

Sonderband

Dockweiler | Stark | Albrecht [Hrsg.]

Settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation

Transdisziplinäre Perspektiven



Nomos



Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven

herausgegeben von

Prof. Dr. Elisabeth André

Prof. Dr. Alexandra Manzei-Gorsky

Prof. Dr. Claudia Traidl-Hoffmann

Band 5

Christoph Dockweiler | Anna Lea Stark
Joanna Albrecht [Hrsg.]

Settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation

Transdisziplinäre Perspektiven



Nomos

Die Reihe ist assoziiert mit dem Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung der Universität Augsburg.



Redaktion:

Ann Kristin Augst, M.A.

Gestaltung des Covers einschl. ZIG-Visual:

Waldmann & Weinold Kommunikationsdesign

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2023

© Die Autor:innen

Publiziert von

Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:

Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-8487-7388-6

ISBN (ePDF): 978-3-7489-1364-1

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748913641>



Onlineversion
Nomos eLibrary



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

#Neuland: Vorwort zu einem transdisziplinären Dialog

„Das Internet ist für uns alle Neuland.“ Ein Satz, der vor etwa einem Jahrzehnt zum Teil Ungläubigkeit, zum Teil Hohn und Spott hervorrief. Der damals jedoch dringlich auf die zeitgenössischen Herausforderungen der digitalen Transformation hinwies und heute – in einer Zeit, in der unsere Lebenswelten einem bisher nie dagewesenen Wandel unterliegen, der die Verlässlichkeit unseres eigenen Handelns durch die disruptiven Folgen für das Handeln, Denken und Verstehen in Frage stellt – unseren Blick darauf lenkt, wie wir als Gesellschaft diese Herausforderung produktiv bewältigen können. Dabei ist die Digitalisierung für viele Menschen gelebte Praxis, Alltagserfahrung, aber auch Teil von großen Zukunftsnarrativen und Verheißungserzählungen. Sie ist, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der pandemischen Ausbreitung von SARS-CoV-2, kein abstraktes Schlagwort mehr, sondern wurde für fast alle Menschen lebensweltlich erfahrbar. Während manche im digitalen Wandel Utopien erträumen, fürchten andere Unheil in der Form und Dynamik, wie sich unsere Lebenswelten verändern. Hin zu digital simulierten Räumen, in denen Menschen immersiv und im höchsten Maße interaktiv in Form von nach ihrer Physiognomie und persönlichen Charakterisierung, gesellschaftlichen Rollen und Wertvorstellungen modellierten Avataren kommunizieren, soziale Beziehungen aufbauen und pflegen, sich organisieren, lernen, arbeiten und Geld verdienen, aber sich ebenso vergnügen oder einkaufen. Das Metaversum, welches als Überbegriff einer digitalen Welt dient, in der wir alle mit unserem digitalen Zwilling agieren können und die auch ohne unsere Anwesenheit fortbesteht, ist eines dieser Zukunftsnarrative, welches anhand der bisher eher fiktionalen Beschreibung möglicher Nutzungsmodalitäten und in Ermangelung einer sozial-ethischen Auseinandersetzung die weitreichenden gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere auch die produktive Verarbeitung derart neuer Realitäten, bisher nur andeutet und das die reale Welt zur Metapher ihrer selbst macht.

Derartige Dynamiken nicht nur zu analysieren und unter Beachtung einer soziallagengerechten Reflexion der hieraus erwachsenden Implikationen für Gesundheit zu begleiten, sondern sie auch mit Blick auf eine für Menschen bedeutsame, handhabbare und verstehbare Strukturentwicklung zu gestalten, sind prioritäre Aufgaben für Public Health und hier insbeson-

dere der settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Digitale Bildungsangebote, E-Sport-Angebote, onlinebasierte Nachbarschaftsforen, digitale Versorgungsstrukturen sind nur ein kursorischer Ausdruck davon, dass sich die sozialräumlichen und auch institutionalisierten Strukturen schon heute immer stärker voll- oder teildigitalisieren. Dies hat Einfluss auf die strukturellen Bedingungen von Gesundheit. Es entstehen Erfahrungsräume mit der Möglichkeit sozialer Interaktion und Teilhabe, der Herausbildung und Entwicklung von Ressourcen oder der Bewältigung von belastenden Lebensereignissen. Gleichzeitig ergeben sich hieraus neue Formen, aber auch Notwendigkeiten der Intervention mit Blick auf die Bedingungen für Gesundheit in Lebenswelten, in denen sich die äußeren Bewältigungsanforderungen wandeln, etwa hinsichtlich der sozialen Einbindung oder Exklusion, der Zugänglichkeit und Nutzung von Bildungsangeboten oder der Arbeitsbedingungen. Hieran sehen wir, dass unser stark medizinisch geprägtes Verständnis von digitalen Gesundheitstechnologien überholt ist und dringend unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen und für Gesundheit relevanten Prozesse der Digitalisierung erweitert werden muss. Wenn man so möchte, um die hier notwendige Public-Health-Perspektive. Nur in einer solchen Perspektive können die gesundheitsrelevanten Veränderungen zwischen Alltag und Wandel verstanden werden, die sich aus der stetigen Durchdringung automatisierter Funktionen in sozialen Beziehungen, Handlungsketten, Interaktionen, Kommunikationen und letztendlich Strukturen ergeben.

Der digitale Wandel ist kein Naturereignis, sondern ein kultureller Prozess, den wir gestalten können. Unser ‚Neuland‘ liegt somit in der gesellschaftlichen Betrachtung der Digitalisierung, denn indem sie ein Teil unserer Lebenswelt geworden ist, betreten wir die Sphäre der Digitalität. Während die Digitalisierung das technische Phänomen der Umwandlung analoger in digitale Information betrifft und dadurch zu einer Veränderung von Prozessen in Lebenswelten führt, die mit den entsprechenden Medien organisiert werden, bezieht sich Digitalität auf die lebensweltliche Bedeutung der Digitalisierung. Wenn es uns gelingt, den wissenschaftlichen, praktischen und politischen Diskurs dahingehend weiter zu öffnen und digitale Technologien und die damit verbundenen Möglichkeiten zielgruppenspezifisch und bedarfs- sowie bedürfnisorientiert unter dem Leitgedanken einer partizipativen, sozialogengerechten Prozessgestaltung und Vermeidung exklusiver gesellschaftlicher Effekte in die gesundheitsförderliche Strukturentwicklung zu integrieren, dann kann dies zur Entfaltung neuer Möglichkeitsräume für Gesundheit beitragen. Bedingung hierfür ist ein

geteiltes Verständnis des digitalen Wandels und seiner gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen sowie ganz grundlegend der definitorischen Genese digitaler Lebenswelten und Settings, zu dem wir mit diesem Werk einen Beitrag leisten möchten.

Ziel unserer Darstellung ist es zu erkennen, welche grundlegenden Annahmen und verdeckten Prämissen das Nachdenken über die mit dem Schlagwort Digitalisierung angesprochene Entwicklung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention prägen. Dies zu erkennen, erfordert einen inter- und transdisziplinären Dialog, welchen wir mit dem vorliegenden Werk, in Bezug auf den digitalen Wandel in unseren Lebenswelten und der Frage der Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention, anregen möchten. Hierin spiegeln sich die Erkenntnisprozesse der Autor*innen unserer Beiträge wider. Dabei liegt im Sammelband – sofern nicht explizit von den Autor*innen abweichend definiert – ein synonymes Verständnis von Settings und Lebenswelten vor.

Zu den Beiträgen des Bandes:

Einführung: Vorstellung eines neuen Begriffsverständnisses digitalisierter Settings

Zur thematischen Einführung und Schaffung einer Basis für die nachfolgenden Diskussionen wird mit dem ersten einführenden Beitrag des Sammelbandes der Settingbegriff vorgestellt und vor dem Hintergrund der digitalen Transformation diskutiert. Wir schlagen damit ein neues Begriffsverständnis von digitalisierten Settings vor und legen dessen Herleitung dar. Ein Fokus liegt dabei auf Organisationen mit formalen Strukturen als Settings, die sich in der digitalen Transformation zunehmend in ihren Prozessen, Strukturen und ihrer Kultur digitalisieren, wodurch neue Chancen und Herausforderungen für die settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention entstehen. Um diesen Veränderungen zu begegnen, ist unserer Ansicht nach ein neues konzeptionelles Verständnis von digitalisierten Settings erforderlich. Basierend auf dem Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation und dem zugrundeliegenden Verständnis von Settings als Organisationen mit formalen Strukturen wird eine kritische Analyse und Begriffsdefinition vorgenommen. Daran anknüpfend werden Interventionslogiken nach dem Settingansatz in digitalisierten Settings aufgezeigt.

Teil I: Digitalisierte Settings aus Perspektive der Wissenschaft

Der erste Teil des Sammelbandes vereint interdisziplinäre Beiträge aus der Perspektive verschiedener Wissenschaftler*innen und Wissenschaftsdisziplinen. Die Autor*innen bereiten aktuelle wissenschaftliche Evidenz zu verschiedenen Forschungsschwerpunkten auf und diskutieren den zunehmenden Technologieeinsatz in unterschiedlichen Settings bzw. in der Gesundheitsförderung und Prävention in diesen Settings hinsichtlich ihrer Chancen und Risiken. Die Beiträge basieren auf Literatursynthesen oder einzeln durchgeführten Forschungsprojekten.

Der wissenschaftliche Diskurs beginnt mit einem Beitrag von *Nadine Pieck* vom Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover. Sie diskutiert das von uns vorgestellte Begriffsverständnis *digitalisierter Settings* und ergänzt dieses durch eine Diskussion des Settingverständnisses nach Grossmann und Scala um eine weitere Perspektive. Mit dem Ziel, Phänomene wie virtuelle *Communities* im Rahmen des Settingansatzes erfassen zu können, werden Settings in diesem Beitrag als eigens zu konstruierende Innovationssysteme verstanden, die den beteiligten Akteur*innen und Organisationen als Lernsystem dienen. Die Autorin schlussfolgert, dass für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Organisationen auf bestehende Ansätze der Organisationsentwicklung oder der arbeits-/menschzentrierten Arbeitsgestaltung zurückgegriffen werden kann. Nach diesem Settingverständnis plädiert sie dafür, die konkrete Ausgestaltung der Digitalisierung als Teil des zu bearbeitenden Problemzusammenhangs zu verstehen, und veranschaulicht dies anhand der Auswirkungen von Digitalisierung auf die Gestaltung von Arbeit.

Eine vertiefende Analyse der Digitalisierung im Arbeitskontext nimmt *Gudrun Faller* von der Hochschule für Gesundheit in Bochum vor. Ihr Beitrag zeigt, dass das digitale Betriebliche Gesundheitsmanagement bisher vor allem mit der Verfügbarmachung von Gesundheitsapps im betrieblichen Setting verbunden wird (digital gestützte Formen der Verhaltensprävention). Sie skizziert Alternativen, in denen digitale Tools im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen sinnvoll eingesetzt werden, um Arbeitsbedingungen für Beschäftigte menschengerecht und sozialverträglich zu gestalten.

Neben dem Fokus auf Betriebe als For-Profit-Organisationen der vorherigen beiden Beiträge, adressiert *Matthias Meyer* von der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften explizit die Non-Profit-Organisationen als Settings. In seinem Beitrag setzt er voraus, dass Non-Profit-

Organisationen aufgrund ihrer gesellschaftsdienlichen Zweckbestimmung spezielle Herausforderungen hinsichtlich des digitalen Wandels zu bewältigen haben. Diese Herausforderungen veranschaulicht er praxisnah anhand von Beispielen aus pflegerischen und (gesundheits-)beratungsorientierten Settings. Abschließend wendet er sich der Frage zu, welche Bedeutung der Settingansatz bei den aktuellen und zukünftigen Lösungsansätzen im digitalen Wandel von Non-Profit-Organisationen hat.

Gunnar Voß, Rahim Hajji und Ulrike Scorna schließen mit ihrem Beitrag zu Ergebnissen einer aktuellen Studie der Hochschule Magdeburg-Stendal an. Sie stellen sich der Frage, welche Potenziale und Herausforderungen der Einsatz von *E-Learning* zur Minderung von Prüfungsangst birgt. Sie beginnen mit einer Definition von *Learning Analytics*, worunter sie die Analyse von digitalen Daten, die durch digitales Lernen, Lehren und Prüfen anfallen (z. B. via *Moodle*), verstehen. In einer experimentellen Studie testeten sie, inwiefern die Veränderung der Bedingungen von Online-Prüfungen (wie Inhalte reduzieren, Klausurzeit erhöhen) zur Reduktion von Prüfungsangst beiträgt. Es zeigt sich, dass durch eine bessere Abstimmung von Lehrinhalten, Lehraktivitäten und Prüfungsform (*Constructive Alignment*) Prüfungsangst reduziert werden kann.

Im abschließenden Beitrag des ersten Teils wird die gesundheitliche Chancengleichheit im Kontext der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention in Settings thematisiert. Berit Brandes, Heide Busse, Stefanie M. Helmer und Saskia Muellmann vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS in Bremen bzw. der Universität Bremen legen hierzu den aktuellen Forschungsstand mit Blick auf das Setting Schule dar. Beginnend mit grundlegenden Inhalten zu den Wechselwirkungen gesundheitlicher, sozialer und digitaler Ungleichheiten in Bezug zum Settingansatz, beleuchten sie anschließend die Ungleichheiten in der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen. Sie resümieren, dass in Hinblick auf eine mögliche Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten der Kompetenzerwerb von Kindern, Jugendlichen, Lehrkräften und Eltern zum Umgang mit digitalen Technologien zentral ist und dass digitale schulbasierte Interventionen über individuelle verhaltensbasierte Maßnahmen hinausgehen sollten.

Teil II: Digitalisierte Settings aus Perspektive der Praxis

Von besonderer Relevanz ist die Perspektive der Praxis-Akteur*innen, da sie die zunehmende Digitalisierung in ihrem Setting bzw. in der settingbe-

zogenen Gesundheitsförderung und Prävention tagtäglich erleben, begleiten und gestalten. In diesem Teil kommen Praktiker*innen der Gesundheitsförderung und Settingverantwortliche zu Wort, die von Erfahrungen aus ihrem Berufs- bzw. Settingalltag oder aus einem Praxisprojekt in ihrem Setting berichten.

In einem ersten Beitrag wird zunächst die Perspektive von Evaluator*innen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung eingenommen. *Susanne Giel, Ludwig Grillich, Lena Köhler* und *Elitsa Uzunova* berichten von den Erfahrungen im Rahmen ihrer Arbeit bei Univation – Institut für Evaluation sowie am Zentrum für Evaluation der Donau-Universität Krems. Die Autor*innen zeigen, wie sich durch die steigende Bedeutung digitaler und internetbasierter Informations- und Kommunikationstechnologien zum einen die Evaluationsgegenstände im Bereich der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung und zum anderen die Projekt- und Programmevaluationen verändern. Der Beitrag beschreibt diese Veränderungen anschaulich vor dem Hintergrund dreier Praxisbeispiele und geht dabei auf veränderte Evaluationsgegenstände, Fragestellungen und Methoden ein.

Eva Obernauer und *Simon Lang* sind Mitarbeitende der Schwulenberatung Berlin und geben als Praktiker*innen der Gesundheitsförderung in ihrem Beitrag einen Einblick in das Setting der stationären Pflegeeinrichtung. Konkret berichten sie von ihren Erfahrungen aus dem Projekt *Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®* zur Gesundheitsförderung von LSBTI* und gehen der Frage nach, inwieweit digitalisierte Angebote die Organisationsentwicklungsprozesse im Pflegesetting unterstützen können. Anhand eines Interviews mit einem Projekteinrichtungsverantwortlichen werden Chancen und Herausforderungen aufgezeigt. Demnach scheint die Digitalisierung zum einen die Kommunikation mit den teilnehmenden Einrichtungen und die Flexibilität von Qualifizierungsmaßnahmen zu verbessern. Zum anderen stoße die Digitalisierung hingegen in der Gestaltung der Beziehungsebene mit Projekteinrichtungen an ihre Grenzen.

Im Gegensatz zu den bisher eher weniger digitalisierten stationären Pflegeeinrichtungen befasst sich *Markus Möckel* mit einem hochgradig digitalisierten Setting: dem E-Sport-Verein. Er ist Leiter der ESBD-Akademie und referiert somit als Settingverantwortlicher darüber, wie sich die E-Sports-Community in Deutschland organisiert und inwiefern E-Sport als Setting verstanden werden kann. Der Beitrag gibt Einblicke in die Besonderheiten des Settings E-Sport und erörtert die gesundheitlichen Auswirkungen von

E-Sport sowie Maßnahmen der verhaltens- und verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung.

Mit Blick auf Digitalisierung und Gesundheit im Setting der Eingliederungshilfe berichten *Dirk Bruland, Kilian Krämer, Laura Herrera Bayo* und *Änne-Dörte Latteck* von ihren Erfahrungen aus dem Modellprojekt #ROOKIE. Das Projekt fokussiert die Digitalisierung der Einrichtungen und Dienste der Lebenshilfe Brakel Wohnen Bildung Freizeit gGmbH. Die Autor*innen legen in ihrem Beitrag zunächst dar, dass Menschen mit geistiger Behinderung das Recht auf gleichberechtigten Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnologien haben, bisher aber nur in einem geringen Ausmaß an der Digitalisierung partizipieren (können). Die Projektergebnisse zeigen, wie die Förderung der Medienkompetenz gelingen kann, Herausforderungen wie die Refinanzierung von technischen Geräten und die Entwicklung von bedürfnisorientierten Angeboten jedoch eine Hürde für Digitale Teilhabe darstellen.

Ein weiteres Praxisprojekt, das im Sammelband vorgestellt wird, ist das Projekt *Die Gesundheit Fernstudierender stärken*. Die Projektmitarbeitenden bzw. -verantwortlichen *Christel Salewski, Jessica Kemper, Philip Santangelo* und *Jennifer Apolinário-Hagen* berichten in ihrem Beitrag von der Projektumsetzung sowie den -ergebnissen und erläutern, wie ein studentisches Gesundheitsmanagement durch digitale Tools im Setting der Fernuniversität gelingen kann. Fokussiert werden die Rahmenbedingungen, der Entwicklungsprozess und die Gestaltung der App *Stressdown* zur Stärkung der Stressbewältigungskompetenzen, die für Studierende der FernUniversität in Hagen konzipiert wurde. Die Autor*innen reflektieren abschließend die Einbettung von *Stressdown* im Setting Fernuniversität sowie weitere Perspektiven digitaler studentischer Gesundheitsförderung.

*Teil III: Digitalisierte Settings aus Perspektive politisch-gestaltender Akteur*innen und der Präventionsträger*

Nach den wissenschaftlichen und praxisbezogenen Perspektiven auf digitalisierte Settings im ersten und zweiten Teil des Sammelbandes werden im dritten und abschließenden Teil politisch-gestaltende Akteur*innen und Präventionsträger zu Wort kommen. Die settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention wird in Deutschland durch politische Rahmenbedingungen strukturiert – allen voran durch das Präventionsgesetz (§ 20 SGB V) und den GKV-Leitfaden Prävention. Verschiedene politisch-gestal-

tende Akteur*innen und die Präventionsträger haben einen Einfluss auf die Gestaltung, Umsetzung und Weiterentwicklung von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung in Settings, darunter u. a. die Sozialversicherungsträger, Landesvereinigungen bzw. -zentren für Gesundheit oder Vereine, die für Gesundheitsförderung oder Prävention eintreten und die Interessen bestimmter themenbezogener Akteur*innen vertreten. Nachfolgend werden einige relevante politisch-gestaltende Akteur*innen und Präventionsträger einen Einblick geben, inwiefern die Digitalisierung nicht nur die gesundheitsfördernden oder präventiven Angebote transformiert, sondern auch der Arbeit zugrundeliegende Werte sowie die eigenen Arbeitsweisen und Selbstverständnisse verändert.

In diesem Sinne beleuchten *Beate Grossmann*, *Uwe Prümel-Philippsen* und *Inke Ruhe* im ersten Beitrag des dritten Teils, wie Digitalisierung aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. gelingen kann. Basierend auf den Erkenntnissen und *Learnings* verschiedener Statuskonferenzen und Präventionsforen resümieren die Autor*innen, dass es eines passgenauen und bedarfsgerechten Einsatzes digitaler Angebote bedarf. Für einen gelingenden Einsatz von Technologien unterbreiten sie einen Vorschlag zur Vermittlung zwischen den eher wertebasierten und den eher eng auf digitale Techniken und Methoden fokussierten Diskursen.

Eine praxisnahe Lösung, um auf die aktuellen Herausforderungen der settingbasierten Gesundheitsförderung und Prävention zu reagieren, stellen *Mariella Seel*, *Julia Anna Deipenbrock*, *Jelena Sörensen* und *Ludwig Grillich* vor. Ihr Beitrag fokussiert die Methode *Design Thinking* als Instrument der partizipativen Entwicklung digitaler Gesundheitsförderungsangebote für den Verband der Privaten Krankenversicherung. Hierfür stellen sie den Entwicklungsprozess einer *digitalen Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention* (DIFA) vor – eine Plattform, die zukünftig Beratung, Schulung, Vernetzung und Projektmanagement in der Settingprävention unabhängig von den Anbieter*innen ermöglichen soll.

Inwiefern die Digitalisierung die Arbeit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern beeinflusst und welche Chancen und Risiken damit einhergehen, davon berichten die Mitarbeitenden *Friederike Keipke* und *Kristin Mielke* in ihrem Beitrag. Sie zeigen auf, dass die mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung auf Länderebene betrauten Institutionen sich mehr und mehr damit konfrontiert sehen, Multiplikator*innen und Endverbraucher*innen digitale Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu präsentieren und das Erreichen der Gesundheitsziele im eigenen Land zu unterstützen. Der Beitrag setzt einen Fokus

auf die Erfahrungen, die die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern mit dem Einsatz digitaler Gesundheitsförderung für die unterschiedlichen Anspruchsgruppen gemacht hat.

Der Sammelband schließt mit einem Beitrag von *Anja Bestmann, Marion Kiem* und *Stefan Winter*, die die Digitalisierung in der Prävention der Deutschen Rentenversicherung in den Blick nehmen. Sie geben einen praxisnahen Einblick in die digitale Transformation der präventiven Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung, darunter der *Ü45-Check* und das Präventionsprogramm *RV Fit* für Versicherte. Die Umsetzung wird anhand eines Modellprojektes am Centrum für Prävention (CeP) der Klinik Höhenried veranschaulicht, die ihr Präventionsangebot mit der digitalen Anwendung *CeP Online* ergänzt, die ein ortsunabhängiges Training und einen digitalen Austausch ermöglicht. Der Beitrag stellt erste Evaluationsergebnisse dieses Modellprojektes vor.

Die Beiträge des vorliegenden Sammelbandes geben insgesamt einen Einblick in den aktuellen wissenschaftlichen, praxis- sowie politikbezogenen Diskurs zur settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Zuge der digitalen Transformation. Dabei bilden die unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven und die vielfältigen Einblicke aus Politik und Praxis die hochgradig dynamischen Entwicklungen ab, mit denen das Forschungs- und Praxisfeld *Gesundheitsförderung und Prävention* aktuell und zukünftig konfrontiert ist.

Danksagung

Abschließend möchten wir uns bei allen bedanken, die zum Gelingen dieses Sammelbandes beigetragen haben: darunter *Ann Kristin Augst*, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Augsburg, die uns bei allen Fragen zur redaktionellen Arbeit – auch sehr kurzfristig – immer hilfsbereit und verständnisvoll zur Seite stand; *Sandra Frey* vom Nomos Verlag, die den Entwicklungsprozess dieses Bandes freundlich und kompetent begleitet hat; sowie *Alexandra Manzei-Gorsky*, Mitherausgeberin der Reihe *Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven*, die von Anfang an die Entstehung dieses Sammelbandes und dessen Mehrwert geglaubt hat. Des Weiteren möchten wir den Herausgeberinnen der Sammelband-Reihe – *Elisabeth André, Alexandra Manzei-Gorsky* und *Claudia Traidl-Hoffmann* – dafür danken, dass wir dieses so wichtige Thema hier platzieren dürfen und so die Möglichkeit haben, es an eine breite Leser*innenschaft zu bringen.

Zuletzt möchten wir insbesondere dem Fördergeber des zugrundeliegenden und zum Sammelband Anstoß gebenden Forschungsprojektes danken – dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband). Neben der finanziellen Förderung des Forschungsprojektes *Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Zeitalter der Digitalisierung* wurde auch die redaktionelle und konzeptionelle Arbeit der Herausgeberinnen *Anna Lea Stark* und *Joanna Albrecht* im Rahmen dieses Sammelbandes durch den PKV-Verband vergütet. Insbesondere möchten wir *Julia Anna Deipenbrock* und *Jelena Sörensen* vom PKV-Verband für die stets konstruktive, geduldige und herzliche Begleitung im Projektverlauf und während der Erstellung des Sammelbandes danken.

Siegen im März 2023

Christoph Dockweiler

Anna Lea Stark

Joanna Albrecht

Inhaltsverzeichnis

<i>Anna Lea Stark, Joanna Albrecht und Christoph Dockweiler</i> Digitale Transformation in Settings – Entwicklung eines neuen Begriffsverständnisses <i>digitalisierter Settings</i> entlang des Settingansatzes	19
Teil I Digitalisierte Settings aus Perspektive der Wissenschaft	53
<i>Nadine Pieck</i> Digitalisierung als Lernfeld in Settings – Diskussion des Begriffsverständnisses digitalisierter Settings	55
<i>Gudrun Faller</i> Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement – Organisationsentwicklung im Kontext von Digitalisierungsprozessen	77
<i>Matthias Meyer</i> Bedeutung des Settingansatzes in der digitalen Transformation von Non-Profit-Organisationen	99
<i>Gunnar Voß, Rahim Hajji und Ulrike Scorna</i> Potenziale und Herausforderungen von E-Learning zur Minderung von Prüfungsangst am Beispiel der Hochschule Magdeburg-Stendal in Zeiten von Corona – Ansätze für das Gesundheitsmanagement an Hochschulen	125
<i>Berit Brandes, Heide Busse, Stefanie M. Helmer und Saskia Muellmann</i> Gesundheitliche Chancengleichheit in der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel des Settings Schule	153

Teil II Digitalisierte Settings aus Perspektive der Praxis 175

Susanne Giel, Ludwig Grillich, Lena Köhler und Elitsa Uzunova
Evaluation der Digitalisierung in der lebensweltbezogenen
Prävention und Gesundheitsförderung 177

Eva Obernauer und Simon Lang
LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung im Pflegesetting –
Erfahrungen mit der Digitalisierung eines
Organisationsentwicklungsprozesses 197

Markus Möckel
E-Sport: digital und gesund? Ansätze der Gesundheitsförderung
im E-Sport 217

*Dirk Bruland, Kilian Krämer, Laura Herrera Bayo und Anne-Dörte
Latteck*
Digitalisierung und Gesundheit im Setting der Eingliederungshilfe:
Status quo anhand der Erfahrungen des Modellprojekts #ROOKIE 231

*Christel Salewski, Jessica Kemper, Philip Santangelo und Jennifer
Apolinário-Hagen*
Studentisches Gesundheitsmanagement in der Fernuniversität
durch digitale Tools – das Projekt *Die Gesundheit Fernstudierender
stärken* 249

**Teil III Digitalisierte Settings aus Perspektive politisch-
gestaltender Akteur*innen und der Präventionsträger** 271

Beate Grossmann, Uwe Prümel-Philippsen und Inke Ruhe
Die settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im
Spannungsfeld von digitalem Fortschritt und wertebasierter
Orientierung – aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und
Gesundheitsförderung 273

Mariella Seel, Julia Anna Deipenbrock, Jelena Sörensen und Ludwig Grillich

Ansätze zur Gestaltung des Versorgungswandels in der
Settingprävention: Design Thinking als Methode der
partizipativen Entwicklung digitaler Angebote in der
Gesundheitsförderung für den Verband der Privaten
Krankenversicherung 287

Friederike Keipke und Kristin Mielke

Zwischen politischen Zielen und niedrigschwelliger Umsetzung:
Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der
settingbezogenen Gesundheitsförderung – Ein Erfahrungsbericht
der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-
Vorpommern 307

Anja Bestmann, Marion Kiem und Stefan Winter

Digitalisierung in der Prävention der Deutschen
Rentenversicherung 323

Glossar zur settingbezogenen Gesundheitsförderung und
Prävention in der digitalen Transformation 331

Autor*innenverzeichnis 347

Digitale Transformation in Settings – Entwicklung eines neuen Begriffsverständnisses *digitalisierter Settings* entlang des Settingansatzes

Anna Lea Stark, Joanna Albrecht und Christoph Dockweiler

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	19
Abstract	20
0. Einleitung	20
1. Einführung in das Settingverständnis nach dem Settingansatz der World Health Organization	21
2. Einführung in die Veränderungen von Settings durch die digitale Transformation	24
3. Methodisches Vorgehen im Forschungsprojekt und eingenommene Perspektive	26
4. Neues Begriffsverständnis von digitalisierten Settings	28
4.1 Organisationstheoretische Begriffsannäherung	28
4.2 Begriffsannäherung aus Perspektive des Settingansatzes	33
4.3 Synthese: Kurzdefinition zu digitalisierten Settings	38
5. Interventionslogiken nach dem Settingansatz in digitalisierten Settings	41
6. Handreichung zur Einordnung auf dem Kontinuum der digitalen Transformation	44
Literatur	47

Zusammenfassung

Im Zuge der digitalen Transformation verändern sich Settings in ihren Prozessen, Strukturen und in ihrer Kultur, sodass neue Chancen und Herausforderungen für die settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention entstehen. Um diesen Veränderungen zu begegnen, ist ein konzeptionelles Verständnis von digitalisierten Settings erforderlich. Basierend auf dem Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation und dem zugrundeliegenden Verständnis von Settings als Organisationen mit formalen Strukturen wird eine kritische Analyse und Begriffsdefinition vorgenommen. Daran anknüpfend werden Interventionslogiken nach dem Settingansatz in digitalisierten Settings aufgezeigt.

Abstract

During the digital transformation, settings are changing deeply in their processes, structures and culture, and new opportunities and challenges are emerging for setting-based health promotion and prevention. This requires a new conceptual understanding of digitalized settings that can address these changes. Based on the setting approach of the World Health Organization and the underlying understanding of settings as organizations with formal structures, a critical analysis and definition of terms is provided. Subsequently, intervention logics according to the setting approach in digitalized settings are presented.

0. Einleitung

Mit der digitalen Transformation gehen Veränderungen in allen Gesellschafts- und Lebensbereichen einher.¹ Es kommt zu Veränderungen von Arbeitsprozessen oder Organisationsstrukturen und der Alltag in Settings wird geprägt. Durch digitale Möglichkeiten der Vernetzung und Kommunikation zwischen Settingmitgliedern sind ebenso die Gesundheitsversorgung sowie die Gestaltung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention von tiefgreifenden Veränderungen betroffen.²

Vor diesem Hintergrund stellt sich zum einen die Frage, wie Strukturen von bestehenden Settings, im Sinne der Definition der World Health Organization (WHO), im Zuge der digitalen Transformation gesundheitsförderlich gestaltet werden können. Zum anderen stellt sich die Frage, ob sich durch die Veränderungen der digitalen Transformation neue Settings herausbilden, die im Sinne des Settingansatzes der WHO als Settings definiert werden können und als praktische Konsequenz in den Leitfaden Prävention aufgenommen werden sollten.

Um ganzheitliche Interventionen zur Entwicklung gesundheitsförderlicher bzw. präventiver Strukturen im Rahmen sich zunehmend digitalisierender Settings ableiten und evaluieren zu können, bedarf es einer politisch und praktisch operationalisierbaren Definition, die über bestehende Definitionen von digitalen Settings hinausgeht, und die Veränderungen von settingbezogenen Strukturmerkmalen ganzheitlich berücksichtigt.

1 Gokus et al. 2019.

2 Dockweiler/Fischer 2019.

Der vorliegende Beitrag zielt auf die Herleitung des Begriffsverständnisses digitalisierter Settings, der auf Basis des Settingansatzes der WHO und mit Blick auf den gesetzlichen Förderkontext eine Grundlage zur wissenschaftlichen, praktischen und politischen Diskussion schafft. Hierfür fokussiert der Beitrag in den nachfolgenden Kapiteln zunächst das Settingverständnis nach dem Settingansatz der WHO sowie beispielhafte Veränderungen von Settings durch die digitale Transformation. Daran anknüpfend wird in Kapitel 3 das methodische Vorgehen im zugrundeliegenden Forschungsprojekt und die eingenommene Perspektive auf den Untersuchungsgegenstand erläutert. In Kapitel 4 erfolgt dann die Herleitung des Begriffsverständnisses digitalisierter Settings sowie in Kapitel 5 die Ableitung von Interventionslogiken nach dem Settingansatz in digitalisierten Settings. Der Beitrag schließt mit einer Handreichung zur Einordnung von Settings auf dem Kontinuum der digitalen Transformation.

1. Einführung in das Settingverständnis nach dem Settingansatz der World Health Organization

Die WHO versteht unter dem Begriff *Setting* einen Ort oder sozialen Kontext, in dem Menschen alltäglichen Aufgaben nachgehen und in dem umweltbezogene, organisationale und personenbezogene Faktoren zusammenwirken und die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Settings werden definiert als ein Bereich, in dem Menschen ihre Umgebung aktiv nutzen und gestalten und somit gesundheitsbezogene Probleme schaffen oder lösen. Settings haben in der Regel physische Grenzen sowie eine Organisationsstruktur und umfassen eine Gruppe von Menschen mit definierten Rollen.³ In Wissenschaft und Praxis wird der Settingbegriff z. T. uneinheitlich definiert und verwendet. Entlang der WHO-Definition wird ein enges Begriffsverständnis deutlich, bei dem Settings als Organisationen mit formalen Strukturen (wie Betriebe, Schulen, Vereine) verstanden werden, die sich durch ihre Abgrenzbarkeit und einen hohen Strukturierungs- und Formalisierungsgrad, geregelte Mitgliedschaften sowie festgelegte Rollen auszeichnen.⁴ In einem breiteren Begriffsverständnis umfassen Settings neben Organisationen mit formalen Strukturen auch weniger formalisierte

3 WHO 1998.

4 Schulte-Zurhausen 2014.

bzw. informelle Zusammenhänge, wie gemeinsame sozialräumliche Bezüge, Lebenssituationen oder Wertorientierungen.⁵

Problematisch ist eine nicht eindeutige Abgrenzung zu dem *Begriff der Lebenswelten*, wobei einige Autor*innen die Begriffe Setting und Lebenswelt synonym verwenden, andere hingegen eine klare Differenzierung vornehmen.⁶ Kevin Dadaczynski versteht Lebenswelten als übergeordnete Einheiten, die die „Gesamtheit der für eine Person relevanten Einzelsettings [...], die sich erst aus der subjektiven Wahrnehmung und Deutung des Betroffenen erschließen lassen“,⁷ umfassen.

Gesundheitsförderung nach dem *Settingansatz der WHO* kann verschieden umgesetzt werden; häufig erfolgt eine Form der Organisationsentwicklung (OE) inklusive der Veränderung der physischen Umgebung, der Organisationsstrukturen, der Verwaltung und des Managements. Settings können auch zur Förderung der Gesundheit eingesetzt werden, indem die Menschen, die sich im Setting aufhalten, mit gesundheitsfördernden Interventionen erreicht werden. Eine weitere Möglichkeit der Gesundheitsförderung ist die Interaktion bzw. das Zusammenwirken eines Settings mit anderen Settings und der Bevölkerung.⁸ Das mit der Ottawa-Charta vorgestellte neue Verständnis von Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz liegt darin, dass nicht die Individuen selbst, sondern ihre sozialen Systeme Gegenstand von gesundheitsfördernden Interventionen sind.⁹ In diesen sozialen Systemen können deren Mitglieder mit verhaltensbezogenen Maßnahmen sowie die Strukturen und Rahmenbedingungen adressiert werden. So heißt es: „Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, play and love.“¹⁰ Der Settingansatz der WHO zielt schließlich darauf ab, gesundheitsfördernde Settings zu entwickeln, wozu holistische und multidisziplinäre Methoden entlang eines ganzheitlichen Systemansatzes und verschiedener Prinzipien (Partizipation, Partnerschaften, Empowerment, Gerechtigkeit) eingesetzt werden.¹¹

Mit Blick auf die deutsche Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft wurde der Settingansatz der WHO, in deutscher Übersetzung als *Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten*, mit dem Gesetz zur

5 Rosenbrock 2015.

6 Dadaczynski et al. 2016.

7 Dadaczynski 2019: 410.

8 WHO 1998.

9 Engelmann/Halkow 2008.

10 WHO 1986: 3.

11 Ebd. 2022.

Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) – kurz *Präventionsgesetz* – gesetzlich verankert.¹² Gemäß der Legaldefinition im § 20a Absatz 1 SGB V werden Lebenswelten als

„für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung, sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“

verstanden, in denen insbesondere der „Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ angestrebt werden. Im *Leitfaden Prävention* des GKV-Spitzenverbandes werden die inhaltlichen Handlungsfelder und die qualitativen Kriterien für Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten definiert. Hier werden die Begriffe Lebenswelten und Settings synonym verwendet. Für Gesundheitsförderung und Prävention relevante Settings sind nach dem Leitfaden Prävention

„vor allem Kommunen (auch Teile derselben sowie kommunenübergreifend der ländliche Raum) und in den Kommunen Bildungseinrichtungen (Kitas, Schulen, Hochschulen), Jugend-, Frauen- und Seniorenzentren, Vereine, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen sowie Einrichtungen der ambulanten pflegerischen Langzeitversorgung“¹³

sowie nach § 5 SGB XI auch stationäre Pflegeeinrichtungen und nach § 20b SGB V Betriebe. Die Kommune wird dabei als ein Dachsetting verstanden, das mehrere Einzelsettings (respektive Organisationen mit formalen Strukturen) umfasst. Weiter wird konkretisiert, dass sich Settings als soziale Systeme durch formelle Zugehörigkeits- oder Mitgliedschaftsregelungen gegenüber ihren Umwelten abgrenzen sowie interne, formelle Rollen- und Kompetenzgefüge aufweisen.¹⁴ Hier wird ein enges Begriffsverständnis von Settings und somit der Bezug zum Settingansatz der WHO deutlich, da der Settingbegriff tendenziell auf Organisationen mit formalen Strukturen begrenzt wird.

12 GKV-Spitzenverband 2021.

13 Ebd. 2021: 20.

14 Ebd. 2021.

2. Einführung in die Veränderungen von Settings durch die digitale Transformation

Die Digitalisierung hält auf verschiedene Weise Einzug in die settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Zum einen stehen neue digitale Tools zur Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung. Zum anderen transformieren sich Settings selbst und werden in ihren Strukturen und Prozessen zunehmend digitaler, was neue Gesundheitschancen und -risiken mit sich bringt.

Hinsichtlich der sich zunehmend digitalisierenden Settings scheinen große Erwartungen mit der Forschung und Entwicklung in den Bereichen der *digitalen Gesundheitsförderung und Prävention* verbunden zu sein.¹⁵ Durch bspw. *Big-Data*-Ansätze sollen digitale Daten aus Settings auf Basis digitaler Technologien (z. B. *Apps*, *Wearables*) zum einen eine Individualisierung von Präventions- und Versorgungskonzepten ermöglichen, zum anderen die Qualität und Effizienz in der Leistungserbringung verbessern.¹⁶ Internationale Studien und Forschungsprojekte konnten aufzeigen, dass digitale Versorgung (*E-Health/M-Health*) einen positiven Effekt auf gesundheitlich relevante Endpunkte (z. B. Lebensqualität) hat.¹⁷ Insgesamt zeigt sich bei dem Einsatz gesundheitsfördernder und präventiver Technologien bisher ein starker Fokus auf individuelle verhaltensbezogene Interventionen, während unterschiedliche Settings und sozialbenachteiligte Zielgruppen bisher eher selten betrachtet und erforscht werden.¹⁸

Wie bereits erwähnt, unterliegen Settings, wie unser gesamtgesellschaftliches Handeln, einer fundamentalen digitalen Transformation. Unter *digitaler Transformation* werden die kombinierten Effekte mehrerer digitaler Innovationsprozesse verstanden, die neue Akteur*innen, Strukturen, Verhaltensweisen, Wertvorstellungen und Überzeugungen hervorbringen sowie die bestehenden Regeln in Organisationen bedrohen, ersetzen oder ergänzen.¹⁹ Dies kann beispielhaft an dem Setting *Betrieb* verdeutlicht werden. In *betrieblichen Settings* ist insgesamt eine zunehmende Durchdringung und Nutzung digitaler Technologien zu beobachten. So zeigt der D21-Digital-Index 2020/2021, dass sich der Anteil der Beschäftigten, die

15 Jarke 2018.

16 Schnell 2018.

17 Jacobs et al. 2016; Pakarinen et al. 2017; Nour et al. 2016.

18 Stark et al. 2022a; Fischer 2020.

19 Hinings et al. 2018.

mobil (Tearbeit oder Homeoffice) und somit mittels digitaler Technologien arbeiten, im Vergleich zum Vorjahr verdoppelt hat und nun bei 32% liegt.²⁰ Betriebe haben je nach Branche und Tätigkeitsform unterschiedliche Möglichkeiten, ihren Beschäftigten digitales Arbeiten zu ermöglichen, und setzen dies unterschiedlich stark um. Die Digitalisierung wirkt sich massiv auf Prozesse und Strukturen in Betrieben aus, wobei moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) vor allem eingesetzt werden, um Organisationsabläufe kosten- und nutzeneffizienter zu gestalten. Bereits seit den frühen 1990er Jahre werden *neue Organisationsformen* im Digitalisierungskontext betrachtet.²¹ So werden Betriebe mit einem digitalen Geschäftsmodell und elektronischen Wertschöpfungsprozessen, wie *Google* oder *Facebook*, auch als *digitale Organisationen* bezeichnet.²² In der Arbeitsforschung werden aktuell insbesondere neue Belastungsfaktoren und gesundheitsfördernde Auswirkungen im Zusammenhang mit IKT in Organisationen erforscht.²³ Vor diesem Hintergrund scheint es verwunderlich, dass in deutschen Betrieben die betriebliche Gesundheit im Rahmen von Digitalisierungsprozessen bisher kaum berücksichtigt wird.²⁴

Neben dem betrieblichen Setting findet die digitale Transformation in einem variierenden Ausmaß in allen weiteren Settings statt, bspw. in Bildungs-, Sozial- oder Versorgungseinrichtungen. Auch die Freizeitgestaltung unterliegt (z. B. durch die Veränderungen im organisierten Vereinsport) einem digitalen Wandel mit entsprechenden Implikationen für die Gesundheit. Besonders relevant ist daher der Blick auf die Veränderungen von Settings entlang der digitalen Transformation, um Implikationen für die Gesundheit und geeignete sowie zukunftsfähige (analoge oder digitale) Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung abzuleiten. Hierfür bedarf es zunächst einer *Definition von (teil-)digitalen Settings*, um Veränderungen von und in Settings anhand einheitlicher Kriterien einzuordnen und beschreibbar zu machen. Die Analyse der digitalen Transformation in Settings und der damit einhergehenden Gesundheitschancen und -risiken könnte Settingverantwortliche oder Praktiker*innen der Gesundheitsförderung und Prävention künftig dabei unterstützen, Bedarfe für Interventionen abzuleiten und je nach Digitalisierungsstand passende und

20 Initiative D21 e. V. 2021.

21 Nicolai 2021.

22 Kollmann/Hensellek 2017.

23 Mache/Harth 2020.

24 Arps et al. 2019.

akzeptierte Interventionsformen (u. a. analog, digital, hybrid) zu identifizieren und zu implementieren.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob sich im Rahmen der digitalen Transformation neue digitale Settings herausgebildet haben, die im Sinne des Settingansatzes der WHO als Settings definiert werden können und als praktische Konsequenz in den Leitfaden Prävention aufgenommen werden sollten. Denkbar wären hier bspw. *E-Sport*-Vereine, Social-Media-Plattformen, digitale Betriebe im Bereich *E-Commerce*, Fernhochschulen mit Fokus auf *E-Learning* als Organisationen mit formalen Strukturen, die gestaltbar sind. Um solche neuen digitalen Umgebungen einordnen und ggf. als Settings definieren zu können, bedarf es auch einer Analyse und Überprüfung der Gültigkeit des aktuellen, zuvor dargelegten Settingverständnisses der WHO im Rahmen der digitalen Transformation.

3. Methodisches Vorgehen im Forschungsprojekt und eingenommene Perspektive

Der vorliegende Beitrag basiert auf Ergebnissen des Projektes *Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Zeitalter der Digitalisierung*, das von November 2019 bis Januar 2022 von Forscher*innen des *Centre for ePublic Health Research* an der Universität Bielefeld umgesetzt und vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. gefördert wurde. Das Projekt zielte zum einen darauf ab, eine wissenschaftsfundierte Definition der Begriffe digitale bzw. teildigitale Settings (Digital & Blended Settings) im Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz der WHO zu erarbeiten. Zum anderen wurden interdisziplinäre Forschungsbedarfe, neue Forschungsmethoden und innovative²⁵ Interventionen im Bereich der digitalen settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert. An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass zu Beginn des Projektes die Begriffe digitale und teildigitale Settings (Digital & Blended Settings) als fokussierte Begriffe diskutiert und verwendet wurden. Im Laufe des Projektes stellte sich bei der Analyse des Themenfeldes heraus, dass der Begriff der digitalisierten Settings ganzheitlicher ist und den Analysegegenstand besser erfasst.

Das in diesem Beitrag vorgestellte Begriffsverständnis digitalisierter Settings entstand auf Grundlage eines *Mixed-Methods-Ansatzes*, der explora-

25 Auf aktueller Literatur und aktuellen Expert*innenmeinungen sowie Praxisbeispielen basierend.

tive sowie systematische Literaturrecherchen, Expert*inneninterviews im Einzelformat (n=7) und Gruppenformat (als Fokusgruppen, n=4) mit insgesamt 20 Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis integrierte. Basierend auf den Themen, offenen Fragen und Anregungen zu digitalen und Blended Settings aus den o. g. Expert*inneninterviews (z. B. zu Formalität, digitalen Organisationen, sozialer Interaktion), wurden von den Projektmitarbeitenden sowie von externen Expert*innen vertiefende Literaturrecherchen durchgeführt. Die nachfolgende Begriffsherleitung erfolgt somit literaturgestützt und ist das Ergebnis der vertiefenden Literaturrecherchen, in denen das Expert*innenwissen vertieft und literaturbasiert aufbereitet wurde.

Die Expertise bezüglich datenschutzrechtlicher Bestimmungen entlang der digitalen Transformation in Organisationen deckten Prof. Dr. Thomas Wischmeyer und Anna Berry (Fakultät für Rechtswissenschaften, Universität Bielefeld) ab. Matthias Meyer (Institut für Public Health, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften) erarbeitete darüber hinaus Inhalte zur digitalen Transformation in Non-Profit-Organisationen (NPOs).

Die Identifikation innovativer Interventionslogiken erfolgte im Projekt im Rahmen eines Scoping Reviews²⁶ und Horizon Scans, inklusive einer Studien-, Projekt-, und Social-Media-Recherche, telefonischen Expert*inneninterviews (n=6) und einer onlinebasierten Delphi-Befragung²⁷ (n=88).

Für die Begriffsentwicklung wurde eine *spezifische Perspektive* auf den Untersuchungsgegenstand eingenommen. Die Autor*innen verstehen Settings im Sinne des Settingansatzes der WHO in einer engen Perspektive als Organisationen mit formalen Strukturen, weshalb der Begriff der *Organisation* in der folgenden Herleitung der Begriffsdefinition beleuchtet wird. Dabei wird eine organisationstheoretische Perspektive mit einem Schwerpunkt auf der Managementtheorie eingenommen, um Strukturen und zugrundeliegende Prozesse von Organisationen und damit realitätsnahe Bedingungen in Organisationen zu berücksichtigen. Diese Perspektive lässt sich auch vor dem Hintergrund der WHO-Definition des Settingansatzes legitimieren, in der die Veränderungen von organisationalen Strukturen, Verwaltung und Management fokussiert werden.²⁸

26 Stark et al. 2022a; Stark et al. 2022b.

27 Stark et al. 2023.

28 WHO 1998.

4. Neues Begriffsverständnis von digitalisierten Settings

Nachfolgend wird ein neues Begriffsverständnis von digitalisierten Settings im Kontext des Settingansatzes der WHO hergeleitet und vorgestellt. Da Settings im Sinne des Settingansatzes der WHO als Organisationen mit formalen Strukturen verstanden werden, erfolgt – wie zuvor beschrieben – eine organisationstheoretische Annäherung an den Begriff, wobei die einzelnen Elemente von Organisationen definiert und Beispiele für deren digitale Transformation gegeben werden. Im Anschluss werden definitorische Aspekte des Settingansatzes der WHO vorgestellt und hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Gültigkeit im Rahmen der digitalen Transformation untersucht. Schließlich erfolgt die Synthese dieser Erkenntnisse im Rahmen der Begriffsdefinition *digitalisierter Settings*.

4.1 Organisationstheoretische Begriffsannäherung

Eine *Organisation* wird aus institutionaler Perspektive als ein „zielgerichtetes soziales System verstanden.“²⁹ Im Sinne der Zielverfolgung bildet die Organisation ein zeitlich überdauerndes, soziales System, das sich von seiner Umwelt abgrenzt und sich mit dieser in einem permanenten Austausch befindet.³⁰ Dabei wird eine Organisation durch eine formale Organisationsstruktur charakterisiert, die der Organisation einen Rahmen zur Ausübung von Aktivitäten zur Zielverfolgung schafft.³¹

Formale Struktur meint in diesem Zusammenhang ein (meist schriftliches fixiertes) „System von geltenden Regelungen zur Steuerung von Leistung und Verhalten der Organisationsmitglieder.“³² Ein Beispiel ist eine schriftliche, für alle Mitglieder geltende Betriebsverordnung.

Neben den formalen Strukturen, weist jede Organisation auch informale Bestandteile auf, respektive informale Strukturen. So sind kollegiale Freundesgruppen, der ‚kurze Dienstweg‘ oder informale Normen und Werte nicht formal entschiedene oder entscheidbare Strukturen.³³ Für die informale Seite von Organisationen hat sich auch der Begriff der *informalen*

29 Bergmann/Garrecht 2016: 3.

30 Schulte-Zurhausen 2014; Schuler/Moser 2019.

31 Kieser/Walgenbach 2010: 10.

32 Ebd.

33 Tacke 2015; Ringel 2013.

Organisation herausgebildet, der die sozialen Strukturen in Organisationen meint, die durch persönliche Ziele, Wünsche oder Verhaltensweisen der Organisationsmitglieder entstehen.³⁴

Wichtig ist an dieser Stelle, Organisationen als soziale Systeme mit formalen Strukturen von anderen sozialen Systemen wie (Freundes-)Gruppen, Familien oder Bewegungen abzugrenzen. Unterschiede zeigen sich bspw. in der Formalisierung, den Mitgliedschaftsregelungen, der Zweckdefinition oder der Bedeutung von Hierarchien.³⁵ So ist eine Freundesgruppe bspw. weniger formalisiert, da keine eindeutige, formalisierte Mitgliedschaftszuweisung besteht, wodurch Normen nicht mit Verweis auf formale Regeln durchgesetzt werden können.³⁶

Organisationen werden, wie zuvor beschrieben, aus einer *Zweckbestimmung* heraus gegründet, die als übergreifendes Ziel in der Existenz und der Aufgabenbewältigung einer Organisation stehen.³⁷ Entlang der Zweckbestimmung können Organisationen in profitorientierte, gewinnstrebende Organisationen bzw. *For-Profit-Organisation* (FPO) und *Non-Profit-Organisationen* unterteilt werden. Bis heute liegt in der Wissenschaft jedoch keine allgemeingültige Definition für NPOs vor.³⁸ Häufig werden privatrechtliche Organisationen (Vereine, Institutionen, Stiftungen usw.) als NPOs von FPOs abgegrenzt, da sie nicht gegründet wurden, um Gewinn zu erzielen, der Privatpersonen zugutekommt.³⁹ NPOs verfolgen vorrangig Sachziele, die der Zweckerfüllung bzw. der Erfüllung ihrer *Mission* dienen (z. B. staatliche oder private Ziele, die über Verfassungsorgane definiert werden), sowie wirtschaftliche Sachziele, die zur Erfüllung von Anforderungen im Bereich der Kund*innenbindung, Marketingmaßnahmen, Qualifikation von Mitarbeitenden oder Leistungserstellung formuliert werden. NPOs unterscheiden sich somit von FPOs, die insbesondere Formalziele (z. B. Gewinn, Rentabilität und Liquidität) verfolgen.⁴⁰

Sowohl NPOs als auch FPOs können als Organisation weniger oder stärker digitalisiert bzw. digital aufgestellt sein und sind entsprechend auf einem *Kontinuum der digitalen Transformation* einzuordnen. Komplexe und dynamische Veränderungen finden im Spannungsfeld *Struktur, Kultur*

34 Tacke 2015; Schulte-Zurhausen 2014.

35 Kühl 2011; Kühl 2014.

36 Kühl 2021.

37 Kühl 2014.

38 Schneider et al. 2007; Anheier 2014; Meyer 2022.

39 Butler 2008; Meyer 2022.

40 Gahrman 2016; Schauer 2001.

und Strategie einer Organisation statt.⁴¹ Dabei stehen alle Elemente einer Organisation miteinander wechselseitig⁴² sowie mit den Bereichen und internen Prozessen einer Organisation in Beziehung. Gemeinsam nehmen sie im Rahmen der digitalen Transformation Einfluss auf das Verhalten der Organisationsmitglieder und werden wiederum durch das Verhalten beeinflusst.⁴³ Die Elemente werden nachfolgend erläutert und Veränderungen entlang der digitalen Transformation beispielhaft beschrieben.

Wie beschrieben wird die *Organisationsstruktur* als System von geltenden Regelungen in einer Organisation definiert.⁴⁴ Dieses Element umfasst auch die *Aufbauorganisation*. Die Aufbauorganisation meint die Abbildung von Struktur (z. B. in Form von hierarchischen Anordnungen der Funktionsbereiche einer Organisation in Organigrammen). Organisationale Regelungen können die Spezialisierung (Arbeitsteilung), Koordination, Konfiguration (Aufbauorganisation), Entscheidungsdelegation (Kompetenzverteilung) oder Formalisierung einer Organisation betreffen. Die digitale Transformation in Organisationen führt zu Veränderungen, indem Strukturen digitalisiert oder digital neu ausgebildet werden. So entstehen u. a. neue Organisationsformen mit virtuellen Organisationsstrukturen, die formal-hierarchische Strukturen ablösen und „informelle, selbststeuernde Strukturen mit einem hohen Grad an Delegation und Dezentralisierung“⁴⁵ aufweisen können.

Neben der Betrachtung der Aufbauorganisation können Veränderungen in Organisationen ebenso entlang der *Ablauforganisation* (= Abbildung von Prozessen in einer Organisation) manifestiert werden.⁴⁶ Zu den *Prozessen* (Abläufen) in Organisationen gehören alle bereichsübergreifenden Aktivitäten sowie jene Aktivitäten in den Funktionsbereichen einer Organisation, die zur Erfüllung ihrer Zweck- und Zielorientierung dienen. Übergreifende Prozesstypen sind Unterstützungs-, Geschäfts- und Managementprozesse.⁴⁷ Veränderungen infolge der digitalen Transformationen zeigen sich bspw. im Bereich der Managementprozesse. Die im Rahmen der Digitalisierung in einer Organisation erfassten und gespeicherten Daten erleichtern z. T. die Kontrolle formaler Arbeitsabläufe, die Sichtbarmachung von

41 Marek 2020.

42 Kobi 2008; Bergmann/Garrecht 2016.

43 Böniger 2020; Huber et al. 2020.

44 Kieser/Walgenbach 2010.

45 Picot/Neuburger 2008.

46 Bergmann/Garrecht 2016.

47 Rüegg-Stürm 2004.

formalen Verstößen sowie den Eingriff in Entscheidungsprozesse.⁴⁸ Auf Seiten der Mitarbeitenden können digitale Technologien, die durch das Management zur Kontrolle formaler Arbeitsabläufe genutzt werden, jedoch auch Befürchtungen der Überwachung auslösen, die die Mitarbeitenden in „ihrer Eigenständigkeit und Entscheidungsfreiheit beschränken.“⁴⁹

Neben Struktur- und Prozessveränderungen werden auch die Elemente *Strategie* und *Kultur* im Zuge der digitalen Transformation verändert. Im organisationstheoretischen Kontext werden unter *Strategien* die auf Langfristigkeit ausgelegten Handlungsprogramme bzw. -pläne einer Organisation verstanden. Sie dienen dazu, „den langfristigen Bestand und die fortlaufende Entwicklungsfähigkeit einer Organisation zu gewährleisten, damit sie ihre Ziele auch unter wechselnden Bedingungen erreichen kann.“⁵⁰ Eine *Organisationsstrategie* berücksichtigt u. a. das Leitbild, die Vision und die konkreten Ziele einer Organisation.⁵¹ Im Rahmen der digitalen Transformation sind Organisationen ständigen Veränderungsprozessen ausgesetzt. Hierauf ausgerichtete *Digitalisierungsstrategien* können die Weichen für eine gelingende digitale Transformation stellen.⁵² Einer Digitalisierungsstrategie liegt i. d. R. eine digitale Vision zugrunde, an der sich eine Organisation im Kontext der Digitalisierung orientieren kann, um ihre langfristigen Digitalisierungsziele zu erreichen.⁵³

Kultur im Kontext einer Organisation umfasst die in der Organisation vorliegenden Normen, Werte und Denkhaltungen, die das Verhalten der Organisationsmitglieder beeinflussen.⁵⁴ Josef Herget und Herbert Strobel sprechen bei Unternehmenskultur von

„zentralen Spiel- und Kommunikationsregeln [...], die das faktische Leben innerhalb der Organisation entscheidend prägen. Sie legt auf eine informelle Art und Weise fest ‚was man hier macht und was nicht‘, was als ‚gut‘ belohnt wird und was als ‚schlecht‘ sanktioniert wird.“⁵⁵

Aktuelle Studien belegen, dass die digitale Transformation in Organisationen deren Kultur sowohl in Richtung gesteigertes Effizienzdenken als

48 BÜCHNER 2018.

49 NIEHAUS 2019: 117.

50 Gmür 2000: 177.

51 Feld 2008; Meisel/Feld 2009.

52 Hess/Barthel 2017.

53 Lipsmeier et al. 2019.

54 Bergmann/Garrecht 2016.

55 Herget/Strobl 2018: 7.

auch in Richtung mehr Menschlichkeit verändern kann.⁵⁶ Sie spielt durch ihre starke Einflussnahme auf das Verhalten der Organisationsmitglieder eine entscheidende Rolle dabei, ob die digitale Transformation gelingt oder scheitert. Bei der Ausformulierung einer Digitalisierungsstrategie wird daher zunehmend die Weiterentwicklung der Organisationskultur hin zu einer *digitalen Kultur* mitgeplant.⁵⁷

Des Weiteren finden Digitalisierungsprozesse unterschiedlich stark in allen *Organisationsbereichen* statt. Hierzu gehören u. a. die Bereiche Human Resources (HR), Marketing, Management, Service und Vertrieb.⁵⁸ In NPOs sind besonders die Bereiche HR, Marketing, Services, Finanzwesen, Administration und Stakeholdermanagement von hoher Relevanz und von der Digitalisierung betroffen.⁵⁹ So verändert sich bspw. im HR-Management die Rekrutierung, indem zunehmend Videotechnologien und künstliche Intelligenz in der Mitarbeitendengewinnung eingesetzt werden.⁶⁰

Eine grundsätzliche Voraussetzung für die Digitalisierung der oben beschriebenen Organisationselemente ist das Vorhandensein einer adäquaten *digitalen Infrastruktur*. Diese setzt sich aus den technischen (z. B. Internetzugang, Hard- und Software), menschlichen (z. B. Supportmöglichkeiten) und prozessualen Komponenten (z. B. Vernetzung von IT-Systemen innerhalb und außerhalb des Betriebs) zusammen, die den Mitarbeitenden einer Organisation die Nutzung von Technologien ermöglichen.⁶¹

Bei der Betrachtung von Settings als Organisationen müssen digitale Transformationsprozesse in allen Organisationsbereichen berücksichtigt werden, woraus sich verschiedene Schlussfolgerungen für die Definition *digitaler Settings* ableiten. Grundsätzlich bilden die Bezeichnungen digitales Setting und teildigitales (bzw. blended oder hybrides) Setting nicht das ganzheitliche *Kontinuum der digitalen Transformation* angemessen ab, sondern erlauben lediglich eine trennscharfe Einordnung als digital, teildigital oder nicht digital (analog). Nach dem vorangegangenen organisationstheoretischen Verständnis befindet sich jedoch jede Organisation (und somit jedes Setting) auf einem Kontinuum zwischen analog und digital und kann in unterschiedlichen organisationalen Bereichen unterschiedlich stark digital aufgestellt sein. Dabei können analoge Elemente einer Organisation di-

56 Huber et al. 2020.

57 Lipsmeier et al. 2019.

58 Schulte-Zurhausen 2014.

59 Meyer 2022.

60 Zurbriggen/Schellinger 2021.

61 Rauch et al. 2021.

gitalisiert, neue, rein digitale Elemente eingeführt werden (z. B. ein digitales Geschäftsmodell) oder digitale Elemente wieder in analoge rückversetzt werden. Demnach sollte der Begriff *digitalisiertes Setting* verwendet werden, da dieser die graduelle und nicht trennscharfe Ausprägung der Digitalisierung innerhalb von Organisationen ganzheitlich erfasst.

Auf dem Kontinuum der digitalen Transformation können Organisationen bzw. Settings als *stärker digitalisiert* bezeichnet werden, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der betrachteten Organisation stark ausgeprägt ist. Hierzu gehört z. B. eine Organisation mit einem digitalen Geschäftsmodell.⁶² Settings sind *weniger digitalisiert*, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der Organisation gering ausgeprägt ist. Hierzu gehören beispielsweise Schulen mit einem analogen Standort, die neben dem Präsenzunterricht auch teilweise Unterricht über digitale Technologien anbieten. Die Einordnung der betrachteten Organisation auf dem Kontinuum in *stärker oder weniger digitalisiert* ist maßgeblich, um einerseits einen Ansatzpunkt für mögliche analoge, hybride oder digitale Interventionen der Gesundheitsförderung bzw. Prävention und andererseits Ansatzpunkte für die gesundheitsförderliche Gestaltung der digitalen Transformation zu erhalten. Ein weniger digitalisiertes Setting verfügt grundsätzlich über anders gestaltete Elemente (wie z. B. Kommunikationsprozesse) als stärker digitalisierte Settings. Bei der Einordnung auf dem Kontinuum ist es maßgeblich, dass die betrachtete Organisation ganzheitlich betrachtet wird, d. h., dass alle Organisationselemente und deren Zusammenhänge berücksichtigt werden.

4.2 Begriffsannäherung aus Perspektive des Settingansatzes

Zuvor wurde die digitale Transformation in Organisationen als Setting betrachtet und es wurden Implikationen für die Definition digitalisierter Settings abgeleitet. Der Settingansatz der WHO umfasst darüber hinaus weitere definitorische Aspekte, die es zu analysieren gilt. Nachfolgend werden diese Kriterien erläutert und deren Anwendbarkeit im Rahmen der zunehmenden Digitalisierung von *klassischen* Settings (wie Schulen, Sportvereine, Pflegeeinrichtungen etc.) diskutiert. Weiter werden potenzielle neue Settings, die als stärker digitalisiert eingestuft werden können, vor diesem Hintergrund betrachtet. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die

62 Reinhardt 2020.

nachfolgend beschriebenen Kriterien separat betrachtet werden, um sie analysieren zu können. Grundsätzlich sind die Kriterien jedoch als Ganzes zu betrachten, da ein Setting im Sinne der WHO alle diese Kriterien aufweist.

Gemäß der Settingdefinition der WHO sind Settings integraler *Bestandteil des alltäglichen Lebens* in den Bereichen des Lernens, des Arbeitens, des Spielens (Freizeitgestaltung) und des Liebens (Beziehungsaufbau/-pflege).⁶³ Mit Blick auf die digitale Transformation wird deutlich, dass in klassischen Settings, in denen Menschen alltäglichen Aktivitäten nachgehen, zunehmend digitale Technologie eingesetzt werden. Dies zeigt sich bspw. in der zunehmenden Nutzung moderner digitaler Technologien in Betrieben (hier vor allem Dienstleistungsbetriebe)⁶⁴ oder in Hochschulen (hier vor allem im Bereich der Lehre).⁶⁵ Insbesondere Social-Media-Plattformen und *Messenger* werden zur privaten Kommunikation und somit zu Beziehungsaufbau oder -pflege genutzt.⁶⁶ Auch Betriebe und bspw. Organisationen der Gesundheitsförderung setzen zunehmend Social-Media-Plattformen zum Austausch mit verschiedenen Zielgruppen ein.⁶⁷ Zwar hat sich Social Media zu einem elementaren Bestandteil des alltäglichen Lebens entwickelt; unklar bleibt bisher jedoch, ob es sich bei Social-Media-Plattformen selbst um neue (stärker) digitalisierte Settings handelt.⁶⁸ Hier bedarf es der Analyse der weiteren Setting-Kriterien.

