

# „Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen

Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente

## “Just Normal”: The Representation of Children’s Development Norms in Somatograms

A Praxis-Analytical Exploration of Pediatric Prevention Instruments

Helga Kelle\*

Institut für Primarstufe, Goethe-Universität Frankfurt, Robert-Mayer-Straße 5, D-60054 Frankfurt a.M.  
E-Mail: H.Kelle@em.uni-frankfurt.de

**Zusammenfassung:** Der Artikel entstammt einem ethnografischen Forschungsprojekt, das an der Schnittstelle von Kindheits-, Körper- und Medizinsoziologie angesiedelt ist. Er geht der praxisanalytischen Frage nach, wie Modelle kindlicher Entwicklungsverläufe die Praxis von Kindervorsorgeuntersuchungen strukturieren und in diesem Zuge dazu beitragen, kindliche Entwicklungsprozesse wissensbasiert zu konfigurieren und zu konstituieren. Der Beitrag analysiert die Konstruktionslogik und den Gebrauch von kinderärztlichen Vorsorgeinstrumenten am Beispiel von sogenannten Somatogrammen – das sind grafische Darstellungen der körperlichen Größen- und Gewichtsentwicklung von Kindern – unter der theoretischen Perspektive der Normalisierung der Kindheit.

In der Analyse der Kurven-Grafiken sowie von Beobachtungsprotokollen und Elterninterviews arbeitet der Beitrag unterschiedliche praktische Bestimmungen des Instruments heraus: Neben der Dokumentation und Evaluation des Entwicklungsverlaufs für die medizinische Diagnose werden die situierten Effekte im Zuge der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen beschrieben, die diese als Feld der Normalisierung und als pädagogischen Kontext erkennen lassen. Die Somatogramme vermitteln, so die abschließende These, zwischen dem professionellen Wissen und dem Alltagswissen der Eltern und helfen auf diese Weise, die Unverständlichkeit anderer Untersuchungsschritte *in situ* sozial zu kompensieren.

**Summary:** The article results from an ethnographic research project at the interface of the sociology of childhood, the sociology of the body, and medical sociology. It asks how models of the course of children’s development structure the practices of prevention programs and thus contribute to configuring and constituting children’s developmental processes. The article analyzes the constructional logic and the practical application of pediatric prevention instruments in using so-called somatograms – graphic representations of height and weight development – as an example. The theoretical perspective focuses on the normalization of childhood.

By analyzing graphs as well as fieldnotes and interviews with parents, the article elaborates different practical purposes of the instrument. Besides documentation and evaluation of individual developmental processes as a diagnostic measure, the situated effects of the conduct of preventive check-ups are described. Thus it is shown how medical check-ups in children contribute to the normalization of childhood and constitute an educational context. The final thesis is that somatograms mediate between professional and everyday knowledge of parents and thus help to compensate socially for the incomprehensibility of other parts of the examination.

### 1. Einleitung

In den letzten 20 Jahren haben Entwicklungsbeeinträchtigungen im Kindesalter stark zugenommen:

Es entstanden neue Störungsbilder und Diagnoseinstrumente, z. B. bezogen auf Verhaltens- und psychische Auffälligkeiten, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, motorische Defizite sowie Aufmerksamkeitsprobleme (vgl. Böhm/Kuhn 2000, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW 2002). Die Entwicklung von Kindern erfährt deshalb in bildungs- und gesundheitspolitischen Diskursen zur Prävention von Entwicklungsstörungen, zur Frühförderung und zu den Bildungs-

\* Ich danke Sabine Bollig, Mathias Hofmann, Marion Ott, Anna Schweda, Katharina Stoklas und Anja Tervooren für die kritische Diskussion einer ersten Fassung dieses Textes. Ich danke auch den Herausgebern und Gutachtern der ZfS für ihre hilfreichen Kommentare und Vorschläge.

plänen für das (Vor-)Schulalter verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit.<sup>1</sup> Gemeinsam ist den durchaus unterschiedlichen Positionen in diesen Debatten der Wille und das Bekenntnis zur Intervention in kindliche Entwicklungsprozesse.

Das Ziel einiger der in Deutschland in den letzten Dekaden etablierten präventionspolitischen Instrumente, etwa der Kindervorsorgeuntersuchungen oder der Sprachstandserhebungen in Kindertageseinrichtungen, ist in epidemiologischer Hinsicht eine Erfassung möglichst aller Kinder der jeweiligen Altersgruppe sowie in individualmedizinischer und -pädagogischer Hinsicht die Früherkennung von Krankheiten und Feststellung von Frühförderbedarf. Die gesellschaftliche Relevanz solcher Instrumente ist daran zu ermessen, dass immer mehr Kinder in verschiedene, staatlich institutionalisierte Formen der Evaluation ihrer Entwicklung einbezogen werden. Im öffentlichen Diskurs ist vielfach von einem „Frühwarnsystem“ in Hinblick auf Gefährdungen der kindlichen Entwicklung die Rede; es geht dabei um die Institutionalisierung einer Art Dauerbeobachtung von Kindern von Geburt an.

In diesem Zusammenhang gibt es Bestrebungen zu einer weltweiten Standardisierung: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2006) hat Standards für das kindliche Wachstum (Größe je Alter, Gewicht je Alter, Gewicht je Größe, *Body Mass Index* je Alter) veröffentlicht, die von 2007 an international in Entwicklungsevaluationen zum Einsatz kommen sollen. Auf der Basis der *Multicentre Growth Reference Study* (MGRS) an 8440 Kindern in Brasilien, Ghana, Indien, Norwegen, Oman und in den USA, die alle gestillt wurden und deren Mütter nicht rauchten, entwickelte die WHO Werte für die kindliche Entwicklung, die unabhängig von ethnischer Zugehörigkeit und sozio-ökonomischem Status umschreiben, wie Kinder sich „normal“ entwickeln sollen. Ganz im Sinne der Thesen des Neo-Institutionalismus zur „world polity“, denen zufolge sich etwa in den Bereichen Bildung, Recht oder Umweltschutz „westlich geprägte“ kulturelle Ordnungen international durchsetzen (Meyer 2005, Hasse/Krücken 2005), verweisen auch die im Bereich der Gesundheitspolitik zu beobachtenden internationalen Standardisierungen auf ein tendenziell globales Regime der Institutionalisierung von Vorsorgesystemen.

<sup>1</sup> So haben z. B. alle 16 Bundesländer in den vergangenen drei Jahren nach einem von der Kultusministerkonferenz 2004 veröffentlichten Rahmenplan Bildungspläne für den Elementar- und z. T. Primarbereich vorgelegt; vgl. Bollig/Kelle 2006.

Die im Bereich von Diagnose und Prävention bislang angewandten Instrumente zeichnen sich durch Orientierung an den in westlichen Gesellschaften entwickelten Modellen ‚normaler‘ kindlicher Entwicklung aus, für die statistische *normal ranges* konstitutiv sind. Für die Frage nach einer (welt)kulturellen Durchsetzung von Institutionen der Vorsorge ist allerdings die Unterscheidung von kulturell geprägten Artefakten, die institutionelle Ordnungen strukturieren, und einer gelebten, praktisch-kulturellen Ordnung bedeutsam. Denn die Instrumente determinieren den Vollzug und die Ergebnisse der diagnostischen Verfahren nicht, jedenfalls nicht eindeutig oder vollständig. Die für diesen Beitrag zentrale Frage, was denn als *normale* kindliche Entwicklung gelten darf, wird in der Durchführung von Verfahren zur Entwicklungsevaluation zwar anhand von Durchschnittswerten, aber im je einzelnen Fall auch interaktiv ausgehandelt. Daran schließt sich die Frage an, wie genau kindliche Entwicklung in diskursiven und situierten praktischen Prozessen sozial konfiguriert wird.

Um der empirischen Beantwortung dieser Frage ein Stück näher zu kommen, befasst sich der vorliegende Beitrag exemplarisch mit so genannten „Somatogrammen“; das sind grafische Darstellungen der körperlichen Entwicklung von Kindern. Der Beitrag entstammt einem ethnografischen Forschungsprojekt, das an der Schnittstelle von Kindheits-, Körper- und Medizinsoziologie angesiedelt ist und das jene kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zum Gegenstand hat, die Kinder in Deutschland von Geburt an bis zum fünften Lebensjahr routinemäßig durchlaufen (U1 bis U9).<sup>2</sup> Diese Untersuchungen werden insofern als „teilstandardisiert“ bezeichnet, als die ihnen zugrunde liegenden Richtlinien ein festgelegtes Untersuchungsprogramm vorgeben, aber keine genauen Bestimmungen zu dessen Durchführung beinhalten. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in einem für jedes Kind ge-

<sup>2</sup> Das DFG-Forschungsprojekt *Kinderkörper in der Praxis. Eine Ethnografie der Prozessierung von Entwicklungsnormen in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U3 bis U9) und Schuleingangsuntersuchungen* wird derzeit unter der Leitung der Autorin an der Universität Frankfurt/Main durchgeführt.

Die Kindervorsorgeuntersuchungen sind gegenwärtig in der öffentlichen Diskussion: Die Länder Hessen, Saarland, Bayern und Bremen haben einen Entschließungsantrag in den Bundesrat – dem dieser inzwischen entsprochen hat – eingebracht, mit dem die Bundesregierung aufgefordert wird, einen Gesetzentwurf zur verpflichtenden Gestaltung der Früherkennungsuntersuchungen vorzulegen (Bundesrat 2006).

fürten „Kinder-Untersuchungsheft“ dokumentiert, das u. a. auch Somatogramme enthält, in die zu den jeweiligen Untersuchungsterminen die Daten für Größe, Gewicht und Kopfumfang eingetragen werden, so dass der diesbezügliche Entwicklungsverlauf des Kindes archiviert wird. Das Heft trägt damit den Charakter eines individuellen Entwicklungsausweises.

Vorsorgeuntersuchungen stellen unbestritten eine gesundheitspolitische Errungenschaft dar und dienen dem Zweck der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsbeeinträchtigungen; diese Aspekte sind allerdings nicht das zentrale Thema dieses Beitrags. Stattdessen interessiert hier die *Praxis der Durchführung* der Vorsorgeuntersuchungen; es geht darum, wie im Vollzug der Kindervorsorgeuntersuchungen *in situ* Entwicklungsnormen sowie Handlungsnormen für die Eltern praktisch prozessiert werden und wie diese Prozesse zur Konstruktion normaler Kindheit beitragen. Der Artikel setzt bei dem Umstand an, dass es in etwa 95 % der Untersuchungsfälle am Ende heißt: „Ganz normal“.

Er folgt einer Unterscheidung von *normativen* Normen und *normalistischen* Normen: Während normative Normen als präskriptive Handlungsvorschriften und punktförmige „Erfüllungsnormen“ zu verstehen sind, beziehen sich normalistische Normen auf „mehr oder weniger breite ‚normal ranges‘, die sich zwischen meistens zwei Normalitätsgrenzen an den ‚Extremen‘ um die ‚Mitte‘ der verschiedenen statistischen Durchschnittswerte herum erstrecken“ (Gerhard et al. 2001: 7). Nach diesem Verständnis handelt es sich bei Entwicklungsnormen für Kinder um normalistische Normen. Die zitierten Autoren betrachten allerdings das „Regime systematischer Verdattung“, das sich seit dem 19. Jahrhundert etabliert hat, als „historisches Apriori des Normalismus“, das zu einem „neuen Typ von Interferenzen zwischen Normativität und Normalität“ (ebd.) geführt habe.

## 2. Die Normalisierung der Kindheit und die Institution der Vorsorgeuntersuchungen

Der Begriff der „Normalisierung“ ist zunächst in diskursanalytischer Perspektive entscheidend von Foucault (1973, 2003) geprägt worden, der damit die Art und Weise kennzeichnet, in der die moderne Medizin sozial ordnende Funktionen erfüllte und zur Disziplinierung der Gesellschaft beitrug. Die Symmetrisierung von Anomalien und Normalität geht in der Medizinsoziologie darüber hinaus auf Canguilhem (1974) zurück. In jüngster Zeit wurden

Ansätze zu einer interdisziplinären Normalismusforschung formuliert (Becker 1999, Link 1999, Gerhard et al. 2001, Lutz 2003), die nicht zuletzt zur Entwicklung einer Soziologie der Normalität beigetragen haben (Sohn 1999, Link et al. 2003). Diese Ansätze, so könnte man sagen, reagieren kritisch auf die Reifizierung des Anormalen durch die frühere soziologische Fokussierung auf Abweichung und Devianz (Adler/Adler 1997) und blicken nun bevorzugt von der anderen Seite aus auf die Konstruktion der Grenze zwischen Normalität und Abweichung.

