

## Zur Soziologie der körperlichen Präsenz und der Arzt-Patient-Kommunikation in der Humanmedizin: neue bildgebende Verfahren in der Klinik

Kaupen-Haas, Heidrun

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kaupen-Haas, H. (1997). Zur Soziologie der körperlichen Präsenz und der Arzt-Patient-Kommunikation in der Humanmedizin: neue bildgebende Verfahren in der Klinik. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden ; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 702-706). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-138161>

### 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.

darauf bedacht, das Eigene zu betonen, anstatt, wie Stefan Hradil schreibt, »Prozesse einer verantwortungsvollen Handhabung technologischer Entwicklungen zu stärken.« (7)

Warum das so ist, warum also diese beiden sozialen Welten nicht zu einer Einigung kommen, kann ich Ihnen nicht sagen. Mir ging es erst einmal darum, eine knappe Skizze eines produktiven Ansatzes der Benutzung solcher Konflikte zu geben. Sie erschließen die Einsicht in diese Assoziationen. Ein Ort wie eine Intensivstation eignet sich dafür besonders, weil hier Natur und Soziales und Technisches ständig heftig aufeinanderprallen und in immer neuen und signifikanten Assoziationen verbunden werden, die durch die Integration solcher Grenzobjekte in ihrer Verschiedenheit verstärkt werden.

### Literatur

- Star, Susan und Griesemer, John 1989, Institutional Ecology, »Translations« and Boundary Objects. In: Science, Technology and Human Values 5: 387-420  
 Strauss, Anselm 1978, A Social World Perspective. In: Studies in Symbolic Interaction 1: 119-128.

Dr. Gerald Wagner, Universiteit van Amsterdam, Department of Science and Technology Studies, Nieuwe Achtergracht 166, 1018 WV Amsterdam, Niederlande

## 4. Zur Soziologie der körperlichen Präsenz und der Arzt-Patient-Kommunikation in der Humanmedizin: Neue bildgebende Verfahren in der Klinik

*Heidrun Kaupen-Haas*

Die Arzt-Patient-Kommunikation ist ein zentraler Gegenstand der Medizinischen Soziologie. Im Umgang mit diesem Gegenstand hat sich die Medizinische Soziologie vornehmlich auf das Medium Sprache in ihren Formen der Rede und der Schrift bezogen. Vernachlässigt wurde der Bereich der Bilder und der visuellen Aufzeichnungstechniken. Genau diese Bereiche aber sind es, die zunehmend den klinischen Ablauf und den Umgang mit Patienten und Patientinnen bestimmen.

### *1. Bildgebende Verfahren in der klinischen Diagnostik*

Ein deutlicher Innovationsschub innerhalb der klinischen Diagnostik ist durch die Entwicklung und den Einsatz neuer bildgebender Verfahren, insbesondere der gerechneten Bilder, erfolgt.

Die Dominanz von Bildern in der medizinischen Diagnostik hat eine lange, mit der Moderne seit 1800 verbundene Tradition, die die Medizin nachhaltig bestimmt hat: Es handelt sich um die Etablierung und dynamische Entwicklung des Sichtbarkeitsparadigmas als Grundlage des medizinischen Wissens. Michel Foucault (1973: 149-161) hat in seiner Studie »Die Geburt der Klinik. Zu einer Archäologie des ärztlichen Blicks« den Umbau des medizinischen Wissens im Sinne der Dominanz des Sichtbarkeitsparadigmas noch vor der

Erfindung der Photographie rekonstruiert. Mit der Bildtechnik der Photographie einerseits und – um 1900 – mit der Entdeckung der Röntgenstrahlen andererseits wurden die technischen und erkenntnistheoretischen Grundlagen für die Dominanz der Bilder im medizinischen Wissen ausgebaut.

Dieser Prozeß ist folgenreich für die Konzeption und die medizinische Wahrnehmung des Körpers. Denn damit tut sich eine Distanz auf zwischen dem Körper und dem Bild. Diese Distanz nimmt heute unter den Bedingungen neuer bildgebender Verfahren zu, womit sich ein qualitativer Sprung ankündigt. Deutlich zeichnet sich dieser Sprung beispielsweise in der Telemedizin ab: hier wird der Patient in seiner körperlichen Präsenz durch bildliche Repräsentanz ersetzt (Reiser 1978: 196-226; Geisler 1995: 265). Aber auch in der Inneren Medizin nehmen die gerechneten, in hochtechnischer Form als Daten archivierten und dokumentierten und über große Distanzen abrufbaren Bilder zu: Sonographie und Computertomographie, elektronische Patientenakten und Informations- und Telekommunikationssysteme sind dafür Beispiele. Als ›hybride‹ Sozialsysteme (Knauth und Wolff 1989: 413; Kroner und Wolff 1989: 116f.) existieren sie eigenständig ohne milieuhafte Bindungen, gebunden an hochrangige Technik. Diese Bilder beziehen ihre Stärke daraus, daß sie von der sozialen Umwelt und den kulturellen Traditionen als Störfaktoren absehen: Der naturwissenschaftlich-technische Fortschritt in der Inneren Medizin besteht also gerade darin, daß die technischen Menschenbilder von jedem Zeichen der sozialkulturellen Umwelt »gereinigt« sind.

