SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Geburt zwischen Leben und Tod

Waschkewitsch, Lisa

Veröffentlichungsversion / Published Version
Konferenzbeitrag / conference paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Waschkewitsch, L. (2021). Geburt zwischen Leben und Tod. In B. Blättel-Mink (Hrsg.), *Gesellschaft unter Spannung: Verhandlungen des 40. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2020*Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). https://doi.org/10.21241/ssoar.99682

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de

Terms of use:
This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more Information see:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

Geburt zwischen Leben und Tod

Lisa Waschkewitsch[1]

Beitrag zur Ad-hoc-Gruppe »Gebären und Geburt unter Spannung«

Einleitung

Die exklusive reproduktive Fähigkeit des Austragens und Gebärens hebt den Frauen[2]körper sowohl biologisch-physiologisch als auch gesellschaftlich-normativ in eine besondere Position. Er ist derjenige Körper im naturalisierten, binär codierten Geschlechtersystem, der sich in Verknüpfung mit seinen reproduktiven Fähigkeiten besonders im Spannungsfeld von Autonomie und Heteronomie bewegt. So agieren Frauenkörper gleichsam zwischen dem Proklamat sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung als auch der Normierung als zum Gebären verfügbarer Adressat biopolitischer Maßnahmen. Der (schwangere) Frauenkörper bewegt sich gleichsam zwischen diesen Polen und unterliegt gesellschaftlichen Diskursen von Naturalisierungen der Schwangerschaft und Mutterschaft und Rationalisierung durch medizinische Kontrolle. Schwangerschaften sind somit zu Recht in den vergangenen Jahrzehnten ein zunehmend interessierendes Phänomen der Soziologie geworden (zum Überblick Niekrenz 2017). Im gesellschaftlichen Diskurs gelten Schwangerschaften als besondere und natürlich(st)e Umbruchphase im Leben von Frauen. Diese Phase ist von Zuschreibungen und Identifikationen eines „Nicht-Mehr-nur" Frau-Seins und eines „Noch-Nicht" Mutter-Seins gekennzeichnet. Schwangerschaften sind körperlich-leiblich vermittelte Statuspassagen innerhalb der Biographien: Sie stellen eine Übergangsphase dar, in der sich Frauen ihr Schwanger-Sein mittels Körperwissen und Leiberleben konkretisieren und sich die Rolle des Mutter-Werdens bereits in der Schwangerschaft einverleiben (vgl. Mozygemba 2011).

Die Frauen befinden sich alltagsweltlich gesprochen in einem Zustand guter Hoffnung, der mit der Geburt finalisiert wird und ein geborenes, biologisch-eigenes Kind aus dem Frauenkörper in die Welt bringt. Der hingegen glücklose Ausgang einer Schwangerschaft – durch Fehl- und Totgeburt oder Tod des Neugeborenen während oder nach der Geburt – ist ein gesellschaftlich häufig nicht-thematisiertes Szenario zum Ausgang einer Schwangerschaft. Auch die Sozialwissenschaft ist bislang zu diesen Phänomenen weitestgehend stumm. All das, was nach einem Schwangerschaftsverlust biographisch, ha-

[1] Ich danke den Vortragenden und Teilnehmenden der Ad-hoc-Gruppe für den gemeinsamen Austausch, insbesondere Julia Böcker für die Unterstützung und die vielen inhaltlichen Hinweise seit Beginn meiner Forschung. Mein besonderer Dank gilt Sebastian Jürss für all die Stunden gegenseitigen Feedbacks und fachlicher Diskussionen und der soziologischen Schicksalsgemeinschaft seit dem Studium.

[2] Im Folgenden ist von Frauen die Rede, die als cis-Frauen, in ihrem per Geburt zugewiesenem Geschlecht und ihrer damit übereinstimmenden Geschlechtsidentität, geboren wurden und leben. Dass nicht nur Frauen(-körper) schwanger sind und werden können, zeigen und thematisieren u.a. Schrupp (2019) und Trettau (2018).

bituell und strukturell, individuell und gesellschaftlich ausgehandelt wird, bleibt in der soziologischen Forschung bislang weites gehend unbeleuchtet. Umso erfreulicher ist es, dass innerhalb der Ad-hoc Gruppe „Gebären und Geburt unter Spannung" zwei Beiträge diesen Fokus einnehmen (vgl. auch Böcker in diesem Band).

