

5. Eintritt in die Klinik: Anleiten, einpassen, mitwirken

Die Schwangeren treten jeweils drei Tage vor der fetomaternalen Operation in die Pränatalstation der Klinik A ein. Bei der Anmeldung im Eingangsbereich erhalten sie ein Patientinnen-Armband, das mit einem Barcode, ihrem Geburtsdatum, Vor- und Nachnamen und einer Fallnummer versehen ist.¹ Auf der Pränatalstation angekommen, melden sie sich beim Stationszimmer des medizinischen Personals. Eine Pflegefachfrau führt die Schwangeren sodann auf deren Zimmer. Die medizinischen Akteur:innen achten darauf, dass die von ihnen als »MMC-Frauen« bezeichneten Schwangeren die Zimmer teilen, sodass sie ihre Erfahrungen austauschen können. Die Schwangeren erhalten etwas Zeit, um sich im Zimmer einzurichten. Hierzu stehen ein schmaler Schrank mit einem Safe sowie ein Schränkchen über dem Lavabo zur Verfügung. Die Pflegefachfrau zeigt ihnen, wie der Alarmknopf funktioniert und wie das Bett zu bedienen ist. Bald darauf beginnt das im »Präoperativen Protokoll« notierte Programm, an dem mehrere medizinische Akteur:innen beteiligt sind: Blut abnehmen, Venenkatheter anlegen, Infusionen anhängen, Medikamente abgeben, Informationen durchgeben. Auch finden Konsilien (Aufklärungsgespräche) und weitere diagnostische Untersuchungen durch die Anästhesiologie, die Gynäkologie und die Geburtshilfe statt. Die Schwangeren erfahren, was sie in den nächsten Tagen (nicht) tun sollten, welche Medikamente sie einzunehmen haben, wann sie auf der Station erwartet werden, wie der Operationstag verläuft und wie sie sich auf diesen vorzubereiten haben. Überdies erhalten sie von der Hotellerie zu geregelten Zeiten das Essen, womit sich sanft abzeichnet, dass sich die Schwangeren an den Rhythmus der Klinik A anzupassen haben. Der von einer »Informationsflut« geprägte Eintrittstag ist intensiv und lange.

Die präoperative Phase zeichnet sich dadurch aus, dass Akteur:innen unterschiedlichster Disziplinen mit ihren eigenen Aufgaben innerhalb kurzer Zeit Teil des Behandlungspfads einer »MMC-Patientin« werden, um sie und ihr Ungeboresenes »optimal« auf die Operation vorzubereiten. In dieser Phase kommt es nicht

1 Der Barcode enthält auch die Fallnummer. Ersterer ist auf der Patientinnen-Etikette abgebildet, die an verschiedenste Artefakte wie Dokumente, Protokolle oder Blutentnahmen angebracht wird.

selten zu einer Gleichzeitigkeit diverser Wissenspraktiken von unterschiedlichen Akteur:innen im Bettenzimmer. Nach der Operation können sich die Pfade der Akteur:innen wieder entfernen und kommen je nachdem nicht mehr mit dem Behandlungspfad der Schwangeren in Berührung. Gleichzeitig gibt es Akteur:innen, so die Pflegefachfrauen der Pränatalstation, die die Schwangeren über die stationäre Phase hinweg begleiten. Das Zusammenspiel der Beteiligten ist beim stationären Eintritt insofern besonders, als es stark über Protokolle angeleitet ist, wodurch der individuelle Handlungsspielraum aller Beteiligten eine Begrenzung erfährt. Diesen Protokollen wollen wir uns nun aus verschiedenen Perspektiven annähern, um die Vielschichtigkeit der klinischen Praxis herauszuarbeiten. Die diskutierten Fragen sind: Wie funktionieren die Protokolle in ihrer Anwendung und wie verändern sie sich dadurch? Wie werden die Beteiligten an sie gebunden? Welche Relationen lassen sich zwischen Protokollen und Standards in Aktion beobachten?

Bei meinem ersten Feldbesuch auf der Pränatalstation hat mir eine Pflegefachfrau das »Protokoll offener fetaler MMC-Repair« übergeben. Das dreizehnseitige Dokument leitet die 72 Stunden vor und nach der fetomaternalen Operation bei Spina bifida an.² Nachfolgende Ausführungen konzentrieren sich auf die ersten vier als »Präoperatives Protokoll« verstandenen Seiten, die wiederum mit weiteren Protokollen verknüpft sind. Das »Präoperative Protokoll« stellt keine Aufzeichnung eines erfolgten Geschehens dar, – wie es aus einem Sektions- oder Verhörprotokoll bekannt ist – vielmehr funktioniert es als eine Art Checkliste. In einem ersten Schritt interessiere ich mich dafür, wie sich uns das »Präoperative Protokoll« präsentiert, das zur Hand genommen, bearbeitet und abgelegt wird. Es wird gefragt, welches epistemische Ordnungsmuster ihm zugrunde liegt und welche zeiträumlichen Dimensionen erkennbar sind (Kapitel 5.1). Danach widme ich mich dem Verhältnis von Protokollen und Standards. Im Fokus wird die für die präoperative Phase charakteristische »getreue« Umsetzung des »Präoperativen Protokolls« stehen, womit eine »optimale« Ausgangssituation für die bevorstehende Operation ermöglicht werden soll (Kapitel 5.2). Dass das »Präoperative Protokoll« mit weiteren disziplinären Protokollen verknüpft ist, diskutiere ich in Kapitel 5.3 anhand des Konsils der Anästhesiologie. Ausgehend von einer ethnografischen Sequenz möchten wir uns dem anästhesiologischen Protokoll zuwenden, das in einem ersten Teil aus einem Frage-Antwort-Schema besteht. Dargelegt wird, wie die von einer anästhesiologischen Rationalität geprägte Relevanzstruktur zum Tragen kommt. In Kapitel 5.4 rückt das so-

2 Der Verfasserin liegt eine Version (02/2019) dieses Protokolls vor, das hier verwendet werden darf. Das »Protokoll offener fetaler MMC-Repair« ist in folgende Abschnitte unterteilt: »Eintritt«, »Vorbereitungen am Vortrag«, »Operationstag«, »Vorbereitungen OP-Personal«, »Die ersten 24 h postoperativ«, »Tag 1; 25–48 h postoperativ«, »Tag 2; 49–72 h postoperativ«, »Tag 3 postoperativ«. Hier in Kapitel 5 vertiefe ich die ersten beiden Abschnitte, die in der Klinik A als »Präoperatives Protokoll« bezeichnet werden.

zio-materielle Zusammenspiel der stationären Realitäten in den Vordergrund, das ich am Beispiel des EKGs bespreche. Zur Diskussion steht nicht nur, wie untrennbar ineinander verschmolzen die beteiligten Akteur:innen, Elektronik, Herzrhythmen, Geräte, Protokolle und so fort sind und wie interdependent sich die Handlungsspielräume der verschiedenen Akteur:innen gestalten, sondern auch, wie kleine Störungen der Arbeitsroutine gehandhabt werden und es so immer wieder zu sanften Pfadumlenkungen kommt, die in einem Protokoll nicht einkalkuliert werden. Zuletzt fokussiere ich in Kapitel 5.5 auf die Wissenspraktiken und Routinen, in und mit denen ›gesunde‹ Schwangere schrittweise in Patientinnen transformiert werden respektive wie ihr Patientinnensein dabei bedeutsam gemacht wird. Hervorzuheben ist, dass die Schwangeren mit und in diesen Prozessen nicht einfach ›produziert werden‹, sondern als aktive Akteurinnen beteiligt sind. Wie die Schwangeren ihr Patientinnensein selbst praktizieren und ihre Positionen im System of Care aushandelnd einnehmen, ist zu besprechen.

5.1 Zum »Präoperativen Protokoll«

Wird im Folgenden das »Präoperative Protokoll« eingeführt, interessiert es mich einerseits als materiell-haptisches Dokument, das zur Hand genommen und ausgefüllt wird, und andererseits stehen seine konzeptuellen Prämissen zur Diskussion. Protokolle verstehe ich nicht als fixierte Artefakte, sondern als eine »technology-in-practice« (Timmermans/Berg 2003b: 103). Bei der Analyse eines Protokolls in Aktion geht es mir nicht um ein Abgleichen seines Inhaltes mit der von mir beobachteten Praxis, sondern wie die klinische Praxis durch Protokolle vermittelt und weiterentwickelt wird und wie die Protokolle durch deren Anwendung in den gelebten Realitäten permanent ausgehandelt werden.

Verdichtung

Das Deckblatt des »Präoperativen Protokolls« unterscheidet sich insofern von den restlichen Seiten, als dass hier Felder auszufüllen sind, während die anderen Seiten Handlungsanweisungen enthalten. Als Überschrift des Deckblatts sind die Fallnummer und die Operationstechnik angegeben, so z. B. »109. Offener fetaler MMC-Repair«. Nicht ein Name, sondern eine linear voranschreitende Zahlenfolge und die Operationstechnik stehen an erster Stelle des Protokolls, womit eine Ein- und Zuordnung des Falles erfolgt. Die Historikerin Brigitta Bernet hält in ihrer Studie über die Krankenakte der »Irrenheilanstalt Burghölzli« fest, dass mit solch einer Nummernvergabe auf dem Deckblatt die einzelne Akte zum »Bestandteil einer seriellen Matrix« (2009: 69) wird. Der individuelle Fall verweist mit dieser Nummer auf das Allgemeine. Das Besondere an dieser auch im Barcode enthaltenen Nummer

ist, dass mit ihr die Schwangere und das Ungeborene zusammen zum Fall gemacht werden. Dass das Ungeborene inkludiert ist, wird beispielsweise deutlich, weil intraoperativ kleinste fetale Hautstücke entnommen werden und diese in einem Behälter mit dem Barcode versehen abgelegt werden.³ Nach der Geburt erhält das Kind die Nummer. Die Schwangere und das Ungeborene – und auch sobald dies auf die Welt kommt – teilen sich diese Nummer, die zwischen Akteur:innen, Materialitäten und Orten zirkuliert.

Auf die Überschrift folgt eine auszufüllende Auflistung: »Name«, »Fetale Diagnose«, »Operationsdatum/SSW«, »Plazenta«, »Kind«, »postoperative Überwachung«. An den sechs Zeilen ist zunächst bemerkenswert, dass sie drei virtuelle Akteur:innen adressieren. Die Zeile »SSW« (Schwangerschaftswochen) verweist auf eine Schwangere und ein Ungeborenes, das »Kind« auf ein Kind und die »fetale Diagnose« auf den »Fötus« als Patienten. Dies kann zu einer Unklarheit führen. Denn wer wird nun operiert? Ein »Fötus« oder ein »Kind«? Und wem gilt die Diagnose? Für die Analyse des Protokolls ist von Interesse, wann von einem »Fötus« und wann von einem »Kind« die Rede ist – ein Aspekt, den ich weiter unten aufgreife.

Erst die Einsicht in ein durch die Hebamme Neumann ausgefülltes Protokoll klärt auf, was in diesen sechs Zeilen zu notieren ist. Der »Name« bezieht sich auf die Schwangere und ihr Geburtsdatum. Die »fetale Diagnose« verlangt eine Präzisierung der Läsion am Rücken des Ungeborenen: Angegeben wird, ob es eine MMC oder eine MS ist und auf welcher Höhe der Wirbelsäule sich die Läsion befindet. Dass das »Operationsdatum« und die »SSW« gemeinsam anzugeben sind, verweist auf einen in das »Präoperative Protokoll« integrierten lokal situierten Standard: Die fetomaternale Operation bei Spina bifida wird in der Klinik A zwischen der Schwangerschaftswoche 24+0 und 26+0, am »besten« in der 25. Woche, durchgeführt. An dieser Stelle wird nicht zuletzt überprüft, ob der Standard bei der Terminfindung eingehalten wurde respektive am Operationstag gewährleistet sein wird. Die Frage nach der »Plazenta« ist für eine künftige Handlung relevant. Die Plazenta kann im oberen Teil der Gebärmutter liegen oder sich an der Seiten-, Hinter- oder Vorderwand festsetzen. Da sie während der Operation nicht berührt werden darf, ist diese Angabe für den Schnitt in die Gebärmutter notwendig. Neben der Zeile »Kind« wird nicht etwa ein Name notiert, sondern das Geschlecht und Gewicht des Ungeborenen. Letztere Angabe ist ebenso auf künftige Praktiken ausgerichtet, die durch das »Präoperative Protokoll« angeleitet werden. So wird unter anderem die Medikation für eine allfällige intraoperative fetale Bradykardie (langsame Herztätigkeit) auf das Gewicht des Ungeborenen abgestimmt vorbereitet. Interessant ist, dass im Protokoll von einer »fetalen Bradykardie« und nicht einer kindlichen gesprochen wird.

3 Mit den fetalen Hautstücken wird versucht, fetale Haut im Labor zu züchten (vgl. Dasargyri et al. 2019).

Wir erinnern uns, dass auf dem Deckblatt die Zeile »Kind«, und nicht »Fet« oder »Fötus« notiert ist. Ein Blick auf die Folgeseiten des »Präoperativen Protokolls« zeigt, dass wiederholend die Rubrik »Kind« auftaucht. Festgehalten wird damit, welche Medikamente dem »Kind« verabreicht und welche Untersuchungen sowie Überwachungen am »Kind« durchzuführen sind. Dabei handelt es sich immer um das Ungeborene. Das Ungeborene erfährt mit der Adressierung »Kind« eine Subjekterhöhung, während das Adjektiv »fetal« eingesetzt wird, um therapeutische Handlungsanweisungen und klinische Terminologien im Hinblick auf das Ungeborene zu präzisieren. Von einer »fetale[n] Transfusion«, »fetale[n] Bradykardie« oder einer »fetale[n] Reanimation« ist zu lesen. Die letzte Zeile »Postoperative Überwachung« verweist auf den postoperativen Transfer der Schwangeren auf die Intensiv- oder Überwachungsstation, womit eine zeiträumliche Handlung angegeben wird.

