

# „*Praeventives.Selbst++*“ – die Verflechtung von Digitalem, Körperlichem, und Ethischem am Beispiel Telemedizin

von Tom Mathar (Berlin)<sup>1</sup>

## Zusammenfassung

Telemedizinische Lösungen für Patienten mit chronischen Krankheiten erfreuen sich in Deutschland, aber auch europa- und weltweit großer Popularität, da sie mehrere Akteure des Gesundheitswesens zu befriedigen versprechen. In diesem Aufsatz werden erste Einblicke in eine noch laufende Forschung, die sich im Rahmen der neueren *Science & Technology Studies (STS)* verortet und sehr eng an empirischen Material versucht, den Mehrwert von relational-prozessualen Betrachtungsweisen zu ermitteln. Insbesondere über die These eines sozialen Lebens von Objekten, konkret der Handlungsträgerschaft von Zahlen sowie den ethischen Dimensionen von Telemedizin wird eine Perspektive auf den Digitalisierungsprozess vorgeschlagen, die diesen eher als *assemblage* denn als einen glatten, linearen Prozess begreift.

## 1 Digitalisierte *naturecultures*

Telemonitoring-Lösungen für Patienten mit chronischen Krankheiten spielen eine große Rolle in Zukunftsszenarien (vgl. Brown und Michael 2003) von Gestalten des Gesundheitswesens<sup>2</sup>. Die Technik, die Patienten entlang einiger vordefinierter Vitalparameter überwacht und diese mittels moderner Kommunikationstechnologien an ein Telemedizinisches Zentrum übersendet, verspricht mehrere Akteure zu befriedigen:

- Patienten, da diese weniger häufig ihren Hausarzt besuchen müssen und häufiger auf Krankenhausaufenthalte verzichten können.
- Leistungserbringer, da für diese – insbesondere wenn sie im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen (§140 SGB V) stattfinden – sektorale Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, aber auch Haus- und Facharzt überwinden und somit zu einer effizienteren Versorgung beitragen.

---

<sup>1</sup> Dieser Aufsatz ist die überarbeitete Version eines Beitrags im Rahmen des Workshops „Aber digital ist besser!“ – Volkskundlich-kulturwissenschaftliche Perspektiven auf Digitalisierung“ des Forschungskollegs Kulturwissenschaftliche Technikforschung am Institut für Volkskunde/ Kulturanthropologie der Universität Hamburg 16. und 17. Mai 2008. Vgl. die Online-Dokumentation des Forschungskollegs. Online verfügbar unter <http://www.kultur.uni-hamburg.de/technikforschung/digitalisierungsworkshop/> (01.05. 2009).

<sup>2</sup> Wie zum Beispiel Leistungsfinanzierern, Leistungsanbietern in der stationären Akutversorgung, diversen Dienstleistern, Technologiestiftungen, Wirtschafts- und Gesundheitsministerien, etc.

- Leistungsfinanzierer, da diese sowohl von vermiedenen Krankenhausaufenthalten, als auch von effizienteren und transparenteren Strukturen zu profitieren erhoffen.

Erwartungen oder Zukunftsszenarien von Schlüsselakteuren im Gesundheitswesen zu bestimmten Projekten oder Produkten *ko*-produzieren einen Raum, in dem die üblichen (Markt)gesetze nicht gelten (vgl. Konrad 2004). So kommt es, dass telemedizinische Lösungen landesweit (aber auch europa- und weltweit) in diversen Pilotstudien erforscht werden. Meine Forschung begleitet zwei solcher Projekte – einmal ein im Rahmen eines Integrierten Versorgungsvertrages (nach § 140a ff SGB V) stattfindendes Projekt in Ostdeutschland und ein sich im bundesweiten Regelbetrieb befindendes Programm für Versicherte einer großen deutschen Krankenversicherung. Beide Programme betreuen Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz.