In aller Kürze seien hier zunächst einige Spezifika der Kindervorsorgeuntersuchungen beschrieben, die den Stellenwert dieser Untersuchungen für eine soziologische Untersuchung der Normalisierung<sup>3</sup> von Kindheit ausweisen. Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen ist *erstens* im 5. Buch des Sozialgesetzbuches festgeschrieben und damit bundesweit institutionalisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat *Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres* (Bundesanzeiger 2005) erarbeitet, auf denen die Untersuchungshefte basieren. Diese Richtlinien sind seit 1977 in Kraft und seitdem verschiedentlich ergänzt worden. Gegenwärtig hat der Bundesausschuss eine Arbeitsgruppe zu ihrer Überarbeitung eingesetzt. Die Untersuchungen stellen eine Krankenversicherungsleistung dar. Gesundheitspolitisches Ziel ist die Einbeziehung aller Kinder; dieses Ziel wird jedoch trotz einer durchschnittlich recht hohen Akzeptanz nicht erreicht. Es sind eher Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Kinder mit Migrationshintergrund, die die Vorsorgeuntersuchungen versäumen und die Gesamtteilnahmequoten bei den späteren Untersuchungen (U8 und U9) auf etwa 75 bis 80 % drücken (vgl. Langness 2006).

*Zweitens* ist der „Zweck dieser Untersuchungen“, wie auf der Innenseite des Umschlags der Untersuchungshefte den Eltern mitgeteilt wird, „die Früherkennung von Krankheiten, die die normale körperliche oder geistige Entwicklung Ihres Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“. Die U1 bis U9 sollen explizit den Verlauf der Entwicklung des Kindes evaluieren; sie sind gegliedert in (bei den

<sup>3</sup> „Als Dispositive der ‚Normalisierung‘ wären dabei all jene Verfahren zu betrachten, durch die moderne Gesellschaften sicherstellen, dass Überschreitungen der von der ‚Mitte‘ der statistischen Durchschnitts- ‚extrem‘ entfernten Normalitätsgrenzen sich ‚normalerweise‘ auf sehr kleine Minderheiten beschränken“ (Gerhard et al. 2001: 8).

Eltern) „erfragte Befunde“ und vom Arzt oder der Sprechstundenhilfe „erhobene Befunde“ sowie in „ergänzende Angaben“, so die Nomenklatur des Untersuchungsheftes. Die ersten sechs der neun Untersuchungen finden innerhalb des ersten Lebensjahres statt, es folgen U7 im Alter von knapp zwei Jahren, U8 im Alter von knapp vier Jahren und U9 im Alter von gut fünf Jahren. Grundsätzlich ist zur Wirksamkeit der U1 bis U9 zu sagen, dass nur solche Einzelverfahren in das Untersuchungsprogramm aufgenommen werden sollen, deren Wirksamkeit im Sinne einer evidenzbasierten Medizin als nachgewiesen gilt, wobei sich die Maßstäbe dafür seit der Einführung der U1 bis U9 gewandelt haben dürften. Bisher werden keine systematischen Evaluationen der Vorsorgeuntersuchungen im Sinne von kontinuierlichen (Qualitäts-)Kontrollen durchgeführt.<sup>4</sup> Experten beklagen, dass die Untersuchungen insgesamt zu wenig standardisiert seien; es sei der Erfahrung des einzelnen Arztes überlassen, was und wie genau untersucht und dokumentiert wird (Hermanussen 2004).<sup>5</sup>

Die Eltern bekommen *drittens* das Untersuchungsheft von Ärzten oder Hebammen bei der Geburt und nach jeder Untersuchung wieder ausgehändigt. Sie werden also dafür in die Verantwortung genommen, ihre Kinder zu den angegebenen Terminen dem Arzt vorzustellen. Im Prozess der fortlaufenden Untersuchungen wird der Blick der Eltern für

„normale“ Entwicklung und ggf. notwendige Interventionen geschult (vgl. Parry/Pill 1994).

Die Vorsorgeuntersuchungen haben das bei ihrer Einführung anvisierte Ziel, eine fortlaufende Kindergesundheitsstatistik zu etablieren, nicht erreicht. Zwar reichen die Kinderärzte Durchschriften für die zentralen Ergebnisse von U3 bis U9, die u. a. Körpergröße, -gewicht und Kopfumfang beinhalten, beim Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung ein, das diese Daten aber nicht (mehr) kontinuierlich publiziert.<sup>6</sup> Die Mitte der 1990er Jahre verabschiedeten Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) verpflichten die Bundesländer zu einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung; dieser Verpflichtung kommen die meisten Bundesländer mit einer Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen nach, die – anders als die Kindervorsorgeuntersuchungen – eine Totalerfassung der jeweiligen Einschulungsjahrgänge erbringen und insofern für die Epidemiologie besonders wertvoll sind (vgl. Schulz 1996).

Trotz der eingeschränkten epidemiologischen Bedeutung der Kindervorsorgeuntersuchungen lässt sich festhalten, dass sich die Ethnografie der Prozessierung von Entwicklungsnormen im Rahmen dieser Untersuchungen auf eine bundesweit institutionalisierte kulturelle Praxis bezieht, die ein Großteil der Kinder durchläuft und die, ihren individualmedizinischen und präventiven Zweck betreffend, auf einem rechtlich kodifizierten gesellschaftlichen Konsens basiert.

Unter der Perspektive der „Normalisierung“ sind die Kindervorsorgeuntersuchungen zentrale Instrumente, durch die Eltern und Kinder mit den Normalitätserwartungen von unterschiedlichen Professionellengruppen hinsichtlich der kindlichen Entwicklung konfrontiert werden, bei denen sie aber auch als Akteure auf die Normalitätsanmutungen reagieren. Die Leitunterscheidung von „krank“ und „gesund“, die nach Luhmann (1990) das Medizinsystem strukturiert, tritt im Zuge der Vorsorgeuntersuchungen modifiziert in Erscheinung als Unterscheidung von „auffälligen“ und „unauffälligen“ Befunden. Die Kinderuntersuchungshefte sind nicht allein auf eine Beobachtung des *status quo* ausgelegt, sondern auch auf die Beobachtung von Prozessen, bei denen der Befund „auffällig“ ggf. erst allmäh-

<sup>4</sup> Es gibt bisher überhaupt nur sehr wenige Studien zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz von Maßnahmen der primären Prävention (BMBF 2005).

<sup>5</sup> Das Robert Koch-Institut weist in einem Schwerpunktbericht zur Gesundheit bei Kindern darauf hin, dass die Häufigkeit auffälliger Befunde in den Untersuchungsheften in den letzten 20 Jahren abgenommen hat. Die relative Häufigkeit „unauffälliger Befunde“ beträgt für die U3 bis U9 seit 1996 durchschnittlich ca. 95 %; es werden also nur in etwa 5 % der Fälle Auffälligkeiten in den Vorsorgeheften dokumentiert (vgl. Robert Koch-Institut 2004). Die Autoren führen dies auf die seltenere Nennung von Verdachtsdiagnosen zurück. Da im gleichen Zeitraum die Diagnosen von Auffälligkeiten im Rahmen der ca. ein Jahr nach der U9 stattfindenden Schuleingangsuntersuchungen zugenommen haben und z. B. für Hessen seit einigen Jahren eine Quote von ca. 15 % Sprachstörungen bei Schulanfängern benannt wird (vgl. Hessisches Sozialministerium 2006), wird die Zuverlässigkeit der U7 bis U9 (z. B. von Schulärzten) bezweifelt. Die Zahlen zeigen die Unterschiede in den entwicklungsdiagnostischen Befunden von Kinder- und Schulärzten auf; es ist m. E. aber unzulässig, daraus Rückschlüsse auf die Wirksamkeit des einen oder anderen Verfahrens abzuleiten. Vielmehr deuten die Zahlen auf unterschiedliche, den Diagnosen zugrundeliegende Normalitätsmaßstäbe hin.

<sup>6</sup> Von insgesamt 59 Bänden in der wissenschaftlichen Reihe des Instituts sind zwei der Aufbereitung und Interpretation der Daten aus den Kindervorsorgeuntersuchungen gewidmet – der letzte davon ist 1988 erschienen (Herwig 1975, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 1988).

lich zum Befund „krank“ bzw. „gestört“ wird. Die „Konstruktion von Abweichung“ (Adler/Adler 1997) wird auf diese Weise vermutlich nicht selten über eine längere Zeit in der Schwebe gehalten. Um die medizinische Bestimmung von Normalität und Abweichung wird im Einzelfall – aufgrund einer unter Professionellen verbreiteten Sensibilität für die weitreichenden Konsequenzen bezüglich der therapeutischen Bearbeitungen und möglichen Stigmatisierungen der Kinder – durchaus gerungen. Wendet man nun die Frage nach der Normalisierung von Kindheit ethnografisch, so kommen die variablen interaktiven Strategien der Normalisierung und des Umgangs mit Normalitätsanmutungen, kurz: das „Management der Normalität“ (de Swaan 1990) in situierten medizinischen Praktiken in den Blick.

### 3. Die historische Konstituierung „normaler“ kindlicher Entwicklung

Vorstellungen von einer altersangemessenen, „normalen“ kindlichen Entwicklung, wie sie den Kinderuntersuchungsheften eingeschrieben sind, sind historisch noch gar nicht alt. Laut Turmel (1997) hat „Normalität“ für die Betrachtung der Kindheit vor dem Ende des 19. Jahrhunderts noch keine maßgebliche Rolle gespielt. Zur Rahmung der folgenden Analyse sei deshalb an die historische Etablierung der Kindermedizin und Kinderkörperstatistik erinnert: Verfahren zur repräsentativen statistischen Erhebung von Kinderkörpernormen im Sinne von Durchschnittswerten und Regelmäßigkeiten für ein bestimmtes Lebensalter wurden erst seit Ende des 19. Jahrhunderts in relevantem Umfang angewandt. Diese Entwicklung führte zur Konfigurierung des „normalen“ Kindes und steht im Zusammenhang mit der Etablierung und Professionalisierung von Kindermedizin, öffentlicher Hygiene und Entwicklungspsychologie. Die moralische Bewertung der Ergebnisse der Reihenuntersuchungen bei Kindern, also deren Übersetzung in Normen im Sinne von sittlichen Ge- und Verboten der Körperbehandlung, vollzog sich im Rahmen der politischen Auseinandersetzungen um Kinderschutz, Sozialfürsorge und das Verbot der Kinderarbeit, womit insgesamt das Ziel der Senkung der Kindersterblichkeit angestrebt wurde (Klaus 1993).

Turmel (1997) zeigt, dass die „Tatsachen“ durchschnittlicher kindlicher Entwicklung der Reflexion und Verwertung überhaupt nur vermittels bestimmter Repräsentationstechniken zugänglich sind, die die Wirklichkeit in je spezifischer Weise (re)kons-

truieren. Die historisch von der Wende zum 20. Jahrhundert an als plausibel erachtete normative Bewertung und Skandalisierung von Abweichungen basierte auf verfeinerten wissenschaftlichen Verfahren der statistischen Erhebung und Darstellung, die erst durch die Art, wie sie „Fakten“ repräsentieren, spezifische Argumentationsressourcen für moralische Debatten bereitstellten (vgl. auch Lischeid 2001). In den politischen Auseinandersetzungen ging es dann weniger um die Feststellung von altersspezifischen Körpernormen als solchen, sondern vielmehr um deren Funktionalisierung für die Etablierung von Handlungsnormen, die die Entwicklungschancen von Kindern wahren helfen sollten.

Armstrong (1983) zeichnet die Entwicklung der Pädiatrie als medizinische Subdisziplin nach, die ausgehend von der Behandlung von Kinderkrankheiten mehr und mehr Zuständigkeiten für die Entwicklung von Kindern insgesamt beanspruchte und dabei eine lange Reihe von Abweichungen produzierte: ‚nervöse‘, ‚verhaltensgestörte‘, ‚hypersensible‘ u. a. Kinder. Die Professionalisierung und Szientifizierung der Kinderwissenschaften insgesamt, so auch Cravens (1985), bildete die Basis für neue Formen einer interventionistischen Sozial- und Gesundheitspolitik. Deren seit den 1970er Jahren etablierte Formen stehen heute erneut zur Debatte, wie die politischen Bemühungen, die Vorsorgeuntersuchungen verpflichtend zu gestalten, zeigen.

Die Veröffentlichung und Verbreitung der Durchschnittswerte für Kinderkörper dienten seit dem Ende des 19. Jahrhunderts nicht nur erfolgreich dem moralisch begründeten Ziel einer verbesserten Wahrung der Entwicklungschancen von Kindern, sie trugen auch in dem Sinne zur Normierung bei, dass Kinder zunehmend an ihnen gemessen wurden. Für die kinderärztliche Praxis ist zu fragen, ob und inwiefern die deskriptiven, normalistischen Normen sich für die zu untersuchenden Kinder (und ggf. auch für ihre Eltern) in normative Normen und Sollzumutungen verwandeln.

