

7. Auf Station: Einspuren, ausprobieren, betüdeln

Nachfolgend werden der Operationstag und die postoperative Phase vertieft, die sich bis zum temporären Klinikaustritt erstreckt, wobei das sich über diese Zeit hinweg changierende Zusammenspiel im System of Care in den Fokus rückt. Während in der präoperativen Phase ein schrittweises Einpassen der Schwangeren zu beobachten war, zeichnet sich am Operationstag eine Zuspitzung dessen ab, was ich als ein Einspuren verstehe. Auf die Operation folgt ein Aufenthalt auf der Überwachungs- oder der Intensivstation, der von einer engen Kontrolle geprägt ist. Danach kehren die Frauen auf die Pränatalstation zurück, wo sie sich einer intensiven Körperarbeit zu widmen haben, die auf das »Ver-sorgen« zweier Körper abzielt.¹ Ihre eigenen gelebten Körperrealitäten, wie ich sie bezeichne, erfahren durch die Operation eine Zäsur. Ihre Körper tragen nun zwei Narben, eine am Bauch und eine an der Gebärmutter, und ihre Körper fühlen sich anders an. Während der schwangere Körper in gewisser Hinsicht »krank« gemacht wurde, erfährt die Entwicklung der Spina bifida des Ungeborenen einen Umbruch. Vonseiten der Schweizer Klinik erhält die Schwangere die Aufgabe, sich selbst wieder zu »mobilisieren« und das Ungeborene bis zur 37. Schwangerschaftswoche zu »halten«, was für sie zugleich bedeutet, sich nicht zu stark anzustrengen. Diskutiert wird, wie die Schwangeren in ihren transformierten gelebten Körperrealitäten agieren, wie sie mit den Spannungen umgehen, in denen sie sich wiederfinden, und wie sie mit den Beteiligten des System of Care ein kollektives *doctoring* an ihren individuellen postoperativen Pfaden betreiben. Zudem wird dargelegt, wie die Frauen ihre eigene Körperbelastung erst durch den Gewinn einer zeiträumlichen Distanz erleben und neu einordnen.

Zuerst erarbeite ich ausgehend vom empirischen Material einen analytisch-theoretisierten Zugang zum Feldbegriff System of Care. Es gilt aufzuzeigen, wie sich dieser Hülsenbegriff im untersuchten Feld artikuliert und wie seine Nutzer:innen ihn verstehen und verwenden. Mit der schrittweisen Auslegung des Feldbegriffes lässt sich das System of Care als ein Gefüge von multiplen situierten ver-sorgenden Praktiken einordnen (Kapitel 7.1). Danach wende ich mich dem

1 Die Schreibweise von »Ver-sorgen« wird in Kapitel 7.1 (siehe S. 221ff.) ausgeführt.

Geschehen im Operationssaal zu, das von einer besonderen Spielart des Zusammenspiels im Gefüge geprägt ist. Alle Beteiligten haben an einem minutiösen Fahrplan mitzuwirken, womit der Handlungsspielraum für individuelle Bewegungen reduziert wird. Dass sich aber auch in diesem Modus des Einspurens unbestimmte Begegnungen ereignen, zeige ich an einer vermeintlich unscheinbaren verrückten Situation auf (Kapitel 7.2). Dass Standards fortwährend in Aushandlungsprozesse zahlreicher Disziplinen eingebunden sind und an ihnen kontinuierlich gearbeitet wird, vertiefe ich am Beispiel der intra- und postoperativen Schmerztherapie im Rahmen der Operation. Um die steten Arbeiten an Standards in den Blick zu nehmen, führe ich das eigens entwickelte Konzept *Feintuning* ein (Kapitel 7.3). Hier nach wende ich mich der postoperativen Phase zu, in der die Schwangeren sowohl ihre transformierten Körper wieder zu »mobilisieren« als auch das Ungeborene möglichst lange zu »halten« haben. Ich diskutiere, wie die Schwangeren durch ihre enggeführte Aufmerksamkeit auf das Ungeborene ihren eigenen Körper in einer schützenden Funktion hervorbringen, die eigene Körperbelastung aber erst versetzt erleben und verarbeiten (Kapitel 7.4). Zuletzt interessiert der temporäre Austritt, der von den Schwangeren als eine weitere mit Hoffnungen, Ängsten und Unsicherheiten verknüpfte »Hürde« erlebt wird (Kapitel 7.5).

7.1 »Die Versorgung läuft!«

Dass »die Versorgung läuft«, hält Moser (#420) fest. Damit meint die Ärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie, dass Akteur:innen diverser Disziplinen durch ihre Präsenz für eine »continuity of care« (#405) sorgen, was ein System of Care über den Behandlungspfad hinweg ermögliche. In ihren eigenen Worten bezeichnet sie das System of Care als ein »Ganzes«, wie auch manch ihrer Kolleg:innen. Weitere Sprachbilder (wie »Netz« oder »Gefüge«) kommen zum Einsatz, die diesem Feldbegriff Kontur verleihen. Erstere sind instruktiv, da der Feldbegriff sich uns nicht von selbst erschliesst. Zunächst ist er ein Hülsenbegriff, unter dem Unterschiedliches verstanden werden kann. Ausgehend vom empirischen Material diskutiere ich, wie dieser Begriff im Feld gedacht und verstanden wird und wie er sich in der Praxis realisiert.

Ein Sprechakt

Erstmals begegnet bin ich dem Feldbegriff »System of Care« in einem Interview mit Schneider. Der Fetal- und Kinderchirurg beschreibt damit das Zusammenspiel von gut zwanzig Disziplinen für eine »umfassende, standardisierte, korrekte, maximale Nachsorge«, die unerlässlich sei, wenn zuvor »eine solch maximal verrückte Therapie« erfolge. Gemäss Schneider stellt ein System of Care für die fetomaternale Praxis und ihre Nachsorge »the best way to do it« (Schneider I, #174f. und #182) dar. Spä-

ter habe ich erfahren, dass der Begriff von Schneider stammt und mehrheitlich an Teamsitzungen oder Konferenzen verwendet wird, und dies meist durch ihn selbst. Dass auch Schwangere und deren Familien davon Kenntnis haben, erfahre ich nur einmal. So brachte Schneider ihn in einem Gespräch mit Frau Kuhn ein. Anlass dazu gab ihr vorzeitiger Wiedereintritt wegen eines Blasensprungs. Die Ambulanz fuhr die Schwangere von einer Klinik in Deutschland, die die Komplikation feststellte, in die Schweizer Klinik. Bei einer Visite erzählte Frau Kuhn Herrn Schneider, dass für sie klar sei, dass sie immer in die Klinik zurückkehre. Daraufhin habe Herr Schneider gesagt, dass diese Rundumversorgung das hiesige System of Care ausmache (vgl. Kuhn, Wiedereintritt #6). Der Chirurg bringt den Feldbegriff im Sinne eines Sprechaktes ein, um eine besondere Qualität der Schweizer Praxis zu unterstreichen. Mit Sprechakt meine ich, dass nicht nur die Praxis beschrieben, sondern auch ein Akt von Grenzarbeit vollzogen wird. Zudem ist zu erfahren, dass Frau Kuhn ihre langfristige Bindung an die Schweizer Klinik kundtut, womit sie ihre mitwirkende Rolle im System of Care explizit macht, was für dessen Funktionieren relevant ist. Kehren die Familien für die Nachsorge nicht zurück, beginnt das System of Care zu bröckeln.² Rund 18 Monate später wird Frau Kuhn sich aber dazu entschieden haben, die Nachkontrollen vorerst heimatnah in Deutschland wahrzunehmen und nicht wie geplant in der Schweizer Klinik (vgl. Kuhn, #700). Wieso ich diese vielleicht überraschende Wendung nicht als nicht compliant verstanden wissen will, sondern in ihrer relationalen Rationalität als eine situierte versorgende Anpassung, soll dieses Kapitel verdeutlichen. Das eingeführte Beispiel lässt erkennen, dass versorgende Praktiken relational, ergebnisoffen und situiert sind. So hört Frau Kuhn mit dem Entscheid, vorerst nicht in die Schweizer Klinik zurückzukehren, nicht auf, sich um ihre Tochter mit Spina bifida zu kümmern und zu sorgen. Sie findet nur neue, andere versorgende Pfade, die ihr in der nun anders gelagerten und erfahrenen Situation mehr zusagen.³

2 Erinnert sei daran, wie die Chirurgen den Paaren in der Pränatalberatung mitteilen, dass sie die Prognosen nur stellen können, weil sie das entsprechende Wissen aus ihrer Nachsorge haben (vgl. Kapitel 3).

3 Cheryl Mattingly hält in ihrer Ethnografie zu Familien mit chronisch kranken Kindern fest, dass die Eltern eine »painful realisation« (2010: 61) durchlaufen, dass ihre Compliance manchmal nicht die richtige Antwort sei. Zum einen müssten die Eltern manchmal selbst aktiv werden, um die Behandlung ihres Kindes voranzubringen, und zum anderen müssten sie auch erlernen, »border crossing and border transgressing« (ebd.: 114) vorzunehmen, um wieder Hoffnung schöpfen zu können. Die Eltern würden lernen, wie man »just-right noncompliance« (ebd.: 110) mache. Im Verlauf des Kapitels löse ich mich von den Begriffen (Non-)Compliance und spreche deshalb auch nicht von einem »border crossing« – die Ausführungen von Mattingly sind aber instruktiv, da sie verdeutlichen, dass es nicht nur den einen »richtigen« Weg des Mitwirkens an einem Behandlungspfad gibt.

Als Sprechakt ist der Feldbegriff auch in Sitzungen präsent, wobei er dann zum Tragen kommt, wenn es um Grenzziehungen geht, mit denen sich die Schweizer Klinik von der Praxis anderer Orte distanziert und sich das Team selbst als eine Einheit entwirft (siehe Sitzung, #1). Die Akteur:innen verschiedener Disziplinen lassen mich in den Interviews wissen, dass sie den Feldbegriff zwar nur selten sprachlich verwenden, ihn aber täglich in ihren Praktiken realisieren.⁴ So berichtet eine Ärztin aus der postnatalen Nachsorge, dass die Klinik B dieses »Konzept [...] auslebt« (Marolf, #520), während ihre Kollegin aus der Pflege der Nachsorge erzählt, dass dieses »Konstrukt [...] fest im Alltag« (Meier, #450f.) mitschwingt. Die Hebamme Neumann benutzt den Begriff selten, viel wichtiger sei für sie: »alles, was zu diesem Begriff gehört, machen wir« (#716ff.); er sei tief im Bewusstsein verankert. Für einen der Fetal- und Kinderchirurgen ist er die »Grundlage vom Ganzen« (Wanner, #552) und ein weiterer Chirurg meint nüchtern: »das muss so sein« (Albrecht, #467). Nun könnte bemerkt werden, dass es ihnen kaum anders möglich ist, als sich in ein Verhältnis zum Feldbegriff zu setzen, da er von einem Akteur mit leitender Funktion kommt. Meines Erachtens schränkt dieser Umstand aber nicht die Bedeutung der Antworten ein, sondern sie erzählen uns etwas über die alltäglichen Praktiken der Akteur:innen. Neumann erklärt:

[W]ir laufen jetzt nicht auf der Abteilung herum und sagen: Unser System of Care ist – [lacht]! Aber ich merke es schon alleine an den E-Mails, die ich erhalte – also dass man sagt, wir haben Patientin XY, da ist der Psychologe involviert, da ist der Sozialdienst involviert, wir haben die Physiotherapie dabei, wir haben mit ihr das gemacht und du musst dich bei ihr melden, es geht ihr nicht gut. (Neumann, #701ff.)

Das Zitat verdeutlicht, dass mit dem Feldbegriff vielmehr gedacht und agiert wird, als dass er sprachlich expliziert wird. Festzuhalten ist, dass das System of Care als Mantelbegriff für das kollektiv geteilte Anliegen einer umfassenden Versorgung funktioniert. Wie lässt sich solch ein System aber näher fassen? Wie gestaltet es sich konkret?

Ein Gefüge aus Relationen, Grenzbereichen, Löchern und Eigendynamik

Akteur:innen der Schweizer Klinik bezeichnen das System of Care in ihren eigenen Worten als »Netz«, »Blutkreislauf«, »Gefüge«, »Grundgerüst«, »Assemblage« oder schlichtweg als die »treibende Kraft« vom »Ganzen«. Diese Sprachbilder vereint,

4 Nur eine interviewte Person, die noch nicht lange Teil des Teams ist, kannte den Feldbegriff nicht.

dass sie etwas Bewegliches adressieren, das mal mehr (»Blutkreislauf«) oder weniger (»Grundgerüst«) dynamisch ist. Schneider führt aus, inwiefern das System of Care einer *Assemblage* nahekommmt:

Also es [das System of Care, Anme. d.V.] hat diese Elemente in sich, die dazu führen, dass wenn das assembliert ist – beim Wein würde man sagen, eine *Assemblage*, ein Cuvée irgendwie so – also wenn es eine wohldosierte Sache ist, wird es zu einem System of Care. (Schneider III, #484ff.)

Schneider verbindet die Funktionsweise des System of Care mit einer *Assemblage*, die ihm als Weinherstellungsart bekannt ist. Damit übermittelt er eine bildhafte Beschreibung des Zusammenspiels, wobei er eine Qualität betont: eine »wohldosierte Sache«. Das System of Care zeichnet sich als ein dynamisches Geschehen ab, das von vielseitigen Relationen geprägt ist, die über den Behandlungspfad hinweg variieren. Um diese Dynamik und Offenheit des Zusammenspiels in den Blick zu bekommen, ist das Bild eines Gefüges (als Übersetzung von *Assemblage*) auch auf einer analytischen Ebene hilfreich.⁵

Das Konzept vom Gefüge findet in prominenten philosophischen Arbeiten Eingang, die hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden.⁶ Vielmehr ist für mein Vorhaben die Anknüpfung an meine wissensökologische Sehweise (siehe Kapitel 2.3) relevant. In Erinnerung zu rufen ist, dass damit ein grundlegendes Interesse an changierenden Relationen und heterogenen Rationalitäten in Situationen verbunden ist. Die Betonung liegt auf der für das Konzept eines Gefüges charakteristischen Dynamik. Zentral ist, dass das hier zur Diskussion stehende Gefüge nicht *top down* funktioniert, sondern als ein auszuhandelndes Miteinander zu beschreiben ist, das als permanent im Werden begriffen wird. Um diese offene Prozessperspektive zu unterstreichen, möchte ich die ethnografische Arbeit zum Pilz Matsutake von Anna Lowenhaupt Tsing aufgreifen, da sie eine inspirierende analytische Sehweise einbringt. Als Anthropologin geht sie den fruchtbaren Verwandlungen nach, die sich durch »unbestimmte Begegnungen« ergeben und für ein offenes Gefüge konstitutiv sind (vgl. Tsing 2021: 39ff., 117). Anders als in ihrer Studie sind in der fetomaternalen Praxis einige Begegnungen fixiert. Besonders in den Tagen rund um die Operation existieren zahlreiche Protokolle, die Pfade anleiten. Dennoch lassen sich auch hier

5 Der englische Begriff *Assemblage* steht für die Übersetzung des von Deleuze und Guattari in »Mille Plateaux« (1980) entwickelten französischen Begriffs *Agencement*.

6 Die philosophische Auseinandersetzung, die massgeblich von den Ausführungen von Gilles Deleuze und Félix Guattari (1980), Manuel DeLanda (2006) und Paul Rabinow (2011) geprägt ist, wird hier nicht vertieft.

immer wieder unbestimmte Begegnungen erkennen. In der stationären post-operativen Phase kommt es nochmals stärker als zuvor zu solchen vorab nicht zu definierenden Pfadentwicklungen. Damit möchte ich verdeutlichen, dass das Gefüge über den Behandlungspfad hinweg immer wieder eine andere Gestalt annimmt, und deshalb auch multipel existiert (siehe Mol 2005).

Wir wollen uns nun vergegenwärtigen, wie die Akteur:innen der Schweizer Klinik ihre eigenen Positionen im Gefüge sehen, primär im Hinblick auf ihr Zusammenspiel mit den Schwangeren und/oder Familien. Deutlich wird, dass das Sprechen über das System of Care auch ein Sprechen über Compliance bedeutet. So funktioniert das System of Care für den Fetal- und Kinderchirurgen Albrecht, der sowohl pränatal als auch postnatal tätig ist, als ein Dienstleistungsangebot der Schweizer Klinik, das im Gegenzug die Compliance der Schwangeren und später der Eltern und Kinder verlange (vgl. Albrecht, #542ff.). Meier, Pflegefachfrau der Nachsorge, sieht die Compliance der Familien im Zusammenspiel als derart gegeben, dass dieser Begriff für sie obsolet ist. Sie hebt hervor, dass es jeweils zu einem gemeinsamen »Verhandeln« über das für die Familie richtige System of Care komme, was sie als eine »individuelle Anpassung oder Aushandlung« versteht (vgl. Meier, #600ff.). Ähnlich empfindet Giger, Pflegefachfrau der Pränatalstation, für welche Compliance weder als Begriff noch als Konzept zutreffend sei, da sie die Frauen oft »als sehr engagierte Patientinnen« erlebe, die immer »das Beste für ihr Kind oder auch sich selbst möchten« (Giger, #388). Die Herausforderung sei eher, die Schwangeren in ihrer »Angst vor dem Ungewissen« zu »erden«, indem ihnen »ein Gefühl von Sicherheit und Stabilität« vermittelt werde (ebd., #389ff.). Einen nochmals anderen Zugang hat die Koordinatorin Baumann: Sie empfindet es manchmal so, als würden sie und ihre Kollegin dieses System of Care erzwingen, wobei sie primär für die fetomaternalen Phase spricht. Sie sieht sich und ihre Kollegin Martin in der Position einer »Mittelstelle«, die einen »Gesamtüberblick« gewähre. Die Schwangeren würden mit jeglichen Fragen und Bedürfnissen zu ihnen kommen (vgl. Baumann, #415ff.). Zugleich haben wir bereits erfahren, dass die Paare bei einem Widerspruch zu kooperieren haben, um mit den Koordinatorinnen zusammen »Erfolg« zu haben.

Es liessen sich noch weitere Positionen anführen, die andere Relationen innerhalb des System of Care und Zugänge zu diesem zum Ausdruck bringen. Deutlich wird, dass die Akteur:innen im System of Care zusammenkommen und sich über seine Relevanz und Bedeutung einig sind; zugleich binden sie unterschiedliche Erfahrungen und Vorstellungen daran. Naheliegend wäre es deshalb, vom System of Care als *Boundary Object* (Star/Griesemer 1989) zu sprechen. *Boundary Object* ist ein analytischer Begriff, mit dem dargestellt wird, wie zwischen heterogenen Beteiligten eine Kooperation zustande kommt, ohne dass dabei ein Konsens gefunden werden muss. Es funktioniert als eine Art Einbildung, die über eine genügend grosse Elastizität verfügt. Am System of Care möchte ich aber andere Aspekte akzentuie-

ren: Zum einen funktioniert der Feldbegriff als Mantelbegriff, der die Beteiligten zusammenführt, motiviert und in ihren Praktiken vereint. Über das wesentliche Ziel des System of Care finden die Beteiligten gerade Konsens: So betonen alle, dass eine disziplinenübergreifende Versorgung für die fetomaternale sowie die postnatale Phase unerlässlich sei. Zum anderen interessiert mich, wie dieses System of Care konkret und dabei multipel hervorgebracht wird, wobei ich aber nicht die Kooperationsarbeit in den Vordergrund rücke. Betonen möchte ich vielmehr, dass die Differenzen der Erfahrungen im Zusammenspiel mit den Schwangeren und/oder Familien auf das Erleben und die Praktiken der jeweiligen Akteur:innen zurückzuführen sind. So erlebt der Chirurg die Schwangere anders als die Koordinatorin. Dies deshalb, weil er zu anderen Orten und Zeiten im Behandlungspfad präsent ist und andere Aufgaben zu erfüllen hat. In der Pränatalberatung legt er das Handout mit dem rund 20-jährigen Behandlungspfad vor, um das Paar mit dem »Paket« vertraut zu machen. Für seine Arbeit ist die Herstellung einer langfristigen Bindung an die Schweizer Klinik zentral; nicht zuletzt deshalb, weil er für die Prognosestellung auf Daten und Erfahrungswissen aus der postnatalen Nachbetreuung angewiesen ist. Baumann erhält hingegen zahlreiche E-Mails und Telefonanrufe von den Frauen und Familien, deren Fragen weit über administrative Belange hinausgehen. Sie lernt die Paare sowohl in einer bürokratisch-administrativen als auch emotional-persönlichen Rolle kennen. Die Beteiligten erleben die Schwangeren und Familien und arbeiten mit ihnen unterschiedlich im System of Care zusammen.⁷ Deshalb sei nochmals festgehalten, dass es nicht das eine System of Care gibt. Je nach Situation und den damit verbundenen Relationen wird es von Neuem hervorgebracht. Das System of Care kann deshalb sowohl bedeuten, dass eine klare Vertragspartnerschaft im Sinne eines *informed consent* eingegangen wird, als auch, dass gemeinsam ein individuell passender Weg ausprobiert wird. Diese spannungsvolle Vielfältigkeit soll mit meiner Analyse nicht geglättet, sondern aufgezeigt werden.

Gerade weil das System of Care permanent in Aushandlung ist, treten prozessbedingte Herausforderungen auf. Die Anästhesistin Steiner berichtet, dass die zahlreichen »Fädeli« zusammenzuhalten und miteinander in Einklang zu bringen seien (vgl. #225f.). Auch betonen Vertreter:innen der Anästhesie, Fetalchirurgie, Geburtshilfe, der prä- und postnatalen Pflege und der Koordination, wie wichtig es sei, Veränderungen bei disziplinären Standards zu kommunizieren. In Kapitel 5 war zu erfahren, dass Standards im klinischen Alltag nicht losgelöst voneinander funktionieren, sondern meist mit weiteren Protokollen und Standards verknüpft

7 Dies bedeutet, dass auch die Schwangeren und die Familien changierende Beziehungen im System of Care eingehen, in denen sie unterschiedlich adressiert werden (siehe Kapitel 8.2).

sind, die bei einer Änderung gegebenenfalls anzupassen sind. Diese Art von Kommunikationsarbeit kann mit Strauss (siehe 1985 und 1988) als *articulation work* verstanden werden, wobei es sich um Arbeit handelt, die bei kooperativen Tätigkeiten anfällt und fortwährend zu betreiben ist.

