jetzt auch da drauf {räuspert sich} (2), also ich vor allen Dingen«.

Der Arzt macht »halt einfach so«, »ohne zu fragen die Nackenfaltenmessung«, die schließlich zur Verdachtsdiagnose Turner-Syndrom⁹⁷ führt, eine in den meisten Fällen noch während der Schwangerschaft für das Kind tödlich verlaufende Erkrankung. Im Nachhinein kritisiert Pia die eigenmächtige Entscheidung des Arztes, die Untersuchung durchzuführen, was sich an den Formulierungen »halt einfach so« und »nur mal so« zeigt. Was der Arzt routiniert praktiziert und sogar kommuniziert (»ich mach' jetzt übrigens dis und dis«), hat für die unwissende Schwangere weitreichende Konsequenzen, da sie sich anschließend für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheiden muss (vgl. 6.3.1).

In der Re-Evaluation der damaligen Situation offenbart sich das jetzige, kritische Einordnen der über ihren Kopf hinweg getroffenen Entscheidung. Pia beschreibt hier ein Arzt-Patientin-Verhältnis der klassischen Moderne (vgl. Parsons 1958). »Der Arzt wird als der Experte und damit als der aktive Part der Beziehung anzunehmen sein, während der Patient den eher passiven Publikums-part in dieser Beziehung zugewiesen bekommt« (Vogd 2012, S. 73). Der Patient muss darauf vertrauen, dass die Ärztin an seiner Gesundheit bzw. der Heilung der Erkrankung interessiert ist, »selbst wenn es wirklich gute Gründe gibt, an manchen Leistungen der Medizin zu zweifeln« (ebd., S. 74). In der konkreten Situation überlässt Pia ihren Körper vertrauensvoll und passiv dem wissenden Arzt (»machen Sie halt ...«)⁹⁸ und stellt keine Aufklärungsansprüche. Der Arzt nimmt ihr sodann eine womöglich schwierige Entscheidung ab, die ihr, der Unwissenden, einen Krankheitsbefund beschert, mit dem sie in der Folge umgehen muss. Inzwischen weiß sie viel darüber, hat eigene Expertise erlangt und kennt ihre Rechte. Sie weiß nun, dass eine Nackentransparenzmessung nicht ohne Einverständnis durchgeführt werden darf. Pia erläutert die Messung nicht, die indexikale Verwendung – »die Nackenfaltenmessung« – verweist auf das geteilte Expert*innenwissen von Interviewerin und Interviewter, die beide wissen, was *das* bedeutet. Pia, der genau das erst später »klar wurde«, tritt in der Erzählung hier aus der Betroffenenrolle. Heute – das steckt in der Erkenntnis – würde ihr das nicht mehr passieren.⁹⁹

97 Erkrankung, bei der sich statt zwei Geschlechtschromosomen nur ein funktionsfähiges X-Chromosom in den Körperzellen findet; deshalb auch Monosomie X genannt.

98 Durch die Einstellung erhält Pia den Befund ebenso zufällig und ungefragt, wie ihr die Schwangerschaft »passiert«. Der Arzt nimmt ihr die Entscheidung ab und sie entgeht einer Entscheidung für oder gegen die kontrovers diskutierte Nackentransparenzmessung (vgl. Baldus 2014).

99 Auch der Einschub Pias, dass sie dem Arzt »nicht böse« ist, weil sie »weiß, dass er eben Spezialist in dieser Sache ist«, verweist auf den Zuwachs von Expertise und Handlungsmacht; sie ist inzwischen besser informiert als damals und sogar in einer Position, dem inkorrekt handelnden Arzt zu verzeihen.

Um die Vorrangstellung zu verdeutlichen, die Pia dem subjektiven Körperwissen zuweist, sei die Fortsetzung ihrer Stegreiferzählung zitiert:

Als er schon das Ultraschallgerät anmachte, haben eigentlich ähm der Vater und ich (1) beide als Laien schon geseh'n, dass irgendwas nicht stimmt ähm und, und wenn man als Laie in der 20. Woche aufm Ultraschallbild sieht, dass was nicht stimmt, {atmet ein} dann äh stimmt wirklich (.) ziemlich viel nicht, ja? Also //Okay.// man sieht ja nicht (.) wirklich viel als Laie {atmet ein}. Öhm, (.) also das Ultraschallbild war insofern auffällig, dass äh, dass Rosi, unser Kind ähm, dass/dass diese Normalform von, von so'm (.) kleinen ähm Fötus ja normalerweise {atmet ein}, also man weiß ja, wie das aussieht und bei ihr war das so, dass hinten am Hals, gerade eben bei dieser, bei dieser Na/, beim Nacken ähm, wa/ später wusst' ich dann es ist 'ne Wasseransammlung, einfach so 'ne Beule war. //Okay.// Und ich hab' dann schon gemerkt, okay hier ist jetzt irgendwie (.) nicht gut {atmet ein} und (.) dann hab' ich auch gemerkt, der Arzt, der wurde dann immer ruhiger und ruhiger und hat auch nichts mehr gesagt (.) und dann ähm (.) hat er relativ bald, (.) noch während der Untersuchung, ge/ gesagt, er glaubt, ähm, das Kind hätte äh die Monosomie X, dis äh Turnersyndrom ist das. (H. Z. 122–134)

Pia beginnt die Erzählung zur Diagnostik mit der eigenen Wahrnehmung einer Normabweichung. Mit dem Einschalten des Ultraschallgeräts sehen sie und ihr Partner »eigentlich schon, dass irgendwas nicht stimmt«. Dass sie »Laien« sind, die noch vor der Aufklärung durch den Experten eine Abweichung erkennen, verstärkt die Störung – es »stimmt wirklich ziemlich viel nicht«. Pia erläutert die Auffälligkeit im Ultraschallbild. In der Situation erscheint statt der erwarteten fötalen Normalform »hinten am Hals beim Nacken« eine »Beule«, die sich später als Wasseransammlung herausstellt. Neben dem Registrieren dieser Abweichung zieht Pia die Körpersprache des Arztes, der »immer ruhiger und ruhiger« wird, zur Deutung der Situation heran. Die Sequenz schließt mit der zeitnah geäußerten Verdachtsdiagnose des Arztes. Die damit rekonstruierte Sequenzierung der Ereignisse zeigt, dass Pia ausgehend von ihrer Wahrnehmung und ihrem Vorwissen (z. B. über die fötale Normalform) ärztliches Wissen als zusätzliche, nicht aber prioritäre Wissensquelle hinzuzieht.¹⁰⁰ Somit priorisiert Pia subjektives Körperwissen und ordnet heteronom Erlebtes nachträglich als

100 Pias damaliges Körpererleben lässt sich schwerer rekonstruieren als das der Betroffenen in den anderen biografischen Fällen, da die acht Jahre zurückliegende Verlusterfahrung abgeschlossener scheint und sich weniger Hinweise auf Leibkörperliches finden. Es lässt sich argumentieren, dass Pia sowohl im normorientierten Modus erlebte, z. B. als sie die passende Einstellung des Paares zur gewünschten Schwangerschaft herstellte, als auch im heteronomen Modus, als der Arzt ungefragt eine Nackentransparenzmessung durchführte.

ärztlich verschuldet ein. Dadurch gewinnt Pia autonome Deutungsmacht über ihren Körper (zurück).

4.4.3 Zusammenfassung

Im Idealtyp autonomen Körperdeutens beziehen sich die Subjekte selektiv auf medizinisches Körperwissen und Fremddeutungen und orientieren ihr Handeln primär an Selbstdeutungen. Die selektive Ablehnung und Aneignung konstituiert das subjektive Körperwissen mit, das aus verschiedenen Wissensquellen generiert wird. Für dessen Herstellung werden also durchaus Wissen und Praktiken der Medizin einbezogen. Rhea steht beispielhaft für die Körperdeutung im autonomen Modus, bei der eine selektive Aneignung und Ablehnung von Fremddeutungen erfolgt. Während sie negativ auf systemimmanente Strukturen und individuell-ärztliches Handeln Bezug nimmt, eignet sie sich medizinisches Fakten- und Routinewissen an, das zur Grundlage ihres Fühlens und Handelns wird. Der Fall Pia zeigt ebenfalls ein Primat subjektiven Körperwissens sowie – exemplarisch – eine nachträgliche Re-Evaluation einer heteronom erlebten Situation.

4.5 Krisenpotenziale der Deutungsmodi – Zwischenfazit

Es wurden drei Modi des Körperdeutens vorgestellt, in denen je anders auf medizinisch-ärztliche Fremddeutungen Bezug genommen wird (Tab. 2). Aus der jeweiligen Bezugnahme ergibt sich eine spezifische handlungsleitende Relation von (medizinischer) Fremddeutung und (leiblich generierter) Selbstdeutung. Für das Verhältnis entscheidend sind die Subjektdeutungen darüber, ob Fremd- und Selbstdeutung ›stimmig‹ sind oder voneinander abweichen sowie die rekonstruierte Handlungsmacht, etwaige Diskrepanzen zu bearbeiten. Während z. B. im autonomen Modus Selbstdeutungen Primat von Handlungsentscheidungen sind und im normorientierten Modus eine Anpassung an dominante Deutungen hergestellt werden kann, beeinflussen Selbstdeutungen im heteronomen Modus den weiteren Behandlungsverlauf nicht. Die Modi – in denen Fremddeutung als *Handlungsanweisung*, *Handlungsorientierung* oder *optionale Handlungsorientierung* fungiert – bergen je spezifische Krisenpotenziale. Im Folgenden charakterisiere ich jeden Modus der Körperdeutung im Hinblick auf seine *potenzielle Krisenhaftigkeit*, bevor ich darauf aufbauend der Frage nachgehe, welche Bedeutung dem Modus der Körperdeutung für die individuellen *Verlusterfahrungen* zukommt.

Tabelle 2: Modi der Körperdeutung

| | Heteronom | Normorientiert | Autonom |
|--|---|---|---|
| Selbstdeutung | Findet keine Beachtung, nicht handlungsleitend | Findet Beachtung, nicht handlungsleitend | Handlungsleitend |
| Verhältnis zur Fremddeutung | Dominanz der Fremddeutung | Anpassung an dominante Fremddeutung | Selektive Aneignung/Ab-lehnung der Fremddeutung |
| Funktionen der Fremddeutung für das Subjekt | Handlungsanweisung Erklärung Übernahme von Verantwortung | Handlungsorientierung Erklärung Normierung | Optionale Handlungsorientierung Erklärungsangebot Identitätsstiftung durch Differenz |
| Krisenpotenziale | Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremddeutung Grenzen und Widersprüche des Wissens von Expert*innen | Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremddeutung fehlende individuelle Ressourcen zur Her-stellung von Kongruenz | Delegitimierung durch Mehrheitsgesellschaft Kontingenzerfahrung, Sinnfragen |

Selbstentrechtung, medizinisches Nichtwissen und fehlende Deutungsressourcen

Im *heteronomen Modus der Körperdeutung* wird medizinisch-ärztliche Fremddeutung zur Bestimmung des körperlichen Erlebens herangezogen, subjektive Empfindungen spielen entweder gar keine oder keine deutungsbestimmende und handlungsleitende Rolle. Körperliches ist durch medizinische Expert*innen (fremd)bestimmt und das Subjekt auf diese Deutungen angewiesen. Bestehen keine diagnostischen Unsicherheiten, dienen Fremddeutungen einer objektiven Erklärung des aktuellen Erlebens und können als rationale Entscheidungsgrundlage herangezogen werden. Sie fungieren als Handlungsanweisungen und Erklärungen bezüglich des eigenen Körpers, für die Ärzt*innen Verantwortung übernehmen. Die Betroffenen vertrauen den Fremddeutungen und akzeptieren sie oder aber sie stehen ihnen machtlos gegenüber.¹⁰¹ Verantwortung für und Bestimmung über ihren Körper liegen also, idealtypisch formuliert, nicht primär bei ihnen selbst, sondern beim ärztlichen Anderen. Entsprechend liegt auch eine

101 Eine empirisch interessante Frage ist, ob insbesondere Personen, die ihren Körper heteronom deuten, »den Ärzten hinsichtlich der Auswahl und Durchführung vertrauen [wollen]« (Stollberg 2008, S. 433), also ein klassisches Arzt-Patient-Verhältnis favorisieren. Zu viel »Patientenbeteiligung« (ebd., S. 425) könnte für sie verantwortungslos und überfordernd sein.

etwaige Schuld, z.B. für unzulängliche Aufklärung, bei den Expert*innen und nicht beim Subjekt, das diese Schuld von sich weisen kann. Der Deutungsmodus erfüllt darüber hinaus weitere Schutzfunktionen, da die Rationalisierungen und Distanzierungen von Selbstdeutungen emotionalen Bedrohungen etwas entgegenzusetzen vermögen.

In dieser distanzierenden Positionierung liegt zugleich ein für diesen Modus typisches Krisenpotenzial. Subjektive Empfindungen und medizinische Körperdeutungen können in Spannung geraten. Die Krisenhaftigkeit ergibt sich dann aus der *Diskrepanz der beiden Deutungsweisen*, bei der die von der dominanten Deutung abweichenden *Selbstdeutungen unterdrückt oder (selbst)entrechtet* werden (anderenfalls handelt es sich nicht um einen heteronomen Modus). Erfahrungen in diesem Deutungsmodus legen deshalb ein Engagement zur Änderung dominanter Körperdeutungsmuster nahe. Aufgrund fehlender, unzureichender oder unzutreffender Deutungen des eigenen Körpers entsteht ein Bedarf, den kulturellen Wissensvorrat und damit verbundene Normierungen zu erweitern, zu verändern oder aufzuweichen. Weiterhin birgt bei diesem Typ medizinisches bzw. *ärztliches Nichtwissen* ein besonderes Krisenpotenzial. Während medizinische Erklärungen das eigene Erleben verstehbar und für andere darstellbar machen, werden etwaige Grenzen und Ambivalenzen medizinischer Aufklärung zur Ursache von Krisen. Wenn die dominanten, verantwortlichen Deutungsinstanzen *keine Deutungs- und Handlungsressourcen* zur Verfügung stellen, kann das Subjekt bei *Deutungsbedarf* im heteronomen Modus auf keine zurückgreifen. Dieser Bedarf kann unter Umständen von alternativen, etwa spirituellen, Deutungen gedeckt werden.

Subjektverantwortung und fehlende Anpassungsressourcen

Im *Modus normorientierter Körperdeutung* sind sowohl Fremd- als auch Selbstdeutungen handlungsrelevant, aber den medizinischen Deutungen wird letztgültige Deutungsmacht zugeschrieben; Selbstdeutungen werden von ihnen geprägt oder bestätigt oder sie werden an sie angepasst. Somit entsteht durch eine Anpassungsleistung des Subjektes eine Kongruenz der beiden Deutungsweisen. In der nachträglichen kognitiven Bearbeitung werden ursprüngliche Krisen in pragmatisch behandelbare medizinische Kategorien überführt, die das krisenhafte Erleben adäquat einordnen, es ›ablegbar‹ und bewältigbar machen. Beispielsweise werden die epistemischen Praktiken der Medizin (wie Ultraschall oder Hormonwertmessung) genutzt, um subjektive Verdachtsmomente zu bestätigen, Erlebtes zu manifestieren und somit zu normalisieren. Darüber hinaus wird bekanntes medizinisches Wissen zur Vermeidung von Krisen herangezogen (z. B. Abwarten des ersten Trimesters). Diese Techniken der präventiven Krisenvermeidung und nachträglichen Krisenbearbeitung erinnern an Arlie Hochschilds (1979) Strategien des *deep acting* in der Gefühlsarbeit. Im Gegensatz

zum *surface acting*, der Arbeit am sichtbaren Gefühlsausdruck, bezeichnet *deep acting* das emotionale Tiefenhandeln, bei dem von Akteur*innen genau die Emotionen erzeugt werden (müssen), die den sozialen Erwartungen entsprechen (Hochschild 1979, S. 558; vgl. Neckel 2013, S. 171). Die Arbeit an den eigenen Gefühlen im Hinblick auf Normalitätserwartungen trägt so zur Bewältigung von Alltag und Krisen bei.¹⁰²

Zugleich, und darin liegen die Krisenpotenziale dieses Typs, muss diese Arbeit der Krisenbewältigung vom Subjekt geleistet werden. Ressourcen und Strategien zur Herstellung von Normkonformität liegen im Subjekt selbst und müssen entsprechend mitgebracht oder erarbeitet werden. Wenn diese *Handlungsressourcen* zur Krisenbewältigung und Konformitätsherstellung *fehlen*, oder aber – das geht miteinander einher – wenn die *Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremddeutungen* unüberbrückbar wird, erlebt das Subjekt einen krisenhaften Zustand.¹⁰³ Die Deutungen geraten in Spannung, die handelnde Person kann die Selbstdeutungen nicht an die Norm anpassen – in diesem Zustand der Diskrepanz sind nicht nur die *eigentliche Körpererfahrung* und deren unpassende Fremddeutung krisenhaft. Vielmehr bedeutet die als eigenes Unvermögen interpretierte Unmöglichkeit, Normkonformität herzustellen, eine *Krise des Selbstbildes* und Selbstwertes. Das Subjekt sieht sich als *selbst verantwortlich* für die Herstellung von Normkonformität (um es anders auszudrücken: für das eigene Glück). Gelingt es nicht, diese herzustellen, werden nicht die Fremddeutungen angezweifelt oder verantwortlich gemacht, sondern das Subjekt rechnet die Schuld dafür sich selbst zu.¹⁰⁴ Eine dem Modus entsprechende Lösungsstrategie für solche Krisen wäre, Therapien, Coachings oder andere individualisierende Angebote in Anspruch zu nehmen.

Gesellschaftliche Delegitimierung

Anders als bei den beiden anderen Typen ist im *autonomen Deutungsmodus* subjektives Erleben eine eigenständige Deutungsmacht und legitime bis vorrangige Handlungsgrundlage. Auf medizinisches Körperwissen wird mitunter selektiv Bezug genommen, um subjektive Körperdeutungen und damit verbundene Praktiken abzusichern, zu verteidigen oder zu klären. Medizinische Fremddeutungen bieten somit eine optionale Handlungsorientierung. Das

102 Hochschild (2006) fokussiert und kritisiert in ihren Studien die gesellschaftlichen und ökonomischen Zwänge, die ein erfolgreiches Emotionsmanagement erforderlich machen.

103 Während im heteronomen Modus ggf. Deutungs- und Handlungsressourcen für die Deutung des eigenen Körpers fehlen, fehlen sie hier in Bezug auf die Bewältigung der Diskrepanz.

104 Auch wenn, in der Zurechnung, das Schicksal für die Ursache (mit)verantwortlich gemacht wird, besteht in diesem Modus die Orientierung an der Norm, den Schicksalsschlag zu verarbeiten und nach einer Zeit wieder zu funktionieren.

Subjekt legt den Selbstdeutungen, anders als etwa im normorientierten Typ, einen substanziellen Gehalt zugrunde, der – im Sinne von ›ich fühle es, also ist es‹ – unabhängig von medizinischen Deutungen besteht. Die dezidierte Ablehnung von medizinischen Kategorien kann auch identitätsstiftend wirken. Theoretisch wäre eine radikale Form des autonomen Deutens denkbar, in der Körperdeutung ausschließlich leiblich generiert und gänzlich auf medizinische Beschreibungsweisen verzichtet wird.¹⁰⁵ Empirisch ließ sich dieser Typ nicht finden. Daher rührt meine These, dass in der Gegenwart keine intersubjektiv anschlussfähige Körperdeutung unabhängig von medizinischem Wissen und klinischen Strukturen existiert.

Dadurch, dass im autonomen Deutungsmodus die Selbstdeutung als Handlungsprimat anerkannt wird, bergen, wieder idealtypisch gedacht, weder medizinische Deutungen und sich eventuell daraus ergebene Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbstdeutung noch medizinische Wissenslücken ein besonderes Krisenpotenzial. In der Realität der Gegenwart lassen sich, wie angedeutet, keine Personen finden, die bei einer solch intensiven körperlichen Erfahrung wie einer (drohenden) Fehl- oder Stillgeburt ihren Körper völlig unabhängig deuten. Um dennoch in der Zuspitzung zu bleiben: Eine autonome Körperdeutung bedeutet, dass sie sich jenseits dominanter und legitimer Kategorien vollzieht – und damit mehrheitsgesellschaftlich *nicht anerkannt* ist. Empfindet und deutet eine Person also bspw. einen Schlaganfall als göttliche Botschaft, Homöopathie als wirksam oder eine Molenschwangerschaft¹⁰⁶ als Kind, läuft sie Gefahr, für irrational, weltfremd oder anderweitig anormal oder erkrankt erklärt zu werden. Im radikal autonomen Modus stellen die damit verbundenen *Delegitimierungen*, *Stigmatisierungen* und *Ausgrenzungen* für das Subjekt kein Problem dar. In der Realität sind diese sozialen Sanktionen allerdings schwer zu ignorieren und legen dem Subjekt nahe, Selbstdeutungen und die damit verbundene Identität infrage zu stellen.¹⁰⁷

105 Duden (2002, S. 13) suggeriert eine anthropologische Fähigkeit zur Selbstdeutung während der Schwangerschaft als »störrische Gewissheit von Frauen [...], dass nur sie, nur jede einzelne für sich wusste und wissen konnte, in welchem ›Zustand‹ sie sich befand«. Auch forcieren Hebammen subjektive Wissensformen und bestärken Schwangere darin, das Leibliche als Wissensquelle heranzuziehen.

106 Schwangerschaft mit einem sogenannten Molen-, Wind- oder Abortivei, d. h. die Fruchthöhle bleibt leer und es entwickelt sich kein Embryo, obwohl die Plazenta wächst und eine Schwangerschaft besteht.

107 In diesem Modus könnten Krisen auch durch Kontingenzerfahrung bedingt sein. Wie das medizinisch-ärztliche Wissen können andere Fremd- und Selbstdeutungen als optional und dadurch kontingent wahrgenommen werden und ihre Deutungshoheit verlieren.

Körperdeutung, Verlustobjekt und Krisenhaftigkeit der Verlusterfahrung

Abschließend sei der Frage nachgegangen, welche Rolle die Modi für die individuellen Verlusterfahrungen spielen. Die herausgearbeiteten Krisenpotenziale lassen schon erahnen, dass der Modus der Körperdeutung – in Kombination mit ›objektiven‹ Verlustbedingungen – die individuelle Verlusterfahrung und ihre Krisenhaftigkeit beeinflusst. Wer heteronom deutet, für die ist es problematisch, wenn die Deutungsinstanz keine Deutung oder Handlungsanweisung zur Verfügung stellt, z. B. bei unklaren Diagnosen. Wer den eigenen Körper normorientiert deutet und behandelt, gerät in Schwierigkeiten, wenn sich die Norm weder erfüllen noch verändern lässt (oder auch, wenn es keine klare Norm gibt), z. B. wenn der Wunsch besteht, eine Spätabtreibung durchführen zu lassen oder eine Schwangerschaft trotz infauster Diagnose fortzusetzen. Wer den eigenen Körper autonom deutet, z. B. keine Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch nimmt und ein Kind mit Behinderungen zur Welt bringt, erfährt voraussichtlich Diskreditierungen.

Implizit habe ich meinen Ausführungen zugrunde gelegt, dass das Ungeborene ein Teil des Körpers ist, womit ich es als deutungsbedürftiges Element des körperlichen Erlebens einer Fehl- oder Stillgeburt konzipiert habe.¹⁰⁸ Wie diejenige ›anderer‹ Körpererscheinungen unterliegt die Deutung des Ungeborenen medizinisch geprägter und ethisch umstrittener Fremddeutung. Eine dominante Deutung ist z. B., dass es sich erst um ein richtiges Kind handelt, wenn es lebend geboren wurde. Besteht aus Perspektive der Betroffenen eine alternative Selbstdeutung, nämlich die, dass ein Stillgeborenes bereits ein Familienmitglied gewesen ist, macht es einen Unterschied, in welchem Modus der Körperdeutung der Verlust erlebt wird. Im normorientierten Modus würde die Selbstdeutung des Erlebnisses an den gesellschaftlichen Mainstream angepasst, so wie es der medizinischen Norm entspricht, also in etwa an eine Haltung wie diese: ›Es war eine *Fehlgeburt* und noch kein Kind‹. Im heteronomen Modus würde diese Selbstdeutung unterdrückt oder delegitimiert. Ein Beispiel dafür ist die Inschrift eines Berliner Sternenkinder-Gedenksteines: »Man sagt Ihr habt noch nicht gelebt, aber ihr habt tiefe Spuren in unseren Herzen hinterlassen«, in der sich beides, die subjektive Erfahrungsgewissheit und die Reproduktion des gesellschaftlichen Common Sense ausdrückt (siehe dazu ausführlich 7.5.4). Im autonomen

108 Die Deutung des *schwangeren* Körpers ist davon geprägt, dass potenziell im Schwangerschaftsverlauf zunehmend mindestens ein weiterer, eigener Körper fremdgedeutet wird. Dann geht es also nicht mehr (nur) um das Verhältnis von Fremd- und Selbstdeutung, sondern (auch) darum, die Deutungshoheit einer eigenen Deutung des Ungeborenen gegenüber der Fremddeutung anderer zu gewinnen.

Modus schließlich würden Betroffene ihr Fehl- oder Stillgeborenes auf selbstbestimmte Weise deuten und entsprechend behandeln, z. B. Begrüßungs- und Abschiedsrituale durchführen. Diese Praktiken bleiben vergleichsweise anonym und privat, unterlaufen die gesellschaftliche Norm und können unter Umständen illegitim sein.

In den folgenden Kapiteln wird nun dargelegt, wie diese – umstrittene und lange illegitime, aber zunehmend anerkannte – Deutung, dass es sich bei einer Fehl- oder Stillgeburt um den Verlust eines (Sternen-)Kindes handelt, sozial konstruiert und plausibel gemacht wird.

Konstitution des Kindsverlusts

Drei Dimensionen – Körpermaterialität (Kapitel 5), medizinisch (un)bestimmtes Leben (Kapitel 6) und Anerkennung von Personalität (Kapitel 7) – haben sich als zentral für die Konstitution eines Kindsverlusts herausgestellt. Im Zuge der Theoriebildung konnten mithilfe dieser Schlüsselkategorien alle Konzepte integriert werden, die erklären, unter welchen Bedingungen Fehl- und Stillgeburten zu intersubjektiv anerkannten Erfahrungen eines Kindsverlusts werden.¹⁰⁹

Dabei bilden die Dimensionen auf den ersten Blick eine scheinbar natürliche Folge: Zunächst entwickelt sich eine organisch-materielle Basis, organischer Materie kann menschliches Leben zugeschrieben werden, und das wiederum personalisiert. Allerdings kann, wie ich zeigen werde, die subjektive Erfahrung, ein (Sternen-)Kind zu verlieren, von dieser Stufenfolge unabhängig sein. Die Personalisierung des Ungeborenen kann der organisch-materiellen Basis vorausgehen und die Zuschreibung von menschlichem Leben in einem losen Zusammenhang mit der vorhandenen Körpermaterialität stehen. Intersubjektiv anerkannt wird ein (Sternen-)Kindsverlust in der empirischen Wirklichkeit aber nur, so die These, wenn er hinsichtlich jeder der drei Dimensionen plausibel gemacht werden kann und diese somit auf spezifische Weise zusammengebracht werden.

Innerhalb jeder Dimension bestehen sprachlich-performative Möglichkeiten und Grenzen, an die Deutung anzuschließen, dass es sich um den Verlust eines (Sternen-)Kindes handelt. Wird in *allen* Dimensionen an die Deutung angeschlossen, besteht aus intersubjektiver Perspektive ›kein Zweifel‹ mehr am Verlust eines Kindes. Dabei sind die Dimensionen empirisch nicht unabhängig voneinander, z. B. wird aus intersubjektiver Perspektive ohne Körpermaterialität weder Leben noch Personalität zugeschrieben. Im Folgenden wird entlang der Dimensionen rekonstruiert, wie Fehl- und Stillgeburten als Kindsverluste erfahren und intersubjektiv hervorgebracht werden. Das heißt, während im vorigen Kapitel das Körpererleben *vor* den *Verlustsituationen und -erfahrungen* herausgearbeitet wurde, stehen in den folgenden drei Kapiteln diese selbst im Vordergrund.

In den Kapiteln werden Fälle herangezogen und verglichen, die sich aus medizinischer Sicht ähneln. Ich zeige dabei, wie bei diagnostisch ähnlicher Lage unterschiedlich an die Deutung eines Kindsverlusts angeschlossen wird, also Fälle, in denen ein Kind durch soziale Praktiken und Versprachlichungen

109 Daneben standen bspw. Reziprozität, Sichtbarkeit, Bewegung, Biografizität und Familiarität zur Diskussion. Alle diese Kategorien ließen sich in die finalen Schlüsselkategorien integrieren.

konstruiert wird und solche, bei denen das unter vergleichbaren Bedingungen nicht der Fall ist. Durch diese Fallkontrastierungen wird die *Kontingenz* vermeintlich faktischer Bedingungen deutlich, auf deren Grundlage eine Fehl- oder Stillgeburt als Kindsverlust erfahren und darstellbar gemacht wird. Die analytische Trennung der Dimensionen ermöglicht es, aufzuzeigen, wie und unter welchen (körper-)materiellen, medizin(techn)ischen und sozialen Bedingungen ein Kindsverlust entsteht und anerkannt wird. Diese Praktiken und ihre Voraussetzungen konturieren dadurch zugleich die *Grenzen* einer legitimen Konstruktion von Kindsverlust bei Fehl- und Stillgeburt.

Körpermaterialität, (Nicht-)Leben und Personalität konstituieren Kindsverlust, sind aber unterschiedlich stark institutionalisiert. Die Ergebnisse setzen demnach auf verschiedenen Ebenen an. Erstens werden unter Körpermaterialität leibkörperliche und technisch vermittelte *Wahrnehmungen* des Ungeborenen, z. B. in seiner anthropomorphen Gestalt, diskutiert (Kapitel 5). Zweitens behandle ich Bezugnahmen auf medizinisches Wissen über Lebensstatus und Lebenschancen des Ungeborenen, das als rational darstellbares *Wissen* Handlungsorientierung und -legitimation bietet (Kapitel 6). Drittens werden unter Personalität *soziale Praktiken* und Akte der personalen Anerkennung beschrieben, an denen neben Betroffenen weitere Beteiligte wie Ärzt*innen und Bestatter*innen partizipieren (Kapitel 7). Es kommen mit jeder dargestellten Dimension also zusätzliche potenzielle Akteur*innen hinzu, die die Deutung, dass es sich um einen Kindsverlust handelt, auch performativ absichern. Zugleich verkleinern sich mit jedem positiven Anschluss an die Kindsverlustdeutung die Deutungs- und Verhandlungsspielräume bezüglich der Frage, ob hier ein Kind verloren wurde oder nicht.

Im Ergebnis steht ein Modell, das eine empirisch fundierte Theorie der Konstitution von Kindsverlust abbildet. Diese stellt zum einen auf intersubjektiv gültige Deutungen, Legitimationen und Praktiken ab und macht somit die soziale Konstruktion einer legitimen Kindsverlustererfahrung verstehbar. Zugleich wird in den folgenden Kapiteln immer wieder aufgezeigt, wie subjektive Empfindungen und Deutungen mit intersubjektiven Deutungen und Institutionalisierungen in Spannung geraten. Durch die Rekonstruktion solcher Diskrepanzen leistet die folgende Darstellung so zum anderen einen Beitrag zum Verständnis davon, wie (fehlende) kulturelle Vorstellungen und Bewertungen die individuellen Verlustererfahrungen prägen und (de)legitimieren.

Kapitel 5

Konstitution I – Körpermaterialität

In den Verlustsituationen sowie unmittelbar danach spielt die materielle Formung des fötalen bzw. kindlichen Körpers eine Rolle für die »Selektionen« (Knorr-Cetina 1991, S. 26) der Betroffenen, die Situation und das Erlebte als Verlust eines Kindes zu definieren. Mit der fötalen/kindlichen Körpermaterialität gehen wahrgenommene Möglichkeiten oder Zwänge einher, eine Geburt und sich als Eltern zu erfahren, einen Abschied zu gestalten und soziale Sichtbarkeit für den Kindsverlust zu generieren. Statt von einer substanziellen Körpermaterialität auszugehen, d. h. von tatsächlichen körperlichen Zuständen des Fötus/Kindes, die die Deutung und Erfahrung als Kindsverlust determinieren, verstehe ich Körpermaterialität als Wahrnehmung oder diskursiv-praktische Formung organischer Materie, die dem Kind zugeordnet wird. In dieser Konzeption beinhaltet der Begriff ›Körpermaterialität‹, dass die materielle Hervorbringung¹¹⁰ eines kindlichen Körpers eine Möglichkeit ist, die unter bestimmten Umständen realisiert werden kann, aber nicht muss. Diese Umstände werden im Folgenden geklärt.

Konzepte wie Verkörperung, Materie, Materialität und Materialisierung werden seit Jahrzehnten immer wieder neu verhandelt (vgl. Bublitz 2018, S. 27; Bath et al. 2005). Unter der Prämisse, dass »Körper innerhalb von machtvollen, historisch sich verändernden Diskursen und Praktiken zugleich konstituiert werden und konstituierend wirken« (Bath et al. 2005, S. 20) steht zur Frage, wie Körper, Materie und Diskurs zueinander stehen. Hannelore Bublitz geht mit Rückgriff auf Judith Butler (1995) davon aus, »dass Materie und Form untrennbar miteinander verbunden sind; Materie erscheint nicht unabhängig von der Form, sondern sie tritt immer nur in einer bestimmten Form in Erscheinung. Die Form ist die spezifische Art der Aktualisierung der Materie, gewissermaßen das ›Gewand‹, in dem Materie in Erscheinung tritt, so Butler mit Rekurs auf Aristoteles in Bezug auf die Materialität und die Materialisierung des Körpers« (Bublitz 2018, S. 29). In diesem Sinne geht es hier um Körpermaterialität, die die Form eines Fötus oder eines Kindes annimmt.

Im Folgenden wird der Spielraum der körpermateriellen Hervorbringung eines Kindes aufgezeigt, d. h. dargelegt, wie und wie unterschiedlich die Beforschten eigene und fötale Körpermaterialität einbeziehen, um von ihren

110 An manchen Stellen spreche ich nicht von ›Konstruktion‹, um zu betonen, dass die intersubjektiv plausible Hervorbringung eines Kindes keine reine Konstruktion ist, sondern einer entsprechenden materiellen Basis bedarf. Es soll nicht die Assoziation entstehen, Betroffene könnten oder wollten sich ein Kind ›herbeikonstruieren‹.

Erfahrungen zu erzählen. Dabei zeigt sich die Evidenz, die Betroffene der Körpermaterialität zuschreiben: Bestimmte materielle Zustände *bedeuten* für sie ein Kind. Zugleich werden die Grenzen des Spielraums konturiert, innerhalb dessen es legitim, also intersubjektiv anerkannt, ist, von einem Kind zu sprechen. Es wird gezeigt, welcher körpermateriellen Voraussetzungen es bedarf, damit Betroffene von einem Kindsverlust ausgehen können bzw. einen solchen empfinden dürfen, ohne für weltfremd oder verrückt erklärt zu werden.

Es folgen vier Thesen zur Bedeutung von Körpermaterialität für die Erfahrung von Schwangerschaftsverlusten als Kindsverlusten.¹¹¹ *Erstens*: Es bedarf keines anthropomorphen Kindeskörpers, um eine Fehlgeburt als Kindsverlust zu deuten, zu erfahren und für Dritte darstellbar zu machen (5.1). Diese erste These ist die Grundthese, auf der die anderen Thesen des Kapitels aufbauen. Sie bezieht sich auf einen ersten¹¹² Aushandlungsbedarf, nämlich darauf, ob da überhaupt schon ein Kind war oder nicht, und damit verbundene Anerkennungskonflikte. Die These wird anhand einer ausführlichen Fallanalyse induktiv entfaltet. Der Fall veranschaulicht in kondensierter Form auch die anderen Aspekte der Körpermaterialität, die anschließend – dann thesenbasiert – vorgestellt werden. *Zweitens*: Die Erfahrung einer Fehlgeburt und damit von frühem Kindsverlust während der Schwangerschaft ist medizintechnisch vermittelt (5.2). Diese These fokussiert die medizintechnischen Medien, die Voraussetzung dafür sind, frühe Fehlgeburten, bei denen kein anthropomorpher Kindeskörper zur Welt kommt, überhaupt als Kindsverluste zu erfahren. *Drittens*: Der medizintechnische Nachweis einer Schwangerschaft ist die körpermaterielle Grenze, ab der legitim vom Verlust eines (Sternen-)Kindes gesprochen werden kann (5.3). Dieser Abschnitt markiert die exakte Grenze, die anzeigt, welche Materie und wie viel davon notwendig ist, um nach dem Abgang von Kindsverlust sprechen zu können. Die medizintechnisch und diskursiv vermittelte Erfahrung, ein Kind verloren zu haben, kann – wie ich zeige – noch vor dem oder parallel zum Abgang selbst erlebt werden. In der Folge ergibt sich für diejenigen, die das Gesamtgeschehen zwar als Kindsverlust erfahren, bei denen der Abgang aber keinen Kindeskörper, sondern (nur) Blut und Schleim zum Vorschein bringt, eine krisenhafte Situation. Verschiedene Verhältnisse, in denen Kindesvorstellung und Kindeskörper nach dem Abgang stehen können, sind die Grundlage für die Modellbildung der vierten These. *Viertens*: Jede Verlustsituation birgt ein spezifisches Verhältnis von Kindesvorstellung und körperlicher Materialisierung des fehlgeborenen Kindes (Kindeskörper). Erfahrungen, in denen das Verhältnis von Kindesvorstellung

111 In der Ergebnisdarstellung von Thesen zu sprechen, stieß bei einigen Kolleg*innen aus der qualitativen Forschung auf Irritation. Die den Abschnitten vorangestellten Aussagen sind die zentralen Ergebnisse meiner empirischen Analyse, der Thesenbegriff verweist auf deren prinzipielle Diskutierbarkeit.

112 Ist die Materialität unbestritten, folgen mit (Nicht-)Leben und Personalität weitere Aushandlungskontexte.

und Kindeskörper inkongruent ist, bergen ein deutungsbedingtes Krisenpotenzial, das nicht besteht, wenn die Kindesvorstellung vor dem Abgang mit dessen körperlicher Materialisierung danach übereinstimmt (5.4).

5.1 »Kleine Geburt«: Die Konstruktion des Kindes ohne Körper

Es bedarf keines anthropomorphen Kindeskörpers, um eine Fehlgeburt als Kindsverlust zu erfahren und für Dritte darstellbar zu machen.

Die folgende Fallrekonstruktion basiert auf einem YouTube-Video, in dem eine Betroffene ihre Fehlgeburt dokumentiert.¹¹³ Im Datenmaterial werden die konkreten materiellen und symbolischen Praktiken der Hervorbringung des Kindes – in diesem Fall eines Kindes ohne Körper – beobachtbar.¹¹⁴ Die Fehlgebärende Nina hat eine starke Kindesvorstellung, erfährt und inszeniert ihre Fehlgeburt als ›kleine‹ Geburt und sich als Mutter. Die im Video erkennbare körpermaterielle Spurensuche nach dem Kind steht im Dienste einer plausiblen Repräsentation des Kindsverlusts gegenüber Dritten. Zur Inszenierung zieht Nina materielle Artefakte der Schwangerschaft und der Fehlgeburt heran, die ihren Verlust ›beweisen‹ und darstellbar machen sollen. Das Beispiel zeigt, wie dehnbar die materiellen Grundlagen für die Hervorbringung eines Kindes im Falle früher Schwangerschaftsverluste sind, und welche hohe Evidenz zugleich materiellen Grundlagen zugeschrieben wird; es verdeutlicht die technischen Voraussetzungen für die körpermaterielle Hervorbringung des Kindsverlusts und konturiert die materiellen Grenzen dieser Konstruktion.

Inszenierung als ›kleine Geburt‹ und Agenda des Sichtbarmachens

In ihrem Vlog veröffentlicht Nina 2017 einen knapp viertelstündigen Beitrag unter dem Titel »Was passiert bei einer natürlichen Fehlgeburt: Kleine Geburt Vlog«, der zum Zeitpunkt der Interpretation fast 448 000 Mal aufgerufen worden ist. Darin, so erklärt sie, dokumentiert sie ihre Fehlgeburt, die ihr zu Beginn der Videodokumentation noch bevorsteht. Das Fehlgebären ist im Video allerdings nicht zu beobachten, da die Vloggerin an den entscheidenden Stellen auf symbolische Artefakte wie Ultraschallfotos zurückgreift (siehe unten). Mit wenigen Mitteln inszeniert Nina dennoch eine Geburt, und stellt das »Baby« sowie sich als Mutter eines Kindes dar. Unhinterfragt für sie ist, *dass* es sich um

113 Eine Kurzinterpretation des Falles, der einzelne Sequenzen und Formulierungen entnommen sind, findet sich in Böcker (2022).

114 Bei der Auswertung wurden Aspekte der Inszenierung und der spezifischen Aufmerksamkeitslogik im Internet sowie ästhetische Veränderungen der Videoaufnahmen (z. B. Schnitte) berücksichtigt.

den Verlust eines Babys, um ein »Regenbogenkind«, handelt. Die Rede vom »Regenbogenkind« (einem Kind einer Folgeschwangerschaft nach einem Sternenkind, vgl. 2.1.3) verdeutlicht, dass sie ihre beiden vorigen Fehlgeburten ebenfalls als Kindsverluste begreift. Dass es sich um eine Geburt handelt bzw. handeln soll, weiß die Zuschauerin schon durch den Videotitel. Der Ausdruck »kleine Geburt« wird seit einigen Jahren auf Hebammenblogs und in Kinderwunsch-/Elternforen anstelle des Begriffs »Fehlgeburt« verwendet (etwa von Friedrich 2015; Marie 2018). Mit der Aneignung des Geburtsbegriffs schließt Nina an einen Mutter- bzw. (Sternen-)Elterndiskurs an. Zwar relativiert die Bezeichnung »kleine Geburt« die Dramatik und Reichweite der Geburt, gleichzeitig ist »Geburt« ein Begriff des Entweder-Oder: entweder geboren oder nicht. Das heißt, während der Begriff »Fehlgeburt« die Ankunft eines neuen Lebens und Elternschaft verneint, bejaht die Bezeichnung »kleine Geburt« diese Aspekte.

Das Video besteht aus vier Hauptszenen: Es gibt einen Prolog im Arbeitszimmer, in dem Nina ihre *Agenda* erläutert; die *Dokumentation* der Fehlgeburt im Badezimmer mithilfe repräsentativer Artefakte; einen informierenden *Kommentar* zum Zwischenstand des Prozesses in der Küche; einen *Ausblick* im Wohnzimmer zur Frage, wie es in ihrem Familienleben und bezüglich ihres Kinderwunsches weitergehen soll. Der letzte Teil ist auch ein Cliffhanger zum nächsten Vlog-Beitrag.

Das Video beginnt mit einer Frontalaufnahme von Nina im Arbeitszimmer. Sie ist ungeschminkt, trägt einen grauen Pullover, sieht müde und verweint aus. Vor dem Hintergrund medialer Aufmerksamkeitslogik überrascht dieser ungestylte Eindruck. Inszeniert wird hier das Uninszenierte, das Normale und Ehrliche. Nina wirkt, als sei sie allein zuhause, ginge an diesem Tag nicht mehr vor die Tür und empfangen keinen Besuch mehr. Sie lässt uns, die Zuschauenden, aber an ihrer Privatheit teilhaben. Zunächst begrüßt sie das Publikum und gibt eine Triggerwarnung zum Inhalt des Videos:

Hallo, Ihr Lieben, und herzlich willkommen zu einem neuen Video von mir, ein nicht so positives Video, dass wir¹¹⁵ gerade unsere dritte Fehlgeburt durchmachen [...] da viele F/ sehr viele Frauen da durchmüssen und viele überhaupt nicht wissen, was auf sie zukommt, wollte ich das einfach mal dokumentieren und für Leute, die kein Blut abkönnen und sehr persönliche Themen und sehr intime Sachen, die mit Fehlgeburt und Schwangerschaft zu tun haben, nicht sehen können, sollten vielleicht dieses Video nicht weiter gucken, ich habe nämlich gesagt, ich werde wirklich mal zeigen, wie es ist (.) was einen erwartet. (N, Z. 3–12)

115 Mit »wir« sind ihr Mann und sie gemeint. Auf die Familiarisierung, die Nina auch im Namen des abwesenden Ehemanns vollzieht, kann hier nicht näher eingegangen werden. Für die folgende Analyse relevant ist, dass sich auch hierin eine grundsätzliche Trennung zwischen der (familiären) Verlusterfahrung Fehlgeburt und dem leibkörperlichen Erleben offenbart.

Die Begrüßung »Hallo, Ihr Lieben« ist eine bei YouTuber*innen, vor allem unter weiblichen, gängige Redewendung. Sie stellt eine Intimität mit den Zuschauenden her, die dabei mit der Hausregel vertraut gemacht werden: Wer nicht lieb (zu mir) ist, hat keine Berechtigung, an meinem Leben teilzuhaben, also seid lieb, wenn Ihr hier seid.¹¹⁶ Ein zweiter Hinweis betrifft dann die »Leute, die kein Blut abkönnen und [...] sehr intime Sachen, die mit Fehlgeburt und Schwangerschaft zu tun haben, nicht sehen können«. Nur diejenigen, die das können, sollten weiter zusehen. Kurz, das angesprochene Publikum sind die hartgesottenen Liebsten.¹¹⁷

Ninas Agenda für das Video ist eine aufklärerische. Sie will »das einfach mal dokumentieren«, nämlich, was es bedeutet, eine »Fehlgeburt durch[zu]machen«. Etwas später sagt sie: »ich werde wirklich mal zeigen, wie es ist, was einen erwartet«, wobei sich beim Wort »zeigen« ihre Augen verengen. Einerseits will sie die Fehlgeburt und das, was sie erlebt, für sich festhalten. Andererseits will sie es anderen zeigen – und zwar sowohl im Sinne eines Vorzeigens als auch im Sinne eines Beweisens.¹¹⁸ Die Legitimationsfigur für dieses Vorhaben ist die Rolle der Stellvertreterin, die im Namen der und für die »vielen Frauen, die da durchmüssen« und die »überhaupt nicht wissen, was auf sie zukommt«, agiert. Diese Betonung, dass eine unwissende Allgemeinheit aufgeklärt wird, könnte auch den Vorwurf antizipieren, das Video nur zu Social-Media-immanenten, aufmerksamkeitsstrategischen Zwecken aufzunehmen. Weiter sagt sie:

Das ist jetzt immerhin meine dritte Fehlgeburt, ich habe keine Ausschabung gemacht, hatte ich noch nie, ich habe alle natürlich zuhause erlebt (.) genau wie diese hier und deswegen dachte ich diesmal, da ich weiß, was auf mich zukommt, werde ich sie einfach mal dokumentieren für andere (.) vielleicht hilft es ja dem einen oder anderen. (N, Z. 12–15)

116 Das kann auch heißen, dass sie negative Kommentare löschen wird.

117 Abgeschreckt werden könnten damit auch Personen, die eine Fehlgeburt vor sich und diesbezüglich Ängste haben. Bereits hier deutet sich an, dass das Video nicht primär der Unterstützung *akut* Betroffener dient.

118 Dieses Anliegen ist auch im abschließenden Kommentar erkennbar, der sich gegen Gefühlsnormierung richtet: »Ich wollte euch jetzt einfach mal mit diesem Video zeigen wa/ wie lange eine natürliche Fehlgeburt eigentlich dauert. Viele glauben ja, es ist nur so ne eins/ ein-Tagessache und dann öh, jetzt komm mal darüber hinweg, Du kannst doch noch normale Sachen machen oder Dich mit Freunden ablenken«. [schüttelt den Kopf] Nein. Man hat den tagelangen, tagelang kommen Quaddeln und Blutdinger raus und man ist schlapp und müde und es ist einfach körperlich und seelisch so erschöpfend (.) das geht nicht in einem Tag. Und man kann da nicht plötzlich wieder rausgehen und Sachen machen, das geht einfach nicht« (N, Z. 170–176).

Nina hebt ihre Erfahrungen als Dreifach-Fehlgebärende als kulturelles Kapital für ein »alltagsweltliches Feld«¹¹⁹ (Karstein & Zahner 2015, S. 5 f.) hervor. Dieses Kapital befähigt und legitimiert sie, ihre Fehlgeburt zu dokumentieren; etwas, das bei einer Erst Fehlgebärenden unwahrscheinlich, exhibitionistisch und tabubrechend erschiene. In Form einer Erfahrungsdokumentation betreibt sie hier mithin Wissenspolitik.

Dabei will sie das kommende Geschehen als »natürlich erlebt« verstanden wissen, als Abgang im Kontrast zu einer künstlichen Ausschabung unter klinischen Bedingungen. Bereits hier schließt Nina an bestehende Diskurse zur (natürlichen) Geburt an. Der natürliche Abgang ist die Voraussetzung dafür, dass Nina überhaupt eine Geburt erleben und inszenieren kann. Ein operativer Eingriff würde keinen Prozess zur Verfügung stellen, der die Deutung einer Geburt und die Identifikation als gebärende Mutter plausibel macht.¹²⁰

Medizintechnische Vermittlung

Nina rekonstruiert das bisherige Geschehen, das einem typischen Ablauf im Modus normorientierter Körperdeutung folgt: leichte Blutungen, Normalisierungsstrategien, Konsultation einer Gynäkologin, Herstellung von Gewissheit durch die Untersuchung. Über die Situation, in der die Fehlgeburt diagnostiziert wird, sagt sie:

Dann meinte sie [Gynäkologin in der Klinik, jb]: »Naja, dann gucken wir mal, schauen wir mal nach«. An dem Tag war ich sieben Wochen fünf Tage schwanger. Und sie hat dann nachgeguckt, hat mir gleich von Anfang an gesagt, hat(te) erstmal untenrum geguckt mit dem () Gabel dingsda ähm und hat dann geguckt so »Ja die Blutungen kommen auf jeden Fall aus der Gebärmutter, wir gucken mal nach, was da los ist«. Ultraschall gemacht, uuund (.) ich hab schon gleich gesehen, dass das Kind verdammt klein ist, dafür dass ich acht Wochen fast war, hätte es viel größer sein müssen. Hab aber gedacht, »Na, Nina, Du bist kein Experte, auch {lachend} wenn Du Dir schon tausend Ultraschalls in der Größe angeguckt hast {atmet tief ein}, Du weißt es nicht. {atmet aus} Gib noch nicht auf.« Und, dann hat sie rangezoomt, es war wirklich sehr sehr klein und da dachte ich mir, »Auweia«. {atmet ein} Und ich habe auch überhaupt kein Herzschlag gesehen! Und das hat mich dann bisschen beunruhigt, weil ich dachte: »Ich bin {lachend} so weit,

119 Karstein und Zahner (2015) schlagen den Begriff des »alltagsweltlichen Feldes« vor, um differenzierungstheoretisch »Laienpraktiken [...] [von] neuen Sozialfiguren wie den Bastlern, Prosumern oder Bloggern« (Abstract) in den Blick zu nehmen, die über derlei Kapitalausstattung Expert*innenstatus, etwa im Feld der Kunst oder der Medizin, generieren.

120 Weshalb es – neben gesundheitlichen Gründen – auch eine bewusste Entscheidung sein kann, sich einer Operation zu entziehen. Entsprechend existieren Diskurse rund um Kaiserschnitte, die nicht als »natürliche Geburten« gelten und entsprechend gefürchtet sind. Auch wenn ein gesundes Kind zur Welt gekommen ist, wird betrauert, keine Geburtserfahrung gehabt zu haben.

da müsste definitiv nen Herzschlag sein«. Sachte sie dann auch, also, sie sieht keinen Herzschlag und es ist sehr sehr klein. Dann hat sie's gemessen und meinte, ›Naja, es ist auf jeden Fall etwas über 'ne Woche hinterher. Kann aber nichts bedeuten, ähm, wenn wenn Du mit der we/ mit der Berechnung we/ also f/ wenn man sich verrechnet hat und so. Und ich so: ›Naja ich habe schon vier Tage vor Fälligkeit meiner Periode nen positiven Test {atmet tief ein} und ich habe eine sehr regelmäßige Periode, ich kann [schnippt mit dem Finger] die Uhr danach stellen, also (.) [kneift die Lippen leicht aufeinander] eher unwahrscheinlich«. Da meinte sie: ›Hm. Ja. Das ist das Problem. Dann [zieht Mundwinkel nach unten] sieht das nicht so gut {hohe Stimme} aus. {atmet ein} Und, ja, wir sollen abwarten, was passiert und auf jeden Fall nächste Woche dann zu dem Termin gehen, wo ich bei meinem Frauenarzt bin, um nochmal checken zu lassen (.) {schnalzt} ob sich was entwickelt oder nicht. (N, Z. 36–57)

In Ninas Erzählung wird eine normorientierte Verschränkung von Selbst- und Fremddeutungen sichtbar (vgl. 4.3). Zunächst verhandelt Nina das Wissen, das sie auf Basis des wahrgenommenen Ultraschallbilds generiert, mit sich selbst. Sie stellt mit einem Blick auf den Screen fest, dass das »Kind« »verdammte klein ist«, zum gegebenen Schwangerschaftszeitpunkt »hätte es viel größer sein müssen«. Außerdem sieht sie »kein[en] Herzschlag«. »Da müsste definitiv nen Herzschlag sein« bezieht sich auf den Ultraschallbildschirm, verweist aber bereits auf Ninas Erkenntnis: Sie ahnt »schon gleich«, dass da – nicht nur auf dem Schirm, sondern beim Kind – kein Herzschlag ist. Innerlich delegitimiert sie ihre Selbstdeutung, da sie »kein Experte« ist, um Hoffnung zu schöpfen (»Gib noch nicht auf«). Gleichzeitig stellt sie sich als Protomedizinerin dar, die »tausend Ultraschalls in der Größe angeguckt« hat. Ihre Expertise bringt sie auch im Gespräch mit der Ärztin zum Ausdruck, indem sie deren Erklärung verhandelt. Nina hält die Erklärung, die Diagnose könnte einer Verrechnung geschuldet sein, bspw. aufgrund eines unregelmäßigen Zyklus, für »eher unwahrscheinlich«. Deutlich wird hier, inwiefern Ninas Körperdeutung, die sie aus verschiedenen Wissensquellen generiert, medizintechnisch (nicht unbedingt ärztlich) vermittelt ist.

Auf Basis ihrer Kenntnis von Ultraschallbildern, ihrer Vorerfahrungen und unter Berücksichtigung der medizintechnisch vermittelten, ärztlichen Expertise weiß Nina, dass sie wieder eine Fehlgeburt hat und was als nächstes passieren wird. Das Untersuchungsergebnis hat für sie eine so hohe Evidenz, dass sie, gegen ärztlichen Rat, nicht »abwarten« kann, sondern direkt ihren Verlust betrauert. Dabei kann sie zügig eine emotionale Distanz zur Diagnose aufbauen. Sie führt die Erzählung von der Ultraschalluntersuchung folgendermaßen fort:

Natürlich, die Nachrichten ›pling, pling‹ Déjà-Vu-Erfahrung: Meine letzte Schwangerschaft genau das Gleiche: Kurz bevor ich acht Wochen war: Blutungen angefangen, Baby war nur sechs Wochen groß, Baby verloren. Es ist exakt das Gleiche diesmal. An dem Tag war nichts mehr, sind natürlich viele Tränen sind geflossen, deswegen kann ich jetzt gar nicht

mehr weinen (.) {stockt} Sorry, hier sind irgendwo Klopfarbeiten im Haus. ich kann grad nicht mehr weinen, ist alles schon ausgeheult {seufzt}. (N, Z. 57–64)

Hier erzählt Nina von der dramatischen Situation, nämlich von der Erfahrung, dass auch dieses »Baby verloren« wurde, auf eher wütende denn auf traurige Weise. Sie berichtet von starken Emotionen (»viele Tränen sind geflossen«), zeigt sie aber nicht.¹²¹ In diesem Augenblick hört Nina ein Klopfen, das sie völlig aus dem Erzählen bringt. Sie schaut genervt und entschuldigt sich für die Unterbrechung, es seien »irgendwo Klopfarbeiten« im Haus. In die aufgebaute Dramatik bricht somit die totale Alltäglichkeit herein, woraufhin Nina erklärt, dass sie jetzt nicht weine, da »alles schon ausgeheult« sei. Hinter dieser Erklärung steht die Gefühlsnorm, dass Weinen an dieser Stelle eigentlich angebracht wäre; gleichzeitig signalisiert Nina, und das zeigt auch die Alltäglichkeit der Situation, mit der Trauer schon abgeschlossen zu haben. Performativ bringt sie hier im Video also statt Trauer eher Bewältigung zum Ausdruck.

Artefakte der Schwangerschaft als Zeugnisse leiblicher Prälternschaft

Im Anschluss an diese Szene zeigt Nina sechs Schwangerschaftstests und zwei Ultraschallbilder in Nahaufnahme. Sechs schmale Teststreifen sind untereinander auf einem Papier angeordnet und handschriftlich datiert: »10 DPO¹²² 23.5.17, 11 DPO 24.5.17 12 DPO 25.5.17, 13 DPO 26.5.17, 14 DPO 27.5.17, 15 DPO 28.5.17«. Die ersten vier Tests sind negativ ausgefallen, der fünfte positiv, der sechste ebenso, hat aber einen schwächeren Vergleichsstreifen. Nina erläutert: »ja das waren meine Schwangerschaftstest, die ich gemacht hatte im Mai, 23. bis 28., und dann hatte ich noch einen digitalen [Schwangerschaftstest, jb]«. Digitale Schwangerschaftstests messen den Wert des Schwangerschaftshormons Beta-Humanes Choriongonadotropin (Beta-HCG), zeigen also nicht nur an, *ob*, sondern *wie* schwanger jemand ist.

Ursprünglich zur archivierenden Dokumentation und Vergewisserung ihrer Schwangerschaft gedacht (»das *waren* meine Schwangerschaftstests«, eig. Herv.), dienen die Tests jetzt der Beweisführung: Nina war schwanger. Und zwar unter kontrollierten Bedingungen. Die zum Ausdruck gebrachte Selbstkontrolle ist nur im Kontext gezielter Familienplanung und vor dem Hintergrund des ständigen Versuchs, schwanger zu werden, zu verstehen. Der Körper wird kontrolliert, es werden Vorbereitungen getroffen, Werte gemessen und dokumentiert, die Messwerte, die Veränderung sichtbar machen, in Reihung gebracht. Nina baut so eine protomedizinische Expertise über den eigenen Körper auf und stellt, wie in

121 Dieses faktenbasierte Erzählen kann auch eine Distanzierungsstrategie sein, um überhaupt sprechen zu können und nicht vor laufender Kamera in Tränen auszubrechen.

122 DPO (Days past ovulation) = In Tagen nach dem Eisprung.

einem Laborexperiment methodisch abgesichert, perfekte Bedingungen für ein Baby her. Dieses Vorgehen steht in einer Kausallogik des Alles-richtig-Machens: ›Wenn man alles richtig macht, dann klappt es auch‹. Gleichzeitig übernimmt sie mit diesem Verständnis auch die Verantwortung, wenn es nicht klappt. Diese Verantwortung für die Entstehung der Schwangerschaft, das Sorgetragen dafür, dass die fruchtbare Phase genutzt wird, die fürsorglichen »Selbstführungstechniken im Namen des kommenden Kindes« (Sänger et al. 2013, S. 56) sollen im Folgenden *Prämutterschaft* heißen.¹²³ Die anhand der Schwangerschaftsarterfakte dokumentierten Praktiken deuten bereits an, weshalb es keines anthropomorphen Kindeskörpers bedarf, um eine Fehlgeburt als Kindsverlust zu erfahren: Soziale Prämutterschaft ist bereits auf ein Kind ausgerichtet, das es zunächst ›herzustellen‹ und dann zu behalten gilt.

Zurück zum Video: Nach der Aufnahme der Schwangerschaftstests erläutert Nina zwei Ultraschallbilder. Die lesbaren Angaben (»SSL 0,52 cm; GA 6W1T«)¹²⁴ werden dafür in den Fokus der Kamera gerückt:

Das war das Bild, was wir gesehen haben im Krankenhaus: ein sehr kleiner Punkt. Und dann hat sie rangezoomt (.) [Kamera schwenkt zum zweiten Bild] und da war unser kleines (.) Baby, viel zu klein, kein Herzschlag und sechs-Wochen-einen-Tag war es nur groß, 0,52 cm. {schnalzt} Viel zu klein, nicht lebensfähig. (N, Z. 72–74)

Nina geht hier auf zwei medizinisch definierte Abweichungen vom taggenauen Normalverlauf von Schwangerschaften ein. Erstens stimme die Größe des Kindes (angegeben im Gestationsalter, in dem die Größe der medizinischen Norm entspräche) nicht mit der tatsächlichen Dauer der Schwangerschaft überein, es sei »viel zu klein«. Zweitens sei »kein Herzschlag« vorhanden, der zu diesem Zeitpunkt darstellbar sein müsste. Semantisch nimmt sie dabei Bezug auf den Diskurs von Sterneneltern: Zu sehen ist ein *kleines Baby*, das *nicht lebensfähig* ist. Auch wenn und gerade weil weder das Paar – das nur einen »sehr kleinen Punkt« gesehen hat – noch die Zuschauerin es in diesem Augenblick erkennen können.

Es folgt eine Aufnahme von fünf Packungen Binden auf der Sofalehne, die ihr ihr »Mann besorgt hat, einmal für die Nacht und ganz viel für den Tag [...] und ich brauche viel, das hier ist wahrscheinlich noch zu wenig«. Als läge sie im Wochenbett, kümmert sich der Mann um die junge Mutter und kauft für sie ein. In einer kurzen Sequenz der Inszenierung von Elternschaft wird also auch der Partner – mit der einsetzenden Geburt – in die Fürsorgepflicht genommen.

123 Wie es verschiedene »Mutterschaften« (Tolasch & Seehaus 2017) gibt, ließen sich auch verschiedene Formen der Prämutterschaft unterscheiden.

124 SSL = Scheitel-Steiß-Länge des Embryos; GA = Gestationsalter = Schwangerschaftsdauer in Wochen und Tagen.

Dramatisierend ist die Anmerkung, die Menge der Binden sei wahrscheinlich noch zu gering. Die Packungen symbolisieren die große Wunde, die zu erwarten ist, und Nina erinnert das Publikum daran, dass ihr diese Wunde schon mehrfach zugefügt wurde. Ähnlich dramatisch kündigt sie in einer späteren Szene an: »Jetzt heißt es warten in der Badewanne, bis das ganze Zeug rauskommt, ich hab' Schmerzen, hier drin versuch' ich, dass es nicht zu dreckig wird und zu 'ne Sauerei wird«. Ninas Ankündigung von dreckigem Zeug, das eine »Sauerei« veranstalten könnte, klingt nun nicht nach Kindsgeburt und Kindsverlust. Hier deutet sich die Diskrepanz zwischen einer Kindsdeutung, die vor und jenseits der Fehlgeburt besteht und die eine Geburtsinszenierung zulässt, und dem Abgang selbst an, der vor allem als schmerzhafte und lästige Körpertatsache erlebt wird, wie sich im Fortgang zeigt.

Nach den Ultraschallbildern werden in der nächsten Szene Utensilien im Badezimmer gefilmt. Die Kamera nimmt den Blick der Erzählerin in der Badewanne ein. Die Erzählerin kommentiert:

Meine kleine Station neben der Badewanne: Wechselklamotten, Handtücher, die nass werden dürfen, einen kleinen Block, damit ich mich höher setzen kann, wenn ich es muss, Mülltonne [...] ganz viel Wasser, es ist wichtig zu trinken. Binden ohne Ende, Slipeinlagen, Feuchttücher, Handy, dass ich was gucken kann und, jap. (N, Z. 82–85)

Ihre errichtete »Station« im Badezimmer ist mit allem ausgestattet, was man für eine Geburt braucht (Kleidung, Handtücher, Sitzmöglichkeit, Wasser), wobei Nina zugleich auf mögliche Komplikationen und Folgen der anstehenden Geburt verweist (unvorhergesehene Nässe, Dehydrierung, Abfall, Blutungen). Die so dramatisch inszenierte Situation, in der sie sich befindet, wird – wie oben schon durch das Klopfen der Handwerksarbeiten – gleichwohl durch den Hinweis auf ihr Handy konterkariert, das sie nicht für den Notfall, sondern zur Unterhaltung bereithält (»dass ich was gucken kann«). Der Eindruck akuter Not relativiert sich somit. Die Szene ergibt zum einen Sinn, weil Nina die zähe Langwierigkeit des Fehlgebärens dokumentieren und darüber aufklären möchte. Zum anderen, und das zeige ich anhand der nächsten Sequenz, versucht sie beim Warten in der Badewanne, die Leibesfrucht aufzufangen.

Es folgen, vertont mit Warteschleifen-Musik, verschiedene Einzelaufnahmen. Zwei prall gefüllte Mülltüten deuten die Masse der verbrauchten Binden an. Blut fließt mit dem Duschwasser in Richtung Abfluss. In einer kurzen Aufnahme wird geronnenes Blut zwischen drei Fingern zerrieben und die Konsistenz erfühlt. Durch die Nahaufnahme der einige Millimeter großen Blutkoagel¹²⁵ auf den Fingerspitzen wird die Zuschauerin mit auf die Suche nach dem Embryo und seinen Überresten genommen. Die unterschwellige Nachricht dabei ist auch:

125 Koagel/Koagulum = zu einem Pfropf geronnenes Blut.

›Sieh hin! Sieh, was ich erleben muss!‹ Schließlich wird ein mit roter Flüssigkeit gefüllter Plastikbecher gezeigt, der erneut die Menge an Blut verdeutlichen soll, aber auch als Auffangbehältnis für die gesuchte Leibesfrucht dient.¹²⁶ Nina sagt:

Jap, das ist viel Blut, das ist das Gewebe, was jetzt gestern schon rausgekommen ist, aber fehlt noch richtig viel, das weiß ich von meinen vorherigen Erfahrungen, {seufzt} müssen wir mal gucken, hoffen wir, dass es heute rauskommt. (N, Z. 98–100)

Der Vorgang wird als Geburtsprozess erzählt; ein Teil ist »gestern schon rausgekommen« (wie der Muttermund, der sich schon ein wenig geöffnet hat), aber es ist noch ein beschwerlicher Weg, bis »es« herauskommt. Die Analogie dokumentiert sich auch im folgenden Zitat, in dem die nachlassende Blutung wie eine Wehenschwäche unter der Geburt problematisiert wird:

Heute ist Sonntag, ich hatte eine sehr ruhige Nacht wieder, leider habe ich nicht mehr genug geblutet, was schlecht ist, denn es soll ja alles rauskommen und ich weiß da fehlt definitiv noch eine ganze Menge es ist noch nicht alles raus ähm. Ich habe heute Morgen Himbeerblätterttee getrunken, der hilft nämlich bei Geburten und da das hier eine kleine Geburt ist, ähm, habe ich davon erstmal eine Tasse getrunken in der Hoffnung, dass die leichten Wehenkrämpfe wieder zunehmen und im Moment habe ich leichte Krämpfe, die ein bisschen stärker werden, so, deswegen hoffe ich jetzt einfach mal, dass endlich was kommt und der Rest dann auch rauskommt und ich es dann hinter mich gebracht habe. (N, Z. 103–110)

Hier inszeniert sich Nina weiter als kompetente Prämutter, die bereits an Himbeerblätterttee¹²⁷ gedacht hat, der die Wehen der »kleinen Geburt« verstärken soll, damit »noch eine ganze Menge« (»alles«, »was«, »der Rest«) herauskommt. Augenfällig ist auch hier noch einmal die Betonung, dass es sich um eine Geburt handelt, was die Existenz eines Kindes und einer Beziehung zu ihm wie selbstverständlich *voraussetzt*. Nina folgt einer vorgefertigten und zweifelsfreien Deutung der Fehlgeburt als Kindsgeburt bzw. Kindsverlust, den sie anhand von Geburtsanalogien und Schwangerschaftsartefakten symbolisch darstellbar macht. Die Betonung selbst weist dabei zugleich darauf hin, dass diese Deutung eben nicht selbstverständlich ist.

126 Auch der Plastikbecher inszeniert protomedizinische Expertise, da er wie ein Urinproben-Becher aussieht, der bei jeder Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge bei der Frauenärztin abgegeben werden muss.

127 Himbeerblätterttee gilt als wehenfördernd und wird von Hebammen empfohlen, wenn die Geburt beginnen soll.

Semantisch anwesender Kindeskörper

In der nächsten Szene ist eine Frontalaufnahme von Nina in der Küche zu sehen. Es ist ein anderer Tag. Sie sei zum Frauenarzt gegangen, da die Blutung nachgelassen habe, sie aber wisse, dass noch nicht alles heraus sei und Klarheit darüber wollte, »wie der Stand der Dinge ist«. Folgendes sei bei der Untersuchung herausgekommen:

Die Frucht ist schon raus, also mein Kind habe ich schon verloren, die Fruchthülle ist raus, das einzige, was noch über ist, ich habe eine sehr dicke (.) ähm Uteruswand noch immer. Die ganzen Schleimhäute müssen halt noch abgehen. (N, Z. 120–123)

Unerwähnt bleibt in diesem Ausschnitt, dass sie den Moment des eigentlichen Kindsverlusts offenbar nicht wahrnehmen und dokumentieren konnte. Die vorangegangene Dokumentation lief, wie gezeigt, auf die eigentliche *Fehlgeburt* hinaus – hier aber zeigt sich, dass kein dezidiertes Moment wahrgenommen werden konnte, in dem der Kindeskörper abging. Vielmehr ist es ein zweites Mal die medizinische Untersuchung, die den Verlust zum Fakt macht.

Vor dem Hintergrund, den Abgang der Frucht verpasst zu haben, erscheint die folgende Aussage zunächst widersprüchlich, wenn nicht gar unwahr:

Die Frucht habe ich abgegeben zur genetischen Untersuchung, aber sie haben mir gleich gesagt, da die so klein ist, werden die wahrscheinlich nicht viel daraus entnehmen können und nicht viel Antworten geben können, da soll ich mir nicht zu große Hoffnungen machen. (N, Z. 132–135)

Plausibel ist das Gesagte, wenn Nina den mit Blut und Schleimhautteilen gefüllten Becher zur Untersuchung abgegeben hat und davon ausgeht, dass die »Frucht« darin enthalten ist. Die zitierte Skepsis der Professionellen kann sich demnach auch darauf beziehen, dass dem Becher (»daraus«) etwas entnommen werden, also überhaupt etwas gefunden werden könne, das »so klein ist«. Die Semantik ihrer Rede ruft allerdings das Bild eines organischen Körpers in handlicher Größe hervor (»Frucht abgegeben«, »genetische Untersuchung«, »entnehmen«), das der nicht vorhandenen Form eines kindlichen Körpers entgegensteht. Hier dokumentiert sich eindrücklich, wie wenig kindeskörperliche Substanz es braucht, um sprachlich dennoch einen Kindeskörper hervorzubringen. Es ist, als werde anhand von organischem (Schwangerschafts-) Material und medizinischen Begriffen, die sich auf den Körper des Kindes beziehen, eine materielle Basis für das Kind konstruiert, die zur Evidenz für dessen Existenz wird.

Zusammenfassung

Die Interpretation zeigt insgesamt einerseits, wie relativ bedeutungslos ein anthropomorpher Kindeskörper für die Erfahrungsbildung und Darstellung eines Kindsverlusts sein kann. Nina deutet und erfährt die Fehlgeburt als Kindsverlust und macht sie als »kleine Geburt« für Dritte darstellbar. Mit der Schwangerschaft setzt sie ein Kind voraus, und für diese Deutung benötigt sie keinen anthropomorphen Körper, ebenso wenig muss sie dezidiert den Moment der Geburt heranziehen, um einen Verlust zu empfinden. Vielmehr konstituiert das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung den Verlust (vgl. 5.2). Knorr-Cetina konstatiert in ihrer praxeologischen Laborstudie, dass »Wissensprodukte durch den Prozeß ihrer Produktion als *hochgradig intern strukturiert* angesehen werden müssen, unabhängig von der Frage ihrer externen Strukturierung durch eine Korrespondenz oder Nicht-Korrespondenz mit der Natur« (Knorr-Cetina 1991, S. 25, Herv. i. O.). Angewandt auf den vorliegenden Fall bedeutet das, dass die Wissensprodukte Fehlgeburt bzw. Kindsverlust in ihrer konkreten empirischen Form das Ergebnis eines performativen Konstruktionsprozesses sind. In den Sequenzen, in denen Nina das Kind bzw. den Körper des Kindes semantisch hervorruft, greift sie auf medizinisches Wissen (Ultraschallbefund), eigene Körpermaterialität (Blut, Schleimhautteilchen)¹²⁸ und Artefakte der Schwangerschaft (Schwangerschaftstests, Ultraschallbilder) zurück.

Ninas Verlusterfahrung ist mehrfach medizintechnisch vermittelt (vgl. 5.2). Zunächst wird die Fehlgeburt im Zusammenspiel von Ultraschalluntersuchung und medizinischem Vorwissen erkannt und der Verlust realisiert; gleichsam lässt ein Ultraschall im Nachhinein den bereits erfolgten Abgang der Leibesfrucht feststellen. Der verdinglichende Effekt der Medizintechnik zeigt sich dabei anhand von Ninas Konzentration auf die Schwangerschaftsbeweise: Positive Teststreifen und Ultraschallbilder werden zur Grundlage, um vom Kind zu sprechen und um es »zeigen« zu können. Eine damit verbundene These, die später untermauert wird, ist, dass der Verlust einer nachgewiesenen Schwangerschaft die körpermaterielle Grenze einer legitimen Konstruktion von Kindsverlust ist (vgl. 5.3). In sehr frühen Schwangerschaftsstadien ist der Bestand einer Schwangerschaft nur medizintechnisch über den Nachweis des Schwangerschaftshormons Beta-HCG zu belegen. Dadurch wird verstehbar, warum den Artefakten der vormaligen Schwangerschaft für die Visualisierung und als Existenzbeweise des verlorenen

128 Schleimhautteilchen aus der Gebärmutter gehen bei jeder Menstruationsblutung ab und sind kein exklusives Schwangerschaftsmaterial.

Kindes eine solch hohe Bedeutung zukommt – nur durch sie ist überhaupt der Schluss zulässig, dass ein Kind vorhanden war.¹²⁹

Vor dem Hintergrund der relativen Bedeutungslosigkeit der kindlichen Körperform für diese Deutung ist klar, dass die Suche nach embryonalem »Ge-webe« und sterblichem »Rest« Nina nicht nur der Selbstvergewisserung dient. Neben Abschiednahme und Ursachenforschung (sie möchte den Embryo zur genetischen Untersuchung abgeben, um die nächste Schwangerschaft planen zu können) würde ein postnatal identifizierbarer Kindeskörper auch soziale Sichtbarkeit, Anteilnahme und Anerkennung des Verlusts bedeuten. Es ist, als generierte Nina in ihrem Video über ihre dritte Fehlgeburt nachträglich auch einen materiellen Beweis für ihre vorigen unsichtbaren Kindsverluste. Eindrücklich zeigt der Fall, wie stark die subjektive Verlusterfahrung von Fehlgeburt als Kindsverlust mit intersubjektiven Legitimitäten verbunden ist.

Betroffene wie Nina »wollen« nicht lieber ein »Kind« als eine Schwangerschaft verlieren. Und die praktisch-diskursive Hervorbringung eines Kindsverlusts bei Fehlgeburt ist keine (oder nicht nur) nachträgliche Coping-Strategie. Vielmehr scheinen Betroffene, die davon ausgehen, dass mit Beginn der Schwangerschaft ein (ungeborenes) Kind existiert, vor allem bei starkem Kinderwunsch auch frühe Fehlgeburten als Kindsverluste zu erfahren. Dazu kommt, dass die körperliche Erfahrung intensiv, schmerzhaft und zuweilen existenziell-überwältigend ist. Wenn Betroffene von ihr erzählen wollen, können sie entweder auf Vokabular der Krankheit zurückgreifen und sich damit selbst stigmatisieren, oder eine positiv besetzte Rhetorik der Geburt und körperlicher Natürlichkeit verwenden. Die Rede von Geburt und Tod, und vor allem die Rede vom Tod des eigenen Kindes, beansprucht und ermöglicht soziale Anerkennung, die angesichts des erfahrenen Verlusts gerechtfertigt erscheint. Den performativen Anspruch auf Anerkennung und Sichtbarkeit der Verlusterfahrung motivieren dann noch weitere Aspekte, wie etwa die Normierung von Gefühlen und die Entrechtung von Trauernden im Nachhinein (die Nina ja schon zuvor zweimal erfahren hat).¹³⁰

129 Hier zeigt sich empirisch, was Samerski in Bezug auf den fötalen Personenstatus theoretisch so formuliert: »In a nutshell, the apparent obviousness and plausibility of individual ›human life‹ in women's bellies rests mainly on two pillars: First, on the persuasive power of fetal images in a visual culture, and second, on the belief in scientific inquiry as a source of truth. Images of the fetus as well as ›objective‹ biological facts about its development make it a certainty« (Samerski 2016, S. 710).

130 Ein anderes Motiv, die Unsichtbarkeit reproduktiver Verluste zu beklagen, das z.B. bei Anne sichtbar wird, ist eine Kritik an der Bewertung von Frauen anhand ihrer Reproduktionsfähigkeit. Allerdings findet sich diese Kritik kaum bei denjenigen, die eine Fehlgeburt als Kindsverlust betrauern, weil diese Gruppe eher traditionelle Geschlechterrollen erfüllt. Schwangerschaft, Weiblichkeit und Mutterschaft werden von ihnen eher naturalisiert.

5.2 Medizintechnische Vermitteltheit

Schwangerschaftsverluste sind medizintechnisch vermittelt. Fehlgeburten, bei denen kein Kindeskörper abgeht, werden nur bei Gebrauch von Medizintechnik als Kindsverluste erfahrbar.

So wie sie eine Schwangerschaft zur manifesten Deutung machen, so offenbaren biochemische und sonografische Daten eine drohende Fehlgeburt oder bestätigen im Nachhinein eine bereits erlittene. Eine Routinesituation, in der Medizintechnik eine Fehlgeburt manifest macht, ist die Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, in der keine fötalen Herz-töne (mehr) dargestellt werden können und ein ›verhaltener Abort‹ (auch *missed abort*) diagnostiziert wird. Nach der Diagnose wird entweder operativ oder medikamentös therapiert oder abgewartet (vgl. Rom 2017). In der Regel wird im Anschluss an die Diagnosestellung – nach Übersendung in eine Klinik oder direkt – ein OP-Termin zur Kürettage¹³¹ (Ausschabung der Gebärmutter) vereinbart. Aber auch im Falle einer Fehlgeburt abseits klinischer Strukturen, z. B. wenn sie zuhause erlitten wird, spielen medizintechnisches und ärztliches Wissen eine bedeutende Rolle. Statt des leibkörperlichen Erlebens manifestieren im ärztlich-klinischen Kontext vorgenommene Messungen, Untersuchungen und technische Vermittlungen die Deutung als (drohende oder bereits erlittene) Fehlgeburt.

Mithin gibt es zwei Standardsituationen der Fehlgeburtendiagnostik, die den Verlust vermitteln: die offenbarende Diagnose einer Fehlgeburt und die bestätigende Diagnose. Beide Situationen werden hier unter der Prämisse beschrieben, dass die ärztliche Diagnose bzw. Prognose einer Fehlgeburt eindeutig ist (zur Unsicherheit von Diagnosen vgl. Olson & Abeyasinghe 2014).

5.2.1 Menetekel – offenbarender Ultraschall

Exemplarisch für die Situation einer die Fehlgeburt offenbarenden Routineuntersuchung steht zunächst Claras Erzählung ihrer zweiten Fehlgeburt (ca. 9. SSW):

Dann sind wir an dem Donnerstag [...] sind wir zum Arzt und Du hast halt gar keine Herz-töne mehr gesehen. Also ich hab's auch sofort am Blick vom Arzt gesehen, mein Freund war auch mit {atmet ein} und da war's so das erste Mal, [jetzt sehr undeutlich] da bin ich dann irgendwie voll in Tränen ausgebrochen, weil ich dachte, es kann doch nicht wahr sein. Da dachte ich echt so, was ist das denn jetzt? (J. Z. 145–150)

131 Gilt als Standardeingriff bei unvollständigem Abort und *missed abort*, ist inzwischen nicht mehr zwingend indiziert; etwa ab der 12. SSW muss die Frucht in der Regel auf natürlichem Weg geboren werden, anschließend erfolgt eine Ausschabung oder Absaugung etwaiger Rückstände (vgl. Knieper 2017).

