

The quantified health – Self-Tracking im Schnittpunkt progressiver Technologiekulturen und betrieblicher Resilienz-Programme

Thorben Mämecke

Thorben Mämecke: thorben.maemecke@uni-paderborn.de

Gegenwärtig ist zu beobachten, dass sich im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements vieler Unternehmen verschiedene Technologien zur Erfassung und Analyse der Vitalfunktionen von Angestellten verbreiten. Neben sensorischen Arbeitsumgebungen kommen hier auch Self-Tracking-Systeme zum Einsatz. Semantisch legitimieren sich diese Instrumente häufig als Teil übergreifender Burnout-Präventionsstrategien. Dabei etablieren Systeme dieser Art oft verschiedene Formen kompetitiver Selbstsorgekulturen, die leicht erkennbar darauf ausgerichtet sind, „Gesundheit“ als eine kalkulierbare Größe für den innerbetrieblichen Wettbewerb zu modellieren. Auch immer mehr global agierende private Versicherungsdienstleister und gesetzliche Krankenkassen bieten inzwischen spezielle Bonustarife im Zusammenhang mit Self-Tracking-Technologien an. Die hier vorherrschenden Legitimationsszenarien sind meist auch über den speziellen Kontext der Arbeitsüberlastung hinaus anschlussfähig, wobei sie aber ihre Verbindung zu den Symptomaten halten, die als spezifische Probleme der postindustriellen Wissensgesellschaft gelten: Allen voran Stress, Bewegungsmangel und schlechte Ernährung.

Dabei tragen sie zu einer diskursiven Sedimentierung monokausaler Ursacheninterpretationen von im Grunde vielen verschiedenen und sehr komplexen Krankheiten bei, durch die Verantwortung individualisiert und Handlungsoptionen immer enger an technologische Lösungen gekoppelt werden. Durch die Verbindung von Activity-Trackern mit der Berechnung von Versicherungstarifen integriert sich zudem auch die inhärente Logik der Versicherungen schrittweise in alltägliche Tagesabläufe. Mehr noch als im Zusammenhang mit den Resilienz-Programmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements kann so zukünftig jeder Alltagsaspekt in den Inklusionssog datengetragener Versicherungsmodelle geraten – wodurch sich auch die kompetitive Grundierung der vergleichenden Selbstvermessung potentiell immer weiter mit unterschiedlichen Lebensbereichen verzweigt.

Ziel des Beitrags ist es, gesundheitsbezogenes Self-Tracking in den Kontext technologischer und gesellschaftlicher Transformationsprozesse zu stellen ohne die Emergenz entsprechender Technologien kausal aus ihnen abzuleiten. Self-Tracking-Technologien werden viel mehr als neuartige Amalgame aus instrumentellen Kontrollstrategien und Innovationen mit emanzipativem Anspruch betrachtet, die aus den globalen Netzwerken technologieaffiner Subkulturen hervorgegangen sind.

(De-)Professionalisierung durch Digitalisierung? Zu den methodologischen Herausforderungen digitaler Assistenzen im Gesundheitssektor

Jannis Hergesell, Stefanie Büchner

Jannis Hergesell: jannis.hergesell@tu-berlin.de, Stefanie Büchner: s.buechner@ish.uni-hannover.de

Digitale Assistenzen breiten sich im Gesundheitssektor rasant aus und führen zu einer Transformation bestehender sozialer Strukturen. Mit ihnen wird die Hoffnung verbunden, drängenden Herausforderungen wie dem Fachkräftemangel oder prekären Versorgungssituationen zu begegnen oder diese sogar zu überwinden. Andererseits bestehen Ängste gegenüber einer „Entmenschlichung“ oder Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung. Diese diffuse Gemengelage zeigt sich deutlich bei der Debatte um die Auswirkungen der „Digitalisierung“ auf Professionsverständnisse in multidisziplinären Behandlungsteams. Einige Stimmen prognostizieren beispielsweise einen Prestigezuwachs und Professionalisierungstendenzen in der Pflege, gleichzeitig wird vor einer Abwertung und einem Autonomieverlust genuin pflegerischen Handelns (und damit einer Deprofessionalisierung) durch in die Technik eingeschriebene standardisierte Verfahrensweisen gewarnt.