Dass die *articulation work* nicht immer reibungslos verläuft, bringen weitere Sprachbilder in Verbindung zum System of Care zum Ausdruck. So verweist Steiner auf relativ oft präsente und herausfordernde »Grau-« und »Randbereiche« (#143ff.), an denen (sich) verschiedene disziplinäre Verantwortungs- und Handlungsbereiche angrenzen oder überlagern, wodurch die Frage nach der Zuständigkeit nebulös wird. Dass gerade die unvergleichbaren Anforderungen der fetomaternalen Praxis solche Bereiche entstehen lassen, teilt Steiner mit:

Die Übergabe [...] bei der Überwachungsstation – da muss eigentlich jemand aus der Geburtshilfe dabei sein, weil es geht darum, dass sie das CTG überwachen etc. Aber das sind sie sich halt nicht gewöhnt, denn normalerweise übergeben wir diese Patientinnen. (Steiner, #143ff.)

Die Anästhesistin erzählt von einer anders gelagerten stationären Realität, aus der ein solcher »Graubereich« hervorgeht, der eine verstärkte Absprache unter den sozialen Welten verlangt. Und mehr noch: Neue Pfade müssen innerhalb einer Disziplin mitgedacht und praktiziert werden. Für die Nachsorge erklärt Meier, dass bei all diesen Bewegungen eine »Aufmerksamkeit vom Team« verlangt sei, sind es doch Bewegungen, die in die eine oder andere Richtung gehen und dort vielleicht »einen anderen Standard infrage stellen oder bedrohen« (#428f.). Deutlich wird, dass innerhalb des vereinenden System of Care auch disziplinäre Grenzen verhandelt werden (siehe Kapitel 7.3).

Neben den »Graubereichen« können auch »Löcher« entstehen, so Meier. Diese treten auf, wenn Bereiche gänzlich unbesetzt bleiben (vgl. Meier, #457). Die in der Nachsorge tätige Pflegefachfrau assoziiert das System of Care sodann mit einem »Netz«, womit sie die Formbarkeit des Gefüges betont: Ein Netz kann mal fester oder mal lockerer geknotet sein. Maschen können sich lösen, wodurch »Löcher« entstehen. Auch kann ein Netz in sich erweitert, gekürzt oder mit einem anderen verknüpft werden, wobei wiederum »Löcher« entstehen können. Die Verknüpfung der Netze ist für Meier elementar. So übernehmen sie und ihre Kolleg:innen die Familien vom fetomaternalen Team, womit eine grundlegende Verschiebung einhergeht: Die Schwangere ist nicht mehr Patientin, sondern Mutter und das Ungeborene ist ein Neugeborenes mit einer Spina bifida, das als Patient:in im Fokus steht. Meier berichtet, dass sich bei bisher zwei von über hundert Fällen eine »Belastungssituation« bei der Übergabe abzeichnete, was ein proaktives Arbeiten an den Netzübergängen verlangte:

[Man] sieht dann halt das nächste System of Care, das kommt – vorher sind sie in der Klinik A und dann kommt die Übergabe zu uns [Klinik B]. Man sieht, es ist hier schon ganz heikel und es könnte ganz zerfallen, aber wir wollen, dass es gut weitergeht, und deshalb bereiten wir es auch vor. (Meier, #538ff.)

Eine Vorbereitung auf das nächste System of Care, das an das vorangehende anschließt und die zusammen ein dynamisch-offenes Gefüge bilden, ist eingeplant. Da die ungleichen Stationen früher zu Missverständnissen oder Konflikten bei den Eltern führten (vgl. Meier, #551f.), bietet die Klinik B seit geraumer Zeit für die noch in der Klinik A stationierten Schwangeren eine Führung durch ihre Neonatologie an, um sich bereits etwas vertraut zu machen. Denn erst in diesem Moment, wo die Eltern auf der neuen Station ankommen, kommen auch die Fragen: »Weil dies ist dann die neue Lebenswelt, dann kommt das Erleben hinein und dann kommen ganz viele Fragen.« (Meier, #557f.) Damit zeigt sich eine weitere Qualität des System of Care, nämlich seine örtliche und atmosphärische Entfaltung, die mit einer leiblich-körperlichen Präsenz verknüpft ist.

Weiter lassen sich materielle Aspekte in den infrastrukturellen Bedingungen des System of Care wiederfinden, womit manche Standards ermöglicht und andere verhindert werden.

Und gewisse Standards, die wir gerne hätten, sind dann einfach praktisch nicht erreichbar – mit der Infrastruktur und dem System, das wir momentan haben. Das macht es schwierig. Aber trotzdem muss man halt an diesen Standards arbeiten. (Albrecht, #507ff.)

Die Akteur:innen sprechen die Grenzen der infrastrukturellen Bedingungen des Systems wiederkehrend an den Teamsitzungen und in den Interviews an. Gemeint sind damit nicht nur materiell-haptische Elemente wie Geräte oder ein »Instrumentensieb«⁸, sondern auch die Raumplanung, finanzielle Ressourcen, Arbeitspläne, das Klinikmanagement oder aber auch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen. Eng damit verbunden ist zu erfahren, wie das System of Care reflektiert und in seinen Möglichkeiten in die Zukunft gedacht wird. Fragen, die sich die Akteur:innen stellen, sind: Wohin soll es gehen? Was soll es leisten? Oder aber auch: Was fällt künftig vielleicht auch wieder weg?

8 Der technische OP-Assistent Ingold (vgl. #770ff.) erzählt im Interview, dass es sieben bis acht Jahre gedauert habe, bis sie ein auf die fetomaternalen Operation zugeschnittenes »Instrumentensieb« erhalten hätten, das heute in zweifacher Ausführung existiere. Also ein Sieb, das nur jene Instrumente enthalte, die für diesen Eingriff erforderlich seien. Zuvor hätten sie jeweils aus verschiedenen Sieben die passenden Instrumente heraussuchen müssen, was viel Zeit erfordert habe und für neue Fachpersonen anspruchsvoll gewesen sei.

Letztgenannte Frage verweist wiederum auf die unvorhergesehene Eigendynamik des System of Care im Hinblick auf die Nachsorge. Wir erinnern uns, dass das Nachsorgeprogramm im Jahr 2018, also acht Jahre nach der ersten Operation, formal gegründet wurde (vgl. Kapitel 2.4). Die Klinik B musste angesichts des unerwartet raschen Patientenanstiegs einen schnellen und sich stets ergänzenden Ausbau der Nachsorge erbringen, um alle fetomaternal operierten Kinder auch langfristig begleiten zu können. Deutlich wird damit, wie Prozesse aus ihrer Planbarkeit herausgezogen werden können. Erst durch die Herausbildung des neuen Patientenkollektivs, der fetomaternal operierten Kinder, hat sich die Nachsorge von Kindern mit Spina bifida derart intensiviert. Dies ist bemerkenswert, weil nicht erst seither Menschen mit Spina bifida leben.⁹ Für die damals »nur« postnatal operierten Kindern haben sie in der Klinik B »keine Daten gesammelt« und »keine Forschung betrieben«, wie sich Marolf (#162f.) erinnert. Erst durch die mit der fetomaternalen Praxis verbundene Aufforderung, die operierten Kinder langfristig zu begleiten, um die Praxis zu »rechtfertigen«, sei der Ausbau der Nachsorge entstanden (vgl. #160f.). Marolf spricht sodann von einer neuen »Ära von Forschung« (#164) im Zuge der »Fetal Surgery Ära« (#167). Dass die Planung und Ressourcenbeschaffung der Nachsorge erst zeitversetzt eingesetzt wurden, »obwohl man wusste, dass man mit der Fetal-Chirurgie beginnt und dass man diese Patienten verfolgen und deren Daten sammeln möchte«, bemängelt Marolf (#689f.). Auch Neumann bemerkt, dass man sich zu Beginn nicht gross überlegt habe, wie alles funktionieren soll. Am Anfang stehe immer der medizinische Eingriff, und erst später überlege man sich, wie rundherum geplant und koordiniert werde (vgl. Neumann, Gespräch #3). Auch Steiner spricht vom »grosse[n] Wurf« (#228), der am Anfang stehe und dessen konkrete Umsetzung erst danach folge. Interessant ist, wie sich die Entwicklung des System of Care auch selbst gestaltet und das System zugleich formt, Bestehendes umformt und überformt und so Unerwartetes enthält. Falsch wäre es aber, diese Entwicklung als Selbstläuferin zu sehen, denn mit ihr sind anstrengende Arbeiten verbunden. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass das System of Care der Nachsorge evaluiert wird, wobei gefragt wird, »ob unser Standard wirklich weiterhin unser Standard sein soll« (Marolf, #359). Das Reflektieren über das System of Care zeigt, dass es nicht einfach da ist, sondern permanent hervorgebracht wird.

9 Spannend ist der Nebeneffekt des sich stark ausbauenden Nachsorgesystems, weil von ihm auch jene Patient:innen mit Spina bifida profitieren, die die fetomaternal Operationstechnik nicht in Anspruch nehmen (konnten). Damit drängt sich aber auch die intrikate Frage auf, weshalb Menschen mit Spina bifida erst mit der fetomaternalen Operation eine solche Aufmerksamkeit zukommt.

Ein Gefüge von ver-sorgenden Praktiken

Die Ausführung von Meier, in der sie die Aushandlung eines individuellen System of Care stark macht, nehme ich als Ausgangspunkt, um nun den im System of Care enthaltenen Begriff »Care« analytisch zu vertiefen. Erfahren haben wir, dass Meier nicht mit dem Konzept der (Non-)Compliance denkt, sondern von »individuelle[n] Anpassung[en] oder Aushandlung[en]« spricht (vgl. S. 216). Wie lassen sich die Praktiken aller Beteiligten im System of Care mit dem Teilbegriff »Care« spezifizieren?

Dass das Konzept der (Non-)Compliance auf Ablehnung stossen kann, vernehme ich von manchen Akteur:innen der Schweizer Klinik. Zugleich gibt es jene wie Albrecht, Neumann oder Schneider, die die Relevanz eines complianten Verhaltens betonen. Diese ungleichen Zugangsweisen zu diesem Konzept lassen uns wissen, dass Compliance zum einen ein weiterer Hülsenbegriff ist, unter dem Unterschiedliches verstanden wird. Zum anderen scheint er aber auch nicht der gelebten Praxis bei Spina bifida in allen Belangen gerecht zu werden. Zumal nicht so, wie er gemeinhin, also in seiner dichotomen Logik, verstanden wird. Wenn, wie in gesundheits- und medizinwissenschaftlichen Studien, über Compliance als Konzept gesprochen wird, wird stets der Gegenpart, die Non-Compliance, mitgedacht. Die negative Spielart ist oft mit einem widerspenstigen, unverantwortlichen und/oder passiven Verhalten konnotiert. Über compliantes Verhalten liesse sich also nur sprechen, wenn auch sein negativer Gegenpart einkalkuliert würde. Was in der präventiven Semantik klar zu erkennen war (Folge leisten oder nicht), zeigt sich für viele Situationen der fetomaternalen Praxis anders. Damit sei nicht gesagt, dass es nicht auch hier Situationen gibt, in denen medizinische Akteur:innen den Schwangeren Anweisungen erteilen und deren Umsetzung verlangen. Insbesondere für die postoperative Phase zeigt sich aber, dass es praktisch nie nur den einen Pfad gibt. Es existieren zwar übergeordnete Fahrpläne, situierte Anpassungen sind aber unvermeidbar. Die zu Beginn der vorliegenden Arbeit formulierte Hypothese, dass Compliance als Mechanismus für das Funktionieren des System of Care wesentlich ist, gilt es deshalb nicht zu verwerfen. Eher zeigt sich nun, welche multiple Mechanismen die fetomateriale Praxis zusammenhalten und wie sie sich je nach Etappe des Behandlungspfads verändern. Um solche Veränderungen im Zusammenspiel berücksichtigen zu können, muss der Blick bezüglich der Beschaffenheit der Praktiken innerhalb des System of Care geschärft werden.

Unter Praktiken verstehe ich ein situiertes aktives Tun. So messe ich nicht den Grad einer Aktivität, sondern frage nach den konkreten Aktivitäten (vgl. Mol 2008: 7). Solch eine Sehweise hebt sich von einem binär angelegten (Non-)Compliance-Konzept ab, das zwischen einem passiven und aktiven Tun differenziert. Unter aktiv verstehe ich alle Praktiken und Momente, die ich im Feld beobachtet habe. Auch wenn die Schwangere narkotisiert ist, übermittelt sie Körperzeichen, die für die Arbeiten im OP-Saal unverzichtbar sind. Die Aktivität mag in manchen Situationen

subtil sein, für das Zusammenspiel ist sie aber stets konstitutiv. Entscheidend ist nun, dass sich die Praktiken im Klinikalltag durch eine besondere Qualität auszeichnen, die kenntlich macht, an welchem übergeordneten Ziel sie sich orientieren: der *Ver-sorgung* der Schwangeren und damit verbunden des Ungeborenen.

Versorgen (ohne Bindestrich) leite ich als Übersetzung der im Feldbegriff enthaltenen Care ab.¹⁰ Auch findet das Wort sprachliche Erwähnung durch Akteur:innen der Schweizer Klinik, wie das Zitat von Moser einsteigend zeigte. Die analytische Präzisierung von Care in Ver-sorgen (mit Bindestrich) ist in einem ersten Schritt von Klausner inspiriert.¹¹ Die STS-Forscherin erläutert, dass die deutsche Übersetzung und das englische Original zwei Aspekte berücksichtigen: »die institutionellen Formen der Versorgung wie auch die privaten Formen des Füreinander-Sorgens« (Klausner 2015: 254, FN 6).¹² Ihre Aufspaltung in die private zärtliche Sorge einerseits und die institutionelle Versorgung andererseits übernehme ich aber nicht. In meiner Verwendung üben alle Beteiligten des System of Care ver-sorgende Praktiken in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen aus. Die Kopräsenz beider Dimensionen sowohl bei den Akteur:innen der Schweizer Klinik als auch den Schwangeren und Familien ist in meinen Ausführungen zentral. Damit knüpfe ich an Mols Werk »The Logic of Care« über Personen mit Diabetes an, wo sie mit Care nicht nur eine zärtliche Zuneigung verbindet, da dies wiederum eine dichotome Sehweise befeuern würde, bei der die Technologie als Gegenpart funktionieren würde (vgl. Mol 2008: 5f.). Mol schreibt von einer *good care*, die sie nicht mit einem vorab definierten normativen Urteil verknüpft, und selbst auch als ein Ideal versteht, das nur selten in dieser reinen Form im Alltag existiert (vgl. ebd.: 2, 74ff. und 85f.). Was sie unter *good care* versteht, ist eher ein Modus, eine Art und Weise, wie mit Krankheit *in situ* umgegangen werden kann: Es sind Praktiken, die kollektiv getan, erprobt und ausprobiert werden – die gerade nicht vorab zu definieren sind, sondern sich oft erst im Tun entwickeln. Deshalb entfaltet sich in der *logic of care* die Zeit nicht linear, sondern dreht und windet sich (vgl. ebd.: 54). Care ist deshalb als multipel und offen und somit als nicht planbar und nicht linear zu verstehen (siehe Mol 2008, Law 2010).

Damit soll nicht gesagt werden, dass im Rahmen des Behandlungspfads bei Spina bifida nur *good care* existiert, sondern dass es zum einen darum geht zu

10 Care wird oft in feministischen und geschlechtertheoretischen Studien diskutiert (siehe Puig de la Bellacasa 2017b, Binder et al. 2019, Schutzbach 2021), aber auch in landwirtschaftlichen, politischen, ökonomischen und medizinischen Kontexten (siehe Mol et al. 2010, Winker 2021). Für sozialwissenschaftliche Arbeiten über Care in medizinischen Kontexten siehe u.a. Winthereik/Langstrup 2010, Pols 2010, Oudshoorn 2011 und Ivanova 2020.

11 Binder et al. (2019) übersetzen den Begriff mit »Für_Sorge« in »Care: Praktiken und Politiken der Fürsorge«.

12 Im Englischen sind die Aktivitäten »to care about« und »to take care of« inkludiert. Klausner (2015) hat ihren Care-Begriff unter Berücksichtigung der Ausführungen von Mol (2008) entwickelt.

untersuchen, welche Bedingungen eine solche ver-sorgende Praxis ermöglichen. Zum anderen ist die Sehweise von Care als eine ver-sorgende Praxis hilfreich, um die Praktiken der Beteiligten in ihren situierten Rationalitäten ernst zu nehmen, was mit dem (Non-)Compliance-Konzept kaum möglich ist. Besonders im Hinblick auf die postoperative Phase und die Nachsorge wird deutlich, dass sich Interessens- und Zielkonflikte ereignen können, die aus dem relational-situierten Erleben sowie den verschiedenen Rationalitäten der Beteiligten hervorgehen.¹³ Auch wenn nachfolgend oft Situationen beschrieben werden, die sich in der Schweizer Klinik abspielen, dreht es sich nie um rein stationäre Realitäten. Stets vielfältige, auf den ersten Blick versteckte Elemente gestalten die Situationen mit. Bei der Diskussion ethnografischer Sequenzen, die in einer engen gesundheits- oder medizinwissenschaftlichen Sehweise als nicht compliant eingeordnet werden könnten, plädiere ich für eine Durchdringung der Situation, wobei die verschiedenen Rationalitäten mit ihrer »hidden company« (Mol 2008: 59) untersucht werden, die aufseiten der Schwangeren, ihrer Familienangehörigen und der Akteur:innen der Schweizer Klinik vorzufinden sind.¹⁴ Um ein Beispiel der Pränatalstation zu geben: Ein aufgrund der verordneten Bettruhe als »illegale Fahrt« bezeichneter Ausflug in die Cafeteria, um mit den Geschwisterkindern ein Eis essen zu gehen, will ich nicht als nicht compliant Verhalten einstufen.¹⁵ Vielmehr lässt sich damit verstehen, dass vielfältige ver-sorgende Rationalitäten koexistieren, was dazu führt, dass auch andere Wege als der therapeutisch vorgegebene eingeschlagen werden. Dass der von Frau Lorenz gewählte Weg auch aus einer ver-sorgenden Handlung erfolgt und

-
- 13 Der STS-Forscher Teun Zuiderent-Jerak (2010) geht auch den Konflikten nach, die sich im Rahmen von Compliance-Aufforderungen ergeben können, weil Menschen immer in mehreren sozialen Welten unterwegs und somit nie nur Patient:innen sind. Mit seinem interventionistischen Ansatz geht es ihm nicht darum, die normativen (Non-)Compliance-Vorstellungen zu reproduzieren oder aber Non-Compliance nur aufgrund der Komplexität der Welten zu erklären, sondern er versuchte mit Interventionen dieser Koordinationsproblematik Abhilfe zu schaffen (vgl. ebd.: 691f.). Meine Arbeit nimmt keine Interventionen vor, sondern findet ihren Einsatz darin, die Vielschichtigkeit der gelebten Realitäten auszulegen, wobei das binäre Konzept verabschiedet wird. Auch Veena Das und Ranendra Das (2006) erforschen die Handlungsfähigkeiten von Patient:innen, wobei sie diese nicht konträr zur Biomedizin sehen, sondern in ihren multiplen Zugehörigkeiten (*formations of belonging*) untersuchen und damit aufzeigen, wie das Erleben in spezifischen Welten stattfindet, die von familiären, finanziellen, medizinischen und politischen Umständen geprägt sind (vgl. ebd.: 172). Nicht zuletzt kritisieren sie die problematische Verwendung der Begriffe *self-medications* und *non-compliant*, da sie stets mit Schuldzuschreibungen verbunden ist (vgl. ebd.: 171f.).
- 14 Mol führt aus, dass in einer Beratung beispielsweise hinter den Ärzt:innen ein Sekretariat und Ratschlag gebende Kolleg:innen »sitzen« (vgl. 2008: 59).
- 15 Die Situation hat sich zwischen Frau Lorenz und Frau Pichler zugetragen. Frau Lorenz hat ihre bevorstehende Liftfahrt im Gespräch mit ihrer Zimmernachbarin als »illegal« bezeichnet (vgl. Lorenz, Postoperativ #5).

nicht als verantwortungslos zu bezeichnen ist, möchte ich starkmachen. So nimmt die Schwangere mit der »illegalen Liftfahrt« nicht nur eine weitere Verantwortung wahr, nämlich jene, die sie gegenüber den Geschwisterkindern empfindet, sondern sorgt sich um sich und ihre Familie.