Das Protokoll macht mit den sechs Zeilen sichtbar, was für die medizinischen Akteur:innen und die bevorstehenden Phasen im Kontext des »Präoperativen Protokolls« als relevantes Wissen zum einzelnen Fall erachtet wird. Die Relevanz zeigt sich auf dem Deckblatt des Protokolls vor allem darin, welche Ergebnisse die diagnostischen Untersuchungen bisher erbracht haben und wie diese in medizinischen Fachbegriffen wiedergegeben werden können. Die Mehrheit aller Angaben zielt auf die bevorstehende Operation ab. Daran lassen sich die allgemeine Orientierung des Protokolls und die ihr zugrundeliegende Phase erkennen: Alles richtet sich auf den Akt der Operation aus.

Am Beispiel der Zeile »fetale Diagnose« wird deutlich, wie manche Angaben durch eine vorangehende Aushandlungsarbeit entstanden sind und nun in bereinigter und reduzierter Form wie »MMC L4/L5« präsentiert werden.⁴ So ist die Diagnose Produkt eines sozio-materiellen Zusammenspiels von medizinischen Akteur:innen, Wissenspraktiken, Geräten, routinierten Arbeitsabläufen, klinischen Standards, Schwangeren, Ungeborenen und so fort. All diese verteilten Praktiken und Prozesse sind im »Präoperativen Protokoll« nicht mehr sichtbar; sie werden in ein scheinbar stabiles Wissen überführt. Scheinbar ist es, weil die Höhe der Läsion zwar angegeben wird, jedoch oft (noch) nicht eindeutig zu lokalisieren ist. Selbst während der Operation, mit Blick auf die Läsion, kann die exakte Höhe der Fehlbildung nicht festgestellt werden. Solch eine verdichtete Angabe lässt sich als eine für die Handhabarmachung des Falles notwendige »Komplexitätsreduktion« (Lüthi 2009: 204) verstehen.

Nach diesen sechs Zeilen folgt auf dem Deckblatt eine Tabelle mit den Kontaktdaten von über 30 Akteur:innen diverser Abteilungen und Disziplinen wie Geburtshilfe, Intensivstation, Operationsleitung, Technik, Kinderchirurgie, Koordination, Neonatologie, Anästhesiologie und so fort. Deutlich wird damit, wie das Protokoll in die Pfade multipler Akteur:innen mit deren Praktiken, Routinen und Artefakten

4 »L4/L5« bezieht sich auf die Höhe der Läsion, wobei das »L« für die Lendenwirbel steht.

eingreift (vgl. Timmermans/Berg 1997: 276). Welche:r Akteur:in für welchen Fachbereich telefonisch erreichbar sein sollte oder wer für welche Station verantwortlich ist, lässt sich mit der Tabelle auf einen Blick erfassen. Nicht zuletzt verweist sie auf das höchst interdisziplinäre Zusammenspiel, das für die präoperative Phase (und allgemein für die fetomaternale Praxis) erforderlich ist. Mit dem Protokoll werden nicht nur die Schwangere und das Ungeborene (respektive das »Kind«) als Patient:innen adressiert, sondern auch die Akteur:innen der Schweizer Klinik, die darin eingeschrieben sind und zur Teilnahme aufgefordert werden.

Zusammenfassend formuliert, weist das Deckblatt verdichtetes Wissen aus vergangener Aushandlungsarbeit und zeiträumliche Handlungsanleitungen auf. Zudem sind in das Deckblatt lokal situierte Standards integriert. Die sechs Zeilen sind keineswegs zufällig gewählt – in ihnen und in der abgebildeten Tabelle steckt eine Fülle an bereits geleisteter Arbeit, die einem auf die künftigen prä-, intra-, postoperativen Phasen gerichteten Interesse folgt. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft vereinen sich im Deckblatt, wodurch es als ein aushandelndes, dokumentierendes und anleitendes Artefakt fungiert.

Wie multiple Pfade zu koordinieren sind

Auf der nachfolgenden Seite des »Präoperativen Protokoll« sind mehrere Punkte unter dem Eintrittstag gelistet. Ein zeitlicher Ablauf ist aber nicht festgehalten. Zu lesen ist beispielsweise, dass »Konsilien/Aufklärungen« stattzufinden haben, konkret eine »Sectioaufklärung«, »Anästhesie« und »Neonatologie OA Vorstellung«.⁵ Weiter sind unter »Stationäre Aufnahme durch Pflege/Hebamme« Praktiken wie Blutentnahme und Lungenreifungsinduktion gelistet.⁶ Während im »Präoperativen Protokoll« die Praktiken eine lineare, im Sinne nacheinander geordnete, Anordnung erfahren, zeigen sie sich in den stationären Realitäten verdichtet, wie wir an der folgenden ethnografischen Sequenz sehen, die vom Eintrittstag von Frau Lorenz handelt. Der Anästhesist führt das Konsil mit Frau Lorenz und ihrer Zimmernachbarin Frau Pichler durch, die selbst in drei Tagen wegen eines Ungeborenen mit Spina bifida operiert wird. Der Mann von Frau Lorenz hört ebenso aufmerksam zu und bringt sich mit Fragen ein. Das Konsil ist noch in vollem Gange.

[Lorenz, Eintritt #2] Es klopft an der Tür. Kurz darauf tritt eine Frau in Zivilkleidung mit einem weissen Kittel ein. Ihr folgen ein Arzt der Geburtshilfe und ein Medizinstudent. Die drei Personen kommen aus verschiedenen Gründen, sie zeigen sich

5 OA steht für Oberärztin respektive Oberarzt.

6 Über die Schwangeren erhalten die Ungeborenen eine Lungenreifeinduktion. Diese wird prophylaktisch verabreicht, da die Lungen der Ungeborenen im Falle einer intraoperativen Geburt noch nicht genügend gereift sind, um selbstständig zu funktionieren. Mit der Medikation soll die Reife der Lungen unterstützt werden.

aber alle darüber überrascht, dass der Anästhesist bereits da ist. Die Frau stellt sich als Psychologin vor und meint, *darf ich kurz mal vorgehen? Ja, also wer ist dann Frau Lorenz? – Ich – Ah, ja, wir hatten ja eigentlich für heute einen Termin, aber das hat nicht mehr gereicht, wollen wir für Montagnachmittag schauen? – Hm ja, wobei dann bin ich auf der Intensivstation, vielleicht für Mittwoch? – Ja, das geht sicher.* Die Psychologin entschuldigt sich erneut, dass es heute nicht mehr funktioniert habe. Sie geht hinaus. Der Arzt fragt den Anästhesisten, wie lange er noch habe, da er mit Frau Lorenz die Aufklärung und die Untersuchungen durchführen müsste. Der Anästhesist meint mit Blick auf das Protokoll, dass er in drei Minuten fertig sei, er würde sich nun nur dem Protokoll von Frau Lorenz widmen. Mit Blick auf Frau Pichler meint er, *und zu Ihnen komme ich später. – Ja, das ist gut, dann kann ich kurz zur Toilette? – Ja, sicher.* Frau Pichler steht auf und geht hinaus. Der Arzt für Geburtshilfe meint zu Frau Lorenz, dass er und der Student vor der Tür warten würden, sie könne hinauskommen, sobald die Aufklärung fertig sei. [Lorenz, Eintritt #2]

Innerhalb kürzester Zeit treffen vier Akteur:innen von drei Disziplinen für den Behandlungspfad von Frau Lorenz aufeinander, wobei sich deren Pfade temporär überlagern und nach einer kurzen Aushandlung wieder voneinander entfernen. Da die Zeit stark begrenzt ist, kommt es gelegentlich zu solch einem Gedränge am »Patientinnenkörper«. ⁷ Dass die Psychologin ihre Sprechstunde nicht mehr durchführen kann, zeigt, wie ihr eigener Arbeitspfad auf die Pfade der Patient:innen anzupassen ist, wobei es auch mal nicht gelingen mag, diese miteinander in Einklang zu bringen. Nur durch das Ausführen des Protokolls in den stationären Realitäten wird sichtbar, dass weit mehr Pfade mit ihm verbunden sind, als wir erahnen könnten (vgl. Timmermans/Berg 1997: 281). Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen lassen sich Protokolle als »*crystallization instances*« (ebd.: 276, Herv. i.O.) verstehen, in denen sich multiple Pfade kristallisieren.

Die oben stehende Beobachtung zeigt, dass das »Präoperative Protokoll« in den stationären Realitäten eine eigene Zeitlichkeit findet, die erst *in situ* ausgehandelt wird. So sprechen sich die beiden Ärzte, Frau Lorenz mit der Psychologin und der Anästhesist mit Frau Pichler ab, um die Pfade aneinander vorbeizubringen. Dass sich das Gespräch mit der Psychologin auf die Zeit nach der Operation verschieben lässt, obgleich die Schwangere ihre Ängste bezüglich der Operation besprechen

7 Hirschauer führte den Begriff des »Patientenkörpers« in seiner bildlich lebhaften ethnografischen Studie zur Transformation der »Patientenperson« in einen »Patientenkörper« im Rahmen operativer Eingriffe ein. Während die Person für ihn durch die Narkose aus dem Körper ausgegliedert und so der Patientenkörper überhaupt erst bearbeitbar gemacht wird (vgl. Hirschauer 1996: 100 und 109), verwende ich den Begriff des Patientinnenkörpers in einer erweiterten Dimension. So inkludiere ich alle Wissenspraktiken, mit denen der Körper der Schwangeren als Körper im Sinne einer Patientin hervorgebracht wird. Ein Körper, der prä-, intra- und postoperativ untersucht, bearbeitet, verkabelt und in Spuren zerlegt wird. Den Begriff verwende ich auch für den ungeborenen Patient:innenkörper.

wollte, lässt uns erkennen, welcher Disziplin welche Position in dieser Phase des Behandlungspfads zukommt.⁸ Hingegen ist es undenkbar, dass der Gynäkologe seine Aufklärung auf die Zeit nach der Operation verschiebt. Dass auch die Schwangeren Kenntnisse über ihren Pfad haben und diesen zu koordinieren wissen, verdeutlicht das Gespräch zwischen Frau Lorenz und der Psychologin. Die Schwangere weiss, dass sie sich nach der Operation auf der Intensivstation befindet, wo ein Gespräch mit der Psychologin kaum möglich sein wird.

Die im »Präoperativen Protokoll« gelisteten Praktiken verlangen die Beteiligung vieler Akteur:innen, wobei manche auch neben- und miteinander ausgeführt werden, sodass es zu einer Gleichzeitigkeit behandelnder Pfade kommt. Diese Pfade, die sich zwischen den Protokollen und den Akteur:innen, Artefakten und Routinen *in situ* entwickeln, stellen keine mechanischen Abläufe dar, eher sind sie von situativ hervorgebrachten Verschiebungen und Brüchen geprägt. Das »Präoperative Protokoll« ist keines, das eine Handlungsabfolge *en détail* vorgibt, die ohne situative Anpassungen erfolgen kann. Dennoch verleiht das Protokoll dem Klinikalltag eine Struktur. Es modifiziert die stationären Realitäten und stellt diverse Pfade zum Behandlungspfad der Schwangeren her. Dass manche Praktiken auch deshalb Vorrang haben, weil sie einer Zeitnot ausgesetzt sind, zeigt sich für die Blutentnahme. Für den Eintrittstag ist notiert, dass die Hebamme oder die Pflege der Schwangeren »umgehend bei Eintritt« Blut abnehmen muss. Die Dringlichkeit dieser Aufgabe erlebte ich bei einem Feldbesuch:

[Thiel, Eintritt #1] Es ist 10.30 Uhr. Die Schwangere ist soeben auf der Pränatalstation für den stationären Eintritt angekommen und äussert den Wunsch, zunächst ein Frühstück zu sich zu nehmen. Die Pflegefachfrau entgegnet etwas harsch, *also ich bin bis vier Uhr da und wir müssen in dieser Zeit einiges tun. Das ist wichtig. Sie haben heute ein volles Programm. Und ich muss Ihnen unbedingt Blut abnehmen, das ist ganz wichtig.* Frau Thiel nickt und erklärt, dass sie nicht gewusst habe, wie das Programm für heute aussehe. Die Pflegefachfrau erklärt, dass sie nun schauen gehe, was sie mit der Hotellerie bezüglich des Frühstücks organisieren könne. Nach wenigen Minuten kommt sie wieder zurück und bittet die Schwangere mitzukommen, da sie nun wirklich das Blut abnehmen müsse. Sie verlassen den Aufenthaltsraum.