Der kurze Rückblick verdeutlicht, dass die hier untersuchten Somatogramme Artefakte sind, die in einer spezifischen historischen Tradition der wohlfahrtsstaatlichen Kinderfürsorge stehen. Seit deren Anfängen erbringen Größen- und Gewichtsmessungen Werte, die wie eine Chiffre für Normalität<sup>7</sup> und als ein primärer Indikator für Gesundheit, Abweichung, Vernachlässigung, Gefährdung usw. des

<sup>7</sup> Der Charakter dieser Werte als Chiffre tritt z. B. auch bei Geburtsanzeigen zutage: „3000 g“ und „50 cm“ zeigen die Normalität des Kindes an.

ganzen Kindes gelesen werden.<sup>8</sup> Es ist diese Tradition, aus der heraus sich der weltweite Einsatz von Somatogrammen für die Evaluation der kindlichen Entwicklung begründet (WHO 2006).

#### 4. Körpersoziologie der Kindheit

Die „Entwicklungstatsache“ (Bernfeld 1925) begründet wesentlich die soziale Differenz zwischen Kindern und Erwachsenen und legitimiert die generationale Ordnung (Honig 1999). Vorstellungen von altersgerechter Entwicklung grundieren maßgeblich die Regulierung des Lebenslaufs und des Aufwachsens von Kindern in gesellschaftlichen Institutionen. An der Feststellung einer altersangemessenen Entwicklung sind eine Reihe von Professionen beteiligt, insbesondere Pädiatrie, Entwicklungspsychologie und Pädagogik. Kindliche Entwicklung ist demnach eine „Tatsache“, die in disziplinären und fachlichen Wissensordnungen konfiguriert und ausgehandelt wird.

Die Kindheitssoziologie hat sich dem Gegenstand der kindlichen (Körper-)Entwicklung bisher allerdings nicht angemessen gewidmet. Am Ausgangspunkt der neueren soziologischen Kindheitsforschung stand die Kritik an einer entwicklungspsychologisch orientierten Sozialisationsforschung; Kritisiert wurde deren implizite Orientierung hin auf ‚reife‘, erwachsene Entwicklung als eine adultistische Perspektive. Daraus leitete die Kindheitssoziologie zunächst die Notwendigkeit der Exploration kindlicher Praktiken ab, unter den Prämissen ihrer relativen Eigenständigkeit und Gegenwärtigkeit, sowie der weiteren Prämisse, dass Kinder von Beginn an soziale Akteure sind (Kelle/Breidenstein 1996). Sie begriff Kindheit nicht mehr als Phase der Hervorbringung künftiger Gesellschaftsmitglieder, sondern als je *gegenwärtig* wirksame soziale Strukturkategorie und diskursives Konstrukt (Zeiher 1996, Alanen 2000).

Dieser Wechsel von einem diachronen Blick, wie ihn Sozialisations-theoretiker und Entwicklungspsychologen einnehmen, hin zu einer synchronen Perspektive auf Kinder als gesellschaftliche Gruppe,

mag nun seinerseits die Aufmerksamkeit für eine soziologische Re-Theoretisierung der kindlichen (Körper-)Entwicklung verzögert haben. Die Akzente der soziologischen Kinderforschung lagen zunächst in den Sozialsystemen, Interaktionsordnungen und kommunikativen Praktiken von Kindern (Krappmann/Oswald 1995, Corsaro 1997); ein Schwerpunkt der strukturorientierten Kindheitsforschung liegt im wachsenden Problem der Kinderarmut und in der Entwicklung einer adäquaten Sozialberichterstattung (Nauck 1995, Joos 2001). Im Kontext der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung wird allerdings durchgängig über Probleme der wachsenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen bei sozial benachteiligten Kinder berichtet (z. B. Robert Koch-Institut 2001, Jungbauer-Gans/Kriwy 2004).

Zwar ist in kindheitssoziologischen Arbeiten vielfach darauf hingewiesen worden, dass die binäre Konstruktion „Kinder/Erwachsene“ die Kindheit naturalisiert und universalisiert (James et al. 1998). Allerdings führt diese Grundsatzkritik erst allmählich zu einer detaillierten Dekonstruktion der Natürlichkeit der kindlichen Entwicklung (Burman 1994, Mayall 1996). So zeigt z. B. Hungerland (2003) in ihrer Analyse von Elternratgebern, die seit den 1950er Jahren erschienen sind, wie die Verfassung des Kinderkörpers gesellschaftlich immer stärker in die Verantwortung der Eltern gelegt und als elterliche Leistung wahrgenommen wurde. Gleichzeitig wird die Materialität des Kinderkörpers wiederentdeckt (James 2000, Christensen 2003). Prout (2000) macht für die zukünftige Forschung deutlich, dass die Kindheitssoziologie dem biologischen Reduktionismus und Substantialismus anderer wissenschaftlicher Körperkonzeptionen nicht einfach einen kulturellen Reduktionismus an die Seite stellen sollte, sondern dass sie die materielle Spezifität von Kinderkörpern sowie die unterschiedlichen – diskursiven, technologischen u. a. – Ressourcen, die zur Konstruktion von Kinderkörpern beitragen, ernst nehmen sollte. Kinderkörper nicht als „natürliche“ Entität, sondern als ein Netzwerk von heterogenen Materialien und Ressourcen zu verstehen, ist bislang v. a. für hochtechnisierte Kontexte wie Intensivstationen plausibel gemacht worden (Place 2000).

Zum Stand der kindheitssoziologischen Forschung zum kindlichen Körper ist demnach festzuhalten, dass bislang eine auf empirischer Forschung basierende Soziologisierung von „Entwicklung“ fehlt, die der Diskontinuität der körperlichen Existenz, der Vielfalt der körperlichen Wandlungsprozesse und den diskursiven und praktischen Netzwerken, in denen Kinderkörper sich formieren, im Sinne ei-

<sup>8</sup> Aus einem von einem Kinderarzt verfassten Buch, das Eltern das Kinderuntersuchungsheft erläutert: „Im Faltschlag auf der Rückseite sind Diagramme für Kopfumfang, Gewicht und Körpergröße im Altersvergleich aufgedruckt. Diese leicht zu ermittelnden Körpermaße sind von erheblichem Aussagewert: *Wer gesund ist, wächst und gedeiht*. Mit diesen Kurven hat man also auf den ersten Blick schon eine gute Übersicht, wie es dem Kind geht“ (Brüggemann 1991: 13).

ner „sociology of embodiment“ (Featherstone/Hepworth 1998, Hancock 2000) theoretisch Rechnung trägt.

## 5. Das Forschungsprojekt: Methodenkombination und heuristische Perspektiven

Der vorliegende Beitrag basiert auf empirischen Erhebungen in 12 verschiedenen Kinderarztpraxen; die Erhebungen umfassten teilnehmende Beobachtungen der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen, Interviews mit Ärzten und Eltern sowie Dokumentensammlungen.<sup>9</sup> Das Beobachtungs- und Interviewmaterial wurde für diesen Beitrag mit Blick auf die Praktiken des Messens und Wiegens sowie des Dokumentierens der Messergebnisse einer axialen Kodierung (Strauss 1991: 101ff.) und fokussierten Analyse unterzogen. Die feldspezifische Entwicklung der Methodenkombination zielt darauf, die unterschiedlichen Konstituenten der Praxis der Vorsorgeuntersuchungen analytisch in den Blick zu nehmen: Es wird systematisch unterschieden zwischen der Gestalt und Konstruktionslogik der Somatogramme, dem Alltags- bzw. Expertenwissen der Beteiligten und dem Gebrauch der Instrumente in der Durchführung der Untersuchungen. Angeregt ist die Vorgehensweise durch die *studies of work*, die „die lokale Produktion von sozialer Ordnung in den verkörperten Arbeitspraktiken (*embodied practices*) der Akteure“ (Bergmann 2006: 395) ins Zentrum der Analyse rücken. Die *embodied practices* beziehen sich dabei nicht allein auf die handwerklichen Aktivitäten und die Kognitionen der Akteure, die Arbeiten ausführen, sondern auch auf das in Instrumenten verkörperte Wissen, das die Arbeiten organisiert (vgl. Heath/Luff 2000).

Dieser heuristischen Perspektive korrespondieren die Annahmen, die Reckwitz (2003) insgesamt als gemeinsame Elemente von neueren soziologischen Praxistheorien herausgearbeitet hat: erstens die Annahme einer impliziten Logik der Praxis und ihre Verankerung im praktischen Wissen und Können,

<sup>9</sup> Das empirische Material stammt aus der Pilotstudie und der ersten Feldphase des laufenden Forschungsprojekts *Kinderkörper in der Praxis* (2006 bis 2010). Für die vorliegende Analyse wurden 60 ausführliche Beobachtungsprotokolle (U3 bis U9), je fünf Interviews mit Ärzten und Eltern (ein Interview mit beiden Eltern, vier mit Müttern) sowie die Somatogramme, die von fast allen Beobachtungsfällen fotografisch dokumentiert werden konnten, berücksichtigt.

zweitens die Annahme einer Materialität sozialer Praktiken in ihrer Abhängigkeit von Körpern und Artefakten und drittens die Annahme einer Spannung zwischen Routiniertheit und Unberechenbarkeit von Praktiken. Im Kontext der Methoden der qualitativen Sozialforschung, die in den Traditionen von Wissenssoziologie, Interaktionismus und Ethnomethodologie wurzeln, sei es lange Zeit, so Reckwitz (2003: 291), zu einer „konzeptuellen Marginalisierung von Artefakten“ und „Entmaterialisierung des Sozialen“ gekommen. Die klassischen Gegenstände der qualitativen Sozialforschung – Interaktionen, Konversationen, Deutungsmuster u. a. – beziehen sich auf intersubjektiv geteilte Wissensbestände und symbolische Ordnungen. Viele qualitative Studien lassen aber kaum erahnen, dass zur sozialen Welt auch Artefakte gehören, und zwar nicht nur als passive Objekte von Kommunikation und Wissensprozessen.

Reckwitz' Kritik trifft allerdings neben den *studies of work* auch die *laboratory studies* nicht, in deren Kontext seit den späten 1970er Jahren die konstitutive Bedeutung von Artefakten für wissenschaftliche Praxis und Wissensproduktion ethnografisch erforscht wurde (vgl. Latour/Woolgar 1979, Amann/Knorr Cetina 1988). Hier wird diese Perspektive aufgegriffen, um auch für die Erforschung von Untersuchungspraktiken im medizinischen Feld danach zu fragen, inwiefern Objekte diese „Wissenspraktiken“ (Law/Mol 2002) (prä)formieren, strukturieren und reproduzieren.

Was die *teilnehmenden Beobachtungen* angeht, so hat jeweils eine von insgesamt sechs Beobachterinnen an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen und dabei Feldnotizen und, wenn möglich, Audio-Aufzeichnungen erstellt. Im Anschluss an die Beobachtungen wurden die Notizen zu ausführlichen Protokollen ausgearbeitet, die die „Episoden“ (vgl. Emerson et al. 1995) der Untersuchungspraxis, soweit möglich unter Einarbeitung des O-Tons, beschreibend rekonstruieren. Es wurde aus zwei Gründen davon abgesehen, Video-Aufzeichnungen zu erstellen: Zum einen sind die Vorsorgeuntersuchungen für die beteiligten Familien intime und beanspruchende Situationen; zum anderen ist die körperliche Koprpresenz der Forscherin im Feld (vgl. Amann/Hirschauer 1997), und nicht die technisch generierte Registrierung der Praktiken, als maßgebliche Ressource für die Exploration und Rekonstruktion der *embodied practices* anzusehen.