Ich möchte mich im Folgenden auf den Vorgang der Geburt als dem *körperlich-leiblichen Ent-Binden* aus dem schwangeren Frauenkörper konzentrieren und nachzeichnen, welche Rolle der Vorgang der Geburt in den Fällen von schwangerschaftsbedingten Verlusten einnimmt. Da dies, wie ich zeigen werde, bereits in der Benennung *als* Geburt für die Frauen durchaus prekär ist, spreche ich zunächst von *Ent-Binden*. Dies verdeutlicht meines Erachtens erstens den dynamischen, körperlich-leiblichen Prozess des Loslösens des Gewebes, des Embryonen-, Fötus- bzw. Kinds-Körpers aus dem Frauenkörper. Zweitens lässt die Bezeichnung bewusst offen wer, wie, wen oder was entbindet[3]: Ist es die Frau, die das Kind entbindet oder sind es Dritte wie Ärzt_innen, die mittels Kaiserschnitt einen Fötus oder mittels Currettage[4] das bereits aufgelöste Gebärmuttergewebe entbinden? Drittens ermöglicht der Begriff, auch diejenigen Erlebnisse im Kontext von Geburt theoretisch zu fassen, die von den Frauen selbst nicht als Geburten besprochen werden (können).

Der vorliegende Beitrag widmet sich zwei Fragen: Erstens wird nachgezeichnet, wie Frauen den körperlich-leiblichen Vorgang des Ent-Bindens in den hier betrachteten Fällen von Schwangerschaftsverlust beschreiben und welche Formen der Ritualisierung und Routinisierung dabei stattfinden. Dies beantworte ich separat für die Fälle von früher Fehlgeburt[5] und von Neugeborenentod[6]. Zweitens frage ich, welche Bedeutung der Geburt – im Sinne des körperlich-leiblichen Ent-Bindens – für das Verlusterleben im Gesamten zukommt. Meine Ausführungen basieren auf ersten Ergebnissen einer qualitativen empirischen Forschung, die ich im Folgenden kurz skizzieren werde. Die Thesen in diesem Beitrag zur Ausgestaltung, Rolle und Bedeutung der Geburt im Kontext von Schwangerschaftsverlusten sind auf Grund des kleinen Samples und der Forschung, die sich – im Bild einer Schwangerschaft gesprochen – noch im ersten Trimester befindet, als vorsichtige Thesen und in Bezug auf die von mir vorgestellten empirischen Fälle zu verstehen.

Methodik und Sample

Die hier vorgebrachten Überlegungen stammen aus meiner empirischen Forschung im Rahmen meiner Promotion. Dort frage ich mit Hilfe der Grounded Theory (Corbin, Strauss 2008) und der Situationsanalyse (Clarke 2011) nach den körperlich-leiblich vermittelten Neuverortungen von Frauen nach dem Erleben eines schwangerschaftsbedingten Verlustes in Form von Fehl-, Totgeburt oder Neugeborenentod. Die Geburt nimmt dabei in den Erzählungen der Frauen in der Funktion als Schwellenritual bzw. liminale Phase (vgl. Turner 2005, S. 94ff.) eine besondere Rolle ein. Im Rahmen einer explorativen Vorstudie führte ich Ende 2019 vier Expert_innen-Interviews, mit denen ich das empirische Feld thematisch auffächerte. Als Expert_innen wurden Personen bestimmt, die auf Grund

[3] Ich danke Eva Sänger für diesen Hinweis.

[4] Curettage oder auch Ausschabung bezeichnet einen chirurgischen Eingriff, der der Entfernung von Gewebe in der Gebärmutter dient, der mittels eines scharfen oder stumpfen löffelartigen Instruments oder mittels einer Saugvorrichtung vorgenommen wird. Häufig wird die Curettage in Fällen von Fehlgeburten zur Entfernung des gesamten bislang veranlagten Gebärmuttergewebes mitsamt der Leibesfrucht unter Vollnarkose durchgeführt.

[5] Als frühe Fehlgeburten gelten Schwangerschaftsverluste bis zur zwölften Schwangerschaftswoche.

[6] Als Neugeborenentod gelten Schwangerschaftsverluste, bei denen das zu gebärende Kind während des Geburtsprozesses oder bis zu 21 Tage nach der Geburt verstirbt.

ihres Berufs als Mediziner_innen, Hebammen, Berater_innen oder Trauerbegleiter_innen mit von Schwangerschaftsverlust betroffenen Frauen in Kontakt stehen und diese betreuen. Dieses Material ergab erste Anhaltspunkte für Themenschwerpunkte und bislang von mir nicht oder zu wenig bedachte Themenfelder. Diese flossen dann in die Haupterhebung, den narrativen Interviews mit von Schwangerschaftsverlusten betroffenen Frauen, ein. Innerhalb dieser zweiten Forschungsphase führte ich bis September 2020 – unter den dann eingetreten erschwerten Bedingungen durch die Covid19-Pandemie – vier narrative Interviews mit Frauen durch, wovon zwei Frauen eine frühe Fehlgeburt, eine einen Neugeborenentod und eine Frau beides erlebt hat. Im Folgenden werde ich die einzelnen Fälle kurz skizzieren (vgl. auch Tabelle 1).