Dass die präoperative Phase von einem »vollen Programm« geprägt ist, habe ich bei den Feldbesuchen miterlebt. Deutlich wird, dass die Akteur:innen die Arbeiten nicht nur mit den Pfaden weiterer Patient:innen managen müssen, auch drängen

8 In der Pränatalberatung bot Albrecht der Schwangeren an, dass am Eintrittstag eine Psychologin vorbeikommen könne, um mit ihr über ihre Operationsängste zu sprechen (Lorenz, Pränatalberatung #1).

gewisse Aufgaben zeitlich, da sie über Disziplinen und Abteilungen hinweg zu koordinieren sind. So bei der Blutentnahme: Das entnommene Blut wird zur Untersuchung und Aufarbeitung an die Immunhämatologie geschickt. Danach werden die erstellten Blutreserven kühl gestellt, die rechtzeitig vor der Operation von den OP-Pflegefachkräften herausgenommen werden, damit sie im Falle von intraoperativen Komplikationen Körpertemperatur haben. Weil mit der Blutentnahme und -aufbereitung multiple Pfade von Akteur:innen, Stationen und Artefakten verbunden sind, herrscht neben der Zeitnot ein zusätzlicher Zeitdruck. Das »Präoperative Protokoll« gibt im Fall der Blutkoordination eine Handlungsabfolge vor, womit der Ablauf standardisiert wird, und eine Sicherheit gewährleistet sein sollte, dass am Operationstag alles »optimal« vorbereitet ist. Dass diese Anleitung sowie das »Präoperative Protokoll« aber nicht von Beginn an vorlagen, sondern (vorläufiges) Produkt mehrjähriger Aushandlungsarbeit sind, lässt mich Giger, Pflegefachfrau der Pränatalstation, wissen.

Es [das Präoperative Protokoll, Anme. d.V.] ist wirklich ein Durchlauf. Denn wir müssen diese Frauen so spezifisch vorbereiten. Sie haben Blutentnahmen, die für uns früher eher seltener waren. Und ich weiss noch, vor viereinhalb Jahren war es noch eher so: Oh, eine MMC kommt! Welche Röhrchen müssen wir jetzt genau abnehmen? Und jetzt ist das alles schon strukturiert [...]. Wir können auch den Assistenzärzten, die immer fluktuieren [betont] – also da haben wir jetzt sicher viel mehr Sicherheit, ihnen zu sagen: Morgen kommt eine MMC, sie wird deine Erste sein. Bitte bereite mir schon einmal das Labor vor. (Giger, #91ff.)

Das Präoperative Protokoll existierte bei der ersten Operation noch nicht, sondern wurde schrittweise erarbeitet und wird bei Bedarf ergänzt und angepasst. Deutlich wird, wie mit dem Erstellen von Protokollen auch der Wille zur Standardisierung und Formalisierung von Handlungen zur Geltung kommt, wodurch eine Sicherheit für die Praxis gewonnen werden kann.

5.2 Ein Protokoll im Dienste der Standardisierung

Die Analyse des »Präoperativen Protokolls« in Aktion eröffnet Einblicke in seine konkreten Funktionsweisen. Deutlich wird, dass es durch Aushandlungsarbeiten entstanden ist, das Zusammenspiel multipler Akteur:innen bis zu einem gewissen Grad anleitet und durch seine Anwendung in situative Verhandlungen eingebunden

ist. Trotz all dieser Bewegungen ist das »Präoperative Protokoll« stark darauf ausgerichtet, Praktiken zu standardisieren und zu koordinieren. Nachfolgend bespreche ich das dynamische Verhältnis von Protokollen und Standards (in Aktion), ausgehend vom empirischen Material der präoperativen Phase.⁹

In Protokolle integrierte Standards

Im »Präoperativen Protokoll« sind einige Standards integriert, wobei sich manche von ihnen in physikalisch messbaren Zeitangaben (»Nüchtern 6h präoperativ«), in standardisierten Zahlenwerten (mg) oder disziplinär etablierten Abkürzungen wie Na für Natrium artikulieren. Dabei handelt es sich um Standards, die ihre Aushandlungsphase hinter sich haben und hinreichend stabilisiert sind. Die konkrete Ausgestaltung der Angaben, also ob beispielsweise die Nüchternheit sechs oder acht Stunden vor der Operation einzuhalten ist, kann hingegen Gegenstand von Aushandlungen sein. Weiter sind im »Präoperativen Protokoll« therapeutische Standards integriert, die beispielsweise vor einer Operation in der Bauchregion zu erfolgen haben, wie eine Rasur oder ein Klistier (ein Einlauf zur Darmreinigung, um Verstopfungen vorzubeugen) oder aber ein anästhesiologisches Konsil. Während therapeutische Standards oft mit weiteren gesonderten disziplinären Protokollen verknüpft sind, kommen physikalisch messbare Standards ohne Protokoll aus. Dies lässt uns zwei unterschiedliche Relationen erkennen: Standards können als stabilisierte Einheiten in Protokollen integriert sein oder aber als Handlungsangaben, die wiederum mit gesonderten Protokollen verknüpft und somit immer Gegenstand von Aushandlung sind.

Von der »Treue« zum Protokoll

In der fetomaternalen Praxis bei Spina bifida kommen zahlreiche Protokolle zum Einsatz. Der Umgang mit dem »Präoperativen Protokoll« zeigt, dass die Nutzer:innen den Protokollen in der Anwendung unterschiedliche Bedeutungen zuschreiben. Um diese Besonderheit herauszuarbeiten, komme ich nicht umhin, bereits auf die postoperative Phase (siehe Kapitel 7) vorzugreifen. Zum Einstieg blende ich ein weiteres Zitat von Giger ein:

9 Vorab ist festzuhalten, dass die erstgenannten zwei Artefakte in manchen STS-Arbeiten über Standards, Protokolle, Klassifikationen und Infrastrukturen synonym verwendet werden oder im Verlauf einer Arbeit unterschiedliche Deutungen erfahren. Ich biete hier nur eine mögliche Sehweise an, wie Standards und Protokolle in dem von mir untersuchten Feld, konkret in der präoperativen Phase, zusammenhängen.

Ich bin [...] präoperativ [...] ganz getreu. Denn da habe ich einfach die Erfahrung, dass dies [das Protokoll, Anme. d.V.] so [...] optimiert worden ist. Und dass wenn man eigentlich nach dem Protokoll geht, wenn man sich diese Häkchen setzt, dann ist diese Frau für den Eingriff optimal vorbereitet. [...] Nachher [postoperativ, Anme. d.V.] [habe] ich eigentlich bereits genügend Erfahrung [...]. [...] [D]a muss ich dann nicht mehr so getreu dem Protokoll folgen. Aber [...] präoperativ bin ich sehr protokollgetreu. Denn am [...] Operationstag muss einfach alles da sein. (Giger, #106ff.)

Gigers Ausführung verdeutlicht, dass Protokolle in ihren Funktionsweisen, Bedeutungen und Deutungen multipel sind. Es ist deshalb unabdingbar, sich den Protokollen in ihren konkreten Anwendungen zu widmen und differenziert über sie zu sprechen. Das »Präoperative Protokoll« und das »Postoperative Protokoll« vereint, dass sie als Artefakte der EbM zu verstehen sind, mit denen Praktiken vereinheitlicht werden sollten, um möglichst reibungslos funktionierende und routinierte Abläufe zu erlangen. Das Handeln wird damit bis zu einem gewissen Grad voraus sag-, vergleich- und berechenbar gemacht (vgl. Manzei 2011: 214). Gigers Umgang mit dem »Postoperativen Protokoll«, dem sie nicht mehr ganz so »getreu« folgt, da sie bereits »genügend Erfahrung« mitbringt, verdeutlicht, was in zahlreichen STS-Studien zu Protokollen als *technology-in-practice* bezeichnet wird. Einigkeit besteht darüber, dass Protokolle in der Praxis lokal »do-able« (Timmermans/Berg 1997: 289) gemacht werden.¹⁰ Protokolle werden also nicht einfach blindlings verfolgt, sondern finden eine situierte Anwendung, wobei das praxisbezogene Erfahrungswissen und das disziplinäre Wissen der Akteur:innen zum Einsatz kommen. Klausner spricht dahingehend von einem »*skilled doing of standards*« (2015: 110, Herv. i.O.). Dass es in diesen Situationen immer wieder zu Aushandlungen kommen kann und Protokolle so dynamisch verändert und angepasst werden, ist in der Bezeichnung von Protokollen als »*local universality*« (vgl. Timmermans/Berg 1997: 297, Herv. i.O.) enthalten. Lokal meint hier, dass ein Protokoll gleichzeitig an verschiedenen Orten existieren kann, wo es auf pre-existierende institutionelle Beziehungen und unterschiedliche Kulturen trifft (siehe auch Engel/Zeiss 2014). Dies bedeutet nicht zuletzt, dass weder ein Protokoll noch ein:e Akteur:in die volle Kontrolle über die klinische Praxis hat, sondern dass Protokolle die Praxis modifizieren und die Praxis wiederum auf die Protokolle strukturierend wirkt.

Bei der Anwendung der Protokolle zeigen sich nun aber Unterschiede. Bemerkenswert ist, dass Giger im Zitat von einer »Treue« zum »Präoperativen Protokoll« spricht. Diese »Treue« liess sich in der Klinik A beobachten. Besonders die Pflegefachfrauen und Hebammen, die zahlreiche Schritte dieses Protokolls auszuführen

10 Siehe dazu auch Timmermans/Epstein 2010, Moreira 2012, Klausner 2015.

haben, nehmen den ersten Teil vom »Protokoll offener fetaler MMC-Repair« als physisches Dokument immer wieder zur Hand, setzen Häkchen nach einer erledigten Aufgabe, besprechen diese mit Fachkolleginnen und gehen bei der Übergabe einer Schwangeren die erledigten und die noch ausstehenden Arbeitsschritte durch. Woher aber kommt diese »Treue« zum »Präoperativen Protokoll«?

Von Giger erfahren wir, dass ihre »getreue« Umsetzung zum einen auf der Verlässlichkeit des »Präoperativen Protokolls« beruht und zum anderen eine Absicherung für die kommende Situation bietet. Die »Treue« zum Protokoll enthält damit sowohl ein vergangenes als auch in die Zukunft gerichtetes vertrauensvolles Element. Das »Präoperative Protokoll« zeigt sich insofern als besonderer Artefakt, als von ihm ausgegangen wird, dass es »optimale« Voraussetzungen für das mit ihm verknüpfte »Intraoperative Protokoll« schafft. Deshalb wird von den medizinischen Akteur:innen eine möglichst genaue Ausführung des ersteren Protokolls verlangt. Dies bedeutet nicht, dass nicht auch disziplinäres Wissen und Erfahrungswissen für die praktische Anwendung gefragt sind. Es sollten aber keine grossen Aushandlungen und Anpassungen mehr stattfinden, wie es ansonsten oft in der Anwendung von Protokollen zu beobachten ist. Die »Treue« zum »Präoperativen Protokoll« hat nicht zuletzt Folgen für das Zusammenspiel aller Beteiligten im System of Care: So werden nicht nur die Schwangeren in dieser Phase eng an das Protokoll gebunden, sondern wir sehen auch, wie die medizinischen Akteur:innen ihre Arbeiten entlang dieses Protokolls zu realisieren und organisieren haben.

Dass die Praktiken trotz der »getreuen« Umsetzung des »Präoperativen Protokolls« nicht blindlings ausgeführt werden, zeigt die folgende Unterhaltung zwischen einer Hebamme und einem Anästhesisten am Operationstag von Frau Widmer. Wir befinden uns in einem Vorbereitungsraum, bevor es in den Operationssaal geht. Die Schwangere liegt im Bett, die Hebamme Wyss und der Anästhesist Eberhardt unterhalten sich.

[Widmer, OP-Tag #2] Wyss setzt sich an den Computer¹¹ und informiert Eberhardt darüber, was sie Frau Widmer bereits verabreicht oder an ihr durchgeführt hat: Untersuchungen, Medikamente und Infusionen. Ihre Stimme klingt leicht aufgeregt, ich bemerke, dass sie sich sicher sein möchte, dass sie nichts vergessen hat und dass sie alle Informationen weiterleitet. Eberhardt hört zu und meint ruhig, *ja, mehr braucht es nicht*. Wyss führt aus, dass sie die Ringer-Lösung angelegt habe, auch wenn es nicht in der Verordnung stehe. Eberhardt lacht auf und meint, dass das ja immer zu einer Infusion dazugehöre. Wyss ergänzt schnell, *ja, klar, das ist ja logisch, deshalb habe ich es auch einfach gemacht*.

11 Die Akteurinnen notieren auch im elektronischen Klinikinformationssystem die geleisteten Schritte.

Zu erkennen ist, dass bereits hinreichend stabilisierte Standards ein nicht ausformulierter Teil des Protokolls sein können, da sie aufgrund ihrer Selbstverständlichkeit in der Arbeitsroutine integriert sein müssen. Ringer funktioniert als Trägerlösung, um manche Medikamente intravenös verabreichen zu können. Die Hebamme wusste dies und hat es deshalb auch »einfach gemacht«. Dass sie es dennoch dem Arzt mitteilt, verdeutlicht ihren »getreuen« Umgang mit dem Protokoll. Eine leichte Anpassung, die »logisch« ist, nimmt sie explizit vor. Die Sequenz zeigt nicht zuletzt auf, wie sich Unsicherheiten trotz einer »getreuen« Umsetzung des Protokolls artikulieren können. Der Hebamme ist bewusst, dass, wenn ein ausgeführter Schritt nicht schriftlich dokumentiert oder mündlich mitgeteilt wird, möglicherweise eine Verwirrung entstehen kann. So sind manche Arbeitsschritte (z. B. Medikamentenabgabe) der Schwangeren nicht »anzusehen«.

Festzuhalten ist, dass dem »Präoperativen Protokoll« für das Gelingen der Operation als Behandlungsstandard eine (ab)sichernde Funktion zukommt, da es »optimale« Voraussetzungen für die Operation ermöglichen sollte. Das »Präoperative Protokoll« agiert im Dienst der Standardisierung, womit hier eine Formalisierung und Vergleichbarkeit angestrebt wird.