Clara bricht »voll in Tränen« aus, da sie sofort realisiert, was die Nicht-Sichtbarkeit der Herztöne auf dem Ultraschallmonitor und der »Blick vom Arzt« bedeuten. Die damit in Zusammenhang stehende Fassungslosigkeit – »es kann doch nicht wahr sein« – ergibt wiederum nur vor dem Hintergrund unmittelbarer Erkenntnis Sinn: Doch, es ist wahr. Deutlich wird hier, dass Clara die Ultraschalluntersuchung »als gesundheitliches Kontrollinstrument« (Hirschauer et al. 2014, S. 97) begreift, das eine Erkenntnis liefert, die ihr ohne Untersuchung vorerst verborgen geblieben wäre. Sogleich sorgt sie sich um sich selbst:

Und hab mir dann auch echt {atmet tief ein}, ich hatte echt (.) Sorge, dass halt mit mir irgendwas nicht stimmt, weil ich dachte, na okay, fruchtbar sind wir ja beide und es (.), also das Ei springt und die Befruchtung findet statt {atmet ein}, aber es wächst halt nicht richtig und deswegen hatte ich auch gleich Sorge, dass was mit mir nicht okay ist, beziehungsweise ich hatte gleich eigentlich die Vermutung und so'n Bauchgefühl. (J, Z. 150–154)

Die spontanen Gefühle und Sorgen Claras zum Zeitpunkt der Diagnose richten sich auf sie selbst und ihren Körper. Von einem Kind ist keine Rede, vielmehr bringt Clara die Situation auf medizinisch-biologische Begriffe und sucht nach Ursachen. Während Clara also im Moment der Diagnose sprachlich kein Kind hervorruft, ist das im folgenden Beispiel¹³² aus einem öffentlichen Online-Forum, dem »Forum für Eltern die ihr Kind während der Schwangerschaft verloren haben«, anders. Medizinisch gesehen besteht eine vergleichbare Situation. Eine Frau, hier Mariechen genannt, postet, sie sei in der 9. SSW, und der Arzt habe keine fötalen Herztöne mehr feststellen können. Sie schreibt:

»9. ssw und keine Herztöne

Hallo Mädels!

Ich bin neu hier! Ich bin sehr traurig und eigentlich am Ende mit meinen Nerven. Bin über 30 und endlich schwanger(9.SSW), doch letzten Dienstag war ich beim Doc und er hat keine Herzaktivität gesehen. Musste am Mittwoch nochmal hin, aber wieder keine Herzaktivität, muss nun bis nächste Woche Mittwoch warten. So elend gings mir noch nie, weine mir die Augen aus. In 7.SSW war Herzaktivität zu sehen, was meint ihr, ist es wirklich vorbei mit mein klein Spatz? Ich habe keine Blutung und

132 Ein Teil des Zitates und dessen Interpretation sind in früherer Fassung veröffentlicht in Böcker (2017, S. 146).

auch nicht direkt Schmerzen, es zieht und zwickt ab und zu, aber nicht schlimm. Meine Temperatur liegt auch noch bei 36,9–37,1°C.^{133,134}

Im Unterschied zu Clara während des Interviews ist hier der Betroffenen Mariechen, als sie den Post verfasst, noch nicht bekannt, wie die Schwangerschaft letztlich ausgehen wird. Ihr steht die Fehlgeburt noch bevor. Dennoch lassen der Ort des Kommunikationsangebotes und die drastische Formulierung (»So elend ...«) darauf schließen, dass auch sie von einer Fehlgeburt ausgeht. Das Fehlen von Schmerzen oder körperlichen Anzeichen bedauert sie auch deshalb, weil die Tatsache, keine Blutung zu haben, mit der Tragweite der ärztlichen Diagnose inkompatibel erscheint. Für sie besteht eine Irritation, die auf das internalisierte »normative Muster der Mutterliebe« (Schütze 1986) verweist, doch etwas spüren zu müssen. Das bestätigt sich auch in der Antwort einer Frau: »Ja leider gibt es das, dass Babys im Bauch sterben und man keine Anzeichen hat ...«. Nicht das Sterben, sondern die fehlenden Anzeichen werden also an dieser Stelle bedauert. Mariechen spricht hier also, anders als Clara, die in ihrer Erzählung kein Kind als Subjekt hervorbringt, von ihrem »klein[en] Spatz«, zu dem sie in einer fürsorglichen Beziehung steht. Für sie sind die fehlenden Anzeichen deshalb ein Problem, da ihr Körpererleben nicht zum medizintechnisch vermittelten Verlust *ihres Kindes* passt. Für Clara spielen die fehlenden Anzeichen im Vorhinein deshalb keine Rolle, weil sie sich nicht als Prämutter versteht, die den Zustand des Ungeborenen selbst hätte erspüren sollen oder können.

In beiden Fällen – bei Clara und bei Mariechen – offenbart die Ultraschalluntersuchung eine unerwartete Fehlgeburt. Beide Frauen drücken bezüglich der Diagnose eine Ungläubigkeit aus. Dennoch lassen die leiblichen Reaktionen auf das Ultraschallergebnis in beiden Fällen auf den hohen Wahrheitsgehalt schließen, den die Frauen der ärztlichen Diagnose zuschreiben. Sowohl Claras unmittelbare kognitive Ursachenforschung (»was ist das denn jetzt?«) als auch Mariechens Kontaktaufnahme zu einer Online-Community zum Thema Fehlgeburt stellen bereits einen Umgang mit der medizintechnisch vermittelten, von beiden angenommenen Deutung einer Fehlgeburt dar.

Ein weiteres Beispiel für eine typische Situation, in der eine Routineuntersuchung eine Fehlgeburt offenbart, stammt aus dem Interview mit Kathleen. Auf Basis des Untersuchungsergebnisses deutet Kathleen körperliche Erscheinungen in den Tagen *vor* der Untersuchung im Nachhinein als

133 Eine über mehr als 18 Tage erhöhte Basaltemperatur (Temperaturminimum des Körperkerns während des Schlafes, ca. 36,5 bis 37 Grad) gilt als sicheres Schwangerschaftszeichen. Während kurz vor der Menstruation die Basaltemperatur absinkt, bleibt sie bei einer Schwangerschaft erhöht und kann deshalb, sofern sie regelmäßig gemessen wird, als Zeichen einer Schwangerschaft gedeutet werden.

134 Schreibfehler in den Zitaten stammen aus den unverändert übernommenen Originaltexten.

Symptome der Fehlgeburt. Zum Zeitpunkt ihrer Wahrnehmung deutet sie die Erscheinungen indes keineswegs als Anzeichen dafür, dass etwas nicht in Ordnung sein könnte, sondern hatte sich über das Abflauen der Schwangerschaftsübelkeit gefreut. Von der offenbarenden Ultraschalluntersuchung berichtet sie folgendermaßen:

Da war dann die Nackenfaltenmessung (.) und da ähm (1) da wurde dann festgestellt, dass das Kind tot ist. //Okay// Da hat/ das war, glaub ich, am Ende der Woche, an nem Freitag wieder, [...] war ich dann da und dann ab Mittwoch an dem/ in der Woche ging's mir gut. Ab ab dann war auf einmal diese Übelkeit und alles weg. //Okay// Und ich mich natürlich total gefreut. Habe ich mir schon gedacht, 'äh das ist ja komisch. Also warum geht's Dir jetzt auf einmal wieder total gut?' Ne, also ich hatte nicht mehr diese Müdigkeit, nicht mehr diese Übelkeit, auf einmal war wieder alles total super. Und ähm dann am Freitag waren wir zur Nackenfalten/ [...] Wollten jetzt nochmal hören, alles gut, //hm// ne. Ähm (1) und dann macht der dieses/ ähm macht der das Ultraschallgerät an, der Typ. Und (.) ich hab' sofort gemerkt, dass es ganz komisch ist. Das war keine/ keine drei Sekunden an. Hat er sofort wieder ausgemacht. Und ich sofort angefangen zu heulen, weil ich wusste, (.) was los ist. Also. Mein Freund hat es nicht gecheckt. Das war dann so 'n bisschen komisch für mich, weil er, der Arzt wusste es auch. Hat nichts gesagt. Ich wusste es und mein Freund die ganze Zeit, 'warum haben Sie denn das Gerät ausgemacht?' Ich denk so: 'ja, warum wohl? Ne.' //hm// Und ähm ja, dann (2) hat er nur gefragt, ähm, (.) wie's mir denn die letzten Tage ging. Also der hat schon, er meinte, das Kind ist schon länger tot. Das ist nicht gerade erst jetzt gewesen, meinte er, hätte er gesehen. //hm// Und dann meinte ich so, ja, mir ging's auch seit drei Tagen oder seit zwei Tagen wieder richtig gut. Dann meinte er, ja. Das hat man gesehen. Ähm, also hat man sozusagen im im Bild gesehen. (L, Z. 215–240)

Kathleen skizziert vorab im Interview eine Ausgangskonstellation, in der sie allein, ohne ihren Freund, für längere Zeit nach Italien gehen will und ungeplant schwanger geworden ist. Die Wertung der Schwangerschaft zum Zeitpunkt der Untersuchung ist dementsprechend ambivalent, ihr inzwischen positives Framing noch fragil. In der zitierten Passage beschreibt Kathleen dann die Fehlgeburtsdiagnose. Ihre intensive Reaktion (»sofort angefangen zu heulen«) bezieht sie denn auch nicht auf den Verlust eines, *ihr*s Kindes, sondern auf die spontane Erkenntnis, im Gegensatz zu ihrem Freund zu wissen, »was los ist«. In einer kurzen Sequenz stellt sie ihren Freund, der nervend eine Frage wiederholt (»mein Freund die ganze Zeit, 'warum haben Sie denn das Gerät ausgemacht?'«), als Störung des Arbeitsbündnisses zwischen sich und dem Arzt dar, bevor sie zur Haupthandlung zurückkehrt, an der nur sie und der Arzt beteiligt sind. Es scheint, dass die Fehlgeburt für Kathleen vor allem eine Entzweiung als Paar und erneute krisenhafte Aushandlung von Lebensentscheidungen bedeutet, nicht aber primär den Verlust eines Kindes. Kathleen erwähnt in der zitierten Passage zwar zweimal »das Kind«, aber jeweils im Kontext der ärztlichen Untersuchung

bzw. als direktes Zitat des Arztes. Genau genommen bringt hier der Arzt das »Kind« sprachlich hervor.

Kathleen, Clara und Mariechen haben eine sogenannte verhaltene Fehlgeburt (auch *missed abort*), eine Fehlgeburt, bei der Embryo und Plazenta in der Gebärmutter verbleiben. Eine verhaltene Fehlgeburt muss, wie gezeigt, nicht mit äußeren Zeichen wie Blutungen einhergehen und kann wochenlang klinisch symptomlos verlaufen (vgl. Hosang 2013, S. 217). In allen Beispielen offenbart und definiert die Ultraschalluntersuchung das unverhandelbare Ende der Schwangerschaft. Alle drei reagieren leiblich auf das Ergebnis: Sie brechen »voll in Tränen aus«, weinen sich »die Augen aus«, fangen »sofort an zu heulen«. Dabei kontextualisieren sie aber den Auslöser ihrer Reaktion unterschiedlich. Während Clara sich um sich selbst bzw. ihren Körper sorgt und Kathleen auf die Tragweite der Diagnose in Bezug auf ihre Lebensplanung reagiert, trauert Mariechen um ihr Kind. In den genannten Beispielen bringt also nur Mariechen sprachlich ein Kind hervor und nimmt handelnd auf es Bezug, indem sie in einem Elternforum nach Unterstützung sucht.

Die Ausführungen veranschaulichen, wie stark die Fehlgeburtserfahrung medizintechnisch vermittelt ist. Eine weitere Funktion von Medizintechnik ist die Visualisierung der Fehlgeburt bzw. des Ungeborenen, allgemeiner: die Visualisierung einer Tatsache. Der Visualisierungsfunktion des Ultraschallverfahrens wird im folgenden Beispiel, dem letzten Beispiel für eine Situation, in der eine verhaltene Fehlgeburt offenbarend diagnostiziert wird, detaillierter nachgegangen.

Das Zitat ist einem Erfahrungsbericht entnommen, der in der Deutschen Hebammenzeitschrift erschienen ist. Die Autorin Lioba Zeine ist selbst Hebamme, was dazu beitragen könnte, dass sie ein festes Vorverständnis davon hat, dass es sich um ein »Kind« handelt. Sie schreibt:

»Montag, 20. April 2015, 9+3 SSW: Die zweite Vorsorgeuntersuchung steht an, diesmal bei meiner regulären Gynäkologin. Mein Mann und alle drei Kinder sind dabei. Ich lasse beim kurzen Smalltalk mit der Gynäkologin meine Angst durchscheinen. Sie bietet mir an, die Ultraschalluntersuchung zuerst zu machen und hinterher weiter zu sprechen. Schnell ist das Kind auf dem Bildschirm sichtbar. Doch der Bildschirm zeigt quasi ein Standbild: Nichts regt sich. Der konzentrierte Gesichtsausdruck meiner Gynäkologin unterstreicht dieses Bild.

Adrenalin durchflutet meinen ganzen Körper. Ich bin wie elektrisiert und höre nur noch wie durch Watte. Ich höre meine eigene Stimme wie von außen: »Bitte sagen Sie nichts! Suchen Sie noch einmal!« Die Gynäkologin erwidert: »Ja. Ich suche noch einmal.« Doch wenige Sekunden später steht das Unfassbare fest. Der Satz, der alles ändert: »Es ist nicht mehr!« Das Bild auf dem Monitor erscheint mir nicht mehr wie mein Kind, sondern wie ein grauer Klumpen.« (Zeine 2016, o.S., Herv. i. O.)

An diesem Ausschnitt wird noch einmal ersichtlich, dass Ultraschalluntersuchungen verhaltene Fehlgeburten offenbaren, *bevor* diese leibkörperlich spürbar werden und dass sie dadurch primär deutungsrelevant sind, da sie einen ärztlichen Wissensvorsprung vor dem subjektiven Wissensvorrat provozieren. Für die mit Schwangerschaftsuntersuchungen vertraute Hebamme Lioba wächst sich die Vorsorgeuntersuchung, die ein negatives Resultat zum Vorschein bringt, von einer Sorgesituation (lässt »Angst durchscheinen«) zum Schockerlebnis (»Adrenalin«, »wie durch Watte«) aus, das auch die Wahrnehmung des Kindes auf dem Bildschirm verändert. Das zunächst sichtbare Kind erscheint nach der Diagnose nur noch »wie ein grauer Klumpen«. Deutlich wird hier die Wechselwirkung von Wissensformen: Lioba hat eine Kindesvorstellung und professionelle Kenntnisse des Ultraschallverfahrens, die sie das Kind auf dem Bildschirm erkennen lassen, ebenso wie das Wissen um das »Nicht-mehr«-Sein die Wahrnehmung verändert und das leblose Kind zum Klumpen versachlicht. Medizintechnik vermittelt hier Wissen, das vorab nicht von eigenen körperlichen Empfindungen nahegelegt wurde und dient gleichzeitig der Visualisierung und dem Evidentwerden dieses Wissens.

Erstaunlich ist nun, dass diese medizintechnisch generierte Deutungshoheit nicht nur in Bezug auf das Körperinnere besteht, sondern auch dann, wenn die Fehlgeburt – mit all ihren körperlichen Symptomen, mit Schmerzen und Abgang – vollständig erlitten bzw. erlebt wurde. Dies ist bei der zweiten idealtypischen Form von Fehlgeburtsdiagnostik der Fall, der bestätigenden Diagnose, auf die ich im Folgenden eingehe.

5.2.2 Gewissheit – bestätigender Ultraschall

In der zweiten Situation von Fehlgeburtsdiagnostik bestätigt medizintechnisch vermitteltes, ärztliches Wissen die erahnte oder bereits erlittene Fehlgeburt. In diesen Fällen bahnt sich die Fehlgeburt für das erlebende Subjekt anhand körperlicher Anzeichen oder manifester Symptome an.¹³⁵ Während Arbeiten zum Ultraschall zeigen, wie die bildgebende Technologie Verborgenes und Nicht-Fühlbares für Dritte darstellbar macht (exemplarisch Sänger 2020), zeigt sich hier, dass auch etwas Sicht- und Spürbares, Äußerliches durch den Ultraschall nachträglich definiert wird. Als Beispiel sei Sara zitiert.¹³⁶ Sie beschreibt die Situation und kognitive Realisierung ihrer frühen Fehlgeburt wie folgt:

135 Die komplexe Wechselhaftigkeit von Ahnungen, Befürchtungen, Beruhigungen und Teilbestätigungen, die sich aus verschiedenen Wissensquellen speisen, wurden bereits anhand der Darstellung von Abweichungen vom Schwangerschaftsnormalverlauf deutlich (Kapitel 4).

136 Das folgende Zitat aus dem Interview mit Sara und Formulierungen der anschließenden Interpretation sind veröffentlicht in Böcker (2017, S. 147).

Nachts gings aber richtig los und dann (.) hätt ich nie gedacht, dass mich das soo mitnimmt, weil man das schön ö/ das ist öfters hört so ne, wo's hieß so dass dass man mal ne Fehlgeburt hat und dann denk ich ›naja in diesem frühen Stadium‹ man hat (.) keine (.) vielleicht noch nicht diese Beziehung zu dem Kind und (.) das ist ja ganz normal, in Anführungsstrichen, ne und {lacht} //hm// (.) aber das war (.) also ich hatte richtig (.) ich bin zur Toilette gekrochen auf allen Vieren, weil ich nicht mehr stehen konnte, ne und es es (.) ich hatte richtig (.) Wehen sozusagen und dann kriegst Du da (.) dieses äh (.) Kind {lacht/schnauft} (.) in Anf/ Also es ist ja irgendwie noch anonym und so, aber es ist Dein Kind und und es geht einfach weg, ne, und das das fand ich irgendwie schon ziemlich krass und ich hab (.) also ich bin eigentlich nicht, sehr pragmatischer nicht so 'n gefühlsbetonter Mensch (.) und hab echt (.) ähm (.) w/ war von mir überrascht, was das mit mir macht, so. [atmet hörbar ein] Ahm (.) genau, mein Mann war in dem Moment auch total überfordert, weil er das gar nicht einschätzen also für ihn war's dann eigentlich eher (.) gut sozusagen {lacht} //hm// dass sich alles geklärt hatte und ähm und und ähm und er war von mir völlig überford/ also mit mir völlig überfordert, die ich dann da heulend irgendwie in der Ecke saß (.) und gar nicht wusste, was mit mir passiert. Und dann war auch s/ so, dass der Wert halt (.) so runter ging, der Hormonwert, dass ich war dann glaub ich nochmal bei der Ärztin gewesen und dann war für mich noch das krassenste d/ der krasseste Einschnitt: die Woche danach hat sie dann nochmal Ultraschall gemacht, und dann zu sehen, dass auf einmal alles leer ist, alles ist weg. Also, dass Du wirklich dieses Bild nochmal vor Dir hast: Vorher war alles angelegt und da und dann ist's auf einmal weg und das ist so: wie auch weg aus (.) es war ja auch noch nicht so offiziell (.) also es ist einfach verschwunden. {atmet ein} Genau. {atmet aus}. (G, Z. 72–92)

Das äußerst intensive, schmerzhaftes Fehlgeburtserleben, das Sara hier schildert, deutet sie als Geburt eines Kindes (»kriegst Du da dieses Kind«), auch wenn sie diese Deutung relativiert (»Kind in Anf[ührungszeichen]«). Die Körper-Leibdifferenzierende Formulierung, dass sie »gar nicht wusste, was mit [ihr] passiert«, zeigt, dass diese Deutung zum Zeitpunkt des Erlebens noch nicht gegeben ist. Dabei »passiert« ihr etwas Leibliches, das in seiner Wucht den pragmatischen Menschen Sara überrollt. Wichtig ist nun, dass trotz dieses intensiven Verlusterlebens erst die ärztliche Bestätigung der Fehlgeburt und die durch den Ultraschall visuell wahrnehmbare Leere Sara den Verlust realisieren lassen, und vor allem das so diagnostizierte Nicht-Vorhandensein des Kindes ihre Trauer auslöst. Mithin sind für sie nicht ausschließlich der leibliche Schmerz und das Gebären eines »Kindes« deutungsentscheidend, vielmehr ist es die ärztliche Ultraschalluntersuchung.

Saras Erzählung ist ein gutes Beispiel für den in der Frauen- und Geschlechterforschung kritisierten Wandel der Körperwahrnehmung von Schwangeren durch die moderne Medizin. Insbesondere Ultraschall und digitale Visualisierungsmethoden hätten das subjektive Schwangerschaftserleben verändert und zu einer Entfremdung vom Körpererleben geführt (Duden 1991; Young 1984; Samerski 2016). Die wesentliche Kritik an sonografischen Darstellungen bezieht sich auf deren Beitrag zur zunehmenden Individualisierung

und Verkindlichung des Ungeborenen (»infantilising«, vgl. Lupton 2013, S. 35). Das Ungeborene werde vorgeburtlich zum Kind gemacht und als ein Körper und Selbst hervorgebracht, mit dem Dritte in einer sozialen und daher ethischen Beziehung stünden (vgl. ebd.). In Bezug auf die sonografische Hervorbringung des ungeborenen Kindes konstatiert Silja Samerski etwa: »Since the advance of technological prenatal care, practices around pregnancy and birth treat the invisible as visible and the child-to-come as the child already there« (Samerski 2016, S. 709). Hirschauer und Kolleg*innen (2014, S. 100) schmälern die Kritik dieser Ausrichtung: »Statt die ›verkindlichende‹ Kommentierung des Sonogramms als ärztliche Enteignung des Fötus anzuprangern, kann sie auch als ärztliche Familiarisierung der Schwangerschaft gelesen werden«. Sie beziehen sich auf Arbeiten, die zeigten, dass Paare den Blick auf den Ultraschallmonitor auch als Gelegenheiten begriffen, »ihr Kind kennenzulernen« (ebd., S. 96; vgl. Säger 2010, 2020). Ultraschallbilder würden wie Fotos behandelt und »als ›erstes Bild vom Kind‹ im Bekannten- und Verwandtenkreis« vorgezeigt (Hirschauer et al. 2014, S. 96). Auch helfe Partnern »das Sehen des Kindes [...], die Statuspassage zu ›Vätern‹ zu meistern« (ebd., S. 97 f.).

Jenseits dieser normativ aufgeladenen Gegenüberstellung ließe sich eine dritte, beiden Prozessen zugrundeliegende Funktion der Ultraschalluntersuchungen formulieren: die Visualisierung und Institutionalisierung einer Deutung. Eine solche Deutung basiert nicht allein auf Subjektempfindungen, sondern ist intersubjektiv teilbar und für Dritte verfügbar. In dieser Konzeptualisierung kann die Deutung über ihr Inneres entweder dem Subjektempfinden der Schwangeren entsprechen, ihr Erleben also teilbar machen, und Gemeinschaft stiften, z. B. in Form einer von der Schwangeren gewünschten Familiarisierung. Oder die vom Subjekt lösbare Deutung kann – und da ließe sich eine differenzierte Kritik ansetzen – missbraucht und gegen die Schwangere gewendet werden, z. B. wenn ihr Erleben angezweifelt oder negiert wird. Die viel kritisierte Entfremdung vom eigenen Körper kann entlang dieser Konzeptualisierung als Prozess einer deutungshoheitlichen Enteignung des Körperinneren durch Dritte verstanden werden. Das Ultraschallverfahren selbst kann aber zugleich neue Möglichkeiten für das schwangere Subjekt bieten, z. B. das eigene Erleben auszurichten und differenzierter wahrzunehmen, eine Faktizität für eigene Empfindungen und Deutungen zu schaffen und dadurch sozialen Anschluss zu generieren. Es kann also, kurz gesagt, eine sozial anschlussfähige Deutung für das eigene Erleben hervorbringen.

In Bezug auf den verhandelten Fall lässt sich sagen, dass Sara der Prozess der sonografischen Familiarisierung, der ihr aus früheren Schwangerschaften bekannt ist, fehlt. Für ihre Familie ist das Kind anonym geblieben und es gibt keine familiär geteilte Deutung des Erlebten. Für Sara ist es – vermutlich auch durch die intensive Erfahrung – der Verlust ihres Kindes (»es ist Dein Kind und es geht einfach weg«), ihr Mann teilt diese Elterngefühle aufgrund der relativen

Abstraktheit aber nicht: »für ihn wars [...] eher gut [...], dass sich alles geklärt hatte«. Wie der nächste Ausschnitt zeigt, löst die Fehlgeburt für Saras Mann ein Problem, nämlich das, ein fünftes Kind versorgen zu müssen. Für die divergenten Umgangsweisen der beiden sucht Sara eine Erklärung:

Ich glaube, bei meinem Mann war das eher so, dass er halt so hin- und hergerissen war zwischen (.) dem/ Angst vor dem, was auf uns zugekommen wäre und der Erleichterung, andererseits aber auch der Trauer, also/ und (.) der ist (.) nicht der Emotionalste also {leises Kichern} der typische Informatiker, ne? {Lachen} Ähm (.), ja, der ist echt 'n bisschen überfordert, glaub' ich und also wäre für mich jetzt auch interessant zu wissen, wenn/ wenn wir wirklich mal die Zeit hätten, uns in Ruhe darüber zu unterhalten, wie's ihm jetzt eigentlich damit geht, ne? Ähm (4) Ich denk' f/ für mich war's einfach viel viel intensiver das so körperlich mitzuerleben, ne? Also ich hab' immer gedacht, das ist so 'ne normale Regelblutung, die dann einsetzt, aber das war's nicht, ne? Also es war also wirklich eine Nacht in der ich dieses Kind geboren habe, {etwas leiser} ich sag immer dieses Kind. Unser Kind. {Lachen} Ähm, und das hätte/ hätte ich nicht gedacht, dass das so intensiv ist, oder so be/ so 'n bewusstes Erlebnis. (G, Z. 195–205)

Deutlich wird, dass Sara ihrem Mann eine emotionale Unterkühltheit unterstellt, mit der sie die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Fehlgeburt begründet. Für ihren Mann sei da neben der »Trauer« vor allem eine »Erleichterung« nach der »Angst« vor der Zukunft gewesen. Sie selbst wiederum habe durch die eigenen leibkörperlichen Erfahrungen eine starke Deutungsressource, die sie die Fehlgeburt als Kindsgeburt des gemeinsamen Kindes (»unser Kind«) rahmen lässt. Diese Deutung geht Sara allerdings nicht leicht über die Lippen und kommt erst durch etwas Überwindung zur Sprache. In diesem Kontext wird noch einmal verstehbar, warum dem Ultraschallbild für Sara eine so hohe Bedeutung zukommt. Sara erlebt¹³⁷ körperlich intensiv, wie sie ein Kind gebärt und der Verlust wird ihr im Nachhinein über das Ultraschallbild noch einmal visualisiert. Im Gegensatz zu ihrem Mann macht Sara – in der Nacht und am Bildschirm – zwei evidente Verlusterfahrungen. Ihr Mann hingegen hat den Verlust weder erlebt noch konnte er ihn symbolisch vermittelt wahrnehmen. In diesem Sinne erfüllen die Bilder auch eine Kompensationsfunktion für den Nachvollzug des ›fehlenden‹ Verlusterlebens. Wenn auch die Fehlgeburt an sich nicht vermeidbar war, so hätte ein Ultraschallbild erstellt und dieser Mangel vermieden werden können.

Diese Lesart bestätigt sich noch einmal in der folgenden Sequenz, in der es darum geht, wie Sara mit ihren Kindern über die Fehlgeburt gesprochen hat. Sie vermutet, dass das Ultraschallbild ihnen geholfen hätte, sich – ebenfalls – eine Kindesvorstellung und eine Vorstellung vom Verlust dieses Kindes zu machen:

137 Sie sagt »mitzuerleben«, was darauf verweist, dass sie sich das leibliche Geschehen »bewusst« macht.

Ich denk' bei Kindern ist es auch ganz viel mit/ mit Bildern, also wenn sie (.) irgendwie schon (.) dieses Ultraschallbild gesehen hätten und sich da 'ne Vorstellung gemacht hätten äh und das dann auf einmal weg gewesen wäre, wie es bei mir ja auch war, ne, hätte das vielleicht viel mehr noch (.) mit denen gemacht, vermute ich. (5) (G, Z. 183–186)

Hätten ihr Mann und ihre Kinder, so Saras Annahme, auch ein erstes Ultraschallbild gesehen, hätten sie sich erstens ebenfalls eine initiale »Vorstellung« vom Kind machen und eine Beziehung aufbauen können, und zweitens – beim Ultraschall zur Bestätigung der Fehlgeburt – wahrnehmen können, wie »das dann auf einmal weg gewesen« ist. Dadurch wären sie vermutlich betroffener gewesen (»hätte das vielleicht viel mehr noch mit denen gemacht«). Die Passage lässt vermuten, dass die erste Ultraschalluntersuchung (vor der Fehlgeburt) für Sara selbst ein wichtiger Moment bei der Entstehung und Festigung der Kindesvorstellung und von elterlicher Identität gewesen ist. Da kein Ultraschallbild aus der Schwangerschaft vorhanden ist, fehlt Sara allerdings eine Möglichkeit, das Objekt ihres Verlusts sichtbar zu machen und den Verlust mit ihrer Familie zu teilen.

5.2.3 Zusammenfassung

Wie auch die Schwangerschaft zu Beginn nur medizintechnisch vermittelt und keine allein leiblich generierte Gewissheit ist, so bedarf es medizintechnischer Mittel wie der Ultraschalluntersuchung und Hormonwertmessung für die Prognose, Diagnose und Bestätigung einer Fehlgeburt. Es besteht, wie gezeigt, bei Schwangerschaftsverlusten eine medizintechnisch vermittelte, ärztliche Deutungshoheit gegenüber subjektiven Anzeichen, Gefühlen und Schmerzen. In einer Logik evidenzbasierter Vergewisserung werden in den erörterten Fällen Ultraschalluntersuchungen durchgeführt und HCG-Werte gemessen,¹³⁸ um Wissen über die Fehlgeburt zu erlangen. Ohne medizintechnische Offenbarung oder Bestätigung können die körperlichen Erscheinungen der Fehlgeburt auch anders gedeutet werden, z. B. als Zwischenblutung oder verspätete Menstruation (vgl. 5.3.1). Dann aber würden sie nicht als Verlust eines Kindes interpretiert. Kurz gesagt, frühe Fehlgeburten, bei denen durch den Abgang kein Kindeskörper zum Vorschein kommt, lassen sich nur aufgrund ihrer medizintechnischen Vermittlung überhaupt als Kindsverlust erfahren.

Bisher stand die Körpermaterialität von Schwangeren im Vordergrund. Diese subjektiv und von Dritten herangezogene Größe wird – und das unterscheidet Fehlgeburten von anderen medizinischen Phänomenen – nicht nur im Hinblick

138 Auch die Körpertemperatur (vgl. den Post von Mariechen in 5.2.1).

auf den Zustand der schwangeren Patientin gedeutet, sondern auch auf das Ungeborene bezogen. So kann die Visualisierung durch Ultraschall auch zu frühen Schwangerschaftszeitpunkten ein Kind hervorbringen. Dabei spielt die Körperform bzw. Gestalt des Kindes keine deutungsrelevante Rolle. Das Beispiel der Hebamme Lioba hat gezeigt, wie dieselbe Materialität von derselben Person deutungsabhängig unterschiedlich wahrgenommen wird. Zunächst sieht Lioba ein »Kind« auf dem Ultraschallbildschirm, nach der Diagnose fehlender Vitalität erkennt sie nur noch einen »grauen Klumpen«. Schon bei der Vloggerin Nina wurde im vorigen Unterkapitel offenkundig, dass es keines Kindeskörpers bedarf, um ein Kind zu konstruieren. Beforschte, die eine Kindesvorstellung haben, suchen aber auch gerade deshalb nach einem Kindeskörper, weil das Kind für sie vorhanden ist.

Ab dem Zeitpunkt der ärztlichen Schwangerschaftsbestätigung kann, wie in den zitierten Fällen deutlich wurde, legitim ein Kind vorausgesetzt und von diesem gesprochen werden. Diese Bezugnahmen und Benennungen des Ungeborenen als Kind sind aber kontingent: Der Ultraschallbefund einer verhaltenen Fehlgeburt z. B. kann einen Anschluss für die Konstruktion eines Kindes bieten, so wie es Mariechen im Forum, die Hebamme Lioba und Kathleens Arzt tun. Dieser Anschluss muss aber nicht genutzt werden (siehe Clara und Kathleen).

5.3 Körpermaterielle Grenze

Im Sterneneitern-Diskurs legitimiert ein ›Hauch‹ nachgewiesener Schwangerschaft dazu, vom Verlust eines Kindes zu sprechen. Jenseits dieser Grenze liegen Verlusterfahrungen bei unerfülltem Kinderwunsch.

In diesem Unterkapitel untersuche ich die materiell begründete Grenzziehung zwischen Kindsverlust und dem Verlust einer Hoffnung auf ein Kind. Gezeigt wird, dass im Sternenkinder-Diskurs bereits das Ende eines ›Hauchs‹ von Schwangerschaft den Verlust eines (Sternen-)Kindes bedeutet.¹³⁹ Die Schwangerschaft kann, wie bereits erwähnt, in frühen Phasen nur über das Schwangerschaftshormon Beta-HCG im Urin oder im Blut nachgewiesen werden, sie wird deshalb auch (bio-)chemische Schwangerschaft genannt. Dieser Nachweis dient als materielle Evidenz dafür, dass eine Schwangerschaft bestanden hat, die ohne entsprechende biochemische Tests nicht (eindeutig) feststellbar wäre. Die exakte materielle Grenze liegt dann an der Stelle, wo Unsicherheit bezüglich der Schwangerschaftsdiagnose besteht und schwer zu unterscheiden ist, ob es sich

139 Die Gleichsetzung von befruchteter Eizelle und Kind und die damit verbundenen politischen Konflikte können an dieser Stelle nicht weiter erläutert werden.

um eine sehr frühe Fehlgeburt oder um eine verspätete Menstruation handelt (5.3.1). Die Deutung hingegen, ohne leibliche Schwangerschaft einen Kindsverlust erlitten zu haben, gälte im Sternenkind-Diskurs schlicht als falsch. Jenseits der Grenze einer legitimen Konstruktion von Kindsverlust liegen demnach Fälle von unbestätigten Schwangerschaften, die subjektiv bleiben, und von unerfülltem Kinderwunsch, selbst wenn Betroffene den eigenen »Kinderwunschverlust«, wie es etwa die Interviewte Anne ausdrückt, vergleichbar stark betrauern. Auf die Körpermaterialität von Verlusterfahrungen bei unerfülltem Kinderwunsch gehe ich im zweiten Teil (5.3.2) dieses Unterkapitels ein.

5.3.1 Diesseits der Grenze: Ein Hauch von Schwangerschaft

Im Folgenden wird der Fall einer sehr frühen Fehlgeburt vorgestellt, die sich an der körpermateriellen Grenze zum (Sternen-)Kindsverlust ereignet: Bei der Betroffenen Melissa geht sozusagen ein Hauch von Schwangerschaft verloren. Eindeutlich zeigt die in einem Vlog dokumentierte Auseinandersetzung mit dem Erlebten, dass im Sterneneltern-Diskurs der Verlust jeder Schwangerschaft einen (Sternen-)Kindsverlust bedeutet und dass der Verlust in der Frühschwangerschaft nur durch positive Schwangerschaftsnachweise darstellbar ist.¹⁴⁰ Im analysierten Fall wird die eigentliche Fehlgeburt allerdings nicht als Kindsverlust, sondern als ein ›Zwischending‹ erfahren. Die Beforschte Melissa hat bereits ein (älteres) Kind verloren, weshalb sie die beiden Verluste miteinander vergleichen und voneinander abgrenzen kann. Da Melissa die Fehlgeburt nicht als Kindsverlust erfährt, sie aber zugleich dem Deutungsmuster folgt, wonach auch eine frühe Fehlgeburt der Verlust eines (Sternen-)Kindes ist, deutet sie die erlebte Fehlgeburt zu einer verspäteten Menstruation um. Sie dekonstruiert damit die Tatsache, überhaupt schwanger gewesen zu sein. Denn nur, wenn Melissa nie schwanger war, ist sie innerhalb des Sterneneltern-Diskurses auch nicht von einem (Sternen-)Kindsverlust betroffen. Der Fall veranschaulicht so, dass die Grenze der Kindsverlustererfahrung im Sternenkind-Diskurs exakt entlang der Unterscheidung schwanger gewesen/nicht-schwanger gewesen verläuft, und dass die lebensweltliche Erfahrung dieser diskursiven Binarität aber durchaus zuwiderlaufen und man ›ein bisschen schwanger‹ gewesen sein kann.

140 Die Teilhabe am Diskurs ist natürlich nicht das, was die Betroffenen ursprünglich intendiert haben. Nach dem Verlust wird sie aber reklamiert. Der Diskurs stärkt und stützt dann wiederum die körpermaterielle Grundlage – erst durch ihn kann sich die Form ›Kind‹ materialisieren.

Kontextualisierung: Verwaiste Mutter mit Kinderwunsch

Aufhänger und Inhalt des YouTube-Videos »Fehlgeburt/ Positive Einstellung trotz allem!!!!« (2015) sind die Feststellung einer Schwangerschaft und ihr frühes Ende. Zu Beginn des 15-minütigen Videos sind Fotos und Schriftzüge zu sehen, die das, was Melissa im Folgenden erzählt, in die Kontexte Tod und Trauer einerseits sowie Kinderwunsch und Familienplanung andererseits stellt. Auf den Schriftzug »EIN EREIGNIS.....« folgt die Aufnahme weißer Rosen auf der Erde, es ist der Ansatz eines Grabkreuzes zu sehen. Auf die nächste Einblendung »DAS ALLES VERÄNDERT HAT« folgen drei Bilder: ein Ultraschallbild eines elf Zentimeter großen Embryos, blaue Fußabdrücke auf Papier, ein kugelrunder Schwangerschaftsbauch. Später wird verstehbar, dass die Bilder aus der Zeit einer früheren Schwangerschaft mit ihrem inzwischen verstorbenen Sohn stammen. Auf den Schriftzug »DER ENTSCHLUSS WEITER ZU MACHEN« folgt das Foto eines strahlenden Backpacker-Paares, Melissa und vermutlich ihr Mann, bevor die Videoaufnahme beginnt:

Es ist so, dass ich im letzten Video ja gesagt habe, dass ich jetzt gucke, ob meine Periode kommt oder nicht, und äh, meine Periode ist nicht gekommen. (1) Ist was Positives. Ähm, ja am 19. ähm März hätte meine Periode kommen s/ müssen, ist nicht gekommen, ich hab' natürlich brav noch statt vorher zu testen, habe ich ein, zwei, drei Tage später getestet [...] und ähm habe dann quasi am 21. das erste Mal ein Schwangerschaftstest gemacht und der war positiv. Leute, einen positiven Schwangerschaftstest nach nem halben Jahr in der Hand zu haben, ist einfach (.) ich hab' gedacht, ich sterbe. Ich habe dazu sogar ein Video aufgenommen, ich weiß nicht, ob ich das Euch irgendwie mal zeigen sollte oder so, aber (.) ich habe nicht mich selber aufgenommen, sondern den Test wie er einfach positiv (.) anzeigt dann irgendwann, es war ein Digitaltest, ja (.) Ich weiß nicht, ich hab' an dem Tag überlegt, wie ich am besten meinen Mann überraschen könnte oder nicht. (M, Z. 2–12)

Die Erwartung einer Schwangerschaft ist der Anlass für ein neues Video, die Information über das Eintreten oder Ausbleiben der Menstruation sei bereits »im letzten Video« angekündigt worden. Ihr Ausbleiben wird positiv gerahmt – mit einem positiven Schwangerschaftstest kann der Mann überrascht und die Freude mit der angesprochenen Community geteilt werden. Dass Melissa überhaupt schwanger wurde, zeigt, dass sie bzw. ihr Körper grundsätzlich fruchtbar ist. So heißt es in einem Kommentar zum Video:

»Erstmal tut es mir leid, dass du so eine Erfahrung machen musstest, aber ich denke, es ist schon mal ein gutes Zeichen, dass dein Körper nun quasi bereit ist für eine Schwangerschaft.«

Melissa verweist auf eine Aufnahme des Schwangerschaftstests, den sie bei Bedarf der Online-Community vorlegen kann. Es gibt also einen Beweis für die Schwangerschaft. Die Formulierung »ich weiß nicht, ob ich das Euch irgendwie mal zeigen sollte oder so« antizipiert einerseits einen möglichen Zweifel des Publikums an der Schwangerschaft. Andererseits bringt Melissa ihren eigenen Zweifel daran zum Ausdruck, ob es sinnvoll ist, den Test zu zeigen. Melissa versucht sich und die Zuschauenden hier davon zu überzeugen, dass sie schwanger war, während – und das zeige ich im Folgenden – die Schwangerschaft nie zweifelsfrei bestand. Von ihrer Reaktion auf den positiven Test berichtet sie so:

Das Ding war einfach, meine Stimmung war nicht gedrückt, aber irgendwas war merkwürdig, also merkwürdig, ich weiß es nicht, ich war einfach, ich war schwanger, aber ich hatte so das Gefühl, dass ähm irgendwas nicht stimmt, also ich hatte sehr starke Unterleibsschmerzen und ich habe schon oft davon hören, dass Frauen einfach über diesen Zeitraum hinweg bis ähm bis irgendwie alles da sich eingenistet hat, keine Ahnung, schon Schmerzen haben, dass sogar irgendwie Einnistungsschmerzen entstehen können, leider ist es so, dass ähm bei mir diese Schmerzen nicht nachgelassen haben (.) äh, aufgrund dessen, also auch an dem Tag das erste Mal getestet habe, habe ich mit einem Clearblue digital getestet, also ich möchte jetzt keine Werbung dafür machen, aber ich wollte einfach (.) ein klares Ergebnis, ja oder nein, und ich wollte keine Striche raten. Und dann ähm habe ich aber noch diese Billigttests, diese Streifen, diese blauen, die Ihr in meinem Ovulationstagebuch schon gesehen habt, hab da auch nochmal zwei von denen gemacht (weil hab ich) gesagt, ja gut, also wenn diese billigen positiv zeigen (.) und der von der Drogerie dann (.) muss es ja positiv sein. Diese Streifen äh -sticks quasi sind auch positiv gewesen, also da habe ich mir gedacht, weil die waren vorher nie also pos(itiv) die sind sehr sehr kritisch gewesen diese Tests immer und ähm, habe ich mir gedacht, ja dann ist es so {lacht}, dann bin ich schwanger. (M, Z. 12–27)

In dieser Passage verhandelt Melissa die gewünschte Gewissheit, schwanger zu sein, die sich trotz diverser positiver Schwangerschaftstests nicht einstellen will. Melissa zweifelt am Tatbestand der Schwangerschaft, etwas »war merkwürdig«, auch wenn sie schließlich zur vermeintlichen Überzeugung gelangt: »dann ist es so, dann bin ich schwanger«. Sie erwähnt Schmerzen, die Frauen haben »bis irgendwie alles da sich eingenistet hat«, also Schmerzen *vor* Beginn der Schwangerschaft. Diese Schmerzen vor Beginn der Schwangerschaft hätten bei ihr »leider [...] nicht nachgelassen« – es ist, als habe Melissa den vorschwangeren Zustand nie verlassen. Ihre Schmerzen sind keine »Einnistungsschmerzen«, die den Beginn einer Schwangerschaft markiert hätten.

Hier zeigt sich erneut die Bedeutung von Schwangerschaftstests für die frühe Deutung der Schwangerschaft. Um Klarheit zu gewinnen, zieht Melissa einen digitalen Test heran, der statt einer Färbung die SSW anzeigt (also z. B. »1–2«). Sie sagt: »Ich wollte einfach ein klares Ergebnis, ja oder nein, und ich wollte keine

Striche raten«. Der Digitaltest verspricht zwar ein »klares Ergebnis, ja oder nein«, aber erst die positiven »Billigtests« lassen sie zu dem Schluss kommen, schwanger zu sein. Später im Video erzählt Melissa, dass die Teststreifen, die »Linien sehr hell waren«, was zusätzlich erklärt, warum die Schwangerschaftsdiagnose unsicher ist.¹⁴¹

Melissa behandelt die Schwangerschaft einerseits von Anfang an unter Vorbehalt. Andererseits fremddefinieren neben der vermittelten Körpermaterialität ihr Mann und ihr Gynäkologe die Tatsache, dass Melissa schwanger ist. Als spätere Tests hellere Streifen anzeigen als zuvor, verfällt Melissa in »Panik«, liest in Foren und rechnet ihren Zyklus nach. Ihre Sorge erklärt ihr Mann für unbegründet: »Also mein Mann hat mich für verrückt erklärt, er hat gemeint, »du bist schwanger, freu Dich, wir freuen uns, alles wird gut«. Er »erklärt« somit die Schwangerschaft zur Tatsache, mit der die Gefühlsnorm einhergeht, guter Hoffnung zu sein. Zwei Tage später bekommt Melissa Schmierblutungen und erneut »Panik«. Dieses Mal ist es der konsultierte Frauenarzt, der sie »beruhigt« und meint, »dass es überhaupt kein Problem ist«. Er führt eine Ultraschalluntersuchung durch, die eine »hoch aufgebaute Schleimhaut« und wenig über die Frucht offenbart: »Wenn überhaupt sieht man eine ganz kleine Fruchthöhle, die man erahnen kann«. Angesichts der Schwangerschaftswoche (5. SSW) sehe »alles gut aus« und beim nächsten Termin zwei Wochen später würden sie weitersehen. In der Folge ist Melissa beruhigt:

Ich war, hatte total gute Laune am nächsten Tag, mittwochs, mir ging's gut, die Sonne schien hier in C-Stadt, ich bin spazieren gewesen, habe mir Erdbeeren gekauft, bin dann nach Hause, ich hatte total die schlimmen Unterleibsschmerzen, schon lange nicht mehr solche Schmerzen gehabt und dann bin ich ähm mit Freunden treffen und ähm, es war

141 Emily Ross (2018) untersucht Erfahrungen erstmalig Schwangerer mit Schwangerschaftstests und beschreibt ebensolche Unsicherheiten, wie sie hier von Melissa formuliert werden. So hinterfragten die Interviewten z. B. ihre Interpretation eines positiven Testergebnisses sowie die Genauigkeit der Tests selbst. Statt Unwissen in frühen Stadien der Schwangerschaft aufzulösen, könne ein positives Ergebnis verunsichern. Auch Cornelia Schadler spricht in ihrer Ethnografie zum »Eltern-Werden« davon, dass für einige werdende Eltern Schwangerschaft »durch ihre andauernde ›Vielleichtheit‹ charakterisiert« (Schadler 2013, S. 130) sei. Selbst die Ultraschalldiagnostik, die sie als den »in der Hierarchie der evidenzherstellenden Mittel am höchsten stehenden Schwangerschaftstest« (ebd., S. 116) bezeichnet, reiche einigen Beforschten nicht aus, sich der Schwangerschaft sicher zu sein: »Zusätzlich wurde die errechnete Einsicht in die innere Materialität des Körpers der Mutter ab dem Zeitpunkt des ersten Ultraschalls immer wieder wiederholt. Beim nächsten Termin bei der Gynäkologin konnten sich die werdenden Eltern wieder versichern: »Wir sind schwanger«. Diese weiteren Bestätigungen brauchten einige Eltern dringend, denn das Wissen [...], dass in den ersten zwölf Wochen eine Schwangerschaft von alleine abgehen kann, ließ die werdenden Eltern unsicher bleiben« (ebd., S. 129). In der Frühschwangerschaft berücksichtigten einige werdende Eltern also das Fehlgeburtsrisiko und behandelten die Schwangerschaft vor diesem Hintergrund mit besonderem Vorbehalt.

dann so, dass ich Unterleibsschmerzen hatte, sehr starke Unterleibsschmerzen aber ich habe da eben gar nicht mehr daran gedacht, dass was sein könnte und ich bin auf Toilette und hatte starke Blutungen einfach, also es war dann auch nicht so Blutungen wie (.) wie wenn die Periode einsetzt, dass es einfach nur nach und nach ist, sondern sofort starke Blutung, also ähm (.) habe ich mir gedacht: gut, okay das war's. Also die Blutung hat eingesetzt, auch wenn es jetzt ein bisschen später war. (M, Z. 99–108)

In der zitierten Passage wird sichtbar, dass Melissa ihren Körper zunächst heteronom deutet, wobei im Zeitverlauf die Blutungen stärker werden, wodurch Selbst- und Fremddeutungen zunehmend in Widerspruch geraten. Als Präventionsmaßnahme behandelt sie die Schwangerschaft unter Vorbehalt und nimmt sich entsprechend vor, eine einsetzende Blutung als verspätete Menstruation zu deuten. Andererseits forcieren die Testergebnisse, die ärztliche Bestätigung und die körperlichen Erscheinungen – die Blutungen sind eben »nicht so Blutungen, wie wenn die Periode einsetzt« – den Schluss, dass es sich doch um mehr als eine verspätete Menstruation handelt.

Fehlgeburt als Erfahrung des Dazwischen

»Als würde da etwas rauswollen«

Wie von der Schwangerschaft in ihrem vorbehaltlichen Status so erzählt Melissa vom körperlichen Geschehen als einer Art uneigentliche Geburt. So vergleicht sie das Fehlgeburterleben mit der Geburt ihres Sohnes und unterscheidet zugleich beide Ereignisse:

Gegen abends, es ging mir immer schlechter also ich habe Schüttelfrost bekommen, Schweißausbrüche und dann haben wehenartige Schmerzen angefangen, also das kannte ich wirklich diese Anfangsphase von von der Schwangerschaft also von der Geburt von meinem Sohn diese Wehen, die eingesetzt haben quasi, genau so kann ich das beschreiben und dann hat's auf dem Steiß gedrückt und und mehr in den Unterleib und da war irgendwie als würde da etwas rauswollen ja. (M, Z. 118–123)

Melissa verwendet zur Beschreibung der Fehlgeburt *feldnahe* Begriffe (»wehenartig«). Im Hinblick auf das Ungeborene verwendet sie den Konjunktiv, »als würde da etwas rauswollen«, und spricht nicht von einem Kind. An einer anderen Stelle im Video bezieht sie sich ebenfalls auf das Ungeborene als ein »kleines Wesen« im Konditional und sieht dessen Vorhandensein als möglich, aber nicht gegeben an: »Wenn da ein kleines Wesen in mir ist und es dableiben soll, dann tue ich auch mein Bestes dafür, dass es da bleibt«.

Im folgenden Zitat reproduziert Melissa eine Norm im Feld »kleiner Geburten«, nämlich den Vorzug eines natürlichen Abgangs gegenüber einer Ausschabung.

Die der Norm entsprechende Entscheidung gegen eine Ausschabung konfiguriert mit ihrem Schmerzerleben:

Dann ähm hat sie mich untersucht und bei den starken Blutungen hat sie auch gesehen, dass die Schleimhaut quasi abbaut und ähm ich sollte dann dableiben für also für eine Ausschabung, dass man quasi alles entfernen kann, dies habe ich leider verneint, also nicht leider, also es war so mein Gefühl, dass ich das selber alleine schaffe und wollte einfach nur adäquate Schmerzmittel, um diese Wehen einfach oder diese diese Mini-Wehenschmerzen einfach aushalten zu können, weil's doch nicht so wie die Periode war, es waren jetzt keine (.) krassen Wehen so wie bei der Geburt von meinem Sohn, aber es waren dann schon ähm (.) sowas so bisschen zwischendrin. (M, Z. 126–133)

Spontan äußert sie Bedauern darüber, keine Ausschabung in Anspruch genommen zu haben (»leider verneint«), woraufhin sie sich korrigiert (»also nicht leider«) und die normative Abgrenzung zwischen einer natürlichen Körperfähigkeit und der invasiven Medizin reproduziert. Aufgrund ihrer Entscheidung *erlebt* sie den Abgang, kann »Mini-Wehenschmerzen« wahrnehmen und narrative Bezüge zur Geburt und damit auch zur Mutterschaft herstellen, wie sie auch z. B. bei Nina sichtbar wurden. Zugleich wird deutlich, dass Melissa sich in diesem Fall – anders als beim Tod ihres Sohnes – mit der Selbstverortung innerhalb des Diskurses um Sternenkinder schwertut.

Dekonstruktion der Schwangerschaft

Melissa bezieht die Fehlgeburt immer wieder auf den Tod ihres Sohnes. Ein Symbol für den Zusammenhang beider Ereignisse ist ein Stillkissen:

Ich habe mein Stillkissen ausgepackt gehabt schon samstags, es ging alles sehr schnell, weil ich mich so gefreut habe. Ich war am Friedhof von meinem Sohn und, weiß nicht, habe ihm da 'ne extra rote Rose noch dagelassen für für quasi das k/ neue kleine Wunder und ähm (.) ja und da habe ich mir noch nicht eingeredet quasi, dass irgendetwas sein könnte (.) oder irgendwie schieft (.) (M, Z. 53–57)

Mit dem Eintritt der Schwangerschaft packt Melissa das Stillkissen aus. Unmittelbar auf das Stichwort des Stillkissens erwähnt sie ihren Sohn, den sie mit dem Stillkissen assoziiert. Dass sie beim »Geschwisterkind« eine Rose als Symbol »für quasi das neue kleine Wunder« ablegt, dient – neben dem Stillkissen – als weitere Beleggeschichte dafür, dass Melissa der Schwangerschaft bereits einen Wahrheitsgehalt zugewiesen hat. Sowohl in der symbolisch-rituellen Praxis (Beziehungsaufbau Geschwisterkinder) als auch diskursiv (»das neue kleine Wunder«) schließt Melissa hier an die Community der Sterneltern an. Da sie schon ein Kind verloren hat, hat sie als Betroffene eine legitime Sprechposition, die ihr aufgrund

der frühen Fehlgeburt allein vielleicht nicht zuteilgeworden wäre. Sowohl der Tod des Sohnes als auch das Ereignis zwischen Menstruation und Fehlgeburt stehen im Zusammenhang unfreiwilliger Kinderlosigkeit. Gleichzeitig ist eine Relativierung der Fehlgeburt als Kindsverlust zu erkennen:

Über mir ist [...] dieser Gedanke gekreist so, es könnte sein, dass Deine Periode trotzdem einsetzt, also: ›Du kannst jetzt schwanger sein, aber die Periode kann jederzeit einsetzen. Und irgendwie wollte, will, ich wollte ich es dann auch nicht wahrhaben, weil ähm (.) ich mir dann denke, ich hab' das jetzt letztes Jahr mit meinem Sohn durchgemacht, irgendwann hat man ja Glück. (M, Z. 36–41)

Was Melissa jetzt geschehen ist, ist für sie nicht mit der vorigen Verlusterfahrung zu vergleichen. Da im sternenelsterlichen Diskurs eine Fehlgeburt aber einem Kindsverlust gleichkommt, dekonstruiert sie die Schwangerschaft und deutet die körperlichen Erscheinungen zu einem alltäglichen Phänomen, einer verspäteten Menstruation, um. Diese Umdeutung der Fehlgeburt erfährt in einem Kommentar zum Video auch zarten Widerspruch:

»Mir ging es genau so. Ich war danach am Boden. Aber für mich war es mein Sternchen und ich kann auch nicht einfach sagen, war halt meine Periode, weil ich genau weiß, dass es nicht die Periode war. Ich sehe es mittlerweile so, dass das Sternchen vielleicht auf uns aufpasst, wenn ich wieder schwanger bin.«

Das definitive Wissen also darum, dass »es nicht die Periode war«, macht für die kommentierende Person den Unterschied zwischen dem Eintreten der Menstruation, dem Verlust einer Hoffnung, und dem Verlust eines »Sternchen[s]«, eines personalisierten Wesens mit Handlungsmacht (das »... auf uns aufpasst«). Dieses Wissen um die Existenz eines Sternchens ließe sich, so die implizite Kritik im Kommentar, »nicht einfach« weg-konstruieren. Gemäß derselben Logik agiert Melissa, die präventiv und bearbeitend die Schwangerschaft selbst infrage stellt, um keinen erneuten Kindsverlust erfahren zu müssen.

5.3.2 Jenseits der Grenze: Unerfüllter Kinderwunsch

Menstruation bei unerfülltem Kinderwunsch¹⁴²

Die körpermaterielle Mindestvoraussetzung einer legitimen Konstruktion von Kindsverlust ist, so wurde argumentiert, eine nachgewiesene Schwangerschaft.

142 Eine kürzere, frühere Version des Abschnittes zu Christine ist veröffentlicht in Böcker (2017, S. 148f.).

Jenseits dieser körpermateriellen Grenze wären also Kindsverlusterfahrungen zu verorten, denen keine Schwangerschaft vorausgegangen ist. Gemeint sind damit z. B. Verlusterfahrungen von Personen mit Kinderwunsch, wie sie sie beim Eintreten ihrer Menstruation machen. So schrieb mir z. B. meine Freundin Christine¹⁴³, die eines meiner Manuskripte gelesen hatte, über ihre – sie selbst irritierenden – Verlustgefühle:

»In den Fußnoten [...] erwähnst du, wie Amina [vgl. 7.5.3, jb] ihre Verlustgefühle beschreibt (Leere, Schmerz) und wie sie das Verlustgefühl bei der Fehlgeburt mit der Angst vor einem unerfüllt bleibenden nochmaligen Kinderwunsch in Zusammenhang bringt. [...] Interessant finde ich daran vor allem, dass man offensichtlich einen unerfüllten Kinderwunsch genauso wie eine Fehl- oder Totgeburt als Verlust empfinden kann, obwohl bei ersterem Leben ja definitiv noch in gar keiner Form materiell-leiblich spürbar geworden ist (und demnach auch nicht gestorben sein kann), sondern lediglich herbeigesehnt wurde. Ich [...] habe das Anfang des Jahres, als ich versucht habe, schwanger zu werden, genau so erlebt. Da war jeden Monat, als es nicht geklappt hat, ein starkes Gefühl von Leere, Schmerz (die gleichen Worte wie bei Amina, deshalb bin ich darüber gestolpert) und Verlust, das mich extrem irritiert hat und mit dem ich nichts anfangen konnte. Faktisch war da ja noch nichts verloren gegangen außer einer Möglichkeit. Ich habe rational dagegen gearbeitet und irgendwann ist die Wunde geheilt, aber ich kann nach wie vor nicht verstehen, warum ich so ein starkes Verlustgefühl für etwas empfunden habe, das noch gar nicht da war. Vielleicht trauert man eher um verloren gegangene Erwartungen und unerfüllte Wünsche als um eine tatsächliche Person?«

Die Verlustempfindung ist zweifach an körperliche Prozesse geknüpft: Über die Menstruationsblutung wird festgestellt, dass »es nicht geklappt hat«. Mit ihrem Einsetzen (»jeden Monat«) machen sich der körperlich spürbare Verlust und die Verletzung breit (»Schmerz«, »die Wunde geheilt«).¹⁴⁴ Deutlich wird aber auch die innere und äußere Verhandlung einer passenden Deutung für das Verlustgefühl, das sich nicht auf ein Kind oder eine »tatsächliche Person« bezieht. Innerlich arbeitet Christine »rational dagegen«, nach außen offenbart sie ihre anhaltende Irritation (»ich kann nach wie vor nicht verstehen«) über »so ein starkes Verlustgefühl für etwas [...], das noch gar nicht da war«. Sie parallelisiert die Verlustgefühle bei unerfülltem Kinderwunsch und bei Fehl- oder Stillgeburt, unterscheidet aber die Verlustobjekte. Klar sei, dass »bei ersterem Leben ja definitiv noch in gar keiner Form materiell-leiblich spürbar geworden ist [...], sondern

143 Meine Freundin hat einer pseudonymisierten Zitation zugestimmt. Danke!

144 Auch Rhea beschreibt im Interview, das ein Jahr nach der späten Fehlgeburt stattfindet, eine wiederkehrende Traurigkeit, die mit der Menstruation einsetze. Dann erinnere sie sich an die Fehlgeburt und verknüpfe die beiden Körpererscheinungen.

lediglich herbeigesehnt wurde«. Verlustgefühle bei unerfülltem Kinderwunsch beziehen sich also, so die hier zugrundeliegende Unterscheidung, im Gegensatz zu Verlustgefühlen bei Fehl- und Stillgeburt auf ›rein konstruierte‹ Verlustobjekte ohne materielle Gestalt.

Im letzten Fallbeispiel wird diese Verschränkung von unerfülltem Kinderwunsch und Verlustgefühlen, die durch eine einsetzende Menstruation ausgelöst werden, noch einmal auf den Punkt gebracht. Anne ist Anfang 40, Anthropologin und promoviert zum Zeitpunkt des Interviews in Psychologie. Gerade hat sie eine Chemotherapie und begleitende Therapien hinter sich, während der »man absolut nicht schwanger werden darf. Wenn man es würde, müsste man abtreiben«. Die Krebsdiagnose wurde kurz vor Beginn einer Behandlung mit In-Vitro-Fertilisation (IVF) gestellt. Aufgrund der Diagnose muss Anne sich gegen die Behandlung entscheiden. Sie erzählt, dass sie nun hofft, »ein Jahr nach der Diagnose wieder an [ihr] altes Leben anknüpfen« zu können:

Dadurch, dass [durch die Chemotherapie, jb] meine Menstruation eben ausgeblieben ist so lange, ist dann dieses Kinderwunschthema oder Kinderwunschverlustthema halt so/ es war lange nicht abgeschlossen. Aber ich habe es erst mal so wie so im Aktenschrank ganz weit hinten verstaut. [...] Und damit war eigentlich sozusagen emotional, das dann auch ein bisschen ruhiger. Und dann habe ich aber im Dezember [drei Monate vor dem Interview, jb] auf einmal wieder meine Tage gekriegt. Und dann ist das alles wieder hochgekommen. Also zum einen ist dieser Wunsch wieder geweckt worden, die Hoffnung, dass das ja vielleicht doch noch, hey, Eierstöcke funktionieren wahrscheinlich noch, doch noch klappen könnte. Und gleichzeitig aber auch so das Bewusstsein, das ist/die Chance ist sowas von gering. Und dann bin ich so wütend geworden. Und dann habe ich gesagt, warum muss ich mich dann/ich habe mich schon mein Leben lang mit dieser Menstruation rumgequält, warum soll das jetzt noch weiter gehen für nichts und wieder nichts? Also so viel Frausein brauche ich dann wirklich nicht. Also auf die Seite kann ich dann auch verzichten. (I, Z. 391–407)

Das überraschende Einsetzen der Menstruation löst bei Anne intensive und ambivalente Gefühle aus. Zum einen kommt »das alles wieder hoch«, womit sie das plötzliche Aus für ihre IVF-Pläne meint. Zum anderen werden erneut Wünsche und Hoffnungen geweckt, die sie wiederum als irrational delegitimiert (›geringe Chancen‹). Schließlich wird Anne »wütend«. Diese Wut ist auch aus dem Kontext ihrer Stegreiferzählung verstehbar: Als Frau sei sie ihr ganzes Leben darauf vorbereitet worden, Kinder zu haben und Mutter zu werden. Dies sei für sie immer ein unhinterfragter Lebenssinn gewesen – sie stellt sich sozusagen als lebenslange Prä-mutter dar. Die Menstruation wird, da ihr Kinderwunsch unerfüllt geblieben ist, zum Symbol einer fundamentalen, die Lebensqualität mindernden Geschlechterungerechtigkeit; die wiederkehrende Qual des Körperlichen hat sich für sie – die nun kein Kind hat – nicht gelohnt (›für nichts und wieder nichts‹). Anne empfindet einen, wie sie es passend ausdrückt, »Kinderwunschverlust«.

Anne bot sich mir als Interviewpartnerin an, nachdem ich im universitären Kontext meine Arbeit vorgestellt hatte. Gegen Ende des Interviews erklärt sie, wie sie auf die Idee kam:

Ich bin ja nur da draufgekommen, weil das anzubieten hätte ich ja gar nicht gemacht, als Du da in M-Stadt das vorgestellt hattest, da hast Du ja erst so von Schwangerschaftsverlust und Abbrüchen und so irgendwie erzählt. Und dann hatte ich so den Gedanken, hm, na ja so ein Fall wie meiner ist ja da irgendwie schon irgendwie auch, gibt es ja doch Parallelen. Aber na ja, ist halt was anderes. Und dann hast Du aber selber davon erzählt. Und der Moment war für mich auch so ein/also es tat mir gut, dass das aus Deiner Sicht so auch als schwerer Verlust anerkannt wird. Also nicht dasselbe, aber eben vergleichbar mit Schwangerschaftsverlust. (I, Z. 1191–1196)

Anne unterscheidet zunächst, wie Christine, zwischen Verlusten während der Schwangerschaft und anderen Fällen (»so ein Fall wie meiner«), die zwar Parallelen aufweisen, aber doch »halt was anderes« seien. Dann aber hätte ich »selber davon erzählt«, womit Anne Bezug auf das am Beispiel von Christine entfaltete Argument nimmt, dass auch ein unerfüllter Kinderwunsch Verlustgefühle auslösen kann. Mein Verweis auf die (fehlende) Anerkennung »als schwerer Verlust« habe sie darauf gebracht, sich mir als Interviewpartnerin anzubieten. Zudem tat ihr »der Moment« gut, die anerkennende Perspektive zu hören. Gleichwohl sie sich erstens selbst mit dem Thema Schwangerschaftsverlust identifiziert und zweitens positiv auf meine These einer ›Erfahrungsparallelität‹ reagiert, hält sie am Ende an dem Unterschied fest (»nicht dasselbe aber eben vergleichbar«), der das gesamte Material durchzieht: eine Schwangerschaft verlieren oder nie schwanger geworden sein.

5.3.3 Zusammenfassung

Es wurde argumentiert, dass der Nachweis qua Schwangerschaftstest, dass eine Schwangerschaft bestanden hat, die körpermaterielle Grenze einer legitimen Konstruktion von Kindsverlust ist. Dafür wurde zunächst ein Grenzfall zwischen früher Fehlgeburt und verspäteter Menstruation herangezogen. Die Beforschte Melissa schließt einerseits an die im Feld des Sterneneitern-Diskurses vorherrschende Deutung an, dass auch frühe Fehlgeburten Geburten und betrauernswerte Kindsverluste sind. Andererseits hat Melissa im Jahr zuvor bereits einen Sohn verloren und damit die Erfahrung eines Kindsverlusts gemacht, die für sie mit der jetzigen Erfahrung nicht zu vergleichen ist. Diesem Widerspruch – Anerkennung von Fehlgeburt als Kindsverlust und Erfahrung der Fehlgeburt nicht als Kindsverlust – begegnet Melissa, indem sie die Schwangerschaft dekonstruiert und die Fehlgeburt zur verspäteten Menstruationsblutung umdeutet. Dadurch weist

Melissa zugleich von sich, (erneut) von einem Kindsverlust betroffen zu sein. Diese (De-)Konstruktion stützt wiederum die These, dass der Nachweis einer Schwangerschaft den entscheidenden Unterschied macht.

Verluste jenseits dieser Grenzziehung sind kinderwunschbezogene Verlusterfahrungen, bei denen nie eine Schwangerschaft festgestellt wurde und es somit kein materialisiertes Verlustobjekt gab, das Gefühle des Verlusts rechtfertigen würde. Solche Verlusterfahrungen werden nicht als Kindsverluste kommuniziert, wohl aber mitunter in denselben Kontext gestellt. Betroffene mit unerfülltem Kinderwunsch sprechen, wenn überhaupt, vom Verlust einer Hoffnung auf ein Kind. Die Grenzziehung zwischen schwanger und nicht-schwanger markiert damit einen Unterschied zwischen denjenigen, die ein Kind verloren haben (Sterneltern) und denjenigen, die nie eines ›hatten‹ (Kinderlose). Während Sterneltern Mitgefühl und Unterstützung sowie Betroffenheit und Stigmatisierung entgegengebracht werden, bleiben die Verlustgefühle Kinderloser unsichtbar. Je nach Perspektive wird der eine oder der andere Verlust als schlimmer bewertet, womit die Verlustarten hierarchisiert werden.

Aus der Verlusthierarchisierung zwischen verwaisten Eltern und unfreiwillig Kinderlosen resultiert mitunter eine ›Betroffenheitskonkurrenz‹, die verdichtet in folgenden Tweets zum Ausdruck kommt:

»Wenn das eigene Kind stirbt, das ist das Schrecklichste was jemandem passieren kann.« sagt die eine Frau. ›Ein Kind zu verlieren heißt ein Kind gehabt zu haben.« sagt die Andere. ›Ich werd nie Kinder haben, das tut auch weh, aber diesen Schmerz sieht niemand.« 31. Mai 2020, @sargeschichten

»Ernsthaft?!! Den Tod eines Kindes mit dem Wunsch nach etwas (möglicherweise) unerfüllbarem zu vergleichen! Instinklos, zynisch, selbstüchtig, narzisstisch.« 31. Mai 2020, @Gleichmutig

Während im ersten Tweet beide Frauen als Betroffene konstruiert werden, wobei der Schmerz der einen unsichtbar bleibt, zeigt sich die Verfasserin des zweiten Tweets fassungslos über den Vergleich von Mensch und (immateriellem) Ding. Der Tod eines Kindes wird als manifeste Tatsache gesehen, der gegenüber der unerfüllte Kinderwunsch lediglich eine persönliche Kränkung sei; der Anspruch auf mehr Beachtung sei »selbstüchtig«, weil er dem Tod eines anderen weniger Bedeutung beimesse als eigenen Wünschen und eigenem Leiden. Auf die Dimension der Anerkennung bzw. des ›Reichtums‹, die dem vormaligen ›Besitz‹ eines Kindes zugeschrieben wird, geht der Antwort-Tweet nicht ein. Das Beispiel verdeutlicht noch einmal eindrücklich, in welche moralisch und emotional aufgeladenen Sinnzusammenhänge die Rede von Verlust durch Tod und von Verlust durch unerfüllte Wünsche jeweils eingebettet ist – der empirische Grenzbereich zwischen beiden Verlustformen wurde in diesem Unterkapitel beleuchtet.

5.4 Die Kindesvorstellung und der kindliche Körper: Verlustkonstellationen

Erfahrungen, in denen das Verhältnis von Kindesvorstellung und wahrgenommenem Körper inkongruent ist, bergen ein Krisenpotenzial, das nicht besteht, wenn die Kindesvorstellung mit der körperlichen Materialisierung des Kindes übereinstimmt.

Die vorangehenden Abschnitte über die Bedeutung der Körpermaterialität für die Deutung eines Kindsverlusts haben gezeigt, dass Akteur*innen (Subjekte und Dritte) über verschiedene Medien (Medizintechnik, Sprache, Wahrnehmung) Bezug auf embryonale bzw. fötale Körper nehmen. Der Materialität von Schwangerschaftsverlust wohnt eine eigene Faktizität inne, die aber weder eine Deutung des Ungeborenen als Kind noch eine spezifische Eltern-Kind-Beziehung determiniert. Deutlich wurde anhand der Fallvergleiche die Bandbreite von Deutungen bei vergleichbaren fötalen Entwicklungsstadien (körperlichen Materialisierungen).

Die vorangehenden Überlegungen werden in einer Typologie von Konstellationen von Kindesvorstellung und Kindeskörper gebündelt, die – so das Argument – je unterschiedlich krisenhaft sind (Tab. 3). Je nachdem, wie sich in der Verlustsituation die Vorstellung vom Ungeborenen zu dessen körperlicher Materialisierung verhält, besteht zwischen beidem – Vorstellung und Körper – eine Kongruenz oder Diskrepanz. Diskrepanzen sind dabei krisenhaft (vgl. 2.3.1).

Verlustkonstellationen

Das Modell hilft die Krisenhaftigkeit individueller Verlustkonstellationen zu verstehen. *Deutungskrisen* bleiben nur in Fällen aus, in denen zum Verlustzeitpunkt die subjektive Vorstellung vom Ungeborenen mit der gültigen Deutung übereinstimmt, die entlang medizinischer Normierung im Kontext der Schwangerschaftsvorsorge stets an dessen körperliche Entwicklung geknüpft und kontinuierlich angepasst wird.

Tabelle 3: Verlustkonstellationen und ihre Krisenpotenziale

| | Keine Vorstellung des Ungeborenen als Kind | Vorstellung des Ungeborenen als Kind |
|---|--|---|
| Kein Kindeskörper nach Geburt vorhanden | a) Schwangerschaftsverlust Identitätskrisen, Verlust von Selbstkonzepten | c) Unsichtbarer (Sternen-)Kindsverlust Individuierung und Entrechtung |
| Kindeskörper nach Geburt vorhanden | d) Ambivalenter Verlust Auferlegte Deutungskrise | b) (Sternen-)Kindsverlust Beziehungs-/Glaubens-/ Identitätskrisen durch Tod eines signifikanten Anderen |

a) Schwangerschaftsverlust

»Es war halt nicht sowas Greifbares« (Clara)

Besteht zum Zeitpunkt der Fehlgeburt keine Vorstellung vom Ungeborenen als Kind, ›fehlt‹ auch kein Kindeskörper. Dieser Fall wird hier *Schwangerschaftsverlust* genannt, da kein Kind imaginiert wird und es keinen kindlichen Körper gibt. Dennoch kann das Ereignis aufgrund körperlicher Schmerzen oder des Verlusts von Möglichkeiten dramatisch sein (vgl. Frost et al. 2007). In diesem Fall erfahren die Betroffenen aber weder einen Kindsverlust, noch geraten sie in eine Deutungskrise. Beispiele für die Erfahrung eines Schwangerschaftsverlusts sind Claras Fehlgeburten (5.2.1). Clara hat zu den Zeitpunkten der Fehlgeburten keine Kindesvorstellung. Dass keine Kindeskörper zum Vorschein kommen, entspricht somit ihrer Erwartung. Die von ihr skizzierte Krisenhaftigkeit resultiert aus körperlichen Schmerzen, einer situativen Ungewissheit und Sorge um sich bzw. ihren Körper, sie hat aber nichts mit Diskrepanzen zwischen subjektiver und intersubjektiv gültiger Deutung des Verlustobjektes zu tun. Wie stark die Vorstellung des Ungeborenen den Umgang mit dem Körperlichen prägt, wird im direkten Vergleich zwischen Claras und Ninas Abgang deutlich: Während die Vloggerin Nina ihr Sternenkind bzw. den Embryo während des frühen Abgangs regelrecht sucht, misst Clara dem »[H]autmäßig[en]«, das sie nach dem Abgang entdeckt, keine weitere Bedeutung zu. Die Deutung gibt hier der Materialität keine kindliche Form.

b) (Sternen-)Kindsverlust

»Unser winziges Kind« (Lioba)

In Bezug auf die Deutung des Stillgeborenen besteht auch dann keine Krise, wenn zum Zeitpunkt des Verlusts eine Kindesvorstellung vorhanden ist *und* ein Körper zum Vorschein kommt. In diesem Fall wird nicht bezweifelt, dass es sich um einen (Sternen-)Kindsverlust handelt. Der Verlust kann dramatisch sein und *andere* Krisen auslösen, wie Glaubens- oder Beziehungskrisen, aufgrund des kongruenten Verhältnisses entsteht aber keine Deutungskrise, die mit dem (fehlenden) Körper des Kindes zu tun hat. Der Fall der Hebamme Lioba Zeine bietet ein Beispiel für diese Verlustform. Ihre frühe Fehlgeburt interpretiert und behandelt sie umstandslos und eindeutig als betrauernswerten Kindsverlust. Den abgegangenen Embryo, »unser winziges Kind«, hebt sie mit einem Teesieb »aus der Blutlache heraus, [wäscht] es mit Wasser ab und bette[t] es in eine Papierschale« (Zeine 2016, o.S.). Zusammen mit ihrem Mann legt sie Blumen und einen herzförmigen Stein zum Kind in die Schale und die beiden machen viele Fotos. Auch ihre Kinder und Eltern verabschieden sich vom »Geschwisterkind« und »Enkelkind«, bevor im Garten eine »Gedenkstätte« entsteht (vgl. ebd.). Hier wird der Unterschied deutlich, den

das postnatale Vorhandensein eines greifbaren Kindeskörpers ausmacht. Durch den frühen Abgang fehlen z. B. Sara und Nina solche Möglichkeiten symbolisch-ritueller Abschiednahme, an der weitere Personen beteiligt werden können. Konstitutiv für einen solch bestimmten Umgang mit dem Körperchen ist dabei, dass das Fehlgeborene zweifelsfrei als (Sternen-)Kind begriffen wird.

c) Unsichtbarer (Sternen-)Kindsverlust

»Es ist Dein Kind und es geht einfach weg« (Sara)

Anders als bei Schwangerschaftsverlust und (Sternen-)Kindsverlust ist in Bezug auf die Deutung des Verlustobjektes hingegen krisenhaft, wenn ein Kind imaginiert wurde und sein Körper nach der Fehlgeburt fehlt. Diese Konstellation bedingt einen *unsichtbaren (Sternen-)Kindsverlust*, der das Potenzial birgt, nicht anerkannt zu werden. Ein Beispiel für diesen Typ ist Sara, die ihre Fehlgeburt als Verlust eines Kindes erfährt, deren Familie diese Deutung aber nicht teilt (5.2.2). Dadurch, dass es während und nach der Fehlgeburt keinen greifbaren Kindeskörper gibt, fehlt auch das Objekt der Abschiednahme. Darüber hinaus existiert kein Ultraschallbild aus der Schwangerschaft, das das Kind und somit dessen Verlust visualisiert. Sara fehlen die Mittel, ihre Selbsteutung mit anderen zu teilen, und sie bleibt mit ihren Verlustgefühlen allein. Die Bezeichnung ›unsichtbarer Kindsverlust‹ ist angelehnt an Dokas (2002, 2014) Konzept der entrechteten Trauer, der sozialen Delegitimierung von Gefühlen nach nicht anerkannten Verlusten.

d) Ambivalenter Verlust

»Dieses Kind war einfach definitiv zu klein um auf dieser Welt zu leben und gleichzeitig war halt schon alles da und alles dran« (Rhea)

Die zweite potenziell krisenhafte Konstellation liegt vor, wenn bis zur Fehl- bzw. Stillgeburt kein Kind imaginiert wurde, also keine Kindesvorstellung bestand, und die Wahrnehmung eines anthropomorphen, kindlichen Körpers nach dem Abgang die Betroffene(n) zu einer Neu-Deutung zwingt. Diese Konstellation soll hier *ambivalenter Verlust* heißen. Im Schütz'schen Sinne liegt hier eine »›auferlegte‹ Interpretationsrelevanz« (Schütz & Luckmann 2017, S. 272) vor. Interpretationsrelevant für Handelnde ist das, was sie brauchen, um eine Situation oder einen Sachverhalt zu verstehen. Sind sie mit etwas Unerwartetem konfrontiert, »stockt der routinemäßige Erfahrungsablauf« (ebd.) und es entsteht ein Auslegungsproblem, das zur Bewältigung der Situation gelöst werden muss. Der Zwang, die unvertrauten, mit dem Wissensvorrat nicht in Einklang stehenden Phänomene zu deuten, um entsprechend handeln zu können, ist dem erfahrenden Subjekt ›auferlegt‹. Beim Typ des ambivalenten Verlusts erlegt der kindliche Körper den Betroffenen eine solche

Interpretationsrelevanz auf. Die leibliche Wahrnehmung des Kindeskörpers passt nicht zum bestehenden Wissensvorrat, da in ihm noch kein (eigenes) Kind vorkommt und somit keine passende Deutung zur Verfügung steht.

Ein Beispiel für diese Form des Verlusts ist zum einen Rheas späte Fehlgeburt (6.2.1). Auch wenn sie sich nicht als Gebärende oder Mutter versteht und für sie »dieses Kind« noch nicht »auf dieser Welt« war, lässt ihre Geburtsbeschreibung im Interview kaum den Schluss zu, Rhea trauere nicht. Der kindliche Körper, an dem »schon alles da und alles dran« ist, sowie das Entbindungserleben besitzen eine unerwartete leib-körperliche Faktizität, die sie einen ambivalenten Verlust erleben lassen. Zum anderen zeigt Claras stille Geburt (6.3.2) besonders gut, wie krisenhaft die Wahrnehmung des Kindeskörpers sein kann, wenn sie in Kontrast zur Deutung steht, dass da »noch kein Kind« war. Clara machte mehrere Verlusterfahrungen – mit und ohne Kindeskörper. Während sie die Fehlgeburten, wie oben gezeigt, als schmerzhaft, aber wenig »greifbare« Schwangerschaftsverluste erfährt, erlebt sie einen ambivalenten Verlust, als sie nach einem Schwangerschaftsabbruch mit stiller Geburt ihr Kind sieht. Nach dem ersten Interview zu den Fehlgeburten hatte sie explizit zwischen Fehlgeburt und Totgeburt unterschieden und gesagt: »Totgeburt, da siehste das Kind dann ja auch, da hätte ich richtig dran zu knabbern, da siehste das Kind dann danach ja auch richtig. Eine Fehlgeburt kannste ja auch nicht beeinflussen, nicht so schlimm dann« (eigene Notiz 10.02.2016). Nach diesem Interview erlebt Clara eine genau solche Situation, eine stille Geburt, nach der das Kind zu sehen ist und die zu »beeinflussen« war, da Clara sich für den Abbruch aktiv entscheiden musste. In einem zweiten Interview, zwei Jahre später, berichtet sie dann von dieser ambivalenten Begegnung mit dem Stillgeborenen. Einerseits wirke es wie ein »Küken, was zu früh aus dem Nest gefallen ist«, andererseits, wie Clara es distanzierend formuliert, sei es »dann ja doch *Dein* Kind«. Diese Ambivalenz löst sich bei Clara nicht auf (ausführlich 6.3.2).