Die WHO definiert weiter, dass es sich bei Settings um *Orte oder soziale Kontexte* (respektive Sozialzusammenhänge) handelt.⁶⁹ Unstrittig ist an dieser Stelle die Möglichkeit von sozialer Interaktion (Sozialzusammenhängen) über das Internet. Vor allem mit der Entwicklung des Web 2.0 (auch *social web*) entstanden neue Möglichkeiten des sozialen Austausches über Social-Media-Plattformen wie *Twitter* oder *Instagram*.⁷⁰ Die Bezeichnung des Internets als *Ort* ist hingegen diskussionswürdiger. Orte können im engeren Sinne als lokalisierbare Raumstellen auf der Erde verstanden werden. In einem weiteren Sinne entstehen Orte erst aus spezifischen Konstellationen sozialer Beziehungen, die sich hier treffen und verweben,⁷¹

63 WHO 1986.

64 Arntz et al. 2016.

65 Seufert et al. 2019.

66 Beisch/Koch 2021.

67 Vedel et al. 2020.

68 Loss et al. 2014.

69 WHO 1998.

70 Lupton 2014.

71 Oßenbrügge/Koller 2006; Reutlinger 2009.

was eher dem Verständnis von *Orten als Sozialräumen* entspricht. Der Begriff Sozialraum weist bereits auf die Wechselbeziehung von physischem, lokalisierbarem Raum und sozialem Raum hin und schreibt Räumen eine physische, soziale und gesellschaftliche Dimension zu.⁷² Dem Internet hingegen wird vor allem die Eigenschaft der Zeit- und Ortsunabhängigkeit zugeschrieben. Bei dem Einsatz von Virtueller Realität (VR) kommt hinzu, dass Nutzer*innen nicht die reale physische, sondern eine simulierte virtuelle Umgebung erleben. Andere digitale Technologien zeichnen sich durch die Kombination bzw. Verschmelzung von virtuellen und physischen Realitäten bzw. Umgebungen aus, so z. B. Anwendungen mit Augmented Reality (AR).⁷³

Interessant ist an dieser Stelle auch die wissenschaftliche Diskussion um den Begriff *Cyberspace* als konzeptionellen digitalen Raum innerhalb der Informations- und Kommunikationstechnologien. Dieser besteht nicht aus einem einzigen homogenen Raum, sondern aus einer Vielzahl von Cyberspaces, von denen jeder eine andere Form der digitalen Interaktion und Kommunikation bietet.⁷⁴ Einige Autor*innen plädieren dafür, Cyberspaces als *Web-Places* und nicht als *Web-Seiten* bzw. als Orte (*places*) und nicht als Räume (*spaces*) zu verstehen und zu gestalten.⁷⁵ Da der Cyberspace ein Schauplatz alltäglicher wirtschaftlicher, kultureller und anderer (zwischen-)menschlicher Aktivitäten ist, besteht die Möglichkeit, ihn nach ortsähnlichen Prinzipien zu gestalten. Die Gestaltung des *Cyberspace als Sozialraum* bedeutet dabei nicht nur, soziale Interaktion zu ermöglichen, sondern – wie physische Orte auch – kulturelle Werte zu verkörpern und auszudrücken.⁷⁶ Klassische Settings, die sich in der digitalen Transformation befinden, können unterschiedlich starke physische sozial-räumliche Bezüge aufweisen. Dabei gilt: je stärker die Digitalisierung ausgeprägt ist, desto schwächer werden die *physischen* sozial-räumlichen Bezüge des Settings. So weisen Schulen mit einem analogen Standort als weniger digitalisierte Settings einen stärkeren *physischen* sozial-räumlichen Bezug auf, wohingegen bspw. *E-Commerce*-Unternehmen mit digitalem Geschäftsmodell (z. B. digitale Geschäftsabwicklung, digitaler Kund*innenkontakt) einen geringeren *physischen* sozial-räumlichen Bezug aufweisen.

72 Kessl/Reutlinger 2022.

73 Dörner et al. 2013.

74 Dodge/Kitchin 2001.

75 Kalay/Marx 2001; Maglio et al. 2003.

76 Kalay/Marx 2001.

Die Möglichkeit, Realitäten über digitale Technologien wie VR- oder AR-Anwendungen digital nachzuahmen oder digitale Interaktionsräume (Cyberspaces) bspw. über Online-Foren zu eröffnen, gibt Anlass dazu, den sozial-räumlichen Bezug nicht ausschließlich als physische Räume bzw. sozial-analog-räumliche Bezüge zu verstehen, sondern auf einen sozial-digital-räumlichen Bezug zu erweitern. Somit wäre der sozial-räumliche Bezug eines Settings über den physischen Ort hinaus um digitale Räume oder Orte (z. B. Internetforen oder Virtuelle Realitäten) sowie teildigitale *Mischorte* (z. B. Augmented Reality oder hybride Zusammenkünfte) erweitert. Es entsteht eine Vernetzung zwischen analogem und digitalem Sozialraum.⁷⁷ Weiterer Forschungsbedarf besteht dahingehend, ob Cyberspaces und Web 2.0-Anwendungen für sich allein als Orte bzw. Sozialräume verstanden und im Sinne der WHO als neue stärker digitalisierte Settings definiert werden können.

Angelehnt an das zuvor diskutierte Settingkriterium des sozial-räumlichen Bezugs muss auch das Kriterium der *Abgrenzbarkeit von Settings* an die dynamischen Veränderungen der digitalen Transformation angepasst werden. So weisen Settings der WHO zufolge i. d. R. physische Grenzen auf.⁷⁸ Die physischen Grenzen (also analog, an den physischen, lokalisierbaren Raum gebunden) werden mit einer stärkeren Digitalisierung von Settings zunehmend aufgelöst und durch digitale Grenzen (z. B. durch die auf einer digitalen Plattform begrenzten Interaktionsmöglichkeiten; Mitgliedschaftsregelungen, die auch technisch durch bspw. eine Anmeldung zu einer digitalen Anwendung umgesetzt werden; Möglichkeiten der Interoperabilität im Datenaustausch; rechtliche Rahmenbedingungen) erweitert. Bietet eine Schule bspw. vermehrt *E-Learning* an, so sind die Lehrenden und Schüler*innen nicht mehr (so stark) an den physischen Standort der Schule gebunden, sondern können ortsunabhängig in einem begrenzten digitalen Raum lehren und lernen.

Nach dem Verständnis der WHO wirken in Settings *umwelt- bzw. umgebungsbezogene, organisationale und personenbezogene Faktoren* wechselseitig und beeinflussen die Gesundheit der Settingmitglieder.⁷⁹ Mit Blick auf digitalisierte Settings sind neben den umweltbezogenen, organisationalen und personenbezogenen Faktoren besonders auch die technischen Einflussfaktoren eines Settings zu berücksichtigen. So kann bspw. die In-

⁷⁷ Kiehl 2020.

⁷⁸ WHO 1998.

⁷⁹ Ebd.

frastruktur einer digitalen Plattform (u. a. informationstechnische Gestaltung, Plattformschnittstellen und -funktionen)⁸⁰ direkten Einfluss auf die Gesundheit von Nutzer*innen bzw. Settingmitgliedern nehmen. Dies wird bspw. durch die Möglichkeit deutlich, Werbung zu gesundheitsschädigenden Produkten auf einer Plattform zu schalten.

Neben den Einflüssen des Settings auf die Settingmitglieder können andersherum auch die Settingmitglieder die Umgebung des Settings aktiv beeinflussen und somit *Einfluss auf ihre Gesundheit* nehmen.⁸¹ Dabei ist besonders die Betrachtung der Settingstrukturen inklusive der technischen Rahmenbedingungen (digitale Infrastruktur etc.) für digitalisierte Settings wichtig. Zwar ist die Studienlage hierzu noch gering, jedoch kann gefolgert werden, dass eine Einflussnahme von Settingmitgliedern auf die umweltbezogenen, organisationalen, sozialen und technischen Rahmenbedingungen auch in stärker digitalisierten Settings möglich ist. Bei Social-Media-Plattformen ist bspw. denkbar, dass technische Veränderungen vorgenommen werden, die das positive Darstellen von Risikoverhalten oder öffentliches Feedback einschränken. So kann z. B. der *Like-Button* als organisationale Komponente von *Facebook* die soziale Sanktionierung verstärken. Nutzer*innen könnten auch selbst aktiv werden, indem sie bspw. proaktiv solchen Accounts entfolgen oder sie blockieren, die riskantes Gesundheitsverhalten kommunizieren.⁸² Fraglich ist, inwieweit sich vorhandene Einflussmöglichkeiten im Zuge der zunehmenden Digitalisierung eines Settings verändern und ob sich diese Einflussmöglichkeiten zwischen weniger und stärker digitalisierten Settings unterscheiden.

Der WHO zufolge sind Settings zudem als *komplexe soziale Systeme* zu verstehen, in denen organisationale Strukturen vorliegen und Settingmitglieder definierte Rollen aufweisen.⁸³ Gemeinsam mit dem Kriterium der Abgrenzbarkeit von Settings können Settings somit als Organisationen mit formalen Strukturen verstanden werden.⁸⁴ Im Sinne der Systemischen Perspektive wird das Setting als komplexes soziales System verstanden, dass in Wechselbeziehung mit seiner externen Umwelt und anderen Settings steht.⁸⁵ Bei digitalisierten Settings, die bisher eher in geringem Ausmaß digitale Technologien einsetzen, handelt es sich um klassische Settings

80 Kreyenborg et al. 2021.

81 WHO 1998.

82 Loss et al. 2014.

83 WHO 1998, 2022.

84 Schulte-Zurhausen 2014.

85 Dadaczynski et al. 2016; Dooris 2006.

wie Betriebe, Schulen oder Vereine, die als Organisation in ihrer digitalen Transformation verstanden werden können (siehe zuvor). Auch das stärker digitalisierte Setting *Fernuniversität* kann bspw. als Organisation mit formalen Strukturen klassifiziert werden, da klare Mitgliedschaftsregeln (bspw. Einschreibung als Studierende als Bedingung der Mitgliedschaft), definierte Rollenanforderungen (bspw. Rolle der Dozent*innen als Wissensvermittler*innen) sowie formale Strukturen (Verhaltensregeln sind bspw. in der Studienordnung schriftlich festgehalten) vorhanden sind.

Weniger eindeutig ist die Einordnung von Social-Media-Plattformen als Organisation mit formalen Strukturen. Bei Unternehmen, die eine Social-Media-Plattform betreiben, handelt es sich klar um Betriebe, bestehend aus Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen – respektive um eine Organisation mit formalen Strukturen. Hier könnten im Setting *Betrieb* gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden. Bei Betrachtung der Social-Media-Plattform als Medium zur digitalen Kommunikation und Interaktion stehen eher informelle soziale Interaktionen von eher informellen sozialen (Freundes-)Gruppen im Fokus, die nicht zwangsläufig als Organisation mit formalen Strukturen definiert werden können. Denkbar sind hier verhaltensbezogene Interventionen auf der Plattform für die Zielgruppe der Nutzer*innen. Auch hierbei könnten organisationale Faktoren (wie bspw. Nutzungsbedingungen der Plattform) das Verhalten der Nutzer*innen strukturieren.⁸⁶ Bei einer ganzheitlichen Betrachtung der Social-Media-Plattform kann außerdem eine Perspektive auf die technischen und strukturellen Rahmenbedingungen der Plattform eingenommen werden, die als Schnittstelle zwischen Betrieb und Nutzer*innen Potenzial für eine gesundheitsförderliche Gestaltung bietet. Dazu zählen die bereits beschriebenen technischen Rahmenbedingungen (wie z. B. Nutzer*innenprofile und die Möglichkeit, Texte und Fotos zu posten oder Feedback zu geben), die die soziale Interaktion auf der Plattform strukturieren.⁸⁷

4.3 Synthese: Kurzdefinition zu digitalisierten Settings

Digitalisierte Settings sind im Sinne des Settingansatzes der WHO Organisationen mit formalen Strukturen, deren Strukturen (geltende Regelungen), Kultur (Gesamtheit der Normen, Werte und Denkhaltungen), Strategie

⁸⁶ Loss et al. 2014.

⁸⁷ Ebd.

(langfristige Handlungspläne), Bereiche (auf eine Aufgabe spezialisierte Abteilungen) und Prozesse (Abläufe) unterschiedlich stark digital ausgeprägt sind und die entsprechend auf dem Kontinuum der digitalen Transformation zu verorten sind.

Die einzelnen Elemente der Organisation und deren analoge oder digitale Ausprägungen stehen in Wechselwirkung mit dem Verhalten der Organisationsmitglieder und ihrer Umwelt. Dabei können bestehende analoge Elemente einer Organisation digitalisiert, neue rein digitale Elemente eingeführt oder digitalisierte Elemente in analoge Elemente rückversetzt werden. Innerhalb dieses Kontinuums können Settings als stärker digitalisiert bezeichnet werden, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der Organisation stark ausgeprägt ist. Settings sind weniger digitalisiert, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der Organisation gering ausgeprägt ist.

Digitalisierte Settings sind im Sinne des Settingansatzes der WHO Bestandteile des alltäglichen Lebens und weisen einen sozialen Kontext respektive einen Sozialzusammenhang auf, der zwischen den Settingmitgliedern besteht. Mit zunehmender Digitalisierung in Settings werden die *physischen* sozial-räumlichen Bezüge des Settings schwächer. So geht in digitalisierten Settings der sozial-räumliche Bezug über den physischen Ort hinaus und wird durch digitale Räume oder Orte (z. B. Internetforen oder Virtuelle Realitäten) sowie durch teildigitale *Mischorte* (z. B. Augmented Reality oder hybride Zusammenkünfte) erweitert oder ersetzt. In diesem Sinne werden mit zunehmender Digitalisierung auch die physischen (bzw. an den analogen physischen Raum gebundenen) Grenzen von Settings zunehmend aufgelöst und durch digitale (bzw. virtuelle) Grenzen erweitert oder ersetzt.

Dabei sind digitalisierte Settings im Sinne des Settingansatzes der WHO immer als komplexe soziale Systeme zu verstehen, in denen umwelt- bzw. umgebungsbezogene, organisationale, personenbezogene und technische Faktoren wechselseitig wirken und die Gesundheit der Settingmitglieder beeinflussen. Gleichzeitig haben die Settingmitglieder (potenziell) die Möglichkeit, auf die Umwelt des Settings inklusive der technischen Rahmenbedingungen Einfluss zu nehmen.

Das zuvor dargelegte Begriffsverständnis von digitalisierten Settings wird in der nachfolgenden Abb. 1 zusammenfassend veranschaulicht.

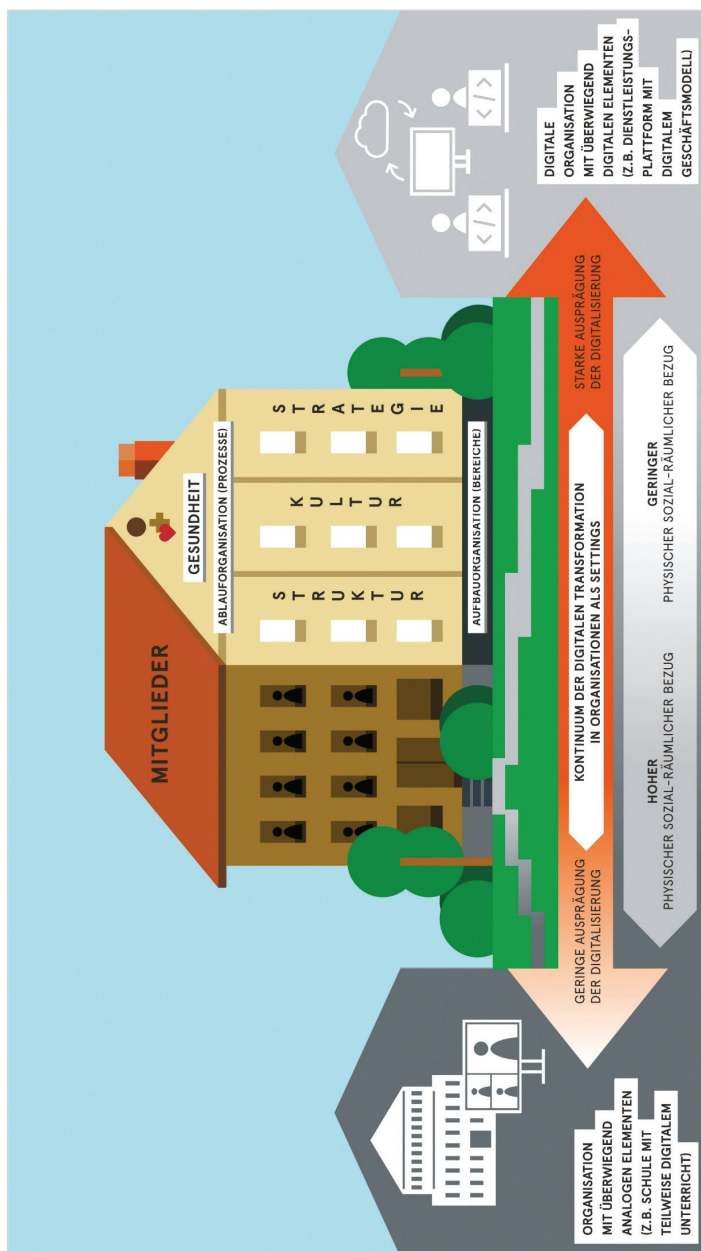


Abb. 1: Kontinuum der digitalen Transformation in Organisationen als Settings unter Berücksichtigung des Settingansatzes der WHO (Quelle: eigene Darstellung)

5. Interventionslogiken nach dem Settingansatz in digitalisierten Settings

Vor dem Hintergrund der Veränderungen des Settingverständnisses sowie des hergeleiteten Begriffsverständnisses digitalisierter Settings stellt sich nun die Frage, wie Settings im Zuge der digitalen Transformation gesundheitsförderlich gestaltet werden können.

Die zuvor aufgezeigten Veränderungen im Zuge der digitalen Transformation führen zu neuen Herausforderungen und Möglichkeiten in der settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Auf Grundlage des Forschungsprozesses werden nachfolgend zwei Interventionslogiken nach dem Settingansatz in digitalisierten Settings aufgezeigt.

Eine Interventionslogik betrifft Maßnahmen, die im Setting auf die *gesundheitsförderliche Gestaltung der digitalen Transformation* abzielen. Der Bedarf nach solchen Maßnahmen liegt zum einen darin begründet, dass die Digitalisierung an sich (bzw. die Einführung und Nutzung von Technologien) gesundheitsbezogene Auswirkungen auf die Settingmitglieder hat, und zum anderen, dass die Digitalisierung Prozesse und Strukturen in Settings verändert, was sich ebenfalls auf die Gesundheit der Settingmitglieder auswirken kann. Beispielsweise kann der Einsatz einer digitalen Plattform zur Erfassung, Analyse und Bewertung des Verhaltens und der Leistung von Mitarbeitenden in Betrieben auf der einen Seite zu einer höheren Performance, auf der anderen Seite jedoch auch zu einer höheren Arbeitsbelastung und Arbeitsstress führen. Hierfür stand bspw. die Performance- und Entwicklungsplattform *Zonar* von *Zalando* in der Kritik.⁸⁸ Weiter kann die Einführung neuer Technologien in einer Organisation bestehende Hierarchien und Machtgefüge beeinflussen. Auf der einen Seite kann der Technologieeinsatz zu einer erhöhten Selbstständigkeit der Mitarbeitenden und somit zu geringeren Machthierarchien führen.⁸⁹ Auf der anderen Seite können durch die entstehende Flexibilität bereits zuvor bestehende geschlechterbezogene Machthierarchien verstärkt werden⁹⁰ oder durch die Steigerung der Eigenverantwortung die Work-Life-Balance, Life-Domain-Balance sowie das allgemeine Wohlbefinden der Mitarbeitenden beeinträchtigt werden.⁹¹

88 Staab/Geschke 2020; Wolfie 2021.

89 Reinhardt 2020.

90 Hilf et al. 2018.

91 Wöhrmann et al. 2016.

Voraussetzung für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der digitalen Transformation ist deshalb die *Rückkopplung zwischen Digitalisierung und Gesundheit* im Rahmen der Organisationsentwicklung. Entsprechend müssen Digitalisierungsprozesse in der Planung und Weiterentwicklung des Betrieblichen bzw. settinginternen Gesundheitsmanagements betrachtet werden und ebenso muss die Gesundheit in Change- sowie OE-Prozessen durch Digitalisierung mitgedacht werden. Als Grundlage einer gesundheitsförderlichen digitalen Transformation gilt es, gesundheitsbezogene Auswirkungen durch den Einsatz digitaler Technologien zu beleuchten und daraufhin gesundheitsförderliche Maßnahmen im strategischen Rahmen mitzuplanen, bspw. in Form einer *Gesundheitsfolgenabschätzung*. Bisher zeigt sich, dass bei der digitalen Transformation in Organisationen Gesundheitsfragen kaum berücksichtigt werden.⁹² Gesundheitsfolgenabschätzungen wären jedoch notwendig, um in einem Setting gesundheitsbezogene Aspekte in jedwedem Digitalisierungsprozess strukturiert mitzudenken, um gesundheitsgefährdende Effekte (wie bspw. psychische Belastungen, ausschweifende Sitzzeiten oder Bildschirmarbeiten) aufzudecken und diesen intervenierend entgegenzuwirken. Die gesundheitsförderliche Einführung und Nutzung digitaler Technologien in Settings kann entlang des *gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozesses* erfolgen. Beispielsweise bietet sich der gesundheitsförderliche OE-Prozess nach Faller⁹³ an, welcher mit vorausgehender Auftragsklärung und Strukturbildung die Prozessphasen Konzeption, Analyse, Transparenz für Beschäftigte, Partizipative Planung, Umsetzung und Erprobung sowie Evaluation umfasst.

Die andere Interventionslogik betrifft Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting durch den Einsatz von digitalen Technologien (*digitale Gesundheitsförderung und Prävention in Settings*). Digitale Technologien können gezielt zur Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen, bspw. zur Veränderung von Verhalten oder Verhältnissen, eingesetzt werden und somit Einfluss auf die Gesundheit von Settingmitgliedern nehmen. Jedoch bieten auch die weiteren Phasen des *lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses* entlang des Leitfadens Prävention Anknüpfungspunkte für den Einsatz von Technologien. Unsere Erhebung (Delphi-Befragung mit n=88 Expert*innen) zeigt

92 Arps et al. 2019.

93 Faller 2017.

u. a., dass bereits diverse Technologien existieren, die die verschiedenen Phasen eines Gesundheitsförderungsprozesses unterstützen können, und dass Expert*innen diesen Technologien grundsätzlich ein großes Potenzial zuschreiben. Eine ausführliche Beschreibung zu künftigen Trends und Potenzialen hinsichtlich des Einsatzes digitaler Technologien in der setting-bezogenen Gesundheitsförderung und Prävention kann einer separaten Publikation entnommen werden.⁹⁴

In der *Vorbereitungsphase* des *lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozesses* besteht bspw. die Möglichkeit, dass sich Projektverantwortliche online Informationen zu einem Gesundheitsthema einholen und erste Bedarfe analysieren. Digitale Informationsveranstaltungen, Homepages sowie digitale Newsletter dienen dazu, Ansprechpartner*innen und Stakeholder zu erreichen und über das Projekt zu informieren. Auch ist die vorbereitende Nutzung von Webinaren und digitalen Schulungsmaterialien, sowie individuelle Beratung von Verantwortlichen mit Hilfe von Videokonferenzen möglich.

In der Phase *Nutzung und Aufbau von Strukturen* können relevante Gesundheitsinformationen oder Akteur*innen online recherchiert werden. Über digitale Netzwerkkarten können potenzielle Kooperationspartner*innen identifiziert werden. Zur Zusammenarbeit und zum Austausch zwischen Akteur*innen kann auf digitale Anwendungen wie Videokonferenzen (Tools wie *Zoom*, *Webex*, *BigBlueButton*), E-Mail-Verteiler, Telefonkonferenzen, Messenger (wie *WhatsApp*), digitale Pinnwände oder andere Kommunikationstools (wie *Microsoft Teams*) zurückgegriffen werden. Auch besteht die Möglichkeit von digitalen Netzwerktreffen oder digitalen Meetings für Kick-Off-Veranstaltungen.

In der *Analysephase* können gesundheitliche Belastungsschwerpunkte, Veränderungsbedarfe und Ressourcen digital ermittelt und analysiert werden. Hier können bspw. Gesundheits-Apps auf dem Smartphone und *Wearables* zur Erfassung und Analyse von gesundheitsbezogenen Daten (wie z. B. Bewegungsmuster, Stress oder Körperhaltungen am Arbeitsplatz) verwendet werden. Online-Umfragetools dienen der Erhebung von Bedarfen und Ressourcen in Settings (z. B. die Online-Gefährdungsanalyse über das *psyGA* Online-Tool). Viele Online-Umfragetools haben auch direkt Analysesysteme integriert, wie zum Beispiel *SurveyMonkey*, *LimeSurvey* oder *Unipark*. Auch die Analyse von erhobenen Daten auf Basis von Sys-

94 Stark et al. 2023.

temen mit Künstlicher Intelligenz und die Ableitung individueller Handlungsempfehlungen ist möglich.

Die *Maßnahmenplanung* kann zum einen durch digitale Technologien unterstützt werden, die das Projektmanagement oder die Interventionsplanung betreffen, darunter digitale Projektmanagementtools (wie *DEVA-CHECK* oder *quint-essenz*). Zum anderen können Technologien zum Austausch und zur Vernetzung in der Planungsphase genutzt werden. Dazu zählen Online-Foren, Videokonferenzsysteme, E-Mails und *Cloud*-Dienste.

Die *Umsetzungsphase* umfasst die konkreten Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder Prävention im Setting, welche verhältnisorientiert oder verhaltensorientiert sein können. Auf Verhaltensebene gibt es digitale Fortbildungs- und Schulungstools, wie zum Beispiel webbasierte Seminare und Workshops sowie Online-Gesundheitskurse. Konkrete verhaltensorientierte Interventionen sind Gesundheits-Apps (z. B. *7Mind*), Tools mit virtuellen Gesundheitsaktionen (z. B. VR-Escape Rooms), *E-Learning*, Apps mit *Gamification*-Ansätzen (*Exergames*), und diverse interaktive Tools (z. B. *Tovertafel* oder *Qwiek*). Verhältnisbezogene Beispiele sind u. a. der Einsatz von *Tracking*-Technologien, auf deren Grundlage Strukturveränderungen in Settings abgeleitet werden, oder die Durchführung digitaler Schulungen oder Beratungen zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung sowie die Nutzung digitaler Netzwerkplattformen.

Zur *Evaluation* von Gesundheitsförderungsprojekten eignen sich die bereits benannten Online-Befragungstools mit integrierten Analysesystemen wie *SurveyMonkey*, *LimeSurvey* oder *Unipark*. Ebenso können Evaluationsbefragungen über Videokonferenzen durchgeführt werden.

6. Handreichung zur Einordnung auf dem Kontinuum der digitalen Transformation

Die folgende Handreichung (vgl. Tab. 1) wurde durch die Autor*innen entwickelt und kann als Entscheidungshilfe sowie als Diskussionsgrundlage für die Einordnung des eigenen Settings auf dem Kontinuum der digitalen Transformation verwendet werden. Die beleuchteten Organisationselemente können Impulse für die Auseinandersetzung mit der Rolle der digitalen Transformation im eigenen Setting geben.

Tab. 1: Unterscheidung weniger und stärker digitalisierter Settings

Organisationselement	Mögliche Ausprägung in einem weniger digitalisierten Setting	Mögliche Ausprägung in einem stärker digitalisierten Setting
Strategie	• Digitalisierung wird insgesamt eine (eher) geringe Bedeutung im Setting zugeschrieben. • Es liegt keine spezifische Digitalisierungsstrategie vor. • Es liegen keine spezifischen Digitalisierungsziele vor. • Digitalisierung ist als Mittel und Ziel nicht oder im geringen Umfang in der Vision oder im Leitbild des Settings verankert. • Auseinandersetzung mit positiven und negativen Auswirkungen der digitalen Transformation auf die Mitglieder im Setting findet kaum bis gar nicht statt.	• Digitalisierung wird insgesamt eine (eher) hohe Bedeutung im Setting zugeschrieben. • Digitalisierung ist ein wichtiger Bestandteil von strategischen Entscheidungen im Setting. • Es liegt eine spezifische Digitalisierungsstrategie vor. • Es liegen spezifische Digitalisierungsziele vor. • Digitalisierung ist als zentrales Mittel und Ziel in der Vision oder im Leitbild des Settings verankert. • Auseinandersetzung mit positiven und negativen Auswirkungen der digitalen Transformation auf die Mitglieder im Setting findet statt. • In Betrieben: Es liegt ein digitales Geschäftsmodell (digitale Geschäftsabwicklung bzw. digitaler Kund*innenkontakt) vor.
Strukturen	• Alltägliche Aktivitäten im Setting finden auf Seiten der Settingmitglieder hauptsächlich analog statt (z. B. die Kommunikation oder die Setting-Leistung wie Lehre, Beratung, Versorgung, Betreuung, sportliche Aktivitäten). • Das Setting besteht hauptsächlich aus einem physischen Ort bzw. einer physischen Einrichtung. • Die Leistungen im Setting (wie Lehre, Beratung, Versorgung, Betreuung) sind überwiegend analog, teilweise aber auch hybrid strukturiert. • Die Aktivitäten im Setting sind stark an einen physischen Standort gebunden. • Die digitale Infrastruktur ist wenig ausgebaut. • Zugangsmöglichkeiten zu digitalen Technologien oder	• Alltägliche Aktivitäten im Setting finden auf Seiten der Settingmitglieder hauptsächlich digital statt (z. B. die Kommunikation oder die Setting-Leistung wie Lehre, Beratung, Versorgung, Betreuung, sportliche Aktivitäten). • Das Setting ist räumlich schwer abzugrenzen, da das Setting nicht nur aus einem physischen Ort besteht, sondern eher auf virtuelle Räume/Orte begrenzt ist. • Die Leistungen im Setting (wie Lehre, Beratung, Versorgung, Betreuung) sind überwiegend digital, mindestens jedoch hybrid strukturiert. • Die Aktivitäten im Setting sind größtenteils nicht an einen physischen Standort gebunden, sondern ggf. an einen digitalen virtuellen Raum. • Die digitale Infrastruktur ist ausgebaut und von hoher Relevanz für die Aktivitäten im Setting. • Zugangsmöglichkeiten zu digitalen Technologien oder Aktivitäten bzw.

Organisationssele- ment	Mögliche Ausprägung in einem <i>weniger</i> digitalisierten Setting	Mögliche Ausprägung in einem <i>stärker</i> digitalisierten Setting
	Aktivitäten bzw. Leistungen sind für die Settingmitglieder kaum vorhanden. • Zugangsmöglichkeiten zu Aus- und Weiterbildung digitaler Kompetenzen sind für die Settingmitglieder kaum vorhanden.	Leistungen sind für die Settingmitglieder vorhanden. • Zugangsmöglichkeiten zu Aus- und Weiterbildung digitaler Kompetenzen sind für die Settingmitglieder vorhanden.
Kultur	• Rollen, Normen, Werte, Rangordnungen und informale Regeln sind durch das analoge Zusammenleben und Interagieren entstanden bzw. geprägt. • Der Einfluss der Digitalisierung auf die Organisationskultur wird als niedrig eingestuft oder gar nicht untersucht.	• Aus dem digitalen Zusammenleben und Interagieren bilden sich bei und zwischen den Settingmitgliedern neue Rollen, Normen, Werte, Rangordnungen und informale Regeln, die im analogen und/oder im digitalen Raum gelten. • Der Einfluss der Digitalisierung auf die Organisationskultur wird als hoch eingestuft und die Notwendigkeit eines Kulturwandels (hin zu einer digitalen Kultur) wird anerkannt.
Bereiche	• Digitale Technologien werden nur vereinzelt bzw. in wenigen Bereichen/Abteilungen des Settings eingesetzt. • Es liegt ein niedriger Implementierungsstand von Technologien in den Bereichen vor. • Die digitale Transformation wird eher nicht durch einen übergreifenden Bereich strategisch gesteuert.	• Digitalisierung findet ganzheitlich in allen Bereichen/Abteilungen des Settings statt, sodass die Bereiche durch den Einsatz digitaler Technologien verändert werden bzw. geprägt sind. • Die digitale Transformation wird durch einen übergreifenden Bereich strategisch gesteuert.
Prozesse	• Prozesse im Setting finden nur im geringen Ausmaß digital statt. • Digitalisierung von Prozessen dient vor allem der Prozessoptimierung oder Automatisierung.	• Prozesse im Setting finden im großen Ausmaß und über alle Organisationsbereiche hinweg digital statt. • Digitalisierung von Prozessen dient nicht nur der Optimierung in der Verwaltung, sondern soll ganzheitlich einen Mehrwert liefern. • Die Entscheidungen und Steuerung im Setting erfolgen datengestützt.

Literatur

- Anheier, HK (2014): Nonprofit Organizations. Theory, Management, Policy. Abingdon, Oxon, Boston, Massachusetts: Routledge; Credo Reference.
- Arntz, M/Gregory, T/Lehmer, F/Matthes, B/Zierahn, U (2016): Arbeitswelt 4.0 – Stand der Digitalisierung in Deutschland: Dienstleister haben die Nase vorn. IAB Kurzbericht, 22, 1–8.
- Arps, W/Lüerßen, H/Mikula, D/Naumann, F/Ohlsen, A/Stickling, E (2019): BGM im Mittelstand 2019/2020. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement in Zeiten der digitalen Transformation. Köln: Wolters Kluwer Deutschland.
- Beisch, N/Koch, W (2021): Aktuelle Aspekte der Internetnutzung in Deutschland. 25 Jahre ARD/ZDF-Onlinestudie: unterwegsnutzung steigt wieder und Streaming/Mediatheken sind weiterhin Treiber des medialen Internets. Media Perspektiven, 10, 486–503.
- Bergmann, R/Garrecht, M (2016): Organisation und Projektmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Böniger, A (2020): Kulturwandel – ein reflektiertes Praxisbeispiel. In: Wörwag, S/ Cloots, A (Hg.): Arbeitskulturen im Wandel. Wiesbaden: Springer Gabler, 285–297.
- Büchner, S (2018): Zum Verhältnis von Digitalisierung und Organisation. Zeitschrift für Soziologie, 47: 5, 332–348.
- Butler, IdJ (2008): Non-governmental Organisation Participation in the EU Law-making Process: The Example of Social Non-governmental Organisations at the Commission, Parliament and Council. European Law Journal, 14: 5, 558–582.
- Dadaczynski, K (2019): Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten. In: Haring, R (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, 403–412.
- Dadaczynski, K/Baumgarten, K/Hartmann, T (2016): Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention und Gesundheitsförderung, 11: 4, 214–221.
- Dockweiler, C/Fischer, F (2019): ePublic Health: Vorwort zur Erschließung eines neuen Forschungs- und Anwendungsfeldes. In: Dockweiler, C/Fischer, F (Hg.): ePublic Health. Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld. Bern: Hogrefe, 15–19.
- Dodge, M/Kitchin, R (2001): Mapping Cyberspace. London, New York, Florence: Routledge; Taylor and Francis.
- Dooris, M (2006): Health Promoting Settings: Future Directions. Promotion & Education, 13: 1, 2–4.
- Dörner, R/Jung, B/Grimm, P/Broll, W/Göbel, M (2013): Einleitung. In: Dörner, R/Broll, W/Grimm, P/Jung, B (Hg.): Virtual und Augmented Reality (VR / AR). Berlin, Heidelberg: Springer, 1–31.
- Engelmann, F/Halkow, A (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-294064>; 15.10.2021.
- Faller, G (Hg.) (2017): Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe.

- Feld, TC (2008): Institutionelle Zertifizierung und lernende Organisation. Hessische Blätter für Volksbildung, 3, 241–247.
- Fischer, F (2020): Digitale Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung: Welche Form der Evidenz haben wir und welche wird benötigt? Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 63, 674–680.
- Gahrmann, C (2016): Strategisches Fundraising. In: Urselmann, M (Hg.): Handbuch Fundraising. Wiesbaden: Springer Gabler, 237–268.
- GKV-Spitzenverband (2021): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Ausgabe 2021. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Gmür, M (2000): Strategisches Management für Nonprofit-Organisationen. In: Nährlich, S/Zimmer, A (Hg.): Management in Nonprofit-Organisationen. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 177–200.
- Gokus, S/Ortloff, L/Lange, T (2019): Bildung in der digitalen Transformation – Plädoyer für einen Bewusstseinswandel. In: Koch, AF/Kruse, S/Labudde, P (Hg.): Zur Bedeutung der Technischen Bildung in Fächerverbünden. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 65–73.
- Herget, J/Strobl, H (2018): Unternehmenskultur – Worüber reden wir? In: Herget, J/Strobl, H (Hg.): Unternehmenskultur in der Praxis. Wiesbaden: Springer Gabler, 3–18.
- Hess, T/Barthel, P (2017): Wieviel digitale Transformation steckt im Informationsmanagement? Zum Zusammenspiel eines etablierten und eines neuen Managementkonzepts. HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik, 54: 3, 313–323.
- Hilf, E/Jacobsen, H/Meschkutat, B/Pohlheim, K (2018): Berufsfachlichkeit im Einzelhandel – eine umkämpfte Ressource. AIS-Studien: 1, 60–75.
- Hinings, B/Gegenhuber, T/Greenwood, R (2018): Digital Innovation and Transformation: An Institutional Perspective. Information and Organization, 28: 1, 52–61.
- Huber, RA/Kaelli, R/Ivancic, R (2020): New Meeting Culture – New Work Culture – New Company Culture. In: Wörwag, S/Cloots, A (Hg.): Arbeitskulturen im Wandel. Wiesbaden: Springer Gabler, 299–312.
- Initiative D21 e. V. (2021): D21-Digital-Index 2020/2021 – Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Berlin: Initiative D21 e. V.
- Jacobs, RJ/Lou, JQ/Ownby, RL/Caballero, J (2016): A Systematic Review of eHealth Interventions to Improve Health Literacy. Health Informatics Journal, 22: 2, 81–98.
- Jarke, J (2018): Digitalisierung und Gesellschaft. Soziologische Revue, 41: 1, 3–20.
- Kalay, YE/Marx, J (2001): Architecture and the Internet: Designing places in cyberspace. In: Association for Computer-Aided Design in Architecture (Hg.): Reinventing the Discourse – How Digital Tools Help Bridge and Transform Research, Education and Practice in Architecture. Proceedings of the Twenty First Annual Conference of the Association for Computer-Aided Design in Architecture. New York: Association for Computer-Aided Design in Architecture, 230–241.
- Kessl, F/Reutlinger, C (2022): Sozialraum: eine Bestimmung. In: Kessl, F/Reutlinger, C (Hg.): Sozialraum. Wiesbaden: Springer VS, 7–31.

- Kiehl, C (2020): Unterricht findet Stadt: Demokratiebildende Koordinaten sozialräumlichen Lernens. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kieser, A/Walgenbach, P (2010): Organisation. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Kobi, J-M (2008): Die Balance im Management. Werte, Sinn und Effizienz in ein Gleichgewicht bringen. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kollmann, T/Hensellek, S (2017): Die Basisarchitektur digitaler Geschäftsmodelle. In: Gläß, R/Leukert, B (Hg.): Handel 4.0. Berlin, Heidelberg: Springer, 59–73.
- Kreyenborg, A/Hefft, D/Eichholz, J/Kiklhorn, D/Wolny, M (2021): Mittelstand und Plattformökonomie? Ein Ausblick in die plattformbasierte Ko-Produktion industrieller Dienstleistungen. In: Fraunhofer-Institut für Materialfluss und Logistik IML (Hg.): Instandhaltungsforum, InFo 2021 Connected. Tagungsband. Dortmund: Fraunhofer-Gesellschaft, 73–79.
- Kühl, S (2011): Plädoyer für eine dritte Differenzierungsform Organisationen, Gruppen, Familien, und Bewegungen als unterschiedliche soziale Systeme zwischen Interaktion und Gesellschaft. URL: https://www.uni-bielefeld.de/soz/personen/kuehl/pdf/working-paper-4_2011-pladoyer-fur-eine-dritte-differenzierungsform-workingpaper-07032011.pdf; 5.10.2022.
- Kühl, S (2014): Gruppen, Organisationen, Familien und Bewegungen. Zur Soziologie mitgliedschaftsbasierter Systeme zwischen Interaktion und Gesellschaft. Zeitschrift für Soziologie, 65–85.
- Kühl, S (2021): Gruppe – Eine systemtheoretische Bestimmung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 73: 1, 25–58.
- Lipsmeier, MSA/Kühn, IA/Dumitrescu, IR/Flach, DIO (2019): Erfolgsfaktor Digitalisierungsstrategie – Strategisches Management der digitalen Transformation. Berlin: Springer.
- Loss, J/Lindacher, V/Curbach, J (2014): Online Social Networking Sites-a Novel Setting for Health Promotion? Health & Place, 26, 161–170.
- Lupton, D (2014): Health Promotion in the Digital Era: a Critical Commentary. Health promotion international, 30: 1, 174–183.
- Mache, S/Harth, V (2020): Digitale Transformation in der Arbeitswelt und psychische Gesundheit. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 70: 4, 180–184.
- Maglio, PP/Barrett, R/Farrell, S (2003): Web Places: Using Intermediaries to Add People to the Web. In: Höök, K/Benyon, D/Munro, AJ (Hg.): Designing Information Spaces: The Social Navigation Approach. London: Springer, 249–269.
- Marek, D (2020): Strategie und Kultur. In: Marek, D (Hg.): Organisationsdesign. Wiesbaden: Springer Gabler, 43–58.
- Meisel, K/Feld, TC (2009): Veränderungen gestalten – Organisationsentwicklung und Beratung in Weiterbildungsseinrichtungen. Münster: Waxmann Verlag.
- Meyer, M (2022): Digitale Transformation in Nonprofit Organisationen: [Projektinternes Dokument].
- Nicolai, C (2021): Die Organisation der Zukunft. Neue Konzepte zur Organisationsgestaltung. Tübingen: UVK Verlag.

- Niehaus, J (2019): Mobile Assistenzsysteme für Industrie 4.0. Gestaltungsoptionen zwischen Autonomie und Kontrolle. In: Klock, K (Hg.): Arbeit erforschen und gestalten. Ein Querschnitt durch die Arbeitsforschung in der Sozialforschungsstelle Dortmund. Dortmund: Sozialforschungsstelle Dortmund, 116–119.
- Nour, M/Chen, J/Allman-Farinelli, M (2016): Efficacy and External Validity of Electronic and Mobile Phone-Based Interventions Promoting Vegetable Intake in Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18: 4, e58.
- Offenbrügge, J/Koller, H-C (2006): Transnationale soziale Räume und städtische Umbruchprozesse. In: Gerhardt, L (Hg.): Umbrüche in afrikanischen Gesellschaften und ihre Bewältigung. Beiträge aus dem Sonderforschungsbereich 520 der Universität Hamburg. Berlin, Münster: Lit, 15–20.
- Pakarinen, A/Parisod, H/Smed, J/Salanterä, S (2017): Health Game Interventions to Enhance Physical Activity Self-efficacy of Children: a Quantitative Systematic Review. *Journal of advanced nursing*, 73: 4, 794–811.
- Picot, A/Neuburger, R (2008): Arbeitsstrukturen in virtuellen Organisationen. In: Funken, C/Schulz-Schaeffer, I (Hg.): Digitalisierung der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 221–238.
- Rauch, R/Thiemann, D/Kaiser, S/Kozica, A (2021): Die digitale Arbeitswelt in ihrer Mehrdimensionalität verstehen: Digitalisierungsatlas und -index. In: Kaiser, S/Kozica, A/Böhringer, F/Wissinger, J (Hg.): Digitale Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer Gabler, 19–39.
- Reinhardt, K (2020): Digitale Transformation der Organisation. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Reutlinger, C (2009): Dazwischen und quer durch – Ort und Raum als Herausforderungen für die Soziale Arbeit in Zeiten verstärkter Transnationalisierung. In: Wagner, L/Lutz, R (Hg.): Internationale Perspektiven Sozialer Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 73–95.
- Ringel, L (2013): Konsistenz in Organisationen – Funktionen und Dysfunktionen. *Journal für Psychologie*, 21: 3, 1–24.
- Rosenbrock, R (2015): Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. *Z Allg Med*, 91: 5, 213–219.
- Rüegg-Stürm, J (2004): Das neue St.Galler Management-Modell. In: Dubs, R/Euler, D/Rüegg-Stürm, J/Wyss, CE (Hg.): Einführung in die Managementlehre. Band 1. Teile A-E. Wien: Hauptverlag, 65–141.
- Schauer, R (2001): 25 Jahre VMI – der Erfolg einer zündenden Idee. *Verbands-Management VM*, 3, 6–19.
- Schneider, J/Minnig, C/Freiburghaus, M (2007): Strategische Führung von Nonprofit-Organisationen. Bern: Haupt Verlag.
- Schnell, MW (2018): Ethik der digitalen Gesundheitskommunikation. In: Scherenberg, V/Pundt, J (Hg.): Digitale Gesundheitskommunikation. Zwischen Meinungsbildung und Manipulation. Bremen: Apollon University Press, 277–292.
- Schuler, H/Moser, K (2019): Lehrbuch Organisationspsychologie. Bern: Hogrefe.
- Schulte-Zurhausen, M (2014): Organisation. München: Vahlen.

- Seufert, S/Guggemos, J/Moser, L (2019): Digitale Transformation in Hochschulen: auf dem Weg zu offenen Ökosystemen. Zeitschrift für Hochschulentwicklung, 14: 2, 85–107.
- Staab, P/Geschke, S-C (2020): Ratings als arbeitspolitisches Konfliktfeld: Das Beispiel Zalando. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Stark, AL/Geukes, C/Dockweiler, C (2022a): Digital Health Promotion and Prevention in Settings: Scoping Review. Journal of Medical Internet Research, 24: 1, e21063.
- Stark, AL/Geukes, C/Albrecht, J/Dockweiler, C (2022b): Digitale Anwendungen in der Planung und Umsetzung von verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Ergebnisse eines Scoping Reviews. Das Gesundheitswesen, 84: 1-8.
- Stark, AL/Albrecht, J/Dongas, E/Choroschun, K/Dockweiler, C (2023): Zukunftstrends und Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien in der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung – eine Delphi-Befragung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, eFirst. DOI: 10.1007/s00103-023-03669-5.
- Tacke, V (2015): Formalität und Informalität. In: Groddeck, V von/Wilz, SM. (Hg.): Formalität und Informalität in Organisationen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 37–92.
- Vedel, I/Ramaprasad, J/Lapointe, L (2020): Social Media Strategies for Health Promotion by Nonprofit Organizations: Multiple Case Study Design. Journal of Medical Internet Research, 22: 4, e15586.
- WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1; 27.5.2020.
- WHO – World Health Organization (1998): Health Promotion Glossary. Genf: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2022): Healthy settings. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/healthy-settings>; 1.12.2021.
- Wöhrmann, AM/Gerstenberg, S/Hünefeld, L/Pund, F/Reeske-Behrens, A/Brenscheidt, F/Beermann, B (2016): Arbeitszeitreport Deutschland 2016. Bönen: Verlag Kettler GmbH.
- Wolfie, C (2021): Digitale Überwachung und Kontrolle am Arbeitsplatz. Von der Ausweitung betrieblicher Datenerfassung zum algorithmischen Management? Wien: Cracked Labs.
- Zurbruggen, I/Schellinger, J (2021): Human Resource Management im Wandel der Digitalisierung. In: Schellinger, J/Tokarski, KO/Kissling-Näf, I (Hg.): Digital Business. Wiesbaden: Springer Gabler, 217–243.

Teil I

Digitalisierte Settings aus Perspektive der Wissenschaft

Digitalisierung als Lernfeld in Settings – Diskussion des Begriffsverständnisses digitalisierter Settings

Nadine Pieck

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	55
Abstract	56
0. Einleitung	56
1. Ein Definitionsversuch – digitalisierte Settings	57
2. Setting und Organisation	58
3. Settings sind organisational strukturiert	58
4. Zur Rolle der Organisationen im Settingansatz	61
5. Digitalisierung als Aufgabe eines Settings	64
6. Digitalisierung – heterogene Auswirkungen auf die Gesundheit	66
7. Settings zur Gestaltung der digitalen Transformation	69
8. Fazit	72
Literatur	73

Zusammenfassung

Die digitale Transformation der Gesellschaft ist Teil unseres Alltags und beeinflusst Denk- und Verhaltensweisen von Menschen und deren Gesundheit. Doch lassen sich Social-Media-Plattformen, virtuelle oder augmentierte Realitäten als eigene digitale oder digitalisierte Settings begreifen und mit dem Settingansatz verbinden? Stark et al. schlagen vor, von digitalisierten Settings als Organisationen zu sprechen, deren einzelne Elemente unterschiedlich stark digitalisiert sind. Virtuelle Räume oder Communities sind anhand dieser Definition schwer als eigenständige digitale Settings zu bestimmen. Um Phänomene wie virtuelle Communities im Rahmen des Settingansatzes erfassen zu können, wird in diesem Beitrag versucht, Settings als eigens zu konstruierende Innovationssysteme zu verstehen, die den beteiligten Akteur*innen und Organisationen als Lernsystem dienen. Für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Organisationen kann auf bestehende Ansätze der Organisationsentwicklung oder

der arbeits-/menschzentrierten Arbeitsgestaltung zurückgegriffen werden. In diesem Verständnis von Settings wäre die konkrete Ausgestaltung der Digitalisierung Teil des zu bearbeitenden Problemzusammenhangs.

Abstract

The digital transformation of society is part of our everyday lives and influences people's ways of thinking and behaving and their health. But can social media platforms, virtual or augmented realities be understood as digital or digitized settings in their own right and linked accordingly with the setting approach? Stark et al. suggest talking about digitized settings as organizations whose individual elements are digitized to varying degrees. Virtual spaces or communities are difficult to define as independent digital settings on the basis of this definition. To grasp phenomena such as virtual communities within the framework of the setting approach, this article attempts to understand settings as innovation systems to be constructed specifically for this purpose, which serve as a learning system for the actors and organizations involved. For the health-promoting design of organizations, existing approaches to organizational development or work-/human-centered work design can be used. In this understanding of settings, the concrete design of digitization would be part of the problem to be addressed.

0. Einleitung

Die digitale Transformation der Gesellschaft reicht in nahezu alle Lebensbereiche hinein und verändert unsere Art des Denkens, Fühlens und Handelns. Sie wirkt sich dabei auf die Gestaltung von Beziehungen, auf Arbeitsbedingungen und unsere Gesundheit aus. Digitale Technologien ermöglichen vielfach ein flexibles, orts- und zeitunabhängiges Arbeiten. Mit der Entwicklung neuer Medien wie den Social-Media-Plattformen sind neue Möglichkeiten für Gesundheitskampagnen entstanden, aber auch neue Gesundheitsrisiken wie Cybermobbing. Damit sind Chancen und Herausforderungen für eine settingbasierte Gesundheitsförderung verbunden.

Die Herausgeber*innen des Bandes sind in ihrem Forschungsprojekt der Frage nachgegangen, wie der Settingansatz mit der Digitalisierung verbunden werden kann. Dabei haben sie sich u. a. mit der Frage auseinanderge-

setzt, inwiefern z. B. Social-Media-Plattformen oder virtuelle Räume/Realitäten als eigenständige digitale oder digitalisierte Settings zu erfassen sind. Die Autor*innen schlagen vor, digitalisierte Settings im Wesentlichen als Organisationen zu begreifen bzw. Settings mit Organisationen gleichzusetzen. In diesem Beitrag wird dem Ansatz von Ralph Grossman und Klaus Scala gefolgt, der sich mit dem Lernen von Organisationen befasst und Settings als eigens zu konstruierende Innovationssysteme begreift.

1. Ein Definitionsversuch – digitalisierte Settings

Im Diskurs über Digitalisierung als vierte industrielle Revolution erscheint diese als selbstlaufender Prozess, der durch technologische Entwicklungen determiniert ist. Die Kontextgebundenheit und Pfadabhängigkeit der Entwicklung und Umsetzung geraten dabei meist aus dem Blick. Die Digitalisierung wird jedoch maßgeblich von Organisationen beeinflusst und ist eingebettet in einen fortlaufenden dynamischen Prozess, in dem Organisationen die Digitalisierung gestalten und gleichzeitig durch sie beeinflusst werden.¹ Doch wie lässt sich die digitale Transformation unserer Gesellschaft konzeptionell mit dem Settingansatz verbinden? Eine grundlegende Frage ist, ob sich neue digitale Settings herausgebildet haben, etwa in Form von *Social Media Networks* oder virtuellen Realitäten, mit/in denen z. B. (junge) Menschen relativ viel Zeit verbringen.

Die Autor*innen definieren digitalisierte Settings als Organisationen, deren Strukturen, Kultur, Strategie, Bereiche und Prozesse unterschiedlich stark digitalisiert sind. Sie gehen grundsätzlich von einem Kontinuum der digitalen Transformation aus. Dabei können verschiedene Elemente einer Organisation hinsichtlich ihrer Digitalisierung betrachtet werden. Gleichzeitig werden Settings

„als komplexe soziale Systeme [...] [verstanden, NP], in denen umwelt- bzw. umgebungsbezogene, organisationale, personenbezogene und technische Faktoren wechselseitig wirken und die Gesundheit der Settingmitglieder beeinflussen.“²

1 BÜCHNER 2018.

2 Vgl. den Beitrag von STARK ET AL. in diesem Sammelband: 39.

2. *Setting und Organisation*

Der Blick auf Organisationen aus der Perspektive der Managementliteratur unterstützt zunächst die systematische Analyse der digitalen Transformation und ihrer Auswirkungen in Organisationen entlang der Aspekte Kultur/Werte/Orientierungen, Strukturen, Regeln, Prozesse, Ergebnisse. Dies ermöglicht es, gesundheitliche Auswirkungen und dahinterliegende Mechanismen zu erfassen und zu analysieren. Der Settingansatz zielt drauf ab, das Setting selbst, z. B. Organisationen oder Gemeinden, gesundheitsförderlich zu gestalten. Grossmann und Scala³ gehen davon aus, dass Gesundheit maßgeblich durch Organisationen beeinflusst wird. Damit Gesundheit gefördert werden kann, müssten sich ihrem Verständnis nach Organisationen zum einen des Themas annehmen und zum anderen selbst lernen, wie sie ihre Produkte/Dienstleistungen oder Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich gestalten können. Damit Organisationen lernen können, brauchen sie selbst ein Lernsystem. Im Verständnis von Grossmann und Scala lernen Organisationen durch Projekte. Diese zeichnen sich durch eine Projektarchitektur aus, in der die verschiedenen relevanten Akteur*innen eingebunden sind. Wie die Projektarchitektur aussieht, wer wann und in welchem Format eingebunden wird, ist zudem abhängig von der Problemstellung, die bearbeitet werden soll. Bei Grossmann und Scala ist das Setting das eigens konstruierte Innovationssystem/das Lernsystem. Dieses kann sich zudem in unterschiedlichen Phasen des Projektes (oder durch Kombination mehrerer Projekte) verändern. Folgt man diesem Ansatz, sind Settings eine eigene Organisationsform zur Bearbeitung gesundheitlicher Fragestellungen, die als Lernraum für Organisationen dienen.

3. *Settings sind organisational strukturiert*

Kevin Dadaczynski et al.⁴ sprechen sich explizit gegen eine Beschränkung von Settings auf Organisationen aus. Wenn nur noch Organisationen als Settings verstanden werden, führe dies zum Ausschluss gesundheitlich kritischer Lebenslagen aus dem Settingansatz, die gerade durch eine Exklusion aus Organisationen gekennzeichnet sind, wie z. B. Arbeitslosigkeit oder

3 Grossmann/Scala 2001.

4 Dadaczynski et al. 2016.

Obdachlosigkeit.⁵ Auch Social-Media-Plattformen, wären dann nur schwer als Setting zu begreifen, da sie selbst nicht mit der Organisation identisch sind und z. B. Nutzer*innen nicht Teil der anbietenden Organisation sind. Gleichwohl lassen sich Social-Media-Plattformen und die durch sie vermittelten Interaktionen und Beziehungen als stark *durch Organisationen strukturiert und beeinflusst* verstehen.⁶ Die Social-Media-Plattform stellt als technische Plattform, deren Nutzung mit Verhaltensregeln und Bedingungen verknüpft ist, eine organisational erzeugte Struktur dar. Die dahinterstehende Organisation strukturiert die Aktivitäten und Beziehungen der Nutzer*innen, indem sie u. a. Nutzungsbedingungen, Verhaltenserwartungen oder technische Features der Plattform festlegt.

Neben der Frage, ob digitalisierte Settings mit einer Organisation gleichzusetzen sind, lassen sich Social-Media-Plattformen auch aus anderen Gründen schwer als Setting definieren. So lassen sich die Communities auf den Plattformen kaum geographisch oder räumlich abgrenzen. Virtuelle/digitale Felder wie Soziale Medien eignen sich nach Julika Loss et al. nicht als Setting, da sich diese nicht hinreichend räumlich abgrenzen lassen. Anna Lea Stark et al. sprechen sich diesbezüglich für eine Erweiterung des räumlichen Verständnisses von Settings aus, da mit zunehmender Digitalisierung zwar die „physischen sozial-räumlichen Bezüge des Settings schwächer“ werden, diese jedoch durch digitale oder hybride Räume/Orte erweitert oder ersetzt werden.⁷ Zudem ist unklar, inwiefern es sich bei Social-Media-Plattformen um stabile oder kontinuierliche Sozialzusammenhänge handelt.⁸ Dieses Kriterium trifft nach Loss et al. nur teilweise zu, da manche Gruppen erstaunlich stabil sind, andere wiederum nicht.

5 Kühl benennt hier Obdachlose, Kühl 2011: 11f. Dadaczynski et al. 2016: 215 referieren auf Arbeitslose, Obdachlose, entrechtete Jugendliche und Migrant*innen mit illegalem Status.

6 Loss et al. 2014: 163. Als Kriterien für Settings nennen sie: „[...] a setting

- Offers social context and social interaction.
- Is a geographical locus / has physical boundaries.
- Is an integral part of everyday life.
- Allows for the pursuit of various personal professional or leisure time activities.
- Displays policies and an organizational structure.
- Is based on shared values, norms, sanctions and/or a code of conduct.
- Has an influence on health and well-being.
- Is permanent and/or consistent.“

7 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband: 39.

8 Loss et al. 2014: 163.

Bei der Definition eines Settings geht es darum, die wesentlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu erfassen⁹, *um darauf Einfluss nehmen zu können*. Damit wird die Abgrenzung eines Settings zu einer inhaltlichen Abgrenzung entlang der Wirkfaktoren oder der Determinanten der Gesundheit, die verändert werden sollen. Ein Setting lässt sich also nur vor dem Hintergrund eines Problemzusammenhangs (z. B. Alkoholkonsum Jugendlicher, Entstehung von Burnout in der Pflege) definieren. Die hierfür relevanten Zusammenhänge sind in der Regel stark durch Organisationen beeinflusst. Deshalb verfolgt die settingbasierte Gesundheitsförderung den Gedanken, dass Gesundheit durch die Entwicklung von Organisationen am besten wirksam zu gestalten ist. Wenn es um Orte geht, an denen Menschen *arbeiten* (einer Erwerbsarbeit nachgehen), geschieht dies in der Regel in einer Organisation. Diese bestimmt maßgeblich, mit welchen Mitteln, wie, wo und unter welchen Bedingungen gearbeitet wird. Sollen also Arbeitsbedingungen verbessert werden, sind Organisationen zentraler Bestandteil eines geeigneten Settings. Im Falle von Pflegeeinrichtungen *leben* dort auch Menschen. Deren Lebensqualität und die Versorgungsqualität werden ebenfalls von Organisationen beeinflusst.

Der Settingansatz skizziert, wie das Setting verändert werden kann. Der Settingansatz nach Loss et al. ist dadurch gekennzeichnet, dass

- „Individuen adressiert und deren Kompetenzen erweitert werden
- die physische Umwelt, organisationale und soziale Strukturen und/oder Richtlinien und Leitsätze verändert werden
- Partnerschaften und Kooperationen aufgebaut werden, sich mit anderen Settings oder Gemeinden vernetzt wird
- Mitglieder des Settings beteiligt, befähigt und ermächtigt werden“¹⁰

Die einzelnen Kriterien sind an dieser Stelle nicht theoretisch begründet, sie verweisen eher darauf, wo angesetzt werden kann, um eine Veränderung zu bewirken, etwa durch Kompetenzerweiterung der Individuen, Veränderung der Umwelt und Strukturen als Rahmenbedingungen von Verhalten. Die Kriterien der Kooperationen und Partizipation verweisen auf die Frage, welche Akteur*innen und Institutionen zu beteiligen sind, um wirkungsvoll zu werden.

9 Im ökologischen Modell von Gesundheit werden diese sehr abstrakt als persönliche, ökologische, soziale und ökonomische Einflussfaktoren zusammengefasst (Dadaczynski et al. 2016).

10 Eigene Übersetzung Loss et al. 2014: 166.

Die Definition eines Settings setzt offenbar voraus, dass die sozialen Systeme und Wirkmechanismen identifiziert und abgegrenzt werden können, die einen Einfluss auf Gesundheit haben. Die Beeinflussbarkeit selbst beruht wiederum auf Annahmen darüber, durch welche Maßnahmen oder Interventionen die einzelnen Faktoren verändert werden können. Mit Blick auf Organisationen könnte man auch sagen: wie Organisationen lernen.¹¹ Beeinflussbarkeit ist in diesem Sinne eine Frage der Kenntnisse über Wirkmechanismen auf unterschiedlichen Ebenen, vorrangig auf der Ebene der sozialen Systeme und Annahmen über ihre Steuer- und Veränderbarkeit.

4. Zur Rolle der Organisationen im Settingansatz

Organisationen sind schon früh als relevante Einflussgrößen für die Gesundheitsförderung erkannt worden. Im deutschsprachigen Raum haben Grossmann und Scala den Ansatz der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung entwickelt und geprägt.¹² Dieser eröffnet einen organisationstheoretischen Zugang zum Settingbegriff, der den Aspekt der Intervention als Element in die Definition des Settings einbezieht.

Organisationen sind im Settingansatz deswegen so zentral, weil Gesundheit maßgeblich durch Organisationen beeinflusst wird und Organisationen ein zentrales Element moderner Gesellschaften sind. „Alle relevanten Probleme und Aufgaben, die es [in modernen Gesellschaften, NP] zu bewältigen gilt, werden durch Organisationen bearbeitet.“¹³ Demnach sind Organisationen als gesundheitsrelevante physische und soziale Umwelten von Menschen bzw. Bevölkerungsgruppen in den Blick zu nehmen. Deshalb, so das zentrale Argument von Grossmann und Scala, lässt sich Gesundheitsförderung als gesellschaftliche Aufgabe nur durch den Aufbau und die Entwicklung von Organisationen bewältigen. Dies erfordert ein entsprechendes Verständnis der Entwicklungsbedingungen von Organisationen (und Menschen). Gesundheitsprobleme einer Bevölkerung entstehen aus den wechselseitigen Beziehungen zwischen ökonomischen, sozialen und institutionellen Umwelten und persönlichem Verhalten.¹⁴

11 Schubert 2019.

12 Im Folgenden Grossmann/Scala 1994.

13 Grossmann/Scala 2001: 74.

14 Grossmann/Scala 1994.

Ein Setting wird bei Grossmann und Scala¹⁵ als Feld verstanden, dass alle relevanten Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst. Um jedoch sinnvoll intervenieren zu können, muss das Setting *in Bezug auf die Intervention definiert* werden. „Mit anderen Worten: Jede Intervention kreiert ihr eigenes soziales System, auf das sie sich bezieht.“¹⁶ Die Intervention kann sich auf eine gesamte Organisation beziehen, auf Teile der Organisation oder mehrere Organisationen einbeziehen. Um eine Veränderung herbeizuführen, wird nach diesem Verständnis ein eigenes soziales System geschaffen. Grossmann und Scala nennen dies Innovationssystem. Das Setting wird demnach für jedes Projekt neu definiert. Dabei kann das Setting nicht losgelöst von der Aufgabe, also dem zu lösendem Problem und der Lösungsidee, definiert werden. Die Abgrenzung des Settings (als soziales Innovationssystem, bei Grossmann und Scala später auch Projekt genannt) ist dabei schon selbst eine Intervention. Die Abgrenzung erfolgt im Wesentlichen über die Frage, wer – also welche Abteilungen, Organisationen oder betroffenen Personengruppen – beteiligt werden müssen, um den Problemzusammenhang wirksam bearbeiten zu können. Diese Entscheidung legt den Handlungsspielraum des Settings (Innovationssystems) fest. Das Setting wird also als ein durch den oder die Projektverantwortlichen definiertes Innovationssystem verstanden, dass sich nur mit Blick auf die gestellte Aufgabe abgrenzen lässt. In unterschiedlichen Phasen eines Projektes ist es mitunter notwendig, andere Kooperationspartner*innen einzubeziehen und somit das Setting zu verändern.

Grossmann und Scala illustrieren ein solches Setting am Beispiel einer Gesundheitsförderungstiftung, die sich mit dem Rauchverhalten Jugendlicher befasst. Die Stiftung verfügt über hinreichende finanzielle Fördermittel (aus Abgaben der Tabakindustrie) und wird durch einen intersektoralen Ausschuss als oberstes Entscheidungsgremium gesteuert. In das Projekt zur Antiraucherkampagne wurden u. a. Sport, Medien, Werbung und Tabakindustrie als Umweltfaktoren¹⁷ einbezogen. Eine der Interventionen bezog sich auf das Sponsoring von Sportveranstaltungen durch die Tabakindustrie. Um Werbung für das Rauchen auf Sportveranstaltungen zu ver-

15 Ebd.

16 Grossmann/Scala 1994: 69.

17 Grossmann und Scala verwenden *Setting* zum Teil als relevante Umwelten für ein Problem. Zum Teil bezeichnen sie das Innovationssystem als Setting, in dem diese relevanten Einflüsse in ein neu gebildetes soziales System eingebunden werden. Dieses stellt einen Kommunikationszusammenhang her und eröffnet Handlungs- bzw. Entscheidungsspielräume.

hindern, wurden alternative Sponsoringmöglichkeiten durch die Stiftung geschaffen. Damit wurde also auf die Veränderung der Rahmenbedingungen (Werbung) für das Verhalten von Jugendlichen abgezielt. Die Sportvereine als Organisationen haben ihre Vorgehensweise in der Finanzierung von Veranstaltungen angepasst. Mit der Intervention wurde auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Sportvereine und deren Handlungsrelevanzen eingegangen.

Die definierten Settings (Innovationssysteme) sind formal bzw. organisational strukturiert, etwa durch installierte Gremien zwischen unterschiedlichen Organisationen oder Organisationseinheiten oder durch Projektgruppen. Das Setting ist ein aktiv hergestellter Kommunikations- und Handlungsrahmen, der sich auf einen eingegrenzten gesundheitsbezogenen Problemzusammenhang bezieht.

Die Konstruktion des Innovationssystem als Setting ist, wie oben bereits angemerkt, mit dem *Settingansatz*¹⁸ verbunden. Dieser bezieht sich auf die Art und Weise, wie die Intervention ausgerichtet und umgesetzt werden soll. Der Settingansatz stützt sich auf ein ökologisches Modell von Gesundheit (Gesundheit wird von persönlichen, ökologischen, sozialen und ökonomischen Determinanten beeinflusst) und nimmt eine systemische Perspektive ein. Komplexe Systeme verarbeiten Impulse von außen in ihrer systemeigenen Logik. Die Impulse sollen zu entsprechenden Outputs führen und so positiv auf die Gesundheit wirken. Wirkungen in komplexen Systemen werden in systemischen Theorien als nicht vorhersagbar verstanden. Sollen beispielsweise Arbeitsbedingungen verbessert werden, muss eine Organisation lernen, was und wie sie etwas verändern kann. Das Innovationssystem wäre das Betriebliche Gesundheitsmanagement mit den von ihm initiierten Projekten. Es stellt den Rahmen dar, in dem die Organisation etwas lernt. Um den Lern- bzw. Veränderungsprozess der Organisation zu fördern, bedienen sich die Projektverantwortlichen in der Gesundheitsförderung der Methoden einer ganzheitlichen Organisationsentwicklung.