Die Herzinsuffizienz, oft auch Herzschwäche genannt, bezeichnet einen Zustand des Herzens, in dem dieses die Organe des Körpers mit nicht ausreichend Blut, und somit nicht genügend Sauerstoff versorgen kann. Genau genommen wird die Herzinsuffizienz nicht als Krankheit bezeichnet, weil sie meist die *Folge einer Erkrankung* ist. Insbesondere die Arteriosklerose und langjähriger, nicht entdeckter oder nicht ausreichend behandelter Bluthochdruck werden als Auslöser von Herzschwäche genannt. Aber auch Erkrankungen des Herzmuskels oder des Herzmuskelgewebes, seien sie angeboren, durch Entzündungen oder Lebensstilfaktoren (wie Nikotin- und Alkoholkonsum) ausgelöst, gelten in der Medizin als Verursacher. Symptome einer Herzinsuffizienz sind insbesondere Wassereinlagerungen und Atemnot. Sowie die linke Herzkammer von der Herzinsuffizienz betroffen ist, d.h. der die Lungen und die Haut mit Blut versorgende Kreislauf aufgrund einer Herzschwäche nicht ausreichend funktioniert (man spricht auch von einer Linksherzinsuffizienz) können Patienten Atemnot und Wassereinlagerungen in der Lunge spüren. Bei einer Rechtsherzinsuffizienz, d.h. einer Herzschwäche im rechten Herzen, welches die restlichen Organe versorgt, kommt es typischer Weise zu Wassereinlagerungen in Beinen und im Bauchraum.

Telemedizinische Lösungen versprechen nun, den Gesundheitszustand des Patienten stabil zu halten, indem sie im Wesentlichen auf drei Vitalparameter achten: den Puls und Blutdruck sowie das Gewicht. Mit den ersten beiden Werten kann die Pumpfunktion des Herzens überprüft werden; da ein erhöhter Blutdruck vermieden werden sollte, gilt es, auf diesen einzuwirken, sowie dies eintreten sollte. Das Gewicht hingegen wird *gemonitored*, um zu überprüfen, ob sich Wassereinlagerungen gebildet haben. Wenn innerhalb kurzer Zeit ein stetiger Gewichtsanstieg festgestellt werden kann, so kann dies in vielen Fällen auf Wassereinlagerungen in Lunge und/oder Bauch und Beinen zurückgeführt werden. In diesem Fall können Patienten entgegenwirken in dem sie zum Beispiel weniger Wasser trinken und eine höhere Dosis Entwässerungstabletten zu sich nehmen.

In den Sozial- und Kulturwissenschaften wurde das Thema Telemedizin, Telemonitoring, E-Health, etc. bislang kaum behandelt. Ausnahmen bilden Forschungen aus dem anglo-amerikanischen Raum (insbesondere zu nennen sind hier die Arbeiten von (Cartwright 2000; Lehoux 2008; Mort et al. 2003), den Niederlanden (Oudshoorn 2008) sowie Italien (Bruni 2005; Nicolini 2006,2007), welche sich in der Analyse dieses Feldes von den neueren *Science & Technology Studies* inspiriert zeigen und somit insbesondere Praxen, Relationen und Prozesse fokussieren. Im Folgenden sollen einige der wesentlichen Thesen dieser Subdisziplin

(die sich weder Soziologen, Sozial- und Kulturanthropologen, Ethnologen und anderen Fächern klar zuordnen lässt und als gemeinsamen Nenner qualitativ ausgerichtete Forschungsdesigns hat) vorgestellt werden und hinsichtlich des Themas Digitalisierung untersucht werden.

Es lässt sich feststellen, dass das *Handeln mit Telemedizin/Telemonitoring* darauf verweist, dass digitale Technologien sich nicht nur mit *Kultur*, sondern auch mit *Natur*, wie dem Körper oder der Krankheit verflechten. Diese so gerade unternommene Reproduktion einer Natur/Kultur-Dichotomie ist aus einer STS-Perspektive jedoch problematisch; wo beginnt der Körper und wo die Kultur? Da betont werden soll, dass diese Grenze nicht ohne Weiteres gezogen werden kann, soll hier ein relationales Vokabular benutzt werden, d.h. es sollen die Beziehungen von ontologisch unterschiedlichen Elementen analysiert werden und der Frage nachgegangen werden, wie diese sich zu bestimmten Phänomenen – wie digitalisierten Körpern – *verdichten*. In Anlehnung an Donna Haraway (Haraway 1991) lässt sich von *digitalisierten naturecultures* sprechen, um sich gleich jenes relationalen Vokabulars zu bedienen, und damit darauf verweisen, dass eine spezifische Natur (Krankheit, Körper) mit technischen (d.h. kulturellen) Praktiken hergestellt wurde und sich eine Kultur herausbildet, die sich entlang naturwissenschaftlicher/medizinischer Erkenntnisse konstituiert.<sup>3</sup>

Im Folgenden soll gezeigt werden, was der Mehrwert relationaler Betrachtungsweisen ist. Dabei soll zunächst das „soziale Leben“ von Dingen wie Technologien und Zahlen demonstriert werden und im zweiten Kapitel die ethische Dimension von Telemedizin erörtert werden. Schlussendlich soll vorgeschlagen werden, Digitalisierungsprozesse als „assemblage“ zu begreifen, d.h. sich im Entstehen begriffene Lebens- oder Praxisformen in denen sich die genannten Elemente – Technik, Medizin, Ethik, usw. – miteinander verschränken.