Die *ethnografischen Interviews* (Spradley 1979) zielen auf Wahrnehmung und Wissen von Eltern und Ärzten in Bezug auf die Praxis der Vorsorgeun-

tersuchungen und die Prozesse der Entwicklung von Kindern. Sie werden zumeist im Anschluss an Beobachtungen durchgeführt, so dass die (erzählgenerierenden) Fragen fall- und feldspezifisch aus den Beobachtungen entwickelt werden können. Die Interviews mit beiden Sorten von Teilnehmern lassen sich insofern auch in einem allgemeinen Sinne als „Experteninterviews“ verstehen, als die Interviewerinnen die Teilnehmer in eine Expertenrolle bezüglich der in Frage stehenden Praxis bringen; die Ärzte werden als Experten und Professionelle gefragt, die Eltern sind auf ihre Art ebenfalls Experten, wengleich keine Professionellen (vgl. Meuser/Nagel 1997: 483f.).<sup>10</sup> Im Unterschied zu den zunächst je situationsgebundenen Forscher-Beobachtungen, die sich erst sukzessive im Zuge des Feldaufenthaltes und über analytische Verfahren verdichten lassen, erlauben die Interviews, im Medium von rekonstruierenden Narrativen, einen Zugang zu verdichteten Erfahrungen über Situationen hinweg auf Seiten der Interviewten *selbst*. Im Zuge der Erfahrungsaufschichtung konstituiert sich ihr implizites und explizites Teilnehmerwissen über Vorsorgeuntersuchungen, das in diese wieder einfließt. Aus diesem Grund ist die Datenebene der Interviews für praxisanalytische Rekonstruktionen nicht zu vernachlässigen.<sup>11</sup>

Die hier durchgeführte Form der *Dokumenten- bzw. Instrumentenanalyse* setzt noch vor den konkreten Fällen an, die in den Untersuchungsheften dokumentiert sind. Wenn man wissen will, wie Somatogramme als Instrumente die Untersuchungswirklichkeit zu konfigurieren und mitzugestalten vermögen, wie sie also im Sinne Latours (1991) als „Aktanten“ in der Praxis auftreten, muss man Gestalt und Konstruktionslogik der Somatogramme als solche analysieren (vgl. Wolff 2003). Es wird gefragt, welche Interpretationen sie den Akteuren im Feld durch ihre Beschaffenheit nahe legen und welche Handlungen sie ihnen abverlangen. Dazu werden die formalen Gestaltungselemente beschrieben, v. a. wird das Darstellungsformat der Kurvengrafiken analysiert. Über eine Analyse ihrer Konstruktionslogik wird beschrieben, was diese Grafiken zu leisten vermögen. Methodologisch begründet ist

dieses Vorgehen in zweierlei Hinsicht: Zum einen *befremdet* eine solche Form der Analyse, indem sie die Instrumente aus der Selbstverständlichkeit ihres Gebrauchs herauslöst und isoliert analysiert; damit schult sie zum anderen einen symmetrischen Blick, der es vermeidet, den Part der menschlichen Akteuren in sozialen Praktiken überzubetonen oder die Perspektive der menschlichen Akteure in der Beobachtung der Praxis zu privilegieren.

An die Analyse des Instruments schließt sich eine Exploration seines Gebrauchs in der Praxis an, da davon auszugehen ist, dass die Beschaffenheit des Instruments zwar seinen praktischen Gebrauch vorstrukturiert, diesen aber nicht determiniert. Die soziale Praxis der Anwendung bleibt kontingent (vgl. Reckwitz 2003). Für die Rekonstruktion des Gebrauchs stehen neben den Beobachtungsprotokollen die in Interviews enthaltenen Darstellungen von Beispielen durch die Teilnehmer zur Verfügung. Beide Datensorten stehen in der kritischen Methodendiskussion unter dem Vorbehalt, dass sie keine unmittelbaren, sondern *ex post* verfasste und (unkontrollierbar) selektive Repräsentationen der zu explorierenden Praxis sind. Diesem Vorbehalt wird im vorliegenden Forschungsprojekt mit der Integration von O-Ton in die Protokolle begegnet; die Audio-Aufzeichnungen können für sich genommen andererseits dem Anteil an nicht-sprachlich vermittelten Praktiken nicht gerecht werden, für die die beschreibende Rekonstruktion die Methode der Wahl bleibt.

Methodologisch wird die Methodenkombination in diesem Beitrag als eine prinzipiell unabschließbare, wechselseitige Kontextuierung der Forschungsgegenstände, die jede Einzelmethode konstituiert, begriffen; im Sinne einer analytischen Verdichtung wird auf diese Weise das Potenzial zu einer theoretischen Differenzierung der Ergebnisse genutzt (vgl. Kelle 2001).

## 6. Dokumenten/Instrumenten-Analyse von Somatogrammen in praxisanalytischer Absicht

Die „Somatogramme“ I und II in den Kinderuntersuchungsheften stellen Durchschnittswerte und das Spektrum der Abweichungen vom Durchschnitt für Körpergröße je Alter (I) und Körpergewicht je Körpergröße (II) in Form von je drei Kurvenprofilen grafisch dar, so dass der Entwicklungsverlauf des untersuchten Kindes unmittelbar zu diesen Daten in Relation gesetzt werden kann. Es gibt ein weiteres Somatogramm, das den „frontooccipitalen

<sup>10</sup> Diese Unterscheidung widerspricht der in medizinsoziologischen Arbeiten üblicher Weise vorgenommenen Unterscheidung von Experten und Laien.

<sup>11</sup> Den begründeten Zweifeln am unmittelbaren praxisanalytischen Nutzen der „Narrative der Beforschten“ und der „Informantenethnografie“ (Kalthoff 2003: 75) kann man demnach entgegenhalten, dass das in Interviews präsentierte Teilnehmerwissen nach wie vor einen eigenen Gegenstandsbereich der ethnografischen Forschung bildet.

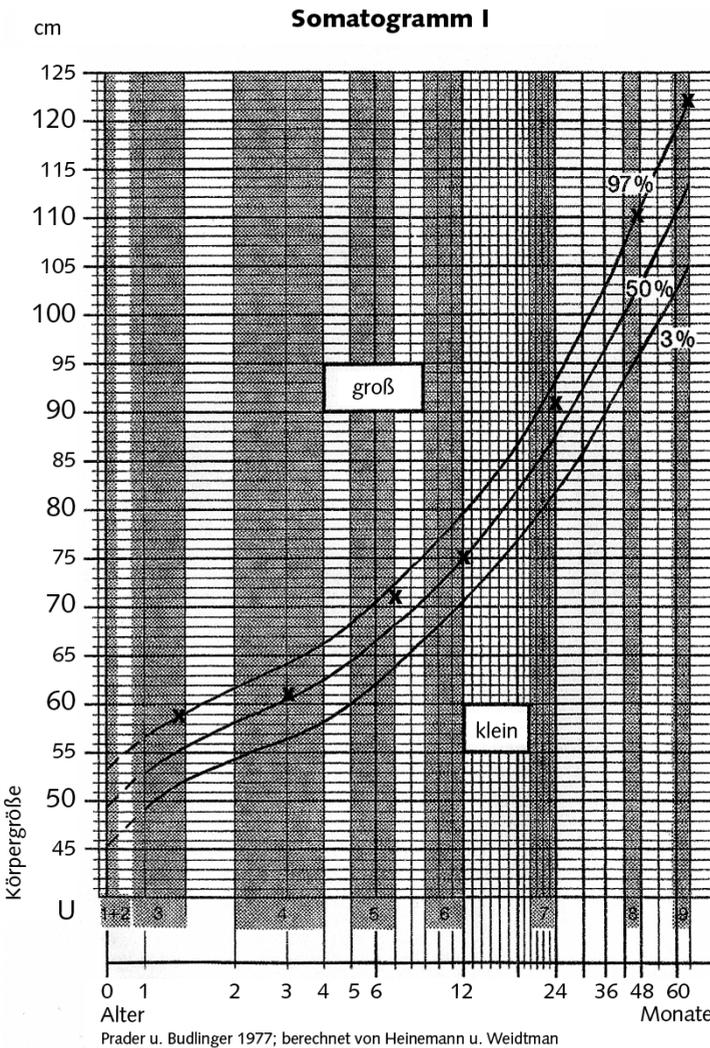


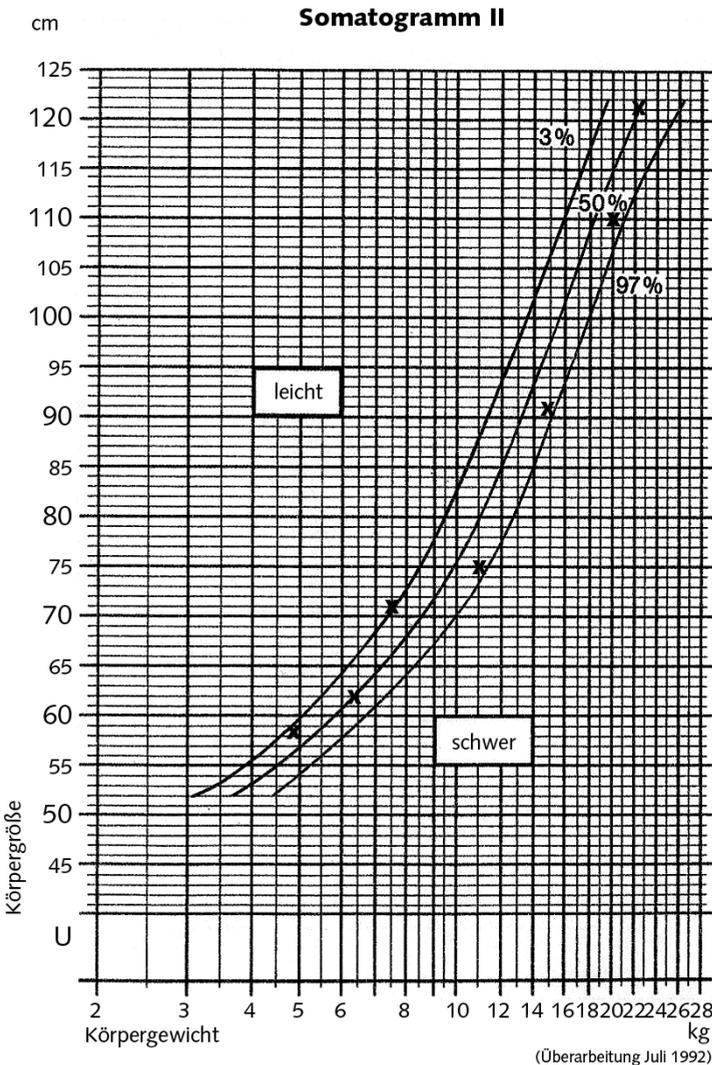
Abb. 1  
(aus Kinderuntersuchungsheft)

Kopfumfang“ erfasst, in dem abweichend sechs Kurven – drei für Mädchen und drei für Jungen – dargestellt sind.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Seit August 2006 werden sukzessive Untersuchungshefte mit neuen Somatogrammen eingeführt, die Durchschnittsdaten auch für die Größen- und Gewichtsentwicklung nach Geschlecht differenzieren. Die in diesem Beitrag analysierten geschlechtsindifferenten Somatogramme werden demnach noch etwa fünf Jahre lang im Einsatz und dann vollständig durch die geschlechterdifferenzierenden Somatogramme ersetzt worden sein; parallel zeigt sich, dass auch die von der WHO 2006 veröffentlichten Entwicklungsgrafiken nach Geschlecht differenzierte Kurven aufweisen. Der Transformationsprozess in Richtung einer stärkeren Geschlechterdifferenzierung der internationalen entwicklungsdiagnostischen Grafiken wird Gegenstand ei-

Aus einer alltagsweltlichen Sicht dürfte die Praxis des Messens und Wiegens im Vergleich zu anderen Teilen der Vorsorgeuntersuchungen als unproblematisch wahrgenommen werden: Wie groß oder schwer Kinder sind, können auch Laien ermitteln; ob Kinder als zu klein oder zu dick gelten, dafür haben Eltern selbst alltagsweltliche Vergleichsmaßstäbe. Mit den Somatogrammen und Messpraktiken wird also einerseits ein eher unverdächtig Teil der Kinderuntersuchungen ausgewählt, der allerdings andererseits, wie oben angedeutet, eine für die Normalisierung von Kindheit bedeutsame historische Tradition inkorporiert und repräsentiert.

ner weiteren instrumenten- und praxisanalytischen Teilstudie sein.



**Abb. 2**  
(aus Kinderuntersuchungsheft)

Bei den Somatogrammen handelt es sich um eine Art von Artefakten, die man in Anlehnung an Knorr Cetina (2002) insofern als „epistemische Objekte“ bezeichnen könnte, als sie Wissen inkorporieren, archivieren und transformieren und darin, so ist zu vermuten, ihre praktischen Wirkungen entfalten. Entsprechend hat Berg (1996) z. B. in ethnografischer Perspektive die konstitutive Bedeutung von Patientenakten für die medizinische Arbeit untersucht.

Die Somatogramme stellen zunächst eine spezifische Form der Abbildung und Veröffentlichung der Durchschnittsentwicklungswerte für Kinderkörper in Form von Kurvenprofilen dar. Sie sind ein typisches Beispiel für „Kurvenlandschaften“, wie

Gerhard et al. (2001) solche Formen der Repräsentation von Normalitäten mit ihren engeren oder breiteren Übergangszonen zur Anormalität genannt haben. Die Somatogramme repräsentieren sodann Untersuchungsergebnisse, indem sie die körperliche Entwicklung der konkret untersuchten Kinder dokumentieren; die Messergebnisse werden wie in den vorliegenden Abbildungen direkt in den Vordruck bzw. in die Kurvengrafik eingetragen. Erst das Festhalten macht Tatbestände zu Daten und ermöglicht eine zuverlässigere empirische Kontrolle über die Entwicklung, als wenn man sich z. B. nur auf das Gedächtnis der Beteiligten verlassen müsste. Insofern die Somatogramme als Dokument eine externe Referenz darstellen, verifizieren sie, was sie dokumentieren. Sie stellen darüber hinaus aber auch die

Einzeldaten des untersuchten Kindes in den Kontext statistischer Daten und konfigurieren sein individuelles Entwicklungskonzept. Die Somatogramme dienen also nicht nur als Dokument, sondern auch und v. a. als Vergleichsinstrument. Diese Transformation von Tatsachen in Daten *und* deren Relationierung sind die entscheidenden Grundlagen dafür, dass sie in der ärztlichen Praxis weiterhin eine Rolle spielen können, denn die Verifikation wird nicht in erster Linie im Kontext der Einzeluntersuchung gebraucht.

