

Bollig, Sabine; Kelle, Helga; Seehaus, Rhea
(Erziehungs-)Objekte beim Kinderarzt. Zur Materialität von Erziehung in Kindervorsorgeuntersuchungen

Priem, Karin [Hrsg.]; König, Gudrun M. [Hrsg.]; Casale, Rita [Hrsg.]: Die Materialität der Erziehung. Kulturelle und soziale Aspekte pädagogischer Objekte. Weinheim u.a. : Beltz 2012, S. 218-237. - (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 58)

urn:nbn:de:0111-opus-72127



in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen / conditions of use

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)
Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft
Informationszentrum (IZ) Bildung
Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Zeitschrift für Pädagogik · 58. Beiheft

Die Materialität der Erziehung: Kulturelle und soziale Aspekte pädagogischer Objekte

Herausgegeben von

Karin Priem, Gudrun M. König und Rita Casale

BELTZ

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, bleiben dem Beltz-Verlag vorbehalten.

Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen eigenen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopie hergestellt werden. Jede im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellte oder genutzte Kopie dient gewerblichen Zwecken gem. § 54 (2) UrhG und verpflichtet zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, bei der die einzelnen Zahlungsmodalitäten zu erfragen sind.

© 2012 Beltz Verlag · Weinheim und Basel

Herstellung: Lore Amann

Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISSN 0514-2717

Bestell-Nr. 41159

Inhaltsverzeichnis

<i>Karin Priem/Gudrun M. König/Rita Casale</i> Die Materialität der Erziehung: Kulturelle und soziale Aspekte pädagogischer Objekte. Einleitung zum Beiheft	7
---	---

Verortungen

<i>Gudrun M. König</i> Das Veto der Dinge. Zur Analyse materieller Kultur	14
--	----

<i>Jürgen Oelkers</i> Die Historizität pädagogischer Gegenstände	32
---	----

<i>Marc Depaepe/Frank Simon/Frederik Herman/Angelo Van Gorp</i> Brodskys hygienische Klappschulbank: Zu leicht für die schulische Mentalität?	50
--	----

<i>Lynn Fendler</i> The Educational Problems of Aesthetic Taste	66
--	----

<i>Klaus Prange</i> Erziehung als Handwerk	81
---	----

Praktiken

<i>Monica Ferrari</i> Education and Things. Pedagogical Ideologies and Didactic Materials in Two European Courts (15th-17th Centuries)	92
--	----

<i>Sabine Reh/Joachim Scholz</i> Schülerzeitungen als Artefakte. Schulkulturen in den 1950er und 1960er Jahren	105
--	-----

Karin Priem

Sehen, Lesen, Schreiben, Sprechen und die Dinge. Eine Didaktik der
„Stunde Null“ 124

Vergegenständlichungen

Marcelo Caruso

Reiz und Gefahr des Ephemeren. Der Sandtisch und die Ordnung der modernen
Schule im frühen 19. Jahrhundert 136

Michael Geiss

Die Verwaltung der Dinge. Einige Überlegungen zur pädagogischen
Geschichtsschreibung 151

Sascha Neumann

Pädagogisierung und Verdinglichung. Beobachtungen zur Materialität
der Frühpädagogik 168

Norbert Grube

Der Markenartikel als Erziehungsobjekt? Kleidernormen und Kleiderformen
bei Schüler/innen und Lehrer/innen im 19. und 20. Jahrhundert 185

Episteme

Sonja Häder

Kunstformen als Wissensrepräsentationen. Die naturwissenschaftlichen
Glasmodelle von Leopold (1822-1895) und Rudolf (1857-1939) Blaschka 200

Sabine Bollig/Helga Kelle/Rhea Seehaus

(Erziehungs-)Objekte beim Kinderarzt. Zur Materialität von Erziehung
in Kindervorsorgeuntersuchungen 218

(Erziehungs-)Objekte beim Kinderarzt

Zur Materialität von Erziehung in Kindervorsorgeuntersuchungen

1. Institutionalisierung medizinisch-präventiver Entwicklungsbeobachtung und Konstruktion von Elternaufgaben in Kindervorsorgeuntersuchungen

Das Verhältnis von Familie, Medizin und Pädagogik ist historisch, folgt man Michel Foucault (2003), maßgeblich durch die medizinisch-präventive Konstruktion von Elternaufgaben am sexualisierten Kinderkörper vermittelt. In seiner Rekonstruktion des westeuropäischen Masturbationsdiskurses des 18. und 19. Jahrhunderts, der (mögliche) Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Kindern in neuer Weise öffentlichkeitswirksam problematisierte, zeigt Foucault auf, wie die medizinischen Anweisungen für Eltern zur Observierung ihrer Kinder ein zentrales Element der Durchsetzung einer neuen Physik des familialen Raums darstellten. Zusätzlich sollten die (bürgerlichen) Familien auf Empfehlung der Mediziner mit Instrumenten zur Verhinderung der Masturbation (z.B. Bandagen und Eisenkorsetts) ausgestattet werden. Die Heilung der Masturbation jedoch konnte dem zeitgenössischen Verständnis entsprechend nur durch ein Geständnis des Kindes gegenüber dem Arzt einsetzen: Die Aufgabe der Eltern bestand darin, bei gescheiterter Masturbationsverhinderung die Kinder der ärztlichen Behandlung zuzuführen. Dieses Konstrukt eines eingebauten Scheiterns der Familie am pathologisierten Kinderkörper veranlasst Foucault, den Masturbationsdiskurs in den Kontext der Pädagogisierung von Kindheit zu stellen. Denn der Kinderkörper fungierte als eine Art Wechselgeld für das Einnisten der Pädagogik in die medizinisierte Familie, da sich am Scheitern der Familie auch die Etablierung der öffentlichen Erziehung der Kinder legitimieren ließ. Die Pathologisierung der Kindheit als Lebensphase eröffnete nicht nur der Medizin, sondern auch der Pädagogik Zugang zu der (dadurch wiederum konstituierten) Familie – und zwar interessanterweise gerade in der Beschwörung der familiären Aufgaben.¹

Beatrice Hungerland (2003) zeigt im Anschluss an Foucault, wie die Entwicklung von Kindern in medizinisch geprägten Ratgebern der letzten 60 Jahre immer stärker als Leistung und Produkt elterlicher Arbeit konzipiert wurde. Ihre Analysen verweisen darauf, dass die Ansprüche an die Eltern nicht nur gestiegen sind, sondern sich auch gewandelt haben. So konzipieren neuere Erziehungs- und Pflegeratgeber die Rolle der Eltern nicht mehr nur als die von Rezipienten und Anwendern medizinisch-pädagogischen

¹ Wie sich im Weiteren die Medizinisierung und Pädagogisierung von Familie und Kindheit ausdifferenzierte, zeigen z.B. Armstrong (1983) und Klaus (1993).

Wissens, sondern vor allem auch als die von Moderatoren medizinisch-diagnostischer und förderbezogener Angebote.

In diesem Beitrag geht es um das aktuelle Verhältnis von Medizin und Familie in Hinblick auf die Verteilung präventiver Aufgaben am Kinderkörper und die Frage, wie diese Verteilung im Zusammenspiel von Programmen, Instrumenten und Praktiken geleistet wird. Die gesellschaftliche Institutionalisierung der früherkennenden und präventiven Entwicklungsbeobachtung von Kindern hat vor allem seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine beispiellose Ausweitung erfahren. In Deutschland steht dafür vor allem die gesundheitspolitische Maßnahme der Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9), die seit Anfang der 1970er Jahre für Kinder von Geburt bis zum Alter von fünf Jahren eingerichtet wurde. Sie zielt darauf, *alle* Kinder (und ihre Eltern) in diese fortlaufende medizinische Entwicklungsbeobachtung einzuschließen; seit etwa zwei Jahren ist die Teilnahme daran in fast allen Bundesländern verpflichtend.

Das materiale Bindeglied zwischen Ärzten und Eltern, dem die Analysen dieses Beitrags gewidmet sind, ist das bereits konzeptionell an der Schnittstelle von Familie und Medizin angesiedelte „Kinder-Untersuchungsheft“ (G-BA Deutschland, 2005), das die Vorsorgeuntersuchungen „instrumentiert“ (Bollig, 2008). Das Untersuchungsheft enthält das Früherkennungsprogramm in Form von Befundschemata und ist eine Art mobile Patientenakte, die den Eltern bei der Geburt ausgehändigt und in der Folge von ihnen zu den einzelnen Untersuchungen mitgeführt wird. Insofern sie es jeweils zurückbekommen, können sie auch, anders als etwa im Fall der Patientenakte des Arztes, als dessen primäre Adressaten gelten. Der Beitrag basiert auf dem DFG-Forschungsprojekt „Kinderkörper in der Praxis“, das wir zusammen mit weiteren Kolleginnen zwischen 2006 und 2011 an der Goethe-Universität Frankfurt durchführten. Im Mittelpunkt stand dabei das Interesse zu rekonstruieren, wie in Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen Entwicklungsnormen zugrunde gelegt, prozessiert und modifiziert werden. Unsere praxisanalytische Forschung galt außerdem der Frage, wie wohlfahrtsstaatliche Vorsorgekulturen und die praktische Logik der kindermedizinischen Überprüfung normaler und auffälliger Entwicklung mit der diskursiven und materialen Konstruktion von Elternaufgaben vermittelt sind.