Organisationen sind zentraler Bestandteil des Settings. Sie sind mit ihren Strukturen und Regeln etc. Gegenstand des Veränderungsprozesses. Das Beispiel des Sponsorings hat aufgezeigt, dass ein sehr spezifischer Einflussfaktor verändert werden sollte (Werbung auf Veranstaltungen) und dass dabei auf die Handlungsorientierungen und realweltlichen Bedingungen von Sportvereinen eingegangen wurde. Das Setting bestand dabei –

18 Dadaczynski 2019.

im Sinne von Grossmann und Scala – aus einer dem einzelnen Verein (als Organisation) übergeordneten formalen Struktur aus Akteur*innen verschiedener Organisationen und Institutionen sowie Vertreter*innen von Interessengruppen.

5. Digitalisierung als Aufgabe eines Settings

In der von Grossmann und Scala entwickelten interventionsbezogenen Definition eines Settings wäre die digitale Transformation dem Problemzusammenhang zuzuordnen: Es wird angenommen, dass die zunehmende Digitalisierung einen Trend darstellt, der zunehmend alle Lebensbereiche durchdringt und Einfluss auf Wahrnehmungs-, Deutungs- und Bewertungsmuster sowie auf die Umwelt und das Verhalten hat. Digitale Technologien ermöglichen ein ortsflexibles Arbeiten, tragen zur Beschleunigung und Arbeitsverdichtung bei, können Handlungsspielräume und Entlastung schaffen oder die Arbeitsintensität verschärfen.

Gehen wir noch mal auf die Ausgangsüberlegungen zurück: Wie beeinflussen Social-Media- Plattformen das Verhalten und die Gesundheit Jugendlicher? Probehaltber lässt sich das Freizeitverhalten anschauen: Jugendliche verbringen deutlich mehr Zeit mit der Nutzung von Smartphones. Der/Die Teenager*in mag viele Stunden am Tag auf dem Bett liegend mit ihren Freund*innen chatten, Bilder und *TikToks*, *Reels* oder *Shorts* angucken und austauschen. Die medienbezogenen und -vermittelten Aktivitäten werden an unterschiedlichen physischen Orten vollzogen: auf dem Bett, im Zimmer, in der Wohnung, auf der Parkbank, beim Fahrradfahren, beim Spazierengehen. Was sich verändert, ist die Interaktion mit anderen Menschen; sie ist medial vermittelt, zum Teil schriftbasiert und asynchron. Die körperliche Anwesenheit anderer Menschen ist seltener. Die körperliche Abwesenheit Anderer, die digital vermittelte Kommunikation und die Nutzung der Technik gehen mit anderen Anforderungen und Risiken einher. So steigt der Anteil der Zeit, die vor dem Bildschirm verbracht wird, die Personen bewegen sich weniger und medial vermittelte Kommunikation ist deutlich anstrengender¹⁹ etc. Der Gebrauch des Smartphones beim Laufen oder gar beim Rad- oder Autofahren erhöht das Unfallrisiko.

19 Zudem ist mit der schriftlichen und bildhaften Kommunikation sowie deren Speicherung und Kopierbarkeit eine andere Form von Öffentlichkeit verbunden, was Phänomene wie Cyber Stalking, Mobbing, Shit Storms etc. ermöglicht.

Die Nutzung und Nutzbarkeit der Plattformen werden durch die Betreiber*innen gestaltet. Das endlose Scrollen von Beiträgen wird erst durch die Algorithmen der Plattformen ermöglicht, die fortlaufend neue Inhalte und Anreize zum Verweilen erzeugen. Die dahinterstehenden Interessen sind stark durch Organisationen geprägt, die damit ihr Geld verdienen wollen und entsprechende Angebote entwickeln. Was würde passieren, wenn man nur Beiträge von Personen sehen könnte, die man kennt? Wenn nicht automatisch immer neue Beiträge aufgrund vorheriger Suchanfragen vorgeschlagen würden? Wenn keine Pushnachrichten über Statusänderungen oder Beiträge anderer Teilnehmer*innen Aufmerksamkeit erzeugten? Wenn man nicht anonym zuschauen oder kommentieren könnte? Wie beeinflussen reale Beziehungen und Interaktionen, gemeinsame Freizeitgestaltung und Angebote die Nutzung der digitalen Medien? Welchen Einfluss haben Eltern und Freund*innen auf die Mediennutzung? Welchen Beitrag leisten Schulen zur Mediennutzung?

Es wird deutlich, dass das Freizeitverhalten definitiv durch Social-Media-Plattformen beeinflusst wird. Worin genau die Wirkmechanismen bestehen, ist noch näher zu erforschen. Die Gestaltung der Plattform mit ihren Funktionen, Einstellungsmöglichkeiten, Algorithmen, Nutzungsbedingungen etc. könnte Gegenstand einer Intervention sein. Es könnte sich um eine Gesetzesinitiative handeln, um ein Projekt zum Umgang mit Smartphones in der Schule, um gemeinsame Workshops mit Eltern, Kindern und Freund*innen, die Normen und Werte entwickeln oder schlicht lernen, welche Sicherheitseinstellungen vorgenommen werden können.

Wie das jeweilige Setting (Innovationssystem) für die oben skizzierten Fragen sinnvoll zu definieren wäre, hängt von der Problemstellung und den gesetzten Zielen ab. Die in diesem Lernsystem beteiligten Akteur*innen bzw. Interessenvertreter*innen würden z. B. über die Gestaltung der technologischen Grundlagen, die Nutzung von Daten oder den Schutz von Persönlichkeitsrechten verhandeln. Ob sie dies in Präsenz, mit Papier und Bleistift oder per Videokonferenz machen, ist zweitrangig. Im Vordergrund steht, dass sie sich inhaltlich mit der Digitalisierung und deren Auswirkung auf Gesundheit in einem definierten Zusammenhang befassen. Digitalisierung in ihrer jeweiligen Ausprägung (störungsanfällige Technik, Belastungen für die Augen durch lange Bildschirmzeiten, digital vermittelte Kommunikation etc.) und mit ihren Auswirkungen ist der Inhalt (Problemzusammenhang), der im Setting (Lernsystem) zu bearbeiten ist. Das Setting ist das Lernsystem und die Digitalisierung der Gegenstand. Eine Definition als digitalisiertes Setting wäre im Rahmen dieser eingenommen Perspektive

irreführend. Die Gestaltung und Einbettung der Technologie in den Alltag, in die Freizeit, in Arbeitssysteme etc. hat Einfluss auf Gesundheit. Je nachdem, wie der Einfluss vermittelt ist, über langes Sitzen, Bewegungsarmut, Arbeiten/Spielen am Bildschirm, Unaufmerksamkeit im Straßenverkehr, und worauf eingewirkt werden soll, ist das Setting mit Bezug zur Intervention (Aufgabe) aktiv zu definieren und einzurichten.

6. Digitalisierung – heterogene Auswirkungen auf die Gesundheit

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Digitalisierung exemplarisch mit Blick auf die Gestaltung von Arbeit betrachtet. Wie sich die digitale Transformation konkret ausgestaltet und welche gesundheitlichen Auswirkungen damit verbunden sind, hängt wesentlich von der Gestaltung durch die jeweiligen Akteur*innen ab und ist sehr heterogen.²⁰ Die arbeitsbezogenen Auswirkungen hängen vom Kontext, der Branche, den Tätigkeitsfeldern und auch von den Technologien und deren Entwicklungspfaden ab. Es entstehen typische Muster der Digitalisierung nach Tätigkeitsbereichen, z. B. für Produktion, Sachbearbeitung oder Interaktionsarbeit. Mit Blick auf die Arbeitsstrukturen zeichnen sich eher Kontinuitäten ab. Zu umwälzenden Veränderungen (Disruptionen) kommt es in bestehenden Organisationen in der Regel nicht. Vielmehr verstärkt und beschleunigt die Digitalisierung bestehende Tendenzen wie Flexibilisierung, Standardisierung und Formalisierung oder zunehmende Transparenz. Zudem verändern sich die Qualifikationsanforderungen. Einerseits bleibt das betriebliche (Erfahrungs-)Wissen relevant; gleichzeitig werden Technik- und IT-Wissen benötigt, erweiterte Kompetenzen und Wissen über Prozessabläufe, sowie fachübergreifende Kooperation und Kompetenzen in der Selbstorganisation.

Ob und wie sich die digitale Transformation auf die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Menschen auswirkt, ist dementsprechend empirisch und kontextbezogen zu untersuchen. Zu den oft benannten Risiken und ambivalenten Entwicklungen gehören vor allem die Verdichtung der Arbeit, Unterbrechungen und Störungen, Selbstüberforderung oder Verdrängung analoger Kommunikation. Andere Entwicklungen, die mit Digitalisierung verknüpft sind, haben eher einen ambivalenten Charakter:

20 Im Folgenden Kuhlmann 2018 und Carls et al. 2020.

Flexibilisierung, Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch mobiles Arbeiten/Homeoffice oder Transparenz von Prozessen²¹ bergen sowohl gesundheitsförderliches als auch schädigendes Potenzial.

Neben den konkreten Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in einzelnen Organisationen werden auch übergreifende Tendenzen (bzw. Erwartungen) thematisiert. So wird erwartet, dass insbesondere repetitive Tätigkeiten wegfallen, neue Geschäftsmodelle mit neuen Arbeitsmärkten (globaler Arbeitsmarkt, ungeregelt, *Click/Crowdworker*) entstehen, sich unternehmerische Risiken zunehmend auf die arbeitenden Menschen verschieben. Es besteht aber auch Hoffnung auf Entlastung von körperlich schwerer Arbeit.²² Diese Hoffnung auf Entlastung wird nicht immer erfüllt: So wird Beschäftigten dort eine Lückenbüßerfunktion zugewiesen, wo Automatisierung nicht nahtlos umgesetzt werden kann.²³ Die verbleibenden Tätigkeiten sind ggf. nicht gesundheitsförderlich gestaltet.

Die Auswirkungen der Digitalisierung zeigen sich auch im Rahmen betrieblicher Analysen zu Belastungs- und Ressourcenkonstellationen in Betrieben (z. B. in der Gefährdungsbeurteilung)²⁴. Hier zeigen sich einerseits die Auswirkungen bisheriger Digitalisierung, die gleichzeitig Ausgangspunkte für Verbesserungen und weitere Entwicklungen sein können. Oft geben die Befragten an, dass sich die Qualität der Arbeit und ihre Zufriedenheit nicht verbessert hat. Die Einführung neuer Technologien ist mit erhöhten Belastungen der Mitarbeiter*innen verbunden:

- Digitalisierungsprozesse verstärken das (subjektive) Belastungserleben.
- Es fehlt an ausreichender Zeit für Aneignung der neuen Technik und Entwicklung eines Umgangs mit ihr.
- Die Prozesse werden als störanfällig beschrieben.
- Nicht kompatible Technologie (Hard-/Software) führt zu Störungen und ineffizienten Prozessen.
- Schnittstellen funktionieren nicht wie geplant.
- Dies führt insgesamt zu einem erhöhten Zeitaufwand, statt Zeitersparnis.
- Zudem ist die Ergonomie der Software oft mangelhaft (nicht individuell anpassbar, Layout der Software, mehrere parallele Anwendungen, Eingabe/Bearbeitung nicht vorgangsorientiert).

21 Kuhlmann 2018.

22 Zink 2017.

23 Ebd.

24 Pieck et al. 2019.

- Die Einführung neuer Technologie ist insgesamt mit erheblichem Mehraufwand verbunden, ohne dass dafür notwendige zeitliche und personelle Ressourcen vorgesehen sind.²⁵
- Die Digitalisierung als Mythos²⁶ bzw. Diskurs hat zudem Auswirkungen auf die Orientierungen der Akteur*innen und wirkt sich auf die Kultur der Organisation aus.
- Die Erwartungen an Digitalisierungsprozesse können so als eigenständiger Belastungsfaktor identifiziert werden. Sie verstärken die bestehenden Tendenzen einer permanenten Steigerungslogik und verhindern gleichzeitig das kritische Hinterfragen der Ziele und damit eine realistische Einschätzung dessen, was leistbar ist. Die Diskrepanzen zwischen den Erwartungen an die Digitalisierung und der tatsächlichen Umsetzung, Ressourcenaufwänden oder Auswirkungen werden verschleiert.
- Gleichzeitig verhindert die bestehende Hierarchisierung der Kommunikation die Bearbeitung bestehender und erkannter Probleme. Belastungen werden beispielsweise von Führungskräften und IT-Expert*innen negiert und damit einer Bearbeitung entzogen.

Im Rahmen der so entstehenden disparaten Wahrnehmungen und Einschätzungen können weder realistische Ziele, Lösungen noch die erforderlichen Ressourcen verhandelt werden.²⁷

Während es beim *Organisieren* in Organisationen²⁸ darum geht, Widersprüche zu bearbeiten, mit Unvorhergesehenem umzugehen und Interessen auszugleichen, steht dem in der Gestaltung der Digitalisierung eine „eigentümliche Fokussierung auf technische Details und Machbarkeit gegenüber.“²⁹ Die meist expert*innenorientierte Gestaltung fokussiert in der Regel auf technische Aspekte, Anpassungsleistungen der Beschäftigten bleiben unsichtbar und Auswirkungen auf die Qualität der Arbeit und Gesundheit werden nicht beachtet.

Die betrieblichen Akteur*innen sind in der Regel nicht gut auf die notwendige arbeitspolitische Gestaltung und Entwicklung entsprechender Konzepte vorbereitet. Die System- und Prozessgestaltung erfolgt eher prozessfern und ist expert*innendominiert. Die notwendigen Qualifizierungen der betroffenen Akteur*innen finden oft nicht statt oder sind defizitär.

25 Pieck et al. 2019: 146.

26 Reindl 2018.

27 Pieck et al. 2019: 147.

28 Reindl 2018.

29 Pieck et al. 2019: 147f.

Häufig fehlen die erforderlichen Aneignungsbedingungen für die neuen Technologien. Für die erforderlichen Lernprozesse fehlen in der Regel die zeitlichen Ressourcen. Führungskräfte, Personalentwickler*innen oder Betriebsräte sind nicht hinreichend eingebunden und zum Teil mit der Komplexität der Anforderungen bei knappen Ressourcen überfordert.³⁰ Bisher ist die Digitalisierung von Organisationen bzw. von Arbeitssystemen selten Gegenstand des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. einer am Settingansatz orientierten Gesundheitsförderung.³¹

7. Settings zur Gestaltung der digitalen Transformation

Um diese vielfältigen und heterogenen Entwicklungen gesundheitsförderlich zu gestalten, reicht eine technikzentrierte Strategie, die sich lediglich an technischen Möglichkeiten orientiert, nicht aus. Für eine gesundheitsförderliche bzw. menschengerechte Gestaltung sind arbeits- bzw. menschenzentrierte Ansätze erforderlich.³² Es sind Gestaltungsansätze gefragt, die die Eigendynamik/-logik sowohl technischer Systeme, aber eben auch die der sozialen Systeme und ihre wechselseitige Beeinflussung angemessen erfassen und reflektieren können.

Geht es um die Gestaltung von Arbeit – im Sinne der nachhaltigen Sicherung von Arbeit, der Qualität der Arbeit und ihre gesundheitsförderliche Gestaltung –, sind Organisationen sinnvolle Adressaten für eine Intervention. Denn sie beeinflussen Gesundheit maßgeblich über Arbeitsbedingungen, zu denen auch die Ausgestaltung technischer Aspekte der Arbeit gehört.

Ein typisches Innovationssystem sollten Projekte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sein, die gesundheitsrelevante Problemstellungen bearbeiten. Das Thema Digitalisierung wird jedoch bisher selten als Handlungsfeld durch Akteur*innen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements definiert und gezielt bearbeitet. Im Sinne der Partizipation und des Empowerments werden Beschäftigte kaum in die Aushandlung von Zielen der Digitalisierung oder in die Entwicklung von Gestaltungskriterien und Anforderungen an die neue Technologie/Digitalisierung einbezogen. Insgesamt fehlen Ziele und Kriterien, die sich auf Gesundheit und die Qualität der Arbeit beziehen.

30 Kuhlmann 2018; Carls et al. 2020; Latniak/Gerlmaier 2016; Zink 2017.

31 Pieck et al. 2019.

32 Zink 2017.

Erfreulicherweise werden Auswirkungen der Digitalisierung im Rahmen partizipativer Prozesse (z. B. der Gefährdungsbeurteilung) dennoch durch Beschäftigte angesprochen. Wenn Mitarbeiter*innen (und Führungskräfte) in die Entwicklung von Lösungen für ungünstige Belastungssituationen einbezogen werden, tragen sie zudem zur Entwicklung konkreter Lösungsansätze bei. Arbeitssituationsanalysen und Gesundheitszirkel sind bewährte Instrumente der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung und eignen sich auch für die Bearbeitung der Folgen und Weiterentwicklung der Ausgestaltung der Digitalisierung. Es wäre wünschenswert, potenzielle Auswirkungen der Digitalisierung auf die Qualität der Arbeit und Gesundheit schon in der Planung und Entwicklung digitaler Technologien zu berücksichtigen. Dementsprechend sollten die verschiedenen Perspektiven und Interessen der Betroffenen und der relevanten Akteur*innen bereits in dieser Phase sowie in den Entscheidungsprozessen einbezogen werden.

Aufgabe des Gesundheitsmanagements wäre es, Digitalisierungsprozesse aktiv zu gestalten und hierfür entsprechende Projekte als Innovationssysteme zu etablieren. Wie oben bereits ausgeführt, wird das Setting in Bezug auf die Aufgabenstellung zusammengestellt und kann zudem über den Verlauf eines Projektes angepasst werden. Leitend ist dabei die Frage, wer, wann und zu welchem Thema einbezogen werden muss. Damit ist die Konstruktion bzw. der Zuschnitt des Settings mit dem verknüpft, was im Projektmanagement als Projektorganisation bezeichnet wird.³³ Sie regelt die formelle Struktur des Projektes, d. h. welche Gremien und Ebenen es gibt, z. B. Expert*innengremium, Entscheidungsgremium, Arbeitsgruppen und Unterprojekte etc. Die Ausgestaltung der Projektorganisation ist in Bezug auf das Thema, zu beteiligenden Personengruppen und den jeweiligen Projektphasen zu entwerfen. Die Zusammensetzung orientiert sich dabei an den zu bearbeitenden Aufgabenstellungen und der Betroffenheit. Die Zusammensetzung der jeweiligen temporären Gruppen ist über den gesamten Verlauf der durch das Projekt initiierten Prozesse relevant. In diesem Zusammenhang wird in der systemischen Beratung auch von Projektarchitektur³⁴ gesprochen, die die Kommunikationsstruktur und -anlässe plant – und auch methodisch ausgestaltet.³⁵

„So, wie Architekten Räume planen und dadurch Rahmen schaffen, in denen sich Unterschiedliches ereignen kann, so entwerfen wir als Berater soziale,

33 Grossmann/Scala 1994: 77.

34 Königswieser/Exner 2006.

35 Bindl et al. 2018; Königswieser/Exner 2006.

zeitliche, räumliche und inhaltliche Gestaltungselemente und Fixpunkte, die Prozesse vorstrukturieren.“³⁶

Die Definition (Zuschnitt) des Settings ist selbst als Intervention³⁷ zu verstehen, denn sie basiert bereits auf einer Einschätzung der Berater*innen (oder der Projektverantwortlichen der gesundheitsförderlichen Intervention), welche Problemzusammenhänge bestehen und wie und wer in der Bearbeitung einzubeziehen ist. Die Entscheidung über die Zusammensetzung von Gremien und den Grad der Beteiligung ist selbst Gegenstand von zum Teil langwierigen Aushandlungsprozessen in der Sensibilisierungs- und Konzeptionsphase.³⁸

Die Architektur des Beratungs- bzw. Veränderungsprozesses beruht auf den Hypothesen der Berater*innen, die durch die Auftragsklärung gewonnen werden. Eng verbunden mit der Architektur des Prozesses ist die Frage, *wie* die einzelnen Elemente (Steuerungsgruppen, Projektgruppen, Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkel u. Ä.) ausgestaltet werden.

Für die Begleitung und gesundheitsförderliche Gestaltung der digitalen Transformation bieten sich Verfahren an, die sich explizit mit der Gestaltung von technischen und sozialen Systemen befassen, wie etwa Modelle der soziotechnischen Systemgestaltung³⁹ oder der des Mensch-Technik-Organisation-Ansatzes⁴⁰. Mit diesen lassen sich die Einführung oder Weiterentwicklung digitaler Technologien in Organisationen begleiten. Die Projektorganisation gestaltet sich je nach Größe des Unternehmens unterschiedlich. Zu typischen Gremien großer Organisationen, die einbezogen werden sollten, zählen der oberste Führungskreis, das Führungsteam des zu gestaltenden Bereichs, der Steuerkreis des Projektes, das Kernteam Digitalisierung und der Betriebsrat. In kleineren Unternehmen beschränken sich diese ggf. auf den Führungskreis, einen Steuerkreis und Beschäftigte

36 Königswieser/Exner 2006: 47.

37 Grossmann/Scala 1994; Königswieser/Exner 1999.

38 Pieck 2012.

39 Der Ansatz der soziotechnischen Systemgestaltung geht davon aus, dass die Einführung von Technologien eine Intervention in ein soziotechnisches System darstellt. Im Fokus steht die menschengerechte Gestaltung des Arbeitssystems (ursprünglich in der Produktion), welches selbst aus einem technischen und sozialen Teilsystem besteht. Der Ansatz orientiert sich an der Qualität der Arbeit und richtet sich gegen tayloristische Arbeitsprozesse und strebt selbstbestimmte Formen des Arbeitens an (Bendel 2021).

40 Strohm/Ulich 1997.

des zu digitalisierenden Bereichs. Ergänzt werden kann diese Projektorganisation um einen Beirat.⁴¹

Wie der Prozess gegliedert wird und wie das Design (inhaltlich-methodische Ausgestaltung) einzelner Elemente (z. B. Workshops mit Führungskräften, Expert*innen, Nutzer*innen etc.) aussieht, unterscheidet sich je nach Aufgabenstellung und den zugrundeliegenden Theorien oder Konzepten. Diese können beispielsweise die Zusammenhänge von betrieblichen Strategien der Leistungssteuerung, der Prozessgestaltung oder Rationalisierung und Gesundheit bzw. menschengerechter Gestaltung von Arbeit in den Blick nehmen.⁴² Der Veränderungsprozesses unterteilt sich z. B. in Ausgangsanalyse, Maßnahmenentwicklung, Implementation, Evaluation und Verstetigung. Die Analyse nutzt Methoden der Sozialforschung und fließt in durch das Projekt hergestellte Reflexionsräume ein, etwa in *Leitbildwerkstätten* oder *Denkwerkstätten*.⁴³ Der Prozess lässt sich auch in eine Analyse-, Design-, Test- und Skalierungsphase gliedern.⁴⁴ In den einzelnen Phasen werden unterschiedliche Personengruppen beteiligt. Inhaltlich und methodisch werden die Phasen z. B. durch Heuristiken⁴⁵ oder Fragen angeleitet, die es den Beteiligten ermöglichen, das Vorhaben aus unterschiedlichen Perspektiven zu analysieren und dabei grundlegende Gestaltungsansätze einer mensch- und arbeitszentrierten Gestaltung zur berücksichtigen.

8. Fazit

Settings, die sich mit der gesundheitsförderlichen Gestaltung der digitalen Transformation befassen, sind aus systemischer Sicht nicht identisch mit bereits bestehenden Organisationen. Sie werden durch die Gesundheitsakteur*innen aktiv entlang der Problemdefinition und bestehender Hypothesen und über ein angemessenes Vorgehen als Innovationssystem konstruiert. Dieses schafft einen formalen Rahmen, der eine inhaltliche Abgrenzung und wirksame Bearbeitung des Problemzusammenhangs ermöglicht.

41 Schmid et al. 2020.

42 Hier exemplarisch Nies et al. 2021.

43 Ebd.

44 Exemplarisch Bendel/Latniak 2020: 8. Zur Definition des Settings im Sinne der Projektorganisation äußern sich die Autoren leider nicht.

45 Daumenregeln, um etwas mit geringem Aufwand und begrenzter Datenlage zu analysieren. Heuristiken für die soziotechnische Systemgestaltung haben Herrmann/Nierhoff 2019 entwickelt.

Das Setting als Innovationssystem bleibt auch beim Thema Digitalisierung ein soziales System, in dem Ziele, Interessen und Widersprüche zwischen den beteiligten Akteur*innen verhandelt werden. Diese sollten ermächtigt sein, Entscheidungen zu fällen, nach welchen Kriterien und zu wessen Nutzen technische Systeme gestaltet werden. Die Veränderung von Organisationen ist eines der Kernelemente des Settingansatzes.

Das Zustandekommen der Settings hängt jedoch von Voraussetzungen ab, die die Gesundheitsakteur*innen u. U. nicht selbst herstellen können. So ist es ohne eine politische und gesetzliche Regulierung organisationalen/institutionellen Handelns eher unwahrscheinlich, dass sich Organisationen in ihren (digitalen) Geschäftsmodellen, Strukturen, Prozessen, Regeln und Werten an der Gesundheit ihrer Mitarbeiter*innen, Kund*innen oder an Nachhaltigkeitskriterien orientieren und entsprechende Entwicklungsprozesse anstoßen. Die politischen Impulse und Entscheidungen anzustoßen, dürfte weniger das Ergebnis von Organisationsentwicklungsprozesses als vielmehr von sozialen Bewegungen sein.

Literatur

- Bendel, A (2021): Soziotechnische Systemgestaltung. sicher ist sicher, 7, 359–364.
- Bendel, A/Latniak, E (2020): Soziotechnisch – agil – lean: Konzepte und Vorgehensweisen für Arbeits- und Organisationsgestaltung in Digitalisierungsprozessen. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 51: 3, 285–297.
- Bindl, C/Held, U/Pieck, N (2018): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Dialog – Lernen in Theorie und Praxis. In: Johns, J/Vedder, G (Hg.): Organisation von Arbeit und berufsbegleitendem Lernen. Augsburg, München: Rainer Hampp Verlag, 187–208.
- Büchner, S (2018): Zum Verhältnis von Digitalisierung und Organisation. Zeitschrift für Soziologie, 47: 5, 332–348.
- Carls, K/Gehrken, H/Kuhlmann, M/Thamm, L (2020): Digitalisierung – Arbeit – Gesundheit. Zwischenergebnisse aus dem Projekt Arbeit und Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0, SOFI Arbeitspapier, 19. URL: https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/Martin_Kuhlmann/Material/Carls_Gehrken_Kuhlmann_Thamm_WP_2020.pdf; 2.9.2022.
- Dadaczynski, K (2019): Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten. In: Haring, R (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, 403–412.
- Dadaczynski, K/Baumgarten, K/Hartmann, T (2016): Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Prävention und Gesundheitsförderung, 11: 4, 214–221.

- Grossmann, R/Scala, K (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim, München: Juventa.
- Grossmann, R/Scala, K (2001): Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hg.): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: BZgA, 73–86.
- Herrmann, T/Nierhoff, J (2019): Heuristik 4.0. Heuristiken zur Evaluation digitalisierter Arbeit bei Industrie-4.0-Lösungen aus soziotechnischer Perspektive. Digitalisierung von Arbeit, 16. URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67683-1>; 18.10.2022.
- Königswieser, R/Exner, A (2006): Systemische Intervention: Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager. 9. Aufl. Management - Die blaue Reihe. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kühl, S (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kuhlmann, M (2018): Arbeitswelt 4.0 – Problemlagen und Herausforderungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. AOK-Fachforum Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0, 17.05.2018. Hannover. URL: <https://www.aok.de/fk/niedersachsen/gida/#0>; 18.10.2022.
- Latniak, E/Gerlmaier, A (2016): Gestaltungskompetenz in Zeiten von Industrie 4.0 und Digitalisierung. FIF-Kommunikation, 4, 49–53.
- Loss, J/Lindacher, V/Curbach, J (2014): Online Social Networking Sites – a Novel Setting for Health Promotion? Health & Place, 26, 161–170.
- Nies, S/Kratzer, N/Casas, B/Reindl, J/Stadlinger, J/Jost, P/Ohl, G/Holletschke, D (2021): Selbständig Arbeiten in der digitalen Fabrik. In: Bauer, W/Mütze-Niewöhner, S/Stowasser, S/Zanker, C/Müller, N (Hg.): Arbeit in der Digitalisierten Welt. Praxisbeispiele und Gestaltungslösungen aus dem BMBF-Förderschwerpunkt. Berlin: Springer Vieweg, 175–187. DOI: 10.1007/978-3-662-62215-5_12.
- Pieck, N (2012): Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel. Düsseldorf: edition Hans Böckler Stiftung.
- Pieck, N/Held, U/Bindl, C (2019): Digitalisierung aus der Perspektive der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung. In: Badura, B/Ducki, A/Schröder, H/Klose, J/Meyer, M (Hg.): Fehlzeiten-Report 2019. Berlin: Springer-Verlag, 141–154.
- Reindl, J (2018): Schöne neue digitale Welt – Kontrolle oder/und Autonomie? Vortrag auf der Fachtagung "Was ist gute Arbeit in Zeiten der Digitalisierung?" am 25.9.2018 in Magdeburg. URL: https://cogito-institut.de/Reindl/2019_SchoeneDigitaleWelt.pdf; 21.02.2023.
- Schmid, J/Hennemann, J/Müller, F/Thönis, M/Bahlow, J/Kötter, W/Roth, S/Lennings, F/Terstegen, S/Beck, I/Schlink, B/Vollbroth, T/Bendel, A/Latniak, E/Bartels, E (2020): Arbeits- und prozessorientiert digitalisieren. Eschborn: RKW Kompetenzzentrum.
- Schubert, A-K (2019): Gesundheit als organisationaler Lernprozess – eine lern- und organisationstheoretische Analyse von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Augsburg: Rainer Hampp Verlag.

Strohm, O/Ulich, E (1997): Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation (Mensch, Technik, Organisation, Bd. 10). Zürich: vdf Hochschulverl. an der ETH Zürich.

Zink, KJ (2017): Digitalisierung der Arbeit als arbeitswissenschaftliche Herausforderung: ein Zwischenruf. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 69: 4, 227–232.

Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement – Organisationsentwicklung im Kontext von Digitalisierungsprozessen

Gudrun Faller

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	77
Abstract	78
0. Einleitung: Veränderungen der Arbeitswelt	78
1. Potenziale und Chancen der Digitalisierung im Arbeitskontext	80
2. Grenzen und Risiken der Digitalisierung im Arbeitskontext	81
3. Anforderungen an die menschengerechte Gestaltung digitalisierter und flexibler Arbeit	84
4. Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement: Einsatzfelder und Wirkungen	87
5. Potenziale des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements	89
6. Defizite des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements	90
7. Fazit	93
Literatur	93

Zusammenfassung

Im Kontext des globalen Wettbewerbs, der Digitalisierung und der Flexibilisierung wird von Erwerbstätigen eine ständige Anpassung an neue Erfordernisse ihrer Arbeit sowie damit verbunden die Fähigkeit zur Selbstvermarktung erwartet. Ideen wie Resilienz und Gesundheitskompetenz erfahren dabei einen starken Hype. Der Begriff des ‚digitalen Gesundheitsmanagements‘ verbindet sich vor diesem Hintergrund zumeist mit der Verfügbarmachung von Gesundheitsapps im betrieblichen Setting. Basierend auf einer kritischen Bestandsaufnahme werden Alternativen im Sinne eines als Organisationsentwicklung verstandenen BGMs unter Einbeziehung digitaler Tools skizziert.

Abstract

In the context of global competition, digitalization and flexibilization, employees are expected to constantly adapt to new requirements of their work and to have the associated ability to market themselves. Terms such as resilience and health literacy are experiencing a lot of hype in this context. Against this backdrop, the approach of digital health management is usually associated with making health apps available in the workplace setting. Based on a critical stocktaking, alternatives are outlined in the sense of a health management understood as organizational development with the inclusion of digital tools.

0. Einleitung: Veränderungen der Arbeitswelt

Der spätestens mit dem Beginn der industriellen Produktionsweise in der Arbeitswelt manifest gewordene Zwang zur stetigen Gewinnsteigerung und Anpassung an die Markterfordernisse verbindet sich etwa seit den 1980er Jahren mit den unter dem Schlagwort ‚Digitalisierung‘ assoziierten Entwicklungen. Beschrieben wird damit der Einsatz übergreifender, mikroelektronisch basierter informations- und kommunikationstechnischer Anwendungen mit weitreichenden Auswirkungen auf alle Bereiche des täglichen Lebens.¹ Ermöglicht und vorangetrieben wird diese Entwicklung durch die ubiquitäre Erfassung, Aufbereitung, Verarbeitung, Speicherung und dynamische Nutzung digitaler Informationen und deren Vernetzung, ergänzt um eine Verfeinerung der Sensortechnik und der Implementierung ‚lernender‘ Algorithmen.² Dadurch ausgelöste Flexibilisierungsprozesse nehmen in erheblichem Maße Einfluss auf organisationsbezogene Abläufe, Ziele und Inhalte und prägen die Anforderungen an die Arbeitsgestaltung der involvierten Beschäftigten. Die Gestaltung von Wandel ist zur Daueraufgabe geworden und es ist notwendig, Erkenntnisse dahingehend zu gewinnen, wie diese permanenten Veränderungen gut und gesundheitsgerecht gestaltet werden können.

Der Bundesverband Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) nennt in einer aktuellen Bestandsaufnahme folgende Herausforderungen, für die

1 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband; Gokus et al. 2019.

2 Matuschek 2016; Obermaier 2017.

Forschungserkenntnisse und darauf basierende Handlungsempfehlungen benötigt werden:³

- Der kontinuierliche Veränderungsdruck verlangt von den Betrieben neue Arbeits- und Organisationsformen, zu denen vor allem *agiles Arbeiten* zählt. Dieses bietet Unternehmen und Beschäftigten die Möglichkeit, spontan auf Änderungen, z. B. neue Kund*innenanforderungen zu reagieren, setzt jedoch schnelle, zielgerichtete und reibungslose Zusammenarbeit in selbstorganisierten Teams voraus.
- Agile Arbeitsweisen stellen neue *Anforderungen an die Führung*. Deren Aufgabe ist es, passende Einsatzgebiete für Agilität zu identifizieren, Konfliktpotenziale so gering wie möglich zu halten und Mitarbeitende auf Augenhöhe zu unterstützen.
- Agilität erfordert *Flexibilität auf allen Ebenen*: Zum einen müssen Kund*innenwünsche zeitnah und zuverlässig erfüllt werden, zum anderen soll Flexibilität Beschäftigte dabei unterstützen, privaten Verpflichtungen, wie z. B. der Familien- und Sorgearbeit, nachzukommen.
- Im Kontext der Flexibilisierung nimmt die Bedeutung der *Schicht- und Nachtarbeit* weiter zu. Gleichzeitig korreliert Schicht- und insbesondere Nachtarbeit mit erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen.⁴ Daher stellen sich neue Herausforderungen für eine möglichst schädigungsarme Schichtplangestaltung.
- *Mobiles Arbeiten* gewinnt weiterhin an Bedeutung und gilt als wesentlicher Attraktivitätsfaktor im Wettbewerb um Fachkräfte.
- Das steigende *Nachhaltigkeitsbewusstsein* – sowohl auf Kund*innen- als auch auf Beschäftigtenseite – hat Einfluss auf das Design von Tätigkeiten und Produkten. Diese verlangen geeignete Berufsbilder und Weiterqualifizierungen.

Für Public Health, verstanden als Wissenschaft mit dem Ziel der Gesunderhaltung der Bevölkerung,⁵ stellen sich vor diesem Hintergrund Fragen nach den Auswirkungen der beschriebenen Entwicklungen auf die Gesundheit von Menschen ebenso wie nach geeigneten Interventionsansätzen. Dabei ist auch zu klären, inwieweit bislang bewährte Konzepte unter den neuen Bedingungen weiterhin tragfähig sind. Der vorliegende Beitrag untersucht Möglichkeiten einer Neuausrichtung des Settingansatzes im Sinne eines

3 BDA 2021.

4 BAuA 2016.

5 Nowak et al. 2022.

Aufbaus und einer Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen und Prozesse in Betrieben unter Einbeziehung digitaler Lösungen.

1. Potenziale und Chancen der Digitalisierung im Arbeitskontext

Aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive birgt die Digitalisierung im betrieblichen Setting weitgehende präventive und gesundheitsfördernde Potenziale: So lassen sich durch den Einsatz von Assistenzsystemen (Datenbrillen, Tablets, Smart Watches), technischen Unterstützungsmöglichkeiten (Mensch-Roboter-Kollaborationen, Exoskeletten, Drohnen) und weiteren Automatisierungsmechanismen gefährliche, gesundheitsbelastende, zeit- und kraftaufwändige Arbeiten ebenso wie monotone, fehleranfällige oder unangenehme Aufgaben durch digitale Tools ersetzen oder zumindest ergänzen.⁶ Insofern können digitale Anwendungen wesentliche Beiträge dazu liefern, dem in § 2 Abs. 1 des Arbeitsschutzgesetzes fixierten Anspruch an eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit näherzukommen.

Wenn geeignete Rahmenbedingungen im Unternehmen vorhanden sind, können agile Arbeitsformen, Selbstverantwortung, Flexibilität und selbstgesteuerte Teams durchaus gesundheitserhaltend wirken und förderlich für Motivation, Leistung und Produktivität sein.⁷ Digitale Kommunikationstools wie Online-Videokonferenzen und andere mobile Anwendungen können die dafür erforderlichen Abstimmungsprozesse erleichtern und spontane Absprachen befördern.⁸

Auch hat spätestens die Coronapandemie gezeigt, welche Flexibilitätspotenziale die digitalen Möglichkeiten einer zeit- und ortsunabhängigen Arbeitsgestaltung bieten und die Chance eröffnen, Erwerbs- und private Belange besser zu vereinbaren. Laut einer Umfrage von Bitkom Research⁹ will die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten künftig im Homeoffice arbeiten, und auch die Firmen wollen künftig mehr Homeoffice als vor der Coronakrise ermöglichen.¹⁰ Arbeitgeber*innen versprechen sich eine gesteigerte Attraktivität im Wettbewerb um geeignete Fachkräfte, die Einsparung von Büroflächen und zufriedенere Beschäftigte. Studien zeigen

6 BDA 2021.

7 BDA 2021.

8 Schramm/Klausen 2020.

9 Holdampf-Wendel 2022.

10 Corona Datenplattform 2021.

zudem, dass Beschäftigte nach dem Wechsel ins Homeoffice teilweise messbar produktiver arbeiten.¹¹ Zudem tragen digitalisierungsseitig angetriebene Flexibilisierungspotenziale und technische Devices dazu bei, dass Menschen mit Behinderungen besser in den Arbeitsmarkt integriert, Anforderungen entsprechend ihrer Bedürfnisse gestaltet und Einschränkungen kompensiert werden können.¹² Ferner eröffnet die Arbeit im Homeoffice Nachhaltigkeitspotenziale, indem auf Fahrten zwischen Wohnort und Arbeitsort verzichtet und so die Umwelt geschont werden kann.¹³

Große Erwartungen und Potenziale richten sich schließlich auf digitale Weiterbildungsmaßnahmen und Angebote zur Information und Dokumentation: Unternehmen hoffen, auf diesem Weg die Qualifizierung ihrer Beschäftigten leichter in die Arbeitsabläufe integrieren zu können und mehr Möglichkeiten für selbst gesteuertes Lernen zu schaffen. Aus der Sicht von Beschäftigten bietet digitale Weiterbildung ein verbessertes Potenzial für sozialen Aufstieg, indem Lernen individualisiert, flexibel in den Arbeitsalltag integriert und die Vereinbarkeit mit anderen Verpflichtungen oder ein Lernen in Teilzeit erleichtert werden kann.¹⁴

2. Grenzen und Risiken der Digitalisierung im Arbeitskontext

Die im vorausgehenden Abschnitt skizzierten Chancen verbinden sich mit spezifischen Herausforderungen, über deren gesundheitliche Folgewirkungen aufgrund der noch jungen Auseinandersetzung mit diesen Themen zum aktuellen Zeitpunkt kaum belastbare Aussagen getätigt werden können. Erste Erfahrungen mit Digitalisierungsprozessen in Arbeit und Organisation verweisen jedoch auf eine Reihe von Risiken, die nachfolgend – nicht abschließend – skizziert werden. Deutlich wird dabei insbesondere, dass Erwerbstätige in sehr unterschiedlicher Weise von den Auswirkungen der Digitalisierung betroffen sind. Für einen Teil der Beschäftigten ist die Digitalisierung mit einem Anstieg psychosozialer Belastungen, Arbeitsverdichtung und Stress verbunden, während sie für andere die Gefahr der Dequalifizierung, des Jobverlustes oder des sozialen Abstiegs zur Folge hat. Bereits bestehende soziale Ungleichheiten können sich verschärfen und neue entstehen:

11 Ebd.

12 Wellmann/Mierich 2021.

13 Carbon Trust/Vodafone Institute 2021.

14 BMAS/BMBF 2021.

- *Arbeitsverdichtung und Zunahme arbeitsbedingter psychischer Belastungen:* Während der technologische Wandel bei einem Teil der Erwerbstätigen offenbar zu einer Entlastung von körperlichen Anforderungen führt, scheint eine breite Mehrheit quer über alle Ausbildungsniveaus hinweg eine erhebliche Arbeitsverdichtung zu erleben. Nicht nur die Zahl der zu erledigenden Aufgaben, auch die Menge der zu verarbeitenden Informationen sind durch moderne Kommunikationsmittel und -wege wie E-Mails, Handy und Internet gestiegen. Diese Entwicklung hat nach einer Erhebung des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) inzwischen ein solches Ausmaß erreicht, dass 40% der beruflichen Nutzer*innen von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) angeben, die Menge an Informationen nur noch schwer bewältigen zu können. Diese Einschätzung nimmt mit dem Grad des Bildungsabschlusses zu.¹⁵
- *Gestiegene Anforderungen an die Selbststeuerungsfähigkeit von Beschäftigten:* Angesichts der zunehmenden Entwicklung in Richtung flexibilisierter, individualisierter und eigenverantwortlicher Arbeit nimmt die Bedeutung der individuellen Arbeitsgestaltungskompetenz zu.¹⁶ Gemeint ist damit die Fähigkeit, die eigene Arbeit so zu gestalten, dass man selbst gesund, motiviert und leistungsfähig bleibt. Mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung können daher zu einer Herausforderung und einem Belastungsfaktor werden, denn mehr Autonomie bei der Arbeit erfordert zusätzliches Selbstmanagement und Koordination.
- *Verminderte Präsenzzeiten an den Arbeitsplätzen gehen einher mit reduzierter spontaner und informeller Kommunikation* – auch das hat die Coronapandemie eindrücklich demonstriert. Allerdings unterscheidet sich die Qualität der Kommunikation mithilfe digitalisierter Medien wesentlich von der persönlichen Kommunikation, so dass sich Fragen nach Möglichkeiten und Grenzen der medienvermittelten Verständigung stellen.¹⁷ Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die oben beschriebenen Anforderungen an ein gelingendes Miteinander in den Teams sowie zwischen Führungskräften und Mitarbeitenden. Wie Thomas Breisig¹⁸ betont, setzt gelingende Führung auf Distanz voraus, dass das notwendige Maß an Vertrauen in der Beziehung zwischen vorgesetzter und

15 Arnold et al. 2016.

16 BDA 2021.

17 Flammang/Böwen 2020.

18 Breisig 2020.

mitarbeitender Person aufgebaut und koordinierende und reflexive Mechanismen (z. B. regelmäßige Gespräche, gemeinsame Zielabsprachen, Aufgaben, Aufträge usw.) umgesetzt werden können. Arbeitsüberlastung, Zeitmangel und Stress auf beiden Seiten wirken sich hier kontraproduktiv aus.

- *Heterogene Verteilung von Chancen bei der Inanspruchnahme von Homeoffice*: Während vor allem Beschäftigte mit einem hohen sozioökonomischen Status, formal hohem Bildungsniveau und einem damit verbundenen spezifischen Tätigkeitsprofil die Homeoffice-Möglichkeit in Anspruch nehmen können, sind geringer qualifizierte, körperlich arbeitende Erwerbstätige sowie bestimmte Dienstleistungsberufe mit Blick auf die dadurch gegebene Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben benachteiligt.¹⁹
- *Substitution gering qualifizierter Tätigkeiten*: Nach den Prognosen des IAB ändert sich durch die Digitalisierung die Zahl der Beschäftigten kaum; allerdings zeichnen sich in vielen Berufsfeldern und Wirtschaftszweigen deutliche Verschiebungen ab. Während bei Dienstleistungen, IT- und naturwissenschaftlichen Berufen eine steigende Nachfrage erwartet wird, zählen vor allem Erwerbstätige im produzierenden Sektor sowie solche im berufsbildenden und gering qualifizierten Bereich zu den Verlierer*innen.²⁰
- *Verringerung von Gestaltungsspielräumen und Entwicklungschancen*: Während die Digitalisierung aufgrund veränderter Arbeitsinhalte und -methoden dem Gros der Erwerbstätigen eine ständige Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten abverlangt, erlebt ein nicht unerheblicher Teil die Digitalisierung dagegen als Dequalifizierung. Betroffen sind überproportional häufig Beschäftigte mit geringem Qualifikationsniveau, mit körperlich belastenden Tätigkeiten sowie in der Produktion.²¹ Die Gefahr, dass sowohl die durch Substitution aus dem Arbeitsleben Exkludierten als auch die von der Erfahrung der Dequalifizierung Betroffenen die Folgen der Digitalisierung als Geringschätzung, Missachtung und Herabwürdigung erleben, ist groß.
- *Zunahme atypischer Beschäftigungsformen* mit unzureichender sozialer Absicherung, geringem Einkommen und Zukunftsunsicherheit: Wie die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, geht der beschriebene Flexibi-

19 Corona Datenplattform 2021.

20 Weber 2017.

21 Arnold et al. 2016.

lisierungsdruck auf Unternehmensseite mit einer Zunahme flexiblerer, atypischer Beschäftigungsformen, wie befristeten Verträgen, Zeitarbeit, Minijobs, Werkverträgen oder Crowdwork²² einher. Diese sind überdurchschnittlich häufig von Prekarität geprägt, die als Einkommensunsicherheiten, aber auch in Form unzureichender Planbarkeit von Lebensentwürfen und einer mangelhaften Absicherung gesundheitlicher und sozialer Risiken in Erscheinung tritt.²³

3. *Anforderungen an die menschengerechte Gestaltung digitalisierter und flexibler Arbeit*

Damit Erwerbstätige im Kontext der beschriebenen Veränderungsprozesse gesund bleiben können, sind geeignete Rahmenbedingungen innerhalb von Unternehmen ebenso wie auf politischer Ebene erforderlich. Zwar wird immer wieder betont, dass atypische Arbeit nicht mit prekärer Beschäftigung gleichzusetzen ist und viele atypisch Arbeitende diese Erwerbsform freiwillig gewählt haben.²⁴ Dennoch zeigen einschlägige Analysen, dass atypische Arbeit überdurchschnittlich häufig mit Armut korreliert.²⁵

Markus Promberger et al.²⁶ schätzen den Anteil der dauerhaft in prekären Arbeits- und Einkommensverhältnissen lebenden Erwerbstätigen in Deutschland auf 12% ein. Die Autor*innen beziehen sich dabei auf Personen, die weder dauerhaft erwerbslos noch nachhaltig ins Erwerbssystem integriert, sondern über lange Phasen hinweg prekär beschäftigt sind bzw. unter prekären Umständen leben. Sie verweisen auf die Bedeutung des sozialen Zusammenhalts in Deutschland, für den es eine entscheidende Rolle spielt, inwieweit sich diese Personen als vollwertiger Teil der Gesellschaft oder als unterprivilegiert bzw. sogar teilweise ausgeschlossen wahrnehmen. Ansatzpunkte für eine Verbesserung sehen die Autor*innen in Bezug auf die Lohnpolitik sowie in der Ausgestaltung der erwerbsbezogenen sozialen Sicherungssysteme. Parallel dazu schlagen sie eine solidarische Lohn- und Steuerpolitik mit Umverteilungskomponenten in Richtung von Geringver-

22 Unter Crowdfunding versteht man die Auftragsvergabe an einen Pool von Auftragnehmenden (Crowd) auf digitalem Wege. Crowdworker*innen übernehmen also über das Internet ausgeschriebene Aufgaben ohne festes Arbeitsverhältnis oder bieten ihrerseits Leistungen an (ifaa o. J.).

23 Faller 2020a.

24 Siehe z. B. Statistisches Bundesamt 2022.

25 Siehe z. B. Aust et al. 2018; Brehmer/Seifert 2008.

26 Promberger et al. 2018.

dienenden sowie regulatorische Eingriffe in die Ausgestaltung atypischer Beschäftigung vor.

In der BRD ist das Risiko, in Armut zu leben, für Familien mit alleinerziehenden Elternteilen von allen Familienformen am höchsten, obwohl ein großer Teil von ihnen zusätzlich zum SGB II-Bezug einer Erwerbstätigkeit nachgeht. Ein weiterer Schwerpunkt mit dem Ziel der Herstellung einer sozial ausgewogeneren Beschäftigungspolitik besteht daher darin, dass sich die Übernahme informeller Sorgearbeit für Angehörige nicht nachteilig auf Einkommen und Alterssicherung auswirken. Neben steuerlichen Entlastungen und der verbesserten Anerkennung unbezahlter Arbeit in der Zukunftsvorsorge werden verstärkte Bemühungen zugunsten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefordert.²⁷

Abgesehen von diesen überbetrieblichen Handlungsnotwendigkeiten sind vermehrte Aktivitäten auf betrieblicher Ebene erforderlich, um den Herausforderungen einer flexibilisierten, digitalisierten Arbeitswelt zu begegnen. Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) haben sich spezifische Qualitätsmerkmale etabliert, die als allgemein anerkannt gelten können und in verschiedenen offiziellen Dokumenten festgeschrieben sind. Zu diesen zählen die in § 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Qualitätsanforderungen, die in der Luxemburger Deklaration fixierten Leitlinien²⁸ sowie ergänzend die Bestimmungen des Arbeitsschutzgesetzes, die auf das Ziel einer menschengerechten Gestaltung von Arbeit ausgerichtet sind.

Zu den Standards eines qualitätsgesicherten BGMs zählen:²⁹

- ein gemeinsames Vorgehen von Arbeitgeber*innen, Arbeitnehmer*innen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz,
- die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen durch die Förderung einer aktiven Mitarbeitendenbeteiligung,
- die Beteiligung der Beschäftigten an den ihre Arbeitsbedingungen betreffenden Entscheidungen (Partizipation),
- die Integration gesundheitsbezogener Aspekte bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen,

²⁷ Lenze 2021.

²⁸ ENWHP 1997.

²⁹ In der nachfolgenden Darstellung weichen die Formulierungen aufgrund der Anpassung an die Anforderungen einer geschlechtergerechten Sprache vom Original ab.

- ein systematisches Vorgehen bei der Implementierung von Maßnahmen und Programmen – insbesondere die Durchführung von Bedarfsanalysen sowie die Wirkungskontrolle,
- die Verbindung von Verhalten und Verhältnissen sowie von Ressourcenstärkung und Risikoreduzierung bei der Planung und Umsetzung von Interventionen,
- die Beteiligung aller betrieblichen Verantwortlichen sowie der Betriebsärzt*innen und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit an der Planung und Gestaltung von Maßnahmen.

Die Qualitätsanforderungen an – von der Gesetzlichen Krankenversicherung unterstützte – Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in § 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch heben im Einzelnen den *Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen* hervor, ferner die Durchführung einer gesundheitsbezogenen *Bedarfsanalyse* sowie die Ableitung von *Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation* – beides unter aktiver *Beteiligung* der Beschäftigten sowie der betrieblichen Expert*innen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Ferner werden die Krankenkassen zur überbetrieblichen Zusammenarbeit mit den Trägern des dualen Arbeitsschutzsystems verpflichtet.

Gemäß der in § 154 SGB IX fixierten Pflicht von Arbeitgebenden zur Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung sind darüber hinaus Rahmenbedingungen für eine stärkere Einbindung leistungsgewandelter Arbeitnehmender zu schaffen, für deren berufliche Inklusion gerade die Digitalisierung wesentliche Erleichterungen bietet.³⁰

Deutlich wird anhand der bisherigen Ausführungen, dass angesichts der komplexen und auf die Gesundheit von Erwerbstätigen einwirkenden Bedingungen einer sich verändernden, zunehmend von Digitalisierungsprozessen geprägten Arbeitswelt Interventionsansätze unzureichend sind, die vordergründig das Gesundheitsverhalten von Beschäftigten adressieren, ohne die sozialen und gesellschaftlichen Konstitutionsbedingungen einer – die Gesundheit von Beschäftigten tangierenden – Arbeitswelt in Rechnung zu stellen. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die bislang unter dem Begriff des ‚digitalen BGM‘ rangierenden Ansätze dargestellt und bewertet.

30 Vgl. Wellmann/Mierich 2021.

4. Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement: Einsatzfelder und Wirkungen

Mit dem Begriff des digitalen betrieblichen Gesundheitsmanagements (dBGM) verbindet sich im Wesentlichen die Verfügbarmachung von digitalen Gesundheitsanwendungen für Beschäftigte.³¹

Zu den Anwendungsfeldern zählen u. a. Messgeräte – häufig als Wearables –, die in der Lage sind, physiologische Indikatoren, aber auch Bewegungsabläufe oder Parameter der Körperhaltung zu erfassen und abzubilden. Nutzer*innen erhalten zeitnahe Rückmeldungen über individuelle Werte, die oft zu Indices kombiniert werden, was die Bewertung vereinfacht und die Vergleichbarkeit erhöht. Bei einigen Anwendungen können Anwender*innen zudem emotionale Befindlichkeiten und Wahrnehmungen, aber auch verhaltens- und lebensstilbezogene Informationen in Form eines elektronischen Tagebuchs dokumentieren. Durch die Kombination der eingegebenen Werte erhalten sie individualisierte Rückmeldungen – etwa als Bewegungs-, Ernährungs-, Schlaf- und Stressprofile, aber auch Einschätzungen zu Depressivität, Arbeitszufriedenheit, Ergonomie u. a. m.³²

Einige Anwendungen umfassen zusätzlich den Versand von Motivationsnachrichten und Erinnerungen via E-Mail oder Nachrichtendienste. Andere steigern die Nutzungsmotivation, indem Punkte gesammelt bzw. virtuelle oder reale Belohnungen vergeben werden.³³

Neben der individuellen Verhaltenssteuerung werden Apps auch zur Führungskräfteentwicklung eingesetzt. Angesichts der oben beschriebenen Notwendigkeit, Selbstständigkeit der Beschäftigten zu fördern, Verantwortung zu delegieren und auf Distanz zu führen, wird von den Anbietern entsprechender Tools der Erwerb geeigneter Kommunikationskompetenzen auf Ebene des mittleren Managements in Aussicht gestellt. Apps zur Personalentwicklung von Führungskräften werden damit beworben, dass sie zu achtsamer Kommunikation, Authentizität und Selbstmanagement befähigen sollen.³⁴ Angeboten werden Tools im *Blended Learning*-Format

31 Vgl. hierzu auch Faller 2020b.

32 Arsalan et al. 2022; Badura et al. 2019; Bayerle et al. 2022; Matusiewicz et al. 2018.

33 Eckert et al. 2018; Lehr et al. 2019.

34 Pscherer 2018.

sowie als komplett digitale Lernformen mittels Apps, Lernvideos und *Micro Learning*-Formaten.^{35,36}

Für viele digitale Tools wird unter Verweis auf Metaanalysen über positive Wirkungen berichtet.³⁷ Allerdings variiert ihre Effektivität in Abhängigkeit von den jeweils gegebenen Qualitätsvoraussetzungen. So scheint die Kombination des Internetangebots mit persönlichen Elementen (z. B. Coaching) eine Verbesserung der Effektivität zu bewirken. Weitere Anforderungen an die Wirksamkeit betreffen die Dauer, die spezifische Ausrichtung auf die Zielgruppen und deren Bedürfnisse, die Möglichkeit zum Selbst-Monitoring und der Verfügbarkeit eines zusätzlichen Kommunikationskanals zum Anbieter.³⁸

Auch die Integration spielerischer Elemente in ansonsten nicht zu Spielzwecken genutzten Anwendungen (Gamification) zeigt positive Effekte auf das Erleben und Verhalten der Nutzer*innen.³⁹

Trotz dieser vielversprechenden Ergebnisse weisen Lehr und Boß einschränkend darauf hin, dass die Zahl belastbarer Studien aktuell noch zu gering ist, um generelle Aussagen zu tätigen. Gegen eine pauschale Bewertung spricht ferner, dass die Heterogenität der Resultate der einzelnen Studien hoch ist und z. T. auch negative Ergebnisse enthalten sind.⁴⁰

Angesichts dieser Erfahrungen enthalten die *Kriterien zur Zertifizierung von Kursangeboten in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention* des GKV-Spitzenverbandes⁴¹ unter Ziffer 1.2 die Möglichkeit, IKT-basierte Selbstlernprogramme zur Gesundheitsförderung oder Prävention anzubieten, sofern die Ziele nach § 20 SGB V sowie die Inhalte des Programms für Teilnehmende erkennbar sind und Transparenz über die Entwickler*innen und Verantwortlichen besteht.

35 Gronau et al. 2019.

36 *Micro Learning*-Formate sind kleine, in sich geschlossene Lerneinheiten, die digital angeboten werden. Wissen soll dabei auf möglichst effiziente und unterhaltsame Weise erworben oder aufgefrischt werden (Demuro 2019).

37 Carolan et al. 2017; Heber et al. 2017; Kählke/Ebert 2018.

38 Heber et al. 2017.

39 Hamari et al. 2014.

40 Lehr/Boß 2019.

41 GKV-Spitzenverband 2020.

5. Potenziale des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Aus Arbeitgeber*innensicht spricht einiges für ein Angebot gesundheitsbezogener digitaler Tools im Rahmen des dBGM: Sie kommen der immer wieder betonten Notwendigkeit nach, die individuelle Gesundheits- und Arbeitsgestaltungskompetenz zu fördern, ohne dass die betrieblichen Abläufe dadurch gestört oder in Frage gestellt werden. Apps bieten niedrigschwellige und kurzfristig verfügbare Möglichkeiten, Beschäftigte beim Erlernen von Techniken zur Bewältigung von Belastungen sowie beim Erwerb von Kompetenzen zu unterstützen. Ihre Einrichtung kann mit relativ wenig Aufwand erfolgen, und die dabei generierten, überwiegend quantitativen Kennzahlen lassen sich gut für die Unternehmenssteuerung nutzen.⁴²

Hervorgehoben wird im Zusammenhang mit der Diskussion um den Einsatz digitaler Gesundheitsapps im Betrieb häufig die zahlenmäßig nahezu unbegrenzte Erreichbarkeit von Rezipient*innen. Dadurch, dass die Hilfe anonym, ortsungebunden und abgestimmt auf individuelle Alltagsanforderungen ausgerichtet werden kann, adressiert sie auch den Umgang mit tabuisierten Themen. Ferner kommen schwer erreichbare Beschäftigte wie bestimmte Risikogruppen, Außendienstmitarbeitende, in Schichtarbeit Beschäftigte u. a. m. in den Genuss der Angebote.⁴³

Durch simultane Onlinekommunikation, aber auch durch zeitversetzte, interaktive digitale Komponenten kann sozialer Austausch erleichtert bzw. auf Distanz erst ermöglicht werden. Auf diese Weise besteht die Chance, Interaktion und Teamkommunikation zu intensivieren. Eine Reihe von Anwendungen hat sich darauf verlegt, soziale und gruppendynamische Elemente gezielt zu nutzen. Entsprechende Tools sind darauf gerichtet, die Kohäsion zwischen Teammitgliedern durch Wettbewerbselemente zu fördern, indem diese – zum Beispiel in Form von gefahrenen Radkilometern oder Schrittzählern – gegen konkurrierende Teams antreten. Andere Lösungen wollen die Verbundenheit von Teams dadurch stärken, dass sie die Mitglieder dazu motivieren, eigene ‚Talente‘ zu entdecken und diese dem Team zur Verfügung zu stellen.⁴⁴

42 Vgl. Hasselmann et al. 2017; Heering/Planinc 2018; Sayed/Brandes 2018; Winter/Riedl 2022.

43 Hasselmann et al. 2017; Heber et al. 2017; Jakob-Pannier et al. 2018; Lehr/Boß 2019; Sayed/Brandes 2018.

44 Hasselmann et al. 2017; Kardys/Walle 2018.

6. Defizite des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Gegenüberstellung der Anforderungen an ein zeitgemäßes BGM und dem, was der mit dem Begriff des dBGM umschriebene Einsatz digitaler Anwendungen leisten kann, fällt auf, dass letzter nahezu ausschließlich die Beschäftigten – sowie im Fall von Führungskräfteentwicklung die Vorgesetzten – als Einzeladressat*innen von Veränderungen in den Blick nimmt. Die Verantwortung für die Bewältigung der durch Flexibilisierung gestiegenen Anforderungen wird einseitig den Individuen zugesprochen, während der (freiwillige) Beitrag der Arbeitgeber*innenseite darin gesehen wird, diese Angebote verfügbar zu machen. Eine solche Ausrichtung von Gesundheitsförderung ignoriert jedoch, dass die wesentlichen Einflüsse auf Gesundheit, einschließlich derjenigen auf gesundheitsrelevantes Verhalten, von den Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgehen, in denen Menschen ihren Alltag verbringen.⁴⁵ Insbesondere Menschen in schwieriger sozialer Lage sind – wie gezeigt – verstärkten Belastungen ausgesetzt (z. B. Arbeitslosigkeit, prekärem Einkommen, arbeitsbedingten Fehlbeanspruchungen). Sie verfügen oftmals nicht über ausreichende Ressourcen zu deren Bewältigung (z. B. Unterstützung durch soziale Netzwerke, Angebote professioneller Unterstützung oder die Kompetenz, diese zu nutzen). Rein auf der Verhaltensebene ansetzende Angebote sind daher nicht nur unzureichend; aus Sicht einer von Gerechtigkeitsvorstellungen geprägten Ethik erscheinen sie sarkastisch, weil sie die Verantwortung für Gesundheitsbeeinträchtigungen den Opfern der Verhältnisse zuschreiben.⁴⁶

Kontrastierend dazu sind settingbezogene Ansätze im Sinne der *Ottawa Charta*⁴⁷ darauf ausgerichtet, die Lebenswelt von Menschen und damit die Rahmenbedingungen, unter denen sie leben und arbeiten, gesundheitsfördernd zu verändern. Da Settings jedoch aufgrund ihrer Komplexität als ‚soziale Systeme‘⁴⁸ zu verstehen sind, die sich im Gegensatz zu technischen Systemen (im Sinne ‚trivialer Maschinen‘) einer konkreten Prognostizierbarkeit von Interventionen entziehen, setzen settingbezogene Veränderungsprogramme ein hohes Maß an Kompetenz und Erfahrung, aber auch Prozessvertrauen auf Seiten derjenigen voraus, die diese Veränderungen begleiten und verantworten. Settingbezogene Veränderungsansätze

45 WHO 2003.

46 Zur Übersicht vgl. RKI o. J.

47 WHO 1986.

48 Luhmann 1987.

der Gesundheitsförderung bedienen sich des Ansatzes der systemischen Organisationsentwicklung.⁴⁹ Zu dessen wesentlichen Eckpunkten zählen die Auftragsklärung, Strukturentwicklung im Sinne einer Einrichtung gesundheitsbezogener betrieblicher Gremien, Information und Kommunikation, Bedarfsanalysen, partizipative Maßnahmenentwicklung und begleitende Evaluation;⁵⁰ zu ihren zentralen Qualitätsmerkmalen zählen die in Abschnitt 3 referierten Anforderungen. Mit diesen korrespondieren die Angebote des dBGM kaum. Insofern sind letztere eher als Ergänzung denn als Alternative zu dem sinnvoll, was als Standard im BGM gilt. Demgegenüber kann ein entsprechendes, am Organisationsentwicklungsgedanken ansetzendes BGM durchaus mithilfe geeigneter digitaler Tools erleichtert werden. Zu diesen im Rahmen eines gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozesses sinnvollerweise nutzbaren digitalen Anwendungen zählen:

- digitale Befragungstools, die zur Bedarfserhebung bzw. zur Ermittlung psychischer Gefährdungen und Belastungen der Beschäftigten eingesetzt werden können. Mithilfe entsprechender Angebote können Fragebögen von den Beschäftigten am Bildschirm beantwortet, die Eingaben unmittelbar von der Software in Prozentanteile umgerechnet und die Ergebnisse als farbige Balken- oder Netzdiagramme ausgewiesen werden. Exemplarisch sei in diesem Zusammenhang auf das Instrument Modulare Analyse der Belastungsfaktoren in Organisationen (MABO) der Initiative psyga verwiesen, das umfassend angelegt, kostenlos genutzt und einfach zu handhaben ist.⁵¹ MABO umfasst mehrere, an den jeweiligen Betrieb adaptierbare Fragenmodule, die von den Beschäftigten digital bearbeitet werden können und praxisnahe Auswertungshilfen enthalten. Eine besondere Stärke des Tools besteht darin, dass es neben der reinen Analysefunktion auch Gestaltungshilfen für die weitere Maßnahmenentwicklung umfasst, die partizipativ mit der Belegschaft in abteilungsbezogenen Workshops umgesetzt werden.
- digitale Tools für den Einsatz in Videokonferenzen, mit deren Hilfe Workshops mit Beschäftigten oder Gesundheitszirkel ersatzweise dann sinnvoll sind, wenn aus Gründen der Entfernung, der Arbeitszeit, Behinderungen oder sonstiger Einschränkungen eine Teilnahme an Präsenzmeetings nicht möglich ist. Entsprechende Anwendungen haben

49 Grossmann/Scala 2011.

50 Faller 2017.

51 Straeter et al. 2022.

- vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Coronapandemie eine starke Nachfrage und technische Weiterentwicklung erfahren und die Möglichkeiten des Einsatzes partizipativ gestalteter Moderationselemente werden immer vielfältiger. Videokonferenzsoftware lässt sich dabei gut mit Tools zur Onlinemoderation kombinieren, so dass partizipative Workshops inklusive moderativer Elemente wie Brainstorming, Brainwriting, Zurufabfragen, partizipativem Clustern, Priorisieren, Kleingruppenarbeit u. a. m. zunehmend auch online gut realisiert werden können.
- digitale Tools zur Unterstützung des Projektmanagements, die sich insbesondere für längerfristige Prozesse des BGMs eignen und dazu beitragen, den Überblick zu behalten. Aktuell existieren zahlreiche, auch gratis zu erwerbende Softwareangebote zur Unterstützung des Projektmanagements, die mit Hilfe von Visualisierungen, Tabellen, Rechenfunktionen, Kalenderfunktionen u. a. m. die Planung, das Controlling, das Zeit- und Kostenmanagement, das Dokumenten- und Informationsmanagement u. a. m. erleichtern.
 - Wenn auch in der betrieblichen Praxis bereits weitgehend etabliert, sind an dieser Stelle zudem digitale Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten wie E-Mail, Intranet, Messenger-Dienste u. a. m. zu nennen, die die Verbreitung und den Austausch von Nachrichten in kurzer Zeit ermöglichen und denen auch für den Einsatz im Rahmen der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung ein prominenter Stellenwert zukommt.
 - Mit Blick auf die sich – gerade im klein- und mittelbetrieblichen Sektor – derzeit zunehmend etablierenden Netzwerkansätze des BGM bieten die oben beschriebenen digitalen Tools auch hier wesentliche Vorteile im Sinne einer Unterstützung von Vernetzung und Synergiepotenzialen. Ebenso wie auf betrieblicher Ebene erleichtern digitale Befragungstools, Kommunikations-, Videokonferenz-, Moderations- und Projektmanagementsoftware die Kommunikation, Steuerung und Koordination auf Netzwerkebene und stellen insbesondere für die Netzwerkmanager*innen wertvolle Arbeitshilfen dar.