Diskrepanzbedingte Krisenhaftigkeit

Es besteht, so das hier entfaltete Argument, eine spezifische Krisenhaftigkeit, die sich aus der Diskrepanz zwischen körperlicher An- bzw. Abwesenheit des Kindes und dessen Vorstellung ergibt. Gemeint ist hier im wissenssoziologischen Sinne eine Krise, die sich aus der auferlegten Deutungsrelevanz oder, um es mit Oevermann zu sagen, aus der Schwierigkeit ergibt, dem Erleben ein adäquates Prädikat zuzuweisen (vgl. Oevermann 2016, S. 53). Das Subjekt weiß nicht, wie es das Erlebte einordnen soll, es stehen noch keine Deutungsressourcen zur Verfügung. An dieser Stelle interessieren besonders die deutungsbedingten Krisen, weil es darum geht, die *kulturellen* Konstitutionsbedingungen der Erfahrung eines Kindesverlusts aufzuzeigen. Zu diesen Bedingungen gehört der gesellschaftliche Wissensvorrat, der dem erlebenden Subjekt in der akuten Situation (keine

passenden) Deutungen und Handlungsroutinen zur Verfügung stellt. Bei (a) Schwangerschaftsverlusten interpretieren die Betroffenen das Geschehen – normgerecht – nicht als Verlust eines Kindes. Sie können traumatisierend sein und Identitätskrisen, einen ›Verlust des Selbst‹ (Charmaz 1983; Jakoby 2015) als Prämutter, Frau oder gesunde Person bedingen, aber es besteht keine Krise aufgrund fehlender oder inadäquater Deutungsressourcen für das, was passiert ist. Das Gleiche gilt für (b) (Sternen-)Kindsverluste, die als Todesfall eines signifikanten Anderen interpretiert und behandelt werden, und die zugleich dafür prädestiniert sind, Glaubens- und Sinnkrisen (u. a. m.) auszulösen.

Deutungskrisen sind hingegen für (c) unsichtbare (Sternen-)Kindsverluste und (d) ambivalente Verluste typisch. Bei unsichtbaren (Sternen-)Kindsverlusten besteht eine Diskrepanz zwischen der eigenen bzw. familiären Deutung des Geschehens als (Sternen-)Kindsverlust und der Tatsache, dass kein Kindeskörper vorhanden ist. Es gibt keinen Körper, der angesehen, berührt, verabschiedet und bestattet werden kann. Dadurch kann der erfahrene (Sternen-)Kindsverlust auch gegenüber Dritten nicht repräsentiert oder mit ihnen geteilt werden. Für Außenstehende bleibt das Ungeborene abwesend und der Verlust unsichtbar. Beim Typ des ambivalenten Verlustes erlegt die Wahrnehmung und Präsenz des kindlichen Körpers nach der stillen Geburt den Betroffenen auf, den bisherigen Wissensvorrat zu erweitern. Stehen kein passender kultureller Wissensvorrat, keine verbindliche Sprache und keine verbindlichen Praktiken zur Verfügung, ist das betroffene Subjekt vor die Aufgabe gestellt, das Erlebte und den kindlichen Körper selbst zu deuten.

Kapitel 6

Konstitution II – Medizinisch (un)bestimmtes Leben

Medizinisch (un)bestimmtes Leben ist nach Körpermaterialität die zweite Dimension, mit der an eine intersubjektive Deutung eines Kindsverlusts durch Fehl- oder Stillgeburt angeschlossen wird. Leben ist dabei vieldeutig und kann sich auf Lebenszeichen, Lebensfähigkeit oder Lebensqualität des (ungeborenen) Kindes beziehen. Im vorigen Kapitel wurde analysiert, wie im Grenzbereich von Körpermaterialität ein Kind konstruiert wird. Im Folgenden wird nun gezeigt, wie im Grenzbereich zum Leben entlang medizinischer Kriterien dem (ungeborenen) Kind zugeschrieben wird, kein Leben zu sein bzw. zu haben. Rekonstruiert werden dabei verschiedene subjektive Grenzen, die Betroffene in Auseinandersetzung mit dem medizinisch-ärztlichen Wissen über Lebensfähigkeit und Lebenschancen ziehen und anhand deren das Ungeborene als eigenes Kind anerkannt wird.

Es zeigte sich, dass es im Laufe der Konstitution eines Kindsverlusts einen dezidierten Moment der Gewissheit darüber gibt, dass das Ungeborene nicht lebt – nicht *mehr* lebt oder nicht leben *wird*. Diese Klarheit über das Nicht-Leben, die den Verlust zur Tatsache macht, wird unter Zuhilfenahme medizinischer Expertise hergestellt. Die Betroffenen greifen einerseits auf medizinische Möglichkeiten und medizinisches Wissen zurück, orientieren ihr Handeln daran und legitimieren es dadurch. Andererseits bestehen im Erleben Ungewissheiten, Mehrdeutigkeiten und Leerstellen, die medizinisch-rational nicht aufgelöst werden können. Beides – die Orientierungs-, Deutungs- und Legitimationsfunktion medizinischen Wissens, von dem die Akteur*innen abhängig sind und das sie kritisieren, sowie die Deutungslücke, die sich durch die begrenzte Erklärbarkeit des Erlebens auftut – wird im Folgenden dargestellt.

Für die intersubjektiv zweifelsfreie Anerkennung eines Kindsverlusts bedarf es einer medizinischen Grundlage, die die Deutung zulässt, dass *zunächst* Leben und dann *Nicht-mehr*-Leben existiert hat. Nur in dieser Chronologie ergibt die Rede vom Tod des Kindes Sinn. Für die subjektive Herstellung des Nicht-Lebens, die einen Verlust zur Tatsache macht, ist aber keine Voraussetzung, dass da aus intersubjektiver Perspektive schon menschliches Leben war. Was heißt das? Es bedarf keiner gültigen Antwort auf die Frage danach, ob das Ungeborene schon menschliches Leben war oder ein Leben hatte, um zur subjektiven Gewissheit zu gelangen, dass die Schwangerschaft und mit ihr (die Hoffnung auf) ein Kind verloren wurde.

Die Betroffenen bezogen verschiedene Vorstellungen von Leben ein, für das die Bedingungen – je nach Definition – zu unterschiedlichen Zeitpunkten nicht mehr gegeben waren. In einem bestimmten Moment ist entweder das Kind tot, ist es unbelebte Materie (›Gewebe‹, ›Frucht‹) oder würde zukünftig kein lebenswertes Leben haben. Die Betroffenen ziehen medizinisches Wissen und medizinische Möglichkeiten heran, um diese Tatsache des Nicht-Lebens herzustellen, die Medizin selbst stellt aber dabei keine verbindlichen Deutungen dessen zur Verfügung, was im moralischen Sinne Leben ist oder wann ein menschliches Leben beginnt. Alle Befragten griffen auf medizinische Expertise zurück – sowohl um zu plausibilisieren, dass das Kind gelebt hat und ein Kindsverlust erlitten wurde, als auch um zu plausibilisieren, dass da noch kein (lebendes) Kind war und der Verlust ein anderer, weniger schmerzlicher ist. Besonders eindrücklich zeigen die Fälle dieses Kapitels somit die Funktion medizinischer Kategorien für die Herstellung legitimen Wissens darüber, was eigentlich verloren wurde.

Das Kapitel ist dreigeteilt und behandelt die Relevanz medizinischer Expertise in drei kritischen Zeitfenstern der Schwangerschaft: nach der Geburt, an der Grenze zur Lebensfähigkeit um die 23. bis 25. SSW und weit vor der Geburt. Genauer, es wird zunächst die *postnatale Feststellung von Lebenszeichen* behandelt, um zu plausibilisieren, dass medizinischen Expert*innen die Deutungsmacht über Leben und Tod am Lebensanfang obliegt und dass sich die Kritik an dieser Deutungsmacht auf eine Verweigerung von Anerkennung bezieht, die mit der rechtlichen Unterscheidung von Lebendgeburt und Totgeburt verbunden ist (6.1). Die ärztliche Feststellung von Lebenszeichen entscheidet über den rechtlichen und gesellschaftlichen Status des Ereignisses und des Kindes – als Geburt und als verstorbene Person. Die Feststellung fungiert in dieser Situation somit unweigerlich als Grundlage für die Statuszuweisung; die Akteur*innen kritisieren sie deshalb und sind von ihr zugleich abhängig. Die medizinische Bestätigung eines kurzen Lebens erscheint hier als Anerkennung *par excellence*.

Im zweiten Teil werden die Erfahrungen von spontanen Geburten an der *Grenze zur Lebensfähigkeit* in der 23. bis 25. SSW rekonstruiert. Argumentiert wird hier, dass Betroffene medizinisches Wissen über die Grenze zur Lebensfähigkeit heranziehen, um Handlungsorientierung in Bezug auf das (ungeborene) Kind zu gewinnen (6.2). Sie übersetzen es in eigenes Wissen, integrieren es oder weisen es zurück – und deuten damit das eigene Erleben sowie das (sterbende) Ungeborene. Aus Widersprüchen und Grenzen des zur Verfügung stehenden medizinischen Wissens und medizintechnischer Möglichkeiten resultieren lebensweltliche Deutungslücken, die teilweise ungefüllt bleiben. Hier zeigt sich das Paradox, dass gerade aufgrund der medizinischen Erfolge und Möglichkeiten an der Lebensgrenze neuartige Deutungsbedarfe bei Erfahrungen in diesem Grenzbereich entstanden sind, die es vorher nicht gegeben hat, weil zu früh geborene Kinder in der Regel ›einfach‹ starben.

Das Kapitel schließt mit einem Teil über *pränatal gestellte Diagnosen*, die dem Ungeborenen keine oder eine eingeschränkte Lebensfähigkeit prognostizieren. Während sich Wissen von der Grenze zur Lebensfähigkeit auf die fötale Reife bezieht, die erreicht sein muss, damit das Neugeborene potenziell lebensfähig ist, beinhaltet pränataldiagnostisches Wissen auch Wissen über Erkrankungen und Fehlbildungen, die die postnatale Lebensfähigkeit und Lebensqualität potenziell einschränken.¹⁴⁵ Pränatale Diagnosen, so das dritte Argument, erlegen werdenden Eltern einen Zwang zur Deutung des Ungeborenen sowie zur Konstruktion von Leben auf; sie müssen entscheiden, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen oder beenden (6.3). Zur Begründung und Legitimation eines Abbruchs werden Wissen über die Nicht-Lebensfähigkeit des Ungeborenen sowie Ungewissheiten bezüglich der Lebensbedingungen betont.

6.1 Nach der Geburt: Medizinische Deutungsmacht über Lebenszeichen

Kritik an der medizinischen Deutungsmacht über Lebenszeichen nach der Geburt bezieht sich auf die Verweigerung, Fehl- und Stillgeburten als Kindsgeburten anzuerkennen. Zugleich bestätigt eine solche Kritik die Medizin als offizielle Anerkennungsinstanz.

Im Folgenden wird die Definitionsmacht medizinischer Expert*innen – und die Kritik daran – aus der Perspektive Betroffener verdeutlicht. Es wird eine öffentliche Broschüre analysiert, in der es u. a. um die Feststellung von Lebenszeichen kurz nach der Geburt geht, konkret darum, ob es sich bei der Leibesfrucht um eine Lebendgeburt im Rechtssinne handelt. Die Gesamtdarstellung der Bedeutung medizinischen Wissens über das Leben für die Erfahrung und Anerkennung eines Kindsverlusts beginnt somit sozusagen hinten, bei dem vermeintlich eindeutigsten Ereignis, dem der postnatalen Feststellung, ob das Kind lebend oder tot geboren wurde. Dem rechtlichen Unterschied zwischen Fehlgeburt, Totgeburt und Lebendgeburt kommt hohe soziale und moralische Bedeutung zu. Nach rechtlicher Bestimmung weist ein Fehl- oder Totgeborenes keinerlei Lebenszeichen auf, d. h. es sind weder Atmung noch Herzschlag oder Nabelschnurpulsation zu beobachten (2.1.1). Lässt sich mindestens eines dieser drei Vitalitätszeichen beobachten, gilt die geborene Leibesfrucht unabhängig vom Geburtsgewicht als Lebendgeburt, selbst wenn sie direkt darauf verstirbt. Mit den rechtlichen Unterscheidungen sind Konsequenzen verbunden, etwa der Anspruch auf Kindergeld (bei Lebendgeburt) und Mutterschutz (nicht bei Fehlgeburt).

145 Tritt häufig kombiniert auf, da etwaige Erkrankungen/Fehlbildungen Fehl- und Frühgeburten auslösen können.

Das im Folgenden analysierte Material zeigt, dass die Macht (nicht unbedingt die Expertise), diesen folgenreichen Unterschied zu bestimmen und *damit* Anerkennung des Kindsverlusts zu gewähren oder zu verweigern, Ärzt*innen zugeschrieben wird. Die Daten dokumentieren das Anliegen Betroffener, die Unterscheidung zwischen Fehlgeburt, Totgeburt und Lebendgeburt aufzuweichen und die ersten beiden als vollwertige Geburten von Kindern anzuerkennen. In den Daten reproduziert sich zugleich die soziale Grenzziehung, nach der nur Verluste von medizinisch bestätigten Lebendgeburten Verluste ›richtiger Kinder‹ sind, und es zeigt sich das Dilemma des Anspruchs, die Anerkennung der subjektiven Verlusterfahrung an objektive Kriterien wie postnatal beobachtbare Lebenszeichen zu knüpfen.

Verlusthierarchie: Tod der Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt

Der Verein frauenworte e.V. verbreitete um 2015 online und in Kliniken im Rahmen der Aktion Schmetterlingskinder einen Leitfaden mit dem Titel »Abschied und Begrüßung zugleich – Vorbereitung auf eine stille oder zu frühe Geburt und den Abschied vom Sternenkind«. Der Leitfaden sollte im Rahmen einer groß angelegten »Klinikaktion« in Krankenhäusern verteilt und in Akutsituationen an betroffene Eltern ausgehändigt werden.¹⁴⁶ Anliegen war es, ihnen konkrete Hinweise für einen »guten Abschied« in der Klinik an die Hand zu geben, der – so das implizite Versprechen – später dabei helfen werde, den Verlust zu bewältigen. Zu Beginn heißt es: »Mit diesen Hilfestellungen möchten wir Eltern, welche sich auf die Geburt und den Abschied von ihrem Baby vorbereiten, helfen, einen würde- und liebevollen Abschied zu gestalten und wertvolle Erinnerungen zu sammeln«. Dem Leitfaden liegen Theorien ›gelingender Trauer‹ zugrunde und es spricht einiges für die Annahme, dass diese von den Autorinnen auf Basis eigener Negativerlebnisse, vor allem von Versäumnissen, gebildet worden sind. Der Leitfaden suggeriert, dass, wenn die Hinweise befolgt werden, ein ›guter Abschied‹ gelingt.

Er beginnt mit der (unterstrichenen sowie fett und kursiv gesetzten) Frage »Was ist besonders wichtig?« und allgemeinen Hinweisen, bevor vier Themen behandelt werden: »Die Geburt«, »Der Abschied«, »Bestattung« und »Die Zeit danach«, die jeweils wiederum Unterpunkte beinhalten. Der erste Hinweis zur Geburt lautet:

»1. Haben Sie keine Angst davor, **im Kreißsaal** zu entbinden. Sprechen Sie Ihre behandelnden Ärzte oder Hebammen explizit darauf an, dass Sie im Kreißsaal entbinden

¹⁴⁶ Neue Versionen dieses Leitfadens und weiterer Informationsbroschüren finden sich im Download-Bereich der Webseite www.schmetterlingskinder.de (Aufgerufen: 03. Mai 2021).

möchten. Diese Entscheidung darf NICHT von dem Status Ihrer Schwangerschaft abhängen. Nur im Kreißaal ist eine gute Geburtshilfe gegeben. Bei Geburten auf der Station ist in aller Regel KEINE Hebamme anwesend, ferner stehen in der Regel kaum Möglichkeiten zur Schmerzbewältigung und Wehenverarbeitung zur Verfügung!« (Herv. i. O.)

Dem Leitfaden liegt die Annahme zugrunde, dass Schwangerschaftsverluste Geburten sind, die jeder Schwangeren das Recht auf eine Entbindung im Kreißaal, die Anwesenheit einer Hebamme und »Möglichkeiten der Schmerzbewältigung und Wehenverarbeitung« geben. Nur diese Bedingungen gewährleisteten »eine gute Geburtshilfe«. In diesem Sinne heißt es später dezidiert: »denn auch wenn das Baby noch klein sein mag: Geburt ist Geburt und Wehen sind Wehen!« Diese Forderung einer Gleichbehandlung von »normalen« Geburten und Schwangerschaftsverlusten offenbart dann auch das Defizit, das vorausgesetzt wird: Es ist bei Fehlgeburten eben nicht üblich, im Kreißaal zu entbinden. Vielmehr muss der Wunsch, im Kreißaal zu entbinden, explizit geäußert und im Zweifel eingefordert werden (»Entscheidung darf NICHT von dem Status Ihrer Schwangerschaft abhängen«). Somit dokumentiert sich im Leitfaden der Wunsch nach einer klinischen Routine, in der Schwangerschaftsverluste wie (andere) Geburten behandelt werden. Dabei werden eine wahrgenommene Stigmatisierung und Ungleichbehandlung offenbar, von denen akut Betroffene, die den Leitfaden in die Hand bekommen, womöglich noch gar nichts wissen.

Im nächsten Zitat wird jene Delegitimierung von Verlusterfahrungen, denen der Leitfaden eigentlich etwas entgegensetzen will, noch deutlicher reproduziert. Hier wird die Unterscheidung zwischen »Lebendgeburt« und »im Bauch verstorben« als Grundlage der Stigmatisierung aufgegriffen:

»6. Überlegen Sie sich im Vorfeld, was mit dem Kind direkt nach der Geburt geschehen soll. Wir empfehlen Ihnen, das Kind direkt in den Arm zu nehmen (vor allem bei Lebendgeburten!), es zu sehen und zu halten. **Haben Sie keine Angst davor, Ihr Kind zu sehen.** Es ist IHR Kind und wird genau so wie es ist schön und perfekt aussehen, selbst wenn es schon einige Tage zuvor im Bauch verstorben sein sollte!« (Herv. i. O.)¹⁴⁷

Die Referenz auf die »Lebendgeburt«¹⁴⁸ reproduziert hier eine Anerkennungshierarchie, nach deren Logik »vor allem« ein lebendgeborenes Kind in den Arm zu nehmen, anzusehen und zu halten ist.¹⁴⁹ So bleibt die Zuschreibung einer

147 Diese Sequenz und ihre Interpretation sind veröffentlicht in Böcker (2017, S. 152 f.).

148 Gemeint sind hier solche Lebendgeburten, die nach infauster Prognose in absehbarer Zeit versterben werden.

149 Gleichzeitig spricht der Hinweis ein für Eltern im Nachhinein als besonders schlimm empfundenen Versäumnis an, nämlich dasjenige, das eigene, lebend geborene Kind nicht im Sterben begleitet zu haben.

Lebendgeburt als schlimmerer Verlust erhalten. Der Zusatz »schön und perfekt [...], *selbst wenn* es schon einige Tage zuvor im Bauch verstorben sein sollte« (eig. Herv.), entspricht dieser Statuslogik, obwohl der Leitfaden jedem Verlust Anerkennung zollen möchte. Zudem werden hier Vorstellungen von Unansehnlichkeit und entsprechende Berührungängste hervorgerufen. In der Warnung, »keine Angst« davor zu haben, das Kind anzuschauen, liegt ein widersprüchliches Potenzial, Ängste zu schüren. Gleichzeitig liegt darin das Versprechen, dass es sich lohnt, die Angst zu überwinden, denn im Ergebnis (ent)steht ein Kind: »Es ist IHR Kind«, das Sie zu Gesicht bekommen werden«. Hierin dokumentiert sich der Versuch, alle Formen des Schwangerschaftsverlustes als kleine Geburten zu vereindeutigen. Dabei nivelliert der Leitfaden mit dem Verlust verbundene Uneindeutigkeiten und Zwischenformen, die, wie gezeigt, konstitutiver Teil der individuellen Verlusterfahrung sind.

Subjektverantwortung »Lebendgeburt«

Bereits an der zitierten Stelle offenbart sich im Leitfaden also ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber dem medizinisch-klinischen System, das sich übersetzt in die Aufforderung, gegen dessen Strukturen anzukämpfen und dem eine Kritik an der Klinikroutine zugrunde liegt, das Fehl- oder Stillgeborene sofort zu entfernen. Die implizite Nachricht lautet: Das Klinikpersonal wird *gegen* Ihre Wünsche und Bedürfnisse handeln, was sogar dazu führen kann, dass es Ihnen Ihr Kind vorenthält. Und es ist Ihre Aufgabe und Verantwortung, gegen diese Entmachtung anzugehen. So heißt es weiter unten: »Lassen Sie sich nicht drängen, nehmen Sie sich Zeit. Bestehen Sie nötigenfalls darauf«. Dieses Misstrauen gegenüber Ärzt*innen findet sich eindrücklich im letzten Hinweis zur Geburt, in dem es um eine rechtsgültige Bestimmung von Lebenszeichen geht:

»9. Falls das Baby nicht im Bauch verstorben ist: Achten Sie bei der Geburt unbedingt darauf, ob das Kind **lebend geboren** wird (Pulsieren der Nabelschnur oder Atmung oder Herzschlag!), da dies entscheidende rechtliche Unterschiede für Sie machen wird.« (Herv. i. O.)

Durch den Hinweis werden akut Betroffene in die Verantwortung genommen, während des Gebärens selbst eine Diagnose zu stellen. Implizit wird dadurch den Ärzt*innen, denen diese Expertise in der funktional differenzierten Gesellschaft zukommt, das Vertrauen entzogen, korrekt zu bestimmen, ob »das Kind lebend geboren« wurde. Begründet wird diese Anweisung zur eigenverantwortlichen Bestimmung damit, dass der Status Lebendgeburt »entscheidende rechtliche Unterschiede« nach sich ziehe. Insgesamt wird Betroffenen hier die Expertise zugetraut – während oder kurz nach der Entbindung –, Lebenszeichen bei ihrem Neugeborenen zu diagnostizieren, sowie die Verantwortung für damit

verbundene rechtliche Konsequenzen und das Gelingen der eigenen Verlustbewältigung übertragen.

Das Material zeigt, dass Betroffene auf die medizinische Expertise zur Feststellung des Nicht-Lebens angewiesen sind; von ihr hängt die gesellschaftliche Anerkennung des Verlusts ab, weshalb sie jene quasi ursächliche Deutung infrage stellen, nicht aber die rechtlichen und sozialen Konsequenzen. Die rekonstruierte Kritik bezieht sich auf die Verweigerung des medizinischen Systems, die Geburt wie eine normale Lebendgeburt zu behandeln. Betroffene müssten deshalb selbst dafür sorgen, Anerkennungsbedingungen zu schaffen. Der im Leitfaden implizite Vorschlag ist, die Routinen und die Versorgung, die bei normalen Geburten (und Todesfällen) greifen, auch bei Fehl- und Stillgeburten durchzusetzen. Angestrebt werden eine Gleichbehandlung aller Schwangeren und eine Gleichwertigkeit aller geborenen Kinder. Dabei werden Differenzen und Besonderheiten verschiedener Formen von Schwangerschaftsverlust im Dienste der Vereindeutigung nivelliert (es wird ja eben kein lebendes Kind geboren, manchmal gibt es nicht einmal einen Kindeskörper). Mit der Forderung, jeden Schwangerschaftsverlust klinisch und rechtlich dem Tod einer Lebendgeburt gleichzustellen, wird die grundsätzliche Knüpfung gesellschaftlicher Anerkennung an medizinisch-objektive Kriterien von Leben aber *nicht* infrage gestellt. Die Betroffenen werden nur selbst mitverantwortlich gemacht, für eine Lebendgeburt im rechtlichen Sinne zu sorgen, d. h. eine medizinische Feststellung von Lebenszeichen sicherzustellen. Paradoxerweise reproduziert der Leitfaden die Abstufung, nach der die höchste Anerkennung Betroffenen beim Verlust eines – wenn auch nur kurzen – menschlichen Lebens zuteilwird. *Diesen Verlust offiziell bestätigen* kann in der rekonstruierten Anerkennungslogik nur die Medizin.

6.2 Grenze zur Lebensfähigkeit in der zweiten Schwangerschaftshälfte: (Un-)Gewissheit und Deutungslücken

Wissen über Lebensfähigkeit ziehen Betroffene zur Handlungsorientierung und -legitimation heran. Aus Grenzen medizinischen Wissens und medizintechnischer Möglichkeiten resultieren lebensweltliche Deutungslücken.

Im Fokus dieses Unterkapitels stehen die Handlungsorientierung und die Gewissheit über den Verlust durch spontane Geburten an der Grenze zur Lebensfähigkeit. Während in 5.1 gezeigt werden konnte, dass anhand von Körpermaterialität auch frühe Fehlgeburten als Kindsverluste erfahren und darstellbar gemacht werden können, werden im Folgenden Erfahrungen an der Grenze zur Lebensfähigkeit, also Verluste zu einem weitaus späteren Schwangerschaftszeitpunkt,

rekonstruiert – darunter auch solche, die *nicht* als Verlust des eigenen Kindes erfahren werden. Die dargestellten Fälle werden im Hinblick darauf analysiert, wie sich die Befragten auf medizinisches Wissen über die Nicht-Lebensfähigkeit des (ungeborenen) Kindes beziehen, um es zu deuten – sei es als Noch-nicht-Kind, nicht lebensfähig oder Nicht-mehr-Leben. Im Bereich an der Grenze zur Lebensfähigkeit bestehen Deutungslücken, weshalb (und weil) Betroffene medizinisches Wissen zur Handlungsorientierung und zur Bestimmung des fötalen bzw. kindlichen Lebens heranziehen.

Der menschliche Fötus erreicht etwa in der 23. bis 25. SSW die Grenze zur Lebensfähigkeit.¹⁵⁰ Lebensfähigkeit bezeichnet den zugeschriebenen Zustand des geborenen kindlichen Körpers, »sich selbstständig unter extraterinen Bedingungen steuern und erhalten zu können (zum Beispiel durch funktionsfähige selbstständige Atmung und Verdauung)« (Peter 2013, S. 453). Diese Zuschreibung basiert auf medizinischem Wissen (z. B. über fötale Lungenreifung), medizintechnischen Möglichkeiten (neonatologische und intensivmedizinische Versorgung), aber auch auf Konzepten wie dem Lebenswillen des Kindes. In ihrer Leitlinie zu Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit nennt die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. rechtliche, ethische und medizinische Aspekte des Umgangs mit extrem unreif geborenen Frühchen und gibt entsprechende Handlungsempfehlungen. Die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Frühgeborenen sinkt mit abnehmender Schwangerschaftsdauer und abnehmendem Geburtsgewicht, wobei die Prognose bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm stark durch weitere Faktoren (wie Geschlecht, Lungenreife, Versorgung nach der Geburt) bestimmt wird (vgl. AWMF 2014, S. 3).¹⁵¹ Bei Frühgeborenen ab einem Alter von 24 vollendeten Wochen sind die Überlebenschancen so hoch, dass in der Regel eine lebenserhaltende Therapie angestrebt wird, während bei Frühgeborenen unter 22 vollendeten Wochen »bis auf Einzelfälle keine reellen Möglichkeiten [bestehen], diese Kinder am Leben zu halten« (ebd., S. 6). Die Leitlinie plädiert für eine einwöchige Grauzone (23 0/7–23 6/7 vollendete Wochen), in der »sowohl ein kurativer wie ein primär palliativer Ansatz als gerechtfertigt angesehen werden« (ebd., S. 5) kann.

150 Zur Erinnerung: Die rechtliche Unterscheidung zwischen Totgeburt und Fehlgeburt ist an der Gewichtsgrenze von 500 Gramm orientiert, da ein Fötus dieses Gewicht etwa in diesem Zeitraum erreicht (vgl. S. 28).

151 So »liegen etwa bei einem Gestationsalter von 23 vollendeten Schwangerschaftswochen die Prognosen für Überleben bzw. behinderungsfreies Überleben bei 10 % bzw. 2 %, wenn es sich um einen Mehrlingsjungen ohne fetale Lungenreifung und einem Geburtsgewicht von 420 g handelt, gegenüber 80 % bzw. 50 % für ein Einlings-Mädchen nach abgeschlossener fetaler Lungenreife und einem Geburtsgewicht von 850 g« (AWMF 2014, S. 3).

Um zu rekonstruieren, wie ein Wissen um die Grenze zur Lebensfähigkeit die Verlusterfahrung (mit)konstituiert, werden zwei Fälle eingeführt, in denen die Beforschten ihr Handeln zentral daran orientieren. Die Beforschte Rhea erfährt ihre *stille Geburt vor der Grenze nicht als Kindsverlust* und bezieht sich positiv auf die vom medizinischen System zur Verfügung gestellte Gewissheit und entsprechende medizinische Routinen (6.2.1). Auf das Stillgeborene bezieht sie sich als eine Art vorweltliches, unverfügbares Wesen. Während bei weitaus früheren Fehlgeburten für Betroffene das Problem bestehen kann, dass der eigene Kindsverlust nicht anerkannt wird (unsichtbarer Kindsverlust, vgl. 5.4), ist für Rhea auch aufgrund ihrer Handlungsorientierung an der medizinisch bestimmten Grenze zur Lebensfähigkeit »klar«, dass dieses Kind noch keine Person gewesen ist. Für die Beforschte Nicole hingegen stellt der *Verlust ihrer frühgeborenen Tochter nach der Grenze* einen Vertrauensbruch des Erfolgsversprechens durch die moderne Medizin und eine nachhaltige Irritation dar (6.2.2). Ihre Tochter konstruiert sie als ein normales Frühchen, das eigentlich gar nicht hätte sterben dürfen. Im Fall Nicoles bestehen weder Zweifel noch ein Mangel an Anerkennung ihrer Tochter als soziale Person; deutlich wird hingegen das Problem einer Orientierung an medizinischem Wissen, wenn dieses begrenzt ist. Nicole verliert ihre Tochter *und* ihre Handlungsorientierung. Ergänzt wird dieses Unterkapitel um einen Exkurs über die lebensweltliche Desorientierung von Eltern Frühgeborener an der Lebensgrenze, die anhält, bis sich eine Gewissheit des Überlebens oder der Tod eingestellt hat (6.2.3).

6.2.1 Klarheit – Verlust vor der Lebensfähigkeitsgrenze

»Aber es war halt total klar, dass wenn das jetzt zu[r] Geburt kommt, dass dann halt keine Maßnahmen ergriffen werden, um dieses Kind am Leben zu erhalten« (Rhea)

Im Folgenden zeigt der bereits eingeführte Fall Rheas die handlungsorientierende Funktion medizinischen Wissens über die Grenze der Lebensfähigkeit bei einer stillen Geburt in der 22. SSW. Der Verlust erfolgt also vor, aber nahe an der Grenze. Dabei bezieht sich Rhea positiv auf medizinisches Wissen über die (Nicht-)Lebensfähigkeit von Ungeborenen vor der 24. SSW, das für sie Gewissheit und hilfreiche Klarheit in Bezug auf ihre eigene, mit Komplikationen verlaufende Schwangerschaft schafft. Rhea versteht sich zum Zeitpunkt der Fehlgeburt nicht als Prämutter und sie konstruiert ihr Stillgeborenes als eine Art *vorweltliches Kind*, über dessen Leben sie nicht verfügen kann – es ist nicht *ihr* Kind. Das angeeignete Wissen um die Grenze der Lebensfähigkeit fundiert in diesem Fall die eigene Deutung eines quasi jenseitig gebliebenen Kindes.

Grenze der Lebensfähigkeit als Handlungsorientierung

Während Rhea sich in der 22. SSW¹⁵² zwei Tage lang in einer schwierigen Situation der Schmerzen und der Ungewissheit befindet (»die beiden Nächte waren immer total beschissen«), wird sie – es ist nicht bekannt, durch wen – über die Überlebenschancen des Ungeborenen aufgeklärt:

Es war halt total klar, dass also, worüber ich schon aufgeklärt war, dass wenn das jetzt zu nem ahm (.) Geburt kommt, dass dann halt keine Maßnahmen ergriffen werden, um dieses Kind am Leben zu erhalten. Und dass es halt einfach noch zu früh ist, so, ahm, das war halt grad ahm die 20. Woche (.) und das ist erst ab der 24., dass (.) ja, (3) dass dann hier alles getan wird, um zu versuchen, dieses Kind zu retten. (B, Z. 83–87)

Die Aufklärung besteht darin, dass Rhea mitgeteilt wird, dass »keine Maßnahmen ergriffen werden, um dieses Kind am Leben zu erhalten«. Das Wissen um die Nicht-Überlebensfähigkeit des Kindes in der 20. SSW wird dabei als positiver Kontrast zur vorher bestehenden Unsicherheit eingeführt. Verknüpft werden hier das medizinische Wissen um die Überlebensfähigkeit von Frühgeborenen und eine daran orientierte medizinische Praxis, nämlich vor der 24. SSW keine lebensrettenden Maßnahmen zu ergreifen. Sollte es jetzt zu einer Geburt kommen, so weiß Rhea nun, würde das den Tod »dieses Kind[es]« bedeuten. Rhea zweifelt nicht an der Richtigkeit dieser medizinischen Praxis (»halt einfach noch zu früh«), entsprechend versucht sie selbst nicht alles, um »dieses Kind zu retten«. Weder klagt Rhea lebenserhaltende Maßnahmen ein und verpflichtet damit die Medizin, das Kind zu retten, noch legt sie – wie etwa im Leitfaden suggeriert (6.1) – Wert darauf, zu wissen, ob es sich im rechtlichen Sinne um eine Lebendgeburt handelt. Vielmehr steckt in ihrer Formulierung ein Zweifel an der Sinnhaftigkeit der Praxis unbeschränkter medizinischer Lebenserhaltung (»dass dann hier *alles* getan wird, um zu *versuchen*, dieses Kind zu retten«, eig. Herv.). Später im Interview erzählt Rhea, wie die Hebamme kurz vor der nicht mehr aufzuhaltenden Geburt dieses Wissen über fehlende Überlebenschancen aktualisiert und konkretisiert:

152 Im folgenden Zitat spricht Rhea von der 20. SSW. In einer E-Mail, die sie und ihr Freund nach der Fehlgeburt an ihr nahes Umfeld verschickten und die sie mir nach dem Interview zur Verfügung stellten, schreibt das Paar im zweiten Satz, dass Rhea in der 22. SSW ins Krankenhaus kam. Da die E-Mail in zeitlicher Nähe zum Geschehen geschrieben wurde und genaue Informationen enthält (Tag der Einlieferung, Tag der Entbindung, Geburtsgewicht und -größe), halte ich die 22. SSW für realistisch. Eine erinnernde Vorverlegung der Fehlgeburt ergibt auch vor dem Hintergrund Sinn, dass Rhea daran arbeitet, die Nicht-Lebensfähigkeit des Kindes zu vereindeutigen.

Sie hat uns halt einfach erklärt {schnieft}, dass es sein kann, dass ahm, (.) dass das Kind halt noch kurz (.) atmet, aber ahm (.) ahm (.) es war halt irgendwie klar ahm, dass es nicht überleben kann, so. Und, dass man auch bei so nem (.) ja (.) Atmen oder Röcheln oder so sich keine Hoffnung machen soll //mhm// oder so und nicht denken braucht (.) dass man das gerade irgendwie (.) {schnieft}, doch retten kann, oder so. //mhm// Und ahm {schnieft} (3), ja (2). (B, Z. 148–152)

Die Tatsache, dass ihr Ungeborenes die Grenze zur Lebensfähigkeit noch nicht erreicht hatte, verbindet Rhea mit der Aussage, dass sie sich zum Zeitpunkt der Fehlgeburt noch nicht mit dem Geburtsprozess »beschäftigt« hatte:

Das fand ich aber auch (.) Ja, war irgendwie klar, weil ich hatte mich ja auch noch überhaupt nicht damit beschäftigt (wie heftig eigentlich die Wehen sind) und was man tun kann, wenn man Wehen hat und ahm so war alles so ja sehr diffus (.) Ich wusste auch nicht so richtig, was ich anfangen soll mit diesen Schmerzen und hab mich auch ziemlich allein gelassen gefühlt auf dieser Station, so. (.) Und war halt auch mit anderen Schwangeren auf der Station, die halt deutlich weiter waren als ich und so. Oder zum Teil auch nen Kind auf 'ner anderen Station hatten (.) ahm (.) ja. (B, Z. 88–93)

In dieser Passage beginnt Rhea, nimmt man die Wortwahl ernst, mit einer starken Aussage: Der Ausgang ihrer Schwangerschaft, nämlich dass das Kind nicht überleben wird, sei deshalb »irgendwie klar« gewesen, *weil* sie sich noch nicht mit der Geburt beschäftigt hatte. Es entsteht der Eindruck, dass es für Rhea gar nicht infrage kommen konnte, dass das Kind überlebt, weil sie »ja auch noch überhaupt« nicht vorbereitet war. Deutlich wird hier, dass Rhea keine Prämutter gewesen ist. Während Sara, ähnlich wie Nina, bereits im zweiten Schwangerschaftsmonat davon spricht, »richtig Wehen« gehabt zu haben, berichtet Rhea in der 22. SSW von wiederkehrenden Bauchkrämpfen und Schmerzen. Zur Entbindung sagt sie, sie habe »das einfach da selber rausschieben« können. Rhea versteht sich weder zum Zeitpunkt der Fehlgeburt als Gebärende noch beim Interview als (Sternen-) Mutter. Entsprechend lehnen sie und ihr Partner Fotos des Jungen, Namensgebung und eigeninitiierter Bestattung einstimmig ab (vgl. 7.3).

Vielmehr unterscheidet Rhea in der zitierten Passage zwischen sich und Schwangeren, »die deutlich weiter waren«, deren Kinder also potenziell lebensfähig sind, und Müttern. Sie sieht sich als Schwangere einer anderen Kategorie, die dort nicht hingehört. Neben der Ungewissheit stellen für Rhea in der akuten Situation diese Deplatziierung und die fehlende Unterstützung die eigentlichen Probleme dar – nicht, dass sie womöglich ihre Schwangerschaft oder ihr Kind verliert. Dass der zu erwartende Verlust in der akuten Situation nicht Rheas größtes Problem ist, zeigt sich auch im Kontrast zur inneren und äußeren Ruhe, die sich erst einstellt, als Rhea schließlich anlässlich der nicht zu verhindernden Fehlgeburt in den Kreißsaal kommt:

Bin dann (.) rüber in so 'n, in so 'n klein Kreißsaal gekommen und ab da war irgendwie alles so (1) ganz ruhig und irgendwie ganz klar. Vorher war so ne große Phase von (.) 'Weiß nicht was hier mit mir los ist' und es gibt auch niemanden so richtig der mich irgendwie groß (1), der mir irgendwas erklärt, oder so. [...] Und deshalb ahm (1) ja hatt' ich einfach nur irgendwie Schmerzen und selbst kein so richtigen Plan was das is, so. Ja und dann(.) ja (.) war halt wie gesagt alles ziemlich klar und dann (.) ahm hatt' ich da in dem Kreißsaal auch gleich ahm ne Hebamme an meiner Seite (.) die einfach (.) die Stimmung war einfach super angenehm, plötzlich. Und es war so ne (.) ja wie gesagt, so ne große Ruhe drin und ich wusste irgendwie, 'alles klar ich hab' hier jetzt grad alle Zeit der Welt und ich fühl' mich in guten Händen' (schneift). (B, Z. 120–130)

Rhea unterscheidet hier zwei Phasen: die lang empfundene »große Phase« des Nichtwissens, die zwei Tage im Krankenhaus, während der sie Schmerzen hat, allein ist und nicht weiß, was sie machen soll. Diese endet, sobald »alles ziemlich klar« ist und sie in den Kreißsaal und damit in die »guten Hände« der Hebamme kommt. Der entscheidende, durch medizinisches Wissen gestützte Moment der Klarheit ist für sie (auch) erleichternd, obwohl er bedeutet, dass ihr Kind nicht leben wird. Wie sie diese Gewissheit herstellt und erlebt, wird im Folgenden genauer analysiert, um Rheas zunächst doppelte Orientierung – am eigenen Körpererleben und am Kind – aufzuzeigen. Die Orientierung am Ungeborenen endet, sobald feststeht, dass es nicht leben wird.

Paralleldeutungen: Körpererleben als inwändiges Sterben¹⁵³

Zur Herstellung von Gewissheit über den Verlust zieht Rhea, bevor sie in den Kreißsaal gebracht wird, zwei verschiedene Ereignisse heran: auf der *Ebene leiblicher Empfindungen* ein erleichterndes »Rucken im Bauch« und auf der *Ebene medizinischen Körperwissens* den Austritt von Fruchtwasser. Sie erzählt, wie sie von Schmerzen geplagt wird und nicht weiß, was mit ihr los ist:

Am nächsten, also in der Nacht dann gab's irgendwann so 'n kleines Rucken im Bauch, wo ich irgendwie dachte (.) also danach war's irgendwie nen Stück weit entspannter. Und ich dachte irgendwie 'Ich glaub, da ist irgendeine Entscheidung in die ein oder andere Richtung in meinem Körper gefallen', so. (B, Z. 104–107)

In der Erlebenssituation ist dieses »Rucken« zunächst der entscheidende Moment, ab dem Schmerzen und Ungewissheit ein Ende haben. Eine noch unbekannte Entscheidung entspannt Rhea ein »Stück weit«. Was in ihrem Körper passiert ist, erfährt sie dann durch eine medizinische Untersuchung:

153 Eine Interpretation der folgenden Materialstellen und die Rekonstruktion von Körpererleben als inwändigem Sterben finden sich bereits in Böcker (2017, S. 145–150).

Also vorher war ich auf der gynäkologischen Station und dann bin ich halt auf diese Entbindungsstation gekommen //mhm// Und bin da halt untersucht worden und dann ham sie halt festgestellt, dass Fruchtwasser ausgetreten ist und das war eigentlich der Moment wo dann alles klar war, so. (3) (B, Z. 115–118)

Der Austritt von Fruchtwasser markiert den unumkehrbaren Beginn der Geburt, der, wie Rhea ja bereits weiß, den Verlust der Schwangerschaft bedeutet. Das medizinische Wissen (früher vorzeitiger Blasensprung vor der Grenze zur Lebensfähigkeit)¹⁵⁴ ergänzt inhaltlich Rheas Deutung einer im Körper gefallenen Entscheidung. Erst nach dieser diagnostischen Gewissheit, in absehbarer Zeit die Schwangerschaft zu verlieren, lässt sie Trauergefühle zu und bittet ihren Freund um Unterstützung: »Ja und dann hab' ich total angefangen zu weinen und hab mein Freund angerufen und gesagt er soll sofort herkommen«.

Das nun sichere Wissen um den unvermeidlichen Ausgang konkretisiert Rheas Deutung vom »Rucken im Bauch«. Etwas später im Interview, nachdem sie die Warnung der Hebamme zitiert hat, das Kind könne nach der Geburt zwar einen Augenblick leben, werde aber nicht überleben, formuliert sie – in einem Einschub in die fortlaufende Erzählung des Geburtsvorgangs – *denselben* Moment so:

(Achso,) und es gab noch so 'n Augenblick, an dem ich irgendwie gemerkt hab, dass das Kind in meinem Bauch so 'n Stückchen tiefer sinkt und ich hatte irgendwie das Gefühl, dass es dann in dem Augenblick, gestorben ist. Also, dass ich (.) ich hatte (.) ich war nicht ganz sicher, aber ich hatte nicht das Gefühl, dass das Kind (.) lebend zur Welt kommt. (B, Z. 166–169)

Rheas späteres Wissen um den Ausgang der Schwangerschaft verändert und ergänzt hier nachträglich die Deutung der im aktuellen Erleben anders interpretierten Anzeichen. Was zunächst der erleichternde Moment ist, an dem Schmerzen ein Ende haben und eine Entspannung einsetzt, wird zum definierten Augenblick, in dem »das Kind in meinem Bauch [...] gestorben ist«. Hier wechselt Rhea von der Erzählung ihres Erlebens zu Fragmenten einer personalisierten Kindesbiografie (zur Biografisierung des Ungeborenen vgl. 7.1).

Das vorweltliche Kind

Zu konkretisieren ist nun der Kontext, in dem Rhea überhaupt ein »Kind« aufruft, das in der Erzählung des leiblichen Erlebens noch völlig abwesend ist. Es ist die Hebamme, die ihr dabei hilft, von einem Kind zu sprechen. Rhea liefert im Interview verschiedene Beleggeschichten für die Aussage, dass die geburtsbegleitende

154 Vorzeitiger Blasensprung heißt, dass sich vor Eintritt der Geburtswehen die Fruchtblase geöffnet hat und Fruchtwasser abgibt.

Hebamme »ein totaler Glücksfall« war. Diese bespricht mit dem betroffenen Paar die Schritte und Entscheidungen während der Geburt:

Da ging's halt um solche Sachen wie ahm {schnieft} (2) ja ob wir ahm (.) weiß ich nicht mehr genau, ob wir jetzt (.) noch abwarten bis die Wehen stärker werden, oder ob wir das Ganze einleiten und ob ahm, das ging dann auch schon um so etwas wie, ob wir das Kind denn hinterher sehen wollen oder nicht. (B, Z. 144–147)

Erst in diesem Zusammenhang, als sie die Hebamme zitiert, richtet Rhea ihren Fokus weg vom körperlichen Erleben hin zum »Kind«. Von einem Kind spricht Rhea immer im Zusammenhang mit der Hebamme; diese ist es, die fragt, ob Rhea und ihr Freund »das Kind« nach der Geburt sehen wollen, die erklärt, dass »das Kind« nicht überleben werde und die keinen Grund dafür sieht, »den Geburtsschmerz auszuhalten, wenn es darum geht, ein Kind, das nicht lebt, zur Welt zu bringen«. Implizit ist bereits hier die Existenz des Kindes mit der Hebamme verknüpft.¹⁵⁵

Rhea geht, wie oben dargestellt, bereits nach dem diagnostizierten Blasenprung davon aus, »dass das Kind nicht lebend zur Welt kommt«. In ihrer Vorstellung war das Kind also (etwa während der Schwangerschaft) noch nicht lebend auf der Welt. Am Wissen, dass das Kind nicht leben wird, orientiert sie dann auch ihre Entscheidungen während der Geburt. Beispielsweise entscheidet sie sich auf Vorschlag der Hebamme nach einiger Zeit dafür, sich eine PDA¹⁵⁶ legen zu lassen, weil »es darum geht, ein Kind, das nicht lebt, zur Welt zu bringen, so oder nicht leben wird, so«. Rhea orientiert ihr Handeln hier erneut am Körpererleben und nicht am Kind. Ihre Korrektur, dass das Kind, selbst wenn es zum Zeitpunkt der Geburt noch lebt, in jedem Fall aber »nicht leben wird«, drückt erneut die Relevanz aus, die das medizinische Wissen über die Nicht-Lebensfähigkeit ihres Ungeborenen für Rhea und ihre Entscheidungen hat. Rheas Konzeption eines »auf dieser Welt« nicht lebensfähigen Kindes verdichtet sich an einer sehr emotionalen Stelle im Interview, als es um den Moment der Geburt geht:

Dann hab' ich halt irgendwann, als wir irgendwie so weit waren (.) hab ich einfach, ahm, ohne Wehen so hingehockt und dieses Kind so aus mir rausgeschoben und (.) ahm, ja die Hebamme hat's dann einfach gleich genommen und (.) ahm bisschen sauber gemacht und uns wiedergegeben //mhm// und mir halt auf die Brust gelegt, so. (2) Wir ham vorher noch getippt {Stimme wird brüchig} ob's ein Junge oder ein Mädchen ist (.) und lagen auch beide richtig, dass es halt nen Junge ist und so und dann {schnieft} Ja so kleine Momente die irgendwie cool warn. (4) Ja {schnieft} mhm [putzt sich die Nase] Und es war

155 Komplementär rekonstruiert Wettmann (2021, S. 289) die Perspektive von Hebammen, die »aktiv darauf ein[wirken], dass das verstorbene Wesen eben nicht als ›Abgang‹, ›regeldwidrige Geburt‹ oder als Fehl- oder Totgeburt angesehen wird – sondern stets als verstorbenes Kind«.

156 Bei der Periduralanästhesie werden Schmerzen während der Geburt durch eine Spritze in die Wirbelsäule betäubt.

(2) {räuspert sich} war so ganz angenehm eindeutig, also dieses Kind war einfach definitiv zu klein um auf dieser Welt zu leben (2) und gleichzeitig war halt schon alles da und alles dran und (2) mhm (1) ja (12) ja. [58 Sek. Pause, putzt sich die Nase atmet schwer und trinkt etwas] (B, Z. 174–184)

Das Ungeborene hat die medizinisch bestimmte Grenze der Lebensfähigkeit noch nicht erreicht; es kommt nicht auf die Welt und wird entsprechend auch nicht geboren, sondern »rausgeschoben«. Mit dem Wissen um den krisenhaften Grenzbereich der Lebensfähigkeit zieht Rhea das positive Fazit, »es war so ganz angenehm eindeutig, also dieses Kind war einfach definitiv zu klein um auf dieser Welt zu leben«. Rhea konstruiert und betrauert hier keinen Verlust *ihr*es Kindes.

Die Zusammengehörigkeit von Hebamme und Kind zeigt sich erneut in Rheas anschließender Beschreibung der unmittelbaren Zeit nach der Geburt:

Ja und dann ham wir halt(.) (sowie) uns einfach auch Zeit genomm und (.) ja (.) viel geweint. Aber auch, irgendwie war's so schön (2) und das ist das was viele Leute irgendwie auch nicht so gut nachvollziehen konnten, dass das auch so (2) nen wahnsinnig schöner Augenblick war, so. (5) Und ich hatte das Gefühl, dass es alles so (.) {schnieft} es läuft alles so perfekt dort. Menschlich hat halt alles so total gestimmt. {schnieft} In diesem kleinen Mikrokosmos der sich da in diesem {schnieft} irgendwie Kreißsaal zusammengefunden hat, so. (.) Das war echt cool. {schnieft} (3) Ja und (.) irgendwann konnten wir uns dann, waren wir dann so weit, dass wir das Kind in die Hände von der Hebamme halt zurückgegeben haben und {schnieft} hat ihn dann eben so nen bisschen in so 'ne Decke gewickelt, und so. (B, Z. 184–192)

Die Zusammenkunft im »kleinen Mikrokosmos« mutet wie die Begegnung mit einem transzendenten Wesen an. Es sei ein »wahnsinnig schöner Augenblick« gewesen, dessen Schönheit und die damit verbundenen Gefühle für viele Außenstehende nicht nachvollziehbar seien. Darüber hinaus verweist Rheas Aussage »es läuft alles so perfekt dort. Menschlich hat halt alles so total gestimmt« darauf, dass sie das Stillgeborene *nicht* zum Kreis der anwesenden Menschen zählt. Denn für das Stillgeborene als Mensch läuft es zu diesem Zeitpunkt ja keineswegs perfekt. Schließlich geben Rhea und ihr Freund »das Kind in die Hände von der Hebamme halt *zurück*« (eig. Herv.) – so als gehöre es zu dieser.¹⁵⁷

Das Kind war und ist für Rhea noch nicht auf dieser Welt, und die medizinisch eindeutige Lage unterstützt diese Subjektdeutung. Später im Interview bringt Rhea diese Aspekte – den Status des Kindes, die medizinische Situation und die

157 Ein vergleichbares Fremdeln mit dem eigenen Kind kommt auch bei Familien mit lebendem Kind vor, was der Annahme entspricht, dass leibliche Geburt und elterliche Anerkennung verschiedene Prozesse sind, die nicht miteinander einhergehen müssen und zeitlich versetzt stattfinden können.

eigene Einschätzung als »in Ordnung« – in einem gedankenexperimentellen Kontrast noch einmal zusammen. Sie evaluiert hier den Gesamtverlauf der Fehlgeburt und zitiert ein Gespräch mit ihrer Nachsorge-Hebamme:

Was sie [die Hebamme, jb] auch noch meinte ist, dass ahm, man natürlich irgendwie mit irgendwelchen Wehenhemmern ahm dafür sorgen kann, dass die Wehen eine Zeit lang vielleicht noch nicht aktiv sind und so, aber sie meinte ja auch, das wär dann halt so ne (.) maximalmedizinische Variante geworden //mhm//, dann hätte man irgendwie versucht, bis in diese 24. Woche sich rüber zu retten und dann wäre dieses Kind halt eigentlich immer noch total früh (.) zur Welt gekommen, es wäre nicht klar gewesen, ob's überlebt, es wäre nicht klar gewesen, wahrscheinlich hätte man nochmal so 'n Mittel geben müssen, auch dass die Lungen überhaupt schon bereit sind //mhm// und so, und ahm, dann halt einfach, verbringt man ja oft die Zeit bis, ahm, bis zum eigentlichen Geburtstermin, so ungefähr //mhm//, halt im Krankenhaus und so, (.) und das dann halt so ein bisschen durchdacht und dann dachte ich so: ›Ja, es war auch noch so weit davon entfernt, dass ahm (.) ja, ahm (.), dass das völlig in Ordnung so war, so wie es jetzt war. (B, Z. 930–940)

Die Alternative zum Erlebten wäre eine »maximalmedizinische Variante« mit ungewissem Ausgang gewesen, die eine medikamentöse und neonatologisch-intensivmedizinische Behandlung über einen langen und unbekanntem Zeitraum vorausgesetzt und nach sich gezogen hätte. Rhea nimmt also, anders gesagt, nicht jede medizinisch erdenkliche Versorgung in Anspruch, um in dieser Schwangerschaft ein Kind zu bekommen. Zudem spielen frühere Bedingungen, die die Fehlgeburt ursächlich ausgelöst haben, in dieser Evaluation keine Rolle, d. h. die Fehlgeburt widerfährt ihr quasi-schicksalhaft, und nur der handlungspraktische Umgang mit diesem als unveränderlich erfahrenen Ereignis wird evaluiert. Angesichts ihrer Handlungsoptionen – maximalmedizinische Versorgung eines Frühchens vs. Fehlgeburt – kommt Rhea dann zu dem positiven Fazit, »dass das völlig in Ordnung so war, so wie es jetzt war«. Gleichzeitig deutet die im Interview elaborierte Darstellung dieser hypothetischen Alternative darauf hin, dass sie sich diese Einstellung, die sie die Erfahrung auch einordnen und »ablegen« lässt, erst kognitiv erarbeiten musste.

Zusammenfassung

In Rheas Fall bietet medizinisches Wissen darüber, dass die Grenze der Lebensfähigkeit noch nicht erreicht wurde, eine positiv besetzte »Klarheit« und Orientierungsmöglichkeit. Es besteht *keine* Chance, dass das Ungeborene die unaufhaltbare Geburt überlebt. An dieser Gewissheit orientiert Rhea Entscheidungen unter der stillen Geburt, z. B., sich eine PDA legen zu lassen, da es kein Kindeswohl mehr zu beachten gilt. Bis zum Zeitpunkt, an dem Rhea diese Verlustgewissheit erlangt, gibt es *zwei parallele Prozesse: ihr Stillgebären*

und das Sterben des Ungeborenen, wie sich u. a. daran zeigt, dass Rhea einen Erlebenselement in zwei verschiedenen Versionen erzählt – einmal aus der Perspektive des Erlebenden, einmal als Erzählung über das sterbende Kind. In der Rekonstruktion dieser Doppelorientierung wird sichtbar, dass es vor allem die Hebamme ist, die Rhea den Blick auf das Kind richten lässt. Für Rhea gibt es also ein Kind, sie benennt es mit Unterstützung der Hebamme auch so, es ist aber nicht ihres. Es kommt nicht »lebend zur Welt« und damit nicht zu ihr; Rhea stellt sich nicht als Mutter dieses stillgeborenen Kindes dar. Vielmehr hängt die lebendige Ankunft des Kindes von – medizinischen und transzendenten – Bedingungen ab, über die Rhea nicht verfügen kann. In diesem Zusammenspiel einer in Bezug auf das Ungeborene medizinisch eindeutigen Lage (vorzeitiger Blasensprung vor der Lebensfähigkeit), der *sozialen* Geburt des Kindes durch die Hebamme und Rheas Nicht-Identifikation als Mutter konstruiert sie das Stillgeborene als eine Art *vorweltliches Kind*.

6.2.2 Vertrauensbruch – Tod nach der Lebensfähigkeitsgrenze

»Und dann hieß es aber irgendwann, also dann war irgendwann relativ schnell klar, dass sie's gar nicht schaffen wird« (Nicole)

Überlebenschancen als Handlungsorientierung

Im folgenden Fall wird ebenfalls die zukünftige (Nicht-)Lebensfähigkeit zur Handlungsgrundlage, auch wenn völlig andere Bedingungen vorliegen. Nicole (vgl. 4.2.1) wird mit HELLP-Syndrom¹⁵⁸ etwa in der 27. SSW ins Krankenhaus eingeliefert, wo ihre Tochter per Kaiserschnitt auf die Welt geholt wird. Mutter und Tochter werden, getrennt voneinander, intensivmedizinisch betreut. Nach fünf Tagen auf der Intensivstation sieht Nicole ihre Tochter Frida zum ersten Mal. Am achten Lebenstag stirbt diese, nachdem die Eltern entscheiden, die lebenserhaltenden Maßnahmen einzustellen. Nicole erzählt:

Es war aber relativ früh in der Schwangerschaft (.) und ja ähm es war dann halt für meine Tochter zu früh, also die haben eben 'nen Kaiserschnitt gemacht und es war aber, (.) {atmet ein} also es waren dreizehn Wochen vor'm Termin, was 'n ungefähr drei Monate und (.) ja, und dann war sie geboren erst mal und ist dann nach acht Tagen verstorben, (.) weil sie halt so (.) unreif war und/und wegen dieser ganzen ähm {schluckt} also dieses HELLP-Syndrom hat eben bei ihr dafür gesorgt, dass das Gehirn nicht genug mit Sauerstoff versorgt wurde {atmet ein} da haben sich dann schon irgendwie so Schädigungen gebildet, die auch ähm fortlaufend waren, also, wo man jetzt gesagt hat, okay, das/das äh (.)

158 Auch: Schwangerschaftsvergiftung, schwere Schwangerschaftserkrankung mit erhöhtem Blutdruck. HELLP ist ein Akronym aus den für das Syndrom typischen Laborbefunden.

Hirn (.) löst sich sozusagen (.) mehr und mehr auf. Also es ist jetzt nicht so, dass man jetzt sagen könnte, sie ist jetzt {atmet ein} irgendwie {atmet erneut ein} blind und taub und das war's aber – mehr Schädigungen kommen da nicht, weil mein Mann und ich haben uns dann schon mit dem (.) Thema behindertes Kind auch befasst, also wir haben dann schon drüber nachgedacht: ›wie/wie wird das jetzt sein für uns sein, {atmet ein} wenn wir sie mit nach Hause bekommen? Wie/wie leben wir dann mit ihr?‹ und so. Und dann hieß es aber irgendwann, also dann war irgendwann relativ schnell klar, dass sie's gar nicht schaffen wird {atmet ein} und (.) genau, und dann haben wir nach acht Tagen entschieden, dass wir die lebenserhaltenden Maßnahmen ähm ab-(.) stellen lassen. {atmet ein} Und dann ist sie auch relativ schnell verstorben {atmet aus}. Also acht Tage war sie da und ja (.) jetzt ist sie nicht mehr da {Stimme zittert}. Genau (.). Ja, das war unser Jahr 2013. //I: Okay.// Grob irgendwie. [Beide lachen leise] (F, Z. 84–99)

Nicole fasst hier anhand einiger Eckdaten – Frühgeburt per Kaiserschnitt aufgrund von Komplikationen in der Schwangerschaft (HELLP-Syndrom), degenerative Schädigungen und etwaige Behinderungen sowie fehlende Überlebenschancen – die medizinische Lage zusammen. Es fällt auf, dass sie kontingente Entscheidungen nicht als solche markiert oder evaluiert: Die auf den medizinisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Entscheidungen werden als einzig mögliche dargestellt und nicht hinterfragt. Die Entscheidungen bezüglich eines behinderten Kindes werden suspendiert, da »relativ schnell klar« war, dass ihre Tochter noch im Krankenhaus sterben würde. Die Entscheidung der Eltern, die lebenserhaltenden Maßnahmen abstellen zu lassen, wird vor dem Hintergrund der ärztlichen Prognose (›hieß es [...] nicht schaffen wird.«) als zwangsläufige präsentiert. Die Prognose stellt hier eine Gewissheit dar, die zur Handlungsgrundlage wird. Der tatsächliche Tod (›dann ist sie auch relativ schnell verstorben.«) wirkt hier wie eine Bestätigung dafür, dass sowohl die ärztliche Prognose als auch die elterliche Entscheidung richtig waren.¹⁵⁹ Mögliche Handlungsalternativen in der Situation, etwa die Aufrechterhaltung lebenserhaltender Maßnahmen in der Hoffnung auf Kräftigung, der Versuch, soviel Zeit wie möglich mit dem Kind zu verbringen oder der Einbezug weiterer Familienmitglieder zur Gestaltung des Abschieds, werden nicht aufgeführt. Die Entscheidung wird externalisiert (›es hieß«) und nicht evaluiert. In Form eines schicksalhaften ›So war's‹ wird nicht nach alternativen Ausgängen der Geschichte gefragt.

Ihre Entscheidung zur Therapiebegrenzung begründet Nicole nicht mit etwaigen Folgen für Frida, sondern mit der ärztlichen Einschätzung, dass diese ohnehin nicht überleben werde. Darin dokumentiert sich erneut, wie in 4.2.1 dargestellt, das Vertrauen in die medizinische Expertise. In diesem Fall prägt

159 Vergleichbar beschreibt Manzei (2012, S. 161) das Hirntodkonzept als »selbsterfüllende Prophezeiung«, da der Feststellung des Hirntodes entweder eine Organentnahme oder die Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen folgt, wodurch der Tod in jedem Fall eintritt.

die ärztliche Einschätzung von Fridas Überlebenschancen Nicoles Handeln. Die Prognose fehlender Erfolgsaussichten bestimmt ihren Umgang mit ihrem frühgeborenen Kind.

An einer späteren Stelle im Interview hadert Nicole mit der Tatsache, dass ihre Tochter die Voraussetzungen dafür hatte, als Frühchen zu überleben:

Genauso ging's mir eben bei der kleinen Frida, {schluckt} die lag dann im Bettchen drin und ich kannte das ja, ich hab' schon ganz oft Frühchen gesehen, in diesen Inkubatoren {atmet ein} und sogar noch kleinere – sie war jetzt nun relativ kräftig und auch 'n Mädchen, wo man jetzt sagt, die sind eigentlich relativ robust und {atmet ein} alle haben eigentlich am Anfang gesagt so, das ist (.) das ist ja super, die wiegt fast 'n Kilo, ist richtig gut und {atmet ein} ähm ist bestimmt 'ne ganz Kräftige, ähm (.) und so am ersten Tag, die (.) Fotos, die mir mein Mann gezeigt hat, die waren auch noch so, da hat sie noch so 'n Muskeltonus gehabt, also sie hat dann noch so/so mit den {atmet ein} mit den Armen (.) gewedelt und/und/und so 'n bisschen gestrampelt, das ist immer ein gutes Zeichen, also wenn/wenn/wenn so Agilität ist, dann/dann/dann sind die {atmet ein} dann heißt das, dass sie kräftig sind und auch irgendwie so 'n Lebenswillen haben. (F, Z. 243–251)

Eigentlich sind für Nicoles Tochter gute Startbedingungen gegeben: Frida ist ein Mädchen, was statistisch gesehen ihre Überlebenschancen erhöht, sie ist »kräftig«, wiegt fast ein Kilogramm und hat damit bessere Chancen als »noch kleinere«, die Nicole aus den Inkubatoren kennt. Am ersten Tag, das sieht Nicole auf den »Fotos«¹⁶⁰, die ihr ihr Partner Antonio auf der Intensivstation zeigt, hat Frida einen guten »Muskeltonus«, bewegt sich und zeigt »Agilität«, sodass Nicole ihr einen »Lebenswillen« unterstellt.

Tod der Tochter und uneingelöste Erfolgsversprechen der Medizin

Während der ersten fünf Tage, in denen Nicole auf der Intensivstation liegt und ihre Tochter nicht sehen kann, vertraut sie darauf, dass Frida medizinisch gut versorgt wird. Sie verschwendet in dieser Zeit keinen Gedanken daran, dass sie und ihr Partner ihre Tochter womöglich nicht mit nach Hause nehmen werden:

Ich hab' dann auch überhaupt nicht (.) hatte mich die ganzen fünf Tage voll auf mich konzentriert und/und mit keinem Gedanken daran gedacht, dass/dass vielleicht irgendwie, dass es ihr irgendwie schlecht gehen könnte. Ich hab' gedacht, sie wär' halt ein ganz normales Frühchen, ne? [...] ¹⁶¹ Genau, und ich hab' überhaupt nicht damit gerechnet, dass wir sie irgendwie nicht mit nach Hause nehmen dürften. (.) Ja. (F, Z. 292–300)

160 Vermutlich auch Videoaufnahmen, auf denen Agilität zu erkennen ist.

161 In der Auslassung detailliert Nicole den von ihr angenommenen Normalverlauf bei Frühgeburten: »Muss halt 'ne Weile noch im Inkubator bleiben und [...] werd' dann halt immer Milch abpumpen und/und hinbringen und so {atmet ein}. Ich kannte ja das Prozedere, ich dachte, ja, so sieht mein Leben dann jetzt aus, Ich werd' jetzt die nächsten

Ergebnisse einer Studie zur elterlichen Erfahrungswelt nach Frühgeburten von Claudia Peter (2013) legen nahe, dass dieses Vertrauen eine Ausnahme ist. Zum Umgang mit Ungewissheiten in der Neonatologie schreibt Peter (2013, S. 478): »Der Tod ist am Anfang dieses gerade geborenen Lebens sofort anwesend. Das an sich Undenkbare für Eltern, dass das eigene Kind vor ihnen stirbt, wird nicht nur denkbar, es ist als diffuse und eben gerade erwartbare, als nicht erhoffte, aber befürchtete Wahrscheinlichkeit ständig bewusst«. Die völlige Abwesenheit dieses diffusen Wissens bei Nicole ist vermutlich der zunächst guten Prognose für Frida, Nicoles Isolation auf der Intensivstation und ihren Vorerfahrungen als Hebamme mit der gelungenen Versorgung von extremen Frühgeborenen (bekannte Routinen und Erfolgsgeschichten) geschuldet. Nicoles ausschließlich optimistische Einstellung bekommt Risse, als sie ihre Tochter zum ersten Mal sieht:

Als ich sie gesehen habe, aber nach den fünf Tagen, da war sie schon so, (.) da sah sie schon so 'n bisschen zerlaufen aus, also so/so (.) lag eben so ganz schlaff und/und {atmet ein} auch die ähm, das hat mich auch so 'n bisschen erschrocken, weil ich 's glaub' ich noch nicht so gesehen hatte [...] Und das hat mich so 'n bisschen erschrocken, so, da war ich so {atmet ein} so: ›Hu, ah.‹, das war so 'n bisschen (.), ja es war für mich so 'n bisschen erschreckend, so: ›Oh mein Gott, ja, also so klein ist sie also, also so‹ {atmet ein} (.) äh (.) so prekär ist jetzt auch diese/diese Situation (.). Das war schon (.), also es war irgendwie schrecklich und schön (.) zugleich. Irgendwie schön, weil ich sie sehen durfte, schrecklich, weil ich sie nicht anfassen durfte und weil sie so 'n bisschen krank aussah. (F, Z. 251–261)

Der erste Kontakt mit ihrer Tochter ist »schön und schrecklich zugleich«. Schön, weil ein erstes Kennenlernen und eine emotionale Bindung möglich werden. Schrecklich, weil der Kontakt eingeschränkt wird (keine körperliche Berührung) und sie, anders als noch am ersten Tag, »ein bisschen zerlaufen«, »ganz schlaff« und »krank« aussieht. Die Stimmung kippt gänzlich – von schön über ambivalent – zu »nur noch schrecklich«, als der behandelnde Arzt die Eltern über die Situation informiert:

Als dann der/der Arzt mit uns gesprochen hat und eben, wie/wie jetzt die Situation genau ist {atmet ein}, dann (.) dann war's nur noch schrecklich, also dann/dann war's irgendwie ganz, (.) ja, da hab' ich (.) also ich konnt's nicht so richtig begreifen, oder kann's eigentlich bis heute nicht richtig, warum das jetzt ausgerechnet irgendwie (.) ja, wie man schon so, so (.) Erfolgsgeschichten gehört hat (.) von/von, gerade in der Uni-Klinik, da lachen einen Kinder von/von/von Plakaten an [atmet ein], da steht irgendwie drauf so [mit hoher Stimme]: ›Ich hab' bei meiner Geburt nur 300 Gramm gewogen!‹, und äh die haben

paar Wochen {atmet erneut ein} immer von zuhause zum/zum/zur Klinik (.) äh pendeln und/und werd die Kleine versorgen und irgendwann werden wir sie mit nach Hause kriegen und dann werden wir gucken, wie sie sich entwickelt. (.) Ja, so war das irgendwie in meinem Kopf« (F, Z. 294–299).

dann eben (.) 'n leichtes Schielen, aber mehr nicht, ne? (.) Und ich hab' dann (.), also mir kam dann im Nachhinein ganz oft der Gedanke: ›Okay, warum? (.) Warum dürfen's alle schaffen, nur sie nicht?‹ Ja. (F, Z. 261–268)

Nicole stellt in dieser Passage die existenzielle Frage nach dem ›Warum‹ des Todes ihrer Tochter. Zum einen bezieht Nicole sich damit auf einen einfachen gesellschaftlichen Common Sense, wonach sich der menschliche Tod dem rationalen Verständnis entzieht. Zum anderen verknüpft sie das noch andauernde (»bis heute«) Nicht-Begreifen-Können mit dem Nicht-Begreifen in der akuten Situation, die der Arzt mit dem Paar bespricht. Nicoles Unverständnis basiert auch auf der für sie paradoxen Tatsache, dass Frida die Grenze der Lebensfähigkeit eindeutig überschritten, eine gute Prognose und jede verfügbare medizinische Versorgung hatte, die zudem Routine ist – und es trotzdem nicht geschafft hat. Der Tod ihrer Tochter erscheint wie ein uneingelöstes Erfolgsversprechen der Medizin. Deutlich wird anhand dieser nachhaltigen lebensweltlichen Irritation, welche Handlungsmacht Nicole dem medizinischen System zuschreibt, und welches Vertrauen es genießt (vgl. 4.2.1). Ihre im Präsens formulierte Ungläubigkeit (»Warum dürfen's alle schaffen, nur sie nicht?«) bringt den Widerspruch konfligierender, nach wie vor gültiger Wissensbestände zum Ausdruck: der Glaube an die Erfolge der Medizin auf der einen Seite und der Tod eines kräftigen Frühchens auf der anderen.

Soziale Person

Im Fall Nicoles und Antonios steht nicht zur Debatte, dass ihre Tochter Frida eine soziale Person war, der menschliche Würde und personale Rechte zukamen. Da Frida lebend zur Welt kommt, werden ihr uneingeschränkt Personalität und Subjektivität zugeschrieben. Es gibt keine Aushandlungen, Ambivalenzen oder Diskrepanzen in Bezug auf die grenztheoretische Frage, ob Frida schon Kind oder Person war – *das* ist unhinterfragt der Fall und stellt somit kein Problem dar. Nicole und Antonio verstehen sich als Fridas Eltern und leben diese Beziehung auch über ihren Tod hinaus, z. B. indem sie ihrem Neugeborenen, das während des Interviews auf Nicoles Bauch liegt, in der Zukunft von seiner Schwester erzählen wollen.

Nicole konstruiert und behandelt ihr Kind auch anhand medizinischer Kenngrößen. Zwar kommt in der Erzählung vom ersten Sichtkontakt ein emotionales Bonding mit ihrer Tochter zum Ausdruck, aber Nicoles Handeln in Bezug auf das Kind ist an medizinischen Unterscheidungen orientiert. So treffen ihr Partner und sie zeitnah die Entscheidung, die lebenserhaltenden Maßnahmen abzustellen, weil die Prognose lautet, dass Frida nicht überleben wird. Nicoles Medizinorientierung wird aber auch an anderen Stellen deutlich, an denen sie ihre Vorstellungen während des entsprechenden Krankenhausaufenthaltes mit statistischem Wissen und Routinewissen über die Überlebensfähigkeit, Versorgungsmöglichkeiten und

Normalentwicklungen von Frühchen (Geburtsgewicht; Syndrom; Geschlecht) begründet. Diese Begründungen sowie Nicoles kategoriale Differenzierung zwischen Kindern, Totgeburten und Fehlgeburten (vgl. S. 75 f.) sprechen dafür, dass Nicole Frida als eigenes Kind anerkennt, weil sie dies auch aus medizinischer sowie rechtlicher Sicht ist. Ihre Anerkennung und die Eltern-Kind-Beziehung scheinen sich also weder primär aus pränatalem Bonding noch aus einer wertgebundenen Konstruktion des Ungeborenen als Kind zu speisen.

Während Fridas Persönlichkeit und deren soziale Anerkennung nicht zur Disposition stehen, besteht im analysierten Fall die andere Problematik, dass Frida die medizinisch bestimmte Grenze zur Lebensfähigkeit deutlich überschreitet und dennoch stirbt. Für die Interviewte Nicole sind das widersprüchliche und unvereinbare Wissensbestände. Einerseits hält sie an den Möglichkeiten und der Rationalität fest, die das medizinische System zur Verfügung stellt. Andererseits ist ihr Vertrauen ins medizinische System durch die gemachten Erfahrungen mehrfach¹⁶² gebrochen. Der Widerspruch von Medizinvertrauen und Erlebtem birgt hier das Krisenpotenzial.

Für die Frage, wie Fehl- und Totgeburten als Kindsverluste erfahren werden, ist der Fall Nicoles und Antonios auch deshalb ein Kontrastfall. Aus intersubjektiver Perspektive besteht kein Zweifel, dass das Paar ein Kind verloren hat. Die Tochter hat die Grenze zum Leben erreicht und überschritten, ihr früher Tod ist traurig und betrauernswert, unbegreiflich und schlimm. Gleichzeitig schärft der Fall zentrale Dimensionen von Schwangerschaftsverlusten, nämlich die *lebensbestimmende* Orientierung an medizinischer Rationalität und Routine sowie die damit verbundene Schwierigkeit, dem Erleben und den Ereignissen des Lebens Sinn zu verleihen. Dieser Widerspruch zwischen Medizinvertrauen und Erlebtem einerseits sowie die unhinterfragte (gesellschaftlich gestützte) Persönlichkeit Fridas andererseits kennzeichnen die Fallstruktur.

6.2.3 Exkurs: Frühgeborene in einer Zwischenwelt

»Ihnen wird klar, was alles nicht gilt, was sonst gilt,
ohne schon genau fassen zu können, was bei ihnen der Fall ist«
(Peter 2013, S. 484)

Dieser kurze Exkurs über den prekären Status von Frühgeborenen und die damit verbundene elterliche Erfahrungswelt richtet zum einen den Blick auf die zweifelsfreie gesellschaftliche Anerkennung von Lebendgeborenen, die auch im äußersten Grenzbereich des Lebens gewährleistet wird. Frühgeborene, die

162 Neben dem Tod ihrer Tochter stellt die von den Ärzt*innen lange nicht erkannte und noch immer nicht geheilte Autoimmunstörung eine Irritation dar (vgl. 4.2.1).

schließlich überleben, kommen im Sample dieser Untersuchung nicht vor. Ihre kindliche Persönlichkeit wird, wie bei allen Lebendgeburten, ab dem Zeitpunkt ihrer Geburt durch Ärzt*innen und andere unhinterfragt anerkannt. Exemplarisch hat das der Fall Nicole gezeigt. Zum anderen verweise ich auf empirische Forschung zur elterlichen Situation nach einer Frühgeburt, die zeigt, dass die betroffenen Eltern sich zugleich längerfristig in einer Art Schwellenzustand befinden, in dem weder der Status des frühgeborenen Kindes noch die Beziehung zu ihm eindeutig sind. Anders gesagt, Frühgeborene befinden sich (medizin)rechtlich und gesellschaftlich im Diesseits des Lebens, in der elterlichen Erfahrungswelt aber mitunter in einem liminalen Zustand zwischen Leben und Tod, der geprägt ist von Virtualitäten des Noch-Nicht, des Schon und des Nicht-Mehr.

Einerseits gelten Frühgeborene wie alle lebendgeborenen Kinder ab ihrer Geburt zweifelsfrei als Personen, die rechtlichen Anspruch auf Behandlung und Betreuung haben. »Der Neonatologe tritt hier als Sachverwalter undiskutierbarer allgemeiner Grenzsetzungen auf. Das geborene Kind hat ein Recht auf Leben und auf Behandlung trotz möglicher drohender Behinderung, das grundsätzlich unabhängig von der elterlichen Entscheidungsmacht besteht, es gilt als selbstverständliches Recht ohne Aushandlungsspielraum« (ebd., S. 472). Behandlungsentscheidungen in der neonatologischen Intensivmedizin – also bei Frühgeborenen an der Grenze zur Lebensfähigkeit – untersuchen Sarah Büsing und Katja Schaeffer (2016) unter Rückgriff auf das Konzept der menschlichen Person, wie es Gesa Lindemann (2011) entfaltet. Ihre Grundannahmen sind, dass die Bedeutung den Personenstatus legitimierender Dritter im Schwangerschaftsverlauf zunimmt und die Geburt den irreversiblen Übergang zum Status als Person darstellt. Das medizinische Personal verpflichtet die Eltern postnatal zur Anerkennung der kindlichen Person. Dass ein lebendes Kind nach der Entbindung als vollwertige Person und damit schützenswerte*r Patient*in anerkannt wird, mag zunächst logisch und ethisch unverhandelbar erscheinen. Angesichts der im Falle einer Fehlbildungsdiagnose bestehenden Option, einen späten Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, wird allerdings die Aushandlungsbedürftigkeit der Anerkennung als Person – zu der das Recht auf Leben gehört – deutlich. Um sicher zu gehen, dass der Abbruch nicht in einer frühen Frühgeburt endet, wird der Fötus dabei pränatal getötet (Fetozid) und anschließend eine Geburt eingeleitet. Überlebt der Fötus allerdings den Abbruch oder handelt es sich um eine extreme Frühgeburt (d.h. vor der 23. SSW), nehmen – so konstatieren auch Büsing und Schaeffer – Perinatalmediziner*innen (d.h. Gynäkolog*innen und Neonatolog*innen) eine Garantenstellung gegenüber dem zukünftigen Kind ein. Von ihnen wird in der Praxis eine intensivmedizinische Maximalbetreuung umgesetzt, auch wenn eine palliativmedizinische Versorgung möglich wäre. So beschreiben Büsing und Schaeffer den Fall eines von Mediziner*innen empfohlenen, dann aber misslungenen Abbruchs, den der Fötus überlebte. Das

abgetriebene, extrem Frühgeborene wurde, ohne das Einverständnis der Eltern einzuholen, in eine Lungenklinik gebracht, weil dies seine einzige Überlebenschance darstellte (vgl. Büsing & Schaeffer 2016).

Andererseits bleibt insbesondere nach extremen Frühgeburten der Übergang ins soziale Leben zunächst unvollendet und Eltern haben mitunter Schwierigkeiten, die Situation und den Status ihres Kindes einzuordnen. In ihrer Studie zu Frühgeborenen zeigt Peter eindrücklich, wie stark präsent der Tod während der Zeit des Wartens auch in den Fällen ist, in denen das Kind die neonatologische Intensivtherapie schließlich überlebt. »Der Tod nicht als das, das zu Ende bringt und endgültig ist, sondern als etwas, das dauert und [durch Reanimationen, j]b] überwunden werden könnte, und das beginnende Leben, das nicht richtig zu beginnen scheint und sich unendlich leise der Wahrnehmung entzieht, da die Frühgeborenen aufgrund der Sedierung und maschinellen Beatmung wenig (eigene) Lebenszeichen zeigen – die üblichen Vorstellungen treffen hier nicht zu« (Peter 2013, S. 482). Auch passten die »gängigen Sozialkategorien« (ebd., S. 483) wie Säugling nicht und die Frauen versuchten noch »zu begreifen, was sie geboren haben« (ebd., S. 484). »Nach der Erfahrung, die Ausnahmesituation aushalten zu können, wird den Eltern klar, wie »unnormale« ihre Situation ist. Ihnen wird klar, was alles nicht gilt, was sonst gilt, ohne schon genau fassen zu können, was bei ihnen der Fall ist: Begriffe, Formeln und Ausdruck müssen erst gefunden werden« (ebd.). Gewinnen die Eltern langsam eine Zukunft mit dem frühgeborenen Kind, bedeutet das, »sich eventuell von den Vorstellungen einer normalen kindlichen Entwicklung ihres Kindes zu verabschieden« (ebd., S. 492). Gegenüber »normalen« Eltern grenzten Eltern von Frühgeborenen sich affektiv ab. Dabei sei die »Welt der »Frühchen«-Eltern auch in sich sehr binnendifferenziert: es werden »späte Frühchen« von »frühen Frühchen« unterschieden und dies jeweils bei der Diskussion um »normale« Fortschritte ihrer frühgeborenen Kinder einbezogen« (ebd., S. 493). Der Tag, an dem das frühgeborene Kind eigenständig zu atmen beginnt, werde als Tag der »zweiten Geburt« bezeichnet; überhaupt gelte eine »Zwei-Welten-Konstruktion, in der man sich vor den Normalitäten der normalen Familien schützt« (ebd., S. 494). In Internetforen werde sichtbar, dass sich Eltern von Frühgeborenen eine eigene Identität und Sinnprovinz schaffen. Wie in den Trauerforen (siehe 3.7) ergänzten die Autor*innen in Foren zum Thema Frühgeburt bei der Unterschrift ihres Posts ihren eigenen Namen um den Namen und die Daten ihres – in diesem Fall frühgeborenen – Kindes. »Da manche Frauen zur Frühgeburtlichkeit beziehungsweise zu Fehlgeburten neigen, kann sich das wie im Folgenden derart lesen: »Frieda mit Lena (30+4), Arno (30+4 geb. + verstorben) und zwei Sternenkindern und Baby im Bauch (28+6) im Kampf um jede Woche seit der 16. SSW.«« (ebd., S. 493). Diese Beispiele zeigen einerseits, wie artverwandt die Erfahrungen von Stillgeburt und Frühgeburt sind, andererseits, wie und durch welche (Binnen-)Differenzierungen identitätsstiftende Abgrenzungen vorgenommen werden.

