



Dr. Tomas Steffens

Session: Digital bedingte gesundheitliche Ungleichheit – ein neues Konfliktfeld?

Beitrag: Verringerung digital vermittelter gesundheitlicher Ungleichheit in gesundheits- und teilhabepolitischer Perspektive

Vor dem Hintergrund der Digitalisierung (des Gesundheitswesens und der Gesellschaft im Ganzen) bei gleichzeitiger großer sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, die durch Digitalisierung nicht abgebaut wird, sondern sich mit einem neuen ressentimentgetriebenen Healthismus verbinden kann, werden aus der Sicht des Autors gesundheits- und teilhabepolitische Perspektiven dargestellt, die sich beziehen auf:

- Abbau sozialer Ungleichheit abbauen, i.S. einer „Lebenslagenpolitik“
- Stärkung der GKV, Aufhebung des dualen Versicherungssystems
- Vorrang für Verhältnisprävention
- Sektorenübergreifende Versorgung teilhabe- und gemeinwohlorientiert umsetzen
- Sicherung analoge Angebote der Information, Beratung und des Zugangs zur Versorgung
- die Begegnung als der Schlüssel für Diagnose und Therapie in der gesundheitlichen Versorgung ist die Begegnung weiterhin
Des Weiteren wird eingegangen auf:
- Förderung der Medien- und Gesundheitskompetenz
- Refinanzierung von Ausstattungskosten im Regelsatz in der Grundsicherung, um digitale Teilhabe zu ermöglichen
- Recht auf digitale Teilhabe und Inklusionsgebot (UN BRK) für Menschen mit Behinderungen umsetzen
- Barrierefreie und partizipative Umsetzung des Online-Zugangsgesetzes
- Bändigung des digitalen Informationskapitalismus
- Förderung und Akzentuierung von Public Health und Teilhabeforschung

Literatur- und Quellenangaben:

- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2-2020, Jg. 63): Digital Public Health. Wiesbaden. Springer
- DNGK (2019): Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz e.V. DNGK (https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/11/DNGK-PosPap-OGK-final_19115.pdf; Zugriff am 09.02.2022)
- Kühn Hagen (1993): Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin. Edition sigma
- Rosenbrock, Politik der Prävention: Möglichkeiten und Hinderungsgründe WZB Discussion Paper, No. P 91-203. Berlin
- SPD, Grüne, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis90/Die Grünen, FDP (<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, Zugriff am 18.02.2022)
- Vogl, Joseph (2021): Kapital und Ressentiment, München. C.H. Beck

Kontakt

Dr. Tomas Steffens
Diakonie Deutschland
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Caroline-Michaelis-Str. 1
10115 Berlin
Tel: 030 65211 1665
Mail: tomas.steffens@diakonie.de
www.diakonie.de



Kongress Armut und Gesundheit 2022
Der Public Health-Kongress in Deutschland

Was jetzt zählt

Dienstag bis Donnerstag, 22. bis 24. März 2022

Verringerung digital vermittelter gesundheitlicher Ungleichheit in gesundheits- und teilhabepolitischer Perspektive



Ausgangslage

- Digitale Transformation der Gesellschaft im Allgemeinen und Digitalisierung des Gesundheitswesens im Besonderen (auch: Pflege und Eingliederungshilfe) als Chance und Herausforderung
- In der Pandemie: massive digitale Lücken wurden deutlich; zugleich: im Gesundheitswesen waren und sind digitale Beratungen, Therapien und Nachsorge sehr wichtig geworden
- In der letzten Legislaturperiode wurde die Digitalisierung des Gesundheitswesens massiv vorangetrieben (DMVP, DVP, PDSG), nach dem Koalitionsvertrag der „Ampel“ soll diese Politik beschleunigt werden: „Wir beschleunigen die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes sowie deren nutzenbringende Anwendung und binden beschleunigt sämtliche Akteure an die Telematikinfrastruktur an“ (SPD, Grüne, FDP 2021: 83).

Aspekte der gesundheitsbezogenen Digitalisierung

- Einbindung der Gesundheitseinrichtungen in die Telematikinfrastuktur (ermöglicht u.a. elektronische Patientenakte, e-Rezept)
- Nutzung digitaler Anwendungen in der Pandemie
- Digitale Versorgungsangebote (digitale Gesundheitsanwendungen, Nachsorge, Beratung, Prävention)
- Monitoring von Körperfunktionen und individuelle Gesundheitsförderung zum Zwecke der Lebensstiländerung
- Gewinnung, Vernetzung und Auswertung von gesundheitsbezogenen Daten zu Forschungs- oder kommerziellen Zwecken (Big Data)
- Digital Public Health: alle zehn von der WHO genannten zentralen Public Health-Funktionen werden in Zukunft von der Digitalisierung mitgeprägt