## 2 Soziale Objekte

Wenn wir konsequent relational denken, dann unterlassen wir, wie Bruno Latour (1995) sagen würde, eine für die Moderne typische Reinigungsarbeit: das Technische ist nicht allein für Ingenieure relevant, das Körperliche nicht nur für Mediziner von Belang. Handeln tun nicht allein die Menschen, sondern auch die Objekte. Wie kann das sein? Eine vorsichtige Erklärung hierfür liefern meine Interviewpartner – mit Telemedizin ausgestattete Patienten:

„Ich hab mir die Waage nicht ins Badezimmer gestellt, ich habe die am Schreibtisch stehen, dass nicht jeder da drauf steigt. Weil jeder der da drauf steigt, wird automatisch verbunden mit dem Zentrum dort. [ ... ] Und das Blutdruckgerät und das Handy auch so dass da nicht jeder dran rumspielt.“ (Herr Bauer<sup>4</sup>)

---

<sup>3</sup> Rabinow (1996) spricht von „Biosozialität“ (1996): Menschen konstituieren sich aufgrund einer gleichen Diagnose (untersucht am Beispiel Genkrankheiten) zu Gruppen oder „communities of practice“ – d.h. Kollektiven, die spezifische Verhaltensweisen, Sorgen, Lösungsstrategien, politische Forderungen, etc. entwickeln weil sie das gleiche Schicksal teilen. Ähnliches lässt sich am Beispiel der Patienten mit Herzinsuffizienz beobachten: die in den Messaktionen hergestellten Zahlen (Blutdruckwert, Gewicht, EKG-Episoden, etc.) haben ähnliche Konsequenzen im Alltag dieser Menschen. Die Menschen konstituieren sich entlang der von ihnen übermittelten Werte.

<sup>4</sup> Dieser und alle im Folgenden genannte Namen sind Aliase.

Die Beschaffenheit der Waage, dass sich diese per Bluetooth mit dem Handy und dieses sofort mit dem telemedizinischen Zentrum verbindet, sorgt dafür, dass Herr Bauer die Waage an das Ende seines Zimmers stellt. Da auch der Schreibtisch und der Stuhl dort stehen, hat er somit Voraussetzungen (geschaffen), die es ihm erlauben, sich zu vermessen. Den Blutdruck kann er dort im Sitzen messen. Das Handy ist dort ständig an Strom angeschlossen, weil Herr Bauer nicht daran denken möchte, ob der Akku aufgeladen ist. Die Telemedizin verhandelt hier also, damit sie benutzt werden kann, a) mit dem Grundriss der Wohnung, b) der Innenraumgestaltung, c) dem Stromnetz.

Die Technik funktioniert auch, weil die Patienten spezifische Umgangsformen mit dem Gerät erlernen:

„Die halten so vier, sechs Wochen – die Elektroden [des Elektrokardiogramm-Geräts, T. M.] und denn ... klebt das nicht mehr. Dann fallen sie einfach runter, wa ... Und da hab ich mir schon so ein Gummi gemacht (lacht) – ja, das mach ich mir rum und dann steck ich's mir hinters Gummi. Damit es festhält.“ (Herr Winkel)

„Ick sage ihr, „ick geh anne Strippe“ und det mussick machen, falls mal das Telefon klingelt, da ... oder det kleene Ding da ... und ick sitz hier dranne, dann funktioniert das nicht. Das sehick dann hier dran. Dann ruf ick: TELEFON AUS!!! [Sie darf] das Telefon nicht abnehmen ... Dann funktioniert ... sonst jeht das hier nicht. Und dann lässt sie das einfach bimmeln oder. Und dann ist gut ... ja. Sonst geht der Ruf nicht raus. Und dann ... ist das gestört.“ (Herr Weigelt)

Die nicht klebenden Elektroden bringen Herrn Winkel bei, dass dieser sie hinter ein Gummi klemmen soll, damit sie verwertbare Ergebnisse ergeben. Herrn Weigelt bringt die Technik bei, dass er einen eingehenden Telefonanruf abwehren muss, weil die Werte sonst nicht übertragen werden können. Klebende Elektroden, Gummibänder und „ick geh anne Strippe“ sind ontologisch unterschiedlicher Art – Objekt/Material und Text – aber sie sind gleich bedeutsam, um zu verstehen, wieso Telemedizin naturalisiert<sup>5</sup> (Bowker und Star 1999) werden kann.