5.3 Vom Fragen, Antworten und Zuhören im Konsil

Einer Aufgabe, die im »Präoperativen Protokoll« mit zwei Worten notiert ist, kommt am Eintrittstag eine wichtige Position zu: dem anästhesiologischen Konsil. Die Anästhesist:innen beziehen sich dazu auf ein gesondertes disziplinäres Protokoll. So können Protokolle miteinander verknüpft sein, weitere nach sich ziehen und aufeinander verweisen (vgl. Star/Lampland 2009: 5f.). Während der erste Teil des Konsils aus einem Frage-Antwort-Schema besteht, mit dem eine spezifische Anamnese der Schwangeren erstellt wird, handelt der zweite von einer Aufklärung des anästhesiologischen Ablaufs am Operationstag mit entsprechenden Anweisungen.¹² Nachfolgend bespreche ich ersteren Teil. Von Interesse ist, wie ein spezifisches Wissen im anästhesiologischen Protokoll bedeutsam gemacht und wie damit eine bestimmte Patientin hervorgebracht wird. Dazu sei eine ethnografische Sequenz eingeblendet, die für diesen Teil des Konsils charakteristisch ist. Frau Widmer liegt im Bett und ist mit einem EKG-Gerät verbunden. Eine Assistenzärztin und eine weitere medizinische Akteurin sind dabei, die Untersuchung zu beenden.¹³

[Widmer, Eintritt #1] Es klopft an der Tür, ein Mann in einem weissen Kittel tritt ein und stellt sich als Herr Schmid, Anästhesist, vor. [...] Schmid begibt sich ans

12 Auszüge des zweiten Gesprächsteils werden in Kapitel 5.5 diskutiert.

13 Die EKG-Untersuchung ist Gegenstand von Kapitel 5.4.

Kopfende von Frau Widmers Bett, *haben Sie bereits etwas über die Narkose von morgen erfahren?* – *Nein, aber die ist auch am Montag* – *Ah ja klar, heute ist ja erst Freitag.* Schmid nimmt ein mehrseitiges Dokument in die Hand, das bis anhin auf dem kleinen Betttisch von Frau Widmer lag. Die Assistenzärztin entfernt die Kabel und Kleber vom Körper von Frau Widmer. Zeitgleich erklärt Schmid, dass die Narkose von zwei erfahrenen Ärzten durchgeführt werde, denn das Verfahren bei MMC sei sehr anspruchsvoll. *Das Team lernen Sie dann am Montag unten auf der Station [...] kennen. Ich bin dann nicht dabei, nur das Team, das die Narkose durchführt. Ich kläre Sie hier aber über das Vorgehen auf.* Er öffnet das Dokument, blickt es kurz durch und beginnt mit dem Fragenkatalog, *haben Sie einen Herzfehler oder ein Herzleiden?* – *Nein* – *Haben Sie irgendwelche Atembeschwerden?* – *Nein* – *Sind Sie zurzeit erkältet?* – *Nein* – *Bluterkrankungen?* – *Nein* – *Haben Sie ein Aufstossen, also Übelkeit?* – *Ja, also das schon.* Schmid blickt auf und fragt nach, *also erst seit der Schwangerschaft?* – *Ja* – *Und ist das oft, also auch jetzt, wenn Sie liegen?* – *Nein, nur ab und zu.* Schmid erläutert, dass diese Frage wichtig sei, sie wollten verhindern, dass sie sich vor oder nach der Narkose übergeben müsse. Ob sie denn Muskelkrämpfe oder einen Bandscheibenvorfall gehabt habe und wie es ihren Zähnen gehe. Frau Widmer erklärt, dass alles gut sei und sie nichts dergleichen habe oder gehabt habe. Schmid bittet Frau Widmer, den Mund zu öffnen, sie kommt der Bitte nach. Er blickt kurz hinein und fährt weiter, *hatten Sie bereits eine Vollnarkose?* – *Ja, zweimal, für eine Curettage* – *Wann war die letzte?* – *Letzten August* – *Und das lief gut?* – *Ja, das ging alles gut.* Schmid erklärt, dass es gut sei, wenn sie die bisherigen Narkosen gut vertragen habe. Die seien vermutlich schwächer gewesen. Es werde zwar das gleiche Medikament verwendet, aber diese Narkose sei stärker. *Und wenn Sie die Narkose damals gut vertragen haben, gehen wir mal davon aus, dass Sie diese auch gut vertragen werden.* Ob sie rauche, fragt der Anästhesist. Bis zur Schwangerschaft habe sie geraucht. *Wie viel dann? Ein Päckchen?* – *Ein halbes* – *Und wie lange rauchen Sie schon?* – *Oh, das ist schwierig, ich habe mal aufgehört, aber alles zusammen so [...] Jahre.* Schmid fragt nach, ob nach Drogen gefragt werden müsse, sie verneint. Was für Medikamente sie einnehme. Folsäure, Vitamin D und [unverständlich] [ein weiteres Medikament, Anme. d.V.], das sie seit Beginn der Schwangerschaft nehme, antwortet die Schwangere. Schmid nickt. [...] Der Anästhesist geht in einem schnellen Tempo durch das Protokoll, die Gesprächsführung wirkt routiniert, zielgerichtet und zügig. [Widmer, Eintritt #1]

Disziplinäre Ordnungsmuster

Schmid greift mit dem Konsil auf ein Protokoll seiner sozialen Welt zurück, das ausgedruckt vorliegt und die Schwangere am Ende des Gesprächs zu unterzeichnen hat. Mithilfe der vorab definierten Fragen erstellt der Anästhesist eine Anamnese der Schwangeren, die sich an der in der Zukunft liegenden Schmerztherapie im Rahmen der fetomaternalen Operation bei Spina bifida orientiert. So wird gezielt nach den von der Schmerztherapie betroffenen Körperpartien gefragt. Dass beispielsweise die Bandscheibe thematisiert wird, ist auf einen Teilbereich der An-

ästhesiologie zurückzuführen. So erhalten die Schwangeren jeweils eine Epiduralanästhesie (EDA)¹⁴, bei der mit einem Katheter ein Schmerzmittel in den Periduralraum der Wirbelsäule eingelassen wird, wozu ein Einstich in den Rücken erfolgt. Für die EDA hat Frau Widmer ein »Buckeli« zu machen, wie ihr Schmid später mitteilen wird (siehe Kapitel 5.5). Da sie hierzu ihren Rücken zu beugen hat, sei es wichtig zu fragen, ob sie bisher Probleme mit dem Rücken oder der Bandscheibe gehabt habe, so der Anästhesist. Das Wissen von Schmid um die geplante Schmerztherapie führt zur Herstellung von »Anamnese-kategorien«, wie sie Martina Klausner (2015: 84) in ihrer Ethnografie zur sozialpsychiatrischen Praxis bezeichnet. Die Anamnese-kategorien strukturieren, was die »richtige« Frage ist (vgl. ebd.). Auch die Frage nach der Übelkeit gehört dazu. Frau Widmers bejahende Antwort lässt den Anästhesisten innehalten. Ausgehend von seinem Wissen um diese Anamnese-kategorie stellt er eine präzisierende Nachfrage, um das für ihn relevante Wissen eingrenzen zu können.¹⁵ Ihn interessiert, ob die Übelkeit schwangerschaftsbedingt ist, wie oft sie eintritt und in welchen Situationen. Der Anästhesist weiss, welches Wissen er mit den (Nach-)Fragen befördern muss, sodass seine Kolleg:innen die Narkose »optimal« vorbereiten können. Dieser fachlich erlernte Umgang mit den im Fragenkatalog integrierten Standards kann als »disziplinäre Affordanzen« (Klausner 2015: 82, Herv. i.O.) bezeichnet werden, womit spezifische Wissensbestände erarbeitet werden. Durch seine Erklärung verweist der Anästhesist explizit auf die Relevanzstruktur, in der das Gespräch stattfindet. Wichtig sei seine Nachfrage, weil die Anästhesie es verhindern wolle, dass sie sich vor oder nach der Narkose übergeben müsse. Das Muster der Nachfrage mit einer nachfolgenden Erklärung sowie der Betonung der Relevanz der gestellten Frage wiederholt sich im Gespräch. So wird er die Schwangere später im Verlauf des Gesprächs darüber aufklären, dass er in ihren Mund geblickt habe, um zu sehen, ob »genügend Platz« für den Schlauch der Vollnarkose vorhanden sei. Durch sein disziplinäres Wissen und Erfahrungswissen weiss Schmid, wie er mit dem standardisierten Fragenkatalog umzugehen hat, welche Punkte er für die Schmerztherapie präzisiert haben muss und wie er die Antworten von Frau Widmer zu bewerten hat. Sein Ziel ist es, die »richtigen« Fragen und Nachfragen zu stellen, wobei hier die Richtigkeit darüber bestimmt ist, ein konkretes, bereits in der Frage selbst angelegtes Wissen zu erlangen, um eine bevorstehende Situation, nämlich die Schmerztherapie, zu bewältigen. Die Frage lässt sich sodann als »Durchgangsmoment auf ein »Wissen« hin« (Pöltner 1972: 48) verstehen.

Weil sich das anästhesiologische Konsil auf einen künftigen Behandlungsstandard bezieht, sind die beiden Standards wechselseitig miteinander verbunden:

14 EDA ist ein Synonym zur Periduralanästhesie (PDA).

15 Auch der Linguist Jochen Rehbein hält dieses Muster des Nachfragens aufgrund der Antworten von Patient:innen auf ärztliche Fragen fest. Durch diese Rückkehr zur Frage werde gerade keine »lineare Abfolge« von Fragen hergestellt (vgl. 1993: 321).

Wird das Vorgehen der standardisierten Schmerztherapie verändert, ist auch der anästhesiologische Fragebogen anzupassen. Soll die standardisierte Schmerztherapie möglichst »optimal« verlaufen respektive sollten sich möglichst keine Überraschungen ereignen, muss vorab sichergestellt werden, dass das »richtige« Wissen um den individuellen Patientinnenkörper vorhanden ist. Dem ärztlichen Zuhören kommt dabei eine wichtige Rolle zu. An dieser Stelle sei an Flecks Ausführungen zum geschulten Sehen erinnert, das er für einen »Arzt, der einen Kranken beobachtet« (1983a: 149) als entscheidend einstuft. Fleck formuliert: »Um zu sehen, muß man wissen, was wesentlich und was unwesentlich ist« (ebd.: 148). Die Bereitschaft, etwas Bestimmtes wahrzunehmen, weist auch der Anästhesist Schmid im Konsil auf, wobei sich dies bei ihm primär in einer durch sein »Kollektiv« (ebd.: 157) geschulten Zuhörerschaft artikuliert. Wie damit Frau Widmer als eine künftige Patientin sowohl auf dem Fragenkatalog als auch in der sozialen Situation hervorgebracht wird, wird im Folgenden besprochen.

Wie eine Patientin der Anästhesiologie hervorgebracht wird

Für dieses Unterfangen möchte ich auf eine weitere Nachfrage des Anästhesisten eingehen, mit der deutlich wird, welche Wissen in diesem Prozess als wissenswert eingestuft werden und welche nicht. Schmid hat in der Fachspezialisierung einen bestimmten Umgang mit anästhesiologischen Standards erlernt. Grund zur Nachfrage gibt es für ihn, wenn er die durch die Antworten gelieferten Informationen für die Anästhesie als wissenswert und somit relevant einschätzt. Auf die Frage, ob Frau Widmer bereits eine Vollnarkose gehabt habe, antwortet sie, dass sie bereits zweimal eine gehabt habe, jeweils für eine Curettage. Der Anästhesist fragt nach, wann die letzte gewesen sei und ob beide gut verlaufen seien. Interessant ist, dass die Schwangere die vorangehende Frage nach der Vollnarkose nicht nur bejaht, sondern auch den Anlass dafür bekannt gibt. Eine Curettage (im Volksmund als »Aus-schabung« bekannt) wird unter anderem im Falle einer Fehlgeburt vorgenommen, um das verbliebene Schwangerschaftsgewebe aus der Gebärmutter zu entfernen. Der Anästhesist geht nicht darauf ein, sondern fokussiert auf die Vollnarkosen. In diesem Moment zeigt das anästhesiologisch geschulte Zuhören die Ausrichtung der Nachfrage auf. Der Arzt fügt erklärend an, weshalb er nachgefragt habe. So werden zwar nicht die gleichen Medikamente verwendet, aber wenn Frau Widmer die Narkose damals bereits gut vertragen habe, würden sie davon ausgehen, dass sie auch die Nächste gut vertrage (vgl. Widmer, Eintritt #1). Schmid's geschultes Zuhören und Nachfragen führen zu einer spezifischen Durchkreuzung des Behandlungspaths der Schwangeren. Mit seiner Nachfrage privilegiert er die Identität einer künftigen Patientin der Anästhesiologie und lässt die Identität einer Schwangeren,

die zwei Fehlgeburten erlebt hat, aussen vor.¹⁶ Damit sei nicht gesagt, dass sich Frau Widmer in diesem Moment selbst auch als Patientin erlebt. Eher lässt sich erkennen, wie Frau Widmer in der Anwendung des disziplinär ausgerichteten Protokolls als anästhesiologische Patientin hervorgebracht und ihr Dasein als Patientin in diesem Moment gegenüber anderen Identitäten privilegiert wird.¹⁷ Solche Momente treten in der präoperativen Phase permanent auf, in der eine »gesunde« Schwangere zu einer »informierten« Patientin und einem behandel- und bearbeitbaren Patientinnenkörper gemacht wird.