Die Gewichtigkeit der neuen bildgebenden Techniken läßt sich ablesen an der Ärztlichen Approbations-Ordnung, in den Richtlinien der Weiterbildung wie in der Gebühren-Ordnung. In der »Weiterbildungsordnung für Hamburger Ärzte« wird beispielsweise der Nachweis von mindestens 1.000 Elektrokardiogrammen sowie »die photometrische und/oder reflektometrische Bestimmung von Substraten und Enzymen, sowie Elektrophoreseverfahren, einfache bakteriologische Untersuchungsverfahren mittels Färbung und Mikroskopie«, mindestens 450 Ultraschalluntersuchungen, Oszillographie oder radiologische Verfahren gefordert. Dieser Anforderungskatalog gewinnt an Aussagekraft, wenn man ihn mit dem Stellenwert vergleicht, den die Psychosomatik im Bereich der Inneren Medizin einnimmt. Denn zwar spricht die Weiterbildungsordnung davon, daß »Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen« erforderlich sei. Der »Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen« aber wird nicht verlangt. Mag dies auch als ein Hinweis darauf zu verstehen sein, daß in diesem Feld die Standardisierung und systematische Nachprüfbarkeit problematisch ist, so ist doch die Asymmetrie zwischen diesen beiden Teilen der Medizin aussagekräftig. Die Dominanz der naturwissenschaftlich-(bild)technischen Medizin wird zusätzlich gestützt dadurch, daß die Psychosomatik nicht zu den Teilgebieten der Inneren Medizin (Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Kardiologie, Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie und Rheumatologie) gezählt wird (Hamburger Ärzteblatt, 44, 1990: 22f.; Anlage dazu: 12-17).

Die Gebührenordnung (1994/95) zeigt eine ähnliche Hierarchisierung auf. Das Entgelt für den gebündelten Einsatz hochstandardisierter bildgebender diagnostischer Verfahren wird mit 3000 Punkten angegebeben, während z.B. die Honorierung der Regelvisite auf einer

Belegstation je Patient und einem Konsilium zwischen Ärzten am Krankenbett mit 110 Punkten veranschlagt wird (Gebühren-Handbuch 1994/95. Wiesbaden: 17, 66, 463).

Aber auch in einem eher traditionellem Medium medizinischer Wissensvermittlung, nämlich dem Lehrbuch, zeichnet sich eine gewisse Dominanz von Bildern ab. Hierzu gehören vor allem Wiedergaben von Röntgenbildern, Sonographien, Computertomographien, von histologischen Präparaten. Ein repräsentatives Beispiel ist das zweibändige Lehrbuch »Innere Medizin«, das in der 8. Auflage von Gotthard Schettler und Heiner Greten 1990 herausgegeben worden ist. Nehmen hier die reproduzierten Bilder gegenüber den früheren Auflagen an Quantität und qualitativer Bedeutung zu, so zeigen die Bilder die Hinwendung von der Makroskopie zur Mikroskopie, von der Wiedergabe des äußeren Erscheinungsbildes zu Detailanordnungen. Diese Tendenzen sind interpretierbar dahingehend, daß mit der Verfeinerung von Bildtechniken und der Erschließung Sichtbarkeiten im Detail zugleich die Ansichten vom Menschen verschwinden. Diesem bildtechnisch (mit)motivierten Verschwinden der Ansichten vom Menschen korrespondiert der soziologisch relevante Umstand, daß auch hier die Bilder ohne Zeichen des Sozialen auftauchen. Das heißt: selbst wenn die Bilder einen Patienten oder eine Patientin zeigen, werden sie als Objekte des naturwissenschaftlich-technischen Wissens in Szene gesetzt. Sind die Bilder in ihrem »Styling« deutlich naturwissenschaftlich-technisch ausgerichtet, so zeichnet sich andererseits auch eine Angst vor der Bedrohung durch die Dominanz der Technik ab. Mehr als andere Automaten löst der Computer unter Ärzten Angst davor aus, daß viele Funktionen eines Tages durch Maschinen ersetzt werden könnten (Reiser 1978: 226). Symptomatisch ist folgendes Zitat: »Die technischen Daten, die in zunehmendem Maße gewonnen werden, können selbstverständlich auch ausschlaggebend für die richtige Diagnose sein. Aber wenn man heute von einer Computordiagnostik auch in der Praxis spricht, so sei sich jeder darüber im klaren, daß dieser Computer mit den richtigen Daten gefüttert werden muß. Es ergäben sich sonst die abenteuerlichsten Kombinationen.«(Schettler und Nüssel, 1990: 1)