Bei Babette wurde in ihrer ersten Schwangerschaft (SchwS) durch einen vorzeitigen Blasensprung in der 30. Schwangerschaftswoche (im Folgenden: SSW) eine stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus notwendig. Nach mehreren Tagen Aufenthalt und entsprechender Medikalisierung wurde in der 31. SSW terminiert ein Kaiserschnitt durchgeführt. Unter der Geburt verstarb dann, auch für das medizinische Personal überraschend und durch eine Verkettung von teilweise unklaren Ursachen, ihr Kind.

Anna bekam in ihrer ersten Schwangerschaft in der 33. SSW durch eine späte und zu Routinezwecken durchgeführte Pränataldiagnostik den Befund, dass ihr Kind auf Grund einer Erkrankung eine vermutlich nur 30-prozentige Überlebenswahrscheinlichkeit hat. Ihr wurde zu einer Spätabtreibung bzw. einem Fetozid[7] geraten. Sie führte die Schwangerschaft jedoch fort und bekam in der 41. SSW spontan ihr Kind, welches nach einer drei Wochen später anberaumten Operation zur Behebung der Erkrankung verstarb. Zudem hatte Anna in ihrer dritten und vierten Schwangerschaft zwei frühe Fehlgeburten (6. und 8. SSW), die während eines Kontrolltermins bei der Gynäkologin diagnostiziert wurden. Sie ließ daraufhin in beiden Fällen eine Curettage in einem Krankenhaus vornehmen.

Tabelle 1: Überblick zu den einzelnen Fällen

Phänomen	**Neugeborenentod**		**frühe Fehlgeburt**		
Pseudonym	Babette	Anna		Claudia	Dorothea
Verlust in …	1. SchwS	1. SchwS	3.& 4. SchwS	1. SchwS	1. SchwS
Stadium SchwS	31. SSW	41.+ 3 SSW (33. SSW Diagnose)	6./ 8. SSW	11. SSW	10. SSW
Tod der Leibesfrucht/ des Kindes[8]	während Geburt	21 Tage nach Geburt	Diagnose kein Herzschlag, auflösendes Gewebe	Diagnose kein Herzschlag	8. SSW Verdachtsdiagnose kein Herzschlag
Ort des Entbindens	Krankenhaus	Krankenhaus	Krankenhaus	zu Hause	Gynäkologiepraxis

[7] Ein Fetozid beschreibt den Vorgang des medizinisch assistierten Tötens des Embryos noch innerhalb der Gebärmutter mittels einer Injektion, die zum embryonalen Herzstillstand führt.

[8] Böcker (2020) beschreibt die Ambivalenz der Anerkennung des Verlorenen als das eigene Kind. Auf diese Frage kann ich an dieser Stelle für mein Sample nicht en detail eingehen. Nur kurz: Babette, Anna für ihren ersten Verlust als auch Claudia und Dorothea verstehen und bezeichnen die Objekte ihres Verlustes jeweils als *ihre Kinder*. Im Fall von Annas frühen Fehlgeburten tut Anna dies jedoch nicht, so dass an dieser Stelle gleichsam auch von Leibesfrucht (embryonales und fetales Stadium) die Rede sein muss.

Bei Claudia wurde in ihrer ersten Schwangerschaft bei ihrer Gynäkologin beim zweiten Kontrolltermin in der 11. SSW ein fehlender Herzschlag des Fötus diagnostiziert. Sie nahm eine durch die Gynäkologin verschriebene Tablette zur Förderung der Wehentätigkeit zu Hause ein und erlebte über mehrere Tage und Etappen die Fehlgeburt.

Dorothea erhielt in ihrer ersten Schwangerschaft in der 8. SSW durch ihre Gynäkologin die Verdachtsdiagnose eines fehlenden Herzschlags, welches anderthalb Wochen später durch eine weitere Untersuchung bestätigt wurde. Daraufhin ließ sie in der Gynäkologiepraxis ambulant eine Curettage durchführen.