Die Verifikation wird gebraucht, weil der Arzt im Sinne des Vorsorgegedankens gehalten ist, die Einzelergebnisse im Zeitverlauf miteinander zu verknüpfen: Hat sich bei einer Untersuchung eine Auffälligkeit ergeben, dann wird er beim nächsten Mal genau hinschauen, wie die Entwicklung weitergegangen und ob Handlungsbedarf für den Mediziner gegeben ist. Das Somatogramm wird also auch dafür gebraucht, ärztliche Handlungen gegenüber den Eltern zu legitimieren. Die eingetragenen Daten stellen damit eine wichtige Grundlage für das Arbeitsbündnis zwischen Eltern und Ärzten dar; sie schaffen Vertrauen. Sie tragen den Charakter einer ‚Tatsache‘, sind nicht revidierbar und beugen Selbsttäuschungen vor. Sie vermögen deshalb ärztliche Interventionen in den Entwicklungsprozess eines Kindes zu stützen, zu begründen und zu legitimieren.

Man kann beide Formen von Daten, die in die Somatogramme vorab und im Zuge der Untersuchungen eingetragen sind bzw. werden – die statistischen Daten, die in die Kurven eingehen, und die persönlichen Daten des jeweils untersuchten Kindes –, zunächst als beschreibend und nicht als wertend kennzeichnen. An dem Beispiel des Aufeinandertreffens beider Formen von Daten in einem Instrument/Dokument kann man allerdings auch die Differenz und den Zusammenhang von normalistischen Normen im Sinne von empirischen Regelmäßigkeiten einerseits und Normen als Maßstab und Soll andererseits verfolgen. Dazu ist auf bestimmte Konstruktionsmerkmale hinzuweisen: Zunächst stechen die drei Kurven, die einen ‚Korridor‘ der Normalität beschreiben, hervor. Es gibt eine 97%-Linie, eine 50%-Linie und eine 3%-Linie; damit sind 6% der Kinder gar nicht erfasst bzw. liegen außerhalb der Kurven. Es wird also ein Normbereich zwischen 3% und 97% und die 6%ige Abweichung von der Norm definiert – keine unerhebliche Größe –, die Arzt und Eltern Anlass zu genauer Beobachtung und Sorge gibt. Die Kurven sagen über die Verteilung der Kinder auf das ganze Spektrum gesehen nichts aus, sie stellen gewissermaßen eine auf die Mitte und die Ränder reduzierte

Repräsentation einer zu vermutenden Normalverteilung dar. Die spezifische Normalitätsanmutung der Kurven ist so gesehen einer Komplexitätsreduktion in der Darstellung geschuldet.

Die Grafik lädt m. E. in ihrer Gestalt zu einem Missverständnis ein: Bei oberflächlicher Betrachtung können die Kurven einen typischen Verlauf der Größen- und Gewichtsentwicklung suggerieren, weil einzelne Messpunkte zu einer Linie verbunden sind. Für das zu untersuchende Kind werden die Messwerte in bzw. meist zwischen diese Kurven eingetragen (und können ebenfalls zu einer eigenen Kurve verbunden werden). Die 50% Kurve markiert aber nicht etwa den typischen Entwicklungsverlauf eines ‚mittleren‘<sup>13</sup> Kindes, sondern den Verlauf des mittleren Wertes *aller* gemessenen Kinder über die Zeitpunkte der Messung der Daten hinweg, die in die Grafik eingegangen sind. Abweichend davon stellen die Kurven der Daten der individuellen Untersuchungskinder – wie in den vorliegenden Beispielgrafiken auch – häufig weniger gleichmäßige Kurven dar, da Entwicklungsschübe und -sprünge durchaus zur Normalität der individuellen Entwicklungsprozesse gehören.

Schließlich soll auf die Konstruktion des Korridors als solchen hingewiesen werden. Die Kurven verlaufen deutlich erkennbar *parallel*, die Linienabstände erscheinen im Gesamtverlauf immer gleich, wodurch m. E. ein gleichmäßiger Entwicklungsverlauf suggeriert wird. Tatsächlich sind die Abstände aber umso größer, je steiler die Kurven sind. Die z. B. in Somatogramm I von dem Monat sechs an zunehmende Steilheit der Kurven ist ein Artefakt der logarithmischen Darstellung: Die Darstellung der Messergebnisse aus den ersten sechs Monaten nimmt genauso viel Platz in Anspruch wie die restlichen 52 Monate bis zum Lebensalter von fünf Jahren. Eine Kurve in linearer Darstellung wäre umgekehrt am Anfang steil und am Ende flacher.

Die logarithmische Konstruktion erfüllt bestimmte praktische Erfordernisse des Dokumentierens: Erstens ist die gleiche Datenmenge auf weniger Platz darstellbar, zweitens häufen sich die Daten des Untersuchungskindes v. a. bis zum sechsten Monat und sind genauer einzutragen durch die größeren Lücken zwischen den Kurven, und drittens – da die Abstände der Untersuchungen selbst nach einem Logarithmus bis zum vierten Lebensjahr größer werden – ergibt sich eine gleichmäßige Verteilung

<sup>13</sup> Von einem ‚mittleren Kind‘ ist hier in dem Sinne die Rede, dass die 50%-Kurve bedeutet, dass 50% der repräsentativen Kinder-Messdaten oberhalb und 50% unterhalb dieser Kurve liegen.

der Eintragungen in die Gesamtdarstellung, vier bis zur Hälfte, vier nach der Hälfte.<sup>14</sup> Trotz der guten, nämlich für die Dokumentation praktischen Gründe für das Darstellungsformat kann man schon nach der Betrachtung der Gestaltung der Grafiken sagen, dass sie auch einen entscheidenden Nebeneffekt hat: Sie suggeriert den Betrachtern einen gleichmäßigen und steil nach oben verlaufenden Entwicklungsprozess von Kindern.<sup>15</sup>

## 7. Somatogramme im Gebrauch

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden gefragt, welches wirklichkeitsstrukturierende und -konstruktive Potenzial die Grafiken in der Praxis der Untersuchungen entfalten. Dazu werden einige Beispiele aus der Beobachtung von Vorsorgeuntersuchungen und aus Interviews mit Eltern präsentiert. Zuvor sei systematisch auf die Vielfalt der kulturellen Praktiken rund um das Messen und Wiegen hingewiesen: Zu beobachten sind die Messvorgänge selbst, aber auch die Praktiken des Eintra-

gens der ermittelten Daten und der Kommunikation über die Daten.

Gemessen und gewogen wird in der Regel von Sprechstundenhilfen vor der ärztlichen Untersuchung. Zur Rahmung der Messvorgänge ist zunächst zu sagen, dass erst das Untersuchungsheft dazu nötig ist, dass man sich auf Messwerte festlegt. Dass das Heft den Teilnehmern Probleme beschern kann, die sie andernfalls nicht hätten, lässt sich an dem Beispiel der frühen Messungen der Körpergröße zeigen. Die Größe von Babys vom Scheitel bis zur Sohle zu messen ist gar nicht so einfach, denn ihre normalerweise angewinkelten Beinchen müssen gestreckt werden, um sie liegend mit einem entsprechenden Instrument messen zu können. Hinzu kommt, dass Babys bei diesem Vorgang selten unbewegt bleiben, so dass sie z. B. in dem Moment, wo es gelungen ist die Beine zu strecken, wieder den Kopf bewegen. Bei diesen Messvorgängen – „jetzt kommt das Schrecklichste“, so der Begleitkommentar einer Sprechstundenhilfe – lassen die Messenden aufgrund der Probleme der praktischen Umsetzung häufiger ‚fünf gerade sein‘. In einem beobachteten Fall, in dem das Kind beim Wiegen nicht stillhält, benutzt die messende Sprechstundenhelferin ein zusätzliches Hilfsinstrument:

Die Sprechstundenhilfe liest den Wert auf der Skala ab. Sie kommentiert diesen Vorgang mit der gedehnt gesprochenen Bemerkung: „Soo, nicht schummeln.“ Ich sehe, dass der Zeiger der Waage nicht ruht, sondern permanent, offenbar durch die Bewegungen Lauras, in Schwingung ist. Die Sprechstundenhilfe führt beim Ablesen des Gewichts einen Kugelschreiber in der Hand, mit dem sie mehrmals versucht die Position des vibrierenden Zeigers anzupeilen. ... Auf diese Weise stellt sie schließlich laut den Waagestand fest: „Und da ham wir neun Kilo und einhundert. Dürfen sie wieder hochnehmen.“ (Protokoll: K.S.)

In einem anderen Fall, in dem ein vierjähriges Kind (U8) sich nicht messen und wiegen lassen will, greifen Sprechstundenhilfe und Mutter nach wiederholten Überredungsversuchen zu den Tricks, das Kind an der Hüfte der Mutter zu messen und mit der Mutter zusammen auf der Waage zu wiegen. Auch in diesem Fall dürfte der gemessene Wert eher ein Annäherungswert sein.

Kommt es also bereits bei den Messungen zu Ungenauigkeiten, so setzen sich diese auch beim Eintragen der Daten fort: Oben wurde auf die für das Dokumentieren praktische Konstruktionslogik der Somatogramme hingewiesen, dennoch ist aus der Beobachtung ihres Gebrauchs festzuhalten, dass die Schraffur der Somatogramme sich stellenweise als zu kleinteilig darstellt und dass viele Schreibwerkzeuge sich als zu grob erweisen, um ein messgenau-

<sup>14</sup> Nur die U9 schert aus diesem Muster aus (sie kommt danach zu ‚früh‘). Es haben nicht etwa Spezifika der Entwicklung von Kindern für diese Abweichung in der zeitlichen Untersuchungsfolge gesorgt, sondern der Umstand, dass die U9 historisch später entstanden ist als U1 bis U8: Ende der 1980er Jahre haben sich die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen auf die Einführung der U9 geeinigt, damit schulrelevante Entwicklungsauffälligkeiten, die Kinder ggf. zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr ausbilden, nicht erst bei der Schuleingangsuntersuchung entdeckt werden, sondern etwa ein Jahr zuvor, so dass Frühförderungsmaßnahmen noch bis zum Schuleintritt greifen können.

<sup>15</sup> Eine weitere Auffälligkeit ist, dass am unteren Rand des Somatogramms I die Quelle angegeben ist: „Prader und Budlinger 1977“. Die verarbeiteten Daten wurden demnach vor 1977 erhoben und stammen aus Messungen an früheren Kindergenerationen. Da die Daten von den je aktuell zu untersuchenden Kindern in das Somatogramm eingetragen werden, entsteht jedoch der Eindruck eines Vergleichs mit aktuell gültigen Durchschnittswerten. Darin ist mindestens eine Verzerrung der Vergleichsdimension zu sehen. Dass die Daten veraltet und nach heutigen messmethodischen Maßstäben unzureichend abgesichert sind, spielt auch für die aktuelle Debatte um eine Reform der Kindervorsorgeuntersuchungen eine Rolle und wird als Kritikpunkt v.a. von Epidemiologen und Kinderärzten angeführt (z. B. Hermanussen 2004). In einem ersten Reformschritt hat der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Mitte 2006 neue Somatogramme eingeführt, die auf aktuelleren Daten basieren und Entwicklungskurven für Mädchen und Jungen differenzieren (vgl. auch Fußnote 12).

es Eintragen der Daten zu ermöglichen (vgl. Abbildungen).

Die Ungenauigkeiten beim Messen und Eintragen der Werte werfen die Frage auf, welche Bedeutungen der Datenerhebung als solcher im Kontext der Untersuchungen zukommt – Präzision scheint nicht zwingend erforderlich zu sein, um diese Bedeutung zu realisieren. Sind die Messungen möglicherweise in diagnostischer Hinsicht eher unwichtig, und wird die Entscheidung über die Normalität der Größen- und Gewichtsentwicklung möglicherweise (auch) auf der Basis anderer Ressourcen gefällt?

