

Verträglichkeit technikintensiver Versorgungsprozesse von chronisch Kranken

Schnabel, Peter-Ernst; Wolters, Paul

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schnabel, P.-E., & Wolters, P. (1987). Verträglichkeit technikintensiver Versorgungsprozesse von chronisch Kranken. In J. Friedrichs (Hrsg.), 23. Deutscher Soziologentag 1986: Sektions- und Ad-hoc-Gruppen (S. 218-221). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-149398>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Verträglichkeit technikintensiver Versorgungsprozesse von chronisch Kranken

Peter-Ernst Schnabel, Paul Wolters (Bielefeld)

Das klinische Forschungsprojekt, auf welches sich die folgenden Vorüberlegungen beziehen, hat die sozial-verträgliche Einführung neuer Medizintechniken zum Ziel. Dies setzt genaueste Kenntnis der psychosozialen Bedingungen voraus, unter denen herkömmliche Technik angewendet und erfahren wird.

1. Medizintechnik als Problem

Medizintechnik, die für alle an ihrem Einsatz beteiligten ein funktional und operational verständliches und in seinen Nebenwirkungen revidierbares Hilfsmittel des Versorgungsgeschehens bleibt, steht nicht im Mittelpunkt unseres augenblicklichen Forschungsinteresses. Sie kann jederzeit zum Gegenstand klärender Kommunikation gemacht, notfalls auch abgelehnt werden und dürfte insofern als relativ verträglich gelten.

Als problematisierungsbedürftig betrachten wir demgegenüber alle Verfahren: in denen 1. Technik Körperfunktionen stützt oder ersetzt und den Patienten wie dessen soziales Umfeld mit lebensverändernden Anpassungsproblemen konfrontiert, bei denen 2. Nutzen und Risiken des Technikeinsatzes in unabschätzbarer Beziehung zueinander stehen und die 3. medizinisch effizient nur in Kontexten funktionieren, welche ihrer Struktur nach auf die Bedienungserfordernisse der Apparatur und nicht auf die Bedürfnisse von Anwendern und Patienten ausgerichtet sind. Hierzu gehören fast alle, auf der Grundlage computergestützter Datenaufbereitungs-, Bildgebungs- und Steuerungsverfahren arbeitenden Diagnose- und Therapietechniken, die die moderne Medizin nicht nur aber auch bei der Versorgung chronisch degenerativer Krankheiten verwendet. Ihnen ist eigen, daß sie z.Zt. unersetzbare Aufgaben erfüllen, gleichzeitig aber - und zwar vor allem über die durch sie hervorgerufenen subjektiven Reaktionen - in einer allseits heruntergespielten und deshalb wenig erforschten Weise kontraproduktiv wirken.

2. Verträgliche Medizintechnik. Implikationen einer Alternative

Natur- und ingenieurwissenschaftlichen (BMFT 1985), medizinethischen (Flemma 1982, Seidler 1985) und sozialwissenschaftlichen (u.a. Infas

1982, v.Grote-Janz/Weingarten 1983, Drees 1985, Schneider 1985) Untersuchungen zum Thema: Verträglichkeit von Medizintechnik ist gemeinsam, daß sie Technik als neutrale Randvariable zwischenmenschlichen Verhaltens begreifen. Das hat forschungspragmatische Vorteile, weil Zweckmäßigkeits- und Verträglichkeitsaspekte ihres Einsatzes getrennt von einander und arbeitsteilig untersucht werden können. Gleichzeitig wird dabei aber von den inhumanen Gehalten der Technik selber abstrahiert und kontraproduktive, d.h. vor allem medizinisch indizierte und dennoch unverträgliche Technik-einwirkungen geraten kaum noch in den Blick.

Wir schlagen deshalb vor, Medizintechnik nicht länger als "unschuldige" Apparatur sondern als historisch-soziale Tatsache (Linde 1982, Rammert 1982) aufzufassen. Damit ließe sich nicht nur zeigen, wie kurative Hochleistungstechnik des interventionistische Dilemma der modernen Medizin zu konstituieren und zu verstärken hilft. Außerdem wird deutlich, daß die sozialpolitisch zusehends wichtige Frage nach dem tatsächlichen Nutzen technikintensiver Krankenversorgung weder in terms naturwissenschaftlicher Evidenz, technischer Funktionalität oder medizinischer Effizienz allein, aber auch nicht nur im Hinblick darauf zu beantworten ist, was Patienten für verträglich oder Ärzte in mehr oder weniger intensiver Absprache mit diesen für menschlich vertretbar halten.