7.2 Minutiöse Fahrpläne im OP-Saal

Am Operationstag befindet sich die Schwangere auf der Pränatalstation. Das Klinikhemd, das sie anzieht, lässt sie rein optisch nochmals stärker zur Patientin werden. Gut zwei Stunden vor dem sogenannten »Schnitt« fährt die Pflege die Schwangere auf dem Patient:innenbett zur Gebärstation, wo sich der OP-Saal befindet. Zuerst geht es in einen Raum, der als Zwischen- und Vorbereitungsort fungiert. Das Pflegeteam der Pränatalstation verabschiedet sich, die Hebammen der Gebärstation übernehmen. Letztere führen unter anderem ein CTG durch, legen einen Blasen- und Venenkatheter und kontrollieren die Vitalzeichen. Die Hebamme notiert die erledigten Aufgaben im elektronischen Klinikinformationssystem und im analogen »Präoperativen Protokoll«, das über Stationen und Räume wandert. Später kommt der ärztliche Dienst für einen Ultraschall vorbei, der, wie eine Ärztin meint, nur der »Dokumentation für das Protokoll« dient. Zuletzt stellt die Anästhesie mündlich sicher, dass die richtige Schwangere für den Eingriff auf dem Bett liegt, und verabreicht oral einzunehmende Medikamente. Bis hier kann der oder die Partner:in der Schwangeren dabei sein; an der Schwelle zum OP-Saal endet aber seine oder ihre Begleitung. Gleichzeitig bereiten sich das OP-Pflege- und das Anästhesieteam im OP-Saal vor. Im OP-Saal eingetroffen, hat sich die Schwangere zunächst auf den OP-Tisch zu legen. Danach gehen die Arbeiten weiter, womit die Schwangere immer mehr in einen operierbaren Patientinnenkörper transformiert wird. Zahlreiche Personen hantieren an ihrem Körper, wobei anders als im Vorbereitungsraum nicht mehr jede Handlung sprachlich vorweggenommen wird. Die rein visuell wahrnehmbaren Aktivitäten der Schwangeren sind immer weniger deutlich erkennbar respektive werden schrittweise über die mit ihr verbundenen Geräte externalisiert. Es folgt eine ethnografische Sequenz, um einen Eindruck dieses Ablaufs zu vermitteln:

[Widmer, OP-Tag #2] Das fünfköpfige Anästhesieteam bereitet am Kopfende des OP-Tisches alles für die EDA und Vollnarkose vor. [...] Auf der gegenüberliegenden Seite des Saals, also am Fussende des OP-Tisches, richten vier Akteur:innen die sterilen OP-Instrumente her: einmal für den fetalen OP-Part, einmal für den maternalen OP-Part. Der nicht sterile Springer öffnet jeweils das Paket und die sterile OP-Assistentin zieht das sterile Instrument heraus und legt es auf das Tablett. [...] Frau Widmer hat sich nun auf Anweisung des Anästhesisten aufgerichtet

und lässt ihre Beine seitlich über den OP-Tisch baumeln. Sie formt ein »Buckeli«, so wie es der Anästhesist ihr gezeigt hat und es ihr beim Konsil erklärt wurde. Die zwei Assistenzärzte und die Hebamme stützen sie, damit ihr Körper stabil und ruhig ist. Der Anästhesist erklärt, dass er jetzt eine Spritze mit einer lokalen Betäubung einführen wird. Er nimmt vorweg, dass höchstens ein Druck oder leichte Schmerzen zu spüren seien. [...] Der Körper von Frau Widmer wird weiterhin von den Akteur:innen stabilisiert. [...] *Jetzt können Sie sich entspannen, die Schnur ist drin*, erklärt der Anästhesist. Schnell fügt er an, dass sie sich aber nicht zu stark bewegen sollte. [...] Die Stelle rund um den Zugang wird von den Assistenzärzten und der Pflege abgeklebt. [...] Die Schwangere wird mithilfe von sechs Händen hingelegt. Ihr Körper wird von der Hebamme und dem Springer justiert. Spätestens jetzt, in der horizontalen Lage mit der gelegten EDA, befindet sie sich ganz in den Händen der medizinischen Akteur:innen. Ihr bis auf eine Unterhose nackter Körper ist von einem Tuch umhüllt. Der Springer nimmt nun die pneumatischen Strümpfe in die Hand und meint, *ich werde Ihnen nun die Strümpfe anziehen, könnten Sie bitte Ihre Beine strecken?* Frau Widmer kommt der Bitte nach. Gleichzeitig erklärt der Anästhesist ihr am Kopfende, wie es mit der Vollnarkose weitergeht. Während sie ihm zuhört, führt die Anästhesiepflege die Armlehnen aus, nimmt ihre Arme und fixiert sie. [...] Der Springer nimmt die Beinrollen hervor, die er für die Unterlagerung benötigt. Bevor er seine Handlung ausführen kann, realisiert er, dass der Anästhesist den Venenkatheter richtet und hierzu der Körper der Frau still sein muss. Deshalb verschiebt er die Unterlagerung auf einen späteren Zeitpunkt. [...] Nun tritt einer der Chirurgen ein. Er geht zur Schwangeren und erklärt seine Handlungen, *nicht erschrecken, es wird jetzt kalt und nass. Aber es geschieht nichts, das Ihnen weh macht*. Mit einem Tupfer, den er mit einer Zange hält und in eine vermutlich antiseptische Lösung trinkt, reinigt er den Bauch. Danach zeichnet er bereits die Schnittführung ein. [Widmer, OP-Tag #2]

Bereits im Vorbereitungsraum fand eine Transformation statt, in der die Schwangere zu einem weiter behandel- und bearbeitbaren Patientinnenkörper transformiert wurde, wobei sich diese Zurichtung im OP-Saal zuspitzt. Gleichzeitig finden an verschiedenen Orten im OP-Saal wie auch an verschiedenen Körperpartien der Schwangeren ver-sorgende Praktiken statt. Ihr Körper wird bearbeitet, vorbereitet, eingestellt und eingespurt. Die Schwangere ist nicht unbeteiligt; sie wird nicht einfach hergestellt. Mehrfach wird sie direkt zum Mitmachen aufgefordert. Ohne ihr unmittelbares Tun wäre der minutiös getaktete Fahrplan nicht realisierbar. Dass sie für die EDA kein »Buckeli« macht, ist in der dicht aufeinander abgestimmten versorgenden Praxis kaum denkbar. Ihr bleibt kaum etwas anderes übrig, als das Hantieren an ihrem Körper hinzunehmen und den Anweisungen zu folgen. Denn nun verlangt die Unmittelbarkeit des Zusammenspiels ihre Mitarbeit.

Mit der Wortschöpfung »Einspuren« möchte ich die hier zu beobachtende Zuspitzung der in Kapitel 5.5 besprochenen Prozesse des Einpassens sprachlich ab-

heben. Dem Helvetismus sei an dieser Stelle verziehen.¹⁶ So weist der Ausdruck »Einspuren« jene Qualitäten auf, die für das Zusammenspiel am Operationstag charakteristisch sind. Ganz grundsätzlich verbinde ich mit dem Verb einspuren eine dichte Synchronisierung multipler Praktiken, wobei der individuelle Spielraum aller Beteiligten reduziert wird. Sowohl die Schwangere als auch die medizinischen Akteur:innen haben auf ihrer Spur zu bleiben.¹⁷ Zwei Momente sind für das Einspuren charakteristisch: der vorbereitende und der ordnende. Die Aktivitäten, die vor dem »Schnitt« erfolgen, dienen der Vorbereitung einer optimalen Operationssituation. Mit ihren Praktiken, die gleichzeitig an diversen Schauplätzen stattfinden, ordnen sich die Beteiligten in ein übergeordnetes Gefüge ein und lassen sich in ihrer Tätigkeit einem Pfad zuordnen. Im OP-Saal wird nicht mühselig ausdiskutiert, wer welchen Part übernimmt und wer wo steht, da die Zuständigkeiten klar definiert sind. Die Mehrheit der Aktivitäten, die parallel ablaufen, erfolgt kommentarlos. Die Handlungen werden gelesen und deren Richtungen antizipiert. Beim Öffnen eines Instrumentenpakets teilt der Springer der OP-Assistierenden nicht mit, was sie zu tun hat. Denn die (Nicht-)Sterilität der Akteur:innen leitet die verteilten Pfade an. Der OP-Assistierenden sind Bewegungen und Berührungen möglich, die dem Springer verwehrt sind, und umgekehrt. Ein weiteres ordnendes Tun der beschriebenen Szene verfügt über eine hierarchische Qualität: Der Arzt führt die Nadel ein, die Assistierenden halten den Körper und kleben die Stelle ab. Auch wenn die Positionen klar verteilt sind, kann es zu spontanen Begegnungen kommen, die die eingespielte Routine ins Wanken bringen. Bevor ich solche Momente vertiefe, ist zu diskutieren, welche Positionen den Schwangeren und damit auch dem Ungebornen unmittelbar vor und während der Operation im Gefüge zukommen.

Notwendige Übergabe von Verantwortung

Das kühle Nass der Tupfer, der Druck der pneumatischen Strümpfe, das Justieren des Körpers, die verschiedenen Lichtquellen und Monitore oder das Piepsen mancher Geräte – all dies und mehr nimmt die Schwangere wahr. Selbst sobald der Schutzvorhang montiert ist, der das anästhesiologische vom chirurgischen Arbeitsfeld trennt und eine andere Ansicht des Patientinnenkörpers hervorbringt, kann die Schwangere über den Monitor, der eine Aufnahme des Operationsfelds überträgt, beobachten, wie der Chirurg ihren Bauch desinfiziert und die Schnittführung einzeichnet. Solange die Schwangere wach ist, verfügt sie über eine von

16 Das Verb Einspuren findet primär im Schweizer Verkehrswesen Anwendung.

17 In ihren Ausführungen zum Spurenbegriff weist die Philosophin Sybille Krämer auf die technische Verwendungsweise hin, die mit einem »Einhalten einer bestimmten, wohl definierten Richtung« (2007: 14) konnotiert ist. Ebendiese Verwendung kommt den hier beschriebenen Situationen nahe.

den anderen Beteiligten zu unterscheidende (leibliche) Wahrnehmung.¹⁸ Ihr Blick ist nicht nur zur Decke gerichtet, sondern wandert über Geräte, Instrumente und Personen im Raum, wobei sie auch ihre externalisierten Körperzeichen erblicken kann. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers endet nicht an der Haut, sondern dehnt sich im Raum raus.

Bleiben wir bei ihrer auf dem Rücken liegenden Position, die eine spezifische Spielart der ver-sorgenden Praxis hervorbringt. Die Frau liegt nun nicht mehr auf ihrem Patientinnenbett, sondern auf einem OP-Tisch. Die Bezeichnungen (vom Bett zum Tisch) lassen einen Positionswechsel erahnen, der mit anderen Praktiken verknüpft ist. Auf dem Tisch soll es sich die Schwangere nicht selbst gemütlich machen. Vielmehr »lagern« die OP-Pfleger:innen ihren Körper so, dass das chirurgische Team an die für die Operation wichtige Stelle der Bauchregion gelangt. Verspürt die Schwangere bei der »Lagerung« Schmerzen, gilt es diese anzusprechen, damit die umstehenden Akteur:innen Anpassungen vornehmen können. Die Schwangere wird in dieser Zeit, in der sie noch wach ist, ganz allgemein aufgefordert, sich zu melden, falls etwas ist, um allfällige Komplikationen zu verhindern. Dies weil der »ärztliche Blick« (Foucault 2016) der umstehenden medizinischen Akteur:innen nicht alles wahrnehmen kann, was die Schwangere fühlt und wie sie ihren Körper macht (vgl. Mol/Law 2004: 51). Solange sie wach ist, ist sie diejenige, die den Pfleger:innen und Ärzt:innen mitteilt, ob ihr Bein gut liegt oder ob es ihr schlecht wird. Ihr *knowledge-in-practice* (ebd.) ist verlangt, damit die Akteur:innen entsprechende ver-sorgende Praktiken ausführen können.¹⁹ So können sie die Unterlagerung nochmals richten oder ein Medikament verabreichen.

Die für den OP-Saal charakteristischen Sprachbilder wie »OP-Tisch«, »Lagerung« oder »Freigabe« verdeutlichen die Transformation der Schwangeren in einen Patientinnenkörper, der als Arbeitsobjekt hergerichtet wird.²⁰ Die Bezeichnung Arbeitsobjekt verstehe ich als eine medizinisch operationalisierte Objektivierung respektive eine für die ver-sorgende Praxis notwendige Objektivierung, nicht aber als Zuschreibung eines passiven Objektstatus. Mit Katherine Young lässt sich der Umgang mit dieser Gemengelage von Patient:innen als Subjekte sowie Objekte, wobei die medizinischen Akteur:innen auf Körper Zugriffe vornehmen dürfen, als »etiquette of touch« (1989: 63) bezeichnen. Die Schwangere übergibt nun aber nicht

18 Erst kurz vor dem »Schnitt« setzt die Narkose ein, um die Narkosezeit für das Ungeborene knappzuhalten.

19 Mol und Law (2004) verwenden *knowledge-in-practice*, um die Betonung auf die Praktikabilität zu richten, in und mit welcher Wissen generiert wird.

20 Den Begriff *work object* führt Casper (vgl. 1998a: 117ff.) in ihrer Studie zur fetomaternalen Praxis ein. Sie diskutiert, wie die verschiedenen Disziplinen die Schwangere und das Ungeborene als *work objects* sehen und welches *work object* in welcher Disziplin jeweils ins Zentrum rückt. Während sie damit ein konstruktivistisches Interesse verfolgt, interessieren mich die konkreten Praktiken an und mit den Arbeitsobjekten.

nur sich selbst, sondern auch ihr Ungeborenes in zahlreiche Hände und Geräte. Dass auch das Ungeborene in ein Arbeitsobjekt transformiert wird, zeichnete sich in der Pränatalberatung bereits ab. Am OP-Tag wird nun nicht nur das Schmerzmittel, das dem Ungeborenen intraoperativ ins Gesäss gespritzt wird, auf sein Gewicht vorbereitet, auch steht seine oder ihre Position als Patient:in unter Beobachtung. Kurz vor dem »Schnitt« führt die Geburtshilfe nochmals einen Ultraschall durch, um zu ermitteln, wie das Ungeborene »liegt« oder »sitzt«.

[Graber, OP-Tag #2] Moser geht zum OP-Tisch und macht einen Ultraschall. Sie hält die Sonde in der Hand, fährt über den Bauch der Schwangeren, blickt auf den Monitor und wiederholt energisch, *er würde ideal liegen, er darf sich nicht mehr bewegen. Es wäre ideal!* Sie wendet sich ab und teilt den umstehenden Akteur:innen mahnend mit, *don't touch!* Ihre Fachkollegin, die am OP-Tisch stehen wird, kommt zu ihr, wiederholt den Schall und stimmt zu, *Super!*

Der ungeborene Patient:innenkörper hat eine optimal »liegende« Position einzunehmen. Auch wenn das Ungeborene keine Anweisungen umsetzen kann, wird es adressiert: Es soll sich nicht bewegen. Die Akteur:innen können das Ungeborene zwar (noch) nicht berühren, erhalten aber die Anweisung: »don't touch!« Wie auch die Schwangeren ihr Ungeborenes auf die Operation vorbereiten, erfahre ich von Frau Graber. Wenige Tage nach der Operation erzählt sie, wie sie »Tim« auf den Eingriff vorbereitet hat.²¹ Sie habe ihm gesagt, dass es hell und laut werde, dass sie zusammen eine Operation hätten, an der viele Leute beteiligt seien, und dass sie dies gemeinsam als »Team« schafften (vgl. Graber, Postoperativ #3).

Es haben sich also immer zwei Patient:innenkörper auf die Operation vorzubereiten. Es sind Körper, die nicht wie bei einer Organtransplantation nebeneinanderliegen, sondern ineinander und über die Nabelschnur verbunden sind. Mit der Operation erfolgt eine Umkehrung des visuell wahrnehmbaren Verhältnisses: Hautschichten, Fettgewebe und Muskeln des schwangeren Patientinnenkörpers werden geschnitten, auseinandergezogen und durchdrungen, bis die hellrosa glänzende Gebärmutter hervortritt. Die Gebärmutter wird mit einem Elektrokauter eröffnet, wodurch Fruchtwasser austritt und erste Körperteile des Ungeborenen sichtbar werden. Je tiefer sich das chirurgische Team durch die Körperschichten der Schwangeren hineinarbeitet, desto mehr gewinnt der ungeborene Körper an Sichtbarkeit (vgl. Gratwohl 2017: 48). Dies bedeutet aber nicht, dass das chirurgische Team das Ungeborene in diesem Moment als solches oder gar als Person wahrnimmt, eher erblickt es eine Stelle, nämlich die Zyste, am Patient:innenkörper, die es operativ zu behandeln gilt. Und doch ist nun das Ungeborene direkt berührt-

21 Frau Graber und Herr Huber haben dem Ungeborenen nach Erhalt der Diagnose einen Namen gegeben.

und sichtbar und drängt sich gewissermassen als ein werdendes Kind auf, wovon die intrauterinen Fotografien zeugen (siehe Kapitel 2.2). Es scheint zunächst nicht viel zu fehlen und das Ungeborene wird zum Kind, und doch fehlt so viel, denn solange die Nabelschnur nicht durchtrennt ist und keine vollendete Geburt stattgefunden hat, bleibt das Ungeborene ein Ungeborenes. Falsch ist es deshalb, wenn von »Twice Born« im Rahmen fetomaternalen Operationen gesprochen wird. Kein Kind wird »zweimal geboren«. ²² Während also die Zyste am Rücken des Ungeborenen an Sichtbarkeit zunimmt, erscheint der Mutterleib als organisch lebendiger OP-Tisch. Nach der Entfernung der Zyste arbeitet sich das chirurgische Team wieder zurück: Die Gebärmutter wird verschlossen, Fettschichten werden darübergelegt und Körperschicht um Körperschicht geht es zurück, bis der schwangere Bauch wieder präsent ist. Ein Bauch, der nun, wie die Gebärmutter, eine Narbe trägt.

Was die Transformation der Schwangeren in solch einen operierbaren Patientinnenkörper für das Zusammenspiel im System of Care bedeutet, möchte ich mit einem Zitat vertiefen. Ich fragte die Anästhesistin Steiner, welche Bedeutung Compliance in ihrer Arbeit zukomme.

[D]ie Patientin hat nicht wahnsinnig viel Wahl [in der Anästhesie, Anme. d.V.]! Wir geben ihnen einfach unsere Medikamente und nachher sind sie in einem sehr organisierten Rahmen für den Rest der Zeit. Daher ist die Compliance rein von diesem Eingriff bei uns nicht ein grosses Thema. [...] sie haben gar nicht viele Chancen, um non-compliant zu sein. (Steiner, #410ff.)

Dass es den Schwangeren kaum anders möglich sei, als sich compliant zu verhalten, lässt wiederum die Frage aufwerfen, ob Compliance das besondere Zusammenspiel, das die Anästhesistin beschreibt und das am OP-Tag zu beobachten ist, überhaupt erfassen mag. Wie ausgeführt, bedingt das Sprechen über Compliance die Möglichkeit einer Non-Compliance. Aus dem Zitat und der ethnografischen Sequenz im OP-Saal erfahren wir aber, dass es den Frauen kaum möglich ist, anders, als es von ihnen verlangt wird, zu handeln. Es erfolgen keine Aktivitäten, die fernab selbstverpflichtend auszuüben sind, wie eine Medikamenteneinnahme – auch findet kein gemeinsames Aushandeln statt. Die Frauen müssen die »Entwendung ihres Körpers« (Hirschauer 1996: 93) hinnehmen, da diese eine notwendige Voraussetzung für die

22 Der US-amerikanische Sender »Public Broadcasting Service« strahlte die dokumentarische Serie »TWICE BORN: Stories from the Special Delivery Unit« aus, die von fetomaternalen Eingriffen am CHOP handelt (vgl. Trailblazer Studios 2015). Auf Blogs und News-Foren lassen sich ebenso Artikel finden, die irreführende Titel tragen, wie »Baby wird zweimal geboren – wie geht das?« (Christians 2022), »Frau muss ihr Baby zweimal gebären – um es zu retten« (Blick 2022) oder »Dieses Baby wurde zweimal geboren« (Metz 2018). Bei allen drei Berichten handelt es sich um eine fetomaternale Operation bei Spina bifida, wozu das Ungeborene weder aus der Gebärmutter entnommen noch geboren wird.

Operation ist. Die Abgabe von Verantwortung ist eine wesentliche Bedingung, damit eine Operation überhaupt erfolgen kann. Compliance setzt hingegen eine Übernahme von Verantwortung voraus. In der hier diskutierten Zeitphase zeigt sich ein Zusammenspiel, das mit (Non-)Compliance nicht zu erklären ist, da die Schwangeren kontinuierlich Verantwortung abgeben. Sie übergeben sich und ihr Ungeboresenes in die Hände des »Chirurgenkörpers« (Hirschauer 1996: 96). Die schriftliche Einwilligung geht dieser Beziehung voraus und ermöglicht den medizinischen Beteiligten ein Handeln in Pfaden. Das Aufschneiden des Bauches ist keine Körperverletzung, sondern ein notwendiger Arbeitsschritt, ein durch die »etiquette of touch« erlaubter »Schnitt«. Dass die Abgabe von Verantwortung und damit verbunden die Übergabe von sich selbst in die Versorgung durch andere Personen Ängste hervorrufen kann, zeigt sich beim anästhesiologischen Konsil von Frau Lorenz:

[Lorenz, Eintritt #2] Die Schwangere fügt an, *neuerdings habe ich auch Angst, dass ich nicht mehr wach werde – Auch da sind Sie nicht alleine. Ist Ihnen das mal zu Hause passiert, dass Sie nicht mehr wach wurden?* – *Nein*, meint Frau Lorenz leicht lächelnd. *Wer einschläft, der wacht auch wieder auf*, meint der Anästhesist. [...] *Ich weiss auch nicht, woher diese Angst kommt, aber ich glaube, man gibt halt so die Kontrolle ab*, erklärt sich Frau Lorenz ihr Gefühl. Der Anästhesist bejaht, *ja, man gibt Verantwortung und Kontrolle ab, das kann einem Angst machen. Aber dass man nicht mehr aufwacht, das gibt es nicht. Wer einschläft, der wacht auch wieder auf. Es gibt Menschen, die länger brauchen, bis sie die Medikamente abbauen, bei anderen geht es schneller*. Frau Lorenz scheint mit der Antwort fürs Erste zufrieden zu sein.

Der Arzt denkt das Einschlafen und Aufwachen anästhesiologisch: Der Schlaf der Patientin unterliegt seiner Kontrolle. Es ist ein kontrollierter Schlaf, der gesteuert wird und über einen Start und ein Ende definiert ist. Dass Personen auch einschlafen und nicht mehr aufwachen, wird nicht mitgedacht, da dies einem anderen Schlaf entspricht. Irritierend mag deshalb die Frage des Anästhesisten sein, die auf den Schlaf der Schwangeren zu Hause abzielt und ihn vom narkotisierten Schlaf als künstlichen Tiefschlaf unterscheidet. Im narkotisierten Stadium ergibt es ebenso keinen Sinn, von (Non-)Compliance zu sprechen, da eine vereinbarte Verantwortungsübergabe die versorgenden Praktiken des Anästhesieteams anleitet. Dieses und eine Vielzahl von Geräten übernehmen in dieser Zeit die Versorgung des Patientinnenkörpers, was aber nicht bedeutet, dass die Schwangere unbeteiligt ist: Ihr Körper arbeitet permanent mit, indem er das Team mit relevanten Körperzeichen versorgt.²³

23 Ein Anästhesiepfleger erklärt, dass er einen »Rundumblick« habe. Er überprüfe klinische Körperzeichen wie die Pupillen und die Geräte mit dem »ABC-Schema« (Airway, Breathing, Circulation) (vgl. Kuhn, OP-Tag #2).