Gesundheitliche Ungleichheit

- Digitalisierung trifft auf eine Gesellschaft der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit, und damit stellt sich die Frage, ob sie Ungleichheit verstärkt oder mindert
- Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit: Bezugnahme auf das komplexe Verständnis von Elkeles, Mielck (schon 1997), das mit mehreren Pfaden, Ebenen/Vermittlungen und Rückwirkungen arbeitet

Gesundheitliche Ungleichheit

- Digitale Angebote werden gerne als Chance angesehen, gesundheitliche Ungleichheit zu verringern:
 - niedrighschwellige Barrieren, da gute Erreichbarkeit, Internet- und Smartphoneverbreitung (1)
 - bedarfsorientierte Zuschnitte (2)
 - schnelle Implementierung (3)
 - Personalisierung und Interaktionsmöglichkeit (4)
- In den Blick gerät zunehmend auch „digital divide“, damit Fragen des Zugangs zu Internet und Technologie (primär), der Kompetenz und der Nutzungsmuster (sekundär) und der Fähigkeit, mit der Technologie die Gesundheit zu verbessern (teritär); diese sind zugleich als Hürden zu verstehen.

Gesundheitliche Ungleichheit

- Die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote ist ziemlich voraussetzungsvoll (Kompetenzen, Verantwortung, Formen des Selbstmanagements)
- Ein Fokus der Nutzung liegt auf die Individuum bezogenen Funktionen der Lebensstilüberwachung und -veränderung, aber auch der kompetenten Information, Krankheitsverarbeitung bzw. -bewältigung; ein anderer Fokus auf die Nutzung von digitalen Versorgungsangeboten
- In mehrfacher Hinsicht ist (jedoch nicht in allen Studien) belegt, dass die Nutzung digitaler Präventionsangebote abhängig ist von Alter, Bildungsgrad und Einkommenshöhe; bei digitalen Versorgungsangeboten werden Assoziationen zu Bildungsgrad, Alter, aber auch erwarteter Aufwand und Nutzen festgestellt werden; sozialökonomische Unterschiede werden auch für Health Literacy und E-Health Literacy beschrieben (vgl. die Beiträge in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2-2020, Jg. 63).

Gesundheitliche Ungleichheit

- Vor dem Hintergrund massiver sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und zugleich erhöhten individualisierten Ansprüchen an Kompetenzen, Selbstmanagement und –Verantwortung kann sich eine neue Ausprägung des „Healthismus“ (Kühn 1993) abzeichnen, einschließlich seiner Komponenten der:
 - Ausblendung der „sozialen Determinanten“ für Entstehung, Verteilung und Bewältigung von Krankheit und Teilhabebeeinträchtigungen
 - Vernachlässigung der infrastrukturellen Voraussetzungen für soziales Handeln von Personen („Robinsonade“)
 - Reproduktion der individualistischen Verantwortungsethiken und individualistischen Semantiken (Eigenverantwortung)
 - der Verinnerlichung und des sich habituell zu eigen machens objektiver sozialstruktureller Zwänge

Gesundheitliche Ungleichheit

- Dieser „Healthismus“ kann sich mit Ressentimentbereitschaft (Vogl 2021) verbinden:
 - Mögliche Ressentimentbereitschaft gegenüber denjenigen, die digitale Anwendungen nicht nutzen, aber sozialrechtliche Leistungsansprüche geltend machen. Sie hat ihren systematischen Grund in der Spannung zwischen Partizipationsversprechen und realer Ohnmacht.
„Gerade die Kluft (oder genauer: der funktionale Zusammenhang) zwischen Gleichheit der Rechte und der Ungleichheit von Bedingungen,macht das dauerhaft erregte und dauerhaft enttäuschte Verlangen nach Abgleich und Vergleichbarkeit zu einer Quelle des Ressentiment“ (ebd.:163). Einer Quelle, die „der Struktur liberaler Wirtschaftsgesellschaft selbst entspringt“ (ebd:164);
 - Vielfältige „äußere“ und „innere“ Machtbeziehungen, die mit dem digitalen Kapitalismus verbunden sind (im Zusammenhang mit der „Gleichsinnigkeit von Kommunikation und Kontrolle“ (ebd.: 94)

Gesundheits- und teilhabepolitische Perspektiven

In der Pandemie – wie schon vorher in der Finanzmarktkrise (2008) – wurde deutlich, dass neoliberale Dogmen ihre Überzeugungskraft eingebüßt haben und neue Chancen für „gegentendenzielle Politik“ (Rosenbrock 1991) und Neujustierungen im Spannungsverhältnis von Demokratie, Kapitalismus und Sozialstaat gegeben sind – wobei die folgenden Punkte Überlegungen des Autors sind, nicht immer des Verbands, bei dem er beschäftigt ist:

- Soziale Ungleichheit abbauen, i.S. einer „Lebenslagenpolitik“
- Stärkung der GKV, Aufhebung des dualen Versicherungssystems
- Vorrang für Verhältnisprävention, digitale Prävention „lebensweltlich“ ausgestalten
- Sektorenübergreifende Versorgung teilhabe- und gemeinwohlorientiert umsetzen
- Analoge Angebote der Information, Beratung und des Zugangs zur Versorgung sichern
- in der gesundheitlichen Versorgung ist die Begegnung weiterhin der Schlüssel für Diagnose und Therapie