In diesem Zusammenhang ist das Beispiel von Dokumentationspraktiken interessant, die Eltern bei der Messung des frontooccipitalen Kopfumfangs bei der U1 (unmittelbar nach der Geburt) beobachtet haben und über die sie im Interview berichten. Die Hebamme habe mehrmals angesetzt zu messen und dabei geäußert: „Ah 39 cm, nee das kann ja nicht sein, messen wir noch mal. 38,5 – na schreiben wir mal 38“. Sie hat anscheinend, so lässt sich die nacherzählte Szene deuten, nachdem sie 39 cm gemessen hat, ihr Erfahrungswissen in Anschlag gebracht und das Messergebnis für unwahrscheinlich erklärt. Der Widerspruch zwischen Messung und Erfahrung muss sie zu einem zweiten Messvorgang veranlasst haben. Auch dieser hat offenbar nicht das ihre Erfahrung deckende oder das gewünschte Ergebnis erbracht, weshalb sie dann, laut Erzählung, voranschreitet und einen dritten Wert ohne weitere Messung einträgt. In der Rekonstruktion durch den Interviewten erscheint es so, dass sie ihr Erfahrungswissen als maßgeblicher ansetzt als das Wissen, das über ‚objektives‘ Messen hervorgebracht wird – denn sie trägt nach zweimaligem Messen einen Wert ein, der keiner der beiden Messungen entspricht.

Man könnte aber auch sagen, dass sie drei Wissensformen synchronisiert, denn in der Form, wie sie ein Ergebnis produziert, gleicht sie das Messergebnis, ihr Erfahrungswissen und die in Kurvenprofilen gespeicherten Durchschnittsdaten miteinander ab. Dazu muss man wissen, dass die äußere Kurve für Jungen bei der U1 mit einem Wert von 37,9 cm einsetzt, sodass der zunächst gemessene Wert von 39 cm zu einer Einordnung des Kopfumfangs des untersuchten Kindes als bereits auffällig groß geführt haben würde. Mit der berichteten Handlungsweise platziert die Geburtshelferin den Wert des Kindes also im Normalbereich der Kurvenlandschaft oder doch zumindest in deutliche Nähe dazu. Ihr fällt der Kopfumfang nicht als anormal auf, also wird die Manipulation des zu dokumentierenden Messwerts an beidem orientiert, dem eigenen Erfah-

rungswissen *und* der Normalitätserwartung, die im Kurvenprofil zum Ausdruck gebracht ist.

Der Vorgang vermittelt den Eindruck, dass die Messenden um die Normalität der Kinder auch unabhängig von dem Messvorgang wissen bzw. sich ein Urteil darüber zutrauen. Es ist zu vermuten, dass für das professionelle Wissen von Hebammen und Ärzten die an vielen Fällen geschulte Wahrnehmung der ganzen körperlichen Gestalt des Kindes – etwa in Hinblick auf stimmige Körperproportionen und -typen – eine nicht geringe Rolle spielt. Diese Vermutung wird z. B. durch die Beobachtung einer U3 (vierte bis sechste Lebenswoche) gestützt, bei der der Arzt die eingetragene Geburtsgröße offen anzweifelt – „also das mit den 49 cm, das glaube ich nicht. Ich glaub’, dass er größer war“ –, da seiner Wahrnehmung nach das Kind „groß und schlank“ ist. Auch hier wird eher der Messwert der Wahrnehmung angepasst als umgekehrt.<sup>16</sup>

Die wahrgenommene Gestalt scheint aber der Ratifizierung durch ein Messverfahren zu bedürfen, das im Beispiel zum Messen des Kopfumfangs recht eigenwillig praktiziert wird. Denn was die Hebamme im Ergebnis tut, ist die vom Somatogramm angebotenen Normalitätsdefinitionen zu dehnen, um, so ist zu vermuten, dem Kind nicht bereits kurz nach der Geburt das Normalitätszertifikat zu verweigern. Der schließlich dokumentierte Wert ist einem Prozess der Kompromissbildung zu verdanken, denn die Geburtshelferin entscheidet sich weder für einen der gemessenen Werte, noch entwickelt sie den Ehrgeiz, den Wert unterhalb der äußeren Kurve festzusetzen.

Die hohe Sensibilität des medizinischen Personals in Bezug auf die potenziell stigmatisierenden Wirkungen der Vorsorgeuntersuchungen ist auch daran zu ersehen, dass einige, v. a. naturheilkundlich orientierte Kindermediziner die Werte nicht in die Somatogramme eintragen (lassen). Dass die im Bereich der Kindermedizin Tätigen die Größen- und Gewichtsmessungen auf der anderen Seite für eher randständig halten, zeigt sich daran, dass Ärzte sich die Somatogramme nach dem Eintragen der Daten ganz selten noch einmal anschauen. Die geringe Be-

<sup>16</sup> Die These von der Gestaltwahrnehmung als einer alternativen Wissensform, die professionelle Vorsorgepraktiken anders strukturiert als die Vermessung des Kindes, kann hier leider nicht im Detail weiterverfolgt werden. Ihre Plausibilität kann aber zumindest an der Häufigkeit der Verwendung von metaphorischen Beschreibungen für die Maße der Kinder wie etwa „schwerer Brocken“ oder „feiner Junge“ während der Untersuchungen angedeutet werden.

achtung, die dem Prozess der Datenerzeugung und den ermittelten Daten von Seiten der Kindermediziner entgegengebracht wird, ist ein guter Beleg für ihre marginale medizinisch-diagnostische Bedeutung.

Allerdings berichten Informanten in einer Reihe von Fällen über den Verzicht auf die Dokumentation, bisher aber in keinem Fall über den Verzicht auf die Messungen selbst. Auf den Widerspruch zwischen Messungen und davon unabhängigen (professionellem) Wissen bezieht sich auch ein Vater im Interview:

Vater: Und äh das sind eben die, also ich glaube, diese Messverfahren, dienen nur dazu, extreme Ausreißer festzustellen, aber dann sieht man's sowieso. Ich glaube, das sind reine Routinegeschichten. Warum man das misst, das weiß glaube ich kein Mensch. Weil, ähm, wenn die groß sind, das sieht man vermutlich als Hebamme, und wenn die zu klein sind, die Köpfe, das sieht man auch. Also zu groß merkt man, dann kommt das Kind nicht, und zu klein, das merkt man auch, als Hebamme hat man das wahrscheinlich, hat man das ... Aber diese Durchschnittsleute, da geht's glaube ich nur darum, dann eben auf die Karte zu schreiben 38 cm

Mutter: weil die Oma dann fragt

Vater: weil Oma fragt, 38 cm das muss man ja wissen, und äh äh ähm so und so lang und so und so schwer (Interview: S. B.)

Der Interviewte entwickelt hier eine interessante Argumentation, um sich selbst und der Interviewerin Sinn und Zweck der Messungen zu erklären: Während er zunächst versucht, den diagnostischen Sinn herzuleiten – extreme Ausreißer feststellen –, bemerkt er beim Sprechen den Widerspruch und stellt sogleich fest, dass jene vermutlich schon durch Augenschein erkannt werden würden. Der nächste Erklärungsansatz ist im Begriff „reine Routinegeschichten“ angelegt: „Reine Routine“ steht für eine selbstläufige Praxis, nach deren Sinn niemand mehr fragt. Es folgt eine ethnografische Beschreibung des professionellen Wissens von Hebammen – was „man“ als Hebamme „sieht“, „merkt“ und (drauf?) „hat“ –, die vermutlich der Stützung der Routine-These dienen soll, im Grunde aber den Widerspruch verstärkt, dass das medizinische Personal gleichzeitig misst und nicht auf präzise Messungen angewiesen zu sein scheint, um relevantes professionelles Wissen zu generieren.

Deshalb greift der interviewte Vater, am Ende in Kooperation mit der Mutter, auf eine Erklärungsressource zurück, der zufolge dieser Teil der professionellen Praxis der Hebammen extern motiviert

ist: die habituelle Selbstverständlichkeit der Datenproduktion – den Wert „auf die Karte zu schreiben“ – aufgrund der Nachfrage der Familien. Die medizinische Notwendigkeit bleibt in dieser Interpretation auf der Strecke, sie ist für die Interviewten offenkundig nicht einsichtig geworden.

Nun lässt sich von den Alltagstheoretischen Bemühungen der interviewten Eltern, eine professionelle Praxis zu erklären, nicht unmittelbar auf eben diese Praxis schließen. Die Argumentation kann allerdings durchaus praxisrelevante Anschlussfragen motivieren: Sollte es so sein, was sehr plausibel ist, dass Hebammen (sowie Sprechstundenhilfen und Ärzte) in der Regel über ein Erfahrungswissen verfügen, das sie „extreme Ausreißer“ unmittelbar erkennen lässt, würde sich die Frage stellen, warum nicht nur in den Fällen gemessen wird, in denen den Professionellen etwas Ungewöhnliches auffällt. Der Informationsbedarf der Angehörigen, den die Eltern im Interview anführen, taugt hier nicht ernsthaft als Erklärung für eine in diesen Ausmaßen institutionalisierte Praxis. Warum ist die ‚amtliche Beglaubigung‘ von (im Zweifelsfall unpräzisen) Messergebnissen von U1 bis U9 immer wieder notwendig? Warum also wird dieser hohe Aufwand, *alle* Kinder bei *allen* Kindervorsorgeuntersuchungen zu messen und zu wiegen, betrieben?<sup>17</sup>

Um der Beantwortung dieser Frage näher zu kommen, seien zwei weitere Ausschnitte aus Beobachtungsprotokollen zitiert:

Während das Kind selbständig auf eine Untersuchungsliege klettert, zeigt Frau Gerber, die Sprechstundenhilfe, der Mutter die Somatogramme, in die sie inzwischen die vorher gemessenen Werte eingetragen hat. Sie kommentiert, dass Größe und Gewicht „im Normbereich“ lägen. Die Mutter fragt zurück, ob Cathrin nicht immer noch ein bisschen leicht sei. Frau Gerber zeigt ihr das Somatogramm II und meint, nein, das Gewicht sei ganz normal, im Normbereich. (U9, BP H.K.)

Frau Gerber zeigt der Mutter der beiden Untersuchungskinder die Somatogramme, ich habe den Eindruck, dass sie damit auch den Dialog zwischen der Mutter und dem älteren Kind über die bevorstehende Impfung beenden möchte. Die Werte des Babys sind fast auf der Mittellinie, Frau Gerber deutet auf die Kurven und meint: „Solange das zwischen den Linien hier liegt, ist das super.“ (U3 und U8, BP H.K.)

Im Spiegel dieser Beobachtungen wird deutlich, dass die logarithmische Konstruktion der Somato-

<sup>17</sup> Dass die Vorsorgeuntersuchungen dem Ziel, eine fortlaufende Kindergesundheitsstatistik zu etablieren, nicht nachzukommen vermögen, darauf wurde bereits eingangs hingewiesen. Eine epidemiologische Begründung kann deshalb auch an dieser Stelle nicht überzeugen.

gramme einer anderen Logik (der rationalen Repräsentation) folgt, als es deren vereinfachte Rezeption und Rekonstruktion im Gebrauch erscheinen lässt – letztere kann aber zugleich als Effekt des Darstellungsformates gedeutet werden, insofern potenzielle Missverständnisse im Alltagsgebrauch, wie oben beschrieben, schon in die Grafiken ‚eingebaut‘ sind. Die beobachtete Differenz der (Re)Konstruktionslogiken begründet aus ethnografischer Sicht die Annahme, dass die „schönen Kurven“<sup>18</sup>, die den Korridor der Normalitätserwartungen markieren, nicht nur Normalität abbilden, sondern im Effekt auch schaffen: „Solange das zwischen den Linien hier liegt, ist das super“. Zwar formuliert die Sprechstundenhilfe hier keine normativen Normen im Sinne von punktförmigen Erfüllungsnormen (Gerhard et al. 2001), die normalistischen Normen, die über eine Kurvenlandschaft repräsentiert werden, werden aber deutlich normativ aufgeladen.

Insofern Größen- und Gewichtsdaten eine Chiffre für normale Entwicklung abgeben, können umgekehrt anormale Daten in diesen Bereichen auch als Indikator für vielfältige Symptome, Gefährdungen und Störungen dienen, die u. a. auf undiszipliniertes Elternverhalten hindeuten. Dass Eltern die Dokumentation von Werten in Somatogrammen auch als eine Evaluation ihrer Hege und Pflege erfahren können, darauf deutet die Frage der Mutter hin, ob das Kind nicht „immer noch“ zu leicht sei, denn das Gewicht des Kindes, sofern krankheitsbedingte Ursachen ausgeschlossen werden können, ist ein zuverlässiger Indikator für die elterliche Versorgung. Interpretiert man die Frage vor dem Hintergrund des öffentlichen Diskurses über Vernachlässigungen, so beugt die Mutter damit, selbst wenn die Frage zu bejahen gewesen wäre, zugleich einem potenziellen Eindruck von mangelnder Fürsorge vor.