## *2. Neue bildgebende Verfahren und das alte soziologische Thema der Arzt-Patient-Kommunikation*

Zeichnet sich also eine Umgestaltung des klinischen Wissens durch die neuen Bild- und Informationstechniken ab, so stellt sich jetzt die Frage, was dieser Prozeß für den medizinsoziologisch wichtigen Gegenstand der Arzt-Patient-Kommunikation in der Klinik bedeutet. Denn die Bilder sind ein Element, das die Arzt-Patient-Kommunikation auf verschiedene Weise mitbestimmt.

Aufgrund des Einsatzes von Bildtechnik in der Diagnostik ergeben sich neue Gegenstände und Orte der Kommunikation zwischen Arzt und Patient jenseits des Krankenzimmers. Die neuen Techniken haben sowohl eine Ausdifferenzierung und Auslagerung technischer Funktionen in technische Funktionsräume (Sonographie, Computertomographie, Szintigraphie) als auch eine Zentrierung technischer, diagnostischer und therapeutischer Funktionen (Intensivmedizin) begünstigt. Daraus ergeben sich soziale Konsequenzen, was die Arzt-Patient-Kommunikation betrifft. In den technischen Räumen ergeben sich Möglichkeiten für Gespräche, die sich auf die Bilder beziehen. Darin steckt eine Chance auch im Hinblick

auf den Wunsch nach Aufklärung von Seiten der Patienten. Diese Chance zu nutzen, setzt allerdings die Notwendigkeit einer entsprechenden Organisation der professionellen Abläufe und Arbeitsteilungen des Krankenhauses voraus. Wenn z.B. die technischen Befunde von dem behandelnden Arzt, etwa dem Stationsarzt, erstellt werden so ist eine Voraussetzung vor Ort für eine aufklärendes Gespräch gegeben. Anstatt also die technischen Räume zum Zentral- und Verschiebehof von Patienten und Ärzten zu machen, können sie auch als Orte der verbalen Kommunikation genutzt werden. Die festgefügt Räume im Krankenhaus mit dem Krankenzimmer als Zentrum für den Patienten sind einer zunehmenden Vervielfältigung ausgesetzt. Bewegte sich früher der Patient zwischen OP und Röntgenraum, so zeichnet sich die Situation des Patienten heute durch eine große Mobilität im Krankenhaus aus (Aufnahme, Intensivstation, Röntgen, Sonographie, Endoskopie). Der Vervielfältigung der Räume entspricht auch eine gegenläufige Tendenz in der Organisation der Klinik: die hochtechnischen Funktionsräume werden zu Zentren gebündelt. Ein Beispiel ist die Radiologie. Diesen technisch-organisatorischen Entwicklungen entspricht eine zunehmende Spezialisierung der ärztlichen Profession und des ärztlichen Wissens. Wenn man diese Ausdifferenzierung der Klinik medizinsoziologisch in Blick nimmt und unter der Frage der Arzt-Patient-Beziehung analysiert, stellt sich die Aufgabe, neue Formen der Integration zu entwickeln.

Es ist notwendig, die technisch erzeugten Bilder »ins Sprechen zu bringen«. Das heißt: Ihren diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Wert nicht nur als Spezialdiskurs zwischen Fachärzten und Pflegekräften auszutauschen, sondern für die Informationsbedürfnisse der Patienten zu übersetzen. Es schließt sich aber auch ein sehr viel weitergehendes soziologisches Problem daran an, nämlich das Verhältnis zwischen der Wirklichkeit der Bilder und der sozialen und psychischen Wirklichkeit der Patienten.