Unabhängig von der Frage, ob und ggf. welche dieser digitalen Unterstützungsformate zum Einsatz kommen, ist darauf hinzuweisen, dass sie die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Verbesserungsspielräumen und Entwicklungspotenzialen im Unternehmen nicht ersetzen können. Auch die elektronische Erfassung von psychischen Gefährdungen und Belastungen ersetzt nicht die hierarchieübergreifende Verständigung zur Frage, wel-

che Veränderungen aus Sicht der Beschäftigten erforderlich sind und durch welche konkreten Maßnahmen sie realisiert werden sollen. Gleiches gilt für den Einsatz von Projektmanagementsoftware sowie die Software für die Durchführung von Videokonferenzen. Sie alle stehen unter dem Vorbehalt der aktiven und selbstreflektiven Veränderungsbereitschaft der betrieblich Verantwortlichen.

7. Fazit

Die heutige Arbeitswelt ist in hohem Maße von Flexibilisierung und Verdichtung von Abläufen geprägt. Neben gesteigerten Anforderungen an Selbststeuerung, Stressresistenz und Bewältigungskompetenz manifestieren sich die Folgen für einen Teil der Erwerbstätigen in Form von zunehmender sozialer Ungleichheit und Prekarität. Deren Bewältigung erfordert Interventionen auf überbetrieblicher ebenso wie betrieblicher Ebene, die darauf zielen, Arbeitsbedingungen für Beschäftigte menschengerecht und sozialverträglich zu gestalten. Die mit dem Begriff des dBGM umschriebenen Ansätze enthalten dagegen bisher primär digital gestützte Formen der Verhaltensprävention, die in erster Linie das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten adressieren. Ursächliche Einflüsse auf die beschriebenen Herausforderungen bieten sie kaum. Alternativ dazu existieren durchaus digitale Tools, die im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen sinnvoll eingesetzt werden können. Die Verantwortung für die Gestaltung der Arbeitsbedingungen können jedoch auch sie nicht übernehmen.

Literatur

- Arnold, D/Bellmann, L/Steffens, S/Wolter, S (2016): Digitalisierung am Arbeitsplatz: Technologischer Wandel birgt für die Beschäftigten Chancen und Risiken. IAB-Forum, 1, 98–105.
- Arslan, A/Anwar, SM/Majid, M (2022): Mental Stress Detection using Data from Wearable and Non-Wearable Sensors: A Review. DOI: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2202.03033>.
- Aust, A/Rock, J/Schabram, G/Schneider, U/Stilling, G/Tiefensee, A (2018): Wer die Armen sind. Der Paritätische Armutsbericht 2018. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband.
- Badura, B/Ducki, A/Schröder, H/Klose, J/Meyer, M (2019): Fehlzeiten-Report 2019. Berlin: Springer Nature.

- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016): Arbeitszeitreport Deutschland 2016. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Bayerle, P/Kerling, A/Kück, M et al. (2022): Effectiveness of Wearable Devices as a Support Strategy for Maintaining Physical Activity after a Structured Exercise Intervention for Employees with Metabolic Syndrome: a Randomized Controlled Trial. *BMC Sports Sci Med Rehabil*, 14: 24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13102-022-00409-1>.
- BDA – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2021): Arbeitsforschung 2021+: Welche Forschungsfragen bewegen die Arbeitgeber und wie sieht die Arbeitswelt der Zukunft aus? *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 75, 127–136.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Geschäftsstelle Nationale Weiterbildungsstrategie/ BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021): Umsetzungsbericht Nationale Weiterbildungsstrategie. Berlin: BMAS/BMBF.
- Brehmer, W/Seifert, H (2004): Sind atypische Beschäftigungsverhältnisse prekär? Eine empirische Analyse sozialer Risiken. *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*, 4, 501–531.
- Breisig, T (2020): Führung auf Distanz und gesunde Führung bei mobiler Arbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 74: 3, 188–194.
- Carbon Trust/Vodafone Institute (2021): Homeworking Report. URL: <https://www.vodafone-institut.de/wp-content/uploads/2021/07/Homeworking-Report-2021.pdf>; 13.5.2022.
- Carolan, S/Harris, PR/Cavanagh, K (2017): Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace. *Journal of Medical Internet Research*, 19: 7, e271.
- Corona Datenplattform (2021): Themenreport 02, Homeoffice im Verlauf der Corona-Pandemie, Ausgabe Juli 2021, Bonn. URL: https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/I/infas-corona-datenplattform-homeoffice.pdf?__blob=publicationFile&v=4; 13.5.2022.
- Demuro, N (2019): Microlearning – was ist das eigentlich? URL: https://www.haufe.de/personal/hr-management/microlearning-definition-beispiele-kosten_80_501544.html; 7.7.2022.
- Eckert, M/Tarnowski, T/Sieland, B (2018): Stress- und Emotionsregulation in der Arbeitswelt: Wirksamkeit des Trainings Stark im Stress (SIS) im beruflichen Umfeld. In: Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (Hg.): *Gesundheit und Arbeit 4.0*. Heidelberg: medhochzwei, 195–203.
- ENWHP – European Network for Workplace Health Promotion (1997): Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Essen: BKK Bundesverband.
- Faller, G (2017). *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Faller, G (2020a): Atypische Beschäftigung – ein Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung bei der Arbeit. *Public Health Forum*, 28: 2, 117–120.
- Faller, G (2020b): Wearable und App: Was kommt auf uns zu? *Gute Arbeit*, 32: 12, 25–30.

- Flammang, M/Böwen, P (2020): Praxistagebücher aus der Sozialen Arbeit in Zeiten von Covid 19. URL: <https://orbi.lu/bitstream/10993/43883/1/Praxistageb%20aus%20der%20Sozialen%20Arbeit%20in%20Zeiten%20von%20Covid-19.pdf>; 13.5.2022.
- GKV-Spitzenverband (2020): Kriterien zur Zertifizierung von Kursangeboten in der individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V, Stand: 23.11.2020. URL: https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/wp-content/uploads/2021/06/Kriterien_zur_Zertifizierung_23-11-2020.pdf; 13.5.2022.
- Gokus S/Ortloff L/Lange T (2019): Bildung in der digitalen Transformation. In: Koch, AF/Kruse S/Labudde P (Hg.): Zur Bedeutung der Technischen Bildung in Fächerverbünden. Wiesbaden: Springer Spektrum, 65–75.
- Graus, E/Özgül, P/Steens, S (2021): Künstliche Intelligenz: Die Zukunft der Arbeit anhand von Erkenntnissen aus der Unternehmenspraxis gestalten. ROA. ROA External Reports, November 2021, Maastricht.
- Gronau, A/Stender, S/Fenn, S (2019): Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0. In: Badura, B/Ducki, A/Schröder, H/Klose, J/Meyer, M (Hg.): Fehlzeiten-Report 2019. Berlin: Springer Nature, 319–329.
- Grossmann, R/Scala, K (2011): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim: Juventa.
- Hamari, J/Koivisto, J/Sarsa, H (2014): Does Gamification Work? A Literature Review of Empirical Studies on Gamification. In: Proceedings of the 47th Hawaii International Conference on System Sciences, Hawaii, USA, January 6–9, 2014. URL: https://www.researchgate.net/publication/256743509_Does_Gamification_Work_-_A_Literature_Review_of_Empirical_Studies_on_Gamification; 13.5.2022.
- Hasselmann, O/Franzen, L/Schauerte, B (2017): Digitale Möglichkeiten der Verhaltensprävention in Betrieben. In: Badura, B/Ducki, A/Schröder, H/Klose, J/Meyer, M (Hg.): Fehlzeiten-Report 2019. Berlin: Springer Nature, 179–191.
- Heber, E/Ebert, DD/Lehr, D/Cuijpers, P/ Berking, M/Nobis, S/Riper, H (2017): The Benefit of Web and Computer-Based Interventions for Stress: a Systematic Review and Meta-Analysis. In: Journal of Medical Internet Research, 19; 2, e32.
- Heering, J/Planinc, R (2018): ergoscan – die digitale Haltungsanalyse für gesundes Sitzen am Arbeitsplatz. In: Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (Hg.): Gesundheit und Arbeit 4.0. Heidelberg: medhochzwei, 299–308.
- Holdampf-Wendel, A (2022): New Work: Die Hälfte der Deutschen arbeitet im Homeoffice. Betriebliche Prävention, 134; 05, 230–233.
- ifaa (o. J.): Faktenblatt. Crowdworking – Neue Arbeitsformen in der Produktionsindustrie: Zahlen, Daten, Fakten. URL: <https://www.arbeitswissenschaft.net/angebote-produkte/zahrendatenfakten/ue-zdf-crowdworking/>; 7.7.2022.
- Jakob-Pannier, A/Wessel, S/Molner, R (2018): Psychische Belastungen von Beschäftigten: Online-Interventionen im BGM als sinnvolle Ergänzung zu konventionellen Maßnahmen im Unternehmen. In: Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (Hg.): Gesundheit und Arbeit 4.0. Heidelberg: medhochzwei, 321–334.
- Kardys, C/Walle, O (2018): Digitalisierung – Fluch oder Segen in der Arbeitswelt 4.0. In: Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (Hg.): Gesundheit und Arbeit 4.0. Heidelberg: medhochzwei, 29–41.

- Kähle, F/Ebert, DD (2018): Gesundheitsökonomische Evaluation von internet- und mobilebasierten Interventionen (IMI) zur Behandlung von psychischen Störungen: Ein Überblick. In: Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (Hg.): Gesundheit und Arbeit 4.0. Heidelberg: medhochzwei, 279–296.
- Lehr, D/Boß, L (2019): Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In: Badura, B/Ducki, A/Schröder, H/Klose, J/Meyer, M (Hg.): Fehlzeiten-Report 2019. Berlin: Springer Nature, 155–178.
- Lenze, A (2021): Alleinerziehende weiter unter Druck: Bedarfe, rechtliche Regelungen und Reformansätze. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Luhmann, N (1987): Soziale Systeme: Grundriß einer allgemeinen Theorie. Berlin: suhrkamp taschenbuch wissenschaft.
- Matuschek, I (2016): Technisierung, Digitalisierung, Industrie 4.0. Expertise für die Kommission "Arbeit der Zukunft". Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (2018): Gesundheit und Arbeit 4.0. Heidelberg: medhochzwei.
- Nowak, AC/Kolip, P/Razum, O (2022): Gesundheitswissenschaften / Public Health. In: BzgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. DOI:10.17623/BZGA:Q4-i061-2.0.
- Obermaier, R (2017): Industrie 4.0 als unternehmerische Gestaltungsaufgabe: Betriebswirtschaftliche, technische und rechtliche Herausforderungen. Heidelberg: Springer Nature.
- Promberger, M/Jahn, K/Schels, B/Allmendinger, J/Stuth, S (2018): Existiert ein verfestigtes „Prekariat“? Prekäre Beschäftigung, ihre Gestalt und Bedeutung im Lebenslauf und die Konsequenzen für die Strukturierung sozialer Ungleichheit. Working Paper Forschungsförderung Nr. 85. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Pscherer, J (2018): Authentisches Selbstmanagement – Chance für Führungskräfte, Schutz für Mitarbeiter. In: Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (Hg.): Gesundheit und Arbeit 4.0. Heidelberg: medhochzwei, 133–137.
- RKI – Robert Koch-Institut (o. J.): Sozialer Status und soziale Ungleichheit. Alle Themen. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Sozialer_Status/sozialer_status_node.html; 13.5.2022.
- Sayed, M/Brandes, I (2018): Das neue Präventionsgesetz – Weiterentwicklung des BGM? In: Matusiewicz, D/Nürnberg, V/Nobis, S (Hg.): Gesundheit und Arbeit 4.0. Heidelberg: medhochzwei, 335–348.
- Schramm, S/Clausen, J (2020): Persönliche Treffen und virtuelle Konferenzen: Gelebte Praktiken und Erfahrungen in Unternehmen. Auswertung einer Prä-Corona Interviewreihe. CliDiTrans Werkstattbericht. Berlin: Borderstep Institut.
- Statistisches Bundesamt (2022). Atypische Beschäftigung. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Glossar/atypische-beschaeftigung.html>; 13.5.2022.
- Straeter, O/Unger, M/Wehrmann, J/Englisch, F (2022): Modulare Analyse der Belastungsfaktoren in Organisationen (MABO): Ein ganzheitliches, adaptives und praxisnahes Instrument zur psychischen Gefährdungsbeurteilung. Sicher ist sicher, 73: 2, 82–89.

- Wellmann, H/Mierich, S* (2021): Inklusion in Zeiten digitaler Transformation. Düsseldorf: Institut für Mitbestimmung und Unternehmensführung (I.M.U.) der Hans-Böckler-Stiftung.
- WHO – World Health Organisation* (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf; 8.7.2022.
- WHO – World Health Organisation* (2003): The Solid Facts. Second Edition. Copenhagen: WHO.
- Weber, E* (2017): Industrie 4.0: Digitalisierung als Herausforderung für den Arbeitsmarkt. IAB Forum, 30.6.2017: 1–8.
- Winter, R/Riedl, R* (2022): Chancen und Herausforderungen eines digitalen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Prävention und Gesundheitsförderung, 17: 1, 7–12.

Bedeutung des Settingansatzes in der digitalen Transformation von Non-Profit-Organisationen

Matthias Meyer

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	99
Abstract	100
0. Einleitung	100
1. Grundlagen zu Non-Profit-Organisationen	101
1.1 Funktionsweise zweckbasierter Organisationen	103
1.2 Den Dritten Sektor der Non-Profit-Organisationen als eigenständiges Setting begreifen?	104
2. Digitaler Wandel als besondere Herausforderung für NPOs	105
3. Digitaler Wandel in NPOs anhand spezifischer Branchenbeispiele	110
3.1 Allgemeine Chancen und Herausforderungen am Beispiel der Pflege	110
3.2 Chancen und Herausforderungen im Beratungssetting	114
3.3 Branche der Non-Profit-Organisationen als Setting?	117
4. Mögliche gesundheitliche Implikationen auf die Mitarbeitenden und erste Interventionsvorschläge nach dem Settingansatz	118
5. Zusammenfassung und Ausblick	121
Literatur	122

Zusammenfassung

Aufgrund ihrer gesellschaftsdienlichen Zweckbestimmung haben Non-Profit-Organisationen spezielle Herausforderungen hinsichtlich des digitalen Wandels zu bewältigen. Diese Herausforderungen werden in diesem Beitrag erläutert und mit konkreten Beispielen aus der Praxis unterlegt. Dabei ist aus Sicht der Gesundheitsförderung interessant zu prüfen, welche Bedeutung der Settingansatz bei den aktuellen und zukünftigen Lösungsansätzen hat.

Abstract

Due to their socially beneficial purpose, nonprofit organizations have to cope with special challenges regarding digital transformation. These challenges are explained in this article and underpinned with concrete examples from practice. From the perspective of health promotion, it is interesting to examine the significance of the setting approach in current and future solution approaches.

0. Einleitung

Die digitale Transformation der Arbeitswelt stellt für Non-Profit-Organisationen (NPOs) eine große Herausforderung dar. In diesem Beitrag wird einerseits diese Herausforderung beleuchtet, andererseits werden Lösungsansätze für den Umgang mit den Herausforderungen aufgezeigt und deren Grenzen und Chancen diskutiert. Dabei wird auch deren Wirkung im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention reflektiert.

Dazu wird zuerst das besondere Wesen der NPOs und die daraus folgenden speziellen Fragestellungen, die sich durch die digitale Transformation ergeben, erläutert. Interessant ist dabei die theoretische Klärung, ob NPOs per se ein eigenständiges Setting darstellen oder ob die Einordnung als Settings erst in Bezug auf die Handlungsfelder der jeweiligen NPO relevant wird.

Bei der Auswahl der Lösungsansätze wurde darauf geachtet, für NPOs typische Dienstleistungen zu berücksichtigen. Dabei wird aufgezeigt, dass es bei den verschiedenen NPO-Branchen Gemeinsamkeiten, aber auch branchenspezifische Unterschiede gibt, die die Bedeutung der digitalen Transformation für das jeweilige Setting beeinflussen.

Im Ausblick wird dargelegt, welche Fragen NPOs in Bezug auf die digitale Transformation noch zu klären haben und welche Herausforderungen künftig auf diesen Sektor zukommen können.

In diesem Beitrag wird nicht auf öffentliche Organisationen eingegangen. Diese sind jedoch in Bezug auf die Zweckbestimmung und die demokratisch legitimierte Führung sehr ähnlich organisiert wie NPOs. Der Autor bezeichnet deshalb beide Organisationsformen auch als zweckbasierte Organisationen. Die große Ähnlichkeit beider Organisationsformen ist der Grund, weshalb die meisten Aussagen, die in diesem Kapitel bzgl. der

digitalen Transformation in NPOs getroffen werden, auch für öffentliche Organisationen gelten.

1. Grundlagen zu Non-Profit-Organisationen

Bisher hat die Wissenschaft keine allumfassende, allgemeingültige Definition für NPOs entwickelt.¹ In den Definitionsversuchen findet man als Abgrenzungselemente häufig, dass NPOs privatrechtliche Organisationen (z. B. Vereine, Institutionen, Stiftungen, Gruppen) sind, die nicht gegründet wurden, um Gewinn zu erzielen, der Privatpersonen zugutekommt. Ob religiöse Organisationen zu den NPOs dazugehören, ist sich die Wissenschaft nicht einig. Ein weiterer Diskussionspunkt ist, ob Organisationen, die vom Staat oder der Verwaltung gegründet wurden und im Besitz des Staates sind, als NPOs bezeichnet werden können.²

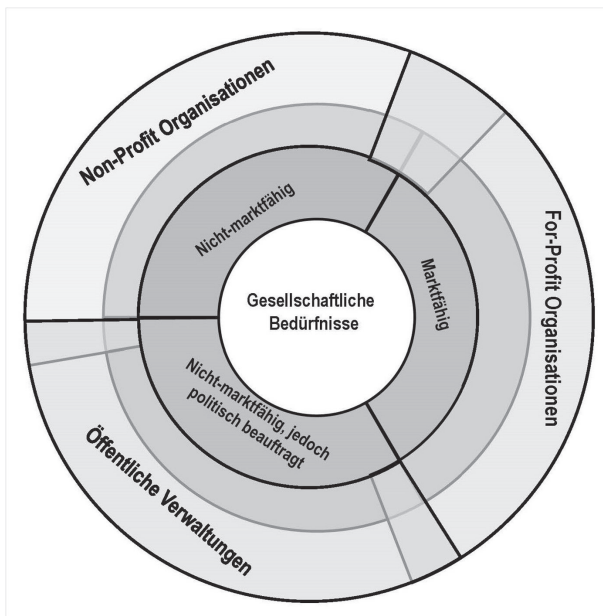


Abb. 1: Die drei Sektoren der Befriedigung gesellschaftlicher Bedürfnisse (Quelle: eigene Darstellung)

1 Anheier 2014; Schneider et al. 2007.

2 Butler 2008.

Ein anderer Erklärungsansatz geht von den gesellschaftlichen Bedürfnissen aus (vgl. Abb. 1).³ Die marktfähigen gesellschaftlichen Bedürfnisse werden von For-Profit-Organisationen (FPOs) abgedeckt (Erster Sektor). Die Befriedigung gesellschaftlicher Bedürfnisse, die nicht marktfähig sind (keine Nachfrage, keine ausreichenden Mittel bei der Bevölkerung, um die Bedürfnisse zu finanzieren, keine Anbietenden), wird entweder aufgrund eines politischen Auftrags (Zweiter Sektor) sichergestellt oder ermöglicht, wenn die Zivilgesellschaft die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellt (Dritter Sektor). Letzteres geschieht klassischer Weise im Rahmen von NPOs.

Organisationen, die als Existenzzweck nicht das Gewinnstreben verfolgen, benötigen einen anderen Zweck als Existenzgrund. Dieser Zweck ist bei öffentlichen Organisationen im gesetzlichen Auftrag festgehalten, bei Vereinen resp. Stiftungen findet sich dieser Zweck im Zweckartikel der Satzung. Die gesamte strategische Energie muss in diesen Organisationen demzufolge daraufhin ausgerichtet werden, den Organisationszweck möglichst effizient und effektiv zu erfüllen.

Solche sogenannten zweckbasierten Organisationen unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf die Existenzgrundlage von FPOs. Die folgenden Merkmale sind bezeichnend für diesen Organisationstyp und haben tiefgreifenden Einfluss auf deren Kultur und Funktionsweise:⁴

- Die Eigentümer*innen sind entweder alle Bürger*innen (bei öffentlichen Organisationen) oder freiwillige, ehrenamtliche Mitglieder. Bei Letzteren basiert das Engagement auf einer individuellen Überzeugung und persönlichen Mission. Im Gegensatz zu den Shareholdern der FPOs wird bei zweckbasierten Organisationen mit der Mitgliedschaft nicht primär ein monetäres Interesse verbunden. Diese Werte- resp. Zweckorientierung der Eigentümer*innen führt dazu, dass strategische Entscheidungen nicht primär nach ökonomischen Grundsätzen getroffen werden.
- Die strategische Leitung wurde in vielen Fällen demokratisch gewählt. Diese Wahl erfolgt nicht unbedingt aufgrund von fachlichen, sondern wegen anderer Merkmale, wie z. B. Vernetzung und Bekanntheitsgrad, regionale Verteilung im Gremium, Vertretung von Einflussgruppen, Dauer der Zugehörigkeit zur Organisation.
- Da es für die zu erbringende Dienstleistung keinen funktionierenden Markt gibt, wird bei politisch beauftragten (staatlichen) Dienstleistun-

3 Brandsen et al. 2005.

4 Meyer 2022.

gen die Dienstleistungserbringung häufig in einer regionalen Monopolstellung erbracht: Die Politik hat wenig Interesse, konkurrenzierende Angebote zu schaffen, die ein Überangebot erzeugen. Somit fehlt die direkte Konkurrenz und damit für die Kund*innen auch Vergleichs- bzw. Auswahlmöglichkeiten. Zudem werden die Eigenschaften der Dienstleistung und z. T. die Dienstleistungserbringung durch den Gesetzgeber festgelegt – Kund*innen haben kaum Einfluss auf Qualität und Form der Dienstleistungserbringung. Gleichzeitig wird die gleiche Dienstleistung in vielen (allen) anderen Regionen von ähnlichen Organisationen erbracht.

- So entstehen (Monopol-)berufe mit eigener Kultur und Traditionen (z. B. Polizei, Bahnpersonal, aber auch Beschäftigte in der Beratung oder Pflege).

In diesem Beitrag werden unter NPOs sämtliche Organisationen verstanden, die nichtmarktfähige Dienstleistungen anbieten und gemäß ihrer Satzung einen gesellschaftlichen Zweck verfolgen.

1.1 Funktionsweise zweckbasierter Organisationen

Das Prozessmanagement als Instrument zur effizienten und wirksamen Erbringung des Organisationszwecks kommt sowohl in FPOs als auch in NPOs zum Einsatz.⁵ Die Unterteilung der Prozesse in Steuerungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse hat sich in beiden Organisationsformen durchgesetzt.⁶ Der o. g. Unterschied zwischen FPO und NPO spiegelt sich in der unterschiedlichen Stoßrichtung des Prozessmanagements wider.⁷

Steuerungsprozesse sollen für eine zielorientierte Struktur des Prozessmanagements in der jeweiligen Organisation sorgen. Da sich das Ziel bei FPOs (Gewinnmaximierung) von demjenigen der NPOs (Zweckerfüllung) grundlegend unterscheidet, ist die Stoßrichtung der Steuerungsprozesse und deren Instrumente verschieden.⁸

In den *Kernprozessen* wird die eigentliche Wertschöpfung der Organisation erbracht. Sie geben der Organisation ihre Identität. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausgangslage versuchen FPOs, die Befriedigung des

5 Gadatsch 2017: 10.

6 Ebd.

7 Ebd.: 8f.

8 Hufnagl 2007; Leinonen 2017; Scherer/Alt 2002.

Kund*innenwunsches möglichst optimal und einzigartig in ihren Kernprozessen abzubilden; dagegen sind öffentliche Organisationen primär bemüht, die gesetzlichen Rahmenbedingungen einzuhalten, auch wenn dies zu unökonomischen Lösungen führt (Gefängnisse sind aus volkswirtschaftlicher Sicht eine riesige Verschwendung⁹). NPOs bewegen sich häufig zwischen diesen beiden Positionen: Die Zweckerfüllung steht im Vordergrund, auch wenn dies zu unökonomischen Lösungen führt. Dagegen können sich NPOs durchaus in einer Konkurrenzsituation befinden (z. B. Spendenmarkt, Freizeitmarkt, aber auch Anbietermarkt (z. B. die Selbsthilfeverbände der Suchtkrankenhilfe)).

Unterstützungsprozesse haben kaum Anteil an der Wertschöpfungsgenerierung. Sie beschreiben interne Dienstleistungen, ohne die die Kern- oder Steuerungsprozesse nicht denkbar wären. Die Kund*innen nehmen die Unterstützungsprozesse kaum wahr. Durch ihre Generalität und ihre große Distanz zur Wertschöpfungskette unterscheiden sich Unterstützungsprozesse in FPOs kaum von denen in einer NPO (ein Kreditorenprozess ist in beiden Organisationen vom Prinzip her das Gleiche). Dabei haben FPOs und NPOs ein hohes Interesse, Unterstützungsprozesse möglichst effizient zu organisieren.

1.2 Den Dritten Sektor der Non-Profit-Organisationen als eigenständiges Setting begreifen?

In der Gesundheitsförderung wird die Organisationsform, in welcher sich die Zielgruppe der Maßnahme zum Zeitpunkt der Ansprache befindet und über die die Kontaktaufnahme erfolgt, häufig als Setting bezeichnet.¹⁰ Dabei kann ein Ziel von Gesundheitsförderung sein, diese Settings gesundheitsfördernd zu gestalten.¹¹ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwendet den Settingbegriff als englischsprachiges Synonym für Lebenswelt.¹² Typische Settings sind demnach der Arbeitsplatz, die Schule oder der Sportverein. Diese Lebenswelten beeinflussen die Gesundheit des jeweiligen Individuums, die gesundheitsförderliche Maßnahme will diese Gesundheit verbessern. Als Settings können im weiteren Sinne gemeinsame

9 Hefendehl 2020.

10 WHO 1998.

11 BZgA 2014: 16.

12 Ebd. 2018.

Werte und Präferenzen (Religion, sexuelle Ausrichtung) oder die gleiche Lebenslage (z. B. Rentner*in) verstanden werden.¹³

Da sich der Begriff *Setting* über die jeweilige Zielperson einer gesundheitsförderlichen Maßnahme definiert (z. B. Setting Schule, wenn Schüler*innen im Fokus sind, Arbeitsplatz, wenn Arbeitnehmende angesprochen werden sollen), ist der Settingbegriff in einem weitgefassten Verständnis eher nicht geeignet, um alle NPOs zu beschreiben: Eine Zielperson wird nicht über alle unterschiedlichen NPOs anzusprechen sein. Dagegen können einzelne NPOs durchaus als ein Setting verstanden werden, wenn deren Mitglieder, Dienstleistungsempfangende oder Mitarbeitende mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen erreicht werden sollen.

2. Digitaler Wandel als besondere Herausforderung für NPOs

Unsere Gesellschaft steht vor großen Herausforderungen: u. a. demografischer Wandel, die sich verändernde Form von Arbeit, der Wertewandel hin zu verstärkter Individualisierung oder die Folgen der verstärkten Globalisierung und Abhängigkeiten von internationalen Strukturen. Teils hängen diese Herausforderungen nicht mit dem digitalen Wandel zusammen, teilweise ist der digitale Wandel ein Auslöser oder Beschleuniger für die entstandenen Herausforderungen. Er unterstützt aber auch die Bewältigung der Herausforderungen.¹⁴

In den letzten Jahren sind die technischen Grundlagen für digitale Lösungen in einem Umfang leistungsfähiger geworden, dass nun komplett neue Anwendungen möglich sind. Gleichzeitig haben diese technischen Geräte den experimentellen Entwicklungsstatus überwunden und sind für den Massenmarkt erschwinglich geworden. Dies führte dazu, dass breite Teile der Gesellschaft ihr bisheriges, analog geprägtes Verhalten komplett verändert haben.¹⁵

- Die Kund*innen werden in die Produktions- resp. Wertschöpfungskette einer Dienstleistung viel stärker einbezogen (z. B. Billett-Apps der Bahnanbieter).

13 Ebd.

14 Credit Suisse 2018; Klaufß/Mierke 2017.

15 Faber 2019.

- Dienstleistungen und Aufgaben können ortsungebunden und ohne direkten Kontakt mit einem Menschen jederzeit genutzt resp. erledigt werden (z. B. Finanztätigkeiten in einer Banken-App).
- Zeitnahe Informationen und detailliertes Spezialwissen sind jederzeit und räumlich nicht gebunden in nicht mehr überschaubarer Quantität vorhanden. Die Qualität der Informationen ist sehr unterschiedlich.
- Mit dem Smartphone hat man permanent ein Gerät dabei, das die Funktionen ursprünglich verschiedener Geräte (z. B. Telefon, Computer, Spielkonsole, Diktiergerät, Fotoapparat, Navigationsgerät) auf kleinstem Raum vereint. Dies ermöglicht Verhaltensweisen, die früher undenkbar waren (z. B. alle Beteiligte eines Ereignisses werden zu Public-Reportern).

Der digitale Wandel führt zu großen Veränderungen unserer Gesellschaft, z. B. in der Art, wie wir kommunizieren, in Bezug auf die beruflichen Kompetenzen, die Arbeitstätige zukünftig benötigen, oder in Bezug darauf, welche Produkte welchen ökonomischen Wert haben (Wissensgesellschaft). Der digitale Wandel macht vor NPOs nicht Halt und verändert diese. Dabei hat der digitale Wandel sowohl Einfluss auf den Zweck einer Organisation (z. B. wenn eine NPO sich den Bedürfnissen Arbeitsloser annimmt, dass es nun viel mehr Arbeitslose gibt, welche früher Tätigkeiten ausgeübt haben, die automatisiert worden sind), wie auch auf die Art und Weise, wie der Zweck erfüllt wird (z. B. Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) bei der Begutachtung von Röntgenbildern aus einem Mammographie-Screening-Programm)¹⁶.

Eine *digitale Transformation einer NPO* muss immer am Organisationszweck ausgerichtet werden: Nur wenn die digitale Transformation einen Mehrwert (Effizienz resp. Effektivität der Zweckerfüllung) auf die Produkte der NPO hat, ist der Aufwand eines Digitalisierungsprojektes gerechtfertigt. Dies kann in drei Stufen geprüft werden:¹⁷

Lässt sich der Organisationszweck

- auf einem völlig neuen Weg
- durch neue innerbetriebliche Prozesse und Abläufe, die digitalisiert abgebildet und automatisiert werden

16 Meyer 2020: 42ff.

17 Ebd.: 96f.

- durch die Digitalisierung und Automatisierung bestehender innerbetrieblicher Prozesse und Abläufe

effizienter und wirksamer erzielen?

Ob ein Non-Profit-Angebot digital transformiert werden kann, hängt von drei aufeinander aufbauenden Faktoren ab:¹⁸

1) *Die technische Lösung muss realisierbar sein:* Aus Science-Fiction-Publikationen kennt man viele Lösungsansätze für praktische Probleme, die theoretisch durchgerechnet worden sind oder in der Fantasie gelöst werden könnten. Ein bekanntes Beispiel dafür ist die Fortbewegungsart Beamen in der Serie *Raumschiff Enterprise*: Auch wenn die Vorstellung nachvollziehbar ist, dass jegliche Materie und somit der Mensch aus vielen kleinen Elementarteilchen besteht, die aufgelöst und an einem anderen Ort wieder zusammengesetzt werden können, ist die Menschheit bisher dieser Fortbewegungsart noch nicht wirklich nähergekommen: Einzelne Elementarteilchen konnten zwar schon an einen anderen Ort übermittelt werden, doch vom wirklichen Beamen ist die Wissenschaft noch weit entfernt.¹⁹

Eine andere Science-Fiction-Fortbewegungsart, das Hoverboard im Film *Back to the future*, ist heute umgesetzt: Am 4.8.2019 überquerte der Franzose Franky Zapata in 20 Minuten mit seinem Hoverboard als Raketenmann den Ärmelkanal, nachdem er Ende Juli bei einem ersten Versuch noch gescheitert war.²⁰

Die Beispiele zeigen: Für eine technologische Innovation muss zuerst die technische Lösung verfügbar sein. Es reicht nicht, eine Lösung in der Theorie berechnen oder ableiten zu können, sie muss in der Praxis als Ganzes funktionieren. Wie das selbstfahrende Auto gezeigt hat: Die einzelnen technischen Lösungen für die Erfassung der Umwelt sind schon lange bekannt. Radar, Filmkamera oder Ultraschall sind alte Technologien. Was bis vor Kurzem gefehlt hat, waren die leistungsfähigen Prozessoren, welche die erhobenen Daten so schnell verarbeiten konnten, dass das Ergebnis verkehrstauglich war.²¹

2) *Die technische Lösung muss ökonomisch sinnvoll sein:* Der Weg von einer technischen Lösung, die machbar ist, bis zum marktfähigen Produkt, das viele Kund*innen begeistert, ist lang. In Laboren und technischen

18 Ebd.: 57ff.

19 Johannes Kepler Universität 2018.

20 Ebert 2019.

21 Meyer 2020: 57f.

Hochschulen entstehen neue Anwendungslösungen häufig, ohne dass ein entsprechender Absatzmarkt vorhanden wäre. So existieren die technischen Lösungen für die Haussteuerung schon seit mehreren Jahrzehnten. Jedoch kam der Durchbruch auf dem Markt erst, als diese mit dem Internet vernetzt und mit dem Smartphone gesteuert werden konnten. Zudem konnten sie durch die technologische Entwicklung erst seit kurzem kostengünstig und somit erschwinglich für einen Massenmarkt produziert werden.²²

Bei Produkten, die eine herkömmliche Lösung ersetzen sollen, muss die neue Lösung ökonomischer/billiger sein als die alte. Diese Rahmenbedingung für den Durchbruch von technologischen Innovationen zeigt sich sehr gut bei der alternativen Energieerzeugung: Solar- und Windenergie setzt sich in solchen Gegenden (abgesehen von der naturgegebenen Eignung der Gegend) durch, in denen der Preis für den abgenommenen Strom die Investitionskosten zumindest deckt.²³

3) *Die Kund*innen müssen die technische Lösung akzeptieren:* Wenn eine technologische Neuerung möglich und auch ökonomisch interessanter ist, heißt das nicht, dass die Menschen diese akzeptieren. Theoretisch könnten NPOs genau wie FPOs Teile ihrer Administration in Billiglohnländer verlagern. Es darf jedoch davon ausgegangen werden, dass die Akzeptanz dafür geringer wäre.

Auch beim Sammeln persönlicher Daten gibt es in der Bevölkerung eine für den Autoren erstaunlich unterschiedliche Bewertung bzgl. der datensammelnden Institution: Während *Google* oder Handelsunternehmen mit Kundenkarten ohne großen Widerspruch Daten zum persönlichen Verhalten und den persönlichen Vorlieben sammeln und auswerten dürfen, regt sich bei datenbezogenen Tätigkeiten des Staates oder NPOs (noch) Widerstand.

Eine neue technische Lösung muss jedoch nicht unbedingt gleichbedeutend mit dem Sammeln privater Daten sein. In Asien haben Pflegeroboter und Roboter bei Servicedienstleistungen eine hohe Akzeptanz. Gleiches kann man in Mitteleuropa nicht beobachten. Die Frage, ob eine technologische Innovation von der Bevölkerung akzeptiert wird, hängt also stark mit den kulturellen und ethischen Werten einer Gesellschaft zusammen.

Die digital transformierte NPO-Dienstleistung muss weiterhin hohen kulturellen resp. ethischen Ansprüchen entsprechen: NPOs bieten häufig persönliche Dienstleistungen in einem sensiblen Bereich an (z. B. Beratung,

22 Ebd.: 58.

23 Ebd.

Pflege, Unterstützung). Diese Dienstleistungen sind geprägt von der Vertrauensbeziehung zwischen Dienstleistungserbringenden und Kund*innen, Klient*innen oder Patient*innen. Sowohl die Personen, die die Dienstleistungen anbieten, wie auch die Personen, welche Nutznießende der Dienstleistungen sind, haben große Vorbehalte, den zwischenmenschlichen Kontakt zu digitalisieren.

Im Gegensatz zu anderen Kulturen ist nach dem hiesigen Verständnis ein persönlicher Kontakt zwischen Menschen entscheidend für die Qualität der Dienstleistung. Doch allen Vorbehalten zum Trotz werden sich die Anforderungsprofile von vielen klassischen NPO-Dienstleistungsberufen wandeln. Zudem werden neue Berufe entstehen. Diese Veränderungen werden v. a. den Angehörigen traditioneller Berufe mit einem ausgeprägten Berufsselbstbild resp. -verständnis eine große Veränderungsfähigkeit abverlangen. Da große Veränderungen bei den beruflichen Grundwerten eine starke Verunsicherung und deshalb Abwehr hervorrufen können, müssen die Arbeitgeber die digitale Transformation bewusst und sorgfältig geplant vorantreiben.

Den Changeprozess in der Organisation bewusst planen: Ein digitaler Changeprozess einer NPO-Dienstleistung hat auf die unterschiedlichen Stakeholder einen viel stärkeren Einfluss als der gleiche Prozess eines For-Profit-Angebotes:²⁴

- Vielfach wird die NPO-Dienstleistung aus einer Monopolstellung heraus angeboten: Wenn z. B. eine spezifische Dienstleistung in einer Gemeinde nur über eine Smartphone-App reserviert werden kann, dann können die Bewohner*innen dieser Gemeinde nicht einfach bei der Nachbargemeinde anrufen und sich dort bedienen lassen: Sie können nicht einfach die Gemeinde als Dienstleistungsanbieter wechseln. Deshalb müssen die Kund*innen bei Digitalisierungsprojekten monopolistischer Dienstleistungen sehr viel stärker einbezogen werden.
- Gerade in NPOs gehen Mitarbeitende nach dem eigenen Selbstverständnis nicht nur einem Job nach, sondern verbinden mit ihrer Arbeitstätigkeit eine persönliche Mission. Deshalb erwarten sie häufig bei substanziellen Veränderungen ihrer Tätigkeit Möglichkeiten der frühzeitigen und gleichberechtigten partizipativen Mitwirkung.
- Wie bei FPOs gibt es auch im Non-Profit-Sektor spezielle IT-Anbieter. Jedoch ist die Auswahl nicht so breit und die Kapazität, resp. die

24 Meyer 2020: 95ff.

spezifischen Branchenkenntnisse, nicht gleich groß ausgeprägt wie für FPOs. Dies gilt sowohl für große Anbieter wie z. B. SAP, deren Module primär für den For-Profit-Sektor entwickelt und später für den Non-Profit-Sektor angepasst worden sind, wie für spezifische Branchensoftware-Anbieter. Deshalb ist der digitale Transformationsprozess aus technischer Sicht in einer NPO tendenziell eher anspruchsvoller als in einer FPO.

- Die strategisch verantwortlichen Entscheidungsträger*innen einer NPO stammen nicht selten aus der ehrenamtlich geprägten Mitgliederstruktur und sind deshalb nicht unbedingt Spezialist*innen für den digitalen Wandel. Gerade in Mitgliedsverbänden sind diese Verantwortlichen von der analogen Dienstleistungsform geprägt worden; eine Digitalisierung dieser Dienstleistungen bringt auch für sie das Verabschieden von Bekanntem und Liebgewonnenen mit sich.

3. Digitaler Wandel in NPOs anhand spezifischer Branchenbeispiele

3.1 Allgemeine Chancen und Herausforderungen am Beispiel der Pflege

Die Pflege ist gekennzeichnet durch körperlich schwere Arbeit, intensiven Kontakt mit den Patient*innen sowie eine hohe Qualitätserwartung bei der Dienstleistungserbringung, wobei Fehler durchaus gravierende Folgen (den Tod von Patient*innen) haben können. Somit ist die Pflege – ambulant wie auch stationär – prädestiniert für weitreichende Digitalisierung, sowohl im Bereich der Robotik (Unterstützung bei der körperlichen Arbeit), bei der Automatisierung von Prozessen (Qualitätssicherung) und der automatisierten Datenerhebung hinsichtlich der Vitalfunktionen (Sensortechnik sowie KI bzgl. Analyse).

Im stationären Bereich gibt es in europäischen Ländern Entwicklungen in diesen Bereichen:

- Der physische Ersatz von Pflegenden durch Pflegeroboter ist aufgrund der fehlenden Akzeptanz der Patient*innen sowie des Personals am wenigsten weit verbreitet. Dabei gäbe es viele Bereiche, in denen diese hilfreich sein könnten: z. B. Mahlzeiten verteilen, Medikamente abgeben oder bei körperlich schweren Aufgaben unterstützen.²⁵

25 Janowski et al. 2018: 64.

- Bei der Digitalisierung von Prozessen und Schnittstellen sowie der Datenaufnahme mittels entsprechender Geräte (z. B. Tablets mit Scanner) gibt es viele Praxisbeispiele. Gleichzeitig gibt es in diesem Bereich noch sehr viel Potenzial, auch hinsichtlich der strategischen sowie operativen Steuerung einer stationären Einrichtung.²⁶
- Besonders in der Intensivpflege hat die automatisierte Überwachung mittels Sensortechnik und Datenauswertung mit Hilfe von KI Einzug gehalten. Dort ermöglichen die digitalen Lösungen ein schnelleres Reagieren in Notsituationen und ein vorbeugendes Erkennen von Krisen.²⁷

Dabei kann im stationären Bereich in Bezug auf die digitale Transformation eine zweigeteilte Entwicklung beobachtet werden:

- In Abteilungen, in denen Patient*innen nicht oder kaum ansprechbar sind und somit weniger von einem zwischenmenschlichen Kontakt profitieren, gleichzeitig jedoch eine hohe Überwachung erforderlich ist, haben Sensoren und andere digitale Hilfsmittel verbreitet Einzug erhalten.²⁸
- Auf der klassischen Station finden jedoch immer noch die meisten Kontakte und Aktivitäten durch die Pflegefachpersonen statt. Hier scheint die Frage der Akzeptanz von weitreichenden Digitalisierungsmaßnahmen auf Seiten der Patient*innen und Pflegenden ein wichtiger Aspekt für die mangelnde Innovationstätigkeit zu sein.²⁹ Dass die Herausforderungen, welche sich hier abzeichnen, von den Verantwortlichen erkannt worden sind, lässt sich mit den neu entstehenden Berufen begründen: An der Schnittstelle zwischen Pflege und IT-Umsetzung wurden Tätigkeiten identifiziert, die v. a. die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Arbeitsfeldern fördern sollen. In der Schweiz sind in jüngster Zeit Bestrebungen aufgekommen, mit entsprechenden Hochschulausbildungen diese Schnittstelle zu schließen. Entsprechende Ausbildungen kennt man in der Wirtschaft mit dem Beruf des Wirtschaftsinformatiker schon länger.

Im ambulanten Bereich findet sich mit der Organisation *Buurtzorg* (niederländisch Nachbarschaftshilfe) ein Praxisbeispiel, welches das große Innovationspotenzial aufzeigt, das entsteht, wenn man sich traut, gewachsene

26 Lux et al. 2017; Veit et al. 2019.

27 Baumgärtel et al. 2019; Keller 2019.

28 Ebd.

29 Klauber et al. 2019.

und etablierte Organisationsstrukturen durch neue, digital unterstützte Organisationsformen zu ersetzen.³⁰ Anhand dieses Beispiels soll in der Folge aufgezeigt werden, in welche Richtung sich ambulante Pflege entwickeln könnte:

Ausgangspunkt bei der Gründung von *Buurtzorg* war der Wunsch der Beteiligten, die persönliche Berufung der Pflegefachpersonen wieder in den Mittelpunkt der Dienstleistungserbringung zu stellen, sodass die Sinnstiftung für die Mitarbeitenden einen zentralen Stellenwert erhält.

Das verbreitete Pflegeziel, dass Klient*innen ihre Unabhängigkeit möglichst lange erhalten oder zurückerlangen können, ist bei *Buurtzorg* richtungsweisend. Erreicht werden soll dies über eine belastbare und vertrauensvolle Beziehung mit einer professionellen, qualifizierten Pflegeperson. Diese ist für alle Tätigkeiten, von der medizinischen Versorgung bis zum persönlichen Gespräch mit entsprechender Beziehungspflege, verantwortlich.

Zusätzlich zur pflegerischen Betreuung baut *Buurtzorg* für alle Klient*innen ein informales, ehrenamtliches und ein formales, professionelles Netzwerk auf. Das informale Netzwerk besteht z. B. aus Familienmitgliedern, Nachbarn, Bekannten, die für regelmäßige soziale Kontakte sorgen und zum Erreichen der Pflegeziele motivierend unterstützen. Das formale Netzwerk besteht aus Ärzt*innen sowie weiteren Spezialist*innen, wie aus den Bereichen Physiotherapie oder Apotheke. So entsteht ein Case-Management-Verbund, in welchem nicht nur die medizinischen und pflegerischen Themen interdisziplinär diskutiert und die Maßnahmen abgestimmt werden, sondern auch die persönlichen und sozialen Bedürfnisse der Patient*innen eine hohe Beachtung erhalten.

Bei *Buurtzorg* arbeiten über 10.000 Pflegefachkräfte in Teams mit max. zwölf Personen. Diese Teams organisieren sich weitestgehend selbstständig: Es gibt keine hierarchische Aufgliederung in den Teams, die Teams sind für die Erfüllung der Managementaufgaben selbst verantwortlich. Bei der Verteilung der Aufgaben im Team (z. B. Finanzen, Personaleinsatzplanung, Medikamentenbestellung, Weiterbildung) werden die im Team vorhandenen Kompetenzen genutzt und ggf. gebildet.

Eine Zentrale stellt den Teams digitale Hilfsmittel und Werkzeuge zur Verfügung, sodass die Teams auf notwendiges Managementwissen und Kenntnisse entsprechender rechtlicher Rahmenbedingungen leicht zugrei-

30 Nandram 2015.

fen können. Klassischerweise werden in vielen ambulanten Pflegeorganisationen die Unterstützungsprozesse durch spezialisierte Teams erledigt. Bei *Buurtzorg* werden alle Tätigkeiten, die den Unterstützungsprozessen zugeordnet werden, von den Teams selbst organisiert und verantwortet. Diese Herausforderung (Laien bzw. Laiinnen führen Tätigkeiten der Unterstützungsprozesse aus) gelingt, weil die Zentrale den Teams einerseits das notwendige Fachwissen digital zur Verfügung stellt, und andererseits viele Unterstützungsprozesse derart digitalisiert werden konnten, dass keine Fachexpertise für die erfolgreiche Abarbeitung dieser Arbeiten mehr notwendig ist. Standardprozesse sind in hohem Maße digital abgebildet.³¹ Die Anforderungen an die IT bei *Buurtzorg* wird von Sharda Nandram wie folgt beschrieben:³²

“At the start-up of Buurtzorg, the first step was to identify and evaluate the existing and available software. To really make the difference with Buurtzorg it was a main issue to find solutions to facilitate the primary process. The objective was to increase the time that was being spent with clients. With this in mind a system was developed that was accessible from anywhere, at any time, supporting the main process which is delivering care to clients and to serve them as whole human beings. As delivering high quality was also a main issue from the beginning, the ICT system was designed to assess and share the operations in practices. With the ICT facilities Buurtzorg could develop itself further and grow.”

Als Start-up war *Buurtzorg* in der Lage, die IT komplett an die Philosophie und Bedürfnisse der neuen Organisation anzupassen. Dabei muss die Software einzig dem Zweck dienen, selbstorganisierten Teams zu ermöglichen, eine gute Pflegedienstleistung zu liefern. Die Software hat nicht den klassischen Fokus auf Administration, Kontrolle und Leistungserfassung.³³

Neben einer für den Pflegebereich hohen Mitarbeitendenzufriedenheit (geringere Fluktuation und Krankheitsabwesenheiten im Vergleich zu anderen Gesundheitsorganisationen) weist *Buurtzorg* aber auch Kostenersparnisse aus: Durchschnittlich sind rund 40% Arbeitsstunden pro Klient*in weniger nötig als bei vergleichbaren Organisationen; es gibt rund 30% weniger Notfälle; die Pflegedauer der Klient*innen ist um die Hälfte kürzer.

Das Modell *Buurtzorg* basiert auf den kleinen, selbstorganisierten Teams. Diese können jedoch nur so gut funktionieren, weil sie durch digi-

31 Ebd.: 97ff.

32 Ebd.: 99f.

33 Ebd.: 101.

tale Werkzeuge und Instrumente (z. B. Einsatzplanung auf Teamlevel, eine Team-Kommunikationsplattform, digitales Berichtswesen und Leistungsübersicht des Teams) optimal unterstützt werden. So konnten zeitliche Ressourcen der Pflegefachpersonen von administrativen Aufgaben entlastet und vermehrt für die Kern- und Wunschaufgabe, die eigentliche Pflege, zur Verfügung gestellt werden. Die digitalisierten Schnittstellen zum formalen Netzwerk vermindern den administrativen Aufwand bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung. V. a. trägt der fachliche, interdisziplinäre Austausch zur hohen Pflegequalität von *Buurtzorg* bei.

Die Mitarbeitenden von *Buurtzorg* wiederum erleben die Digitalisierung als Unterstützung und Entlastung: Sie erhalten mehr Zeit für ihre Kernaufgabe, was die Arbeitszufriedenheit steigert.³⁴

3.2 Chancen und Herausforderungen im Beratungssetting

NPOs bieten häufig Beratungen an. Auch in der Gesundheitsförderung stellt die Kommunikation oder spezifischer die Kompetenzsteigerung der Zielgruppen eine wichtige Arbeitsform dar.³⁵ Beratungsangebote können Themen und Ziele im medizinischen, sozialen oder psychologischen Bereich haben. Diese Form der Unterstützung dient der Kompetenzbildung und Selbstbefähigung der Zielgruppen und möchte bei diesen häufig eine Verhaltensveränderung herbeiführen. Beratungen finden vielfach in einer Eins-zu-Eins-Beziehung statt und sind entsprechend kostenintensiv.³⁶

Traditionell durchgeführte Beratungssettings (z. B. Sucht- oder Ernährungsberatung) sind örtlich und zeitlich gebunden und deren Zugänglichkeit somit als eher hochschwierig einzustufen. Mit einer digitalen Transformation können unterschiedliche Ziele verfolgt werden:

- Kosten sparen bei qualitativ hochwertiger Vermittlung von Fakten/Informationen
- Zugänglichkeit verbessern (zeitlich/räumlich ungebunden) und so einen niederschwelligeren Zugang ermöglichen
- neue digitale Angebotsformen schaffen, um Zielgruppen zu erreichen, die bisher nicht oder kaum angesprochen werden konnten

34 Buurtzorg Nederland 2021.

35 BZgA 2014: 14.

36 Meyer 1998.

- angepasste Angebotsformen schaffen, um auf spezielle Rahmenbedingungen (z. B. Pandemie, Reisetätigkeit) zu reagieren

In der Folge werden die vier unterschiedlichen Ziele für eine digitale Transformation der Beratung vorgestellt:

1) *Vermittlung von Fakten/Informationen*: In jedem Beratungskontakt finden unterschiedliche Kommunikationsformen statt. Die Informationsvermittlung bildet sehr häufig die Basis für die notwendige Einsicht in eine Verhaltensänderung.³⁷ Diese Informationsvermittlung wird bisher häufig in das jeweilige Beratungsgespräch eingebaut. Die Fachpersonen der Beratungs-NPO benötigen das entsprechende Fachwissen für ihre Tätigkeit und geben in einer Woche mehrmals die gleichen Informationen an Patient*innen (bzw. Klient*innen). Erfahrungen haben gezeigt, dass die Abgabe von Informationsbroschüren die Fachpersonen zwar entlasten, die Informationen, welche für den Veränderungsprozess der Patient*innen jedoch notwendig sind, von diesen nur bedingt aufgenommen werden.

Hier können digitale Werkzeuge (Internetseiten oder KI-gestützte Beratungsangebote) individueller und stärker auf Zielpersonen gerichtet arbeiten: In der Interaktion mit Patient*innen können entsprechende Systeme deren Fragen, Ängste und Vorbehalte herausarbeiten und individualisierte Auskünfte geben. So werden der Wissenszuwachs und die Veränderungsmotivation bei den Patient*innen gesteigert.

Wenn die Fachpersonen von der Vermittlung von reinem Fachwissen in ihrer Beratungsaufgabe entlastet werden, gewinnen sie Beratungszeit, um vertiefter auf individuelle Fragen eingehen und gezielter Motivationsarbeit leisten zu können: Die eigentliche Beratung und Beratungsbeziehung gewinnen an Qualität. Zudem entfällt für die Beratungspersonen die Notwendigkeit, permanent die aktuellen Informationen und Forschungsergebnisse zu kennen. Wenn die Aufbereitung der vermittelten Informationen zentral von einer entsprechend spezialisierten Stelle erfolgt, entsteht zudem ein Synergieeffekt, der für die ganze Branche gewinnbringend ist.

2) *Zugänglichkeit (zeitlich – räumlich) verbessern*: Das Internet hat bei vielen Beratungsangeboten eine zeitliche und räumliche Flexibilität gebracht, wobei zuerst v. a. die administrativen Prozesse (Terminvereinbarung, Informationen über das Angebot, Kontaktaufnahme) von der Digitalisierung profitiert haben.

37 Prochaska/DiClemente 1986.

Bei vielen Beratungsangeboten gehört der Versand von Informationsmaterialien zu den traditionellen Dienstleistungen. In den letzten 25 Jahren sind die klassisch gedruckten Informationserzeugnisse vermehrt durch digitale Versionen abgelöst worden und werden heute zeit- und ortsungebunden den Patient*innen zum Download angeboten.

Viele Fragen oder Informationswünsche an Beratende sind in hohem Maße ähnlich oder sogar gleich. Dank digitaler Kommunikationsformen lassen sich solche FAQs geeignet aufbereiten und als permanente Wissensquelle den Ratsuchenden zur Verfügung stellen. Auch Selbsttests oder Diagnosetools zur ersten Selbsteinschätzung werden heute einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. So können Patient*innen einen Teil der notwendigen Bestandaufnahme im Vorfeld des Beratungsgesprächs selbstständig durchführen.

3) *Neue digitale Angebotsformen schaffen*: Einfache Beratungen wurden schon vor 25 Jahren digitalisiert. Sogenannte Frage-Antwort-Dienste zu Suchtmitteln und andere Jugendfragen entstanden Mitte der 1990er Jahre. Mit diesen wurden Jugendliche als Zielgruppe spezifisch angesprochen und niederschwellig beraten. Zeit- und ortsunabhängig können Jugendliche Fragen zu Themen stellen, für die sie keine anderen Ansprechpartner*innen haben.³⁸

Seit über 15 Jahren werden Selbsthilfegruppen im Internet durchgeführt. Dies ist v. a. für Teilnehmende von Vorteil, die auf ein räumlich unabhängiges Angebot angewiesen sind: sei es wegen arbeitsbedingter Ortsabwesenheit, aufgrund eines selten nachgefragten Themas oder wegen eigener Immobilität.³⁹

Gerade in der Beratung mit Menschen, welche mit der Nutzung von Smartphones aufgewachsen sind, bieten sich Dienstleistungen über diese Geräte an. So werden z. B. Rauchstopp-Motivations-Mitteilungen über Messenger-Dienste verschickt und virtuelle Unterstützungs- und Interessensgruppen gebildet.

4) *Den Rahmenbedingungen angepasste Angebotsformen schaffen*: Unter den pandemiebedingten Kontakteinschränkungen haben auch Beratungsangebote massiv gelitten. Deshalb wurden kreative Lösungen gesucht und gefunden: Physio- und Ergotherapie-Sitzungen wurden mit Hilfe von Zoom durchgeführt. Coaching-Treffen, Supervisions-Sitzungen sowie Behördenkonsultationen konnten in den virtuellen Raum verlegt werden.

38 Meyer 2004.

39 Meyer/Meyer 2005.

Die Beteiligten erlebten, dass die bisherigen, vermeintlichen Grenzen überwindbar sind. Natürlich ist das virtuelle Treffen nicht für jede Beratungsform die optimale Durchführungsart, aber für unerwartet viele: Und jeden Tag wächst unsere Erfahrung damit.

3.3 Branche der Non-Profit-Organisationen als Setting?

Wenn man sich von der Settingdefinition leiten lässt, dass ein Setting die nähere Lebenswelt der Zielgruppe umfasst,⁴⁰ so scheint die gesamte Branche von NPOs zu umfassend zu sein, um als *Setting* im Sinne der Gesundheitsförderung bezeichnet zu werden. Rückt man dagegen den Aspekt der Lebensweltgestaltung in den Mittelpunkt der Betrachtung, so sind durchaus Maßnahmen denkbar, die auf Ebene der Branche ansetzen, um die Lebenswelt der Mitglieder einer gesamten Branche zu verändern. Dies ist z. B. im Bereich von Gesamtarbeitsverträgen für eine Branche oder bei der Gestaltung von Lehrplänen in der Ausbildung denkbar. Letzteres wird gerade im Kanton Zürich versucht, indem in allen Studienlehrgängen die Grundlagen von Gesundheitsförderung in den Lehrplan integriert werden. Die zukünftig so befähigten Expert*innen in der Physiotherapie, der Pflege, der Wirtschaft oder dem Ingenieurwesen können dann nicht nur ihre direkte Lebenswelt gesundheitsförderlich gestalten, sie können die Aspekte von Gesundheitsförderung auch in ihre Arbeitsergebnisse einfließen lassen. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Branche von NPOs nicht per se als Setting der Gesundheitsförderung zu bezeichnen sind. Es gibt jedoch Maßnahmen der Gesundheitsförderungen, in denen die Branchen von NPOs zum Setting werden.

Somit wird in NPOs im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung das Setting wohl v. a. in Bezug auf die eigene Zielgruppe und somit die eigene Dienstleistungserbringung relevant – und dies für alle NPOs und nicht nur diejenigen, welche im Gesundheitsbereich tätig sind oder sich explizit in der Gesundheitsförderung betätigen. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass der Gesundheitsversorgungsbereich aus Public-Health-Sicht nur einen kleinen Beitrag zur Gesundheit der Gesamtbevölkerung beiträgt. Deshalb können alle NPOs dazu beitragen, die Lebenswelten ihrer Zielgruppen gesundheitsförderlich zu gestalten.

40 WHO 1998.

Auch stellt jede NPO als Arbeitgeberin ein Setting dar, das aus Sicht des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gesundheitsförderlich gestaltet werden sollte. Im Zuge der digitalen Transformation kommen auf die Verantwortlichen verschiedene Herausforderungen zu, die im nächsten Kapitel genauer beleuchtet werden sollen.

4. Mögliche gesundheitliche Implikationen auf die Mitarbeitenden und erste Interventionsvorschläge nach dem Settingansatz

Durch die aufgezeigten Praxisbeispiele ist deutlich geworden, dass die Digitalisierung der Tätigkeit Veränderungen im Berufsselbstverständnis und in der -kultur der Mitarbeitenden zur Folge haben wird. Häufig ist der Auslöser dieser Veränderung eine Umgestaltung der bisherigen zwischenmenschlichen Kontakte. Diese sind jedoch in der bisherigen Berufsidentität von Mitarbeitenden in NPOs häufig zentral und Anpassungen an dieser Basis rütteln an den Grundlagen der Berufswahl und der Identität als Fachperson der Mitarbeitenden. Deshalb sind solche Veränderungen für die Mitarbeitenden nicht leicht zu vollziehen und haben großes Potenzial, Verunsicherungen und somit Widerstand auszulösen. Die im Arbeitsumfeld bekannten psychischen Störungen können durch den dadurch bedingten Wegfall der Selbstwirksamkeitsüberzeugung begünstigt werden.

Geht die Digitalisierung mit einem höheren Anteil an ortsungebundenen Arbeiten einher, wird die ausgleichende Wirkung des Teams reduziert. Gerade in psychisch belastenden Berufen wie Pflege oder Beratung sind Gespräche mit Teamkolleg*innen jedoch wichtig für das Verarbeiten des Erlebten und Schaffen eines psychischen Ausgleichs. Fällt dieser Schutzfaktor des Teamaustausches weg, erhöht sich das Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken.

Die Homeoffice-Pflicht und die verschiedenen Zeiten des Lockdowns haben gezeigt, dass gerade neue und junge Mitarbeitende unter dem fehlenden Austausch leiden. Es fällt ihnen schwer, die Kultur und Rituale des Teams (das nur noch virtuell existiert) kennenzulernen, später zu adaptieren und so ins Team hineinzuwachsen und ein gesundes Zugehörigkeitsgefühl zu entwickeln. Junge Mitarbeitende, die neben der Teamkultur ein eigenes Berufsverständnis und eine eigene Berufsidentität entwickeln müssen, fehlt der informelle Austausch. Aber gerade in diesem werden die ethischen Grundsätze und das Aufgabenverständnis einer Profession geprägt. Es besteht somit die Gefahr, dass keine starke Bindung zur gewähl-

ten Profession aufgebaut werden kann und verstärkt ein Berufswechsel vollzogen wird.

Auch für Führungskräfte in NPOs, v. a. der mittleren Führungsebene, stellt der digitale Wandel eine Herausforderung und Belastung dar. Häufig stammen sie aus den Berufsgruppen derjenigen Personen, die sie führen, und haben die gleichen Werte und das gleiche Selbstverständnis bzgl. der Profession wie ihre Mitarbeitenden. Somit sind sie emotional nah an den Ängsten und Verunsicherungen der betroffenen Mitarbeitenden. Wenn den Führungskräften nun von den Entscheidungspersonen nicht die notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden, um die digitale Transformation seriös und breit abgestützt zu vollziehen, werden sie inhaltlich zwischen dem Auftrag und dessen Umsetzbarkeit zerrissen.

Diesen Herausforderungen kann mit einer guten Planung des Changeprozesses begegnet werden, bei welcher alle Betroffenen partizipativ eingebunden werden und der Nutzen der digitalen Transformation für alle Beteiligten klar sichtbar wird.

Möglicher Nutzen für die Kund*innen könnten dabei sein:

- bessere Qualität der Dienstleistung
- mehr Wahlfreiheit, zeitlich und örtlich ungebundenes Nutzen der Dienstleistung
- günstigere Dienstleistung oder quantitativ mehr Dienstleistung bei gleichen Kosten
- höhere Mitwirkungsmöglichkeit bei der Dienstleistungserbringung
- höhere Zufriedenheit in der Lebensphase, in welcher die Dienstleistung bezogen wird.

Möglicher Nutzen für die beteiligten Fachkräfte:

- Konzentrierung auf die Kern-/Fachaufgabe, bei welcher die Motivation liegt
- höhere Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Dienstleistungsorganisation
- mehr Verantwortung und Entscheidungskompetenz.

Möglicher Nutzen für die strategisch Verantwortlichen:

- effizientere und wirksamere Erreichung des Organisationszwecks
- zufriedener Kund*innen und Mitarbeiter*innen
- Unterstützung durch die Stakeholder.

Konkrete Vorschläge für die Gesundheitsförderung in NPOs: Die digitale Transformation wird NPOs verändern, deshalb liegt der Fokus der Gesundheitsförderung auf der bewussten Gestaltung dieses Wandels:

- Die digitale Transformation findet primär in Form eines oder mehrerer Changeprojekte statt. Die Planung und Umsetzung dieser Changeprojekte muss seriös erfolgen. Dafür sollten Richtlinien, Empfehlungen und Mustervorlagen für NPOs vorhanden sein. Nicht jede NPO muss das Rad neu erfinden und Fehler wiederholen.⁴¹
- Die digitale Transformation löst bei vielen Leitungspersonen und Mitarbeitenden Ängste und Befürchtungen aus, schon bevor der eigene Arbeitsplatz von einer solchen Veränderung betroffen ist. Diese Ängste und Befürchtungen sollten in einem geeigneten Gefäß gesammelt und angesprochen werden. Die aktive Wahrnehmung und Bearbeitung dieser Ängste und Befürchtungen durch die Organisation vermittelt den Betroffenen Sicherheit und Zuversicht. Dafür könnten auf Basis bekannter Beispiele Best-Practice Beschreibungen erarbeitet werden, die von den Organisationen für die eigene Situation angepasst werden können.⁴²
- Partizipation ist ein guter Ansatz, um die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu stärken. Auch wenn nicht jede Organisation wie *Buurtzorg* oder nach einem holokratischen Ansatz⁴³ organisiert werden kann, ist es in vielen Organisationen möglich, ein Mehr an Mitarbeitendenpartizipation zu leben.
- Wenn die digitale Transformation tiefgreifend das Wesen der NPO verändert, muss die Organisationskultur und -identität bewusst gestaltet werden.
- Instrumente und Prozesse zur Früherkennung und -intervention in Bezug auf Ängste und Befürchtungen hinsichtlich des digitalen Wandels sollten installiert werden, um so frühzeitig Risikofaktoren für Stress- und Burnout-Erkrankungen identifizieren zu können. Dies können Mitarbeitendenbefragungen sein, Selbsttests für das Risiko von Stress- oder Burnout sowie Leitfäden und Prozesshilfen für Führungskräfte, die die Verantwortlichen bei konkreten Fällen unterstützen. Auch wenn der digitale Wandel als Ursache für Veränderung und Stress neu ist, die Themen Stress, Veränderung, gesundheitliche Risiken in der Arbeitswelt

41 Vgl. Meyer 2020: 95ff.

42 Ebd.: 95ff.

43 Robertson 2016.

sind nicht neu. Für viele dieser Themen gibt es bereits ausgereifte Werkzeuge.⁴⁴ Es kann auf bestehende Werkzeuge für andere Themen (z. B. Alkohol am Arbeitsplatz) zurückgegriffen werden,⁴⁵ wenn das Thema entsprechend angepasst wird: Die Handlungsempfehlungen werden zum größten Teil die gleichen bleiben.