Wir fragen im Folgenden, wie das Untersuchungsheft, das im Feld auch „gelbes Heft“ oder „U-Heft“ genannt wird, das Verhältnis von Medizin und Familie mediatisiert. Indem wir es als ein materiales Erziehungsobjekt der praktischen Vorsorgekultur rekonstruieren, bearbeiten wir ein Forschungsdesiderat. Denn die (historische) Forschung hat sich bisher in Bezug auf die normative Konstruktion von Elternaufgaben im Schnittfeld von Medizin und Pädagogik vor allem mit der gesetzlichen und professionellen Institutionalisierung der Säuglings- und Kinderpflege und/oder diskursanalytisch mit (medizinischen) Erziehungstraktaten und -ratgebern beschäftigt – und weniger mit der Analyse von materialen *Praktiken* im Kontext kinderärztlicher Untersuchungen. Studien zu Elternratgebern wie die von Hungerland (2003), Höffer-Mehlmer (2003) und Schmid (2008) liefern anregende Analysen der gesellschaftlichen Diskurse zur angemessenen Elternschaft, sie lassen allerdings trotz differenzierter Designs auch Fragen offen. Distribution, Rezeption und Einsatz der Dokumente in praktischen Kon-

texten werden nicht einbezogen, so dass die Inhalte dieser Schriften fast ausschließlich immanent analysiert werden. In welchen Weisen und Formen sie in praktischen Kontexten relevant werden, wie Eltern sie nutzen, lässt sich auf diese Weise nicht ermitteln.

In diesem Beitrag präsentieren wir im Unterschied dazu eine Praxisanalyse von Kinderuntersuchungsheften. Wir fragen danach, welche Handlungsprogramme ihnen auf der Ebene der Dokumente eingeschrieben sind und wie sich diese in den situierten Praktiken ihres Gebrauchs verschieben – und wie die Hefte erst in diesen Prozessen der Translation die je lokale Praxis der Vorsorgen instrumentieren. Im zweiten Abschnitt beziehen wir uns für die Grundlegung unseres Forschungsansatzes zunächst auf theoretische Verhältnisbestimmungen von (diagnostischen) Artefakten und Praktiken, und zwar im Kontext der historischen Forschung (2.1) und der Actor-Network-Theory (2.2). Im dritten Abschnitt verdichten wir Ergebnisse unserer Dokumentenanalysen von Untersuchungsheften aus Deutschland, Österreich und England (3.1). Wir analysieren dann einen kurzen Ausschnitt aus einer Vorsorgeuntersuchung in Deutschland und zeigen, wie sich die Programmatik in der Praxis verschiebt und wie die Untersuchungshefte als ‚Erziehungsobjekte‘ die Konzipierung elterlicher Aufgaben praktisch instrumentieren (3.2). Im Fazit (4.) reflektieren wir die dokumenten- und praxisanalytischen Ergebnisse im Kontext.

2. Zur theoretischen Verhältnisbestimmung von (diagnostischen) Artefakten und Praktiken

2.1 Historische Forschung

Der kanadische Kindheitshistoriker André Turmel (2008) zeichnet in seiner historischen Soziologie der Kindheit anhand von Quellen aus den USA, England und Frankreich 100 Jahre Kindheitsgeschichte – von 1850 bis 1950 – nach, die er als Apex der Etablierung des Entwicklungsparadigmas in den westlichen Industrienationen ansieht. Turmel rekonstruiert, wie vor allem die Entstehung der Bevölkerungswissenschaften mit ihren Reihenuntersuchungen und Bevölkerungsstatistiken im Laufe des 19. Jahrhunderts eine entwicklungstheoretische Betrachtung von Kindern durchzusetzen half. Diese massenhaften Datensammlungen zogen die Produktion von Daten visualisierenden Artefakten wie z.B. Entwicklungstabellen und Somatogrammen nach sich, die an Altersnormen orientierte Klassifikationen in „normale“ und „abweichende“ Entwicklung sowie den methodischen Vergleich von Kindern ermöglichten. Bis heute sind diese Formate, wie unten zu sehen sein wird, in der entwicklungsdiagnostischen Praxis gebräuchlich.

Die Konfigurierung des „normalen“ Kindes stand, so eine zentrale These Turmels, in Zusammenhang mit der Entstehung und Professionalisierung von Kindermedizin, öffentlicher Hygiene und Entwicklungspsychologie. Orientiert an der soziologischen Wissenschaftsforschung zeigt Turmel auf, *wie* die im Rahmen dieser Prozesse relevant gemachten „Tatsachen“ durchschnittlicher kindlicher Entwicklung überhaupt nur mittels der neuen Repräsentationstechniken und -materialien zugänglich wurden. Die

historisch ab der Wende zum 20. Jahrhundert als plausibel erachtete normative Bewertung und Skandalisierung von Fehlentwicklungen bei Kindern basierte entsprechend auf sich verfeinernden wissenschaftlichen Verfahren der statistischen Erhebung und Darstellung, welche die „Inskription“ des Kinderkörpers mit Entwicklungsnormen und Normalitätsmaßstäben ermöglichte.

Da Turmel jedoch keine Unterscheidung von Artefakten, die ein bestimmtes Wissen repräsentieren und (institutionelle) Praktiken vorstrukturieren, und gelebten, praktisch-kulturellen Ordnungen einführt, ist seine Wertschätzung von grafischen Visualisierungen und textuellen Inskriptionen für stärker auf die Gegenwart gerichtete Forschungsansätze nur bedingt instruktiv. Denn erst diese Differenzierung würde es ermöglichen zu fragen, wie die von Turmel analysierten Materialien überhaupt den Vollzug von Praktiken der Entwicklungsbeobachtung *konkret* vermitteln (konnten und können).

Ein ähnlicher methodischer Vorbehalt ist auch gegenüber den Arbeiten der französischen Historikerin Catherine Rollet (2003, 2004) angebracht. Sie rekonstruiert, wie in Europa seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts versucht wurde, „health notebooks“ zu etablieren, die Eltern zur Beobachtung und Dokumentation der gesundheitlichen Entwicklung ihrer Kinder anhalten und dann der medizinisch-diagnostischen Praxis zugeführt werden sollten. Rollet beansprucht in ihren Studien nicht nur zu zeigen, wie die Dokumentationsaufgabe im 20. Jahrhundert zunehmend an das medizinische Personal übergang und professionalisiert wurde, sondern auch, wie solche Hefte zur Gesundheitserziehung der (bürgerlichen) Bevölkerung und der Schulung ihres Blicks für normale Entwicklung dienten. Trotz eines beachtlichen Datenkorpus nimmt sie in ihren kursorischen Überblicken über lange Zeiträume der Institutionalisierungsgeschichte keine detaillierten empirischen Dokumentenanalysen (vgl. Wolff, 2003) vor, welche die Dokumente als schriftsprachliche Instrumente institutioneller Kommunikation (vgl. Smith, 2001, S. 160) verstehen würden. Damit neigt sie u.E. ähnlich wie Turmel zu sehr zu einer Gleichsetzung von Programmen der Gesundheitserziehung, die in „health notebooks“ angelegt sind, mit der Praxis des Gebrauchs der notebooks. Bei Rollet scheinen Inhalte und Gestalt der Dokumente immer schon auf in der Praxis dann auch realisierte Intentionen zu verweisen.

In der historischen Langzeitperspektive der beiden Studien wird so die Durchsetzungsgeschichte des normalistischen Entwicklungsparadigmas und der Institutionalisierung der Entwicklungsdiagnostik an grafischen und textuellen Artefakten nachgezeichnet, aber in gewissem Sinne auch auf die (institutionell etablierten) Dokumente methodisch rückprojiziert. Auf diese Weise stellt sich, mit Blick auf die theoretische Verhältnisbestimmung von diagnostischen Objekten und Praktiken, dann aber ein deterministischer und funktionalistischer Zug ein – gegen den aus praxisanalytischer Perspektive Einwände erhoben werden müssen (vgl. Schatzki, Knorr-Cetina & von Savigny, 2001).

Es liegen allerdings auch medizinhistorische Arbeiten vor, denen es vor allem um die Rekonstruktion der kulturellen Praktiken der Entwicklung, Einführung und Durchsetzung neuer diagnostischer Mittel in situierten Anwendungen geht, allerdings unseres Wissens nicht in Bezug auf entwicklungsdiagnostische Instrumente. So rekonstruiert

Jens Lachmund (1997) die Artefaktgeschichte des Stethoskops als einen wandlungsreichen und lokal variablen Prozess der Wechselbeziehung zwischen der Instrumentierung der Wahrnehmung und der von Kontroversen geprägten Durchsetzung der physikalischen Diagnostik. In ähnlicher Weise thematisiert Volker Hess (2000) die Geschichte des Fieberthermometers und der kulturellen Praxis des Fiebermessens. Zentral für diese eher praxisanalytischen historischen Studien ist, dass es ihnen in der Rekonstruktion der Entwicklung neuer diagnostischer Instrumente nicht nur um den Wandel von Repräsentationsverhältnissen geht, sondern um lokale Arrangements, in denen Objekte und Bedeutungszuweisungen der Teilnehmer eine Art praktische Kohärenz erlangen. „Das impliziert sowohl“, so Lachmund (1997), „dass Praktiken die Manipulierbarkeit und Kombinierbarkeit materieller Objekte *selektiv* ausschöpfen, als auch dass umgekehrt diese Objekte den Praktiken Widerständigkeiten entgegensetzen“ (S. 76).