Im Falle der Abweichung von der Norm ziehen die Messungen weitere Befragungen und Beratungen der Eltern durch das medizinische Personal nach sich, und zwar auch ohne Nachfrage der Eltern. Bei zu schweren Kindern werden dann das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder genauer inspiert, der Bekenntnisdruck auf die Eltern bezüglich

ihrer Lebensgewohnheiten wächst. Es folgen Beratungen zur Änderung der Gewohnheiten, und ggf. werden erzieherische oder therapeutische Maßnahmen wie Ernährungskurse oder Physiotherapie verordnet. Soweit sich alle Kinder an ihnen messen lassen müssen, werden die deskriptiven Normen auf diese Weise in der kinderärztlichen Praxis für die zu untersuchenden Kinder in ein Soll transformiert und ggf. in normative Anforderungen an die Eltern übersetzt. Vor dem Hintergrund drohender Bearbeitungen von Abweichungen wird verständlich, dass die Daten der Kinder, wie in dem Interview-Beispiel dargestellt, bisweilen einfach ‚passend‘ gemacht werden, da das Normalitätszertifikat für die Eltern ein hohes Gut ist.

Die vereinfachte, fachlich gesehen letztlich falsche Lesart der Somatogramme im praktischen Gebrauch bezeugt, dass sie bei gleicher Gestalt mehreren, disparaten praktischen Zwecken dienen können: Erfordernissen des Dokumentierens von Daten einerseits und der Anforderung, Eltern zu Beobachtern und Garanten normaler Entwicklung zu erziehen andererseits. Daran wird deutlich, dass je nach situativen Bedingungen beide Zwecke nicht *an sich* greifen, vielmehr realisiert die Untersuchungspraxis in ihrer jeweiligen Durchführung mehr oder weniger große Annäherungen an das ‚Funktionieren‘.

## 8. Fazit

Die Kombination von Instrumentenanalyse, Beobachtungen und Interviews schaffte in der vorliegenden Studie einen methodischen Zugang zu dem differenzierten Aktanten-Status der Somatogramme in der kinderärztlichen Praxis. Somatogramme führen praxisanalytisch gesprochen ein Zwitterdasein: Sie sind Dokumente (Beweise), indem sie Daten und Wissen speichern, und sie sind Instrumente, indem sie (als Werkzeuge) die Untersuchungspraktiken strukturieren. Dieser Doppelcharakter Instrument/Dokument ist typisch für den Bereich der Diagnostik und reduziert in den Untersuchungen Komplexität bzw. kürzt die Untersuchungsverfahren in der Regel ab. Die Komplexitätsreduktion hält das Instrument angesichts einer disparaten situativen Anforderungsstruktur praktikabel, und zwar nicht obwohl, sondern weil sie dem Untersuchungsverlauf Missverständnisse in Bezug auf das Instrument einschreibt (vgl. auch Kelle 2007); diese These wird im Verlauf des Forschungsprojekts im Rahmen weiterer Teilstudien zu prüfen sein.

Je nach Kontext stehen unterschiedliche Eigenschaften oder Potenziale von Artefakten im Vorder-

<sup>18</sup> Aus einem Elterninterview: „Und dann geht’s halt darum, dass er fragt (.) spricht er, oder hört er, dann gib’t nen Hörtest, ne also bei unseren beiden Kindern hat er aber nicht funktioniert (lacht) und ähm ja, dann Essen, und Gewicht, dann misst er den Kopfumfang, der wird eingetragen auch, das ist dann so ne (.) so ne schöne Kurve (ironisierend) ... “. Auch die Frage der Interferenzen zwischen Ästhetisierung und Normierung wäre am Beispiel der Somatogramme weiterzuerfolgen.

grund von sozialen Situationen und (professionellen) Praktiken. Die Somatogramme sind mal für die diagnostische Weiterverarbeitung von Entwicklungsdaten unverzichtbare Dokumente, mal Instrumente, die das medizinische Personal nicht nur zur Strukturierung der Untersuchungssituation im engeren Sinne, sondern auch zur (pädagogischen) Adressierung von Eltern benutzt (Parry/Pill 1994). Für alle drei Kontexte bedeutet die Faktizität ihrer Gestalt, dass die Somatogramme nicht beliebiges Verständnis und beliebigen Gebrauch erlauben; insofern sind sie konstitutiv für die medizinische Arbeit (Berg 1996). Durch die Methodenkombination kommt man den Problemen auf die Spur, die sich stellen, wenn die verschiedenen Bestimmungen sich pragmatisch überschneiden – der Beitrag hat gezeigt, wie die vereinfachte Rezeption auch mit der Konstruktionslogik des Dokuments verknüpft ist.

Die Gegenstände einer praxisanalytisch orientierten Instrumenten- und Dokumentenanalyse im Rahmen der Erforschung der Vorsorgeuntersuchungen sind demnach nicht geschlossene, singuläre Objekte, die man isoliert betrachten könnte oder die *einen* Zweck erfüllen.<sup>19</sup> Ähnlich wie Mol (1998, 2002) die Virulenz von multiplen Normen und multiplen Körpern in medizinischen Praktiken entdeckt hat, ist auch mit der Virulenz von multiplen praktischen Bestimmungen der Artefakte im medizinischen Feld zu rechnen.

Die oben im Anschluss an Reckwitz (2003) benannten heuristischen Prämissen zielten darauf, die Methodenkombination praxistheoretisch zusammenzubinden. Am Ende dieses Beitrags deutet sich an, dass die ethnografische Forschung auch dazu dienen kann, die praxistheoretischen Annahmen weiterzuentwickeln. Insofern die soziale Praxis ein Netzwerk aus ganz verschiedenen Praktiken und Praxisschichten darstellt und insofern sich unterschiedliche Handlungslogiken überschneiden und überlagern, sind „soziale Praktiken“ vermutlich weniger kohärente Phänomene, als es die Modellierungen der Praxistheorie bisher nahe legen.

Es ist zu vermuten, dass sich die hier am Beispiel beschriebenen praktischen Interferenzen zwischen Normalität und Normativität in Bezug auf Ent-

wicklungsnormen in absehbarer Zukunft wandeln werden. Vor allem am Beispiel des Somatogramms II, in das die Gewichtsentwicklung eingetragen wird, lässt sich abschließend noch einmal Zusammenhang und Differenz von statistischen Durchschnittswerten bzw. normalistischen Normen und wünschenswerter „normaler“ Entwicklung thematisieren. Da Epidemiologen in den letzten Jahren über einen Zuwachs an dicken bis adipösen Kindern berichten (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW 2002, Fuhs 2003), würde eine neuerliche Anpassung der Grafik an aktuelle Durchschnittswerte vermutlich dazu führen, dass sich die Kurven bzw. der von ihnen definierte Normbereich ‚nach unten‘ verschieben – und aus dem medizinisch und sozial wünschenswerten Bereich ‚herauswandern‘.

Diese Differenz ist auch der Hintergrund für die Initiative der WHO (2006), ihre Somatogramme von einer deskriptiven Logik auf eine präskriptive, offen normative Logik umzustellen.<sup>20</sup> Die WHO-Standards wurden an einer aus sechs kulturell und sozialstrukturell heterogenen Ländern rekrutierten Population ausgearbeitet, für die stillende, nicht rauchende Mütter als „normale“ Ernährungsbedingung angenommen wurde. Gleichwohl ist das Darstellungsformat der WHO-Entwicklungskurven nach wie vor quasi-deskriptiv, nämlich ohne expliziten Hinweis auf die fehlende Repräsentativität der Untersuchungsgruppe, mittels derer die Daten generiert wurden. Diese Präsentation der Standards hat die wissenschaftlichen Insignien normalistischer Normen, nämlich statistikbasiert zu sein, nicht abgestreift, sie beerbt jene vielmehr, indem sie die inkorporierte „Normalität“ über die Auswahl der Untersuchungsgruppe steuert.

Die WHO reagiert mit ihrem Vorgehen explizit darauf, dass die etablierten gesundheitspolitischen Instrumente eine Gesundheitserziehung funktional nicht zu leisten vermochten. Das Beispiel Adipositas zeigt besonders eindrücklich, dass die Konfrontation der Betroffenen mit Normalkurven im Rahmen von Kindervorsorgeuntersuchungen nicht zu einer Abnahme der diagnostizierten Fälle geführt hat (ganz im Gegenteil). Man kann auch sagen: Die deskriptiven Normalkurven tendieren zur Übererfüllung des Zwecks der Normalisierung einer-

<sup>19</sup> Im Feld gibt es ein System von Dokumenten zu entdecken, die über *Praktiken* miteinander vernetzt sind und unterschiedlich institutionalisiert sind; neben den Kinderuntersuchungsheften sind dies z. B.: Patientenakten des Arztes, Impfpässe, Informations- und Merkblätter für Eltern, Sprachtests, Kinderzeichnungen und Kategorientabellen zur Auswertung von Kinderzeichnungen etc.

<sup>20</sup> “The new growth curves are expected to provide a single international standard that represents the best description of physiological growth for all children from birth to five years of age and to establish the breastfed infant as the normative model for growth and development” (WHO 2006).

seits, indem sie auch zu dicke Kinder normalisieren; und andererseits kommen sie diesem Zweck damit gerade nicht nach, weil gesundheitlich bedenkliche Abweichungen nicht hinreichend diagnostiziert werden, um sie einer normalisierenden Bearbeitung zuzuführen.

Für die internationale Standardisierung propagiert die WHO deshalb im Dienste der Gesundheitserziehung eine Entdifferenzierung von normalistischen Normen und normativen Normen; wie erfolgreich sie ihre präskriptiven Standards international wird durchsetzen können, wird sich zeigen.<sup>21</sup> Vor diesem Hintergrund ist abschließend noch einmal zu betonen, dass im Bereich der Vorsorge eine makro-konstruktivistische Betrachtung von kulturellen Ordnungen und Institutionen im Weltmaßstab (Meyer 2005) einen relevanten theoretischen Rahmen setzt. Vergegenwärtigt man sich die eigenwilligen, situierten Interpretationen institutionalisierter Instrumente, die in diesem Beitrag analysiert wurden, so ist außerdem anzunehmen, dass in Zukunft auch die mikroanalytische Rekonstruktion je situerter kultureller Praktiken nicht obsolet ist.

Im Falle der Somatogramme, die derzeit noch im Gebrauch sind, drängt sich abschließend, wenn man sie wieder in den Kontext des komplexen Untersuchungsprogramms der jeweiligen Vorsorgeuntersuchung stellt, eine bestimmte Deutung ihrer praktischen *in situ* Bestimmung auf. Das Kinderuntersuchungsheft sieht für die U1 bis U9 eine Fülle an selbst für den erwachsenen Laien unverständlichen Untersuchungsschritten und Verfahren vor, und das Zeitmanagement in Arztpraxen und die Ökonomie der Untersuchungen lassen es nicht zu, dass den Untersuchten viel erklärt wird. In diesem Kontext kann den Somatogrammen bzw. den mit ihnen verknüpften Messungen insofern eine kompensatorische Funktion für den Ablauf der Kinderuntersuchungen zuwachsen, als sie die Eltern in der diffusen Sorge um ihre Kinder, die durch die ‚stressige‘ Untersuchungssituation aktualisiert wird, zu beruhigen vermögen. Entgegen Bergs (1996: 511) These, dass Patientenakten, sofern sie Wissen sammeln und distribuieren, „action at a distance“ zu organisieren vermögen, könnte man für die Somatogramme sagen, dass sie reibungslose „action on the spot“ ermöglichen. Die Somatogramme sind scheinbar wunderbar einfach zu verstehen – und in den allermeisten Fällen heißt es nach dem Messen und Wiegen: „Ganz normal!“

Für Eltern dürfte dieses Ergebnis nicht selten für die Ergebnisse der Kindervorsorgeuntersuchungen insgesamt stehen. Folgt man dieser Interpretation ihres praktischen Gebrauchs, dann spricht einiges dafür, die Notwendigkeit der kontinuierlichen Messungen für die medizinische Prävention (in hochentwickelten Gesellschaften) zu bezweifeln, nicht allerdings die Brückenfunktion, die diesen Messungen, ihrer Dokumentation in Somatogrammen und deren Kommunikation während der Untersuchungen zukommt: zwischen fachlich-medizinischem Wissen und Praktiken auf der einen und den Praktiken von Eltern auf der anderen Seite. Mit Größen- und Gewichtsmessungen werden diagnostische Verfahren mit vergleichsweise alltagsweltlichen Praktiken eröffnet. Indem sie das Alltagswissen der Eltern ratifizieren, inkludieren die Somatogramme die Eltern und ihre Expertise in die Vorsorgeuntersuchungen und vermitteln ihnen *pars pro toto* nicht nur, dass ihre Kinder normal sind, sondern auch, dass sie die Praktiken verstehen (können), in die sie da involviert werden.