Ent-Binden – Bezeichnung, Routinisierung und Ritualisierung

Die erste Leitfrage für meine Ausführungen ist, wie die befragten Frauen den körperlich-leiblichen Vorgang des Ent-Bindens bei ihren Schwangerschaftsverlusten beschreiben und welche Formen der Ritualisierung und Routinisierung dabei stattfanden. Zunächst möchte ich die Ambivalenz der Bezeichnung des Ent-Bindungsgeschehens für die frühen Fehlgeburten nachzeichnen.

Frühe Fehlgeburt

> „setzten […] Blutungen ein“, „Tränen laufen lassen“, „Das ganze Bett voller Blut“, „Krämpfe bekommen, alle drei Minuten“, „das ganze Blut da so rausschoss“ (Claudia, 11. SSW)
>
> „dass die das dann auch, ähm, ausschaben“, „können solche Operationen auch durchführen“, „das muss ausgeschabt werden“ (Dorothea, 10. SSW)
>
> „hat sich vielleicht aufgelöst“, „zur Ausschabung musste ich dann trotzdem noch ins Krankenhaus rein“
>
> „und denn wieder ins Krankenhaus“ (Anna, 6. & 8. SSW)

Der Blick auf das empirische Material zeigt ein sehr unterschiedliches Sprechen über den Vorgang des Ent-Bindens einer frühen Fehlgeburt. Es wird zum einen nah am *körperlich-leiblichen Erleben* erzählt: Claudia spricht von Blutungen, die einsetzen, Krämpfen die sie spürt, Blut, das aus ihr raus schießt. Ort des Geschehens ist das eigene Zuhause. Zum anderen wird das Ent-Binden der frühen Fehlgeburt als *medizinischer Vorgang* erzählt: Dorothea und Anna nutzen den angeeigneten medizinischen Begriff der Ausschabung um das zu beschreiben, was ihre Fehlgeburten und somit auch ihre Schwangerschaften zu ihrem Ende bringt. Von Dorothea wird das Ent-Binden mit einer Krankheit in Relation gesetzt, die mittels einer Operation behandlungsbedürftig erscheint. Der Ort des Geschehens ist entweder das Krankenhaus oder die Gynäkologiepraxis.

Dies führt mich weiter zur Frage nach den Formen der Ritualisierung und Routinisierung, die in diesen Fällen stattfinden. Bei allen drei Frauen sind ihre betreuenden Gynäkologinnen essenziell für den Fortgang des weiteren Geschehens. Sie stellen als Gatekeeperinnen die Weichen dafür, wie für die Frauen – die zumeist nicht auf eigenes Erfahrungswissen oder kollektive Wissensformen zurückgreifen können – der weitere Verlauf der Fehlgeburt und die Form des Ent-Bindens ist. Nur bei Claudia werden durch die Gynäkologin neben der Curettage überhaupt andere Optionen, wie die des Abwartens oder der Verabreichung eines Medikaments zur Weheninitiierung, vorgeschlagen. Aus den Expertinnen-Interviews geht zudem hervor, dass Krankenhäuser durch interne Regelungen die Weichen dafür

stellen, wo eine Frau die Ent-Bindung ihrer Fehlgeburt innerhalb eines Krankenhauses vornehmen darf. So ist es bei dem Krankenhaus, über das in meiner Empirie berichtet wird, der Fall, dass alle Frauen bis zur 20. SSW ihre Fehlgeburt auf einer regulären gynäkologischen Station in einem Krankenzimmer ohne geburtshilfliche Rahmung entbinden müssen. Erst danach und somit in Fällen sehr später Fehlgeburten und Totgeburten, steht ihnen überhaupt der Zugang zum Kreißsaal mit dem entsprechenden Setting der Geburtshilfe und -betreuung offen.

Die Erzählungen über die Ent-Bindung der frühen Fehlgeburt in den drei Fällen zeigen, dass der institutionalisierte Umgang mit frühen Fehlgeburten wie reguläre, ‚erfolgreiche' Geburten innerhalb eines wirkmächtigen medikalisierten Kontextes stattfinden. Anders als bei regulären Geburten werden Frauen mit einer frühen Fehlgeburt allerdings institutionell weniger Ressourcen wie z.B. die Betreuung durch Hebammen als Begleiter_innen und Vermittler_innen für Angliederungs- und Übergangsriten offeriert. Die Frauen sind sich allein oder mit dem Partner dem Geschehen überlassen. Trotz dessen (frühe) Fehlgeburten bei zehn bis 15 Prozent der Schwangerschaften vorkommen und als Gefahr im ersten Schwangerschaftstrimester kollektiv bekannt sind, scheint der Umgang mit dem Entbinden aus der schwangeren Frau *als* körperlich-leiblichem Ent-Binden und eben nicht als operativem Eingriff unterbestimmt.