Die medizinhistorischen Arbeiten regen dazu an, Klassen von (medizinischen) Objekten zu unterscheiden: Während das Stethoskop als diagnostisch-materiales Gerät unmittelbar die sinnliche Wahrnehmung instrumentiert und transformiert, sind die von uns analysierten Dokumente der Entwicklungsdiagnostik text- und bildförmig, in mittelbarer Weise inkorporieren sie Untersuchungsprogramme sowie für deren Durchführung wichtige Wissensbestände, und sie archivieren auch die Ergebnisse von konkreten Untersuchungen. Beide Sorten Artefakte lassen sich dennoch nach einer (allerdings für die Experimentalwissenschaft getroffenen) Unterscheidung von Rheinberger (2001) als „technische Objekte“ fassen, die dazu dienen, „epistemische Objekte“ (im Sinne von Objekten, auf die sich Erkenntnisbemühungen richten) ‚abzuhören‘ und zu beobachten.

Lachmund und Hess geht es um die Rekonstruktion der situierten Kontexte, in denen sich Objekte und Praktiken zu lokal realisierten Programmen zusammenschließen. Ethnografische Studien aus einer praxisanalytisch orientierten Medizinsoziologie radikalieren diese theoretische Fassung des Zusammenhangs von Praktiken und Objekten, indem sie die Frage formulieren, wie Objekte situierte Kontexte und die damit verknüpften Handlungsoptionen überhaupt erst stiften – und weisen im Anschluss an die Actor-Network-Theory den Objekten nicht nur den Status von materiellen Konstituenten kultureller Praxis, sondern auch einen eigenen Akteursstatus zu.

2.2 Actor-Network-Theory (ANT)

In unserer Studie zu den Vorsorgeuntersuchungen und -dokumenten gehen wir von einem operativ-transformierenden Verhältnis von Objekten und Praktiken aus. Der zentrale theoretische Bezug für diese Prämisse ist die Actor-Network-Theory (ANT). Diese insbesondere mit dem Wissenschaftsforscher Bruno Latour (1991) verbundene Theorie nimmt eine radikal symmetrisierende Konzeption von menschlichen wie nicht-menschlichen Teilnehmern an sozialer Praxis vor.² Dieser Konzeption kommt vor allem die

2 Latour hatte die ANT zunächst als wissenschaftliche Gegenposition zum Sozialkonstruktivismus („Science in Action“) vor allem empirisch ausgearbeitet und dann sukzessive zu einer

Leistung zu, materiale Artefakte als gleichwertige ‚Handlungsträger‘ des Sozialen zu modellieren, wobei deren ‚Handlungsfähigkeit‘ (Aktantialität) aus dem Vermögen, sich mit anderen Entitäten (Aktanten) zu vermitteln, erwächst. Entsprechend verweist Latour darauf, dass zielführender von Netzwerken der Translation als von Akteurs-Netzwerken zu sprechen sei.

Netzwerke sind als ausgesprochen heterogene Ensembles von menschlichen und nicht-menschlichen Entitäten zu begreifen, die in Prozessen gegenseitiger Vermittlung erst zu Akteuren (sowie in späterer Begrifflichkeit „Agenturen“) werden. Mit Vermittlung ist dabei die Schöpfung einer Verbindung gemeint, die es in der Form bisher nicht gab (vgl. Latour, 2006b). Vermittlung ist jedoch nur möglich – und dies erklärt die spezielle Dynamik von Praxis –, weil die Aktanten des Netzwerks mit eigenen Handlungsprogrammen ausgestattet sind, die sich im Prozess der Vermittlung transformieren und transformierend auf andere ‚Akteure‘ einwirken. Die These, dass jedes Artefakt „sein Skript, seinen Aufforderungscharakter, sein Potenzial“ hat, das dazu dient, „Vorbeikommende zu packen und sie dazu zu zwingen, Rollen in seiner Erzählung zu spielen“ (Latour, 2006b, S. 485), zielt nicht etwa darauf, dass Artefakte Praxis determinieren würden. Vielmehr sichere der Umstand, dass Artefakten ein Handlungsprogramm eigen ist, überhaupt erst, dass Objekte sich in soziale Situationen ‚einbringen‘ bzw. diese vermitteln können.

An die Stelle einer starren Opposition zwischen Form und Inhalt, zwischen Prozessen und Strukturen, zwischen Lokalität und Globalität treten in der Actor-Network-Theory daher fluide Übersetzungsketten, in denen sich soziales Handeln als das Vermögen eines Ensembles von Akteuren lokal und *in situ* praktisch ausbildet und fortpflanzt sowie Prozesse der Netzwerkbildung konstituiert (vgl. Latour, 2006a, S. 564). Der entscheidende Impuls, der vor allem für techniksoziologische Arbeiten von der ANT ausging, ist darin zu sehen, dass sie das ethnomethodologische Interesse an lokalen Vollzugswirklichkeiten bedient, aber aus der Fokussierung auf menschliche Akteure und Interaktionssituationen zu lösen vermag. Dadurch wird die Fähigkeit von Objekten, „Einwirkungen von einem Ort zum nächsten zu transportieren“ (Schulz-Schaeffer, 2008, S. 132), als ein zentrales Moment sozialer Ordnungsbildung hervorgehoben. Gerade auch in Bezug auf diese Verknüpfung von Lokalitäten und Kontexten wird die ANT für erziehungswissenschaftliche Zusammenhänge aufgegriffen. So stellen Fenwick und Edwards (2010) insbesondere auch das Potential der ANT heraus, um „educational policies“ und Prozesse der Schulentwicklung oder der Implementierung von Curricula zu untersuchen.

In Bezug auf die neueren sozial- und gesellschaftstheoretischen Annahmen steht die ANT derzeit aber auch unter massiver Kritik (vgl. z.B. die Beiträge in Kneer, Schroer & Schüttpelz, 2008). Mit Blick auf die empirische Tragfähigkeit des ANT-Vokabulars wird dabei vor allem der Handlungsbegriff der ANT als gleichermaßen entgrenzt wie verengt problematisiert. So wirft Hirschauer (2004) der ANT vor, dass sie tendenziell

Gesellschaftstheorie („Wir sind nie modern gewesen“), einer politischen Philosophie („Das Parlament der Dinge“) und jüngst zu einer allgemeinen Sozialtheorie („Reassembling the Social“) weiterentwickelt (vgl. Schulz-Schaeffer, 2008, S. 108).

an intentionalen Modellen sozialer Praxis festhalte. Dagegen gelte es, diese „Reifikation von Akteuren“ zu vermeiden und Artefakte wie Menschen, Körper, Texte etc. als „Partizipanden sozialer Prozesse“ zu konzipieren. Deren Dynamik sei nicht aus den Interessen der beteiligten Entitäten, sondern aus der Performanz und Vollzugslogik von Praktiken selbst zu erklären. Bezogen auf das Zusammenspiel von Objekten und Menschen erlaube es eine solche partizipatorische Perspektive, weniger nach den Handlungsmotiven und -optionen der einzelnen ‚Aktanten‘ zu fragen als nach den Beiträgen, die Praktiken von ihren unterschiedlichen Partizipanden verlangen und gewinnen – „von Körpern Fertigkeiten und Handlungen, von Dingen Passungen und Tauglichkeiten und von Personen die Mobilisierung von jeweils gefragtem Wissen und die Entwicklung von angemessenen Motiven und Emotionen“ (S. 74).³

Wenn wir uns im Folgenden dennoch auf den innovativen Gehalt der ANT beziehen, dann vor allem wegen der methodischen Impulse, die wir in Bezug auf die Aktantialität von Objekten daraus ziehen. Besondere Bedeutung erlangen dabei die Begriffe „Skript“ und „Vermittlung“, da diese auf die Konstruktionslogik und die epistemologischen wie sozialen Leistungen verweisen, die Objekte in ihrer Lokalisierung von Kontexten und ihrer Vermittlung mit menschlichen Interaktionen zu erbringen vermögen. Wir schließen methodisch an die ANT an und nähern uns den Vermittlungsprozessen von Praktiken und materialen Arrangements sowohl auf der Ebene einer Dokumentenanalyse (Wolff, 2003) als auch der Analyse sozialer Praktiken.⁴