Feine Brüche mit der Routine

Die Praktiken im OP-Saal laufen in Echtzeit nebeneinander und über den Saal verteilt in diversen Pfaden ab, die aufeinander abgestimmt und über eine klare Zuständigkeit definiert sind. Es lässt sich von einer Synchronisierung verteilter Praktiken sprechen, die nicht frei von unerwarteten Begegnungen ist. Werden geplante Einsätze verpasst oder kommen neue, nicht einkalkulierte Pfade hinzu, droht ein unvorhergesehener Zusammenstoß:

[Graber, OP-Tag #2] Moser fragt in die Runde, ob alle für den OP-Start bereit seien. Es wird bejaht. Sie verdunkelt den Raum. Nur das OP-Gebiet ist beleuchtet. Es wird ruhig im Raum. Alle/s sind/ist für den »Schnitt« bereit. Unerwartet hastig und leicht aufgeregt läuft die Springerin an mir vorbei und flüstert, dass sie die Unterlagerung vergessen habe. Hastig bückt und schlängelt sie sich zwischen den Akteur:innen und Geräten zum OP-Tisch durch. Von einem Gerät nimmt sie Rollen und hantiert am Körperende unter der Decke, die den narkotisierten Körper bedeckt. Die Chirurgin der Geburtshilfe bemerkt die Springerin, die unten rechts von ihr in der Hocke an den Beinen der Patientin hantiert, und sagt, *diese Unterlagerung müsst ihr vorher machen!* Sie solle auf den sterilen Bereich aufpassen, da sie, die Springerin, nicht steril sei. Die Geburtshelferin weist den von ihr schräg gegenüberstehenden Operateur an, mit dem »Schnitt« zu warten, da die Ruhe des Körpers durch die Unterlagerung beeinträchtigt ist. Die Springerin nimmt eine zweite Rolle. Die Geburtshelferin fragt, *noch eine?* Die Springerin nickt und hantiert. Daraufhin realisiert die Geburtshelferin, dass die Beine durch die Lagerung erhöht werden, sodass sie am Instrumententisch ankommen. Daraufhin bittet sie den Instrumentierenden, den Tisch zu erhöhen. Die Lagerung ist abgeschlossen. Die Springerin zieht sich aus dem OP-Bereich zurück und kehrt auf ihre Spur, die in der Randzone verläuft, zurück. Hier kann sie wieder freier agieren. Der Körper ist nun ruhig. Der Chirurg macht den »Schnitt«.

Die Sequenz verdeutlicht, dass scheinbar kleine Momente, die keine grosse Panne darstellen, Arbeitsroutinen unterbrechen können, wodurch aufeinander abgestimmte Pfade verschiedener Akteur:innen *ad hoc* anzupassen sind. Wie bereits diskutiert, gehören situative Anpassungen zum Alltag der medizinischen Arbeit und sind Teil der Routine. In dieser Sequenz wird aber nicht von einer Routine in die nächste gewechselt, was eine »Kompensation« wäre (vgl. Schubert 2006: 213). Auch liegt keine der Routine inhärente Störung vor wie beim EKG (vgl. Kapitel 5.4). Es handelt sich um einen (Unter-)Bruch eines routinierten Zusammenspiels, wodurch eine ungewohnte Aufmerksamkeit der Beteiligten verlangt wird. Die Akteur:innen werden für einen Moment aus ihrer eingespielten Routine geholt. Solch kleine Brüche sind deshalb erwähnenswert, weil sie einen all dies wahrnehmen lassen, was in einer Routine voraussetzungsvoll mitläuft. So teilt die Operateurin ihrem Kollegen

mit, dass der »Schnitt« warten müsse, da das OP-Gebiet nicht mehr länger ruhig und stabil sei. Dass ein Körper während der Operation ruhig eingestellt ist, stellt eine unabdingbare Voraussetzung für die chirurgische Arbeit dar. Im Beispiel entspringt der Bruch einer ver-rückten Zeit.²⁴ Ver-rückt ist sie, weil Praktiken zu einem gemäss der Routine unpassenden Zeitpunkt ausgeführt werden, eine Akteurin sich an einem kritischen Ort befindet und Blicke einer ungewohnten Aufmerksamkeit folgen. Eingespielte Spuren werden für einen kurzen Moment pausiert und umgelenkt, weil das Timing im Gefüge ver-rückt ist. Die Lagerung ist zwar Teil des Protokolls, muss jedoch zu einem Zeitpunkt erfolgen, der keine kritischen Effekte evoziert. So erinnert die Operateurin die Springerin an den korrekten Ablauf, womit die eigentlich strukturierende Rolle von Protokollen betont wird (vgl. Timmermans/Berg 1997: 294). Die ver-rückte Aktivität stellt nicht nur die Sterilitätsvorkehrungen infrage, sondern bringt den narkotisierten Körper in eine ver-rückte Position, wodurch gewohnte Handlungen verhindert und andere, neue erforderlich werden. Der »Schnitt« muss warten, der Instrumententisch ist hingegen zu justieren. In der Szene überblickt die Operateurin der Geburtshilfe die kritischen Effekte und leitet die Pfade der umstehenden Akteur:innen an. Dass der gegenüberstehende Operateur die Springerin nicht bemerkt, ist seiner (Körper-)Position im Gefüge geschuldet: Sein Blick gilt dem OP-Feld und soll gerade nicht durch den Raum wandern. An dieser Szene zeigt sich die unmittelbare Verkettung einer jeden Handlung im OP-Saal und lässt erahnen, dass die medizinischen Akteur:innen wenig Spielraum haben. Bemerkenswert ist, dass nicht nur der Patientinnenkörper an den OP-Tisch gebunden ist, auch haben sich die Akteur:innen des »Chirurgenkörpers« an ihre Position zu halten, die mit einem begrenzten Spielraum einhergeht. Hirschauer beschreibt, wie den Chirurg:innen viele Aktionen untersagt sind, die sie gerne ergreifen würden. Wenn die Nase juckt oder Blutspritzer im Gesicht landen, sind sie auf andere Hände angewiesen (vgl. 1996: 92). Auch bei den fetomaternalen Operationen ereigneten sich solche Momente. So richtete eine OP-Pflegerin einem Chirurgen die Brille und ein Springer nahm einen Handy-Anruf für einen Chirurgen entgegen.

Entmystifizierung durch die eingespielte Routine

Welche Bedeutung jenem Protokoll zukommt, das die Operation anleitet und als SOP betitelt wird, erklärt Schneider:

Und in diesen Beschrieben ist vielleicht in einer etwas beleidigender, detaillierter Art und Weise aufgeschrieben, wer was macht, was wann zu beachten ist und so

24 In den Arbeiten von Klausner (2015) und Schmid (2020) findet die Schreibweise »ver-rückt« ebenso Eingang.

weiter. Alle Figuren, die am Tisch sind [...], haben eine Farbe [im SOP, Anme. d.V.]. (Schneider III, #507ff.)

Dass die Beteiligten im OP-Saal über ihren Pfad Bescheid zu wissen und diesen zu befolgen haben, betonen die Beteiligten. Deutlich wird in den Interviews, dass das intraoperative SOP zu Beginn eine grosse Relevanz hatte, um Praktiken zu erlernen und Zuständigkeiten zu verteilen. Nach einer gewissen (Erfahrungs-)Zeit haben sich die Pfade eingespielt und das Protokoll wurde immer mehr zur Seite gelegt (vgl. Albrecht, #387ff.). Oft sprechen die am OP-Tisch stehenden Akteur:innen von einer »eingespielten Routine«, einem »eingespielten Team« oder erklären, dass sich über das Protokoll hinausgehende Elemente »eingelebt« haben, die nun zur Routine geworden sind. Wie eingespielt die Arbeiten sein können, macht sich zwischen der Chirurgie und der technischen OP-Assistenz bemerkbar. Es scheint, als sprächen deren Hände miteinander: Kaum hat der Operateur seine Hand ausgestreckt und geöffnet, legt ihm die technische OP-Assistenz das erforderliche Instrument in die Hand. Ingold, ein technischer OP-Assistent, erklärt, dass er nicht nur die Handbewegungen liest, sondern auch in die Patientin »reinschau[t]« (#420), um anstehende Schritte vorwegzunehmen. Dass sich ein nonverbales Zusammenspiel wesentlich über Erfahrung einspielt, wird ersichtlich, wenn neue Personen zum Team hinzukommen. Bei einer Operation, bei der eine technische OP-Assistentin für eine fetomaternalen Operation bei Spina bifida zum ersten Mal am Instrumententisch stand, erteilte der Operateur jeweils kurze verbale Anweisungen wie »blauer Faden«, »Klammer« oder »bitte von uterin zu fetal wechseln« (vgl. Kuhn, OP-Tag #2).

Dass es sich bei der fetomaternalen Operation aufgrund der »zwei parallelen Patienten, die beide so ihre eigene Wertskala haben« (Schneider II, #353f.), um eine spezifische eingespielte Routine handelt, ist Schneider wichtig. Verlangt sei »eine besondere Art von Routine, die auf einem höheren, kollektiven, simultanen *Alertness-Level* ablaufen muss« (ebd., #365f.). Damit ist eine permanente Wachsamkeit gemeint. Auch Wanner ist davon überzeugt, dass die Abläufe im OP-Saal routiniert ablaufen, wodurch »das Mystische« und »das Besondere« der fetomaternalen Chirurgie jedoch verloren gingen (#489f.). Dass dennoch etwas vom »Spektakulären« im OP-Saal zurückbleibt, macht sich zum einen über die Live-Übertragung der Operation in den Nebenraum für interessierte Personen der Schweizer Klinik und Medizinstudierende und zum anderen an einzelnen Besucher:innen im OP-Saal bemerkbar. Die eingespielte Routine vermag solch eine Verlässlichkeit gewähren, dass die Operation auch als Event für Besucher:innen zugänglich wird. Etwas »Spektakuläres« wird damit zugleich normalisiert, da damit signalisiert wird, wie routiniert diese Operation abläuft.

7.3 Feintuning am Standard

Nachfolgend gehe ich den kontinuierlichen Praktiken an Standards am Beispiel der intra- und postoperativen Schmerztherapie nach. Im MOMS-Trial wurde die vor der Einleitung der Vollnarkose zu platzierende EDA als Standard für die Schmerztherapie fixiert. Während meiner Feldforschung und zuvor hatte sie in der Schweizer Klinik in einzelnen Fällen für Probleme gesorgt, was mancherorts zu Unzufriedenheit führte. Mich interessiert, wie sich dieser Standard relational zu den sozialen Welten des System of Care verhält, von ihnen verschieden erfahren wird, mehrere Interessen zu bedienen hat und sich in Aushandlung befindet. Ich gehe jenen Prozessen nach, die erst im Praxisvollzug eines Standards in Erscheinung treten und somit weder in Protokollen noch in einem MOMS-Trial enthalten sind.

Um die kontinuierlichen Praktiken an Standards zu verdeutlichen, habe ich *Feintuning* als analytischen Begriff entwickelt. Mit dem englischen Gerundium rücke ich ein permanent auszuhandelndes Tun in den Fokus, das von Spannungen und Instabilitäten geprägt ist.²⁵ Der Wortstamm mag eine Verbindung zu dem von Pickering (1995) in »The Mangle of Practice« eingeführten Begriff *Tuning* nahelegen, von dem ich mich aber abgrenze, da er eine andere Stossrichtung aufweist. Bei ihm steht ein reziprokes Ein- und Anpassen von menschlicher und materialer *Agency* im praktischen Forschungshandeln im Fokus, wobei letzten Endes eine Lösung übrigbleibt (vgl. ebd.: 17ff., 144f.). Meine Ausführungen zum *Feintuning* zielen nun aber auf die Offenheit der Bewegung ab, auf die nie endenden Prozesse, die für die klinische Praxis charakteristisch sind. Zudem haben wir es nicht mit einer Forschungspraxis zu tun, sondern mit stationären Realitäten, an denen nicht nur zahlreiche weitere soziale Welten mitwirken, sondern auch eine spezifische Zeit präsent ist. *Feintuning* findet in der klinischen Praxis überwiegend in Echtzeit statt. Entscheidend ist, dass dabei ein Druck entsteht, der in »klassischen« Laboren nicht vorhanden ist, für unser Beispiel aber wesentlich ist: Es handelt sich um den von den Schwangeren ausgehenden Druck, die Schmerzen bei Problemen mit der EDA unter Kontrolle zu halten.

Feintuning erfolgt in der klinischen Praxis nicht zuletzt unter dem Aspekt einer steten Optimierung. In medizinischer Terminologie wird von einem *Patient Best* gesprochen, das jedoch nicht frei von weiteren Umständen wie der Zulassung von Medikamenten, der Verfügbarkeit von Geräten, den finanziellen Ressourcen oder dem Wissen der Akteur:innen ist. Nicht nur das von den medizinischen Akteur:innen geteilte Ziel einer Optimierung, sondern auch sich individuell entwickelnde Behand-

25 Das Gerundium wird in ähnlich orientierten STS-Konzepten verwendet, wie *Tinkering* (u.a. Knorr-Cetina 2002a), *Tuning* (Pickering 1995) und *Doctoring* sowie *Attuning* (Mol 2008). In eine ähnliche Richtung gehen die Konzepte *Bricolage* (Knorr-Cetina 2002a) und *Alignment Work* (Gröndal/Holmberg 2021).

lungspfade und die Verknüpfung disziplinärer Standards und Interessen verlangen ein stetes *Feintuning*. Dies ist eine fortwährende Arbeit an und mit Standards, die anpassend, tütelnd, bastelnd, auf Möglichkeiten reagierend und das Erfahrungswissen einbeziehend erfolgt und sich aus der Überzeugung einer nie endenden Optimierung speist. In manchen Situationen vermag sich diese Arbeit dem ethnografischen Blick zu entziehen, in anderen zeigt sie sich als ein »praktisches Rasonieren«, um es mit den Worten von Knorr-Cetina (2002a: 50ff.) auszudrücken. Dass das Verfolgen einer steten Optimierung auch bedeutet, Wege einzuschlagen, die wieder verlassen werden, oder neue Probleme hervorrufen, verdeutlichen nachfolgende Ausführungen. Optimierung bedeutet nicht zwingend eine Verbesserung. Da *Feintuning* an multiplen Orten und zu multiplen Zeiten erfolgt, verknüpfe ich mit einer »trans-sequentielle[n] Analyse« (Scheffer 2013, Satzzeichen i.O.) mehrere ethnografische Sequenzen zu einer möglichen Erzählung, die Leerstellen enthält und kein Ende definiert.

Mehr als ein Standard der Anästhesie

Fürs Erste begeben wir uns in den OP-Saal. Frau Kuhn ist noch nicht narkotisiert, die EDA ist aber platziert. Müller, die seitens der Geburtshilfe am OP-Tisch steht, führt einen Ultraschall durch und wendet sich mit einer Bitte an die Anästhesistin Steiner:

[Kuhn, OP-Tag #2] *Nach der letzten OP ist die EDA verrutscht, dann haben wir auf eine intravenöse Fentanyl PCA umgestellt.²⁶ Die Patientin [Frau Thiel, Anme. d.V.] hatte viel weniger Kreislaufprobleme, weniger Schmerzen und war schneller mobil. Wir möchten das gerne nochmals ausprobieren. Die Patientin war hochzufrieden, so Müller. Die Anästhesistin nickt, scheint über die Anpassung aber irritiert zu sein.*

Etwas später sucht die Anästhesistin das Gespräch mit Müller. Ungünstig sei es, dass sie so spät über die Änderung in Kenntnis gesetzt werde. Sie stimme aber zu, dass neben der EDA auch andere Möglichkeiten existierten. Müller erwidert, dass das »Anästhesieregime« revidiert werden könne. Im Laufe der Operation tauschen sich die zwei Ärztinnen und das Anästhesieteam untereinander über die angepasste Schmerztherapie aus.

Zu erfahren ist, dass die zwei Ärztinnen die Standardanpassung ungleich erleben. Müller ist von der jüngst situativ angepassten Schmerztherapie überzeugt und schlägt die ehemalige *Ad-hoc*-Lösung als neues und weiter zu erprobendes Vorgehen

26 PCA steht für eine patient:innenkontrollierte Analgesie. Mit Analgesie ist das Ausschalten von Schmerzen gemeint. Eine PCA erlaubt es Patient:innen, sich ein Schmerzmittel mithilfe von Boli selbst über ein Gerät zu verabreichen. Die Anzahl der Boli ist vom Schmerzdienst eingestellt, sodass keine Überdosierung erfolgt.

vor. Allgemein wünscht sie sich ein Überdenken des »Anästhesieregimes«. Andere ethnografische Sequenzen legen nahe, dass ihr Wunsch nach Veränderung, den sie mit Pflegefachpersonen und Hebammen teilt, bereits vor der Operation von Frau Thiel bestand. Für Steiner ereignet sich die Anpassung hingegen abrupt und dies, ohne dass sich eine problematische Situation dargestellt hätte. Steiner wird aufgefordert, einen für sie ungewohnten Pfad zu begehen, der seine Legitimierung über eine andere Situation findet.

Vor dem Hintergrund der Ausführungen in Kapitel 7.2, dass die Zuständigkeiten im OP-Saal klar verteilt sind, mag die Sequenz irritieren. Es kann der Eindruck entstehen, dass die eine Disziplin die Expertise einer anderen zur Verhandlung stellt. Ein Jahr später vermutet der Anästhesist Walter, dass das »Einmischen« von Geburtshilfe und Chirurgie auf ein temporäres »Führungsvakuum« in der Anästhesie zurückzuführen sei (vgl. Walter, #95). Dass disziplinäre Grenzen im Sinne von *boundary work* ausgelotet und durchlässig werden, möchte ich berücksichtigen, nicht aber zentral stellen.²⁷ Vielmehr denke ich die Aushandlungen primär vom Standard aus. Die Sequenz macht deutlich, dass die EDA keinen isolierten anästhesiologischen Standard bildet, sondern innerhalb des System of Care in mehrere soziale Welten eingebettet und somit untrennbar mit den Praktiken und Interessen anderer Disziplinen verknüpft ist. Die EDA hat nicht nur anästhesiologisch zu funktionieren, sondern auch geburtshelferisch, pflegerisch und lebensweltlich. Für die Geburtshilfe ist es z. B. zentral, dass keine »Eskalation« der Schmerzen eintritt, da ansonsten vorzeitige Wehen einsetzen können, die das Risiko einer Frühgeburt erhöhen (vgl. Neumann, #371ff.). Die Schmerztherapie zeigt sich als ein Grenzbe-
reich im System of Care, an dem sich das Zusammenspiel zahlreicher Welten mit ihren jeweiligen Praktiken, Interessen und Wissen besonders gut aufzeigen lässt.²⁸ So hat es sowohl Gründe, weshalb sich Müller mit einer Bitte an Steiner wendet als auch dass Steiner darüber überrascht ist.

27 Thomas Gieryn (1983) prägte den Begriff *boundary work*, womit er sich auf Abgrenzungsarbeiten von Wissenschaften gegenüber Nicht-Wissenschaften bezieht. Das Konzept wird oft verwendet, um die (Zurück-)Gewinnung epistemischer Autorität durch die Wissenschaften zu besprechen. Es kann auch angewendet werden, um Abgrenzungen zwischen wissenschaftlichen Disziplinen oder innerhalb einer Disziplin zu beschreiben, wie es Valérie Burri (2008) für die Aushandlungen innerhalb der Radiologie gemacht hat.

28 Die Schmerztherapie bespreche ich nicht als *Boundary Object* (Star/Griesemer 1989), da sie weder kreiert wurde, um Kooperationen über Grenzen hinweg zu ermöglichen, noch um Spannungen zwischen heterogenen Welten zu managen. Die Schmerztherapie stellt ein obligates Element der Behandlung dar, das in verschiedene Welten integriert ist und zu ungleichen Erfahrungen und Interessen führt.

»Wir mussten diesen Weg gehen, weil es nur diesen einen gab.«

Erfahren haben wir, dass Müller ein Verfahren erproben möchte, das auf eine als erfolgreich verstandene situierte Anpassungsleistung zurückgeht und von dem eine künftige Optimierung der Schmerztherapie erwartet wird. Wie es dazu gekommen ist, erzählt mir Neumann nach der Operation von Frau Kuhn (vgl. Neumann, Gespräch #4). Bei Frau Thiel, der Zimmernachbarin von Frau Kuhn und der ihr vorangehenden Patientin, sei die EDA beim Verlegen der Patientin vom OP-Tisch auf das Patient:innenbett verrutscht. Anders als bei Pickerings *Tuning* verlangte hier nicht der gelegte Zugang der EDA eine Anpassungsleistung, viel eher zeigt sich ein untrennbares sozio-materielles Zusammenspiel. Ob das Verlagern zu ruckartig ausgeführt wurde oder die EDA »schlecht« platziert war, kann nicht bestimmt werden. Entscheidend ist, dass ein Justieren der EDA nicht mehr möglich war. Eine andere Lösung musste her, denn die Schwangere hatte Schmerzen. Wehen und eine Frühgeburt bildeten die grössten Risiken. Der Anästhesist sei »total nett und ja, so auf Augenhöhe« gewesen, »offen für andere Wege«, berichtet Neumann. Dann stand der Entscheid zwischen Morphinum oder Fentanyl an. Dass Morphinum bei der Pflege und der Geburtshilfe wenig beliebt ist, erklärt Neumann mit dem »Helikopter-Kopf«, der mit Kopfschmerzen, Schwindel und Kreislaufproblemen verbunden ist. Diese Erfahrung speist sich aus anderen Fällen, in denen bereits auf Morphinum umgestellt wurde, als die EDA verrutschte. *Ad hoc* habe sich das versammelte Team für eine intravenöse PCA mit Fentanyl entschieden, was gut funktioniert habe: Frau Thiel habe kaum Nebenwirkungen gehabt und sei schnell mobil gewesen, so Neumann. Wieso diese Erfahrung den Versuch einer allgemeinen Anpassung der Schmerztherapie auszulösen vermag, ordnet Neumann ein:

[Neumann, Gespräch #4] *Ja, also man muss sich halt gut überlegen, wenn man vom Standardprozedere abweichen möchte. Denn unsere Grundlage ist der MOMS-Trial. Und wie sagt man? Never change a winning team! [...]* Sie schaut mich eindringlich an und stellt klar, *aber man macht das nicht einfach so. Sondern hier hatten wir halt eine gute Idee und einen dummen Zufall. Aber es ist nicht so, dass wir einfach mal testen. Sondern man musste mal diesen Weg gehen, weil es nur diesen einen Weg gab.* So habe man bei Frau Kuhn auch nicht vollständig auf die EDA verzichtet, sondern sie sei im Hintergrund da und würde als Backup, als Plan B, dienen. [...] Sie macht eine Pause und meint wieder in einem ruhigeren Ton, *und so verändert man Protokolle.*

Die Erzählung von Neumann legt nicht nahe, dass eine Person oder eine Disziplin einen Plan verfolgte, um die Therapie in eine andere Richtung zu lenken. Erfahrungen zeichnen sich ab, die bei manchen den Wunsch nach Veränderung hervorriefen. Die Veränderung wurde nicht forciert, sondern es wurde die richtige Gelegenheit genutzt, um einen neuen Weg zu erproben. Dass verschiedene Elemente zur Entwick-

lung einer »guten Idee« geführt haben, möchte ich mit der Figur vom *tinkerer* präzisieren. Knorr-Cetina versteht in Anlehnung an die Ausführungen des Genetikers und Molekularbiologen François Jacob (1977) unter *tinkerer* Opportunist:innen, die die »materialen Gelegenheiten, die sich an einem bestimmten Ort ergeben« (Knorr-Cetina 2002a: 65), für ihre Projekte nutzen, sich deren bewusst sind und wissen, was »machbar« (ebd.) ist, um ihre Projekte entsprechend zu entwickeln. Knorr-Cetina betont, dass *tinkerer* weder passiv sind noch, dass sie einfach nur reagieren. Das bewusste Nutzen von Möglichkeiten möchte ich für die Zuschreibung einer »guten Idee« mitdenken. In unserem Beispiel zeigt sich aber, dass sich die Gelegenheit nicht nur in ihren materialen Elementen äusserte, sondern auch von der spezifischen Konstellation der anwesenden Akteur:innen mit ihren Erfahrungen, Interessen und situierten (Körper-)Wissen geprägt war. Welche Elemente waren nun im richtigen Moment versammelt, sodass sich eine »gute Idee« entwickeln konnte?