Zudem geht aus dem Material hervor, dass die von Claudia praktizierte Möglichkeit des Ent-Bindens der Fehlgeburt in der privaten Situation für das Erleben potenziell die Möglichkeit von Autonomie und Gestaltungsmächtigkeit bieten kann. Claudia konnte mit dem Rückzug in ihren privaten Wohnraum nach der Diagnose autonom über das Arrangement der darauffolgenden Stunden und Tage entscheiden. Hier wäre das denkbar, was Maja Nadig (2011) in Rückgriff auf Victor Turners Verständnis der Communitas (vgl. Turner 2005) für die Hausgeburt beschrieben hat:

> "Während einer Hausgeburt wird ein Milieu geschaffen, in dem die menschlichen Grenzsituationen, das Werden von Leben und der Tod, Raum finden und gemeinsam erlebt, erfahren und verarbeitet werden können. Die Geburt eines bereits toten Kindes ist dort ebenso denkbar, wie die gemeinsame Wahrnehmung von Missbildungen oder Schwächen am Kind. Die damit verbundene Trauer kann in der Communitas-Gruppe zugelassen und gelebt werden, ohne dass sie von Auflösung und Chaos bedroht ist. In dieser Hinsicht erlaubt die Hausgeburt die Dimensionen von Leben und Tod selber zu erfahren und daran zu reifen." (Nadig 2011, S. 58)

So lässt sich für Claudia, wenn auch nur mit ihrem Partner und unter Fehlen vermittelnder Akteure, ein Raum erschaffen, in dem die Grenzsituation des Todes und des Abschieds von der Schwangerschaft gemeinsam erlebt, erfahren und verarbeitet werden kann. Die Entscheidung sich mit einer Communitas dem Erleben des Fehlgebärens hinzugeben und somit eine eigene Form der *Ritualisierung* des Fehlgebärens abseits eines *routinisierten* klinischen Ablaufs zu schaffen, setzt jedoch eine enorme individuelle Leistung voraus. Diese ist abhängig von (Körper-)Wissen, Wissen um die Möglichkeit(en), verfügbaren und zu mobilisierenden Ressourcen und dem aktiven Verweigern einer offerierten medikalisierten Routine. Zum anderen schafft dieser potenzielle Freiraum Platz für Unsicherheit. Wie Lotte Rose und Ina Schmied-Knittel unter dem Stichwort der Geburt als elterlichem Projekt beschrieben haben (vgl. Rose, Schmied-Knittel 2011, S. 88ff.), ist es eine auf Subjektebene stark individualisierte Leistung eine Vorbereitung auf und die Bewältigung der Geburt und eine Deutung des Geschehens vorzunehmen. Hier können insbesondere krisenhafte Situationen, als welche wir die eingetretene Diagnose einer Fehlgeburt bezeichnen können, es für die Individuen notwendig machen, ein geeignetes Deutungsangebot von Dritten offeriert zu bekommen. Wie wir gesehen haben, sind diese Dritten oft die behandelnden Gynäkolog_innen, die mitunter die einzigen professionellen Mitwisser_innen

der noch frühen Schwangerschaft sind. Sie sind die Gatekeeper_innen für das Treffen einer Entscheidung im potenziellen Krisenmoment der diagnostizierten Fehlgeburt. Die Dominanz des Verfahrens der Ausschabung kann somit auch als Handlungserleichterung, als dankenswertes Deutungsangebot verstanden werden.

Neugeborenentod

> „alle eigentlich ganz entspannt", „schon routiniert, aber irgendwie (.) auch ein bisschen zu routiniert.", „alle anderen waren halt so in ihrem Ablauf" (Babette, 31. SSW)

> „I: Spontangeburt? Anna: Ja! (.) Das war mir wichtig. Ich sag ‚Was spricht gegen eine normale Geburt?'" (Anna 41.+3 SSW)

Nun möchte ich den Blick auf die Fälle des Neugeborenentods richten und fragen, wie sich das Sprechen über das Ent-Binden und die Ritualisierung und Routinisierung der Geburt in diesen Fällen darstellt.