Angelehnt ist das Vorgehen auch an eine Studie von Marc Berg (1996), in der er Patientenakten als „selbständige Kraft“ in der bürokratischen Arbeit des Krankenhauspersonals versteht, die erst die Beziehungszusammenhänge stiftet, die jene Arbeit ausmachen. Die Aufgabe und soziale Leistung des *medical report* liegt entsprechend darin, „to mediate the social relations that act and work through it“ (Berg, 1996, S. 499). Bergs Analyse der Praktiken des Lesens und Schreibens im Krankenhaus zeigt vor allem, wie die Patientenakte daran ‚arbeitet‘, den Patientenkörper in „a problem manageable for the hospital routines“ (Berg, 1996, S. 499) zu transformieren und Aufgaben und Akteure zu verteilen und zu koordinieren. Dennoch geht er nicht davon aus, dass die Akten die Praxis determinieren. Denn gerade an informellen Praktiken der ‚falschen‘, ‚ungenauen‘ oder ‚nicht-vorgesehenen‘ Bearbeitung der Patientenakte macht Berg deutlich, dass diese ihre epistemischen und sozialen Leistungen nur erbringen kann, wenn sie mit informellen Routinen und dem praktischen Wissen der Ärzte und Pflegerinnen in einer wechselseitig transformierenden Beziehung steht. Ad-hoc-Modifikationen der Akte, zum Beispiel wenn bestimmte Rubriken knapper als vorgesehen ausgefüllt werden, da sich die Beteiligten auf informelle Routinen des Lesens und Schreibens verständigt haben, werden vielmehr erst durch die transformierende und verteilende ‚Arbeit‘ der Pa-

3 Zudem werden aus praxistheoretischer Perspektive auch Einwände in Bezug auf den Materialitätsbegriff bei Latour formuliert, da mit diesem der Körper als eigenständiger Träger von Praktiken (Hirschauer, 2004), aber auch die relationale Struktur von Materialität nicht erfasst werden könne (Sørensen, 2007).

4 Für genauere Darstellungen der Methodenkombination vgl. Bollig (2008) und Kelle (2007, 2010).

tientenakte überhaupt wirksam. Diese informelle Umarbeitung der formalen Anforderungen – das „Re-working“ – erlaubt es der Akte überhaupt erst zu funktionieren und darüber ihre Aktantialität und die der beteiligten Personen zu stabilisieren. Daher lassen sich im Anschluss an Berg die medizinischen Praktiken erst dann verstehen, wenn man genau analysiert, wie sich Objekte, Menschen und Organisationen in Praktiken gegenseitig transformieren und darüber praktische Wissensordnungen konstituieren.

In den folgenden empirischen Analysen interessiert uns bezogen auf Kinderuntersuchungshefte gerade auch diese Arbeit der Verteilung von Aufgaben, wie sie im „Re-Working“ der in die Hefte eingeschriebenen (Prä-)Skripte vollzogen wird.

3. Empirische Analysen zu den Vorsorgen

3.1 Kinderuntersuchungshefte als programmatische Erziehungsobjekte

In welchen Formen die Kinderuntersuchungshefte als programmatische Bestandteile der Vorsorgen Eltern adressieren und zur Entwicklungsbeobachtung ihrer Kinder zu ‚erziehen‘ suchen, wird im Folgenden zunächst anhand verdichteter dokumentenanalytischer Ergebnisse aufgezeigt (vgl. zur Dokumentenanalyse Wolff, 2003; zur Analyse bildlicher Darstellungen Pilarczyk & Mietzner, 2005). Die Hefte sind dabei nicht einfach textuelle Objekte, sondern schließen auch grafische und bildliche Repräsentationen ein. Um die Besonderheiten des deutschen Heftes herauszuarbeiten, kontrastieren wir dieses mit den vergleichbaren Dokumenten aus Österreich und England.

Gemeinsam ist den drei Dokumenten sowohl ihr – in Bezug auf Kindervorsorgeuntersuchungen – programmatischer Charakter als auch ihre Funktion als ‚mobile Patientenakte‘. Obwohl das Dokument der elterlichen Obhut überantwortet wird, obliegen die darin vorzunehmenden Eintragungen hauptsächlich dem Arzt, lediglich an manchen Stellen sind auch die Eltern aufgefordert, Eintragungen vorzunehmen.

Das gelbe Titelblatt des deutschen Dokuments (G-BA Deutschland, 2005) gibt sich durch den als *icon* stilisierten Kinderkopf und die Tabelle mit den Untersuchungsterminen betont sachlich und weist den Eltern bereits auf dem Einband des Dokuments in reduzierter, imperativerischer Ansprache die erste Aufgabe zu: Sie werden unmissverständlich aufgefordert, ihr Kind zu den Vorsorgeuntersuchungen vorzustellen. Deutlich anders gestaltet ist der ebenfalls gelbe Mutter-Kind-Pass aus Österreich (BMG Österreich, 2009), welcher den Reisepass zitiert und dadurch ausgesprochen offiziell wirkt. Mit dieser Gestaltungsstrategie werden gleichzeitig Eigenschaften eines ‚richtigen‘ Passes zitiert, nämlich die (staatsbürgerliche) Identität einer Person auszuweisen und an entsprechende Pflichten zu gemahnen. Diese staatsbürgerliche Rahmung scheint den Untersuchungen einen verpflichtenden Charakter zu geben – obwohl sie dem Gesetz nach freiwillig sind. Demgegenüber stellt sich das englische Dokument betont informell und wie für den privaten Gebrauch bestimmt dar. Sowohl durch seine grafische Gestaltung als auch den roten, kinderfreundlichen Plastikeinband erweckt es den Eindruck, als seien es die Kinder selbst, die mit dem Dokument umzugehen hätten. Unterstützt wird

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdag: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Bringen Sie Ihr Kind zur Untersuchung:

U2	3. – 10. Lebensdag	vom:	bis:
U3	4. – 6. Lebenswoche	vom:	bis:
U4	3. – 4. Lebensmonat	vom:	bis:
U5	6. – 7. Lebensmonat	vom:	bis:
U6	10. – 12. Lebensmonat	vom:	bis:
U7	21. – 24. Lebensmonat	vom:	bis:
U8	43. – 48. Lebensmonat	vom:	bis:
U9	60. – 64. Lebensmonat	vom:	bis:

Diese Untersuchungsstermine sollten Sie im Interesse Ihres Kindes bitte genau einhalten.

Wichtige Hinweise auf der folgenden Seite!
 Beschlussdatum: Februar 2005
 Herausgeber: Gemeinsamer Bundesausschuss,
 Auf dem Seidenberg 3a, 53721 Siegburg

Abb. 1: Titelseite Kinder-Untersuchungsheft, Deutschland

**MUTTER
KIND
PASS**



REPUBLIK ÖSTERREICH

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT

Name: _____

Mutter _____

Kind _____

Abb. 2: Titelseite Mutter-Kind-Pass, Österreich

dieser Eindruck durch die schriftsprachliche Mitteilung auf dem Titelblatt: „My personal child health record“ (RCPCH England, 2009), durch welche zuerst die Kinder in die Vorsorge inkludiert und die Eltern nur vermittelt angesprochen werden.

An der Gestaltung der Titelblätter lassen sich differente Strategien erkennen, die Eltern in die jeweilige Vorsorgekultur einzubeziehen. England setzt durch das informelle Äußere des Heftes, den Verzicht auf eine direkte Ansprache der Eltern sowie gewissermaßen den ‚Umweg‘ über die Adressierung der Kinder auf Niedrigschwelligkeit. Österreich referiert dagegen auf eine gewisse ‚Obrigkeitsstaatlichkeit‘ und konzipiert einen Doppelausweis für Mutter und Kind. Durch diese Konstruktion werden beide Seiten der als ‚Symbiose‘ konzipierten Beziehung in das Vorsorgeprogramm inkludiert – und Elternschaft wird feminisiert. Das deutsche Dokument weist durch die Nennung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als Herausgeber ebenfalls einen offiziellen Charakter auf und ruft die Eltern in eher forschender Art schon auf dem Deckblatt zur Erfüllung bestimmter Pflichten auf.

Betrachtet man nach diesem Blick auf den Einband der Hefte deren Innenleben, zeigt sich, wie bereits an anderer Stelle ausführlich dargelegt (vgl. Kelle & Seehaus, 2010), dass den Eltern in allen Dokumenten Aufgaben zugewiesen werden. Sie werden



Abb. 3: Titelseite *Personal Child Health Record*, England

damit – in unterschiedlicher Art und unterschiedlichem Ausmaß – in die Vorsorge einbezogen. Neben der Aufgabe, die Dokumente zu allen Untersuchungen mitzuführen, werden sie in allen drei Varianten als Datenschützer adressiert: Sie sollen die in dem Dokument enthaltenen Daten vor unerlaubtem Zugriff schützen (Deutschland & Österreich) bzw. den als rechtmäßig konzipierten Zugriff bestimmter, mit der Vorsorge befasster Personengruppen auf diese Daten sicherstellen (England). Des Weiteren lässt sich feststellen, dass die Eltern in Bezug auf die Befundung als Auskunftgeber über ihr Kind adressiert werden und den Arzt über die Entwicklung des Kindes informieren sollen. Insbesondere konzipieren jedoch alle Dokumente die fortlaufende Entwicklungsbeobachtung als Elternaufgabe. Die Art der Zuweisung dieser Aufgabe unterscheidet sich jedoch sowohl hinsichtlich der textuellen und grafischen Ausgestaltung als auch hinsichtlich der Begründungslogik deutlich.