Der soziologische Blick auf die Bilder in der Medizin stellt an unser Fach und andere medizinische Fächer neue Anforderungen. Denn die Konzentration auf die Visite am Krankenbett mit ihren weitgehend erforschten Abläufen und Inhalten wird den neuen, durch die »Macht der Bilder« und der neuen Technologie, nicht gerecht. Sie fordern die Soziologie in ganz spezifischer Weise heraus. Denn die medizinischen Bilder abstrahieren von den sozialen Wirklichkeiten der Patienten und der sozialen Bedingtheit von Krankheiten. Gerade das aber steht im Zentrum der Medizinischen Soziologie, die eben deswegen über das methodische und theoretische Rüstzeug für eine kritische Auseinandersetzung mit den neuen Bildern in der Medizin verfügt.

### Literatur

- Foucault, Michel 1973, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München  
 Geisler, Linus S. 1995, Virutelle Realität. In: Universitas 50: 264-272.  
 Grote, Claudia von, Anne Sprenger, Elmar Weingarten und Hans-Peter Schuster 1983, Patientenorientierte Intensivmedizin. Einige strukturelle und interaktionelle Bestimmungselemente für ihre Realisierung. In: Ferber, Chr. von u. B. Badura (Hg.), Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselfhilfe. München und Wien: 141-172.  
 Knauth, Bettina und Stephan Wolff 1989, Verwendung als Handlungsform. Ein konversationsanalytischer Beitrag zur Verwendungsforschung. In: Soziale Welt 40: 397-417.

- Kroner und Wolff 1989, Pädagogik am Berg. Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens als Handlungsproblem vor Ort. In: Ulrich Beck und Wolfgang Bonß (Hg.), *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens*. Frankfurt: 72-121.
- Lachmund, Jens 1992, Die Erfindung des ärztlichen Gehörs. Zur historischen Soziologie der stethoskopischen Untersuchung. In: *Zeitschrift für Soziologie* 21: 235-251.
- Reiser, Stanley Joel 1978, *Medicine and the Reign of Technology*. Cambridge.
- Schettler, G. und E. Nüssel 1990, Das ärztliche Gespräch. In Gotthard Schettler und Heiner Greten (Hg.), *Innere Medizin*. Bd.1. 8. neubearbeitete Auflage. Stuttgart.

Prof. Dr. Heidrun Kaupen-Haas, Institut für Medizin-Soziologie, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, D-20246 Hamburg

## 5. Soziale Praktiken als ›Schlüssel‹ zur Analyse ökologischer Modernisierung – Dargestellt am Beispiel des ökologischen Bauens

Karin Dollhausen

### I.

In der Umweltdiskussion macht seit einigen Jahren ein umwelt- und gesellschaftspolitischer Argumentationsstrang von sich reden, der die ökologische Krise als Ausgangspunkt für einen umfassenden Gesellschaftswandel interpretiert. Unter Schlagworten, wie ›ökologische Modernisierung‹, ›ökologischer Umbau‹, ›Zukunftsfähigkeit‹, um nur einige zu nennen, zielt man auf die Herstellung eines dauerhaft balancierten Wechselverhältnisses von Gesellschaft und Natur. Die Vertreter dieser Argumentationsrichtung suchen dabei explizit den pragmatischen Anschluß an die Strukturen der modernen (Industrie-) Gesellschaft, indem sie die Chancen für wirtschaftlichen Aufschwung, technologische Innovationen und die Steigerung der Lebensqualität herausstellen, die mit dem Einbezug ökologischer Orientierungen verbunden sind (vgl. BUND/Misereor 1996, v. Weizäcker u.a. 1996). Der ökologische Gesellschaftswandel gewinnt in dieser Sicht als eine ›neue Form von Fortschritt‹ an Kontur, der sich in die bekannten Bahnen gesellschaftlicher Modernisierung einfügt (vgl. Huber 1993: 288).

Dem soziologischen Beobachter dieser Argumentationsrichtung fallen schnell deren Engführungen in den Blick. Ausgeblendet bleibt vor allem die Evidenz eines hochkomplexen Gesellschafts-systems, das in sich eine Vielzahl von unterschiedlichen Ausformulierungen ökologischer Probleme ermöglicht. Welche Probleme die Bearbeitung ökologischer Probleme der modernen, funktional differenzierten Gesellschaft bereitet, hat der Soziologie Niklas Luhmann bereits vor zehn Jahren in seiner Publikation zur »ökologischen Kommunikation« (1986) vorgeführt. Seine Analyse macht deutlich, daß die Ökologieproblematik *in der funktionalen Differenzierung der modernen Gesellschaft selbst* aufgesucht werden muß. Diese unterminiert die Möglichkeit, auf die (die Gesamtgesellschaft betreffenden) ökologischen Probleme ›angemessen‹ zu reagieren, denn sie erlaubt ausschließlich *funktionsbezogene* Umformulierungen ökologischer Probleme, nicht aber deren Einführung als