5. Zusammenfassung und Ausblick

NPOs haben einen festgelegten gesellschaftlichen Auftrag zu erfüllen. Der digitale Wandel kann einen Einfluss auf diesen Auftrag haben, gleichzeitig auch bei der Erfüllung des Auftrags hilfreich sein. Deshalb ist der digitale Wandel für NPOs nicht nur eine Chance für die operative Umsetzung des Auftrages, sondern eine gesellschaftliche Herausforderung, gesundheitsförderlich in den Settings der Zielgruppen zu wirken.

Mitarbeitende in NPOs identifizieren sich häufig sehr mit dem gesellschaftlichen Auftrag ihrer Arbeitgeberin. Vielfach besteht die Kerntätigkeit einer NPO in einer direkten, interpersonalen Dienstleistung. Wenn im Zuge der digitalen Transformation versucht wird, diesen interpersonalen Kontakt durch eine digitale Dienstleistung zu ersetzen, wird dies bei den Mitarbeitenden, Patient*innen resp. Kund*innen auf Widerstand stoßen. Die Forschung zu den Auswirkungen der Pandemie hat zudem gezeigt, dass Dienstleistungen auf Distanz (Homeoffice, Hometeaching) nie die gleiche Qualität wie Angebote mit einem direkten interpersonalen Kontakt haben und zu höherem Auftreten von psychischen Erkrankungen führen. Trotzdem stellt der digitale Wandel für NPOs eine große Chance dar:

- Fachpersonen können von administrativen Aufgaben entlastet werden und erhalten so mehr Ressourcen für ihre Kernaufgaben.
- Gerade bei interdisziplinären Schnittstellen können digitale Informationsvermittlungen zu einer höheren Qualität bei besserer Effizienz führen.
- Mit digitalen Angeboten können Zielgruppen erreicht werden, die bisher nicht oder kaum angesprochen werden konnten. So kann der gesellschaftliche Auftrag besser erfüllt werden.
- Das Automatisieren von Prozessen und die digitale Unterstützung im Wissensmanagement können dazu führen, dass neue Organisationsfor-

44 Gesundheitsförderung Schweiz o. J.; Scheelen Institut o. J.

45 Meyer 2011.

men mit verteilter Verantwortung entwickelt werden können. Die Arbeitsplätze werden attraktiver, was ein aktiver Beitrag zur Eindämmung des verbreiteten Fachkräftemangel ist.

Damit der digitale Wandel gelingen kann, müssen die Changeprojekte gründlich und unter Einbezug aller Beteiligten geplant und durchgeführt werden. Hier unterscheiden sich NPOs und FPOs nicht grundsätzlich voneinander.

Als wirkungsvolle strukturelle Prävention in dem Setting *NPO* wären Modelle und Konzepte im Sinne von Best-Practice für die Verantwortlichen der Changeprozesse zu entwickeln, die analog zu anderen Modellen, wie z. B. in der betrieblichen Suchtprävention, mit Leitfäden, Checklisten und Musterrichtlinien die Leitungspersonen bei der Durchführung eines partizipativen Change, aber auch bei der Früherkennung und -intervention von psychischen Problemen aufgrund des digitalen Wandels unterstützen.

Literatur

- Anheier, HK (2014): *Nonprofit Organizations. Theory, Management, Policy*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Baumgärtel, M/Riessen, R/John, S (2019): Digitalisierung in der Intensivmedizin. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 144: 7, 436–441.
- Brandsen, T/van de Donk, W/Putters, K (2005): Griffins or Chameleons? Hybridity as a Permanent and Inevitable Characteristic of the Third Sector. *International Journal Of Public Administration*, 28: 9-10, 749–765.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014): *Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung*. Köln: BZgA.
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Bonn: BZgA.
- Butler, IdJ (2008): Non-governmental Organisation Participation in the EU Law-making Process. The Example of Social Non-governmental Organisations at the Commission. *Parliament and Council European Law Journal*, 14: 5, 558–582.
- Buurtzorg Nederland (2021): Website Buurtzorg International. URL: <https://www.buurtzorg.com>; 31.12.2021.
- Credit Suisse (2018): Credit Suisse Sorgenbarometer 2018. URL: <https://cockpit.gfsbern.ch/de/cockpit/credit-suisse-sorgenbarometer-2018/>; 6.10.2022.
- Ebert, C (2019): Mal eben nach England. URL: <https://diezukunft.de/news/gadget/mal-eben-nach-england>; 23.1.2022.
- Faber, O (2019): Digitalisierung - ein Megatrend: Treiber & Technologische Grundlagen. In: Erner, M (Hg.): *Management 4.0 – Unternehmensführung im digitalen Zeitalter*. Berlin, Heidelberg: Springer, 3–42.

- Gadatsch, A (2017): Grundkurs Geschäftsprozess-Management. Analyse, Modellierung, Optimierung und Controlling von Prozessen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Gesundheitsförderung Schweiz (o. J.): Friendly Workspace. Job Stress Analyse. URL: <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/instrumente-und-dienstleistungen/fws-job-stress-analysis.html>; 23.1.2022.
- Hefendehl, R (2020): Gefängnisse in Not: Was für eine Chance?! Neue Kriminalpolitik, 32: 4, 415–431.
- Hufnagl, W (2007): Die Balanced Scorecard zur Steuerung von For- und Non-Profit Organisationen. Wien: Diplomica Verlag.
- Janowski, K/Ritschel, H/Lugrin, B/André, E (2018): Sozial interagierende Roboter in der Pflege. In: Bendel, O (Hg.): Pflegeroboter. Wiesbaden: Springer Gabler, 63–88.
- Johannes Kepler Universität (2018): Quanten-Durchbruch: Beamen auf Knopfdruck. URL: <https://www.jku.at/news-events/news/detail/news/quanten-durchbruch-beamen-auf-knopfdruck/>; 23.1.2022.
- Keller, E (2019): Die digitale Intensivstation. Schweizerische Ärztezeitung, 100: 44, 1478.
- Klauber, J/Geraedts, M/Friedrich, J/Wasem, J (Hg.) (2019): Das digitale Krankenhaus. Berlin: Springer Open.
- Klauß, TH/Mierke, A (2017): Szenarien einer digitalen Welt – heute und morgen. Wie die digitale Transformation unser Leben verändert. München: Carl Hanser Verlag.
- Leinonen, J (2017): Business Model Canvas for the Non-Profit Organization. URL: <https://www.glcyd.org/wp-content/uploads/BusinessModelCanvas2017.pdf>; 29.3.2021.
- Lux, T/Breil, B/Dörries, M/Gensorowsky, D/Greiner, W/Pfeiffer, D/Rebitschek, FG/Gigerenzer, G/Wagner, GG (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung. Wirtschaftsdienst, 97: 10, 687–703.
- Meyer, M (1998): Selbsthilfe und Selbstorganisation. In: Müller, R/Meyer, M/Gmel, G (Hg.): Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994 - 1996. Erster nationaler Suchtmittelbericht. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), 141–143.
- Meyer, M (2004): tschau.ch: Informationen und Antworten für Jugendliche. Suchtmagazin, 30: 1, 29–32.
- Meyer, M (2011): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. So reagieren Sie richtig - Ein Leitfaden für Führungskräfte Gesundheitsdirektion des Kantons Zug. CH-Zug: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug.
- Meyer, M (2018): Die Digitalisierung gibt jetzt Vollgas. Kommunalmagazin.ch, 35: 6, 11–13.
- Meyer, M (2020): Die smarte Verwaltung aktiv gestalten. Ein ganzheitliches Führungskonzept mit acht ausführlichen Best-Practice-Beispielen. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Meyer, M (2022): Strategisches Management zweckbasierter Organisationen: Strategie und Umsetzung in öffentlichen und Nonprofit-Organisationen neu fokussiert. URL: <https://www.matthiasmeyer.ch/downloads/Meyer%20M%202017a.pdf>; 13.9.2022.

- Meyer, M/Meyer, C (2005): Leitfaden für Internetangebote der Sucht-Selbsthilfe. Hamm: Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
- Nandram, ShS (2015): Organizational Innovation by Integrating Symplification. Learning from Buurtzorg Nederland. Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer.
- Prochaska, JO/DiClemente, CC (1986): Toward a Comprehensive Model of Change. In: Miller, WR/ Heather, N (Hg.): Treating Addictive Behaviors. Boston, MA: Springer US, 3–27.
- Robertson, BJ (2016): Holacracy. Ein revolutionäres Management-System für eine volatile Welt. München: Verlag Franz Vahlen.
- Scheelen Institut (o. J.): Relief. Für Leistungserhalt, Resilienz und Stressmanagement. URL: <https://www.scheelen-institut.com/profiling-tools/relief>; 23.1.2022.
- Scherer, AG/Alt, MJ (Hg.) (2002): Balanced Scorecard in Verwaltung und Nonprofit-Organisationen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Schneider, J/Minnig, C/Freiburghaus, M (2007): Strategische Führung von Nonprofit-Organisationen. Bern: Haupt.
- Veit, K/Wessels, M/Deiters, W (2019): Gesundheitsdaten und Digitalisierung - Neue Anforderungen an den Umgang mit Daten im Gesundheitswesen. In: Pfannstiel, MA/Da-Cruz, P/Mehlich, H (Hg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 19–33.
- WHO – World Health Organization (1998): Health Promotion Glossary. Genf: WHO.
- Wittich, H (2021): Diese Assistenzsysteme sind ab 2022 vorgeschrieben. URL: <https://www.auto-motor-und-sport.de/verkehr/diese-assistenzsysteme-sind-ab-2022-vorgeschrieben/>; 23.1.2022.

Potenziale und Herausforderungen von E-Learning zur Minderung von Prüfungsangst am Beispiel der Hochschule Magdeburg-Stendal in Zeiten von Corona – Ansätze für das Gesundheitsmanagement an Hochschulen

Gunnar Voß, Rahim Hajji und Ulrike Scorna

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	125
Abstract	126
0. Einleitung	126
1. Forschungsstand	128
1.1 Gesundheitsförderung und Prüfungsangst im Hochschulkontext – Ursachen, Auswirkungen und Rahmenbedingungen	128
1.2 Constructive Alignment, E-Learning, Learning Analytics – Ansatz zur Analyse von Lernprozessen	133
2. Studiendesign	135
2.1 Methodische Herangehensweise	135
2.2 Beschreibung der Prüfungssettings und Hypothesen	136
2.3 Operationalisierung	138
2.4 Stichprobenbeschreibung	140
2.5 Statistische Analyse	142
3. Ergebnisse	142
3.1 Bivariate Ergebnisse	142
3.2 Multivariate Ergebnisse	144
3.3 Mediationsanalyse	144
4. Diskussion der Ergebnisse	147
5. Handlungsempfehlungen	148
6. Fazit, Grenzen der Untersuchung und Ausblick	149
Literatur	150

Zusammenfassung

Prüfungsangst ist bei Studierenden weit verbreitet und kann sich auf Gesundheit und Studienleistungen auswirken. Durch digitales Lernen, Lehren und Prüfen fallen *Moodle*-Daten an, die mit *Learning Analytics* ausgewertet

werden können, um zur Verbesserung der Lehr-Lern-Bedingungen und Reduzierung von Prüfungsangst beizutragen. Ziel ist die Erforschung von Interventionen (wie Inhalte reduzieren, Klausurzeit erhöhen) zur Reduktion von Prüfungsangst in der Gestaltung von Lehren, Lernen und Prüfen. Die Ergebnisse zeigen, dass Prüfungsangst durch Verbesserung des *Constructive Alignments* und Förderung von Selbstwirksamkeit reduziert werden kann. In Bezug zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung werden verhältnisbezogene Handlungsempfehlungen vorgeschlagen, um durch *Learning Analytics* Prüfungsangst zu reduzieren.

Abstract

Students often struggle with test anxiety, which can affect their health and academic performance. The objective is to analyse *Moodle* data regarding to the concept of *learning analytics* to improve learning conditions and reduce test anxiety. This study investigates the impact of constructive alignment on test anxiety in an experimental design by regarding different interventions (test efforts, test requirements, and self-efficacy). The results show that test anxiety can be reduced by improving *constructive alignment* and promoting self-directed learning and self-efficacy. This study recommends the implementation of *learning analytics* to promote student health in the academic environment.

0. Einleitung

Prüfungen haben z. T. weitreichende Konsequenzen, denn Prüfungsergebnisse bestimmen den Erfolg im Studium und somit auch die beruflichen Perspektiven.¹ In der vom Deutschen Studentenwerk durchgeführten 18. Sozialerhebung gaben 13% der Studierenden an, Prüfungsangst zu haben.² Dabei wird Prüfungsangst, verstanden als Teil einer generellen Bewertungsangst, definiert als eine

„übermäßige Furcht, die mit psychischen und/oder vegetativen Symptomen – z. B. Gefühl der Leere im Kopf, Herzklopfen, Schweißausbrüche, Erbrechen

1 Metzig/Schuster 2018: 19.

2 Gusy 2010: 251.

etc. – einhergeht und in vielen Fällen zu einer Vermeidung oder einem Versagen führt.“³

Das Versagen wird dabei durch Symptome von Prüfungsangst, wie Stress und Unsicherheit, ausgelöst, die einen negativen Einfluss auf die eigenen Leistungen haben können.⁴

Durch die COVID-19-Pandemie fand in der Hochschullandschaft eine grundlegende Umgestaltung der Hochschullehre statt, in deren Folge Präsenz-Formate, wie Vorlesungen, Seminare, Übungen u. a., in Online-Formate, wie Videokonferenzen, audio- und visuelle Medien (Podcasts, Videos) etc. überführt wurden.⁵ Aus der Notwendigkeit heraus erfolgten nach dem Prinzip des *Emergency Remote Teaching*⁶ die Innovations- und Digitalisierungsprozesse der Hochschullehre weitestgehend ad hoc, um die Lehre und das Lernen in Krisenzeiten sicherzustellen. Dabei entstanden zunehmend digitalisierte Settings auf dem Kontinuum der digitalen Transformation⁷ der Lehre. Durch die Entwicklung und Nutzung von stärker digitalisierten (Lern-)Settings fallen elektronische Daten an, die Aufschluss darüber geben können, mit welcher Intensität die digitalen Lehr-Lern-Angebote von den Studierenden in Anspruch genommen werden – das Lernverhalten und die Lernaktivitäten werden somit beschreibbar (*Learning Analytics*). Diese Analyse lässt auch im Sinne des *Constructive Alignments* (Abstimmung von Lehrinhalten, Lehraktivitäten und Prüfungsformen) Rückschlüsse zu, inwieweit das Lehrveranstaltungs-konzept die anvisierten Lernziele und Prüfungsanforderungen erreicht und so Prüfungsängsten vorbeugt. Gerade Lehrende können mit hohen Prüfungsanforderungen auch Prüfungsangst erzeugen, was einen Indikator für ein schlechtes *Constructive Alignment* darstellt und nicht intendierte Studienverhältnisse schaffen kann, die zu einer nachteiligen Beeinflussung der Gesundheit führen können. Hochschulen als Setting haben Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitglieder. Zu untersuchen ist einerseits, inwieweit Lehrende durch die Umstellung auf digitale Lernsettings die Möglichkeit erhalten, besser nachvollziehen zu können, welchen Einfluss die Gestaltung der Lehre auf die Prüfungsangst hat, und andererseits, welche Interventionsmöglichkeiten Lehrende nutzen können, um der Prüfungsangst der Studierenden vorzubeugen. Dieser verhältnisorientierte Ansatz wird bei der Interventi-

3 Bensberg/Messer 2014: 211.

4 Rana/Mahmood 2010: 63; Pekrun/Götz 2006: 248.

5 García-Morales et al. 2021.

6 Hodges et al 2020.

7 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband.

on von Prüfungsangst bisher weder im wissenschaftlichen Diskurs noch im Studentischen und Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) der Hochschulen reflektiert.

Ziel dieses Beitrages ist es daher, die Passfähigkeit zwischen Lernzielen, Lehraktivitäten, Prüfungen (Online-Klausuren) und deren Einfluss auf die Prüfungsangst mittels vier unterschiedlicher Lehr-/Lern- und Prüfungssettings zu analysieren. Dabei sollen Antworten auf übergeordnete Forschungsfragen gefunden werden:

- Wie können digitale Lehr-/Lern- und Prüfungssettings an Hochschulen gestaltet werden, um Prüfungsangst zu mindern?
- Bedenkt man die Freiheit der Lehrenden hinsichtlich der Gestaltung ihrer (digitalen) Lehre, stellt sich die Frage, welchen Beitrag das Gesundheitsmanagement einer Hochschule leisten kann bzw. welche Einflussmöglichkeiten es hat, um für Studierende gesunde digitale Lern- und Prüfungsverhältnisse zu schaffen.

Zur Betrachtung der beiden Fragen werden in diesem Beitrag vor dem aktuellen Forschungsstand die Herausforderungen des Settings Hochschule vorgestellt und theoretische Begriffe geklärt. Anknüpfend folgt die Darstellung des Studiendesigns sowie die Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse. Der Beitrag schließt mit Handlungsempfehlungen und zeigt im Fazit Limitationen der Untersuchung auf.

1. Forschungsstand

1.1 Gesundheitsförderung und Prüfungsangst im Hochschulkontext – Ursachen, Auswirkungen und Rahmenbedingungen

Das Präventionsgesetz gibt einen rechtlichen Rahmen für Gesundheitsförderung an Hochschulen. Dabei unterscheidet man zwischen verhaltens- und verhältnisorientierter Prävention und Gesundheitsförderung.⁸ Im Vergleich zu verhaltensorientierten Maßnahmen, setzt die verhältnisorientierte Prävention an den Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen an, die im Mittelpunkt des Beitrags stehen.

Die Koordination des BGM an Hochschulen beschränkt sich bisher vornehmlich auf Führungskräfte und Mitarbeitende in der Verwaltung. Ande-

8 Hartmann et al. 2016: 243f.

re Statusgruppen, wie Studierende und Lehrende, bleiben außen vor.⁹ Die Entwicklung eines Studentischen Gesundheitsmanagements steckt bislang in den Kinderschuhen und konkurriert mit anderen (emanzipatorischen) Anliegen wie Familienfreundlichkeit oder Nachhaltigkeit.

Bedenkt man, dass Gesundheitsförderung, Gefährdungsbeurteilungen oder das Mutterschutzgesetz als Querschnittsaufgaben gleichermaßen für alle Statusgruppen gelten, sind eben auch verschiedene Akteure mit einzu-beziehen.¹⁰ Daher wäre eine zentral geleitete hochschulweite Gesundheitsförderung und Prävention zu implementieren. Allerdings wird darauf aufmerksam gemacht, dass „übergreifende Konzepte unter Einbeziehung aller Statusgruppen der Hochschule [...] bisher nicht in der Praxis umgesetzt werden“¹¹ konnten, obwohl dies im GKV-Leitfaden Prävention¹² gefordert wird.

Dieser Beitrag fokussiert exemplarisch auf die Prüfungsangst von Studierenden in Online-Klausuren und betrachtet die Lehrenden als Teil der Verhältnisse, da diese Rahmenbedingungen für Studierende setzen können. Denn Lehrende üben mit der Gestaltung der Lehr-/Lern- und Prüfungssettings (gesundheitlichen) Einfluss auf die Studierenden aus, ohne dass dies intendiert ist.

Die Freiheit von Forschung und Lehre sowie die Autonomie von Hochschulen stellt eine rechtliche Herausforderung für die institutionelle und statusübergreifende Gestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention dar, wo die Lehrenden ihre Lehre unabhängig und selbstbestimmt gestalten können. Daher müssten Lehrende im Rahmen gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung in Hochschulen angesprochen und befähigt werden, die Prüfungsangst in ihrer Lehre zu erheben, zu analysieren und Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln, um gesundheitsfördernde Hoch-schulentwicklung zu fördern.

Prüfungsangst wird als wahrnehmungsbezogene Angstreaktion beschrieben, die in Zusammenhang mit (akademischen) Leistungsüberprüfungen auftritt. Prüfungsangst beschreibt zwar grundsätzlich die Situation während einer Prüfung, aber sie umfasst auch die Lern- und Vorbereitungsphase sowie die Phase nach dem Bekanntwerden des Ergebnisses.¹³ Ferner

9 Hartmann 2021: 644f.

10 Ebd.: 645.

11 Hartmann et al. 2016: 248.

12 GKV-Spitzenverband 2021.

13 Stöber 2004.

kann unterschieden werden, ob es sich um ein situativ auftretendes (*state anxiety*) oder langanhaltendes (*trait anxiety*) Charaktermerkmal handelt.¹⁴ Einerseits handelt es sich um ein plötzliches Phänomen aktuell erlebter Prüfungsangst, andererseits um eine relativ stabile habituelle Disposition mit der Tendenz, ängstlich zu sein. So kann man Prüfungsangst als situationsabhängige Charaktereigenschaft beschreiben, die bei einem Ad-hoc-Ab-rufen von Leistung auftritt.

Derek D. Szafranski et al. beziffern die Prävalenz von Prüfungsangst bei Studierenden in Höhe von 10-35%.¹⁵ Tuncay Ergene gibt die Prävalenz bei Studierenden zwischen 15-20% an.¹⁶ Prüfungsangst hat Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, die Selbstwahrnehmung und auf die Gesundheit.¹⁷ Prüfungsangst kann die Konzentration auf anstehende Aufgaben beeinträchtigen und damit zu einer geringeren Leistungsfähigkeit führen. Dies kann dazu beitragen, dass die Betroffenen häufiger ein negativeres Selbstbild haben und damit auch eher Minderwertigkeitsgefühle entwickeln.¹⁸ Studierende berichten in stressigen Prüfungssituationen auch von Muskelverspannungen, beschleunigter Herzfrequenz oder Magenverstimmungen,¹⁹ aber auch von Angst, Nervosität und körperlichem Unwohlsein.²⁰ Untersuchungen belegen, dass das Erleben von Prüfungsangst verbunden ist mit einem geringen Wohlbefinden und mit einer geringen Einschätzung der psychischen Gesundheit.²¹ Burkhard Gusy führt einen Anstieg solcher Indikatoren des Gesundheitszustands bei Studierenden seit 2007 auf zusätzlichen Leistungs-, Erwartungs- und Zeitdruck zurück.²²

Gemäß der *Kontroll-Wert-Theorie* nach Moshe Zeidner werden die Ursachen für die Prüfungsangst zurückgeführt auf einen Kontrollmangel der Prüfungssituation und die daraus folgende Bewertung der Konsequenzen eines Scheiterns für einen selbst.²³ Reinhard Pekrun und Thomas Götz nutzen zur Veranschaulichung der Kontroll-Wert-Theorie die Abb. 1. Die Verhältnisse (bzw. die Umwelt) im Unterricht bzw. in der Lehre werden

14 Onyeizugbo 2017: 203.

15 Szafranski et al. 2012: 667.

16 Ergene 2003: 314; DordiNejad et al. 2011: 3775.

17 Pekrun/Götz 2006: 248.

18 Chapell et al. 2005.

19 Szafranski et al. 2012: 668.

20 Rana/Mahmood 2010: 65.

21 Akinsola/Nwajei 2013: 23; Leadbeater et al. 2012.

22 Gusy 2010: 250.

23 Pekrun/Götz 2006: 249.

demnach als Vorbedingungen betrachtet. Die Gestaltung guter, verständlicher, studierendenzentrierter Lehre könne demnach Prüfungsangst mindern, während unklare Anforderungen und Instruktionen bei intransparenten Bewertungen die Prüfungsangst befördern würden. Die Prüfungsangst entstehe demnach in der Interaktion zwischen Lernumwelt und Individuum. Werden die Anforderungen bzw. der Schwierigkeitsgrad der Aufgaben als zu hoch wahrgenommen, führe dies zu einem Kontrollverlust. Die Lernenden verfügten folglich nicht mehr über die Kontrolle des Lernerfolgs. Abhängig von der Wertung, die die Lernenden dem Scheitern in der Prüfung beimessen, könne in der Folge Prüfungsangst entstehen, wenn die Konsequenzen (z. B. der Verlust von sozialer, finanzieller Förderung, Exmatrikulation) als gravierend eingeschätzt werden. Die Prüfungsangst kann dazu führen, dass die aufgabenbezogene Aufmerksamkeit sinkt, und die Leistungsfähigkeit dadurch gemindert ist.²⁴

24 Ebd.: 250f.

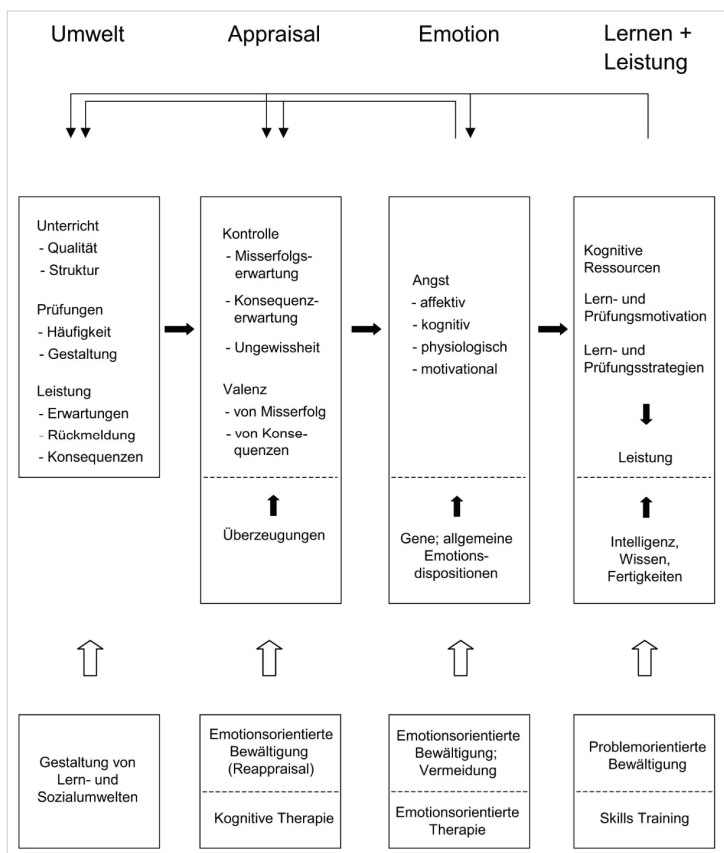


Abb. 1: Kontroll-Wert-Theorie (Quelle: Pekrun/Götz 2006: 250)

Es bestehen verschiedene Ansätze zur Reduzierung von Prüfungsangst. So sollen Lernumgebungen gut strukturiert, verstehbar angelegt und die Lehre den Fähigkeiten angemessen gestaltet werden. Für die Prüfungen gilt es u. a., Zeitdruck zu reduzieren und die Anforderungen transparent und bewältigbar zu machen. Ebenso ist ein selbstgesteuertes Lernen eher Prüfungsangst mindernd, da selbstreguliertes Lernen Eigenmotivation und Interesse mobilisiert, was einer Prüfungsangst entgegenwirkt.²⁵

²⁵ Pekrun/Götz 2006: 256.

Zur Behandlung von Prüfungsangst werden verschiedene Therapien eingesetzt, die sich in *behavioural*-, *cognitive*-, *cognitiv-behavioural*- und *skill-deficit*-Ansätze gliedern lassen.²⁶ Dieser Beitrag konzentriert sich zur Minderung der Prüfungsangst jedoch nicht auf verhaltens-, sondern auf verhältnisorientierte Ansätze. Denn unzureichend konzipierte Lern- und Prüfungsbedingungen lassen sich nicht durch verhaltensorientierte Ansätze mindern, sondern bedürfen der Instrumente zur Identifizierung unangemessener Prüfungsbedingungen.

1.2 Constructive Alignment, E-Learning, Learning Analytics – Ansatz zur Analyse von Lernprozessen

Die Idee des *Constructive Alignments* stellt John Biggs zufolge einen Ansatz zur Reflexion einer Veranstaltungskonzeption dar.²⁷ Häufig gehen Dozierende von den Lehrinhalten aus, Studierende planen ihren Lernprozess hingegen oft hinsichtlich der Prüfungsanforderungen. Das kann dazu führen, dass die Lehre und der Lernprozess aneinander vorbeigehen und von beiden Seiten als unbefriedigend empfunden werden. Das didaktische Modell des *Constructive Alignments* soll diese Schwierigkeiten abbauen, indem es Lehrende dabei unterstützt, Lernziele, Lernaktivitäten sowie Prüfungsformen aufeinander abzustimmen.²⁸ Konkret werden die Ziele und die Aktivitäten der Lehrveranstaltung entsprechend an den Prüfungsaufgaben ausgerichtet. Dadurch gewinnt die Lehrveranstaltung an Kohärenz und Transparenz.

Prüfungsangst kann auf Mängel in der Ausgestaltung des *Constructive Alignments* im Lehr- und Prüfungssetting hinweisen. Denn es ist davon auszugehen, dass die Prüfungsangst zunimmt, wenn die Studierenden durch die Lernaktivitäten nicht angemessen auf die Prüfungsaufgaben vorbereitet werden. Dies ist der Fall, wenn die Lernziele, Lernaktivitäten und die Prüfungsformen nicht aufeinander abgestimmt sind. Fällt die Leistungsbeurteilung eher schlecht aus, könnte dies darauf hinweisen, dass die Lernziele und Lernaktivitäten die Studierenden nicht dazu befähigt haben, Prüfungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen.²⁹

26 Ergene 2003: 314.

27 Biggs 2003.

28 Ders. 1996.

29 Biggs/Tang 2010: 2.

E-Learning erlaubt die Lernprozesse von Studierenden beschreibbar zu machen, indem Daten ausgewertet werden, die Studierende u. a. mit der Nutzung von Videos und elektronischen Übungen hinterlassen. Lehrende können das Lernverhalten und die -fortschritte mithilfe dieser Daten mitverfolgen, wenn sie dazu befähigt werden. Die Erkenntnisse über das Lernverhalten helfen ihnen dabei, ihre eingesetzten Lernaktivitäten zur Erreichung der Lernziele anzupassen und weiterzuentwickeln.³⁰ Die im Umfeld von *E-Learning* gestellten Übungsaufgaben und die entsprechenden Prüfungsaufgaben können Auskunft darüber geben, ob der jeweils gewählte Schwierigkeitsgrad angemessen ist oder nicht.

Bei digitalen Lernplattformen wie *Moodle* werden im Hintergrund zahlreiche Daten gesammelt, die analysiert werden können. Ebenso können soziale und gesundheitliche Faktoren, wie die Wahrnehmung der Lernbedingungen und Prüfungsangst, neben bildungsrelevanten Daten erhoben und reflektiert werden. Welche Potenziale für die Lehr-Lern-Entwicklung entstehen, damit befasst sich das Konzept des *Learning Analytics*. Die Idee ist, die Interaktion zwischen den Studierenden und der Onlineplattform zu verstehen und deren Lernentwicklung zu erklären, wobei der Fokus vornehmlich auf einer quantitativen Analyse der Lernentwicklung liegt. Das Potenzial der *Learning Analytics* liegt neben der Analyse auch in der Visualisierung, der Modellierung und der Verbesserung von Didaktik und Lernplattform.³¹ Mittels *Learning Analytics* (u. a. mit der Itemanalyse³²) kann man die Passfähigkeit des *Constructive Alignments* beurteilen und – mit Einschränkungen – auch die damit verbundene Wirkung der Lehrveranstaltungen aufdecken.³³ Damit kann es als Instrument zur Identifizierung von zu leichten und zu schwierigen Prüfungsaufgaben dienen bzw. erkennbar machen, ob die Anforderungen zu hoch sind und damit Prüfungsangst evozieren, da die Lernaktivitäten nicht angemessen sind.

30 Büching et al. 2019: 145.

31 Ifenthaler/Schumacher 2016: 176.

32 Kelava/Moosbrugger 2012: 76. Unter dem Begriff der Itemanalyse versteht man die Analyse einzelner Variablen hinsichtlich ihrer Aussagefähigkeit. Für die vorliegende Untersuchung der Lehr-/Lernsettings ist die Itemanalyse genutzt worden, um die Aussagekraft und Brauchbarkeit von Klausurfragen zu untersuchen.

33 Büching et al. 2019: 143.

2. Studiendesign

2.1 Methodische Herangehensweise

Mittels experimentellen Designs wurde untersucht, wie unter Berücksichtigung des *Constructive Alignments* das Verhältnis in der digitalen Lehre verbessert und die Prüfungsangst gemindert werden kann (vgl. Abb. 2). Dafür wurden in vier unterschiedlichen Prüfungssettings Experimente durchgeführt und analysiert.

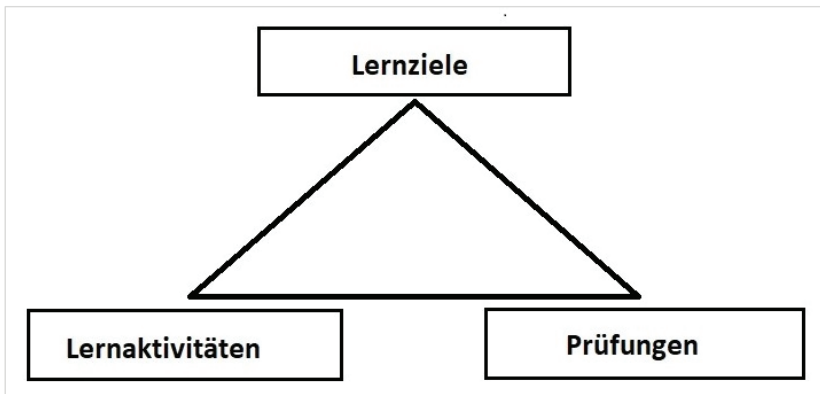


Abb. 2: Veranschaulichung der Beziehung von Lernzielen, Lernaktivitäten und Prüfungen entsprechend des *Constructive Alignments* (Quelle: eigene Darstellung)

Analysegegenstand der Auswirkungen der digitalen Lern-/Lehr- und Prüfungssettings und des Effekts der Intervention waren vier unterschiedliche Kurse an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Die Corona-Pandemie führte an der Hochschule Magdeburg-Stendal zur Digitalisierung der Lehre,³⁴ wobei eine Vielzahl von digitalisierten Lehr-/Lernsetting mit verschiedenen Ausprägungen auf dem Kontinuum der digitalen Transformation der Lehre entstanden sind. Die Untersuchung erfolgte auf Basis einer Ausgangserhebung bei Studierenden des Jahres 2021, gefolgt von unterschiedlichen Interventionen innerhalb des Prüfungssettings sowie einer Folgerhebung bei einer anderen bzw. nachfolgenden Gruppe von Studierenden des Jahres 2022. Die Dozierenden sind die gleichen geblieben.

34 Hajji et al. 2022.

In der experimentellen Untersuchung wurden Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Betreuungsaufwand, das Arbeiten neben dem Studium, Inanspruchnahme eines Nachteilsausgleichs (KomPass-Inhaber*in³⁵) und die coronabedingten lernbezogenen Belastungserfahrungen als Einflussfaktoren mitberücksichtigt, sodass der Effekt der Intervention mittels anderer Erklärungsansätze kontrolliert wurde.

Die Ausgangssituation bzw. das Ausgangsniveau (*Baseline*) in den vier Kursen wurde nach der Online-Klausur durch eine Lehrevaluation mittels *Moodle* sowie durch die Analyse der entsprechenden *Moodle*-Daten erfasst. Danach wurden in den vier Kursen unterschiedliche Interventionen durchgeführt, die das jeweilige Lehr-/Lern- und Prüfungssetting dahingehend beeinflussten, dass die Folgerhebung eines neuen Jahrgangs unter z. T. veränderten Lern-/Lehr- und Prüfungsbedingungen stattfand. Der Effekt der Intervention wurde durch Veränderung zur Baseline – also dem Ausgangsniveau – messbar gemacht. Die Studierenden willigten in die Datenauswertung und deren anonyme Verwendung zu Forschungszwecken ein.

2.2 Beschreibung der Prüfungssettings und Hypothesen

Im Vergleich zur Ausgangserhebung wurde im ersten Prüfungssetting (Setting A), d. h. bei der neuen Matrikel, in der Weise interveniert, dass es nun ergänzend zur Prüfung verpflichtende Lernaktivitäten (elektronische Übungen) gab. Zwischen den elektronischen Übungen und der Prüfung wurde zu einem gewissen Anteil eine Kongruenz hergestellt, da die Übungsaufgaben zu Prüfungszwecken in der Online-Klausur genutzt wurden. Ebenso wurden die Prüfungsinhalte reduziert und die Zeit zur Lösung der Prüfungsaufgaben erhöht. Die Studierenden wurden nicht darüber informiert, dass die Übungen ein Teil der Online-Klausur sind. Es ist davon auszugehen, dass die Prüfungsangst im Vergleich mit der Ausgangserhebung in der Folgerhebung insgesamt geringer ausfällt, da die Klausuranforderungen und der Kursaufwand geringer sind als in der Ausgangssituation.

Wie im ersten Prüfungssetting A wurde auch im zweiten Prüfungssetting (Setting B) die Lehr-Lern-Situation soweit verändert, dass es auch hier

35 An der Hochschule Magdeburg-Stendal können Studierende mit einer zusätzlichen Belastung zum Studium durch bspw. die Wahrnehmung einer Familien- und/oder Sorgeaufgabe mit dem sogenannten KomPass ihre erschwerten Umstände im Sinne eines Nachteilsausgleichs geltend machen.

elektronische Übungsaufgaben gab, die zu einem gewissen Anteil auch in der Prüfung genutzt wurden. Anders als im Setting A sind jedoch die angebotenen Übungsaufgaben nicht verpflichtend, d. h. die Studierenden standen somit vor der Herausforderung, die Lernaktivität freiwillig bzw. selbstständig durchzuführen und sich die Lerninhalte selbstständig anzueignen. Die Studierenden wurden darüber informiert, dass die Übungen ein Teil der Online-Klausur sind. Dieses Lern- bzw. Prüfungssetting erfordert von den Studierenden einen höheren Grad an Selbstorganisation, welche zu einer höheren Selbstwirksamkeit beitragen kann. Hier ist eine gesenkte Prüfungsangst zu erwarten, da die Klausuranforderungen geringer ausfallen und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit höher liegen dürfte.

Das dritte Prüfungssetting (Setting C) zeichnet sich dadurch aus, dass zum einen die elektronischen Übungen, die zu Übungs- und Prüfungszwecken genutzt wurden, aus der Online-Klausur gelöscht wurden. Zum anderen wurden mittels einer Itemanalyse die Fragen identifiziert, die zu leicht und zu schwer waren. Sie wurden ebenfalls aus der Online-Klausur genommen. Es ist zu erwarten, dass die Prüfungsangst in der Folgeerhebung ggf. ansteigt, da die Anforderungen in der Online-Klausur durch die Löschung von Aufgaben, die schon als Übungen genutzt wurden, zugenommen haben dürften.

Im vierten Prüfungssetting wurde in der Vergleichsstudie nur eine kleine Änderung der Prüfungsbedingungen vorgenommen (Setting D): Die Klausurzeit wurde reduziert. Diese war im Vorfeld als sehr großzügig für 20 Fragen angelegt. Das heißt, dass die Lern-/Lehr- und Prüfungsbedingungen der Folgeerhebung im Vergleich zur Ausgangerhebung nicht wesentlich verändert wurden. Die Prüfungsangst in der Online-Klausur dürfte somit in Setting D in der Folgeerhebung im Vergleich zur Ausgangerhebung konstant bleiben. Die nachfolgende Tab. 1 stellt alle vier Settings einander gegenüber.

Tab. 1: Überblick über die Settings

Setting	Setting A		Setting B		Setting C		Setting D	
Erhebungen	Ausgangs- erhebung	Folgeerhe- bung	Ausgangs- erhebung	Folgeerhe- bung	Ausgangs- erhebung	Folgeerhe- bung	Ausgangs- erhebung	Folgeerhe- bung
Matrikel	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Fragen in der Online-Klausur	70	46	31	31	63	57	20	20
Zeit für die Online-Klausur in Min.	90	90	60	60	120	108	150	135
Bestandteil der Online-Klausur	Online-Klausur- fragen	Online-Klausur- u. Online-Übungs- fragen	Online-Klausur- fragen	Online-Klausur- u. Online-Übungs- fragen	Online-Klausur- u. Online-Übungs- fragen	Online-Klausur- fragen	Online-Klausur- fragen	Online-Klausur- fragen
Anteil an Übungsfragen in der Online-Klausur	0%	55%	0%	45%	10%	0%	0%	0%
Interventionen zur Ausgangserhebung	Inhalte reduziert, Übungsfragen in der Klausur berücksichtigt, mehr Klausurzeit		Übungsfragen in der Klausur berücksichtigt, selbstbestimmtes Lernen ermöglicht		Zu leichte und zu schwere Prüfungsfragen sowie Übungsfragen aus der Klausur gelöscht		Keine Änderung vorgenommen	

2.3 Operationalisierung

Die Tab. 2 gibt einen Überblick über die Messinstrumente, die in der Studie verwendet wurden. Das Messinstrument zur Erhebung der Prüfungsangst und der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit wurde aus dem Manual *Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ)* entnommen. Die restlichen Messinstrumente der Erhebung (vgl. Tab. 2) stellen Eigenentwicklungen dar.

Die Reliabilitätsanalyse für die Messinstrumente zeigt, dass alle verwendeten Messinstrumente einen Cronbachs Alpha Wert von mehr als 0,8 erfüllen. Daher können die verwendeten Messinstrumente als reliabel – also als verlässlich – betrachtet werden.

Tab. 2: Operationalisierung

Theoriebegriff	Frageitems	Reliabilität
Prüfungsangst (Quelle: Motivated Strategies for Learning Questionnaire – MSLQ - Manual)	Inwiefern haben die folgenden Aussagen auf Sie während der Klausur zugetroffen? In der Klausur ... (1 = stimme gar nicht zu; 5 = stimme zu) ... habe ich darüber nachgedacht, wie schlecht meine Leistung im Vergleich mit anderen Studierenden ist. ... habe ich darüber nachgedacht, wie die Konsequenzen des Scheiterns aussehen werden. ... hatte ich ein unbehagliches Gefühl. ... fühlte ich, dass mein Herz ganz schnell schlägt.	0,8
Selbstwirksamkeit (Quelle: Motivated Strategies for Learning Questionnaire – MSLQ - Manual)	Ich glaube, dass ich in dieser LV eine hervorragende Note erhalten werde. (1 = stimme gar nicht zu; 5 = stimme zu) Ich bin sicher, dass ich auch die schwierigsten Inhalte in dieser LV verstehen kann. Ich bin zuversichtlich, dass ich Grundlagen, die in diesem Kurs vermittelt werden, verstehen kann. Ich bin zuversichtlich, dass ich auch die komplexesten Inhalte, die der Professor erklärt, verstehen kann. Ich bin zuversichtlich, dass ich bei Aufgaben und Tests in der LV hervorragend abschneiden werde. Ich bin sicher, dass ich die in der LV vermittelten Fähigkeiten beherrschen werde.	0,9
Klausuranforderungen	Wie schätzen Sie für sich persönlich ... (1 = sehr gering bis 5 = sehr hoch) ... die inhaltlichen Anforderungen bei der Klausur von X ein? ... den Schwierigkeitsgrad bei der Klausur von X ein?	0,9
Kursaufwand	Wie häufig kommt es im Kurs von X vor, dass Sie denken, ... (1 = nie bis 5 = immer) dass es zu viel ist. dass der Aufwand zu hoch ist. dass man zu viel machen muss.	0,9
Coronabedingte lernbezogene Belastungserfahrungen	Wie sehr belastete die Corona-Pandemie negativ ... (1 = belastete mich gar nicht; 5 = belastete mich sehr) ... Ihr persönliches Lernverhalten in dem Kurs von X. ... Ihre persönlichen Lernfähigkeiten in dem Kurs von X	0,9
Soziodemographie (Kontrollvariablen)	Wie alt sind Sie ...? Sind Sie ...? (divers, männlich, weiblich)	nicht berechnet

Theoriebegriff	Frageitems	Reliabilität
	Haben Sie einen erhöhten Betreuungsaufwand durch beispielsweise eigene Kinder oder zu pflegende Angehörige? (1 = Ja; Nein)	
	Sind Sie Besitzer*in eines KomPasses? (1 = Ja; Nein)	
	Arbeiten Sie neben dem Studium? (1 = Ja; Nein)	
	Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie? (10. Klasse, Fachabitur, Abitur)	
	Haben Ihre Eltern einen akademischen Abschluss? (nein, eine/r, beide)	

2.4 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobenbeschreibung (Tab. 3) zeigt, dass sich drei von vier Settings mit Blick auf die Zusammensetzung der Studierenden zwischen Ausgangserhebung und Folgeerhebung signifikant unterscheiden.

Tab. 3: Stichprobenbeschreibung

Setting		Setting A		Setting B		Setting C		Setting D	
Erhebungen		Ausgangserhebung	Folgeerhebung	Ausgangserhebung	Folgeerhebung	Ausgangserhebung	Folgeerhebung	Ausgangserhebung	Folgeerhebung
N		96	152	65	58	51	47	40	50
Alter (Mittelwert)		24,4	23,2	21,3	22,4	21,8	22,2	22,6	22,4
Signifikanz		p < 0,01		n.s.		n.s.		n.s.	
Schulabschluss	10. Klasse	2%	3%	5%	5%	2%	4%	5%	4%
	Fachabitur	49%	32%	31%	21%	31%	23%	18%	26%
	Abitur	49%	65%	65%	74%	67%	72%	78%	70%
Signifikanz		p < 0,05		n.s.		n.s.		n.s.	
Geschlecht	divers		2%	2%	5%	2%	2%		2%
	männlich	20%	16%	20%	14%	12%	13%	20%	8%
	weiblich	80%	82%	78%	81%	86%	85%	80%	90%
Signifikanz		n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
Betreuungsaufwand (für Kinder, Eltern etc.) - Ja in %		22%	13%	5%	16%	4%	9%	8%	6%
Signifikanz		n.s.		p < 0,05		p < 0,05		n.s.	
Sind Sie Besitzer*in eines KomPasses? - Ja in %		23%	13%	2%	16%	2%	13%	3%	4%
Signifikanz		p < 0,05		p < 0,05		p < 0,05		n.s.	

Setting	Setting A		Setting B		Setting C		Setting D	
Arbeiten Sie neben dem Studium? - Ja in %	57%	69%	58%	41%	69%	57%	70%	80%
Signifikanz	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
Coronabedingte lernbezogene Belastungserfahrungen - je höher der Mittelwert, desto höher die Belastung (Mittelwert)	3,4	2,9	3,5	2,5	3,0	3,1	3,0	3,0
Signifikanz	p < 0,001		p < 0,001		n.s.		n.s.	

Hinweis zur Tabelle: Signifikanztest beruhen abhängig von dem Skalenniveau der Variablen auf der Durchführung einer Varianzanalyse zur Prüfung auf signifikante Mittelwertunterschiede oder auf der Durchführung von Kreuztabellenanalysen zur Ermittlung von signifikanten anteilsbezogenen Unterschieden. n.s. = nicht signifikant (p > 0,05)

Die Teilnehmenden aus Setting A weisen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten signifikante Unterschiede bei *Alter*, *Geschlecht*, *KomPass* sowie bei der *coronabedingten lernbezogenen Belastungserfahrung* auf. Die Studierenden der Folgerhebung sind vergleichend zu der Ausgangserhebung im Durchschnitt jünger, haben eher einen höheren Schulabschluss, brauchen keinen Nachteilsausgleich (KomPass-Besitzer*in) aufgrund von persönlichen Erkrankungen (z. B. Dyskalkulie) oder Sorge- oder Pflegeaufgaben (z. B. eigene Kinder) und haben geringere lernbezogene Belastungserfahrungen mit Corona gemacht.

Die Teilnehmerschaft aus Setting B unterscheidet sich signifikant bei drei Stichprobenmerkmalen. Die Studierenden der Folgerhebung haben im Vergleich zu den Studierenden der Ausgangserhebung eher einen Betreuungsaufwand, eher den KomPass zum Ausgleich von individuellen Nachteilen im Studium und haben geringere lernbezogene Belastungserfahrungen mit Corona gemacht.

Die Teilnehmerschaft aus Setting C weist signifikante Unterschiede bei dem Stichprobenmerkmal *Betreuungsaufwand* und *KomPass* auf. Studierende der Folgerhebung haben demnach mehr Betreuungsaufwand neben dem Studium und haben eher den KomPass zum individuellen Nachteilsausgleich.

Die Teilnehmenden aus Setting D weisen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten auf.

2.5 Statistische Analyse

Zur Analyse der Prüfungsangst wurde eine deskriptive (bivariate) Analyse durchgeführt, um Zusammenhänge u. a. zwischen den Kursen und der Ausgangs- sowie der Folgeerhebung zu ermitteln.

Danach wurde eine multivariate Regressionsanalyse durchgeführt, um zu untersuchen, ob die Stärke des Effekts der Intervention auf die Prüfungsangst unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen (zu denen die Stichprobenmerkmale zählen – vgl. Tab. 3) signifikant ist. Denn die Stichprobenbeschreibung weist aus, dass sich die Zusammensetzung der Studierenden zwischen der Ausgangserhebung und der Folgeerhebung z. T. signifikant unterscheidet.

Eine Mediationsanalyse wurde durchgeführt, um zu untersuchen, wie die Stärke des signifikanten Effekts der Intervention aufgeklärt werden kann.

3. Ergebnisse

3.1 Bivariate Ergebnisse

Beim Setting A lassen sich signifikante Unterschiede bei der Prüfungsangst, dem Kursaufwand, den Klausuranforderungen und bei der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit feststellen. Die Studierenden haben in der Folgeerhebung nach der Intervention eine geringere Prüfungsangst, einen geringen Kursaufwand, schätzen die Klausuranforderungen geringer ein und nehmen eine höhere Selbstwirksamkeit bei sich wahr (vgl. Tab. 4).

Das Setting B weist signifikante Unterschiede bei der Prüfungsangst, den Klausuranforderungen und der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit auf. Die Kursanforderungen werden von den Studierenden der Ausgangs- und der Folgeerhebung nicht als unterschiedlich wahrgenommen. Die Studierenden der Folgeerhebung schätzen die Prüfungsangst und die Klausuranforderungen signifikant geringer ein, während die persönliche Selbstwirksamkeit signifikant besser eingeschätzt wird.

Das Setting C zeichnet sich zwar dadurch aus, dass die Prüfungsangst in der Folgeerhebung höher eingeschätzt wird, doch der Niveauunterschied ist nicht signifikant. Stattdessen nehmen die Studierenden der Folgeerhebung den Kursaufwand und die Klausuranforderungen als signifikant

höher wahr. Die persönliche Selbstwirksamkeit wird dagegen signifikant geringer eingeschätzt.

Im Setting D ist festzustellen, dass keine signifikanten Niveauunterschiede bei der Prüfungsangst zu beobachten sind. Auch die Einschätzung der Selbstwirksamkeit unterscheidet sich zwischen den Studierenden der Ausgangs- und der Folgeerhebung nicht. Signifikante Unterschiede lassen sich bei dem Kursaufwand und den Klausuranforderungen beobachten. Studierende der Ausgangserhebung schätzen den Kursaufwand und die Klausuranforderungen signifikant geringer ein als die Studierenden der Folgeerhebung.

Tab. 4: Bivariate Statistiken

Setting	Erhebungen	Prüfungs- angst (1 = gering bis 5 = hoch)	Kursaufwand (1 = gering bis 5 = hoch)	Klausuran- forderungen (1 = gering bis 5 = hoch)	Selbst- wirksamkeit (1 = gering bis 5 = hoch)
		Interpretation: Je höher der Wert, desto höher ist/sind die Prüfungsangst, die Belastungserfahrung, der Kursaufwand, die Klausuranforderungen und die Selbstwirksamkeit.			
Setting A	Ausgangs- erhebung	3,4	3,5	3,9	2,9
	Folgeerhebung	2,9	3,0	3,7	3,1
	Signifikanz:	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,01	p < 0,01
Setting B	Ausgangs- erhebung	3,5	2,7	3,8	2,9
	Folgeerhebung	2,5	2,7	3,4	3,2
	Signifikanz:	p < 0,001	n.s.	p < 0,001	p < 0,01
Setting C	Ausgangs- erhebung	3,0	3,4	3,7	3,1
	Folgeerhebung	3,1	3,8	4,1	2,7
	Signifikanz:	n.s.	p < 0,05	p < 0,01	p < 0,01
Setting D	Ausgangs- erhebung	3,0	3,3	3,8	3,2
	Folgeerhebung	3,0	3,7	4,1	3,1
	Signifikanz:	n.s.	p < 0,05	p < 0,05	n.s.
Hinweis zur Tabelle: Signifikanztest beruht auf der Durchführung einer Varianzanalyse zur Prüfung auf signifikante Mittelwertunterschiede. n.s. = nicht signifikant (p > 0,05)					

3.2 Multivariate Ergebnisse

Die multivariate Regressionsanalyse zeigt unter Kontrolle von *Alter*, *Geschlecht*, *Schulabschluss*, *Betreuungsaufwand*, dem *Arbeiten neben dem Studium*, dem *KomPass-Besitz* (Nachteilsausgleich) und den *coronabedingten lernbezogenen Belastungserfahrungen*, dass es weiterhin signifikante Mittelwertunterschiede bei der Prüfungsangst im Setting A und Setting B gibt. So gibt es trotz Berücksichtigung unterschiedlicher Bedingungen zwischen der Ausgangs- und Folgerhebung, wie des signifikanten Rückgangs der *coronabedingten lernbezogenen Belastungserfahrungen*, weiterhin statistisch bedeutsame Unterschiede für Prüfungsangst zwischen der Ausgangs- und Folgerhebung.

Tab. 5: *Ergebnisse der multivariaten Regression mit der Prüfungsangst als abhängige Variable*

	Setting A	Setting B	Setting C	Setting D
Regressionskoeffizient - Intervention (Folgerhebung)	-0,38 **	-0,93 ***	0,22 n.s.	-0,18 n.s.
Ergebnisse kontrolliert für Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Betreuungsaufwand, KomPass-Inhaber*in, Arbeiten neben dem Studium, coronabedingte lernbezogene Belastungserfahrungen. n.s. = nicht signifikant ($p > 0,05$); * = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$				

Die Intervention im Setting A führt in der Folgerhebung zu einer Prüfungsangst, die bei einer Skala von 1 bis 5 im Durchschnitt um -0,38 Punkte niedriger liegt als in der Ausgangserhebung. Im Setting B liegt dieser Effekt bei -0,98 Punkte.

3.3 Mediationsanalyse

Zur Untersuchung, wie der Interventionseffekt – also die signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen Ausgangs- und Folgerhebung – aufgeklärt werden kann, wurde eine Mediationsanalyse für Setting A und B durchgeführt, da hier signifikante Mittelwertsunterschiede (auch unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen) bei der Prüfungsangst festgestellt wurden.

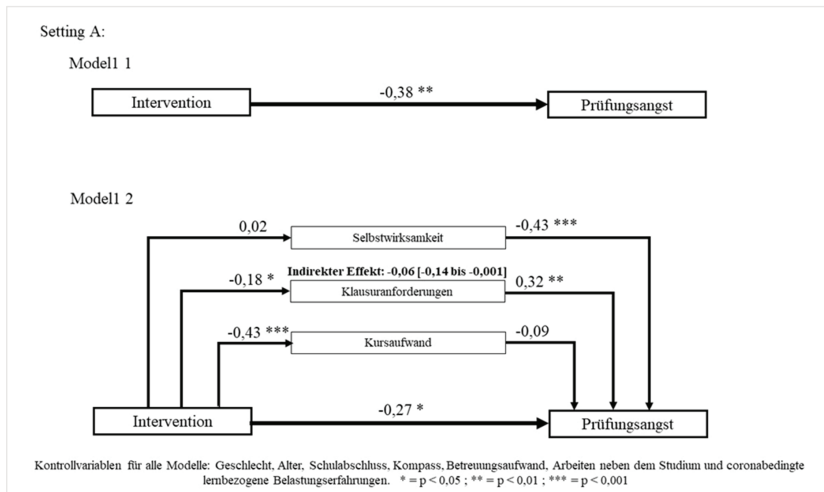


Abb. 3: Mediationsanalyse für Setting A (Quelle: eigene Darstellung)

Die Mediationsanalyse für Setting A (Abb. 3) zeigt an, dass die Intervention im Zusammenhang mit einer signifikant geringer eingeschätzten Prüfungsangst (-0,38 Punkte) steht (vgl. Modell 1 in Abb. 3). In Modell 2 für das Setting A lässt sich feststellen, dass die Intervention signifikant in Zusammenhang mit einem geringer eingeschätzten Kursaufwand und einer geringeren Klausuranforderung steht. Darüber hinaus zeigt das Modell 2, dass die Intervention weiterhin auch unter Kontrolle von Selbstwirksamkeit, Klausuranforderungen und Klausuraufwand in signifikant negativem Zusammenhang mit der Prüfungsangst (-0,27) steht. Die signifikanten Mittelwertunterschiede bei der Prüfungsangst zwischen der Ausgangs- und Folgerhebung lassen sich demnach nur zu einem kleinen Anteil (partielle Mediation) durch die Berücksichtigung von Selbstwirksamkeit, Klausuranforderung und Klausuraufwand aufklären.

Die Selbstwirksamkeit und die Klausuranforderungen stehen im direkten Verhältnis im signifikanten Zusammenhang mit der Prüfungsangst. Steigt die Klausuranforderung um eine Einheit, so nimmt die Prüfungsangst um 0,32 Punkte zu. Steigt die Selbstwirksamkeit um eine Einheit, so nimmt die Prüfungsangst um -0,43 Punkte ab.

Ebenso lässt sich ein signifikant indirekter Effekt beobachten. Die Intervention wirkt sich indirekt über die geringeren Klausuranforderungen auf die Prüfungsangst aus. Der indirekte signifikante Effekt liegt bei -0,06 und

ergibt sich durch die Intervention, die dazu führt, dass die Klausuranforderungen um -0,18 Punkte geringer wahrgenommen werden. Das führt dazu, dass die Prüfungsangst um -0,06 ($= -0,18 \cdot 0,32$) geringer eingeschätzt wird.

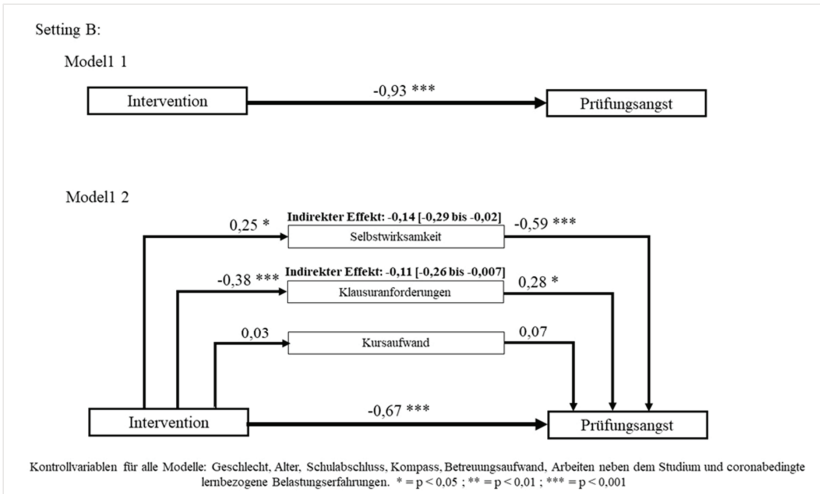


Abb. 4: Mediationsanalyse für Setting B (Quelle: eigene Darstellung)

Die Mediationsanalyse für das Setting B (vgl. Abb. 4) zeigt, dass die Intervention im Zusammenhang mit einer signifikant geringer eingeschätzten Prüfungsangst (-0,93 Punkte) steht (vgl. Modell 1 in Abb. 4). Das heißt, dass die Prüfungsangst der Studierenden im Setting B mit der Intervention um -0,93 Punkte niedriger liegt als im Setting B ohne Intervention. In Modell 2 für das Setting B lässt sich feststellen, dass die Intervention signifikant in Zusammenhang mit *Selbstwirksamkeit* und *Klausuranforderung* steht. Darüber hinaus zeigt das Modell 2, dass die Intervention weiterhin auch unter Kontrolle von Selbstwirksamkeit, Klausuranforderungen und Klausuraufwand in signifikant negativem Zusammenhang mit der Prüfungsangst (-0,67) steht. Die signifikanten Mittelwertunterschiede bei der Prüfungsangst zwischen der Ausgangs- und Folgerhebung lassen sich folglich nur zu einem kleinen Anteil (partielle Mediation) durch die Berücksichtigung von Selbstwirksamkeit, Klausuranforderung und Klausuraufwand aufklären.

Die Selbstwirksamkeit und die Klausuranforderungen stehen im direkten Verhältnis sowie im signifikanten Zusammenhang mit der Prüfungs-

angst. Steigt die Klausuranforderung um eine Einheit, so nimmt die Prüfungsangst um 0,28 Punkte zu. Steigt die Selbstwirksamkeit um eine Einheit, so nimmt die Prüfungsangst um -0,59 Punkte ab.

Darüber hinaus lassen sich zwei signifikante indirekte Effekte beobachten. Die Intervention wirkt sich indirekt über die geringeren Klausuranforderungen auf die Prüfungsangst aus. Der indirekte signifikante Effekt der Klausuranforderungen liegt bei -0,11. Die Intervention steht im Zusammenhang mit den Klausuranforderungen, die um -0,38 Punkte geringer wahrgenommen werden. Das führt dazu, dass die Prüfungsangst um -0,11 ($= -0,38 \cdot 0,28$) geringer eingeschätzt wird. Der indirekte signifikante Effekt der Selbstwirksamkeit liegt bei -0,14. Die Selbstwirksamkeit wird mit der Intervention um 0,25 Punkte stärker wahrgenommen. Dies führt dazu, dass die Prüfungsangst um -0,14 ($= 0,25 \cdot -0,59$) geringer eingeschätzt wird.

4. Diskussion der Ergebnisse

Die empirischen Ergebnisse der vorliegenden experimentellen Studie machen darauf aufmerksam, dass das digitale Lehr-/Lern- und Prüfungsetting einen entscheidenden Beitrag zur Minderung der Prüfungsangst leisten kann.

Setting A zeichnete sich dadurch aus, dass die Prüfungsangst der Studierenden in der Prüfungssituation in der Ausgangserhebung im Mittel bei 3,4 lag. Die Intervention beruhte auf der Reduzierung des Aufwands und auf der Verbesserung des *Constructive Alignments* durch einen hohen Anteil an verpflichtend zu erledigenden Übungsaufgaben, die in der Online-Klausur auch zu Prüfungszwecken genutzt wurden. Die Prüfungsangst lag in der Folgeerhebung im Durchschnitt bei 2,9. Die signifikanten Mittelwertunterschiede lassen sich z. T. empirisch durch die geminderten Klausuranforderungen (partielle Mediation) unter Kontrolle der unterschiedlichen Studierendenzusammensetzung und der coronabedingten lernbezogenen Belastungserfahrungen erklären.

Im Setting B lag die Prüfungsangst in der Ausgangserhebung bei 3,5. Die Intervention erfolgte in der Weise, dass ein Teil der Übungsaufgaben in die Online-Klausur aufgenommen wurde und dass die Studierenden davon Kenntnis hatten und nicht mehr verpflichtet waren, die Lernaktivitäten (Übungen) zu erledigen. Die Prüfungsangst lag mit den Änderungen der Lehr-/Lern- und Prüfungsbedingungen bei 2,5. Die signifikanten Mittelwertunterschiede lassen sich empirisch z. T. durch die geminderten Klau-

suranforderungen und durch die Selbstwirksamkeit unter Berücksichtigung der veränderten Stichprobenzusammensetzung erklären.

Anders als angenommen haben die Interventionen im Setting C zu keinem signifikant höheren Mittelwert für Prüfungsangst geführt. Somit hatte weder das Weglassen von zu leichten und zu schweren Prüfungsfragen noch das Vermeiden einer Doppelung von Übungs- und Prüfungsfragen einen signifikanten Einfluss auf die Prüfungsangst, bzw. hat diese verstärkt oder abgeschwächt. Es ist daher anzunehmen, dass die Änderungen nur eine geringe Auswirkung auf die Prüfungsangst gehabt haben. Dies könnte u. a. daran liegen, dass nur etwa 10% der Fragen überhaupt für Übungs- und Klausurzwecke genutzt wurden.

Im Setting D wurden keine wesentlichen Änderungen im Lehr-/Lern- und Prüfungssetting vorgenommen. Daher ist es nachvollziehbar, dass auch keine signifikanten Änderungen bei der Prüfungsangst beobachtet wurden.

Die Ergebnisse untermauern den bisherigen Forschungsstand, dass geringere Anforderungen und selbstbestimmtes Lernen über die Entwicklung von Selbstwirksamkeit die Prüfungsangst bei Online-Klausuren mindern können. Geringere Anforderungen lassen sich herstellen durch eine bessere Verknüpfung von Lernzielen, Lernaktivitäten und Prüfung (*Constructive Alignment*) und durch die Verbesserung der Bedingungen für ein selbstbestimmtes Lernen – indem bspw. die Studierenden den Zeitpunkt, den Ort, die Inhalte und die Übungen frei wählen können.

5. Handlungsempfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen der vier Prüfungssettings A, B, C und D lassen sich Handlungsempfehlungen für die Lehrenden und für die Hochschulorganisation ableiten, um Prüfungsangst bei Studierenden mindern bzw. verhindern zu können.