In dem englischen *Personal Child Health Record* wird den Eltern die Aufgabe der Entwicklungsbeobachtung an verschiedenen Stellen des Dokuments zugewiesen. Zum einen enthält das Dokument Checklisten bezüglich der Hör- und Sehfähigkeit, welche Eltern auffordern, kontinuierlich ihre Beobachtung des Kindes selbst zu dokumentieren. Zum anderen wird ihnen diese Aufgabe in der mit „Your Child’s developmental firsts“ überschriebenen, mehrseitigen Entwicklungstabelle⁵ angezeigt. Auf jeder Seite werden die Entwicklungsschritte in zwei Reihen (von links nach rechts) sowohl grafisch (Ab-

5 Entwicklungstabellen geben die Möglichkeit vor, das Alter des Kindes einzutragen, in dem es eine Fähigkeit zum ersten Mal zeigt. Entwicklungskalender geben im Unterschied dazu sowohl die Fähigkeiten als auch das Alter, in dem diese erwartet werden, vor. Durch die Verknüpfung von Fähigkeit und Alter bieten Entwicklungskalender eine deutlich stärker normalistische Orientierung für die Beobachtung der Entwicklung des Kindes, als dies in den Entwicklungstabellen der Fall ist.

bildung eines Kindes, das den betreffenden Entwicklungsschritt zeigt) als auch textuell repräsentiert. Dadurch wird den Eltern vermittelt, in welcher Reihenfolge ihre Kinder normalerweise bestimmte Kompetenzen erwerben. Inwiefern diese Beobachtungen der Eltern Bestandteil der Untersuchungen sind, ist am Dokument selbst nicht ablesbar. Sowohl die Fülle an im Vorsorgeheft selbst angebotenen Dokumentationsmöglichkeiten sowie deren Integration in das Vorsorgedokument lassen jedoch vermuten, dass sie auch für das medizinische Personal von Relevanz sind. Neben diesen ‚bildlichen Appellen‘ wird den Eltern die Aufgabe der Entwicklungsbeobachtung zudem in einem Absatz, der Hinweise zu Screenings und Testverfahren enthält, explizit zugeschrieben. Diese Sequenz lässt sich als Schlüsselstelle des Dokuments für die konzeptionelle Ausgestaltung der Arbeitsteilung zwischen Eltern und medizinischem Personal verstehen.

Screening tests and other health checks and reviews are done to pick up problems before they have been noticed. They can never be fully accurate in all cases. This means that sometimes there is a false alarm, when you will be told that your baby may have a condition. However, further tests may show that in fact she or he does not have the condition.

It also means that sometimes a problem may not be picked up even if it is present. So even if your baby has had a check for a condition and was found to be Ok, if you think there may be a problem you should still point it out to your health visitor or GP. Do not assume that because the check was normal, there cannot be a problem. (RCPCH England, 2009, S. 15)

Eltern werden an dieser Stelle zu einem deutlichen Misstrauen gegenüber Testergebnissen angehalten, da diese fehlerhaft sein könnten. Sie sind aufgefordert, sowohl eine umfassende Entwicklungsbeobachtung ihres Kindes durchzuführen als auch die vom medizinischen Personal erzeugten Testergebnisse mit ihrer eigenen Wahrnehmung abzugleichen. Den Eltern wird durch diese Hinweise eine prominente Rolle im Vorsorgesystem zugewiesen und die Verantwortung für das Entdecken von Entwicklungsproblemen zwischen Eltern und medizinischem Personal fast in symmetrischer Art aufgeteilt.

Auch im österreichischen Mutter-Kind-Pass wird Eltern in sehr expliziter Form die Aufgabe der Entwicklungsbeobachtung zugewiesen. Die Aufforderung, diese Aufgabe zu übernehmen, ist durch einen zweiseitigen Entwicklungskalender instrumentiert.

In dem Entwicklungskalender ist die „Entwicklung des Kindes in den ersten 2 Lebensjahren“ in stichwortartig dargestellten Entwicklungsschritten festgehalten, die teilweise illustriert werden. Im Rahmen des Kalenders sowie des begleitenden, an die Eltern gerichteten Textes werden ihnen mehrere Aufgaben mitgeteilt: Viele der dargestellten Entwicklungsschritte des Kindes sind als Reaktion auf eine Unterstützung seitens der Eltern formuliert, sodass sie anhand der Darstellung die von ihnen erwartete Leistung erkennen können. Darüber hinaus werden sie in dem begleitenden Text des Entwicklungskalenders nicht nur aufgefordert, die Entwicklung des eigenen Kindes sehr genau zu beobachten, sondern diese gleichzeitig mit der in dem Kalender dargestellten Normalentwicklung zu relationieren und – im abweichenden Fall – einen Arzt aufzusuchen.

Die Entwicklung des Kindes in den ersten 2 Lebensjahren

Dieses Blatt soll es Ihnen ermöglichen, die Entwicklung Ihres Kindes zu verfolgen. Die Entwicklung der einzelnen Fähigkeiten erfolgt innerhalb eines bestimmten Zeitraumes und hängt wesentlich von Ihrer Aufmerksamkeit und Zuwendung ab. Entspricht Ihr Kind in einem oder mehreren Bereichen nicht diesem Zeitplan, so ist eine genaue ärztliche Untersuchung unbedingt erforderlich.

MONATE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24											
Rückenlage																											
Bauchlage																											
Schwabe- lage																											
zum Sitzen gezogen																											
Sitzen																											
Vierfüßler																											
Stehen																											
Greifen																											
HAND RUMPFKONTR.																											
ROLLEN																											
Kriechen																											
Aufsitzen																											
Aufstehen																											
GEHEN																											
ENTWICKLUNGSSTAND (SPRACHE, HÖREN, SEHEN, SOZIALVERHALTEN)																											
	lauscht auf Onkel und Stimme	lacht	erkennt Stimme (bei Anwesenheit)	schaut nach	lacht spontan	erwidert Lächeln	erkennt Stimme (bei Anwesenheit)	spielt verstecken	lacht in Gesicht des Elters	schaut bei Freunden Wegnahme von Spielzeug	widersetzt benötigt Wegnahme von Spielzeug	zuckt an Tischchen	lächelt selbst Töne	murmelt baba, dada ohne Bedeutung	spielt verstecken	mag ba da	kennt Mama Papa mit Bedeutung	zeigt konkrete Wörter auf Bilder zu	benutzt Löffel	3 Wörter außer Mama Papa	zeigt auf Verlangen Körper teil	benutzt 2 Wörter	wascht und trocknet Hände mit Seife	beginnt mit Begrüßung zu saluten	reißt Ball zurück	will mithelfen	versucht sich auszuheilen

BEI AUFFÄLLIGKEITEN:

Fragen Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder wenden Sie sich an eine der in der Begleitbroschüre genannten Kontaktadressen.

Abb. 4: Entwicklungskalender Mutter-Kind-Pass, Österreich

chen. Sollten sie diese Aufgaben nicht wahrnehmen, so macht ihnen der Kalender unmissverständlich klar, bestehe die Gefahr, dass sie Entwicklungsverzögerungen ihres Kindes mit verschulden. Entwicklung wird anhand des Entwicklungskalenders nicht als ein von selbst ablaufender, sondern als ein von Eltern zu unterstützender und zu beobachtender Prozess dargestellt, der im Zweifelsfall von dem Arzt als Experten kontrolliert werden muss. Um ihre Aufgaben adäquat erfüllen zu können, wird von den Eltern ein gründliches Studium des Entwicklungskalenders erwartet. Demnach lässt sich auch für das österreichische Dokument eine starke Verknüpfung von Entwicklungsbeobachtung und Elternverantwortung konstatieren.

In einem deutlichen Gegensatz zu diesen Zuweisungen der Aufgabe der Entwicklungsbeobachtung und der Betonung der Elternverantwortung steht das deutsche Kinder-Untersuchungsheft. Die Eltern werden in diesem Dokument in der am stärksten reduzierten Form angesprochen. Lediglich auf der Innenseite des Heftumschlages, man könnte sagen: dem Klappentext, erfolgt die Aufforderung: „Teilen Sie Ihre Beobachtungen und Erfahrungen dem Arzt mit, denn mit Ihrer Mitwirkung werden diese Untersuchungen helfen, die körperliche und geistige Gesundheit des Kindes zu fördern“. Diese Zuweisung erfolgt jedoch ausschließlich auf textueller Ebene und ist weder, wie in den

beiden Vergleichsdokumenten, durch Entwicklungstabellen instrumentiert, noch wird sie den Eltern näher erläutert. Jedoch wird den Eltern mittels dieses Verweises eine bestimmte Rolle in dem Arzt-Patienten-Gefüge zuerkannt: Als Mitwirkende und Helfer des Arztes sind sie zu einer entsprechenden Arbeitsteilung mit ihm aufgefordert. In dieser Rolle werden die Eltern auch indirekt im Innenteil des Heftes im Rahmen der Befundschemaschemata adressiert. Die Befundschemaschemata jeder Vorsorgeuntersuchung zeigen an, welche Krankheiten und potentiellen Störungen die jeweilige Untersuchung fokussiert. Diese Schemata weisen im Vergleich zu den österreichischen und englischen Varianten den höchsten Detaillierungsgrad (ca. 60 Befunde pro Schema) sowie eine stark krankheitszentrierte Logik auf. Neben allgemeinen Gesundheits- und Entwicklungsdimensionen werden nur auffällige Befunde dokumentiert. In diesen Schemata ist jeweils eine Rubrik „Erfragte Befunde“ vorgesehen, bei denen sich der Arzt auf die Aussagen der Eltern zu bestimmten Entwicklungsphänomenen stützt.