Zunächst ist der Zeitpunkt zu adressieren. So spielt es eine Rolle, ob die EDA unmittelbar oder erst am zweiten Tag nach der OP verrutscht.²⁹ Der Zugang verrutschte in diesem Fall »rechtzeitig«, sodass ein neuer Weg entstehen musste. In solchen Situationen müsse etwas getan werden, berichtet Neumann: »Der Patient [sic!] darf ja nicht schmerzgeplagt, weinend, bewegungsunfähig im Bett liegen, sondern das muss man ja hinbekommen!« (#362f.) Die Hebamme bringt damit die *do-ability* individueller Behandlungspfade (vgl. Timmermans/Berg 1997) sowie die Erwartungshaltung von Patient:innen zum Ausdruck, dass Schmerzen gemagt und gelindert werden müssen. Um dies zu erreichen, war es unabdingbar, dass weitere Opioide überhaupt vorhanden waren. Aufseiten der anwesenden Akteur:innen hebt Neumann den Anästhesisten hervor, den sie als »total nett« und »auf Augenhöhe« bezeichnet. Dies lässt vermuten, dass ein Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den Beteiligten verschiedener Hierarchiestufen und Disziplinen möglich war, um kollektiv eine Lösung zu erproben. Das Beispiel zeigt, dass die Abweichung vom »Standardprozedere« nicht geplant war, jedoch auch keine gänzlich unbekannte Situation darstellte. Die Anästhesistin Steiner wird einige Monate später von einer Zeit sprechen, in der sie mit den EDA immer wieder Mühe hatten, da sie nicht wirklich befriedigend sassen (vgl. #24f.). Als sie bei Frau Thiel verrutschte, waren zwar mögliche Optionen bekannt, jedoch erfolgte weder eine »routinierte[] Improvisation« (Schubert 2006: 208) noch wurde *repair work* an der EDA betrieben. Etwas neues Produktives entstand. Artikulierte Schmerzen, versammeltes Erfahrungswissen, verfügbare Schmerzmittel und ein spezifisches Zeitmanagement brachten eine »richtige Gelegenheit« hervor, die eine »gute Idee« ermöglichte. Um diese Gelegenheit auch nutzen zu können, sei auf zwei zentrale

29 Der Katheter kann so verrutschen (dislozieren), dass die EDA nicht mehr optimal funktioniert. Das häufigste Problem ist jedoch eine insuffiziente Wirkung der EDA, erklärt der Anästhesist Walter in einem telefonischen Nachgespräch im Herbst 2024.

Aspekte des *Feintuning* verwiesen: erstens auf die Aufmerksamkeit gegenüber der Verschachtelung von disziplinären Standards in der klinischen Praxis und zweitens auf die situative Flexibilität gegenüber den eigenen gewohnten Arbeitspfaden. Mit der Zuschreibung einer »guten Idee« spricht Neumann dem gewählten Pfad nicht zuletzt eine »Post-hoc-Qualität« (Knorr-Cetina 2002a: 108, Herv. i.O.) zu. So verspricht sie sich damit weitere Erfolge. Dass solch eine situierte Anpassung notwendig war, um überhaupt vom »Standardprozedere« abweichen zu können oder zu dürfen, macht Neumann deutlich, indem sie den MOMS-Trial als die evidenzbasierte Grundlage der Praxis erwähnt, die nicht einfach so überschritten werde, um mal etwas zu »testen«.

Geteilte Unzufriedenheit: »Ich war schon sehr verärgert!«

Wir gehen nun auf die Pränatalstation, befinden uns aber einige Monate vor den Operationen von Frau Thiel und Frau Kuhn. Es handelt sich um den vierten postoperativen Tag von Frau Graber. Sie erhielt gemäss Standardablauf eine EDA. Anders als im »Postoperativen Protokoll« notiert, kam sie erst am dritten statt am zweiten postoperativen Tag von der Überwachungs- auf die Pränatalstation zurück. Deutlich wird, dass solchen Protokollen die Vorstellung inhärent ist, dass es den einen optimalen Weg gibt. Dass dies aber eine »Illusion« (Berg 1997: 1084) ist, wird an den heterogenen Pfadverläufen sichtbar. Ich bringe nun die Erfahrung von Frau Graber mit der Schmerztherapie ein, da sich daran erkennen lässt, wie sich bei der Pflege und Geburtshilfe eine Unzufriedenheit gegenüber der EDA entwickeln konnte:

[Graber, Postoperativ #3] Es klopft an der Tür von Frau Graber, Neumann tritt ein und übergibt ihr einen auszufüllenden Fragebogen der Anästhesie. Frau Graber berichtet, *ja, also das* [die Schmerztherapie, Anme. d.V.] *war nicht optimal*. Die EDA habe bereits am Abend vom OP-Tag nicht mehr gewirkt. Sehr schmerzvoll sei es gewesen. [...] Frau Graber setzt sich auf und liest den Fragebogen durch. Die Schmerzbekämpfung sei nicht so das grosse Versprechen gewesen, sie habe bemerkt, dass [am Abend, Anme. d.V.] immer mehr Leute im Raum gewesen seien, die nicht wirklich gewusst hätten, was sie tun sollten. Neumann fügt energisch an, *das ist ein Systemproblem der Anästhesie*. Sie verlasse sich auf die EDA, wenn diese aber nicht funktioniere, würde das Team »wie ein Ochse vor dem Berg« stehen. Frau Graber meint, *ja, es kam einfach nicht so, wie sie es gesagt haben*. Also dass man keine Schmerzen hat. Herr Huber, ihr Mann, ergänzt, dass derartige Schmerzen in der Pränatalberatung unerwähnt blieben. [...] Frau Graber liest weiter. Sie richtet ihren Blick auf Neumann und fragt, *darf ich hier eine 10 schreiben?* Neumann erwidert, *klar, einfach ganz ehrlich*. [...] Sie wendet sich von Frau Graber ab und spricht mit Herrn Huber. Frau Graber füllt den Fragebogen weiter aus. [...] Sie liest uns eine Frage vor, *hätten Sie mehr Schmerztherapie gewünscht?*, blickt uns der Reihe nach an und fährt fort, *ja, also rein logisch überlegt, das wäre gar nicht*

möglich gewesen. [...] Sie macht eine Pause, ja, am liebsten hätte ich ein Koma gehabt. Hm ... [Pause] Ich schreibe einfach eine funktionierende EDA. [...] Frau Graber liest die nächste Frage vor, wie zufrieden waren Sie mit der Schmerztherapie? Sie hält inne und sagt, ach, ihr macht es mir ja auch überhaupt nicht leicht. Ich war schon sehr verärgert! Sie kreuzt eine Auswahl an, die ich nicht sehe, und meint, ja, wir sind jetzt streng! [Graber, Postoperativ #3]

Zunächst greife ich einen weiteren Aspekt heraus, der für ein *Feintuning* wesentlich ist: das Teilen und Übermitteln von Erfahrung. Zum einen wird Frau Graber aufgefordert, ihr Erleben in einem formalisierten Dokument festzuhalten, das in einer Gesamtmenge ausgewertet wird. Nur an einer Stelle notiert sie in ihren eigenen Worten einen Wunsch: eine »funktionierende EDA«. Ansonsten verwandelt sie das somatisch Erlebte in statistisch Verwertbares. Parallel dazu unterhält sie sich mit Neumann, wobei erstere ihr verkörpertes Wissen ausformuliert. Der Austausch ist als ein spontanes Stationsgespräch zu begreifen, in dem auch die Hebamme ihre Erfahrungen einbringt. Zum Thema wird die Handhabung einer nicht funktionierenden EDA, was öfter vorkommt, wie Neumann mitteilt. Mit der Bezeichnung »Systemproblem« transformiert sie die individuelle Erfahrung der Schwangeren in eine generelle Problematik. Wir erfahren, dass sich die Schwangere aufgrund der in der Pränatalberatung professionell unterrichteten Erwartungshaltung auf keine grossen Schmerzen eingestellt hat.³⁰ Bei ihrem Partner, Herrn Huber, hat sich diese Haltung ebenso etabliert. So berichtet er, wie schlimm die erste Nacht für ihn gewesen sei. An Schlaf sei nicht zu denken gewesen, stets habe er einen Anruf der Schweizer Klinik erwartet, die ihm mitteile, dass es nicht gut gelaufen sei (vgl. Graber, Postoperativ #3). Anders als im Fall von Frau Thiel erfahren wir von Frau Graber, dass die Akteur:innen nicht wirklich gewusst hätten, was zu tun sei. Das von Neumann eingebrachte Sprachbild »wie ein Ochse vor dem Berg« versinnbildlicht zusätzlich das Erlebte der Schwangeren.

Frei, ein weiterer Anästhesist, erzählt mir in einem informellen Gespräch, weshalb seitens der Geburtshilfe der Eindruck entstehen könne, dass die Anästhesie die EDA »nicht im Griff« habe. Wenn in der ersten Nacht Komplikationen auftreten (wie bei Frau Graber), könne es etwas dauern, bis sie, die Anästhesist:innen, vorbeikämen, da nur wenige im Dienst seien und sie auch auf dem Notfall arbeiten müssten, so der Anästhesist (vgl. Lorenz, OP-Tag #3). Frei bringt damit das personelle-organisatorische Zeitmanagement ein, das rasche Reaktionen in manchen Situationen erschweren mag.

Frau Graber, Herr Huber und die Hebamme gehören unterschiedlichen sozialen Welten an, bilden im Stationsgespräch jedoch eine Allianz, die sich über eine geteilte

30 Auch Frau Lorenz berichtet, dass sie solch starke Schmerzen nicht erwartet habe (Lorenz, Postoperativ #5).

Unzufriedenheit gegenüber der Schmerztherapie definiert. Dabei bringen sie ihre situierten Erfahrungen und Wissen ein: Die Schwangere artikuliert Schmerzen, die sie erlebt, aber nicht erwartet hat. Herr Huber spricht von einer Nacht zu Hause, in der er verunsichert und besorgt war. Und Neumann erzählt von ihren Erfahrungen als Hebamme und Pflegefachfrau in der Begleitung von »MMC-Frauen« und kritisiert das anästhesiologische Vorgehen, das untrennbar mit ihrer Arbeit verbunden ist. Wie aber wird die EDA-Problematik innerhalb der Anästhesie erlebt? Welche Positionen lassen sich zum neu zu erprobenden Weg mit PCA Fentanyl finden?

Aushandlungen im Anästhesieteam

Wir kehren zurück in den OP-Saal. Zeitlich befinden wir uns nun einige Wochen nach der Operation von Frau Kuhn, konkret am OP-Tag von Frau Lorenz. Während des Eingriffes komme ich mit dem Anästhesisten Frei ins Gespräch (vgl. Lorenz, OP-Tag #3). Ich frage, ob nun auch PCA Fentanyl verwendet werde. Frei verneint. Wir treten vom Kopfende weg, um dem Anästhesieteam nicht im Weg zu stehen. Frei führt aus, dass er klar der Meinung sei, dass die EDA besser als Fentanyl sei. Diese Ansicht teilen auch die Kollegin Steiner (vgl. #35ff.) und der Kollege Walter (vgl. #99f. und #109f.). Es gäbe aber auch Personen im Team, die den Einsatz von Fentanyl anders bewerten, so Frei. Innerhalb einer Disziplin können also divergierende Ansichten bestehen. Ob es innerhalb der Anästhesie zu *boundary work* gekommen ist, lässt sich aufgrund des vorliegenden Materials nicht feststellen. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Ansichten ist Frei davon überzeugt, dass ein »runder Tisch mit allen Beteiligten« nötig sei; dazu gehöre auch der Schmerzdienst, mit dem sie auf der Intensivstation zusammenarbeiten. Frei greift kurzerhand zum Telefon des OP-Saals, um mit dem Schmerzzentrum abzuklären, was derzeit der Stand der Dinge sei. Trotz seines Vorbehalts gegenüber Fentanyl erklärt mir Frei nach dem Telefonat: »Wenn es geht und das Beste ist, dann muss man auch Standards ändern.« Bevor er sich wieder seiner Arbeit zuwendet, äussert er nochmals Bedenken gegenüber einem möglichen Wechsel der Schmerztherapie. Die Anpassung mit Fentanyl sei vielleicht bei bisher zwei, drei Frauen gut verlaufen, wenn »wir aber 100 Frauen so durchbringen, werden die Probleme kommen. Mit Fentanyl steigt das Risiko für Übelkeit, und das wollen wir ja nicht!« (vgl. Lorenz, OP-Tag #3). Frei weist darauf hin, dass die Variation der Pfade mit ihren möglichen Problemen erst in einer grösseren Population sichtbar wird. So mag eine Schmerztherapie im Einzelfall erfolgreich sein, aber ob sie insgesamt als »gut« einzustufen sei, sei eine Frage, die in der EbM-Rationalität in Bezug auf eine Population zu beantworten ist. In diesem Sinne sprechen sich Steiner, Walter und Frei für die EDA aus und bezeichnen sie als *gold standard*. Dies sei die einzige anästhesiologische Evidenz und sie komme vom MOMS-Trial (vgl. Steiner, #32ff.). Beim Einsatz von Fentanyl sieht Steiner (#29f.) hingegen einen »Zwiespalt«, weil es ein »Off-Label-Geschäft« sei. Sie würden

sich ausserhalb des zugelassenen Gebrauchs bewegen. So existiere keine *Best Practice* für Fentanyl bei der fetomaternalen Praxis (vgl. Steiner, #28ff.). Deutlich wird, dass auch medizinwissenschaftliche und -ethische Überlegungen beim *Feintuning* zum Tragen kommen. Wie hat sich die Schmerztherapie nun weiterentwickelt? Inwiefern haben sich auch die Ansichten der Pflege und der Geburtshilfe verwandelt?

Versammeltes (Erfahrungs-)Wissen

Über ein Jahr nach der Operation von Frau Kuhn meint Neumann mit einem Lachen im Interview: »[I]ch sag mal, wir waren sehr verliebt in das Fentanyl!« (#332f.) Warum sich dieses Verfahren letztlich nicht durchgesetzt hat, erklärt Neumann wie folgt:

[W]as eigentlich viel besser war als diese Umstellung auf [...] PCA, war [...] diese schnellere Vernetzung [...]. Also dass wir wirklich mal eine Sitzung hatten mit dem Schmerzdienst und dem leitenden Anästhesisten und mal dort besprochen haben, was sind eigentlich die Beobachtungen aus der Pflege, was sind die Beobachtungen aus der Anästhesie und was sind die Beobachtungen vom Schmerzdienst und wie muss man das Management anpassen, damit man die Negativbeobachtung ausschliesst. Und ehm wir sind sehr, sehr, sehr glücklich über das Outcome sozusagen. Es war ganz wichtig, dass die Anästhesie wirklich sagen konnte, die EDA ist der *gold standard*, weil man solche Sachen wie ein Überschwemmen mit Opioiden vom ganzen System gar nicht hat. (Neumann, #341ff.)

Es kam also nicht zu einem Systemwandel der Schmerztherapie, denn Fentanyl war mit neuen, weiteren »Durchführungsprobleme[n]« (Knorr-Cetina 2002a: 110) verbunden, wie das »Überschwemmen mit Opioiden vom ganzen System« (Neumann, #348). Durch das Versammeln multipler erfahrungsbasierter Pfade verschiedener Disziplinen haben die Akteur:innen am Einsatz der EDA ein *Feintuning* betrieben. Nun setzen die Anästhesist:innen eine Walking EDA ein, mit der die Schwangeren meist am Abend des OP-Tags am Bettrand sitzen und am Tag danach erste Schritte unternehmen können; auch wurden die Laufrate und der Einlageort der EDA angepasst (vgl. Neumann, #405). Besonders die Physiotherapie und die Pflege sind von der nun früheren Mobilisierung in ihren Arbeitsabläufen positiv betroffen.

Im Rahmen dieser interdisziplinären Gespräche erarbeitete die Anästhesie so dann auch ein SOP für die EDA, wie Walter erklärt:

Und dadurch [SOP, Anme. d.V.] kam es zu einer verstärkten Standardisierung. [...] in dem Rahmen haben wir die EDA, die vorher auch Standard war, aber eigentlich von den Geburtshelfern und Chirurgen so ein bisschen angezweifelt wurde, die

habe ich wieder fester platziert. [...] Aber es ist eigentlich eine erste Festlegung von einem SOP und das wird umgesetzt und ja, so haben wir einen Standard. (Walter, #71ff.)

Nach gut zehn Jahren klinischer Praxis fand der Standard eine detailliertere Ausformulierung in einem SOP. Die Verhandlungen über die Schmerztherapie führten letztlich dazu, dass die Akzeptanz der EDA im System of Care wiederhergestellt und stabilisiert wurde. Entscheidend ist, dass dies nicht *top down* erfolgte, sondern im Kollektiv. Neumann berichtet, dass es für sie zentral gewesen sei, zu hören, dass die Anästhesie die EDA als *gold standard* verstehe und weshalb Fentanyl nicht der bessere Weg sei. Dass nun innerhalb der Anästhesie Einigung in Bezug auf die Schmerztherapie besteht, ist auch für die anderen Disziplinen von Belang. Dass im SOP die Erfahrungen des *Feintuning* integriert sind, macht sich in Neumanns Ausführung bemerkbar:

Und anstatt dass man immer individuell mit dem zuständigen Arzt lange diskutiert, was machen wir jetzt, wie lange darf das dauern und wie machen wir das jetzt, und wie ist das jetzt. Nun ist es wie standardisiert: Wenn die EDA nicht funktioniert, dann merken wir dies an diesen und jenen Kriterien, wenn die zutreffen, dann macht die Pflege in erster Linie das und das, und tritt innerhalb von 30 Minuten keine Besserung ein, dann muss innerhalb der nächsten 30 Minuten eine Lösung gefunden werden. Und die Lösung ist in erster Linie diese PCA [...] mit Hydromorphen und in zweiter Linie mit Fentanyl.³¹ (Neumann, #363ff.)

Wir erinnern uns, dass das realzeitliche Agieren der Anästhesie eine Problematik für die Pflege darstellte, weil ihr Handlungsspielraum von den Anweisungen des ärztlichen Diensts geformt wird. Die Ausgestaltung möglicher Reaktionswege schafft dieser Problematik eine erste Abhilfe. Nicht nur ein Weg ist im SOP artikuliert, sondern es werden Optionen einkalkuliert, mit denen die aufgrund bisheriger Erfahrung zu erwartenden Komplikationen gemanagt werden können. Zu vermuten ist, dass sich in der klinischen Praxis wiederum neue Situationen ergeben, die ein Handeln neben dem SOP verlangen. Denn dass die Präsenz eines SOP nicht bedeutet, dass die klinische Praxis ohne jegliche Anpassung erfolgt, betont Steiner:

Also manchmal sagen wir so etwas despektierlich ein Kochbuch. Aber es ist einfach klar geregelt. Weisungen und SOP haben eine gewisse Gültigkeit, aber ab Stufe Oberarzt darf man auch etwas mal anders machen, wenn man es begründen kann. Also die sind jetzt nicht absolut bindend. (Steiner, #66ff.)

31 Fentanyl kommt dann aber nicht als PCA zum Einsatz, sondern als Bolus mit der Spritze durch die Stationspflege, wie Walter im Herbst 2024 mitteilt.

Steiner führt nicht nur die zu den Hierarchiestufen relationale Gültigkeit von SOP aus, sondern bringt auch die Kochbuch-Analogie ein, wie sie auch bei Timmermans und Berg zu lesen ist. Beim Einführen von Protokollen im Rahmen der EbM wurde kritisiert, dass Ärzt:innen zu »mindless cook[s]« (Timmermans/ Berg 1997: 287) verkommen.³² Dass dies nicht den gelebten Realitäten entspricht, haben die Ausführungen zum *Feintuning* gezeigt. Konträr zum Vorwurf einer Kochbuch-Arbeit argumentiere ich, dass erst vor dem Hintergrund solcher SOP und durch das Sprechen über Standards sichtbar wird, wie dynamisch die klinische Praxis ist, da sie immer wieder Anpassungen erfordert und so fortwährend modifiziert wird. Das Festhalten von Behandlungsstandards in Protokollen ist eine vorläufige Sache, da Protokolle wechselseitig mit den gelebten Realitäten verknüpft sind. Deutlich wurde, dass eine Standardisierung nicht mit einer Studie oder einem SOP endet, sondern erst dann so richtig einsetzt, wenn ein Standard auf die gelebten Realitäten stösst, in denen die Dinge unterschiedlich verlaufen. *Feintuning* ruft weder einen Paradigmenwechsel noch ein Ende aus, sondern verdeutlicht die beständige Standardisierungsarbeit, die nicht linear verläuft, sondern Schleifen zieht, sich dreht und wendet. Noch weniger bedeutet *Feintuning*, dass nie wieder Probleme oder Schmerzen auftreten. *Feintuning* verdeutlicht vielmehr, wie kollektiv bastelnd, modifizierend und ausprobierend sich die klinische Praxis in den stationären Realitäten gestaltet.