Nicht nur Schmid weiss, wie er zu fragen hat, auch Frau Widmer scheint zu wissen, wie sie antworten muss. Die durch den Fragenkatalog strukturierte Gesprächssituation lässt ihr kaum eine andere Möglichkeit, als knapp zu antworten. Nicht zuletzt erfordert die soziale Situation – das Gespräch mit einem Arzt – eine Antwort ihrerseits. Ganz allgemein muss sie aber überhaupt gewillt und fähig sein, Antworten zu geben (vgl. Mol 2005: 23). Mol beschreibt, wie Ethnograf:innen und auch Ärzt:innen den Patient:innen so zuhören können, als seien letztere ihre eigenen Ethnograf:innen, die davon erzählen, wie sie praktisch etwas tun, wie sie mit ihren Körpern erleben. Frau Widmer ist während einer Vollnarkose zwar eine »schlechte Ethnografin« (Mol 2005: 17), da sie sich selbst und ihr Umfeld nicht sieht und hört, dennoch kann sie von ihrem Erleben der Narkose berichten, das sich vor allem auf das »Einschlafen« und das »Aufwachen« bezieht. Nur durch ihre Mitarbeit ist es möglich, das im Fragenkatalog angelegte Ziel, die Herstellung einer »informierten« Patientin, zu verwirklichen. Ihre Informiertheit bezieht sich wiederum auf die disziplinäre Ausrichtung; so ist sie nach dem Gespräch aus Sicht des Anästhesisten eine »informierte« Patientin. Ob sie sich selbst als »informiert« bezeichnen würde, bleibt offen. So höre ich am Eintrittstag nicht selten, dass sich die Frauen mit einer »Informationsflut« konfrontiert sehen. Mit ihren Antworten gibt Frau Widmer dem Anästhesisten in der Situation aber zu verstehen, dass sie die Frage verstanden hat. Zusätzlich versichert sie mit ihrer Unterschrift, dass sie über die gelisteten Punkte informiert wurde. Dieser Akt ist juristisch bedeutsam und wirkt für die medizinischen Akteur:innen absichernd.

16 Im narrativen Interview spricht Frau Widmer die zwei Fehlgeburten an (vgl. #175).

17 Diese Durchkreuzung lässt sich vor dem Hintergrund des analytischen Konzepts der Körper-Biografie-Trajektorie (vgl. Corbin/Strauss 1993: 44ff., 55) näher verstehen: Damit wird ausgedrückt, dass der Körper und die Biografie zwei ineinander verwobene Pfade einer Patientin darstellen. Noch treffender für das hiesige Beispiel ist Timmermans Weiterentwicklung, bei der nicht von einer Biografie, sondern von unterschiedlichen Identitäten die Rede ist. In seiner Studie über jene Technologien, die eine Wiederbelebung von Patient:innen ermöglichen sollen, zeigt er auf, dass in einer solchen Situation nur eine bestimmte Identität privilegiert werde, nämlich diejenige einer Patientin (vgl. Timmermans 1996: 769).

5.4 Zum Funktionieren einer Routine

Das »Präoperative Protokoll« gibt vor, dass Assistenzärzt:innen bei der stationären Aufnahme der Patientin ein EKG durchzuführen haben. Diese im Stationsalltag routiniert stattfindende Untersuchung wird nun am Beispiel von Frau Widmer diskutiert. Dies weil sich bei ihrem EKG eine Störung in der Arbeitsroutine ereignet hat, was uns erlaubt, die Untersuchung als ein hervorzubringendes sozio-materielles Phänomen zu begreifen und verstehen zu lernen, dass überhaupt etwas zu funktionieren hat. Ein Augenmerk richte ich darauf, wie die Akteur:innen und die materiellen Gegebenheiten am *enactment* der Untersuchung beteiligt sind und wie sie untrennbar miteinander verschmolzen sind.¹⁸ Zuerst gilt es die Umstände der die Untersuchung ermöglichenden Situation zu analysieren. In einem zweiten Schritt gehe ich der sich ereignenden Störung nach, wobei mich die Umlenkung der involvierten Pfade und die Wiederherstellung der Arbeitsroutine interessieren.

Wer oder was macht das Tun?¹⁹

Die medizinische Praxis ist materiell geprägt. Es werden nicht nur Pulse aufgezeichnet, Körperpartien abgetastet und Läsionen ausgemessen, auch sind Patient:innenbetten, Papierbögen, Geräte, Medikamentenboxen und vieles mehr anzutreffen. Wie realitätsstiftend diese materielle Seite ist, zeigt uns die im Rahmen der präoperativen Vorbereitungen stattfindende EKG-Untersuchung. Mit einem mobilen Gerätetisch betritt eine Assistenzärztin das Zimmer von Frau Widmer, die in ihren Alltagskleidern im Bett liegt. Die Assistenzärztin fragt mit einem französischen Akzent nach, ob sie bereits einmal ein EKG bekommen habe.²⁰ Frau Widmer verneint die Frage, woraufhin ihr das Vorgehen erklärt wird.

18 Mit *enactment* beziehe ich mich auf die eingeführte Terminologie von Mol (2005). Mit »sozio-materiell« grenze ich mich von der Auslegung »sozio-technisch« ab, wie sie z. B. Cornelius Schubert (2006) in »Die Praxis der Apparatedizin: Ärzte und Technik im Operationssaal« verwendet. »Technisch« scheint mir nicht hinreichend zu sein, um die Vielzahl der involvierten Materialitäten abzudecken. Mit »materiell« lässt sich die materielle Seite des physischen Körpers besser berücksichtigen. Ein Körper, der berührt, her- und zugerichtet, gemessen, untersucht, gespürt, erlebt und gelebt wird.

19 Die Überschrift ist von Mols (2005: 20) bekannter Fragestellung »Who Does the Doing?« inspiriert.

20 Dass die Assistenzärztin den Ablauf der EKG-Untersuchung nicht in ihrer Muttersprache erklärt, ist beim Lesen des Materials zu berücksichtigen.

[Widmer, Eintritt #1] Die Assistenzärztin zeigt mit ihren Fingern auf ihre eigene Leisten- und Bauchregion und unter die Schultern, dabei erklärt sie, dass sie an diesen Stellen Kleber anbringen werde. *Und dann verbinde ich sie mit diesen Fäden. Und dann macht die Maschine alles alleine.*

Das Vorzeigen und Erklären von bevorstehenden Handlungen ist im Stationsalltag verankert. Die Schwangere wird darauf vorbereitet, wie und wo ihr Körper von den Materialitäten berührt wird, womit die Zurichtung des Patientinnenkörpers sprachlich und visuell vorweggenommen wird. Die Assistenzärztin präsentiert den Akt der Entblössung als eine Notwendigkeit für die Untersuchung. Einerseits muss sich der Körper der Schwangeren den Anforderungen des Geräts anpassen und andererseits ist das Gerät auf einen Patientinnenkörper angewiesen, der gewillt ist, mitzumachen, um mit der Untersuchung starten zu können. Während die Assistenzärztin aus einem blickdichten goldenen Plastiksack weisse Elektrodenkleber entnimmt, macht sich Frau Widmer an den Körperpartien gemäss Anweisung frei. Mit ihrer Nachfrage, ob es so für die Assistenzärztin gehe, kommuniziert Frau Widmer, dass sie mit dem Entkleiden fertig sei und wisse, dass ihr Körper spezifisch hergerichtet sein müsse. Nun setzt die Assistenzärztin ihre Arbeit fort und beginnt am Patientinnenkörper zu hantieren: Sie bringt die »Kleber« an und verbindet diese mit den »Fäden« des Geräts. Der Körper von Frau Widmer und das Gerät bilden über die auf die Haut aufgeklebten Elektroden ein sozio-materielles Gefüge: Sie sind miteinander verkoppelt. Die angebrachten Elektrodenkleber können nun die elektrische Aktivität des Herzens übertragen (vgl. Lindemann 2002: 232).

In diesem Gefüge ist die Assistenzärztin als Akteurin beteiligt. Physisch befindet sie sich zwischen dem Gerätetisch und dem Patient:innenbett, da sie an beiden Orten agiert. Sie muss den Gerätetisch immer wieder zur Seite schieben, um an die Schwangere zu gelangen, womit sie sich selbst in das sozio-materielle Gefüge einpasst. Die Assistenzärztin bezeichnet das EKG-Gerät aber als eine »Maschine«, die »alles alleine macht«, womit sie eine technikdeterminierte Sehweise einnimmt, mit der sie die Untersuchung auf das Funktionieren und die Leistungen des Geräts reduziert.²¹ Die Technik wird hierdurch isoliert betrachtet und über das ebenso wirkmächtige Tun der Akteurinnen gestellt. In einer Latour'schen Terminologie betrachtet die Assistenzärztin das EKG-Gerät als eine *Black Box* und geht dabei davon

21 In der sozialwissenschaftlichen Forschung wurde die Zunahme von technologischen Geräten in der medizinischen Praxis lange aus einer technikdeterminierten Perspektive wahrgenommen. Deren Vertreter:innen gingen davon aus, dass die Technik die Gesellschaft und somit das menschliche Handeln dominiert und determiniert. Demzufolge strukturiert die Technik die Anpassungsprozesse des Menschen (vgl. Timmermans/Berg 2003b: 101, Degele 2002: 24f.). Seit den 1980er-Jahren fokussiert die Wissenschafts- und Technikforschung sowie die feministische Medizinsoziologie auf die hybriden Wechselwirkungen von Technik und Mensch (siehe u.a. Latour/Woolgar 1979, Clarke/Montini 1993, Casper/Clarke 1998).

aus, dass es »alles alleine« macht. Latour versteht unter *Black Boxen* einen Prozess, mit dem sich die wissenschaftliche und technische Arbeit selbst unsichtbar macht, weil sie so erfolgreich funktioniert. Im Umgang mit solchen Geräten benötigt es nur »Inputs« und »Outputs«, da die »interne Komplexität« ausgelassen respektive nicht mehr gewusst werden muss (vgl. Latour 2000: 373). Die Assistenzärztin muss die inneren Mechanismen des Geräts nicht kennen, ist aber unabdingbare Akteurin bei der Hervorbringung der EKG-Untersuchung. Die besprochene Herrichtung des sozio-materiellen Gefüges, um die Untersuchung überhaupt zu starten, zeigt, dass die »Maschine« keineswegs »alles alleine« macht. Für das Gelingen der Untersuchung sind die Wissenspraktiken der Assistenzärztin, das elektrische Netzwerk, die Elektrodenkleber, die Papierbögen und schliesslich der Herzrhythmus der Schwangeren und somit ihr Körper von Bedeutung. Wie ineinander verschmolzen diese Elemente sind und welche weitere Arbeit die Assistenzärztin zu leisten hat, um das Funktionieren des Geräts zu ermöglichen, ist zu vertiefen.

Die Assistenzärztin bedient das Gerät und entscheidet über den Start des EKGs. Bereits während des Anbringens der Elektroden fragt sie bei der Schwangeren nach, ob das EKG für ihr Herz sei, was Frau Widmer bejaht. Die Assistenzärztin versichert sich darauf nochmals, dass es also nicht für das »Baby« sei. Diese Nachfrage ist also eine rhetorische und versichernde einzuordnen. Denn die Herzfrequenz des Ungeborenen lässt sich nicht mit einem EKG untersuchen; dazu wäre eine Kardiotokografie (CTG) nötig.²² Die Vergewisserung, ob die Untersuchung das »Baby« oder die Schwangere betrifft, ist für die fetomaternalen Praxis paradigmatisch. Mit der Nachfrage rückt das Ungeborene als Akteurin ins Gefüge. Nebenbei erfahren wir erneut, dass Frau Widmer über ihren Behandlungspfad informiert ist und weiss, für wen das EKG ist. Die Assistenzärztin wendet sich wieder dem Gerät zu und scannt die Patientinnenetikette ein.²³ Neben den im Barcode der Etikette gespeicherten Angaben sind weitere personenzentrierte Informationen verlangt.

[Widmer, Eintritt #1] Mit Blick auf das Gerät meint die Assistenzärztin, *er will, dass ich Ihre Grösse eingebe, also der Computer – [...] Meter – Ok, und jetzt noch Ihr Gewicht – Das ist so etwa bei [...] Kilo.*

22 Mit dem CTG (auch bekannt als Wehenschreiber) lassen sich nicht nur die Wehentätigkeiten der Schwangeren, sondern auch die Herzfrequenz des Ungeborenen aufzeichnen (vgl. Amboss 2022).

23 Diese Etiketten existieren in mehrfacher Ausführung und werden während des Behandlungspfad wiederkehrend eingelesen, auf Artefakte geklebt und über Räume verteilt.

Durch die Eingabe der Werte in den »Computer« erhalten der Patientinnenkörper und die zu produzierenden Spuren eine Referenz auf eine bestimmte Patientinnenperson, hier auf Frau Widmer.²⁴ Ohne das Einschreiben der Personendaten wären die erzeugten Spuren wirkungs- und nutzlos (vgl. Lindemann 2002: 175f. und vgl. Heimerl 2013: 71). Um die Spuren in weiteren Prozessen relevant zu machen, müssen sie mit einer Person in Verbindung gebracht werden. Die Soziologin Gesa Lindemann spricht von der Patientin als »übergestalthafte[] Ganzheit, d.h. als Ordnungseinheit« (2002: 182). Die Assistenzärztin erklärt, dass nicht sie, sondern der »Computer« die Werte »will«. Damit nimmt sie sich selbst als entscheidungstreffende Akteurin aus dem Gefüge heraus. Aber ist es der »Computer«, der entscheidet? »Will« er die Werte?