Babette beschreibt die Geburt chronologisch in ihrem Ablauf: sie betritt den OP-Raum des Kreißsaals, wird von der OP-Assistentin beim Setzen der PDA als eine Gebärende von vielen adressiert, die Situation ist routiniert, alle sind in ihrem Ablauf. Annas Geburt ist etwas, das sie kurz erzählt – es scheint ihr nicht besonders erklärungsbedürftig. Einzig ihr Wunsch nach einer vaginalen Spontangeburt statt eines Kaiserschnitts, welches sie sich aktiv einfordern musste, findet spezielle Erwähnung. Beiden Frauen ist es somit wie selbstverständlich möglich das körperlich-leibliche Ent-Binden *als Geburt* zu deuten und zu begreifen.

In der Frage der Ritualisierung und Routinisierung in den Fällen des Neugeborenentods zeigt sich, dass sowohl Babette als auch Anna entweder spontan oder terminiert in einen medikalisiert routinierten Handlungsrahmen einer klinischen Geburt eintreten. Der Neugeborenentod unterscheidet sich in dieser Hinsicht erst von einer regulären Geburt ab dem Zeitpunkt, wo etwas ‚schief geht'. Bei Annas Geburt tritt bis auf die vorher durch die Pränataldiagnostik bekannte Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Versorgung des Kindes keine weitere Komplikation beziehungsweise Irritation des Geburtsgeschehens auf. Annas Erzählungen beziehen sich im weiteren Gesprächsverlauf stärker auf die Gestaltung der gemeinsamen 21 Tage nach der Geburt, als auf die Geburt selber. Sie berichtet von Krankenpflegerinnen und Hebammen, die sie zu Techniken der Neugeborenenversorgung anleiten und somit eine Vermittlungsfunktionen für die neue Rolle der Mutterschaft mit intensivmedizinisch zu versorgendem Kind einnehmen.

Bei Babette hingegen unterbricht die eingetretene Komplikation während des Kaiserschnitts die Routine im Kreißsaal-OP. Das Personal aus Ärzt_innen und Assistent_innen stellt für Babette keine Vermittlung des Geschehens her; auf Nachfrage von Babette zum Stand der Dinge nach den, durch sie selbst wahrgenommenen, fehlenden Lauten des Kindes, blickt das medizinische Personal sie nur entsetzt an. Einzig ein zusätzlich zu ihrem Partner im Kreißsaal begleitender Freund, der selber Arzt ist, klärt sie über die eingetretenen Komplikationen und die notwendige intensivmedizinische Behandlung ihres Kindes in einem Nebenraum auf. Durch eine dann für Babette notwendige Narkose fehlt ihr im Erinnern und Erleben der weitere Verlauf des Geschehens. Nachdem sie zunächst alleine in einem Post-OP Überwachungsraum aufwacht, kommt der befreundete Arzt zu ihr und berichtet über das Versterben ihres Kindes. Anschließend kommt ihr Partner mit dem verstorbenen Kind hinzu. Der befreundete Arzt unterstützt bei der anschließenden Interaktion mit dem toten Kind, steht dem Paar zur Seite, macht Fotos von ihnen als Familie. Babette beschreibt die Atmosphäre auf der Post-OP-Station als entspannt und intim, da sie „in Ruhe gelassen" wurden. Es schien sich ein Raum zu eröffnen, der im

Gegensatz zur Kreißsaal OP-Routine dem entsprach, was Nadig als denjenigen Raum beschrieb, in dem „Trauer […] zugelassen und gelebt werden [kann], ohne dass sie von Auflösung und Chaos bedroht ist." (Nadig 2011, S. 58)

Erst mit der Verlegung von Babette auf die reguläre gynäkologische Station beginnen Irritationen, da die klinische Routine nur partiell auf die Situation von Babette und ihrem Partner reagiert. Die vorherige lebensweltliche Realität des Abgeschottet-Seins auf der Post-OP-Station trifft nun auf den klinisch routinierten Umgang mit Kaiserschnitten. Eine Krankenschwester kommt bei ihrem Routine-Durchgang zu Babette aufs Zimmer und will sie zum Aufstehen bewegen[9]. Für Babette und ihren Partner ist diese Situation unangemessen: Babette verweist neben ihren großen körperlich-leiblichen Schmerzen mit der Unterstützung ihres Partners auf das fehlende, zu versorgende Kind und dass es hier eben „keine Motivation mehr" (Babette, 31. SSW) für eine schnelle Mobilisierung gäbe. Babette und ihr Partner stehen somit unmittelbar *durch* die Geburt vor der Herausforderung die nun vollkommen veränderte Situation einordnen zu müssen. Darüber hinaus sind sie vor die Aufgabe gestellt, selber auf die nicht angepasste Klinikroutine reagieren zu müssen, in dem sie das Personal über ihre Situation aufklären und angepasste Handlungen einfordern.