Die Handlungsträgerschaft aller Elemente aus einer Situation zu erkennen und Ernst zu nehmen ist insbesondere deshalb wichtig, weil dies verdeutlicht, dass die im Messvorgang ermittelten Vitalparameter mehr sind als ein soziales Konstrukt. Sie sind wahrhaftig insofern, als dass sie realen, sehr konkreten Situationen entspringen – Situationen in denen Mensch, Technik, Ort des Heimlabors, erarbeitete Messstrategien gleichsam aktiv sind und eine Eigendynamik auslösen.

Diese Eigendynamik kann an den von den Patienten geäußerten Umgang mit Zahlen verdeutlicht werden: die im Messvorgang ermittelten Ergebnisse liegen als Zahlen vor (zum Beispiel beim Blutdruck, Puls, Gewicht, Sauerstoffsättigung, etc.). Diese Zahlen sind jedoch keine abstrakten Konstrukte. Im Gegenteil, sie sind sehr konkret insofern als dass sie nicht nur

---

<sup>5</sup> Mit dem Begriff der Naturalisierung beschreiben Bowker und Star wie materielle Artefakte unhinterfragter und selbstverständlicher Bestandteil des Alltags werden. In meinem Feld lässt sich beobachten, dass Telemonitoring-Lösungen für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz nicht nur unreflektierter Bestandteil des Alltags, sondern auch des Körpers und der Krankheit werden.

registriert werden, sondern die Patienten etwas mit ihnen *tun*: im Folgenden Zitat verdeutlicht Herr Vossmann ein paar dieser Tätigkeiten, wenn er auf seinem Monitoring-Gerät sein derzeitiges Tagesgewicht einträgt. Das Display des Geräts zeigt das Gewicht des Vortags an. Der Unterschied wird mit „Plus“ und „Minus“ Tasten eingegeben indem jedes Zehntel einen Knopfdruck ausmacht.

„(zeigt auf das Display) Und so war das gestern: Jewicht 100,6 ... Und jetzt drück ick ... 00,6 – Gewichtszunahme ... 100,7, 100,8, 100,9 [drückt dabei jeweils auf den „Plus“-Knopf, T. M.]. So! Jetzt kommt der Blutdruck. Der hat sich auch etwas erhöht. Dann drück ich hier ... Halt! Zurück ... So 100,9 Jetzt hab ich mich vertan... Jetzt muss ich das ehm ... Moment! ... So 100,9... So, jetzt hab ich das gespeichert: 100,9. Ja.“  
(Herr Vossmann)

Durch das telemedizinische Gerät, das die Werte übermitteln soll, wird erreicht, dass die Zahlen nicht nur einmal kurz gesehen werden. Die Zahlen haben handlungspraktische Konsequenzen. Mit ihnen wird etwas gemacht. Es ist vielleicht wegen dieses selbstverständlichen praktischen Umgangs mit den Zahlen, dass diese für Patienten zu absoluten Wahrheiten werden; sie verpflichten zur Zustimmung; sie werden nie angezweifelt oder hinterfragt. Vielmehr werden die Zahlen auf bestimmte Weise verwertet: zum Beispiel werden sie in Kalender übertragen, oder in Excel-Tabellen oder auf DinA4-Bögen in die Zeilen und Spalten eingetragen wurden. Dies ermöglicht den Patienten, ihre Krankheit zu bewerten und Entscheidungen für die Gestaltung des Alltags von diesen Zahlen abhängig zu machen. Die Patienten leben ihren Alltag entlang dieser Zahlen; mit Ian Hacking könnte man von „Looping-Effects“ sprechen (1999).

„Da weiß ich schon: laut den Werten: na ja, heute musste mal ein bisschen kürzer treten, eh ... nicht so velle hier umherrennen und machen und tun und ehm ... immer ein bisschen ruhiger sein.“ (Herr Vossmann)

„Ja, ich halte mein Gewicht. Ja ich sitze hier vorne ... Hier hab ich das ja ... (holt sein Gewichtstagebuch) 81,3, 80,9, 80,2, 81,4. Das war gestern, weil wir in Warnemünde waren und wir haben gegessen und das schlägt ... sich gleich nieder. [...]