7.4 Transformationen gelebter Körperrealitäten

Nachfolgend wird die postoperative Phase auf der Pränatalstation vertieft, wobei die gelebten Körperrealitäten der Schwangeren aus verschiedenen Perspektiven besprochen werden. Mit der Terminologie der gelebten Körperrealitäten wird die praxeografische Dimension betont, mit der Körper gemacht, gelebt und erlebt werden. Zuerst lege ich dar, wie die fetomaternale Operation als eine Zäsur einzuordnen ist, mit der die gelebten Körperrealitäten der Frauen transformiert werden. Danach widme ich mich dem postoperativen Zusammenspiel im System of Care, das sich in einem kollektiven *doctoring* individueller Behandlungspfade artikuliert. Abschliessend ist zu reflektieren, wie die gelebten Körperrealitäten der Frauen an ihre Zeitgründe gebunden sind. Damit meine ich, dass das Erleben der Operation und die damit verknüpften Transformationen der gelebten Körperrealitäten eine eigene Zeit aufweisen. So lässt sich manches erst nachversetzt erleben und die zeiträumliche Distanz zum Ereignis kann dessen Erleben verändern.

32 Anzufügen ist, dass Köch:innen von sich selbst vermutlich nicht behaupten würden, kopflos Rezepten zu folgen.

Die fetomaternale Operation als Zäsur

Im Hinblick auf die gelebten Körperrealitäten der Schwangeren verstehe ich die Operation als eine Zäsur. Genau genommen handelt es sich um eine Zäsur in einer Zäsur. Denn bereits mit dem Schwangersein geht eine transformierte gelebte Körperrealität einher. Mit Rückgriff auf die Phänomenologie des Philosophen Maurice Merleau-Ponty (1974) spricht die Philosophin Tanja Staehler vom »Verlust des ›Gewohnheitsleibes‹« (2016: 29) durch das Schwangersein. Mit Gewohnheit ist »[e]in Wissen, das in den Händen ist« (Merleau-Ponty 1974: 174) gemeint: Unser Vermögen, uns in und zu unserer Umwelt zu bewegen und unsere Bewegungen wieder anzupassen, wenn dies aufgrund körperlicher Veränderungen notwendig ist. Schwangere erleben ihr Dasein, ihr »Zur-Welt-Sein« (ebd.: 413) anders als zuvor. Sich zu bücken wird beispielsweise mit dem wachsenden Bauchumfang zur Herausforderung; auch wird mit der voranschreitenden Schwangerschaft meist eine neue Schlafposition notwendig. Es sind aber nicht nur diese körperlichen Bewegungen, die durch das Heranwachsen eines anderen Körpers im eigenen zu justieren sind. Die Schwangeren erleben auch eine besondere Leiberfahrung: Sie werden von innen durch einen anderen Körper berührt (siehe I. Young 1984, Staehler 2016). Nachfolgend verfolge ich jedoch keinen phänomenologischen Ansatz³³, sondern fahre mit meinem praxeografischen Zugriff fort, und knüpfe primär an STS-Arbeiten an, die sich den *doing bodies* widmen.³⁴ So interessiere ich mich für die durch die Operation neu hervorgebrachten gelebten Körperrealitäten in ihren konkreten ver-sorgenden Praktiken. Gefragt wird, welche Praktiken nun verunmöglicht, verlangt oder erprobt werden und wie in den damit verbundenen Spannungsfeldern gelebt wird.

Ich blende eine für die postoperative Phase typische ethnografische Sequenz ein, die aufzeigt, wie die Schwangeren sich nach der Operation in neuen gelebten Körperrealitäten wiederfinden. Es handelt sich dabei um den achten postoperativen Tag von Frau Lorenz:

[Lorenz, Postoperativ #5] Frau Lorenz setzt sich auf ihrem Bett auf. Dazu rollt sie sich über die Seite hoch und stützt sich mit den Händen auf dem Bett ab. Sie bleibt einen Moment auf der Bettkante sitzen und streckt ihren Rücken durch. Nun stützt

33 Die Phänomenologie ermöglicht mit dem Begriffspaar Leib (als der lebendige, subjektiv spürbare Leib) und Körper (als der dinghafte, zu ertastende und sehende Körper) eine differenzierte Betrachtung von Schwangerschaft, wie beispielsweise bei Staehler (2016) zu lesen ist. Dieses Begriffspaar übernehme ich nicht zuletzt deshalb nicht, weil sich mir die methodologische Frage stellt, inwiefern sich die Leiblichkeit von anderen Personen überhaupt ethnografisch untersuchen lässt.

34 Siehe die Arbeiten von u.a. C. Mattingly 1998 und 2010, Mol/Law 2004 und Thompson 2005.

sie sich mit beiden Händen hoch, um aufzustehen, verharzt aber in der neuen Position, bevor sie erste Schritte in Richtung Toilette geht. Die Schritte sind langsam, anders als am Eintrittstag. Es ist eher ein Schlurfen als ein Gehen: Die Füße werden kaum angehoben. Die Bewegungen sehen konzentriert aus, sie scheinen nicht automatisch abzulaufen. Frau Lorenz sucht ihre Hausschuhe, die auf der anderen Bettseite direkt neben mir platziert sind. Ob ich sie ihr geben dürfe, frage ich. *Nein, nein, ich sollte mobiler werden*, meint sie. Ihre Zimmernachbarin Frau Pichler, die am selben Tag die OP hatte, meint lachend, *eigentlich benötigt man links und rechts vom Bett jeweils ein Paar*. Frau Lorenz muss lachen. Sie hat ihre Hausschuhe nun an und geht langsam zur Tür, öffnet sie, biegt rechts zur Toilette ab. Danach kehrt sie zurück und meint, dass dies ganz schön anstrengend sei. Sie setzt sich aufs Bett und versucht wieder den Rücken durchzustrecken. So aufrecht zu sitzen, sei ebenso ziemlich anstrengend, kommentiert Frau Lorenz ihr Tun. [...] Später erzählt sie, *ich habe es ihr [Frau Pichler, Anme. d.V.] bereits gesagt, ich bekomme hier gar nichts vom Wetter mit. Also man merkt schon, dass es mal wärmer oder kälter ist, aber man spürt es nicht richtig*. Sie überlegt laut, wann sie zuletzt draussen war, *ja, das war am vorletzten Sonntag, vor der Operation*. Sie ist selbst darüber erstaunt und meint, dass dies lange her sei, sonst sei sie immer viel draussen. Tage und Zeiten auf der Pränatalstation verliefen nur so, das Gefühl für das Wetter verliere sie. [Lorenz, Postoperativ #5]

Frau Lorenz erlebt nicht nur ein eigenes verändertes »Zur-Welt-Sein«, sondern nimmt auch ihre Umwelt anders wahr. Die Operation liegt acht Tage zurück, jedoch scheinen die Welt ausserhalb des Stationszimmers und die physikalisch messbaren Zeiten seltsam weit entfernt von den gelebten Realitäten der Schwangeren zu sein. Die regulierte Medikamenteneinnahme, die morgendlichen Visiten und täglichen Untersuchungen lassen ihre gelebte Realität dennoch mit einer physikalisch messbaren Zeit in Verbindung treten. Die fetomaternalen Operation verstehe ich insofern als eine Zäsur in die ohnehin veränderten Körperrealitäten, als sie in die prozesshafte und zugleich endliche Erfahrung des Schwangerseins eingreift: Beim Eintritt geht, steht, sitzt und liegt die Schwangere, so wie es ihr möglich ist. An Frau Lorenz' Praktiken ist zu erfahren, wie sie nun nach der Operation wieder neu sitzen, stehen, gehen und liegen zu lernen hat. Dass die Schwangere nach der Operation deshalb keine »normale Schwangere« mehr ist, lässt mich die Hebamme Neumann wissen:

[M]it dem Moment der OP ändert sich ihre ganze Schwangerschaft. Da waren sie vorher, also vorher hatten sie in Führungsstrichen nur ein krankes Kind, aber sie haben einen gesunden Körper. Und jetzt haben sie ein operiertes Kind und in Führungsstrichen einen kranken Körper, der sich anders anfühlt, der anders mitmacht [...] Man ist eben auch, wenn man dann zu Hause ist, keine normale Schwangere. [...] sich da einzufinden, was ist jetzt normal für mich, was ist jetzt normal für eine Frau mit Status nach MMC. Und was ist nicht normal. (Neumann, #506ff.)

Die Hebamme berichtet, dass sich die Schwangeren nach der Operation abrupt in einer Situation wiederfinden, in der sie ein für sich selbst passendes, neues ›Normal‹ herauszufinden haben. Interessant ist, dass Neumann von einem »operierte[n] Kind« und von einem »in Anführungsstrichen [...] kranken« schwangeren Körper spricht. Deutlich wird, wie schwierig es ist, eine Sprache zu finden, um die neu hervorgebrachten Körperrealitäten zu beschreiben. Ein binäres Verständnis von ›gesund‹ und ›krank‹ ist unzureichend. Die Schwangere hat selbst keine diagnostizierte Krankheit und dennoch gilt ihr »Status nach MMC« als behandlungs- und überwachungsbedürftig. Sie verspürt und erlebt Schmerzen, schluckt Medikamente, liegt viel im Bett, muss gewohnte Praktiken wieder neu erlernen oder aber erhält eine durch die Operation hervorgerufene Diagnose wie Schwangerschaftsdiabetes.³⁵ Mit letztgenanntem Aspekt wird deutlich, dass eine fetomaternalen Operation, die im Dienst des ungeborenen Körpers agiert und in der EbM-Rationalität als »effizient« gilt, bei dem Körper, der zuvor als ›gesund‹ bewertet wurde, pathologisch erlebte Effekte hervorrufen kann. Auch wenn keine durch die Operation hervorgerufenen Komplikationen entstehen, haben sich die gelebten Körperrealitäten entschieden transformiert. Die Schwangerschaft wurde insofern pathologisiert, als die Frauen nicht mehr länger als »normale Schwangere« gerahmt werden, von ihrer Lohnarbeit krankgeschrieben sind und letztlich ihr Schwangersein auch selbst anders als zuvor erleben. In diesem neuen Zustand haben die Schwangeren unweigerlich ein neues ›Normal‹ für sich selbst zu finden, wie Neumann beobachtet. In der stationären Physiotherapie wird den Schwangeren mitgeteilt, dass sie nun beim Aufsitzen ihren Bauch halten, in der Standposition zunächst etwas wippen, nicht aber wie eine »Banane« im Bett zusammengekauert liegen, nicht ›falsch‹ oder zu tief sitzen sollten und wie sie die Kissen zur Unterstützung einer ›richtigen‹ Sitz- und Liegeposition zu positionieren haben (vgl. Widmer, Postoperativ #3 und Graber, Postoperativ #3). Die Anleitungen dienen einer »Mobilisierung«, sodass sich der temporäre Klinikaustritt überhaupt erst realisieren lässt.

Alle Praktiken sind darauf ausgelegt, dass die Frauen von den Opioiden loskommen und wieder »mobiler« werden. Dieses von der Pflege, der Physiotherapie und der Geburtshilfe auferlegte Ziel findet jedoch in einem fragilen Spannungsverhältnis statt: Gleichzeitig zur »Mobilisierung« müssen die Narben an dem sich ausdehnenden Bauch und der Gebärmutter verheilen. Die Schwangere soll mobil werden,

35 Frau Graber erhielt nach der Operation die Diagnose Schwangerschaftsdiabetes. Erst dann habe sie erfahren, dass dies oft in Verbindung mit dieser Operation auftrete respektive vermutlich vom Wehenhemmer komme (vgl. Graber, Post-OP MRI #5). Das Auftreten von Diabetes wird auch in wissenschaftlichen Studien festgehalten (siehe Winder et al. 2019). Es können aber auch andere Diagnosen gestellt werden, z. B. bei einer Plazentaablösung, einem Gebärmutterriss oder bei einem Austritt von Fruchtwasser. Also jegliche Diagnosen, die in Verbindung mit den maternalen Risiken des operativen Eingriffes stehen.

sich aber nicht zu stark anstrengen. So sind manche Bewegungen nicht erlaubt, weil sie für das Ziel der Narbenheilung kontraproduktiv wären. Wenn die Narben schlecht verheilen, könnten eher Wehen oder ein Blasensprung eintreten. Im Kontext einer spontanen Geburt besteht die grösste Gefahr in einem Riss der Naht an der Gebärmutter, wodurch das Ungeborene in den Bauchraum der Schwangeren gelangen und eine lebensgefährliche Blutung einhergehen würde (vgl. Möhrle/Meuli 2013: 11). Eine weitere Spannung liegt darin, dass die »Mobilisierung« einer kontinuierlich abnehmenden Mobilität durch die voranschreitende Schwangerschaft gegenübersteht. Die Praktiken sind in Anbetracht der Ziele, sich zu »mobilisieren« und zu »schonen«, aufeinander abzustimmen. Zusätzlich zum »Mobilisieren« erhalten die Schwangeren die Aufgabe, das Ungeborene möglichst bis zum auf die 37. Schwangerschaftswoche geplanten Kaiserschnitt zu »halten«. Casper sieht in diesem für die fetomaternalen Praxis typischen postoperativen Management eine Transformation des Frauenkörpers in »technologies of fetal care«, wobei die Handlungsfähigkeit der Frauen »aufgehoben« werde (*erase*) und sie selbst in »maternal environments« transformiert würden. Die Schwangeren würden zu »*technomoms*« im Dienst ungeborener Patient:innen gemacht (1998a: 190, Herv. i.O.). Den theoretisch-analytischen Begriff *technomom* führt Casper in einem anderen Artikel näher aus und hält auf Basis ihrer empirischen Forschung fest:

Perhaps the most important ›technology‹ in fetal surgery, however, is the pregnant woman, or *technomom*, who is referred to by surgeons as ›the best heart-lung machine available‹. (Casper 1995: 194)

Mit dem Zitat leite ich nicht die Übernahme des Begriffs *technomom* ein, sondern ich möchte auf die Differenzen zwischen ihrer und meiner Forschungssituation eingehen. Wenn chirurgische Akteur:innen die Schwangeren als »›the best heart-lung machine available‹« (Casper 1998a: 12) oder »›carrier for the fetus‹« (ebd.: 144) bezeichnen, ist es methodisch nachvollziehbar, dass Casper zur analytischen Kategorie *technomom* gelangt. Auch dass Irma van der Ploeg, die ausschliesslich die diskursive Praxis in klinischen Studien untersucht hat, den Frauenkörper als »sub-individual entity, a prosthesis coupled to others' bodies« (2001: 112) denkt, ist angesichts der ausgeprägten Fokussierung auf das Ungeborene als Patient:in schlüssig. In Anbetracht meines ethnografischen Materials, das durch einen praxeografischen Zugang entstanden ist, wäre es jedoch irreführend, solch objekthafte Zuschreibungen zu übernehmen, die einen passiven Status suggerieren. Die Schwangeren werden in der Schweizer Klinik zwar ebenso für den Ausgang der verbleibenden Schwangerschaft in Verantwortung genommen, wie die Ausführungen zeigen. Die Akteur:innen behandeln und adressieren sie jedoch nicht als eine »Maschine«. Vielmehr sind Erstere auf das verkörperte Wissen der Schwangeren angewiesen, um kollektiv an den individuellen Behandlungspfaden arbeiten zu können. Wenn

Schneider im Interview ausführt, dass sich die Schwangere als »innocent bystander«³⁶ »halt einfach operieren« (Schneider I, #209f.) lässt und zugleich von der Schwangeren als »prime patient« spricht, die »bestimmt, was alles passieren darf und was nicht« (ebd., #204f.), weshalb »Life and Health and Maternal Safety« die »kardinalen Hauptkriterien« (ebd., #216f.) bilden, wird ersichtlich, dass die Sache nicht ganz so eindeutig ist wie bei der von Casper untersuchten Praxis. Entscheidend ist, so mein praxeografisches Argument, dass die Handlungsfähigkeit von Schwangeren weder in der postoperativen Phase »aufgehoben« wird noch, dass sie inexistent ist – die Frauen werden nicht einfach durch die Medizin produziert. Vielmehr ist zu erkunden, wie sich die machtvollen Relationen im System of Care dynamisch verschieben, wie die Schwangeren das postoperative *doctoring* kontinuierlich mithervorbringen und wie sie die postoperative Phase erleben.

Kollektives doctoring an individuellen Pfaden

Wie bereits ausgeführt, differenziert sich das postoperative Zusammenspiel aller Beteiligten im System of Care vom präoperativen. Während eine »Treue« zum »Präoperativen Protokoll« zu vernehmen ist, zeugt die postoperative Phase auf der Pränatalstation verstärkt von einem kollektiven *doctoring*. Mit *doctoring* nehme ich ein von Mol (2008) im Rahmen der *logic of care* entwickeltes Bonmot auf, mit dem ein besonderes Handeln verbunden ist. Es sind alltägliche Praktiken, die gerade nicht gleichförmig ablaufen, sondern sich komplexen, immer wieder neuen Problemen zu stellen haben, wodurch alle Beteiligten Pfade auszuprobieren haben, die »more bearable ways of living with, or in, reality« ermöglichen (ebd.: 46, Herv. i.O.).

Die Pflegefachfrau Giger erklärt, dass zu Beginn der Schweizer Praxis auch postoperativ fast »alles auf Biegen und Brechen« (#123) nach Protokoll praktiziert wurde. Durch das Erfahrungswissen um die multiplen postoperativen Behandlungspfade wisse sie nun aber, wie jeweils zu reagieren ist: »[I]ch kenne das Ziel und ich weiss, wie ich da hinkomme, auch ohne das Protokoll.« (#130f.) Das Handeln wird nicht nur durch Protokolle in gewisser Hinsicht erwart- und planbar, sondern vor allem durch das praktische Erfahrungswissen. Dass die allgemeinen Ziele, wie das Wegkommen von den Opioiden oder das »Halten«, durch die realzeitlichen Geschehnisse fortlaufend justiert werden müssen, zeigen die begleiteten Behandlungspfade, die unterschiedlich verlaufen sind. Dies stärkt das Argument, dass es nicht den einen Standardablauf gibt. Deshalb ist es notwendig, dass jeweils eine kollektive Arbeit an den individuellen »Pflegepfad[en]« (Neumann, #160) stattfindet. So spricht die Ärztin Moser für »das Postoperative« von einer »Routine in Anführungs- und Schlusszeichen, denn Routine gibt es in der Medizin ja nicht« (#237f.). Damit meint

36 Damit nimmt Schneider einen Ausdruck aus US-amerikanischen Studien auf (vgl. Farrell et al. 1999 und Farmer 2003).

sie zum einen, dass der Mensch zu viele »Variablen« habe, und zum anderen, dass hier immer »Mama und Kind« (Moser, #245f.) involviert seien. Moser spricht damit die Individualität postoperativer Pfade und die gleichzeitige Versorgung von zwei ungleichen Pfaden an. Eine Fokussierung auf das »Überwachungsprotokoll« genüge nicht; das »klinische Bild« (#252) sei ebenso zentral. So könnten zwar »alle Parameter stimmen [...], aber der Frau geht es doch nicht gut« (#255). Hieran wird die Spannung deutlich, mit der die medizinischen Akteur:innen in ihrer Arbeit umzugehen haben: Es existieren Körperspuren durch die technisch-apparative Überwachung und zahlreiche Protokolle und zugleich müssen die Akteur:innen das »klinische Bild«, das sich vor ihren Augen abspielt, sowie das verkörperte Wissen der Frauen deuten (siehe Manzei 2011: 223f.). Aber auch die Schwangeren sehen sich mit ähnlichen Spannungen konfrontiert: Sie erhalten Wissen über ihren Körper und machen zugleich ihren Körper selbst. Nun ist es aber nicht so, dass diese Wissen und Ebenen abgetrennt voneinander existieren. Sie sind hochgradig miteinander verknüpft. *Doctoring* im Rahmen der *logic of care* will deshalb die Kontrastierung von objektiviertem sowie erlebtem Wissen aufbrechen. Von einem situierten Anpassen, Ausprobieren, Abstimmen eines individuell passenden Pfads ist zu sprechen. Solche Pfade sind zwangsläufig durch die Unberechenbarkeit einer jeden Entwicklung geprägt (vgl. Mol 2008: 55f., 82ff. und 93). Wird auf das »*doing bodies*« (Mol/Law 2004: 57, Herv. i.O.) – also auf die fortwährende Hervorbringung des eigenen Körpers – fokussiert, zeigt sich, dass beim Machen von Körpern solche Spannungen stets zu handhaben sind.

Am vierten postoperativen Tag von Frau Graber ereignet sich solch ein *doctoring*, bei dem mehrere (Wissens-)Elemente mit- und ineinander verknüpft werden:

[Graber, Postoperativ #3] Frau Graber verzieht ihr Gesicht und macht ein schmerzvolles Geräusch. Sie fragt mich, welche Zeit wir nun haben. 13.45 Uhr, antworte ich. *Dann bin ich nun nach. Ich brauche meine Schmerzmittel.* Sie drückt den Rufknopf. Eine Pflegefachfrau kommt kurz darauf ins Zimmer. Frau Graber fragt, ob sie ihr »Schmerzsirüpli« haben könne. Wie sie denn ihren Schmerz auf einer Skala von 1 bis 10 einschätze, fragt die Pflegefachfrau. *Etwa eine 4 oder 5.* Die Pflegefachfrau nickt und bringt der Schwangeren das von ihr verlangte Schmerzmittel.