Wenn das Gerät als *Black Box* gedacht wird, ist davon auszugehen, dass es Bedingungen stellt, die das Agieren der Assistenzärztin prägen. Es verlangt einen bestimmten »Input« – hier die Grösse und das Gewicht. Jim Johnson (aka Bruno Latour) spricht unter Rückgriff auf die Formulierung der Techniksoziologin Madeleine Akrich (1987) von »prescriptions« (Johnson aka Latour 1988: 301, Herv. i.O.). Das Gerät übernimmt in dieser Situation einen Teil des *scripts* und »zwingt« die Akteurin zu einem bestimmten Verhalten. Vor dem Hintergrund meiner Analyse, die den Fokus auf die sozio-materielle Hervorbringung der EKG-Untersuchung richtet, ist nun aber zu betonen, dass das Soziale längst im Materiellen und umgekehrt das Materielle im Sozialen eingeschrieben ist. Mit Einschreiben meine ich nichts Zwanghaftes oder Determinierendes, eher betone ich die wechselseitig wirkmächtigen Prozesse von Verschiebung, Zirkulation und Verschmelzung.²⁵ Das Gerät gibt zwar vor, dass die Grösse und das Gewicht der Patientin einzugeben sind, jedoch greift es zu kurz, zu sagen, dass das Gerät dies »will« und es der Assistenzärztin »vorschreibt«. Das EKG-Gerät, das vermutlich gewisse Menüpunkte vorgibt, die nicht übersprungen werden können, wurde von Medizintechniker:innen eingerichtet. Die Programmierung erfolgte wiederum über multiple Herstellungs- und Stabilisierungsprozesse und war von spezifischen Annahmen angeleitet wie jenen, dass das Gewicht und die Grösse relevante Werte für die Deutung der Spuren sind. Es mag zunächst so erscheinen, als fordere das Gerät die Akteurin zur Eingabe auf, doch diese Aufforderung ist selbst das Produkt einer sozio-materiellen Praxis.

24 Mit »Spuren« ist gemeint, dass es sich nicht um Abbildungen ihrer Objekte handelt, sondern um Erzeugungs- und Hervorbringungsprozesse, denen eine epistemologische Rolle zuschreiben ist (vgl. Krämer 2007: 26f.). Das EKG bildet nicht die Herzfrequenz ab, sondern stellt sie in stabilisierten Spuren her.

25 Haraway drückt diese gegenseitigen Bewegungen als ein Ineinander-»Implodieren« aus (vgl. 1995: 18).

Wenn das Funktionieren nicht funktioniert

Dass die »Maschine« gerade nicht »alles alleine« macht und das Gerät längst nicht nur einen »Input« verlangt, einen »Output« ausspuckt und dazwischen im Allein-gang funktioniert, zeigt sich deutlich, als sich kurz darauf eine Störung ereignet.

[Widmer, Eintritt #1] Die Assistenzärztin hantiert weiter am Gerät, es scheint nicht zu funktionieren, *ah, das geht nicht*, ärgert sie sich. Sie wendet sich Frau Widmer zu, zieht ihr das T-Shirt über den Bauch und meint, dass sie jemanden holen müsse, um etwas zu fragen.

Die Störung fordert die Assistenzärztin unweigerlich dazu auf, eine Lösung zu finden. Dies nicht, weil die Schwangere Schmerzen äusserte und andere Behandlungspfade auszuprobieren waren, sondern weil das »Präoperative Protokoll« ein EKG verlangt. Ganz nebenbei wird in diesem Moment sichtbar, dass überhaupt etwas funktionieren muss. Dass also zwischen dem »Input« und dem »Output« weit mehr passieren muss als ein heimliches Tun, das nur im Inneren des Geräts abläuft. Die Elemente müssen zusammenspielen. Der Soziologe Cornelius Schubert bringt hierzu den Begriff vom »technische[n] Funktionieren« (2011: 177) ein, womit er verdeutlichen will, dass die Technik gerade nicht reibungslos als *Black Box* funktioniert, sondern permanent hergestellt wird. Den Begriff des Funktionierens finde ich zutreffend, verwende ihn aber bewusst ohne das Adjektiv »technisch«. Wie dargelegt, geht es mir um die Praxis als sozio-materielles Phänomen und nicht darum, ob der Fehler bei »der Technik« oder der ausführenden Akteurin lag. Eine solche Schuldfrage wäre nicht gewinnbringend, da sie die eigentlich zu überwindende Dualität reproduzieren würde.²⁶ Selbst wenn ein Bedienungsfehler vorliegen würde, wäre nicht auszuschliessen, dass dies an der wenig benutzerfreundlichen Oberfläche des Geräts liegen würde. Viel interessanter ist, dass sich hier ein Moment klinischer Praxis zeigt, an dem deutlich wird, wie das Funktionieren einer Arbeitsroutine wiederhergestellt wird und wie fragil sie ist.

Während und nach der Untersuchung blieb mir der Grund für die Störung unbekannt. Zum einen konnte ich den Monitor des Geräts von meinem Platz aus nicht erblicken und allfällige Fehlermeldung nicht registrieren.²⁷ Zum anderen konnte ich im Anschluss an die Untersuchung nicht in Erfahrung bringen, ob der Assistenz-

26 Timmermans und Berg schreiben über ein »blame game«, das sie mit ihrem »technology-in-practice«-Ansatz verhindern möchten, der weder sozial-essenzialistisch noch technologisch-deterministisch funktioniert (vgl. 2003b: 106f.).

27 Als Ethnografin nehme ich im Raum einen Platz ein, mit dem immer eine spezifische Auswahl dessen, was gesehen und gehört werden kann, einhergeht.

ärztin allenfalls ein Fehler in der Bedienung des Geräts unterlief.²⁸ Diese Umstände erachte ich nicht als Hindernis, um meinem analytischen Interesse an der Handhabung kleiner Störungen in der Arbeitsroutine nachgehen zu können. So war ich, um es nochmals zu betonen, nicht daran interessiert, wo der Fehler lag. Welche konkreten Praktiken haben nun also stattgefunden, um das Funktionieren der Untersuchung wiederherzustellen? Ein erster Schritt besteht darin, dass die Assistenzärztin »jemanden etwas fragen« geht. Bevor sie das Zimmer verlässt, deckt sie den entblößten Patientinnenkörper zu, was routinierter Bestandteil des Stationsalltags ist. Oft ziehen die medizinischen Akteur:innen in den Mehrbettzimmern auch einen weissen Vorhang, um Blicke abzuschirmen. Nachdem die Assistenzärztin den Körper abgedeckt hat, öffnete sie die Tür, um auf der Station nach Unterstützung zu suchen. Ihre Unsicherheit bezüglich der Störung spricht sie vor der Schwangeren nicht an, sondern formuliert ihre nicht eingeplante Abwesenheit offen mit »jemanden etwas fragen«.

[Widmer, Eintritt #1] Die Assistenzärztin kommt kurz darauf mit einer Frau – ebenfalls in Weiss gekleidet, aber ohne Kittel – wieder. Sie stehen nun beide vor dem Gerät. Die zweite Frau fragt, *hast du es schon gestartet?* – *Ja-ha – Und muss der Plastik hier überhaupt darauf sein?* Ohne eine Antwort abzuwarten, entfernt sie die Plastikhülle. Ich vermute, dass die Hülle die Eingabe erschwert hat und nur dem Schutz vor Verschmutzung dient. Die zwei medizinischen Akteurinnen bücken sich wieder über das Gerät und erklären, dass die Technologie nicht so funktioniere, wie sie das wollten. Frau Widmer stimmt ein, *ja, die Technologie halt*.

Die Assistenzärztin entschied sich dafür, eine medizinische Akteurin miteinzubeziehen, um die Störung und die damit einhergehende Unsicherheit zu bewältigen. Solche Unsicherheiten sind stete Begleiter im medizinischen Alltag: Beispielsweise können auch neue Geräte neue Unsicherheiten hervorbringen (vgl. Schubert/Rammert 2006: 315). Diese Feststellung ist kein Ausdruck von Technikpessimismus. Vielmehr verdeutlicht sie, dass die klinische Praxis nicht einfach so existiert, sondern permanent hervorgebracht wird. Im Klinikalltag beobachtete ich des Öfteren Situationen, in denen sich bei den Akteur:innen Unsicherheiten bezüglich eines Geräts ausdrückten. Das Hantieren an und mit Geräten wird massgeblich durch die Praxis erlernt. Oft holen sich die medizinischen Akteur:innen in unsicheren Situationen bei Vorgesetzten oder Fachkolleg:innen Unterstützung. Die hinzugezogene Akteurin beginnt ohne das Vorstellen ihrer Person mit der Inbetriebnahme des Geräts. Sie stellt sicher, dass es so situiert ist, dass es funktionieren kann. Es

28 Die Assistenzärztin sowie die hinzugezogene Akteurin habe ich nicht wieder auf der Station angetroffen. Dies verdeutlicht, wie viele Akteur:innen an diesen Behandlungspfaden beteiligt sind und wie mein empirisches Material von zahlreichen Bedingungen (z. B. Arbeits- und Stationspläne) mitgeprägt wird.

stellt sich heraus, dass nicht nur die Hülle die Störung evozierte. Dass die Hülle vermutlich nur dem Schutz des Geräts dient, ist ein Wissen, das durch die Arbeit am Gerät angeeignet wird. Die zweite medizinische Akteurin hantiert weiter am Gerät, ohne zu explizieren, wonach sie sucht. Dieses Vorgehen lässt sich aus zwei Perspektiven interpretieren: Es kann hervorgehoben werden, dass die Akteurin angeleitet von ihrem impliziten Wissen nach einem Problem sucht, das sie als solches nicht zu explizieren vermag, es aber bei seinem Auftreten erkennen würde. Demgegenüber steht die Interpretation, dass sie die Fehlerquelle explizieren kann, es aber nicht tut, da sie die Assistenzärztin vor der Patientin nicht blossstellen möchte. Sie kennt einen Kniff und kann sagen, was sie gemacht hat. Dies wäre kein *tacit knowledge* (Polanyi 2016), das sich durch seine Nicht-Sagbarkeit definiert, sondern ein »Gewusst-wie«, ein Wissen aus Erfahrung im Umgang mit dem Gerät – ein Umgangswissen.

Letztlich konnte der Behandlungsfluss wiederhergestellt werden. Die gemeinsame Arbeit, deren Ziel darin lag, die EKG-Untersuchung zum Funktionieren zu bringen, lässt sich als »kollektive[] repair work« verstehen, wie es Schubert (2006: 129, zit. 190) in Anlehnung an Jörg Potthast (2001) formuliert. Die kollektive Reparaturarbeit zeigt sich hier als Bestandteil des Klinikalltags, da sie selbst zur Routine geworden ist. Trotz standardisierter Prozeduren treten immer wieder Störungen und Unsicherheiten auf, die in Echtzeit und situativ zu lösen sind. In die kollektive Reparaturarbeit wird jedoch eine Akteurin nicht direkt eingebunden: Frau Widmer wird weder über die Ursache der Störung aufgeklärt noch in die Arbeit miteinbezogen. Sie macht aber über die gesamte Zeit hinweg mit: Ihr Herz pocht unentwegt und versorgt das Gerät, damit es Spuren erzeugen kann.

5.5 Patientin werden und machen

Der Eintrittstag markiert einen wichtigen Schritt im Behandlungspfad. Mit dem Ethnologen Arnold van Gennep (2005) lässt er sich insofern als einen Übergangsritus (*rite de passage*) verstehen, als die Schwangeren schrittweise in behandelbare Patientinnenkörper transformiert werden und ihr Patientinnensein bedeutsam gemacht wird. Treten die Schwangeren in die Klinik A ein, werden die stationären Realitäten unweigerlich Teil ihrer gelebten Realitäten. Sie selbst bringen verschiedene Erwartungen, Ängste und Hoffnungen ein, die sich in Fragen wie diesen artikulieren können: Deckt die Krankenkasse die Kosten? Wie stark wird »mein Kind« von der Operation profitieren? Wie geht es den daheimgebliebenen Kindern? Wie lange dauert der Klinikaufenthalt? Verstärkt der Austausch mit den anderen Schwangeren die Nervosität oder wirkt er beruhigend? Ist der Beitritt in die WhatsApp-Grup-

pe sinnvoll?²⁹ Diese Fragen, die nur einer kleinen Auswahl entsprechen, weisen darauf hin, dass der stationäre Behandlungspfad nicht nur seitens der Klinik hervorgebracht wird. Dennoch ist der Eintrittstag und mit ihm die präoperative Phase von einer klinisch-medizinischen Kanalisierung geprägt, in der die Schwangeren und somit auch die Ungeborenen als Patient:innenkörper für die Operation vorbereitet werden. Angesichts dieser Phase, in denen die stationären Realitäten zum Alltag der Schwangeren werden, spreche ich von einem Einpassen und Mitwirken. Mit diesen Begriffen soll die Dynamik auf der Pränatalstation verdeutlicht werden, in der die Schwangeren ihre eigenen Positionen im System of Care aushandelnd einnehmen und Teil der fetomaternalen Praxis bei Spina bifida werden.

Über das Einpassen in die stationären Realitäten

Multiple Wissenspraktiken und Materialitäten bringen den Körper der Schwangeren am Eintrittstag als Patientinnenkörper hervor: Er wird verkabelt, untersucht, vermessen und bearbeitet. Dass damit der Handlungsspielraum von Schwangeren mitgeformt wird, zeigt sich beispielsweise an dem für die Infusionen angelegten Venenkatheter. Der dazugehörige mobile Infusionsständer geht mit einer spezifischen Anordnung des Körpers und einer Einschränkung seiner Bewegungen einher, wodurch der Gang zur Toilette zur logistischen Herausforderung wird. Wie sich die Schwangeren in die stationären Realitäten der Klinik A einpassen, die von strukturellen, materiellen, atmosphärisch-sinnlichen und rhythmischen Elementen gezeichnet sind, ist nun zu vertiefen.³⁰ Beschäftigen wird uns zudem, wie diese Prozesse des Einpassens mit Unsicherheiten und Reibungen verknüpft sind.