6.3 Pränataldiagnose und auferlegter Deutungszwang

Eine pränatal gestellte Diagnose erlegt werdenden Eltern einen Zwang zur Deutung des Ungeborenen und dessen zukünftigen Lebens auf.

In diesem Unterkapitel wird gezeigt, wie in einem noch früheren Schwangerschaftszeitraum im Rahmen der Pränataldiagnostik die Tatsache des Nicht-Lebens hergestellt wird. Für werdende Eltern, die eine pränatale Diagnose erhalten, besteht ein Deutungszwang, der in Normalschwangerschaften nicht besteht. Pränatale Diagnosen¹⁶³ stellen Wissen über eine etwaige Nicht-Lebensfähigkeit und zu erwartende Einschränkungen oder Erkrankungen des Ungeborenen zur Verfügung. Mithilfe dieses Wissens versuchen die Betroffenen, sich eine Kindesvorstellung und eine Vorstellung der zukünftigen Lebensbedingungen des Kindes zu machen. Infauste Prognosen und pränatale Diagnosen führen bei Betroffenen zu einem Entscheidungszwang hinsichtlich der Frage, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen oder abbrechen sollen. Sie sind in der Entscheidungsfindung auch deshalb gezwungen, eine Haltung zum Ungeborenen einzunehmen, weil sie von ärztlicher Seite als verantwortliche Eltern des (zukünftigen) Kindes angesprochen werden. Für die Konstruktion des Kindes greifen Betroffene auf medizinisches Wissen als Entscheidungshilfe und als Legitimation zurück.¹⁶⁴ Bei spontanen Geburten entzieht sich der fortschreitende körperliche Prozess der Einflussnahme; es wurde bereits rekonstruiert, wie im Fortgang des Geschehens der Status des (ungeborenen) Kindes *gedeutet* und aktualisiert wird (6.2). Im Kontrast dazu müssen werdende Eltern nach pränataler Diagnose das Ungeborene deuten und auf dieser Grundlage entscheiden, ob sie in den Verlauf der Schwangerschaft *eingreifen* möchten. Hinsichtlich dieses den Verlust auch aktiv mitkonstituierenden Handlungszwangs unterscheiden sich Verluste nach pränataler Diagnose somit von normal verlaufenden Schwangerschaften und von spontanen Abgängen.

Im Folgenden werden zwei Fälle vorgestellt, in denen den Interviewten durch eine pränataldiagnostische Untersuchung die Entscheidung auferlegt wird, ob sie die Schwangerschaft austragen wollen oder nicht. Die Entscheidungen selbst fallen unterschiedlich aus. Während die Diagnose einer tödlichen Erkrankung des Ungeborenen die Befragte Pia veranlasst, eine palliative Geburt zu planen, Pia sich also *für* die Fortsetzung der Schwangerschaft entscheidet, bedeutet die Diagnose eines schweren Herzfehlers mit unsicherer Prognose bei Clara, dass für

163 Während in der Alltagssprache eine Diagnose positiv oder negativ ausfallen kann, wird fachsprachlich mit Diagnose ein positiver (Krankheits-)Befund bezeichnet.

164 Jedenfalls sofern nicht mit Beginn der Schwangerschaft die Existenz eines Kindes vorausgesetzt wird. In einer religiös-dogmatischen Form diene pränataldiagnostisches Wissen dann dazu, sich auf die zu erwartenden Umstände und Einschränkungen vorzubereiten.

das Ungeborene keine Lebensbedingungen *garantiert* sind, weshalb Clara sich *gegen* das Austragen der Schwangerschaft entscheidet.

Es wird gezeigt, dass die unterschiedlichen Entscheidungen von Pia und Clara erstens darauf zurückzuführen sind, dass bei Pia nahezu sicher ist, dass ihr Kind sterben wird, während bei Clara Zustand und Lebenschancen ihres zukünftigen Kindes ungewiss sind (*Infauste Diagnose vs. Unsichere Diagnose*). Zweitens besteht ein Unterschied in der Vorgehensweise, die für einen Abbruch jeweils nötig ist: Pia ist in einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium, weshalb ein Fetozid hätte durchgeführt werden müssen, wohingegen bei Clara eine stille Geburt eingeleitet wird, die ein Fötus in der gegebenen SSW nicht überleben kann (*das Ungeborene töten vs. sterben lassen*). *Beiden* Entscheidungen liegt der Wunsch zugrunde, invasive Eingriffe am kindlichen Körper zu vermeiden. Aufgrund der relativ eindeutigen, infausten Diagnose kann Pia ihr Kind austragen, eine palliative Geburt planen und sich auf den Sterbeprozess einstellen. Bei Clara aber hieße, die Schwangerschaft fortzusetzen, das Neugeborene sofort nach der Geburt operieren zu lassen und dennoch unklaren Lebenschancen gegenüberzustehen (*das Neugeborene sterben lassen vs. operieren*). Schließlich konstruiert Pia ihr Ungeborenes als eigenes Kind und präsentiert die Entscheidung gegen eine Abtreibung (auch) als mütterliche Wertentscheidung, wohingegen Clara sich nach Abwägung von Lage und Aussicht für einen Abbruch entscheidet (*Wertentscheidung vs. rationale Entscheidung*).¹⁶⁵

Trotz der variierenden Bedingungskonstellationen und Verläufe zeigen sich gemeinsame Entscheidungsgrundlagen und Legitimierungen: In beiden Fällen orientieren die Befragten ihr Handeln an medizinischem Wissen und sehen medizinisches Nichtwissen und Unsicherheit als größte Schwierigkeiten an. Beide übernehmen Verantwortung für den Schutz des kindlichen Körpers und versuchen, Eingriffe an ihm zu vermeiden. Wesentlich unterscheiden sich Pias und Claras Darstellungen allerdings hinsichtlich der Konstruktion des Ungeborenen als Kind – während Pia das Ungeborene vorbehaltlos als eigenes Kind versteht und Mutterschaft und den Abbruch der Schwangerschaft für moralisch unvereinbar hält, beruht Claras Konzept von Mutterschaft auf idealen Lebens- und Versorgungsbedingungen für das Kind, die gegeben bzw. hergestellt sein müssen, *bevor* sie es zur Welt bringt. Bis dahin, bis zur Geburt eines Kindes, für das die erforderlichen Lebensbedingungen herrschen, geht sie noch keine Mutter-Kind-Beziehung ein.

Werden, wie bei Clara, die Lebensbedingungen als nicht gegeben oder ungewiss eingeschätzt und wird ein Abbruch durchgeführt, bedeutet dies, dass das antizipierte Nicht-Leben des Kindes handelnd vorweggenommen wird.

165 Um zu sagen, welcher der Bedingungsunterschiede letztlich ausschlaggebend für die Entscheidung ist, müssten noch mehr Fälle zum Vergleich erhoben werden, bspw. durch Interviews mit Personen, die mit einer sehr unsicheren, aber nicht infausten, Diagnose konfrontiert sind und eine Werthaltung gegen Abbrüche einnehmen.

Die Entscheidung ist somit immer mit einer Verantwortung für den Handlungsverlauf verbunden, weshalb sich diese Form von Verlust signifikant von Fällen unterscheidet, in denen am Verlauf vermeintlich nichts zu ändern ist. Die Argumentation wird mit einem der Literatur entnommenen Kontrastfall ergänzt, in dem pränataldiagnostisch beim Ungeborenen eine Fehlbildung festgestellt wird. In diesem Fall wird eine Verdachtsdiagnose beim Ungeborenen zur Grundlage einer »krankheitsspezifischen ›Anerkennungsgrenze« (Feith & Marquardt 2017, S. 32), die zur Entscheidung für oder gegen einen Abbruch der Schwangerschaft herangezogen wird. Hier werden bei einem Paar beide Konstruktionen sichtbar: eine vorbehaltlose, wertbasierte Anerkennung des Ungeborenen als eigenes Kind, die die Option eines Schwangerschaftsabbruches ausschließt, sowie eine an bestimmte Lebensbedingungen geknüpfte Konstruktion des eigenen Kindes.

6.3.1 Infauste Prognose – Fortsetzung der Schwangerschaft

Die Sicherheit einer infausten Prognose erleichtert die Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft, die einem Selbstverständnis als Mutter des ungeborenen Kindes entspricht.

Pia präsentiert eine vorbehaltlose Anerkennung ihres ungeborenen Kindes, bei dem während der Schwangerschaft das Turner-Syndrom diagnostiziert wird (vgl. 4.4.2). Pia entscheidet sich für die Fortsetzung der Schwangerschaft und plant in Absprache mit der behandelnden Klinik die palliative Geburt ihrer Tochter, die sechs Stunden nach der Geburt verstirbt. Im Folgenden rekonstruiere ich erstens Pias Selbstverständnis als Mutter ihres ungeborenen Kindes, das als Grund für die Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft genannt wird. Daneben argumentiere ich zweitens, dass die relative Gewissheit ihrer Ärzte, dass ihre Tochter sterben und nicht schwerkrank oder behindert überleben wird, die Entscheidung begünstigt. Der als Wertentscheidung begründeten Fortsetzung liegt also, so das Argument, die relativ sichere Prognose des Nicht-Lebens zugrunde.

Das Ungeborene als eigenes, besonderes Kind

Pias Beschreibung der offenbarenden Ultraschalluntersuchung in der 20. SSW, in der ihr Gynäkologe den Verdacht auf Turner-Syndrom äußert, wurde in 4.4.2 ausführlich im Hinblick auf ihre Priorisierung von Selbstdeutungen gegenüber medizinischem Wissen interpretiert.

In der Beschreibung des auffälligen Ultraschallbildes rekuriert Pia auf den »Fötus«, als sie medizinisches Fachwissen ergänzt, und zitiert kurz darauf die

Formulierung des Arztes, »das Kind« habe vermutlich Monosomie X. In Bezug auf ihre eigene Wahrnehmung des Ultraschallbildes nennt sie hingegen ihre Tochter beim Namen: »Rosi, unser Kind«, bei der »hinten am Hals beim Nacken einfach so 'ne Beule war«, die sich später als Wasseransammlung herausstellt. Im Zitat verbindet Pia die konkrete körperliche Auffälligkeit mit ihrer Tochter und stellt sie somit als besondere Person dar. Bereits zu diesem Schwangerschaftszeitpunkt existiert eine Mutter-Kind-Beziehung, die auch als Begründung für das Austragen der Schwangerschaft herangezogen wird. Auf die wertbezogene Begründung komme ich gleich noch einmal zurück. Zunächst geht es um die Vorstellung, die Pia von ihrem ungeborenen Kind entwickelt, sobald sich die Verdachtsdiagnose bestätigt.

Nach dem ersten Verdacht folgen weitere Ultraschalluntersuchungen etwa zwei Wochen später. Zunächst ist es eine »Zweitmeinung«, die Pia von einem anderen Gynäkologen einholt, der sie nach der Bestätigung des ursprünglichen Ultraschallbefundes sofort an eine pränataldiagnostische Spezialklinik verweist. Von der dortigen Untersuchung erzählt sie dann:

Das war dann zum ersten Mal, dass ich in, in, zum Pränataldagnosten kam und dann da stundenlang auf dieser Liege lag und stundenlang diese Untersuchung gemacht wurde, also Rosi wurde dann wirklich von Kopf bis Fuß {atmet ein} ähm komplett untersucht. (H, Z. 215–218)

In dieser Passage wird deutlich, dass Pia zu diesem Zeitpunkt nicht sich selbst, sondern Rosi als die Patientin versteht: »Rosi wurde dann wirklich von Kopf bis Fuß komplett untersucht«. Damit diese umfassende Untersuchung überhaupt möglich ist, liegt Pia »stundenlang auf dieser Liege« und tritt als Subjekt in den Hintergrund. Rosi hingegen ist namentlich personalisiert, hat einen vollständigen menschlichen Körper und steht im Zentrum der Untersuchung. Aus Fürsorge übernimmt Pia ihr gegenüber eine prämütterliche Rolle des körperlichen Aushaltens.¹⁶⁶

Bei dieser Untersuchung in der Fachklinik bestätigt sich der Verdacht:

Schon aber nach der Feindiagnostik, also nach dem Ultraschall äh hat auch der dann gesagt, der [Name des Pränataldagnostikers], {atmet ein} dass er auch glaubt, es sei das Turner-Syndrom und dass äh die Prognose () sei, also dieses Kind äh nicht äh lebensfähig sein wird. Und er hat dann noch aber gesagt [...] der Pränataldagnostiker, (.) dass er (.) vermutet, dass, dass innerhalb der nächsten Tage, maximal zwei Wochen Rosi stirbt, also so war ihr Zustand seiner Meinung nach. (H, Z. 221–228)

166 Zur Mutternorm, eigene Bedürfnisse gegenüber den Bedürfnissen des Kindes zurückzustellen, siehe Ruckdeschel (2015, S. 191). Diesen Hinweis verdanke ich der Bachelorarbeit von Brumund (2019).

Zusätzlich zur Bestätigung der infausten Prognose erhält Pia die konkrete Prognose, dass ihr Kind bald sterben wird. Vor dem Hintergrund des Wissens, dass Pia die Schwangerschaft letztlich fast voll ausgetragen hat und Rosi erst nach der Geburt starb, kommt der Prognose hier im Interview der Status einer zweifelhaften Ärzt*innen-»Meinung« gleich. Wie bereits am Einfordern einer Zweitmeinung zeigt sich hier Pias kritisch-distanzierte Haltung zu ärztlichen Einschätzungen des Zustandes ihrer Tochter Rosi.

Nach der Untersuchung wird Pia noch in der Klinik über Möglichkeiten eines Abbruchs der Schwangerschaft aufgeklärt. Diese Aufklärung handelt Pia im Interview zügig ab, was darauf hinweist, welche geringe Relevanz sie diesen Informationen (inzwischen) zuschreibt. Sie habe »irgendwelche Zettel« und »Hinweise« bekommen, es hieß, sie könne erst einmal nach Hause gehen und nachdenken, und »man kann die äh Schwangerschaft abbrechen, das würde in der Zeit [Schwangerschaftswoche, jb], in der Sie jetzt sind, so und so aussehen«. Sie sei über »alles aufgeklärt« worden und niemand habe sie dabei in eine »Richtung gedrückt«, womit Pia meint, dass ihr niemand eine bestimmte Entscheidung, für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch, nahegelegt hat.

Pia braucht nicht lange, um sich gegen einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Im Anschluss an die Untersuchung befindet sie sich, wie sie sagt, in einer »Zwickmühle«. Dabei bezieht sich das Entscheidungsdilemma *nicht* auf die Frage, ob sie die Schwangerschaft abbrechen soll oder nicht. Vielmehr ist sie unsicher, ob sie verreisen darf¹⁶⁷ bzw. soll, da sie am Folgetag nach Kroatien fliegen möchte:

Ich wurde über alles aufgeklärt und dann, als ich gefragt hab', ob ich auch reisen darf, haben eigentlich [Gynäkologe] und [Pränataldiagnostiker] beide mich ermutigt, diese Reise trotzdem zu machen, sie meinten, ähm es kann nichts passieren, das Schlimmste, was passieren kann ist, dass es, dass das Kind dort stirbt, aber äh letztlich ist, äh ist es nicht so wichtig, wo es stirbt, wenn es stirbt, ja? Und der Meinung war ich irgendwie auch und, und sonst gab's keine äh Gefahr, weder für mich, noch für Rosi ähm und deswegen haben sie mich ermutigt, (.) um sozusagen aus allem rauszukommen und/und irgendwie die Ruhe zu finden, nachzudenken, was ich jetzt machen will. (H, Z. 234–240)

Da »das Schlimmste«, das auf ihrer Reise passieren könne, sei, dass »das Kind dort«, also währenddessen sterbe, sonst aber keine Gefahr bestünde, beschließt Pia, mit ihrer Freundin und ihrer Mutter nach Kroatien zu reisen. Dort erholt sie sich, liest den »ersten Ratgeber zum Thema« und denkt nach. Dabei kommt sie schnell zu der Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen:

167 Pia erläutert, dass sie den Gynäkologen vor allem aufgesucht hatte, damit er ihr für die geplante Reise eine Flugbescheinigung ausstellt.

Da kam ich aber relativ schnell i/innerhalb von, von ein, zwei Tagen {atmet ein} dazu, dass ich wusste, dass ich äh kein' Abbruch machen kann, also auch diese Vorstellung, ich wusste, wenn ich mich für 'nen Abbruch entscheide, dann ist es schon ziemlich spät, dann ist ein {atmet ein} äh äh Fetozid wa/ sehr wahrscheinlich und/und/und auch diese ganze Sache, das war mir einfach zu krass, also ich hab' gemerkt, das entspricht nicht meiner Natur und, und es entspricht auch nicht mei'm, mei'm Bild von ähm von Mutterschaft, ja? Also ich hatte das Gefühl ähm, ich hatte irgendwie mich entschieden für die Schwangerschaft und dafür, dass ich Mutter werd' und und damit auch gleichzeitig die Entscheidung getroffen, dass ich eben Mutter werd', egal wie mein Kind ist und wenn's krank ist, oder sogar stirbt, {atmet ein} dann muss ich das eben irgendwie auch aushalten so. (H, Z. 245–253)

In der zitierten Passage verbindet Pia erstens die Entscheidung für die Schwangerschaft mit der Entscheidung, Mutter zu werden und zweitens Mutterschaft mit dem Einnehmen einer bestimmten Mutterrolle. Ihr Bild von Mutterschaft beinhaltet eine vorbehaltlose Fürsorge, für die eigene Bedürfnisse ggf. zurückgestellt und Leiderfahrungen »aus[ge]halten« werden müssen. In dieser Verknüpfung beginnt mit der ursprünglichen Entscheidung zur Schwangerschaft ein Mutter-Kind-Verhältnis zwischen der Schwangeren und ihrem Ungeborenen.

Die Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft wird dabei naturalisiert. Pia spricht zunächst davon, dass ein Fetozid nicht ihrer »Natur« entspreche. Einerseits ist ihr persönlicher Charakter, ihr Naturell, gemeint. Andererseits naturalisiert der Naturbegriff hier aber auch ein spezifisches Mutterbild: Ein Fetozid widerspreche nicht nur *ihrer* Natur, sondern auch ihrem Bild von Mutterschaft. Dieses naturalisierte Mutterbild natürlicher Mutterliebe ist nicht Pias persönliches, sondern entspricht der gesellschaftlich weithin verbreiteten Norm bedingungsloser Mutterliebe. Diese Norm geht mit Einschränkungen der Mutter einher, die als unabwendbar und (mit der Entscheidung für ein Kind) selbstverantwortet gelten. So steht für Pia fest, dass sie auch Krankheit oder Tod ihres Kindes, d. h. mithin pflegende Fürsorge oder Verluste, »aushalten« muss. Sie impliziert mit der Betonung, dass es sich um *ihre* Natur bzw. *ihr* Bild von Mutterschaft und somit ihre Entscheidung handele, zwar die Möglichkeit, dass andere sich anders entscheiden, aber eine solche Entscheidung entspreche dann eben nicht ihrem Verständnis von Mutterschaft.

Zwei Normen – Schwangerschaft ist Mutterschaft und bedingungslose Mutterliebe – werden hier als persönlich-individuelle Ansichten und Beweggründe zur Fortsetzung der Schwangerschaft dargestellt. Individuelle Sichtweisen und Bedürfnisse gelten im Feld der Sternenerlern stets als legitim. Allerdings wird hier unter dem Deckmantel einer subjektiven Ansicht eine wirkmächtige gesellschaftliche Normierung des Mutterseins und des Umgangs mit dem Ungeborenen reproduziert. Ihre konkrete Vorstellung von einem Fetozid führt Pia nicht weiter aus; zum Zeitpunkt der Diagnose wäre ein Abbruch »schon ziemlich spät« gewesen; »diese ganze Sache« sei ihr »einfach zu krass« gewesen. Pias

elliptische Erzählweise vom »Fetozid« spiegelt hier eine dritte Norm wider, die der Tabuisierung von späten Schwangerschaftsabbrüchen.

Paarintern variierende Anerkennungsmuster

Bisher wurde Pias Konstruktion des an Monosomie X erkrankten Ungeborenen als eigenes Kind rekonstruiert, mit der sie ihre Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft begründet. Im Folgenden analysiere ich die Aushandlungen über die Entscheidung zwischen ihr und ihrem Partner, der die Schwangerschaft lieber abbrechen möchte.¹⁶⁸ Die Analyse offenbart die paarintern variierenden Muster, nach denen das Ungeborene als eigenes Kind anerkannt wird – die kategoriale Bezugnahme des Partners auf medizinische Fakten und Pias Bindung zum Kind – sowie die Angst von beiden, dass Rosi schwer behindert überlebt. Der Rest Ungewissheit, ob sie wirklich stirbt, ist für beide die größte Belastung in dieser Situation. Pias Ausführungen weisen darauf hin, dass die Entscheidung hätte anders ausfallen können, wäre Rosi eine Behinderung prognostiziert worden.¹⁶⁹ Die relative Gewissheit aber, dass sie sterben wird, begünstigt Pias (!) Entscheidung, die Schwangerschaft fortzusetzen. Die diagnostischen Bedingungen erleichtern es Pia, so also das Argument, ihren mütterlichen Werten und Normen entsprechend zu handeln und keinen Abbruch durchführen zu lassen. Sie erzählt:

Der kam aber gar nicht klar mit der Situation. Er kam ja schon nicht klar mit Schwangerschaft, aber dann auch noch mit 'nem kranken Kind, das heißt, diese Gespräche waren nicht besonders fruchtbar {atmet ein} und ähm (2) er hat, er hat's nie so ausgedrückt, aber ich glaube, er hätte auch nichts dagegen gehabt, wenn wir abbrechen, aber (.) i/im Gespräch mit mir kam er dann irgendwann schon auch selber dahinter, dass er gesagt hat, wir, wir, wir machen weiter, wir tragen aus, wir brechen nicht ab, {atmet ein} aber er war nie (2) hm (2) besonders [jetzt sehr leise], ja wie soll ich sagen, (2) sicher, ob das der richtige Weg ist, den wir gehen. Heute ist er das, aber damals war er's nicht und er hatte unglaubliche Angst davor, dass ähm Rosi auf die Welt kommt, überlebt und, und er dann {atmet ein} äh 'n ge/behindertes Kind betreuen muss. //Ah, okay.// Das war so eine Hauptangst und, und ehrlich gesagt auch meine Hauptangst, weil {schluckt} hm zwar haben alle geglaubt, dass sie nicht überlebt, aber {atmet ein} ähm keiner wusste es wirklich und, und ich dachte natürlich auch, okay, wenn ich jetzt 'n schwerbehindertes Kind hab', keine Ahnung ähm, wie, damit komm' ich wahrscheinlich nicht zurecht. Also im, im Endeffekt {atmet ein} ähm hab' ich selber gedacht, dass es wahrscheinlich für uns alle das Beste ist, wenn sie nicht überlebt und gleichzeitig haben die Gedanken einen natürlich total fertig gemacht, weil man dachte

168 Die folgenden Ausführungen basieren auf dem Interview ausschließlich mit Pia; sie und ihr damaliger Partner sind zum Zeitpunkt des Interviews nicht mehr zusammen. Ich rekonstruiere also Pias Sicht auf paarintern variierende Anerkennungsmuster.

169 Auch sagt Pia in der zuletzt zitierten Passage, dass sie ihr Kind akzeptiere, »egal wie mein Kind ist« und nennt Krankheit und Tod des Kindes als Beispiele für ein Leid, dass sie als Mutter aushalten müsse – Behinderung erwähnt sie nicht.

ähm {atmet ein} hm, wie unethisch (.) ist das eigentlich, wenn man als, als Eltern so über sein Kind denkt, ne? Aber weil man eben nicht wusste, was passiert und wie und was, diese Unsicherheit, die, die war schon echt äh schwierig, sehr schwierig, das Schwierigste an der ganzen Sache. (H, Z. 256–272)

Die Diagnose aktualisiert das schon einmal aufgekommene und mühselig gelöste Problem des Paares, sich auf die Fortsetzung der Schwangerschaft zu einigen. Pias Freund hatte bereits nach der Feststellung der Schwangerschaft generell einem Kind skeptisch gegenübergestanden und sich nur schwer zur Fortsetzung überzeugen lassen; eine Schwangerschaft »mit 'nem kranken Kind« scheint für ihn hingegen nicht mehr akzeptabel. Er habe den Wunsch, die Schwangerschaft abzubrechen, »nie so ausgedrückt«, was auch daran liegen könnte, dass Pia die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht infrage stellt, sondern ihm gegenüber vertritt. Nach der Feststellung der Schwangerschaft war sie schon einmal zur Anwältin des ungeborenen Kindes geworden. Als sei er durch sie zur Einsicht gelangt, sagt sie: »im Gespräch mit mir kam er dann irgendwann schon auch selber dahinter, dass er gesagt hat, wir wir machen weiter, wir tragen aus, wir brechen nicht ab«. Genau genommen bezeichnet Pia als richtiges Verhalten ihres Partners nicht, dass er die Schwangerschaft fortsetzen *will*, sondern, dass er *sagt*, sie tun es. Im Gegensatz zu ihr konnte ihr damaliger Freund den »richtige[n] Weg« – die Fortsetzung der Schwangerschaft – noch nicht sehen. Sie hingegen hat den Weg gesehen, verteidigt und damit auch für ihn geebnet.

Zugleich offenbart Pia eigene Ängste und Sorgen, die denen ihres Partners ähnlich sind. Beide hätten die »Hauptangst« gehabt, zukünftig ein »behindertes Kind« (er) bzw. »schwerbehindertes Kind« (sie) betreuen zu müssen. Pia kommt der Gedanke, dass »es wahrscheinlich für uns alle das Beste ist«, wenn ihre Tochter nicht überlebt. Die unmittelbar anschließende Sanktion ihres Gedankens offenbart dann noch einmal die oben rekonstruierte Mutter-Kind-Beziehung, die für Pia zu diesem Zeitpunkt bereits stabil besteht: »die Gedanken [haben] einen natürlich total fertig gemacht, weil man dachte, wie unethisch ist das eigentlich, wenn man als, als Eltern so über sein Kind denkt«. Sie sind also bereits Eltern und Pia verurteilt ihre Hoffnung, dass ihre kranke Tochter nicht überlebt, als »unethisch«. Als Rechtfertigung für ihre Gedanken gegenüber dem eigenen Kind nennt sie die belastende Unsicherheit, die »das Schwierigste an der ganzen Sache« gewesen sei.

Die medizinische Versorgung beschreibt Pia als ständige Produktion neuen, unsicheren und widersprüchlichen Wissens:

Dann ging die Schwangerschaft ähm bis zum (.) Schluss. Also bis zum Schluss heißt äh bis tatsächlich //Ja.// kurz vor Entbindungstermin ist sie auch nicht gestorben {atmet ein} äh wie alle erwartet hatten und ähm ich wurde immer wieder untersucht, bzw. sie und die Ergebnisse und Diagnosen haben sich dann, also die Diagnosen, ich glaube, die Prognosen

haben sich immer wieder dann auch verändert, sodass am Ende eigentlich keiner mehr genau wusste, //Okay// was jetzt auf uns zukommen wird. Also es war klar, sie hat nur schlecht angelegte Nieren, das war eigentlich schon das Todesurteil {atmet ein} ähm und ich hatte auch kein Fruchtwasser, was zeigte, dass das auch alles nicht funktionieren (), aber am Ende ähm haben sich manche Sachen wieder relativiert, äh erst gab's 'n Herzfehler, dann gab's keinen, am Ende gab's doch wieder auch Fruchtwasser, sodass, dass wir eigentlich mehr und mehr feststellen mussten, dass keiner mit hundertprozentiger Sicherheit sagen kann, was am Ende eigentlich nun ähm stattfinden wird, aber es waren sich schon alle relativ sicher, dass (.) dass sie (.) irgendwann sterben werden muss, so. (H, Z. 281–293)

Bis zum Schluss besteht ein Rest Unklarheit darüber, was bei und nach der Geburt passieren wird. Es besteht nur eine relative Gewissheit darüber, dass ihre Tochter »irgendwann sterben werden muss«, was in dieser Allgemeinheit für jeden Menschen gilt. Pia betont im Zitat, wie ungenau die individuelle Prognose war und behandelt ärztliche Deutungen als unzuverlässig und nachrangig. Zugleich birgt die Darstellung zahlreiche Hinweise darauf, dass Pia zum Zeitpunkt des Erlebens die Prognose für sehr sicher hält, ihr Handeln an diesem »Todesurteil« ausrichtet und quasi jeden Augenblick damit rechnet, dass Rosi stirbt.

Palliative Geburt

Die relative Gewissheit, dass ihre Tochter in absehbarer Zeit nach der Geburt sterben wird, erlaubt Pia, die Geburt genau zu planen:

Dann hab' ich ähm auch die Geburt äh minutiös geplant, um das Fachpersonal sozusagen so {atmet ein} zu eichen, wie ich dachte, dass es gut für Rosi sein wird, ja, die Armen, ich hab' dann irgendwie seitenweise {lacht} äh äh ähm (.) wie sagt man, Anweisungen aufgeschrieben // {lacht} Ja.// was wir uns wie vorstellen und dass es dann so und so sein muss und so. (H, Z. 296–300)

Pia hat genaue Vorstellungen davon, wie die Geburt verlaufen soll und plant diese im Hinblick darauf, wie es für ihre Tochter (nicht primär für sie selbst) »gut sein wird«. Ihre Wünsche kommuniziert sie schriftlich an das Klinikpersonal, das die »Anweisungen«, wie Pia sagt, »auch echt beachtet, also die waren wirklich toll«. Sie »eicht« die Fachkräfte, die ihr somit eine selbstbestimmte Geburtserfahrung ermöglichen. Mit der »Oberärztin«¹⁷⁰ hatten sie und ihr Partner eine palliative Geburt vereinbart:

170 Sie nennt die Oberärztin beim Namen und empfiehlt sie mir als Gesprächspartnerin, sie sei bekannt »im Sternenkinder-Eltern-Bereich«. Daran wird einerseits deutlich, welche Hebel Pia für die individuelle Gestaltung der Geburt in Bewegung gesetzt hat, andererseits zeigt sich noch einmal ihre Präsentation als Diskursexpertin.

Mit der hatten wir 'ne palliative Geburt ausgemacht, das heißt man (.) lässt einfach allem seinen natürlichen Lauf, schaut sich dann nach der Geburt das Kind an ähm, inwieweit {atmet ein} man gegebenenfalls Schmerzmittel geben muss, oder inwieweit es dem Kind doch besser geht, als erwartet, und ob man vielleicht doch noch eingreift, aber uns war klar, wenn sie von alleine nicht überleben kann, dann keine ähm Maximaltherapie und Schmerzmittel nur, wenn wir sehen, dass sie, dass sie wirklich leidet, ne? Also wir wollten da nicht, falls sie überhaupt überlebt, dass sie dann diese letzten Momente vielleicht noch irgendwie äh zugehörnt ist und gar nichts mitkriegt. (H, Z. 303–310)

Im Zitat erläutert Pia, was unter einer palliativen Geburt zu verstehen ist. Man lasse unter der Geburt selbst »einfach allem seinen natürlichen Lauf«, es würden also keine anderen Maßnahmen als bei anderen Geburten getroffen. Nach der Geburt treffe man je nach Zustand des Kindes weitere Therapieentscheidungen. Es bestünde bei dieser Form der Geburtsbegleitung demnach auch die Möglichkeit, dass »man doch noch eingreift« – hier als Kontrast zum Natürlichen-Lauf-Lassen – aber diese Variante schien für beide moralisch nicht zur Debatte zu stehen. »Uns war klar« heißt hier nicht – wie bei Rhea –, dass sie wissen, was passieren wird, sondern bezeichnet eine moralische Überzeugung: »Wir wollten da nicht, dass sie [...] diese letzten Momente [...] zugehörnt ist«. Rosi soll etwas »mitkriegen«. Auch hier sorgt Pia dafür, dass Rosi als Subjekt vorkommen kann und nicht als Objekt behandelt wird. Ihre Wertüberzeugungen, die sich hier offenbaren, lassen sich mit den Begriffen »Natürlichkeit«, »Vermeidung von Eingriffen« und »Präsenz« zusammenfassen.

Die eigentliche Geburt und Rosis Tod paraphrasiert Pia stark:

Dann wurde sie [...] Anfang des neunten Monats spontan und natürlich ähm geboren, hat dann noch sechs Stunden (.) überlebt, also kam, kam lebend auf die Welt, war, war so fit, dass die Hebamme irgendwie {atmet ein} tatsächlich selber noch dachte, okay, hm vielleicht dauert das jetzt doch alles länger, oder vielleicht geht's ihr besser als wir alle dachten. Die Oberärztin hat das denn aber anders gesehen, also die kam dann rein, hat sich Rosi angeguckt und meinte, okay (.), das ganze Fachpersonal würde jetzt den Raum verlassen, wenn noch was sei, könnten wir natürlich sofort jemanden rufen, {atmet ein} aber wir sollten jetzt sozusagen diese Momente mit ihr (.) verbringen. Das haben wir auch gemacht. [...] Dann ist sie, also sie wurde nachts geboren, morgens ist sie dann gestorben, dann kam (.) relativ schnell die Bestatterin, die wir aber schon viel früher ähm uns ausgesucht hatten. (H, Z. 312–322)

Wieder betont Pia die Natürlichkeit des Geburtsgeschehens, die mit der ärztlichen Einschätzung kontrastiert wird. Zur Erinnerung: Der Feindiagnostiker hatte dem Ungeborenen in der 20. SSW noch zwei Wochen zu leben gegeben, Pia trägt die Schwangerschaft aber fast voll aus. Ihre Tochter kommt lebend zur Welt und die Kleinfamilie verbringt zusammen einige Stunden, bevor Rosi stirbt. Diese intime Zeit mit der sterbenden Tochter bleibt im Interview privat und wird

nicht weiter beschrieben. Die Eckdaten – »nachts geboren, morgens gestorben« – rahmen die verborgene Phase, die mit der Ankunft der Bestatterin ihr Ende findet. Der Hinweis, dass die Bestatterin »schon viel früher« ausgesucht worden sei, verdeutlicht einmal mehr, wie früh das Paar den Tod der Tochter erwartet und sich entsprechend vorbereitet hatte.

6.3.2 Ungewisse Lebensbedingungen – Schwangerschaftsabbruch

Der Entscheidung für den Abbruch der Schwangerschaft nach pränataler Diagnose liegt der Schluss zugrunde, dass für das zukünftige Kind keine ausreichenden Lebensbedingungen gegeben bzw. garantiert sind.

Im Folgenden wird Claras ambivalenter Verlust rekonstruiert. Mit Clara wurden im Abstand von zwei Jahren zwei Interviews geführt. Beim ersten Interview ist sie, nach zwei frühen Fehlgeburten (vgl. 5.2.1), wieder schwanger. Bei dieser Schwangerschaft wird, einige Wochen nach dem Interview, in der 14./15. SSW beim Fötus ein schwerer Herzfehler diagnostiziert, woraufhin sich Clara und ihr Partner für einen Schwangerschaftsabbruch¹⁷¹ entscheiden. Der Fall erscheint zunächst voller Widersprüche. Auf der einen Seite entscheidet Clara sich nach der pränatalen Diagnose zeitnah und klar für den Abbruch der Schwangerschaft. Sie konzipiert das Ungeborene nicht als Kind, den Abbruch als medizinisch begründete rationale Entscheidung und die stille Geburt, wenn auch als emotional aufwühlendes Erlebnis, als eine Art Übungslauf für eine richtige Geburt. Sie vollzieht auch keine Praktiken der Erinnerung an das stillgeborene Kind – es spielt in ihrem jetzigen Alltag keine Rolle. Auf der anderen Seite erinnert sie das Geburtsdatum taggenau und konstatiert in Bezug auf den Anblick des Stillgeborenen, wenn auch distanziert-verallgemeinernd: »letztendlich ist es dann ja doch *Dein* Kind«. Sie gibt ihm einen Namen und besucht die Trauerfeier der Klinik anlässlich der Sammelbestattung, bei der es beigesetzt wird.

Es wird argumentiert, dass Clara das Stillgeborene erst in der Begegnung mit ihm nach der Geburt als eigenes Kind wahrnimmt. Da diese Akzeptanz vor der Geburt noch nicht galt, gerät die postnatale Anerkennung mit der Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch in Widerspruch. Die Entscheidung selbst wird als rationale Abwägung präsentiert und legitimiert. Für den Abbruch

171 Der Begriff »Spätabbruch« wird uneinheitlich verwendet und bezeichnet entweder einen Abbruch nach der 12. SSW, also einen Abbruch, der rechtlich nur aufgrund medizinischer Indikation möglich ist, oder einen Abbruch nach der 24. SSW, wenn der Fötus potenziell außerhalb der Gebärmutter überlebensfähig ist, und deshalb vor dem Abbruch ein Fetozid durchgeführt, also der Fötus abgetötet, wird. Bei einem Abbruch vor der Grenze zur Lebensfähigkeit wird – wie bei Clara – kein Fetozid durchgeführt, sondern die Geburt eingeleitet.

ausschlaggebend ist die hohe Ungewissheit des Krankheitsverlaufes, die bedeutet, dass keine Lebensbedingungen garantiert sind. Schließlich lässt sich vermuten, dass auch die Tatsache, dass in der SSW, in der der Herzfehler diagnostiziert wird, für einen Abbruch kein Fetozid durchgeführt werden muss, sondern das Ungeborene mit Einleitung der stillen Geburt *sterben gelassen* werden kann, die Entscheidung begünstigt.

Das eigene gesunde Kind oder kein Kind – medizinisch informierte Entscheidung

Zur Entscheidungsfindung und -legitimation des Schwangerschaftsabbruches greift Clara auf medizinisches Wissen zurück, wobei sie Ungewissheiten betont und die Schwere der Diagnose vereindeutigt. In ihrer Erzählung macht sie einen fundamentalen Unterschied zwischen ihrem nun fast einjährigen Kind Anton, dessen Mutter sie ist, und dem Stillgeborenen, zu dem sie zunächst in keiner Beziehung zu stehen scheint. Diese Unterscheidung steht in starkem Kontrast zum skizzierten Sternenkinder-Diskurs, in dem Sternenkinder als Geschwisterkinder erinnert und thematisiert werden (vgl. 2.1.3; 7.2).

Deutlich wird die Abgrenzung vom stillgeborenen Kind bereits zu Beginn des Interviews, als Clara und ich eine Weile von verschiedenen Schwangerschaften sprechen. Claras Fokus liegt auf Schwangerschaft und Geburt ihres anwesenden Sohnes Anton; sie berichtet von Schwangerschaftsleiden, Beschäftigungsverbot, den Wochen vor dem Geburtstermin, vom Geburtsbeginn und von der Forderung nach einer PDA sechs Stunden nach Wehenbeginn. Mein Interesse richtet sich hingegen auf die Schwangerschaft davor, die mit einer stillen Geburt endete.

In der folgenden Passage erwähnt Clara erstmals die »stille Geburt«, wodurch mir unser Missverständnis klar wird:

Na ja, aber ich sag mal //Ja// es hat mir schon so gezeigt, dass ich eigentlich ein relativ hohes Schmerzempfinden, also Schmerzen doch ganz gut aushalte und ähm (.) ich hatte ja auch ein Jahr vorher ungefähr, ja ein Jahr früher, also am [Datum] hatte ich ja diese stille Geburt //Ja// und da hab ich das ja auch schon bekommen. //Ja// Da haben die das ja auch eingeleitet. //Okay// [brabbelt mit Baby, unverständlich].

I: Genau. Ich hatte nämlich eben auch gedacht, ich ich bringe das durcheinander, aber genau. Als wir uns gesehen haben, da warst Du ja schwanger mit dem Kind. Nicht mit Anton.

Clara: Ah okay, das war da. (K, Z. 87–98)

Wesentlich an dieser Stelle ist zunächst, dass Clara die stille Geburt ein Jahr vor der Geburt, von der sie eigentlich berichtet, als Beleggeschichte dafür einführt, dass sie Schmerzen gut aushalten kann. Bei der stillen Geburt habe sie »das ja auch schon bekommen«. Nicht eindeutig ist hier, wie auch in einer späteren

Sequenz, worauf sich »das« bezieht: auf das vorher implizit erwähnte Medikament zur Förderung der Wehentätigkeit, auf das Schmerzmittel (die PDA) oder auf das *Baby* (»auch schon« auf natürlichem Wege »bekommen«). Wichtig ist, dass die stille Geburt in ihrer Strukturähnlichkeit zur »eigentlichen« Geburt als eine Vorerfahrung entworfen wird, die das Aushalten von Schmerzen bei der Geburt trainierte. Einerseits wird »diese stille Geburt« so zu einer entfernten Neben- oder Vorgeschichte der eigentlichen Geburt, wird also relativiert, andererseits kommt Clara ohne Zugzwang auf das Ereignis zu sprechen und nennt das exakte Datum, was eine biografische Relevanz des Ereignisses zum Ausdruck bringt. Hier offenbart sich eine grundlegende Ambivalenz, die den Fall Claras bestimmt: der Abbruch der Schwangerschaft (mit dem Ungeborenen) und die Anerkennung des(selben) Stillgeborenen als eigenes Kind.

Im Zusammenhang mit der stillen Geburt spreche ich, und nicht Clara, von einem Kind: »da warst Du ja schwanger mit *dem* Kind«. Auf die thematische Klärung hin, über welche Schwangerschaft ich eigentlich sprechen möchte, korrigiert Clara ihre anfängliche Einschätzung, es habe sich seit dem letzten Interview »eigentlich alles positiv weiter [entwickelt]«, folgendermaßen:¹⁷²

Ja, nee dann (.) ist das äh genau anders gelaufen. Also bei dem äh es war ja auch ein Junge (1) da war es so, dass ich genau, das/ da war auch erst alles okay. (1) Und da hab' ich ja auch gleich Heparin geschwi/ gespritzt.

I: Genau.

Und da war auch alles eigentlich wie bei Anton. Es war alles okay. Aber ähm als wir dann zur Feindiagnostik waren in der 15. Woche [lacht, quietscht mit Kind] 14., 15. Woche //Ja// hat der Feindiagnostiker halt 'n ganz krassen Herzfehler rausgefunden. //Okay// Den Du eigentlich aber erst so ab 20. Woche siehst. [verhaspelt] das war das Herz, die Aorta, das war wie eine Einbahnstraße. //Okay// [lauter] **Mmmhh, lach mal schön, lecker, mit Deinem Sabber dran. [...] Mag Du's weiteressen? Nein, Mama, okay. Mmmhh, mnjam, mnjam, mnjam. {lacht} Noch mehr? Na gut. So, jetzt reicht's aber. Ich kann nicht mehr, ich bin so voll.** Genau. {lacht} Ähm (1) genau und da war das dann so, dass wir noch zu nem zweiten Feindiagnostiker mussten, um das wirklich, das muss dann sozusagen auf rechtlicher Seite auch abge/ ähm nochmal abgeprüft werden, //Ja// ob das wirklich so ist, wie der erste das sagt. //Okay// Dann waren wir nochmal bei einem und ähm (1) ja, da musst Du Dich halt entscheiden. Also entweder Du trägst das Kind aus (1) und es wär' halt so gewesen, ohne ne sofortige OP hätte das gar nicht überlebt. Also sofort Herz-OP direkt nach der Entbindung. //Okay// Und selbst dann weißt Du nicht/

I: Was wird.

Was wird. (K, Z. 103–131)

172 In Zitaten von Clara sind die Interaktionen mit dem anwesenden Sohn fettgedruckt und nicht ausgelassen, da diese die Interviewsituation prägten und für die Fallinterpretation relevant sind. Hier wird performativ eine Priorisierung dieser Mutter-Kind-Beziehung gegenüber der Beziehung zum verstorbenen Kind (sowie zur Interviewerin) sichtbar.

Im Nebeneinander der Erzählung (existenzielle Diagnose) und der die Situation dominierenden Praxis als Kleinkindmutter (Interviewunterbrechung durch Interaktion mit Anton) wird die Erfahrung relativiert und zur abgeschlossenen Geschichte. Nun ist sie Mutter eines gesunden Kindes und räumt den früheren Erfahrungen momentan keine Priorität ein.

Statt dabei die beiden Schwangerschaften, wie angekündigt (»genau anders verlaufen«), diametral voneinander abzugrenzen, skizziert Clara zunächst starke Parallelen der beiden Verläufe. In beiden Schwangerschaften war »zuerst alles okay« und sie habe sich von Beginn an Heparin gegen die Gerinnungsstörung gespritzt. Beide Geburten wurden medizinisch eingeleitet, verliefen »natürlich«, waren schmerzhaft und erforderten eine PDA. Und auch im Fall der stillen Geburt war es »ein Junge«. Daran anschließend führt Clara aber zwei verkoppelte Strukturmomente an, die trotz der Parallelen eine fundamentale Andersartigkeit der beiden Schwangerschaftsverläufe ausmachen: die Diagnose eines lebensbedrohlichen Herzfehlers und der auferlegte Entscheidungszwang (»da musst Du Dich halt entscheiden«). Bei allen Parallelen zur Schwangerschaft mit Anton besteht der fundamentale Kontrast, dass es mit der pränatalen Diagnose einen Entscheidungszwang gab.

Clara übernimmt in der zitierten Passage die Perspektive einer Ärztin, die versucht, der Laiin ihre Lage zu erläutern. Die Diagnose laute nicht lebensfähig, eine mögliche Therapie sei eine sofortige Herz-Operation des Neugeborenen nach der Geburt ohne vorhersehbaren Therapieerfolg, es sei ihre Entscheidung. Dass Clara eine ärztliche Perspektive einnimmt, zeigt sich auch darin, dass sie die nur für Expert*innen relevante Kontextinformation zitiert, dass ein normalerweise erst in der 20. SSW erkennbarer Herzfehler bereits in der 15. SSW diagnostiziert wurde. Mit der Metapher der »Einbahnstraße« erläutert Clara, wie vermutlich damals der Arzt ihr selbst, die Fehlfunktion des fötalen Herzes. Das so aufgerufene medizinische Wissen über den »ganz krassen Herzfehler« vereindeutigt sie darüber hinaus mit dem Hinweis, dass »ohne sofortige OP das gar nicht überlebt« hätte. Clara kodiert hier das Ungeborene fast binär, entweder gesund/lebensfähig oder krank/nicht lebensfähig. Und wenn letzteres der Fall ist, gibt es keinen Grund, die Schwangerschaft fortzusetzen.¹⁷³ Wege und Formen des Dazwischen, wie Abwarten, eine Veränderung der Diagnose, das Überleben eines schwer kranken oder behinderten Kindes, sind keine Optionen. Sie zweifelt nicht an der Korrektheit der Diagnose (»halt festgestellt«); den zweiten

173 Luhmann erwähnt den Schwangerschaftsabbruch im Kontext des medizinischen Zweit-codes »genetisch o. k./genetisch bedenklich«: »Die Bedenken werden sich in medizinischer Sicht auf mögliche zukünftige Erkrankungen konzentrieren, die aus den Erbanlagen erkennbar sind. Die ›Heilung‹ mag dann in der Abtötung des entsprechenden Nachwuchses im embryonalen Stadium seines Lebens bestehen, wenn keine ausreichende medizinische Korrektur der Neigung zu entsprechenden Krankheiten in Sicht ist« (Luhmann 2005, S. 185).

Feindiagnostiker suchen sie nur aus rechtlichen Gründen auf und nicht etwa, weil sie hoffen, die erste Diagnose würde widerlegt («das muss auf rechtlicher Seite nochmal abgeprüft werden»). Sie entscheidet sich auf Basis des verfügbaren medizinischen Wissens gegen das Austragen eines lebensbedrohlich erkrankten Kindes und gegen die damit verbundenen Unsicherheiten. Sie erwähnt zwar ihren Hader:

Ich habe natürlich krass mit mir gehadert. Ja, also Du denkst halt so, Mann, ey, ähm (1) keine Ahnung, denkst, ja, vielleicht (.) wird das ja alles perfekt, verwächst sich das wieder. Aber es war ganz klar, dass es //Okay// (1) Dass da sich nichts mehr verändert am Herzen und ähm (.) dann haben wir uns dazu entschlossen, es einleiten zu lassen und ähm still zu gebären. (K, Z. 135–139)

Ihr Hadern bezieht sich aber nicht auf die Entscheidung, sondern auf eine innere Auseinandersetzung mit dem, was ist, und die Wut darüber («Mann ey»). Da klar ist, dass nicht »alles perfekt« wird und sich wieder »verwächst«, steht ihre Entscheidung fest. Der Kontrast zwischen der unrealistischen Hoffnung, dass sich der Herzfehler bis zur Geburt von allein zum perfekten Zustand verwächst – denn durch eine sofortige Herz-Operation würde ja eine Veränderung eintreten –, und der feststehenden Tatsache der unveränderlichen Diagnose macht die Entscheidung zur zwangsläufigen, einzig rationalen. In dieser Logik könnten sich nur Träumer*innen anders entscheiden.

Die Entscheidung wird somit mit der Abwägung von Lebensbedingungen begründet und nicht, wie von Pia, wertbasiert. Clara und ihr Partner fragen sich nicht, ob das Ungeborne schon ihr Kind ist oder nicht, sondern, ob das zukünftige Kind gesund sein wird, gesund werden kann, oder ob keine der beiden Möglichkeiten besteht. Wann und wie machen sie das, was im Körper heranwächst, zu *ihrem* Kind, für das sie die Verantwortung übernehmen möchten? Claras Anerkennungsgrenze liegt bei einem gesunden, zum Zeitpunkt der Geburt eigenständig lebensfähigen Kind, was bei der diskutierten Schwangerschaft für sie nicht zu erreichen ist. Deshalb ist die zum Zeitpunkt der Diagnose aus medizinischer Sicht einzige Möglichkeit, die Schwangerschaft abzubrechen. Das medizinische System hilft Clara, den biologischen, nicht vorhersehbaren und nicht planbaren Prozess des Kinderkriegens kontrollierend einzufangen. In diesem Sinne setzt sie sprachlich, wie bereits oben («das bekommen»), die medizinisch eingeleitete Geburt und das Kind in eins: »dann haben wir uns dazu entschlossen, *es einleiten* zu lassen *und* still zu *gebären*« (eig. Herv.). Die Einleitung einer Geburt eines zukünftig nicht lebensfähigen Fötus wird auf diese Weise von Clara als ein kohärenter medizinischer Vorgang beschrieben.

»Wie so ein kleines Küken, was zu früh aus dem Nest gefallen ist« – Begegnung mit dem Kind

Die semantische Gleichsetzung von stiller Geburt und Stillgeborenen benennt und verbirgt das Kind zugleich als Subjekt. Diese dem Fall inhärente Ambivalenz manifestiert sich zweifach am Körper des Kindes. Erstens beginnt für Clara eine Mutter-Kind-Beziehung mit der körperlichen Geburt des Kindes. Deshalb kann sie sich als schwangere Nicht-Mutter für den Abbruch entscheiden; dadurch entsteht in der Begegnung mit dem stillgeborenen Kind nach der Geburt aber trotz dieser Entscheidung eine elterliche Bindung. Zweitens vertritt Clara den Wert der Unversehrtheit des Kindeskörpers; zugleich entscheidet sich das Paar für die Einleitung der Geburt, die den Tod des Kindes bedeutet.

Clara erzählt vom Fortgang der Schwangerschaft, nachdem die Entscheidung für den Abbruch gefallen ist:

Es musste dann/ es war in der 16. Woche und ähm (.) da kannst Du halt oder sollte man auch nicht mehr ausschaben lassen. [...] (unklar) es ist ja dann schon so groß, ne. // Okay.// Also das heißt dann, auch die Vorstellung, dass da das Baby so zerstückelt wird und so, nee. (K, Z. 139–142)

Wie bei Rhea zeigt sich hier die doppelte Orientierung der Schwangeren, nämlich an sich selbst und am »Baby«. Zum einen zitiert Clara die gynäkologische Empfehlung, »nicht mehr ausschaben [zu] lassen«, da eine Ausschabung zu diesem Zeitpunkt der Schwangerschaft für Patientinnen mit Kinderwunsch Risiken birgt. Darüber hinaus begründet Clara dieselbe Entscheidung für eine natürliche Geburt zum anderen mit der körperlichen Unversehrtheit des Babys. Die Vorstellung, es werde »zerstückelt«, bereitet ihr Unbehagen. Claras Wortwahl erinnert an Mord und einen entwürdigenden Umgang mit dem toten Körper. Clara erkennt also durchaus an, dass »das« in der stillen Geburt – irgendwie – ein Kind war. Es hat das Recht auf körperliche Unversehrtheit, ist geschlechtlich kodiert (ein Junge) und erhält, das erzählt Clara später, einen Namen. Erkennbar wird, dass Clara das Kind als Subjekt hervorbringt, sobald es in seiner Körperlichkeit vorgestellt oder wahrgenommen wird. Wie anhand der nächsten Sequenz deutlich wird, gelingt diese – der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch vermeintlich zuwiderlaufende – Anerkennung als kindliches Subjekt, weil es zum Zeitpunkt der Geburt ein *totes* Kind ist.

Da [gehen die, jb] wirklich sehr viel radikaler vor, weil man weiß ja (1) ist ja eigentlich egal, ne. //Ja// Das Kind wird sowieso sterben. Es geht darum, dass man es schnell antreibt. (K, Z. 153–155)

Clara spricht immer dann vom »Kind«, wenn es um dessen Sterben oder Tod geht, und konstruiert somit das Ungeborene dieser Schwangerschaft als ein sterbendes bzw. totes Kind. Dementsprechend hat dieses Kind für Clara nie gelebt: *vor* der Geburt war es noch kein Kind, da es noch nicht leibkörperlich in Erscheinung getreten ist, und *bei* der Geburt – im Moment, in dem es für Clara zum Kind wird – werde es »sowieso sterben« bzw. »war er ja tot«:

Ich meine, Du gebärst ja ein totes Kind. In dem Moment, wo er draußen war, war er ja tot. Da war ja keine Versorgung mehr. (K, Z. 314–315)

Anhand der beiden Materialstellen werden hier sowohl Claras prospektive Konstruktion des zukünftig sterbenden Kindes sichtbar als auch die spätere Erfahrung der stillen Geburt eines toten Kindes, die jene frühere Konstruktion quasi bestätigt und das eigene Handeln legitimiert. Genau wie sich Nicoles und Antonios Entscheidung, die lebenserhaltenden Maßnahmen abzustellen, durch den Eintritt von Fridas Tod als ›richtig‹ erweist, bestätigt hier die Geburt eines toten Kindes die pränatale Konstruktion eines nicht lebensfähigen Kindes.

Das medizinische Wissen, das Clara in der Darstellung der stillen Geburt heranzieht, dient dazu, ihre Erfahrungen zu rationalisieren und die erlebte stille Geburt von einer richtigen Geburt abzugrenzen. Hier wurden andere Entscheidungen getroffen, es galten andere Regeln; das Kind war tot. Begriffliche, emotionale und kategoriale Zwischenräume scheinen dabei außen vor gelassen und bestimmen auch rückblickend nicht ihre Erfahrung.

Vom emotionalen und schwer zu beschreibenden Moment nach der Geburt, in dem sie sich das Kind ansieht, erzählt sie so:

Der Kleine kam dann um ein Uhr nachts oder so, also 13 Stunden später. [lauter] **Was? Was?** Und äh ich wollte ihn eigentlich nicht sehen. Ich hatte Angst davor, wie er aussieht, ne. Dass mich das irgendwie schockt. Und [Partner] hat ihn aber bei der Entbindung sofort gesehen. //Ja// Und dann hat er mich nur angeguckt und meinte: (1) »Guck ihn Dir an. So ne. Und dann äh lag er echt so mini in so 'ner wie heißen die? In so 'ner Nierenschale, Du hast schon so den kleinen Puller gesehen und so, aber die Haut war halt ganz wie durchsichtig. //Durchlässig// Wie so ne/ wie so 'n kleines Vögelchen so ne. //Okay// Augen noch geschlossen. Das war natürlich/ Also ich kann jetzt so darüber reden, aber das war schon/ (.) ist schon eine krasse Sache, also (2) {atmet aus} jetzt wo man selber so 'n tolles, gesundes Kind hat, geht man damit, glaub ich, noch anders um so, weil wenn der Kinderwunsch erfüllt wurde. Ich glaube, wenn wenn er nicht erfüllt worden wäre, denkst Du da nochmal anders drüber nach ne. (K, Z. 175–186)

Clara betont in dieser Passage, nun (sachlich) von diesem Moment sprechen zu können, der sie im Erleben überwältigt und für den sie keine Worte hat; »aber das war schon« bleibt unbeendet. Diesbezüglich stellt Clara eine Theorie auf. Als Person mit erfülltem Kinderwunsch (»tolles, gesundes Kind«) lässt sich

das Erlebte als »krasse Sache« ablegen, wohingegen Personen mit noch immer unerfülltem Kinderwunsch anders über eine solche Erfahrung nachdenken. Sie führt nicht weiter aus, wie man in diesem Fall darüber nachdenken würde, aber es liegt der Schluss nahe, dass die Begegnung mit dem Sternkind dann eine größere biografische Bedeutung hätte. Deutlich wird hier noch einmal ihre Unterscheidung zwischen einem bei der Geburt lebenden Kind, mit dem sie eine elterliche Beziehung eingeht, und einem Stillgeborenen.

Die Ambivalenz des Falls offenbart sich in der Begegnung mit dem stillgeborenen Kind, das Clara, auch wenn sie sich gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft und somit gegen das Austragen *dieses* Kindes entscheidet, im Augenblick der Begegnung als eigenes Kind begreift:

I: Oder hattest Du Dir das dann selber so 'n bisschen offen ge/ gelassen, ob Du dann/ ob Du's Kind angucken möchtest oder nicht?

Clara: Ja, na ja, letztendlich ist da immer da Deine Er/ Entscheidung in dem Moment, aber eigentlich dachte ich, ich will's nicht sehen. Ich wa/ wa/ ja, ich hatte ne komische Vorstellung. Ich hab' mal im Internet gegoogelt, wie so was aussieht, //hm hm// aber letztendlich ist es dann ja doch Dein Kind. /I: Ja/ Und Du findest es trotzdem schön, //Ja// auch wenn es aussieht, wie so 'n kleines {atmet ein} Küken, was zu früh aus dem Nest // Ja// gefallen ist. Trotzdem guckst Du's an und es ist/ das vergisst man auch niemals, wie das aussieht. (4) (K, Z. 429–438)

Beim Anblick des stillgeborenen Kindes bzw. in diesem Zusammenhang nimmt Clara zum ersten Mal ein eigenes Kind wahr. Obwohl verallgemeinernd-distanziert (»Dein Kind«, »vergisst man«) offenbart sie dennoch das Vorhandensein einer Mutter-Kind-Beziehung, in der die Mutter ihr Kind »letztendlich dann ja doch« annimmt und »schön« findet, auch wenn es das objektiv betrachtet vielleicht nicht ist. Vergleichbar berichten einige Frauen in der Studie Boltanskis von einem solchen schockartigen Moment nach dem Schwangerschaftsabbruch, in dem sie den nun sichtbaren Fötus doch als Kind wahrnehmen (vgl. Boltanski 2007, S. 271 f.). Die Intensität der Begegnung lässt sich bei Clara nur erahnen: Für die entmenschlichende Bezeichnung als »Küken« muss sie Luft holen, sie betont, den Anblick werde man »niemals« vergessen und es folgt eine längere Pause.

Krankheitsspezifische Anerkennungsgrenze

Sichtbar wurden verschiedene Grenzen zur Anerkennung des Kindes, die in Wechselwirkung mit den objektiven Bedingungen ausgehandelt und gezogen werden. Clara zieht zunächst eine kategoriale Anerkennungsgrenze; die Anerkennung des Kindes wird an »perfekte« Lebensbedingungen zum Zeitpunkt seiner Geburt geknüpft. Diese pränatal vorgenommene Grenzziehung wird, wie gezeigt, durch die Geburtserfahrung und die Begegnung mit dem Stillgeborenen

emotional irritiert, aber nicht infrage gestellt. Rhea zieht eine temporale Anerkennungsgrenze, sie bringt kein Kind auf die Welt, weil ihr Ungeborenes die lebensfähige Reife nie erreicht hat.

Das Konzept der Anerkennungsgrenze geht auf Dominik Feith und Bernd Marquardt (2017) zurück, die nach der sozialen Konstruktion des ungeborenen Kindes »unter den Bedingungen einer Fehlbildungsdiagnose« (Feith & Marquardt 2017, S. 28) fragen. Der von den Autoren rekonstruierte Fall offenbart elterliche Deutungsherausforderungen, die ein diagnostisches Wissen über das Ungeborene auch dann birgt, wenn nicht zur Diskussion steht, ob es lebensfähig, sondern, ob es krank oder behindert sein wird. Zur Kontrastierung der elterlichen Deutungsbedarfe gehe ich kurz auf Feiths und Marquardts Analyse ein.

Die Autoren analysieren den Fall eines Elternpaares, bei dessen Ungeborenem eine Gastroschisis¹⁷⁴ festgestellt wird. Bei dieser Diagnose besteht bis zur Geburt eine fallspezifisch mehr oder weniger große Ungewissheit darüber, »ob es sich bei der erkannten Abweichung um eine isolierte Fehlbildung handelt oder ob diese selbst Teil eines umfassenderen Syndroms ist« (ebd., S. 29). Die werdenden Eltern müssen sich also mit zwei verschiedenen krankheitsbezogenen Verlaufsmöglichkeiten auseinandersetzen, die, vereinfacht gesagt, eine operable Erkrankung oder eine Behinderung bedeuten würden. Feith und Marquardt beschreiben die Binnendynamik der Paarbeziehung unter den Bedingungen der Verdachtsdiagnose und rekonstruieren unter den Partner*innen variierende Muster der Anerkennung des Kindes und des Umgangs mit der Verdachtsdiagnose. »Beschreibt Frau M. eine grundsätzliche Anerkennung ihres Kindes, die sie auf ihr ›Vertrautheitswissen‹ (Schütz[& Luckmann 2017, jb], S. 196) mit ›Behinderten‹ zurückführt, beschreibt sie eine krisenhafte Bestürzung ihres Mannes über die mögliche Diagnose einer Chromosomenanomalie« (Feith & Marquardt 2017, S. 32). Während sie dafür plädiert, die Differenzialdiagnose abzuwarten, versuche er, die Zumutung des Wartens »mit der Festlegung einer krankheitsspezifischen ›Anerkennungsgrenze‹ zu verarbeiten, die es ihm ermöglichen soll, anhand festgelegter Krankheitsbilder eine eindeutige Entscheidung für oder gegen das Kind herbeizuführen« (ebd., S. 32 f.). Während eine mögliche Behinderung die Anerkennung des Kindes durch die werdende Mutter nicht beeinträchtigt, macht der werdende Vater einen kategorialen Unterschied: Mit einer Behinderung könne er nicht leben (vgl. ebd., S. 32).¹⁷⁵ Ähnlich wie der werdende Vater dieses Falls versucht Clara eine krankheitsspezifische Anerkennungsgrenze

174 Auch Bauchspalte genannt; Fehlbildung der Bauchwand, durch die Baueingeweide außen liegen. Die Überlebenschancen des Kindes liegen bei einer isolierten Gastroschisis bei über 95 Prozent (vgl. Feith & Marquardt 2017, S. 30).

175 Diese Differenzialdiagnose im Hinblick auf die Konstruktion des Ungeborenen kann auch zwischen anderen Interaktionspartner*innen gemacht werden, etwa wenn Eltern eines behinderten Kindes gesagt wird, sie hätten medizinische Möglichkeiten der Diagnostik und des Abbruchs nutzen sollen.

festzulegen, die ermöglicht, eine Entscheidung im Hinblick auf die Schwangerschaft zu treffen. Pia hingegen vertritt – ähnlich wie Frau M. – ihrem Partner gegenüber eine vorbehaltlose Anerkennung ihres Ungeborenen und setzt die Schwangerschaft fort.

6.3.3 Unversehrtheit des Kindes als Entscheidungskriterium

Es wurden variierende Kind-Konzepte herausgearbeitet, die mitentscheidend dafür sind, ob die Schwangerschaft nach pränataler Diagnose abgebrochen oder fortgesetzt wird. Idealtypisch wurden vorbehaltlose Deutungen des Ungeborenen als eigenes, zu versorgendes Kind von Deutungen unterschieden, die die Anerkennung des eigenen Kindes an kategoriale oder temporale Bedingungen knüpfen. Während Pia ihr Ungeborenes unabhängig von der infausten Diagnose als ihr Kind betrachtet, für das sie zu sorgen hat, und sich u. a. deshalb für das Austragen entscheidet, wägt Clara vor dem Hintergrund der Diagnose eines Herzfehlers die zu erwartende Lebensqualität des Kindes ab – und entscheidet sich für einen Abbruch. Ein weiterer, medizinischer Unterschied zwischen den beiden Fällen ist, dass bei Pia relative Gewissheit darüber besteht, dass das Kind sterben wird, während die Diagnose, mit der Clara und ihr Partner konfrontiert sind, hingegen eine schwere Erkrankung und ein hohes Maß an Unsicherheit bedeutet und einen sofortigen operativen Eingriff am Körper des Neugeborenen erfordert.

Obwohl sich die Fälle Pias und Claras strukturell stark unterscheiden, offenbarte der Vergleich eine den Entscheidungen beider zugrundeliegende Werthaltung, Eingriffe am kindlichen Körper zu vermeiden. Pia möchte keinen Fetozid, entscheidet sich für die Fortsetzung der Schwangerschaft und plant eine palliative Geburt, was für sie heißt, dass man »einfach allem seinen natürlichen Lauf« lässt. Nach der Geburt sollen, wenn möglich, Schmerzmittel und Eingriffe vermieden werden. Sie betont das spontane Einsetzen der Geburtswehen und damit die Natürlichkeit des Geschehens. Für Clara ist die Aussicht, dass das Neugeborene direkt nach der Geburt am Herzen operiert würde, ein Grund für die Entscheidung zum Abbruch der Schwangerschaft. Zudem ist zu einem so frühen Schwangerschaftszeitpunkt noch kein Fetozid nötig: bei Einleitung der Geburt wird das Kind in jedem Fall sterben. Beide, Pia und Clara, versuchen also, invasive Eingriffe am kindlichen Körper zu verhindern und natürliche Prozesse des Gebärens und des Sterbens zu ermöglichen – in gewisser Weise lassen¹⁷⁶ beide ihre Kinder sterben.

Aufgrund der diagnostischen Lage kann Pia ihren Werten kindlicher Unversehrtheit und Natürlichkeit (›Lauf der Dinge‹) entsprechend handeln und

176 Im Sinne von Zulassen, nicht von Vernachlässigen.

ihre Entscheidung mit einer bedingungslosen Annahme des Kindes begründen, während Clara sich zur bestmöglichen Durchsetzung dieser Werte aktiv für den ›künstlichen‹ Abbruch der Schwangerschaft entscheidet. Für Pias Tochter besteht keine Überlebenschance, weshalb Pia sie ohne Zutun sterben lassen ›kann‹. Clara hingegen lässt einen Abbruch durchführen, den sie mithilfe medizinischer Kategorisierungen des Fötus als zukünftig nicht eigenständig lebensfähig legitimiert, auch um eine Operation am Neugeborenen zu vermeiden.¹⁷⁷

6.4 Zwischenfazit

Im Kapitel zur körpermateriellen Dimension wurde gezeigt, ab wann und wie im Kontext von Fehl- und Stillgeburt überhaupt von einem Kind gesprochen werden und ein entsprechender Verlust betrauert werden kann. In diesem Kapitel behandle ich mit dem medizinisch (un)bestimmten Leben eine qualitative Dimension, die dem (ungeborenen) Kind zugeschrieben oder abgesprochen wird. Geht es an den Grenzen der Körpermaterialität um die Anerkennungspolitische Frage, ob da überhaupt schon ein Kind war oder nicht, so geht es hier um die medizinisch gestützte Klärung der Frage, ob und unter welchen Bedingungen das Kind lebt(e). Mit der Frage nach dem medizinisch begründeten (Nicht-)Leben sind existenzielle Entscheidungen, gesellschaftliche Legitimierungen und rechtliche Konsequenzen verbunden. Verluste in den drei Schwangerschaftsphasen (Pränatale Diagnose, Verluste an der Lebensfähigkeitsgrenze, Perinataler Tod) weisen unterschiedliche Spezifika auf, z. B. in Bezug auf die Prozessualität der Verlusterfahrung und die Möglichkeit zur Einflussnahme. Deshalb und aufgrund der komplexen Einzelfallbedingungen müssten zusätzliche Vergleichsfälle herangezogen werden, um die in diesem Kapitel formulierten Thesen, insbesondere zu den Grundlagen einer Entscheidung für oder gegen einen Abbruch, zu fundieren.¹⁷⁸

Gleichwohl lassen sich Ergebnisse in drei Richtungen festhalten. Erstens sind Fehl- und Stillgeburtserfahrungen im akuten Erleben von Ungewissheit und Unsicherheit geprägt, obwohl (oder weil) sie unter medikalisierten Bedingungen gemacht werden. Diese Erfahrungsdimension besteht unabhängig vom konkreten Verlustobjekt, also unabhängig davon, ob die Betroffenen einen (Sternen-)Kindsverlust erfahren haben oder nicht. Im Hinblick auf die Frage nach der legitimen

177 Auch wenn beide versuchen, Eingriffe am kindlichen Körper und in den ›Lauf der Natur‹ zu vermeiden, entspricht nur Pias Vorgehen der Norm bedingungsloser Mutterliebe. Claras Konzept von Mutterschaft basiert auch auf der zu erwartenden Sorgearbeit, während Pias Konzept von Mutterschaft die Verantwortung biologisch-leiblich begründet.

178 Anliegen war ja auch nicht, alle Varianten von Verläufen und Umgangsweisen aufzuzeigen, sondern allgemeine Konstitutionsbedingungen für einen Kindsverlust herauszuarbeiten.

Konstitution eines Kindsverlusts innerhalb der vielfältigen Verlusterfahrungen ließ sich zweitens zeigen, dass in einer diagnostisch vergleichbaren Situation sowohl die Rede vom Verlust eines Kindes als auch die Abgrenzung von einer solchen Deutung mithilfe medizinischer Kategorien vorgenommen wird. Drittens lassen sich die Grenzen des kulturellen Spielraumes festhalten, innerhalb derer es im Kontext von Schwangerschaftsverlust legitim ist, das Nicht-Leben des (ungeborenen) Kindes anhand von medizinischen Kategorien und Möglichkeiten zu bestimmen und zu behandeln.

Medizinisches Wissen und lebensweltliche Deutungslücken

Die lebensweltliche Relevanz medizinisch-ärztlicher Expertise scheint besonders bei spontanen Verlusten an der Grenze zur Lebensfähigkeit gegeben. Diese Geburten finden unter Notfallbedingungen in der Klinik statt und es greift das medizinische Versorgungssystem, um ggf. das Leben des ungeborenen Kindes zu retten. Verlässliche Informationen über den Zustand des Ungeborenen können nur Expert*innen mithilfe von Untersuchungen liefern, und Neugeborene, sofern sie leben, werden sofort intensivmedizinisch betreut. Diese Verluste werden dadurch unter starker Medikalisierung erfahren, angesichts derer es geradezu paradox scheint, dass keine verbindlichen Deutungen und Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen. Ärzt*innen und medizinisches Personal sind stark präsent, stellen exklusives Expert*innenwissen bereit, informieren und beraten, aber mit der existenziellen Lage und etwaigen Entscheidungen müssen natürlich die Betroffenen umgehen.

Die Konfrontation mit Zwischenformen des Lebens, die nicht in medizinischen Kategorien aufgehen, sowie mit Grenzen und Widersprüchen medizinischen Wissens führen insbesondere bei denjenigen zu lebensweltlichen Deutungslücken, die ihren Körper vorwiegend heteronom oder normorientiert deuten, sich also stark an ärztlicher Expertise und Erfahrung orientieren. Für diejenigen, die ihr körperbezogenes Handeln eher an Selbstdeutungen ausrichten und nur *selektiv* Bezug auf ärztlich-medizinisches Wissen nehmen, entstehen durch Grenzen des ärztlichen Wissens auch weniger *Deutungslücken*.¹⁷⁹

Dass es einen hohen Bedarf gibt, begriffliche, emotionale und soziale Leerstellen in den akuten Verlustsituationen und darüber hinaus zu füllen, zeigte bereits die Analyse von Selbsthilfe- und Elterninitiativen sowie von Diskursen in Internetforen und Vlogs (vgl. 3.7). Dort wird um intersubjektiv anschlussfähige Deutungen gerungen und es werden Begriffe wie ›Sternenkinder‹, ›Schmetterlingskinder‹, ›Regenbogenkinder‹ oder ›kleine Geburt‹ geprägt. Dieses Kapitel

179 Beim heteronomen Typ (wie z.B. bei Sara und den Autorinnen des ›Leitfadens‹ der Klinikaktion) bestehen keine Deutungslücken, da die subjektive Deutung Faktizität besitzt, auch wenn sie nicht handlungsleitend ist.

begann mit der Darstellung eines solchen Versuches, die Formen des Dazwischen in etablierte Kategorien zu überführen. Der Klinik-Leitfaden für Betroffene versucht, alle Verlustformen als kleine Geburten und Kindsverluste zu vereindeutigen, und nivelliert hierbei die damit verbundenen Uneindeutigkeiten, Zwischenformen und Ungewissheiten und übergeht die Varianz und Ambivalenz der Konstruktionsleistungen von Betroffenen. Aber gerade diese, das zeigt dieses Kapitel, sind konstitutive Merkmale von Fehl- und Stillgeburtserfahrungen, unabhängig davon, ob sie als (Sternen-)Kindsverlust erfahren werden oder nicht.

Plurale und sich wandelnde Kindsdeutungen

In der Darstellung wurden zweitens verschiedene Deutungen des Ungeborenen sichtbar, die in Auseinandersetzung mit den medizinischen Diagnosen vorgenommen werden. Es wurden postnatale, perinatale und pränatale Konstruktionen des Ungeborenen als Kind rekonstruiert, wobei sich Varianzen nicht nur im Vergleich verschiedener, diagnostisch ähnlicher Fälle, sondern auch innerhalb eines Falles zeigten. So kann zum Zeitpunkt des Verlusts die Vorstellung vom Ungeborenen – sofern nicht von Schwangerschaftsbeginn an eine Kindesvorstellung bestand – von der sich kurzfristig bildenden Kindesvorstellung abweichen, und diese wiederum von der Wahrnehmung des geborenen Kindes und der Begegnung mit ihm neu geprägt werden. Die Deutung des Stillgeborenen hängt also nicht allein von der zum Zeitpunkt des Verlusts aktuellen Konzeption des Ungeborenen ab. Vielmehr konstituiert die eigentliche leibkörperliche Verlust- bzw. Geburtserfahrung, manchmal binnen kurzer Zeit wie bei Rhea, einen Kindsverlust, an dessen Herstellung auch Dritte (etwa Hebammen) beteiligt sind. So erlebt auch Clara in der postnatalen Begegnung mit dem Stillgeborenen den Verlust ihres Kindes, obwohl sie sich pränatal gegen eine Zukunft mit diesem Kind entschieden hat. Dies erlebt sie als eine Ambivalenz und stellt auch aus gesellschaftlicher Perspektive einen Widerspruch dar – weil die Anerkennung des Stillgeborenen als Person vermeintlich mit der Nicht-Anerkennung des Ungeborenen als Person kollidiert.¹⁸⁰

Eine pränatal gestellte Diagnose erlegt werdenden Eltern einen Zwang zur Deutung des Ungeborenen und zur Konstruktion von (Nicht-)Leben auf. Während etwa für Sara eine Empfängnis die Annahme eines Kindes bedeutet oder Pia mit der Akzeptanz der Schwangerschaft entscheidet, Mutter zu werden, liegt bei Clara

180 Wie schnell und wie weit Betroffene in der Beziehung mit dem geborenen Kind die eigenen Anerkennungsgrenzen verschieben, offenbart auch der Artikel einer Mutter, deren Kind nach einer Woche verstarb: »Wir haben während der Schwangerschaft über Behinderung gesprochen. Spätestens als auch bei uns die Frage anstand: Pränataldiagnostik oder nicht? Die Definition für ein »lebenswertes« Leben fiel uns fast leicht: Lachen, Freunde, Freude. In der Woche während unser Kind auf der Intensivstation liegt, verschieben wir die Grenze immer weiter – bis zum Luftholen, zum eigenständigen Atmen. Schafft er das, dann kann er den Rest uns überlassen« (Demirci 2019, o.S.).

die spezifische Grenze zur Anerkennung eines Kindes bei dessen körperlicher Gesundheit und Unversehrtheit zum Zeitpunkt der Geburt. Bis dahin – bis zur Entbindung – gibt es noch kein Kind, für das sie eine elterliche Stellung einnimmt. Dafür vereindeutigt sie das Wissen über die Nicht-Lebensfähigkeit und betont die Ungewissheit mit einem kranken Kind. Diese Logik ermöglicht es Clara einerseits, in der akuten Situation eine Entscheidung zu treffen, andererseits, ihr Erleben zu rationalisieren. Sie steht dabei im Kontrast zu einem sternenerlicheren Diskurs, in dem jeder Tag der Schwangerschaft als Erfolg und zusätzliche Zeit mit dem eigenen (ungeborenen) Kind betrachtet wird.

Theoretisch wäre denkbar, dass jemand den Fötus vorbehaltlos als Person und eigenes Kind anerkennt und sich dennoch für den Abbruch der Schwangerschaft entscheidet. Diese Variante ist innerhalb unserer Gesellschaft allerdings illegitim. Der Fall Claras geht in diese Richtung, jedoch ergibt sich aus der Kombination von Abbruchsentscheidung und Anerkennung die Ambivalenz des Falles. In unserer Gesellschaft ist die Anerkennung von Persönlichkeit an das Lebensrecht geknüpft, sodass die Anerkennung des Ungeborenen als eigenes Kind moralisch impliziert, sich für die Fortsetzung der Schwangerschaft zu entscheiden.¹⁸¹ Entscheidungen für einen Abbruch liegen demgegenüber Deutungen des Ungeborenen zugrunde, die an Bedingungen für dessen zukünftige Existenz geknüpft sind,¹⁸² auch wenn jene Entscheidungen mitunter erst unter gewaltigen Rechtfertigungsanstrengungen zustande kommen.

Grenzen des Deutungsspielraumes für kindliches (Nicht-)Leben

Schließlich bestehen Grenzen des legitimen Deutungs- und Handlungsspielraumes um kindliches Nicht-Leben im Schwangerschaftskontext.

Erstens besteht angesichts einer pränatalen Diagnose nicht die Möglichkeit, die *Verantwortung für die Entscheidung über das Ungeborene abzulehnen* oder den medizinischen Expert*innen zu überlassen. Alexander Bogner (2013) beschreibt diesbezüglich, wie im Bereich der Beratung zur vorgeburtlichen Diagnostik Risiken individualisiert werden. Auf Basis von Expert*inneninterviews mit Humangenetiker*innen entwickelt Bogner verschiedene Beratungstypen, mit deren Hilfe funktionale Äquivalente für fehlende Gewissheiten konstruiert werden, denen gemein ist, dass sie nicht auf Expert*innenwissen beruhen.

181 Gegen diese Ansicht, dass ein Konzept der fötalen Person die Fortsetzung der Schwangerschaft zwingend erforderlich macht, argumentiert Judith J. Thomson (1992) in ihrem berühmten moralphilosophischen Aufsatz »Eine Verteidigung der Abtreibung«.

182 So begründet eine Frau ihren Spätabbruch in der 33. SSW in Bigalke (2015, o. S.) so: »Bei mir war eine wichtige Frage: wird mein Kind glücklich sein und das Leben genießen? Und das war klar, dass das nicht der Fall [ist, jb] – in meinen Vorstellungen was Glück ist – also vielleicht wäre es glücklich, weil die Sonne auf das Gesicht geschienen hätte, aber das war nicht mal sicher«.

»Dort, wo Situationen nicht mehr hinreichend auf der Grundlage objektivierbaren Wissens bestimmt werden können, werden *Wissens*-Entscheidungen – zumindest dem Anspruch nach – zu wissensbasierten, aber individuellen *Wert*-Entscheidungen« konstatieren Peter und Feith (2020, S. 7) unter Rückgriff auf Bogner (2005). Bei pränataler Diagnose werden Betroffene als Eltern angesprochen, müssen in dieser Rolle das Ungeborene deuten und eine Haltung zu ihm einnehmen – sie können sich dazu nicht *nicht* verhalten. In dieser Situation zeigt sich verdichtet die Anforderung an das spätmoderne Subjekt, selbst ›Leben‹ deuten zu müssen und für die mit dieser Deutung verbundenen Entscheidungen Verantwortung zu übernehmen. Im Falle einer pränatalen Diagnose obliegt die Verantwortung zur Deutung des Ungeborenen den Betroffenen, die mit den Konsequenzen ihrer Deutung, etwa mit Gefühlen der Schuld und des Versäumnisses, leben müssen. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, welche Handlungssicherheit religiöse und religiös-alternative Deutungen bieten, die das Ungeborene von Beginn der Schwangerschaft an als kindliche Person begreifen und Abtreibung kategorisch ablehnen.