Es ist Frau Graber, die Schmerzen erlebt und in Kombination mit der physikalisch messbaren Zeit weiss, dass sie nun ihre Schmerzmittel benötigt. Sie weiss nicht nur, dass es dieses Schmerzmittel gibt, sondern spürt, dass es für die Milderung ihrer erlebten Schmerzen zielführend ist. Sie meldet sich eigenständig und artikuliert ihr Bedürfnis. Dabei kommt es zu einer Übersetzung ihres erlebten Schmerzes in eine quantifizierte Skala, welche verschiedene Wissensformen verknüpft: Die Schwangere stuft ihren subjektiv empfundenen Schmerz ein, wobei sie die Skala von 1 bis 10 ebenso subjektiv auslegt. Durch das Einordnen der eigens erlebten Schmerzen in

die quantifizierte Skala erfährt der persönliche Schmerz eine neue Gestalt. Er wird mit einer Skala kohärent gemacht, wodurch die Pflegefachfrau eine Handlungsanweisung ableiten kann. Offen bleibt aber, ob Frau Graber ihr »Schmerzsirüpli« auch erhalten hätte, wenn sie eine 1 oder eine 2 angegeben hätte. Heute wird der Anspruch an medizinisches Handeln gestellt, dass Schmerzen zügig zu beseitigen sind. Nicht zu handeln stellt aufseiten der medizinischen Akteur:innen kaum eine mögliche Option dar. Zugleich weiss Frau Graber vermutlich, dass Schmerzen vorhanden sein müssen, um Schmerzmittel überhaupt zu erhalten.

Dass der erlebte Schmerz nicht immer mit dem »ärztlichen Blick« erklärbar ist respektive sich in medizintechnologischen Parametern nicht »abbilden« oder »finden« lässt und wie mit den sich daraus ergebenden Spannungen umgegangen wird, erfahren wir hier:

[Lorenz, Postoperativ #5] Frau Lorenz erzählt von ihrer schlechten Nacht. Sie vertrage die Medikamente nicht, viel sei ausprobiert und kombiniert worden, um die Schmerzen zu lindern. *Hier links auf der Seite habe ich starke Schmerzen*, führt sie aus. Sie hält ein *Gel-Pack* auf die Stelle am Bauch. [...] Zweimal sei ihr Urin untersucht worden und gestern hätten sie einen Ultraschall gemacht, *sie haben geschaut, ob mit der Niere und dem Darm alles in Ordnung ist*. Sie hätten nichts gefunden, das auffällig sei oder den Schmerz erklären könne. Sie lächelt etwas müde und streichelt sich über den Bauch. Sie liegt ruhig im Bett – denn wegen des täglich durchzuführenden CTG darf sie sich nicht gross bewegen. Ob noch weitere Abklärungen folgten, frage ich. *Das weiss ich nicht. Hm, aber nein, ich habe nicht das Gefühl. Sie wissen nicht, woher der Schmerz kommt. Vielleicht von einer Entzündung im Bauchraum oder der Narbe. Ich weiss es nicht. Das ist natürlich unbefriedigend, aber ich hoffe, dass es jetzt Tag für Tag besser wird.*

Die nicht zu lokalisierende Schmerzquelle löst bei Frau Lorenz ein unbefriedigendes Gefühl aus. Dies rührt nicht zuletzt daher, dass Diagnosen und Klassifikationen insofern helfen, als sie Handlungsmöglichkeiten anzeigen und Orientierung bieten können. Zu erfahren ist, dass die Akteur:innen ein kollektives *doctoring* betrieben haben. Viel sei bereits ausprobiert worden, ihr Schmerz lasse sich damit aber nicht beseitigen. Deutlich wird, und dies ist zu betonen, dass *doctoring* nicht bedeutet, dass die Praxis ideal ist, dass alles glatt verläuft und keine Schmerzen auftreten. Es geht darum, dass Dinge ausprobiert werden, verschiedene Variablen miteinander verglichen werden, um einen Pfad zu finden, in und mit dem möglichst gut gelebt werden kann (vgl. Mol 2008: 46). Dass Frau Lorenz Schmerzen auszuhalten hat, ist nicht nur durch ihre Worte zu erfahren, sondern auch an ihren verkörperten Praktiken zu beobachten.³⁷ In ihren Handlungen erhält ihr erlebter Schmerz eine Gestalt: Sie richtet sich mühevoll im Bett auf, streichelt beruhigend über ihren Bauch und verzieht

37 Mol und Law (2004) sprechen von *emodied action*.

vor Schmerzen immer wieder ihr Gesicht. Der von ihr erlebte Schmerz wird so ethnografisch erfahrbar. Dass Geräte nun aber auch etwas hervorbringen können, was körperlich nicht erlebt wird, zeigt sich in ihrer CTG-Besprechung:

[Lorenz, Postoperativ #5] Die Pflegefachfrau entfernt die Bänder des CTG und fragt Frau Lorenz, ob sie die Kontraktionen gespürt habe. Die Schwangere zeigt sich irritiert. Sie habe nichts gespürt, ob dies ein Grund zur Sorge sei. *Nein, es kann auch immer wieder vorkommen, dass man sie nicht spürt*, meint die Pflegefachfrau. Sie rollt das Gerät hinaus und schliesst die Tür hinter sich. *Jetzt bin ich aber verunsichert, ist das schlimm? Und wieso habe ich das nicht gespürt?*, fragt Frau Lorenz ihre Zimmernachbarin. Frau Pichler erklärt, dass sie auch nichts gespürt habe, als es bei ihr eine angezeigt habe. Es sei sicher nichts Schlimmes. *Und wenn sie stärker wären, würde ich mich sicher an jene der anderen Kinder erinnern*, meint Frau Lorenz verwissernd zu sich selbst. Frau Pichler stimmt ihr zu.

Die routinierten Untersuchungen nach der Operation empfinden die Frauen meist als versichernd, um zu wissen, dass es dem Ungeborenen gut geht – was jedoch eine Ambivalenz enthält (vgl. Kapitel 7.5). Ein CTG kann auch zu einer Verunsicherung führen, wenn es Spuren hervorbringt, die von den Schwangeren selbst nicht erlebt werden. Die Kontraktion nimmt auf dem CTG-Ausschnitt Gestalt an, aber nicht im erlebten Körper von Frau Lorenz. Zu vermuten ist, dass nicht nur diese Differenz zur Irritation bei Frau Lorenz führte, sondern auch die Kontraktionen an sich – gilt es diese doch möglichst lange zu »vermeiden«.

In der ethnografischen Sequenz ist ein Austausch enthalten, der dem *doctoring* eine weitere Dimension der Kollektivität verleiht. Dass die »MMC-Frauen« ihre Erfahrungen miteinander teilen, ist für das alltägliche Geschehen auf der Pränatalstation charakteristisch. Sie tauschen sich (auch über die Zimmer hinweg) miteinander aus, wobei sie sich gut zusprechen, einander auf die nächste Etappe vorbereiten oder aber Empfehlungen aussprechen.³⁸ Dass die Schwangeren basierend auf ihren bis zu einem gewissen Grad kollektiven Erfahrungen ein gemeinsames *doctoring* betreiben, in dem sie weitergeben, was ihnen persönlich guttut oder was sie an Schmerzmitteln erhalten haben, bleibt von den medizinischen Akteur:innen nicht unbemerkt. Moser erzählt, dass sich sie und ihre Kolleg:innen der Geburtshilfe und der Gynäkologie von manchen Frauen »schon fast kontrolliert fühlen, weil sie [...] alles in den Griff, in ihre Verantwortung bringen« (#302f.) wollen. Auch würden die Frauen viel wissen und viele Fragen stellen. So käme es vor, dass sie nach Medikamenten verlangten, weil sie von ihrer Zimmernachbarin erfahren hätten, dass sie diese erhalten hätten, und Angst hätten, dass bei ihnen etwas untergegangen sei

38 Frau Kuhn hat beispielsweise von ihrer Zimmernachbarin ein homöopathisches Mittel zur Heilung von Schnittwunden erhalten, das sie in eigens regulierten Zeitabständen einnahm (vgl. Kuhn, Postoperativ #4).

(vgl. Moser, #307 und #886ff.). Die Schwangeren bemächtigen sich also auch der vorhandenen Möglichkeiten und fordern Medikamente oder Behandlungen ein. Dass die Vernetzung der Frauen, die ausserhalb der Klinikmauern über Chats weiterläuft, manchen (nicht)medizinischen Akteur:innen ein Dorn im Auge ist, erfahre ich nicht nur von Moser (vgl. #886f.), sondern auch von der Koordinatorin Baumann (vgl. #861ff.). Baumann hebt dabei die finanzielle Seite hervor, nämlich, dass untereinander mitgeteilt werde, bei wem der Fonds der Schweizer Klinik welche Kosten übernommen hat.³⁹ Der (post)stationäre Austausch zwischen den Frauen ist spannend, weil er einen weiteren unvorhergesehenen Effekt der fetomaternalen Praxis hervorbringt: Die intensive Vernetzung unter den Frauen war in dieser Form und in diesem Ausmass nicht vorgesehen und zieht einen angesteuerten Prozess des Normalmachens aus seiner Planbarkeit. Zu Beginn war die Idee der Schweizer Klinik, die Frauen zu vernetzen, um so auch die Erfahrung dieser Praxis zu teilen. Wie sich diese Vernetzung jedoch entwickelt hat, ist etwas, was die Frauen selbst steuern. Dass die Frauen unter- und füreinander ver-sorgende Praktiken ausführen, die manchen Akteur:innen der Schweizer Klinik zu weit gehen, verdeutlicht, wie multipel Care ist: Sie wird nicht nur unterschiedlich gedacht und praktiziert, sondern kann auch ungeplante Wege einschlagen. Paradoxerweise können sich die Frauen aus ärztlich-pflegerischer Sicht auch zu viel sorgen oder zu viel Verantwortung übernehmen wollen.⁴⁰ Die ver-sorgende Praxis der Schwangeren sich selbst gegenüber kann von den medizinischen Akteur:innen als Kontrolle erlebt werden.

Mit diesen Ausführungen sei verdeutlicht, dass sich die stationäre postoperative Praxis differenzierter artikuliert, als dass die Schwangeren einfach zu einem ›maternalen Umfeld‹ für ihr Ungeborenes gemacht werden würden. Besonders spannend sind jene Momente, in denen sich die Schwangeren der Situation bemächtigen und die Praxis in eine Richtung steuern, die so nicht vorgesehen war. Zugleich ist anzuerkennen, dass der Behandlungspfad selbst Effekte produziert, in denen sich die Schwangeren verstärkt auf die technisch-apparativ hervorgebrachten Spuren ein- und verlassen und in ihnen eine Sicherheit finden.

39 Dabei handelt es sich nicht um die Kosten, wie sie in Kapitel 4 besprochen wurden, sondern beispielsweise um Bahnfahrten oder Kosten für ein Elternzimmer.

40 Dies lässt an die qualitative Studie von Winthereik und Langstrup (2010) zur Einführung einer Applikation für eine vereinfachte elektronische Kommunikation zwischen Schwangeren und Ärzt:innen erinnern. Ziel dieser Applikation war, dass sich auch wenig »self-caring«-Frauen in einer »IT-mediated self-care« engagieren. Durch den Zugriff auf die digitale Ablage unterschiedlicher Unterlagen engagierten sich die Schwangeren jedoch unerwartet stark, so dass sich die medizinischen Akteur:innen von den Frauen kontrolliert fühlten.

Fragmentierte Körper: Sorgen, Schutz und Schmerzen

Die Schwangeren erhalten also primär zwei Aufgaben (»mobilisieren« und »halten«) für den postoperativen Behandlungspfad, die nicht strikt nach einem Plan zu erreichen, sondern individuell auszuprobieren sind. Das Ziel vom »Halten« verbinden die Schwangeren mit zahlreichen ver-sorgenden Praktiken gegenüber ihrem Ungeborenen. Was macht nun aber diese Fokussierung auf das Ungeborene mit den gelebten Körperrealitäten der Schwangeren? Wie erleben sie ihre eigenen durch die Operation transformierten Körperrealitäten? Von diesen und weiteren Fragen handeln die folgenden Ausführungen. Ausgehend von den Beobachtungen auf der Pränatalstation und den narrativen Interviews mit den Frauen argumentiere ich, dass es sich um fragmentierte Körper handelt. Der Körper bricht sozusagen auf. Damit meine ich einen Körper, der während der postoperativen Phase intensiv gemacht wird: Er wird bearbeitet, gepflegt, mobilisiert, ver-sorgt, damit er dem Ungeborenen »Schutz« bietet. Zugleich wird das Erleben der eigenen Körperbelastung entkoppelt. Damit ist nicht gesagt, dass die Schwangeren nicht auch Schmerzen erleben und artikulieren. Wie viel aber die zwei Operationen mit ihren gelebten Körperrealitäten gemacht haben, wie intensiv und auch belastend diese Zeit war, wird erst später, einige Monate nach der Geburt, erlebt und realisiert, wie ich es in den Interviews von den Frauen erfahren habe.

Bei der Begleitung der Schwangeren über die postoperative Phase hinweg wurde klar, wie stark sich meine Aufmerksamkeit von der ihren differenziert. Während mein ethnografisches Sehen auf die Schwangeren gerichtet war und darauf, wie sie ihre Körper erleben und machen, galt ihre ver-sorgende Aufmerksamkeit ganz dem Ungeborenen. Diese Differenz mag einen nicht erstaunen, nehmen wir doch eklatant andere Positionen ein. Dennoch offenbart gerade diese Differenz ein Element, das uns ein besseres Verständnis der fetomaternalen Praxis ermöglicht. Ersichtlich wird, dass die Schwangeren manches ausblenden müssen, um all dies zu machen, was diese Phase von ihnen abverlangt. Wie stark die postoperative Phase von der Sorge um das Ungeborene bei den Schwangeren geprägt ist, beobachtet auch Giger:

[I]ch erlebe bei den MMC-Patientinnen immer ein sehr starkes Bonding, weil sie ja den Eingriff für ihr Kind machen. Und sie sind trotz maximaler Schmerzen noch so auf das CTG fixiert und hoffen, dass es ihrem Kind jetzt gut geht. (Giger, #349ff.)

Von Frau Lorenz haben wir erfahren, dass Schmerzen sehr wohl erlebt und erfahren werden. Auch Frau Graber erlebte bei ihrem vorzeitigen Wiedereintritt aufgrund von Komplikationen Schmerzen, die sie sogar erbrechen liessen. Dennoch galt ihre primäre Sorge in all diesen Schmerzen ihrem Ungeborenen. So hatte sie grosse Angst davor, dass »Tim« bereits weit vor der 37. Woche »geholt« werden muss (vgl. Graber, Wiedereintritt #6).

Wie die eigene Körperbelastung durch diese ver-sorgende Aufmerksamkeit auf das Ungeborene in den Hintergrund rückt, zeigt sich in der Erzählung von Frau Widmer, die während des Behandlungspfads kaum Schmerzen artikuliert hat.

Ja, also für mich war es eine Standardoperation [die fetomaternale Operation, Anme. d.V.]. Für mich war es wie ein Kaiserschnitt [...]. Ich hatte immer Angst um Nina, weil sie [bei der Operation, Anme. d.V.] erst in der 26. Woche war, da sind sie eigentlich noch nicht wirklich überlebensfähig. [...] Ja, das hat mich mehr beschäftigt als ich selbst. Ich hatte nicht das Gefühl, dass ich viele Schmerzen hatte. Also wir wurden natürlich auch mit Medikamenten zugepumpt. Kaum war ich zu Hause, hatte ich nur [ein Schmerzmittel, Anme. d.V.]. Ja, und da hatte ich wirklich nicht viele Schmerzen. Also ich durfte mich auch nicht viel bewegen, ich durfte nichts tragen und daher ging das eigentlich. Ich hatte eigentlich nach dem richtigen Kaiserschnitt, wo sie Nina geholt haben, viel mehr Schmerzen gehabt als vorher. Denn ich glaube vorher, da hat man sich auch einfach auf das Kind konzentriert. Vielleicht hat dies einem die eigenen Schmerzen genommen. (Frau Widmer, #149ff.)

Bemerkenswert ist zunächst, dass Frau Widmer (anders als die weiteren begleiteten Frauen) die fetomaternale Operation mit einem Kaiserschnitt vergleicht. Dies mag daher rühren, dass manche medizinischen Akteur:innen die fetomaternale Operation mit einem Kaiserschnitt vergleichen, um die maternalen Risiken einzuordnen. Frau Widmer spricht also von einem »richtigen Kaiserschnitt«, bei dem sie deutlich mehr Schmerzen als beim ersten Eingriff erlebte. Diese erlebte Differenz erklärt sie sich durch die bis zur Geburt stark präsente Sorge um ihr Ungeborenes. Eigene Schmerzen mögen von dieser Sorge verdrängt worden sein. Dass die fetomaternale Operation aber zugleich etwas mit ihrem Körper gemacht hat, hat sie primär durch angepasste Praktiken erlebt: Sie spricht von Medikamenten, die sie eingenommen hat, und den auferlegten Bewegungseinschränkungen, denen sie nachgekommen ist.

Die fokussierte Zuwendung zum Ungeborenen scheint zum Zeitpunkt des fetomaternalen Behandlungspfads notwendig, ja unabdingbar, um den stark medizinisch-klinisch geprägten Pfad weiterverfolgen und bewältigen zu können. Deutlich wird, wie das Erleben des eigenen Körpers an die jeweils zeiträumliche Situation gebunden ist, in der die Dinge unterschiedlich gewichtet werden. Die intensive Sorge um das Ungeborene führt zugleich zur Indienstnahme des eigenen Körpers, konkret gesagt: des *schwangeren* Körpers. Dies artikuliert sich in ver-sorgenden Praktiken. So schildert Frau Widmer, dass sie nicht viel machen durfte. Ihr Körper hatte eine für das Ungeborene schützende Funktion zu erfüllen, die aber auch immer aktiv zu tun war. Dass diese schützende Funktion in der postoperativen Phase bewusst erfahren und gemacht wird, erfahre ich von Frau Kuhn. Bei einem Feldbesuch berichtet sie mir energisch von ihrem ersten Cafeteria-Besuch nach der fetomater-

nenalen Operation. Zahlreiche Leute seien ihr in der Cafeteria und im Aufzug begegnet. Mit beiden Händen und Armen ihren Bauch umschliessend zeigt sie mir, wie sie ihren Bauch respektive das Ungeborene vor Berührungen zu schützen versuchte (vgl. Kuhn, Postoperativ #4). Es scheint, als hätte sie ein Schutzschild vor ihrem Bauch tragen wollen, um mögliche Berührungen abzuwehren. Die Operation wird damit in eine Investition verwandelt, die zu schützen ist. Nicht nur das Ungeborene soll geschützt werden, sondern auch die chirurgische Arbeit. Frau Kuhn erklärt in Hinblick auf den Austritt, dass sie zu Hause darauf achten werde, nicht zu viel zu machen. An die Anweisungen wolle sie sich halten, wenn sie sich bereits für eine solch grosse Operation entschieden habe. »Man will ja auch nichts kaputt machen und kein Risiko eingehen«, fügt Frau Kuhn (Post-OP MRI #5) an. Diese Angst, etwas »kaputt zu machen« oder dass nun noch etwas passiert, begleitet viele Frauen in der postoperativen Phase (siehe Kapitel 7.5) und verdeutlicht, wie ihre Aufmerksamkeit auf das Ungeborene, das es zu schützen und zu ver-sorgen gilt, gerichtet ist.

Rund eineinhalb Jahre nach der Operation reflektiert auch Frau Lorenz den Schutz ihres Körpers für das Ungeborene:

Und ich habe zum ersten Mal auch begriffen, also wirklich begriffen, dass ehm ja mein Körper die Heimat des Kindes ist. Und alles andere, ob der Bauch nun grösser oder kleiner ist, ist eigentlich egal. Denn die Hauptsache ist, dass er dieses Kind beschützt. (Frau Lorenz, #296ff.)

Frau Lorenz bezeichnet ihren Bauch als »beschützende Heimat« für ihr »Kind«, was ihr erst durch die Operation so richtig bewusst wurde. Eine »Erkenntnis« (#299), die sie sich für ihre ersten zwei Schwangerschaften bereits gewünscht hätte. Dies ist bemerkenswert. Frau Lorenz ordnet den Schutz ihres Körpers für das Ungeborene als etwas Positives ein, was sie erst in der Schwangerschaft bewusst erlebt hat, die massgeblich von einer medizinisch-klinisch durchdrungenen Situation geprägt war. Es ist nicht trotz, sondern gerade wegen dieses Umstands, dass sich dieses Gefühl einer »beschützenden Heimat« entwickelt hat. Wie in Kapitel 2.1 eingeführt, ist die ambivalente Konstruktion des schwangeren Körpers sowohl als Schutz als auch als Gefahr für das Ungeborene nichts Neues. Bei der fetomaternalen Praxis zeigt sich nun eine besondere Spielart der Schutzmetaphorik: Es ist ein Schutz, der von den Schwangeren aktiv getan werden muss. Das Besondere daran ist, dass hierbei etwas zu schützen ist, das durch den medizinischen Eingriff (noch) schützenswerter gemacht wurde. Wenn hier also von einem Schutz die Rede ist, so ist dies ein Schutz, der die Frauen auf ihren Körper zurückwirft, nämlich auf ihren Körper als primär *schwangerer* Körper, als Körper, der in dieser Zeit für das Ungeborene zu funktionieren hat und massgeblich von den kulturell geprägten Bildern der »fetalen Mutterschaft« (Frith 2018: 20) geprägt ist. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die

Schwangeren deshalb zu passiven »Hüllen« für ihr Ungeborenes werden. Denn sie, die Schwangeren, sind es, die ihre Körper in dieser Phase machen.