Dabei sind abseits von Technikenthusiasmus und -dystopie die mit digitalen Technologien verbundenen Auswirkungen auf den Gesundheitssektor empirisch weitgehend ungeklärt. Zusätzlich sind die geforderten und eingesetzten digitalen Technologien sowohl hinsichtlich der in sie eingeschriebenen Prozeduren als auch der Berufsgruppen, welche sie nutzen, äußerst heterogen. Bislang bestehen lediglich nicht-systematisierte (Einzelfall-)Studien zu den Auswirkungen von Digitalisierungsprozessen: Auf dieser Grundlage ist es kaum möglich, digitalisierungsspezifische Effekte auf Berufsgruppen empirisch begründet über den Fall hinaus zu identifizieren.

Unser Beitrag greift dieses Problem am Beispiel der Auswirkungen auf Professionsverständnisse im Gesundheitssektor auf und attestiert das Fehlen einer methodologischen Basis der Digitalisierungsforschung für die theoretische Konzeption der „digitalen Transformation“. Wir plädieren für die kritische Prüfung bestehender Kategorien und fragen nach digitalisierungsspezifischen Auswirkungen auf Professionen. Dafür entwickeln wir am Bezugskonzept der Profession empiriegetrieben drei Vergleichsdimensionen und stellen basierend auf unseren qualitativen Untersuchungen in den Arbeitsfeldern Altenpflege und Krankenhaus den Mehrwert einer vergleichenden Perspektive vor. Über dieses komparative Vorgehen können Transformationsprozesse in unterschiedlichen Arbeits- und Organisationsfeldern aufeinander bezogen sowie Muster und Spezifika der Digitalisierung feldübergreifend analysiert werden.

Wertpluralität im Bereich mHealth: Eine konventionentheoretische Perspektive zur Veranschaulichung der Logik ethischer Dilemmata

Karolin Kappler, Valeska Cappel

Karolin Kappler: karolin.kappler@fernuni-hagen.de, Valeska Cappel: Valeska.Cappel@stud.unilu.ch

Mit der Anwendung der pragmatischen Perspektive der „Economics of Convention“ (kurz EC) auf das Gebiet von mHealth (mobile Health) wollen wir mögliche Konfliktlinien bei der Entwicklung, Implementierung und Einführung von mHealth-Technologien aufzeigen. Dazu erweitern wir bisherige konventionentheoretische Studien zu Gesundheitspraktiken im Gesundheitssystem auf den Bereich mHealth und untersuchen die zugrundeliegenden Konventionen, Forminvestitionen und Praktiken unterschiedlicher Interessensgruppen.

Bisherigen konventionentheoretische Erkenntnisse zu Gesundheitspraktiken zeigen eine Verschiebung von einer inspirierten/häuslichen Konvention zu einer industriellen Konvention auf, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Kommerzialisierung von Gesundheit, die Patienten-Beratung und die Rationalisierung von Gesundheitsprozessen. Wir übertragen diese Analyse auf den Bereich mHealth und analysieren dazu veröffentlichte Handlungsempfehlungen einer gesetzlichen Koordinationsstelle für die Einführung des elektronischen Patientendossiers und die damit verbundene Nutzung von mHealth-Anwendungen. Anschließend kombinieren wir diese Erkenntnisse mit den Ergebnissen eines DFG-geförderten Projekts zum Gesundheits- und Fitness-Tracking und zur Entstehung neuer Taxonomien.