Es sollte, im Sinne eines konsistenten *Constructive Alignments*, eine bessere Abstimmung zwischen Lernaktivitäten und Prüfungsfragen geben, indem bspw. in der Lehrveranstaltung Übungsaufgaben angeboten werden, die dann auch Gegenstand der Prüfung sind. Denn wie Setting A und B im Vergleich zu Setting C zeigen, haben Studierende weniger Prüfungsangst, wenn ihnen der Modus der Prüfung bereits bekannt ist und sie in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Das heißt, sie vorab in der Lehrveranstaltung auf konkrete Prüfungsfragen vorzubereiten, die ihnen dann in der

Prüfung erneut begegnen, damit sie selbstwirksam und selbstbestimmt den Erfolg in ihrer Prüfung bestimmen können.

Die stärkere Digitalisierung der Lehre erlaubt, systematischer Daten zu erheben und in Beziehung zu setzen. Dafür sind jedoch Kooperationen zwischen Hochschuldidaktik, Lehrevaluationszentren, Lehrenden, Studierenden und Gesundheitsmanagement nötig. Der GKV-Leitfaden Prävention³⁶ fordert mit Blick auf die gesundheitsfördernde Hochschule u. a. einen settingbezogenen Ansatz, die Etablierung eines Steuerungskreises und eine transparente Kommunikations- und Informationspolitik. Der Steuerungskreis müsste aus unserer Sicht zusätzlich mit Vertreter*innen der Evaluationszentren und der Hochschuldidaktik ergänzt sein, damit ein besserer Einblick in die Lehr-/Lern- und Prüfungssettings der gesundheitsfördernden Hochschule genommen werden kann, um für alle Beteiligten gesunde Lehr-/Lern- und Prüfungsverhältnisse zu schaffen.

Um gesundheitsfördernde Lern- und Prüfungsverhältnisse der Studierenden erfassen und gewährleisten zu können, wäre es sinnvoll, bestehende Lernmanagementsysteme (LMS) um gesundheitsbezogene Faktoren, wie bspw. Prüfungsangst, zu erweitern. So könnten gesundheits-, lern- und leistungsbezogene Daten verknüpft und ausgewertet werden. Diese Daten standardmäßig Lehrenden und Studierenden transparent zur Verfügung zu stellen, wäre ein richtiger Schritt in eine offene und gesunde Hochschule.

Den Lehrenden müssten didaktische Weiterbildungen durch die Hochschuldidaktik angeboten werden, damit sie in digitalisierten Lern-/Lehr- und Prüfungssettings befähigt werden, die Daten zu ihrer Lehre zu erheben und zu analysieren, sodass sie in der Lage sind, auf Basis dieser Daten das Zusammenwirken von Lernzielen, Lernaktivitäten und Prüfungen besonders vor dem Hintergrund gesundheitsfördernder Lern- und Prüfungsverhältnisse nachzuvollziehen und anzupassen. Dafür wäre eine Zusammenarbeit mit den Evaluationszentren und der Hochschuldidaktik notwendig, um angemessene Interventionen zu finden, sodass das Wohlbefinden der Studierenden und deren Lernentwicklung gefördert werden.

6. Fazit, Grenzen der Untersuchung und Ausblick

Wie die Ergebnisse aus Setting A und B zeigen, können Interventionen – im Sinne freiwilliger oder verpflichtender Prüfungsübungen – die Prü-

36 GKV-Spitzenverband 2021.

fungsangst bei Online-Klausuren mindern, da Lernaktivitäten besser auf die Prüfungsinhalte abgestimmt sind. Auch können solche Interventionen einen positiven Effekt auf die Selbstwirksamkeit bei den Studierenden haben, da durch ein selbstregulierendes Lernen die Eigenmotivation angeregt wird und somit der Prüfungsangst entgegengewirkt werden kann.

Die empirischen Studien beruhen auf experimentellen Trendstudien, bei denen sich die Befragungsgruppen ändern. Randomisierte Kontrollstudien wären besser geeignet, um kausale Fragestellungen zu beantworten, da die hier untersuchten korrelativen Zusammenhänge nur eingeschränkt dafür geeignet sind.

Zukünftig sollten im wissenschaftlichen Diskurs bei gesundheitsbezogenen Fragenstellungen im Hochschulkontext stärker die verhältnisorientierten Interventionsmöglichkeiten mit den vorherrschenden (digitalen) Lern-/Lehr- und Prüfungsbedingungen Berücksichtigung finden und besonders vom Gesundheitsmanagement der Hochschulen und der Hochschuldidaktik kritischer reflektiert werden. Denn verhältnisorientierte Ansätze versprechen im Vergleich zu verhaltensorientierten eine höhere Reichweite und eine größere Wirksamkeit, wie die vorliegende Studie zeigt.

Literatur

- Akinsola, EF/Nwajei, AD (2013): Test Anxiety, Depression and Academic Performance: Assessment and Management Using Relaxation and Cognitive Restructuring Techniques. *PSYCH*, 4: 6, 18–24. DOI: 10.4236/psych.2013.46A1003.
- Bensberg, G/Messer, J (2014): *Survival Guide Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Biggs, J (1996): Enhancing Teaching Through Constructive Alignment. *High Educ*, 32: 3, 347–364. DOI: 10.1007/BF00138871.
- Biggs, J (2003): Aligning Teaching for constructing Learning. *Higher Education Academy*, 1–4.
- Biggs, J/Tang, C (2010): Applying Constructive Alignment to Outcomes-based Teaching and Learning. URL: https://www.uic.edu.cn/upload/channel/Registered/uic_itsc/What-is-ConstructiveAlignment_2.pdf; 5.9.2022.
- Büching, C/Mah, D-K/Otto, S/Paulicke, P/Hartman, EA (2019): Learning Analytics an Hochschulen. In: Wittpahl, V (Hg.): *Künstliche Intelligenz. Technologie, Anwendung, Gesellschaft*. Berlin, Heidelberg: Springer, 142–160.
- Chapell, MS/Blanding, ZB/Silverstein, ME/Takahashi, M/Newman, B/Gubi, A/McCann, N (2005): Test Anxiety and Academic Performance in Undergraduate and Graduate Students. *Journal of Educational Psychology*, 97: 2, 268–274. DOI: 10.1037/0022-0663.97.2.268.

- DordiNejad, FG/Hakimi, H/Ashouri, M/Dehghani, M/Zeinali, Z/Daghighi, MS/Bahrami, N (2011): On the Relationship between Test Anxiety and Academic Performance. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 15, 3774–3778. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.04.372.
- Ergene, T (2003): Effective Interventions on Test Anxiety Reduction. *School Psychology International*, 24: 3, 313–328. DOI: 10.1177/01430343030243004.
- García-Morales, VJ/Garrido-Moreno, A/Martín-Rojas, R (2021): The Transformation of higher Education after the COVID Disruption: Emerging Challenges in an online Learning Scenario. *Frontiers in Psychology*, 12, 616059.
- GKV-Spitzenverband (2021): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000, Fassung vom 27. September 2021. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Gusy, B (2010): Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. *Präv Gesundheitsf*, 5: 3, 250–256. DOI: 10.1007/s11553-010-0237-2.
- Hajji, R/Hawlitschek, A/Förster, C/Albrecht, P-G/Lequy, A (2022): In Präsenz oder online? Das ist überhaupt nicht die Frage. Eine beschreibende quantitative Trendstudie zur Gestaltung der Hochschullehre und deren Folgen für Lehrende und Studierende in Zeiten von Corona. In: Angenent, H/Petri, J/Zimenkova, T (Hg.): *Hochschulen in der Pandemie. Impulse für eine nachhaltige Entwicklung von Studium und Lehre*. Bielefeld: transcript, 342–361.
- Hartmann, T (2021): Prävention und Gesundheitsförderung in Hochschulen. In: Tiemann, M/Mohokum, M (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer, 635–651.
- Hartmann, T/Baumgarten, K/Hildebrand, C/Sonntag, U (2016): Gesundheitsfördernde Hochschulen. *Präv Gesundheitsf*, 11: 4, 243–250. DOI: 10.1007/s11553-016-0564-z.
- Hodges, C B/Moore, S/Lockee, BB/Trust, T/Bond, MA (2020): The Difference between Emergency Remote Teaching and Online Learning. *EDUCAUSE Review*. URL: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>; 5.9.2022.
- Ifenthaler, D/Schumacher, C (2016): Learning Analytics im Hochschulkontext, *WIST*, 45: 4, 176–181. DOI: 10.15358/0340-1650-2016-4-176.
- Kelava, A/Moosbrugger, H (2012): Deskriptivstatistische Evaluation von Items (Itemanalyse) und Testwertverteilungen. In: Moosbrugger, H/Kelava, A (Hg.): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin, Heidelberg: Springer, 75–102.
- Leadbeater, B/Thompson, K/Gruppuso, V (2012): Co-occurring Trajectories of Symptoms of Anxiety, Depression, and oppositional Defiance from Adolescence to young Adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: the official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 41: 6, 719–730. DOI: 10.1080/15374416.2012.694608.
- Metzig, W/Schuster, M (2018): *Prüfungsangst und Lampenfieber. Bewertungssituationen vorbereiten und meistern*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Onyeizugbo, EU (2017): Self-Efficacy, Gender and Trait Anxiety as Moderators of Test Anxiety. *EJREP*, 8: 20. DOI: 10.25115/ejrep.v8i20.1377.

- Pekrun, R/Götz, T* (2006): Emotionsregulation: Vom Umgang mit Prüfungsangst. In: Mandl, H/Friedrich, HF (Hg.): Handbuch Lernstrategien. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe, 248–258.
- Rana, RA/Mahmood, N* (2010): The Relationship between Test Anxiety and Academic Achievement. *Bulletin of Education and Research*, 32: 2, 63–72.
- Stöber, J* (2004): Dimensions of Test Anxiety: Relations to Ways of Coping with Pre-exam Anxiety and Uncertainty. *Anxiety, Stress, and Coping*, 17: 3, 213–226. DOI: 10.1080/10615800412331292615.
- Szafranski, DD/Barrera, TL/Norton, PL* (2012): Test Anxiety Inventory: 30 years later. *Anxiety, Stress, and Coping*, 25: 6, 667–677. DOI: 10.1080/10615806.2012.663490.

Gesundheitliche Chancengleichheit in der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel des Settings Schule

Berit Brandes, Heide Busse, Stefanie M. Helmer und Saskia Muellmann

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	153
Abstract	154
0. Einleitung	154
1. Wechselwirkungen gesundheitlicher, sozialer und digitaler Ungleichheiten in Bezug zum Settingansatz	155
1.1 Sozioökonomischer Status und Gesundheit	155
1.2 Unterschiedliche Auswirkungen von (digitalen) Gesundheitsinterventionen	156
1.3 Settingbasierte Ansätze zur (digitalen) Gesundheitsförderung und Prävention	158
2. Digitale Technologien in der Gesundheitsförderung und Prävention	159
3. Beleuchtung von Ungleichheiten in der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel des Settings Schule	160
3.1 Bedeutung des Settings Schule für Gesundheitsförderung und Prävention und die digitalen Gesundheitskompetenz bei Schüler*innen und Lehrpersonal	160
3.2 Stand der Digitalisierung im Setting Schule	161
3.3 Digitale Technologien im Setting Schule und deren Verbreitung	162
3.4 Handlungsfelder digitaler Technologien zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention	164
3.5 Wirksamkeit digitaler Technologien zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von Ungleichheitsaspekten	165
4. Schlussfolgerungen	167
Literatur	168

Zusammenfassung

Digitale settingbasierte Interventionen sind ein Zukunftsthema für Gesundheitsförderung und Prävention und bergen Chancen sowie Herausforderungen im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheiten. In Hinblick auf eine mögliche Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten ist neben einer flächendeckenden technischen Ausstattung auch die Befähigung von Kin-

dern, Jugendlichen, Lehrkräften und Eltern hinsichtlich notwendiger Kompetenzen im Umgang mit digitalen Technologien zentral. Ferner sollten digitale schulbasierte Interventionen über individuelle, verhaltensbasierte Maßnahmen hinausgehen.

Abstract

Digital settings-based interventions are a promising field for health prevention and promotion and present opportunities and challenges regarding health inequalities. With regard to a possible reduction of health inequalities in schools, in addition to ensuring the availability of technical equipment in settings, the provision of children and young people as well as teachers and parents with the necessary competences in using digital technologies is central. Furthermore, digital school-based interventions should go beyond individual, behaviour-based measures.

0. Einleitung

Der sozioökonomische Status (SES) wirkt sich auf vielfältige Weise und über individuelle, soziale und strukturelle Bereiche hinweg auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus.¹ Auch in Deutschland sind sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten belegt.²

Settingbasierte Ansätze zielen auf Veränderungen an alltäglichen Orten ab und gelten im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit und die Verringerung bereits bestehender Ungleichheiten als vielversprechend.³ Ein zukunftssträchtiges Feld ist die digitale settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Diese ermöglicht im Vergleich zu analogen Ansätzen eine größere Reichweite und einen breiteren Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen, wodurch ggf. bisher schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen angesprochen werden können. Dennoch bleibt fraglich, ob digitale Interventionen nicht insbesondere diejenigen ansprechen und begünstigen, die bereits am meisten von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention profitieren (*digital divide*). Die zunehmende Digitalisierung in der Gesundheitsförderung und Prävention in Settings wirft sowohl Fragen zu

1 Marmot et al. 2010.

2 Marmot 2005.

3 Bambra et al. 2010.

Chancen als auch Herausforderungen bzgl. gesundheitlicher Ungleichheit auf.

In diesem Beitrag wird das Potenzial digitaler Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention unter dem Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit mit Fokus auf das Setting Schule betrachtet. Die folgenden Fragestellungen werden adressiert:

- Was ist bisher über Ungleichheiten in Verbindung mit digitalen Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bekannt?
- Welche digitalen Technologien werden derzeit im schulischen Umfeld eingesetzt?
- Was ist über die Wirksamkeit von digitalen Technologien zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Schüler*innen bekannt?

1. Wechselwirkungen gesundheitlicher, sozialer und digitaler Ungleichheiten in Bezug zum Settingansatz

1.1 Sozioökonomischer Status und Gesundheit

Der SES und die Gesundheit sind über den gesamten Lebensverlauf eng miteinander verbunden.⁴ Im Vergleich zu Menschen mit einem höheren SES weisen Menschen mit einem niedrigeren SES im Allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand, ein höheres Krankheitsrisiko und eine vorzeitige Sterblichkeit auf.⁵ Der soziale Gradient wurde für eine Reihe von Gesundheitsverhaltensweisen und -endpunkten über die gesamte Lebensspanne hinweg nachgewiesen, wobei sich soziale Determinanten im Laufe des Lebens akkumulieren.⁶ Bereits im Kindes- und Jugendalter sind deutliche Unterschiede erkennbar.⁷

Ungleichheiten innerhalb Deutschlands bestehen bspw. in Bezug zur Lebenserwartung. Diese variiert bei Männern in verschiedenen Regionen in Deutschland um bis zu fünf Jahre und bei Frauen um bis zu vier Jah-

4 Marmot 2005; Dragano/Siegrist 2009.

5 Marmot et al. 2010.

6 Lampert et al. 2019; Marmot et al. 2012.

7 Elgar et al. 2015; Kaman et al. 2020.

re.⁸ Während absolute Zahlen eine Verbesserung vieler Gesundheitsindikatoren aufzeigen, nehmen relative Ungleichheiten weltweit zu, was bedeutet, dass sich die Gesundheit der am wenigsten benachteiligten Gruppen schneller verbessert hat als die der am meisten benachteiligten.⁹

Der Begriff *Gesundheitliche Ungleichheit* (*health inequity*) wird verwendet, um insb. vermeidbare gesundheitliche Ungleichheiten zu beschreiben. Diese Ungleichheiten führen zu Unterschieden innerhalb einer Bevölkerung bzgl. der Gesundheitsparameter, dem Auftreten von Krankheiten sowie dem Zugang zu und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Ungleichheiten finden sich dabei im gesamten sozialen Spektrum. Die Benachteiligungen können bspw. mit dem Wohnort, dem ethnischen/kulturellen Hintergrund, dem Beruf, der Bildung oder dem Geschlecht zusammenhängen.¹⁰ Der Begriff *Gesunde Chancengleichheit* spiegelt das Bestreben wider, bestehende gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und allen Menschen die gleichen Möglichkeiten zu bieten, Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen. Mit diesem Ziel wurden in Deutschland viele Initiativen gegründet, z. B. der bundesweite *Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit*.

1.2 Unterschiedliche Auswirkungen von (digitalen) Gesundheitsinterventionen

Gesundheitliche Ungleichheiten werden durch politische und wirtschaftliche Kräfte angetrieben, die die ungleiche Verteilung von Macht, Status und materiellem Wohlstand in der Gesellschaft bestimmen. Um diesen Ursachen entgegenzuwirken, ist es wichtig, Lebensumstände und bestehende Strukturen zu verändern.¹¹

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention können Interventionen und Aktivitäten – als ein Teil einer umfassenderen Lösung – zur Verringerung dieser Ungleichheiten im Gesundheitsbereich angesehen werden. Jedoch ist es wichtig zu erkennen, dass Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen unbeabsichtigt dazu beitragen können, ge-

8 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015; Rau/Schmertmann 2020.

9 Lampert et al. 2018.

10 O'Neill et al. 2014.

11 CSDH 2008.

sundheitliche Ungleichheiten zu verstärken.¹² Dies wurde in Übersichtsarbeiten dargelegt, etwa im Bereich der Förderung einer ausgewogenen Ernährung,¹³ der Adipositasprävention,¹⁴ der Teilnahme an Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen,¹⁵ bei Elternprogrammen¹⁶ oder bei Multimedia-Kampagnen zur Unterstützung der Raucherentwöhnung.¹⁷ Einige Übersichtsarbeiten weisen auf nicht schlüssige und z. T. gemischte Belege von Interventionen bzgl. Ungleichheitseffekten hin, z. B. im Bereich der körperlichen Aktivität.¹⁸ Generell haben insb. *Downstream* Interventionen, die sich auf individuelle Verhaltensänderungen konzentrieren, ein besonderes Risiko der Verstärkung von gesundheitlichen Ungleichheiten, da sie im Vergleich zu *Upstream* Interventionen, wie etwa politischen Initiativen, häufig auf die Eigenverantwortung des Einzelnen bei der Änderung von Verhaltensweisen abzielen.¹⁹

Mit der zunehmenden Verfügbarkeit digitaler Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention besteht die Möglichkeit, dass diese das Gegenteil von dem bewirken, was intendiert ist: Statt den Zugang und die Verfügbarkeit zu verbessern und die Vorteile der Skalierbarkeit und Personalisierung zu nutzen, könnten sie zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten führen.²⁰

Mit Blick auf die die Nutzung digitaler Interventionen und Technologien haben Studien in den letzten Jahren Unterschiede in der deutschen Bevölkerung aufgezeigt.²¹ Eine bundesweite Umfrage zeigte, dass die Nutzung digitaler Gesundheitstechnologien mit einem höheren Haushaltseinkommen verbunden war.²² Ebenso wurde ein höheres Maß an digitaler Gesundheitskompetenz bei Personen mit höherem Bildungsstatus, höherem Haushaltseinkommen und jüngerem Alter beobachtet.²³

Viele Übersichtsarbeiten weisen jedoch auf die fehlende Bewertung von möglichen unterschiedlichen Wirkungen digitaler und nicht digitaler Inter-

12 Lorenc et al. 2013.

13 McGill et al. 2015.

14 Beauchamp et al. 2014.

15 Mosquera et al. 2020.

16 Leijten et al. 2013.

17 BMBF 2022; Niederdeppe et al. 2008.

18 Czwikla et al. 2021.

19 Lorenc et al. 2013.

20 Schüz/Urban 2020.

21 Cornejo Müller et al. 2020; Hombrecher 2022.

22 De Santis et al. 2021.

23 Ebd.

ventionen hin.²⁴ Darüber hinaus gibt es bereits Evidenz für fehlende Effekte von digitalen Interventionen in vulnerablen Bevölkerungsgruppen. So zeigte eine Übersichtsarbeit,²⁵ dass digitale Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in der Allgemeinbevölkerung bei Personen mit einem hohen SES wirksam waren, während diese bei Personen mit einem niedrigen SES keine Veränderung bewirkten.

1.3 Settingbasierte Ansätze zur (digitalen) Gesundheitsförderung und Prävention

Settingbasierte Interventionsansätze werden seit langem als nützliche Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention angesehen, weil sie sich im Gegensatz zu individual-basierten Interventionen auf strukturelle Veränderungen und das nähere Umfeld konzentrieren.²⁶ Das Konzept der *gesundheitsfördernden Schule (health-promoting school)* zielt bspw. auf die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten über das Setting Schule ab.²⁷

Trotz der Vorteile von settingbasierten Interventionen ist eine kritische Betrachtung im Hinblick auf eine mögliche Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten notwendig. Nicht alle settingbasierten Interventionen konzentrieren sich auf die Veränderung des Settings selbst.²⁸ Häufig wird das Setting dazu genutzt, individuelle Gesundheitsmaßnahmen einer möglichst großen Bandbreite an Personen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind nicht alle Bevölkerungsgruppen in den üblichen Settings wie Kindergärten, Schulen, Universitäten oder Arbeitsplatz anzutreffen. Bevölkerungsgruppen wie erwerbslose Menschen werden daher ggf. von vornherein ausgeschlossen. Settings weisen außerdem Unterschiede bzgl. der Bereitschaft, Affinität und Möglichkeit zur Umsetzung von Angeboten der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention auf, z. B. im Hinblick auf die technische Ausstattung.

24 Bambra et al. 2010; Love et al. 2017; Birch et al. 2022.

25 Western et al. 2021.

26 Macintyre et al. 2020; Newman et al. 2015.

27 Moor et al. 2022.

28 Newman et al. 2015.

2. Digitale Technologien in der Gesundheitsförderung und Prävention

Digitale Technologien gewinnen allgemein an Attraktivität in der Gesundheitsförderung und Prävention. Dies liegt nicht nur an dem bereits beschriebenen Potenzial der guten Erreichbarkeit vieler Personen, es ist auch in der gesteigerten Kosten-Wirksamkeit und der möglichen (teilweisen) Automatisierung und Personalisierung der Inhalte auf die Adressat*innen begründet.²⁹ Insb. für die Prävention von riskanten Risikoverhaltensweisen wie illegalen Drogen oder sensiblen Themen wie psychische Gesundheit eröffnen digitale Angebote die Möglichkeit, diese ohne direkten Kontakt zu adressieren.³⁰

Für Kinder und Jugendliche sind digitale Technologien sehr attraktiv und zunehmend in allen Lebensbereichen anzutreffen.³¹ Eine Studie hat z. B. zeigen können, dass das Interesse von Schüler*innen an *Virtual Reality*-basierten Alkoholpräventionsprogrammen größer ist als an herkömmlichen Programmen.³² Zudem lassen sich durch den Einsatz spielerischer Ansätze, wie *Gamification* und *Serious Games*, gesundheitliche Themen durch die Vertrautheit mit dem Medium Spiel gut vermitteln.³³ Für die Gesundheitsförderung und Prävention birgt dies ein großes Potenzial, da sowohl psychologische Grundbedürfnisse zur Steigerung der Motivation adressiert werden als auch ggf. schwer erreichbare und desinteressierte Zielgruppen besser angesprochen werden können.³⁴

Für den Einsatz in der Gesundheitsförderung und Prävention stehen vielfältige Typen von digitalen Technologien zur Verfügung. Zum größten Teil werden computer- oder webbasierte Programme (*E-Health*) im Setting genutzt, aber auch mobile Anwendungen (*M-Health*) wie Smartphone-Applikationen.³⁵ Inhaltlich werden vorwiegend die Themen körperliche Aktivität, Ernährung, Sicherheits- und sexuelles Risikoverhalten,³⁶ aber auch Tabak-, Alkohol-, und Marihuanakonsum und die Förderung der psychischen Gesundheit adressiert.³⁷

29 Jandoo 2020; Odone et al. 2019; Champion et al. 2019.

30 Marcu et al. 2022.

31 Sakellari et al. 2021.

32 Guldager et al. 2020.

33 Tolks et al. 2020.

34 Ebd.

35 Stark et al. 2022.

36 Hieftje et al. 2013.

37 Loeschner et al. 2018.

Anwendungen, die bereits im Bereich der medizinischen Versorgung etabliert sind, wie *Telemonitoring* oder *Virtual Reality*, finden verhältnismäßig selten Verwendung.³⁸ Als Beispiel zeigt eine Übersichtsarbeit, dass es bisher kaum *Virtual Reality* Angebote zur schulischen Alkoholprävention gibt.³⁹ Hingegen existieren Angebote zur Versorgung einer bestehenden Alkoholabhängigkeit oder zur Überprüfung der Fahrtüchtigkeit unter Alkoholeinfluss.⁴⁰ Auch Videospiele werden bislang vorwiegend zu therapeutischen Zwecken und weniger im Rahmen der gesundheitlichen Edukation eingesetzt.⁴¹

3. *Beleuchtung von Ungleichheiten in der digitalen Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel des Settings Schule*

3.1 Bedeutung des Settings Schule für Gesundheitsförderung und Prävention und die digitalen Gesundheitskompetenz bei Schüler*innen und Lehrpersonal

Weltweit gilt das Setting Schule, nicht zuletzt seit Verabschiedung der Ottawa-Charta, als zentrales Setting der Gesundheitsförderung, in dem Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrer sozialen Herkunft erreicht werden können.⁴² Dies ist von großer Bedeutung, da sozioökonomische Ungleichheiten bzgl. emotionaler und verhaltensbezogener Probleme,⁴³ Substanzkonsum⁴⁴ und Übergewicht⁴⁵ im Kindes- und Jugendalter belegt sind. Diese Ungleichheiten sind in den vergangenen Jahrzehnten gleich geblieben oder haben sich sogar vergrößert.⁴⁶

Die fortschreitende Digitalisierung macht es erforderlich, dass Kinder und Jugendliche, u. a. über das Setting Schule, umfassend auf den Umgang mit digitalen Technologien vorbereitet werden. Laut der *Jugend, Information und Medien (JIM)*-Studie besitzen 94% der 12- bis 19-Jährigen ein

38 Stark et al. 2022.

39 Prediger et al. 2021.

40 Durl et al. 2017.

41 Primack et al. 2012.

42 Dadaczynski et al. 2022a.

43 Duinhof et al. 2015.

44 Moor et al. 2020.

45 Schienkiewitz et al. 2018.

46 Elgar et al. 2015; Moor et al. 2015.

eigenes Smartphone und 76% einen eigenen Computer.⁴⁷ Von den 6- bis 13-Jährigen besitzt etwa die Hälfte ein Smartphone und ein Fünftel einen Computer.⁴⁸ Trotz der hohen Verbreitung von technischen Endgeräten unter Kindern und Jugendlichen verfügten im Jahr 2018 nur etwa ein Drittel der Schüler*innen über „rudimentäre und basale computer- und informationsbezogene Kompetenzen.“⁴⁹

Dabei nutzen Kinder und Jugendliche digitale Medien neben Streaming, Musikhören oder Spielen zum Auffinden gesundheitsbezogener Informationen.⁵⁰ In diesem Zuge spielt die digitale Gesundheitskompetenz eine bedeutende Rolle. Bei dem im Internet vorherrschenden Informationsüberangebot ist v. a. die Fähigkeit einer präzisen Informationssuche und angemessenen Bewertung der gefundenen Informationen wichtig.⁵¹ In einer Studie gaben 15 bis 38% der befragten Acht- und Neuntklässler an, Schwierigkeiten bei der Beschaffung von und im Umgang mit digitalen Informationen zu haben. Insb. Jugendliche mit einem niedrigen subjektiven SES wiesen eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf.⁵² Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Uwe Bittlingmeyer und Kolleg*innen;⁵³ nicht die mangelnde Verfügbarkeit von technischen Endgeräten bei Kindern und Jugendlichen führt zu Ungleichheiten, sondern die für die Nutzung notwendigen Kompetenzen. Darüber hinaus können sich Ungleichheiten durch ein Zuviel an Nutzung von digitalen Medien ergeben. So steigt mit einer höheren Bildschirmzeit durch häufiges Spielen auf Smartphone, Computer oder Spielekonsole das Ausmaß körperlicher Inaktivität. Eine erhöhte Bildschirmzeit ist dabei wiederum mit einem niedrigen sozialen Status assoziiert.⁵⁴

3.2 Stand der Digitalisierung im Setting Schule

In Deutschland brachten Bund und Länder im Jahr 2016 ein Investitionsprogramm für den Auf- und Ausbau der digitalen Infrastruktur bei

47 JIM 2021.

48 KIM 2020.

49 Bos et al. 2019.

50 Park/Kwon 2018.

51 Bittlingmeyer et al. 2020.

52 Dadaczynski et al. 2022b.

53 Bittlingmeyer et al. 2020.

54 Ebd.

gleichzeitiger Verpflichtung der Länder, ihrerseits die Digitalisierung des Bildungssystems voranzutreiben, auf den Weg.⁵⁵ Die Anstrengungen mündeten 2019 in den *DigitalPakt Schule*, der die Ausstattung von Schulen mit schnellem Internet und WLAN, die Nutzung von digitalen Lernplattformen und die Anschaffung von digitalen Tafeln und Endgeräten vorsieht.⁵⁶ Im Anschluss an den *DigitalPakt Schule* hat die COVID-19-Pandemie jedoch einen enormen Handlungsbedarf an deutschen Schulen im Bereich der Digitalisierung aufgedeckt. Im Zuge der Schulschließungen folgte daher im Juli 2020 eine Zusatzvereinbarung zur Sofortausstattung. Das Bundesland Bremen reagierte z. B. mit einer flächendeckenden Anschaffung von Tablets für Lehrkräfte und Schüler*innen, um die Teilnahme an Distanz- bzw. Hybridunterricht für alle Schüler*innen zu ermöglichen.

3.3 Digitale Technologien im Setting Schule und deren Verbreitung

Schulen sind den sogenannten analogen Settings zuzuordnen und weisen laut Anna Lea Stark und Kolleg*innen⁵⁷ die meisten digital gestützten Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention auf.⁵⁸ Die Nutzung digitaler Technologien für Gesundheitsförderung und Prävention über das Setting Schule ist vielfältig und sieht sowohl *E-Health*- als auch *M-Health*-Anwendungen vor.⁵⁹ Im Folgenden werden einige Anwendungsbeispiele benannt.

Soziale Medien und Netzwerke können als Basis für Interventionen zur Stärkung der psychischen Gesundheit genutzt werden, z. B. durch Aufforderungen zur Diskussion mit anderen User*innen und dem Teilen von eigenen Erfahrungen. Derartige Interventionen zeigten eine geringe Abbruchquote und von den Teilnehmenden wurden sowohl die *Peer-to-Peer*-Unterstützung als auch die professionelle Begleitung durch Moderatoren*innen als besonders hilfreich empfunden.⁶⁰

Ein Beispiel für die Anwendung einer Webseite und einer Smartphone-App zur Prävention von Übergewicht bei Jungen mit niedrigem SES ist das

55 BMBF 2022.

56 Ebd.

57 Stark et al. 2022.

58 Ebd.

59 Ebd.

60 Ridout/Campbell 2018.

Active Teen Leaders Avoiding Screen-time (ATLAS) Programm.⁶¹ Hier wurden analoge Interventionskomponenten, wie Fortbildungen für Lehrkräfte, Seminare für Schüler*innen, zusätzliche Bewegungseinheiten, Newsletter für Eltern und die Bereitstellung von Fitnessgeräten, um Schrittzähler zum Selbstmonitoring und eine webbasierte Smartphone-App ergänzt.⁶²

Auch Spielekonsolen finden in schulbasierten Interventionen Verwendung. In einer Studie zur Bewegungsförderung spielten die Kinder der Interventionsgruppe in den Pausen auf einer Spielekonsole, während die Kinder der Kontrollgruppe die Zeit auf dem Pausenhof verbrachten. Hierbei zeigte sich kurzfristig eine Steigerung der körperlichen Aktivität im Vergleich zum freien Spiel auf dem Pausenhof.⁶³

Ein *Serious Game* wurde mit dem Programm *DigesTower*, welches als kostenloses technisches Lehrmittel zur Prävention von Übergewicht im Schulalltag vorgesehen ist, entwickelt.⁶⁴

Virtual Reality wurde beispielhaft zur Alkoholprävention in Schulen eingesetzt.⁶⁵ Die virtuelle Umgebung einer simulierten Party erlaubte, Kompetenzen im Umgang mit Alkohol unter realen Umständen des häufig vorherrschenden Gruppendrucks zu trainieren.⁶⁶

Trotz vielfältiger Anwendungsmöglichkeiten digitaler Technologien verdeutlichen verschiedene Übersichtsarbeiten, dass eine Berücksichtigung des konkreten Settings bisher kaum stattfindet.⁶⁷ 85% der bisher eingesetzten Interventionen waren verhaltensorientierte Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, in denen das Setting lediglich dazu diente, eine bestimmte Zielgruppe zu erreichen. Digitale Interventionen, die strukturelle Veränderungen an Schulen oder in anderen analogen Settings anstreben, gibt es bislang selten. Am häufigsten erfolgte die Bereitstellung von Informationen, gefolgt von Methoden zur sozialen Unterstützung und zum Monitoring von Verhaltensweisen.⁶⁸

61 Smith et al. 2014.

62 Ebd.

63 Duncan/Staples 2010.

64 Dias et al. 2016.

65 Prediger et al. 2021; Stock et al. 2022.

66 Vallentin-Holbech et al. 2020.

67 Stark et al. 2022; Norman et al. 2007; Bailey et al. 2015.

68 Stark et al. 2022.

3.4 Handlungsfelder digitaler Technologien zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention

Digitale schulbasierte Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention decken eine Bandbreite an Handlungsfeldern ab. Dazu zählen die Förderung von körperlicher Aktivität, von ausgewogener Ernährung, Medienkompetenz, digitaler Gesundheitskompetenz, Zahngesundheit, sexueller und mentaler Gesundheit, die Prävention von Übergewicht/Adipositas sowie von Alkohol-/Substanzkonsum. Außerdem gibt es Programme, die mehrere Risikoverhaltensweisen gleichzeitig adressieren.⁶⁹

In dem Portal *Gesundheitliche Chancengleichheit* sind rund 700 nationale Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention gelistet, die sich dem Setting Schule zuordnen lassen. Darunter gibt es bislang nur wenige, in denen digitale Technologien zum Einsatz kommen, u. a. Medienkompetenztrainings oder Programme zur Prävention von Computerabhängigkeit. Beispielfhaft seien hier das Projekt *Nebolus - Spielerisch Gesundheitskompetenz fördern* genannt, welches aus einem Online-Planungstool und einer mobilen App besteht und sich verschiedener Spielemechaniken bedient, oder *REBOUND*⁷⁰, ein medien-basiertes Programm zur Steigerung der Resilienz und zur Reduktion von Substanzkonsum für Jugendliche.

International lässt sich eine größere Vielfalt an Programmen identifizieren, darunter das *E-couch Anxiety and Worry Program*⁷¹, *Lights4Violence* zur Förderung positiver Beziehungen bei Jugendlichen⁷² oder ein webbasiertes Bestellsystem für Schulkantinen, um eine gesündere Lebensmittelauswahl bei Schüler*innen zu erreichen.⁷³

Das Setting Schule ist aufgrund des Bildungsauftrags und der hohen Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen aus allen sozialen Schichten zentral, um die digitale Gesundheitskompetenz zu fördern.⁷⁴ Ein Anknüpfungspunkt bildet das durch den Medienkompetenzrahmen der Kultusministerkonferenz im Schulcurriculum geregelte Medienkompetenztraining.⁷⁵ Ergänzend zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz von Schüler*innen sollte der Fokus auf Lehrkräfte und weitere Fachkräfte im

69 Champion et al. 2019.

70 Kröninger-Jungaberle et al. 2014.

71 Caelear et al. 2016.

72 Vives-Cases et al. 2019.

73 Delaney et al. 2017.

74 Bittlingmayer et al. 2020; Dadaczynski et al. 2022b.

75 Schulenkorf et al. 2021.

Schulumfeld gelegt werden. Das Framework für digitale Kompetenzen von Lehrkräften beschreibt Kompetenzen in sechs Bereichen, die Lehrkräfte für ihre Profession benötigen, um das Potenzial digitaler Technologien für die Unterrichtsgestaltung einzusetzen.⁷⁶ Neben der Förderung der individuellen (digitalen) Gesundheitskompetenz von Schüler*innen und Lehrkräften sollte die organisationale Gesundheitskompetenz der Schule in den Fokus genommen werden.⁷⁷ In einer gesundheitskompetenten Schule sind Prozesse, Strukturen und Rahmenbedingungen so gestaltet, dass die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen, Schulleitungen, Lehrkräften, Eltern und Personen des erweiterten Schulumfelds gefördert wird. So wurde bspw. im Rahmen des *GeKoOrg*-Projekts (*Gesundheitskompetente Organisation Schule*) ein Konzept entwickelt, welches acht Standards zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz beinhaltet.⁷⁸

Trotz stark zunehmender Digitalisierung im Setting Schule gibt es in Deutschland nur wenige Programme zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz, darunter *Nebolus* und einige Projekte, die im Rahmen der Schulinitiative *Pausenlos gesund* angesiedelt sind.⁷⁹ Diese umfassen verschiedene Informations- und Arbeitsmaterialien für Lehrkräfte (z. B. zum Thema Arzneimittel richtig anwenden)⁸⁰ und die E-Learning-Plattform *Gesundweiser* für Kinder und Jugendliche.⁸¹

3.5 Wirksamkeit digitaler Technologien zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention unter Berücksichtigung von Ungleichheitsaspekten

Bzgl. der Maßnahmen, die unter Verwendung digitaler Technologien auf eine Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens bei Grundschulkindern abzielen, gibt es erste Hinweise auf eine mögliche Steigerung des Wissens zur psychischen Gesundheit bei Lehrkräften und Schüler*innen.⁸²

76 Redecker 2017.

77 Kirchhoff/Okan 2022.

78 Ebd.

79 Stiftung Gesundheitswissen 2022a.

80 Ebd.

81 Stiftung Gesundheitswissen 2022b.

82 Sakellari et al. 2021.

Eine Übersichtsarbeit, die Studien mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen zwölf und 25 Jahren einschloss, zeigte Effekte im Hinblick auf die Behandlung von depressiven Symptomen durch digitale Interventionen. Jedoch war es hier von Bedeutung, dass die Interventionen einen regelmäßigen Austausch mit Therapeut*innen vorsahen oder in einem kontrollierten Setting stattfanden.⁸³

Für Programme, die mehr als ein Handlungsfeld einschließen, konnte festgestellt werden, dass sich körperliche Aktivität, Bildschirmzeit sowie der Verzehr von Obst und Gemüse gemeinsam kurzfristig positiv beeinflussen ließen.⁸⁴ Die gleichzeitige Adressierung von Alkohol- und Zigarettenkonsum oder dem Konsum von Fetten, zuckerhaltigen Getränken und Snacks zeigten keine Effekte.⁸⁵ Frühere Forschungsarbeiten zeigten hingegen, dass schulbasierte *E-Health*-Maßnahmen zur Prävention des Alkohol- und Drogenkonsums bei Schülern*innen wirksam sind, wenn der Substanzkonsum der alleinige Fokus der Intervention ist.⁸⁶ Weiterhin gibt es erste Hinweise, dass *E-Health*-Maßnahmen in der Schule Mädchen und junge Teenager (<13 Jahre) weniger gut ansprechen.⁸⁷

Digitale Technologien zur Reduktion von Medienzeiten und sitzendem Verhalten sind kaum erforscht, ebenso mögliche nachteilige Effekte, die der Einsatz digitaler Technologien mit sich bringen könnte (z. B. Steigerung der Bildschirmzeit).⁸⁸

Weiterer Forschungsbedarf besteht zur Wirksamkeit von digitalen Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei Schülern*innen aus sozial schwachen Verhältnissen.⁸⁹ Bislang wurden im Kindesalter hauptsächlich nach Alter und Geschlecht stratifizierte Analysen durchgeführt, während es an Evaluationen mangelt, die sozioökonomisch differenzierte Aussagen zur Wirksamkeit von digitalen schulbasierten Interventionen zulassen.

83 Garrido et al. 2019.

84 Champion et al. 2019.

85 Ebd.

86 Champion et al. 2013.

87 Champion et al. 2019.

88 Ebd.

89 Bergin et al. 2020.

4. Schlussfolgerungen

Die Bedingungen und der Kontext, in dem Menschen leben, bestimmen unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Digitale settingbasierte Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention weisen zum einen ein großes Potenzial auf, bestehende gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Zum anderen besteht das Risiko, dass es zu einer Verstärkung bereits bestehender Ungleichheiten kommt.

Die aktuelle Evidenz zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Wirksamkeit von digitalen Technologien weist sowohl in internationaler als auch nationaler Forschung große Lücken auf.⁹⁰ Aufgrund der möglichen negativen Auswirkungen von digitalen Technologien auf bereits bestehende gesundheitliche Ungleichheiten ist es unabdingbar, die Wirksamkeit, die Akzeptanz und den Zugang zu digitalen Technologien in der settingbasierten Gesundheitsförderung und Prävention zu untersuchen. Um entsprechende Analysen zu möglichen Unterschieden zwischen verschiedenen Gruppen durchführen zu können, sollte bereits bei der Planung von Interventionsstudien gesundheitliche Ungleichheit mitgedacht werden (z. B. bei der Stichprobenberechnung). Die *PROGRESS-Plus*-Kriterien (Wohnort; Rasse/Ethnizität/Kultur/Sprache; Beruf; Gender/Geschlecht; Religion; Bildung; SES oder Sozialkapital) können helfen, verschiedene in Frage kommende Kriterien von Benachteiligung zu berücksichtigen.⁹¹ Neben der Untersuchung differenzieller Wirksamkeit und Akzeptanz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist es entscheidend, weitere Evidenz zu den Mechanismen, die Ungleichheiten fortführen oder aufrechterhalten, bereitzustellen und Möglichkeiten zur Verringerung von bestehenden Ungleichheiten zu untersuchen.

Digitale Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule bestehen bisher zumeist aus individuellen, verhaltensbasierten Maßnahmen, die das Setting Schule allein zum Zugang zu der Zielgruppe nutzen, nicht aber, um Verhältnisprävention voranzutreiben und z. B. strukturelle Veränderungen hervorzurufen.⁹² Dabei ist aus anderen Forschungsfeldern bekannt, dass strukturelle Ansätze bzw. die

90 Bambra et al. 2010; Love et al. 2017; Birch et al. 2022.

91 O'Neill et al. 2014; Teufer et al. 2019.

92 Newman et al. 2015.

Kombination von strukturellen und verhaltenspräventiven Ansätzen am erfolgreichsten zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen.⁹³

Literatur

- Bailey, J/Mann, S/Wayal, S/Hunter, R/Free, C/Abraham, C/Murray, E (2015): Sexual Health Promotion for Young People Delivered via Digital Media: a Scoping Review. *Public Health Res*, 3: 13. DOI: <https://doi.org/10.3310/phr03130>.
- Bambra, C/Gibson, M/Sowden, A/Wright, K/Whitehead, M/Petticrew, M (2010): Tackling the Wider Social Determinants of Health and Health Inequalities: Evidence from Systematic Reviews. *Journal of epidemiology and community health*, 64: 4, 284–291.
- Beauchamp, A/Backholer, K/Magliano, D/Peeters, A (2014): The Effect of Obesity Prevention Interventions According to Socioeconomic Position: a Systematic Review. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 15: 7, 541–554.
- Bergin, AD/Vallejos, EP/Davies, EB/Daley, D/Ford, T/Harold, G/Hetrick, S/Kidner, M/Long, Y/Merry, S/Morriss, R/Sayal, K/Sonuga-Barke, E/Robinson, J/Torous, J/Hollis, C (2020): Preventive Digital Mental Health Interventions for Children and Young People: a Review of the Design and Reporting of Research. *NPJ digital medicine*, 3, 133.
- Birch, JM/Jones, RA/Mueller, J/McDonald, MD/Richards, R/Kelly, MP/Griffin, SJ/Ahern, AL (2022): A Systematic Review of Inequalities in the Uptake of, Adherence to, and Effectiveness of Behavioral Weight Management Interventions in Adults. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 23: 6, e13438.
- Bittlingmayer, UH/Dadaczynski, K/Sahrai, D/van den Broucke, S/Okan, O (2020): Digitale Gesundheitskompetenz – Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63: 2, 176–184.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2022): Fortschrittsbericht DigitakPakt Schule 2019-2022. URL: https://www.digitalpaktschule.de/files/220616_DigitalPaktSchule_Fortschrittsbericht_barrierefrei.pdf; 1.9.2022.
- Bos, W/Schaumburg, H/Gerick, J/Schwippert, K/Vahrenhold, J/Goldhammer, F/Senkbeil, M/Eickelmann, B (2019): ICILS 2018 #Deutschland. Münster, New York: Waxmann Verlag.
- Calear, AL/Batterham, PJ/Poyser, CT/Mackinnon, AJ/Griffiths, KM/Christensen, H (2016): Cluster Randomised Controlled Trial of the E-couch Anxiety and Worry program in Schools. *Journal of affective disorders*, 196, 210–217.

93 Moor et al. 2022.

- Champion, KE/Newton, NC/Barrett, EL/Teesson, M (2013): A Systematic Review of School-based Alcohol and Other Drug Prevention Programs Facilitated by Computers or the Internet. *Drug and alcohol review*, 32: 2, 115–123.
- Champion, KE/Parmenter, B/McGowan, C/Spring, B/Wafford, QE/Gardner, LA/Thornton, L/McBride, N/Barrett, EL/Teesson, M/Newton, NC/Chapman, C/Slade, T/Sunderland, M/Bauer, J/Allsop, S/Hides, L/Stapinski, L/Birrell, L/Mewton, L (2019): Effectiveness of School-based eHealth Interventions to Prevent Multiple Lifestyle Risk Behaviours among Adolescents: a Systematic Review and Meta-analysis. *The Lancet Digital Health*, 1: 5, e206–e221.
- Cornejo Müller, A/Wachtler, B/Lampert, T (2020): Digital Divide – Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63: 2, 185–191.
- CSDH – Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1; 15.9.2022.
- Czwikla, G/Boen, F/Cook, DG/Jong, J de/Harris, T/Hilz, LK/Iliffe, S/Lechner, L/Morris, RW/Muellmann, S/Peels, DA/Pischke, CR/Schüz, B/Stevens, M/Telkmann, K/van Lenthe, FJ/Vanderlinden, J/Bolte, G (2021): Equity-specific Effects of Interventions to Promote Physical Activity among Middle-aged and Older Adults: Results from Applying a Novel Equity-specific Re-analysis Strategy. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18: 1, 65.
- Dadaczynski, K/Okan, O/Bock, F de/Koch-Gromus, U (2022a): Schulische Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Aktuelle Themen, Umsetzung und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65: 7-8, 737–740.
- Dadaczynski, K/Rathmann, K/Schricker, J/Bilz, L/Sudeck, G/Fischer, SM/Janiczek, O/Quilling, E (2022b): Digitale Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern. Ausprägung und Assoziationen mit dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65: 7, 784–794.
- De Santis, KK/Jahnel, T/Sina, E/Wienert, J/Zeeb, H (2021): Digitization and Health in Germany: Cross-sectional Nationwide Survey. *JMIR public health and surveillance*, 7: 11, e32951.
- Delaney, T/Wyse, R/Yoong, SL/Sutherland, R/Wiggers, J/Ball, K/Campbell, K/Rissel, C/Lecathelinais, C/Wolfenden, L (2017): Cluster Randomized Controlled Trial of a Consumer Behavior Intervention to Improve Healthy Food Purchases from Online Canteens. *The American journal of clinical nutrition*, 106: 5, 1311–1320.
- Dias, J/Mekaro, M/Lu, J/Sorrentino, G/Tsuda, M/Otsuka, J/Beder, D/Zem-Mascarenhas, S (2016): DigesTower: serious game como estratégia para prevenção e enfrentamento da obesidade infantil. In: *Anais dos Workshops do V Congresso Brasileiro de Informática na Educação (CBIE 2016): Sociedade Brasileira de Computação – SBC*, 167.

- Dragano, N/Siegrist, J (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M/Hurrelmann, K (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–194.
- Duinhof, EL/Stevens, GWJM/van Dorsselaer, S/Monshouwer, K/Vollebergh, WAM (2015): Ten-year Trends in Adolescents' Self-reported Emotional and Behavioral Problems in the Netherlands. *European child & adolescent psychiatry*, 24: 9, 1119–1128.
- Duncan, M/Staples, V (2010): The Impact of a School-Based Active Video Game Play Intervention on Children's Physical Activity During Recess. *Human Movement*, 11: 1, 95–99.
- Durl, J/Dietrich, T/Pang, B/Potter, L-E/Carter, L (2017): Utilising Virtual Reality in Alcohol Studies: A Systematic Review. *Health Education Journal*, 77: 2, 212–225.
- Elgar, FJ/Pförtner, T-K/Moor, I/Clercq, B de/Stevens, Gonneke W J M/Currie, C (2015): Socioeconomic Inequalities in Adolescent Health 2002-2010: a Time-series Analysis of 34 Countries Participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* (London, England), 385: 9982, 2088–2095.
- Garrido, S/Millington, C/Cheers, D/Boydell, K/Schubert, E/Meade, T/Nguyen, QV (2019): What Works and What Doesn't Work? A Systematic Review of Digital Mental Health Interventions for Depression and Anxiety in Young People. *Frontiers in psychiatry*, 10, 759.
- Guldager, JD/Kjær, SL/Lyk, P/Dietrich, T/Rundle-Thiele, S/Majgaard, G/Stock, C (2020): User Experiences with a Virtual Alcohol Prevention Simulation for Danish Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 17: 19, 6945.
- Hieftje, K/Edelman, EJ/Camenga, DR/Fiellin, LE (2013): Electronic Media-based Health Interventions Promoting Behavior Change in Youth: a Systematic Review. *JAMA Pediatr*, 167: 6, 574–580.
- Hombrecher, M (2022): Homo Digitalis – TK-Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2040318/a5b86c402575d49f9b26d10458d47a60/studienband-tk-studie-homo-digivitalis-2018-data.pdf>; 4.11.2022.
- Jandoo, T (2020): WHO Guidance for Digital Health: What It Means for Researchers. *Digit Health*, 6, 2055207619898984.
- JIM - Jugend, Information, Medien (2021): Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. URL: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2021/JIM-Studie_2021_barrierefrei.pdf; 1.9.2022.
- Kaman, A/Ottová-Jordan, V/Bilz, L/Sudeck, G/Moor, I/Ravens-Sieberer, U (2020): Subjektive Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Aktuelle Ergebnisse der HBSC-Studie 2017/18.
- KIM - Kindheit, Internet, Medien (2020): Kindheit, Internet, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. URL: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/KIM/2020/KIM-Studie2020_WEB_final.pdf; 1.9.2022.
- Kirchhoff, S/Okan, O (2022): Gesundheitskompetente Schule: Konzeptentwicklung für organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65: 7-8, 795–802.

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit. URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>; 1.9.2022.
- Kröninger-Jungaberle, H/Nagy, E/Heyden, M von/DuBois, F (2014): REBOUND: A Media-based Life Skills and Risk Education Programme. *Health Education Journal*, 74: 6, 705–719.
- Lampert, T/Hoebel, J/Kuntz, B/Finger, JD/Hölling, H/Lange, M/Mauz, E/Mensink, G/Poethko-Müller, C/Schienkiewitz, A/Starker, A/Zeiher, J/Kurth, B-M (2019): Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie.
- Lampert, T/Kroll, LE/Kuntz, B/Hoebel, J (2018): Health Inequalities in Germany and in International Comparison: Trends and Developments over Time. *Journal of Health Monitoring*, 3: Suppl 1, 1–24.
- Leijten, P/Raaijmakers, MAJ/Castro, BO de/Matthys, W (2013): Does Socioeconomic Status Matter? A Meta-analysis on Parent Training Effectiveness for Disruptive Child Behavior. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42: 3, 384–392.
- Loescher, LJ/Rains, SA/Kramer, SS/Akers, C/Moussa, R (2018): A Systematic Review of Interventions to Enhance Healthy Lifestyle Behaviors in Adolescents Delivered via Mobile Phone Text Messaging. *American Journal of Health Promotion*, 32: 4, 865–879.
- Lorenz, T/Petticrew, M/Welch, V/Tugwell, P (2013): What Types of Interventions Generate Inequalities? Evidence from Systematic Reviews. *Journal of epidemiology and community health*, 67: 2, 190–193.
- Love, RE/Adams, J/van Sluijs, EMF (2017): Equity Effects of Children's Physical Activity Interventions: a Systematic Scoping Review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14: 1, 134.
- Macintyre, AK/Torrens, C/Campbell, P/Maxwell, M/Pollock, A/Biggs, H/Woodhouse, A/Williams, JM/McLean, J (2020): Socioeconomic Inequalities and the Equity Impact of Population-level Interventions for Adolescent Health: an Overview of Systematic Reviews. *Public health*, 180, 154–162.
- Marcu, G/Ondersma, SJ/Spiller, AN/Broderick, BM/Kadri, R/Buis, LR (2022): The Perceived Benefits of Digital Interventions for Behavioral Health: Qualitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24: 3, e34300.
- Marmot, M (2005): Social Determinants of Health Inequalities. *Lancet (London, England)*, 365: 9464, 1099–1104.
- Marmot, M/Allen, J/Bell, R/Bloomer, E/Goldblatt, P (2012): WHO European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. *Lancet (London, England)*, 380: 9846, 1011–1029.
- Marmot, M/Allen, J/Goldblatt, P/Boyce, T/Di McNeish/Grady, M/Geddes, I (2010): Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. URL: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>; 14.9.2022.

- McGill, R/Anwar, E/Orton, L/Bromley, H/Lloyd-Williams, F/O'Flaherty, M/Taylor-Robinson, D/Guzman-Castillo, M/Gillespie, D/Moreira, P/Allen, K/Hyseni, L/Calder, N/Petticrew, M/White, M/Whitehead, M/Capewell, S (2015): Are Interventions to Promote Healthy Eating Equally Effective for All? Systematic Review of Socioeconomic Inequalities in Impact. *BMC public health*, 15, 457.
- Moor, I/Bieber, J/Niederschuh, L/Winter, K (2022): Die Bedeutung schulischer Gesundheitsförderung für die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 65: 7-8, 749–757.
- Moor, I/Winter, K/Rathmann, K/Ravens-Sieberer, U/Richter, M (2020): Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *Journal of Health Monitoring*, 5: 3, 75–94.
- Moor, I/Richter, M/Ravens-Sieberer, U/Ottová-Jordan, V/Elgar, FJ/Pförtner, T-K (2015): Trends in Social Inequalities in Adolescent Health Complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *Eur J Public Health*, 25: Suppl 2, 57–60.
- Mosquera, I/Mendizabal, N/Martín, U/Bacigalupe, A/Aldasoro, E/Portillo, I (2020): Inequalities in Participation in Colorectal Cancer Screening Programmes: a Systematic Review. *European Journal of Public Health*, 30: 3, 416–425.
- Newman, L/Baum, F/Javanparast, S/O'Rourke, K/Carlson, L (2015): Addressing Social Determinants of Health Inequities through Settings: a Rapid Review. *Health promotion international*, 30: Suppl 2, ii126–143.
- Niederdeppe, J/Fiore, MC/Baker, TB/Smith, StS (2008): Smoking-cessation Media Campaigns and their Effectiveness among Socioeconomically Advantaged and Disadvantaged Populations. *American journal of public health*, 98: 5, 916–924.
- Norman, GJ/Zabinski, MF/Adams, MA/Rosenberg, DE/Yaroch, AL/Atienza, AA (2007): A Review of eHealth Interventions for Physical Activity and Dietary Behavior Change. *Am J Prev Med*, 33: 4, 336–345.
- Odono, A/Buttigieg, S/Ricciardi, W/Azzopardi-Muscat, N/Staines, A (2019): Public Health Digitalization in Europe. *Eur J Public Health*, 29: Suppl 3, 28–35.
- O'Neill, J/Tabish, H/Welch, V/Petticrew, M/Pottie, K/Clarke, M/Evans, T/Pardo Pardo, J/Waters, E/White, H/Tugwell, P (2014): Applying an Equity Lens to Interventions: Using PROGRESS Ensures Consideration of Socially Stratifying Factors to Illuminate Inequities in Health. *Journal of clinical epidemiology*, 67: 1, 56–64.
- Park, E/Kwon, M (2018): Health-Related Internet Use by Children and Adolescents: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20: 4, e120.
- Prediger, C/Helmer, SM/Hrynyschyn, R/Stock, C (2021): Virtual Reality-Based Alcohol Prevention in Adolescents: A Systematic Review. *Adolescents*, 1: 2, 138–150.
- Primack, BA/Carroll, MV/McNamara, M/Klem, ML/King, B/Rich, M/Chan, CW/Nayak, S (2012): Role of Video Games in Improving Health-related Outcomes: a Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 42: 6, 630–638.
- Rau, R/Schmertmann, CP (2020): District-Level Life Expectancy in Germany. *Deutsches Arzteblatt international*, 117: 29-30, 493–499.
- Redecker, C (2017): European Framework for the Digital Competence of Educators. DigCompEdu. Luxembourg: Publications Office.

- Ridout, B/Campbell, A (2018): The Use of Social Networking Sites in Mental Health Interventions for Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20: 12, e12244.
- Sakellari, E/Notara, V/Lagiou, A/Fatkulina, N/Ivanova, S/Korhonen, J/Kregar Velikonja, N/Lalova, V/Laaksonen, C/Petrova, G/Lahti, M (2021): Mental Health and Wellbeing at Schools: Health Promotion in Primary Schools with the Use of Digital Methods. *Children* (Basel, Switzerland), 8: 5, 345.
- Schienkiewitz, A/Brettschneider, A-K/Damerow, S/Rosario, AS (2018): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3: 1, 16–23.
- Schulenkorf, T/Krah, V/Dadaczynski, K/Okan, O (2021): Addressing Health Literacy in Schools in Germany: Concept Analysis of the Mandatory Digital and Media Literacy School Curriculum. *Frontiers in public health*, 9, 687389.
- Schüz, B/Urban, M (2020): Unerwünschte Effekte digitaler Gesundheitstechnologien: Eine Public-Health-Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63: 2, 192–198.
- Smith, JJ/Morgan, PJ/Plotnikoff, RC/Dally, KA/Salmon, J/Okely, AD/Finn, TL/Babic, MJ/Skinner, G/Lubans, DR (2014): Rationale and Study Protocol for the 'Active Teen Leaders Avoiding Screen-time' (ATLAS) Group Randomized Controlled Trial: an Obesity Prevention Intervention for Adolescent Boys from Schools in Low-income Communities. *Contemporary clinical trials*, 37: 1, 106–119.
- Stark, AL/Geukes, C/Dockweiler, C (2022): Digital Health Promotion and Prevention in Settings: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 24: 1, e21063.
- Stiftung Gesundheitswissen (2022a): Die Schulinitiative „Pausenlos gesund“. URL: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/schulprojekt-pausenlos-gesund-ueb-erblick>; 19.8.2022.
- Stiftung Gesundheitswissen (2022b): Gesundweiser – spielend.digital.kompetent. URL: <https://gesundweiser.de>; 19.8.2022.
- Stock, C/Prediger, C/Hrynyschyn, R/Helmer, S (2022): Schulische Alkoholprävention mittels Virtual Reality. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65: 7, 823–828.
- Teufer, B/Nußbaumer-Streit, B/Ebenberger, A/Titscher, V/Conrad, S/Langer, G/Töws, I/Gartlehner, G (2019): GRADE-Leitlinien zu Gerechtigkeit 1. Berücksichtigung der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen bei der Entwicklung von GRADE-Leitlinien: Einführung und Hintergründe. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 146, 53–59.
- Tolks, D/Lampert, C/Dadaczynski, K/Maslon, E/Paulus, P/Sailer, M (2020): Spielerische Ansätze in Prävention und Gesundheitsförderung: Serious Games und Gamification. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63: 6, 698–707.
- Vallentin-Holbech, L/Dalgaard Guldager, J/Dietrich, T/Rundle-Thiele, S/Majgaard, G/Lyk, P/Stock, C (2020): Co-Creating a Virtual Alcohol Prevention Simulation with Young People. *International journal of environmental research and public health*, 17: 3, 1097.

- Vives-Cases, C/Davo-Blanes, MC/Ferrer-Cascales, R/Sanz-Barbero, B/Albaladejo-Blázquez, N/Sánchez-San Segundo, M/Lillo-Crespo, M/Bowes, N/Neves, S/Mocanu, V/Caraus, EM/Pyżalski, J/Forjaz, MJ/Chmura-Rutkowska, I/Vieira, CP/Corradi, C (2019): Lights4Violence: a Quasi-experimental Educational Intervention in Six European Countries to Promote Positive Relationships among Adolescents. *BMC public health*, 19: 1, 389.
- Western, MJ/Armstrong, MEG/Islam, I/Morgan, K/Jones, UF/Kelson, MJ (2021): The Effectiveness of Digital Interventions for Increasing Physical Activity in Individuals of Low Socioeconomic Status: a Systematic Review and Meta-analysis. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18: 1, 148.

Teil II

Digitalisierte Settings aus Perspektive der Praxis

Evaluation der Digitalisierung in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung

Susanne Giel, Ludwig Grillich, Lena Köhler und Elitsa Uzunova

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	177
Abstract	178
0. Einleitung	178
1. Veränderungen der Evaluation durch Digitalisierung	179
2. Veränderte digitalisierte Gegenstände – auch in der Gesundheitsförderung	180
2.1 Beispiel 1: Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung in der Pflege	181
2.2 Beispiel 2: #BIT*	182
2.3 Beispiel 3: DIFA	182
3. Was bedeuten die veränderten Gegenstände für die Evaluation?	183
3.1 Veränderte Fragestellungen	183
3.2 Methodische Umsetzungen von Evaluationen	184
3.2.1 Online-Gruppenerhebungen	185
3.2.2 Usability-Tests	187
3.2.3 Contextual Inquiry	188
3.2.4 Hybride Befragungen	189
3.3 Neue Möglichkeiten der Datenauswertung und Präsentation von Ergebnissen	190
4. Die Evaluation von Wirkungen digitalisierter Gesundheitsförderung	191
5. Ausblick	193
Literatur	194

Zusammenfassung

Die voranschreitende Digitalisierung verändert die settingbezogene Prävention und Gesundheitsförderung wie auch deren Evaluation. Die Digitalisierung bietet erweiterte Möglichkeiten für die Evaluation, setzt neue Fragestellungen auf die Agenda und erfordert angepasste Methoden. Der Beitrag beschreibt diese Veränderungen vor dem Hintergrund dreier Praxisbeispiele und beleuchtet deren Potenzial für eine umfangreiche Beteiligung. Er plädiert dafür, nicht nur die Gesundheitsförderung, sondern auch deren Evaluation hybrid anzulegen.

Abstract

Advances in digitalization are transforming setting-based health prevention and promotion as well as their evaluation. Digitalization offers broader opportunities for evaluation, puts new questions on the agenda, and requires evolving methods. This article describes changes in the context of three practical examples and highlights their potential for comprehensive inclusion. This calls for a hybrid approach not only for health promotion, but also for evaluation.

0. Einleitung

Der vorliegende Beitrag beleuchtet die digitale Transformation in der Gesundheitsförderung und Prävention aus der Perspektive von Evaluator*innen. So wie die zunehmende Digitalisierung alle gesellschaftlichen Bereiche erfasst, verändern sich auch Projekt- und Programmevaluationen durch die steigende Bedeutung digitaler und internetbasierter Informations- und Kommunikationstechnologien. Zusätzlich verändern sich mit der digitalen Transformation sukzessive die Evaluationsgegenstände, auch im Bereich der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung.

Anhand von drei Beispielen aus der Praxis umreißt dieser Artikel, welche Veränderungen Evaluationsgegenstände in der Gesundheitsförderung in Lebenswelten durchlaufen und wie sich dadurch die Fragestellungen von Evaluationen verändern. Beispielhaft werden vier veränderte Erhebungsmethoden (*Usability-Tests*, onlinebasierte Gruppenerhebungen, *Contextual Inquiry*, hybride Befragungen) dargestellt und Veränderungen in der Datenauswertung sowie der Datenaufbereitung beschrieben. Abschließend werden die Herausforderungen für die Feststellung von Wirkungen, oftmals eine Kernaufgabe von Evaluationen, in einer zunehmend digitalisierten Gesundheitsförderung in Lebenswelten aufgeworfen und erste Hinweise auf Lösungen formuliert.

1. Veränderungen der Evaluation durch Digitalisierung

Die Entwicklungen von und Erfahrungen mit digitalen Medien und Tools haben zu Veränderungen im Bereich der Evaluation geführt.¹ Durch ihre Anwendung sowie durch die Entwicklung des Internets der Dinge (*Internet of Things, IoT*), des *Machine Learning* und der Künstlichen Intelligenz werden Arbeitsprozesse vereinfacht, neue Datenarten entstehen und neue Arten der Erhebung und Auswertung von Daten werden möglich.

Auch Arbeitsvorgänge von Evaluatord*innen haben sich durch die Digitalisierung verändert: Die Kommunikation im Evaluationsteam, mit Auftraggebenden und Datengebenden kann multimedial erfolgen. Dadurch entfallen Wege und Reisekosten. Auch können neue Personengruppen (bspw. mit Mobilitätseinschränkungen) aus größeren Entfernungen einbezogen werden. Das eröffnet neue Möglichkeiten der Partizipation von Programm-beteiligten und -betroffenen an der Ausgestaltung der Evaluation.

Die Nutzung von Daten auf verschiedenen Geräten (*Multi-Screen*) und die synchrone Nutzung von Inhalten durch mehrere Nutzende erleichtern den Arbeitsprozess; leistungsfähige *Hardware*, maßgeschneiderte *Software* und *Clouds* sowie unternehmenseigene *Server* bieten passgenaue und datensichere Lösungen für Forschungs- und Evaluationsinstitute. Nicht zuletzt können zur Nutzung digitaler Tools oftmals kostengünstige *Open Source*-Lösungen genutzt werden, wie z. B. *LimeSurvey*® für die Datenerhebung, *R* (*The R Project for Statistical Computing*) für die Datenanalyse und -auswertung, explizit für die Analyse quantitativer Daten *JASP* und für qualitative Daten *QCAmap*.