Zweitens besteht ein Grenzbereich im Hinblick auf die zu erwartenden Beeinträchtigungen des Kindes. Pränatal diagnostizierte *Erkrankungen oder Fehlbildungen*, die eine zukünftige Einschränkung kindlicher Lebensqualität bedeuten, lassen sich nicht rechtswirksam als Grund für einen *Spätabbruch* heranziehen. Nach Paragraph 218, Satz 2 StGB ist ein Spätabbruch der Schwangerschaft nur zulässig, wenn eine schwerwiegende Gesundheitsgefahr für die Schwangere besteht, d. h. eine lebensbedrohliche Erkrankung des ungeborenen Kindes allein ist kein legitimer Grund. Für eine solche Entscheidung muss also ein anderer medizinischer Code greifen, nämlich eine – zukünftig zu erwartende – psychopathologische Erkrankung der Mutter. Rechtlich also gilt der Schutz des ungeborenen Lebens, der – ungeachtet der Diagnose des ungeborenen Kindes und seiner zu erwartenden Lebensqualität – einen Abbruch unter Strafe stellt.

Drittens kann *nach der 12. SSW* nicht von Ärzt*innen verlangt werden, *die Leibesfrucht operativ zu entfernen*, d. h. abzusaugen oder einen Kaiserschnitt durchzuführen. Jeder Fötus nach der 12. SSW muss auf natürlichem Wege zur Welt gebracht werden, auch bei Fetoziden. Ein Grund für diese Praxis sind einerseits mögliche Risiken für die Schwangere, vor allem sofern weiterhin ein Kinderwunsch besteht. Zum anderen konstituieren und behandeln Ärzt*innen das Ungeborene stärker als Kind/Mensch, sobald es in seiner leibkörperlichen Gestalt sicht- und wahrnehmbar wird. So berichtete mir eine befreundete Medizinstudentin in ihrem praktischen Jahr in der Gynäkologie, neben den Risiken sei es »für die behandelnden Ärzte megakrass da halt so ganze *Stücke Kind* rauszusaugen und rauszuschaben«, weshalb bei einer SSL ab acht Zentimetern keine Ausschabung mehr durchgeführt werde. Es besteht also die medizinische Möglichkeit eines Spätabbruchs, unter bestimmten Bedingungen sogar bis zum Beginn der Geburt, es gibt aber jenseits der Geburt

keine gesellschaftlich legitime Variante, das Ungeborene aus der Gebärmutter zu ›entfernen‹.

Viertens beginnt mit den Eröffnungswehen das uneingeschränkte Recht auf Leben, weshalb es in Deutschland nicht erlaubt ist, ein erkranktes *Neugeborenes* ohne weitere Versorgung *sterben zu lassen*. Immer wird mindestens eine palliative Versorgung gewährleistet, die, sofern auch ein kurativer Ansatz möglich ist, hoch umstritten ist. Büsing und Schaeffer (2016) haben diese Grenze eines legitimen Umgangs mit eingeschränkt lebensfähigen Neugeborenen eindrücklich anhand des beschriebenen Falls aufgezeigt, in dem entgegen des elterlichen Wunsches und vorheriger Absprachen ein Frühgeborenes nach einem missglückten Fetozid intensivmedizinisch versorgt wurde (vgl. 6.2.3). Mit der unerwarteten Lebendgeburt übernahmen die Ärzt*innen die Verantwortung für den Lebenserhalt des Kindes, das sie ab diesem Zeitpunkt als menschliche Person behandelten und rechtmäßig versorgten.

Kapitel 7

Konstitution III – Anerkennung von Personalität

Nach Körpermaterialität und Nicht-Leben werden als dritte Dimension der Konstitution eines (Sternen-)Kindsverlusts im Folgenden soziale Praktiken und Prozesse dargestellt, die Fehl- und Stillgeborene personalisieren. Ein Konzept der Personalität lag der bisherigen Darstellung bereits implizit zugrunde, wenn nämlich (sprachliche) Handlungen rekonstruiert wurden, bei denen das Ungeborene als menschliches Individuum oder kommunikatives Gegenüber behandelt wird. Soziologische »Konzeptionen von ›Personalität‹ richten sich darauf, wer als soziale Person anzusehen ist und durch welche Fähigkeiten bzw. Eigenschaften sich diese Personen auszeichnen. Solche Charakteristika werden üblicherweise in Begriffen wie Akteur, soziale Person, Subjekt, Individuum, sozialer Organismus usw., erörtert« (Lüdtke 2011, S. 12). Unter Personalität verstehe ich die einem Individuum zugeschriebene Eigenschaft, ein Mensch zu sein, dem (deshalb) Rechte und Würde zukommen. Subjektivierungen, also Zuschreibungen von Bewusstsein und Handlungsintentionalität, werden dabei ebenfalls als Hinweise auf die Zuschreibung von Personalität verstanden, da Subjektivität ein personales Selbst voraussetzt. Im Folgenden werden Zuschreibungen von menschlicher Einzigartigkeit und Subjektivität an das Fehl- oder Stillgeborene untersucht, um die Formierung einer verlorenen Person zu verstehen. Beobachtet wird damit personalisierende Kommunikation.¹⁸³

Entlang der Chronologie eines Schwangerschaftsverlaufs verhandeln Hirschauer et al. (2014, S. 168) unter der Überschrift »Die Formierung der Person« geschlechtliche und sprachliche Fixierungen, die das Ungeborene als besondere Person entstehen lassen. »Die soziale Identität eines werdenden Kindes wird dabei primär über drei Klärungsoperationen bestimmt, nämlich die soziale Zuordnung zu Eltern (›Wessen Kind ist es?‹), die zu zwei Geschlechtsklassen (›Was ist es?‹) und die Namensgebung (›Wie heißt es?‹)« (ebd.). Mit der Analyse des Gendering und der pränatalen Namensgebung schließen die Autor*innen ihre Theorie der pränatalen Sozialität.¹⁸⁴ Sie behandeln so die

183 Ich spreche immer von Personen im Sinne von sozialen Personen. Zur theoretischen Diskussion dazu, was eine Person ist bzw. wie sie soziologisch gefasst werden kann, siehe Lüdtke und Matsuzaki (2011).

184 Der Analyse solcher Fixierungen gehen in der Studie zwei Kapitel voraus, in denen die Autor*innen zeigen, »wie Ungeborene zum einen im Ultraschall als Körper(wesen) sichtbar gemacht und in sprachlicher Interaktion als Figuren hervorgerufen werden; zum

soziale pränatale Personwerdung parallel zur biologischen Schwangerschaft, und setzen implizit voraus, dass jene bei der Geburt zur Vollendung gelangt. Das Ungeborene ist auf verschiedenen Ebenen eine Person im Werden (als Körper, als kommunikatives Gegenüber, als soziale Identität) – und irgendwann *ist* es Person. Demgegenüber schlage ich hier vor, die beiden Prozesse – der physiologischen Entwicklung und Entbindung auf der einen Seite und der sozialen Personwerdung auf der anderen Seite – analytisch zu entkoppeln. Während der bis zur Geburt liminale Status der inwändigen Person bei Hirschauer et al. unproblematisch ist, wird er im Falle einer Fehl- oder Totgeburt zum Handlungsproblem. Wie wird in diesen Fällen, d. h. beim vorzeitigen Ende der Schwangerschaft und vor der vollgültigen sozialen Personwerdung ein Personenstatus für die Fehl- und Stillgeborenen hergestellt? Im Folgenden werden typische, legitime Formierungen der verlorenen Person rekonstruiert, die pränatal, perinatal und postnatal vorgenommen werden können – auch dann, wenn für die Betroffenen der Status des Ungeborenen zum Zeitpunkt des Verlusts unklar ist. Der im Mutterleib noch liminale Status des Ungeborenen als Person kann also, so das Argument, unter und nach der stillen Geburt (mitunter Jahre später) vereindeutigt werden – von den Betroffenen selbst oder durch Dritte wie Hebammen oder Bestatter*innen. Um darzustellen, wie bei Schwangerschaftsverlusten Personen formiert werden, rekonstruiere ich »konkrete Anerkennungsakte« (Graumann 2011) zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach der Geburt, die dem Ungeborenen bzw. Stillgeborenen, teilweise im Nachhinein, Personenstatus zuschreiben.

Anerkennung und der Status als soziale Person

Im Kontext ihrer Überlegungen zum Zusammenhang von Anerkennung und Sorgebeziehungen entwickelt Sigrid Graumann (2011) ein Konzept von Anerkennung der menschlichen Person, das nicht auf deren Fähigkeiten beruht. Sorgebeziehungen seien asymmetrische Beziehungen, in denen eine*r der beiden Interaktionspartner*innen nicht oder nur eingeschränkt handlungsfähig ist und in denen deshalb die Angewiesenheit auf Hilfe, Unterstützung und Sorge, aber auch Macht, ungleich verteilt seien (vgl. Graumann 2011, S. 385; S. 387). Die Gestaltung von Sorgebeziehungen, d. h. die »Sorge für Kinder, kranke, gebrechliche und behinderte Menschen ist gesellschaftlich durch generalisierte und institutionalisierte Anerkennungserwartungen geregelt« (ebd., S. 385). Unterliegen diese Anerkennungserwartungen einem gesellschaftlichen Wandel,

anderen wie sie durch die Deutung von innerkörperlichen Kindsregungen zunehmend als reaktionsfähige Wesen und kommunikative Adressen hergestellt werden. Wenn sich auf diese Weise die Konturen einer werdenden Person abzeichnen, so ist diese aber noch weitgehend ein Wesen ohne Eigenschaften« (Hirschauer et al. 2014, S. 168).

könne das Konsequenzen für die Sicherstellung von Sorge sowie für die »Existenz von Menschen als soziale Personen« (ebd.) haben. Ich folge hier Graumanns heuristischer Definition einer sozialen Person:

»Von einer sozialen Person spreche ich dann, wenn ein Individuum als Person mit gleicher Würde und gleichen Rechten faktisch gesellschaftlich anerkannt wird. Die Existenz eines Menschen als soziale Person würde etwa dann infrage stehen, wenn seine Anerkennung an personale Fähigkeiten geknüpft werden könnte. So kann es in den Grenzbereichen am Anfang und am Ende des Lebens infrage stehen, ab wann bzw. bis wann wir es mit sozialen Personen zu tun haben. Denkbar ist auch, dass Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten z. B. auf Grund einer geistigen Behinderung die Anerkennung als soziale Person verweigert wird.« (ebd., S. 386)

Mit der Aufgabe vor Augen, Sorgebeziehungen und deren gesellschaftlichen Wandel empirisch zu untersuchen, formuliert Graumann auf Basis dieser Definition einen doppelten Untersuchungsfokus:

»Erstens sollte untersucht werden, ob und unter welchen Bedingungen ein menschliches Wesen überhaupt als soziale Person anerkannt wird, und falls dies der Fall ist, sollte zweitens untersucht werden, welche generalisierten Anerkennungserwartungen dies im einzelnen nach sich zieht. Um diese beiden Aspekte von Anerkennung zu unterscheiden, spreche ich im ersten Fall von *fundierender Anerkennung* und im zweiten Fall von *qualifizierender Anerkennung*. Mit fundierender Anerkennung ist gemeint, dass ein menschliches Wesen überhaupt als soziale Person gilt, mit qualifizierender Anerkennung sind die konkreten Anerkennungsakte gemeint, die ihr auf Grund ihres Status als soziale Person geschuldet werden. Sowohl fundierende als auch qualifizierende Anerkennung ist nicht freigestellt, sondern mit generalisierten Verhaltenserwartungen verbunden. Diese generalisierten Verhaltenserwartungen sind entscheidend dafür, wie in einer Gesellschaft die Sorge für Kinder, kranke, gebrechliche und behinderte Menschen geregelt ist.« (ebd., S. 387, Herv. i. O.)

Die Unterscheidung von fundierender und qualifizierender Anerkennung wird für die folgende Analyse genutzt. Graumanns Annahme ist, dass einer sozialen Person die konkreten Anerkennungsakte »auf Grund ihres Status als soziale Person« zuteilwerden, dass also fundierende Anerkennung eine Voraussetzung für qualifizierende Anerkennung ist. Im Folgenden zeige ich, wie bei Fehl- und Stillgeborenen Akte qualifizierender Anerkennung vollzogen werden, auch wenn oder gerade weil ihr Status als soziale Person, ihre fundierende Anerkennung, gesellschaftlich umstritten ist. Die konkreten Anerkennungsakte von Betroffenen und/oder Dritten basieren dabei auf verschiedenen Fundierungen, etwa einer *religiös motivierten* Anerkennung des Ungeborenen als Mensch oder einer

Anerkennung, die *bedingt* ist durch die *leiblich-faktische* Begegnung mit dem Stillgeborenen. Der Zusammenhang zwischen den qualifizierenden Anerkennungsakten nach Fehl- und Stillgeburt und deren jeweiliger Fundierung stellt ein Forschungsdesiderat dar und kann hier nicht erläutert werden. In der folgenden Darstellung werden die konkreten Anerkennungsakte rekonstruiert und in einen größeren Kontext von (nicht) generalisierten und institutionalisierten Anerkennungserwartungen gestellt. Herausgearbeitet wird so, welche Formen der Anerkennung von Fehl- und Stillgeburt als Kindsverlust derzeit institutionalisiert sind und welche Aushandlungsbedarfe und Deutungskonflikte (nach wie vor) bestehen.

Die Darstellung ist dabei chronologisch nach den Zeitpunkten gegliedert, zu denen die Anerkennungsakte am Kind vollzogen werden können: zunächst Akte der pränatalen Personalisierung (7.1), dann Anerkennungspraktiken kurz nach der Geburt (7.3) und vor der Bestattung (7.4), abschließend Bestattungspraxis (7.5) und rechtliche Beurkundung (7.6). Die Anerkennungsakte verlieren dabei an Intimität, während der Grad ihrer Institutionalisierung zunimmt. Während ein Pränatalname z. B. nur der Schwangeren bekannt gewesen sein mag, vollzieht der Staat mit der standesamtlichen Bescheinigung einer Fehlgeburt einen offiziellen Anerkennungsakt. Der zentrale Anerkennungsakt der Namensgabe (7.2) liegt dazu quer, da er zu allen Zeitpunkten vor und nach der Schwangerschaft erfolgen kann. Einführend wird ein Fall rekonstruiert, der typische, legitime Formen der Personalisierung bei Schwangerschaftsverlust zusammenbringt, wie Namensgebung und Geschlechtszuweisung, Biografisierung und Subjektivierung, aber auch die Bedeutung Dritter (der »zweiten Reihe«, vgl. 7.4).¹⁸⁵

7.1 Inwändiger Lebensverlauf und Subjektivierung des Kindes

Pränatale Prozesse können nachträglich zur Biografisierung des stillgeborenen Kindes herangezogen werden.

Im folgenden Fall, der aus einem Trauerforum stammt, werden pränatale Ereignisse nachträglich so in eine Chronologie gebracht, dass das im Mutterleib verstorbene Ungeborene eine Biografie erhält. Der Fall führt erstens zentrale Anerkennungsakte ein, wie Namensgebung, geschlechtliche Fixierung und Subjektivierung. Zweitens wird sichtbar, wie der Prozess im Nachhinein als Kindesbiografie erzählt und damit das Leben des Kindes normalisiert wird. Der Post von Sylka veranschaulicht zunächst die Gleichzeitigkeit der Prozesse des Gebärens und Sterbens:

185 Frühere Versionen von Passagen dieses Kapitels, insbesondere der Fallinterpretationen, sind veröffentlicht in Böcker (2015, 2016, 2017, 2021, 2022) und in Jakobý et al. (2020).

»Ich war in der 23 ssw als das kleine Herz meiner kleinen Tochter Jolie aufhörte zu schlagen. Das war am [Datum]. Zu dem Zeitpunkt begriff ich es noch nicht wirklich, dass meine kleine Tochter nun nicht mehr lebte.

Am [Datum, zwei Tage später] um 18:20 hatte ich meine Stille Geburt, nachdem ich bereits 1,5 Tage Tabletten zur Einleitung der Geburt bekommen hatte.

Es war ein Moment der gemischten Gefühle. Ein schöner Moment, denn ich hatte alle Menschen um mich die ich liebe und ich bekam meine kleine Prinzessin. Aber zugleich, besonders traurig, denn es war das erste und letzte mal dass meine ich meine süße kleine Maus sehen und in den Arm nehmen durfte.

Mein Sternkind bekam den wundervollen Namen Jolie. Sie war bild hübsch. Sehr klein und so zierlich.«

Der Moment, in dem das »kleine Herz meiner kleinen Tochter Jolie aufhörte zu schlagen«, wird datiert, wodurch Jolie ein Sterbedatum erhält. Traditionelle Bilder von Geburt und Tod strukturieren Sylkas Erzählung: Der Herzstillstand der ungeborenen Tochter markiert deren Lebensende, das zunächst »noch nicht wirklich« begriffen wird. Fassungslosigkeit und fehlende Realisierung werden hier dem Tod als unbegreiflicher Tatsache zugeschrieben, nicht der Inwändigkeit der Ereignisse, die es unmöglich macht, den Moment des Herzstillstandes wahrzunehmen. Die Formulierung »ich hatte alle Menschen um mich, die ich liebe« verweist auf eine Vorstellung vom ›guten Sterben‹. Stellvertretend für die Tochter befindet sich die Gebärende im Kreise ihrer Lieben, vergleichbar einer Sterbenden, inmitten nächster Angehöriger.

Die »Stille Geburt« wird als »Moment der gemischten Gefühle« beschrieben. Ihre Tochter zu bekommen, beschreibt Sylka als schöne Seite des Moments – dies macht sie auch zur Mutter – während Trauer in der Abschiednahme liegt. Die Chronologie suggeriert einen Lebensverlauf der totgeborenen Tochter, die im Leben begrüßt und verabschiedet wird (»das erste und letzte mal«, nicht: das *einzig* Mal), die Sterbe- und Geburtsdaten, ein Geschlecht und Charaktereigenschaften (»süß«, »klein«), kurz: eine Identität und eine Biografie besitzt. Biografie bezeichnet hier keine reflexive Selbstthematisierung, sondern gemeint ist, dass die Stillgeborene zum Gegenstand biografischer Thematisierungen und biografischer Fremdbeschreibungen wird (vgl. Rosenthal 2014, S. 509).

Sylka spricht von ihrer »Tochter«, gibt ihr einen Namen sowie geschlechtlich konnotierte Kosenamen (u. a. »meine kleine Prinzessin«, »meine süße kleine Maus«). Über diese namentliche und geschlechtliche Personalisierung hinaus wird hier eine Beziehung zum Ungeborenen als handlungsfähiges Subjekt beschrieben. Sylka berichtet von einem Myom in ihrer Gebärmutter, das von der

Frauenärztin entdeckt wird, als sie die Schwangerschaft bestätigen lassen möchte. Das Myom wird als Verursacher des Verlusts präsentiert:

»Leider wuchs das Myom. Zu letzt war er bei fast 8 cm. Das Myom hatte Jolie den Platz und die Nährstoffe genommen, die sie zum Wachsen und gedeihen nahm.

Und erst in ein paar Wochen, kann ich endlich einen Termin zu einer Operation machen, da ich noch Wochenblutungen habe.

Meine kleine Sternenprinzessin, war für mich das schönste Wunder, dass ich mir wünschen konnte und wurde mir so früh genommen. Es ist eine schwere Zeit, aber irgendwie werde ich es schaffen vor allem Jolie zu Liebe, da sie gekommen war um mir mitteilen zu können, dass mit meinem Körper etwas nicht in Ordnung ist.«

Im Zitat lässt sich die diskursive und performative Konstruktion eines Subjektes beobachten, das »gekommen war«, um ihre Mutter Sylka auf das Myom aufmerksam zu machen. Die Erzählung erinnert an eine Engelsgeschichte, in der das Sternenkind zum Wunder und zur lebensrettenden Botschafterin wird (»dass mit meinem Körper etwas nicht in Ordnung ist«). Hier findet sich verdichtet ein gängiges Motiv in esoterischen Diskursen von Sterneltern, wonach Sternenkinder und Schmetterlingskinder Engel oder Wiedergänger*innen sind, die übersinnliche Fähigkeiten besitzen oder nach ihrem Tod mit den Lebenden kommunizieren. Die sinnstiftende Zuschreibung ›magisches Subjekt‹ im Sinne einer privatisierten Religion (vgl. Luckmann 1991) ist eine weitere Facette von Personalität, die ich hier nur erwähne. Sylka erhebt Jolie zum Übermenschlichen und setzt der intersubjektiv-rationalen Perspektive, es handele sich noch nicht um einen Menschen, eine positive Deutung entgegen.

Subjektivierung, so definiert sie etwa Reckwitz, »meint den permanenten Prozess, in dem Gesellschaften und Kulturen die Individuen in Subjekte umformen, sie damit zu gesellschaftlich zurechenbaren, auf ihre Weise kompetenten, mit bestimmten Wünschen und Wissensformen ausgestatteten Wesen ›machen‹: das *doing subjects*« (Reckwitz 2017, S. 125, Herv. i. O.). In diesem Sinne ist nicht entscheidend, ob Subjekte kompetent und mit Wünschen und Wissen ausgestattete Wesen *sind*, sondern dass sie zu solchen gemacht werden. Auf diese Weise wird hier das Ungeborene zum handlungsfähigen und für die Gesundheit der Mutter sorgenden Subjekt, dem Sylka als liebende und dankbare Mutter das Durchhalten schuldig ist (»werde ich es schaffen vor allem Jolie zu Liebe, da sie gekommen war ...«). Auch in dieser Rollenumkehr – das Kind sorgt für die kranke Mutter – konstituiert sich eine reziproke Eltern-Kind-Beziehung. Zugleich wird die Temporalität und Sequenzialität des Schwangerschaftsverlusts in einen (gerafften) Lebensverlauf übersetzt. Die Biografisierung des stillgeborenen Kindes ermöglicht einen prozessualen Existenzbeweis im Sinne eines ›Es hat gelebt‹.

7.2 Name und Geschlecht

Namensgebung und geschlechtsspezifische Anerkennungsakte markieren die personale Identität und kollektive Zugehörigkeiten des ungeborenen bzw. stillgeborenen Kindes.

Protoname »Klecks« oder Taufname »Penelope Wolke« – Individualisierung

Es wurde bereits gesagt, dass Namensgebung und geschlechtliche Fixierung relevante Akte qualifizierender Anerkennung sind, die das Ungeborene zur sozialen Person machen. Einige werdende Eltern hatten ihrem Ungeborenen bereits einen Namen gegeben, bevor das vorzeitige Ende der Schwangerschaft absehbar war und blieben bei diesem Namen für das Stillgeborene (pränatale Namensgebung). Bei der pränatalen Namensgebung können Kindernamen von »Protonamen« (Hoffmann 2018), wie etwa »Klecks«, unterschieden werden. Andere wählen erst nach der Geburt einen Namen für das Fehl- bzw. Stillgeborene (postnatale Namensgebung). Eine dritte Variante ist, dass Betroffene keine Namensgebung in Erwägung ziehen bzw. sich gegen eine Namensvergabe entscheiden (keine Namensgebung). Das Nicht-Benennen wird als Hinweis darauf interpretiert, dass kein oder nur ein eingeschränkter Personenstatus zugeschrieben wird. Diese Variante wird als ein Kontrastbeispiel noch einmal in Abschnitt 7.5.3 relevant, in dem es um die Bedeutung der Bestattung bei nicht anerkannten Verlusten geht.

Für die pränatale Namensgebung untersuchen Hirschauer et al. (2014, S. 230) eine Benennungspraxis, die »im Alltag der Schwangerschaft und der werdenden Familie auf zwanglose Weise ›Protonamen‹ entstehen lässt, die unfertige Personen allmählich zur Sprache bringt«. Solche Protonamen werden für Stillgeborene mitunter beibehalten. So entdeckte ich auf einem Friedhof in Berlin einen Stein, auf dem »Klecks« geschrieben stand, auf einem anderen stand »Pünktchen«. Diese Protonamen spiegeln die im Ultraschall wahrnehmbare Gestalt des Ungeborenen. In der Untersuchung von Pränatalnamen durch die Linguistin Anne Zastrow (2018, S. 107) war der Name »Pünktchen« nach »Krümel« und »Murkel«, zusammen mit »Würmchen« und »Baby«, der am dritthäufigsten pränatal vergebene; je 1,8 Prozent der pränatal benannten Kinder hießen so. Solche geschlechtslosen Protonamen, die auf Gräbern und in Trauerforen genannt werden, bezeichnen vermutlich vorwiegend Fehlgeborene.¹⁸⁶ Bei Totgeborenen ist die Schwangerschaft weiter fortgeschritten, wodurch zum einen wahrscheinlicher ist, dass bereits ein

186 Auch Layne (2006, S. 35) beschreibt eine geschlechtsneutrale Benennungspraxis für Fehlgeborene im angloamerikanischen Raum und nennt als Beispiel, ein Fehlgeborenes sei »XYLO« genannt worden: X und Y für beide Geschlechter, LO als Abkürzung für die Liebe, die ihm entgegengebracht wurde.

bestimmter Kindername vereinbart wurde. Zum anderen ist bei Stillgeborenen ein biologisches Geschlecht erkennbar, was einen genderspezifischen Namen nahelegt, der über die Ultraschallwahrnehmung hinausgeht. Im Falle einer Totgeburt muss zudem in der Geburts- und Sterbeurkunde mindestens ein offizieller Familienname eingetragen werden, was den Eltern wiederum nahelegt, zusätzlich einen individuellen Vornamen zu vergeben.

Clara und ihr Freund sind ein Beispiel für den Typ von Betroffenen, die bereits vor der Geburt einen Namen vergeben. Sie hatten sich vor der pränatalen Diagnose auf einen Namen geeinigt, den sie trotz Abbruch der Schwangerschaft für das Stillgeborene beibehalten:

Na ja und dann ähm (2) war es so, (1) dass ähm (1) der Kleine relat/ also wir wussten schon von von der Feindiagnostik, dass es auch ein Junge gewesen wär {atmet ein} und äh die hatten ko/ was heißt brutal, wir hatten zwei Tage vor dem Feindiagnostiktermin hatten wir uns auch auf 'n Namen schon geeinigt //Okay// oder unsere Präferenz: Julius. (K, Z. 170–174)

Clara bewertet hier den Akt, sich »schon« auf einen Namen geeinigt zu haben, als »brutal«, weil er einen weiteren Schritt auf dem Weg zur Personalisierung des ungeborenen Kindes darstellt. Das verschlimmert für Clara den Verlust, dem sie nicht den Stellenwert eines Kindsverlustes zuweist (vgl. 6.3.2). Die Namensgebung personalisiert und individualisiert das Ungeborene, sodass es Clara und ihrem Partner unmöglich ist, dem Stillgeborenen den Namen wieder zu entziehen oder ihn für ein weiteres Kind in Erwägung zu ziehen (ihr lebender Sohn heißt Anton).

Eine Wiedervergabe des Vornamens eines fehlgeborenen bzw. verstorbenen Kindes an ein später geborenes Geschwister, die historisch zum Erhalt der Familientradition üblich war, wurde im Rahmen meiner Untersuchung nur im Kontext eines Generationenunterschiedes und Tabus thematisiert. So erzählt z. B. Nicole von ihrer Schwiegermutter:

Seine Mutter ist Italienerin und sie hat äh ganz ganz viele Schwestern und Brüder und eine ihrer Schwestern hatte wohl (.) [jetzt leiser] vier oder fünf Fehlge/, also richtig viele und ähm und das hat sie aber erst erzählt, (.) viel später! Und/und ähm das wurde auch ganz komisch behandelt, also da hab' ich auch gedacht (.), okay, also, hui, ähm sie hat die Kinder immer alle gleich genannt dann auch wieder, ne? Also, {atmet ein} es war irgendwie so, //Ja, okay.// das ist, ja, also die erste Fehlgeburt war irgendwie, war 'n Junge und sollte A. heißen und/und die zweite Fehlgeburt war, es war dann eben wieder A., ne? Und es war irgendwie so, dann gab's irgendwie so vier oder fünf mit dem/mit dem/mit dem gleichen Namen, das war irgendwie so {atmet ein}, un/un/und sie hat ganz lange nicht drüber gesprochen irgendwie so/so. Von einer wussten, wusste vielleicht die Familie irgendwie weil/weil's relativ spät war, aber so die anderen, da hat sie schon gar nicht mehr drüber gesprochen. (F, Z. 490–499)

Zum einen betrifft die Tabuisierung die Fehlgeburten selbst, von denen die Schwester der Schwiegermutter erst »viel später« oder »gar nicht mehr« erzählt hat. Zum anderen verleiht Nicole hier ihrer Irritation über die Wiedervergabe des Namens »A.« Ausdruck. Zugleich liegt in der Verknüpfung beider Tabus die implizite Erklärung für diese Praxis: So wie in der Familie die Fehlgeburten kommunikativ nicht vorkamen und somit unsichtbar blieben, so war eben noch kein Kind namens A. geboren. Ebenso wird im folgenden Artikel auszugsweise die Wiedervergabe des Vornamens als Praxis einer früheren Generation präsentiert und persönlich, wenn auch nicht moralisch, abgelehnt. Die Autorin Katja Demirci (2019) verlor ihren Sohn eine Woche nach der Geburt als Folge von nicht bemerkten Komplikationen unter der Geburt. Sie schreibt von einer Begegnung auf dem Friedhof:

»Ein halbes Jahr nach seiner Geburt, im Dezember, besuche ich meinen Sohn auf dem Friedhof, als mich von hinten eine Frau anspricht. Sie erzählt, dass sie acht Kinder hat. Ihr Ältester ist Vater von einem Sohn geworden, der dort hinten begraben liegt. [...] ›Was machst du mit dem Namen von deinem Kind?, fragt sie mich, und ich verstehe nicht, was sie meint. ›Wirst du ihn noch einmal benutzen?‹ Den Namen? ›Ja«, sagt sie. ›Darf man das?‹ Und ich verstehe noch immer nicht, bis sie erklärt: Der Enkel trug den Namen ihres Mannes, seines Großvaters, eine Familientradition. Nun ist der Enkel tot. [...] Nein, sage ich ihr, mein Sohn trägt seinen Namen, weil er für ihn bestimmt war. Aber natürlich, warum soll das nicht gehen, den Namen dem nächsten Kind wieder zu geben. Sie verabschiedet sich und ich bleibe lächelnd am Grab zurück. Zum ersten Mal seit seinem Tod wünsche ich mir wieder ein Kind. Glaube ich nicht mehr, dass es Verrat an ihm ist. Auf dem schmalen Weg hinunter zum Ausgang des Friedhofs überlege ich mir Namen für seine Geschwister.« (Demirci 2019, o. S.)

In der Geschichte wird die Problematik der Neuvergabe eines Namens anhand des Dilemmas einer älteren Frau dargestellt. Diese wünscht sich einerseits, dass der Name ihres Mannes erneut an ein Enkelkind vergeben wird, damit die »Familientradition« weiterlebt, andererseits weiß sie um die gesellschaftliche Norm kindlicher Individualität. Die betroffene Autorin entspricht dieser Norm dann selbst, indem sie ihre eigene Entscheidung mit der Unersetzbarkeit ihres Kindes begründet: »Nein, sage ich ihr, mein Sohn trägt seinen Namen, weil er für ihn bestimmt war«. Auch der Schuldgefühle offenbarende Einschub, dass sie bis dahin glaubte, ein erneuter Kinderwunsch sei ein »Verrat an ihm«, unterstreicht die gefühlte Unersetzlichkeit bzw. die soziale Norm, das Kind nicht ersetzen wollen zu dürfen. Dass sie ihren Sohn nicht ersetzt, zeigt sich auch daran, dass sie ihm die Rolle eines zukünftigen Geschwisterkindes zuweist. Das explizite Bekenntnis zur Toleranz einer solchen Wiedervergabepaxis (»Aber natürlich, warum soll das nicht gehen, den Namen dem nächsten Kind wieder

zu geben«) konturiert so nur noch einmal die persönliche Ablehnung einer solchen Praxis. Wie zur Absicherung, dass bei der Leserin nicht der Eindruck entsteht, sie würde diese Praxis in Erwägung ziehen, berichtet sie davon, wie sie ihre Entscheidung in die Tat umsetzt und sich alternative »Namen für seine Geschwister« überlegt.

Individuelle Namen hat auch das Ehepaar Martin, das die Änderung des Personenstandsrechts erwirkte, seinen Kindern gegeben. Diese Kinder, für die es auf der Webseite des Paares je eine eigene Unterseite gibt, heißen Joseph-Lennard, Tamino Federico und Penelope Wolke¹⁸⁷. Die Doppelnamen, zudem bestehend aus ungewöhnlichen Vornamen, verstärken zum einen den Individualisierungseffekt und betonen die Einzigartigkeit der Kinder. Zum anderen kann die Vergabe eines Doppelnamens als doppelter Anerkennungsakt verstanden werden. Während die Protonamen »Klecks« und »Pünktchen« den Graubereich des kindlichen Lebens anerkennen, statuieren zwei Namen pro Kind eine zweifellose personale Existenz.

Kollektive Zugehörigkeiten

Innerhalb der Community von Sterneneltern wird über die Vornamen der einzelnen Sternenkinder wechselseitige Anerkennung und Wertschätzung praktiziert. So ist die erste Antwort einer Frau auf den Beitrag von Sylka (siehe oben): »Hallo Sylka[,] Jolie ist ein schöner Name«, bevor sie detaillierter auf Sylkas Geschichte eingeht. Die Bedeutung der öffentlichen Namensgebung konnte ich auch bei Trauerfeiern für Sternenkinder beobachten. So wurden bspw. vor der Feier zum Weltgedenktag der Sternenkinder 2014 am Alten St.-Matthäus-Kirchhof in Berlin Sterne aus Pappe gebastelt, die die Namen von ungeborenen oder neugeborenen verstorbenen Kindern trugen. Der Innenraum der Kapelle, in der die Gedenkfeier stattfand, war wie bei einer Einschulungsfeier geschmückt und es hingen bunte Bänder von der Decke herab. An diese hängten die Anwesenden vor der Trauerfeier ihre gebastelten Sterne und Schmetterlinge, auf denen die Namen ihrer Kinder geschrieben standen. Ein zentraler Bestandteil der Gedenkfeier war das Vorlesen jedes einzelnen Namens. Ein Auszug aus dem Gedenkprotokoll dokumentiert den rituellen Charakter und die Bedeutung des individuellen Namens:

»Später während der Gedenkfeier gibt es einen Part, in dem die Sängerin [...] ein Gedicht vorliest ›Der Name meines Kindes‹ & anschließend alle Namen vorliest, die auf den hängenden Sternen stehen. Währenddessen wird Violine gespielt. Bei manchen Sternen, auf denen kein Name steht, sagt sie ›Sternenkind‹. Bei einem ›Schmetterling‹.

187 Der seltene Mädchename Wolke verweist zudem auf die Eigenschaft, ein ›himmelnahes‹ Sternenkind zu sein.

Einen anderen hält sie hoch, weil ein (Kinder)bild darauf ist. Einmal sagt sie ›Suse‹ und jmd. aus den Bankreihen korrigiert ›Susa‹.«

Das öffentliche Vorlesen von etwa vierzig Vornamen stellte einen zentralen Akt der Trauerfeier dar. Wie bei einer Taufe oder Einschulung wurde jedes Sternenkind einzeln aufgerufen und durchlief damit einen rituellen Übergang. Während Taufe und Einschulung die nächste Lebensphase einläuten, wird hier das Sternenkind (nachträglich) in die soziale Gemeinschaft von Kindern aufgenommen und symbolisch zu einem Mitglied der Gesellschaft. Zeitgleich werden Betroffene in diesem Moment durch das Zeugnis der Anwesenden als (Sternen-)Eltern angesprochen und anerkannt.

Während der Vorname das Kind individualisiert, markiert der Familienname eine Zugehörigkeit. Auf die spätere Frage im Interview, ob Nicole und Antonio im Nachhinein etwas anders gemacht hätten, antworten sie Folgendes:

Nicole: Das ist das Einzige, was wir anders gemacht hätten. Wenn wir gewusst hätten, dass sie nur acht Tage lebt, wären wir in den acht Tagen zum Standesamt gegangen und hätten beantragt, dass sie [Antonios Nachname] heißt, weil wir waren damals noch nicht verheiratet und da hat sie automatisch meinen Mädchennamen als Nachnamen bekommen: [Nicoles Nachname] [...] Wir hatten aber schon vor zu heiraten, wir wollten eigentlich, wir wollten im (...) äh im Oktober heiraten und im November war der Geburtstermin, also wir wollten gerne noch vorher verheiratet sein, damit wir alle dann den gemeinsamen Namen haben {atmet ein} und ähm, dadurch, dass die Frida vorher geboren ist und vorher gestorben, hat sie meinen Mädchennamen bekommen und das konnte man dann nicht mehr ändern, weil in Deutschland ist das so, dass man mit seinem Tod den Status als juristische Person verliert und es darf der Name nicht mehr geändert werden. Und das war was/was was/

Antonio: Was nicht okay war!

Nicole: Das war 'n kleines Detail, aber es war für mich eben nicht okay. (F, Z. 901–911)

Das Paar hatte geplant, vor der Geburt zu heiraten, damit alle drei »einen gemeinsamen Namen haben«. Da Frida vor der Hochzeit geboren wird, erhält sie aber den Namen der Mutter, weshalb Nicole und Antonio versuchen, eine Namensänderung zu erwirken. Die Sozialarbeiterin im Krankenhaus habe während Fridas kurzer Lebenszeit »noch notfallmäßig einen ganz kurzfristigen Termin beim Jugendamt« für eine Vaterschaftsanerkennung gemacht, mit der sie später beim Standesamt den Namen ändern lassen wollten – was nicht möglich ist.¹⁸⁸ Keinen gemeinsamen Familiennamen zu tragen, sei das Einzige, was sie bereuten.

188 Es ist zu vermuten, dass die beiden diesen Termin zur Vaterschaftsanerkennung noch zu Fridas Lebzeiten, aber nach der Entscheidung für den Abbruch der Therapie vereinbarten.

Als letztes Beispiel verdeutlicht der folgende Auszug aus einem Gedächtnisprotokoll eine professionelle Praxis der geschlechtsspezifischen Individualisierung. Die Bestatterin Theresa hat zu einem Workshop eingeladen, um sich mit Kolleg*innen über die Versorgung von Babys auszutauschen:

»Inhaltlich finde ich am spannendsten, wie thematisiert wird, wie die ganz kleinen einzupacken sind. Weil die ja noch glitschiger seien und man ganz vorsichtig sein müsse. Theresa benutzt ein dickeres Tuch, das nicht so wegrutscht. Auch der Schädel sei so weich, dass die dann etwas pflaumenförmig würden. Theresa sagt auch, die Haut sei noch so dünn, dass sie durchlässig wäre.

Sie benutzt Feuchttücher von dm und Klebeband um etwaige Schnitte durch die Pathologie zu tapen, damit nicht die Klamotten sofort durch seien. [...] Theresa zeigt ihre verschiedenen Tücher & was sie sonst noch dabei hat. [...] Sie sei sonst nicht so gendermäßig, aber würde dann doch oft rosa für die Mädchen und blau für die Jungs
»Ich denke dann immer, es gibt eh so wenig, das sie auszeichnet, die haben so wenig.«
Theresa hat eine Puppe vergessen, [Gastgeber] holt ein Esel-Kuscheltier, das Theresa dann einpackt um zu zeigen, wie sie die Händchen oder Füßchen rausblicken lässt. »Ist ein bisschen schwierig bei ihm hier« – es wird gelacht, weil [Gastgeberin] leise sagt »bei ihm« und Theresa einen blauen Waschlappen benutzt hat.«

Theresa grenzt sich von Geschlechterstereotypen ab, sie sei »sonst nicht so gendermäßig«, und rechtfertigt die geschlechtsspezifische Nutzung von blauen und rosafarbenen Materialien mit dem Fehlen anderer Identitätsmarker: »es gibt eh so wenig, das sie auszeichnet, die haben so wenig«. Diese vergeschlechtlichte Praxis der Einbettung von früh verstorbenen Kindern ist ein Akt qualifizierender Anerkennung, der diese als soziale Personen mit geschlechtlichen Identitäten und dem Recht auf würdevolle Beisetzung hervorbringt.

Eine ungewollte Komik entsteht durch die vergeschlechtlichte Personalisierung des Kuscheltiers. Die Verwendung von männlichem Personalpronomen und einem blauen Waschlappen wird zunächst als inkorporierte und vorgeführte Professionspraxis der Bestatterin, das Kind während der Einbettung zu personalisieren, verstanden und nicht weiter beachtet. Gelacht wird erst, als die Gastgeberin, ebenfalls Bestatterin, das männliche Personalpronomen wiederholt und dadurch zwischen dem – sozusagen zu Unrecht personalisierten – Kuscheltier und dem kindlichen Leichnam in der realen Berufspraxis unterscheidet. Die Komik offenbart, dass es für die Bestatter*innen normal ist, ein verstorbenes Kind zu personalisieren, aber eben keinen Kuschelesel.

Die Namensgabe sowie die Bestimmung des Geschlechts sind statusbezogene Existenzbeweise; das Kind hat einen Namen und ein Geschlecht und ist dadurch weniger »Es« als vielmehr Person und ansprechbares »Du«.

7.3 Rituale und Praktiken in der Klinik

Klinikpersonal kann zur Personalisierung und Familiarisierung beitragen. Nach der Geburt geschaffene Erinnerungsobjekte wie Fotografien machen den Verlust darstellbar und können als Existenzbeweise dienen.

Die Formen, mit der Leibesfrucht – der Leiche, dem Kind, dem Körper – umzugehen, reichen von der Entsorgung mit dem Klinikabfall bis hin zur würdevollen Einbettung und Bestattung im Einzelgrab.¹⁸⁹ Im folgenden Abschnitt fokussiere ich solche Umgangsweisen mit dem Kindeskörper nach der Geburt, die als konkrete Akte der Anerkennung menschlichen Personseins gelesen werden können. Diese Anerkennungsakte werden von Klinikpersonal im weiteren Sinne (7.3) und Bestatter*innen (7.4) geleistet. Im Vergleich zu den Unterkapiteln 7.1 und 7.2 liegt der Fokus hier somit stärker auf Dritten, die die Verlusterfahrung als elterlichen Kindsverlust symbolisch performieren und dadurch als solchen anerkennen. Wichtig ist es, festzuhalten, dass die nunmehr von Externen unterstützten oder vollzogenen Anerkennungsakte Betroffene bestärken und unterstützen können, eigene Akte der Anerkennung zu vollziehen, aber auch irritierend oder unpassend sein können.

Kontakt mit dem Kind und Familiarisierung

An der Berliner Charité unterstützt seit 2014 das multiprofessionelle Palliativteam Neonatologie Personen, die vor der Geburt wissen, dass ihr Kind während oder kurz nach der Geburt sterben wird (vgl. Garten & von der Hude 2014). Neben der Beratung und Begleitung ab dem Zeitpunkt der Diagnose geht es über die palliative Versorgung des sterbenden Kindes hinaus darum, die Betroffenen nach der Geburt bestmöglich dabei zu unterstützen, innerhalb einer kurzen Zeit eine Familie zu werden und zu sein, d. h. das Neugeborene während seiner wenigen Lebensstunden zu begrüßen, zu versorgen und zu verabschieden.

Das in 2.2.3 erwähnte Positionspapier »Caring for families experiencing stillbirth: A unified position statement on contact with the baby« (Warland & Davis 2011; vgl. Limbo 2012) enthält Handlungsempfehlungen für professionelles Klinikpersonal, wie es Eltern dazu ermutigen und dabei unterstützen kann, ihr Kind in den Arm zu nehmen und zu verabschieden. Die redigierte Erzählung Nicoles (siehe Kasten) illustriert erstens, als welche Bereicherung dieser geforderte Kontakt der Eltern mit dem sterbenden Kind

189 An der als inadäquat empfundenen Art, wie mit dem, was Frauen bei Schwangerschaftsverlusten körpermateriell verlieren, umgegangen wird, setzt auch heute noch die Kritik derjenigen an, die den gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaftsverlusten verändern wollen.

erfahren wird; zweitens zeigt sich dabei die Bedeutung professioneller Unterstützung, etwa wenn Ärzte Empfehlungen aussprechen, die Krankenpflegerin störende Geräusche verhindert oder hilft, das Baby dem Vater noch einmal auf den Arm zu legen.

»Drei Stunden wie ein ganzes Leben quasi«

Der professionell unterstützte Kontakt mit dem sterbenden Kind

Nicole: »Okay, was machen wir jetzt? [W]ie gehen wir denn jetzt vor?« [U]nd da hat [d]er [Arzt] gesagt, wenn er uns eine Empfehlung aussprechen sollte, dann würde er sagen: Lebenserhaltende Maßnahmen beenden und dann, also das hat er nicht so gesagt, aber das klang wie: ›Gucken, was dann passiert‹. Aber was eben passieren wird, seiner Meinung nach, wäre, dass sie eben nicht mehr lange lebt, sondern, irgendwann stirbt. Wann, weiß man nicht. Und [dann] habe ich gefragt: Wie läuft das ab, machen wir jetzt einen Termin? Ich war so hilflos, ich habe zu ihm auch immer wieder gesagt: ›Ich weiß gar nicht, wie ich mich verhalten soll, ich brauche jetzt jemanden, der mir sagt, was ich machen soll, oder was ich fragen soll, oder wie ich mich verhalten soll, ich habe überhaupt keine Ahnung. Ich weiß nicht, soll ich jetzt, soll ich weinen? Wird von mir jetzt erwartet, dass ich super emotional bin, oder wie?‹ Ich konnte das dann auch in dem Moment gar nicht, weil ich eben so viele Fragen hatte und so hilflos war. Und dann hat er eigentlich nur gesagt, dass wir [kei]nen festen Termin machen, aber [hat] gemeint: ›[M]orgen ist Samstag und dann kommen sie einfach am Nachmittag zu uns herunter auf die Station und wir würden das Zimmer ein bisschen dunkel machen, Ihnen einen gemütlichen Stuhl hinstellen und [...] dann dürften sie sie im Arm halten und dann, ja‹. Also er hat nicht gesagt: ›Sie behalten sie im Arm, bis sie tot ist‹, sondern er hat halt nur gesagt: ›Sie dürfen eben da sein und ihr Mann auch‹. Und dann haben wir das eben so ausgemacht und am nächsten Tag haben wir es dann eben genau so gemacht.

[Wir s]ind dann runter gegangen und durften die ganze Zeit bei ihr im Zimmer sitzen. [D]ann habe ich gegessen und ich weiß noch, dass ich es unglaublich schön fand, weil sie auch total hübsch war, also [ein] richtig, richtig hübsches kleines Mädchen irgendwie. [O]bwohl sie so früh geboren war hat sie schon so ein total definiertes Gesicht gehabt, also man hat schon ganz deutlich erkannt, wie sie mal aussehen sollte und für mich war es halt unglaublich schön so, meine Tochter zum ersten Mal im Arm zu haben. Also es war am Anfang noch so ein bisschen komisch, weil sie noch eine Magensonde gehabt [hat] und lauter Infusionen und es war ein bisschen kompliziert, sie zu halten und mich [nicht] mit meinem Arm auf die ganzen Schläuche zu stützen. [U]nd dann habe ich sie gehalten und gehalten und es sind viele, viele Stunden vergangen. Ich glaube, insgesamt drei oder vier haben wir gegessen und ich habe auf einem Stuhl gesessen und im Rücken hatte ich de[n] Monitor, der die ganzen, also der Puls und so weiter noch gemessen wurde [...] [I]ch habe das im Spiegel gesehen sozusagen, also da war eine Glasscheibe vor mir und da konnte ich so ein bisschen gucken. [D]ie Schwester hatte den Ton ausgestellt, damit es halt nicht die ganze Zeit piepst bei uns, damit wir ein bisschen Stille haben. [U]nd ich

weiß auch noch, dass ich kurz weggenickt bin, ich habe mich irgendwie so zurückgelehnt mit dem Baby im Arm, bin dann ein bisschen eingeschlafen, dann durfte mein Mann mal kurz, da war uns dann die Schwester behilflich, dass er sie dann auch nochmal kurz im Arm halten konnte. Und wir haben dann noch ganz viele Fotos gemacht, das war auch total schön. [I]rgendwann hat [sie] ein bisschen, also das war so eine, ja, wie sterbende Menschen, die haben so eine Schnappatmung, so ab und zu mal so ein Atemzug so ein: [imitiert Atmung] und dann mal wieder lange nichts und dann wieder so ein: [imitiert erneut Atmung] und irgendwann hatte sie es halt nicht mehr gemacht und genau in dem Moment, wo ich dachte, ich glaube, jetzt, ich glaube, jetzt ist sie tot, ich glaube, jetzt ist nicht, ich glaube, jetzt atmet sie nicht mehr, ich glaube, jetzt ist es vorbei. Noch während ich das gedacht habe, habe ich zum Monitor geguckt und habe schon gesehen: Da ist keine Anzeige mehr und auch im gleichen Moment kam der Arzt rein und sagte: ›So, jetzt, jetzt hat sie es geschafft.‹ Es war irgendwie ganz komisch, es war für mich so ein: ›Ja, ich habe das gespürt, ich glaube, ich glaube, ich habe das gespürt.‹ Genau, und irgendwie habe ich auch die ganze Zeit gedacht, während ich sie so angeschaut habe und mit meinem Mann gesprochen habe, habe ich die ganze Zeit gedacht: ›Die sieht jetzt gerade so friedlich aus, wie sie vorher in dem Bett nicht aussah.‹ Also ich glaube, dass es für sie auch gut war, oder dass sie sich jetzt auf den Weg gemacht hat. Genau.

Jedenfalls war der, komischerweise im Nachhinein muss ich sagen, war der letzte Tag, oder ihr letzter Tag, für mich der schönste, irgendwie. Obwohl es halt, also der schönste und der schrecklichste, es ist nicht der Tag der Geburt, weil es alles irgendwie so hektisch [war], ich durfte sie nur mal kurz sehen, aber so der letzte Tag, da habe ich wirklich, also wann konzentriert man sich so sehr nur auf das Kind, wie in dem Moment, wo man weiß, dass es der letzte ist? Also ich glaube, dass es dadurch auch was ganz Besonderes war und dass ich irgendwie, also man nimmt alles immer so selbstverständlich. Ich jetzt nicht mehr, weil ich die Erfahrung gemacht habe, ich verbringe sehr viele intensive Momente jetzt mit meinem neuen Baby, aber ich kann mich eben erinnern, mit meinem großen Sohn, ich weiß nicht, wann ich mal innegehalten habe und mich mal so intensiv gedanklich auch mit ihm beschäftigt habe, wie ich das mit meiner Tochter gemacht habe. Genau, und das waren irgendwie so diese drei Stunden wie ein ganzes Leben, quasi. Ja.«

Auch Rhea beschreibt, wie in 6.2.1 dargestellt, die Situation im Kreißsaal nach ihrer stillen Geburt positiv als »kleinen Mikrokosmos«, an dessen Herstellung maßgeblich die anwesende Hebamme beteiligt ist.¹⁹⁰ Sie erzählt von der Geburt und dem Kontakt mit dem Kind in der unmittelbaren Zeit danach. Unverzüglich

190 Auf unterschiedliche Professionsrollen von Hebammen und Mediziner*innen sowie verschiedene institutionelle Geburtssettings (Krankenhaus, Geburtshaus, Hausgeburt) und deren Einfluss auf die Möglichkeit, Anerkennungspraktiken zu vollziehen, kann hier nicht eingegangen werden.

und bestimmt stellt die Hebamme – wie nach einer normalen Geburt – den leiblichen Kontakt zwischen Rhea und dem Stillgeborenen her. Sie nimmt das Kind »einfach gleich«, macht es ein »bisschen sauber«, gibt es dem Paar zurück (hat's »uns wiedergeben«), indem sie es Rhea »auf die Brust« legt. Rhea beschreibt daraufhin, was sie sieht (»dass es halt nen Junge ist«) und wie sie den Moment (»so ganz angenehm eindeutig«) und das Kind (»einfach definitiv zu klein«) wahrnimmt. Dieser Moment dehnt sich aus, das Paar nimmt sich Zeit – die es bekommt. Diese Erfahrung unmittelbar nach der Geburt beschreibt Rhea sehr positiv. Vor allem die soziale Situation unter den Anwesenden sei gelungen: »Ich hatte das Gefühl, es läuft alles so perfekt dort. Menschlich hat halt alles so total gestimmt«.

Außer der leiblichen Kontaktaufnahme lehnen sie und ihr Partner dezidiert alle Angebote der Personalisierung ab:

Wir wussten halt, dass wir ihn danach, in den nächsten Tagen, auch nochmal anschauen können, wenn wir wollen. {schnieft} (.) Aber wir hatten irgendwie so das Gefühl ahm, dass wir eigentlich (2), dass wir so unsere Bilder haben und {schnieft} ahm, dass wir das gar nicht nochmal brauchen und auch gar nicht nochmal, andere Bilder sozusagen wollen. {schnieft} Dann ham wir auch das Angebot bekommen, dass sie nen Foto von ihm machen könnten, das wir dann bekommen und das wollten wir aber auf jeden Fall auch nicht (.) So (1) wir ham dem Kind noch kein {schnieft}, keinen Namen gegeben, weil wir dachten, nen Namen bekommt man eigentlich, wenn man lebendig auf diese Welt kommt //mhm// so und ahm {schnieft} (.) ja (.) so (2). (B, Z. 192–199)

Rhea und ihr Freund verzichten darauf, »ihn« zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal anzuschauen, auf Fotos und auch auf einen Namen. Entsprechend dieser Haltung und Praxis, jegliche Form der Personalisierung abzulehnen, verzichten sie auch auf eine individuelle Beisetzung. Die Hebamme bzw. andere Professionelle machen hier »Angebot[e]« zur Personalisierung und Familiarisierung, und auch wenn das Paar diese Angebote letztlich nicht wahrnimmt, bezieht sich Rhea positiv auf sie: Es sind Möglichkeiten, keine Zwänge. Die beiden entscheiden selbst, was sie »brauchen« und »wollen«. »Ihn« später noch einmal anzuschauen, sei z.B. etwas, das sie »gar nicht *nochmal* brauchen«, weil sie – durch die erfüllende Zeit nach der Geburt – bereits alles haben. Das Beispiel zeigt zum einen anschaulich, wie wichtig der professionell unterstützte Kontakt mit dem Stillgeborenen ist, selbst wenn sich die Betroffene nicht als Mutter versteht und sich im Moment nach der Geburt keine Familie mit Sternenkind konstituiert (vgl. 6.2.1). Zum anderen wird deutlich, dass die professionellen Angebote zur Personalisierung und Familiarisierung schon dadurch, dass sie gemacht werden, als Akte der Anerkennung fungieren.

Existenzbeweise und Zeugenschaft

»Versuchen Sie, so viele Erinnerungen wie möglich zu sammeln.
Sie müssen für den Rest Ihres Lebens reichen.«

In der Phase unmittelbar nach der Geburt entstehen häufig – und Rheas Entscheidung scheint eine Ausnahme – Fotografien und andere Erinnerungsstücke. Soweit möglich und gewollt, werden Fuß- und Handabdrücke angefertigt, Haarlocken abgeschnitten oder die Decke, in die das Kind eingewickelt war, sowie dessen Kleidung mit nach Hause genommen. Diese Artefakte fungieren mitunter später als Existenzbeweise. »Thus, in the case of dead children, photographs and other artefacts provide ›social props‹ or ›objects of discourse‹ which parents use to sustain those children's social presence« (Hockey & Draper 2005, S. 45). Der in 6.1 zitierte Leitfaden für akut Betroffene bspw. legt einen Schwerpunkt auf die aktive Herstellung solcher Erinnerungsstücke:

- Machen Sie **Fotos** von dem Kind oder bitten Sie die Hebammen, Fotos zu machen.
- Bitten Sie die Hebammen, **Fuß- und Handabdrücke** des Kindes anzufertigen.
- Schneiden Sie, falls gegeben, eine **Haarlocke** ab. [...]
- Geben Sie dem Kind **einen Namen** – egal wie klein es ist.
- **Versorgen Sie das Kind selbst**. Bitten Sie bei Unsicherheiten die Hebamme um Hilfe. Helfen Sie der Hebamme, das Kind zu reinigen, zu vermessen und zu wiegen, zu fotografieren und anzuziehen.
- Falls **keine Kleidung** in der Klinik vorhanden ist, besorgen Sie sich bitte im Vorfeld Kleidung bei uns (Mail an info@klinikaktion.de) oder, falls die Zeit zu knapp ist, eine einfache kuschlige **kleine Babydecke**, in die Sie das Baby hüllen können. Schneiden Sie die Decke vorher in zwei Teile und behalten eines davon zur Erinnerung bei sich.
- Falls Kleidung in der Klinik vorhanden ist (Aktion Schmetterlingskinder), bitten Sie die Hebamme, sich **selbst etwas aussuchen** zu dürfen. An jedem Kleidungsstück befindet sich ein Andenken, nehmen Sie dieses ab und nehmen es mit **nach Hause**.
- Machen Sie auch Fotos von dem Baby **zusammen** mit Mutter, Vater oder anderen Angehörigen. Haben Sie keine Angst davor, dass das »seltsam« sein könnte! Diese »Familienfotos« werden für Sie später einen unendlich wertvollen Schatz darstellen. ... (Herv. i. O.)

Anhand dieses Auszuges wird deutlich, welche Relevanz materiellen Erinnerungsstücken zukommt, deren Erstellung daran scheitern kann, dass sie nicht standardmäßig vorgesehen ist und Betroffene keine Unterstützung erhalten bzw. einfordern. Allein die hervorgehobenen Begriffe verdeutlichen, worauf es

den Initiatorinnen des Leitfadens besonders ankommt. Es werden konkrete Vorschläge für kurzfristig herstellbare Erinnerungstücke gemacht, die dem Kind zweifelsfrei und dauerhaft, etwa durch »Fuß- und Handabdrücke«, eine Identität geben. Der Leitfaden weist Betroffene zudem an, das Kind selbst zu versorgen. Dieser Aufruf unterliegt der Annahme, dass der Verlust besser bewältigt wird, wenn Betroffene eine aktive Elternrolle übernehmen (»selbst« versorgen und aussuchen) und das Kind so begrüßen und versorgen, wie sie es auch bei einer Lebendgeburt tun würden. Eine besondere Bedeutung kommt dabei Objekten zu, mit denen das Kind in Berührung gekommen ist und die zur Erinnerung »behalten« und »mit nach Hause« genommen werden können. Die Initiative, die den Leitfaden entwickelte, stellt u. a. Kleidung für Sternenkinder und kleine »Andenken« her.¹⁹¹ Das Kind kann nicht mit nach Hause genommen werden, aber zumindest, so die zugrundeliegende Idee, eine später noch greifbare Erinnerung. Vor allem Familienfotos, auf denen alle Familienmitglieder »zusammen« abgebildet sind, stellen einen »unendlich wertvollen Schatz« für die Trauerarbeit dar. Diese Chance können die Angesprochenen leicht verpassen, wenn sie soziale Sanktionen fürchten (»Haben Sie keine Angst davor, dass das »seltsam« sein könnte«). Vergleichbar beschreibt Kerstin von der Hude vom Palliativteam Neonatologie in einem Podcast die Zeit vor der Beerdigung als einmalige Chance, Erinnerungen zu schaffen und Familie zu sein:

Nach ein paar Tagen kommt die ganze Familie, //hm// und lernt das Kind kennen. //hm// Und die Geschwister kommen dazu. Und es gibt wunderschöne Fotos und es gibt (.) Erinnerungen und darum geht es. Es geht darum, mit diesem Kind (.) Erinnerungen zu sammeln, weil die haben ja nicht so viele, und die müssen aber reichen für das ganze Elternleben, was noch vor ihnen liegt. Und das kannst Du nur machen, solange das Kind noch greifbar ist. //ja// Wenn es beerdigt ist, ist es vorbei, dann schließt sich das Zeitfenster. (Kraft & Brückner 2018, Min. 37:45)

Um Versäumnisse während dieses kurzen Zeitfensters zwischen Geburt und Bestattung zu vermeiden, wurde der Leitfaden erstellt.

Mittlerweile stehen ehrenamtliche Fotograf*innen auf Abruf zur Verfügung, um das sterbende oder verstorbene Kind zu fotografieren (z. B. über das überregionale Netzwerk »Dein Sternenkind«). Diese Praxis, Erinnerungen zu

191 Einige Initiativen nähmen aus gespendeten Brautkleidern Kleidung für Sternenkinder und geben diese an Kliniken weiter. Diese stellen Betroffenen die Kleidung im Bedarfsfall zur Verfügung. Dass Stoff von Brautkleidern verwendet wird, bringt den Betroffenen symbolisch die hohe Anteilnahme (durch Unbekannte) zum Ausdruck und lässt die Kleidung zu einer Art Taufkleid werden: Wie das Brautkleid wird es während einer besonderen Statuspassage getragen (vgl. Herzenssache o. J.). Die Idee stammt aus den USA (vgl. Metz 2020, o. S.).

schaffen,¹⁹² kann als beziehungsstiftende Interaktion zwischen Familien, Neugeborenen und Klinikpersonal fungieren (vgl. Martel & Ives-Baine 2014). Die Fotografien können später als Familienfotos gezeigt und geteilt werden und somit zu einer fortgesetzt gelebten und gepflegten Beziehung zum verstorbenen Familienmitglied beitragen (vgl. Martel 2017).

Das Klinikpersonal und die Fotograf*innen nehmen Anteil am Geschehen, begleiten und bezeugen das kurze Leben des Neugeborenen. Weitere potenzielle Unterstützende und Zeug*innen sind Seelsorger*innen und Pfarrer*innen. Die Bestatterin Andrea erzählt von einer Familie:

»Das Kind wurde noch gesegnet oder getauft, wir sind aber nicht in der Kirche. Aber in dem Moment erschien uns das ganz wichtig. Und dann waren sie dann ganz dankbar, dass da jetzt noch die Seelsorgerin und der Pfarrer kamen und das noch gemacht hat. Vielleicht sogar mitten in der Nacht, und noch gekommen ist. Und vielleicht, wenn das Kind geboren wäre und gelebt hätte, vielleicht wäre das nie getauft worden, weil sie jetzt nicht einer Gemeinde zugehörig oder sehr kirchennah waren. Aber in dem Fall war da ein totaler Trost. Die Seelsorgerin hat die richtigen Worte gefunden und hat noch ein Gebet gesprochen und hat ihm noch einen Segen auf den Weg gegeben und das macht dann auch so ein großes Dankbarkeitsgefühl auf einmal. (D, Z. 1735–1743)

Andrea betont hier die Dankbarkeit Betroffener, dass jemand »sogar mitten in der Nacht« gekommen ist, um das Kind zu segnen oder zu taufen. Dabei ginge es weniger um die Zugehörigkeit des Kindes zur christlichen Gemeinschaft (lebend wäre es vielleicht »nie getauft worden«), die dessen Seelenheil garantiert (vgl. 2.2.1), sondern um das bedingungslose Da-Sein, den »Trost« und die »richtigen Worte« für die betroffenen Eltern. Theresa stimmt dem Gesagten zu und fasst die Bedeutung dieser rituellen Anerkennung so zusammen:

Ja, und ich glaube, es ist auch ein Stück auch das Gegenprogramm, so wie es früher war, schnell ab in den Eimer und weg damit, sondern dass jemand auch nochmal einen Aufwand macht, jemand von außen kommt, mitten in der Nacht und etwas tut, für dieses Kind. Das ist ja auch nochmal so ein Zeichen von, es ist so wichtig, dass man das macht. Also dass jemand sich dazu bereit erklärt, zu sagen: »Euer Schicksal, oder auch das kleine Leben, das ist so wichtig, dass es die Mühe wert ist.« Und das ist, glaube ich, auch ein Stück weit das, was man bei den Trauerfeiern erlebt, wenn dann so Freunde kommen und sich Mühe geben und man selber auch da irgendwie Zeit und Geld und Aufwand und Leute nehmen sich frei und kommen, das ist halt alles für die auch ein Zeichen von Anerkennung und Respekt und so für wichtig nehmen. (D, Z. 1743–1752)

192 Auf der Startseite wird der Initiator Kai Gebel zitiert: »Wir möchten, dass Ihr Kind nicht nur im Gedächtnis bleibt, sondern auch in greifbaren Objekten auftaucht« (Dein Sternenkind o. J., o. S.).

Im Zitat offenbart sich die Verbindung zwischen der Anerkennung des Kindes als menschliche Person und der Anerkennung des Verlusts der Betroffenen: »Euer Schicksal, oder auch das kleine Leben, das ist so wichtig, dass es die Mühe wert ist«. Als Akte der Anerkennung – sei es für die *Eltern*, die als solche anerkannt werden – nennt Theresa »einen Aufwand« machen, »etwas tun«, »sich frei nehmen und kommen«. Das alles seien »Zeichen von Anerkennung und Respekt«, von Wichtigkeit. Mit Respekt und Anerkennung ruft Theresa hier zwei Grundwerte des menschlichen Miteinanders auf; es geht um Solidarität mit Personen, die sich in einer Grenzsituation befinden. Diese Gruppen-solidarität wird zur Praxis eines politischen »Gegenprogramm[s]« erklärt, das einer effizienten Entsorgung mit dem Abfall etwas entgegengesetzt (»schnell ab in den Eimer«). Dem Mülleimer kommt im Kontext von Schwangerschaftsverlust nach wie vor eine performative und diskursive Bedeutung zu. Kathleen etwa berichtete wütend von ihrem letzten Eindruck nach ihrer Fehlgeburt, vor der Vollnarkose zur Ausschabung:

Dann habe ich aber vorher noch gesehen, wie die den Mülleimer noch so mit dem Fuß so schabend unter meine/ unter meine/ zwischen meine Beine geschoben hatten. [...] dann habe ich zu denen gesagt: 'Jetzt reicht's mir. Ich krieg das hier noch alles mit!'. Und dann haben die gesagt, ja okay, dann setzen wir Ihnen jetzt mal die Infusion. Dann meinte ich so: ja, bitte!. (L, Z. 373–377)

Kathleen geht es hier nicht um das Fehlgeborene, das zu diesem Zeitpunkt bereits woanders ist. Vielmehr stört sie die symbolische Verletzung, einen Mülleimer »zwischen« die Beine geschoben zu bekommen, in den Teile ihres Körperinneren entsorgt werden.

Die Phase zwischen Geburt und Beisetzung bietet also einerseits eine Fülle an Möglichkeiten, mit dem verstorbenen Kind und den Betroffenen umzugehen. In dieser Phase können materialisierte Existenzbeweise entstehen, die helfen können, den Verlust sichtbar zu machen und so zur Bewältigung beizutragen. Diese Formen einer materialisierten Anerkennungspraxis sind eingebettet in (Alltags-)Theorien der Trauer und Verlustbewältigung. Die soziologische Trauerforschung hat ihre Funktion und Bedeutung mit dem Konzept der »linking objects« (Davies 2004, S. 509) beschrieben (vgl. 2.2.3.). In den meisten Kliniken ist es auch einige Tage nach der Geburt möglich, das Stillgeborene noch einmal oder mehrmals zu sehen. Die Krankenpfleger*innen bringen das stillgeborene Kind dann zur Mutter, die noch im Wochenbett liegt, bzw. zu den Eltern, aufs Zimmer.¹⁹³ Andererseits können gerade in dieser Phase Versäumnisse und Fehler in der Kommunikation zwischen

193 Eine Kollegin berichtete von einer Masterstudentin, die erzählte, wie sie in ihrem früheren Beruf als Hebamme nachts und inoffiziell Betroffenen ermöglicht hat, ihre Stillgeborenen noch einmal zu sehen.

Betroffenen und Professionellen unterlaufen; z. B. wenn das Fehl- bzw. Stillgeborene ungefragt entfernt oder fälschlicherweise in Aussicht gestellt wird, dass es möglich sei, es später noch einmal zu sehen. So berichtet Kathleen, dass sie einige Tage nach der Fehlgeburt in der Klinik anruft, um doch eine Autopsie ihres Fehlgeborenen zu veranlassen. Als sich zum verabredeten Termin niemand bei ihr meldet, ruft Kathleen wieder in der Klinik an. Bei diesem Anruf eröffnet ihr die Mitarbeiterin, es sei an der entsprechenden Stelle »kein Kreuz« vermerkt, somit kein Autopsiebericht angefordert. Am Ende erhält Kathleen auch keinen.

7.4 Umgang mit der Leiche und Einbettung

*Eine Einbettung kann nachträglich fundierende Anerkennung generieren. Bestatter*innen sind für diese Form der Personalisierung ermöglichende Dritte.*

Sofern nach der Geburt eine Bestattung durch die Eltern veranlasst werden muss, wird das Stillgeborene meist bis zur Einbettung in der pathologischen Abteilung der behandelnden Klinik aufbewahrt. Ab der Überführung in die Abteilung übernimmt das von den Eltern beauftragte Bestattungsunternehmen den weiteren Umgang mit dem kindlichen Leichnam. Die Bestatter*innen holen das verstorbene Kind zu den vorgesehenen Ausgabezeiten der Klinik in der Pathologie ab bzw. versorgen es vor Ort und nehmen es dann mit. Im Folgenden wird die Praxis des Einbettens als Anerkennungsakt beschrieben, der (auch nachträglich) elterliche Anerkennung generieren kann. Informationen über Abläufe und Routinen in diesem Abschnitt stammen, sofern nicht anders gekennzeichnet, aus dem Expertinnengespräch mit den Bestatterinnen Andrea und Theresa, deren Familienunternehmen auf die Bestattung von Kindern und Babys spezialisiert ist.

»Das letzte Bettchen machen«

Die interviewten Bestatterinnen versuchen, Eltern zu ermutigen und dabei zu begleiten, ihr verstorbene Kind selbst zu versorgen und einzubetten. Unter anderem deswegen führen sie Schulungen von Klinikpersonal zur Lagerung des toten Kindes nach der Geburt durch. Unzureichende Versorgung und Säuberung oder falsche Lagerung (etwa in einer Plastiktüte) können gerade bei längerer Liegezeit eine ansehnliche Einbettung erschweren, z. B. weil sich Schimmel gebildet hat. Die Bestatterinnen versuchen durch ihre Schulungen, eine institutionelle Routine zu etablieren, die etwaige Hürden für eine elterliche Anerkennungs- und Trauerpraxis vermeidet.

Mit den Eltern, die sie für die Beisetzung beauftragt haben, verabreden sie sich in der Regel im »Abschiedsraum in der Pathologie« der Klinik. Die Betroffenen müssen vorab nichts entscheiden und können im Zweifel die Versorgung und

Einbettung vollständig den Bestatterinnen überlassen. Ohne diese Hintertür, so Andrea und Theresa, würden sich im Vorhinein die wenigsten Eltern eine Einbettung zutrauen. Die Bestatterinnen schaffen damit, das zeigt das folgende Beispiel, auch ein Setting für die aktive Selbstgestaltung, das hilft, mögliche Berührungs- und Versagensängste von Betroffenen zu überwinden.

Im Interview beschreiben Andrea und Theresa ein enormes Spektrum zwischen den beiden Polen *Entsorgen-Wollen* und elterlich-liebender *Fürsorge*. Eindrücklich schildern sie den Fall eines Fetozides, in dem der Vater eine Sekretärin beauftragt hatte, sich um ein Bestattungsunternehmen zu kümmern. Nachdem Andrea ihr am Telefon erklärt hatte, dass sie so nicht arbeiten würden und wie sie stattdessen vorgehen, kam zunächst keine Rückmeldung mehr. Bis sich nach einigen Wochen die Mutter meldete, die ihr Kind am Ende selbst einbettete:

Nach vier Wochen ist der Frau gedämmert, dass es so nicht geht. Und dann wollte sie und dann hat sie noch Sachen mitgebracht und hat es mir gebracht und bei dem Gespräch kam dann heraus, sie möchte doch gerne beim Einbetten noch dabei sein und wie es denn aussehen würde. Aber das weiß ich natürlich auch nicht, ich habe gesagt: Ich weiß es nicht. Wir machen es so, wie ich es vorhin gesagt habe, wir gehen hin, ich gucke es mir an, ich sage ihr was ich sehe und dann kann ich immer noch entscheiden, wie viel Abstand oder wie viel Nähe sie irgendwie haben möchte. Und sie war dann dabei und hat das gemacht und hat alles selbst gemacht und hinterher war sie total glücklich und war total im Frieden mit sich. (D, Z. 657–665)

Das Zitat zeigt, wie sich die Einstellung der Frau im Zeitverlauf verändert und wie sie mithilfe der Bestatterin sukzessive ermächtigt wird, die Einbettung zu übernehmen und schließlich »alles selbst« zu machen. Die Interviewte Andrea nimmt gegenüber der Frau eine ermöglichende und begleitende Rolle ein. Die Frau bringt die Kleidung für das Kind mit (»hat es mir gebracht«), arbeitet ihr also zunächst zu. Im Gespräch zeigt die Frau dann Interesse daran, beim Einbetten dabei zu sein und fragt nach dem Aussehen des kindlichen Leichnams. Andrea antwortet, dass sie nichts darüber wisse, nimmt die Frau mit zum Gegenstand der Sorge (»wir gehen hin«) und übernimmt die Verantwortung, ihr mitzuteilen, was sie sieht. Die Formulierung »und dann kann *ich* immer noch entscheiden, wie viel Abstand oder wie viel Nähe *sie* irgendwie haben möchte« (eig. Herv.) verdeutlicht die Doppelrolle, in der sich Andrea sieht. Sie ist eine über den Zustand der Leiche und der Angehörigen *entscheidende* Instanz, die gleichzeitig Betroffenen eine Entscheidung und eine Erfahrung *ermöglicht*, die ihren Bedürfnissen entspricht. Das Ziel ihrer Arbeit ist im Idealfall, dass Eltern nach der Einbettung, wie die beschriebene Frau, »total im Frieden mit sich« sind.

Die Praxis der Einbettung durch Betroffene erfüllt mehrere sich wechselseitig bedingende Funktionen: den Verlust begreifen, Abschied nehmen, eine letzte Würde erweisen und eine Elternrolle übernehmen. Mit Blick auf die Fragestellung

nach den legitimen Formen der Personalisierung gehe ich genauer auf die letzten beiden Funktionen ein. Theresa veranschaulicht die Bedeutung der Einbettungspraxis für die Eltern so:

Das haben sie dann gestaltet und das ist auch ihr Häuschen. Das haben sie dann selbst gestaltet, bemalt, noch die Fotos und die Sachen rein getan und dann wissen sie auch egal, wie die Pathologie aussieht, aber mein Kind ist sozusagen in seinem Zuhause, was wir ihm gestaltet haben, was wir ihm gemacht haben. Wir haben für unser Kind sein Bettchen, seine Welt gemacht. (D, Z. 727–730)

Wenn die Betroffenen den Sarg in ein »Bettchen« für das Kind verwandeln und ihm damit »seine Welt« und sein »Zuhause« gestalten, übernehmen sie die Rolle fürsorglicher Eltern. Sie gestalten den Sarg, der dadurch zu »ihr[em] Häuschen« wird, in dem *ihr* Kind zuhause ist. Mit der liebevollen Gestaltung des Sarges für das Kind nehmen die Betroffenen eine Elternrolle ein. Der Zusammenhang zwischen dem Akt liebevoller Einbettung und elterlicher Identität wird im folgenden Zitat expliziert:

Andrea: Sie bleiben mit einem anderen Gefühl zurück, wenn sie es [die Einbettung, jB] selbst getan haben für ihr Kind und nicht gesagt (.)

Theresa: Das ist, glaube ich, auch manchmal noch so, das Eltern-Sein. Also in dem Moment handeln, Eltern sein, etwas für sein Kind tun.

Andrea: Genau. Oder viele sagen, formulieren das ja auch so ähnlich: Ja, viel konnten wir jetzt für sie oder für ihn ja gar nicht mehr tun. Aber das Wenige, das wollten wir halt auch noch selbst tun. Und das gibt ein zufriedenes Gefühl und Erleichterung. (D, Z. 1154–1160)

Bei der Einbettung werden Kindern und Eltern durch die Bestatterinnen klare Rollen zugewiesen, wodurch diese jenen Anerkennung zollen. Zudem werden die betroffenen Eltern aktiv (»handeln, etwas tun«) und vollziehen praktisch, teilweise unbewusst, eine Personalisierung ihres Kindes. Möglich wird diese doppelte – rollenbezogene und handlungspraktische – Statuszuweisung und Anerkennung des Kindes durch Bestatter*innen, die eine solche elterliche Praxis zulassen und anregen. Diese bezeugen zugleich den Anerkennungsakt.

Die Einbettung durch die Eltern sei auch eine, so bezeichnen Andrea und Theresa es mehrfach, »Zustimmung zu der Realität, dass sie so ist, wie sie ist«. Gemeint ist nicht, dass die Eltern diese Realität gutheißen, sondern dass sie sie akzeptieren. »Nach dem Einbetten sind sie nicht mehr im Schockzustand, da haben sie ein Stück inneren Frieden und auch: die Realität ist so und wird auch nicht mehr anders«. Die Bestatterinnen sehen es als ihre »Hauptaufgabe«, diesen »Schockzustand zu lösen und in etwas Fließendes zu bringen«, indem sie auch die Kreativität der Betroffenen fördern und diese ins Handeln bringen.

Anerkennung durch die »zweite Reihe«

Eine besondere Rolle weisen die interviewten Bestatterinnen Dritten zu, die indirekt oder direkt an der Einbettung und Abschiednahme beteiligt sind und diese stark beeinflussen. Nach dem Einbetten sei die »Öffnung nach außen« für die »zweite Reihe« einfacher. Das sind Geschwisterkinder, Großeltern und Personen aus dem weiteren Freundes- und Familienkreis. Je nachdem, wie viele beteiligt sind bzw. von den Eltern beteiligt werden, variiert der Personenkreis derjenigen, die den Verlust bezeugen, anerkennen und prozessieren können. Dabei erfüllen die Beteiligten unterschiedliche Rollen und Funktionen im Kontext der Verlustbewältigung.

Durch Geschwisterkinder entsteht bzw. besteht nach dem Verlust ein familialer Zusammenhang. Kinder haben im Umgang mit toten Körpern weniger Berührungängste. Viele sind neugierig, möchten den kindlichen Körper anfassen, sind erstaunt, dass er kalt ist. Auf diese Weise tragen Geschwisterkinder zur Normalisierung des Todes und zur Familiarisierung des verstorbenen Kindes bei. Zur Kontaktaufnahme von Geschwisterkindern sagt Theresa:

Oder auch Geschwisterkinder, die dann ganz stolz nochmal ihren ... Die waren ja auf der Geburt nicht dabei, die haben ja ihr Geschwisterkind, auf das sie sich so lange gefreut haben, nie gesehen. und wenn man dann nochmal hingeht, das ist auch manchmal total süß. Und dann wollen sie es manchmal auch noch auf dem Arm haben noch einmal, oder so was.

Andrea: Genau, das wollte [Name eines vierjährigen Bruders] auch. Halten. (D, Z. 263–267)

Die stolzen Geschwisterkinder wollen ihren Bruder oder ihre Schwester noch einmal im Arm halten. Dieser Kontakt am Sarg (zu dem »man dann nochmal hingeht«), das macht Theresa noch einmal deutlich, ist meist der erste zwischen den Geschwisterkindern, da die älteren Geschwister bei der Geburt nicht dabei waren und »ihr Geschwisterkind nie gesehen« haben. Solche Momente seien »insofern auch nochmal besonders, als dass Du dann mal die Familie wirklich beisammen hast und [Du] da halt auch so ein Foto machen [kannst] oder was auch immer, also Du einfach nochmal komplett warst für eine Stunde sozusagen«. Geschwisterkinder behandeln ihr verstorbenes Geschwister also sozusagen eindeutiger und mithin zwangloser als ein Familienmitglied, wodurch sie zur Institutionalisierung eines Familienzusammenhangs beitragen, in dem das verstorbene Kind seinen Platz hat.

Großeltern sind eine weitere wichtige Akteur*innengruppe zur Bezeugung und Anerkennung des Verlusts eines Kindes. Außerdem haben viele Großmütter eigene Erfahrungen mit Fehl- und Totgeburt und werden durch den Tod des Enkels oder der Enkelin mit eigenen, früheren Verlusten konfrontiert. Diese wenig sichtbaren

Verluste der heutigen (Ur-)Großelterngeneration deuteten sich schon früh im Forschungsprozess an. Interviewte erzählten, wie nach der Fehl- bzw. Stillgeburt ihre (Schwieger-)Eltern oder Großeltern erstmalig eigene Verluste erwähnten. Großeltern sind also nicht nur Zeug*innen des Kindsverlusts, sondern mitunter Teil der Erfahrungsgemeinschaft von Personen, die einen nicht anerkannten Verlust erlitten haben. Theresa beschreibt das Phänomen eindrücklich:

Du hast immer wieder bei Trauerfeiern oder auch da Leute, wo Du das Gefühl hast, die reagieren [...] auf eine ganz komische Art über, wo ich mir ziemlich sicher bin, dass es, das hat manchmal auch bei Großeltern, dass die eigene Erfahrungen dazu haben und die teilweise, also gerade bei der älteren Generation, die haben auch Kinder verloren, die durften sie nie sehen, die durften sie nie begraben, und wo dann manchmal noch ganz andere irgendwie an eigenen Traumata quasi gerührt wird und wo ich das Gefühl habe, dass wir eigentlich mit dem wie wir das machen oft quasi da nochmal heilend auch an so eine zweite Reihe, oder dritte Reihe irgendwie da/dass es einen Rahmen gibt, wo das irgendwie gut wird, in dem Schlimmen, wie es ist. (D, Z. 275–284)

Die angesprochenen Themen wie die Trauer der heutigen (Ur-)Großelterngeneration, etwaige Retraumatisierungen sowie späte oder stellvertretende Linderungen lang verdrängter Verluste habe ich nicht näher untersucht. In Bezug auf gegenwärtige Verlusterfahrungen vermute ich, dass die Thematisierung früherer Verluste durch die Mütter und Großmütter der Betroffenen sowohl Nähe als auch Distanz zwischen den Generationen stiften kann: Nähe, da die Erfahrung und die tiefgreifende Bedeutung des Ereignisses geteilt werden können, Distanz, wenn dem gegenwärtigen Verlust als nunmehr einem unter anderen die individuelle Bedeutsamkeit genommen wird. In jedem Fall zeugen die (späten) Thematisierungen von Verlusten der älteren Generation von der Relevanz, Dauerhaftigkeit und Tiefe von Verlusterfahrungen durch Fehl- und Totgeburt, die sich auch Jahre später noch einmal verändern und rekonstituieren können. Die Trauerfeier des Enkels oder der Großnichte kann dann stellvertretend und rückwirkend symbolisch vermitteln, dass auch der eigene Verlust bedeutsam ist.