TM: Und was machen Sie jetzt? Hier 81,4; das ist jetzt ja ein bisschen höher.

PatTZB6: Ja ... Das ist ... Heute nachmittag beim Kaffee trinken, da werd ich dann kein Stück Kuchen essen.“ (Herr Tohr)

Die durch die Technik ermittelten Werte sind nicht nur omnipräsent im Alltag der Menschen und haben handlungspraktische Konsequenzen; sie fungieren auch als Maßstab zur Bewertung des Allgemeinbefinden. Manchmal ist unklar, ob sich die Patienten gut fühlen, weil sie keine körperlichen Beeinträchtigungen spüren, oder weil ihre Werte gut sind:

„Dann seh ich hier 78 ... und hier hinten sehe ich den Verlauf ... oh 79 ... jetzt ist wieder bei 77,5 und ... Am wohlsten fühle ich mich bei 76. Da hab ich dann ... jetzt hab ich eigentlich auch keine Probleme.“ (Herr Binder)

„Also ich hab gesagt, 60 Kilo ist ... ja ... damit kann ich leben, das ist okay. Und das doller war ja auch, dass ich mich wesentlich besser gefühlt habe auch.“ (Frau Isen)

„Meiner ist gut [redet vom Blutdruck, T. M.], meiner ist 132 ... 128 ... manchmal ist er bloß 115, aber dann gehts mir auch gar nicht so sehr gut.“ (Herr Striegl)

Die Zahlen, so kann bis hierhin gezeigt werden, sind keine passiven Objekte, die irgendwann schlicht registriert werden. Die Zahlen sind aktiv, sie handeln indem sie den Patienten bestimmte Tätigkeiten nahe legen (Zahlen legen nahe, dokumentiert oder verglichen zu werden; Zahlen sind es, die dazu animieren, abzunehmen oder ruhiger zu treten). Darüber hinaus sind die Zahlen gut geeignet, um über Körpergefühle zu sprechen, d.h. der Status der eigenen Krankheit kann mittels der Zahlen ausgedrückt werden. Pascale Lehoux (2008) hat hier von einem zirkulären Verhältnis von Zahlen und Krankheit gesprochen worin das eine nicht ohne das andere funktioniert.

Den mit Telemedizin ausgestatteten Patienten zu erforschen bedeutet entsprechend, sowohl den Menschen selbst, als auch die Technik, die Orte an denen sie steht, die routinisierten Praktiken, die erzeugten Zahlen, die Kalender, etc. zu berücksichtigen und als Akteure zu begreifen, die in der Situation handeln<sup>6</sup>. Diese Herangehensweise würde weder, so wie es auch das Ziel zeitgenössischer STS-Forschung ist, sozio- noch technikdeterministische Ansätze präferieren; Kontext würde bedeuten, alle mit dem Phänomen verbundenen Elemente zu berücksichtigen und als Ko-Konstrukteure zu begreifen (Webster 2007).

Was ist der analytische Mehrwert dieser Betrachtungsweise? Zu welcher Erkenntnis gelangen wir, wenn zum Beispiel die im Messvorgang produzierten Zahlen und die Kalender in die sie übertragen werden, Ernst genommen werden? Zum gegenwärtigen Forschungszeitpunkt scheint in diesen *Aktanten* ein wesentlicher Teil des Erfolgs der telemedizinischen Projekte ausgemacht werden zu können. Erst durch diese Zahlen werden die Patienten tagtäglich an die medizinisch richtige Lebensweise erinnert; erst durch die Übertragung der Zahlen in die Kalender und die damit hergestellte Möglichkeit des Vergleiches der Werte beginnen die Menschen, Entscheidungen für ihren Lebensstil zu treffen. Die Zahlen bringen medizinisches Expertenwissen in den Alltag – sie vermitteln zwischen Alltag und Krankenhaus /medizinischer Wissenschaft.

### 3 Ethische Dimensionen

Nikolas Rose hat in seiner Theoretisierung von Subjektivierungsstrategien (im Sinne von Michel Foucault) folgende Unterscheidung zwischen Moral und Ethik vorgeschlagen:

„[...] moral systems are, by and large, universal systems of injunction and interdiction – thou shalt do this or thou shalt not do that – and are most frequently articulated in relation to some relatively formalized code. Ethics, on the other hand, refers to the domain of specific types of practical advice as to how one should concern oneself with oneself, make oneself the subject of solicitude and attention, conduct oneself in the various aspects of one’s everyday existence.” (Rose 1998)

---

<sup>6</sup> Gemeint ist der Handlungsbegriff der von der ANT vorgeschlagen wird. In der ANT geht man davon aus, dass Handeln nicht per se intentional sein muss, sondern dass alle möglichen Elemente, menschliche Akteure, aber auch nicht-menschliche Aktanten Handlungsträgerschaft/agency besitzen.