Die Klinik A weist eine strukturgebende Innenarchitektur auf, in der hierarchische Verhältnisse eingeschrieben sind. So sind beispielsweise ausgewählte Aufzüge im Gebäude für die Fahrt mit Patient:innenbetten reserviert, manche Schleusen lassen sich nur mit einem Personalausweis öffnen und Patient:innenzimmer können nicht von innen abgeschlossen werden. An diesen Elementen zeigt sich, wie in

29 Die »MMC-Frauen« der Schweizer Klinik haben eine WhatsApp-Gruppe, in der sie sich über die fetomaternalen Praxis, die Nachkontrollen und das Leben mit einem Kind mit Spina bifida austauschen können.

30 Mit diesen Charakteristiken orientiere ich mich an den Ausführungen von Lars Meier (2009) in »Das Einpassen in den Ort. Der Alltag deutscher Finanzmanager in London und Singapur«. Mit der Wortschöpfung Einpassen zielt er auf das »identitätsgebundene[] alltägliche[] Handeln in Wechselwirkung mit der gegebenen Struktur des Ortes und mit den diesem Ort entgegengebrachten Images.« (ebd.: 23, Herv. i.O.) Meine Ausführungen zielen jedoch nicht auf die Identitätsproduktion ab, sondern auf das sozio-materielle Zusammenspiel an diesen neuen Orten, an welchen die Schwangeren ihre eigene Position aushandelnd einnehmen. Der Begriff Einpassen ist hilfreich, um die Phase der Kanalisierung, die von aushandelnden Passungsversuchen geprägt ist, zu verdeutlichen.

die Materialität eines Ortes Machtverhältnisse eingeschrieben sind (vgl. Meier 2009: 32). Dies lässt sich am Zutritt zu den Bettenzimmern gut erkennen. Die Türen sind in der Regel zu, jedoch nie abgeschlossen. Es gibt einen Bereich vor und hinter der Tür. Ein Innen und Aussen. Ein kurzes Klopfen vonseiten der medizinischen Akteur:innen reicht, um deren Eintreten anzukündigen. Eine Antwort aus dem Inneren wird nicht abgewartet. Dies macht deutlich, dass die medizinischen Akteur:innen aufgrund ihrer Position an diesem Ort das Recht zum Eintreten besitzen. Die Schwangeren, die sich im Inneren des Raums befinden, sind hingegen dem Kommen und Gehen der medizinischen Akteur:innen tags- und nachtsüber ausgeliefert. Auch das Kommen und Gehen der Zimmernachbarinnen haben sie hinzunehmen. Am Eintrittstag artikuliert sich diese machtvolle Ordnung besonders markant: Die medizinischen Akteur:innen klopfen an, treten ein und führen ihre Arbeiten an und mit der Schwangeren durch. Dass die Schwangeren meist anwesend sind, wenn sie aufgesucht werden, ist auf deren Einpassen an den Rhythmus des Ortes zurückzuführen, der in dieser ersten Phase massgeblich über das straffe Programm des »Präoperativen Protokolls« definiert ist. Dass am Eintrittstag ihre stete Verfügbarkeit erwartet wird, wird den Schwangeren klar vermittelt, wie wir es von Frau Thiel erfahren haben (vgl. S. 152). Wie hiermit ein Einpassen der Schwangeren in die stationären Realitäten verbunden ist, lassen uns die ethnografischen Sequenzen am Eintrittstag von Frau Lorenz wissen.

[Lorenz, Eintritt #2] Es klopft. Kurz darauf treten ein Arzt der Geburtshilfe und ein Medizinstudent ein. Der Arzt fragt nach, welche Patientin er für das Gespräch und den Ultraschall mitnehmen könne. Da die Zimmernachbarin von Frau Lorenz bereits das Mittagessen beendet hat, kann sie mitgehen.

Die Zeit vergeht. Frau Lorenz hat ihr Mittagessen beendet. In der Zwischenzeit ist auch ihre Zimmernachbarin zurückgekehrt. Es klopft erneut, eine Pflegefachfrau tritt ein.

[Lorenz, Eintritt #2] Frau Lorenz fragt nach, wann der Arzt vorbeikommen werde. Die Pflegefachfrau meint lachend, *ich mache prinzipiell nie Zeitangaben!* Es seien soeben zwei Notfälle hereingekommen, sie könne deshalb nicht sagen, wann der Arzt kommen werde. *Sie kommen dann, wenn es gerade geht, sie haben keine festen Zeiten – Können wir kurz in die Cafeteria? – Ja, sicher. Sie werden ja nicht eine Stunde in der Cafeteria sein – Nein, nein,* erwidert Frau Lorenz.

Frau Lorenz, ihr Mann und ich gehen in die Cafeteria. Kurz darauf wird Frau Lorenz unruhig.

[Lorenz, Eintritt #2] Es mache sie nervös, in der Cafeteria zu sein, denn der Arzt könne jederzeit kommen, erklärt sie. *Ich hätte schneller essen müssen, dann hätte ich die Untersuchung bereits hinter mir!*, fügt sie selbstkritisch an.

Nach wenigen Minuten gehen wir wieder hoch und warten im Zimmer. Nach gut zwei Stunden kommt der Arzt für die Untersuchung und die Aufklärung. Dass der kurze Aufenthalt in der Cafeteria eine Unruhe in Frau Lorenz auslöst, ist Effekt ihres Wissens um den Rhythmus der Pränatalstation. Den Takt geben die medizinischen Akteur:innen jedoch nur bedingt vor, so prägen Notfälle und andere Aufgaben deren Pfade. Frau Lorenz bleibt nichts anderes übrig, als sich dem Rhythmus anzupassen, um den Programmablauf am Eintrittstag nicht zu stören. Es gilt zu vermeiden, dass sie nicht dort ist, wo die medizinischen Akteur:innen sie aufsuchen, nämlich auf der Pränatalstation in ihrem Zimmer.

Bei den Prozessen des Einpassens wirken auch weichere Qualitäten mit, wie beispielsweise die sinnlich-atmosphärische. Die Schwangeren erblicken weisse Wände, riechen das Desinfektionsmittel, spüren den Einstich der Blutentnahme sowie den Druck der Stützstrümpfe und hören das Piepsen des leeren Magnesiumbeutels. Die Liste liesse sich um einige weitere Eindrücke ergänzen, die die Schwangeren am Eintrittstag gewinnen. Auch spielen allgemeine Bilder und Vorstellungen der Schwangeren in das Erleben der stationären Realitäten hinein. Vielleicht wurden sie bereits operiert, besuchten Verwandte in einer Klinik oder bringen »Images« (Meier 2009: 23, Herv. i.O.) aus Klinikserien mit. Hinzu können allgemeine sozial-kulturell geprägte Images kommen wie der Fachkräftemangel, die Sterilität, oder »Götter in Weiss«. Das Erleben des Ortes formiert sich wechselseitig mit den Vorstellungen und Erfahrungen der Schwangeren.

Deutlich wird, dass sich die Schwangeren mit ihrer Einwilligung in den Behandlungspfad auf vielfältige Art und Weise in die stationären Realitäten einpassen. Einpassen zeigt sich weder in mechanischen noch reibungslosen Prozessen. Die Wortschöpfung zielt nicht auf ein automatisiertes Geschehen ab, bei dem ein Subjekt in ein bestehendes stabiles Gefüge eingepasst wird. Ausgehend vom empirischen Material konzeptualisiere ich Einpassen vielmehr als ein – mancherorts vorsichtiges – Herantasten, das von Unsicherheiten und Reibungen begleitet sein kann. Um diese aushandelnde Dimension des Einpassens greifbarer zu machen, ist der Begriff der Vagheit hilfreich, wie ihn die Design- und Architekturforscher Erling Björgvinsson und Gunnar Sandin (2017) in ihrer qualitativen Studie über die Räumlichkeiten einer Abteilung für Nephrologie (Nierenlehre) diskutieren. Während sie auf das Navigieren der Patient:innen zwischen den normativen architektonischen Programmen und ihren eigenen persönlichen Bedürfnissen fokussieren (vgl. ebd.: 39), betone ich

die Vagheit, die sich in Form von anfänglichen Unsicherheiten mit den stationären Realitäten artikuliert. So kommt es beim Erkunden des Handlungsspielraums zu subtilen Aushandlungen. Dies beispielsweise, wenn eine Schwangere unsicher ist, welches Medikament sie wann einzunehmen hat, und bei ihrer Zimmernachbarin nachfragt. Oder wenn eine Schwangere unsicher ist, ob sie den Infusionsständer von der Steckdose entfernen darf, um zur Toilette zu gehen, oder wenn sie nicht (mehr) weiss, wie sie das Bett verstellen kann, und sich gleichzeitig nicht traut, einen der vielen Schalter zu bedienen. An diesen Beispielen lässt sich herauslesen, wie die Prozesse des Einpassens mit einer Aneignung einhergehen. Die Schwangeren eignen sich nicht nur Fachterminologien an, sondern auch die materiellen Gegebenheiten der stationären Realitäten.

Facetten des Mitwirkens

Mündige und informierte Patient:innen, die sich aktiv an der Therapie beteiligen, entsprechen dem Interesse des heutigen Gesundheitssystems. Das 21. Jahrhundert sollte das »Jahrhundert des Patienten« (Gigerenzer/Gray 2013: 27, Herv. i.O.) werden, und zwar jenes der informierten Patient:innen. Am Eintrittstag erhalten die Schwangeren viele Informationen, zu denen sie sich – zumeist, aber nicht immer – zu positionieren haben. Ihr Mitwirken an der klinischen Praxis wird zusätzlich mit Empfehlungen, Bitten oder direktiven Anweisungen gefördert. Den zwischen diesen Kommunikationsformen bestehenden Unterschieden gehe ich nun nach. Mithilfe ethnografischer Sequenzen führe ich aus, wie sich die Schwangeren selbst als aktive Akteurinnen in die Situationen einbringen und wie die Anforderungen des »Präoperativen Protokolls« zugleich ihre Positionen im System of Care kanalisieren.

Zum Einstieg blende ich zwei Sequenzen ein, die einem zunächst unauffällig erscheinen mögen. Meines Erachtens liegt aber genau darin ihre Wirkmächtigkeit. Es handelt sich um Bemerkungen von Frau Widmer während der EKG-Untersuchung. Die erste bezieht sich auf die Phase, in der die zwei medizinischen Akteurinnen mit der Wiederherstellung der Arbeitsroutine beschäftigt sind.

[Widmer, Eintritt #1] Die Ärztinnen bücken sich wieder über das Gerät und erklären, dass die Technologie nicht so funktioniere, wie sie das wollten. Frau Widmer stimmt ein, *ja, die Technologie halt*.

Diese vier Worte von Frau Widmer fallen auf, sie irritieren. Wieso aber? Die medizinischen Akteurinnen widmen sich dem Gerät, wobei sie wortkarg miteinander interagieren. In diesem Moment bringt sich Frau Widmer ein. Sie stellt weder eine Frage noch führt sie einen neuen Erzählstrang ein, sondern stimmt ungefragt den beiden Akteurinnen zu. Die Beiläufigkeit der Zustimmung erfährt eine gewisse

Stärke. Die Schwangere bringt sich in die Situation ein, passt sich ein und wird Teil der stationären Realitäten. Frau Widmer hätte auch nichts sagen können, entschied sich aber dazu, sich einzubringen. Kurz darauf, bei der Besprechung der Resultate, kommt es zu einer ähnlichen Situation.

[Widmer, Eintritt #1] Die Assistenzärztin nimmt den Ausdruck in die Hand und schaut sich die Kurvenaufzeichnung an. Der mittlerweile ebenso anwesende Anästhesist geht zu ihr, blickt auf das Papier und fragt, *bist du zufrieden? – Ja – Gut, ich auch.* Frau Widmer meint, dass sie dann auch zufrieden sei. Sie sah weder die Aufzeichnung noch wurde sie von der Assistenzärztin über das Resultat informiert.

Für ein situiertes Verständnis der Nachbesprechung ist zu berücksichtigen, dass ein EKG bei Schwangeren eine andere Erwartungshaltung weckt als ein Ultraschall. Das EKG nimmt im Behandlungspfad von Frau Widmer als eine routinierte Begleituntersuchung Einzug. Die Schwangere geht nicht davon aus, dass die Assistenzärztin »etwas sieht«. Die zwischen den medizinischen Akteur:innen stattfindende Besprechung fällt knapp aus. Ein Blick auf den Papierbogen und ein »zufrieden« genügen, um die Spuren zu deuten.³¹ Frau Widmer wird nicht mit Fragen zu allfälligen Herzbeschwerden als Akteurin eingebunden. Die Spuren werden weder mit Frau Widmer besprochen noch werden sie ihr gezeigt. Dennoch stimmt die Schwangere ihnen zu. Diese scheinbar beiläufige Zustimmung verstehe ich als eine weitere Äusserung, mit der die neue und dadurch vermutlich noch unsichere Position einer Patientin stabilisiert wird. Die Zustimmung erfüllt in dieser Situation durchaus eine phatische Funktion. Die medizinischen Akteur:innen werden in ihren Aussagen durch die Schwangeren unterstützt, wodurch sich die Schwangere selbst in die Situation integriert. Durch ihre zwei Zustimmungen entwirft Frau Widmer sich selbst als eine interessierte und präsenste Patientin.

Wenden wir uns nun ethnografischen Sequenzen zu, die uns wissen lassen, dass die Schwangeren am Eintrittstag auch dazu aufgefordert werden, sich zu den übermittelten Informationen zu verhalten.