Ich wende mich nun den narrativen Interviews zu, um aufzuzeigen, wie die Frauen die fetomaternalen Operation (erst) nachversetzt erleben und/oder reflektieren. Zum Einstieg ein längeres Zitat von Frau Lorenz, das auf eine immanente Nachfrage meinerseits folgte:

Ich muss ganz ehrlich sagen, also an meinen Körper, also an meine körperliche Belastung habe ich in dieser Zeit eigentlich nicht gedacht. Also dass der Eingriff auch einfach was macht, das kann ich schwer beschreiben – aber das hat ganz lange gedauert, [...] diesen Eingriff bewusst zu verarbeiten. Es war für mich immer eher so, dass Leo operiert wurde. Also gar nicht so sehr, dass ich auch einen grossen Eingriff hatte. Klar, ich wusste, dass ich diese Medikamente nehme und da ist diese Narbe, aber ehm wie schlapp ich in dieser Zeit eigentlich auch war. [...] Das war alles nicht so bewusst, das kommt erst jetzt gerade wieder, viel später. Also es ging eher immer, sage ich mal, um den Körper des Kindes als um den eigenen Körper. [...] Also, dass eben nicht nur, natürlich Leo im Fokus, aber dass ich dabei auch eine Rolle gespielt habe, war mir nie so richtig bewusst. Aber ich merke, je mehr Zeit vergeht, umso ja, umso mehr verschieben sich die Dinge, die wichtig sind, sich anzuschauen. Ja, es macht schon viel mit mir. Diese Zeit. Also bis heute. Es ist einfach, ehm, die Themen verschieben sich, was so aufgearbeitet werden will. [...] Mhm [kurze Pause] aber man muss auch einfach darüber sprechen und das verarbeiten können und den Raum dafür finden. Das war lange Zeit nicht möglich, weil es erstmals um ganz viele andere Sachen ging. (Frau Lorenz, #554ff.)

Die Ausführungen von Frau Lorenz sind für das Verstehen der gelebten Körperrealitäten instruktiv, weil sie uns wissen lassen, wie die Körperrealitäten sich zeit-räumlich entfalten, wie sie also in ihren Zeitgründen erlebt und reflektiert werden. Die während des fetomaternalen Behandlungspfads fokussierte Aufmerksamkeit auf das Ungeborene und später auf das Neugeborene musste sich erst verschieben, damit Frau Lorenz sich ihrem eigenen Körpererleben widmen konnte. Das Erlebte erhält eine eigene Zeit, in der es erst versetzt erlebt wird. Die durch die Operationen hervorbrachte Körperbelastung realisiert Frau Lorenz erst einige Monate nach der Geburt. Sie spricht von Räumen, die notwendig sind, um über manche Dinge sprechen und nachdenken zu können. Es ist also eine bestimmte Situation verlangt, die ein Erleben und Verarbeiten des Erlebten überhaupt erst ermöglicht. Ähnliches berichtet Frau Kuhn fast zwei Jahre nach der Operation:

Und dass ich jetzt so langsam mal auch auf meinen eigenen Körper schaue, liegt auch daran, dass ich wirklich letztes Jahr im Herbst [2020] bemerkt habe, dass mein Körper immer noch gar nicht mir gehört und dass ich einfach aktiv was tun

muss. Aber vorher hätte es die Zeit gar nicht hergegeben. Also ich war so mit den Kindern beschäftigt. (Frau Kuhn, #891ff.)

Dass sich Frau Kuhn viele Monate nach dem Eingriff noch nicht im Besitz ihres eigenen Körpers empfindet, lässt uns wissen, in welcher Zuständigkeit ihr Körper bisher stand und wie er spezifisch zu funktionieren hatte. Erst viele Monate nach der Operation ist es Frau Kuhn möglich, sich ihrem eigenen Körper ver-sorgend zuzuwenden. Dabei spricht sie nicht nur von konkreten Praktiken wie der Pflege ihrer Narbe am Bauch, dem Aufbau von Muskeln oder einer Gewichtsregulierung, sondern auch vom Verarbeiten des Erlebten. So gibt es Tage, an denen »ich dasitze und plötzlich weinen muss, weil mich wieder irgendeine, also weil ich wie so einen Flashback habe, wo man wieder an die Zeit erinnert wird« (Frau Kuhn, #888f.). Ferner spricht Frau Kuhn ihr versetztes Erleben der Operationen an:

Jetzt im Nachhinein weiss ich: Ich bin auch operiert worden. Zweimal den Bauch aufgeschnitten zu haben, das bedeutet verdammt viel. Das unterschätzt man. Ich habe das glaube ich in diesem Moment einfach verdrängt, weil es für mich um Lea ging. Es ging mir darum, dass meinem Kind geholfen wird. Nicht darum, dass ich aufgeschnitten werde. Das stand für mich nie zur Debatte. (Frau Kuhn, #795ff.)

Frau Kuhn verleiht ihrer Fokussierung auf Lea Nachdruck, indem sie davon spricht, wie sie ihre eigenes Operiertwerden zunächst »verdrängt« hat. Es mag einen verwundern, dass die fetomaternalen Operation erst nachversetzt als Eingriff in den eigenen Körper wahrgenommen wird. Mit den Ausführungen der Frauen sollte nun aber ersichtlich geworden sein, dass das Erleben der fetomaternalen Praxis an seine Zeitgründe gebunden ist – also an die jeweilige Situation mit ihren Bedingungen und Erfordernissen.

Wir erinnern uns, dass das Ungeborene als Patient:in in der Pränatalberatung im Fokus steht und wie stark die Hoffnung, dem »Kind« mit der fetomaternalen Operation etwas geben zu können, die Entscheidung der Frauen für ebendiesen Behandlungspfad prägt. Die ver-sorgende Hinwendung gegenüber dem Ungeborenen entspringt nicht zuletzt der klinisch-medizinischen Situation, die darauf ausgelegt ist, dem Ungeborenen »etwas« geben zu können. Der Körper erscheint deshalb fragmentiert, weil die Frauen zunächst auf ihren schwangeren Körper »zurückgeworfen« werden, der in der postoperativen Phase zu einem für das Ungeborene ver-sorgenden und schützenden Körper gemacht wird. Das Erleben der eigenen Körperbelastung wird von den begleiteten Frauen teils erst nachversetzt

erlebt und realisiert oder neu wieder erlebt. Mit der Zeit verschieben sich Aufmerksamkeiten, wobei Erlebtes einen Raum erhält, das zuvor keinen hatte. Damit kann eine Anspannung verbunden sein, die auch die Partner erleben, die erst Monate nach der Geburt langsam abfällt, sich aber angesichts der Nachsorgetermine jeweils wieder aufbaut (siehe Kapitel 8.2 und Kapitel 8.3).

7.5 Ein »vages Häuschen«

Ausgehend von den postoperativen MRI-Ergebnissen wird entschieden, ob ein temporärer Klinikaustritt aus medizinischer Sicht möglich ist.⁴¹ Es sind aber auch weitere Umstände erforderlich, damit ein Austritt machbar ist. Teil des System of Care ist es somit auch, die Schwangeren auf ein – um die eingeführte Terminologie wieder aufzunehmen – »Ausspuren« vorzubereiten, was mit einer paradoxen Spannung verbunden ist.

Die Mehrheit der Schwangeren erlebt das postoperative MRI, das etwa zwei Wochen nach der OP erfolgt, als eine weitere von Hoffnungen und Ängsten geprägte Hürde. Kurz vor ihren MRI-Terminen tauschen sich Frau Lorenz und Frau Pichler darüber aus:

[Lorenz, Postoperativ #6] Frau Pichler meint zu mir, *ach ich bin so nervös, so blöd! Die ganze OP habe ich hinter mir und jetzt macht mir das MRI solche Angst*. Frau Lorenz relativiert, dies sei doch normal, sie sei für ihr morgiges auch nervös. *Am liebsten würde ich gleich mitgehen, dann habe ich es auch hinter mir*, meint sie zu mir. Frau Pichler steht nun auf und drückt ihren Alarmknopf. Kurz darauf kommt eine Pflegefachfrau und fragt, ob alles gut sei. *Ja, ich wollte nur Bescheid geben, dass ich zum MRI fahre*. – *Das ist doch gut, benötigen Sie noch etwas?* – *Ja, bekomme ich noch Tropfen zur Beruhigung?* – *Ich kann Ihnen was bringen*, meint sie mit einem Lächeln und geht hinaus. Frau Lorenz zu ihrer Nachbarin, *das ist doch gut, dass du noch die Tropfen hast* – *Ja, ich wollte keine Tabletten, aber Tropfen sind gut*. Sie geht zum Nachttisch und nimmt aus ihrer Medikamentenbox eine Tablette und kommentiert, *ich nehme doch noch eine Schmerztablette mit. Man weiss ja nie, was noch kommt*. Frau Lorenz erklärt mir, dass sie bei den Hebammen Lavendelöl bestellt habe, das würde sie mitnehmen, da es eine beruhigende Wirkung habe. Sie macht eine Handbewegung zur Brust, um vorzuzeigen, wo sie das Öl einstreichen wird. [...] Frau Pichler wirkt nervös und unruhig, sie geht im Zimmer auf und ab. Frau Lorenz versucht sie zu beruhigen und meint aufmunternd, *jetzt bist du zum ersten Mal wieder alleine draussen, das ist doch auch toll!* – *Ja*, lacht Frau Pichler. *Und zum Nachtessen bist du*

41 Das titelgebende Zitat ist von Neumann (#629). Zum temporären Austritt ist anzumerken, dass die Schwangeren, die im nahen Ausland leben, an ihren Wohnort zurückkehren können. Die Schwangeren, die weiter entfernt leben, erhalten ein Zimmer in der Nähe der Klinik A, um im Notfall reagieren zu können.

wieder da, so Lorenz. Pichler nickt und verabschiedet sich, da das Taxi sie erwartet. [...] Frau Lorenz erklärt mir, dass es ihr auch etwas Angst mache, zum ersten Mal wieder alleine unterwegs zu sein. Sie streckt ihren Arm aus und ertastet den Alarmknopf, *hier habe ich ja immer diesen*, sagt sie mit einem Lachen. Auf der Station existiere eine Rundumüberwachung, stets sei jemand für sie da. Und nun werde sie morgen zum ersten Mal wieder alleine unterwegs sein. Schnell ergänzt sie, *aber das ist auch gut! Ich gehe ja hoffentlich bald nach Hause und dort muss ich auch alleine zurechtkommen*. [Lorenz, Postoperativ #6]

Die Angst vor einem »schlechten« Bescheid, der einen Austritt verunmöglicht, und ein Unbehagen, erstmals wieder alleine unterwegs zu sein, beschäftigen die Schwangeren im Hinblick auf den MRI-Termin. So müssen sie für die Untersuchung mit dem Taxi von der Klinik A in die Klinik B fahren, da dort die Spezialist:innen für die MRI bei Kindern respektive bei Ungeborenen tätig sind. In manchen Fällen, wenn die Frauen beispielsweise noch einen Venenzugang haben, kann sich diese Fahrt logistisch-organisatorisch herausfordernd gestalten.⁴² Komplementär zur Angst vor einem »schlechten« Befund ist die Hoffnung präsent, dass der Befund einen Austritt erlaubt und erste positive anatomische Veränderungen am Ungeborenen aufzeigt, beispielsweise, dass sich das Kleinhirn verschoben hat. Die MRI-Untersuchung gestaltet sich als eine Hürde, die eine Gabelung bereithält, von der mehrere Pfade weiterführen können. Nicht alle Frauen können temporär austreten und längst nicht alle kehren gemäss Standardablauf in der 34. Woche zurück. Oft kommt es vor, dass eine Rückkehr bereits früher notwendig ist.⁴³ Im Wissen um die vielfältigen Pfade macht sich bei manchen Frauen die Unsicherheit breit, wie bei allfälligen Komplikationen eine Rückkehr in die Schweizer Klinik zu organisieren wäre. Die Angst, es nicht mehr rechtzeitig zurückzuschaffen und somit für einen Teil des Behandlungspfads in eine andere Klinik gehen zu müssen, ist vor allem bei diesen Frauen ausgeprägt, die nicht in der Schweiz wohnhaft sind, so beispielsweise bei Frau Lorenz und Frau Kuhn. Der vorübergehende Austritt wird aus all diesen Gründen von den Schwangeren ambivalent erlebt: Vorfreude und Hoffnung sowie Ängste und Unsicherheiten treffen aufeinander.

Wie uns die ethnografische Sequenz von Frau Lorenz und ihrer Zimmernachbarin zeigt, (unter)stützen sich die Frauen gegenseitig und teilen ihre teilweise kol-

42 Eine begleitete Frau wurde mit der Ambulanz in die Klinik B gebracht, da sie noch eine Infusion hatte. Bei der Organisation der Rückfahrt lief etwas schief, sodass sie länger warten musste, bis sie wieder abgeholt wurde.

43 Von den von mir begleiteten Frauen trat nur eine Frau gemäss Standardablauf ein. Eine hatte einen vorzeitigen Blasensprung und musste mit der Ambulanz in die Klinik gefahren werden, eine andere schaffte es nicht mehr rechtzeitig in die Schweizer Klinik und musste in ihrem Heimatland per Kaiserschnitt gebären und eine weitere trat ebenso frühzeitig, wenige Wochen nach dem Austritt, wieder ein.

lektiven Sorgen. Nicht selten bauen sie einander auf, indem sie sich an die bereits erfolgreich überwundenen Hürden zurückerinnern. Bezugnehmend auf diese wiederkehrende Hürde-Metapher, die stets mit ambivalenten Gefühlen verbunden ist, spricht die Koordinatorin Baumann von einer »riesigen emotionalen Berg- und Tal-fahrt« (#170), bei der manche Familien eine persönliche, nahe Betreuung benötigen und schätzen. Dies impliziere, dass man sie »ein bisschen hätschelt und tätschelt [...] also bei gewissen mehr, bei anderen weniger« (Baumann, #171f.). Diese Zuwendung zeige sich nicht nur in einer guten Planung, die bei fast jeder Patientin eine individuelle Anpassung verlange, sondern auch in kleinen Aufmerksamkeiten wie schriftlichen Geburtsglückwünschen, so Baumann (vgl. #172ff.). Auch ihre Kollegin Martin erzählt, dass sie sich über die administrativen Aufgaben hinaus um die Familien kümmere. Besonders bei jenen Frauen, die aufgrund der geografischen Distanz nicht nach Hause fahren könnten, spüre sie, wie froh sie seien, wenn sie z. B. für sie einkaufen gehe oder mit ihnen einen Kaffee trinke (vgl. #668ff.).

Ich bin, wie soll ich sagen, für diejenigen Frauen, die das möchten, bin ich wie ein, nicht wie eine Mami, aber so eine Person, die für sie da ist und ich kümmere mich um sie, wenn es nötig ist. Wenn sie das möchten. Ich gehe mich da nicht gross offerieren, aber wenn sie das Bedürfnis nach einem Gespräch oder einem Treffen haben, dann bin ich da. Und dann haben sie Freude. (Martin, #680ff.)

Diese sorgende Dimension – womit die zärtliche Care-Dimension gemeint ist – übersetzt sich in konkrete ver-sorgende Praktiken, die über den klinischen und bürokratischen Standardablauf hinausweisen. Dieses »Hätscheln« und »Tätscheln« ist auch auf der Pränatalstation präsent. So berichtet die Pflegefachfrau Giger, dass sich die unterschiedlichsten Disziplinen um die Schwangeren sorgen und auf sie eingehen, so auch die Hotellerie, die stets bestrebt ist, den korrekten Kostenaufbau zu bestellen (vgl. #415f.). Giger berichtet, dass sie sehr energisch und stark werde, wenn »die Frau leidet und nicht gehört wird beziehungsweise nicht in ihrem Leid gesehen wird« (#444f.). Letztlich bestehe die Gefahr, dass sie die Frauen in ihren Ängsten »verlieren«. In solch einem Fall sei es wichtig, dass die pflegerische Bezugsperson dem Team kommuniziere, wie der Plan aussehe, damit das gesamte Gefüge mit der Schwangeren in die gleiche Richtung arbeite (vgl. #392ff.).

In diesem Zusammenhang ist das titelgebende Zitat von Neumann einzuordnen, die die Schwangeren in einem »vage[n] Häuschen« erlebt, das postoperativ von vielen Ängsten bedroht ist – etwa der Angst, dass die OP doch nicht erfolgreich war, weitere Diagnosen hinzukommen oder vorzeitige Wehen eintreten. Also »dass jetzt irgendwas und irgendwie passieren kann [...], was dieses vage Häuschen zum Einsturz bringt« (Neumann, #628ff.). Die Ungewissheit und Unsicherheit in Bezug auf den weiteren Behandlungspfad nehmen die (nicht)medizinischen Akteur:innen ernst, müssen jedoch in ihren eigenen ver-sorgenden Praktiken ebenso eine Balan-

ce finden, wie Baumann (vgl. #247ff.) betont. Es gelte zu wissen, wo die Grenzen lägen, damit ihre Fürsorge nicht ausgenützt werde. Es sei eine »Gratwanderung« (#252), die »viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl« (#260) verlange. Sowohl während ihres stationären Aufenthalts als auch in den Interviews sprechen die Frauen die ver-sorgende Praxis auf der Pränatalstation an, die sie sehr schätzten. Frau Kuhn erinnert sich:

[A]ls diese MMC-Mama [wurde man, Anme. d.V.] als etwas ganz Besonderes behandelt [...]. Also ich selbst [betonend] habe mich nie so gesehen, ich weiss auch, dass die anderen MMC-Mamas, die diesen Repair durchgeführt haben, dies nie als eine grossartige Leistung von sich selbst angesehen haben. Aber diejenigen, die dort gearbeitet haben, die haben einem schon das vermittelt, dass man dort was Besonderes macht. Und dass man mit diesen Frauen schon sehr fürsorglich umgeht. (Frau Kuhn, #211ff.)

Dass die (nicht)medizinischen Akteur:innen die »MMC-Mamas« nicht selten als besonders »aufopferungsvolle«, »mutige« und »engagierte« Patientinnen bezeichnen, vernehme ich im Verlauf meiner Feldforschung wiederkehrend. Solche Zuschreibungen leben von einer »Heroisierung« der »MMC-Mamas«, die kritisch zu reflektieren ist, da sie eine Wertung anderer Behandlungspfade respektive Entscheidungen offenbart und sich die Frage stellt, wie gefährlich die fetomaternalen Praxis denn nun ist, wenn es dafür Heldinnen benötigt (vgl. Casper 1998a: 180ff.).⁴⁴ Dass diese besondere ver-sorgende Zuwendung gegenüber den Schwangeren auch immer eine vermittelte ver-sorgende Hinwendung zum Ungeborenen ist, darf nicht übersehen werden. Die Schwangeren werden als »MMC-Mamas« umsorgt, sie werden als Schwangere »nach Status MMC« als besondere Patientinnen behandelt, denen eine Aufmerksamkeit zukommt, die für den hektischen Klinikalltag atypisch ist. Care gestaltet sich in der fetomaternalen Praxis bei Spina bifida verworren und verschachtelt, denn sie lässt sich weder nur auf die Schwangere noch ausschliesslich auf das Ungeborene reduzieren.

Mit »Mut« nach Hause

Dass das »Hätscheln«, »Tätscheln« und »Betüdeln« der »MMC-Mamas« auch kritisiert wird, zeigt sich im Gespräch mit der Ärztin Moser. Zum einen könne die intensive Zuwendung den »MMC-Mamas« gegenüber anderen Schwangeren auf der Pränatalstation das Gefühl geben, vernachlässigt zu werden (vgl. #358ff.), und zum anderen könne sie eine gewisse Unsicherheit begünstigen. Dies etwa, da sie nach

44 Zugleich haben wir von Schneider erfahren, dass keine Heldinnen mehr vonnöten sind, da die heutige Praxis transparente und sichere Ergebnisse aufweist (siehe S. 106).

dem temporären Austritt nur noch einmal in der Woche kontrolliert werden, wie Moser (vgl. 363ff.) berichtet. Auf der Station ist zu beobachten, dass sich die Schwangeren gewissermassen an die Zunahme medizintechnologischer Überwachung gewöhnen, wodurch der Austritt zur Herausforderung werden kann. Daran erinnert sich auch Frau Lorenz im Interview:

[A]m Anfang war da auch eine grosse Verunsicherung, was passiert, was passiert mit uns. Aber als ich dann in [Ort Schweizer Klinik, Anme. d.V.] war und die Operation auch überstanden war, war ich auch sehr dankbar dafür, dass ständig geguckt wird, ob alles ok ist. Mhm bei den anderen Schwangerschaften da hatte ich nicht viele Untersuchungen, das hätte ich mir jetzt eigentlich auch wieder gewünscht, ehm aber so wie es dann in [Ort Schweizer Klinik, Anme. d.V.] gehandhabt wird oder wurde, das gab auch ganz viel Sicherheit. Und als ich dann zu Hause war, da kam dann eher die Unsicherheit, weil nicht mehr so oft geguckt wurde. (Frau Lorenz, #288ff.)

Die anfängliche Verunsicherung transformierte sich durch die enge ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung in eine Sicherheit, die beim temporären Austritt wieder zu verschwinden drohte. Die Frauen befinden sich auf der Pränatalstation in einer Situation, in der nicht nur ihre Körper transformiert werden, sondern sie auch mit verschiedenen Wissensformen in Berührung kommen, die sie in ihre gelebten Realitäten zuerst integrieren und später wieder loszulassen haben. Wiederum wird verdeutlicht, dass bei der Mehrheit aller Untersuchungen zwar das Ungeborene als Patient:in im Fokus steht, es aber die Schwangeren sind, die sie unmittelbar erleben und ihre eigenen Körper als überwachungs- und kontrollbedürftig wahrnehmen. Mit dem anstehenden Austritt erhalten sie nun die Aufgabe, ihrem verkörperten Wissen wieder stärker zu vertrauen. Die Pflegefachfrau Giger erklärt, dass die Frauen nach der Operation zunächst mit ihren Körpern beschäftigt seien, um »wieder auf die Beine zu kommen« (#335). Wenn dies geschafft sei, müssten sie auf den »vorübergehenden Austritt vorbereitet werden, sodass sie dann möglichst viel Sicherheit und Mut« (#345f.) für diese Zeit haben. Diese Prozesse weisen eine Herausforderung auf: Nachdem die Schwangeren schrittweise in die stationären Realitäten eingepasst worden sind, müssen sie wieder an ihrem Vertrauen in ihren eigenen Körper bzw. in ihr eigenes verkörpertes Wissen arbeiten, um »Mut« für den Klinikaustritt zu erlangen. Mol und Law schreiben, dass sich angesichts solcher Verhältnisse, in denen ärztliche Akteur:innen von Patient:innen ein stärkeres Selbstbewusstsein verlangen, abzeichnet, dass Medizin nie nur Verbesserungen bringt und sie nicht nur in ihrer Effektivität zu messen ist, sondern auch ihre Effekte sorgfältig zu reflektieren sind (vgl. 2004: 57f.). Erforderlich ist deshalb, dass ihre Interventionen immer als Eingriffe in die gelebten Körper und Realitäten von Menschen konzipiert werden.