Mit Hilfe dieses Verständnisses von Ethik, lassen sich in obigen Zitaten aus Patienteninterviews ethische Dimensionen von Telemedizin festhalten: die Zahlen (welche als Vermittler zum medizinischen Netzwerk angesehen werden können) sorgen dafür, dass die Patienten sich einen bestimmten neuen Lebensstil aneignen. Es ist ein *gesunder* Lebensstil, den die Patienten durch die Telemedizin beigebracht bekommen und den viele auch mit unterschiedlichen Methoden versuchen zu erreichen.

„Ich will [Gewicht] reduzieren und ich hab also nicht nur da Salat gegessen, das machen wir jetzt auch noch. [...] Wir essen eigentlich wenig Fett und wenig Zucker und wenig gehaltvoll und verteilen das dann auch auf ... so. Heute zum Beispiel ist Reistag. Da essen wir drei mal täglich nur Reis mit ein bissl Apfelmus. Ick ess manchmal dann noch ein bisschen Obst und Gemüse dazu.“ (Herr Binder)

Herr Binder folgt den Tipps seiner Ratgeber und ernährt sich gesund. Er kennt viele der erfassbaren Daten der Nahrung, die er zu sich nimmt – Kalorien, Salz-, Fett- und Zuckergehalt. Dadurch hat er sich zwar eine gesunde Lebensweise angeeignet, aber deshalb noch nicht gleich eine unproblematische:

„Wenn sie nur Salat essen oder rohes Gemüse und so weiter - das ist natürlich alles schön, dann nehmen Sie bis zu einem gewissen Grad weiter ab, aber ... eh ... irgendwie (lacht) ... jibt es so viele Dinge, die eigentlich auch noch gut schmecken (lacht) Also wie gesagt, ich esse kaum süßes Zeug. Mir schmeckt alles. Das ist nicht die Frage ... Aber so von der Vernunft her ... Wir essen auch wenig Fett, ick mein, ick hab früher gerne schöne Leberwurst gegessen. Ja, das schmeckt ja auch gut und so ... Und ... Das haben wir weitgehend reduziert auf ein, vielleicht ist es trotz alledem noch zuviel, ja.“ (Herr Binder)

Salat oder rohes Gemüse essen ist nach Aussage von Herrn Binder schön, d.h. es ist, so die Andeutung, im Sinne der Art und Weise, wie man sich selbst konstituieren soll als gesundes Subjekt. Der neue, zu verinnerlichende Lebensstil wird in diesem Zitat schon als vernünftig angedeutet und als etwas, was zu Recht gegen den eigenen Willen, oder die eigentlichen Vorlieben vorgeht. Diese Vernunft ist ethisch stärker als das, was sie sich bis hierhin selbst an Lebensstilen angeeignet haben (zumindest, wenn es sich dabei um „ungesunde“ Lebensstile handelte). Es kann jedoch auch Probleme mit dieser vernünftigen Ernährungsweise geben, insbesondere dann, wenn sie dem zuwiderläuft, was einem besser schmeckt. Den Patienten stellt es vor die Entscheidung, was also besser für ihn ist: Das was gut schmeckt, oder das was gesund macht?

„Ich hab früher ein bisschen ... besser ... Naja nicht besser gelebt – das ist Quatsch. Ehm ... na ja ... anders gegessen ein bisschen. und na ja, wie soll ich sagen ... [...] Naja, ich hatte früher viel fettig Zeug gegessen und sowat alles ... Und jetzt ... Jetzt ess ick mehr Gemüse.“ (Herr Vossmann)

Auffällig erscheint hier die Ambivalenz in Herrn PatTZB1 Erzählung. Kaum bringt er das Stichwort „besser“, relativiert er dieses, indem er kurz zögert und es, in das wertneutralere „anders“ umformuliert. Dieses Zitat verdeutlicht jedoch die Schwierigkeiten, die viele mit dem ihnen nahegelegten Lebensstil haben:

„Und dann hab ich ne Zeitlang nur Wasser getrunken, nur Leitungswasser. Und dann denk ich: ach. Und dann Schorle und mit Selter. Da steht drauf, ist kein Zucker drin, na irgendwas Süßes wird ... Bloß, dass man mal n anderen Geschmack hat. Und das ... Das muss ich eben alles wieder zurückdrehen und denn ist ... das Leben natürlich (flüsternd) beschissen.“ (Frau Ansgar)

Ohne das telemedizinische Programm für das die Patienten die Zahlen notieren oder automatisch übertragen, würden sie wohl eher auf den gesunden Lebensstil verzichten. Durch Hinzufügung der Technik jedoch wird – der von meinen Interviewpartnern oft erwähnten innere Schweinehund überwunden. Die auf diverse Arten schriftlich festgehaltenen Daten überwinden die schlechten Verhaltensgewohnheiten – die starke Moral der Zahlen überwindet die schwache Moral der Patienten.

Krankenkassenvertreter haben mir gegenüber bestätigt, dass ein erklärtes Ziel von Telemonitoring-Lösungen sei, den Patienten einen gesünderen Lebensstil anzutrainieren. Wegen dieser Schulung der Individuen, in der diese beigebracht bekommen, selbstverantwortlich und proaktiv mit ihrer Krankheit umzugehen, habe ich den mit Telemonitoring-Lösungen ausgestatteten Patienten auch „*Praeventives.Selbst++*“ bezeichnet. Das Präventive Selbst ist das Individuum, das aktiv an seiner Gesundheit arbeitet. Dieses Individuum konstituiert sich selbst entlang des Werts der Gesundheit (wobei selbstredend nicht nur das Individuum davon profitiert, gesund zu sein, sondern auch die Kommune oder die Sozialversicherungssysteme). Das Präventive Selbst verkörpert deshalb auch eine Lebensform, die von Krankenkassen und Gesundheitspolitik zum Zwecke der „healthicisation“ massiv gefördert wird (vgl. Moreira 2007). Das ++ verweist auf die Computersprache C++ und soll unterstreichen, dass die Möglichkeit besteht, dieses Individuum entlang einiger vordefinierter Kategorien (Risikoparameter, Normwerte, etc.) durch Vernetzung standardisiert zu überwachen und verschalten.

#### **4 Ausblick**

Die hier vorgelegten Überlegungen sind erste vorläufige Ergebnisse aus einer noch andauernden Datenerhebungsphase und müssen daher noch als Annäherung verstanden werden. Zu diesem Zeitpunkt zeigt sich aber bereits, inwiefern es sinnvoll erscheint, das Feld relational-prozessual zu denken, d.h. sämtliche darin auftretenden Elemente Ernst zu nehmen und als ko-konstitutiv zu begreifen. Ein Fokus auf das Handeln mit vermeintlich banalen Dingen wie Waagen, Wohnungsgrundrissen, Gummibändern, etc. verdeutlicht, dass die Messergebnisse nichts Zufälliges oder Beliebiges sind. Anhand des hier präsentierten Datenmaterials konnte in zweifacher Hinsicht veranschaulicht werden, dass die Messergebnisse kein (soziales) Konstrukt sind: einerseits verdeutlicht der Fokus auf die Herstellung der Zahlen, dass diese in sehr „realen“ Situationen entstehen; andererseits können über die Praxis mit den Zahlen (sei es ihre Übertragung in Tabellen oder Tagebücher sowie die dadurch ausgelösten Lebensstilveränderungen) die realen Konsequenzen derselben veranschaulicht werden. Die durch die Zahlen ausgelösten Aktivitäten können damit erklärt werden, dass sie ein medizinisches Wissen (und somit vermeintlich vernünftiges und ethisch stärkeres Wissen) in

den Alltag von Menschen hineintragen; an den Aktanten (Zahlen) hängt ein Netzwerk (Medizinsystem, Moral).

Das Beispiel Telemedizin zeigt, warum „Digitalisierung“ eine Herausforderung für Sozialwissenschaften ist: weil es sich um ein viel komplexeres Phänomen als „Digitalisierung“ handelt. Die Analyse von Telemonitoring-Lösungen für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ist vielmehr die Analyse einer *assemblage* (Collier 2005; Rabinow 2000), d.h. ein sich im Bilden oder Stabilisieren befindendes Dispositiv; etwas, das noch nicht abgeschlossen ist und in dem sich verschiedene Dimensionen – technisch, politisch, ethisch, körperlich, etc. verschränken. Die Herausforderung besteht entsprechend darin, „Digitalisierung“ als einen komplexen Prozess zu begreifen und präsentieren und nicht als einen „basic social process“ (Clarke 2005: 16).