Diese dynamischen Wandlungen bringen es jedoch mit sich, dass u. a. die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Vorgaben (insb. der DSGVO) stets neu überprüft werden muss. Zentral in Evaluationen ist dabei einerseits die Frage, von wem Daten erhoben werden, und andererseits, ob sie personenbezogen oder anonym vorliegen. Insbesondere bei digitalen *Apps* und Webanwendungen ist eine Trennung von personenbezogenen Daten und Daten zu Einstellungen, Meinungen und Verhalten nur schwer möglich. Dabei sind Gesundheitsdaten (z. B. Informationen zur Gesundheit oder zur sexuellen Orientierung) – laut DSGVO – besonders sensibel und müssen in besonderem Maße geschützt werden. In der Evaluation – auch bei digitalen Datenerhebungen – ist außerdem immer auf die Freiwilligkeit

1 Uzunova 2015.

der Teilnahme zu verweisen, über die Verwendungszwecke der Daten aufzuklären und eine explizite Zustimmung der Datengebenden einzuholen.²

Diese Schlaglichter auf den Digitalisierungsprozess in der Evaluation können die Veränderungen nur umreißen. Im nachfolgenden Kapitel 2 werden die Veränderungen in der Praxis entlang von Methoden der Datenerhebung, -auswertung und -aufbereitung weiter konkretisiert. Zunächst werden die Entwicklungen in der settingbezogenen Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Evaluation umrissen.

2. Veränderte digitalisierte Gegenstände – auch in der Gesundheitsförderung

Ebenso wie die Nutzung von Internet und digitalen Tools die Evaluation verändert, so verändert die zunehmende Digitalisierung die Projekte und Programme, auch im Bereich der Gesundheitsförderung. Technologische Innovationen und die damit verbundenen digitalen Angebote werden teilweise transparent und kostengünstig zugänglich gemacht (*Open Source*), gesellschaftlich benachteiligte Zielgruppen können zunehmend digitale Angebote nutzen (Barrierefreiheit) und der Umgang mit Technologien wird erleichtert (*User Experience*). Die digitale Transformation verändert und erweitert das Spektrum der Instrumente der Gesundheitsförderung sukzessive:

„Erweiterte Möglichkeiten ergeben sich vor allem für die Gesundheitskommunikation, die datengestützte Adaptation von Maßnahmen, die Daten- und Bedarfserhebung zu Präventionspotenzialen und die Evaluation von Maßnahmen.“³

In unserer Evaluationspraxis begegnen uns Programme und Projekte, die sich in folgendem Spektrum bewegen: Einzelne digitale Elemente werden in bestehende Angebote integriert, Vorhaben der Gesundheitsförderung setzen schwerpunktmäßig auf digitale Angebote, und andere Vorhaben bemühen sich um die Entwicklung einer digitalen Infrastruktur für unterschiedliche gesundheitsfördernde Programme und Projekte. Zur Illustration dieses Spektrums sollen die folgenden drei Beispiele dienen:

2 DeGEval 2019.

3 De Bock et al. 2020: 663.

2.1 Beispiel 1: Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung in der Pflege

Zu einer Evaluation zusammengefasst sind zwei Organisationsentwicklungsprojekte in der Pflege: *Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt*® (QSLV) und *Pflegeeinrichtungen – Bewegungsfreundliche Organisationen* (PfleBeO).

Das Projekt QSLV begleitet Alten- und Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und Krankenhäuser durch einen Organisationsentwicklungsprozess, der darauf abzielt, die Organisationen für die Bedürfnisse von LSBTI* zu sensibilisieren und diese in den Pflegeprozessen zu berücksichtigen.⁴ Zentrale Vorgehensweisen des Projekts sind die Beratung von Verantwortlichen zu einem sogenannten *Diversity Check*, welcher den Status quo analysiert und einen Kriterienkatalog als Grundlage der Bewertung darstellt, die Qualifizierung von Mitarbeitenden in den Organisationen, die Vermittlung von Kooperationspartner*innen sowie die Prüfung der Kriterien und ggf. abschließend eine Zertifizierung.⁵

Auch das Projekt *PfleBeO* begleitet Pflegeeinrichtungen durch einen Organisationsentwicklungsprozess, der darauf ausgerichtet ist, Strukturen und Prozesse von Einrichtungen der stationären Pflege bewegungsfördernder zu gestalten.⁶ Die teilnehmenden Einrichtungen und eigens gegründete Arbeitsgruppen werden durch das Team von *PfleBeO* beraten und die Belegschaften im Rahmen von Workshops qualifiziert.

Beide Projekte werden durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) gefördert, der bereits seit 2018/19 sein Präventionsengagement auch auf hybride Strukturen ausrichtet. Vor diesem Hintergrund wurden beide Projekte um folgende digitale Elemente ergänzt:

- Beratungsgespräche (auch) per Videokonferenzen,
- Workshops und Fortbildungen (auch) via Videokonferenzen,
- Austausch von Dokumenten (Protokolle, Leitbilder, Prozessbeschreibungen etc.) zur Prüfung über eine digitale Plattform (*Moodle*),
- Vernetzungsangebote für beteiligte Organisationen über die *Moodle*-Plattform,
- *E-Learning*-Kurse für Beschäftigte (Projekt QSLV).

4 Vgl. den Beitrag von Obernauer/Lang in diesem Sammelband.

5 Schwulenberatung Berlin 2022.

6 Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022a.

Der Zweck der Evaluation besteht darin, die Eignung digitaler Medien für Organisationsentwicklungsprozesse zu überprüfen und Optimierungspotenziale der digitalen Angebote und Plattform zu identifizieren.

2.2 Beispiel 2: #BIT*

Die Fachstelle Gender & Diversität NRW (FUMA) qualifiziert und begleitet „Einrichtungen und Träger der Kinder- und Jugendhilfe zur Implementierung von Gender Mainstreaming und diversitätsreflektierenden Perspektiven“⁷, um ein diskriminierungsarmes und damit gesundheitsförderndes Aufwachsen von jungen Menschen zu ermöglichen. Mit #BIT* | *Basics Inter* und Trans** hat FUMA in Zusammenarbeit mit Vertreter*innen von Interessens- und Bezugsgruppen sowie pädagogischen Fachkräften digitale Selbstlernmodule zu den Themen geschlechtliche Vielfalt, Inter* und Trans* konzipiert, die der Sensibilisierung und Qualifizierung des pädagogischen Handelns dienen sollen. Diese breit angelegte digitale Basisqualifikation bietet eine Lernumgebung, die es ermöglicht, zeit- und ortsunabhängig zu lernen sowie sich mit anderen Fachkräften zu vernetzen und auszutauschen. Bestandteile sind Erklär- und Interview-Videos, Web-Seminare, *Webtalks* sowie weitere interaktive Fortbildungen.

Der Auftrag der Evaluation lautet hier, relevantes Wissen und Hinweise zur laufenden Verbesserung des digitalen Angebots zu erarbeiten und zu überprüfen, inwieweit die anvisierten Programmziele bei den Teilnehmenden erreicht werden können.

2.3 Beispiel 3: DIFA

Der PKV-Verband entwickelt eine *digitalisierte, webbasierte Angebotsinfrastruktur (DIFA)*, die lebensweltbezogene, gesundheitsfördernde Angebote auf einer Plattform zusammenführt und einen niedrigschwelligen Zugang für unterschiedliche Nutzende ermöglichen soll.⁸ Damit wird die Vision verfolgt, allen Bürger*innen „ein gesundes Aufwachsen, ein gesundes Leben und Gesundheit im Alter [zu] ermöglichen.“⁹ Dabei richtet sich DIFA sowohl an Anbietende von Settingprävention als auch an Setting-Verant-

7 FUMA 2020.

8 Vgl. den Beitrag von Seel et al. in diesem Sammelband.

9 Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022b.

wortliche (z. B. Erzieher*innen in Kindertagesstätten, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter*innen etc.), um (teil-)digitale Lebenswelten zu erreichen und gesundheitsfördernd zu gestalten. So soll DIFA den Anbietenden ermöglichen, sich individuell zu präsentieren, ihre Angebote passgenau umzusetzen, ihre Zielgruppen zu erreichen, sich zu vernetzen und zusammenzuarbeiten. Den Setting-Verantwortlichen soll DIFA ermöglichen, Präventionsangebote in ihren Settings zu organisieren und durchzuführen. Teilnehmer*innen von Präventionsangeboten soll DIFA ermöglichen, die Angebote individuell zu wählen und sich so orts- und zeitflexibel zu informieren, sich individuell schulen und beraten zu lassen.

Die Evaluation zielt darauf ab, Entscheidungen zur Programmentwicklung zu unterstützen, zur Optimierung beizutragen und bei der Rechenschaftslegung¹⁰ zu unterstützen.

3. Was bedeuten die veränderten Gegenstände für die Evaluation?

3.1 Veränderte Fragestellungen

Die digitale Transformation in Projekten und Programmen bringt oftmals neue Herausforderungen mit sich. Die Evaluation kann dabei unterstützen zu prüfen, ob die digitale Umsetzung oder auch die Integration digitaler Bausteine geeignet sind, die angestrebten Projekt- bzw. Programmziele zu erreichen. Dabei ergeben sich für Evaluationen neue generische Fragestellungen.

Auf der Ebene der *Bedingungen* ist u. a. zu (hinter-)fragen, ob in den Lebenswelten die technischen Voraussetzungen für die Einführung digitaler Tools gegeben sind: Verfügen die Einrichtungen und Organisationen, die darin lebenden und arbeitenden Menschen über notwendige Endgeräte und einen nutzbaren Zugang zum Internet? Verfügen die potenziellen Nutzengruppen über die notwendigen Kompetenzen in der Anwendung von digitalen Tools? Besteht seitens der Zielgruppen die Bereitschaft, die

10 Verfolgt eine Evaluation den Zweck der Rechenschaftslegung, so werden Evaluationsergebnisse dazu genutzt, „das Ausmaß von Erfolg, Wirksamkeit, Effizienz eines Evaluationsgegenstands [...] gegenüber Stakeholdern darzulegen“ (Univation 2012).

digitalen Tools zu nutzen? Verfügen sie über die notwendigen zeitlichen Ressourcen, um sich mit den digitalen Instrumenten vertraut zu machen?¹¹

Ebenso gehören die *Aktivitäten* rund um die digitale Transformation auf den Prüfstand: So kann geprüft werden, welche Projektaktivitäten sich überhaupt – oder auch nicht – für einen Transfer ins Digitale eignen. Wie müssen digitale Plattformen, *E-Learnings*, *Apps* und digitale Informationsangebote gestaltet sein, damit sie gut funktionieren? Wie müssen digitale Tools gestaltet sein, so dass sie in Arbeitsabläufe und den Alltag zu integrieren sind?

Auch die Resultate (Outputs und Outcomes) der digitalen Angebote sind zu untersuchen: Wer kann alles (nicht) erreicht und einbezogen werden? Was sind die Gründe für das Nicht-Erreichen? Von wie vielen intendierten Zielgruppenmitgliedern werden die digitalen Tools und Angebote genutzt? Inwieweit sind die Nutzenden zufrieden mit dem Angebot? Inwieweit gelingt der Wissens- und Kompetenzerwerb? Gelingt er ähnlich gut wie mit analogen Angeboten?

Insbesondere hinsichtlich einer Gesundheitsförderung in Lebenswelten sind Resultate und Veränderungen auf organisationaler Ebene, die durch die digitale Transformation ausgelöst werden, zu beleuchten. Hier stellt sich bspw. die Frage, ob die digitalen Prozesse gut und effizient organisiert sind, inwieweit sie möglicherweise gesundheitsfördernd wirken oder neue Gesundheitsrisiken mit sich bringen. Ebenfalls relevant ist, inwieweit die digitalen und analogen Prozesse gut miteinander verzahnt werden können und wie die Veränderungen nachhaltig in den Organisationen verankert werden können.

3.2 Methodische Umsetzungen von Evaluationen

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen sind angepasste Methoden notwendig. Außerdem ergeben sich durch die Digitalisierung neue Möglichkeiten, Daten zu gewinnen oder auch aufzubereiten. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die technische Entwicklung teilweise in einem rasanten Tempo geschieht: Manche Innovationen werden schnell verworfen, wie beispielsweise Online-Gruppenchats als Format von Gruppendiskussionen.

11 Die sogenannte *Digitale Spaltung* wird bereits seit vielen Jahren diskutiert (z. B. Deutscher Bundestag 2002), deren Bedeutung wächst parallel zur Ausweitung der Digitalisierung.

Dafür gehören andere, wie bspw. videobasierte Gruppenerhebungen, innerhalb kürzester Zeit zum selbstverständlichen Repertoire von Evaluationsmethoden. Hier gilt u. a. – ähnlich wie für die Praxis der Gesundheitsförderung – zu berücksichtigen, auf welche Akzeptanz die Methoden stoßen.

Zur Erhebung von Daten im Bereich der Gesundheitsförderung in Lebenswelten eignen sich angepasste quantitative wie auch qualitative Datenerhebungen. So wird die *Paper-Pencil*-Befragung ergänzt oder ersetzt durch eine Online-Befragung. Fokusgruppen und Interviews werden online und videobasiert durchgeführt und Methoden, die üblicherweise vor Ort stattfinden und beobachtend erfolgen, werden in den digitalen Raum verlagert.

Zusätzlich produzieren die Nutzenden des Internets und der digitalen Tools allein durch deren Nutzung Daten, die neue Möglichkeiten der Informationsgewinnung eröffnen (Nutzungsdauer, Navigationswege, *Social Media* Beiträge). Gleichzeitig jedoch bereitet die Interpretation der Daten Schwierigkeiten: Wie viel Aktivität verbirgt sich hinter gemessener Nutzungsdauer, wie repräsentativ sind Nutzungswege oder Äußerungen in den sozialen Medien?

Im Folgenden werden einige spezifische Methoden vorgestellt, die bei zunehmend digitalisierten Angeboten in der Gesundheitsförderung und in den oben genannten Beispielen zum Tragen kommen:

3.2.1 Online-Gruppenerhebungen

Wie sich insgesamt die Kommunikation im Zuge der Coronapandemie hin zu einer webbasierten Kommunikation entwickelte, so wurden mündliche Befragungsmethoden zunehmend per Videokonferenzen umgesetzt. Insbesondere bei Gruppenerhebungen ist es deutlich leichter, einen gemeinsamen Termin und Ort für bspw. Leitungspersonen oder Beschäftigte von Pflegeeinrichtungen zu finden. So wurden in den erläuterten Beispielen Online-Fokusgruppen und auch Online-Workshop mit Gruppen umgesetzt oder sie sind zumindest geplant.

Werden Gruppenerhebungen digital umgesetzt, so muss das klassische Vorgehen von analogen Vorgehensweisen (z. B. Fokusgruppen¹²) an das digitale Format angepasst werden: Zum Einstieg in die Erhebungen müssen die Technik mit den Teilnehmenden getestet und Kommunikationsregeln erläutert werden. In manchen Fällen ist sogar ein vorbereitender Termin

12 Morgan/Krueger 1997.

notwendig. Trotz intensiver Vorbereitung kam es in unseren Beispielervaluationen immer wieder vor, dass im Moment der Erhebung unerwartete (organisatorische oder technische) Schwierigkeiten auftraten, das Mikrofon nicht funktionierte, die Internetverbindung instabil war oder eine Pflegefachkraft aufgrund eines Notfalls auf einer Pflegestation die Erhebung unter- bzw. abbrach. In diesen Fällen ergänzten wir unser Vorgehen durch telefonische Einzelinterviews, um den Interessierten die Möglichkeit zu geben, ihre Perspektive zu ergänzen. Im Projekt #BIT* musste bereits frühzeitig auf Einzelinterviews ausgewichen werden, da die technischen Voraussetzungen für eine digitale Fokusgruppe nicht gesichert werden konnte.

Im Verlauf der digitalen Fokusgruppe müssen zusätzliche Impulse gesetzt werden, die den Austausch der Teilnehmenden untereinander auch im digitalen Raum anregen.¹³ Hierfür eignen sich Blitzlichtrunden und Warm-up-Spiele zum Einstieg. Auch eine geduldige und zurückhaltende Moderation ist hilfreich.

Als besonders herausfordernd erweist es sich, wenn mehrere Personen zusammen an einem Bildschirm und Mikrofon sitzen, weil Nebengespräche nahezu unvermeidbar sind. Diese Situation ist insbesondere in den Settings Pflege sowie Kinder- und Jugendarbeit, also dort, wo Fachkräfte in der Regel nicht über einen eigenen voll eingerichteten Büroarbeitsplatz verfügen, nicht außergewöhnlich.

Grundsätzlich ist bei digitalen Gruppenerhebungen davon auszugehen, dass tendenziell eher digital Affine an den Erhebungen teilnehmen und entsprechend Personen, für die die Teilnahme an einer videogestützten Gruppenerhebung nicht möglich oder unangenehm ist, unterrepräsentiert sind.

Gruppenerhebungen können auch in einen Workshop eingebettet erfolgen. Über digitale Anwendungen ist es möglich, die Erhebungen durch eine Chat-Funktion zu erweitern, welche eine Kommunikation auf mehreren Ebenen erlaubt. Ebenso ist es möglich, die Teilnehmenden nicht per Video, sondern als Avatare in Online-Räumen zu repräsentieren. Mit der fortschreitenden Entwicklung von *Augmented Reality* (bspw. AR-Brillen und -Headsets) ist die Hoffnung verbunden, dass künftig intensive, wenn auch physikalisch entfernte Gruppenerlebnisse möglich sein werden.

13 In Abgrenzung zu Gruppeninterviews, in denen den Teilnehmenden standardisierte Fragen gestellt werden, geht es in den Fokusgruppen darum, dass die Repräsentant*innen der Lebenswelten entlang von Themenblöcken miteinander in einen offenen Austausch gehen, vgl. Mäder 2013.

Innerhalb digitaler Plattformen für virtuelle Meetings werden stetig neue Produktivitätstools zur Verfügung gestellt, wie bspw. *Whiteboards*, *Mind*- und *Konzept-Mapping*-Tools oder Dokumentationstools. Diese können im Rahmen von Online-Gruppensitzungen eingesetzt werden, um die Kreativität der Teilnehmenden auszuschöpfen oder die zentralen Ergebnisse festzuhalten und gegebenenfalls zur Diskussion zu stellen. Dies eröffnet wiederum zusätzliche Optionen für Beteiligung von Settingakteur*innen und Zielgruppen.

3.2.2 Usability-Tests

Insbesondere um die Nutzbarkeit von Internetseiten, *Apps* oder *Learning Management Systemen* aus der Sicht der intendierten Nutzenden festzustellen, sind *Usability-Tests* eine wertvolle Methode.¹⁴ Von den Zielstellungen der digitalen Produkte und den angestrebten Zielgruppen ausgehend gilt es, die Erreichbarkeit, die grundlegende Architektur, die Navigation, die Verständlichkeit, den Komfort und den Informationsgehalt abzuschätzen. Die *Usability-Tests* können auf unterschiedliche Weise umgesetzt werden: analog, digital, eher qualitativ oder quantitativ (offen oder standardisiert).

Im Beispiel von *#BIT* wurden die *Usability-Tests* in Form einer Online-Befragung umgesetzt. Bei diesem Format handelt es sich um eine unmoderierte Version des *Usability-Tests*. Dieser kann auch als moderierte Version im synchronen Gespräch stattfinden. Das unmoderierte Vorgehen ist kosteneffizient und erlaubt es, Teilnehmende zu erreichen, die geographisch breit gestreut sind. Es hat den weiteren Vorteil, dass die Fachkräfte selbstgesteuert und in ihrem eigenen Tempo auch an zeitaufwändigen Tests teilnehmen können. *Usability-Tests* lassen sich in dieser Form auch in pandemischen Zeiten problemlos durchführen.

Neben den offenen und geschlossenen Fragen zur *Usability* und zur inhaltlichen Aufbereitung der digitalen Angebote können Teilnehmende in den Tests aufgefordert werden, konkrete Aufgaben, bspw. zur Nutzung von Funktionen des digitalen Tools oder zur Navigation, auszuführen und dazu Rückmeldungen zu geben.

14 Rubin et al. 2008; Riihiäho 2018.

3.2.3 Contextual Inquiry

Als weitere Methode zur Messung der *Usability* dient die von Karen Holtzblatt und Hugh Beyer entwickelte *Contextual Inquiry*¹⁵. Diese zielt darauf ab, solche Angebote für Nutzende zu entwickeln, die in ihr Leben und in ihren Alltag passen.¹⁶ Die *Contextual Inquiry* erlaubt es, Nutzende eines digitalen Tools oder eines digitalen Angebots während der Nutzung in ihrer für die Anwendung typischen Umgebung zu beobachten, das Vorgehen festzuhalten und die Nutzenden währenddessen gezielt zu befragen.

Mithilfe einer *Contextual Inquiry* kann somit bspw. untersucht werden, wie sich digitale Tools in Abläufe von Organisationen integrieren lassen, wann, wo und unter welchen Bedingungen Akteur*innen und Zielgruppen der Gesundheitsförderung die Angebote nutzen und auch, wie praktisch und komfortabel einzelne Werkzeuge sind. So ist beispielsweise in der Evaluation von DIFA in Diskussion, diese Methode in Erhebungen mit Settingakteur*innen einzusetzen, wenn es darum geht zu untersuchen, inwieweit die Integration der digitalen Tools und Angebote im beruflichen Alltag gelingt und welche Schwierigkeiten dabei bestehen. Die Settingakteur*innen sollen hierzu in ihrem beruflichen Alltag (bspw. in ihren Einrichtungen und Settings) begleitet werden. In einer Mischung aus Beobachtung und Befragung kann untersucht werden, wie genau die Nutzung der digitalen Tools und Angebote geschieht (an welchem Ort, unter welchen Bedingungen und in welchem Modus Operandi), welche Herausforderungen bestehen und welche Lösungen im Umgang damit gefunden werden.

Gut eignet sich der Einsatz der *Contextual Inquiry* Methode in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung auch dann, wenn Perspektiven von Menschen unter herausfordernden Lebensbedingungen, wie Alleinerziehende, Menschen mit Behinderung oder Menschen mit psychosozialen und/oder sozioökonomischen Belastungserfahrungen – jeweils Zielgruppen der DIFA – einbezogen werden sollen. Nicht zuletzt können mit dieser Methode Erfahrungen von Personen, denen das Vokabular zur Beschreibung des Erhebungsgegenstandes nicht geläufig ist (auch aufgrund einer anderen Muttersprache), erhoben werden. In Bezug auf digitale Anwendungen wird es wohl den meisten Menschen schwer fallen zu versprachlichen, was sie tun und wie genau sie es tun. In der alltäglichen

15 Holtzblatt/Beyer 2015.

16 Ebd.: 1. Die Autor*innen beschreiben, dass die Methode entwickelt wurde „to help teams design for the way technology fits into peoples' lives“.

Situation können Befragte zeigen und vorführen, wie sie digitale Angebote nutzen (und vielleicht auch, woran sie scheitern).

3.2.4 Hybride Befragungen

Schriftliche Befragungen sind unbestritten weiterhin die meistverbreitete Erhebungsform. Bereits seit mehr als zehn Jahren ersetzen in den meisten Fällen Online-Befragungen traditionelle *Paper-Pencil*-Befragungen. Ein wichtiger Vorteil der *Online-Only*-Erhebung besteht darin, dass die Befragungskonstruktion auf die Befragten individuell zugeschnitten werden kann: Durch Filterfragen können die Teilnehmenden gezielt durch die Befragung geführt und die für sie irrelevanten Fragen ausgeblendet werden. Außerdem können Online-Befragungen an unterschiedlichen Geräten von verschiedenen Orten aus beantwortet werden und die Daten liegen ohne zusätzlichen Aufwand in digitalisierter Form vor. Zusätzlich erlauben Online-Erhebungen innerhalb des Budgets relativ problemlos höhere Fallzahlen.

Wie auch bei mündlichen Befragungen ist zu prüfen, welche Befragungengruppen durch die Nutzung des Internets systematisch unterrepräsentiert werden, weil möglicherweise der Zugang zum Internet oder digitale Kompetenzen fehlen oder die Zielgruppen nicht mit dem Befragungstool vertraut sind. Des Weiteren stellt auch die nach Datenschutzrecht erforderliche aktive Zustimmung zur Befragung eine Hürde dar: Es besteht die Gefahr, dass insbesondere Befragte mit wenig Interneterfahrung bei der Aufforderung zur Einverständniserklärung die Befragung abbrechen, da sie befürchten, dass in unerwünschter Weise Rückschlüsse gezogen werden.¹⁷

Sofern es Hinweise darauf gibt, dass digitale Angebote zur Gesundheitsförderung möglicherweise nicht von allen intendierten Zielgruppen genutzt werden können oder die Zielgruppen wenig Interesse an deren Nutzung haben, empfehlen sich explizit hybride Befragungen.¹⁸ Diese Methode kommt im Rahmen der Befragung von Pflegekräften in der Evaluation der digitalen Angebote des QSLV und *PfleBeO* zum Einsatz, um zu ermitteln,

¹⁷ Engelke 2018.

¹⁸ Eine *hybride Befragung* kann neben der Kombination von analogen und digitalen Formaten auch weitere Medien und Methoden einsetzen, bspw. telefonische und persönliche Interviews oder schriftliche und mündliche Befragungen. In jedem Fall wird das Ziel verfolgt, ein möglichst breites Spektrum an Befragten zu erreichen, ohne dass es zu Verzerrungen durch die eingesetzten unterschiedlichen Erhebungsformen kommt.

inwieweit die Pflegekräfte bereit sind, digitale Angebote zu nutzen, und inwieweit sie über die (u. a. technischen) Voraussetzungen zur Nutzung verfügen.

Mit analogen und digitalen Zugängen kann die Teilnahme an Befragungen einem breiten Spektrum an Personen ermöglicht werden. Dies bringt es jedoch mit sich, dass manche Vorteile von Online-Befragungen nicht zum Tragen kommen, wie bspw. die automatische Filterführung. Gleichzeitig wird aber gewährleistet, dass die Perspektiven *aller* intendierten Zielgruppen erhoben werden können und sich in den Antworten die Gesamtheit aller Meinungen abbildet. Dies ist besonders wichtig, wenn die Akzeptanz von digitalen Angeboten und Formaten ermittelt werden soll, wie bspw. bei Mitarbeitenden von Kinder- und Jugend- oder Pflegeeinrichtungen.

3.3 Neue Möglichkeiten der Datenauswertung und Präsentation von Ergebnissen

Nicht nur die Datenerhebung verändert sich mit der Entwicklung der digitalen Technologien, sondern auch die damit verbundene Datenauswertung.

Einer der wichtigsten Gründe für die fast komplette Verlagerung von schriftlichen Befragungen in den Online-Raum ist das Vorliegen der Daten direkt in digitaler Form für die Auswertung. Immer häufiger sind Funktionen zur einfachen deskriptiven Auswertung, einschließlich automatisierter Vollständigkeitskontrollen und Qualitätsvalidierung, in den digitalen Befragungstools selbst integriert.

Im Bereich der Auswertung liegt der größte Sprung in der Entwicklung durch digitale Technologien in der Handhabung qualitativer Daten. Für die automatisierte Transkription von Einzel- und Gruppeninterviews bestehen bereits verschiedene technische Lösungen (vorwiegend per Algorithmus), die jedoch (noch) sehr fehleranfällig sind, so dass die Transkripte ohne gründliche Prüfung und Überarbeitung nur selten einsetzbar sind und dementsprechend keine Zeitersparnis erfolgt. Die allermeisten Softwarepakete für qualitative Datenauswertung unterstützen inzwischen neben der Bearbeitung von Textdokumenten das direkte Kodieren von Audio- und Video-Aufnahmen. Dadurch ist die Kombination und Integration unterschiedlicher Datenarten deutlich erleichtert, was wiederum ermöglicht, dass ein breiteres Spektrum an Personen einbezogen werden kann.

Bei der Auswertung der qualitativen Daten selbst sind Fortschritte bei den quantifizierenden Analysen zu vermerken. *Wortwolken* können per Mausklick erstellt werden, weitere semantische Analysen auf Ebene einzelner Wörter (bspw. *sentiment analysis*) können mit quantitativen Merkmalen in Verbindung gesetzt werden.

Diese technischen Lösungen erleichtern und erweitern die Handlungsoptionen für Evaluator*innen. Aber auch Akteur*innen in der Gesundheitsförderung erfahren eine leichtere Nutzung der erzeugten Daten und des damit verbundenen Wissens. Interaktive *Dashboards* machen die Ergebnisse für Adressat*innen der Evaluationsergebnisse leicht zugänglich und individuell anpassbar. Statische Infografiken können die Rezeption von Evaluationsergebnissen für eine breite Zielgruppe erleichtern, indem die Daten optisch so aufgearbeitet werden, dass komplexe Inhalte leicht zu verstehen und auf das Wichtigste zugespitzt werden. Damit eröffnen sich zusätzliche Optionen der Beteiligung von Beschäftigten und Zielgruppen der Gesundheitsförderung in ihrer Lebenswelt.

4. Die Evaluation von Wirkungen digitalisierter Gesundheitsförderung

Anna Lea Stark et al. unterstreichen, dass sowohl die Wirkungen settingbezogener Gesundheitsförderung als auch die Wirkungen der Digitalisierungsprozesse selbst überprüft werden müssen.¹⁹ Bislang lautet die Diagnose, dass diese Wirkungsforschung oder -evaluation noch aussteht.²⁰

Grundsätzlich ist die Feststellung von Wirkungen gesundheitsfördernder Maßnahmen in Lebenswelten herausfordernd.²¹ Die hier angeführten Beispiele sind – typisch für alle Programme und Projekte zur Gesundheitsförderung – durch eine hohe Komplexität gekennzeichnet²²: In der Regel besteht Gesundheitsförderung aus einem Bündel unterschiedlicher, teilweise miteinander verwobener Interventionen. An der Umsetzung sind in der Regel unterschiedliche Akteur*innen der Administration (Trägerverantwortliche, Einrichtungsleiter*innen, Qualitätsbeauftragte etc.) und der operativen Ebene (pflegende, pädagogische, hauswirtschaftliche Mitarbeitende) beteiligt, deren jeweilige Perspektiven einzubeziehen sind. Die Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention selbst sind jeweils auf

19 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband.

20 Unter anderem Breuker/Schröder 2018: 33.

21 Fischer 2020: 675.

22 Bonell et al. 2022.

vielfältige, teilweise sehr spezifische Adressat*innen hinsichtlich Alter, körperlicher und geistiger Fähigkeiten, Geschlecht, Behinderung, Hautfarbe, ethnischer Herkunft und sexueller Orientierung ausgerichtet. Diese Vielfalt gilt es ebenfalls in der Wirkungsfeststellung zu berücksichtigen.

Nicht zuletzt müssen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung sehr verschiedene Rahmenbedingungen berücksichtigen und – im Idealfall – maßgeschneidert umgesetzt werden. In diesem komplexen Handlungsfeld sind angestrebte und erwartbare Wirkungen ohnehin schwierig präzise zu fassen. Noch komplizierter gestaltet sich die Identifizierung nicht beabsichtigter Wirkungen.

Wenn es um die Frage geht, welche (intendierten und nicht-intendierten) Wirkungen die Digitalisierung in der Gesundheitsförderung hat, oder genauer gefasst, welche Wirkungen von digitalen Angeboten ausgehen, so gestaltet sich das ohnehin herausfordernde Unterfangen noch schwieriger. Insbesondere in der Settingprävention gilt es, das Zusammenwirken verschiedener digitaler und analoger Interventionen in ihrer Gesamtheit zu erfassen. Dabei müssen sowohl die individuelle wie auch die organisationale Ebene im Blick behalten werden. In der Regel – und auch in den von uns genannten Beispielen – muss davon ausgegangen werden, dass die Digitalisierung immer im Zusammenhang mit den vermittelten Inhalten zu untersuchen ist, von der Digitalisierung also weniger isolierte als insbesondere moderierende Effekte ausgehen.

Um Veränderungen auf der organisationalen Ebene adäquat zu erfassen, ist nicht von linearen, monokausalen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen auszugehen. Vielmehr gilt es, den *Beitrag*, den die Digitalisierung leistet, zu untersuchen. Hierzu liefert die Kontributionsanalyse²³ wichtige Anregungen, die sowohl komplexe Wirkungsmechanismen in den Blick nimmt als auch den Kontext der Gesundheitsförderung und der beteiligten Organisationen einbezieht. Zentraler Bestandteil dieses Ansatzes ist ein kontributiver Wirkungsbegriff, der anstelle eines linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs den *Beitrag*, den ein Projekt oder ein Programm zum Erzielen von Wirkungen leistet, in den Blick nimmt. Dreh- und Angelpunkt der Kontributionsanalyse ist eine sogenannte *Programitheorie*,²⁴ die multiperspektivisch und multimethodisch entwickelt und geprüft wird. Zentral für diesen Ansatz ist es außerdem, dass neben den Ursache-Wirkungs-Komponenten auch Kontextfaktoren berücksichtigt werden und im-

23 Mayne 2012.

24 Unter anderem Giel 2013, 2015.

mer wieder der Frage nachgegangen wird: Was funktioniert für wen unter welchen Bedingungen?

Die Wirkungsmodellierung und Wirkungsüberprüfung im hochdynamischen Feld der digitalisierten Gesundheitsförderung benötigen außerdem Evaluationsansätze, die sensitiv für rasche Veränderungen und Entwicklungen sind. Hierfür bietet bspw. die *Developmental Evaluation* nach Michael Q. Patton²⁵ eine Alternative zu formativen und summativen Evaluationen. Im Mittelpunkt der *Developmental Evaluation* steht die Bewertung von „Innovationen in komplexen dynamischen Umfeldern“, die beständig angepasst werden und/oder unter Rahmenbedingungen entwickelt und umgesetzt werden, die durch Unbeständigkeit und Unsicherheit geprägt sind.²⁶ Die sich möglicherweise ändernden Ziele und Interventionen erfordern eine beständige Anpassung der Evaluationsstrategie, die darauf ausgerichtet ist, die Praxis wirkungsorientiert zu planen.

5. Ausblick

Die im Artikel umrissene digitale Transformation von Evaluationen und von Programmen bzw. Projekten der Gesundheitsförderung zeigt deutlich, dass dieser Prozess anhält und die Reise noch lange nicht beendet ist. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass durch die Digitalisierung neue Datenarten sowie größere Datenmengen erfasst und verarbeitet werden können. Damit geht eine deutliche Steigerung der Leistungsfähigkeit von Evaluationen einher. Um die zusätzlichen Potenziale jedoch auszunutzen, müssen Evaluat*innen ihr Repertoire an Methoden und Designs anpassen und erweitern.

Der Einbezug und die Beteiligung von zusätzlichen Personen(gruppen) kann im Zuge einer Digitalisierung und der Entwicklung neuer Methoden leichter gelingen bzw. barriereärmer gestaltet werden. Mit dem Fokus auf digitale Angebote und Methoden besteht gleichermaßen jedoch auch die Gefahr, Personengruppen ohne Zugang zu digitalen Medien sowie analoge Situationen und Bedingungen in den Settings aus dem Blick zu verlieren. Die Beispiele aus der Praxis unterstreichen, dass in besonderem Maße der zunehmende Einsatz von digitalen Angeboten in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung nicht ausschließlich digital evaluiert

25 Patton et al. 2015; Patton 2010.

26 Gutknecht-Gmeiner 2015: 134f.

werden kann. Vielmehr sind auch hier – wie für die Gesundheitsförderung selbst – hybride Lösungen zu finden, die für alle Menschen einen Zugang erlauben.

Die Rekonstruktion von Wirkungslogiken und die Überprüfung von Wirkungen in diesem hochkomplexen und hochdynamischen Feld steckt erst in den Kinderschuhen. Hierfür braucht es Evaluationsansätze, die der Komplexität des Handlungsfelds gerecht werden und sensitiv für rasche Veränderungen und Entwicklungen sind.

Literatur

- Bonell, C/Warren, E/Melendez-Torres, G (2022): Methodological Reflections on Using Qualitative Research to Explore the Causal Mechanisms of Complex Health Interventions. *Evaluation, SAGE journals*, 28: 2, 166–181. DOI: <https://doi.org/10.1177/13563890221086309>.
- Breucker, G/Schröder, J (2018): Prävention und Gesundheitsförderung zwischen Erneuerung und Konsolidierung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 72: 2, 31–35. URL: <https://www.jstor.org/stable/26766368>; 1.8.2022.
- De Bock, F/Spura, A/Thaiss, H (2020): Digitalisierung als Lernprozess in der Prävention und Gesundheitsförderung: Voraussetzungen, Chancen, Herausforderungen und praktische Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63, 663–664. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03155-2>; 28.7.2022.
- DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (2019): Kurzfassung. Standards für Evaluation. URL: <https://www.degeval.org/degeval-standards/kurzfassung/>; 25.8.2022.
- Deutscher Bundestag – 14. Wahlperiode (2002): Schlussbericht der Enquete-Kommission. Globalisierung der Weltwirtschaft – Herausforderungen und Antworten. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/14/092/1409200.pdf>; 30.8.2022.
- Engelke, K (2018): Die journalistische Darstellung von Vertrauen, Misstrauen und Vertrauensproblemen im Kontext der Digitalisierung. Theoretische Entwicklung und empirische Erfassung von Vertrauensdimensions-Frames. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Fischer, F (2020): Digitale Interventionen und Gesundheitsförderung: Welche Form der Evidenz haben wir und welche wird benötigt? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63: 6, 674–680.
- FUMA – Fachstelle Gender & Diversität NRW (2020): Unsere Vision. URL: <https://www.gender-nrw.de/unsere-vision/>; 30.8.2022.
- Giel, S (2013): Theoriebasierte Evaluation. Konzepte und methodische Umsetzungen. Münster/New York: Waxmann.
- Giel, S (2015): Wirkungen auf der Spur mit Programmtheorien. In: Giel, S/Klockgether, K/Mäder, S (Hg.): *Evaluationspraxis. Professionalisierung – Ansätze – Methoden*. Münster: Waxmann, 113–131.

- Gutknecht-Gmeiner, M* (2015): Developmental Evaluation nach Michael Quinn Patton. In: Giel, S/Klockgether, K/Mäder, S (Hg.): Evaluationspraxis. Professionalisierung – Ansätze – Methoden. Münster: Waxmann, 133–155.
- Holtzblatt, K/Beyer, H* (2015): Contextual Design. Evolved. Synthesis Lectures on Human-Centered Informatics. Williston: Morgan & Claypool. URL: <https://wtf.tw/ref/holtzblatt.pdf>; 25.8.2022.
- Mäder, S* (2013): Die Gruppendiskussion als Evaluationsmethode – Entwicklungsgeschichte, Potenziale und Formen. Zeitschrift für Evaluation, 1, 23–51.
- Mayne, J* (2012): Contribution analysis: Coming of age? Evaluation, 18: 3, 270–280.
- Morgan, DL/Krueger, RA* (1997): The Focus Group Kit. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Patton, MQ* (2010): Developmental Evaluation. Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use. New York/London: Guilford Press.
- Patton, MQ/McKegg, K/Wehipeihana, N* (2015): Developmental Evaluation Exemplars: Principles in Practice. New York/London: Guilford Press.
- Rubin, J/Chisnell, D/Spool, J* (2008): Handbook of Usability Testing. How to Plan, Design, and Conduct Effective Tests. Indianapolis: Wiley Publishing.
- Riihiahho, S* (2018): Usability Testing. In: Norman, K/Kirakowski, J (Hg.): The Wiley Handbook of Human Computer Interaction Set. Chichester: Wiley-Blackwell, 257–276.
- Schwulenberatung Berlin gGmbH* (2022): Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®. URL: <http://www.qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt.de/>; 12.8.2022.
- Univation* (2012): Eval-Wiki: Glossar der Evaluation – Rechenschaftslegung. URL: <https://eval-wiki.org/glossar/Rechenschaftslegung>; 22.9.2022.
- Uzunova, E* (2015): Evaluation und das Web. In: Giel, S/Klockgether, K/Mäder, S (Hg.): Evaluationspraxis. Professionalisierung – Ansätze – Methoden. Münster: Waxmann, 253–276.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.* (2022a): PflBeO. Gute Beweg-Gründe für mehr Gesundheit. URL: <https://pflbeo.de/>; 17.8.2022.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.* (2022b): Gut vernetzt und stark im Netz: wie sich die PKV für Gesundheitsprävention engagiert. URL: <https://www.pkv.de/positionen/praeventionsengagement/>; 21.7.2022.

LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung im Pflegesetting – Erfahrungen mit der Digitalisierung eines Organisationsentwicklungsprozesses

Eva Obernauer und Simon Lang

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	197
Abstract	198
0. Einleitung: Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von LSBTI* mit dem Programm Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt [†]	198
1. Vorgehensweise und Limitierungen des analogen Organisationsentwicklungsprozesses	201
2. Vereinfachte Dokumentenprüfung und kohärente Informationsvermittlung durch Moodle	203
3. Konzeption der E-Health-Angebote	206
4. Fallbeispiel zur digitalen Organisationsentwicklung	208
4.1 Voraussetzungen für eine digitale Unternehmensentwicklung	209
4.2 Digitale Effizienz vs. analoger Austausch	210
4.3 Zugänglichkeit der E-Health-Angebote	211
4.4 Digitale Vernetzung über das Café Vielfalt	213
5. Fazit und Ausblick	214
Literatur	215

Zusammenfassung

Dieser Artikel geht der Frage nach, inwieweit digitalisierte Angebote des *Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt*[†], eines Programms zur Gesundheitsförderung von LSBTI*, die Organisationsentwicklungsprozesse im Pflegesetting unterstützen können. Anhand eines Interviews mit einem Projekteinrichtungsverantwortlichen werden Chancen und Herausforderungen aufgezeigt. Die Digitalisierung scheint die Kommunikation mit den Einrichtungen und die Flexibilität von Qualifizierungsmaßnahmen zu verbessern. Die Digitalisierung stößt aber in der Gestaltung der Beziehungsebene mit Projekteinrichtungen an ihre Grenzen.

Abstract

This article discusses to which extent the digitization of offers of the *Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt*^{*}, a program aiming to promote the health of LGBTI^{*}, can contribute to the organizational development in the care setting. An interview with a project institution manager reveals opportunities and challenges. The digitization seems to improve the communication with institutions and the flexibility of qualification measures. However, the digitization shows limitations with regards to relationship building with project institutions.

0. Einleitung: Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von LSBTI^{*} mit dem Programm Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt^{*}

Marginalisierte Menschen stehen im Gesundheitswesen und somit auch im Setting der stationären Pflege bei der Inanspruchnahme von Leistungen vor einer Vielzahl von Hürden.

Im Sinne der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit (SGB V § 20) ist es essentiell der Heterogenität der Zielgruppen und ihrer Bedarfe Rechnung zu tragen. In Deutschland leben circa 6,2 Millionen lesbisch, schwule, bisexuelle, trans^{*} und inter^{*} (LSBTI^{*}) Personen¹, die sehr häufig im Pflegesetting *unsichtbar* bleiben. LSBTI^{*} Pflegeempfänger*innen verbergen ihre Identität aufgrund der Angst vor erneuter Ablehnung und Ausgrenzung. Ihre Befürchtung, dass Pflegeeinrichtungen nicht auf ihre Bedarfe eingestellt sind, bestätigt sich dadurch, dass ein Großteil der Einrichtungen keine Konzepte zum Thema sexuelle und geschlechtliche Vielfalt vorhalten kann.² Des Weiteren zeigen Studien auf, dass LSBTI^{*} im Gesundheitswesen auch gegenwärtig massiven Diskriminierungen ausgesetzt sind.³

Neben dem aktuellen Risiko diskriminiert zu werden, erklärt ein Blick auf die Geschichte, die für LSBTI^{*} geprägt war von Diskriminierung, Kriminalisierung und Pathologisierung, die besondere Vulnerabilität älterer LSBTI^{*}. Der sogenannte Minderheitenstress⁴ hat Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit von LSBTI^{*}:

1 ILGA-Europe 2017, bezugnehmend auf den Dalia Report 2016.

2 Schröder/Scheffler 2016.

3 Timmermanns et al. 2022: 95ff.; Fütty et al. 2019.

4 Meyer 2003.

„Inwieweit Menschen ihr Geschlecht, ihre Sexualität und ihre Lebensform selbstbestimmt und frei leben können und mit welchen gesellschaftlichen Ressourcen, Teilhabechancen und Diskriminierungen dies verbunden ist, beeinflusst ihre Lebenslagen und damit auch ihre gesundheitliche Situation. Nicht die individuelle geschlechtliche Identität oder sexuelle Orientierung sind ursächlich für Unterschiede in der Gesundheit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, sondern der gesellschaftliche Kontext kann eine wichtige Einflussgröße sein.“⁵

Neben internationalen Studien⁶ kam kürzlich eine der wenigen deutschen Studien zu dem Ergebnis, dass LSBTI* u. a. ein erhöhtes Risiko der Erkrankung an Depressionen aufweisen, häufiger Herzkrankheiten, Asthma und chronische Rückenschmerzen haben und auch das Gefühl von Einsamkeit bei LSBTI* doppelt so häufig wie in der Mehrheitsgesellschaft ausgeprägt ist.⁷

Um das Setting der stationären Altenpflege für die Bedarfe von LSBTI* zu sensibilisieren und nachhaltig eine gesundheitsförderliche Lebenswelt für LSBTI* zu schaffen, ist die Implementierung eines strukturierten Organisationsentwicklungsprozesses zentral. Mit dem Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt⁸ hat die Schwulenberatung Berlin ein Programm zur diversitätssensiblen Gesundheitsförderung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und inter* Personen im Setting stationärer Pflege⁸ mit dem Ziel geschaffen, Prozesse anzupassen und Organisationsstrukturen zu implementieren, die die Inklusion von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt fördern.

Grundlage des Organisationsentwicklungsprozesses ist der sogenannte *Diversity Check*, ein mit den *Communities* erarbeiteter Kriterienkatalog, der Voraussetzung ist, um eine gute Pflege und Versorgung von LSBTI* sicherzustellen. Der Katalog gliedert sich in fünf Themenbereiche (vgl. auch Tab. 1):

1. *Unternehmenspolitik und Kommunikation* fokussiert auf das Qualitätsmanagement sowie die Außendarstellung und interne Kommunikation mit dem Ziel, Diversität abzubilden.
2. *Personalmanagement* stellt u. a. die Personalentwicklung in den Vordergrund.

5 Pöge et al. 2020: 3.

6 Semlyen et al. 2016; Meads et al. 2018.

7 Kasproski et al. 2021.

8 Des Weiteren werden mit dem Programm auch ambulante Pflegedienste, Tagespflege-Einrichtungen, Hospize und Krankenhäuser qualifiziert und zertifiziert.

3. *Transparenz und Sicherheit* meint ein Verfahren, um ein diskriminierungssensibles Umfeld zu schaffen.
4. *Pflege/Versorgung/Begleitung* stellt die besonderen pflegerischen Bedarfe von LSBTI* in den Mittelpunkt.
5. *Lebenswelten*⁹ bezieht sich auf die Entwicklung eines Diversitätskonzeptes für die Infrastruktur der Einrichtung, sowie auf inklusive Aktivierungsangebote und die Vernetzung mit Akteur*innen im Sozialraum von LSBTI*.

Tab. 1: *Diversity Check compact – Übersicht der Themenfelder des Diversity Checks*

Unternehmenspolitik und Kommunikation	Personalmanagement	Transparenz und Sicherheit	Pflege/Versorgung/Begleitung	Lebenswelten
- Qualitätsmanagement wird praktiziert und berücksichtigt LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung. - Das Leitbild beinhaltet die Pflege/Versorgung/Begleitung von LSBTI* und ist allen relevanten Personen bekannt. - MA begegnen sich mit Fairness und Respekt. - Der Zugang zu Informationsmaterialien bzgl. LSBTI* ist vorhanden. - In der Außendarstellung werden LSBTI*-Lebenswelten abgebildet. - In der Gesprächsführung und bei Dokumenten wird sexuelle und geschlechtliche Vielfalt berücksichtigt.	- Es existieren Strategien, die die Vielfalt der Belegschaft implementieren. - Das Einarbeitungskonzept beinhaltet das Themenfeld LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung. - Der Themenkomplex LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung ist fester Bestandteil bei Fortbildungen und Teamsitzungen. - Die LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung wird im MA-Gespräch thematisiert. - Sofern Ehrenamtliche Einsatz finden, sind sie über LSBTI*-Lebenswelten informiert.	- Ein diskriminierungssensibler Umgang zwischen allen relevanten Personen ist gesichert und die Verfahren, die dies ermöglichen, sind transparent. - Die Nutzer*innen der Einrichtung (Bewohner*innen, Klient*innen, Kund*innen, Gäste*, Patient*innen) fühlen sich respektiert und wertgeschätzt.	- Eine Zusammenarbeit mit LSBTI*-sensiblen Gesundheitsdienstleister*innen ist gewährleistet. - Spezielle Kenntnisse zu LSBTI*-Gesundheitsrisiken sind vorhanden. - Spezielle Kenntnisse in der Versorgung von Trans* und Inter* sind vorhanden und werden regelmäßig aktualisiert. - Nutzer*innen einer Einrichtung werden an der Planung der Pflege/Versorgung/Begleitung beteiligt. - Angehörige/Wahlfamilien werden auf Wunsch in die Planung der Pflege/Versorgung/Begleitung einbezogen. - Die Trauer- und Sterbegleitung ist auf die Bedürfnisse von LSBTI* abgestimmt. - Den Menschen ist es möglich, sich so zu präsentieren, wie sie wollen, und sie werden dabei auf Wunsch unterstützt. - Sexualität wird nicht tabuisiert.	- Es gibt ein Diversitätskonzept für die Räumlichkeiten der Einrichtung (z. B. geschlechtsneutrale Toiletten). - Medien der LSBTI*-Community sind zugänglich. - Es gibt Aktivitäten, die die Interessen von LSBTI* berücksichtigen. - Die Vernetzung mit LSBTI*-Organisationen ist gewährleistet. - Interkultureller Austausch wird gefördert. - Religiöse/spirituelle Bedürfnisse, sowie agnostische/atheistische Bedürfnisse werden respektiert und unterstützt.

9 Der Begriff Lebenswelten bezieht sich hier auf das räumliche Wohnumfeld in der Pflegeeinrichtung sowie auf die Einbindung in die LSBTI*-Communities.

Zusammengefasst subsumiert der *Diversity Check* verhältnis- und verhaltenspräventive Kriterien. Zu den verhaltenspräventiven Maßnahmen zählen unter anderem Kriterien, welche die Fortbildungsanforderungen für Mitarbeitende definieren. Die verhältnispräventiven Aspekte der Organisationsentwicklung (OE) werden zum Beispiel durch Kriterien sichtbar, die einen diversitätssensiblen Aufnahmeprozess von neuen Bewohnenden bzw. Klient*innen fordern.

Das Zusammenspiel dieser Qualitätsstandards dient einerseits der Sensibilisierung der Führungskräfte und Mitarbeitenden und andererseits dazu, konkrete strukturelle Maßnahmen einzufordern, welche die Hürden für LSBTI* im Pflegesetting abbauen und somit die Lebenssituation verbessern. Abhängig von der Einrichtungsart (stationäre Pflege, ambulante Pflege, Tagespflege, Hospiz oder Krankenhaus) ist der *Diversity Check* passgenau konzipiert. D. h. im Setting der stationären Pflege ist die Ausgestaltung des Bereichs *Lebenswelten* umfänglicher als beispielsweise in ambulanten Strukturen, die auf die Pflege in der Häuslichkeit ausgerichtet sind. Der Hospiz-*Diversity Check* beinhaltet ein umfassendes Kriterienset zur LSBTI*-sensiblen Sterbebegleitung und der Kriterienkatalog für Krankenhäuser umfasst zusätzliche diagnostische Aspekte. Auch die Kriterienanzahl variiert je nach Einrichtungstyp von 90 bis 120.

1. Vorgehensweise und Limitierungen des analogen Organisationsentwicklungsprozesses

Bis 2020 als Modellprojekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert, war das Programm als analoger Organisationsentwicklungsprozess mit einem digitalen Teilaspekt konzipiert. Der erste Schritt des vierteiligen Qualifizierungs- und Zertifizierungsprozesses bestand für interessierte Einrichtungen darin, den auf der Website des Programms öffentlich zugänglichen *Diversity Check* als digitalen Fragebogen unverbindlich auszufüllen. Dieser Fragebogen fungierte als Bedarfsanalyse-tool, der mittels einer Ergebnisliste das Resultat der Selbsteinschätzung unmittelbar transparent machte und entsprechend dem Umsetzungsstand diversitätssensibler Pflege Handlungsempfehlungen aufzeigte. Den Settingverantwortlichen stand die Option zur Verfügung, ihr Endergebnis direkt an das Beratungsteam des Programms Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt® zu übermitteln, um formal in den Organisationsentwicklungsprozess einzutreten.

Im nächsten Schritt konnten die Projekteinrichtungen Vor-Ort-Beratungsleistungen, ausgerichtet an den Ergebnissen des digitalen Selbsteinschätzungstools, in Anspruch nehmen. Beratungen dienen dazu, Umsetzungsmöglichkeiten der *Diversity Check*-Kriterien aufzuzeigen, Personalentwicklungsbedarfe zu ermitteln und einen Maßnahmenplan zu erstellen.

Der dritte Schritt, die Maßnahmenimplementierung, erfolgt flankierend zur prozessorientierten Dokumentenprüfung als Bestandteil der Abschlussbegutachtung. So werden beispielsweise verschriftlichte Anpassungen in der Ablauforganisation in Form von Prozessbeschreibungen des Qualitätsmanagements direkt dem Beratungsteam des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt[®] zur Begutachtung vorgelegt. Dieser Schritt ermöglicht zeitnahe Feedback und mittels Korrekturschleifen die effektive Umsetzung LSBTI*-sensibler Pflege. Zur Durchführung von Fortbildungen vernetzte das Projektteam die Settingverantwortlichen mit lokalen LSBTI* Expert*innen bzw. führte die Fortbildungen selbst durch. Der Qualitätsanspruch war es, Dozierende aus den LSBTI*-Communities zu vermitteln, um für die Lebensrealitäten authentisch zu sensibilisieren.

Abgeschlossen wird die Begutachtungsphase durch eine finale Begehung und Befragungen der Mitarbeitenden und Bewohner*innen. Sind 80% der 120 Kriterien des *Diversity Checks* positiv erfüllt, erhält die Einrichtung das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt[®] mit einer initialen Gültigkeit von drei Jahren.

Die Limitierung eines hauptsächlich analog angelegten Organisationsentwicklungsprozesses wird im Prozessschritt der Dokumentenprüfung besonders ersichtlich. Eine Vielzahl an Dokumenten, inkl. Feedback, sowie erneut eingereichten redigierten Versionen führen zu einem sehr hohen Dokumententransfer, der bei zunehmender Skalierung des Programms schwer steuerbar und zunehmend fehleranfällig wird. Dieser Vorgang wird auch dadurch erschwert, dass Dokumente mehrere Kriterien beinhalten können und für die positive Bewertung von anderen Kriterien mehrere Dokumente benötigt werden.

Des Weiteren müssen Projekteinrichtungen kontinuierlich von Projektmitarbeitenden über ihren Programmfortschritt informiert werden. Ebenfalls sehr zeitintensiv und ineffizient ist die nicht-automatisierte Weitergabe allgemeiner Informationen und aktueller Hinweise. Indes nehmen Einrichtungsleitungen, vor allem von Häusern mit vielen Mitarbeitenden, die Organisation von Fortbildungen als Herausforderung bei der Dienstplangestaltung wahr, was als ein Hemmfaktor für neu zu akquirierende Einrichtungen gewertet werden kann. Eine Intensivierung der Begrenzung

des analogen Vorgehens wurde mit COVID-19 merklich spürbar, da insbesondere das Setting der stationären Pflege aufgrund notwendiger Schutzkonzepte lange Zeit nicht betreten werden konnte. Analoge Beratungstage, Fortbildungen sowie Begehungen und Befragungen konnten deshalb nicht durchgeführt werden, was z. T. zu enormen Verzögerungen in den Organisationsentwicklungsprozessen führte.

2. Vereinfachte Dokumentenprüfung und kohärente Informationsvermittlung durch Moodle

Ziel der Digitalisierung der OE war es eine digitale Infrastruktur zu schaffen, die verschiedene Angebote des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt® zusammenführt, um diese den Projekteinrichtungen gebündelt zur Verfügung zu stellen (vgl. Abb. 1). Über ein öffentliches und digitales Foyer sollte es Projekteinrichtungen und Interessierten möglich sein, sowohl Informationen zum Projektablauf einzuholen als auch Kontakt zum Beratungsteam des Qualitätssiegels aufzunehmen. Außerdem sollte sich auf dieser Seite eine Verlinkung zum *Diversity Check* befinden.

In Absprache mit einer für diesen Zweck beauftragten Dienstleisterin fiel die Entscheidung, die *Moodle*-Plattform zu nutzen. Diese Plattform wird bereits seit Jahren von über 100.000 Bildungseinrichtungen genutzt. Darunter fallen Unternehmen, Verbände, Verwaltungen, Bildungsträger, Hochschulen und Schulen.¹⁰

10 Moodle 2022.

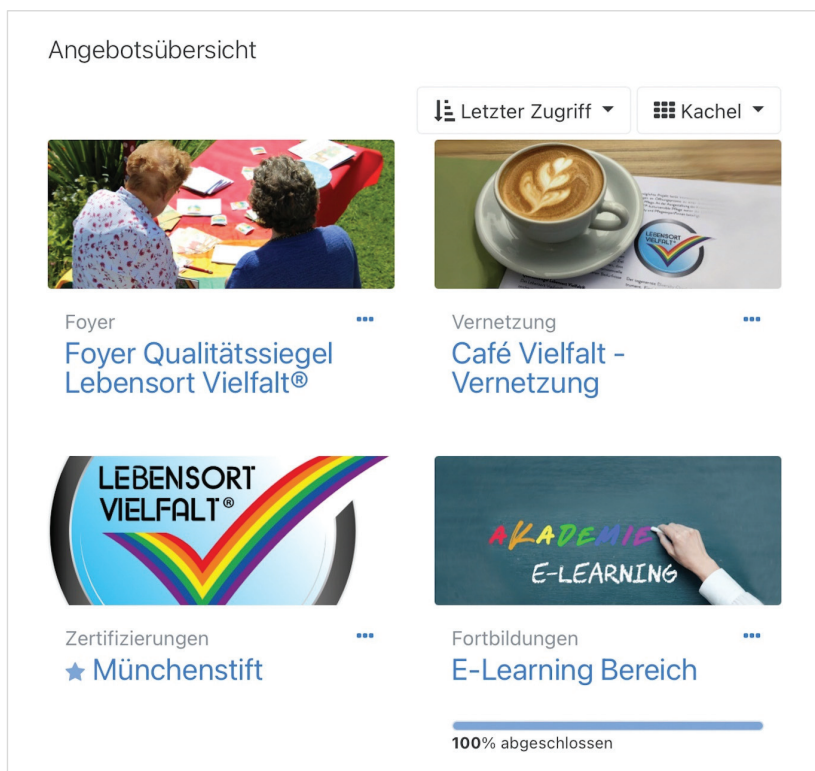


Abb. 1: Beispielhafte Angebotsübersicht für Projekteinrichtungen, Navigationsmenü Moodle (Quelle: eigene Darstellung)



Abb. 2: Statusleiste, sichtbar für die Projekteinrichtungen (Quelle: eigene Darstellung)

Das entscheidende Kriterium für die Auswahl dieser Plattform war die *Open Source*-Struktur von *Moodle* und die Möglichkeit Nutzer*innen zu verwalten, Kurse anzulegen und Inhalte und Aktivitäten zu strukturieren. Auch ermöglicht die Plattform eine Dokumentation von Ergebnissen und eine einfache Erstellung von neuen Zertifizierungsräumen.

Dennoch war die projektbezogene Ausgestaltung dieser *Open Source*-Plattform mit Herausforderungen verbunden. Die *Diversity Check* Krite-

en, für die eine gewisse Regelmäßigkeit nachgewiesen werden muss, erfordern teilweise mehrere Dokumente. Gleichzeitig kann in manchen Fällen ein einziges Dokument, wie etwa das Leitbild der Projekteinrichtung, mehrere Kriterien abdecken.

Da *Moodle* aus dem akademischen Bereich kommt, ist die Plattform darauf ausgelegt, für jede Aufgabe lediglich eine Bewertung zu vergeben. Da es aber im Zertifizierungsprozess Überschneidungen zwischen Dokumenten, Aufgaben und Kriterien gibt, wurde die Dokumentenabgabe über ein Forum eingerichtet, um zu verhindern, dass Dokumente mehrfach hochgeladen werden müssen.

Dieses Forum ermöglicht es den Projekteinrichtungen, ein neues Thema anzulegen und unter Angabe der zu erfüllenden Kriterien ein Dokument oder mehrere Dokumente hochzuladen. Diese Dokumente werden dann vom Team des Qualitätssiegels geprüft und die Kriterien entsprechend positiv bewertet. Falls ein Kriterium noch nicht gänzlich erfüllt ist, hat das Team die Möglichkeit, auf den Beitrag eine direkte Rückmeldung zu geben, und die Projekteinrichtung kann ein entsprechend überarbeitetes Dokument erneut im gleichen Feed einreichen.

Da die Plattform aus dem Hochschulkontext kommt, waren auch Bezeichnungen wie *Kurs* für die Projekteinrichtungen irreführend. Diese und andere Funktionsbezeichnungen mussten von der Dienstleisterin, unter Einsatz großer zeitlicher und finanzieller Ressourcen, umbenannt werden. Dies gestaltete sich besonders schwierig, da auch Mitteilungen, Fehlermeldungen und andere Systemdialoge konsequent beachtet werden mussten.

Eine weitere Hürde in der Nutzung der *Moodle* Plattform war der Anspruch des Qualitätssiegels, gendergerecht zu schreiben. Die Systemmitteilungen hielten aber nur das generische Maskulinum vor (Beispiel: *Sehr geehrter Nutzer* musste in *Sehr geehrte Nutzer*innen* geändert werden). Dies verursachte unerwartete Mehrkosten, da das *Moodle*-Sprachpaket von der Dienstleisterin umfassend angepasst werden musste. Nach erfolgreicher Änderung steht nun aber dieses gendergerechte Sprachpaket allen Nutzenden der *Moodle*-Plattform als *Open Source* Angebot zur Verfügung.

Ein großer Vorteil für die Projekteinrichtungen ist die übersichtliche Darstellung ihres Fortschritts im Qualifizierungsprozess (vgl. Abb. 2). Diese Darstellung kann Einrichtungen motivieren, da sie immer aktuell anzeigt, welche Kriterien bereits erfüllt sind, und einen Überblick über die anstehenden Aufgaben liefert.

Falls in Projekteinrichtungen mehrere Personen an der Dokumentenabgabe beteiligt sind, können sie durch einen gemeinsamen Log-In immer

nachvollziehen, was die jeweils andere Person bereits eingereicht hat und welches Feedback auf diese Abgabe gegeben wurde. Da auch im Team des Qualitätssiegels immer zwei Personen eine Einrichtung betreuen, ist dies auch ein Vorteil für die Zertifizierenden.

Moodle kann auch zur Wissensvermittlung eingesetzt werden. Neben der Möglichkeit, ein umfangreiches LSBTI*-Glossar zu erstellen, bietet die Plattform die Möglichkeit, hinter jedem Kriterium weiterführende Informationen zu hinterlegen. Einrichtungen können so, bei Bedarf, eine Hilfestellung einsehen und haben auch Zugriff auf Verlinkungen zu externen Dokumenten, wie etwa Transitionsleitlinien oder Antidiskriminierungsratsgebern. Darüber hinaus können Bilder von *Best Practice*-Beispielen anderer Projekteinrichtungen als Orientierungshilfe dienen.

Für Rückfragen, Statusgespräche und Reflexionsrunden können Projekteinrichtungen auch das Programm *Big Blue Botton* nutzen, um sich via Videokonferenz mit den Zertifizierenden auszutauschen.

Neben der Dokumentenabgabe, auf die nur die damit betrauten Führungskräfte zugreifen können, gibt es auch noch einen offenen Bereich für Mitarbeitende, auf denen die *E-Health*-Angebote zu finden sind. Des Weiteren besteht die Möglichkeit für Projekteinrichtungen, sich über ein Forum namens *Café Vielfalt* themenbezogen auszutauschen.

3. Konzeption der E-Health-Angebote

Ziel der Digitalisierungsoffensive des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt^{*} war es von Anfang an, die für Projekteinrichtungen verpflichtenden analogen Schulungsformate in eine digitale Form zu überführen und sie in die Plattform zu integrieren.

COVID-19 und die damit verbundenen Einschränkungen machten eine Alternative zu Präsenzveranstaltungen umso dringlicher. In Kooperation mit einem digitalen Dienstleistungsunternehmen wurde zuerst die Fortbildung *LSBTI*-sensible Pflege* im Rahmen von zwei Modulen digitalisiert. Das Augenmerk lag hierbei darauf, den Settingbezug zur Pflege herzustellen, durch Interaktionen niedrigschwellige gesundheitsfördernde Interventionen zu initiieren und das Sprachniveau so inklusiv wie möglich zu gestalten. Dieser barrierearme Ansatz sollte auch durch eine Vertonung der Texte gewährleistet werden.

Grafische Ausgestaltungen und Animationen, die Produktion von Videos und die Vertonungen waren sehr kostenintensiv. Ohne die projektbezogene

Förderung durch den Verband der privaten Krankenversicherung wäre es dem Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt* nicht möglich gewesen, diese Dienstleistungen zu finanzieren.

Die analogen Fortbildungen legen – neben der Wissensvermittlung rund um LSBTI*-Thematiken – auch ein Augenmerk auf Reflexion durch Einblicke in persönliche Lebenserfahrungen. Den Mitarbeitenden werden in einem *E-Health*-Angebot die Grundlagen von *LSBTI*-sensibler Pflege* vermittelt. Weitere Angebote beschäftigen sich mit den Themen *HIV in der Pflege* (vgl. Abb. 3), *Trans* in der Pflege* und *Inter* in der Pflege* (vgl. Abb. 4). Alle *E-Health*-Angebote beinhalten Videoelemente, in denen Personen aus den *Communities* über ihre Erfahrungen, ihre Diskriminierungserlebnisse und ihre Wünsche an die Pflege berichten können. Dies soll Pflegende auch dazu befähigen, die Biographiearbeit mit Pflegeempfänger*innen, die sich dem LSBTI*-Spektrum zuordnen, qualifizierter umzusetzen.

Eine weitere Anforderung an die Dienstleisterin war es, einen automatisierten Leistungsnachweis für die Teilnehmenden zu generieren. Dieser wird benötigt, um es sowohl den Mitarbeitenden des Qualitätssiegels als auch den Führungskräften in den Projekteinrichtungen zu ermöglichen, die Schulungsanforderungen ohne erheblichen Verwaltungsaufwand zu prüfen. In den *E-Health*-Angeboten wurde daraufhin ein Quiz eingefügt, welches von den Teilnehmenden bestanden werden muss, um sich einen persönlichen Leistungsnachweis generieren zu lassen.