Vorläufige Analyseergebnisse der Handlungsempfehlungen zeigen, dass (1) mit der Problematisierung des Datenschutzes und der Datensicherheit eine staatsbürgerliche Konvention, gleichzeitig aber (2) durch technologische Standardisierungsbemühungen eine industrielle Konvention befördert wird. Die Ergebnisse des DFG-Projekts zeigen, dass, obwohl viele mHealth-Technologien einer industriellen Konvention folgen, die Anwender*innen diese nur bis zu einem gewissen Grad akzeptieren und tolerieren. Sie reinterpreten die Zahlen der Messungen erneut nach einer häuslichen Konvention oder es scheint, dass eine neue vitalitäts- und aufmerksamkeitsfokussierende Konvention im Entstehen ist.

Die aufgezeigte Pluralität von Werten im Bereich mHealth – die sich im Aufeinandertreffen einer staatsbürgerlichen und einer industriellen Logik widerspiegelt – kann schließlich zu spezifischen Formen der Kritik oder Ablehnung von mHealth-Technologien sowie zu ethischen Dilemmata führen. Mit dieser Analyse wird ein tieferes Verständnis der aktuellen Probleme und Schwierigkeiten hinsichtlich rechtlicher, technologischer, sozialer und individueller Aspekte im Bereich der Gesundheitsfürsorge vermittelt.

Umkämpfte Digitalisierung im Krankenhaus? Ökonomisierung zwischen Professionsinteressen und Organisationslogik

Walid Ibrahim, Karina Becker, Thomas Engel, Felix Gnisa

Walid Ibrahim: walid.ibrahim@uni-jena.de, Karina Becker: karina.becker@uni-jena.de, Thomas Engel: thomas.engel@uni-jena.de, Felix Gnisa: felix.gnisa@uni-jena.de

Unter dem Stichwort Digital Health versammeln sich Visionen einer individualisierten Gesundheitsversorgung auf Grundlage von Big-Data und KI-Diagnoseverfahren, denen weit mehr Effektivität zugeschrieben wird, als dem Erfahrungswissen von Ärzt*innen. Oftmals werden dabei Ökonomisierungsimperative als Treiber neuer Technologien identifiziert. Daneben findet aber noch immer ein wichtiger Teil der Krankenversorgung in der verhältnismäßig starren Organisation des Krankenhauses statt. Diese ist vom Aufeinandertreffen von Ökonomisierungs- und Professionslogiken geprägt.

Gegenüber den hochdigitalisierten Szenarien fällt dabei die betriebliche Realität weit weniger drastisch aus. Eine Ursache könnte sein, dass Technologisierung im Krankenhaus durch verankerte Professionsethiken ein mikropolitisch umkämpftes Feld zwischen Professions- und Ökonomiezielen ist.

Im Forschungsprojekt „Akademische Karrieren attraktiv gestalten“ werden an einem großen Universitätsklinikum zurzeit qualitative Interviews zu arbeitsbezogenen Problemsituationen von Ärzt*innen durchgeführt. Die dort gesammelten Informationen von Ärzt*innen, Verwaltung und IT-Abteilungen erlauben eine Fallstudie zu Digitalisierungsprozessen, die folgende Fragen beantworten soll:

Können digitale Infrastrukturen als Effekt von Ökonomisierungslogiken oder Professionslogiken verstanden werden oder hat das Professionsverständnis von Ärzt*innen einen bremsenden Effekt auf die Technologisierung?

Durch welche mikropolitischen Akteurskonstellationen werden technologische Anwendungen im Krankenhaus durchgesetzt? Wie treffen hier abteilungsspezifische Logiken, bspw. von Controlling, Personalwesen und ärztlicher Profession, aufeinander?

Formalisiert sich durch die Technisierung das Arbeitswissen, sodass ärztliches Wissen an Autorität und an Autonomie verliert?

Existieren im Professionsverständnis von Ärzt*innen rote Linien, die bei Überschreitung wesentliche Professionsgüter wie die autonome medizinische Urteilskraft oder die Krankenversorgung gefährden?