Letzteres gilt selbstredend auch für die vorliegende Untersuchung: zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann ich nur annehmen, dass der von mir geschilderte Prozess – Messsituation herstellen, Messen, Dokumentieren, Lebensstil anpassen – nicht in allen „sozialen Welten“ gleichermaßen funktioniert. So hat es zum Beispiel den Anschein, dass der Umgang mit Zahlen in bildungsstärkeren Milieus ein anderer ist als in sozial schwachen Milieus. Das könnte auch bedeuten, dass nicht alle zu derart professionellen „Managern des Selbst“ werden wie es Nikolas Rose unterstellt. Der hier verfolgte relational-prozessuale Ansatz soll in der weiteren Untersuchung vor allem dazu dienen, um zu einem besseren Verständnis des Verhältnisses von Zahlen (sowie des daran hängenden Netzwerkes) und Sozialität zu gelangen.

## Literatur

- Bowker, Geoffrey C., und Susan Leigh Star, 1999, Sorting things out. Classification and its consequences. Cambridge, MA: The MIT Press.*
- Brown, Nik, und Mike Michael, 2003, A sociology of expectations: Retrospecting prospects and prospecting retrospects. Technology Analysis & Strategic Management 15: S. 3-18.*
- Bruni, Attila, 2005, Shadowing software and clinical records: On the ethnography of non-humans and heterogeneous contexts. Organization 12: S. 357-378.*
- Cartwright, Lisa, 2000, Reach Out and Heal Someone: Telemedicine and the Globalization of Health Care. Health Vol. 4: S. 347-377.*
- Clarke, Adele, 2005, Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn. Thousand Oaks, California: Sage Publications.*
- Collier, Stephen J., Aihwa Ong, 2005, Global Assemblages, Anthropological Problems. S. 3–21. in: Aihwa Ong, Stephen J. Collier (Hg.), Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems. Malden & Oxford Blackwell Publishing.*
- Hacking, Ian, 1999, The social construction of what? Cambridge/MA: Harvard University Press.*
- Haraway, Donna J., 1991, Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature. New York: Routledge.*
- Konrad, Kornelia, 2004, Prägende Erwartungen - Szenarien als Schrittmacher der Technikentwicklung. Berlin. Edition Sigma.*

- Lehoux, Pascale*, 2008, The duality of health technology in chronic illness: how designers envision our future. *Chronic Illness* Vol. 4: S. 85-97.
- Moreira, Tiago*, 2007, How to Investigate the Temporalities of Health. *Forum Qualitative Sozialforschung* Vol. 8: S. 60 paragraphs.
- Mort, Maggie, Carl R. May und Tracey Williams*, 2003, Remote Doctors and Absent Patients: Acting at a Distance in Telemedicine? *Science, Technology and Human Values* 28: S. 274–295.
- Nicolini, Davide*, 2006, The work to make telemedicine work: A social and articulative view. *Social Science & Medicine* 62: S. 2754-2767.
- Nicolini, Davide*, 2007, Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine. *Human Relations* 60: S. 889-920.
- Oudshoorn, Nelly*, 2008, Diagnosis at a distance: the invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology. *Sociology of Health & Illness* 30: S. 272-288.
- Rabinow, Paul*, 2000, Epochs, presents, events. S. in: *Lock, Margaret, Allan Young und Alberto Cambrosio* (Hg.), *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas*, 1998, *Inventing our Selves - Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Webster, Andrew*, 2007, Crossing boundaries - Social science in the policy room. *Science Technology & Human Values* 32: S. 458-478.

#### **Kontakt zum Autor:**

Thomas Mathar  
 Humboldt-Universität zu Berlin  
 Institut für Europäische Ethnologie  
 Mohrenstraße 41, 10117 Berlin  
 E-Mail: thomas.mathar[at]staff.hu-berlin.de

#### **Bitte diesen Artikel wie folgt zitieren:**

Mathar, Thomas (2009): „Praeventives.Selbst++“ - die Verflechtung von Digitalem, Körperlichem, und Ethischem am Beispiel Telemedizin. In: *kommunikation@gesellschaft*, [www.kommunikation-gesellschaft.de](http://www.kommunikation-gesellschaft.de), Jg. 10, Beitrag 4. Online-Publikation: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0228-200910044>