Wie der Einzelne auf den Einsatz von Technik am eigenen Leib reagiert, entwickelt sich aufgrund lebenslanger, keineswegs nur medizinisch organisierter Lernprozesse (Rittner 1982). Dabei spielt Sozialverträglichkeit als Norm (Ullrich 1982: 193f.) eine wichtige, wenn auch nicht die einzige Rolle. Welche Techniken schließlich konstruiert und vermarktet werden, variiert mit den Interessen der an technikgebundener Krankenversorgung beteiligten; insbes. auch damit, wie deren Einwirkungsmöglichkeiten auf die Entwicklung und den Einsatz von Medizintechniken gesellschaftlich geregelt sind (Starsser/Traube 1982). Wirkungsforschung sollte deshalb nicht zögern, in den Kliniken, den Orten höchster Technikkonzentration anzusetzen. Sie muß aber auch im außerklinischen Bereich recherchieren, wo die Einstellungs- und Verhaltensweisen gegenüber Technik entstehen.

3. Krankengeschichte und Technikkarriere

Die Medizin tut sich schwer mit dem ätiologischen Verstehen entwicklungsbeschleunigter, psychosozial bedingter Krankheitsverläufe. Auf die steigende Prävalenz chronisch degenerativer Erkrankungen reagiert sie mit dem kurativen, hochintensiven statt mit dem präventiven, dezentralen und

weniger intensiven Einsatz von Technik. Ihr liegt es deshalb nicht eben nahe, nach Zusammenhängen zwischen der Psychopathogenese der neuen Massenerkrankheiten und identitätszerstörenden Technikererfahrungen außerhalb (Friczewski/Thorbecke 1976, Euler 1977) und innerhalb der Klinik (Klapp 1986) zu fragen. Wir als Sozialwissenschaftler können es uns leisten, dies unter dem Gesichtspunkt der Dialektik von Krankengeschichte und Technikkarriere zu tun.

Bei der Krankengeschichte (Brede 1972), Mitscherlich 1980, Schnabel 1984: 822f.) analytisch anzusetzen, ist sinnvoll, weil sie neben anderen Belastungsindikatoren auch Hinweise über das Ausmaß enthält, in dem unverarbeitete Technikererfahrungen an der Pathogenese beteiligt gewesen sind und zum Ausgangspunkt versorgungsbedingter, zugleich aber den Erfolg der Versorgung konterkarierender Sekundäreffekte werden können. Hierüber kann die Technikkarriere genauere Informationen liefern. Subjektiv ist sie durch die Erfahrungen bestimmt, die ein Mensch im Laufe seines Lebens mit kurativer Technik macht und die Bewältigungsstrategien, die er dabei entwickelt. Objektiv ist sie abhängig von der Beschaffenheit der erlebten Technik und den Formen, in der diese situativ und über die Zeit angeordnet und verabreicht wird. Sie wird über ein besonderes Mischverhältnis passiver und aktiver Erfahrungsgehalte, formeller und informeller Entscheidungsprozeduren programmiert. Sie ist ein kumulatives Phänomen, über das Anwender wie Patienten verfügen und das potentiell über die im Rahmen einzelner Krankheits- und Versorgungsepisoden gesammelten Erfahrungen hinausreicht.

Weil nicht nur Anwender und Konsumenten von Technik sondern Repräsentanten verschiedener Krankengeschichten und Technikkarrieren interagieren, stellt der Einsatz von Medizintechnik vor allem dort, wo diese in konzentrierter Form verfügbar ist, keineswegs immer die ultima ratio einer nach klarster Erkenntnis durchgeführten Krankenversorgung dar. Der Patient wird zum Objekt einer ausschließlich nach dem Prinzip der Optimierung von Entscheidungsgrundlagen vorangetriebenen Unsicherheits-Intensivierungsspirale, die oft erst zum Stehen kommt, wenn der technisch höchste Expositionsgrad erreicht ist, den die versorgende Institution zu bieten vermag. Techniqueuphorie als Kompensationsmedium ärztlicher Unsicherheit und progredierende Hilflosigkeit auf seiten der Patienten gehören zu ihren wichtigsten Determinanten. Daß sich die Klinik gegenüber den Artefakten einer derartigen Überdiagnostik nicht anders verhält als gegenüber objektiv erwiesenen Krankheitstatbeständen, ist nur eine jener Kontrapro-