Bitte – falls zutreffend – die auffälligen Befunde bzw. Angaben ankreuzen **U8**

A) Erfragte Befunde

Körperteilnachteile

- Mißbildungen
- gehäufte Infektionen
- allersprache, Sprache leicht (z. B. kein Sprechen in Sätzen in der „Ich-Form“)
- Aussprechstörungen (z. B. Stottern, schwere Stimmleihen; unverständliche Sprache)
- Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Enuresis, unangepasste mündl. Durchschlafstörungen, Störungen des sozialen Kontaktes, Stereotypen, unkonventionelles Spielen)
- auffällige motorische Ungeschicklichkeit

B) Erhobene Befunde

Körpermaße
Bitte in das Somatogramm eintragen)

- Untergewicht
- Übergewicht
- Minderwuchs
- Disproportion

Haut

- auffällige Blässe
- Cyanose
- Pigmentanomalie
- Näselatum
- ernsth. Verletzungsfolge
- chron. entzündliche Hautveränderung

Brustorgane

Herz

- Struma
- leigunabh. Herzgeräusch
- Rhythmusstörung
- veraparter oder hebender Herzstoß
- Pulsdiff. zwischen Arm- und Beinarterien

Lunge

- path. Auskultationsbefund
- Dyspnoezeichen bei Belastung

Bauchorgane

- Hernie re/li
- Lebervergrößerung
- Milzvergrößerung
- anderer path. Befund

Geschlechtsorgane

- Hodentochland re/li
- Phimose
- andere Anomalie (z. B. Hydrokel, Hypopadie, Hypospadias)

Harn

- auffälliger Harnbefund

Skelettsystem

Schädel
bitte Schädelumfang in Diagramm eintragen)

- abnormer Kopfumfang

Brustkorb/Wirbelsäule

- Fehlbildung oder Fehllage (im Stand Skoliose, vermehrte Brustkyphose oder Lordosenlordose, Lenkungsfehler, Beckenschiefstand)

Gliedmaßen

- unphysi. X-Beine oder O-Beine

Sinnesorgane

Augen

- Schielen re/li
- auffällige Kopfhaltung beim Fixieren
- Sehschwäche re/li (monokuläre Sehprüfung mit Blickschiebung oder Seinstest)

Mund

- Karies
- Kiefer- und/oder Zahnstellungsanomalie

C) Ergänzende Angaben

- Fluoridprophyl. nicht durchgeführt
- Eltern unzufrieden mit Entwicklung und Verhalten des Kindes, weil:
- seit letzter Früherkennungsuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankung oder Operation, welche:

U8

43.–48. Lebensmonat

1) männl. weibl. Geburtsjahr des Kindes

2) Körpergewicht g Körperlänge cm Kopfumfang cm

3) Gesamtenddruck: Kind abnormale entwickelt ja nein

4) Geschichte Diagnose (ICD) Abzählende Verlaufsdiagnosen (Kürzel oder ICD)

5) Aufklärung über Impfungen erfolgt: ja nein
 Impfungen altersentsprechend erfolgt: ja nein
 Nächster Impftermin:

6) Sonstige Bemerkungen:

Bitte Kohlepapier einlegen Datum

Abb. 5: Befundschema U8, Deutschland (zweiseitig)

Die dokumentenanalytischen Ergebnisse zeigen, dass sich zwischen den jeweiligen Dokumenten deutliche Differenzen hinsichtlich der Art und Weise feststellen lassen, wie sie die Arbeitsteilung zwischen Eltern und Medizin strukturieren und organisieren. Das englische Dokument ist dasjenige, welches die Elternaufgaben (Beobachtung der Entwicklung, Erkennen von Entwicklungsproblemen, Kontrolle von Testergebnissen) am genauesten ausweist und den Eltern damit eine bedeutende Rolle im Vorsorgesystem zuweist: Die elterliche Beobachtung des Kindes und die medizinischen/entwicklungs-

diagnostischen Verfahren werden als sich ergänzende, komplementäre Maßnahmen der Vorsorge entworfen. In dem österreichischen Dokument ist die Aufgabe der Entwicklungsbeobachtung ebenfalls aufwändig instrumentiert und die Eltern werden deutlich angehalten, diese Aufgabe sowie die Förderung der kindlichen Entwicklung zu übernehmen. Jedoch verbleibt die Expertenschaft für die Entdeckung von Entwicklungsproblemen in letzter Instanz beim Arzt, so dass die medizinische und die elterliche Beobachtung als eher getrennte Bereiche zu betrachten sind. Nur das deutsche Heft enthält sich größtenteils einer solchen Zuweisung von Elternaufgaben. Durch den reduzierten Einbezug der Eltern erscheinen die Vorsorgen als ein zentrales Geschäft der Medizin, bei dem die Eltern nur ‚am Rande‘ mitwirken.

Dass Kinder-Untersuchungshefte in der Praxis dennoch intensiv daran ‚mitarbeiten‘, Aufgaben an Eltern zu delegieren, die über das in einer Dokumentenanalyse aufzeigbare Maß hinausweisen, zeigt sich, wenn man die Praktiken des Re-Working in die Analyse einbezieht.

3.2 *Praktiken des Re-Working: die Kinderuntersuchungshefte als praktische Erziehungsobjekte*

Zunächst zeigen wir auf, wie sich die Adressierung von Elternaufgaben im Überarbeiten von Dokumentationsanforderungen ‚einnistet‘. Wir analysieren dazu einen Protokollauszug aus der teilnehmenden Beobachtung einer Vorsorgeuntersuchung U8 (das Kind ist vier Jahre alt), der sich auf das Ende der Untersuchung bezieht, als der Arzt das Befundschema ausfüllt. In der Untersuchung selbst sind mehrere Tests zur sprachlichen, grobmotorischen und kognitiven Entwicklung durchgeführt worden, zudem wurde das Kind vom Arzt gründlich körperlich untersucht.

Zum Abschluss der Vorsorgeuntersuchung U8 spricht der Arzt, Dr. Spötz, die Mutter auf Kais heisere Stimme an und schlägt vor, dies kontrollieren zu lassen. Dann lenkt er das Gespräch auf die „Feinmotorik“, auch da müsse „man was machen“. Die Mutter will wissen, was sie da denn tun könne. Dr. Spötz gibt ihr einige Tipps: Malen und zwar mit Fingerfarben oder großen Pinseln und auch Basteln. Da würde dann auch gleichzeitig die Konzentration gefördert. „Ich bin eh der Meinung, dass man die Konzentration trainieren muss“, erklärt er der Mutter. Eine schwache Konzentration sei „keine Krankheit“ – „Da brauchen wir auch keine Ergotherapie“. Sie solle erst einmal mit ihm üben, erst wenn das „nicht klappt“, müsse man es noch mal abklären. Er notiert etwas in der Patientendatei im Rechner, macht die Überweisung für den HNO-Arzt fertig und übergibt diese der Mutter mit dem Hinweis, da solle sie überprüfen lassen, ob auch alles mit den Stimmbändern in Ordnung sei. Die Mutter sichert zu, dies zu tun. Er notiert im U-Heft etwas in der Rubrik „Sonstiges“ (das Kreuz für den Allgemeinbefund lässt er aus) und reicht das Heft der Mutter mit der Erläuterung, dass er da jetzt „chronische Heiserkeit“ und „Feinmotorik“ reingeschrieben habe. „Aber nur so als Begriff“, meint er, „ohne das weiter negativ zu

bewerten“. Er setzt an, sein Vorgehen noch weiter zu erläutern, aber Kais Mutter unterbricht ihn verständnisvoll und sagt: „Damit wir das mal im Auge behalten“. „Genau“, meint Dr. Spötz, „sonst ist ja alles in Ordnung“. (BP SB)

Dr. Spötz trägt im Befundschemata im U-Heft keinen Vermerk ein, sondern nutzt das offene Feld für „Sonstiges“, um festzuhalten, was „im Auge behalten werden muss“. Auch mit der Abschwächung „nur so als Begriff“ entzieht er sich der eindeutigen Feststellung eines Störungsbefundes. Hätte er innerhalb des Befundschemas die von ihm festgestellten Probleme als Störung im Bereich der motorischen Entwicklung (Kennziffer 16) dokumentiert, wäre er in der Logik des Schemas aufgefordert, auch die weitere medizinische Verfahrensweise zu dokumentieren, die in der Regel in der Einleitung einer Therapie besteht. Dr. Spötz hätte auch ganz auf eine Eintragung seiner Befunde im U-Heft verzichten können – das tun viele der von uns beobachteten 25 Kinderärzte in solchen Situationen. Diese Strategie würde jedoch, in Bezug auf die dem Untersuchungsheft inhärente Sach- und Zeitlogik der Früherkennung, dazu führen, dass bei erneuter Konsultation und Lektüre vorgängiger Befunde der Eindruck erweckt würde, als sei bei der U8 „alles in Ordnung“ gewesen. Um diese uneindeutige Variante zu vermeiden, wählt der Arzt einen Zwischenweg, der es ihm nicht nur ermöglicht, das Ergebnis der Untersuchung auf das Wesentliche reduziert im U-Heft zu dokumentieren, sondern es vor allem auch in Aufträge für die Eltern zu transformieren.