Ent-Binden – Bedeutung für das Verlusterleben

In Hinblick auf die von mir gestellte zweite Frage, welche Bedeutung die Geburt im Kontext von schwangerschaftsbedingten Verlusten einnimmt, möchte ich nun eine Klammer um die vier empirischen Fälle ziehen.

Zum ersten lässt sich konstatieren, dass die Geburt das unwiederbringliche körperlich-leibliche Ende der Schwangerschaft markiert. Das mag banal klingen, ist es mit Blick auf das Ent-Binden im Kontext von Schwangerschaftsverlusten aber nicht.

Für Claudia und Dorothea ergibt sich durch das Ent-Binden das körperlich-leibliche Ende von ihrer Schwangerschaft, die jedoch bereits *vorher* durch die Diagnose gescheitert war, da sie nun nicht mehr zu einem lebend geborenen, eigenen Kind führen konnte.

Bei den Fällen des Neugeborenentods können wir auch durch das Ent-Binden von der Markierung des Endes der Schwangerschaft sprechen. Der größte Unterschied in Hinblick auf die frühen Fehlgeburten besteht in der unhintergehbar vorhandenen Materialität des Kindes. Im Vergleich zu dem, was Claudia als „überall ist Blut" beschreibt beziehungsweise auch nur beschreiben kann, ist bei Anna wie auch bei Babette *durch* das Ent-Binden ein materieller, greifbar gewordener Kindskörper vorhanden. Die Schwangerschaft wurde hier also zu ihrem idealisiert bestimmten Ende geführt: sie endet mit einem geborenem Kindskörper, der lebt – wenn auch nur kurz. Die Geburt ist somit neben dem körperlich-leiblichen Ende der Schwangerschaft *auch* die Hervorbringung des eigenen Kindes.

Zum zweiten ist die Geburt in unterschiedlichem Maße mit dem Prozess des Abschiednehmens verbunden. In Rückgriff auf das, was Böcker als Prämutterschaft beschrieben hat (vgl. Böcker 2020, S. 162), vollziehen Claudia und Dorothea selbst entwickelte, dem Kind gegenüber fürsorgliche Praxen in der Frühschwangerschaft sowie nach der Diagnose Praxen des Abschieds. Beide schließen mit diesen individualisierten Verabschiedungen vom Kind noch *während* des körperlich-leiblichen Bestehens der Schwangerschaft ab. Nach dem dann vollzogenem körperlich-leiblichen Ende der Schwanger-

[9] Diese Mobilisierung wird nach Kaiserschnitten vorgenommen, um die Mütter zu befähigen, aufzustehen und ihre Neugeborenen versorgen zu können.

schaft, so scheint es in den Erzählungen, ist auch der Abschied vom Kind aus dem eigenen Körper vollzogen.

Im Fall von Babette bedeutete die Loslösung des Kindskörpers aus ihrem Körper den Übergang zum Tod ihres Kindes. Mit der Geburt wurde nahtlos die Bewältigung des Verlustes und des Abschieds notwendig, welcher am materiell vorhandenen Kind praktiziert werden konnte und wurde. Für Anna bedeutete die Geburt der Übergang in eine den gesellschaftlichen Normen weitgehend entsprechende Mutterrolle. Die Geburt ist hier die Schwelle zu einer medizinisch kalkulierten Überlebenswahrscheinlichkeit des Kindes. Durch das Leben des Kindes nach der Geburt rückte das Risiko des Todes zunächst in die Zukunft. Erst mit dem Versterben des Kindes, während der Operation 21 Tage nach der Geburt, wurde die Verlustbewältigung für Anna und ihren Partner relevant.

Zum dritten können wir für die schwangerschaftsbedingten Verluste in den empirischen Fällen konstatieren, dass sowohl der Akt des körperlich-leiblichen Ent-Bindens – die Geburt – als auch die Praxen des Abschieds als Handlungen im Spannungsfeld von Individualisierung, Autonomie und Heteronomie beschrieben werden können. Wie ich anhand der vier Frauen zeigen konnte, sind für alle Fälle des Ent-Bindens wie auch für reguläre ‚erfolgreiche' Geburten, individualisierte Leistungen im Sinne der Herstellung von Handlungsfähigkeit und im Sinne der vorzunehmenden Deutungen im dominanten Bezugsrahmen einer medikalisierten, klinisch routinisierten Ent-Bindung notwendig. Bei den betrachteten Fällen gilt diese individualisierte Leistung zudem *zusätzlich* für die zu entwickelnden Verabschiedungspraxen. Alle Frauen konnten entweder auf kein oder nur geringes Erfahrungswissen für die Bewältigung des Verlustes zurückgreifen und ihnen standen zumeist nur wenige Vermittler_innen der Situation zur Verfügung. Somit mussten alle Frauen die Geburt *und gleichzeitig* – wenn auch in einer unterschiedlichen Zeitspanne – den Prozess des Abschieds und der Verlustbewältigung individualisiert gestalten.