Gesundheits- und teilhabepolitische Perspektiven

- Medien- und Gesundheitskompetenz fördern angesichts von:
 - Wuchern des „Meinungshaften“ (Vogl 2021), d.h. Auflösung der Differenz zwischen Meinung und Wissen
 - Ablehnung der wissenschaftskennzeichnenden Unterscheidung wahr/unwahr („alternative Fakten“)
 - Bildung digitaler partikularer Gemeinschaften (Blasen) mit enormem Hasspotenzial
- Strategische Perspektiven:
 - „Nicht der einzelne braucht Fähigkeiten, um ein komplexes Gesundheitssystem zu durchdringen, sondern das System muss Strategien bereitstellen, um der Komplexität der Menschen gerecht zu werden“ (DNGK 2019, S. 6)
 - Altersübergreifende lebensweltnahe Medienpädagogik der Mündigkeit

Gesundheits- und teilhabepolitische Perspektiven

- Refinanzierung von Ausstattungskosten, um digitale Teilhabe zu ermöglichen (Regelsatz der Sozialhilfe)
- Recht auf digitale Teilhabe und Inklusionsgebot (UN BRK) für Menschen mit Behinderungen umsetzen
 - Zugänglichkeit, technische Ausstattung
 - Assistenz und Schulungen zur digitalen Teilhabe im Recht der sozialen Teilhabe (§ 113ff SGB IX), einschließlich der Assistenz; Assistenz in digitaler Form (§ 78 SGB IX)
 - Mehrbedarf an digitaler Teilhabe inkl. digitaler Ausstattung (besondere Apps, Tablets...) bei Behinderung bzw. chronischer Krankheit sichern
 - Digitale Assistenzsysteme partizipativ entwickeln

Gesundheits- und teilhabepolitische Perspektiven

- Umsetzung des Online-Zugangsgesetzes (OZG)
Public Health Anforderungen: barrierefreier Zugang:
 - Einbezug der Verbände der betroffenen Personen /Institutionen bei der Entwicklung der Plattform
 - Nutzbarkeit der digitalen Zugänge für alle Bürger*innen (Verfügbarkeit der Technik, Barrierefreiheit...)
 - Sicherung der Beratungsarbeit (auch im Kontext von Antragsstellungen u.a.), generell Abbildung der subsidiären sozialen Infrastruktur
 - Keine Einschränkungen eines analogen Zugangs

Gesundheits- und teilhabepolitische Perspektiven

- Wie den digitalen Informationskapitalismus bändigen? Mögliche Aspekte:
 - Politische Positionierung zu den Tech-Giganten in einem gemeinwohlorientierten Gesundheitswesen
 - Wettbewerbsrechtliche Begrenzung von Marktmacht, einschließlich gatekeeper-Funktionen (auch um Innovationen zu ermöglichen): EU-Gesetzgebung ist zu beobachten
 - Begrenzung von Datenextraktion, tracking; Begrenzung der Datenverwendung, monopolartige Verfügung über Daten begrenzen
 - Algorithmische Rechenschafts- und Transparenzprüfungen, Durchsetzung von Datenschutzverordnungen
 - Perspektivisch: Stärkung des öffentlichen Eigentums an der Infrastruktur der globalen Kommunikation (Unterseekabel, Datencenter etc.) und Stärkung sozialwirtschaftlicher Plattformen

Gesundheits- und teilhabepolitische Perspektiven

- Public Health und Teilhabeforschung:
 - Forschungen zur Rolle sozialer/demographischer Faktoren bzw. kumulativer Effekte im Konzept sozialer/gesundheitlicher/digitaler Ungleichheit fördern
 - Sozialökonomische Machtverhältnisse als blinder Fleck?
 - Verbindung gesundheitsbezogene und Technikforschung (etwa bei der Entwicklung von Assistenzsystemen)
 - Plädoyer für Methodenpluralität, denn Fallrekonstruktionen sind für viele Gegenstandsbereiche angemessen



Literatur

- Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2-2020, Jg. 63): Digital Public Health. Wiesbaden. Springer
- DNGK (2019): Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz e.V. DNGK (https://dngk.de/wp-content/uploads/2019/11/DNGK-PosPap-OGK-final_19115.pdf; Zugriff am 09.02.2022)
- Kühn Hagen (1993): Healthismus: eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin. Edition sigma
- Rosenbrock, Politik der Prävention: Möglichkeiten und Hinderungsgründe WZB Discussion Paper, No. P 91-203. Berlin
- SPD, Grüne, FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis90/Die Grünen, FDP (<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>, Zugriff am 18.02.2022)
- Vogl, Joseph(2021): Kapital und Ressentiment, München. C.H. Beck



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

tomas.steffens@diakonie.de