Der Eintrag „chronische Heiserkeit“ ist mit dem Überweisungsformular an den HNO-Arzt instrumentell verknüpft und dient zur zusätzlichen Erinnerung der Eltern an die Aufgabe, das Kind bei einem weiteren Fachmediziner vorzustellen, aber auch zur Erinnerung des Arztes, die Erfüllung dieser Aufgabe spätestens bei der U9 zu kontrollieren. Handelt es sich dabei noch um einen klassischen Befund im medizinischen Sinne, der auf Abklärung zielt, so ist die Notation „Feinmotorik“ anders zu verstehen, denn hier wird der Entwicklungsbereich, der einer Förderung bedarf, festgehalten. Diese emblematische Markierung einer Förderaufgabe wird noch durch die im Gespräch vollzogene Option, auch die Konzentration zu fördern, verstärkt. Der Arzt greift hier eine in aktuellen Kindheitsdiskursen als zentral konzipierte Entwicklungsproblematik auf. Die ärztliche Strategie ermöglicht es, in Abgrenzung zur ‚Ergotherapeutisierung der Kindheit‘, eine verantwortungsvolle Erfüllung der Elternaufgabe, die motorische Entwicklung ihrer Kinder zu fördern, zu konzipieren und einzufordern.

Diese Platzierung und kommunikative Rahmung des Feinmotorik-Eintrags, als gemeinsames Re-Working des U-Heftes durch Arzt und Mutter, bekräftigt einerseits die Logik der Dokumentation, über die (medizinische) Behandlungen begründet werden. Indem aber das Problem von der Arztpraxis in die Familie verschoben wird, wird es auch von einer Behandlungs- zu einer Förder- und Erziehungsaufgabe transformiert, und die Kommunikation und Dokumentation verlässt das medizinische System von Diagnostizieren und Behandeln. Die Vermittlungsarbeit des U-Heftes in der Praxis – „to mediate the social relations that act and work through it“ (Berg, 1996) – besteht in dieser Re-Working-Praktik daher gerade in der Differenzierung von ärztlichen und elterlichen Pflichten und Aufgaben. Seine eigenständige Leistung in der Erfüllung der Funk-

tion als ‚Hausaufgabenheft‘ für die Eltern wird dann besonders deutlich, wenn man den Zeit- und Raumbezug des Untersuchungshefts in die Analyse einbezieht. Denn gerade die im Heft inkorporierte Dokumentationsaufforderung verweist diese Markierung von Förderaufgaben auch auf die Kontrolle der elterlichen Aufgabenerfüllung, die im Falle nicht zufrieden stellender Fortschritte des Kindes erneut eingefordert werden kann. Die legitimierende Erläuterung des Arztes und die damit vollzogene Distanzierung von der krankheitsbezogenen Logik des U-Heftes etabliert dabei eine Art Komplizenschaft zwischen Mutter und Arzt hinsichtlich einer nicht-stigmatisierenden Optimierung von Kais Entwicklung.

Entsprechend tritt das U-Heft in doppelter Weise als Akteur und Erziehungsobjekt auf: Es fordert nicht nur die Differenzierung von ärztlichen Behandlungsaufgaben und Beobachtungs- und Förderaufgaben von Eltern ein, sondern es ‚erzieht‘ die Eltern in der Markierung der gemeinsamen Verantwortung auch zu deren Einhaltung. Die für das englische und österreichische Heft charakteristische Komplementarität von Aufgaben der Medizin und der Familie, die den Krankheitsbezug der Vorsorge zugunsten einer allgemeinen Optimierungslogik in den Hintergrund drängt, wird hier entsprechend vor allem im Zusammenspiel von programmatisch-formellen und informellen Routinen praktiziert.

Wie das Heft in seinem Gebrauch die Verteilung von Aufgaben an Eltern und medizinisches Personal leistet, zeigt sich aber nicht nur an dieser strategisch anmutenden Umarbeitung der Dokumentation von Befunden, sondern auch im Re-Working von diagnostischen Instrumenten. Das deutsche U-Heft enthält so genannte Somatogramme, das sind Instrumente, bei denen die Größen- und Gewichtsentwicklung des Kindes in Kurvenprofile eingetragen wird. Damit wird sowohl die Entwicklung des Kindes über die einzelnen Vorsorgen hinweg dokumentiert als auch – über die in den Kurven repräsentierten Durchschnittsentwicklungswerte für Kinderkörper – ein Vergleich mit der altersbezogenen Referenzgruppe realisiert. Erst diese Vergleichsarbeit macht den grafisch neben den Kurven angezeigten Befund „schwer/leicht“, „groß/klein“ möglich.

Der Gebrauch der Somatogramme in der Praxis weist jedoch deutlich über diesen diagnostischen Wert, und somit über das Skript des Instruments, hinaus. Die in die grafische Gestaltung der Somatogramme eingebaute ‚Missverständlichkeit‘ – geben die Kurven etwa Ideallinien der Entwicklung an? Sie tun es im technischen Sinne nicht – führt dazu, dass im Umgang mit den Somatogrammen Normalitäten eher geschaffen, als mithilfe des Instruments abgelesen werden. So werden der Eintrag und die grafische Platzierung des aktuellen Größen- und Gewichtsbefundes mit Aussagen wie „genau in der Mitte“, „voll auf der Linie“ oder „ganz normal“⁶ nicht selten dafür verwendet, die visibilisierten durchschnittsbasierten Normalitäten in punktuelle Erfüllungsnormen zu transformieren und damit zum Ausdruck zu bringen, dass die körperliche Entwicklung ‚gut‘ (oder eben nicht) verläuft (Kelle, 2007, S. 207f.). Das gemeinsame Deuten des Kurvenprofils dient sowohl dazu, Differenzen zwischen dem elterlichen und dem ärztli-

6 Die normalitätsbezogenen Generalaussagen werden auf der Basis der scheinbar unmittelbaren Bildhaftigkeit des Instruments dabei ‚fälschlicherweise‘ getroffen.

chen ‚Blick‘ zu inszenieren, als auch dazu, das ebenso auf Vergleichsoperationen aufgebaute Alltagswissen der Eltern mit dem professionellen Wissen zu vermitteln. So trägt das Somatogramm in seiner Komplexität reduzierenden Qualitäten nicht nur dazu bei, die Unverständlichkeit einzelner Untersuchungsschritte *in situ* zu kompensieren.

Als (vermeintlich) einfach zu rezipierende Repräsentation von medizinischen Normalitätskonstruktionen leistet das Somatogramm in Situationen, in denen es an Prognosen ‚mitarbeitet‘, zudem eine unmittelbare Einbindung von weiteren Aufgaben der Eltern in die Vorsorgen. Mit Aussagen wie „wenn er unter die Linie rutscht, müssen wir was machen“ (Bollig & Ott, 2008, S. 216) werden Eltern sowohl in Bildtechniken der Beobachtung und Kontrolle der Körperentwicklung eingewiesen als auch indirekt dazu aufgefordert, diese zuhause zu übernehmen und gegebenenfalls das Kind vorzeitig wieder vorzustellen. Insofern arbeitet auch das Somatogramm nicht einfach durch sein dokumentarisch inkorporiertes Skript, sondern vor allem in diesen Praktiken des Re-Workings daran mit, die familiäre Lebenswelt und die medizinische Vorsorge im Sinne einer gemeinsamen Praxis des Beobachtens zu verbinden. Als Erziehungsobjekt wirkt das Vorsorgeheft in diesem Re-Working der Somatogramme entsprechend dadurch, dass es die Eltern mit eigenständigen Beobachtungsaufgaben in die Zuarbeit zur medizinischen Konstruktion und Überprüfung normaler Entwicklung ‚einübt‘.