## Literatur

- Adler, Pat. / Adler, Pet. (Hrsg.), 1997: *Constructions of Deviance. Social Power, Context, and Interaction*. Belmont et al.: Wadsworth Publishing Company.
- Alanen, L., 2000: *Visions of a social theory of childhood. Childhood. A global journal of child research* 7: 493–506.
- Amann, K. / Knorr Cetina, K., 1988: *The Fixation of (Visual) Evidence. Human Studies* 11: 133–169.
- Amann, K. / Hirschauer, S., 1997: *Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm*. S. 7–52 in: S. Hirschauer / K. Amann (Hrsg.), *Die Befremdung der eigenen Kultur*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Armstrong, D., 1983: *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Becker, P. (Hrsg.), 1999: *Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugend-psychiatrie*. Weinheim: Juventa.
- Berg, M., 1996: *Practices of Reading and Writing: the Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. Sociology of Health and Illness* 18: 499–524.
- Bergmann, J.R., 2006: *Studies of Work*. S. 391–405 in: R. Ayaß / J.R. Bergmann (Hrsg.), *Qualitative Methoden der Medienforschung*. Reinbek: Rowohlt.
- Bernfeld, S., 1967 (Orig. 1925): *Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Böhm, A. / Kuhn, J., 2000: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse von Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg. Soziale Lage: Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete* 49: 343–364.

<sup>21</sup> Die in Deutschland 2006 neueingeführten Somatogramme orientieren sich bislang weiter an repräsentativen statistischen Daten (vgl. auch Fußnote 15).

- Brüggemann, J.H., 1991: Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (U1–U9). Erläuterungen für Eltern zum „Gelben Heft“. Stuttgart: Thieme.
- Bundesanzeiger, 2005: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Bundesanzeiger Nr. 60 vom 31. 3. 2005. [http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv-normen/richtlinien/richtl\\_kinder.pdf](http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv-normen/richtlinien/richtl_kinder.pdf)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2005: Richtlinien zur Förderung der Präventionsforschung im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“. Bundesanzeiger Nr. 74 vom 20.04.2005.
- Bundesrat, 2006: Antrag der Länder Hessen, Saarland, Bayern und Bremen: Entschließung des Bundesrates für eine Verpflichtung der Früherkennungsuntersuchungen. Drucksache 823/06.
- Burman, E., 1994: *Deconstructing Developmental Psychology*. London: Routledge.
- Canguilhem, G., 1974: *Das Normale und das Pathologische*. München: Hanser.
- Christensen, P.H., 1999: 'It hurts'. *Children's Cultural Learning About Everyday Illness*. *Etnofoor* 12: 39–52.
- Christensen, P.H., 2003: Kindheit und die kulturelle Konstitution verletzlicher Körper. S. 115–136 in: H. Hengst / H. Kelle (Hrsg.), *Kinder – Körper – Identitäten*. Weinheim: Juventa.
- Christensen, P. / James, A., 2000: Researching children and childhood: cultures of communication. S. 1–8 in: P. Christensen / A. James (Hrsg.), *Research with children. Perspectives and practices*. London: Falmer Press.
- Corsaro, W.A., 1997: *The Sociology of Childhood*. Thousand Oaks: Sage.
- Cravens, H., 1985: Child-Saving in the Age of Professionalism, 1915–1930. S. 415–488 in: J.M. Hawes / R.N. Hyner (Hrsg.), *American Childhood: a research guide and historical handbook*. Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Emerson, R.M. / Fretz, R.I. / Shaw, L.L., 1995: *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Featherstone, M. / Hepworth, M., 1998: Ageing, the life-course, and the sociology of embodiment. S. 147–175 in: G. Scambler / P. Higgs (Hrsg.), *Modernity, medicine, and health: medical sociology towards 2000*. London: Routledge.
- Foucault, M., 1973: *Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. München: Hanser.
- Foucault, M., 1977: *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Foucault, M., 2003: *Die Anormalen: Vorlesungen am Collège de France (1974–1975)*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fuhs, B., 2003: Dicke Kinder: Eine Internet-Recherche. Anmerkungen zu einem unterschätzten Körperdiskurs. *Zeitschrift für Qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 4: 81–104.
- Gerhard, U. / Link, J. / Schulte-Holtey, E. (Hrsg.), 2001: *Infografiken, Medien, Normalisierung. Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften*. Heidelberg: Wissenschaftsverlag der Autoren.
- Hancock, P. (Hrsg.), 2000: *The body, culture and society: an introduction*. Buckingham: Open University Press.
- Hasse, R. / Krücken, G. 2005: *Neo-Institutionalismus*. Bielefeld: Transkript.
- Heath, C. / Luff, P., 2000: *Technology in Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hengst, H. / Kelle, H. (Hrsg.), 2003: *Kinder – Körper – Identitäten. Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa.
- Hermanussen, M., 2004: Interview: „Wir brauchen ein zentrales Institut für Kinderprävention. Vorsorgemaßnahmen haben eine wachsende Bedeutung für die Lebensqualität“. <http://www.liga-kind.de/pages/403hermanussen.htm> (Stand: Mai 2004).
- Herwig, E., 1975: *Krankheitsfrüherkennung Säuglinge und Kleinkinder (Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1972)*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hessisches Sozialministerium, 2006: Pressemitteilung: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen 2005 (vom 31. 3. 2006) [www.hessen.de](http://www.hessen.de) (Pressemitteilungen).
- Honig, M.-S., 1999: *Entwurf einer Theorie der Kindheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Hungerland, B., 2003: „Und so gedeiht das Baby!“ Altersgerechte Entwicklung und Gesundheit als gesellschaftliche Norm und Leistung. S. 139–160 in: H. Hengst / H. Kelle (Hrsg.), *Kinder – Körper – Identitäten*. Weinheim: Juventa.
- James, A. / Jenks, C. / Prout, A., 1998: *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
- James, A., 2000: Embodied Being(s): Understanding the Self and the Body in Childhood. S. 19–37 in: A. Prout (Hrsg.), *The Body, Childhood, and Society*. Houndmills: Macmillan Press.
- Joos, M., 2001: *Die soziale Lage der Kinder. Sozialberichterstattung über die Lebensverhältnisse von Kindern in Deutschland*. Weinheim: Juventa.
- Jungbauer-Gans, M. / Kriwy, P. (Hrsg.), 2004: *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS.
- Kalthoff, H., 2003: Beobachtende Differenz. Instrumente der ethnografisch-soziologischen Forschung. *Zeitschrift für Soziologie* 32: 70–90.
- Kelle, H. / Breidenstein, G., 1996: *Kinder als Akteure. Ethnografische Ansätze in der Kindheitsforschung*. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 16: 47–67.
- Kelle, H., 2001: *Ethnografische Methodologie und Probleme der Triangulation. Am Beispiel der Peer Culture Forschung bei Kindern*. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 21: 192–208.
- Kelle, H., 2007: Sprachtests – ethnografisch betrachtet. Ein Beitrag zur Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren. *Zeitschrift für Qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 8 (im Erscheinen).
- Klaus, A., 1993: *Every Child a Lion. The Origins of Ma-*

- ternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890–1920. Ithaca: Cornell University Press.
- Knorr Cetina, K., 2002: Wissenskulturen: ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Krappmann, L. / Oswald, H., 1995: Alltag der Schulkinder. Weinheim: Juventa.
- Langness, A., 2006: Früherkennungsuntersuchungen bei sozial benachteiligten Kindern – Eine Studie zur Inanspruchnahme und Akzeptanz der U1 bis U9. Diss. Universität Bielefeld.
- Latour, B. / Woolgar, S., 1979: Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts. Beverley Hills: Sage.
- Latour, B., 1991: Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie. Berlin: Akademie Verlag.
- Law, J. / Mol, A., 2002: Complexities. Social Studies of Knowledge Practices. Durham: Duke University Press.
- Link, J., 1999: Versuch über den Normalismus: wie Normalität produziert wird. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Link, J. / Loer, T. / Neuendorff, H. (Hrsg.), 2003: ‚Normalität‘ im Diskursnetz soziologischer Begriffe. Heidelberg: Synchron.
- Lischeid, T., 2001: Vom „Schreibstammeln bei Halbidioten“ zur „umschriebenen LRS“. Diagnostische Kurvenprofile in der Legasthenieforschung. S. 205–222 in: U. Gerhard / J. Link / E. Schulte-Holtey (Hrsg.), Infografiken, Medien, Normalisierung. Heidelberg: Synchron.
- Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, 2002: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Landesgesundheitsbericht 2002. Hrsg. v. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: Landesinstitut.
- Luhmann, N., 1990: Der medizinische Code. S. 183–195 in: N. Luhmann, Soziologische Aufklärung. Bd. 5: Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lutz, P. (Hrsg.), 2003: Der (im-)perfekte Mensch: Metamorphosen von Normalität und Abweichung. Hrsg. im Auftrag von Aktion Mensch und Stiftung Deutsches Hygiene-Museum. Köln: Böhlau.
- Mayall, B., 1996: Children, Health, and the Social Order. Buckingham: Open University Press.
- Meyer, J.W., 2005: Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Meuser, M. / Nagel, U., 1997: Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. S. 481–491 in: B. Friebertshäuser / A. Prengel (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa.
- Mol, A., 1998: Lived Reality and the Multiplicity of Norms: a Critical Tribute to Georges Canguilhem. *Economy and Society* 27: 274–284.
- Mol, A., 2002: The Body Multiple. *Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press.
- Nauck, B., 1995: Kinder als Gegenstand der Sozialberichterstattung. Konzepte, Methoden und Befunde im Überblick. S. 11–87 in: B. Nauck / H. Bertram (Hrsg.), Kinder in Deutschland. Lebensverhältnisse von Kindern im Regionalvergleich. DJI Familien-Survey 5. Opladen: Leske + Budrich.
- Parry, O. / Pill, R., 1994: ‘I don’t tell him how to live his life’: The doctor/patient encounter as an educational context. S. 5–21 in: M. Bloor / P. Taraborelli (Hrsg.), *Qualitative studies in health and medicine*. Aldershot: Avebury.
- Place, B., 2000: Constructing the Bodies of Ill Children in the Intensive Care Unit. S. 172–194 in: A. Prout (Hrsg.), *The Body, Childhood, and Society*. Houndsmill: Macmillan Press.
- Prout, A. (Hrsg.), 2000: *The Body, Childhood, and Society*. Houndsmill: Macmillan Press.
- Reckwitz, A., 2003: Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie* 32: 282–301.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2001: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 03/01.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2004: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder und Jugendliche. Berlin.
- Schulz, G., 1996: Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung. Konzept einer Arbeitsgruppe aus dem Regierungsbezirk Köln: ABC-Test. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW. Bonn: Gesundheitsamt.
- Sohn, W. (Hrsg.), 1999: Normalität und Abweichung: Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Spradley, J.P., 1979: *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Swaan, A. de, 1990: *The management of normality: critical essays in health and welfare*. London: Routledge.
- Turmel, A., 1997: Childhood and Normalcy: Classification, Numerical Regularities, and Tabulations. *International Journal of Educational Research* 27: 661–672.
- World Health Organization (WHO), 2006: WHO Child Growth Standards: Length/Height-for-age, Weight-for-age, Weight-for-length, Weight-for-height and Body Mass Index-for-age. Methods and Development. Non-serial Publication WHO.
- Wolff, S., 2003: Dokumenten- und Aktenanalyse. S. 502–513 in: U. Flick / E. von Kardorff / I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt.
- Zeiger, H., 1996: Kinder in der Gesellschaft und Kindheit in der Soziologie. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie* 16: 26–46.
- Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Hrsg.), 1988: Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder. Aufbereitung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen 1978–1985. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

**Autorenvorstellung:** Helga Kelle, geb. 1961. Studium der Diplompädagogik in Bielefeld. Promotion in Erziehungswissenschaft in Bielefeld. Von 1993–1997 wissenschaftliche Mitarbeiterin, von 1998–2000 Habilitationsstipendiatin der DFG; von 2001–2004 Vertretungsprofessorin in Duisburg, Göttingen, Gießen und München; seit 2004 Professorin für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt schulische und außerschulische Bildungsprozesse von Kindern in Frankfurt/Main.

Forschungsschwerpunkte: Kindheit, Bildung, Geschlechterdifferenzierung, qualitative Methoden.

Publikationen: Geschlechteralltag in der Schulklasse. Ethnographische Studien zur Gleichaltrigenkultur. Weinheim: Juventa 1998 (zus. mit Georg Breidenstein); Kinder – Körper – Identitäten. Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel. Weinheim 2003 (hrsg. zus. mit Heinz Hengst); Kinder und Erwachsene. Die Differenzierung von Generationen als kulturelle Praxis, in: H. Hengst / H. Zeiher (Hrsg.), Kindheit soziologisch. Opladen 2005, S. 83–108.