[Lorenz, Eintritt #2] Die Pflegefachfrau geht zu Frau Lorenz ans Bett und misst deren Beinlänge für die Stützstrümpfe aus. *Und ab wann muss ich die anziehen? – Wir empfehlen eigentlich 24 h. Sie bekommen abends auch jeweils eine Spritze zur Thrombose-Prophylaxe. Es ist Ihre eigene Verantwortung, wie oft Sie die Strümpfe tragen, aber unsere Empfehlung ist 24 h am Tag,* erklärt die Pflegefachfrau. Frau Lorenz meint, dass

31 Das EKG ist eine standardisierte Kurve. In der Ausbildung lernen die medizinischen Akteur:innen, solche Kurven zu lesen und zu deuten; allfällige Abweichungen werden erkannt. Es handelt sich also nicht um Spuren, die mühselig zu stabilisieren sind, denn dies ist durch die Standardisierung des EKGs bereits erfolgt.

sie die Strümpfe gemäss Empfehlung tragen werde. Sie würde nun aber noch die Ultraschalluntersuchung und die Dusche abwarten. [Lorenz, Eintritt #2]

Am Nachmittag klärt ein Arzt der Geburtshilfe das Paar über die Risiken und Komplikationen in Verbindung mit der bevorstehenden Operation auf.

[Lorenz, Eintritt #2] Ein erhöhtes Risiko für Thrombose bestehe, so der Arzt. Er blickt auf die Beine von Frau Lorenz, *Sie tragen noch keine Strümpfe?* – *Nein, ich warte noch bis nach der Dusche.* Er erklärt, dass die Strümpfe auf der Station keine Pflicht seien, aber es sei eine Empfehlung, sie 24 h am Tag zu tragen. *Und wenn Sie bei uns sind, erhalten Sie jeweils am Abend eine Spritze zur Thrombose-Prophylaxe.*

Die Sequenzen handeln von Empfehlungen. Eine Empfehlung ist ein unverbindlicher Hinweis, ein Tipp, ein Vorschlag, aber wirkt nicht bindend oder verpflichtend. An die Stelle eines ärztlichen Paternalismus tritt hier eine non-direktive Formulierung, die jedoch von einer Ambivalenz begleitet ist. Zuerst erklärt der Arzt, dass die Strümpfe keine Pflicht seien, kommuniziert daraufhin aber das erwünschte Verhalten: das Tragen ohne Unterbrechung. Die Verantwortung für die Thrombose-Prophylaxe wird an die Schwangere delegiert. Sie soll mitwirken, sich verantwortlich zeigen und im Sinne eines »präventiven Selbst[s]« (Mathar 2010: 56) agieren. Die medizinischen Akteur:innen erwarten, dass die Schwangeren das Risiko als verantwortliche Subjekte selbst managen. Zugleich wird durch das wiederholte Sprechen über die Strümpfe kontinuierlich das vonseiten der Medizin erwünschte Verhalten koproduziert. Dass sowohl auf die Selbstbestimmtheit als auch die Verantwortung von Subjekten abgestellt wird, sehen die Soziologen Thomas Lemke und Peter Wehling als widersprüchlichen Prozess. Neue Rechte werden zwar zugesprochen, jedoch von »Verantwortungszuschreibungen« und neuen »Pflichtenkataloge[n]« (2013: 51) durchkreuzt.³² Die zu beobachtende Tendenz, dass Patient:innen zunehmend Verantwortung zugeschrieben wird und sie zugleich ihnen selbst überlassen werden, lässt sich mit dem Konzept der »biologischen Bürgerschaft« erfassen. Damit sind jene Prozesse der »Entstehung, Verbreitung und Aneignung biowissenschaftlichen und medizinischen Wissens« (ebd.: 41) gemeint, die mit einem neuen Anspruch auf Teilhabe, einer »Ausweitung von Rechten« sowie neuen Verpflichtungen verknüpft sind (vgl. ebd.: 41f.).

Vor dem Hintergrund meines Interesses am Zusammenspiel aller Beteiligten im System of Care ist festzuhalten, dass den Schwangeren zwar eine Verantwortung zugesprochen wird, aber sie wird nicht komplett an sie abgegeben. So hat das

32 Die Soziologen heben zusätzlich hervor, dass manche Rechte auch mit anderen Rechten kollidieren, so z. B. das Recht, nicht geboren zu werden, mit dem Recht auf Nicht-Wissen (vgl. Lemke/Wehling 2013: 51).

Pflegefachpersonal den Schwangeren abends eine Spritze abzugeben, womit sie in ihrer Compliance an das »Präoperative Protokoll« gebunden werden. Aufseiten der Schwangeren möchte ich hier von einem Mitwirken sprechen, das ich als weichere Form respektive Vorstufe von Compliance verstehe. So formulieren die medizinischen Akteur:innen keine konkrete Vorgabe, die strikt zu befolgen ist, sondern geben Empfehlungen ab, zu denen sich die Schwangeren zu verhalten haben. Von einer Therapietreue in einem engen Sinne kann jedoch nicht die Rede sein. An dieser Stelle sei zudem auf eine Differenzierung zwischen dem Patientinnensein und der Compliance hingewiesen: Das Werden, Sein und Machen einer Patientin ist nicht mit Compliance gleichzusetzen. Letzteres Phänomen kann einerseits als ein verschärftes Dasein einer Patientin verstanden werden, andererseits kann die Forderung nach Compliance über das Patientinnensein hinausgehen (siehe Kapitel 6 und Kapitel 8).

Wir wollen uns nun einer letzten Sequenz zuwenden, die den Verflechtungen von Risiko und Verantwortung eine weitere Dimension hinzufügt, nämlich jene der Schuld. Es handelt sich um den zweiten Teil des anästhesiologischen Konsils von Frau Widmer, in dem Schmid den Ablauf der Schmerztherapie ausführt.

[Widmer, Eintritt #1] *Wir wollen ja das Beste für Sie und das Beste für Ihr Kind. Das ist so eine Kombination. Sie werden vom Team im Stock [] in Empfang genommen. Dann kommen Sie auf ein anderes Bett und eine zusätzliche Infusion wird gelegt. Dank dieser Infusion können wir den Blutdruck direkt überwachen. Wir haben Live-Bilder und können so die Veränderungen viel schneller wahrnehmen als über die Manschetten.* Frau Widmer nickt. [...] Schmid erläutert das Prozedere der EDA, dann wird Ihnen eine Nadel hinten am Rücken eingeführt. Der Schmerzkatheter bleibt so zwei bis vier Tage im Rücken. Dieser soll Ihnen helfen, weniger Schmerzen zu haben. Denn es wird ja hier narkotisiert. Er kreist um seinen Bauch und die dazugehörige Rückenpartie. Schmid erklärt, wie sich Frau Widmer beim Legen des Katheters verhalten sollte, hierzu beugt er sich vor und krümmt den Rücken. Er stellt sich seitlich ans Bett, sodass Frau Widmer die Neigung seines Rückens sehen kann. *Dann machen Sie am besten so ein Buckeli.* [...]. Er fährt fort, dass der Katheter danach festgeklebt werde, dann könne sie sich wieder normal bewegen. Der Anästhesist meint mahnend, *wichtig ist aber: Wenn die Spritze im Rücken ist, dürfen Sie sich nicht bewegen. Denn die Hirnhaut ist ja hinten dran, wenn Sie sich bewegen, könnte man darankommen und dann läuft etwas Flüssigkeit aus. Dann bekommen Sie Kopfschmerzen und das wollen wir ja nicht.* Nach einer kurzen Pause fügt er schnell an, dass aber immer auch das Risiko bestehe, dass dies passiere, auch wenn sie sich nicht bewegt habe. *Das ist nicht Ihre Schuld, wir haben halt einfach ein Risiko. Alles hat ein Risiko.* Er fährt fort, dass ein ganz kleines Risiko für eine Lähmung existiere. Das müsse er einfach erwähnen. Er holt tief Luft und fügt an, *also, Sie werden profitieren. Sie werden weniger Schmerzen haben.* Frau Widmer schaut immer zu ihm hoch, blickt ihn direkt an und lächelt freundlich. Ab und zu nickt sie mit dem Kopf. [...] Er fährt fort, *am Sonntag, ab Mitternacht dürfen*

Sie nichts mehr essen. Für die Anästhesisten ist diese Regelung so in Ordnung. Die Frauenärzte möchten zum Teil andere Richtlinien durchgeben, aber sollte das so sein, würden sie Sie noch informieren. Frau Widmer fragt nach, wie es mit dem Trinken sei. Der Anästhesist erklärt, Sie dürfen am Montagmorgen bis fünf Uhr trinken. Also wenn Sie in der Nacht aufwachen, dürfen Sie trinken. Aber danach nicht mehr, höchstens noch einen Schluck Wasser, um Medikamente zu schlucken. Sie nickt. Er fährt fort und leitet den Schluss der Aufklärung ein, ja, und dann geht das am Montag so um 7.15 Uhr los. Dann erwarten wir Sie unten. Und nach der OP kommen Sie auf die Intensivstation und wenn alles gut ist, kommen Sie nach einem Tag wieder hier hoch. [Widmer, Eintritt #1]

Zunächst sei jene Passage besprochen, in der Schmid den begrenzten Handlungsspielraum von Frau Widmer nach dem Anbringen des Katheters in Verbindung mit Risiken und Schuld ausführt. Letztere zwei Begriffe lese ich aus der Sequenz heraus. Zuerst stellt Schmid das Risiko vom Flüssigkeitsaustritt in Abhängigkeit zum Mitwirken der Schwangeren. Wenn sie sich bewegt, obwohl sie dies nicht »darf«, könnte sie Kopfschmerzen riskieren. Daraufhin erwähnt er dasselbe Risiko losgelöst von ihrem Verhalten. In diesem Fall sei es nicht ihre »Schuld«. Offen bleibt aber, wessen Schuld es wäre. Der ärztlichen Rationalität zufolge wäre Frau Widmer im ersten Szenario schuldig, da sie entgegen der Anweisung agiert hätte. Das zweite »ganz kleine Risiko für eine Lähmung« wird unabhängig von ihrem Verhalten angesprochen. Das Sprechen über Risiken ist fester Bestandteil der am Eintrittstag stattfindenden Aufklärungen. Die Risiken werden aber nicht in Form von statistischen Wahrscheinlichkeiten präsentiert, sondern als mögliche Szenarien präsentiert, die die Schwangeren in ihren gelebten Körperrealitäten betreffen könnten.

Die Sprache in der oben stehenden ethnografischen Sequenz unterscheidet sich insofern von jener der Thrombose-Prophylaxe, als keine Empfehlungen zu vernehmen sind, sondern deutlich artikuliert Aufforderungen und Anordnungen: »Sie dürfen nicht« verfügt über eine andere Absicht als »wir empfehlen«. Die Verantwortung wird der Schwangeren übergeben, da sie ein konkretes Verhalten während des Legens der EDA zu erfüllen hat. Interessant ist, dass das angeordnete Verhalten nun aber im Dienst der Risikominimierung als ein geteiltes Interesse präsentiert wird: »Dann bekommen Sie Kopfschmerzen und das wollen wir ja nicht.« Die Schwangere wird auf das in naher Zukunft erforderliche Zusammenspiel zwischen ihrem Verhalten, dem Anästhesieteam, ihrem Rücken, der Nadel und dem Katheter vorbereitet. Damit die Schmerztherapie gelingt, sie also Schmerzen reduziert und nicht zusätzliche hervorruft, muss Frau Widmer gemäss ärztlicher Anweisung mitwirken.

Zu konstatieren ist, dass die Akteur:innen der Anästhesiologie im Hinblick auf die Schmerztherapie die Regeln für ein optimales Zusammenspiel definieren. Mit den direkten Anweisungen wirkt Schmid auf die Compliance der Schwangeren hin. Durch das Hinzufügen einer Begründung, wie er es mit dem Risiko für Kopfschmer-

zen macht, soll das verlangte Verhalten sinnvoll erscheinen, was die Herstellung von Compliance unterstützen soll.³³ Dass hinsichtlich mancher Regeln disziplinäre Unterschiede bestehen können, ist in Bezug auf die Essens- und Trinkverordnung zu erfahren. So erklärt Schmid, dass die Gynäkologie andere Anweisungen als die Anästhesiologie erteilen könne. Hier zeigt sich, dass verschiedene disziplinäre Standards koexistieren, womit verschiedene ›optimale‹ Zustände einer Patientin verbunden sind, an denen sie unterschiedlich mitzuwirken hat. Es wird deutlich, dass Standards stets in Bezug zu ihrer Entstehung und den spezifischen Umständen stehen, in denen sie entwickelt wurden, und daher immer relational wirken (vgl. Star/Lampland 2009: 7). Was für die Akteur:innen der Anästhesiologie ein ›guter‹ Standard ist, kann für die Akteur:innen der Geburtshilfe ein ›gefährlicher‹ sein.

In der »Präoperativen Phase« werden die Schwangeren dazu aufgefordert, eine Haltung gegenüber den Standards einzunehmen. Sie haben zu lernen, wo ihnen welcher Spielraum eingeräumt wird, bzw. wie sie mitzuspielen haben und dass die Regeln je nach Situation changieren können und immer wieder neu auszuhandeln sind. Es lässt sich festhalten, dass die Schwangeren mit dem Heranrücken der Operation zunehmend stärker an das »Präoperative Protokoll« und die damit verbundenen disziplinären Richtlinien gebunden und gezielt auf die Operation »eingespart« werden.

33 Ullrich hält ähnlich für die IVF fest, dass Ärzt:innen davon ausgehen, dass die Compliance der sich in Behandlung befindenden Paare eher gegeben ist, wenn die medizinischen Massnahmen plausibel dargelegt sind und notwendig erscheinen. Auch wird das Übermitteln von Informationen als wichtig erachtet (vgl. Ullrich 2012: 199 und 246).