Nicht zuletzt können andere Familienmitglieder, Freund*innen und Bekannte der Betroffenen helfen, den Verlust anzuerkennen und zu bearbeiten.¹⁹⁴ Theresa nennt diese Mitbetroffenen, die »nicht so ganz nah dran sind«, aber »mit emotional involviert« sind, auch an anderer Stelle des Interviews die »zweite Reihe«. Sie erzählt von einer Verabschiedung, die in der gleichen Konstellation von Personen gefeiert wurde wie zuvor die *baby shower* (dt. auch ›Babyparty‹ oder ›Wickelparty‹). Dieses

194 Seit wenigen Jahren wird, z. B. unter Bestatter*innen und in der Pflege, der Begriff ›Zugehörige‹ statt des Begriffes ›Angehörige‹ verwendet, um ein weiteres soziales Umfeld zu berücksichtigen, etwa auch Freund*innen und Ex-Partner*innen (vgl. Bauernschmidt & Dorschner 2018).

aus dem US-amerikanischen Raum stammende Format, etwa zwei Monate vor der Geburt das kommende Baby zu feiern, kann als Initiationsritual des Ungeborenen verstanden werden; ein Abschied durch den gleichen Kreis von Personen, die es im Leben bereits begrüßt haben, ist also naheliegend. Diejenigen, die, etwa über eine solche *baby shower*, an der Schwangerschaft und dem Ungeborenen Anteil nehmen, haben einerseits ebenfalls das Bedürfnis, Abschied zu nehmen bzw. den Tod zu verarbeiten. Andererseits wollen sie die Betroffenen in der Regel unterstützen und ihre Anteilnahme ausdrücken.

Möglich werden aktive Anteilnahme und Unterstützung »im gemeinsamen Tun«, z. B. der Gestaltung des Sarges als »Gemeinschaftsaktion«. Durch das Zusammensein schwinden Berührungängste und Kommunikationsprobleme und der Umgang mit den Betroffenen normalisiert sich: »dann bröselst irgendwie dieses, ›oh mein Gott, wie sollen wir jetzt mit denen noch umgehen? Kann man mit denen noch normal reden, heulen die jetzt die ganze Zeit, wie reagieren die eigentlich, kann man da jetzt noch einen Witz machen?««. Die gemeinschaftliche, kreative Praxis sei etwas, das »entgegen der Vereinzelung wirkt. Die halt heißt: ›Wir helfen uns«.

7.5 Bestattung

»[cn Fehlgeburt, Babybestattung]¹⁹⁵ Jedes Kind hat das Recht bestattet zu werden, unabhängig von Größe und Gewicht.«
30. Dezember 2018, @_Bestattung

Die folgende Darstellung betrifft den öffentlich sichtbarsten Anerkennungsakt, der zugleich den Erfolg von Initiativen dokumentiert: die Bestattung von Sternenkindern auf Friedhöfen oder an äquivalenten Orten, die ich als *besondernde Integration* charakterisiere. Sie ist der (nicht nur für Friedhofsbesuchende) sichtbarste Ausdruck der Anerkennungsbewegung und in ihr verdichten und materialisieren sich eine Reihe der bisher genannten Anerkennungsakte.

Die rechtliche Unterscheidung zwischen Tot- und Fehlgeburt schlägt sich in den Bestattungspraktiken nieder.¹⁹⁶ *Totgeborene*, d. h. ohne Lebenszeichen geborene Leibesfrüchte ab 500 Gramm Geburtsgewicht, gelten in den meisten

195 CN = Content Note: einem medialen Beitrag vorangestellte Stichworte zum Inhalt, oft als Triggerwarnung.

196 Die personenstandsrechtliche Änderung, seit der es ein Bestattungsrecht für Fehlgeborene gibt, wurde in 2.1.1 beschrieben. Bestattungsregelungen sind in Deutschland Ländersache; darüber hinaus entwickeln behandelnde Praxen und Kliniken interne Leitlinien bezüglich Information, Beratung und Begleitung von Betroffenen. Deshalb sind die folgenden Aussagen über übliche Routinen nicht zu verallgemeinern, sondern als Tendenzen zu verstehen.

Bundesländern als menschliche Leichen, weshalb für sie eine Bestattungspflicht besteht. *Bestattungspflicht* bedeutet, dass Eltern sich um eine Bestattung kümmern und diese finanzieren müssen.¹⁹⁷ Je nach Bundesland geht sie mit weiteren Verordnungen einher, bspw. mit der Pflicht, für den Leichentransport einen Leichenwagen zu benutzen. Auch wenn ein Stillgeborenes in einen Schuhkarton passt, muss es in diesem Fall mit einem Leichenwagen transportiert werden. Einige Interviewte berichten von rechtlichen Grauzonen, die sie nutzten, um individuelle Lösungen möglich zu machen. So erzählt z. B. Pia, dass ihre Bestatterin auf »bisschen gaunerhafte Weise, also sie hat dann mit uns Rosi in 'ner Sporttasche [aus der Klinik] abgeholt«, und ihr ihre Tochter für einen Tag mit nach Hause gegeben, damit sich auch andere Familienmitglieder von ihr verabschieden können. Möglich wurden dadurch eine Abschiednahme zuhause, die individuell gestaltet und im Familiengedächtnis erinnert werden kann. Aufgrund der Bestattungspflicht ist das Bestattungsunternehmen für die Abholung der Leiche verantwortlich, ein solches temporäres Übergeben an die Familie ist eigentlich nicht vorgesehen, aber auch nicht verboten. Für Eltern von Fehlgeborenen besteht hingegen das Recht auf Bestattung (vgl. 2.1.1). Betroffene können eigenständig eine Bestattung veranlassen, das Fehlgeborene bzw. Gewebe mitnehmen (und selbst beerdigen) oder sie der behandelnden Einrichtung überlassen, die »Fehlgeburten und Ungeborene [...] unter würdigen Bedingungen zu sammeln und zu bestatten« (§ 30 Abs. 3 S. 2 BestattG) hat. Aufgrund der Hinweispflicht, die in vielen Bundesländern inzwischen besteht, klären die meisten Kliniken und behandelnden Praxen Betroffene über die Möglichkeiten zur Bestattung auf.

Im Folgenden wird zunächst dieser Bestattungshinweis selbst als ein externer Akt der Anerkennung behandelt, der neben Unterstützung und Ermöglichung auch eine Irritation für Betroffene sein kann (7.5.1). Anschließend gebe ich einen Überblick über Anzahl und Gestaltung von Grabfeldern für Sternenkinder in Deutschland, um zu konturieren, welche Anerkennungserwartungen im Rahmen ihrer Bestattung inzwischen institutionalisiert sind (7.5.2). Darauf aufbauend werden drei Fälle miteinander kontrastiert, die einen je spezifischen Zusammenhang von Anerkennung der Stillgeborenen als Personen, Bestattungsform und Verlusterfahrung aufzeigen (7.5.3). Der letzte Abschnitt behandelt Denkmale, die eine dreifache Abwesenheit (des Körpers, des Lebens und der menschlichen Persönlichkeit) repräsentieren und dazu beitragen, die Verluste sichtbar zu machen (7.5.4).

197 Die Bestattungspflicht gilt auch bei Spätabbrüchen (sofern die Leibesfrucht eben mehr als 500 Gramm wiegt). Nicht allen, die sich für einen Spätabbruch der Schwangerschaft entscheiden, sind zum Zeitpunkt der Entscheidung derlei Konsequenzen bekannt.

7.5.1 Bestattungshinweis

Der Hinweis auf Bestattungsmöglichkeiten ist ein externer Anerkennungsakt, der für Betroffene auch irritierend oder umstritten sein kann.

Im Zuge der Einführung des umfassenden Rechtes, Fehlgeborene zu bestatten, haben einige Bundesländer eine Hinweispflicht für behandelnde Kliniken eingeführt. Betroffene können entscheiden, ob sie das Fehlgeborene bzw. das Gewebe der Klinik überlassen oder eigenständig eine Bestattung veranlassen. Dabei sind sie frei in ihren Gestaltungsmöglichkeiten, d. h. sie dürfen das Fehlgeborene mit nach Hause nehmen und auch außerhalb institutionalisierter Grabstätten, etwa im eigenen Garten, begraben. In Berlin erhalten die Betroffenen ein Formular, das sie unterschreiben und in dem sie ankreuzen müssen, ob sie damit einverstanden sind, dass das Fehlgeborene in eine Sammelbestattung kommt. Einige Krankenhäuser kremieren, dann findet eine gemeinsame Urnenbeisetzung statt, »in anderen Krankenhäusern teilen die sich dann einfach einen größeren Sarg, dann werden diese Kleinen in einen größeren Sarg alle reingelegt und dann werden die zugehörigen Eltern oder Familien eingeladen zu den Bestattungsterminen auf dem entsprechenden Friedhof«. Diese Termine finden etwa einmal im Quartal statt.

Wie (leicht) bei Fehlgeburten hingegen eine individuelle Beisetzung durch die Eltern umgesetzt werden kann, hängt nicht nur von der behandelnden Klinik, vom Bestattungsrecht des jeweiligen Bundeslandes sowie von der lokalen Friedhofsordnung ab. Eltern müssen in der Situation auch wissen, ob und inwiefern sie eine Einzelbestattung für ihr Fehlgeborenes veranlassen möchten oder nicht.

Die freiwillige Möglichkeit zu einer individuellen Bestattung hatten von den Interviewten Rhea, Clara und Kathleen – keine von ihnen nahm diese Möglichkeit wahr. Clara besuchte die von der Klinik¹⁹⁸ zur Sammelbestattung organisierte Trauerfeier, Rhea und Kathleen besuchten diese nicht. Zur Begründung ihrer Entscheidung, nicht auf die Feier zu gehen, unterschied Kathleen zwischen »Kinder[n], die Totgeburten sind und später geboren werden« und ihrem »14-Wochen-Kind«. Mittels dieser Unterscheidung grenzt sie sich doppelt von den »vielen weinenden Eltern« ab. Zum einen findet sie es moralisch »nicht so richtig«, sich unter die Trauernden zu mischen, da jene »mehr Recht auf Trauer« hätten. Zudem erscheint ihr die große »Trauerfeier«, diese »Todesszenario-situation« für den eigenen Abschied als unpassend und »zu viel«.

Im Folgenden möchte ich anhand von zwei Beispielen das Potenzial des 2013 eingeführten Bestattungshinweises aufzeigen, Betroffene (auch) zu irritieren. Das

198 Ob und wie eine solche Trauerfeier stattfindet, hängt von der Klinik bzw. dem Engagement Einzelner ab. Meist übernimmt die Seelsorge der Einrichtung die Organisation der Feier, also eine der beiden Amtskirchen.

erste Beispiel stammt aus einer Fernseh-Reportage zur Tabuisierung von Fehlgeburten und ist ein Auszug aus dem transkribierten O-Ton. Das Zitat eines betroffenen Paares veranschaulicht eindrücklich, dass es der Bestattungshinweis der behandelnden gynäkologischen Praxis ist (ein Formular, das die Betroffenen unterschreiben müssen), der ihnen überhaupt erst die Deutung, Eltern eines Kindes zu sein, zur Verfügung stellt. Sie beschreiben den Moment kurz vor der Ausschabung, in dem sie entscheiden müssen, was mit dem ausgeschabten Gewebe passieren soll:

Sie: Und in dem Moment muss man dann halt, bei der Frauenärztin wird man gefragt, was dann mit dem Ausgeschabten gemacht werden soll. Und da isses, das war uns nicht klar, dass, es ist in Deutschland mittlerweile so, dass (.) alles, egal wie groß, also nicht ab 500 Gramm oder 12., 13. Woche, sondern alles (.) beerdigt werden muss, so. Und dass man sein Einverständnis geben muss, dass das gemacht wird, oder ob man es selber machen will, ähm, plus, ähm, es gibt eine Abschiedsfeier, der man beiwohnen (.) kann, wenn man möchte. Öhm, ja. Und dass man das alles in dem Moment entscheiden musste. Ob oder ob nicht. Und für mich war so krass, dass unter dem Formular halt stand: ›Eltern des Kindes‹. Und da war für mich zum ersten Mal klar: ach krass, ja, wir wären Eltern geworden.

Er: Ja, als es dann in diesem Moment dann das erste Mal hieß: ›Eltern und Beerdigung und so‹, hab ich, glaub ich, gedacht (.) so: ›jetzt haben wir das (.) sind wir gerade so auf dem Weg, das so relativ gut zu überstehen so, und jetzt kommt nochmal so 'nen Hammer‹. Also (.) wi/ also quasi wir habens gerade geschafft das so 'n bisschen zu, ja, entemotionalisieren so und das hat, klappt ganz gut (.) und dann kommt auf einmal sowas und einer sagt halt: ›Kind‹ und: ›Ihr seid Eltern‹ und: //sie: mmh// ›es wird beerdigt‹ und auf einmal (3) {schluckt} [beginnt zu weinen]

Sie [flüstert]: Alles gut. [streicht über sein Gesicht] (WDR 2016, Min. 04:03–05:30)

Deutlich wird hier zum einen die emotionale Überforderung angesichts des für beide neuen Deutungsangebotes, Eltern zu sein und ein Kind verloren zu haben, sowie der Information, dass dieses Kind in jedem Fall bestattet wird. Andererseits zeigt die Passage, vor allem bei ihm, die Verärgerung über diese Kommunikation (»es hieß«, »einer sagt«), die einer Rationalisierung (»entemotionalisieren«) entgegenwirkt. Gleichzeitig lehnt das Paar diese Deutung nicht ab, vielmehr dokumentiert sich hier die zur Verfügung gestellte Deutung als eine zutreffende und schmerzhaft Offenerbarung. »Es ist ja ein Familienmitglied, was nicht bei uns ist«, sagt sie etwas später im Beitrag und bringt damit die personalisierende Anerkennung des Fehlgeborenen zum Ausdruck.

Im zweiten Beispiel für das Irritationspotenzial des Bestattungshinweises werden die externen Anerkennungsakte, die Deutung, ein Elter zu sein sowie die Bestattungspraxis hingegen dezidiert abgelehnt. Im Blogartikel des feministischen Blogs kleinerndrei.org berichtet die Autorin Simone Haas (2016) von ihrer ungeplanten Schwangerschaft. Anfänglich macht sie sich Sorgen und

ist wütend, dann arrangiert sie sich mit der Schwangerschaft und übernimmt die Rolle einer glücklich Schwangeren. Als ein Ultraschall ihre Fehlgeburt offenbart, fühlt sie, nach dem ersten Schock, auch »Erleichterung«. Im folgenden Auszug thematisiert sie ein Gespräch in der Klinik, in der zuvor die Ausschabung durchgeführt wurde:

»Beim Abschlussgespräch bekomme ich das Gefühl, dass ich mich auch als Frau mit Fehlgeburt nicht der Norm entsprechend verhalte. Auf die Frage ›Wann kann ich den Mutterpass wegwerfen?‹ bekomme ich einen unverständigen Blick mit dem Hinweis auf eine Broschüre, an der ich wohl kein Interesse hätte, wenn ich so etwas fragen würde. Wieso? Worum ging es denn? Ein Blick auf die Broschüre verrät meinen Fehler: In diesem Krankenhaus werden Fehlgeburten in einer Sammelbestattung beigesetzt und die trauernden – ›wurdenden‹ – Eltern werden zur Beerdigung eingeladen. Spontan wird mir wieder kotzübel. Damit hatte ich nicht gerechnet. Am liebsten hätte ich die Menschen gefragt, ob sie noch alle Tassen im Schrank haben, das ›Gewebe‹, von dem den ganzen Tag die Rede war, zu beerdigen. Aber mir ist klar, dass ich damit anderen [sic!] vor den Kopf stoßen würde, die sich anscheinend gut damit fühlen und ich will diesen Menschen meinen Respekt entgegenbringen.« (Haas 2016, o. S.)

Sichtbar werden hier zwei Irritationen. Erstens lehnt die Autorin deutlich eine Bestattung und die Zuschreibung ab, trauernde Mutter zu sein. Sie zieht keine Bestattung in Erwägung und grenzt sich von »diesen Menschen« ab, die »›Gewebe‹« beerdigen.¹⁹⁹ Weder identifiziert sie sich mit der Community trauernder Eltern, noch bezieht sie sich auf das Fehlgeborene als Kind. Im gesamten Artikel nennt sie ihr Ungeboresenes »Embryo« oder »mein kleiner Parasit«, was auch der Ambivalenz der ungeplanten und frisch akzeptierten Schwangerschaft Ausdruck verleiht. Zweitens offenbart das Zitat die starken Gefühlsnormen, denen Simone in der Situation ausgesetzt ist. Das Klinikpersonal erwartet von ihr, dass sie trauert, und sanktioniert sie mit Blicken und Worten für ihr Vorhaben, den Mutterpass – ein Artefakt der Mutterschaft – wegzuwerfen. Ihr wird »kotzübel«, und obwohl sie wütend ist, sagt sie nichts. Ihr Schweigen rechtfertigt sie mit ihrem Wunsch, anderen und deren Gefühlen gegenüber respektvoll zu sein – gleichzeitig wird sie damit der (›in diesem Krankenhaus« etablierten) Trauernorm gerecht.

Beide Beispiele, die Irritation des Paares angesichts des Formulars sowie der Autorin angesichts der Broschüre, veranschaulichen eine um das Fehlgeborene und dessen Eltern zentrierte (diskursive) Anerkennungspraxis, die aus der neu eingeführten Pflicht hervorgegangen ist, Betroffene über Bestattungsmöglichkeiten

199 Die Anführungszeichen offenbaren zugleich die Kritik an der medizinisch-rationalisierten Bezeichnung.

zu informieren und entscheiden zu lassen. Der Entscheidungsprozess ist hier begleitet von Gefühlsnormen und (gegenderten) Rollenerwartungen, vor allem an die ›trauernde Mutter‹. Der Hinweis auf Bestattungsmöglichkeiten ist somit Teil einer im Zuge der Personenstandsänderung institutionalisierten externen Anerkennungspraxis, die bei einzelnen Betroffenen Irritationen auslöst.²⁰⁰

7.5.2 Grabfelder für Sternenkinder

Grabfelder für Sternenkinder integrieren diese, teilweise im Nachhinein, als Personen und besonders sie zugleich als vertrauenswürdig, geliebt und zu früh verstorben.

Es gibt keine genauen Angaben über die Anzahl separater Grabfelder für Kinder bzw. ungeborene Verstorbene auf den ca. 32 000 Friedhöfen in Deutschland. Im Internet listet die Initiative Regenbogen deutschlandweit 325 Gräberfelder für fehl- und totgeborene Kinder. Besucher*innen der Seite können Ergänzungen für die Datenbank einsenden (vgl. Regenbogen o. J. b). Das Bestattungsunternehmen Charon führt allein für Berlin²⁰¹ und Umgebung 24 Friedhöfe mit Bestattungsstellen für Kinder nebst »Sternschnuppenbäumen« in nahe gelegenen Friedwäldern auf (vgl. Charon 2015).²⁰² Ein inzwischen für sein Grabfeld für Sternenkinder bekannter und beliebter Bestattungsort ist der Alte St.-Matthäus-Kirchhof in Berlin-Schöneberg.

Integration und Besonderung

Zur Einweihung des Grabfeldes »Garten der Sternenkinder« auf dem Alten St.-Matthäus-Kirchhof am 20. April 2008 wurden zwei Ansprachen gehalten, die idealtypisch für das Spannungsfeld zwischen Integration und Anerkennung von Sternenkindern einerseits und ihrer Besonderung andererseits stehen.

Die eine Rede hielt die Mitinitiatorin Gabriele Gérard, »selbst Mutter eines viel zu früh verstorbenen Sohnes«, der unweit des neuen Grabfeldes begraben liegt. Ihr Sohn kam, das wird in der Rede nicht erwähnt, mit 23 Jahren bei einem

200 Eine vergleichbare Erwartung von Klinikpersonal an Frauen, ihre Fehlgeburten zu betrauern, beobachtet Reagan (2003, S. 359) in den USA.

201 Dass viele Beispiele aus Berlin stammen, ist kein Zufall: Dort ist ein überdurchschnittliches Engagement für die Veränderung des öffentlichen Bewusstseins bezüglich Fehl- und Stillgeburten zu verzeichnen.

202 Bestattungswälder, also Beisetzungen an ausgewählten Bäumen, werden nicht weiter behandelt, da bei dieser Beisetzungsform keine individuelle Grabgestaltung und -pflege zulässig ist, d. h. auch keine symbolische Besonderung von (Sternen-)Kindern beobachtbar ist.

Unfall ums Leben (vgl. Trauer um Florian o. J.); ihr Status einer verwaisten Mutter ist also unumstritten. Indem Frau Gérard sich als ebenfalls Betroffene bezeichnet und mit Eltern von Sternenkindern in einer Gruppe trauernder Eltern verortet, legitimiert sie deren Verlustgefühle und Bedürfnisse, z. B. ihr Sternenkind im Einzelgrab zu bestatten. Für sie ist unstrittig, dass Sternenkinder Kinder sind, für die gleiche Rechte gelten sollen. So sagt sie:

»Sternenkinder« sind Kinder, die keinem Begräbniszwang unterliegen und für sie soll gelten, was für jeden anderen Menschen gilt: die Selbstverständlichkeit einer würdevollen Beisetzung und ihren Eltern soll die Möglichkeit gegeben werden, diesen Abschied weitgehend selbst zu gestalten.«

In ihrer Rede sind die verstorbenen Kinder die Betroffenen: »Sie hatten nie die Chance, ihre Eltern kennen zu lernen, behütet aufzuwachsen. Ihr Leben verlöscht, noch bevor es beginnt«. Und die Eltern werden in ihrer Rolle *als* Eltern bestärkt. Die Rede ist geprägt von einer positiven Metaphorik um Sternen Kinder und Trauer (»Sterne zeigen Himmelsrichtungen an, sie erleichtern dem Suchenden, den eigenen Standort herauszufinden; sonst wäre der Mensch hoffnungslos verloren in der grenzenlosen Dunkelheit der Nacht«) und birgt ein klares Plädoyer für die Anerkennung von Sternenkindern als Kinder, u. a. über deren Platznahme auf dem Friedhof.

Das andere Grußwort zur Einweihung, in dem Sternen Kinder hingegen besonders werden, sprach der damalige Bezirksoberbürgermeister von Tempelhof-Schöneberg Ekkehard Band. Es beginnt mit Allgemeinplätzen über die Unbegreiflichkeit des Todes (»Trauer, viel innere Leere und die Frage nach dem ›Warum?‹ quält Eltern und Angehörige«). Band stellt daraufhin einen Zusammenhang zwischen Betroffenheit und ehrenamtlichem Engagement her und lobt den gemeinnützigen Förderverein EFEU e. V. für das Übernehmen der Aufgabe, »einen Bestattungsort für Kinder, die nicht der offiziellen Bestattungspflicht unterliegen«, zu schaffen. Die »Ermutigung an die Eltern, ihre ›Sternenkinder« in einem Einzelgrab zu beerdigen und den Abschied selbst zu gestalten, helfe [...] bei der notwendigen Trauerarbeit«. Band dankt den Mitgliedern des Vereins

»[f]ür diese Initiative und auch für [i]hre anderen Projekte, wie der Erinnerungsarbeit an die auf dem Friedhof beerdigten Angehörigen der schwul-lesbischen Szene, den Grabpatenschaften für den Erhalt der historischen Grabmale und Pflege«.

Sternenkinder werden hier mit »beerdigten Angehörigen der schwul-lesbischen Szene« und Kriegstoten parallelisiert – und in eine Reihe gestellt mit anderen besonderen Gruppen *zu früh* Verstorbenen. Dazu kommt, dass diese Gruppen aufgrund der Umstände ihres Todes mitunter – als Kriegsopfer, als AIDS-Tote,

als Fehlgeburten – stigmatisiert wurden und werden.²⁰³ Diese Besonderung der Sternenkinder, die auch im Plädoyer von Frau Gérard steckt, bildet den ambivalenten Status dieser Kinder ab, an dem sich Konflikte um die angemessene Bestattungsform und Trauerintensitätsnormen entzünden (siehe auch 7.5.3).

Zunehmende Platznahme

Die zunehmende Platznahme auf Friedhöfen durch eigens für verstorbene Kinder angelegte und ausgerichtete Einzelgräber, Grabfelder, Denkmale und Trauerfeiern transformiert nun den umstrittenen Status der ungeborenen Verstorbenen. Sie werden auf den Gräbern als »geliebt« bzw. »gewollt«, als »zu früh verstorben« und damit als »bereits vorhanden« angesprochen. Bestattungsfeiern und andere Veranstaltungen mit Ritualcharakter fungieren so auch als ein Übergang der Verstorbenen und der nie auf der Welt Gewesenen in das soziale Leben. Im Anschluss an die (in 3.7.2 und 7.2 erwähnten) Feierlichkeiten zum Weltgedenktag der Sternenkinder 2014 am Alten St.-Matthäus-Kirchhof fand ein »Lichterlauf zum Garten der Sternenkinder« statt. Auf dem Weg dorthin sagte eine Frau zu ihrem etwa dreijährigen Sohn: »Komm, wir gehen zu R.«, woraufhin dieser zum Grab seines Bruders R. ging und mit den dort geparkten Spielzeugautos spielte. Wie die Interaktion mit verstorbenen Kindern auf dem Friedhof fortgesetzt wird, lässt sich auch gut auf der Social-Media-Plattform Twitter beobachten, auf der z. B. zu Weihnachten und Silvester Videos von leuchtenden Weihnachtsbäumen und Wunderkerzen am Grab gepostet werden. Eine so von Eltern und Geschwistern aufrechterhaltene Beziehung zu verstorbenen (Geschwister-) Kindern ist unter dem Begriff der »*continuing bonds*« (Klass et al. 1996) in der Trauerforschung bereits gut ausgearbeitet (vgl. Klass 1996; Arnold & Buschman Gemma 2008; auch Sørensen 2011, S. 165).

Die Grabfelder und individuellen Gräber unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zentralität, ihrer Zuordnung und ihrer Sichtbarkeit auf dem Friedhof sowie in Größe und Gestaltung. Dennoch lassen sich einige typische Merkmale der als solche gekennzeichneten Kindergräber benennen. Augenfällig ist ihre farbenfrohe und detailreiche Gestaltung. Auf vielen Gräbern drehen sich bunte Windräder. Spielzeug sowie selbst gebastelte Erinnerungsstücke – wie getöpferte Namensschilder oder laminierte, handgeschriebene Briefe an das Kind – sind sorgsam platziert (für weitere Gestaltungsbeispiele vgl. Benkel & Meitzler 2013, S. 134–145). Bei einem Besuch eines Berliner Grabfeldes für gemeinschaftliche Bestattungen von nicht bestattungspflichtigen, totgeborenen Kindern fanden sich etwa ein

203 Die Angehörigen der schwul-lesbischen Szene werden hier aufgrund der in der Szene häufigen Todesursache AIDS kollektiviert, die solch ein gesondertes Areal auf Friedhöfen überhaupt erst nötig machte. Zur Stigmatisierung von AIDS-Toten siehe Doka (2014) und Werner-Lin und Moro (2004).

Dutzend Einweckgläser, in denen sich Objekte wie Kuscheltiere oder Gummibärchen befanden. Der Verlust wird hier durch fragile, kleine und weiche Objekte (im Gegensatz zur steinernen Grabplatte) repräsentiert, die im – dennoch zerbrechlichen – Glas zugleich geschützt, sichtbar und erhalten bleiben sollen. Durch das regelmäßige Dekorieren, Erneuern und Ersetzen wird die liebevoll gepflegte Beziehung zu Verstorbenen, werden die *continuing bonds* repräsentiert.

Bei der Bestattung in Gemeinschaftsanlagen werden die Verstorbenen in Bezug zur Peergroup Kinder gesetzt, somit *als* Kinder gedacht. Die Verstorbenen werden so über ihr Alter und die Tatsache, zu früh verstorben zu sein, vergemeinschaftet. Damit bleiben sie im Verlauf des weiteren Lebens immerzu Kind und durchlaufen keinen Statuswechsel mehr. Gleichzeitig kann der Friedhof zu einem Bezugspunkt einer Gemeinschaft von Betroffenen werden, die sich in einer bestimmten Lebensphase und -lage befinden. »Manche Friedhöfe haben Grabfelder nur für Kinder, die auch ein Ausdruck der Schicksalsgemeinschaft der toten Kinder und der betroffenen Eltern sind« (Charon o. J., o. S.). Auch Nicole und Antonio berichten von einer Freundschaft mit einem Paar, das »die gleiche Erfahrung gemacht« hat, die auf dem Friedhof begonnen hat.²⁰⁴ Grabfelder für Sternenkinder sind also räumlich und ästhetisch besondert, sie werden kinderfreundlich gestaltet und in den Familienalltag, z. B. als Spielwiese für Geschwister, eingebunden und ermöglichen Begegnungen Betroffener. Dabei steht der Status der Sternenkinder außer Frage – sie werden als Verstorbene prozessiert und dadurch in die menschliche Gemeinschaft und in die Familie integriert.

7.5.3 Bestattungsform und Verlusterfahrung

Bestattung und Verlusterfahrung bedingen sich wechselseitig: Die Form des Verlusts beeinflusst die Art der Bestattung, und diese repräsentiert, was verloren wurde. Bestattungsformen sind dementsprechend variantenreich und umstritten.

Jede der in 5.4 definierten Verlustkonstellationen legt bestimmte Formen der Bestattung nahe. Abhängig davon, ob ein Kindeskörper (etwas, das bestattet werden kann) und eine Vorstellung eines Kindes vorhanden sind, kommt überhaupt

204 Sie erzählen: »Jetzt ist es so, dass wir ausgewählte Menschen haben, mit denen wir drüber sprechen. Das sind ein befreundetes Paar, die die gleiche Erfahrung gemacht haben wie wir, die haben wir auf dem Friedhof kennengelernt. [...] also das hab' ich nicht geglaubt, dass das so (.) dass man irgendwie auf'm Friedhof so 'ne Bekanntschaft macht und dass es dann auch noch'n nettes, junges Paar ist und man sich super versteht und so. Und wir besuchen uns gegenseitig und es ist echt schön und mit denen können wir richtig, also da können wir richtig drüber reden und unseren Gefühlen dann auch freien Lauf lassen und auch irgendwie über (.) keine Ahnung, auch über die unangenehmen Dinge sprechen« (F, Z. 524–531).

eine Bestattung oder Abschiednahme in Betracht. Ein *Schwangerschaftsverlust* zieht üblicherweise keine Bestattung nach sich, da weder Kindeskörper noch Kindesvorstellung vorhanden sind. Bei einem *unsichtbaren Kindsverlust* ist keine Bestattung möglich, da kein Körper vorhanden ist. Bei (Sternen-)Kindsverlusten und ambivalenten Verlusten gibt es nach der Geburt einen kindlichen Körper. Während bei (*Sternen-*)Kindsverlusten Abschied und Bestattung naheliegen, da es keinen Zweifel an der Existenz einer kindlichen Person gibt, hängt es bei *ambivalenten Verlusten* stark von den sozialen und zeitlichen Umständen ab, ob, wann und wie Abschied genommen und bestattet wird.

Die folgende Analyse eines Threads aus einem Forum für trauernde Eltern zeigt, welche Bedeutung die Bestattung für die Verlustkonstitution einnimmt. Insbesondere fehlende oder inadäquate Bestattungen lassen einen Verlust unsichtbar bleiben und entreechten vorhandene Trauergefühle. Im analysierten Fall bestehen im Umfeld der Betroffenen Amina keine generalisierten und institutionalisierten Anerkennungserwartungen, ihre ungeborenen ›Babys‹ (es sind Zwillinge) zu bestatten. Dieser konkrete Akt der Anerkennung wird ihnen bzw. der Betroffenen, die sich eine solche Beerdigung gewünscht hätte, nicht zuteil. Der analysierte Thread bestand zum Zeitpunkt der Auswertung aus insgesamt sechs Beiträgen von drei verschiedenen Frauen.

»Massengrab« statt Einzelgrab

Der initiale Post stammt aus dem Jahr 2010²⁰⁵ und ist mit »Anstehende Beisetzung« betitelt. Amina, Mutter zweier weiterer, lebender Kinder, verliert Zwillingssäuglinge im fünften Monat durch einen Schwangerschaftsabbruch. Sie skizziert ihre derzeitige Situation: Vor vier Monaten hat sie ihre Ungeborenen verloren, die nun demnächst beigesetzt werden. Sie schreibt:

»Bei uns werden 2 x im Jahr (Mai und Oktober) die ›Babys‹ in einem ich nenn es mal Massengrab beigesetzt. Und bald ist es soweit und ich kann endlich vernünftig Abschied von meinen Babys nehmen.«

Aufgrund der üblichen Regelung von Sammelbestattungen durch die behandelnden Kliniken hat Amina »fast vier Monate« warten müssen. Die Möglichkeit einer eigenmächtigen Beisetzung der Leibesfrüchte nimmt sie nicht wahr. Das ist auch, wie gezeigt werden wird, der Übernahme von Deutungen ihres sozialen Umfeldes geschuldet, die in Widerspruch stehen zu ihren Gefühlen und ihren eigenen Deutungen – bspw. der ungeborenen Föten *als* Babys:

205 Der Verlust ereignete sich somit vor der Einführung eines umfassenden Rechts auf Bestattung Fehlgeborener im Jahr 2013. Die Betroffene hätte heute andere Bestattungsmöglichkeiten.

Den Beisetzungsobjekten wird dieser Status durch die Anführungsstriche aberkannt, den Abschiedssubjekten hingegen zugesprochen. Bereits hier wird die Ambivalenz deutlich, die für Amina problematisch zu sein scheint.

Sie bezeichnet die Sammelbestattung als »Massengrab«, was die Anonymität und skandalöse Entwürdigung zum Ausdruck bringt, die sie damit verbindet. Diese Abwertung klagt sie an, sie weiß ihr aber nichts entgegenzusetzen. Ambivalent ist auch, dass sie die Bestattung, die sie in ihrer Form ablehnt, gleichzeitig herbeisehnt (»bald ist es soweit und ich kann endlich«). Wichtiger als die Ruhestätte ist zunächst die antizipierte Schmerzerleichterung durch das Abschiedsritual. Weiter unten schreibt sie:

»Die Urne wird in ein kleines Loch auf der Tränenwiese (wie passend) gelassen und nur ein Pflasterstein mit Datum wird zu sehen sein doch ich weiß das sie da sein werden. Alle toten Föten der Umgebung werden dort beigesetzt.«

Es gibt keinen Grabstein mit Namen oder Geburts- und Sterbedatum, die auf die Identität ihrer Kinder verweisen. In ihren zynischen Worten steckt Empörung über die Unmöglichkeit, für ihre Ungeborenen ein eigenes Grab zu bekommen. Explizit schreibt sie:

»Entschuldigt bitte das klingt jetzt blöd und ich möchte niemanden hier verletzen aber ich hätte mir ein ›richtiges‹ Grab gewünscht. Mit einem Grabstein einer Kerze, Blumen und was mir sonst noch in den Sinn gekommen wäre.«

Amina geht auf die Art der Bestattung und Grabgestaltung ein und nicht auf Abläufe der Beisetzungszeremonie. Sie hat keine konkreten Vorstellungen von der Umsetzung der Beisetzung selbst. Dabei wäre erwartbar, dass gerade der rituelle Vollzug als Möglichkeit gesehen würde, »endlich vernünftig Abschied« zu nehmen. Stattdessen wird, wie bei der Sammelbestattung, eine passiv-»erleidende« (Schütze 1981) Haltung eingenommen (»was in den Sinn gekommen wäre«). Sprachlich findet eine Anlehnung an traditionelle Beerdigungsfeiern statt: Eine Urne kann man tragen oder legen, hier wird sie wie ein schwerer Sarg herab-»gelassen«. Eine traditionelle Vorstellung einer Beerdigung, einer offiziellen Abschiednahme drückt sich hierin aus sowie in den klassischen Attributen eines Grabes: Grabstein, Kerze und Blumen, die hier als individuelle Grabgestaltung (»was *mir* in den Sinn gekommen wäre«) eingeführt werden. Indem sie sich diese für ihre Babys wünscht, verletzt sie die von ihr internalisierte und reproduzierte Trauerintensitätsnorm, wie im Folgenden deutlich werden soll.

Die Formulierung »Entschuldigt bitte« irritiert. Warum entschuldigt sie sich in einem Trauerforum für den Wunsch einer bestimmten Begräbnisform? Hier kommt zu der Empörung etwas Paradoxes hinzu: eine Selbstdelegitimierung als

Trauernde und als überhaupt – von einem Verlustfall – Betroffene. Deutlich wird das im letzten Ausschnitt ihres Beitrags:

»Viele von euch haben ihre Kinder aufwachsen sehen und mussten ertragen das sie ihnen viel zu früh entrissen wurden.

Ich bewundere eure Stärke und beweine eure Verluste.

Ich weiß das es die meisten hier viel schlimmer getroffen hat und euer Leid viel weitreichender ist.

Aber ich kann mit niemanden reden alle sagen ich reagiere viel zu überzogen.«

Es besteht folgende Problemlage: Die voraussichtliche Bestattung wird von Amina als unzureichender externer Anerkennungsakt empfunden. Eine individuelle Abschiednahme in Form einer Einzelbestattung wird wegen der Zuschreibung des Umfeldes (»überzogen«) als illegitim erachtet. Amina erlebt einen inneren Konflikt. Auf der einen Seite empfindet sie Verlustgefühle²⁰⁶ und hat das Bedürfnis nach einer traditionellen Bestattungsfeier. Auf der anderen Seite sieht sie sich konfrontiert mit den institutionalisierten Bestattungsformen für »[a]lle toten Föten der Umgebung« sowie den Erwartungen des Umfelds. Der Deutung des Ereignisses als Verlust eines geliebten, »zu früh« verlorenen Kindes – den sie anderen trauernden Eltern zugesteht (»entrissen«, »ertragen« usw.) – entspräche ein liebevoll gestaltetes Einzelgrab als angemessene, »richtige« Bestattungsform. Ihre Ungeborenen versterben, bevor sie sozial als Kinder gelten. Amina delegitimiert sich deshalb als nicht ausreichend betroffen, als Person, die keine signifikanten Anderen zu betrauern hat. Die Art, wie sie ihren Gefühlen Ausdruck verleiht, verletzt die von ihr internalisierte Trauerintensitätsnorm, man habe um Ungeborene bedeutend weniger zu trauern als um ältere »zu früh« verstorbene Kinder. An späterer Stelle, in einem zweiten Post, schreibt sie:

»Ich hätte mir für meine süßen ein Einzelgrab gewünscht doch leider fanden alle das zu übertrieben, für Babys die noch nicht geboren waren.«

Statt eines individuellen Umgangs zeigt sich hier eine Orientierung an und der Wunsch nach einer anerkannten Form der Bestattung, die Kindern eine eigene Existenz bestätigt. Diese Existenzbestätigung kann Amina ihren Ungeborenen nicht selbst geben. Die Krisenhaftigkeit entsteht durch die Verunmöglichung,

206 Sie schreibt: »ich fühle diese Leere in mir. Der Bauch ist leer und mein Herz so voll mit Schmerz«.

dem Verlustschmerz ein adäquates Verlustobjekt zuzuordnen²⁰⁷ sowie durch die Limitierung eigener Bedürfnisbefriedigung durch das Umfeld. Amina fordert zwar eine selbstbestimmte Abschiednahme ein, dabei geht es aber nicht um einen Anspruch auf Selbstverwirklichung. Vielmehr wird hier die fehlende Anerkennung und damit die kollektive Nicht-Behandlung des Ereignisses als Todesfall zum eigentlich krisenhaften Problem.

»Familiengrab« und »Spielplatz« als kontrastive Deutungsangebote

Zwei Antworten gibt es auf diesen initialen Post. Zuerst antwortet, ohne einen Namen anzugeben, eine Frau, deren Schwangerschaft in der 13. SSW endete. Sie, hier »B.« genannt, schreibt folgenden Beitrag:

»Hallo, auch ich ich habe vor kurzem mein Kind (in der 13. SSW) verloren. Da es sich um eine ›missed abortion‹ handelte, wurde die Fehlgeburt eingeleitet und anschließend eine Ausschabung vorgenommen. In der Klinik, wo ich lag, war es kein Problem, dass ich das ›Abortgewebe‹ - wie es medizinisch genannt wird - mit nach hause nehmen konnte. Ich habe unser Kind dann still im bereits vorhandenen Familiengrab beigesetzt. Ich wünsche allen Betroffenen, dass auch sie auf so viel Verständnis in der Klinik treffen und selber entscheiden können, ob sie das Kind selber beerdigen möchten oder es in eine gemeinschaftliche Beisetzung einbezogen wird.«

B. kann das »Abortgewebe mit nach hause nehmen« (wie ein lebendes Baby nach der Geburt), um es im Familiengrab beizusetzen. Die Bestattung, anscheinend privat und ›heimlich‹ vollzogen, wird so zur symbolischen Eingliederung in die Gemeinschaft der Familie, das Kind wird als familienzugehörig markiert. B. handelt selbstbestimmt und findet einen Weg adäquater Abschiednahme. Die Bemerkung am Schluss, dass die Entscheidung, wie das Kind zu bestatten sei, den Betroffenen selbst überlassen werden solle, betont den Wert dieser Selbstbestimmung.

Amina antwortet darauf kurz, dass sie diese Möglichkeit leider nicht gehabt habe. Die lange Wartezeit begründet sie mit »einer Organbiopsi oder wie man das nennt«, ein Familiengrab existiere nicht. Sie bekräftigt aber noch einmal, dass sie schön findet, dass B. diese Möglichkeit gegeben wurde.

207 An anderer Stelle versucht Amina, ihr Angstgefühl zu explizieren: »Wir möchten gerne noch ein Kind doch ich habe Angst. Ich weiß nicht was stärker ist die Angst das es nicht klappt oder die Angst das wieder etwas schief gehen könnte«. Die Angst vor dem Verlust eines geliebten Menschen überschneidet sich hier mit der Angst vor einer unerfüllten Familienplanung. Die Unmöglichkeit, dem diffusen Gefühl ein eindeutiges Angstobjekt zuzuordnen, macht das Krisenhafte aus und reproduziert Aminas Status einer illegitim - weil nicht um einen Kindsverlust - Trauernden.

Daraufhin schreibt in ähnlicher Erzählstruktur eine dritte Frau namens Caroline vom Verlust ihres Kindes:

»Hallo! ich habe mein kind in der 22. SSW verloren, es wollte einfach raus und es war nichtmehr zu bremsen. bei der geburt ist das kind dann gestorben. ich konnte ihr einen namen geben. auch sie wurde auf einem kindergrabfeld beigesetzt. welches ich allerdings nicht als »massengrab« gezeichnen würde. ich stelle es mir einfach so vor, als wäre es ein »spielplatz«. da sind die kinder nicht alleine und sie können miteinander spielen (auch wenns blöd klingt). bei uns gibt es da eine große engelstatue, diese ist für mich die »anlaufstelle«. denn mein kind, denke ich, ist nicht da unter der erde, die seele ist ganz wo anders. auch ich hätte mir eine einzelbestattung gewünscht, doch ich bin erst 21 und ich konnte es mir einfach nicht leisten. ich wünsche dir auf jede fall alles gute«

Caroline bietet hier eine Umdeutung einer vergleichbaren Bestattungssituation an. Sie stellt zum einen der Deutung einer anonymen, würdelosen und gewaltsamen Massenbestattung eine feinstoffliche Erzählung entgegen, die die verstorbenen Ungeborenen in Beziehung zur Peergroup Kinder setzt und sie somit als Kinder konstruiert. Zum anderen nennt sie einen alternativen Ort zum Grab: eine »Engelstatue«, die sie als »Anlaufstelle« nutzt, um zu trauern und zu erinnern. Wichtig ist, zu bedenken, dass die Bestattung hier bereits vollzogen ist und Caroline eine routinemäßige Trauerpraxis etablieren konnte. Amina befindet sich noch in Ungewissheit. Während Caroline die leibliche Erfahrung des praktischen Vollzugs der Abschiednahme bereits gemacht hat, stellt Amina sich keine Abschiedspraktiken, dafür eine anonyme Grabstätte vor. Außerdem – auch das ist ein entscheidender Unterschied zu Amina – gab Caroline »ihr« einen Namen und institutionalisiert die Existenz ihrer Tochter. Durch die Namensgebung weist Caroline ihrer Tochter eine Identität und einen Platz in der sozialen Welt zu. Auch Caroline wünscht sich ein Einzelgrab. In der Tatsache, sich das Einzelgrab nicht leisten zu können, drückt sich vielleicht die Folge sozialer Benachteiligung aus (Armut und/oder mangelnde Unterstützung), nicht aber das Problem einer fehlenden Anerkennung der Existenz ihres Kindes.

Amina antwortet auch auf diesen Post. Dabei lehnt sie die Übernahme der von Caroline angebotenen Umdeutung ab:

»Deine Meinung mit dem Spielplatz kann ich leider nicht teilen. Finde es aber gut das du damit wohl besser zurecht kommst als ich.«

Amina sucht zunächst in ihrem Umfeld Unterstützung dafür, ihrem Wunsch nach einem Einzelgrab Ausdruck zu verleihen. Dort erhält sie diese nicht, sondern verliert mit ihrem Bedürfnis die Gefühlsnorm adäquater Trauerintensität. Daraufhin

wendet sie sich an das Trauerforum im Internet, in dem sie Resonanz und Anerkennung ›ihrer Kinder‹ erhält.

Ihr Problem bezüglich der etablierten Trauerintensitätsnorm für Fehl- und Totgeburten wird dort allerdings nicht gelöst. Beide Frauen, die auf ihren Post antworten, haben jeweils andere Wege gefunden, um mit den im Widerspruch zu den eigenen Gefühlen stehenden Trauernormen umzugehen: B. behandelt den Todesfall im Familiären und damit Privaten, Caroline nimmt eine individuelle Umdeutung vor. Für Amina kommen beide alternativen Deutungsangebote nicht infrage. Auch eine *stille* Beisetzung in einem Familiengrab, wie bei B., hätte nur zur Anerkennung ihres Verlusts beigetragen, wenn ihr andere Familienmitglieder oder Freund*innen als Zeug*innen beigezogen hätten.

In den drei beschriebenen Fällen gibt es einen je fallspezifischen Zusammenhang zwischen Anerkennung der/des Ungeborenen, Bestattung und Verlust Erfahrung. Aminas und Carolines Kinder werden auf einem Kindergrabfeld bestattet. Amina bezeichnet diese Bestattungsform als »Massengrab«, setzt ihre »Babys« in Anführungsstriche und ordnet sie den »toten Föten der Umgebung« zu. Sie werden entpersonalisiert und durch eine andere Autorität beigezogen – ein in diesem Fall entmündigender Akt der Anerkennung. Da sie »noch nicht geboren« waren, kommt ihnen nicht der Status individueller sozialer Personen zu. Die Verinnerlichung dieser Deutung und damit verbundener Gefühlsnormen, die ihr auch das nahe Umfeld vermittelt, lassen Amina sich selbst delegitimieren.²⁰⁸ Für ihre starken Verlustgefühle fehlt ihr ein passendes »Prädikat« (vgl. Oevermann 2016, S. 47; 2001). Amina erlebt – und die Bestattungssituation stellt diese Form des Verlusts auf Dauer – einen unsichtbaren und nicht anerkannten Verlust.

Auch Carolines Kind wurde auf einem Kindergrabfeld beigezogen. Caroline aber vollzieht konkrete Anerkennungsakte, wie eine Namensgebung (»konnte ihr einen Namen geben«), und erhält narrativ und praktisch eine Beziehung aufrecht (»mein Kind«), z. B. indem sie eine Engelsstatue als »Anlaufstelle« für ihre Traueroutine nutzt. Sie setzt ihre Tochter in Beziehung zur Peergroup Kinder und ergänzt eine feinstoffliche Erzählung eines ewigen »Spielplatz[es]«. Caroline erfährt einen (Sternen-)Kindsverlust, eine Erfahrung, die sie (potenziell) mit anderen Betroffenen teilen kann und die mit feldtypischen Formen der Personalisierung und Subjektivierung einhergeht.

B. wiederum begräbt das gemeinsame Kind (»unser Kind«) inoffiziell im Familiengrab, wodurch es seinen Platz in der Familie erhält. Der (Sternen-)Kindsverlust wird hier im familiären Rahmen bearbeitet. B.'s Verwendung des medizinischen Begriffs »Abortgewebe«, die Heimlichkeit der Beisetzung und die Anonymität, in der sie den Post verfasst, lassen vermuten, dass auch B. gemäß

208 Kauffman (2002) spricht von »Self-Disenfranchisement«, einer intrapsychischen Selbstentwertung von Trauer aufgrund internalisierter Trauernormen.

mehrheitsgesellschaftlicher Anerkennungserwartungen handelt, nämlich gemäß der Ansicht, dass es sich noch nicht um ein ›richtiges‹, bestattungswürdiges Kind gehandelt habe. Die Bestattung im familiären Rahmen stellt eine symbolische Integration ins Kollektiv der Familie dar, bleibt aber privat und ohne weitere gesellschaftliche Sichtbarkeit.

7.5.4 Denkmale für abwesende Kinder

Denkmale für abwesende Kinder oder für ›ungeborenes Leben‹ sind materialisierter Ausdruck eines kollektiven Anerkennungsaktes.

»Trauer braucht Zeit, braucht Raum, braucht einen Ort« – Ungeweinte Tränen, nicht-gelebte Gefühle, das kann krank machen, uns die Lebensfreude nehmen. Denn die Trauer erfasst den ganzen Menschen, mit Leib und Seele! Fehlende Rituale (z. B. eine Beerdigung) machen es oft schwer, einen Abschied als endgültig zu begreifen.

Auf dem Hamburger Friedhof Ohlsdorf gibt es diesen Ort, für Menschen, die ihr Kind in der Schwangerschaft verloren haben und es danach nicht beerdigen konnten bzw. wollten.«

Dieser Text war bis 2020 auf der Website des 1999 eingeweihten Kindergedenkplatzes auf dem Friedhof Ohlsdorf in Hamburg zu finden.²⁰⁹ Im Zitat verdichtet zeigen sich das Bedürfnis, Trauer auszudrücken und zu teilen, die Schwierigkeit eines fehlenden Abschiedsrituals, die zugrunde gelegte Trauertheorie, wonach ein Abschied gelingen kann, wenn Raum und Ort für Trauer vorhanden sind, sowie die implizite Anklage bestehender Verhältnisse, in denen solche Räume fehlen und Gefühle unterdrückt werden. Die fehlende Bestattung und das nicht vorhandene Grab entsprechen gleichzeitig, wie gezeigt, dem Status der Ungeborenen als noch nicht bestätigte soziale Personen. Für sie ist, da sie nicht geboren wurden, keine symbolische Ausgliederung vorgesehen. Der für die Eltern als unersetzbar erfahrene Verlust bleibt auch deshalb privat, weil kein Ritual symbolisiert, dass hier ein Mensch verloren wurde.

Wenn kein Körper bestattet worden ist, können, wie auf dem Kindergedenkplatz in Ohlsdorf, Denkmale funktional ein Grab ersetzen. Denkmale stellen Orte der Begegnung unter Gleichbetroffenen sowie Anlaufstellen dar, die routinehafte Erinnerung und Verlustbewältigung ermöglichen. Denkmale für Fehlgeborene und Abgetriebene repräsentieren eine dreifache Abwesenheit: die des ›Nicht‹-Menschen, die des ›Nicht-mehr‹-Lebens und – im Unterschied zu den Gräbern – die des fehlenden toten Körpers. Das Abwesende, das Fehlende, wird

209 Initiatorin des Kindergedenkplatzes und Betreiberin der Webseite war Susanne Nissen (vgl. Schniering 2001). Nach ihrem Tod 2017 war die Seite noch einige Jahre online.

materiell manifestiert und damit kollektiv sichtbar gemacht und ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Auf dem Gemeinschaftsurnengrab im Berliner Stadtteil Wedding gibt es einen von der Initiative Regenbogen finanzierten Gedenkstein mit der Inschrift: »Man sagt Ihr habt noch nicht gelebt, aber ihr habt tiefe Spuren in unseren Herzen hinterlassen«. Obwohl eine andere Deutungsmöglichkeit – eine gefühlte Wahrheit – als die des Common Sense (»man sagt [...] nicht gelebt«) impliziert wird, nämlich die, *dass* sie gelebt haben, wird dieser Common Sense letztlich bestätigt. »Tiefe Spuren« werden von kritischen Lebensereignissen »hinterlassen«; Spuren »in unseren Herzen« können von anderen nicht gesehen werden und bleiben subjektive Gewissheit.

Die Denkmale ermöglichen nun nachträglich etwas, das Janneke Peelen als »double rite of passage« bezeichnet: Die Ungeborenen werden in die Welt der Toten integriert und durch die Anerkennung ihres Todes bestätigen sich ihre Existenz als Menschen und als Mitglieder der Gemeinschaft (vgl. Peelen 2009, S. 182). Peelen untersuchte die Entwicklung in den Niederlanden, Denkmale für stillgeborene Kinder aufzustellen. Sie nennt einen Fall, in dem die Einweihung des Monuments durch Elemente der christlichen Taufe ergänzt worden sei (vgl. ebd., S. 183). Zudem, und das ist interessant an dem Phänomen der niederländischen Denkmale, macht hier eine Bewegung explizit auf »former wrongdoing« (ebd., S. 184) aufmerksam, denn bis in die 1960er Jahre wurden in den Niederlanden ungetaufte Kinder nicht in »geweihter Erde« beigesetzt. »[M]onuments for stillborn children are a basis for the discussion of former and present ideas concerning stillbirth« (ebd., S. 173). Viele der über 150 Denkmale, die seit 2000 in den Niederlanden aufgestellt worden seien, befänden sich deshalb an einem zentralen und gut sichtbaren Ort. Sie sollen die frühere Praxis, stillgeborene Kinder unter der Hecke zu beerdigen, »rückgängig machen« (vgl. ebd., S. 182). Eine solche, politische Auseinandersetzung im deutschen Kontext ist mir nicht bekannt; der Anspruch einer symbolischen Wiedergutmachung ist allerdings auch für die im deutschsprachigen Raum aufgestellten Denkmale zu vermuten.

Zusammengefasst erfüllen Denkmale drei Funktionen. Ihre Einweihung ermöglicht erstens ein die Beisetzung ersetzendes Abschiedsritual, das die Ungeborenen kulturell integriert, den einzelnen Verlust kommunizierbar macht und bei der Trauarbeit helfen kann (Verlustbewältigung). Es wird zweitens ein dauerhafter, geteilter Ort der Trauer geschaffen, der zugleich zurückwirkt auf die Legitimität der Trauer selbst (Legitimation). Schließlich wird auf ein gesellschaftliches Problem aufmerksam gemacht, ein struktureller Wandel gefordert oder mahnend erinnert (Anstoß gesellschaftlichen Wandels). Zentrale und sichtbare Denkmale werden zu unübersehbaren Diskursobjekten und zu Orten, an denen über schützens-, wünschens- und beklagenswertes menschliches Leben verhandelt wird.

Die Memorialisierung der Verluste ist eine Form öffentlicher Anerkennung, die vom Einzelfall abstrahiert. Wie auch beim Gedenken an

Kriegstote, Maueropfer oder die Toten im Mittelmeer werden die Verstorbenen kollektiviert und es wird auf ihre Anonymität aufmerksam gemacht. Im Extremfall dient dieses materialisierte Gedenken einer Skandalisierung, wenn etwa fundamentalistische Abtreibungsgegner*innen eine Kapelle gegen das ›vorsätzliche Töten wehrloser Kinder‹ durch Schwangerschaftsabbrüche errichten (vgl. Graf o.J.). Dieser auf Dauer gestellte Anerkennungsakt soll zurückwirken auf die fundierende Anerkennung des Ungeborenen als Person, die gegen das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren ausgespielt wird. Dieses Politikum wird hier nicht weiterverfolgt (siehe dazu Böcker 2021), drückt aber noch einmal das Spektrum kollektivierender Anerkennungsakte aus, deren Bedeutungen umstritten sind.

7.6 Personenstandsrechtliche Bescheinigung

Die Möglichkeit, eine Fehlgeburt standesamtlich bescheinigen zu lassen, ist ein fundierender Anerkennungsakt, der neue und alte Aushandlungsbedarfe (re)produziert.

Die offizielle Existenz der Sternenkinder

Das Engagement für die gesellschaftliche Anerkennung von Stillgeburten als Kindsverluste und von Betroffenen als Eltern hat auch die Änderung des Personenstandsrechtes bewirkt, die ich an den Anfang dieser Arbeit gestellt habe (Kapitel 1). In einer Hintergrundmeldung des Familienministeriums vom 1. Juni 2018 zur Gesetzesänderung heißt es: »Eltern von sogenannten Sternenkindern können seit dem 15. Mai 2013 die Geburt ihres Kindes beim Standesamt anzeigen und ihrem Kind damit offiziell eine Existenz geben« (BMFSFJ 2018, o.S.). Erfolgt beim zuständigen Standesamt die »Anzeige eines tot geborenen Kindes mit einem Geburtsgewicht unter 500 Gramm« (ebd.), erhalten die Eltern eine Bescheinigung, die auf den ersten Blick einer Geburtsurkunde gleicht. Den Hintergrund des einseitigen Dokuments bildet, wie bei einer Geburtsurkunde, der Bundesadler in Grau.²¹⁰ Titel des Dokuments ist »Bescheinigung nach § 31 Absatz 3 der Personenstandsverordnung (PStV)«; es folgen die Abschnitte »Kind«, »Mutter« und »Vater«. Am unteren Ende erscheint eine Zeile für Stempel und Unterschrift der »Urkundsperson«. Insgesamt weist die Bescheinigung also wenig textlichen Inhalt auf, es gibt weder Fließtext noch Erläuterungen – hier muss nichts erläutert werden. Als staatliches Dokument scheint die Bescheinigung

210 Das Dokument wurde zunächst bildanalytisch, d.h. hinsichtlich Gesamteindruck und Auffälligkeiten, und dann sequenzanalytisch entlang gängiger Lesekonventionen interpretiert.

offiziell den Personenstatus des fehlgeborenen Kindes zu beurkunden, dessen »Existenz« (ebd.) durch die Eintragung der Eltern nunmehr amtlich registriert und archiviert wird. Auf den zweiten Blick offenbart die Analyse der standesamtlichen Bescheinigung die Verweigerung des Personenstatus sowie eine heteronormative Konstruktion.

Die Bescheinigung ist eben keine Geburtsurkunde,²¹¹ das Sternenkind wird weder ins Personenstandsregister eingetragen noch zur Rechtsperson. Die erste Zeile unter der Überschrift »Kind« lautet »vorgesehener Familienname«. Der Zusatz »vorgesehen« markiert einen folgenreichen Unterschied, da dem Fehlgeborenen damit offiziell Name und Personenstatus *verweigert* werden. Der Staat bescheinigt hier die Existenz einer traditionellen Kernfamilie – ohne das Sternenkind tatsächlich als Person anzuerkennen. Die Betroffenen allerdings erleben tatsächlich einen Statuswechsel: Sie werden zu »Mutter« und »Vater« eines Sternenkindes.

Einerseits wirkt die Bescheinigung, als erkenne der Staat Identitätsdiskurse an und werde individuellen Bedürfnissen wie empfundener Elternschaft und der Anerkennung von (Verlust-)Erfahrungen gerecht: Die Eintragung ist freiwillig, die Bescheinigung erhält nur, wer als Elter dieses Sternenkindes anerkannt werden möchte. Sie sieht und bestätigt somit Betroffene in ihrer elterlichen Identität. Auch gibt es die Möglichkeit, bei Bedarf einen geschlechtsspezifischen Namen einzutragen, wenn noch kein biologisches Geschlecht festgestellt worden war.²¹²

Zugleich wird hier lediglich die Konstruktion einer heteronormativen Kernfamilie zugelassen, in der es Mutter und Vater für ein leibliches (Sternen-)Kind gibt. Für die Eintragung muss eine ärztliche Bescheinigung der Fehlgeburt, z. B. der Mutterpass, vorgelegt werden; sie ist also an den medizinischen Nachweis geknüpft. Zudem besteht keine Möglichkeit, andere Elternteile als »Mutter« und »Vater« einzutragen.²¹³ Durch diese Aufrufung der »familialen Triade« (IfS 2018) von Mutter, Vater und (Sternen-)Kind gewinnen Gesetzesänderung und Bescheinigung eine symbolische Wirkung, die nicht primär auf die Sichtbarkeit und Bewältigung von Verlusten zielt, sondern auf die Anerkennung von Bemühungen um leibliche Reproduktion in der traditionellen Kernfamilie.

211 Mitunter wird sie in dieser Funktion medial rezipiert, z. B. auf einem christlichen Blog. Der Autor schreibt, künftig könnten SternenKinder »eine Geburtsurkunde erhalten« und versieht den Beitrag mit der Abbildung einer Geburtsurkunde (!) (vgl. Zeltmacher o. J., o. S.).

212 Auf der »SternenKinder«-Seite des BMFSFJ lautet bspw. eine FAQ, die den Wunsch einer solchen Zuweisung aufzeigt: »Was ist, wenn das Geschlecht noch nicht feststand? Kann man diese Angabe offen lassen? Darf man dann trotzdem einen männlichen/weiblichen Namen eintragen lassen?«.

213 Ehepartnerinnen müssen in Deutschland das leibliche Kind ihrer Partnerin nach der Geburt (genauer: einer Lebendgeburt) erst adoptieren, um ebenfalls Mutter zu sein, weshalb in der Bescheinigung als Eltern nur leibliche Mütter und Ehemänner als Väter überhaupt genannt werden können.

Fortsetzung folgt: Fehlende Anerkennung im Alltag

Wie der Tod am Lebensanfang gesellschaftlich zu definieren und wie mit ihm umzugehen ist, wird auch zukünftig Gegenstand von Aushandlungskonflikten sein. Es werden weiterhin Ambivalenzen bestehen sowie Versuche unternommen, diesen mithilfe symbolisch-praktischer Vereindeutigungen beizukommen. Ein letztes Beispiel soll den im lebensweltlichen Alltag der Betroffenen fortgesetzten Aushandlungsbedarf veranschaulichen. Im folgenden Auszug eines Blog-Artikels berichtet eine Betroffene von ihren Erfahrungen im Zuge der amtlichen Ausstellung der Bescheinigung ihrer Fehlgeburten. Der Auszug illustriert die soziale Hierarchisierung von Schwangerschaftsverlusten und damit verbundene Normierungen, die auch nach der Institutionalisierung des Eintragungsrechts noch wirksam sind:

»Der Herzmann und ich hatten leider erhebliche Probleme beim Ausstellen der Bescheinigung. Die zuständige Standesbeamtin der Stadt Köln ist zunächst nicht Willens gewesen, was sie uns merklich spüren ließ. Erst nach einer erneuten schriftlichen Bestätigung der Fehlgeburt durch meine Frauenärztin sowie der Kopie meines Mutterpasses (wozu die Standesbeamtin in keinster Weise berechtigt gewesen ist) erhielten wir nach einigem Hin und Her die Bescheinigung für unser erstes Sternenkind Sascha. Nach dem Ausstellen der Bescheinigung sagte die Frau dann schließlich noch ›Naja wissen sie, ich habe hier meistens Frauen, die Ihre Kinder kurz vor der Geburt verlieren, oder sehr spät in der Schwangerschaft...‹. Damit deutete sie an, das ein Kind welches man in der 10. Schwangerschaftswoche verliert weniger wert ist einen Namen zu erhalten, als eines welches später stirbt. Wenn unser zweites Kind Henry im Zuständigkeitsbereich der Stadt Köln geboren wurden wäre, würde ich nun wahrscheinlich vor derselben Standesbeamtin sitzen und sie fragen ›Ist eine Geburt in der 19. Schwangerschaftswoche für Sie endlich spät genug?‹. Ich hoffe das wir bei der Ausstellung der Bescheinigung für unser zweites Sternenkind Henry nicht mit solchen Problemen zu kämpfen haben werden.

Liebe Sterneneitern, lasst Euch nicht entmutigen und gebt nicht auf. Per Gesetz habt Ihr ein Recht darauf eurem Kind einen Namen geben zu können [...]. Für mich war es ein wichtiger Schritt bei der Trauerbewältigung. Denn auch die Kleinsten sind Menschen und haben Rechte« (Marylouloves 2015, o. S.)

Der Bericht illustriert erneut die soziale Normierung von Schwangerschaftsverlusten, den Anerkennungsbedarf von Betroffenen wie der Autorin selbst sowie deren Engagement für gesellschaftliche Aufklärung und Veränderung (vgl. 3.7). Die zitierte Standesbeamtin unterscheidet zwischen späten und frühen Schwangerschaftsverlusten und reproduziert damit eine Verlusthierarchie, wie sie in dieser Studie immer wieder thematisiert und von Betroffenen problematisiert wurde. Die Beamtin steht zugleich stellvertretend für zwei Feindfiguren der

Anerkennungsbewegung: für den unsensiblen und normativen generalisierten Anderen, der den eigenen Verlust nicht anerkennt, und für Autoritäten, gegen die es eigene Rechte (»habt Ihr ein Recht darauf«) sowie als Eltern die Rechte des Kindes (»auch die Kleinsten sind Menschen und haben Rechte«) durchzusetzen gilt.

7.7 Zwischenfazit

Die in diesem Kapitel rekonstruierten Formen und Akte der Personalisierung des Fehl- bzw. Stillgeborenen lassen sich hinsichtlich des Grades ihrer Intimität bzw. Institutionalisierung unterscheiden sowie hinsichtlich der Anzahl Dritter, die sie vollziehen können. Während die pränatale Namensgabe eine intime Praxis allein der werdenden Eltern sein kann und die Trauerfeier im erweiterten Familien- und Bekanntenkreis personelle Anerkennung generieren kann (*private/familiäre Anerkennungsakte*), ist die amtliche Bescheinigung der Fehlgeburt ein *institutioneller Anerkennungsakt* des Staates, bei dem mindestens eine medizinische Expertin, ein Standesbeamter sowie Vater und Mutter involviert sind. Sammelgräber, Denkmale und entsprechende Trauer- und Gedenkfeiern stellen einen dritten Typ von Anerkennungspraxis dar: *kollektivierende Anerkennung*, die einzelne Fehl- und Stillgeborene (und auch Abgetriebene) als verlorene bzw. verstorbene Kinder integriert, ohne jedes von ihnen individuell zu personalisieren.

Für die Konstitution des individuellen Verlusts gibt es abhängig von der subjektiven Verlustdeutung zwei Anerkennungslagen, die potenziell problematisch sind: fehlende externe Anerkennung sowie eine auferlegte externe Anerkennung. *Fehlende externe Anerkennung* führt, z. B. bei Amina, zur (Selbst-)Entrechtung hinsichtlich der eigenen Trauergefühle und zu sozialer Isolation. Personen, die nachträglich erfuhren, dass Anerkennungsakte möglich und somit vorenthalten worden sind, waren zuweilen wütend oder fühlten sich ihrer Möglichkeiten beraubt. In einer von mir teilnehmend beobachteten Selbsthilfegruppe beschrieb bspw. ein Paar die Anteilnahme des Klinikpersonals am Tod ihrer vier Wochen alten, frühgeborenen Tochter. Zahlreiche Mitarbeitende der neonatologischen Abteilung – das Paar nennt sie »die Familie« ihrer Tochter – seien zur Beerdigung gekommen und erkundigten sich noch gelegentlich nach dem Wohlbefinden des Paares. Im Anschluss an das Treffen erzählte mir eine Teilnehmerin der Selbsthilfegruppe, die eine Fehlgeburt erlitten hatte, wie schwer es ihr fiel, von solcher Anteilnahme zu hören. Bei ihr sei das nicht so gewesen, sondern »eine richtige Scheißerfahrung! Ausschabung und fertig«. Auch aufgrund solcher heteronomen Erfahrungen von Entrechtung sind Initiativen entstanden, die sich dafür einsetzen, dass Fehl- und Totgeborene als verstorbene Kinder und Betroffene als Eltern gesehen, behandelt und gewürdigt werden.

Sie zielen, zugespitzt gesagt, auf eine kulturelle Vereindeutigung des Sachverhalts, dass Sternenkinder verstorbene Kinder nun verwaister Eltern sind, und kämpfen für eine entsprechende Anerkennungsroutine. Dabei orientieren sie sich an traditionellen, etablierten Formen der Bestattung. Eine besondernde, aber integrierende Bestattungspraxis ist bei Totgeborenen inzwischen etabliert, bei Fehlgeborenen, die nicht der Bestattungspflicht unterliegen, bestehen, wie gezeigt, mehr Aushandlungsspielräume hinsichtlich der Wahl und Gestaltung der Trauerrituale und des Grabes. Die Angebote von konkreten Anerkennungsakten während und nach der Geburt variieren stark von Klinik zu Klinik und zwischen den medizinischen Akteur*innen bzw. Hebammen. Deutlich wurde schließlich, dass Denkmale eine Form der Wiedergutmachung früherer Versäumnisse sind.

Auferlegte externe Anerkennung, wie beim Schwangerschaftsverlust von Simone Haas (2016), stellt eine persönliche Grenzüberschreitung und einen Angriff auf das individuelle Selbstbestimmungsrecht dar, betrifft aber weniger die Konstitution der Verlusterfahrung selbst. Bei diesem Verlusttyp scheinen die externen Anerkennungspraktiken des Fehlgeborenen als soziale Person eher als ›zu viel des Guten‹ empfunden und abgelehnt zu werden. Problematisch wird eine externe Anerkennungspraxis, wenn sie fremdbestimmt ist und z. B. mit lebenslangen Schuldgefühlen droht (wie unbeabsichtigt der Leitfaden: »Versuchen Sie, so viele Erinnerungen wie möglich zu sammeln. Sie müssen für den Rest Ihres Lebens reichen«, vgl. 7.3).

Bei ambivalenten Verlusten, für die Rhas und Claras stille Geburten Beispiele sind, ist es komplizierter: Externe Anerkennungsakte werden weder abgelehnt noch uneingeschränkt übernommen. Zum Zeitpunkt des Verlusts steht für Rhea und Clara nicht fest, dass es sich um ein Kind und eine soziale Person handelt. Der liminale Status des Ungeborenen verändert sich mit der Entbindung – ohne dass er dadurch eindeutig wird. Durch ihre körperliche Geburt werden die nun (Still-)Geborenen plötzlich ›mehr‹ zu sozialen Personen. Diese Anerkennung intensiviert zugleich den Verlust, weshalb es ein Mittel der Verlustbewältigung sein kann, dieses Mehr an Personalität gar nicht erst zuzulassen.

Dieses Kapitel hat verdeutlicht, welche Bedeutung körperlicher Annäherung, Interaktion mit dem Kind und Deutungsangeboten von Dritten dabei zukommt, den Status als Person auch nachträglich noch herzustellen. Dadurch wurde auch die *Prozesshaftigkeit* der Konstitution der Verlusterfahrung sichtbar: Eine Fehl- oder Stillgeburt ruft eben nicht zwangsläufig die unmittelbare Deutung eines toten Kindes und entsprechende Umgangsweisen hervor. Vielmehr können Betroffene sich diese Deutung auch später, mitunter Jahre später, aneignen. Verstehbar wird so auch Jans Trauer um sein Kind, das jetzt, beim Geschlecht sei er sich irgendwie sicher, ein zehnjähriger Junge wäre. Jan, der bei einer Lesung von Kathrin Schadt (2014) neben mir gesessen hatte, bot sich mir als Interviewpartner an, nachdem er mich nach dem Grund meiner Anwesenheit gefragt hatte. Im Interview erzählt er vom freiwilligen Schwangerschaftsabbruch seiner

damaligen Freundin zehn Jahre zuvor. Was für ihn damals einen ursprünglichen Zustand wieder herstellte und ihn ins Ausland gehen ließ, erscheine ihm heute wie die größte Sünde seines Lebens. Inzwischen habe er drei Kinder mit einer russisch-orthodoxen Frau, der zuliebe er sich dem Christentum zuwandte. Und er habe wieder Kontakt zu seiner ehemaligen Freundin, die kinderlos geblieben sei. Eindringlich schildert er seine intensiven Schuld- und Verlustgefühle, die aufgekomen sind, als er zu der Ansicht kam, dass er und seine Partnerin damals ein Kind getötet haben.²¹⁴ Für Jan hat sich im Laufe der Jahre die Bedeutung des Verlustobjekts verändert. War das Ungeborene zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs eine zu behebende Störung, ist es jetzt der getötete, verlorene Sohn. Besonders eindrücklich wird an diesem Fall sichtbar, wie langfristig sich die Verlusterfahrung konstituieren und dass Trauer sich somit entwickeln und verändern kann. Die Deutungen des Ungeborenen als Kind sind, wie deutlich wurde, keine ontologischen Wahrheiten oder biografische Konstanten, sondern können im Laufe eines Lebens neu verhandelt werden. Jan konvertiert zum Christentum und vollzieht den Übergang zur Elternschaft; es lässt sich vermuten, dass die Neuverhandlung des Ereignisses eher Personen betrifft, die einen solchen biografischen Wandel durchlaufen. Bei anderen stabilisiert und verfestigt sich eine Deutung des Ereignisses und wird zum festen Bestandteil der Biografie-Konstruktion, z. B. Sternenmutter oder -vater zu sein.

214 Im Anschluss an das Interview, so schrieb er mir später per E-Mail, gestand Jan seiner Frau den Schwangerschaftsabbruch, von dem er ihr nie erzählt hatte. Im Nachhinein erscheint mir das Interview auch wie die Übung eben jenes Geständnisses.

Kapitel 8

Kulturelle Verlustkonstitution: Theoretische Erträge

Die Forschungsfrage dieser Untersuchung war, wie Fehl- und Stillgeburten *als Kindsverluste* erfahren und gesellschaftlich als solche anerkannt werden. Zugrunde lag die Annahme, dass die Erfahrungen von Fehl- und Stillgeburt kulturell bedingt und damit weniger subjektiv sind als gemeinhin angenommen. Vielmehr ist es bereits eine kulturspezifische Umgangsweise mit Fehl- und Stillgeburten, sie als subjektive und private Ereignisse zu behandeln. Soziale Bedingungen – etwa körpermaterielle Anschlüsse, geteilte Narrative und Handlungsmöglichkeiten im Rahmen der Gesetzgebung – beeinflussen die Verlusterfahrungen, und erst in ihrem Zusammenspiel wird die Deutung, durch eine Fehl- oder Stillgeburt ein Kind verloren zu haben, zu einer intersubjektiv gültigen Tatsache, die eine entsprechende Bestattungs- und Trauerpraxis legitimiert.

Die Leitfrage der Ergebnisdarstellung war, wie bei einer Fehl- oder Stillgeburt das Ungeborene zum Kind und das Ereignis zum Kindsverlust *gemacht* wird. Unter welchen Bedingungen personalisieren beteiligte Akteur*innen das Ungeborene? Und wie wirken diese Personalisierungen auf die Konstitution des Verlusts zurück? Anhand einer Typologie der Körperdeutung und anhand von drei Dimensionen wurde eine *empirisch fundierte Theorie der Konstitution von Kindsverlust* entwickelt. Durch die Rekonstruktion von Deutungs- und Handlungsalternativen innerhalb jeder Dimension wurde die Kontingenz der Kindsverlustererfahrung aufgezeigt. Im Folgenden stelle ich den theoretischen Ertrag des Konstitutionsmodells heraus (8.1), bevor ich die empirischen Ergebnisse zusammenfasse und Anschlüsse zu Debatten um personale Anerkennung (8.2) und über den Umgang mit Wissensgrenzen (8.3) aufzeige.

8.1 Modell der Verlustkonstitution

Bei einer Fehl- oder Stillgeburt müssen die drei Dimensionen Körpermaterialität, medizinisch (un)bestimmtes Leben und Anerkennung von Personalität zusammenkommen, damit sich ein Kindsverlust konstituiert. Aus *intersubjektiver* Perspektive bauen die Dimensionen dabei aufeinander auf. Als erste verlustkonstitutive Dimension wird Körpermaterialität eingeführt und damit die *körpermaterielle Voraussetzung* für die Erfahrung und Anerkennung von Kindsverlust zugrunde gelegt. Erst auf Basis von Körpermaterialität werden dem Ungeborenen Lebensfähigkeit und Lebenschancen zugeschrieben. Der Rückgriff auf

medizinisches Wissen über (Nicht-)Leben des Ungeborenen, die zweite Verlustdimension, generiert daraufhin symbolische Grenzziehungen zwischen Leben und Tod, Mensch und Ding, gesund und krank. Diesen Dualismen wiederum wohnt eine Deutungsmacht über die Frage inne, wem eine fundierende *Anerkennung als menschliche Person* zukommt – nämlich lebensfähigen Ungeborenen und Lebendgeborenen. Im gesellschaftlichen Common Sense zweifelsfrei anerkannt ist der Verlust eines Kindes dann, wenn es im rechtlichen Sinne lebend geboren wurde. Wenn das Neugeborene dann stirbt, vollziehen Dritte am kindlichen Körper Akte der Anerkennung als menschliche Person und behandeln die Betroffenen wie trauernde Eltern. Die Dimensionen bauen somit konstitutionslogisch aufeinander auf.

Diese Arbeit hat allerdings auch gezeigt, dass die *subjektive* elterliche Anerkennung des Ungeborenen als menschliche Person und eigenes Kind der Verlusterfahrung vorgängig sein kann, d. h. für Betroffene kann mit Beginn der Schwangerschaft bereits feststehen, dass ›es‹ sich um ihr Kind und damit um einen signifikanten Anderen innerhalb der Familie handelt. Diese subjektive Anerkennung schlägt sich in einer Verlustpraxis nieder, in der Betroffene auf Körpermaterialität und medizinisches Wissen Bezug nehmen, auch um den empfundenen Verlust des eigenen Kindes rational darstellbar zu machen. Eine Fehl- oder Stillgeburt kann also subjektiv als Kindsverlust erfahren werden, ohne dass ein kindlicher Körper wahrnehmbar ist und ohne dass aus medizinischer Perspektive menschliches Leben vorhanden war. Diese subjektive Verlusterfahrung ist im gesellschaftlichen Mainstream nicht anerkannt, aber innerhalb der Sternaneltern-Community geteilte Wirklichkeit. Es gibt also intersubjektiv anerkannte und nicht oder nur innerhalb einer Community anerkannte Verluste; und es gibt Fehl- und Stillgeburtserfahrungen, die nicht als bedeutsame Verluste erfahren werden.

Durch die Fokussierung der Konstitution eines *Kindsverlusts*, also der Frage nach den *Konstitutionsbedingungen für den Verlust einer Person*, lässt sich das Modell auch auf das körperliche ›Entschwinden‹ am Lebensende und das Sterben einer Person übertragen. Beispielsweise bei der Hirntod-Diagnostik wird unter Anwendung von Medizintechnik, etwa zur Messung der Hirnaktivität, die Unterscheidung zwischen Tod und Leben getroffen, um – im Falle eines diagnostizierten Hirntodes – eine Organentnahme am dafür lebend erhaltenen Körper durchzuführen oder um die therapeutischen Maßnahmen einzustellen. Der Tod der hirntoten Person konstituiert sich entlang derselben drei Dimensionen, die in der vorliegenden Arbeit für den Tod der ungeborenen Person entfaltet wurden. Die Schwierigkeit für die Akteur*innen, die konkrete Differenz herzustellen, also im Falle eines Hirntodes den Tod als Handlungsgrundlage anzuerkennen, sowie Strategien, mit dieser Schwierigkeit umzugehen, hat Lindemann (2001, 2002) herausgearbeitet. Andere Phänomenbereiche, die anhand des Modells auf die Konstitution eines Personenverlustes befragt werden können, sind Erkrankungen

wie Alzheimer, Demenz und das Apallische Syndrom (Wachkoma). Bei diesen steht für Angehörige nicht zur Frage, ob die Person lebt; es greifen andere Leitunterscheidungen, wie Bewusstsein/kein Bewusstsein, Erinnerungsvermögen/kein Erinnerungsvermögen, geteiltes Wissen/kein geteiltes Wissen. Auf diesen Unterscheidungen basieren dann soziale Praktiken, die die Betroffenen entweder personalisieren oder nicht. Die Anerkennungspraxis verläuft hier komplementär: Während personalisierende Anerkennungsakte am Lebensanfang überhaupt erst den Verlust einer Person konstituieren, bedeuten diese am Lebensende, dass die Person (noch) nicht (ganz) verloren wurde. In der empirischen Realität gibt es eine zeitlich gedehnte Grauzone, in der die Unterscheidungen unklar sind und Anerkennungspraktiken vollzogen *und* verweigert werden. Der Verlust konstituiert sich dabei über einen längeren Zeitraum und bezieht sich nicht auf die Person als kohärente Einheit, die zu einem konkreten Zeitpunkt stirbt, sondern auf viele verschiedene Elemente, wie die Beziehung zur erkrankten Person und eine gemeinsame Vergangenheit, die zu verlieren den Verlust der Person erst konstituiert. Ein Beispiel für einen solchen Verlust könnte der Zusammenbruch von Interaktionserwartungen in der Beziehung zwischen Demenzkranken und pflegenden Angehörigen sein, der sich aufgrund einer »Suspension der Reziprozitätsidealisation« (Radvansky 2016, S. 97) vollzieht. Angehörige können kein neues Handlungswissen aufbauen, gemeinsame Erfahrungsbestände verschwinden und es ist »unklar, wann die konstitutiven Erwartungen aufzugeben sind oder nicht« (ebd.). Dieses Konzept einer *prozessualen Verlustkonstitution* bei Angehörigen komplementiert das »Konzept des sozialen Sterbens« (vgl. Thönnies & Jakoby 2017, S. 94), das sich auf das sterbende Individuum bezieht.