4. Fazit

Die materialen Instrumente nationaler Vorsorgekulturen leiten, wie unsere Analysen zeigen, nicht einfach die lokale Praxis an – oder erzeugen oppositionelle, subversive Reaktionen auf die ihnen eingeschriebenen Programme –, sondern leisten zur praktischen Instrumentierung vor Ort einen eigenständigen und eigensinnigen Beitrag. Die materielle Dimension bestimmter – hier medizinisch-präventiver – gesellschaftlicher Reaktionen auf die „Entwicklungsatsache“ (Bernfeld, 1925/1967) lässt sich entsprechend auf verschiedenen Ebenen rekonstruieren: zum einen als Konstruktion von Elternaufgaben auf der Ebene der rechtlichen Organisation und instrumentellen Ausstattung des Programms, zum anderen auch auf der Ebene der lokalen Praktiken der Instrumentierung vor Ort. Verbunden sind diese beiden Ebenen durch Prozesse der Übersetzung von Handlungsprogrammen. Akteur dieser Übersetzungsketten ist gerade auch das Untersuchungsheft durch seine Fähigkeit, sich mit anderen Akteuren in sozialen Praktiken zu vermitteln. Indem es nicht nur „Einwirkungen von einem Ort zum nächsten zu transportieren“ (Schulz-Schaeffer, 2008, S. 132), sondern auch dauerhaft (Eltern-)Aufgaben anzuleiten, zu dokumentieren und zu archivieren vermag, tritt es als Zeuge der ärztlichen Empfehlungen auf und erhöht die Verbindlichkeit im Arbeitsbündnis von Ärzten und Eltern – eine Funktion, für die es kein anderes (materiales) Äquivalent im Programm der Vorsorgen gibt.

In der Dokumentenanalyse wurden in diesem Beitrag eher die Differenzen zwischen nationalen Vorsorgekulturen herausgearbeitet, dabei erschien das deutsche Vorsorgeprogramm im europäischen Vergleich als das älteste und (noch) am stärksten krankheitszen-

trierte (vgl. ausführlicher Kelle & Seehaus, 2010), das eher den Ärzten eine prominente, professionelle Rolle in Bezug auf die Entwicklungsbeobachtung zuschreibt. Das Kinder-Untersuchungsheft steht in formaler Hinsicht bis heute in der Kontinuität der Gesundheitspolitik der 1970er Jahre, einer Zeit, in der zwar bereits von Früherkennung und Prävention die Rede war, nicht aber in gleichem Maße von Vernetzung, Frühförderung und Elternaktivierung – und das ist bis heute auch an dem Dokument ablesbar. Die Differenz der Dokumente wurde in der Analyse der (deutschen) *Praxis* allerdings tendenziell wieder eingeebnet, hier zeigte sich, dass die Praxis das im Heft inkorporierte ‚veralte‘ Programm eigensinnig überarbeitet (re-working). Auch in deutschen Vorsorgeuntersuchungen werden, durchaus unter Mitwirkung der Untersuchungshefte, Primärprävention sowie Elternberatung und -erziehung praktiziert. Darin zeigt sich, dass sich auch die deutsche Vorsorgekultur, wie die jüngeren Programme in Österreich und England, dem Paradigma der „Aktivierung von Elternverantwortung“⁷ (Oelkers, 2007) annähert, das in den letzten Jahren international gerade auch im Bereich von Früherkennung und Prävention an Einfluss gewinnt – und einhergeht nicht etwa mit einer Beschränkung, sondern einer Ausweitung der Aufgaben der Mediziner in diesem Bereich.

Die soziale Organisation von Erziehungs- und Förderaufgaben lässt sich u.E. demnach nicht nur gewinnbringend unter Einbezug ihrer materialen Dimensionen rekonstruieren. Eine solche Analyse der sozio-materialen Institutionalisierung von Kindheit und generationaler Ordnung sollte auch praxisanalytisch ausbuchstabiert werden.

Quellen

- BMG Österreich: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009). *Mutter-Kind-Pass*. Wien: Bauerdruck.
- G-BA Deutschland: Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Hrsg.) (2005). *Kinder-Untersuchungsheft*. Siegburg: G-BA.
- RCPCH England: Royal College of Paediatrics and Child Health (Hrsg.) (2009). *Personal Child Health Record*. South Shields: Harlow Printing Limited.

Literatur

- Armstrong, D. (1983). *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berg, M. (1996). Practices of Reading and Writing: the Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 499-524.
- Bernfeld, S. (1925/1967). *Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Bollig, S. (2008). „Praktiken der Instrumentierung“. Methodologische und methodische Überlegungen zur ethnographischen Analyse materialer Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE)*, 28(3), 301-315.

7 Oelkers bezieht den Begriff eher auf die Praxis von Jugendämtern nach der Kindschaftsrechtsreform, wir übertragen ihn hier auf den Bereich der Gesundheitsvorsorge.

- Bollig, S., & Ott, M. (2008). Entwicklung auf dem Prüfstand: Zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 207-224). Weinheim: Juventa Verlag.
- Fenwick, T., & Edwards, R. (2010). *Actor-Network Theory in Education*. London: Routledge.
- Foucault, M. (2003). *Die Anormalen: Vorlesungen am Collège de France (1974-1975)*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Hess, V. (2000). *Der wohltemperierte Mensch. Wissenschaft und Alltag des Fiebertmessens (1850-1900)*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
- Hirschauer, S. (2004). Praktiken und ihre Körper. Über materielle Partizipanden des Tuns. In Hörning, K., & Reuter, J. (Hrsg.), *Doing Culture. Zum Begriff der Praxis in der gegenwärtigen soziologischen Theorie* (S. 73-91). Bielefeld: Transcript Verlag.
- Höffer-Mehlmer, M. (2003). *Elternratgeber. Zur Geschichte eines Genres*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Hungerland, B. (2003). „Und so gedeiht das Baby!“ Altersgerechte Entwicklung und Gesundheit als gesellschaftliche Norm und Leistung. In H. Hengst & H. Kelle (Hrsg.), *Kinder, Körper; Identitäten* (S. 139-160). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kelle, H. (2007). „Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. *Zeitschrift für Soziologie (ZfS)*, 36(3), 197-216.
- Kelle, H. (Hrsg.) (2010). *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Kelle, H., & Seehaus, R. (2010). Die Konzeption elterlicher Aufgaben in kindermedizinischen Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 41-94). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Klaus, A. (1993). *Every Child a Lion. The Origins of Maternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890-1920*. Ithaca: Cornell University Press.
- Kneer, G., Schroer, M., & Schüttpeitz, E. (2008). *Bruno Latours Kollektive. Beiträge zur Entgrenzung des Sozialen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Lachmund, J. (1997). *Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Latour, B. (1991). *Wir sind nie modern gewesen: Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Latour, B. (2006a). Über den Rückruf der ANT. In A. Belliger & D. Krieger (Hrsg.), *ANThology. Einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie* (S. 561-572). Bielefeld: Transcript Verlag.
- Latour, B. (2006b). Über technische Vermittlung. Philosophie, Soziologie und Genealogie. In A. Belliger & D. Krieger (Hrsg.), *ANThology. Einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie* (S. 483-528). Bielefeld: Transcript Verlag.
- Oelkers, N. (2007). *Aktivierung von Elternverantwortung. Zur Aufgabenwahrnehmung in Jugendämtern nach dem neuen Kindschaftsrecht*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Pilarczyk, U., & Mietzner, U. (2005). *Das reflektierte Bild. Die seriell-ikonografische Fotoanalyse in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.
- Rheinberger, H.-J. (2001). *Experimentalsysteme und epistemische Dinge: eine Geschichte der Proteinsynthese im Reagenzglas*. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Rollet, C. (2003). History of the health notebook in France. A stake for mothers, doctors and state. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 23, 143-166.
- Rollet, C. (2004). Le carnet de santé pour les enfants en Europe. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità*, 4(7), 31-55.

- Schmid, M. (2008). *Erziehungsratgeber in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – eine vergleichende Analyse. Kontinuität und Diskontinuität im Mutterbild sowie der (früh-)kindlichen Pflege und Erziehung in ausgewählten Erziehungsratgebern der Weimarer Republik und der NS-Zeit*. Berlin: Weißensee Verlag.
- Schatzki, Th., Knorr-Cetina, K., & von Savigny, E. (Hrsg.) (2001). *The practice turn in contemporary theory*. London: Routledge.
- Schulz-Schaeffer, I. (2008). Technik in heterogener Assoziation. Vier Konzeptionen der gesellschaftlichen Wirksamkeit von Technik im Werk Latours. In G. Kneer, M. Schroer & E. Schüttelz (Hrsg.), *Bruno Latours Kollektive. Beiträge zur Entgrenzung des Sozialen* (S. 108-152). Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Sørensen, E. (2007). The Time of Materiality [40 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(1), Art. 2. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs070122> [16.09.2011].
- Smith, D. (2001). Texts and the ontology of organizations and institutions. *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 7(2), 159-198.
- Turmel, A. (2008). *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorization and graphic visualization*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wolff, S. (2003). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. Kardorff & I. von Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 502-513). Reinbek: Rowohlt Verlag.

Anschrift der Autorinnen

Sabine Bollig, Université du Luxembourg, Integrative Research Unit: Social and Individual Development (INSIDE), Campus Walferdange, Route de Diekirch, 7220 Walferdange, Luxembourg
E-Mail: sabine.bollig@uni.lu

Prof. Dr. Helga Kelle, Goethe-Universität, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Pädagogik der Elementar- und Primarstufe, Fach 113, Senckenberganlage 15, 60054 Frankfurt am Main, Deutschland
E-Mail: h.kelle@em.uni-frankfurt.de

Rhea Seehaus, Fachhochschule Frankfurt, Gender- und Frauenforschungszentrum, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main, Deutschland
E-Mail: seehaus.r@gffz.de