duktivitätsvarianten, die wir entwicklungsanalytisch rekonstruieren wollen. Je mehr Ohnmachtserfahrungen und je stärkerer Kontrollverlust im Umgang mit Technik an der Psychosomatogenese beteiligt waren (Richter/Beckmann 1973, Euler 1977, van Harrison 1978) und je mehr diese auch mit innerklinischen Technikerfahrungen verbunden sind, um so wahrscheinlicher wird sein, daß Patienten regressiv, rezidiv oder mit noncompliance, einem der größten Probleme bei der Versorgung chronisch Kranker, reagieren.

- Bundesminister für Forschung und Technologie (BMFT) (Hg.) 1985: Programm-report "Gesundheitsforschung", Bonn-Bad Godesberg
- Brede, K. 1972: Sozialanalyse psychosomatischer Störungen, Frankfurt a.M.
- Drees, A. 1985: Die psychische Einverleibung einer Maschine, in: P. Hahn, E. Herdieckerhoff (Hg.): Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie, 11, 165f.
- Euler, H.P. 1977: Das Konfliktpotential industrieller Arbeit, Opladen
- Flema, J.F. 1982: The Surgeon as a Humanist, in: R.Becker u.a. (Hg.): Psychological and Neurological Dysfunctions Following Open-Heart Surgery, Berlin u.a., Vf.
- Friczewski, F., Thorbecke, R. 1976: Arbeitssituation und koronare Herzkrankheit, in: Das Argument (Hg.): Lohnarbeit-Staat-Gesundheitswesen, Sonderbd. 12, Sozialmedizin (IV), Berlin, 190f.
- v. Grote-Janz, C., Weingarten, E. 1983: Technikgebundene Handlungsabläufe auf der Intensivstation, ZfS, 12, 328f.
- Klapp, B.F. 1986: Psychosoziale Intensivmedizin, Berlin u.a.
- van Harrison, R. 1978: Person Environment Fit and Job Stress, in: Cooper, C.L., Payne, R. (Hg.): Stress at Work, Chichester u.a.
- Infas 1982: Humanität im Krankenhaus, Bundesminister für Arbeit und Soziales (Hg.), Bonn-Bad Godesberg
- Linde, H. 1982: Soziale Implikationen technischer Geräte, in: Jokisch, R. (Hg.): Techniksoziologie, Frankfurt a.M., 1f.
- Mitscherlich, A. 1980: Bedingungen der Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten, in: Brede, K. (Hg.): Einführung in die psychosomatische Medizin, Frankfurt a.M., 396f.
- Rammert, W. 1982: Soziotechnische Revolution: Sozialkultureller Wandel und Strategien der Technisierung, in: Jokisch, R. (Hg.): Techniksoziologie, Frankfurt a.M., 32f.
- Richter, H.E., Beckmann, D. 1973: Herzneurose, Stuttgart
- Rittner, V. 1982: Krankheit und Gesundheit, in: Kamper, D., Wulff, C. (Hg.): Die Wiederkehr des Körpers, Frankfurt a.M., 40f.
- Schnabel, P.-E., 1984: Krankheit und Sozialisation, Habil., Bielefeld
- Schneider, G. 1985: Inhumane Intensivmedizin?, in: ÖZS, 10, 179f.
- Seidler, E. 1985: Ethische Probleme, in: Balck u.a. (Hg.): Psychonephrologie, Berlin u.a., 227f.
- Strasser, J., Traube, K. 1982: Technik und Herrschaft, in: Jokisch, R. (Hg.): Techniksoziologie, Frankfurt a.M., 242f.
- Ullrich, O. 1982: Erkenntnisinteresse und Gegenstand einer kritischen Techniksoziologie, in: Jokisch, R. (Hg.): Techniksoziologie, Frankfurt a.M., 184f.