Das Konstitutionsmodell liefert darüber hinaus einen Ansatz zur Entwicklung einer *Konstitutionstheorie nicht etablierter Erfahrungen*. Die grundlagentheoretisch und emotionssoziologisch interessante Frage ist, wie es zur intersubjektiven Anerkennung von individuellen Erfahrungen kommt. Anhand der abstrahierten Dimensionen Körpermaterialität (oder: Natur), Wissen (bzw. kulturelle Unterscheidungen) und am Wissen orientierte soziale Praxis lassen sich sowohl *individuell entrechtete Erfahrungen* verstehen als auch *Konstruktionen legitimer Erfahrungen*. Intensive Erlebnisse, die in keinen Wissensvorrat passen, denen aber eine eigene Faktizität innewohnt, sind krisenhaft und erzeugen für das Individuum einen Deutungs- und Einordnungsbedarf. Ein Pieken im Zeh mag zu ignorieren sein, das Gefühl, im falschen Körper zu stecken oder starke Schmerzen sind es nicht. Neben *fehlenden* Deutungsressourcen können, das habe ich in dieser Arbeit gezeigt, die zur Verfügung stehenden kulturellen Deutungen für das erlebende Subjekt *unpassend* oder passende Deutungen mit *Normierungen* verbunden sein, die der eigenen Erfahrung zuwiderlaufen.

Das Modell bietet nun ein Analyseinstrument, mit dem die Erfahrungen auf die Verknüpfung von Körpermaterialität, kultureller Deutung und Anerkennungspraxis hin untersucht werden können. Als Beispiel sei die Liebe bzw.

sexuelle Attraktion zu Objekten genannt (vgl. Terry 2010). Warum wird es nicht als Liebe anerkannt, wenn Menschen sich in Gegenstände verlieben, sondern die sogenannte Objektsexualität pathologisiert und werden Objektsexuelle beleidigt und beschämt?²¹⁵ Die sozialen Reaktionen einer objektsexuellen Person gegenüber basieren eher auf der Konstruktion einer psychischen Störung, mindestens eines Nicht-normal-Seins, nicht aber auf liebesbezogenen Konstruktionen wie Verliebtheitsgefühlen, freier ›Partner‹-Wahl oder sexueller Treue, die durchaus gegeben sein können. Handlungen, die die Liebe zum Ding als solche anerkennen, werden den auf diese Weise Liebenden verweigert. Welche Konstruktionen dieser Verweigerung zugrunde liegen, ist eine empirische Frage. Ein anderes Beispiel für nicht anerkannte Erfahrungen ist das Leiden an einer unerkannten, kaum bekannten oder nicht sichtbaren Erkrankung. Ohne eine Diagnose sind Schmerzen und Symptome für Dritte kaum greifbar – aber mit einer konkreten Diagnose gehen kulturelle Vorstellungen, Erwartungen und Normierungen einher (vgl. Jutel 2014). Betroffene bspw., die am chronischen Erschöpfungssyndrom ME/CFS leiden, klagen über die Unterstellung von Ärzt*innen, zu simulieren (vgl. Harmsen 2020). Auch stehen Depressive oftmals unter einem Generalverdacht einer Arbeitsverweigerung, der im Kontext der Leistungsgesellschaft zu verstehen ist; ebenso die Rede vom Burn-Out-Syndrom, das keine klassifizierte Diagnose darstellt und von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe als irreführendes Modewort bezeichnet wurde. Als Sammelbezeichnung für Stress und gelegentliche Überforderung, die mit Schlaf oder Urlaub zu kurieren seien, verharmlose die Rede vom Burn-Out-Syndrom die Depression, führe zu gefährlichen Gegenmaßnahmen (z. B. zu viel Schlaf) und verstärke »das Unverständnis gegenüber depressiv Erkrankten und das damit assoziierte Stigma« (Hegerl 2011, S. 3). Die Stiftung kämpft hier im Namen von Betroffenen und von Expert*innen also dafür, im lebensweltlichen Wissensvorrat zwischen Depression und Burn-Out zu unterscheiden.

Jede intersubjektiv legitime Erfahrung konstituiert sich innerhalb der Triade von sozial geprägter Körpermaterialität, kulturellem Wissen und wiederum darauf bezogenen Praktiken. Die Dimensionsgehalte bedingen sich dabei wechselseitig; um den nicht etablierten oder stigmatisierten Erfahrungszustand zu verlassen, suchen Betroffene und Dritte nach körperlichen Ursachen, die den Zustand plausibel machen, versuchen, das leibliche Erleben durch Körperpraktiken zu verändern und/oder Personen zu finden, denen es genauso geht. Oder, wenn die Erfahrungskategorie die richtige ist, engagieren sich Akteur*innen, wie gerade illustriert, für den Wandel der Zuschreibungs- und Bewertungspraxis, die mit ihr einhergeht. Beispiele dafür in dieser Arbeit sind die erfolgreichen Versuche, die

215 Unter dem YouTube-Video über eine objektophile Frau, die eine Beziehung mit einem Flugzeugmodell führt, finden sich zahlreiche abwertende Kommentare (vgl. Prokop & Reimann 2016).

Rede von (kleinen) Geburten, Sternenkindern und Sterneneitern zu etablieren und damit auch Sichtweisen zu verändern.

8.2 Anerkennung des Verlusts

Ausgehend von lebensweltlichen Bezugsproblemen wie heteronomer Körperdeutung und restriktiven Trauernormen haben Akteur*innen einer *Anerkennungsbewegung* einen gesellschaftlichen Wandel angestoßen, der darauf abzielt, Fehl- und Stillgeborenen Personenstatus zuzuschreiben und Betroffene damit als (Sternen-)Eltern zu behandeln (vgl. 3.7). Es geht ihnen, anders gesagt, um eine ›ontologische Wertsteigerung‹ des Stillgeborenen, auch im Dienste sozialer Anerkennung der erfahrenen Verluste. Inzwischen ist es in Kliniken Routine, auf Bestattungsmöglichkeiten hinzuweisen, und es deutet sich an, dass das Bestreben, Betroffene in Kliniken ausnahmslos als Eltern anzusprechen, Erfolge zeitigt und eine Tendenz zu dieser Praxis erkennbar ist (vgl. 7.5.1). Für die Sensibilisierung von Klinikpersonal, die Veränderung klinischer Routinen sowie die öffentliche und mediale Sichtbarkeit hat die Bewegung also einiges erreicht. Gleichzeitig ruft dieser Anerkennungswandel neue Paradoxien hervor. Neben den Veränderungen in Richtung dieses Bedeutungswandels legt diese Untersuchung die – nach wie vor bestehenden sowie neu entstandenen – Aus Handlungsbedarfe und Kontingenzen offen. Die empirischen Ergebnisse, die diese Deutungsspielräume (sowie Vereindeutigungen in Richtung) eines intersubjektiv anerkannten Kindsverlusts rekonstruieren, fasse ich im Folgenden auf Basis einiger der den Unterkapiteln vorangestellten Ergebnisthesen (5.1–7.6) noch einmal zusammen.

Materielle Deutungsspielräume

Organische Materialität erwies sich in dieser Arbeit als grundlegende und umstrittene Dimension des (Sternen-)Kindsverlusts. Es konnte gezeigt werden, dass es keines anthropomorphen Kindeskörpers bedarf, um eine Fehlgeburt als (Sternen-)Kindsverlust zu deuten, zu erfahren und für Dritte darstellbar zu machen (These 5.1). Durch die exklusive Zuordnung von organischer Materie kann ein Ungeborenes bzw. Fehlgeborenes als Individuum konstruiert und sein Verlust darstellbar gemacht werden. Vorstellung und Anerkennung des Ungeborenen als eigenes Kind werden also nicht von einer kindlichen Körpergestalt bestimmt; manchmal erscheinen sie gar von der Form des Körpers unabhängig. Auch wenn der Embryo wenig entwickelt ist, können Betroffene ihn also als Kind verstehen und behandeln. Weiterhin wurde gezeigt, dass frühe Fehlgeburten, bei denen kein Abgang der Leibesfrucht wahrnehmbar ist, nur bei Gebrauch von Medizintechnik als (Sternen-)Kindsverluste erfahrbar werden (These 5.2). Um

als (Sternen-)Kindsverlust intersubjektiv verstehbar zu werden, ist ein materiell-diskursives Zusammenwirken erforderlich. Der Fall der Vloggerin Nina zeigte, wie im Zusammenspiel von materiellen Bedingungen (Verhaltene Fehlgeburt), Technik (Schwangerschaftstest, Ultraschall, Social Media) und Diskurs (vorgängige Vorstellung des Ungeborenen als Kind, Prämutterchaft) performativ ein intersubjektiv anerkannter Kindsverlust erzeugt wird, der sich u. a. gegenüber Unfruchtbarkeit bzw. Kinderlosigkeit abgrenzen lässt.

Aufgezeigt wurde der körpermaterielle Spielraum, innerhalb dessen eine Fehl- oder Stillgeburt als (Sternen-)Kindsverlust erfahren werden *kann*. Innerhalb des Sterneneitern-Diskurses legitimiert ein ›Hauch‹ nachgewiesener Schwangerschaft dazu, vom Verlust eines Kindes zu sprechen (These 5.3.1). Während der Zustand in der Alltagswelt binär gedacht wird – entweder schwanger oder nicht – wurde deutlich, dass eine Schwangerschaft im ersten Zeitraum unsicher und vorläufig, jemand also ein bisschen schwanger sein kann. Anhand eines Falls im körpermateriellen Grenzbereich, in dem nicht unterschieden werden kann, ob eine Frühschwangerschaft verloren geht, es sich also um eine Fehlgeburt handelt, oder ob die Menstruationsblutung einsetzt, wurde argumentiert, dass der Nachweis des Schwangerschaftshormons HCG die Minimalvoraussetzung und materielle Grenze dafür ist, (innerhalb des Sterneneitern-Diskurses) legitim vom Verlust eines Kindes zu sprechen. Erst durch den Schwangerschaftstest, der die Feststellung einer chemischen Schwangerschaft, teilweise vor Fälligkeit der Menstruation, ermöglicht, ist auch ihr Verlust zu einem frühen Zeitpunkt feststellbar (vgl. 5.2 zur technischen Vermitteltheit). Ohne Schwangerschaftstest könnten solche sehr frühen Fehlgeburten als verspätete Menstruationsblutung gedeutet werden. Insbesondere wenn ein starker Kinderwunsch besteht und die Schwangerschaft mit reproduktionsmedizinischer Hilfe zustande gekommen ist, ist das erhoffte Kind oftmals ›da‹, sobald die kritische Hürde der Einnistung genommen wurde. Das Ende dieser früh bestätigten Schwangerschaft kann dann bereits ein Kindsverlust sein.

Jenseits dieser materiellen Grenze, ab der es legitim ist, vom Verlust eines (Sternen-)Kindes zu sprechen, liegen Verlusterfahrungen bei unerfülltem Kinderwunsch, die Verluste einer Hoffnung sind (These 5.3.2). Überraschend war, welche starken Verlustgefühle Personen mit Kinderwunsch empfinden, wenn die Menstruationsblutung ihnen verrät, dass sie wieder nicht schwanger geworden sind. Auch ihnen fehlen das erhoffte Kind sowie Möglichkeiten, den Verlust und die Leerstelle sichtbar zu machen. Solche Verluste *vor* dem eigentlichen Schwangerwerden sind nicht Teil des Diskurses um verlorene (Sternen-)Kinder. Diese Verlusterfahrungen sind für Außenstehende vielleicht nicht nachvollziehbar, da ein Verlust impliziert, dass bereits etwas besessen wurde, im Falle unerfüllten Kinderwunsches aber nur ein Wunsch nicht in Erfüllung geht, eine Vorstellung nicht Realität wird. Abstrakt formuliert, basiert im analysierten Grenzbereich die Unterscheidung zwischen (Sternen-)Kindsverlust

und unerfülltem Kinderwunsch auf der Art von Materialität: Dort geht mit der nachgewiesenen Schwangerschaft etwas Materielles verloren, das dem ungeborenen Kind zugeordnet werden kann, hier eine Möglichkeit und normales Monatsblut. Diese Unterscheidung hierarchisiert die Verluste; jener Verlust ist real, dieser basiert auf einer Hoffnung oder einer Zukunftsvorstellung. Gedankenexperimentell lässt sich diese körpermaterielle Grenze des erfahrenen Kindsverlusts noch weiter verlegen; ein Beispiel bieten Umweltaktivistinnen, die sich trotz Kinderwunsch dagegen entscheiden, Kinder zu bekommen. Sie erleben die »reproduktive Verweigerung als Verlusterfahrung« (von Kanitz 2020, S. 16 f.), weil sie sich als zukünftige Mütter verstehen, die angesichts der Umweltzerstörung für ihre zukünftigen Kinder keine Lebensbedingungen garantieren können. Diese Entscheidung stellen die Aktivist*innen als unfreiwillig und ungewollt dar, den Verlust einer Zukunft mit Kind als fast körperlich schmerzhaft (vgl. ebd.). An diesem Beispiel wird zudem deutlich, dass Akteur*innen noch vor jeder körperlichen Realisierung fehlende Lebensbedingungen für ihr Kind konstruieren.

Angesichts der an den Schwangerschaftsnachweis gebundenen Grenzziehung zwischen frühem Sternenkindsverlust und erfolglosem Versuch, schwanger zu werden, lässt sich fragen, warum Betroffene eigentlich ›wollen‹, dass es sich um den Verlust eines *Kindes* handelt. Ist *verwaiste* Elternschaft bzw. Sternenelternschaft erstrebenswerter als *keine* Elternschaft? Und wenn ja, weshalb? Ein Grund für die Teilhabe an Diskursen und Vergemeinschaftungen der Sterneneltern-Community ist die biografische Funktion der Elternschaft. In der Community herrschen eher traditionelle Geschlechterrollen und Familienmodelle vor, in denen Frauen sich als (zukünftige) Mütter verstehen und über die Ausfüllung dieser Rolle sowie ihre Reproduktionsfähigkeit soziale Anerkennung generieren. In 5.1 habe ich das handlungsleitende Selbstverständnis, eine zukünftige Mutter zu sein, *Prämutterschaft* genannt.²¹⁶ Für Frauen, die sich besonders stark als Prämütter identifizieren, ermöglicht eine Sternenelternschaft biografische Kontinuität und bedeutet, dem Lebensziel, Mutter zu werden, etwas näher gekommen zu sein. Umgekehrt grenzen sich vermutlich die Personen von sternenelternlichen Diskursen und Praktiken ab, die sich nicht vorwiegend als Mütter identifizieren und für die die Fehl- oder Stillgeburt eher ein vorerst gescheitertes Projekt ist. Während jene versuchen, soziale Anerkennung für den schmerzlichen Verlust des leiblichen Kindes zu erhalten, weisen diese eine entsprechende Betroffenheit zurück.

Am anderen Pol des körpermateriellen Spielraumes konnten Fälle rekonstruiert werden, bei denen Stillgeborene weitaus höherer Schwangerschaftswochen durch

216 Vergleichbar normierte Rollenerwartungen an Männer gibt es nicht, weshalb es missverständlich wäre, hier von Präelternschaft zu sprechen. Zur institutionellen Adressierung und Responsibilisierung von schwangeren Frauen – und nicht ihrer Partner – siehe auch Seehaus (2015).

die Betroffenen noch nicht als eigene Kinder und die Fehl- bzw. Stillgeburten entsprechend (ambivalent) nicht als Kindsverluste konstruiert wurden. Eine vorangeschrittene fötale Entwicklung bedeutet also (auch gegenwärtig)²¹⁷ nicht zwingend, dass Betroffene das vorzeitige Ende einer Schwangerschaft als Kindsverlust erfahren. Diese Sichtweise, dass Fehl- und Stillgeborene noch keine Kinder waren, entspricht eher dem gesellschaftlichen Common Sense, wonach es erst ein Kind gibt, sobald es lebend geboren wurde. In ihrer Kritik an eben-dieser Sichtweise setzen sich die Initiativen der Anerkennungsbewegung dafür ein, dass Betroffene in Kliniken ausnahmslos als Eltern angesprochen werden und stillgeborene Kinder eine personale Existenz erhalten. Mit Beginn der Geburtswehen kommen in Deutschland dem Kind uneingeschränkt alle personalen Rechte zu. Hier zeigt sich die andere Grenze des Konstruktionspielraumes: Zum Zeitpunkt seiner (Lebend-)Geburt steht außer Frage, dass es sich beim Ungeborenen um eine kindliche Person handelt, deren Tod ein elterlicher Verlust ist. Diese historisch gewachsene, zweifelsfreie Normalität wird u. a. anhand der Rigidität spürbar, mit der Personen, die ihr Neugeborenes unmittelbar nach der Entbindung töten, als ›Kindsmörderinnen‹ öffentlich diskreditiert und als Einzeltäterinnen bestraft werden (vgl. Heft 2020, S. 59 f.).

Subjektive Anerkennungsgrenzen

Mit zunehmender Schwangerschaftsdauer und Fötalentwicklung institutionalisiert und verfestigt sich die elterliche sowie die gesellschaftliche Deutung, dass da ein Kind ist; dessen Verlust wird entsprechend begleitet und behandelt. Je später die Schwangerschaft verloren geht, desto weniger wird aus intersubjektiver Perspektive hinterfragt, dass es sich bei dem Ungeborenen um ein verstorbenes Kind seiner Eltern handelt. Um soziale Person zu werden, muss die medizinisch bestimmte Grenze zur Lebensfähigkeit bzw. zum Leben überschritten sein. Diese Grenze, das hat Kapitel 6 gezeigt, ist zugleich folgenreich und umstritten, weil unbestimmt ist, wann ›Leben‹ beginnt: mit der Lebendgeburt, mit Lebenszeichen, mit der Schwangerschaft, mit dem Kinderwunsch?

Noch vor der Geburt, die dem Kind im Falle einer Lebendgeburt einen vollgültigen Personenstatus verleiht, wird lebensweltlich bereits die Phase zwischen 23. und 25. SSW als weiterer Übergang ins Leben behandelt. Ab diesem Zeitpunkt ist das Ungeborene mit medizinischer Hilfe potenziell außerhalb der Gebärmutter überlebensfähig, weshalb es als eigenständige*r Patient*in den ärztlichen Fokus rückt (vgl. 6.2). Im Vertrauen und im Wissen um die medizinischen Möglichkeiten des Lebenserhaltes behandeln werdende Eltern das Ungeborene

217 Die historischen und kulturvergleichenden Verweise zeigen, dass es immer Praktiken gegeben hat, lebenden und auch älteren Kindern (noch) keinen Status als menschliche Subjekte zuzusprechen (2.2.1).

ab nun vorbehaltloser als Familienmitglied. Vermutlich aus diesem Grund finden auch sogenannte Babypartys in diesem letzten Schwangerschaftsdrittel statt. Während im ersten Schwangerschaftsdrittel Stillschweigen bewahrt wird, weil noch ein hohes Fehlgeburtsrisiko besteht, wird im letzten Drittel darauf vertraut, dass das Kind seine Geburt überleben wird.

Es gibt verschiedene, subjektive bzw. elterliche *Grenzen, die Leibesfrucht als eigenes Kind anzuerkennen*, die teilweise weit vor der Geburt liegen. Zur Darstellung und Begründung des Verlusts als Kindsverlust griffen die Beforschten stets auf medizinisch-ärztliches Wissen über die (Nicht-)Lebensfähigkeit des Ungeborenen zurück. Die medizinische Diagnostik von Lebenszeichen oder -bedingungen scheint ein menschliches Leben erst zu konturieren. Im Kontext von Entscheidungszwängen bezüglich der Fortsetzung der Schwangerschaft nach einer pränatalen Diagnose ließen sich in 6.3 kategoriale und temporale Grenzen der Anerkennung des Ungeborenen als eigenes Kind rekonstruieren. Während für einige das Ungeborene im Augenblick der Empfängnis (also mit Beginn der Schwangerschaft) ein Kind ist, für das Sorge zu tragen ist, versuchen andere ihre Bindung zum Ungeborenen regelmäßig mit dessen physiologischer Entwicklung zu synchronisieren. Anders gesagt, das Ungeborene wird immer in dem Maße als eigenes Kind behandelt, wie es dessen ›objektiver Zustand‹ zulässt – diese Umgangsweise basiert auf einer normorientierten Deutung des fötalen Körpers. Kommt es während der Schwangerschaft zu einer Fehl- bzw. Stillgeburt, kann die Wahrnehmung des kindlichen Körpers nach der Geburt für die Betroffenen krisenhaft sein.

Verlustformen und Deutungskrisen

Die elterlichen Vorstellungen des Ungeborenen im Körper passen nicht unbedingt zum fehl- oder stillgeborenen Körper nach der Geburt; vielleicht hatten die Betroffenen auch gar keine Vorstellungen. Es wurden vier Verlusttypen herausgearbeitet, die sich hinsichtlich der Konstellation von pränataler Vorstellung vom Ungeborenen und dessen körperlicher Gestalt nach der Geburt unterscheiden: Schwangerschaftsverlust, (Sternen-)Kindsverlust, unsichtbarer (Sternen-)Kindsverlust und ambivalenter Verlust (5.4). In jeder Form stehen die Kindesvorstellung (vorhanden/nicht vorhanden) und der Körper des Kindes (vorhanden/nicht vorhanden) in einem spezifischen Verhältnis. Auf Basis dieser Typologie argumentiere ich, dass Erfahrungen, in denen das Verhältnis von Vorstellung und Körper inkongruent ist, ein Krisenpotenzial bergen, das nicht besteht, wenn die Kindesvorstellung mit der körperlicher Materialisierung des Kindes übereinstimmt (These 5.4).

Fokussiert wurden deutungsbedingte Krisen, um die kulturellen Erfahrungsbedingungen aufzuzeigen, zu denen der gesellschaftliche Wissensvorrat gehört, der dem erlebenden Subjekt (keine) Deutungen zur Verfügung stellt. Bei

Schwangerschaftsverlusten gibt es weder eine Vorstellung des Ungeborenen als Kind noch wird nach dem Verlust ein kindlicher Körper wahrnehmbar. Die Betroffenen interpretieren das Geschehen nicht als Verlust eines Kindes, sondern etwa einfach als Fehlgeburt, weshalb keine Krise aufgrund fehlender oder inadäquater Deutungsressourcen aufkommt. Das Gleiche gilt für *(Sternen-)Kindsverluste*, bei denen es eine Vorstellung des Ungeborenen als Kind und einen greifbaren toten Körper gibt, der rituell verabschiedet werden kann. Als Beispiel für einen (Sternen-)Kindsverlust diente der Fall einer betroffenen Hebamme, die den Verlust ihres Embryos und den Abschied von ihm innerhalb der Familie beschreibt. Sichtbar wurde daran, dass eine, hier durch den Beruf, vorgeprägte Haltung, eine Fehlgeburt als (Sternen-)Kindsgeburt zu behandeln, einen selbstbestimmten Abschied ermöglicht.

Bei *ambivalenten Verlusten* birgt der nach der Geburt wahrgenommene Kindeskörper eine eigene Faktizität, die mit der Tatsache kollidiert, dass bis zum Zeitpunkt des Verlusts keine Kindesvorstellung oder Beziehung zum Kind etabliert worden war – es bis dahin noch abstrakte Zukunft war. Die leibliche Widerfahrnis, den kindlichen Körper zu sehen, kann dadurch nicht eingeordnet werden. Die Fallrekonstruktionen von Rhea und Clara haben gezeigt, dass die Begegnung mit dem kindlichen Körper zu einer unmittelbaren Anerkennung des Stillgeborenen als Kind führen kann, die pränatal noch nicht gegeben war. Der pränatal zugeschriebene Status des Ungeborenen wandelt sich in diesem Moment. In der Realität sind die Erfahrungen signifikant von dieser Schwierigkeit gekennzeichnet: dem fließenden Leben, könnte man mit Georg Simmel sagen, eine Form zu geben (zu den Deutungslücken und Ambivalenzen siehe 8.3). Viele Betroffene finden weder Worte für das Ereignis noch für das »Ergebnis«. Die Erfahrungen, die mithilfe einer Terminologie der Geburt erzählt, zugleich aber von einer Geburtserfahrung abgegrenzt wurden, habe ich als *denatale Verluste* beschrieben (vgl. 3.7.3). Es scheint schlicht keine Möglichkeiten zu geben, von einer Fehl- oder Stillgeburt zu erzählen, ohne sich den Geburtsbegriff anzueignen oder sich von ihm abzugrenzen. Die positive Aneignung des Geburtsbegriffs für eine Fehlgeburt bringt die Wortschöpfung »kleine Geburt«, die von Sterneneltern und Hebammen zunehmend verwendet wird, gut zum Ausdruck (vgl. 5.1).

Bei *unsichtbaren (Sternen-)Kindsverlusten* fehlt ein der Bedeutung eines Kindsverlusts entsprechender kindlicher Körper. Der Verlust ist von Dritten dadurch schwer nachvollziehbar. Ein Beispiel für diesen Typ ist der Fall Saras, die eine frühe Fehlgeburt erleidet. Aus ihrer Perspektive hat sie ihr Kind verloren, niemand kann den Verlust nachempfinden und die Trauer teilen (5.2.2). Ein anderer Fall von unsichtbarem (Sternen-)Kindsverlust ist der Aminos, die Zwillingstöten aus ihrem Schwangerschaftsabbruch beisetzen möchte, dies aufgrund von Normierungen ihres Umfeldes und Selbstdelegitimierung aber nicht durchsetzt (7.5.3). Auch hier konfligiert die Deutung des Ereignisses als Verlust

ihrer Kinder mit einem fehlenden würdevollen Umgang mit den körperlichen Überresten. Eine Beisetzung hätte neben einem Abschiedsritual gesellschaftliche Sichtbarkeit generiert, die Amina sich gewünscht hätte. Anhand der Analyse des Threads, der sich aus ihrem Post ergibt, wurde die These entwickelt, dass sich die Art der Bestattung und die Art der Verlusterfahrung wechselseitig bedingen: Die Form des Verlusts beeinflusst die Bestattung, und die Art der Bestattung repräsentiert, was verloren wurde. Bestattungsformen sind dementsprechend variantenreich und umstritten (These 7.5.3). Der fehlenden Repräsentation solcher unsichtbaren Verluste setzen Initiativen, etwa durch Abschiedsfeiern und Gedenksteine, etwas entgegen.

Auf Friedhöfen stellen Denkmale für abwesende Kinder oder für ›ungeborenes Leben‹ dann eine Form wiedergutmachender Anerkennung dar (These 7.5.4). Solche Denkmale können dazu beitragen, eine unsichtbare und damit entrechtete Verlusterfahrung sichtbar zu machen. Der Verlust kann sich auf diese Weise auch Jahre später noch konstituieren. Diese Form externer Anerkennung kann einen unsichtbaren (Sternen-)Kindsverlust im Nachhinein also zu einem tatsächlichen (Sternen-)Kindsverlust transformieren. Diese mittel- und langfristige *Prozesshaftigkeit der Verlustkonstitution* wurde am Fall Jans deutlich, der den selbstbestimmten Schwangerschaftsabbruch seiner damaligen Freundin zehn Jahre später, initiiert durch eine biografische Konversion, als Verlust seines Sohnes erfährt und entsprechend betrauert (vgl. S. 287).

Externe Anerkennungsakte

Die angesprochenen Akte der Anerkennung des Un-, Fehl- oder Stillgeborenen, die von Dritten durchgeführt werden können, standen im siebten Kapitel im Vordergrund. Eine professionelle Begleitung während und nach der Geburt kann Betroffene im Umgang mit dem kindlichen Körper unterstützen und Richtungen aufzeigen. Materielle Erinnerungen wie Fotografien und Fußabdrücke machen den Verlust darstellbar und können später als Existenzbeweise dienen. Klinikpersonal, das Akte der Anerkennung vollzieht und ermöglicht, trägt so zur Personalisierung und Familiarisierung bei (These 7.3). Mithilfe der Rekonstruktion solcher externer Anerkennungsakte wurde verstehbar, wie sich individuelle Verlusterfahrungen konstituieren. Eine zentrale Einsicht ist, dass das Fehlen externer Anerkennungsakte nach der Geburt wesentlich zur Entrechtung der vom Verlust Betroffenen beiträgt. Oft wissen Betroffene nicht, wie ihnen geschieht und wie sie die Situation und das Stillgeborene definieren sollen. Werden dann keine Anerkennungsakte durchgeführt, das Stillgeborene also bspw. entfernt und nicht fotografiert, sind die Erfahrungen von Versäumnissen und Schuldgefühlen geprägt.

In der Reihenfolge, wie sie am kindlichen Körper durchgeführt werden können (7.1–7.6), wurden konkrete externe Akte der Anerkennung rekonstruiert,

also solche, die postnatal von Dritten vollzogen werden. Neben Klinikpersonal und Seelsorger*innen, die schon während und kurz nach der Geburt begleiten, sind Bestatter*innen relevante Akteur*innen nach der Geburt bis zum Zeitpunkt der Beisetzung. Die befragten Bestatter*innen unterstützen Betroffene dabei, sich ihrem Stillgeborenen zu nähern und es als Kind behandeln und verabschieden zu können. Exemplarisch erzählten sie von einer Frau, deren Mann das gemeinsame Kind nach einem Fetozid zunächst anonym durch ein Bestattungsunternehmen beisetzen lassen wollte. Durch die Begleitung der Bestatterin bettet die Mutter es Wochen später selbst ein, verabschiedet sich von ihrem Kind und ist »im Frieden mit sich«. Eine Einbettung ist ein Akt der Personalisierung, der fundierende Anerkennung durch die Eltern generieren kann. Bestatter*innen sind für diese Personalisierung des verstorbenen Kindes ermöglichende (oder verhindernde) Dritte (vgl. These 7.4).

Externe Anerkennungsakte offenbaren, wer in unserer Gesellschaft als soziale Person gelten darf und »betrauenswert« (Butler 2010, S. 57) ist. An mehreren Stellen zeige ich, wo akute Aushandlungen darüber stattfinden, welche Art und Intensität von Anerkennung angemessen ist. Stets oszilliert die Etablierung von externen Anerkennungsakten in den Kliniken und von Bestatter*innen zwischen zu wenig und zu viel Personalisierung sowie zwischen einer Anerkennung *als* Person, *wie* eine Person oder explizit *anders*. Bezüglich dieser bestehenden Aushandlungsbedarfe sei an drei Beispiele erinnert. Erstens wurde gezeigt, dass der Hinweis auf Bestattungsmöglichkeiten ein inzwischen etablierter externer Akt der Anerkennung des Kindes durch Dritte ist, der für Betroffene auch irritierend oder ungewollt sein kann (These 7.5.1). Zweitens wurde argumentiert, dass Grabfelder für Sternenkinder diese als verstorbene Personen integrieren und zugleich besondern (These 7.5.2). Drittens stellen die Denkmale und Gedenkplätze für Ungeborene und nicht beerdigte Kinder einen Anerkennungsakt dar, der *alle* Un-, Fehl- und Stillgeborenen kollektivierend als Kinder auffasst und erinnert (vgl. ebd.). Diese kollektivierende Anerkennung wird von einigen Betroffenen explizit abgelehnt (etwa von Haas 2016). Diese Widersprüche sind Ausdruck des permanenten Bedarfs zur Aushandlung des Personenstatus am Lebensanfang.

Posthume Anerkennung der stillgeborenen Person?

In dieser Studie nehme ich empirisch die kontingente Verknüpfung der beiden Werdensprozesse, des biologischen und sozialen (Person-)Werdens, in den Blick. Die Theorie pränataler Sozialität wird damit um die materiellen und sozialen Voraussetzungen des Personwerdens am Lebensanfang erweitert, die bei Hirschauer und Kolleg*innen vorausgesetzt sind. Sie untersuchen idealtypisch *die* Normalschwangerschaft entsprechend der medizinischen Norm – Theorie wie Schwangerschaft enden mit der zweifelsfreien Geburt der sozialen Person durch

die »Teilung von Körpern« (Hirschauer et al. 2014, S. 291). Dabei kommen, kurz gesagt, weder körperliche Komplikationen noch bedingt gewollte Schwangerschaften oder nicht anerkannte Kinder vor. Von Hirschauer und Kolleg*innen vorausgesetzt werden die erfolgreiche Einnistung, ein komplikationsfreier Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, ein bestehender Kinderwunsch bzw. die Akzeptanz der Schwangerschaft sowie eine Anerkennung und Behandlung des Kindes durch verantwortliche Bezugspersonen, die die soziale Geburt eines lebenden Menschen konstituieren.

Neben dem Gelingen der Schwangerschaft ist eine weitere Setzung der Autor*innen die selbstverständliche Priorität, die sie Eltern bei der Konstitution des Kindes als soziale Person zuweisen. Die vorliegende Studie zeigt hingegen, und das ist gesellschaftstheoretisch interessant, dass die fundierende Deutung durch Dritte der elterlichen Deutung des Stillgeborenen als Kind und somit als soziale Person *vorgängig* sein kann. Das heißt, dass Dritte, wie Klinikpersonal und Bestatter*innen, externe Akte der Anerkennung des Stillgeborenen als soziale Person vollziehen, auch wenn Betroffene das Stillgeborene (noch) nicht als Kind annehmen. Sichtbar wurde dies u. a. daran, dass Ärzt*innen, Hebammen und Interviewerin das Un- und Stillgeborene als Kind konstruieren, wo die Beforschten es selbst (noch) nicht tun (vgl. 5.2.1; 6.2.1; 6.3.2). Dies widerspricht der These von Hirschauer et al. (2014, S. 291), niemand könne »eine kindliche Person werden, ohne zuvor jemandes persönliches Kind gewesen zu sein«.

Vielmehr zeigt diese Studie, dass *vor allem* Dritte das Kind entlang gängiger Konventionen personalisieren oder diese Personalisierung verweigern. Die elterliche Deutung des Fehlgeborenen als Kind und somit als soziale Person bspw. wird durch Dritte in der Regel *nicht* abgesichert (>hat noch nicht gelebt<) – wodurch es aus dem »Kreis sozialer Personen« (Lindemann 2011, S. 35) ausgeschlossen bleibt. Dieser Ausschluss wiederum bedeutet, dass die Betroffenen nicht Eltern eines Kindes geworden sind. Beide Beobachtungen stützen die prioritäre Bedeutung Dritter für die Anerkennung des Kindes als Person, die unabhängig von den leiblichen Eltern eine Person konstruieren. Anders formuliert, die ausschließliche elterliche Deutung ist für die intersubjektive Anerkennung nachrangig. Diese Überlegungen lassen sich zeitdiagnostisch für die Frage fruchtbar machen, was der Umgang mit Fehlgeburt und Stillgeburt über die Gegenwartsgesellschaft aussagt, und darüber, wie diese den Lebensanfang organisiert.

Gesa Lindemann hat mit dem »anthropologischen Quadrat« (ebd., S. 38 f.) ein prominentes Modell zur Klärung der Frage entwickelt, wer in einer Gesellschaft als soziale Person gilt. Ihre

»These ist, dass sich Gesellschaften danach unterscheiden, welche Entitäten als eine soziale Person anerkannt werden und welche Entitäten aus dem Kreis möglicher Personen herausfallen, und, dass es ein Spezifikum moderner Gesellschaften darstellt,

dass nur lebende Menschen soziale Personen sein können. In nicht-modernen Gesellschaften dagegen können etwa auch Verstorbene, Tiere oder jenseitige Wesen (Götter, Engel usw.) den Status einer legitimen sozialen Person einnehmen. [...] Da in modernen Gesellschaften nur lebendige Menschen Akteure sein können, ist es von zentraler Bedeutung, den Status ›lebender Mensch‹ zu bestimmen« (Graumann & Lindemann 2010, S. 302).

Der lebende Mensch werde vierfach abgegrenzt: am Lebensanfang, am Lebensende, gegenüber Maschinen und gegenüber Tieren. Die ersten beiden Grenzbeziehungen seien überschreitbare Grenzen. Die Frage

»ab wann ist ein Mensch lebendig genug, um ein Recht auf Leben zu haben[,] [...] führt zu den bekannten Grenzziehungsproblemen am Lebensanfang: Welchen Status hat ein Embryo, ein Fötus, ein Frühchen oder ein gerade geborenes Kind? Analog stellt sich die Frage am Lebensende, wenn es darum geht, ab wann ein Mensch nicht mehr lebendig genug ist, um eine Person sein zu können, der die garantierten Schutzrechte zukommen. Dies sind die bekannten Grenzfragen, die sich am Lebensende stellen: Ab wann ist der Mensch tot? Ab wann darf eine Behandlung eingestellt werden? usw.« (Lindemann 2011, S. 39)

Die Unterscheidungen zwischen Mensch und Maschine sowie zwischen Mensch und Tier seien hingegen unüberschreitbare Grenzen (vgl. ebd.).

Gesellschaften ließen sich entsprechend danach unterscheiden, wie jeweils festgelegt wird, wer als soziale Person gilt. Mit dem Fokus auf der Verknüpfung der beiden Werdensprozesse ließe sich ländervergleichend untersuchen, unter welchen Bedingungen biologisch-materielle Ereignisse mit konstitutiven Eckpunkten des sozialen Personwerdens verbunden werden (und warum auf diese Weise). In den USA bspw. kommt anders als in Deutschland dem Herzschlag des Ungeborenen eine fundamentale Bedeutung innerhalb der Debatten um den fötalen Subjektstatus zu (vgl. Evans & Narasimhan 2020).

In den Begriffen Lindemanns sind Fehl- und Stillgeborene aus gesellschaftstheoretischer Perspektive gleich zweifach aus dem Kreis der sozialen Personen ausgeschlossen: Sie haben die Grenze zur Lebendigkeit noch nicht überschritten, sie sind noch nicht lebendig, *und* sind tot. Wie ausführlich gezeigt wurde, waren jedoch viele Ungeborene zum Zeitpunkt des Verlusts für ihre Eltern und Familienangehörigen bereits ›sozial lebendig‹ und nahmen einen individuellen Platz im sozialen Gefüge ein. In dieser Studie zeigten sich verschiedene Umgangsweisen mit diesem Widerspruch zwischen elterlichem (Sternen-)Kindesverlust und gesellschaftlicher Exklusion des Kindes aus dem Kreis sozialer Personen. Viele Betroffene lösen das Paradox im Privaten, indem sie ihre eigenen Deutungen bearbeiten und Rituale im familiären Rahmen finden. Ein Beispiel ist die sich anonym äussernde B., die eine inoffizielle Beisetzung ihres Fehlgeborenen

im Familiengrab beschreibt (7.5.3). Betroffene dieses Typs stellen die dominante Deutung nicht öffentlich infrage (*privater Umgang*).

Eine andere Umgangsweise ist die Partizipation am Sterneneltern-Diskurs, einem suböffentlichen Diskurs, der die Ungeborenen als Kinder und soziale Personen innerhalb einer Gemeinschaft von Sterneneltern anerkennt und die Erinnerung an sie lebendig hält. Dieser Diskurs wird u. a. in Foren und Selbsthilfegruppen geführt (vgl. 3.7; dazu auch Rafanell & Sawicka 2020). Diese diskursiven Praktiken behandeln die Stillgeborenen als legitime soziale Personen, ähnlich wie es Graumann und Lindemann (2010, S. 302) für nicht-moderne Gesellschaften beschreiben und wie es Tradition z. B. der Yoruba in Nigeria ist (vgl. Oripeloye & Omigbule 2019, S. 204). Vor dem Hintergrund, dass innerhalb der Sterneneltern-Community fehl- und stillgeborene Kinder sehr wohl als soziale Personen gelten, ließe sich gegen Lindemanns These anführen, dass in der modernen Gesellschaft nur lebendigen Menschen personale Rechte zukommen. Allerdings würden die Foren-Mitglieder zum einen ja nicht bestreiten, dass ihre Kinder *tot* sind. Zum anderen, und das würde Lindemanns gesellschaftstheoretisches Argument ebenfalls stützen, handelt es sich um *suböffentliche Alternativdiskurse*, die gesamtgesellschaftlich randständig sind. Für die Diskurse ist vielmehr die Abgrenzung von *der* gesellschaftlichen Sichtweise kennzeichnend, die, so die Kritik, (Sternen-) Kinder und (Sternen-) Elternschaft gerade nicht als solche anerkennt.

Eine dritte Umgangsweise ist das Engagement für Anerkennung und für die Institutionalisierung ebenjener *externen Anerkennungsakte*, die so vollzogen werden, als *hätte* das Stillgeborene einen vollgültigen Personenstatus gehabt. Allen Akteur*innen ist klar, dass das Stillgeborene kein personales Subjekt (mehr) *ist*. In modernen Gesellschaften schadet es aber auch niemandem, ihm Anerkennung zuteilwerden zu lassen und es würdevoll, *wie* andere verstorbene Personen, beizusetzen. Im Gegenteil, Anerkennungsakte ermöglichen den Betroffenen einen angemessenen Abschied, der sie in ihrer Identität als Eltern bestärkt und sie den Verlust womöglich besser bewältigen lässt. Allerdings wirken diese an der Bestattungspraxis für verstorbene Erwachsene orientierten Anerkennungsakte auf den Subjektstatus des lebenden Ungeborenen *im Mutterleib* zurück. Tod und Leben werden in ›westlichen‹ Gesellschaften dualistisch gedacht, weshalb den Tod eines fehlgeborenen Embryos anzuerkennen und ihn als solchen zu behandeln, heißt, dem Embryo den Status eines vormals lebenden Menschen zuzuschreiben. Diese Zuschreibung – jede Schwangerschaft bedeutet menschliches Leben und ihr Verlust muss entsprechend betrauert werden – ist wiederum anschlussfähig für die Argumentation einer ideologischen Bewegung zum Schutz des ungeborenen Lebens, die mit ›Lebensschutz‹ den Erhalt der ›natürlichen‹ Familie fordert, in der eine geschlechtliche Arbeitsteilung herrscht. Mit dem hier skizzierten gesellschaftlichen Wandel in Richtung einer eindeutigen Anerkennung der stillgeborenen Person gehen also neue Paradoxien und Handlungsbedarfe einher.

8.3 Umgang mit Wissensgrenzen

Eine Spezifik reproduktiver Verluste, unabhängig davon, ob sie als Kindsverluste erfahren werden oder nicht, ist der hohe Grad an Ungewissheit und Ambivalenzen. Der Umgang mit Wissensgrenzen und die Frage nach in der Gesellschaft gültigem Wissen ist somit eine zweite Fachdebatte, für die die vorliegenden Ergebnisse fruchtbar gemacht werden können. Eine Form von Wissenslücke – fehlende Deutungsressourcen – stellte den Ausgangspunkt dieser Studie dar. Es ging darum, die kulturelle Ordnung des Todes am Lebensanfang zu verstehen. Rekonstruiert wurden dafür subjektive Vorstellungen und Legitimierungen, die dem Erlebten eine Bedeutung und eine intersubjektiv gültige Antwort auf die Frage geben, was eigentlich passiert ist. Die individuellen Deutungen der Fehl- oder Stillgeburt geben zugleich Aufschluss über gesellschaftliche Vorstellungen und Legitimierungen. Kurz, es geht um die Herstellung und Verhandlung *kulturellen Wissens*, vor allem dort, wo es *fehlt* oder unverbindlich ist. Verschiedene Umgangsweisen mit kulturellen Deutungslücken und -ambivalenzen (privater Umgang, alternative Diskurse, Engagement für Ver eindeutigung) wurden in 8.2 skizziert.

Daneben zeigten sich im Forschungsprozess zwei weitere Wissensgrenzen, die relevant für die Erfahrungen der Beforschten waren: die *Begrenztheit medizinischen Wissens* sowie *Wissen über die Zukunft*. Es wurde offensichtlich, dass während der Schwangerschaft, vor allem aber während des akuten Fehl- und Stillgebärens Ungewissheit und Handlungsunsicherheit vorherrschen, die die Erfahrung auch im Nachhinein prägen und als hauptsächliche Ursache für krisenhafte Momente beschrieben werden (vgl. 6.2). Vor allem spontane Abgänge und Geburten an der Grenze zur Lebensfähigkeit sind Notfälle, in denen medizinische Expert*innen sowie die Medizin als System der Krankenbehandlung in Anspruch genommen werden. In diesen Situationen ist die Auseinandersetzung mit medizinischen Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten unumgänglich. Die Erfahrung von Wissensgrenzen und Ungewissheit in Bezug auf den eigenen Körper und das Ungeborene wird dadurch auch zu einer Erfahrung der Abhängigkeit von Expert*innen, die ein exklusives – und begrenztes – Wissen zur Verfügung stellen.²¹⁸ Diese Erfahrungsdimension von Fehl- und Stillgeburten,

218 Die Journalistin Teresa Bucker (2017, o.S.) beschreibt diese Erfahrungskombination in einem Artikel über ihre Eileiterschwangerschaft eindrücklich so: »Die Gewissheit, dass ich dieses Krankenhaus ohne Baby verlassen werde, wächst mit den Stunden, in denen niemand kommt um zu fragen, wie es mir geht oder mir sagt, wie es weitergehen wird. Das Alleingelassensein an einem Ort, an dem mir geholfen werden soll, das Gefühl, nicht wichtig genug zu sein, um schnell Hilfe zu bekommen, war in jedem Fall traumatisch. [...] Ich bin noch immer unentschieden, ob die Erfahrung, im Krankenhaus so lange ignoriert und schlecht behandelt worden zu sein oder der Verlust des Kindes schwerer wiegen, oder beides in der Summe so erdrückend ist.«

in einem Abhängigkeitsverhältnis zum medizinischen Expert*innensystem zu stehen, wurde anhand einer *Typologie von Körperdeutung* abgebildet. Die Typen unterscheiden sich hinsichtlich dessen, wie Selbstdeutungen und (medizinische) Fremddeutungen des eigenen Körpers ins Verhältnis gesetzt werden, sobald der Normalverlauf der Schwangerschaft gestört wird (Kapitel 4).

Medizinisches Wissen zwischen Ressource und Autorität

Die verschiedenen Modi, den eigenen Körper unter Normal- und unter Krisenbedingungen zu deuten, bilden in dieser Studie einen Hintergrund zum Verständnis der individuellen Verlusterfahrungen. Empirisch fand sich kein Fall, in dem Betroffene sich bzw. die Schwangerschaft nicht von Beginn an in Bezug zu medizinisch-ärztlichem Wissen gesetzt hätten. Es zeigte sich vielmehr, dass sich die individuellen Erfahrungen hinsichtlich des Verhältnisses unterscheiden, in das die Betroffenen sich bzw. ihren Körper jeweils gegenüber dem medizinischen System setzten bzw. gesetzt sahen. Es wurden drei Typen der Körperdeutung voneinander abgegrenzt, bei denen je anders auf medizinisch-ärztliche Fremddeutungen Bezug genommen wird: ein heteronomer Modus (4.1), ein normorientierter Modus (4.2) und ein autonomer Modus (4.3).

Jeder Typ beschreibt eine spezifische handlungsleitende Relation von (medizinischer) Fremddeutung und (leiblich generierter) Selbstdeutung, die je andere Krisen sowie Strategien der Krisenbearbeitung wahrscheinlich macht. Für das Verhältnis entscheidend sind die rekonstruierten Subjektdeutungen darüber, ob Fremd- und Selbstdeutung übereinstimmen oder voneinander abweichen sowie die Handlungsmacht, etwaige Diskrepanzen zu bearbeiten. In den Modi fungiert die (ärztliche) Fremddeutung jeweils als *Handlungsanweisung*, *Handlungsorientierung* oder *optionale Handlungsorientierung*. Basierend auf den verschiedenen Funktionen, die Fremddeutungen für das eigene Handeln einnehmen, konnten für jeden Modus spezifische Funktionen und Krisenpotenziale herausgearbeitet werden.

Bei der Subjektdeutung im *heteronomen Modus* dominiert eine (ärztliche) Fremddeutung (4.1). Selbstdeutungen kommen entweder nicht vor oder sind nicht handlungsbestimmend. Fremddeutungen können das eigene Erleben erklären, als rationale Entscheidungsgrundlage herangezogen werden und als Handlungsanweisung fungieren. Personen im heteronomen Deutungsmodus vertrauen den oder akzeptieren die ärztlichen Fremddeutungen entweder, oder sie können der Fremdbestimmung nichts entgegensetzen. Verantwortung und Schuld, z. B. bei fehlender Aufklärung, obliegt in diesem Modus den medizinischen Expert*innen, was handlungsentlastend und komplexitätsreduzierend wirken kann.

Krisenhaft ist das Erleben in diesem Deutungsmodus dann, wenn subjektive Empfindungen und medizinische Körperdeutungen voneinander abweichen, wobei die *Selbstdeutung unterdrückt* wird. Erfahrungen in diesem Deutungsmodus

legen deshalb ein Engagement zur Änderung dominanter Körperdeutungsmuster nahe. Durch unpassende, fremdbestimmte Deutungen über den und Behandlungen am eigenen Körper entsteht ein Bedarf, den kulturellen Wissensvorrat und damit verbundene Normierungen zu verändern. Ein weiteres Krisenpotenzial birgt in diesem Typ *ärztliches Nichtwissen*. Wenn die verantwortlichen Deutungsinstanzen keine Deutungs- und Handlungsressourcen zur Verfügung stellen, stehen dem Subjekt bei *Deutungsbedarf* im heteronomen Modus keine zur Verfügung. Diese Konstellation ist, ich komme gleich darauf zurück, vor allem bei Geburten an der Grenze zur Lebensfähigkeit gegeben, weil medizinische Prognosen in diesem Behandlungsfeld von Unsicherheit geprägt sind.

Bei der Körperdeutung im *normorientierten Modus* haben sowohl Fremd- als auch Selbstdeutungen Deutungs- und Handlungsrelevanz, wobei die Fremddeutung die Orientierung des Handelns vorgibt (4.2). Das Subjekt bringt Fremddeutungen und Selbstdeutungen in eine Kongruenz, indem es Selbstdeutungen an die (medizinische) Norm anpasst. Epistemische Methoden der Medizin werden genutzt, um subjektive Verdachtsmomente zu bestätigen, oder krisenhaftes Erleben wird im Nachhinein durch kognitive Bearbeitung in medizinische Kategorien gebracht und dadurch rationalisiert. Techniken der präventiven Krisenvermeidung und nachträglichen Krisenbearbeitung stellen somit eine Arbeit des Subjekts am eigenen Körper und an den eigenen Gefühlen im Hinblick auf Normalitätserwartungen dar.

Diese Arbeit, und darin liegen die Krisenpotenziale dieses Typs, wird vom Subjekt geleistet. Wenn die *Handlungsressourcen* und -strategien zur Krisenbewältigung und Konformitätsherstellung *fehlen* bzw. die *Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremddeutungen* unüberbrückbar wird, erlebt das Subjekt einen krisenhaften Zustand. Die als eigenes Unvermögen interpretierte Unmöglichkeit, Normkonformität herzustellen, kann zu einer Krise des Selbstbildes führen. Das Subjekt sieht sich als für die Herstellung von Normkonformität selbst verantwortlich. Gelingt es nicht, diese herzustellen, werden nicht die Fremddeutungen angezweifelt, sondern wird die Schuld sich selbst zugerechnet. Eine Lösungsstrategie für solche Krisen, die im subjektbezogenen und normorientierten Modus verbleibt, wäre die Inanspruchnahme von Therapie, Coachings, Yoga oder anderen Formen individualisierter Hilfe.

Im Kontrasttyp des *autonomen Körperdeutungsmodus* ist die Selbstdeutung handlungsbestimmend (4.3). Ärztliche Fremddeutungen werden explizit abgelehnt oder selektiv herangezogen, um subjektive Körperdeutungen und damit verbundene Praktiken abzusichern. Fremddeutungen bieten somit eine optionale Handlungsorientierung. Dadurch, dass die Selbstdeutung das Handlungsprimat ist, sind, idealtypisch gedacht, weder medizinisches Nichtwissen noch Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbstdeutung besonders krisenhaft. Eine autonome Körperdeutung, die sich jenseits gängiger Kategorien vollzieht, ist mehrheitsgesellschaftlich *nicht anerkannt*. Damit sind soziale Sanktionen

und Abwertungen verbunden, die dem Subjekt nahelegen, Selbstdeutungen und damit sich selbst zu hinterfragen. Eine radikale Form des autonomen Deutens, bei der gänzlich auf medizinische Körperdeutungen verzichtet wird, kam in meinem Sample nicht vor. Die These ist deshalb, dass in der Gegenwart keine intersubjektiv anschlussfähige Körperdeutung unabhängig von medizinischem Wissen und klinischen Strukturen existiert; alternative Körperdeutungen, die sich empirisch fanden, konstituieren sich mindestens in Bezug auf sie.

Der Modus der Körperdeutung hat, in Wechselwirkung mit ›objektiven‹ Bedingungen, einen Einfluss auf die Krisenhaftigkeit der individuellen Erfahrung. Für eine heteronome Deutung ist problematisch, wenn die Deutungsinstanz keine Deutung und Handlungsanweisung zur Verfügung stellt, z. B. bei unsicherer Diagnose. Normorientierte Körperdeutung gerät an eine Grenze, wenn die Anpassung an die Norm nicht gelingt. Autonome Körperdeutungen werden eher sanktioniert, bspw. wenn bei ernsthafter Erkrankung keine medizinische Expertise in Anspruch genommen wird. Das Subjekt wird für die Konsequenzen selbst verantwortlich gemacht. Die vorgeschlagene Typologie ist vorläufig, da die Körperlichkeit der Erfahrung ursprünglich nicht im Fokus der Untersuchung stand. Zur theoretischen Sättigung müssten weitere Fälle, und vor allem beobachtend, erhoben werden. Gleichwohl lassen sich die Typen zukünftig für medizinsoziologische Fragestellungen fruchtbar machen, etwa für die Frage, wie Patient*innen mit ungewissen Diagnosen umgehen und unter welchen Bedingungen eine zunehmend geforderte »Patientenbeteiligung« (Stollberg 2008) eigentlich gelingen kann.

Deutungsbedarfe durch medizinischen Fortschritt am Lebensanfang

Geburtserfahrungen an der Grenze zur Lebensfähigkeit werden, wie oben angedeutet, unter medikalisierten Bedingungen gemacht und sind besonders von Ungewissheiten geprägt (vgl. Peter 2013). Wissen über die Grenze zur Lebensfähigkeit wird von Betroffenen herangezogen, um Handlungsorientierung in Bezug auf sich und auf das Ungeborene zu gewinnen (vgl. These 6.2). Aufgrund der mitunter hohen Abhängigkeit von ärztlicher Expertise und medizintechnischen Möglichkeiten ist es wahrscheinlich, dass es unter diesen Bedingungen zu heteronomer Körperdeutung kommt. Während einer spontanen Fehl- bzw. Stillgeburt wird neben der Schwangeren – bis zum Zeitpunkt seines definitiven Todes – das Ungeborene gedeutet und behandelt. Der Ausgang des Geschehens ist bis dahin ungewiss. Ich habe deshalb untersucht, wie und in welchen Momenten Betroffene während des leibkörperlichen Erlebens den Fakt herstellen, dass das Ungeborene nun tot ist oder nicht leben wird. Erstaunlicherweise wurde dieser definitive Augenblick des Todes bei pränatalen Verlusten selten so eindeutig identifiziert. Bei Verlusten an der Grenze zur Lebensfähigkeit sicherten Betroffene vielmehr mithilfe leiblicher Wahrnehmung, mithilfe von Körperwissen

und medizintechnischer Diagnostik über einen längeren Zeitraum hinweg die ›Wahrheit‹ ab, dass das Kind gestorben ist bzw. sterben wird. Teilweise schrieben sie bestimmten körperlichen Erscheinungen im Nachhinein zu, Sterbemomente im Leben des Ungeborenen gewesen zu sein (vgl. 4.4.1; These 7.1).

In früheren Stadien der Schwangerschaft ist die medizinische Diagnose nicht lebensfähig ein funktionales Äquivalent für die Feststellung des Todes beim Ungeborenen. Pränatale Diagnosen sind nicht immer eindeutig, und werdende Eltern müssen medizinische Kategorien in lebensweltliche Bedeutungen übersetzen, um einen Umgang mit ihnen zu finden (vgl. Peter & Feith 2020, S. 8 f.). Eine pränatal gestellte Diagnose erlegt werdenden Eltern gleichsam einen Zwang zur Deutung des Ungeborenen und seines zukünftigen Lebens auf (These 6.3), der bei einer komplikationsfreien Schwangerschaft nicht besteht (vgl. auch Feith & Marquart 2017). Deutlich wurde, dass mitunter zunächst Ärzt*innen und andere Dritte das Ungeborene als (zukünftiges) Kind konstruieren und die werdenden Eltern als für dieses verantwortlich ansprechen. Vor dem Hintergrund der Körperdeutung, der Diagnose, der Konstruktion des Kindes und eines lebenswerten Lebens müssen die Betroffenen dann entscheiden, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen oder abbrechen.

In Bezug auf diese Entscheidungsproblematik wurden in 6.3 variierende Kind-Konzepte als Entscheidungsgrundlage herausgearbeitet. Es ließen sich wertbasierte Deutungen des Ungeborenen als eigenes Kind von Deutungen unterscheiden, bei denen die Anerkennung des Kindes an dessen Lebensbedingungen geknüpft ist. Während Pia ihr Ungeborenes unabhängig von der infausten Prognose als ihr Kind betrachtet, für das sie sorgen möchte (6.3.1), wägt Clara vor dem Hintergrund der Diagnose eines Herzfehlers die zu erwartende Lebensqualität des Kindes ab – und entscheidet sich für einen Abbruch (6.3.2). Die Fälle unterscheiden sich auch, da bei Pia relative *Gewissheit* darüber besteht, dass das Kind *sterben* wird, wohingegen die Diagnose, mit der Clara und ihr Partner konfrontiert sind, eine schwere *Erkrankung* und ein hohes Maß an *Unsicherheit* bedeutet und einen sofortigen operativen Eingriff am Körper des Neugeborenen erfordert. Der Fallvergleich offenbart eine den Entscheidungen beider zugrundeliegende Haltung, Eingriffe am kindlichen Körper zu vermeiden – Pia während der Schwangerschaft, Clara am Neugeborenen. Während aufgrund der diagnostischen Lage Pia diesen Wert kindeskörperlicher Unversehrtheit mit Natürlichkeit (›Lauf der Dinge‹) begründen kann, muss Clara sich zur Durchsetzung einer ähnlichen Haltung aktiv für den künstlichen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden. Die Sicherheit einer infausten Prognose, so deshalb die tentative These, erleichtert die Entscheidung zur Fortsetzung der Schwangerschaft, die als eine unabhängige Wertentscheidung dargestellt werden kann (These 6.3.1).

Fehl- und Stillgeburtserfahrungen sind oft solche des Dazwischen; sie lassen sich nicht in den gängigen Wissensvorrat einordnen. Betroffene erleben ihr

Geborenes mitunter jenseits gängiger Dualismen wie Objekt/Subjekt, Mensch/Nicht-Mensch oder Person/Sache. Sprachlich differenzieren sie fein (noch nicht, nicht-mehr), verdeutlichen das Uneigentliche (quasi) und nehmen subjektivierende und objektivierende Zuschreibungen *gleichzeitig* vor. Clara beschreibt das Stillgeborene als »Küken, das zu früh aus dem Nest gefallen ist« *und* sagt, letztlich sei es »dann ja doch *Dein* Kind«. Rhea versteht »dieses Kind« als Kind *und* als nie zur Welt gekommen. Nicole und Antonio lieben ihre Tochter *und* beenden die lebenserhaltenden Maßnahmen. Pia will, dass ihre Tochter lebt *und* hofft, dass sie nicht schwerbehindert überlebt. Diese Gleichzeitigkeiten erscheinen widersprüchlich, weil mit der Anerkennung eines kindlichen Subjektstatus in unserer Gesellschaft ›bedingungslose Mutterliebe‹ und ein ›Recht auf Leben‹ verbunden werden. Empirisch ist das Un- und Stillgeborene für seine Eltern oft Subjekt und Objekt zugleich. Die Betroffenen erfahren diese Gleichzeitigkeit häufig als krisenhaft und ethisch widersprüchlich.

Mit einer besonderen Deutungsanforderung sind, wie oben gezeigt, Betroffene konfrontiert, die *spontan* eine Fehl- bzw. Stillgeburt erleiden und für die der Status des Ungeborenen zu diesem Zeitpunkt uneindeutig ist. Sie können sich nicht auf die Situation vorbereiten, wie z. B. Personen, die längerfristig wissen, dass ihr Kind sterben wird. Insgesamt birgt der akute, mit Ungewissheit besetzte Prozess eine extreme Deutungsherausforderung. Die Entscheidung für eine Geburt, einen Abgang, eine Operation oder eine andere Option hat Konsequenzen für die Art der Behandlung und den weiteren Umgang mit dem Stillgeborenen und der Betroffenen. Vor dem historischen Hintergrund einer klinischen Praxis, Stillgeborene mit dem Klinikabfall zu entsorgen, setzen sich Initiativen dafür ein, diese für den Trauerprozess entscheidende Situationsdefinition in die richtige Richtung – die einer ›kleinen Geburt‹ – zu lenken. Ich habe diese kollektiven Anstrengungen zunächst als *Anerkennungsbewegung* bezeichnet und als *Initiativen zur Vereindeutigung* näher bestimmt.

Prävention und Emotionskontrolle

Als drittes Feld begrenzten Wissens spielten schließlich im Vorfeld des Verlusts allgemeinere Umgangsweisen mit Risiken, mit der Ungewissheit des Schwangerschaftsverlaufes sowie der biografischen Zukunft eine große Rolle für die Befragten. Die Anforderung, sich eine *Vorstellung über mögliche Zukünfte* zu machen, zeigte sich gerade am Beispiel der Verluste, bei denen aufgrund einer pränatalen Diagnose Wissen über das (Nicht-)Leben des Ungeborenen hergestellt und eine Entscheidung herbeigeführt werden muss (6.3).

Eine Praxis, die Zukunft zu antizipieren und auf Basis dieser Antizipation zu agieren, zeigte sich darüber hinaus in größeren biografischen Zusammenhängen einiger Beforschter. In einer *Präventionslogik* versuchen sie, Verluste, Krisen und Trauer ursächlich zu vermeiden. In Kapitel 4 wurde angesprochen,

dass unter Schwangeren im Allgemeinen der Verantwortungsdruck gestiegen ist, ihren Körper im Namen des zukünftigen Kindes zu managen und Risiken zu vermeiden (vgl. Sänger et al. 2013). Es liegt in der Verantwortung der Frauen, sich und ihren Körper im Dienste gelingender Reproduktion gesund zu halten und vor dem Alter von 35 Jahren schwanger zu werden, um das Fehlgeburtsrisiko zu minimieren. Diese »Responsibilisierung durch eigenverantwortliche Entscheidungen« (Samerski & Henkel 2015, S. 104f.) steht auch im Kontext einer staatlichen Praventionslogik, nach der die Verantwortung für eine gelingende Lebensplanung beim Subjekt liegt (vgl. Bröckling 2008, S. 46). Dazu gehört die Illusion, dass das gute, gesunde und lange Leben planbar und die Natur des Körpers verfügbar seien, wenn ausreichende Vorkehrungen getroffen werden. Solche Verfugbarkeitskonstruktionen reichen bis hin zur Vorstellung, unter idealen Bedingungen ließe sich in jedem Fall eine erfolgreiche Schwangerschaft zustande bringen. So berichtet die Vloggerin Nina (5.1) in einem Folge-Video, sie und ihr Freund ernährten sich nun, nach ihrer dritten Fehlgeburt, vegan (Antibiotika im Fleisch wirkten sich negativ auf die Fruchtbarkeit aus) und sie habe sich in eine »homöopathisch-psychologische Behandlung« begeben, um für die nächste Schwangerschaft ggf. »innere Ängste« zu entdecken und aufzulösen. Bewährt sich ein solch kontrolliertes Vorgehen und kommt schließlich ein lebendes Kind zur Welt, können Akteur*innen sich diesen Erfolg teilweise selbst zurechnen. Gelingt es allerdings nicht, sehen sie nicht die Unverfügbarkeit des Lebens, sondern sich selbst in der Schuld. Etwa die Hälfte aller Frauen, die eine Fehlgeburt erleiden, geben sich selbst eine Schuld dafür (Kupsa 2020, o. S.). Auf solche Selbst- und Fremdschuldzuweisungen, die Trauernde entrechteten, komme ich im Fazit noch einmal zururuck (Kapitel 9).

Biografische Präventionsmaßnahmen werden z. B. bei Rhea sichtbar, die sich in Antizipation der grundsätzlichen Möglichkeit, die Schwangerschaft zu verlieren, gegen einen geplanten Wohnortwechsel entscheidet, um im Verlustfall ein vertrautes Umfeld zu haben. Nina, die bereits ihre dritte Fehlgeburt erleidet, scheint mit ihrem Video auch einen Beweis ihres Verlusts herzustellen und füllt damit präventiv die soziale Leerstelle, die nach der Fehlgeburt zu erwarten ist; die Erfahrung entrechteter Trauer hat sie bereits zweimal gemacht und ist nicht bereit, sie ein drittes Mal auf die gleiche Weise zu machen (vgl. 5.1). Andere Präventionsmaßnahmen dienen der ursächlichen Vermeidung von Vorfreude und pränatalem Bonding, um Verlustgefühlen vorzubeugen. Clara vermeidet es wochenlang, ihrer Familie von ihrer zweiten Schwangerschaft zu erzählen, um den möglichen Verlust durch eine zweite Fehlgeburt »kleinzuhalten«. Mit dem gleichen Ansinnen behandelt Melissa die erste Schwangerschaftsubelkeit vorsorglich als Symptom eines Pramenstruellen Syndroms, um eine frühe Fehlgeburt als verspätete Menstruation deuten und damit leichter verarbeiten zu können (5.3.1).

Diese Praventionslogik erstreckt sich auch auf die Verantwortung, Trauerarbeit zu leisten und von Anfang an für ihr Gelingen zu sorgen. Der mehrfach

zitierte Leitfaden der Aktion Schmetterlingskinder verdeutlicht den Nachdruck, mit dem Initiativen sich dafür einsetzen, dass Betroffene ihre Fehl- und Stillgeburten als ›richtige‹ Geburten von ›echten‹ Kindern erleben dürfen. Der Leitfaden dokumentiert verschiedene Entrechtungserfahrungen der Verfasserinnen, die übersetzt werden in Handlungsanweisungen für akut Betroffene, denen die Geburt noch bevorsteht. Diese haben noch die Chance, Versäumnissen vorzubeugen, die später die Trauer nach dem Verlust erschweren würden. Die Hinweise des Leitfadens zeigen Möglichkeiten auf und bringen Betroffene in die Verantwortung, selbst für das ›Gelingen‹ ihrer Verlusterfahrung und der nachfolgenden Trauerarbeit zu sorgen. Diese hier angerissenen Strategien der Kontrolle und Prävention – des Verlusts selbst sowie von Verlustgefühlen – implizieren soziale Ungleichheiten der Verlusterfahrungen. Die kognitiven, habituellen, emotionalen und finanziellen Ressourcen der Krisenprävention und -bearbeitung sind ungleich verteilt. Zugleich wird zur Norm, sie anzuwenden und von Betroffenen erwartet, dass sie eine solche Präventions- und Verlustbewältigungsarbeit leisten.

Kapitel 9

Subjektverantwortete Trauerkultur

In dieser Studie hat sich ein Grunddilemma reproduktiver Verlusterfahrungen gezeigt, das sich vielleicht mit dem Stichwort einer *normierten Liberalisierung* zusammenfassen lässt. Es besteht ein Widerspruch zwischen einer Verantwortung des Subjektes, einer vermeintlichen Freiheit, dem Erlebten einen Sinn zuzuschreiben, und der gesellschaftlichen Normierung des Trauerausdrucks, die an medizinischen und – in Bezug auf die Verlustbewältigung – psychologischen Kategorien orientiert ist.

Den betroffenen Subjekten obliegt die Verantwortung, das ›richtige‹ Kind zu konstruieren. Einerseits ist also eine Subjektresponsibilisierung zu beobachten: Die Subjekte müssen das Erlebte selbst deuten und entscheiden, ob und inwieweit die Fehl- oder Stillgeburt als Tod am Lebensanfang behandelt werden soll. In der Gesellschaft wird das Ereignis als ein individuell-schicksalhafter behandelt, das ansonsten nur als gynäkologische Pathologie interessiert. Andererseits ist das deutungsabhängige Trauern hochgradig kulturell normiert und sind die Normierungen an medizinisch-rationalen Kategorien ausgerichtet. Es gibt also, aus intersubjektiver Perspektive, richtige und falsche Verlustdeutungen. So bestehen differenzierte ›Verlusthierarchien‹ (vgl. Robson & Walter 2012) zwischen dem Verlust eines älteren Kindes, dem eines Lebendgeborenen, Totgeborenen und Fehlgeborenen. Ein unerfüllter Kinderwunsch wird als Verlust diskreditiert – weil keine materielle Substanz verloren ging. Eine frühe Fehlgeburt bleibt als Verlust ebenfalls unsichtbar, weil es keinen kindlichen Körper gibt, der begrüßt und verabschiedet werden kann. Können dem Ungeborenen keine Lebenschancen prognostiziert werden, endet der Prozess pränataler Personalisierung durch Ärzt*innen und das ungeborene Kind degeneriert zu Schwangerschaftsgewebe; auch Molenschwangerschaften, bei denen embryonale Anlagen fehlen, Eileiterschwangerschaften, die für das Ungeborene ein Todesurteil bedeuten, oder pränatal diagnostizierte Hirnschädigungen depersonalisieren das Verlustobjekt der Schwangerschaft – aus gesellschaftlicher Perspektive geht dabei kein ›Kind‹ verloren.

Während unter Trauernden immer wieder betont wird, dass jede und jeder so trauern darf, wie er oder sie es braucht, wird doch ständig mitverhandelt, wer Unterstützung verdient hat und wer nicht. Trauernde werden bewertet hinsichtlich der (Mit-)Schuld, die sie am Verlust tragen, und ihres gesellschaftlichen Status, des Ausmaßes von erfahrenem *Leid* und ihrer *Umgangsweise* – mit dem Ereignis, der Trauer, dem Kinderwunsch u. v. m. Es wird verhandelt, in welchem Maße der Verlust selbstverschuldet ist. Gab es vermeidbare Auslöser für die

Fehlgeburt oder war es ein Schicksalsschlag, ein Tod ohne feststellbare Ursache? Diese Aushandlungen verweisen auch auf verschiedene Konstruktionen von »Grenzen zwischen Verfügbarkeit und Unverfügbarkeit« (Gülker 2019, S. 35) im Rahmen des Kinderkriegens, also auf Vorstellungen davon, wie sehr das Ereignis beeinflussbar war oder hätte vermieden werden können. Betroffene sind zuweilen mit der ungewohnten Erfahrung konfrontiert, dass sich etwas ihrer Kontrolle und Verfügbarkeit entzieht. Sie verarbeiten die Verluste eher im privaten Rahmen, kontrollieren ihren Gefühlsausdruck und versuchen den Verlust kognitiv zu verarbeiten, auch weil sie sich für seine Ursachen und seine Bewältigung verantwortlich sehen. Wo der Verlust als unveränderlich und unverfügbar konstruiert werden kann, scheint mehr Akzeptanz des Geschehens und mehr Anspruch auf Anerkennung, Unterstützung und Mitgefühl zu bestehen.

Die Bewertung individueller Verlusterfahrungen im Kontext leiblicher Reproduktion ist auch von gesellschaftlichen Erwartungen und Vorstellungen guter Elternschaft geprägt, etwa von der guten oder zu sehr auf den Kinderwunsch versessenen Prämutter, der Rabenmutter, die sich lieber um ihre lebenden Kinder kümmern sollte oder der Karrierefrau, die zu lange mit dem Kinderwunsch gewartet hat. Solche Zuschreibungen implizieren Bewertungen davon, wer es »verdient« hat, ein Kind zu bekommen – und wer nicht. Ein Forschungsdesiderat stellen in diesem Kontext auch reproduktive Verluste von Personen dar, die sich als nicht heterosexuell identifizieren. Im gesellschaftlichen Mainstream ist es nicht vorgesehen, dass queere oder homosexuelle Paare, oder auch Alleinstehende, leibliche Kinder bekommen, sodass das Ausbleiben einer Schwangerschaft normal erscheint und naturalisiert wird. Auch erschweren Krankenkassen und der Gesetzgeber leibliche Elternschaft für Personen in Lebensformen jenseits der Ehe und der Kernfamilie, z. B. indem die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz nicht finanziert wird. Personen innerhalb solcher Lebensformen werden, so könnte man sagen, nach reproduktiven Verlusten intersektional entrechtet.

Zum Ende komme ich damit auf das Narrativ eines Tabus um Fehlgeburt und Totgeburt zu sprechen, ohne das kein medialer Beitrag zum Thema auskommt und das meines Erachtens etwas in die Irre führt. Die Themen Tod, Fehlgeburt, Sternenkinder und kleine Geburten werden in Massenmedien und Social Media zunehmend präsent diskutiert, es gibt eine große Community und viele Betreuungs- und Beratungsangebote. Die immer wieder erwähnte gesellschaftliche Tabuisierung von Fehl- und Totgeburt bezieht sich hingegen auf die Zeit vor den Gesetzesänderungen und auf die kommunikativen Schwierigkeiten Außenstehender, auf Erfahrungsberichte der Betroffenen zu reagieren. Viele wollen offen über die Erfahrung sprechen. Es ist nur anscheinend kaum möglich, von eigenen Fehl- und Stillgeburtserfahrungen oder von Schwangerschaftsabbrüchen zu erzählen, ohne das Gegenüber zu emotionalisieren (und dann verantwortlich für die Situation zu sein) und ohne moralisierende Schuldzuweisungen,

unpassende Kommentare oder unerwünschte Ratschläge zu erhalten. Betroffene können es daher als eine gute Präventions- und Umgangsstrategie verstehen, durch Schweigen (weitere) normierende und verletzende Reaktionen zu vermeiden. Von Trauernden wird erwartet, dass sie so trauern und handeln, wie es dem Verlust und ihrer Position angemessen ist. Deshalb ist es für Betroffene auch bedeutsam, kulturelle Vorstellungen davon, was der Verlust bedeuten *kann*, öffentlich zu machen. Ein solches Wissen darüber, wie es *auch* sein könnte, könnte den kommunikativen Umgang mit Betroffenen dahingehend verändern, dass diese selbst die Deutungshoheit über das Erlebte erhalten.

Mit der Deutung, dass werdende Eltern ihr Kind verloren haben, sind neben Mitgefühl und Unterstützung auch Stigmata und Berührungängste sowie die Zuschreibung unvorstellbaren Leides verbunden, die auch die normative Implikation trägt, dass nach einem solchen Ereignis unvorstellbar gelitten und getrauert werden müsse. Eine weitere gefühlnormierende Ansicht ist, dass die Geburt eines toten Kindes nicht *auch* etwas Schönes sein kann, das jemanden mit Stolz erfüllt, sondern zwangsläufig etwas ist, das für den Rest des Lebens unglücklich macht. Ob fehlende Empathie oder überbordendes Mitleid – die sozialen Reaktionen auf einen individuellen Verlust basieren auf Vorstellungen darüber, wie leidvoll die Erfahrung ist, wie sehr die betroffenen Personen sie mitverantworten, wie gut oder schlecht sie damit umgehen. Diese Reaktionen vermitteln somit auch gesellschaftliche Normalerwartungen und sanktionieren individuell von diesen Erwartungen abweichende Gefühle und Positionen. Einigen Betroffenen kann es dann helfen, ihre Gefühle und Gedanken in Richtung der gesellschaftlichen Normalität zu bearbeiten; Personen mit heteronomen Erfahrungen werden teilweise in der eigenen Community aufgefangen; und autonome Deutungen bergen das Potenzial, gesellschaftliche Vorstellungen und Normierungen dauerhaft zu verändern.

Literatur

- Abels, Heinz. 2010. Alfred Schütz und die Grundlegung der phänomenologischen Soziologie. In: (ders.): *Interaktion, Identität, Präsentation. Kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie*. Wiesbaden: Springer VS. 59–84.
- Adler, Patricia/Adler, Peter. 1998. Observational Techniques. In: Denzin, Norman K./Lincoln, Yvonna S. (Hrsg.): *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Thousand Oaks: SAGE. 79–109.
- Aeternitas (e. V. Verbraucherinitiative Bestattungskultur). 2012. Die Bestattung von Tot- bzw. Fehlgeburten. Übersicht über die Regelungen der Bundesländer [Online-Artikel]. Veröffentlicht: 15. Mai 2012. www.aeternitas.de/inhalt/recht/themen/artikel/2012_05_15__03_56_19 (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Ariès, Philippe. 1975. *Geschichte der Kindheit*. München: Hanser.
- Arnold, Joan/Buschman Gemma, Penelope. 2008. The Continuing Process of Parental Grief. In: *Death Studies*, 32(7), 658–673.
- Aronowitz, Robert. 2008. Framing disease: An underappreciated mechanism for the social patterning of health. In: *Social Science and Medicine*, 67(1), 1–9.
- AWMF. 2014. »Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit« der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin, Akademie für Ethik in der Medizin und Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, unter Mitwirkung des Deutschen Hebammenverbandes und des Bundesverbandes »Das frühgeborene Kind« [Leitlinie, Nr. 024/019 in der überarbeiteten Fassung von 04/2014].
- Baldus, Marion. 2014. Medizinischer Fortschritt und gestiegener Entscheidungsdruck am Beispiel der Pränataldiagnostik. In: *Ludwigshafener Ethische Rundschau*, 2, 11–15.
- Barth, Stephan. 2005. *Selbsthilfe im Internet. Eine Fallstudie zu Unterstützungsleistungen in einer Selbsthilfe-Newsgroup*. Hamburg: Kovač.
- Bath, Corinna/Bauer, Yvonne/Bock von Wülffingen, Bettina/Saupe, Angelika/Weber, Jutta. 2005. Materialität denken: Positionen und Werkzeuge. In: (dies.) (Hrsg.): *Materialität denken. Studien zur technologischen Verkörperung – Hybride Artefakte, posthumane Körper*. Bielefeld: Transcript. 9–30.
- Bauernschmidt, Dorothee/Dorschner, Stephan. 2018. Angehörige oder Zugehörige? – Versuch einer Begriffsanalyse. In: *Pflege*, 31(6), 301–309.
- Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.). 2014. *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias. 2013. *Sinnbilder und Abschiedsgesten. Soziale Elemente der Bestattungskultur*. Hamburg: Kovač.
- Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hrsg.). 2019. *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*. Wiesbaden: Springer VS.
- Berend, Zsuzsa. 2016. Surrogate Losses: Failed Conception and Pregnancy Loss Among American Surrogate Mothers. In: Earle, Sarah/Komaromy, Carol/Layne, Linda (Hrsg.): *Understanding Reproductive Loss. Perspectives on Life, Death and Fertility*. London, New York: Routledge. 93–104.
- Berendsen, Eva/Cheema, Saba-Nur/Mendel, Meron (Hrsg.). 2019. *Trigger Warnung. Identitätspolitik zwischen Abwehr, Abschottung und Allianzen*. Berlin: Verbrecher.
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas. 1995. *Modernität, Pluralismus und Sinnkrise. Die Orientierung des modernen Menschen*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas. 2004/1969. *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bigalke, Katja. 2015. Qualvolle Entscheidung – Was Spätabtreibungen für Eltern und Ärzte bedeuten [Audio-Podcast mit Transkript]. In: *Deutschlandfunk Kultur*. Veröffentlicht: 30. April 2015. www.deutschlandfunkkultur.de/qualvolle-entscheidung-was-spaetabtreibungen-fuer-eltern.976.de.html?dram:article_id=318076 (Aufgerufen: 03. Mai 2021).