Die Bemühungen von Sternenеltern[10]-Initiativen, Ärzt_innen, Hebammen und Trauerbegleiter_innen innerhalb der letzten Jahre, Leitfäden für Kliniken für den Umgang mit Frauen und Paaren in Situationen schwangerschaftsbedingter Verluste zu etablieren, kann als Ausdruck des Versuchs einer Re-Kollektivierung von Handlungsfähigkeit und -sicherheit gewertet werden. Ob dies nachhaltig und an die individuellen Bedürfnisse und Deutungen der Frauen und Paare angepasst stattfindet, es einen Kontrast zu einer medikalisierten, (zeit-)ökonomisch optimierten klinischen Routine bildet oder bilden kann und ob das aktuell schon prekär aufgestellte System der (außer-)klinischen Hebammenbetreuung darin eine Schlüsselposition der Vermittlung einnehmen kann, wäre eine eigene Forschungsfrage wert.

Wie ich zeigen konnte, ist nicht nur die soziologische Beschäftigung mit Schwangerschaften und Geburten im Kontext von Leben interessant, sondern auch die Untersuchung derjenigen Phänomene, die Schwangerschaft und Geburt im Kontext von Nicht-Leben, Tod und Verlust behandeln. Es wäre dabei insbesondere der deutschsprachigen Soziologie zu wünschen, Phänomene des Schwangerschaftsverlusts derart multiperspektivisch zu untersuchen, wie es die englischsprachige Sozial- und Gesundheitswissenschaft tut (zum Überblick Böcker 2020, S. 52ff.; Kuberska, Turner 2019).

[10] Sterneneltern ist eine Selbstbezeichnung für Individuen und Paare, die auf Grund von Fehl-, Totgeburt oder Neugeborenentod ein Kind verloren haben. Diese (eigenen) Kinder werden als Sternenkinder bezeichnet.

Literatur

Böcker, Julia. 2020. *Fehlgeburt und Stillgeburt. Eine Kultursoziologie der Verlusterfahrung.* Unv. Diss., Lüneburg: Leuphana Universität.

Clarke, Adele. 2011. *Situationsanalyse. Grounded Theory nach dem Postmodern Turn.* Wiesbaden: Springer VS.

Corbin, Juliet und Anselm Strauss. 2008. *Basics for Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* Los Angeles: Sage.

Kuberska, Karolina und Sarah Turner. 2019. The presence of absence. Tensions and frictions of pregnancy losses – An introduction. *Women's Studies International Forum* 74:91–93.

Mozygemba, Kati. 2011. *Die Schwangerschaft als Statuspassage. Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzerinnenorientierten Versorgung*. Bern: Hans Huber.

Nadig, Maya. 2011. Körperhaftigkeit, Erfahrung und Ritual. Geburtsrituale im interkulturellen Vergleich. In *Soziologie der Geburt*, Hrsg. Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und Barbara Thiessen, 39–73. Frankfurt am Main: Campus.

Niekrenz, Yvonne. 2017. Schwangerschaft und Geburt. In *Handbuch Körpersoziologie. Band 2. Forschungsfelder und Methodische Zugänge*, Hrsg. Robert Gugutzer, Gabriele Klein und Michael Meuser, 217–229. Wiesbaden: Springer VS.

Rose, Lotte und Ina Schmied-Knittel. 2011. Magie und Technik: Moderne Geburt zwischen biografischem Event und kritischem Ereignis. In *Soziologie der Geburt*, Hrsg. Paula-Irene Villa, Stephan Moebius und Barbara Thiessen, 75–100. Frankfurt am Main: Campus.

Schrupp, Antje. 2019. *Schwangerwerdenkönnen. Essay über Körper, Geschlecht und Politik*. Roßdorf: Ulrike Helmer.

Trettau, Alisa. 2018. *Nicht nur Mütter waren schwanger. Unerhörte Perspektiven auf die vermeintlich natürlichste Sache der Welt*. Münster: Edition Assenblage.

Turner, Victor. 2005. *Das Ritual. Struktur und Anti-Struktur*. Frankfurt am Main: Campus.