- Birch, Maxine/Miller, Tina. 2000. Inviting intimacy: The interview as therapeutic opportunity. In: *International Journal of Social Research Methodology*, 3(3), 189–202.
- Blencowe, Hannah/Cousens, Simon/Jassir, Fiorella B./Say, Lale/Chou, Doris/Mathers, Colin/Hogan, Dan/Shiekh, Suhail/Qureshi, Zeshan U./You, Danzhen/Lawn, Joy E. 2016. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis. In: *The Lancet Global Health*, 4(2), e98–e108.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). 2018. Sternenkinder. Hintergrundmeldung. Veröffentlicht: 01. Juni 2018 www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/chancen-und-teilhabe-fuer-familien/sternenkinder (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Böcker, Julia. 2015. Kein Tod ohne Leben. Zu Krisen des Trauerns nach Fehl- und Totgeburt. In: Endreß, Martin (Hrsg.): *Routinen der Krise – Krise der Routinen. Verhandlungen des 37. Kongresses der DGS in Trier*. Open Access: www.publikationen.sozioologie.de/index.php/kongressband_2014/article/view/158/pdf_89.
- Böcker, Julia. 2016. Frühe Tode. Verräumlichungen der Trauer um Ungeborene. In: Benkel, Thorsten (Hrsg.): *Die Zukunft des Todes. Heterotopien des Lebensendes*. Bielefeld: Transcript. 317–338.
- Böcker, Julia. 2017. Inwändig, unsichtbar, liminal. Ambivalenzen pränataler Verluste. In: Jakoby, Nina/Thönnies, Michaela (Hrsg.): *Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*. Wiesbaden: Springer VS. 117–136.
- Böcker, Julia. 2019. Too much doing loving sociology? In: Böcker, Julia/Henkel, Anna/Moebius, Simon (Hrsg.): *Die Liebe der Soziologie. Festschrift für Günter Burkart*. Berlin: bod. 217–227.
- Böcker, Julia. 2021. Mutter, Vater, Sternenkind. Die Änderung des Personenstandsrechts für Fehlgeborene und ihre unvorhergesehenen Folgen. In: Sigl, Johanna/Kapitzka, Katharina/Fischer, Karin (Hrsg.): *Facetten des Antifeminismus. Angriffe und Eingriffe in Wissenschaft und Gesellschaft*. Hamburg: MartaPress. 117–136.
- Böcker, Julia. 2022. Der Wandel der Anerkennung von Fehl- und Totgeburt als Geburt eines Kindes. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie – Sonderheft: Geburtskulturen im Wandel*. (Im Erscheinen)
- Böcker, Julia/Dreier, Lena/Jakob, Maria. 2018. Kontingenzsensibilität. Empirische Kulturosoziologie als Forschungshaltung. In: Böcker, Julia/Dreier, Lena/Eulitz, Melanie/Frank, Anja/Jakob, Maria/Leistner, Alexander (Hrsg.): *Zum Verhältnis von Empirie und kulturosoziologischer Theoriebildung. Stand und Perspektiven*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 20–33.
- Böcker, Julia/Leistner, Alexander. 2015. Grauzonen der Feldforschung. Methodische Herausforderung und heuristisches Potential. In: Pöferl, Angelika/Reichert, Jo (Hrsg.): *Wege ins Feld. Methodologische Aspekte des Feldzugangs*. Essen: Oldib. 332–347.
- Bogner, Alexander. 2005. *Grenzpolitik der Experten*. 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*. Frankfurt am Main, New York: Campus. 341–366.
- Bohnsack, Ralf. 2003. *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: Leske + Budrich.
- Boltanski, Luc. 2007. *Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bonhôte, Ian/Ryder, Andee/Taussig, Nick/Van Carter, Paul (Produktion)/Bonhôte, Ian (Regie)/Ettegui, Peter (Drehbuch). 2018. *Alexander McQueen* [Dokumentarfilm]. 111 Min. Großbritannien: Misfits Entertainment und Salon Pictures.
- Bonnette, Shari/Broom, Alex. 2012. On grief, fathering and the male role in men's accounts of stillbirth. In: *Journal of Sociology*, 48(3), 248–265.
- Breidenstein, Georg/Hirschauer, Stefan/Kalthoff, Herbert/Nieswand, Boris. 2013. *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. Konstanz, München: UVK.
- Bröckling, Ulrich. 2008. Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention. In: *Behemoth. A Journal on Civilisation*, 1(1), 38–48.
- Bröckling, Ulrich. 2013. Der Kopf der Leidenschaft. Soziologie und Kritik. In: *Leviathan – Berliner Zeitschrift für Sozialwissenschaft*, 41(2), 309–323.

- Brumund, Sophia C. 2019. *Zur (Re)Produktion von Mutterbildern. Eine Analyse von Forendiskussionen der Onlineplattform Babycenter Deutschland*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Leuphana Universität Lüneburg.
- Bruns, Florian. 2012. Die Frage nach dem Beginn des menschlichen Lebens – ein ethisches Problem aus historischer Sicht. In: Anthuber, Christoph/Beckmann, Matthias W./Dietl, Johannes/Dross, Fritz/Frobenius, Wolfgang (Hrsg.): *Herausforderungen. 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. Stuttgart, New York: Georg Thieme. 206–216.
- Bublitz, Hannelore. 2018. Materialität des Körpers – oder Materie tritt nie ohne ihr Schema auf. In: (dies.) *Das Archiv des Körpers. Konstruktionsapparate, Materialitäten und Phantasmen*. Bielefeld: Transcript. 27–36.
- Bücker, Teresa. 2017. Zugenäht, aber ohne Trost – über den Schmerz, mein Kind durch eine Eileiterschwangerschaft zu verlieren [Online-Artikel]. In: *Edition F*. Veröffentlicht: 28. Dezember 2017. www.editionf.com/eileiterschwangerschaft-persoenerlicher-bericht/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Büsing, Sarah Maria/Schaeffer, Katja. 2016. Die kontrollierte Öffnung des Sozialen am Lebensanfang. Befunde einer Ethnographischen Studie zu Behandlungsentscheidungen in der Neonatologie. Vortrag auf dem 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Bamberg, 27. September 2016.
- Butler, Judith. 1995. *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Berlin: Berlin.
- Butler, Judith. 2010. *Raster des Krieges. Warum wir nicht jedes Leid beklagen*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Cabanas, Edgar/Illouz, Eva. 2019. *Das Glücksdiktat und wie es unser Leben beherrscht*. Berlin: Suhrkamp.
- Cacciatore, Joanne/Bushfield, Suzanne. 2008. Stillbirth: A Sociopolitical Issue. In: *Affilia*, 23(4), 378–387.
- Cacciatore, Joanne/DeFrain, John/Jones, Kara. 2008. When a Baby Dies: Ambiguity and Stillbirth. In: *Marriage & Family Review*, 44(4), 439–454.
- Campbell-Jackson, Louise/Horsch, Antje. 2014. The Psychological Impact of Stillbirth on Women: A Systematic Review. In: *Illness, Crisis & Loss*, 22(3), 237–256.
- Carlson, Rose/Lammert, Catherine/O’Leary, Joann M. 2012. The Evolution of Group and Online Support for Families Who Have Experienced Perinatal or Neonatal Loss. In: *Illness, Crisis & Loss*, 20(3), 275–293.
- Cecil, Rosanne. 1984. Miscarriage: women’s views of care. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(1), 21–29.
- Cecil, Rosanne (Hrsg.). 1996. *The Anthropology of Pregnancy Loss: Comparative Studies in Miscarriage, Stillbirth, and Neonatal Death*. Oxford, Washington: Berg Publishers.
- Charmaz, Kathy. 1980. *The social reality of death: Death in Contemporary America*. Reading: Addison-Wesley.
- Charmaz, Kathy. 1983. Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. In: *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168–195.
- Charon. (o. J.). Kindergrabfelder. www.charon.de/unzeit/kindergrabfelder (Aufgerufen: 14. Juli 2020).
- Charon. 2015. Kindergrabfelder [Liste im PDF, Stand datiert auf Februar 2015]. www.charon.de/wp-content/uploads/2014/09/1_Kindergrabfelder_Stand-2015-02-03.pdf (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Colloseus, Cecilia. 2018. *Gebären – Erzählen: Die Geburt als leibkörperliche Grenzerfahrung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Côté-Arsenault, Denise/Brody, Davya/Dombeck, Mary-Therese. 2009. Pregnancy as a Rite of Passage: Liminality, Rituals & Communitas. In: *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 24(2), 69–87.
- Côté-Arsenault, Denise/Kavanaugh, Karen. 2018. Editorial. *Illness, Crisis & Loss. Special Issue: Perinatal Loss and Bereavement*, 26(1), 3–4.
- Davidson, Deborah. 2011. Reflections on Doing Research Grounded in My Experience of Perinatal Loss: From Auto/biography to Autoethnography. In: *Sociological Research Online*, 16(1), 1–8.
- Davidsson Bremborg, Anna/Rådestad, Ingela. 2013. Memory Triggers and Anniversaries of Stillborn Children. In: *Nordic Journal of Religion and Society*, 26(2), 157–174.
- Davies, Ruth. 2004. New understandings of parental grief: Literature review. In: *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 506–513.

- DBK (Deutsche Bischofskonferenz). 2007. *Internationale Theologische Kommission: Die Hoffnung auf Rettung für ungetauft sterbende Kinder*, Arbeitshilfen Nr. 224. Bonn.
- Dein Sternkind. (o. J.). Dein Sternkind. Das erste und das letzte Bild [Vereinshomepage]. www.dein-sternkind.eu/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Demirci, Katja. 2019. Wie eine Mutter mit der Trauer um ihr Kind lebt [Online-Artikel]. In: *Der Tagesspiegel*. www.tagesspiegel.de/gesellschaft/unser-sohn-starb-als-er-eine-woche-alt-war-wie-eine-mutter-mit-der-trauer-um-ihr-kind-lebt/25305508.html (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Deraniyagala, Sonali. 2013. *Wave: A Memoir of Life After the Tsunami*. London: Virago Press.
- Doka, Kenneth J. 1997. *AIDS, Fear and Society. Challenging the Dreaded Disease*. Hoboken: Taylor & Francis.
- Doka, Kenneth J. (Hrsg.). 2002. *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign: Research Press.
- Doka, Kenneth J. 2014. Entrechtete Trauer. In: Bürgi, Dorothee/Metz, Christian (Hrsg.): *Leid im Abseits – Aberkannte und nicht gesehene Trauer. Leidfaden. Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*, 3(3), 4–8.
- Duden, Barbara. 1991. *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. Hamburg: Luchterhand.
- Duden, Barbara. 2002. Zwischen ›wahrem Wissen‹ und Prophetie. Konzeptionen des Ungeborenen. In: Duden, Barbara/Schlumbohm, Jürgen/Veit, Patrice (Hrsg.): *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Bd. 170. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 11–48.
- Duden, Barbara. 2019. Die Freiheit der Frau, ›Nein‹ zu sagen [Online-Artikel]. In: *Süddeutsche Zeitung*. Veröffentlicht: 08. September 2019. www.sueddeutsche.de/leben/geburt-praenataldiagnostik-schwangerschaft-1.4590138 (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Duden, Barbara/Schlumbohm, Jürgen/Veit, Patrice (Hrsg.). 2002. *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Bd. 170. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Durkheim, Émile. 1976. *Die Regeln der soziologischen Methode, herausgegeben und eingeleitet von René König*. Darmstadt: Luchterhand.
- Dyregrov, Atle/Matthiesen, Stig Berge. 1987. Similarities and differences in mothers' and fathers' grief following the death of an infant. In: *Scandinavian Journal of Psychology*, 28, 1–15.
- Earle, Sarah/Komaromy, Carol/Layne, Linda L. (Hrsg.). 2016. *Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility*. London, New York: Routledge.
- Eckert, Judith/Cichecki, Diana. 2020. *Mit ›gescheiterten‹ Interviews arbeiten. Impulse für eine reflexiv-interaktionistische Interviewforschung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Einarsdóttir, Jónína. 2000. *›Tired of weeping‹: child death and mourning among Papel mothers in Guinea-Bissay*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Emerson, Robert/Fretz, Rachel/Shaw, Linda. 2002. Participant Observation and Fieldnotes. In: Atkinson, Paul/Coffey, Amanda/Delamont, Sara/Lofland, John/Lofland, Lyn (Hrsg.): *Handbook of Ethnography*. London: SAGE. 352–368.
- Engel, Sonja. 2019. Geschlecht aus kultursoziologischer Perspektive. In: Moebius, Stephan/Nungesser, Frithjof/Scherke, Katharina (Hrsg.): *Handbuch Kultursoziologie*, Bd. 2. Wiesbaden: Springer VS. 351–368.
- Equit, Claudia/Hohage, Christoph. 2016. *Handbuch Grounded Theory. Von der Methodologie zur Forschungspraxis*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Erhard, Franz/Sammet, Kornelia. 2018a. Zu diesem Buch. In: (dies.) (Hrsg.): *Sequenzanalyse praktisch*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 9–13.
- Erhard, Franz/Sammet, Kornelia. 2018b. Methodologische Grundlagen und praktische Verfahren der Sequenzanalyse. Eine didaktische Einführung. In: (dies.) (Hrsg.): *Sequenzanalyse praktisch*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 15–72.
- Eulitz, Melanie/Leistner, Alexander. 2018. Jenseits, diesseits, mittendrin. Zur Einleitung und zur Verortung der Verhältnisbestimmung von Theorie und Empirie. In: Böcker, Julia/Dreier, Lena/Eulitz, Melanie/Frank, Anja/Jakob, Maria/Leistner, Alexander (Hrsg.): *Zum Verhältnis von Empirie und kultursoziologischer Theoriebildung. Stand und Perspektiven*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 7–17.

- Evans, Dabney P./Narasimhan, Subasri. 2020. A narrative analysis of anti-abortion testimony and legislative debate related to Georgia's fetal heartbeat abortion ban. In: *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1). Online First. DOI: 10.1080/26410397.2019.1686201.
- Feith, Dominik/Marquardt, Bernd. 2017. Ungewisse Zukünfte am Lebensbeginn. Die soziale Konstruktion eines Kindes unter den Bedingungen einer pränatal diagnostizierten Fehlbildung. In: *Tsantsa. Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft*, 22, 26–36.
- Feldmann, Klaus. 2010a. *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. Wiesbaden: Springer VS.
- Feldmann, Klaus. 2010b. Soziologie des Sterbens und des Todes (Thanatosoziologie). In: Kneer, Georg/Schroer, Markus (Hrsg.): *Handbuch Spezielle Soziologien*. Wiesbaden: Springer VS. 569–586.
- Fernandez, Ramona/Harris, Darcy/Leschied, Alan. 2011. Understanding Grief Following Pregnancy Loss: A Retrospective Analysis Regarding Women's Coping Responses. In: *Illness, Crisis & Loss*, 19(2), 143–163.
- Fezer Schadt, Kathrin/Erhardt-Seidl, Carolin. 2018. *Weitertragen – Wege nach pränataler Diagnose: Begleitbuch für Eltern, Angehörige und Fachpersonal*. Salzburg: edition riedenburg.
- Finlay, Linda. 2011. *Phenomenology for therapists: Researching the lived world*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Foucault, Michel. 1973. *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Hanser.
- Franz, Cordula. 2017. Definitionen und Inzidenzen. In: Toth, Bettina (Hrsg.): *Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten. Ursachen, Prävention und Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer. 3–6.
- Fredrickson, RaeAnne/Sissons, Lisa. (o. J.). Still Mothers – Living Childless After Loss. Welcome Letter. www.stillmothers.com/about/welcome/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Freud, Sigmund. 1975/1917. ›Trauer und Melancholie‹. In: Mitscherlich, Alexander/Richards, Angela/Strachey, James (Hrsg.): *Sigmund Freud Studienausgabe*, Bd. 3. Frankfurt am Main: Fischer. 197–212.
- Friedrich, Jana. 2015. Die kleine Geburt: Ein (Fehl)-Geburtsbericht [Blogbeitrag]. In: *Hebammenblog*. Veröffentlicht: 30. April 2015 (aktualisiert: 25. August 2019). www.hebammenblog.de/die-kleine-geburt-ein-fehl-geburtsbericht/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Frost, Julia/Bradley, Harriet/Levitas, Ruth/Smith, Lindsay/Garcia, Jo. 2007. The Loss of Possibility: Scientisation of Death and the Special Case of Early Miscarriage. In: *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 1003–1022.
- Funk, Miriam. 2017. *Tabuthema Fehlgeburt: ein Ratgeber*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Garfinkel, Harold/Sacks, Harvey. 2004. Über formale Strukturen praktischer Handlungen. In: Strübing, Jörg/Schnettler, Bernt (Hrsg.): *Methodologie interpretativer Sozialforschung. Klassische Grundlagentexte*. Konstanz: UVK. 391–428.
- Garten, Lars/von der Hude, Kerstin (Hrsg.). 2014. *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gélis, Jacques. 1998. Lebenszeichen – Todeszeichen: Die Wundertaufe totgeborener Kinder im Deutschland der Aufklärung. In: Schlumbohm, Jürgen/Duden, Barbara/Gélis, Jacques/Veit, Patrice (Hrsg.): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: C. H. Beck. 269–288.
- Glaser, Barney G. 2002. Constructivist Grounded Theory? [47 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 3(3), Art. 12. Open Access: www.nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0203125.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm. 1965. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm. 1967. *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Godel, Margaret. 2007. Images of Stillbirth: Memory, Mourning and Memorial. In: *Visual Studies*, 22(3), 253–269.
- Graf, Franz. (o. J.). Franzgraf-Kapelle [Startseite]. www.franzgraf-kapelle.de/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Granek, Leeat. 2010. Grief as Pathology: The Evolution of Grief Theory in Psychology from Freud to the Present. In: *History of Psychology*, 1, 46–73.
- Graumann, Sigrid. 2011. Anerkennung und Sorgebeziehungen. In: Lüdtke, Nico/Matsuzaki, Hironori (Hrsg.): *Akteur- Individuum – Subjekt: Fragen zu ›Personalität‹ und ›Sozialität‹*. Wiesbaden: Springer VS. 385–400.

- Graumann, Sigrid. 2012. Die Geburt als Grenze zur Konstitution sozialer Personen: Ein soziologisch-theoretischer Beitrag zur bioethischen Diskussion über Spätabbrüche und die Behandlung von Frühchen. In: Joerden, Jan/Hilgendorf, Eric/Petrillo, Natalia/Thiele, Felix (Hrsg.): *Menschenwürde in der Medizin: Quo vadis?* Baden Baden: Nomos. 13–32.
- Graumann, Sigrid/Lindemann, Gesa. 2010. Medizinsoziologie. In: Kneer, Georg/Schroer, Markus (Hrsg.): *Spezielle Soziologien. Ein Handbuch*. Wiesbaden: Springer VS. 295–307.
- Groust, Leslie A./Romanoff, Bronna D. 2000. The Myth of the Replacement Child: Parents' Stories and Practices after Perinatal Death. In: *Death Studies*, 24(2), 93–113.
- Guido, Simone/Guido, Bernhard/Schadt, Kathrin. 2015. *Tim lebt! Wie uns ein Junge, den es nicht geben sollte, die Augen geöffnet hat*. Asslar: Adeo.
- Gülker, Silke. 2019. *Transzendenz in der Wissenschaft. Studien in der Stammzellforschung in Deutschland und in den USA*. Baden-Baden: Ergon.
- Haas, Simone. 2016. Ich hatte einen Parasiten und mich darüber gefreut [Blogbeitrag]. In: *Kleiner-drei*. Veröffentlicht: 24. März 2016. www.kleinerdrei.org/2016/03/ich-hatte-einen-parasiten-und-mich-darueber-gefuehrt/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Hahn, Alois. 1968. *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hahn, Alois. 2002. Tod und Sterben in soziologischer Sicht. In: Assmann, Jan/Trauzettel, Rolf (Hrsg.): *Tod, Jenseits und Identität. Perspektiven einer kulturwissenschaftlichen Thanatologie*. Freiburg, München: Karl Alber. 55–89.
- Hallwäß, Anne E. 2018. *Projekt in guter Hoffnung. Deutungsmuster zu Schwangerschaft, Geburt und neuem Leben in ihrer religiösen Dimension*. Baden-Baden: Ergon.
- Haraway, Donna J. 2004/1988. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: Harding, Sandra (Hrsg.): *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*. New York, London: Routledge. 81–101.
- Harmsen, Torsten. 2020. Ilko-Sascha Kowalczyk fordert Hilfe für ME/CFS-Kranke [Online-Artikel]. In: *Berliner Zeitung*. Veröffentlicht: 12. Mai 2020. www.berliner-zeitung.de/gesundheits-oekologie/der-historiker-ilko-sascha-kowalczyk-schreibt-einen-offenen-brief-an-jens-spahn-li.83328 (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Harris, Darcey. 2009. Oppression of the Bereaved: A Critical Analysis of Grief in Western Society. In: *Omega: Journal of Death & Dying*, 60(3), 241–253.
- Haylett, Wendy J./Scott Tilley, Donna. 2018. The Phenomenon of Bereaved Parenting: An Integrative Review of Literature. In: *Omega: Journal of Death & Dying*. Online First: DOI: [www.doi.org/10.1177/0030222818819350](https://doi.org/10.1177/0030222818819350).
- Heft, Kathleen. 2020. *Kinismord in den Medien: Eine Diskursanalyse ost-westdeutscher Dominanzverhältnisse*. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Hegerl, Ulrich. 2011. Fünf Gründe gegen das Modewort Burnout [Pressemitteilung der Stiftung Deutsche Depressionshilfe]. Veröffentlicht: 02. November 2011. www.idw-online.de/de/news448928 (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Heimerl, Birgit. 2013. *Die Ultraschallsprechstunde. Eine Ethnografie pränataldiagnostischer Situationen*. Bielefeld: Transcript.
- Helfferich, Cornelia. 2011. Übungsteil III: Die Interaktion im Interview – Dynamik und Gestaltung. In: (dies.) *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Springer VS. 119–166.
- Hertz, Robert. 2007/1907. Beitrag zur Untersuchung der kollektiven Repräsentationen des Todes. In: Moebius, Stephan/Papilloud, Christian (Hrsg.): *Hertz, Robert: Das Sakrale, die Sünde und der Tod. Religions-, kultur- und soziozoologische Untersuchungen*. Konstanz: UVK. 65–179.
- Herzessache. (o. J.). Herzessache. Nähen für Sternchen & Frühchen e. V. [Vereinshomepage]. www.herzessache-nfsuf.de/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Hildenbrand, Bruno. 2004. Gemeinsames Ziel, verschiedene Wege: Grounded Theory und Objektive Hermeneutik im Vergleich. In: *Sozialer Sinn*, 5(2), 177–194.
- Hinkle, Stefanie/Mumford, Sunni/Grantz, Katherine/Silver, Robert/Mitchell, Emily/Sjaarda, Lindsey/Radin, Rose/Perkins, Neil/Galai, Noya/Schisterman, Enrique. 2016. Association of Nausea and Vomiting During Pregnancy with Pregnancy Loss: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. In: *JAMA internal medicine*, 176(11), 1621–1627.

- Hirschauer, Stefan. 2008. Körper macht Wissen: für eine Somatisierung des Wissensbegriffs. In: Rehberg, Karl-Siegbert/Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) (Hrsg.): *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*. Frankfurt am Main: Campus. 974–984. Open Access: www.nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-152966.
- Hirschauer, Stefan. 2010. Die Exotisierung des Eigenen. Kultursoziologie in ethnografischer Einstellung. In: Wohlrab-Sahr, Monika (Hrsg.): *Kultursoziologie. Paradigmen – Methoden – Fragestellungen*. Wiesbaden: Springer VS. 207–225.
- Hirschauer, Stefan/Heimerl, Birgit/Hoffmann, Anika/Hofmann, Peter. 2014. *Soziologie der Schwangerschaft: Explorationen Pränataler Sozialität*. Qualitative Soziologie, Bd. 19. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hochschild, Arlie R. 1979. Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure. In: *American Journal of Sociology*, 85(3), 551–575.
- Hochschild, Arlie R. 2006. *Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Hockey, Jenny/Draper, Janet. 2005. Beyond the Womb and the Tomb: Identity, (Dis)embodiment and the Life Course. In: *Body & Society*, 11(2), 41–57.
- Hoffmann, Anika. 2018. Protonamen und die sprachliche Personalisierung Ungeborener. In: Nübling, Damaris/Hirschauer, Stefan (Hrsg.): *Namen und Geschlechter. Studien zum onymischen Un/doing Gender*. Berlin, Boston: De Gruyter. 73–101.
- Hoklas, Anne-Kathrin. 2018. Medientechnischer Wandel als Bewährungsprobe des Habitus. Praxeologische Theoriebildung am Beispiel des Generationszusammenhangs Musikkassette. In: Böcker, Julia/Dreier, Lena/Eulitz, Melanie/Frank, Anja/Jakob, Maria/Leistner, Alexander (Hrsg.): *Zum Verhältnis von Empirie und kultursoziologischer Theoriebildung. Stand und Perspektiven*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 255–276.
- Hosang, Britta. 2013. Fehlgeburt; Abort – Verlaufsformen. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73(3), 213–217.
- Hübner, Johanna H. 2014. Totgeburten in Deutschland. Retrospektive Datenanalyse von 168 Fällen zwischen 2003 und 2011. Dissertationsschrift, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. URN: [urn:nbn:de:hbz:5n-35921](http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:5n-35921).
- Hughes, Patricia/Turton, Penelope/Hopper, E./Evans, Chris. 2002. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. In: *The Lancet*, 360(9327), 114–118.
- IfS (Institut für Sozialforschung, Frankfurt am Main) (Hrsg.). 2018. *WestEnd 2/2018: Sozialisation und familiäre Triade*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Jacobsen, Michael H./Petersen, Anders. 2020. Grief in an individualized society. A critical corrective to the advancement of diagnostic culture. In: (dies.) (Hrsg.): *Exploring Grief. Towards a Sociology of Sorrow*. Milton: Routledge. 205–224.
- Jakoby, Nina R. 2012. Trauer als Forschungsgegenstand der Emotionssoziologie. In: Schnabel, Annette/Schützeichel, Rainer (Hrsg.): *Emotionen, Sozialstruktur und Moderne*. Wiesbaden: Springer VS. 407–424.
- Jakoby, Nina R. 2015. The Self and Significant Others. Toward a Sociology of Loss. In: *Illness, Crisis & Loss*, 23(2), 110–128.
- Jakoby, Nina R./Anderau, Fiona A. 2020. A story of loss. Self-narration of grief and public feeling rules. In: Jacobsen, Michael H./Petersen, Anders (Hrsg.): *Exploring Grief – Towards a Sociology of Sorrow*. Milton: Routledge. 84–103.
- Jakoby, Nina R./Böcker, Julia/Streeck, Nina. 2020. Familie, Tod und Sterben. In: Ecarius, Jutta/Schierbaum, Anja (Hrsg.): *Handbuch Familie. Bd. I: Gesellschaft und differentielle Felder*. Wiesbaden: Springer VS. Online First. DOI: [www.doi.org/10.1007/978-3-658-19416-1_50-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-19416-1_50-1).
- Jakoby, Nina R./Haslinger, Julia/Gross, Christina. 2013. Trauernormen. Historische und gegenwärtige Perspektiven. In: *SWS-Rundschau*, 53(3), 253–274.
- Janssen, Hettie/Cuisinier, Marian/Hoogduin, Kees. 1996. A Critical Review of the Concept of Pathological Grief following Pregnancy Loss. In: *Omega: Journal of Death & Dying*, 33(1), 21–42.
- Jltfpw. (o. J.). Unsere geliebten Sternenkinder. Alleine den Weg gehen – im Herzen begleiten uns unsere 3 Engel. www.jltfpw.jimdofree.com/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).

- Jutel, Annemarie Goldstein. 2014. *Putting a Name to it. Diagnosis in Contemporary Society*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Kalthoff, Herbert. 2008. Einleitung: Zur Dialektik von qualitativer Forschung und soziologischer Theoriebildung. In: Kalthoff, Herbert/Hirschauer, Stefan/Lindemann, Gesa (Hrsg.): *Theoretische Empirie. Die Relevanz qualitativer Forschung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 8–38.
- Kalthoff, Herbert. 2018. Theoretische Empirie und ihre Konsequenzen. In: Böcker, Julia/Dreier, Lena/Eulitz, Melanie/Frank, Anja/Jakob, Maria/Leistner, Alexander (Hrsg.): *Zum Verhältnis von Empirie und kultursociologischer Theoriebildung. Stand und Perspektiven*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 130–152.
- Karstein, Uta/Zahner, Nina. 2015. Anfragen an die Soziologie des Publikums. In: Endreß, Martin (Hrsg.): *Routinen der Krise – Krise der Routinen. Verhandlungen des 37. Kongresses der DGS in Trier*. Open Access: www.publikationen.sociologie.de/index.php/kongressband_2014/article/view/44/pdf_97.
- Kauffman, Jeffrey. 2002. The Psychology of Disenfranchised Grief: Liberation, Shame and Self-Disenfranchisement. In: Doka, Kenneth J. (Hrsg.): *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Champaign: Research Press. 61–77.
- Kaufman, Sharon R./Morgan, Lynn M. (Hrsg.). 2005. The Anthropology of the Beginnings and Ends of Life. *Annual Review of Anthropology*, 34, 317–341.
- Keane, Helen. 2009. Foetal Personhood and Representations of the Absent Child in Pregnancy Loss Memorialization. In: *Feminist Theory*, 10(2), 153–171.
- Keller, Reiner/Meuser, Michael. 2011. Wissen des Körpers – Wissen vom Körper. Körper- und wissenssoziologische Erkundungen. In: (dies.) (Hrsg.): *Körperwissen*. Wiesbaden: Springer VS. 9–27.
- Kevin, Catherine. 2017. Maternal Responsibility and Traceable Loss: medicine and miscarriage in twentieth-century Australia. In: *Women's History Review*, 26(6), 840–856.
- Kevin, Catherine. 2018. Defining the edge of legal personhood: A history of recent campaigns for recognition of pregnancy loss in two Australian states. In: *Women's Studies International Forum*, 69, 135–142.
- Klass, Dennis. 1996. The Deceased Child in the Psychic and Social Worlds of Bereaved Parents During the Resolution of Grief. In: Klass, Dennis/Silverman, Phyllis R./Nickman, Steven L. (Hrsg.): *Continuing Bonds. New Understandings of Grief*. Washington: Taylor & Francis. 199–215.
- Klass, Dennis/Silverman, Phyllis R./Nickman, Steven L. (Hrsg.). 1996. *Continuing Bonds. New Understandings of Grief*. Washington: Taylor & Francis.
- Knieper, Catherine. 2017. Diagnostik und Therapie bei sporadischen Fehlgeburten. In: Toth, Bettina (Hrsg.): *Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten. Ursachen, Prävention und Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer. 79–85.
- Knoblauch, Hubert/Kahl, Antje. 2017. Tod. In: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hrsg.): *Handbuch Körpersoziologie*. Wiesbaden: Springer VS. 365–378.
- Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold. 2005. *Thanatosoziologie: Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Knorr-Cetina, Karin. 1991. *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft. Mit einem Vorwort von Rom Harré*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Köfferchen. (o. J.). Erste Hilfe Köfferchen – Sternenerlern für Sternenerlern [Startseite]. www.erste-hilfe-koeffeeren.com/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Kolip, Petra. 2000. Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen. In: (dies.) (Hrsg.): *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim, München: Juventa. 9–30.
- Kraft, Caroline/Brückner, Susann (Moderatorinnen). 2018. Wenn Babies sterben: Was früh verwaiste Eltern brauchen [Audio-Podcast]. In: *endlich. Der Podcast*. Veröffentlicht: 27. Oktober 2018. www.endlich.cc/wenn-babies-sterben-was-frueh-verwaiste-eltern-brauchen/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Kribs, Angelika. 2014. Fehlgeburt, Totgeburt, früher Kindstod. Wissenschaftliche Grundlagen und Psychodynamik. In: Kißgen, Rüdiger/Heinen, Norbert (Hrsg.): *Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren. Begleitung und Beratung von Kindern und Eltern*. Stuttgart: Klett-Cotta. 57–65.

- Kuberska, Karolina/Fuller, Danielle/Littlemore, Jeannette/McGuinness, Sheelagh/Turner, Sarah. 2020. Death Before Birth: Liminal Bodies and Legal Frameworks. In: Dietz, Chris/Travis, Mitchell/Thomson, Michael (Hrsg.): *A Jurisprudence of the Body*. Palgrave Socio-Legal Studies. Cham: Palgrave Macmillan. 149–178.
- Kuberska, Karolina/Turner, Sarah. 2019. The presence of absence: Tensions and frictions of pregnancy losses – An introduction. In: *Women's Studies International Forum*, 74, 91–93.
- Kummer, Vicky. 2018. Was ist ein Regenbogenbaby? Nach einem Schwangerschaftsverlust wieder Hoffnung finden [Online-Artikel]. In: *AvaWorld*. Veröffentlicht: 14. März 2018. (Aktualisiert: 04. Januar 2020) www.avawomen.com/de/avaworld/was-ist-ein-regenbogenbaby/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Kupsa, Nadja. 2020. Das verlorene Kind – am Ende bleibt die quälende Frage nach dem Warum [Online-Artikel]. In: *Der Standard*. Veröffentlicht: 30. Januar 2020. www.derstandard.de/story/2000113819715/das-verlorene-kind-am-ende-bleibt-die-quaelende-frage-nach (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Labouvie, Eva. 1998. Geburt und Tod in der Frühen Neuzeit. Letzter Dienst und der Umgang mit besonderen Verstorbenen. In: Schlumbohm, Jürgen/Duden, Barbara/Gélis, Jacques/Veit, Patrice (Hrsg.): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: C. H. Beck. 289–306.
- Lang, Ariella/Carr, Tracey. 2013. Bereavement in the Face of Perinatal Loss: A Hardiness Perspective. In: Becvar, Dorothy S. (Hrsg.): *Handbook of Family Resilience*. New York: Springer. 299–319.
- Layne, Linda L. 1997. Breaking the Silence: An Agenda for a Feminist Discourse of Pregnancy Loss. In: *Feminist Studies*, 23(2), 289–315.
- Layne, Linda L. 2000. ›He Was a Real Baby with Baby Things‹. A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss. In: *Journal of Material Culture*, 5(3), 321–345.
- Layne, Linda L. 2003. *Motherhood Lost: A Feminist Account of Pregnancy Loss in America*. New York: Routledge.
- Layne, Linda L. 2006. ›Your Child Deserves a Name‹: Possessive Individualism and the Politics of Memory in Pregnancy Loss. In: Vom Bruck, Gabriele/Bodenhorn, Barbara (Hrsg.): *An Anthropology of Names and Naming*. Cambridge: Cambridge University Press. 31–50.
- Lehner, Lea S./Meyenberg, Ida. 2019. Trauerfall Schwangerschaft. Sozialwissenschaftliche Beobachtungen zur Kontroverse um das ›Erlanger Baby‹. In: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hrsg.): *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*. Wiesbaden: Springer VS. 71–92.
- Leistner, Alexander. 2016. *Soziale Bewegungen. Entstehung und Stabilisierung am Beispiel der unabhängigen Friedensbewegung in der DDR*. Konstanz: UVK.
- Limbo, Rana. 2012. Caring for Families Experiencing Stillbirth: A Unified Position Statement on Contact with the Baby. In: *Illness, Crisis & Loss*, 20(3), 295–298.
- Limbo, Rana/Wright, Patricia. 2012. Perinatal bereavement. Guest editorial for special issue of *Illness, Crisis & Loss*, 20(3), 223–224.
- Lindemann, Gesa. 2001. Die Interpretation ›hirntot‹. In: Schlich, Thomas/Wiesemann, Claudia (Hrsg.): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 318–343.
- Lindemann, Gesa. 2002. *Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin*. München: Fink.
- Lindemann, Gesa. 2008. Theoriekonstruktion und empirische Forschung. In: Kalthoff, Herbert/Hirschauer, Stefan/Lindemann, Gesa (Hrsg.): *Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 107–128.
- Lindemann, Gesa. 2011. Anthropologie, gesellschaftliche Grenzregime und die Grenzen des Personseins. In: *Ethik in der Medizin*, 23(1), 35–41.
- Lovell, Alice. 1983. Some Questions of Identity. Late Miscarriage, Stillbirth and Perinatal Loss. In: *Social Science & Medicine*, 17(11), 755–761.
- Luckmann, Thomas. 1991. *Die unsichtbare Religion*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lüdtke, Nico. 2011. Einleitung. In: Lüdtke, Nico/Matsuzaki, Hironori (Hrsg.): *Akteur – Individuum – Subjekt: Fragen zu ›Personalität‹ und ›Sozialität‹*. Wiesbaden: Springer VS. 11–20.
- Lüdtke, Nico/Matsuzaki, Hironori (Hrsg.). 2011. *Akteur – Individuum – Subjekt: Fragen zu ›Personalität‹ und ›Sozialität‹*. Wiesbaden: Springer VS.
- Luhmann, Niklas. 1987. *Soziale Systeme: Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Luhmann, Niklas. 1992. Ökologie des Nichtwissens. In: (ders.) *Beobachtungen der Moderne*. Opladen: Westdeutscher. 149–220.
- Luhmann, Niklas. 2005. Der medizinische Code. In: *Soziologische Aufklärung* 5. Wiesbaden: Springer VS. 176–188.
- Lupton, Deborah. 2013. *The Social Worlds of the Unborn*. London: Palgrave Macmillan UK.
- Lutz, Gottfried/Künzer-Riebel, Barbara (Hrsg.). 1989. *Nur ein Hauch von Leben. Eltern berichten vom Tod ihres Babys und von der Zeit ihrer Trauer*. Lehr: Ernst Kaufmann.
- Lyngstad, Torkild Hovde. 2013. Bereavement and divorce: Does the death of a child affect parents' marital stability? In: *Family Science*, 4(1), 79–86.
- Maasen, Sabine. 1999. *Wissenssoziologie*. Bielefeld: Transcript.
- Macho, Thomas. 2000. Tod und Trauer im kulturwissenschaftlichen Vergleich. In: Jan Assmann (Hrsg.): *Der Tod als Thema der Kulturtheorie. Todesbilder und Totenriten im alten Ägypten*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 89–120.
- Manzei, Alexandra. 2012. Der Tod als Konvention. Die (neue) Kontroverse um Hirntod und Organ-spende. In: Anderheiden, Michael/Eckart, Wolfgang U. (Hrsg.): *Handbuch Sterben und Menschenwürde*. Berlin: De Gruyter. 137–173.
- Marie. 2018. Noch eine kleine Geburt? [Blogbeitrag]. In: *little years*. Veröffentlicht: 08. November 2018. www.littleyears.de/blog/noch-eine-kleine-geburt/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Martel, Sara. 2017. Bereavement Photographs as Family Photographs: Findings from a Phenomenological Study on Family Experience with Neonatal End-of-Life Photography. In: *Communications*, 42(3), 309–326.
- Martel, Sara/Ives-Baine, Lori. 2014. ›Most Prized Possessions‹: Photography as Living Relationships Within the End-of-Life Care of Newborns. In: *Illness, Crisis & Loss*, 22(4), 311–332.
- Martin, Barbara/Martin, Mario. 2014. *Fest im Herzen lebt ihr weiter: Wie wir drei Kinder verloren und den Kampf um ihre Würde gewannen. Ein Ratgeber für Eltern von Sternenkindern*. Asslar: Adeo.
- Marylouloves. 2015. Ein Name für Dein Sternenkind [Blogbeitrag]. In: *Marylouloves*. Veröffentlicht: 20. Dezember 2015. www.marylouloves.com/2015/12/20/ein-name-fuer-dein-sternenkind/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Marylouloves. 2017. 20 Tatsachen über Sternenkinder [Blogbeitrag]. In: *Glucke und So*. Veröffentlicht: 26. Oktober 2017. www.gluckeundso.de/20-tatsachen-ueber-sternenkinder/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Mead, George H. 1973. *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Metz, Nicole. 2020. Brautkleid spenden für Sternenkinder: Hilfe nach der Hochzeit [Online-Artikel]. In: *familie*. Veröffentlicht: 10. Februar 2020. www.familie.de/baby/babyausstattung/wohl-das-schoenste-das-man-mit-seinem-brautkleid-nach-der-hochzeit-machen-kann/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike. 2005. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen: Leske + Budrich. 71–93.
- Mies, Maria. 1978. Methodische Postulate zur Frauenforschung – dargestellt am Beispiel der Gewalt gegen Frauen. In: *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis*, 1(1), 41–63.
- Miles, Margaret S./Demi, Alice S. 1992. A comparison of guilt in bereaved parents whose children died by suicide, accident, or chronic disease. In: *Omega: Journal of Death & Dying*, 24(3), 203–215.
- Moulder, Christine. 1990. *Miscarriage: women's experiences and needs*. London: Pandora.
- Murphy, Fiona/Philpin, Susan. 2010. Early Miscarriage as ›matter out of Place‹: An Ethnographic Study of Nursing Practice in a Hospital Gynaecological Unit. In: *International Journal of Nursing Studies*, 47(5), 534–541.
- Murray, Colleen I./Toth, Katalin/Clinkinbeard, Samantha S. 2005. Death, Dying and Grief in Families. In: Price, Sharon J./Price, Christine A./McKenry, Patrick C. (Hrsg.): *Families and Change: Coping with Stressful Events and Transitions*. Thousand Oaks: SAGE. 75–102.
- Neckel, Sighard. 2013. Arlie Russell Hochschild: Das gekaufte Herz. Zur Kommerzialisierung der Gefühle. In: Senge, Konstanze/Schützeichel, Rainer (Hrsg.): *Hauptwerke der Emotionssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS. 168–175.

- Nieder, Ludwig/Schneider, Werner. 2007. Grenzfragen menschlichen Lebens. Lebensbeginn und Lebensende aus kultursoziologischer Sicht – Einleitung. In: (dies.) (Hrsg.): *Die Grenzen des menschlichen Lebens. Lebensbeginn und Lebensende aus sozial- und kulturwissenschaftlicher Sicht*. Hamburg: Lit. 7–24.
- Niekrenz, Yvonne. 2017. Schwangerschaft und Geburt. In: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hrsg.): *Handbuch Körpersoziologie*. Wiesbaden: Springer VS. 217–229.
- Oevermann, Ulrich. 2001. Die Philosophie von Charles Sanders Peirce als Philosophie der Krise. In: Wagner, Hans-Josef: *Objektive Hermeneutik und Bildung des Subjekts. Mit einem Text von Ulrich Oevermann*. Weilerswist: Velbrück. 209–246.
- Oevermann, Ulrich. 2016. ›Krise und Routine‹ als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften. In: Becker-Lenz, Roland/Franzmann, Andreas/Jansen, Axel/Jung, Matthias (Hrsg.): *Die Methodenschule der Objektiven Hermeneutik*. Wiesbaden: Springer VS. 43–114.
- Oevermann, Ulrich/Allert, Tilman/Konau, Elisabeth/Krambeck, Jürgen. 1979. Die Methodologie einer ›objektiven Hermeneutik‹ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler. 352–433.
- Olson, Rebecca E./Abeysinghe, Sudeepa. 2014. None of the above: uncertainty and diagnosis. In: Jutel, Annemarie Goldstein/Dew, Kevin (Hrsg.): *Social Issues in Diagnosis: An Introduction for Students and Clinicians*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 47–60.
- Oripeloye, Henri/Omigbule, Morufu B. 2019. The Yoruba of Nigeria and the Ontology of Death and Burial. In: Selin, Helaine/Rakoff, Robert (Hrsg.): *Death Across Cultures. Death and Dying in Non-Western Cultures*. Cham: Springer International. 193–205.
- Pahud de Mortanges, Elke. 2018. (K)ein Grab für Sternenkinder in der Schweiz. Katholische, reformierte und zivilrechtliche Antworten und (Aus-)Wege von der Reformation bis heute. In: *Schweizerische Zeitschrift für Religions- und Kulturgeschichte*, 112, 365–385.
- Palko, Abigail. 2013. Understanding Reproductive Loss: Perspectives on Life, Death and Fertility. (Hrsg.): Earle, Sarah/Komaromy, Carol/Layne, Linda. In: *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 4(2), 177–178.
- Parsons, Talcott. 1958. Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: König, René/Tönnemann, Margret (Hrsg.): *Probleme der Medizinsoziologie, Sonderheft 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Opladen: Westdeutscher. 10–57.
- Paulitz, Tanja. 2019. Parteilichkeit – Objektivität: Frauen- und Geschlechterforschung zwischen Politik und Wissenschaft. In: Kortendiek, Beate/Riegraf, Birgit/Sabisch, Katja (Hrsg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Springer VS. 155–164.
- Peel, Elizabeth/Cain, Ruth. 2016. ›Silent‹ Miscarriage and Deafening Heteronormativity: A British Experiential and Critical Feminist Account. In: Earle, Sarah/Komaromy, Carol/Layne, Linda L. (Hrsg.): *Understanding Reproductive Loss. Perspectives on Life, Death and Fertility*. London, New York: Routledge. 79–91.
- Peelen, Janneke. 2009. Reversing the Past: Monuments for Stillborn Children. In: *Mortality*, 14(2). 173–186.
- Peter, Claudia. 2013. Ungewissheiten in der ›Ankunft‹ eines frühgeborenen Kindes: Wahrnehmungen der Beteiligten. In: Peter, Claudia/Funcke, Dorett (Hrsg.): *Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin*. Frankfurt am Main, New York: Campus. 459–507.
- Peter, Claudia/Feith, Dominik. 2020. Familie und komplexe Schwangerschaften. In: Ecarius, Jutta/Schierbaum, Anja (Hrsg.): *Handbuch Familie*. Wiesbaden: Springer VS. Online First. DOI: [www.doi.org/10.1007/978-3-658-19861-9_43-1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-19861-9_43-1).
- Peter, Claudia/Funcke, Dorett (Hrsg.). 2013. Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Poferl, Angelika/Schröer, Norbert. (Hrsg.). 2014. *Wer oder was handelt? Zum Subjektverständnis der hermeneutischen Wissenssoziologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Preuß, Dirk. 2019. In Entwicklung. Der Umgang mit toten Föten. In: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hrsg.): *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*. Wiesbaden: Springer VS. 51–70.

- Prokop, Florian (Redaktion)/Reimann, Marieke (Video & Schnitt). 2016. Objektpholie: ›Ich habe Sex mit einer Boeing 737-800‹ [Video-Reportage]. In: *ze. tt.* Veröffentlicht: 28. April 2016. www.ze.tt/objektpholie-ich-habe-sex-mit-einer-boeing-737-800/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Prosperi, Adriano. 2007. *Die Gabe der Seele. Geschichte eines Kindsmordes*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Prosser, Michael. 2005. Friedhöfe eines ›unzeitigen Todes‹. Tot geborene Kinder und das Problem ihres Bestattungsortes. In: Fischer, Norbert/Herzog, Markwart (Hrsg.): *Nekropolis. Der Friedhof als Ort der Toten und der Lebenden*. Stuttgart: Kohlhammer. 125–146.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika. 2008. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg.
- Püttmann, Ursula. 2012. Tiefe Trauer statt guter Hoffnung: Begleitung bei Totgeburten – Teil 1. In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 12, 53–56.
- Püttmann, Ursula. 2013. Begleitung bei Totgeburten, Teil 2: ›Nicht ›Mitsterben‹ ist für mich das Schwierigste. In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 1, 50–53.
- Radvanszky, Andrea. 2016. Die Krisenhaftigkeit der Krise – Misslingende demenzielle Interaktionsprozesse. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie – Sonderheft: Handlungs- und Interaktionskrisen*, 41, 97–114.
- Rafanell, Irene/Sawicka, Maja. 2020. *Emotions in Digital Interactions. Ethnopsychologies of Angels' Mothers in Online Bereavement Communities*. Cham: Palgrave Pivot.
- Rando, Therese A. 1986a. The Unique Issues and Impact of the Death of a Child. In: (dies.) (Hrsg.): *Parental Loss of a Child*. Champaign: Research Press. 5–43.
- Rando, Therese A. 1986b. Parental Bereavement: An Exception to the General Conceptualizations of Mourning. In: (dies.) (Hrsg.): *Parental Loss of a Child*. Champaign: Research Press. 45–58.
- Reagan, Leslie J. 2003. From hazard to blessing to tragedy: Representations of miscarriage in twentieth-century America. In: *Feminist Studies*, 29(2), 356–378.
- Reckwitz, Andreas. 2017. Subjektivierung. In: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hrsg.): *Handbuch Körpersoziologie*. Wiesbaden: Springer VS. 125–130.
- Regenbogen (Initiative REGENBOGEN Glücklose Schwangerschaft e. V.). (o. J.)a. www.initiative-regenbogen.de/ueber-unsere-initiative.html (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Regenbogen (Initiative REGENBOGEN Glücklose Schwangerschaft e. V.). (o. J.)b. Gräberfelder-Neueinrichtungen. www.initiative-regenbogen.de/graeberfelderliste.html (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Reichertz, Jo. 2015. Die Bedeutung der Subjektivität in der Forschung [52 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 16(3), Art. 33. Open Access: www.nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1503339.
- Reister, Frank. 2015. An der Grenze: Zervixinsuffizienz. In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift*, 4, 42–45.
- Reitinger, Patrick. 2019. ›Leben‹ als unverbindliches Konstrukt? Verräumlichungs- und Vergesellschaftungsprozesse am Lebensbeginn. In: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hrsg.): *Zwischen Leben und Tod. Sozialwissenschaftliche Grenzgänge*. Wiesbaden: Springer VS. 33–50.
- Robson, Patricia/Walter, Tony. 2012. Hierarchies of loss: a critique of disenfranchised grief. *Omega: Journal of Death & Dying*, 66(2), 97–119.
- Rom, Joachim. 2017. Operatives Vorgehen bei Abort. In: Toth, Bettina (Hrsg.): *Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten. Ursachen, Prävention und Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer. 187–190.
- Rose, Lotte. 2010. ›Natürliche‹ und ›sanfte Geburt‹. Paradoxien der modernen Entbindungsreformen. In: *Freiburger GeschlechterStudien*, 24(1), 207–222.
- Rose, Lotte/Schmied-Knittel, Ina. 2011. Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hrsg.): *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main, New York: Campus. 75–100.
- Rosenthal, Gabriele. 2010. Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Zur Wechselwirkung zwischen Erleben, Erinnern und Erzählen. In: Griesse, Birgit (Hrsg.): *Subjekt – Identität – Person?*. Wiesbaden: Springer VS. 197–218.
- Rosenthal, Gabriele. 2014. Biographieforschung. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS. 509–519.
- Ross, Emily. 2018. Provisionally pregnant: uncertainty and interpretive work in accounts of home pregnancy testing. In: *Health*, 22(1), 87–105.

- Rossetto, Kelly R. 2014. Qualitative research interviews: Assessing the therapeutic value and challenges. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(4), 482–489.
- Rost, Katharina. 2013. Neuausrichtung als zentraler Prozess nach der pränatalen Diagnose ›Nichtlebensfähigkeit‹ des Kindes. In: Makowsky, Katja/Schücking, Beate (Hrsg.): *Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 104–134.
- Rost, Katharina. 2015. *Wenn ein Kind nicht lebensfähig ist. Das Austragen einer Schwangerschaft nach infauster pränataler Diagnose – Erfahrungen betroffener Frauen*. Osnabrück: Universitätsverlag.
- Ruckdeschel, Kerstin. 2015. Verantwortete Elternschaft: ›Für die Kinder nur das Beste‹. In: Schneider, Norbert/Diabaté, Sabine/Ruckdeschel, Kerstin (Hrsg.): *Familienleitbilder in Deutschland. Kulturelle Vorstellungen zu Partnerschaft, Elternschaft und Familienleben*, Beiträge zur Bevölkerungswissenschaft, Bd. 48. Berlin, Toronto: Opladen. 191–205.
- Salzmann, Jan. 2014. Schuldvorwurf und Sinnfrage: Totgeburten. In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 2014, 11, 54–58.
- Samerski, Silja. 2015. Pregnancy, Personhood, and the Making of the Fetus [Abstract der Online-Vorveröffentlichung des Printbeitrages von Samerski 2016]. Veröffentlicht: Januar 2015. www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199328581.001.0001/oxfordhb-9780199328581-e-36 (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Samerski, Silja. 2016. Pregnancy, personhood and the making of the fetus. In: Disch, Lisa/Hawkesworth, Mary (Hrsg.): *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford: Oxford University Press. 699–720.
- 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*, 25, 83–110.
- 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?* Bielefeld: Transcript. 43–61.
- Sänger, Eva. 2020. *Elternwerden zwischen ›Babyfernsehen‹ und medizinischer Überwachung. Eine Ethnografie pränataler Ultraschalluntersuchungen*. Bielefeld: Transcript.
- Sänger, Eva/Treusch, Pat/Scheunemann, Judith/Dörr, Annalena. 2013. Embodying Schwangerschaft: pränatales Eltern-Werden im Kontext medizinischer Risikodiskurse und Geschlechternormen. In: *Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 5(1), 56–71.
- Sawicka, Maja. 2017. Searching for a Narrative of Loss: Interactional Ordering of Ambiguous Grief. In: *Symbolic Interaction*, 40(2), 229–246.
- Schadler, Cornelia. 2013. *Vater, Mutter, Kind werden: Eine posthumanistische Ethnographie der Schwangerschaft*. Bielefeld: Transcript.
- Schadt, Kathrin. 2014. *Lilium Rubellum*. Berlin: Horlemann.
- Scheper-Hughes, Nancy. 2004. Death Without Weeping. In: Robben, Antonius C. (Hrsg.): *Death, mourning, and burial: A cross-cultural reader*. Malden: Blackwell. 179–193.
- Schiff, Harriett S. 1986. *Verwaiste Eltern*. München: dtv.
- Schmidt-Lux, Thomas/Wohlrab-Sahr, Monika/Leistner, Alexander. 2016. *Kulturosoziologie – eine problemorientierte Einführung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Schneider, Werner. 2011. Das andere Leben im ›toten‹ Körper. Symbolische Grenzprobleme und Paradoxien von Leben und Tod am Beispiel ›hirntoter‹ Schwangerer. In: Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara: *Soziologie der Geburt. Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus. 155–182.
- Schniering, Susanne. 2001. *Ich trage Dich in meinem Herzen. Eine Gedenkstätte für nichtbeerdigte Kinder*. Pinnow/Schwerin: Hannah Strack.
- Schott, Heinrich (Hrsg.). 1827. *Biblische handconcordanz oder Verzeichniß der in der h. Schrift nach Luthers Übersetzung enthaltenen Wörter und Eigennamen, in welchem die verschiedenen Bedeutungen der Wörter genau getrennt, die Stellen, an welchen sie vorkommen, angeführt und schwierige Redensarten und Sprüche erklärt werden: Ein Hilfsmittel zur leichtern Auffindung jeder beliebigen Stelle und zum Verständnisse der heiligen Schrift für Prediger Candidaten, Schullehrer und Bibelfreunde jeden Standes*. Leipzig: bei Karl Tauchnitz.
- Schütz, Alfred. 1974. *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Schütz, Alfred. 2004. Common Sense und wissenschaftliche Interpretation menschlichen Handelns. In: Strübing, Jörg/Schnettler, Bernd (Hrsg.): *Methodologie interpretativer Sozialforschung*. Konstanz: UVK. 157–178.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas. 2017/2003. *Strukturen der Lebenswelt*. Konstanz: UVK.
- Schütze, Fritz. 1981. Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: Matthes, Joachim/Pfeifenberger, Arno/Stosberg, Manfred (Hrsg.): *Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Kolloquium am Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg*. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung. 67–156.
- Schütze, Fritz. 1983. Biographieforschung und narratives Interview. In: *Neue Praxis*, 13(3), 283–293.
- Schütze, Fritz. 2000. Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns. Ein grundlagentheoretischer Aufriß. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 1(1), 49–96.
- Schütze, Fritz. 2014. Kollektiva in der Identitätsentwicklung. In: Garz, Detlef/Zizek, Boris (Hrsg.): *Wie wir zu dem werden, was wir sind. Sozialisations-, biographie- und bildungstheoretische Aspekte*. Wiesbaden: Springer VS. 115–188.
- Schütze, Yvonne. 1986. *Die gute Mutter. Zur Geschichte des normativen Musters ›Mutterliebe‹*. Bielefeld: Kleine.
- Seehaus, Rhea. 2015. Schwangerschaft und Geburt als individuelles Projekt. Zur institutionellen Anrufung schwangerer Frauen in Informations- und Bildungsveranstaltungen. In: *Freiburger Zeitschrift für Geschlechterstudien*, 21(2), 51–67.
- Sell-Smith, Julie A./Lax, William. 2013. A Journey of Pregnancy Loss: From Positivism to Autoethnography. In: *The Qualitative Report*, 18(92), 1–17.
- Sheach Leith, Valerie M. 2009. The Search for Meaning After Pregnancy Loss: An Autoethnography. In: *Illness, Crisis & Loss*, 17(3), 201–221.
- Singg, Sangeeta. 2003. Parents and the Death of a Child. In: Bryant, Clifton D. (Hrsg.): *Handbook of Death & Dying*. Thousand Oaks: SAGE. 880–890.
- Smith, Bardwell L. 2013. *Narratives of Sorrow and Dignity: Japanese Women, Pregnancy Loss, and Modern Rituals of Grieving*. Oxford Ritual Studies. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Sørensen, Tim F. 2011. Sweet dreams: Biographical blanks and the commemoration of children. In: *Mortality*, 16(2), 161–175.
- Spillman, Lyn. 2020. *What is Cultural Sociology?* Cambridge, Medford: Polity Press.
- Sternenkinderhimmel. (o. J.). www.sternenkinderhimmel.com/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Stollberg, Gunnar. 2008. Patientenbeteiligung – Ein politisches Konzept. In: Groenemeyer, Axel/Wieseler, Silvia (Hrsg.): *Soziologie sozialer Probleme und sozialer Kontrolle*. Wiesbaden: Springer VS. 425–435.
- Strauss, Anselm. 1998. *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Wilhelm Fink.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Stroebe, Margaret/Schut, Henk. 1999. The dual process model of coping with bereavement. Rationale and description. In: *Death Studies*, 23(3), 197–224.
- Stroebe, Margaret/Schut, Henk/Finkenauer, Catrin. 2013. Parents coping with the death of their child: From individual to interpersonal to interactive perspectives. In: *Family Science*, 4(1), 28–36.
- Strübing, Jörg. 2006. Wider die Zwangsverheiratung von Grounded Theory und Objektiver Hermeneutik. Eine Replik auf Bruno Hildenbrand. In: *Sozialer Sinn*, 7(1), 147–157.
- Strübing, Jörg. 2014. Grounded Theory und Theoretical Sampling. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS 457–472.
- Strübing, Jörg/Hirschauer, Stefan/Ayaß, Ruth/Krähne, Uwe. 2018. Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100.
- Terry, Jennifer. 2010. Loving Object. In: *Trans-Humanities Journal*, 2(1), 33–75.
- Thieme, Frank. 2019. *Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosoziologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Thomson, Judith J. 1992/1971. Eine Verteidigung der Abtreibung. In: Leist, Anton (Hrsg.): *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 107–131.

- Thönnies, Michaela/Jakoby, Nina R. 2017. Tiere als Sterbebegleiter. Eine symbolisch-interaktionistische Perspektive. In: (dies.) (Hrsg.): *Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge*. Wiesbaden: Springer VS. 91–111.
- Tolasch, Eva/Seehaus, Rhea (Hrsg.). 2017. *Mutterschaften sichtbar machen. Sozial- und kulturwissenschaftliche Beiträge*. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Toth, Bettina (Hrsg.). 2017. *Fehlgeburten, Totgeburten, Frühgeburten. Ursachen, Prävention und Therapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Trauer um Florian. (o.J.). Florian Gérard. Blog von Gabriele Gérard. www.trauer-um-florian.de/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Tretau, Alisa (Hrsg.). 2018. *Nicht nur Mütter waren schwanger: unerhörte Perspektiven auf die vermeintlich natürlichste Sache der Welt*. Münster: edition assemblage.
- Turner, Victor. 1989. *Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur*. Frankfurt am Main: Campus.
- Ulrich-Bochsler, Susi/Gutscher, Daniel. 1998. Wiedererweckung von Totgeborenen. Ein Schweizer Wallfahrtszentrum im Blick von Archäologie und Anthropologie. In: Schlumbohm, Jürgen/Duden, Barbara/Gélis, Jacques/Veit, Patrice (Hrsg.): *Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte*. München: C. H. Beck. 244–268.
- Unterthiner, Carmen/Volgger, Irene. 2008. ›Unser Kind ist nicht mehr‹: Elterntrauer nach Fehl- und Totgeburt in biographischen Gesprächen. Innsbruck: StudienVerlag.
- Usborne, Cornelia. 2002. ›Gestocktes Blut‹ oder ›verfallen‹? Widersprüchliche Redeweisen über unerwünschte Schwangerschaften und deren Abbruch zur Zeit der Weimarer Republik. In: Duden, Barbara/Schlumbohm, Jürgen/Veit, Patrice (Hrsg.): *Geschichte des Ungeborenen. Zur Erfahrungs- und Wissenschaftsgeschichte der Schwangerschaft, 17.–20. Jahrhundert*, Bd. 170. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 293–326.
- Van der Sijpt, Erica/Notermans, Catrien. 2010. Perils to pregnancies: On social sorrows and strategies surrounding pregnancy loss in Cameroon. In: *Medical Anthropology Quarterly*, 24(3), 381–398.
- Van Gennep, Arnold. 2005. Bestattung. In: (ders.) *Übergangsriten (Les rites de passage)*. Frankfurt am Main: Campus. 142–159.
- Viehöver, Willy/Lehmann, Tobias. 2017. Biopolitik. In: Gugutzer, Robert/Klein, Gabriele/Meuser, Michael (Hrsg.): *Handbuch Körpersoziologie*. Wiesbaden: Springer VS. 43–57.
- Villa, Paula-Irene/Moebius, Stephan/Thiessen, Barbara (Hrsg.). 2011. *Soziologie der Geburt: Diskurse, Praktiken und Perspektiven*. Frankfurt am Main: Campus.
- Vogd, Werner. 2012. Vertrauen unter komplexen Reflexionsverhältnissen oder: die gesellschaftliche Konditionierung der Arzt-Patient-Interaktion. In: Hanes, Andreas/Sander, Kirsten (Hrsg.): *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis*. Wiesbaden: Springer VS. 71–85.
- Vögele, Jörg. 2009. Wenn das Leben mit dem Tod beginnt. Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. In: *Historical Social Research*, 34(4), 66–82.
- Völkle, Laura. 2021. Die Existenzweisen eines Fötus. Eine Einzelfallanalyse zu Prozessen der De/Personalisierung und De/Humanisierung bei Totgeborenen. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 50(2), 114–130.
- Von der Hude, Kerstin. 2014. Grundlagen der Trauerbegleitung. In: Garten, Lars/von der Hude, Kerstin (Hrsg.): *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie*. Berlin, Heidelberg: Springer. 101–112.
- Von Kanitz, Inga F. 2020. *Reproduktive Verweigerung als Form des Umweltaktivismus. Eine qualitative Untersuchung der Kampagne #NoFutureNoChildren*. Unveröffentl. Bachelorarbeit an der Leuphana Universität Lüneburg.
- Wagner, Birgit. 2016. Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? In: *Psychotherapeutenjournal*, 3, 250–255.
- Walter, Tony. 1991. Modern Death: Taboo or not taboo? In: *Sociology*, 25(2), 293–310.
- Walter, Tony. 1996. A new model of grief: Bereavement and biography. In: *Mortality*, 1(1), 7–25.
- Warland, Jane/Davis, Deborah L. 2011. *Caring for families experiencing stillbirth. A unified position statement on contact with the baby. An international collaboration* [Positionspapier im PDF]. www.missfoundation.org/resources/news/StillbirthContactwBaby_position_statement.pdf (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- WDR. 2016. Plötzlich nicht mehr schwanger – Über das große Schweigen bei einer frühen Fehlgeburt [Fernsehbeitrag]. In: *frauTV*. Veröffentlicht: 17. November 2016. www.youtube.com/watch?v=1pwv98PnB80 (Aufgerufen: 03. Mai 2021).

- Weaver-Hightower, Marcus B. 2012. Waltzing Matilda: An Autoethnography of a Father's Stillbirth. In: *Journal of Contemporary Ethnography*, 41(4), 462–491.
- Wehling, Peter. 2007. Wissen und Nichtwissen. In: Schützeichel, Rainer (Hrsg.): *Handbuch Wissenssoziologie und Wissensforschung*. Konstanz: UVK. 485–494.
- Weilert, A. Katarina. 2017. Der rechtliche Rahmen für den Umgang mit Fehl- und Totgeburten. In: *Rechtsmedizin*, 27(4), 286–294.
- Werner-Lin, Allison/Moro, Teresa. 2004. Unacknowledged and stigmatized losses. In: Walsh, Froma/McGoldrick, Monica (Hrsg.): *Living Beyond Loss. Death in the Family*. New York: Norton. 247–271.
- Wernet, Andreas. 2009. *Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik*. Opladen: Leske + Budrich.
- Wettmann, Nico. 2021. ›Geburt und Tod liegen ja sehr dicht beieinander‹. Eine empirische Analyse zum pränatalen Tod im Denkstil von Hebammen. In: Benkel, Thorsten/Meitzler, Matthias (Hrsg.): *Wissenssoziologie des Todes*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. 268–291.
- Wittwer, Héctor/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hrsg.). 2010. *Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.
- Wohlrab-Sah, Monika. 2015. Theorie fürs Große, Methoden fürs Kleine? Überlegungen zum methodisch gestützten Stabhochsprung in der Kulturosoziologie. In: *Sociologia Internationalis*, 53(1), 1–19.
- Young, Iris M. 1984. Pregnant embodiment: subjectivity and alienation. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, 9(1), 45–62.
- Zastrow, Anne. 2018. Die (Ir-)Relevanz von Geschlecht bei Pränatalnamen. In: Nübling, Damaris/Hirschauer, Stefan (Hrsg.): *Namen und Geschlechter. Studien zum onymischen Un/doing Gender*, Berlin, Boston: De Gruyter. 103–128.
- Zeine, Lioba. 2016. Ein liebevoller Abschied [Online-Veröffentlichung des Printartikels]. In: *Deutsche Hebammen-Zeitschrift* 01/2016. www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/ein-liebevoller-abschied/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).
- Zeltmacher. (o. J.). Totgeborene Kinder können Geburtsurkunde erhalten [Online-Artikel]. www.zeltmacher.eu/totgeborene-kinder-koennen-geburtsurkunde-erhalten/ (Aufgerufen: 03. Mai 2021).

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|--|
| <i>AWMF</i> | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. |
| <i>BestattG</i> | Bestattungsgesetz |
| <i>Beta-HCG</i> | Beta-Humanes Choriongonadotropin (Schwangerschaftshormon) |
| <i>BGB</i> | Bürgerliches Gesetzbuch |
| <i>BMFSFJ</i> | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Familienministerium) |
| <i>BVerfG</i> | Bundesverfassungsgericht |
| <i>DBK</i> | Deutsche Bischofskonferenz |
| <i>DPO</i> | Days past ovulation (Tage nach dem Eisprung) |
| <i>DSM</i> | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Psychiatrisches Klassifikationssystem) |
| <i>GA</i> | Gestationsalter (Schwangerschaftsdauer) |
| <i>ICD</i> | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen) |
| <i>IVF</i> | In-Vitro-Fertilisation (Methode zur künstlichen Befruchtung) |
| <i>ME/CFS</i> | Myalgische Enzephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (Chronisches Erschöpfungssyndrom) |
| <i>PDA</i> | Periduralanästhesie (Schmerztherapie) |
| <i>PStG</i> | Personenstandsgesetz |
| <i>PStV</i> | Personenstandsverordnung |
| <i>SSL</i> | Scheitel-Steiß-Länge (Größenmaß Fötus) |
| <i>SSW</i> | Schwangerschaftswoche |
| <i>StGB</i> | Strafgesetzbuch |

Glossar

Abort: med. Überbegriff für Abgänge durch *Schwangerschaftsabbruch* oder *Fehlgeburt* (Spontanabort).²¹⁹

Abtreibung: siehe *Schwangerschaftsabbruch*.

Ausschabung (*Gebärmutterausschabung*): (auch Kürettage) Entfernung von Schleimhaut und Gewebe aus der Gebärmutter aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen oder zum *Schwangerschaftsabbruch*. Wird manchmal auch nach *natürlicher Fehlgeburt* vorgenommen, da Gewebereste zurückbleiben können. In der med. Praxis inzwischen weitestgehend durch die als schonender geltende Absaugmethode ersetzt.

Beta-HCG (*Beta-humanes Choriongonadotropin*): Hormon, das besonders in der Frühschwangerschaft gebildet wird und das zum Nachweis der *Schwangerschaft* dient.

Embryo: die sich aus der befruchteten Eizelle entwickelnde *Leibesfrucht* bis zum Ende der Organentwicklung am Ende des 3. *Schwangerschaftsmonats*; nach diesem Zeitpunkt *Fötus* genannt.

Fehlbildung: »auf einer Entwicklungsstörung beruhende, schwerwiegende angeborene Abweichung von der normalen Bildung eines oder mehrerer Organe und/oder von Körperstrukturen«. Auf F. wird im Rahmen der Pränataldiagnostik untersucht.

Fehlgeburt: liegt nach § 31 Abs. 1 PStV (*Personenstandsgesetz*) vor, wenn sich

bei einer geborenen Leibesfrucht mit einem Gewicht von weniger als 500 Gramm keine Merkmale des Lebens (Herzschlag, Atmung, Nabelschnurpuls) gezeigt haben. Wird von *Totgeburt* abgegrenzt, außer wenn die Leibesfrucht der F. Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind eine Lebend- oder Totgeburt ist. Eine F. kann von einer Person, der bei *Lebendgeburt* die Personensorge zugestanden hätte, dem Standesamt angezeigt werden.

–, **frühe:** (med.) Abgang im ersten Drittel der Schwangerschaft; bezeichnet manchmal Ende einer *biochemischen Schwangerschaft* in Abgrenzung zu einer F., bei der eine Leibesfrucht abgeht.

–, **natürliche:** vaginaler Abgang der Leibesfrucht; im Gegensatz zur *Ausschabung* bei *verhaltener F.*; auch »kleine Geburt« genannt.

–, **verhaltene:** siehe *Missed Abortion*.

Fetozid: Abtötung eines *Fötus* nach pränataldiagnostischer Feststellung von Anomalien oder »bei Mehrlingschwangerschaften, um die Risiken für die verbleibenden Feten (Fehl- oder Frühgeburt) und die Schwangere [...] zu verringern«. Wird in einem Schwangerschaftsstadium durchgeführt, in dem der Fötus außerhalb der Gebärmutter überlebensfähig wäre, um eine *Lebendgeburt* zu verhindern.

219 Direkte Zitate sind am 18. Juli 2020 dem Eintrag des jeweiligen Stichwortes im Online-Nachschlagewerk Brockhaus entnommen: www.brockhaus.de.

Fötus: »Frucht der höheren Säugetiere und des Menschen im Anschluss an die *Embryonalperiode*; beim Menschen vom 4. Monat an bis zum Ende der *Schwangerschaft*.«

Frühchen, Frühgeburt: »Geburt eines lebenden Kindes [*Lebendgeburt*] vor Vollendung der 37. SSW unabhängig vom Geburtsgewicht. Mit einer Überlebensfähigkeit ist ab der 23./24. Schwangerschaftswoche (Gewicht 400–600 g) zu rechnen.« Früh geborene Kinder werden auch »Frühchen« genannt.

HCG: siehe *Beta-HCG*.

HELLP-Syndrom: schwerwiegende, lebensbedrohliche *Schwangerschafts-*erkrankung mit erhöhtem Blutdruck, Akronym steht für typische Symptome: **h**emolysis, **e**levated liver enzymes, **l**ow platelets. Ugs. (veraltet) auch Schwangerschaftsvergiftung.

Infaste Prognose: (med.) »Prognose für Krankheiten, bei denen [...] keine Heilungsaussicht besteht« und mit dem Tod zu rechnen ist.

Koagel, Koagulum: Blutgerinnsel außerhalb eines Blut- oder Lymphgefäßes.

Lebendgeburt: liegt nach § 31 Abs. 1 PStV (*Personenstandsgesetz*) vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Abzugrenzen von *Totgeburt* und *Fehlgeburt*.

Lebensfähigkeit: Fähigkeit des un- oder neugeborenen Körpers, sich (zukünftig) selbstständig erhalten zu können; wird vom menschlichen *Fötus* in der 23. bis 25. SSW erreicht.

Leibesfrucht: das Ungeborene in den Entwicklungsstadien des *Embryos* und

des *Fötus*. »Die L. ist zwar an sich nicht rechtsfähig, wird aber unter der Voraussetzung späterer *Lebendgeburt* in einzelnen Beziehungen als rechtsfähig behandelt«, sie kann z. B. erben oder schadenersatzberechtigt sein.

Missed Abortion: »verhaltene Fehlgeburt; die Fruchtanlage ist abgestorben, d. h. ohne Lebenszeichen, und befindet sich noch in der Gebärmutter«; kann äußerlich symptomfrei sein.

Myom: »vom Muskelgewebe ausgehender gutartiger Tumor«. Bei Gebärmuttermyomen besteht ein erhöhtes Risiko für *Fehlgeburten* und *Frühgeburten*.

Palliative Geburt: Sterbe- und Trauerbegleitung vorsehende, von Eltern in professioneller Begleitung geplante Geburt, wenn feststeht, dass das Ungeborene während oder kurz nach der Geburt sterben wird (*infauste Prognose*).

PDA (*Periduralanästhesie*): »Verfahren der rückenmarknahen Regionalanästhesie«, das (Teile der) Sensorik und Motorik der unteren Körperhälfte ausschaltet; »Standardverfahren zur Schmerzlinderung bei Geburten«; im Diskurs um natürliche Geburt gilt P. als Hindernis für das Geburtserleben.

Personenstandsgesetz (PStG): regelt die Anzeige familienrechtlicher Verhältnisse und der Namensführung gegenüber dem Standesamt als staatlicher Behörde. Die Verordnung zur Ausführung des P. durch die Regierung ist die Personenstandsverordnung (PStV).

Regenbogenkind: Kind, das nach einem Schwangerschaftsverlust gezeugt wird bzw. zur Welt kommt, manchmal auch »Folgekind« genannt.

Risikoschwangerschaft: »*Schwangerschaft*, bei der für Mutter und Kind (Risikokind) eine überdurchschnittliche Gefährdung besteht. [...] Eine R.

erfordert verstärkte regelmäßige Überwachung«.

Schmetterlingskind: Wie *Sternenkind* Bezeichnung für fehl- oder stillgeborenes Kind durch betroffene Eltern, insbesondere bei sehr frühen Abgängen. (Als S.er werden auch Kinder bezeichnet, die von der Hautkrankheit Epidermolysis bullosa betroffen sind.)

Schwangerschaft: Zeitraum ab Befruchtung der Eizelle, in dem diese im Körper zu einem Kind heranreift; feststellbar ab der Einnistung der Eizelle in die Gebärmutter; dauert durchschnittlich 38 Wochen. Nach deutschem Strafrecht beginnt S. ab der Einnistung der befruchteten Eizelle, etwa fünf Tage nach der Befruchtung.

–, **biochemische:** Frühschwangerschaft, die anhand des Hormons *HCG* im Urin festgestellt werden kann, bevor im Ultraschall embryonale Anlagen darstellbar sind.

Schwangerschaftsabbruch: Beendigung einer *Schwangerschaft* durch die Entfernung oder das Herbeiführen der Ausstoßung eines *Embryos* oder *Fötus* durch gynäkologische Maßnahmen; umgangssprachlich auch als ›Abtreibung‹ bezeichnet.

–, **später:** (auch Spätabbruch) bezeichnet entweder einen S. nach der 12. SSW, also einen, der rechtlich nur aufgrund med. Indikation möglich ist, oder einen S. nach der 24. SSW, wenn der Fötus

außerhalb der Gebärmutter überlebensfähig ist, und deshalb vor dem Abbruch ein *Fetozid* durchgeführt wird.

Sternchen, Sternenkind: fehl- oder stillgeborenes Kind oder in den ersten Lebensjahren verstorbenes Kind; verwendet insbesondere von betroffenen Eltern und professioneller Geburts- und Trauerbegleitung.

Sterneneltern: Selbstbezeichnung; Eltern eines *Sternenkindes*.

Stille Geburt, Stillgeburt: aus dem Engl.: *stillbirth, stillborn*; zunehmend gebräuchlich für *Fehlgeburt, Totgeburt* und Geburt durch *späten Schwangerschaftsabbruch*; selten verwendet, wenn das Kind bei der Geburt noch lebt.

Totgeburt: (auch totgeborenes Kind) nach § 31 Abs. 1 PStV (*Personenstandsgesetz*): Nach Erreichen der 24. SSW oder mit einem Gewicht von mindestens 500 Gramm geborene *Leibesfrucht*, bei der sich keine Merkmale des Lebens gezeigt haben.

(Ullrich-)Turner-Syndrom:
»Symptomenkomplex, der durch eine Chromosomenstörung unbekannter Ursache bedingt ist; [...] meist [...] fehlt in den Körperzellen [...] das zweite Geschlechtschromosom«, deshalb auch ›Monosomie X‹ genannt.

Unerfüllter Kinderwunsch: Oft synonym zu Unfruchtbarkeit; der unerfüllte Wunsch, ein leibliches Kind zu bekommen.

Anhang

Anlage 1: Transkriptionszeichen

| | |
|-------------|--|
| I | Interviewerin |
| (.) | kurzes Absetzen, kurze Pause |
| (1) | längere Pause mit Zeitangabe (ab 1 Sek.) |
| / | Wortabbruch |
| (Wort) | vermuteter Wortlaut |
| () | unverständliche Äußerung |
| ›Wort‹ | Zitat bzw. wörtliche Rede Dritter |
| {lacht} | parasprachliche Äußerung |
| <u>Wort</u> | Betonung |
| [Anm.] | Anmerkung/Ergänzung zum Transkript |
| [...] | Auslassung |
| //hm// | Reaktion durch Interviewpartner*in |

Anlage 2: Übersicht über das Datenmaterial

Tabelle 4: Überblick Interviews

| Narrative Interviews | | |
|--|---|---|
| Pseudonym und Kürzel, Jahr des Interviews | SSW, Lebensdauer des Kindes | Diagnose bzw. <i>rechtliche</i> Einordnung, vergangene Zeit seit Verlust zum Zeitpunkt des Interviews |
| Lena , Moderatorin Trauerforum (A), 2014 | | |
| Rhea (B), 2015 | 22. SSW | <ul style="list-style-type: none"> Spontane, späte <i>Fehlgeburt</i>, 1 J. |
| Jan (C), 2015 | unbek. | <ul style="list-style-type: none"> Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregel, 11 J. |
| Andrea & Theresa , Bestatterinnen (D), 2015 | | |
| Selbsthilfe-Initiative (Gruppeninterview) (E), 2015 | | |
| Nicole & Antonio (F), 2015 | ca. 27. SSW, 8 Tage | <ul style="list-style-type: none"> Frühgeburt per Kaiserschnitt (HELLP-Syndrom), Tod der <i>Lebendgeburt</i>, 2 J. |
| Sara (G), 2015 | ca. 6. SSW | <ul style="list-style-type: none"> Frühe <i>Fehlgeburt</i>, 7 Monate |
| Pia (H), 2016 | 20. SSW Diagnose, ca. 33. SSW Geburt, 6 Stunden | <ul style="list-style-type: none"> Infauste Prognose (Turner-Syndrom), palliative Geburt, <i>Lebendgeburt</i>, 8 J. |
| Anne (I), 2016 | | |
| Clara t1 (J), 2016 | ca. 7. SSW | <ul style="list-style-type: none"> Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregel, 10 J. Frühe <i>Fehlgeburt</i>, 1,5 J. Frühe verhaltene <i>Fehlgeburt</i> mit Ausschabung, 1 J. |
| Clara t2 (K), 2018 | 15. SSW Diagnose, 16. SSW Geburt | <ul style="list-style-type: none"> Medizinisch indizierter Schwangerschaftsabbruch mit vaginaler Geburt, <i>Fehlgeburt</i>, 1,5 J. |
| Kathleen (L), 2018 | 14. SSW | <ul style="list-style-type: none"> Späte verhaltene <i>Fehlgeburt</i> mit vaginaler Geburt, 3,5 J. |

Tabelle 5: Überblick ethnografisches Datenmaterial

| Weiteres Datenmaterial ²²⁰ | | |
|---|--|--|
| Pseudonym/Bezeichnung und Kürzel, Jahr der Entstehung des Materials | Datensorte | Titel, Kurzbeschreibung, |
| Melissa (M) , 2015 | YouTube-Video (Transkript) | »Fehlgeburt/ Positive Einstellung trotz allem!!!!«, Vlog-Beitrag |
| Nina (N) , 2017 | YouTube-Video (Transkript) | »Was passiert bei einer natürlichen Fehlgeburt: Kleine Geburt Vlog«, Vlog-Beitrag |
| Klinik-Leitfaden , 2015 | Broschüre (PDF) | Informationsbroschüre einer Initiative für akut Betroffene in der Klinik |
| Sylka , 2013 | Thread im Online-Trauerforum | »Die stille Geburt meiner kleinen Tochter« |
| Amina, B. & Caroline , 2010 | Thread im Online-Trauerforum | »Anstehende Beisetzung« |
| Bezirksbürgermeister E. Band , 2008 | Verschriftete Rede (PDF) | Gehalten im Rahmen der Eröffnung des Grabfeldes für Sternenkinder, Berlin-Schöneberg |
| Gabriele Gérard , 2008 | Verschriftete Rede (PDF) | Gehalten im Rahmen der Eröffnung des Grabfeldes für Sternenkinder, Berlin-Schöneberg |
| 2014–2020 | Protokolle und Notizen aus teilnehmender Beobachtung | <ul style="list-style-type: none"> • Lesung zu einem Roman über pränatale Diagnose • Elternbasteln und Trauerfeier am Weltgedenktag der Sternenkinder • Selbsthilfe-Treffen • »2. Berliner Symposium zur Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie«, Fachtagung • Bestattungsworkshop zur Einbettung von Babys |
| | Dokument (PDF) | Muster für Bescheinigung der Fehlgeburt nach § 31 Abs. 3 PStV |

220 Hier ist nur das Datenmaterial aufgeführt, das einer Sequenzanalyse unterzogen wurde.