In der Vorbereitungszeit prüfte das Team des Qualitätssiegels, inwieweit vorhandene Fortbildungsinhalte und Methoden digital umgesetzt werden können, und erstellte daraufhin ein Dokument mit geforderten Lernzielen. Die digitale Umsetzung gestaltete sich im Anschluss schwierig. Dies lag an mehreren Faktoren. Zum einen musste die Dienstleisterin in der Thematik geschult werden, um die spezifischen Anforderungen des Projektes konsequent berücksichtigen zu können. Zum anderen mussten die bildliche Darstellung und die sprachliche Ausgestaltung mehrfach angepasst werden, um eine inklusive Ansprache und Repräsentation von marginalisierten Gruppen zu gewährleisten. Diese Korrekturschleifen waren auch im Modul 1 von *HIV in der Pflege* sehr ressourcen- und zeitintensiv. Infolgedessen wurde das zweite Modul zu HIV mit einem Unternehmen realisiert, welches mehr Erfahrung in der Erstellung von *E-Learning*-Angeboten dieser Art hatte. Dieser Wechsel führte aber zu einem weiteren Kostenanstieg.

Die *E-Health*-Angebote können auch von Personen genutzt werden, die sich mit ihrer Einrichtung nicht im Zertifizierungsprozess befinden. Vor

allen Pflegeschulen nutzen dieses Angebot teilweise bereits intensiv. Neben der Sensibilisierung eines größeren Personenkreises erweitert dieses Angebot auch die Reichweite des Qualitätssiegels und fördert die Akquise neuer Projekteinrichtungen.

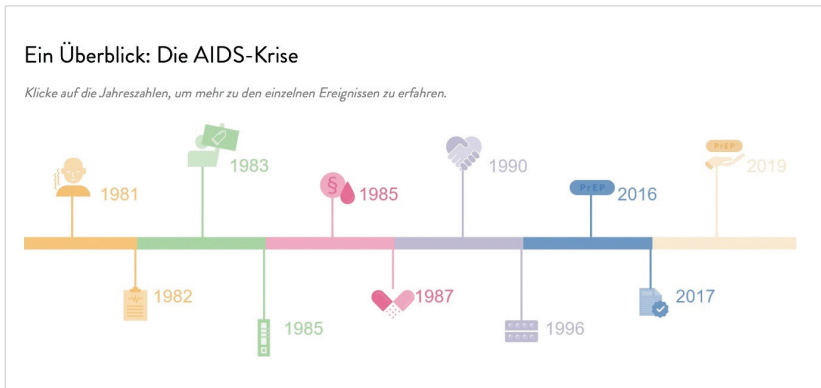


Abb. 3: Interaktive Zeitleiste, Screenshot der HIV-Fortbildung Modul II (Quelle: eigene Darstellung)



Abb. 4: Screenshot Inter* Fortbildung (Quelle: eigene Darstellung)

4. Fallbeispiel zur digitalen Organisationsentwicklung

Um ein besseres Verständnis für den Transformationsprozess in der OE auf Einrichtungsebene zu bekommen, führte Simon Lang, Mitarbeiter des

Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt¹¹, im Juli 2022 ein Interview mit Michael Herteis. Herteis ist Leiter der Stabsstelle Vielfalt der Münchenstift, einer kommunalen Trägerin für 13 Alten- und Pflegeheime. Die Münchenstift pflegt circa 3.000 Senior*innen und vereint in ihrem Konzept LSBTI*-sensible und kultursensible Pflege.¹¹ Die Größe der Organisation und ihre komplexen Strukturen können helfen, das Potenzial und die Grenzen der Digitalisierung im Setting aufzeigen.

Der ambulante Pflegedienst Sendling der Münchenstift hat den Qualifizierungs- und Zertifizierungsprozess durchlaufen. Dies befähigt Herteis sowohl Aussagen zur Organisation der *E-Health*-Angebote als auch zur Dokumentenabgabe und den Vernetzungsangeboten zu machen. Die nachfolgenden Unterkapitel fassen die Ergebnisse dieses Interviews zusammen, wobei Aussagen von Herrn Herteis entsprechend kenntlich gemacht werden. Ergänzt wird dies durch weitere Erfahrungen des Teams des Qualitätssiegels.

4.1 Voraussetzungen für eine digitale Unternehmensentwicklung

Um die *E-Health*-Angebote des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt¹¹ voll nutzen zu können, benötigen Projekteinrichtungen, die über diesen Weg ihre Mitarbeitenden schulen möchten, ein gewisses IT-Infrastrukturniveau. Diese Voraussetzung sei für die Münchenstift, auch durch eine Nachrüstung während der COVID-19-Pandemie, laut Herteis, in Teilen gegeben gewesen. Obwohl Michael Herteis, der Leiter der Stabsstelle Vielfalt der Münchenstift, noch keine Erfahrungen mit einem derartigen Prozess hatte und bisher auch keine derartig digitalisierten externen Unternehmensentwicklungsprozesse kannte, sei es grundsätzlich möglich gewesen, die Zertifizierung über die Plattform und die *E-Health*-Angebote, umzusetzen. Herteis lobte die seiner Meinung nach übersichtliche und verständliche Gestaltung der Dokumentenabgabe.

Dennoch musste sich die Projekteinrichtung Herausforderungen stellen. Obwohl Computer im Stützpunkt des ambulanten Pflegedienstes verfügbar sind, haben einige von diesen Geräten keine Lautsprecher. Diese sind aber eine Voraussetzung dafür, die Tonspur, welche Menschen mit niedrigerem deutschem Sprachniveau das Lesen erleichtert, und die Videos, die Personen aus den LSBTI*-*Communities* zeigen, zu sehen. Kolleg*innen der Mün-

11 Münchenstift 2022.

chenstift hätten sich daraufhin, laut Herteis, selbstständig in Kleingruppen aufgeteilt und die vorhandene Hardware nach Verfügbarkeit genutzt.

Diese Herausforderungen hätten Führungskräfte nicht bewältigen müssen, da sie, laut Herteis, zum einen die Arbeit mit Laptops gewöhnt seien, und zum anderen (bedingt durch digitale Sitzungen) auch über eine volle technische Ausstattung verfügten.

Dies trifft aber nicht auf alle Projekteinrichtungen des Qualitätssiegels Lebensort Vielfalt[®] zu. Manche Einrichtungsleitungen haben lediglich Zugang zu einer sehr veralteten IT-Infrastruktur. Diese Einrichtungen sind auch nicht in der Lage Dokumente einzuscannen, um sie im Anschluss hochzuladen. Außerdem verfügen manche Einrichtungsleitungen nicht über die IT-Kompetenz, mit der Plattform oder den *E-Health*-Angeboten umzugehen oder diese Kenntnisse ihren Mitarbeitenden zu vermitteln.

4.2 Digitale Effizienz vs. analoger Austausch

Digitale Formate könnten – Herrn Herteis zufolge – Abläufe im Prozess der OE wesentlich effizienter gestalten. Dies gehe aber teilweise mit einer eingeschränkten Vernetzung der Mitarbeitenden einher:

„Auf der Führungsebene kommt die Digitalisierung sehr gut an, weil sich vieles effizienter gestalten lässt. Die Wegzeiten entfallen. Der Nachteil ist, dass auch die freien und nicht verplanten Zeiten - wie etwa die Gespräche beim Kommen und Gehen - wegfallen. Hier geht es um die Vernetzung und ein Unternehmen muss sich Gedanken machen, wie es diese Aspekte kompensiert.“

Es empfiehlt sich also darauf zu achten, informelle Gespräche und andere Teamdynamiken durch andere Formate zu kompensieren. Die Münchenstift löse dieses Problem, laut Herteis, indem sie, seitdem die COVID-19-Regulierungen gelockert wurden, wieder analoge Führungskräfte tagungen veranstalten.

Während der Kontaktbeschränkungen hat das Team des Qualitätssiegels Beratungstage und andere Gespräche über digitale Kanäle bewerkstelligt. Hier zeigte sich ein ähnlicher Effekt. Während die Kontaktaufnahme und Terminierung erleichtert wurden, litt die Beziehungsebene zu Projekteinrichtungen. Kontaktpersonen, mit denen noch kein analoger Kontakt stattgefunden hatte, verhielten sich wesentlich zurückhaltender und Gespräche orientierten sich stark an der Sachebene.

Ähnlich verhält es sich mit den *E-Health*-Angeboten. Hier werden sensible Themen angesprochen, die sich sowohl mit Sexualitäten als auch mit

geschlechtlichen Identitäten auseinandersetzen. Eine reine Wissensvermittlung ist in diesen Themenfeldern nicht ausreichend, um eine Reflexion anzuregen und eine Transferleistung zu garantieren. Auch können Widerstände und Missverständnisse über *E-Health*-Angebote nicht erfasst werden, da der interpersonelle Kontakt fehlt.

Daher hat sich das Team des Qualitätssiegels dafür entschieden, neben den *E-Health*-Angeboten auch synchrone Reflexionsrunden verpflichtend einzuführen. Diese Räume können, je nach Bedarf der Einrichtung, digital oder analog stattfinden. Ziel ist es, einen Teil der Belegschaft durch einen direkten Austausch zu befähigen, als Multiplikator*innen zu fungieren. Hier bieten sich Schlüsselpersonen besonders an. Hierunter fallen zum Beispiel die Pflegedienstleitungen und Menschen, die mit der Personalleitung betraut sind. Auch die LSBTI*-Vertrauenspersonen, das Beschwerdemanagement und die Qualitätsmanagementbeauftragten sollten im Idealfall an diesen Formaten teilnehmen.

Die *E-Health*-Angebote adressieren aber ein strukturelles Problem, welches sich auf die verpflichtenden analogen Fortbildungen auswirkt. Es gibt im Bereich LSBTI* und Pflege einen Mangel an verfügbaren Referent*innen. Dies trifft vor allem auf die Themenbereiche Trans* und Inter* zu. Vor allem im ländlichen Raum gestaltet es sich schwierig, zu diesen Thematiken geeignete Dozierende zu identifizieren und zu engagieren.

4.3 Zugänglichkeit der E-Health-Angebote

Die *E-Health*-Angebote zur Wissensvermittlung und Sensibilisierung sollten möglichst niedrigschwellig gestaltet werden. Dies scheint aus Sicht der Münchenstift gelungen zu sein. Die Projekteinrichtung hatte, laut Herteis, zuvor nur eine *E-Learning*-Erfahrung im Bereich Arbeitssicherheit. Trotzdem sei es den meisten Mitarbeitenden möglich gewesen, selbstständig oder in selbstorganisierten Kleingruppen die Module zu absolvieren. In diesen Kleingruppen hätten, laut Herteis, Personen mit einer besseren IT-Kompetenz als Multiplikator*innen in der Wissensweitergabe zur Anmeldung, der Navigation im Training und bei den erforderlichen Schritten, ein personalisiertes Zertifikat zu erhalten, fungiert.

Herteis führt als eine Begründung für diese Selbstorganisation das Setting an. Er geht davon aus, dass Mitarbeitende im ambulanten Pflegealltag daran gewöhnt seien, sich selbst Ansprechpartner*innen bei Herausforderungen zu suchen und nicht auf die Vorgaben ihrer Führungskräfte zu

warten. Herteis mutmaßt, dass diese Voraussetzungen in anderen Settings, wie etwa der Tagespflege oder dem stationären Bereich, weniger gegeben seien, da die Arbeitsorganisation und die damit einhergehenden *Soft-Skills* der Mitarbeitenden von Kolleg*innen im ambulanten Setting abweichen könnten.

Für die Mitarbeitenden des Qualitätssiegels entsteht durch die Nutzung der Angebote in Kleingruppen ein erhöhter Arbeitsaufwand, da Nutzer*innen mit einem Account lediglich ein individualisiertes Zertifikat ausgestellt bekommen. Im Anschluss muss die Führungskraft daher weiterhin eine Namensliste führen und das Team des Qualitätssiegels muss manuell Teilnahmebestätigungen ausstellen.

Herteis geht davon aus, dass vor allem Kolleg*innen zwischen 30 und 50 Jahren, die IT-Kompetenz hätten, sich sicher in einer Desktop-Umgebung bewegen. Jüngere Personen hätten teilweise zwar viel Erfahrungen mit digitalen Angeboten, aber seien es nicht mehr gewohnt, sich selbstständig auf einer Online-Plattform einzuloggen, da ihr Nutzungsverhalten hauptsächlich von Apps und Smartphones geprägt sei:

„Es geht auch um die ganz jungen Kolleg*innen, die Teil der Handygeneration sind. Auch dieser Personenkreis ist es nicht mehr gewohnt mit Computern zu arbeiten. Das ist bei der Digitalisierung immer eine Problematik. Oft wird angenommen, dass die erste Generation der „Digital Natives“ Zugänge zu Computern haben. Dies ist aber oft nicht der Fall, da die ganz jungen sich nicht mit diesem Medium auseinandersetzen. Diese Zielgruppe sind Apps gewöhnt. Dies hat zur Folge, dass zum Beispiel Angebote, bei denen man sich einloggen muss, zum Problem werden können.“

Diese Mitarbeitenden bräuchten, laut Herteis, mehr Unterstützung, um sich mit diesen für sie ungewohnten Prozessen auseinanderzusetzen. Mit ähnlichen Hürden sähen sich Mitarbeitende über 50 Jahren konfrontiert.

Im Interview wurde mehrmals von Michael Herteis lobend erwähnt, dass die *E-Health*-Angebote sehr gut auf das Setting und die Zielgruppe ausgerichtet seien. Das Sprachniveau sei nur für wenige zu hochschwierig. Diese Menschen hätten, laut Herteis, aber auch Probleme, den Inhalten in analogen Schulungen zu folgen. Die Münchenstift schätze auch die vielen Praxisbeispiele und anschaulichen Illustrationen, die komplexe Inhalte für die Teilnehmenden zugänglich machen.

Eine vorläufige Evaluation der *E-Health*-Angebote durch Univation hat ähnliche Ergebnisse gezeigt. Die Teilnehmenden der Angebote äußern sich lobend über die verständliche Aufbereitung der Inhalte, die bildliche Gestaltung und den Abwechslungsreichtum. Fast alle Befragten finden auch,

dass die *E-Health* Angebote ihr Lernen unterstützt habe, und alle Befragten geben an, dass sie Spaß bei der Bearbeitung der Online-Module gehabt hätten. Des Weiteren sollen die *E-Health*-Angebote die Teilnehmenden, laut eigener Aussage, dazu befähigen, die Diskriminierungserfahrungen von LSBTI* besser zu verstehen und ihr Verständnis hinsichtlich der Bedürfnisse dieser Zielgruppen zu vertiefen.¹²

Bezogen auf die *E-Health*-Angebote rät Herteis den Projekteinrichtungen zudem, diese proaktiv in die bestehende Unternehmenskultur einzubetten. Er empfiehlt daher eine persönliche Ansprache vor dem Besuch der digitalen Kurse, in der auch Bezug auf das Leitbild des Unternehmens genommen werde, um Lernenden besser zu vermitteln, warum ein entsprechender Fortbildungsbedarf bestehe und welche Zielsetzung die Qualifizierungsmaßnahmen habe.

4.4 Digitale Vernetzung über das Café Vielfalt

Im Interview mit dem Leiter der Stabsstelle Vielfalt der Münchenstift wurde auch nach Erfahrungen mit dem Vernetzungsangebot der Plattform gefragt. Dieses Forum wurde geschaffen, um Projekteinrichtungen die Möglichkeit zu geben, sich unter Praktiker*innen zu LSBTI*-sensibler Gesundheitsförderung auszutauschen.

Derzeit nutzen die meisten Projekteinrichtungen dieses Forum nicht aktiv. Herteis sieht den Grund für die Zurückhaltung der Projekteinrichtungen im Vergleich zu analogen oder synchronen Formaten wie folgt:

„Weil ich [analog] andere Fragen stellen kann und mehr Emotionen rauslesen kann. Ich kann eher beurteilen warum Einrichtungsleitungen gewisse Punkte anders sehen und kann auch anders nachfragen. Ich komme auch an Informationen, die nicht schriftlich festgehalten werden. In dem Moment in dem man was schreibt, überlegt man sich ja schon was ich schreibe, wie ich es schreibe, wer es liest, wie klar und wie offen kann ich antworten, wie lange bleibt die Frage im Forum - hier finde ich eine Diskussionsrunde angenehmer, da man mehr Hoheit in diesen Momenten hat.“

Herteis kann sich vorstellen, dass synchrone Veranstaltungen mit festem Datum eventuell besser angenommen werden würden als ein informeller schriftlicher Austausch zu einzelnen Themen.

12 Dies zeigen die internen Ergebnisse der vorläufigen Evaluation (Evaluationsbericht noch nicht veröffentlicht).

Um das Café Vielfalt beständig zu bespielen, benötigt es auch entsprechende Ressourcen im Team, um Inhalte attraktiv und mit Settingbezug zur Verfügung zu stellen. Da es sich bei diesem Format auch um ein neues Angebot handelt, könnte es auch sein, dass die Projekteinrichtungen sich erst an diese Kommunikationsart gewöhnen müssen und sich mit einer gewissen digitalen Lernkurve konfrontiert sehen.

Abgesehen von der aktiven Nutzung, erfahren Projekteinrichtungen im Forum von aktuellen Entwicklungen in den LSBTI*-*Communities* und von Neuerungen im Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt^o. Das Café erfüllt daher eine wichtige Newsletter-Funktion, die LSBTI*-Themen den Projektverantwortlichen regelmäßig ins Bewusstsein ruft.

5. Fazit und Ausblick

Die Dokumentenabgabe im Programm Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt^o wurde erfolgreich digitalisiert und ist für die meisten Projekteinrichtungen gut nutzbar. Sie erleichtert die Arbeitsorganisation und erhöht die Nachvollziehbarkeit von Feedbackschlaufen. Außerdem können mehrere Projektverantwortliche gemeinsam am Organisationsentwicklungsprozess arbeiten, ohne größere interne Abstimmungen vorzunehmen.

Ein weiterer Vorteil des digitalen Raumes ist die Wissensvermittlung sowohl zu einzelnen Kriterien als auch zu allgemeinen Projektentwicklungen im Café Vielfalt. Für einen intensiveren Austausch über digitale Kanäle bedarf es einer zielgerichteten Moderation und der Aufbereitung von Themen in attraktiven Formaten.

E-Health-Angebote sollten mit einer Tonspur ausgestattet sein, da sie Inhalte inklusiver gestaltet. Bildliche Darstellungen können für ein abwechslungsreiches und kurzweiliges Lernerlebnis sorgen. Interaktionen erhöhen die Motivation der Teilnehmenden und sind dafür geeignet, Leistungsnachweise zu erbringen.

Im Idealfall sollten *E-Health*-Angebote so gestaltet sein, dass sie sich sowohl individuell als auch in Kleingruppen bearbeiten lassen. Während die individuelle Bearbeitung die größtmögliche Flexibilität für das Unternehmen und die Teilnehmenden bedeutet, hat die Absolvierung in Kleingruppen auch erhebliche Vorteile. Menschen mit höherem Sprachniveau können als informelle Sprachmittler*innen für Menschen agieren, die deutsch (noch) nicht so gut beherrschen. Außerdem können Menschen in Klein-

gruppen sich direkt über Inhalte austauschen und die Lebenserfahrungen der Personen aus den *Communities* in ihrem Arbeitsalltag verorten.

Die vorläufige Evaluation der digitalen Angebote und die informellen Gespräche mit Projektverantwortlichen im Programm Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt[®] bestätigen die zahlreichen Vorteile der Digitalisierung. Die vorläufige externe Evaluation zeigt bereits eine erste positive Wirkung der getroffenen Maßnahmen im Rahmen der Digitalisierungsoffensive.

Trotz der vielen Vorteile der digitalen OE ist der persönliche, analoge Kontakt und Austausch weiterhin ein zentraler Bestandteil bei der Sensibilisierung für spezifische Gesundheitsbedarfe im Setting der Pflege.

Literatur

- ILGA-Europe (2017): Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex People in Europe. URL: https://www.ecoi.net/en/file/local/1407218/90_1495176673_annual-review-2017-online.pdf; 12.9.2022.
- Fütty, TJ/Sauer, AT/Reinhardt, TT (2019): Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“ Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und Queers* (LSBTIQ*) im Gesundheitswesen in Berlin. Studie zur Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitssystem. Berlin: Schwulenberatung Berlin.
- Kasprowski, D/Fischer, M/Chen, X/de Vries, L/Kroh, M/Kühne, S/Richter, D/Zinde, Z (2021): Geringe Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. DIW Wochenbericht, 6, 79–88.
- Meads, C/Martin, A/Grierson, J/Varney, J (2018): Systematic Review and Meta-Analysis of Diabetes Mellitus, Cardiovascular and Respiratory Condition Epidemiology in Sexual Minority Women. *BMJ open*, 8: 4, 1–11.
- Meyer, IH (2003): Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulletin*, 129: 5, 674–697.
- Moodle (2022): Lernerfolg mit Moodle. URL: <https://moodle.de/>; 31.8.2022.
- Münchenstift (2022): Willkommen bei Münchenstift. URL: <https://www.muenchenstift.de/>; 31.8.2022.
- Pöge, K/Dennert, G/Koppe, U/Güldenring, A/Matthigack, EB/Rommel, A (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5: S1, 2–30. DOI: 10.25646/6448.
- Semlyen, J/King, M/Varney, J/Hagger-Johnson, G (2016): Sexual Orientation and Symptoms of Common Mental Disorder or Low Wellbeing: Combined Meta-Analysis of 12 UK Population Health Surveys. *BMC Psychiatry*, 16: 67, 1–9.

Schröder, UB/Scheffler, D (2016): „Bei uns gibt es dieses Problem nicht“ – Die gesellschaftliche Wahrnehmung von lesbischen, schwulen, bi und trans* Senior_innen. Informationsdienst Altersfragen, 01: 43, 3–12.*

Timmermanns, S/Graf, N/Merz, S/Stöver, H (2022): „Wie geht’s euch?“ Psychosoziale Gesundheit und Wohlbefinden von LSBTIQ. Weinheim: Beltz Juventa.*

E-Sport: digital und gesund? Ansätze der Gesundheitsförderung im E-Sport

Markus Möckel

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	217
Abstract	217
0. Einleitung: E-Sport in der Gesellschaft	218
1. E-Sport als Setting oder Settings des E-Sports?	219
2. E-Sport im Kontinuum der digitalen Transformation	221
3. Digitales Spielfeld vs. Leistung im sportlichen Wettkampf	222
4. Gesundheitsförderung mit und durch E-Sport?	224
5. Zusammenfassung und Fazit	228
Literatur	229

Zusammenfassung

Der generisch digitale E-Sport ist fester Bestandteil der Gesellschaft. In den letzten Jahren strukturiert sich die E-Sport-Community zunehmend in verschiedene Organisationen. Gleichzeitig birgt E-Sport Risiken für die körperliche und mentale Gesundheit. Kann E-Sport vor diesem Hintergrund gesund sein? Welche Maßnahmen sind im Sinne der Gesundheitsförderung sinnvoll, um die E-Sportler*innen zu erreichen? Dieser Beitrag gibt Einblicke in die Besonderheiten des Settings E-Sport und erörtert, inwieweit gesundheitsfördernde Maßnahmen den E-Sport weiterentwickeln.

Abstract

Generic digital esports are an integral part of society. In recent years, the esports community has increasingly structured itself into various organizations. At the same time, esports pose risks to physical and mental health. Against this background, can esports be healthy? What measures make sense in terms of health promotion to reach esports players? This article

provides insights into the specifics of the esports setting and discusses the extent to which health-promoting measures further develop esports.

0. Einleitung: E-Sport in der Gesellschaft

Digitale Spiele sind fester Bestandteil in der Gesellschaft. 58% der Deutschen spielen *Games* (digitale Spiele) auf der Konsole, dem PC, Tablet oder Smartphone.¹ Bei Jugendlichen ist die Zahl noch deutlich höher. 91% der 12- bis 19-Jährigen spielen *Games*, 72% sogar täglich oder mehrmals pro Woche.²

Einen dezidierten Teilbereich des *Gamings* bildet der E-Sport. Der E-Sport ist das wettkampfmäßige Spielen von *Games*, wobei der Wettkampf zwischen menschlichen Spieler*innen im Mittelpunkt steht.³ Eine exakte Definition von E-Sport ist – ähnlich wie eine exakte Definition von Sport – schwierig. Um besser den Unterschied zwischen *Gaming* und *E-Sport* zu verstehen, bietet sich der Vergleich zu Freizeitsport und Wettkampfsport an. Während Freizeitsport primär zu Erholungszwecken oder zum Zeitvertreib dient, steht im Wettkampfsport der zwischenmenschliche Wettkampf im Mittelpunkt. Ebenso dient das *Gaming* zum Zeitvertreib oder zur Entspannung in der Freizeit, während im *E-Sport* der Wettkampf mit anderen Spieler*innen das zentrale Definitionsmerkmal bildet.

Auch auf Ebene der Organisationen zeigt sich eine zunehmende Ausbreitung des E-Sports innerhalb von Deutschland. Neben dem 2017 gegründeten eSport-Bund Deutschland e. V. als Dachverband des E-Sports gibt es seit 2021 in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen E-Sport-Landesverbände. Neben einer zunehmenden verbandlichen Strukturierung des E-Sports gibt es in Deutschland (Stand Juli 2022) eine mittlere dreistellige Zahl von E-Sport-Vereinen und Sportvereinen mit E-Sport-Angebot.⁴

Aber nicht nur auf Ebene der Vereine rückt der E-Sport zunehmend in den Fokus. Auch für Hochschulen oder Betriebe im Rahmen von Hochschul- bzw. Betriebssport wird E-Sport zunehmend interessant, um neue

1 Game 2021.

2 Mpsf 2021.

3 ESD 2018.

4 Anmerkung des Autors: Aktuelle statistische Erhebungen zur Zahl von Vereinen mit E-Sport-Angebot gibt es nicht. Die Zahlen stammen aus einer Anfrage bei der Breitensportabteilung des eSport-Bund Deutschland e. V. Die Anzahl der Vereine wachse stetig, was konkrete Erhebungen erschwere.

Studierende oder Auszubildende über digitale Angebote in ihrer Lebensrealität abzuholen und damit anzuwerben.

Der E-Sport mit seinen unterschiedlichen Spieltiteln bzw. Disziplinen ist fester Bestandteil des Freizeitverhaltens vieler Menschen. Die Verbreitung und Beliebtheit großer Titel, wie League of Legends, DOTA 2, Counter Strike: Global Offensive, Valorant, Rocket League, FIFA und vieler anderer, führt zu einer zunehmenden Integrierung von E-Sport in verschiedenen Settings. Im Folgenden soll der E-Sport im Zuge des Settingansatzes der Weltgesundheitsorganisation (WHO) genauer beleuchtet und Potenziale des E-Sports bei der Gesundheitsförderung aufgezeigt werden.

1. E-Sport als Setting oder Settings des E-Sports?

Der Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation betrachtet Settings als Orte oder soziale Kontexte, in denen Menschen alltäglichen Aufgaben nachgehen und in denen umweltbezogene, organisationale und personenbezogene Faktoren zusammenwirken, die Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben.⁵ Er kann im E-Sport aus zwei verschiedenen Perspektiven betrachtet werden.

Auf der einen Seite kann E-Sport selbst – also die verschiedenen Spiele als Disziplinen – als eigenes Setting verstanden werden. Die heutigen E-Sport-Titel werden online gegen andere Spieler*innen gespielt, wobei das Spiel selbst als dezentrales digitales Spielfeld einen virtuellen Ort zur sozialen Interaktion in Form des Wettkampfes bietet. Da E-Sport vornehmlich sitzend betrieben wird, entstehen zusätzlich zu anderen alltäglichen Sitzzeiten weitere bewegungsarme Tageszeiten, was gesundheitliche Risiken mit sich bringt.⁶ Gleichzeitig können insbesondere Teamspiele durch ihre kooperativen Aspekte einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden haben.⁷ Die E-Sport-Titel selbst haben also durch die Nutzungsweise gesundheitsrelevante Eigenschaften.

Auf der anderen Seite kann der E-Sport aus einer klassischeren Setting-Perspektive betrachtet werden, wenn man die verschiedenen Organisationsformen, in denen E-Sport betrieben wird, in den Blick nimmt.

Der E-Sport-Kosmos setzt sich heute aus einer Reihe verschiedener Organisationsformen zusammen. Die klassische E-Sport-Organisation ist der

5 WHO 1998.

6 Rezende et al. 2016.

7 Halbrook et al. 2019.

Clan. Dabei handelt es sich ursprünglich um einen Zusammenschluss von Spieler*innen, die unter einem bestimmten Team-Namen (dem *Clan-Tag*) an Turnieren teilnehmen oder bestimmte Ziele in Spielen versuchen zu erreichen (wie z. B. *Raids* in Rollenspielen), die nur als Gruppe erreicht werden können. Vergleichbar sind Clans mit Sportvereinen, wobei sie meistens keine Rechtsform wie *Vereine* besitzen. Je nach Größe treten sie in einem oder mehreren Spielen an. Solche Zusammenschlüsse gibt es auch heute noch in diversen Spielen, wobei der Begriff *Clan* immer seltener genutzt wird. Clans sind in der Regel dezentral organisiert. Die Spieler*innen treffen sich zumeist nur online zu den Spielen oder Aufgaben.

Viele Clans – insbesondere erfolgreiche Clans aus den 2000er Jahren – haben sich zu professionellen E-Sport-Organisationen weiterentwickelt. Dabei handelt es sich um For-Profit-Unternehmen, deren Teams und Einzelspieler*innen an nationalen oder internationalen Turnieren und Liegen teilnehmen. Die Spieler*innen stehen bei den Organisationen unter Vertrag und beziehen ein Gehalt. Professionelle E-Sport-Organisationen werden teilweise als eigene Kapitalgesellschaften oder als Marke von Vermarktungsagenturen geführt. Bekannte E-Sport-Unternehmen in Deutschland sind z. B. SK Gaming, Berlin International Gaming oder Eintracht Spandau. Im Profi-Fußball, in dem Fußballsimulationen wie EA FIFA eine zunehmende Rolle spielen, wird der E-Sport-Bereich ebenso wie die Lizenzspielerabteilung in der Regel über eine vom Verein ausgegliederte Kapitalgesellschaft betrieben. Je nach Finanzstärke des Unternehmens betreiben diese *Gaming*-Häuser oder -Offices, wo die Spieler*innen leben oder zum Trainieren zusammenkommen. E-Sport-Organisationen mit *Gaming*-Haus sind aus einer Setting-Perspektive zu unterscheiden von *remote* – also dezentral online – arbeitenden Organisationen, da sie durch die Räumlichkeiten andere Voraussetzungen bieten und somit mehr Möglichkeiten haben, auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Spieler*innen einzuwirken.

In den vergangenen Jahren ist der lokal organisierte Breitensportansatz im E-Sport zunehmend in den Fokus gerückt. In diesem Zusammenhang haben sich in Deutschland viele reine E-Sport-Vereine sowie E-Sport-Abteilungen in traditionellen Sportvereinen gegründet. E-Sport im Verein bietet die Möglichkeit, sich auf lokaler Ebene mit anderen E-Sport- und *Gaming*-Interessierten zu vernetzen, gemeinsam das Hobby auszuüben sowie neue Perspektiven für ehrenamtliches Engagement im Vereinskontext

zu bieten.⁸ Auch bei Vereinen mit einem E-Sport-Angebot gilt es aus der Setting-Perspektive zu unterscheiden, ob Vereine entsprechend ausgestattete Räumlichkeiten für das E-Sport-Training zur Verfügung stellen können oder ob der Trainings- und Spielbetrieb *remote* stattfindet.

An Universitäten und Hochschulen gibt es zahlreiche studentische E-Sport-Gruppen, die teilweise im Rahmen des Hochschulsports organisiert sind. Die Bildung einer studentischen E-Sport-Community und die Teilnahme an der E-Sport Uniliga stehen dabei häufig im Mittelpunkt. Im Schulkontext gibt es die E-Sport-Schulmeisterschaft, was zunehmend zur Gründung von E-Sport-AGs an Schulen führt.

Auch im Rahmen von Betriebssport gibt es zunehmend E-Sport-Angebote, in denen zum Teil das einfache gemeinsame Spielen im Mittelpunkt steht, teilweise aber auch als Betriebssportgruppe an Turnieren oder Liegen teilgenommen wird.

Die Diversität der verschiedenen Organisationsformen und somit der Settings, in denen E-Sport angeboten und genutzt wird, stellt in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention eine Herausforderung dar. Zum einen gilt es, die individuellen Voraussetzungen der jeweiligen Einzelssettings in den Blick zu nehmen, um passende Maßnahmen zu implementieren. Zum anderen müssen verschiedene personale Hierarchieebenen innerhalb verschiedener Organisationsformen sensibilisiert werden, in denen zum Teil ein sehr geringer Wissenstand in Bezug auf Gesundheitsförderung vorliegt.

2. E-Sport im Kontinuum der digitalen Transformation

E-Sport ist generisch digital. Bereits die ersten *Games*, die in den 1950er Jahren entwickelt wurden,⁹ hatten als Grundlage eine digitale Darstellung und mussten von Eingabegeräten gesteuert werden. Auch wenn in E-Sport-Titeln das Spielfeld grundsätzlich digital ist, war die ursprüngliche Wettkampfform analog, da Spieler*innen vor Ort zusammenkommen mussten, um an der Konsole oder am PC gegeneinander zu spielen zu können. Erst mit dem Ausbau von schnellem Internet wurde es möglich, dass Training und Wettkämpfe zunehmend dezentral organisiert werden konnten. Für diesen Schritt war eine stabile digitale Infrastruktur notwendig, um Trainings- und Wettkampfprozesse bestmöglich online abbilden zu können.

8 Stratmann 2022.

9 Schäffler 2021.

Durch das grundsätzlich digitale Wachstum des E-Sports weisen E-Sport-Organisationen im *Kontinuum der digitalen Transformation*¹⁰ einen sehr hohen Grad der Digitalisierung auf. Kulturen – insbesondere auf Ebene der Mannschaften und Spieler*innen – sind maßgeblich geprägt durch das Leistungshandeln in den digitalen Spielen selbst. Organisationsbereiche und Prozesse laufen weitestgehend digital ab. So wird beispielsweise als gängige Organisations- und Kommunikationsplattform für verschiedene Bereiche innerhalb von E-Sport-Organisationen die Plattform *Discord* genutzt.

Auf Ebene der Strukturen ist das Spiel selbst als digitales Spielfeld nicht durch physische Räumlichkeiten abgrenzbar. Entsprechend sind auch Organisationen, die im E-Sport antreten, nicht durch physische Räumlichkeiten limitiert. Eine Besonderheit im E-Sport ist jedoch, dass trotz von Beginn an digital gewachsenen Organisationen mit entsprechend digitaler Infrastruktur zunehmend analoge Trainingsstätten für E-Sportler*innen geschaffen werden. Der Grund dafür liegt in der Spezifik von Wettkampfanforderungen.

3. *Digitales Spielfeld vs. Leistung im sportlichen Wettkampf*

Der sportliche Wettkampf an sich hat individuelle und teambasierte Hochleistung als Grundziel – die Spieler*innen möchten gewinnen. Wie bereits beschrieben, sind die Spielfelder des E-Sports digital. Der digitale Raum bietet aber nur begrenzte Möglichkeiten, um Leistungsfaktoren im E-Sport effektiv zu trainieren.

Grundsätzlich ist gemeinsames Training vor Ort im E-Sport zu bevorzugen, da Trainer*innen so mehr Interventionsmöglichkeiten haben, als wenn nur *remote* trainiert wird.¹¹ Im E-Sport werden entsprechend analoge Trainingsstrukturen geschaffen, um die Rahmenbedingungen für ein leistungsorientiertes Training zu verbessern.

Hinzu kommen psychologische Faktoren, die die Leistung beeinflussen. Die meisten großen Titel werden im Team gespielt. Somit sind die Kommunikation und das Teamplay die wichtigsten Leistungsfaktoren für viele Spiele.¹² Aber auch in Individualsportarten kann eine gute Gruppenkohäsi-

10 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband.

11 Helbig 2021.

12 Rudolf 2020.

on innerhalb von Trainingsgruppen einen positiven Einfluss auf die Leistung haben.¹³ Dies lässt den Transfer zu, dass auch im Individual-E-Sport Trainingsgruppen vor Ort gewinnbringend sind.

Solche teamrelevanten Leistungsfaktoren werden im sportlichen Kontext stark durch das Interaktionsnetzwerk zwischen den Sportler*innen beeinflusst. Je engmaschiger das Interaktionsnetzwerk ist, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Sports, desto stärker bildet sich ein kooperatives Bewusstsein innerhalb des Teams heraus, was wiederum Einfluss auf die Leistung hat.¹⁴ Interaktionsmöglichkeiten sind im digitalen Raum sehr stark eingeschränkt, insbesondere bei Aktivitäten außerhalb des Spiels. Gemeinsame Bewegungspausen oder Essenspausen abseits der Bildschirme beispielsweise sind nur vor Ort möglich. Auch auf Ebene der Kommunikation bieten analoge Trainingsstätten mehr Möglichkeiten. Während online weitestgehend verbal über verschiedene Tools kommuniziert wird, kann vor Ort mehr nonverbal kommuniziert werden. Insbesondere taktile Kommunikation – wie beispielsweise ein Abklatschen oder eine Umarmung nach einem Training – ist ein wichtiger Faktor für die Stärkung der Gruppenkohäsion.¹⁵ Um möglichst leistungsstarke Teams aufzubauen, bietet ein Training vor Ort darum mehr Möglichkeiten zur Einflussnahme.

Neben kooperativen Faktoren zwischen den Spieler*innen spielen kontextabhängige Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen im E-Sport eine besondere Rolle. Menschen zeigen in verschiedenen Kontexten Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen, die sich teils stark zu Situationen mit ähnlichen Anforderungen unterscheiden.¹⁶ Beispielsweise zeigt ein Sportler oder eine Sportlerin während des Trainings sehr viel Engagement, gibt immer alles und die Leistung entwickelt sich gut. Gleichzeitig ist er oder sie in der Schule leicht abgelenkt und zeigt wenig Interesse oder Bereitschaft, sich einzubringen, obwohl auch hier Leistungsanforderungen gegeben sind. Der digitale Raum des E-Sports ist grundsätzlich anonym. Auch wenn man bereits länger in einem Team spielt, haben sich viele Spieler*innen noch nie vor Ort gesehen. So kann als Beispiel aus einer*m dominanten online *In-game-Leader*in* (vergleichbar mit einer*m verbal starken Mannschaftskapitän*in) vor Ort eine sehr zurückhaltende schüchterne Person werden, da die Anonymität des Internets verloren geht. Solche *Persönlichkeitswechsel*

13 Cascagnette 2021.

14 Baumann 2018.

15 Kraus et al. 2010.

16 Beauchamp et al. 2014.

können bei Trainingslagern oder bei vor-Ort-Turnieren zu Irritationen der gesamten Gruppendynamik führen, was die Leistung beeinflussen kann.

Um solchen *Irritationen* im Hochleistungsgefüge E-Sport vorzubeugen und Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Leistung optimal entwickelt werden kann, ist regelmäßiges Training vor Ort sinnvoll.

Durch die besonderen Leistungsanforderungen und die damit einhergehende Schaffung von Trainingsstrukturen vor Ort ergeben sich neue Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung im E-Sport. Finanzielle Unterstützung insbesondere von Vereinen mit E-Sport-Angebot zur Schaffung von Bewegungs- und Ausgleichsräumlichkeiten sowie Weiterbildung der Trainer*innen sind gute Ansatzpunkte, um gesundheitsfördernder E-Sport in der Breite weiterzuentwickeln.

4. Gesundheitsförderung mit und durch E-Sport?

Die Gesundheitsförderung hat die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen und die Entwicklung von Ressourcen als Ziel. Dabei werden neben räumlichen Bedingungen auch Verhaltensweisen und soziale Faktoren in den Blick genommen, die sich auf Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden auswirken.¹⁷

Das allgemeine Wohlbefinden der E-Sportler*innen ist Studien zufolge als gut zu bewerten.¹⁸ Durch den kooperativen Charakter in vielen großen E-Sport-Titeln bilden sich schnell Teams und *Communities*, die ein Zugehörigkeitsgefühl für ein in der Vergangenheit häufig negativ stigmatisiertes Hobby schaffen. Teil einer *Community* mit den gleichen Interessen zu sein, wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden aus.¹⁹ Die zunehmende Verbreitung des E-Sports in verschiedenen Settings – insbesondere die Zunahme von Breitensportorientierten Vereinen im E-Sport – bietet somit einen großen Mehrwert für das soziale Wohlbefinden von E-Sportler*innen.

Auf körperlicher Ebene birgt der E-Sport als sitzende Tätigkeit hingegen Risiken. Hohe Sitzzeiten bringen verschiedene gesundheitliche Risiken mit sich²⁰ und wirken sich bei Gamer*innen besonders negativ auf das Muskel-

17 Kolip/Abel 2021.

18 Rudolf et al. 2022.

19 Coulombe/Krzesni 2019.

20 Rezende et al. 2016.

Skelett-System aus.²¹ Bei E-Sportler*innen kommen durch das Training zusätzlich zu anderen sitzenden Tätigkeiten weitere längere Sitzzeiten hinzu.

Vor diesem Hintergrund erscheint im ersten Moment die Nutzung von E-Sport als *Tool zur Gesundheitsförderung* nur bedingt sinnvoll. Um die Zielgruppe der E-Sportler*innen abzuholen, müssen geeignete Maßnahmen direkt in der Lebenswelt bzw. im Setting der Spieler*innen platziert werden. Im E-Sport ist ein Ansatz der Gesundheitsförderung, eine Verbindung zwischen Leistung und Gesundheit zu schaffen, um die Zielgruppe zu erreichen.²²

Die meisten Sportarten benötigen durch ihre körperlichen Anforderungen eine Grundfitness. Im E-Sport sind die körperlichen Anforderungen marginal. Dafür sind die kognitiven Anforderungen extrem hoch. Eine gute körperliche Fitness wirkt sich stark positiv auf verschiedene kognitive und psychische Funktionen aus; so werden z. B. Aufmerksamkeitsprozesse verbessert oder die Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung optimiert. Zwar mangelt es noch an konkreter auf E-Sport bezogener Literatur, aber ein Transfer aus anderen Wissenschaftsbereichen lässt den Schluss zu, dass ein guter körperlicher Fitnesszustand – und damit eine gute Grundlage für körperliche Gesundheit – sich positiv auf die Leistung im E-Sport auswirkt.²³

Neben der körperlichen Fitness zur Leistungssteigerung können auch die Themen Ernährung und Regeneration durch kognitive Leistungsfähigkeit nahegebracht werden. Sowohl eine ausgewogene Ernährung²⁴ als auch ausreichend Schlaf und Erholung²⁵ sind wichtige Faktoren für ein leistungsfähiges Gehirn.

Eine große Herausforderung auf psychischer Ebene ist *Hate Speech* bzw. *Cybermobbing*, also jede Form von diskriminierendem und ausgrenzendem Verhalten online. Dies ist kein Problem, welches nur in *Games* vorkommt, sondern ein generelles Problem in digitalen Welten wie sozialen Netzwerken und Online-Foren, aber auch den *Games*. *Hate Speech* kann sich negativ auf verschiedenen Ebenen der psychischen Gesundheit auswirken.²⁶ Während Spielehersteller häufig nur Chat-Nachrichten kontrollieren oder Beschwerdesysteme für die Spieler*innen integrieren, um dieser Problema-

21 Tholl et al. 2022.

22 Wechsler et al. 2021.

23 Ketelhut et al. 2021.

24 Knoll/Wachholz 2020.

25 Fullagar et al. 2015.

26 Sarfraz et al. 2022.

tik entgegenzutreten, haben Turnierveranstalter und E-Sport-Organisationen dieses Thema klar in ihren Regelwerken integriert.

Um diese gesundheitsrelevanten Themen in der Zielgruppe zu platzieren, wird im Rahmen der Verhaltensprävention mit Vorbildfunktion und Multiplikator*inneneffekt gearbeitet. Im professionellen E-Sport fand in den vergangenen Jahren ein Umdenken statt. Durch die zunehmende Professionalisierung und die steigenden Budgets sind Fitnesstrainer*innen, Sportpsycholog*innen und Ernährungsberater*innen feste Bestandteile in großen umsatzstarken Organisationen geworden. Häufig nehmen diese Professionen Mehrfachrollen in Form von *Performance Coaches* ein. Durch die Arbeit dieser Expert*innen, verbunden mit der umfassenden Contentproduktion und entsprechender medialer Aufarbeitung dieser Themen, sind einige professionelle E-Sportler*innen zu Vorbildern in Bezug auf einen gesunden Lebensstil im E-Sport geworden. Sie nehmen durch ihre Reichweite eine Multiplikator*innenrolle als Influencer*innen ein.

Auf Breitensportebene des E-Sports werden Trainer*innen als Multiplikator*innen genutzt. In der deutschen E-Sport-Trainer*innenausbildung des eSport-Bund Deutschland e. V. sind präventive Themen, wie ausreichende und passende Ausgleichbewegung, Suchtprävention aber auch Jugendschutz, fester Bestandteil des Ausbildungscurriculums.²⁷ Über die Trainer*innen, die Ausgleichsmaßnahmen fest in ihre Trainingsplanung integrieren, werden die E-Sportler*innen in Vereinen und Organisationen direkt erreicht und selbst sensibilisiert. Durch den Ausbau der Kompetenzen in Bezug auf Gesundheitsförderung bei den Trainer*innen wird die Ebene der Verhaltensprävention angesprochen. Gleichzeitig sind sie dadurch in der Lage, Strukturen in ihren jeweiligen Organisationen besser einzuschätzen und auf Verhältnisebene Verbesserungen anzustoßen.

Die Umgestaltung bzw. der Aufbau von E-Sport-Räumlichkeiten sind im Rahmen der Verhältnisprävention weitere wichtige Schritte. Bei der Planung von neuen Räumlichkeiten im E-Sport werden Sporträume – oder bei weniger finanzstarken Organisationen zumindest Kleingeräte für sportliche Übungen und Spiele – zunehmend integriert, wie am Beispiel des Landeszentrums für E-Sport und Digitalisierung Schleswig-Holstein deutlich wird.²⁸ Auch die ergonomische Gestaltung der einzelnen PC- bzw. Konsolenplätze spielt dabei eine wichtige Rolle. E-Sport-Organisationen, die Training vor Ort anbieten, haben die Möglichkeit die Plätze direkt

27 ESD 2022.

28 LEZ SH 2021.

ergonomisch aufzubauen. Bei den E-Sport-Setups der einzelnen Spieler*innen bei sich zu Hause haben die Vereine wenig Einfluss auf eine ergonomische Gestaltung.

Die große Herausforderung, gesundheitsrelevante Themen im E-Sport zu integrieren, ist es, alle Ebenen innerhalb der Organisationen zu sensibilisieren. Aus dem Management müssen Budgets für Expert*innen, Weiterbildung von Trainer*innen oder die Umgestaltung von Räumlichkeiten freigegeben werden. Trainer*innen müssen gut ausgebildet werden, was in der Breite noch nicht der Fall ist. Erst seit 2021 gibt es von Seiten des eSport-Bund Deutschland e. V. eine umfassende Trainer*innenausbildung (die E-Sport-Trainer*in C-Lizenz) mit einem Umfang von 125 Unterrichtseinheiten. Darüber hinaus müssen Content-Manager*innen in der Breite für das Potenzial von *Storytelling* über gesundheitsrelevante Themen im E-Sport sensibilisiert werden. Über diese Wege können die E-Sportler*innen in ihrer direkten Lebenswelt bzw. in ihrem Setting abgeholt werden.

Wie dargestellt, gibt es Möglichkeiten, die E-Sportler*innen mit gesundheitsrelevanten Themen in ihren jeweiligen Einzelsettings zu erreichen. Die Verbände im E-Sport übernehmen bereits Verantwortung für diese Themen und platzieren sie offensiv. Spielerhersteller begegnen Themen wie *Hate-Speech* durch *Ban-Systeme*, was vergleichbar mit Sperren von Sportler*innen bei Fehlverhalten im Sport ist. Ligen- und Turnierveranstalter haben klare Sanktionierungen bei *Hate-Speech* in ihren Regelwerken festgeschrieben. Profi-Organisationen vergrößern ihre Trainer- und Betreuerstäbe mit Expert*innen, um ihren Spieler*innen eine bestmögliche Umgebung zu schaffen, in der sie Hochleistung bringen können. In Schleswig-Holstein hat die Politik bereits Verantwortung durch ihre E-Sport-Förderung übernommen, indem die Ausbildung von Trainer*innen und damit einhergehende Weiterbildung von Multiplikator*innen für gesundheitsrelevante Themen finanziell unterstützt wird.

Da aber die Gesundheitsförderung in den relativ jungen Settings des E-Sports erst seit wenigen Jahren ein zentrales Thema darstellt sowie E-Sport als Tool zur Gesundheitsförderung noch ein junger Ansatz ist, bietet sich Raum für andere Stakeholder, bei der gesundheitlichen Aufklärung, Begleitung und Unterstützung von E-Sport-Organisationen aktiv zu werden.

5. Zusammenfassung und Fazit

Der E-Sport ist in allen seinen Einzelsettings generisch digital. Dennoch werden im Vergleich zu anderen Settings, in denen im Zuge der Digitalisierung zunehmend dezentrale Strukturen geschaffen werden, mehr und mehr lokale *analoge* Trainingsstätten aufgebaut. Im hochkompetitiven Umfeld des sportlichen Wettkampfes im E-Sport können durch gemeinsames Training vor Ort gezielter und effektiver bestimmte Leistungsfaktoren trainiert werden.

Vielen insbesondere nicht kommerziellen E-Sport-Organisationen wie Vereinen fehlen jedoch Budgets oder staatliche Fördermöglichkeiten, um Strukturen vor Ort aufzubauen und diese auch gesundheitsfördernd einzurichten. An dieser Stelle ist großer Bedarf an finanzieller Unterstützung im nicht kommerziellen E-Sport. Gleichzeitig besteht ein großes Potenzial für gesundheitsfördernde Maßnahmen, finanziert durch Sponsoring durch beispielsweise Krankenkassen, um die Zielgruppe der E-Sportler*innen zu erreichen, zu sensibilisieren und zu unterstützen.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ausbreitung von Organisationen mit E-Sport-Angebot ist es notwendig, dass diese als eigenständige Settings verstanden werden. Insbesondere E-Sport-Vereine als nicht kommerzielle Einrichtungen sind hier von Seiten der Politik und von Seiten der Krankenkassen als Setting zu definieren, damit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dort effektiver platziert werden können. Beide Akteure haben den E-Sport längst für sich entdeckt: Namhafte Versicherungen bieten E-Sport-bezogene Inhalte an, kooperieren mit bekannten Gesichtern der Branche oder sponsern Organisationen mit E-Sport-Angebot. Politische Entscheider*innen betrachteten den E-Sport auf verschiedenen Ebenen als förderwürdig, indem beispielweise in Schleswig-Holstein gezielt nicht kommerzielle Strukturen finanziell unterstützt werden; in Nordrhein-Westfalen äußert sich die aktuelle Regierung im Koalitionsvertrag aufgeschlossen in Richtung E-Sport; auf Bundesebene wird intensiv über die steuerrechtliche Gleichsetzung des E-Sports mit dem Sport diskutiert, die in dieser Legislaturperiode umgesetzt wird. Sich für eine gestärkte Gesundheitsförderung in diesem Bereich einzusetzen, würde bei einer wachsenden Zahl an E-Sport-Enthusiast*innen auf Zustimmung stoßen, die Tür öffnen zu einer noch stärker wachsenden Zahl an E-Sportler*innen und nicht zuletzt den digitalen Geist unserer Zeit widerspiegeln.

Da die sportwissenschaftliche Forschung und damit einhergehend die Präventionsforschung im E-Sport noch ein sehr junges Forschungsfeld

ist, bedarf es zusätzlich weiterer umfangreicher Forschung, um einerseits Leistungsmerkmale im E-Sport dezidiert herauszuarbeiten. Andererseits braucht es zusätzliche Erkenntnisse, wie sich gesundheitswirksame Interventionen im E-Sport konkret auf die Leistung in den Spielen auswirken und wie sich über die Besonderheit des generisch digitalen E-Sports mit seinen lokalen Trainingsstätten effektiv gesundheitsrelevante Themen in den diversen Organisationsformen und somit bei der Zielgruppe platzieren lassen. Dies wäre im Sinne der Vereine, um ihr gesundheitsförderndes Angebot zu erweitern, im Sinne von Sponsoren, die innovative gesundheitsfördernde Wettkampfformen unterstützen wollen, und im Sinne der Spielehersteller, die ihre Produkte mit zusätzlicher Innovationskraft aufbauen können.

Literatur

- Baumann, S (2018): Psychologie im Sport. Aachen: Meyer & Meyer.
- Beauchamp, MR/Jackson, B/Lavallee, D (2014): Into the Mix. Personality Processes and Group Dynamics in Sport Teams. In: Beauchamp, MR/Eys, MA (Hg.): Group Dynamics in Exercise and Sport Psychology. Hoboken: Taylor and Francis, 21–37.
- Cascagnette, JCW/Benson, AJ/Cruwys, T/Haslam, SA/Bruner, MW (2021): More Than Just Another Bib: Group Dynamics in an Elite Nordic Ski Team. Journal of sports sciences, 39: 6, 638–652.
- Coulombe, S/Krzesni, DA (2019): Associations between Sense of Community and Well-being: A Comprehensive Variable and Person-centered Exploration. Journal of community psychology, 47: 5, 1246–1268.
- ESBD – eSport-Bund Deutschland e. V. (2018): Was ist eSport? URL: <https://esportbund.de/esport/was-ist-esport/>; 25.5.2022.
- ESBD – eSport-Bund Deutschland e. V. (2022): Ausbildungscurriculum zur E-Sport-Trainer C-Lizenz. URL: https://akademie.esportbund.de/wp-content/uploads/sites/2/2022/04/Ausbildungscurriculum_E-Sport-Trainer_C-Lizenz-2.pdf; 19.7.2022.
- Fullagar, HHK/Skorski, S/Duffield, R/Hammes, D/Coutts, AJ/Meyer, T (2015): Sleep and Athletic Performance: the Effects of Sleep Loss on Exercise Performance, and Physiological and Cognitive Responses to Exercise. Sports medicine (Auckland, N.Z.), 45: 2, 161–186.
- Halbrook, YJ/O'Donnell, AT/Msetfi, RM (2019): When and How Video Games Can Be Good: A Review of the Positive Effects of Video Games on Well-Being. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science, 14: 6, 1096–1104.
- Helbig, M (2021): Remote Coaching. In: Möckel, M (Hg.): E-Sport Training. Lehrbuch für Trainerinnen und Trainer. Baden-Baden: Academia, 121–123.

- Game – Verband der deutschen Games-Branche* (2021): Jahres-Report der deutschen Games-Branche 2021. Berlin: game – Verband der deutschen Games-Branche e. V.
- Ketelhut, S/Martin-Niedecken, A/Kubica, C/Nigg, CR* (2021): Stärkung physischer Leistungsressourcen im E-Sport. In: Möckel, M (Hg.): E-Sport Training. Lehrbuch für Trainerinnen und Trainer. Baden-Baden: Academia, 229–298.
- Knoll, S/Wachholz, F* (2020): E-Sport-Fitness. Trainiere Reaktionsschnelligkeit, Koordination und Konzentration, um deine Gaming-Skills zu maximieren. Mit über 90 Übungen. München: Riva.
- Kolip, P/Abel, T* (2021): Gesundheitsförderung. In: Egger, M/Razum, O/Rieder, A/Habermann-Horstmeier, L (Hg.): Public Health kompakt. Berlin, Boston: De Gruyter, 169–174.
- Kraus, MW/Huang, C/Keltner, D* (2010): Tactile Communication, Cooperation, and Performance: an Ethological Study of the NBA. *Emotion* (Washington, D.C.), 10: 5, 745–749.
- LEZ SH – Landeszentrum für E-Sport und Digitalisierung Schleswig-Holstein* (2021): LEZ SH Räumlichkeiten. URL: <https://lez.sh/das-lez-sh/raeumlichkeiten/>; 19.7.2022.
- Mpsf – Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest* (2021): Jim-Studie 2021. Jugend, Information, Medien. Stuttgart: mpsf.
- Rezende, LFM/Sá, TH/Mielke, GI/Viscondi, JYK/Rey-López, JP/Garcia, LMT* (2016): All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. *American journal of preventive medicine*, 51: 2, 253–263.
- Rudolf, K* (2020): Einleitung - Warum dieses Buch? In: Froböse, I/Grieben, C (Hg.): Wie Du zum Top-Gamer wirst. Trainingsbuch E-Sport: nachhaltig Leistung, Fitness und Stressresistenz steigern. Stuttgart: pietsch, 8–29.
- Rudolf, K/Soffner, M/Bickmann, P/Froböse, I/Tholl, C/Wechsler, K/Grieben, C* (2022): Media Consumption, Stress and Wellbeing of Video Game and eSports Players in Germany: The eSports Study 2020. *Frontiers in sports and active living*, 4, 665604.
- Sarfraz, MR/Khan, MI/Ijaz, H/Bashir, S* (2022): Influence of Internet Language Hate Speech on Young Adults Mental Health and its Detection Method. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 16: 7, 315–316.
- Schäffler, M* (2021): Einführung und Geschichte des E-Sports. In: Möckel, M (Hg.): E-Sport Training. Lehrbuch für Trainerinnen und Trainer. Baden-Baden: Academia, 11–15.
- Stratmann, J* (2022): Hybridmodelle: E-Sport und traditioneller Sport im Verein. In: Schöber, T/Bornemann, F/Stratmann, J (Hg.): Breitensport im E-Sport. Entwicklungen, Strukturen und Aussichten. Aachen: Meyer & Meyer, 57–80.
- Tholl, C/Bickmann, P/Wechsler, K/Froböse, I/Grieben, C* (2022): Musculoskeletal Disorders in Video Gamers – a Systematic Review. *BMC musculoskeletal disorders*, 23: 1, 678.
- Wechsler, K/Rudolf, K/Tholl, C/Bickmann, P/Froböse, I/Grieben, C* (2021): Gesundheitsförderung und Leistungssteigerung im E-Sport. In: Steinberg, C/Bonn, B (Hg.): Digitalisierung und Sportwissenschaft. Baden-Baden: Academia, 99–111.
- WHO – World Health Organization* (1998): Health Promotion Glossary. Genf: WHO.

Digitalisierung und Gesundheit im Setting der Eingliederungshilfe: Status quo anhand der Erfahrungen des Modellprojekts #ROOKIE

Dirk Bruland, Kilian Krämer, Laura Herrera Bayo und Anne-Dörte Latteck

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	231
Abstract	232
0. Einleitung	232
1. Die Ausgangslage vor der COVID-19-Pandemie	233
1.1 Das Setting Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Leistungsberechtigte	233
1.2 Digitalisierung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe	234
2. Das Modellprojekt #ROOKIE	235
2.1 Projektmaßnahmen und -ziele	235
2.2 Projektevaluation	236
2.3 Zusammenfassung der Projektergebnisse	237
3. Herausforderungen bei der Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen	240
3.1 Allgemeines	240
3.2 Sozialpolitische Herausforderungen	241
3.3 Herausforderungen bei digitalen Angeboten	242
3.4 Beispiele für einen verbesserten Zugang	244
4. Fazit und Ausblick	245
Literatur	247

Zusammenfassung

Menschen mit geistiger Behinderung haben das Recht auf gleichberechtigten Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnologien. Sie partizipieren nur in geringem Ausmaß an der Digitalisierung. Ergebnisse des Projekts #ROOKIE zeigen, dass die Förderung der Medienkompetenz gelingen kann. Aktuell ergeben sich Herausforderungen der Refinanzierung von technischen Geräten und von bedürfnisorientierten Angeboten. Beispiele zeigen zwar, dass es aktuell möglich ist, digitale (Gesundheits-)Angebote zugänglich zu machen. Um die gleichberechtigte Teilhabe an digitalen

Gesundheitsangeboten zu ermöglichen, bedarf es weiterer Bestrebungen, nicht nur während Pandemiezeiten.

Abstract

People with intellectual disabilities have the right to equal access to information and communication technologies. They participate in digitization only to a limited extent. The results of the #ROOKIE project show that the promotion of media competence can be successful. At present, there are challenges in refinancing technical equipment and needs-oriented services. Examples show that it is currently possible to make digital (health) services accessible. To enable equal participation in digital health services, further efforts are needed, not only during pandemic periods.

0. Einleitung

„Für die erfolgreiche Weiterentwicklung unserer Gesundheitsversorgung ist das Vorantreiben der Digitalisierung die zentrale Voraussetzung“¹, ist als eine Aussage beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu lesen.

Digitalisierung, hier zu verstehen als die Integration digitaler Technologien in das tägliche Leben,² führt zu vielfältigen Möglichkeiten im Bereich Information und Kommunikation. Auf der Seite des BMG werden digitale Angebote des Gesundheitswesens angesprochen, wie z. B. digitale Gesundheitsanwendungen oder Telemedizin. Personen, die nicht an der Digitalisierung partizipieren können, drohen durch die fortschreitende Digitalisierung ein geringerer Zugang zu Informationen, Einschränkungen von Beteiligungsmöglichkeiten (u. a. durch eine geringe Kommunikationsmöglichkeit) und eine Begrenzung des sozialen *Empowerments*³, was als *digital divide* oder *digitale Spaltung* bekannt ist.

Obwohl Artikel 9 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) auf den gleichberechtigten Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnologien sowie -systemen verweist,⁴ sind Menschen mit geistiger Be-

1 BMG 2022: o. S.

2 Berner et al. 2018.

3 Pelka 2018: 59.

4 UN-BRK 2022.

hinderung benachteiligt und stark von einem *digital divide* betroffen, wie noch darzustellen ist. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, wie sich das Setting der Eingliederungshilfe digitalisiert. Der Fokus wird auf die Leistungsempfangenden als Settingmitglieder und somit auf die mögliche Praxisarbeit gelegt, da dies einen Einfluss auf die Angebote der Eingliederungshilfe und die Wahrnehmung von digitalen Gesundheitsangeboten hat. Hierfür wird zunächst die Bevölkerungsgruppe und deren Ausgangslage der Digitalisierung vor der COVID-19-Pandemie skizziert. Die zusammengefassten Ergebnisse des Modellprojekts #ROOKIE⁵ leiten über zu Fragen von Entwicklungen während der COVID-19-Pandemie und zu einer Diskussion zur zukünftigen Entwicklung der Digitalisierung im Setting der Eingliederungshilfe.

1. Die Ausgangslage vor der COVID-19-Pandemie

1.1 Das Setting Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Leistungsberechtigte

Die Eingliederungshilfe ist eine Sozialleistung mit der Aufgabe,

„Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“ (§ 90 Abs. 1, SGB IX).

Diese Leistungen stehen Menschen mit körperlicher, seelischer, geistiger und Sinnesbeeinträchtigung zu.⁶ Für den Beitrag wird der Fokus auf Menschen mit geistiger Behinderung gelegt. Menschen mit geistiger Behinderung sind Menschen mit einem IQ < 70 (nach ICD 10). Eine geistige Behinderung wird assoziiert mit reduzierten kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten, eingeschränkten Lese- und Schreibfähigkeiten und einer verminderten Selbstwahrnehmung.⁷ Die verminderte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen

5 Das Modellprojekt #ROOKIE war ein Projekt zur Digitalisierung der Einrichtungen und Dienste der Lebenshilfe Brakel Wohnen Bildung Freizeit gGmbH, gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW. Vgl. Lebenshilfe Brakel o. J.

6 Siehe § 2 SGB IX.

7 Ermerson/Hatton 2014.

und anzuwenden, wird als kennzeichnend für Menschen mit geistiger Behinderung beschrieben.⁸ Die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen, denen eine geistige Behinderung zugeschrieben wird, kann schwer benannt werden, da diese in Statistiken nicht einzeln ausgewiesen werden. Angenommen wird eine Prävalenz von ca. 1% der Bevölkerung⁹ was mehr als 831.000 Personen entsprechen würde. Durch Wohn- bzw. Arbeitsplatzangebote speziell für diese Personengruppe stellen Einrichtungen der Eingliederungshilfe ein Setting dar, in denen sich Menschen dauerhaft in ihrem Lebensalltag aufhalten und die somit Einfluss auf die Lebensbedingungen haben.¹⁰

Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung sind aktuell besonders von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen. Obwohl sich die Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat, zeigt sich weiterhin ein drei- bis viermal höheres Sterberisiko und ein erhöhtes Morbiditätsrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung.¹¹ Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung treten zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen häufiger und oftmals früher im Lebenslauf auf – beispielsweise Arthritis, Muskel-Skelett-Deformitäten und verminderte Gehfähigkeit.¹² Gleichzeitig ist der Zugang zu zielgruppenspezifischen Gesundheitsangeboten aufgrund der geringen Verfügbarkeit deutlich eingeschränkt.¹³

1.2 Digitalisierung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

„Trotz der fortschreitenden Verbreitung digitaler Medien und des Internets in unserer Gesellschaft finden sich diese Themen nur begrenzt im Lebensalltag von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wieder.“¹⁴

Dieser Satz fasst die Lage vor der COVID-19-Pandemie treffend zusammen. Nach dem Verständnis von digitalisierten Settings nach Anna Lea Stark

8 WHO 2020. Die Angaben sind zum Zeitpunkt der Beitragserstellung (Oktober 2022) und des nachfolgend beschriebenen Projekts aktuell. Jedoch werden bald durch das Bundesteilhabegesetz (vierte Reformstufe) und die 11. Revision des ICD Konkretisierungen/Änderungen zu den genannten Bestimmungen vorgenommen.

9 McKenzie et al. 2016.

10 Hartung/Rosenbrock 2015.

11 Sappok et al. 2019.

12 Dieckmann/Metzler 2013; Mair/Offergeld 2014.

13 Latteck 2017.

14 Heitplatz/Sube 2020: 26.

et al. in diesem Sammelband wären Einrichtungen der Eingliederungshilfe entsprechend als weniger digitalisierte Organisationen mit einem hohen psychischen sozial-räumlichen Bezug zu charakterisieren. Denn gesellschaftliche Veränderungsprozesse hin zu einer Verlagerung z. B. von Kommunikation in digitale Medien¹⁵ haben in der Eingliederungshilfe nur langsam stattgefunden.

Obwohl die Datenlage zur Mediennutzung bzw. zu Kompetenzen als gering zu bezeichnen ist, sind Aussagen zu Barrieren, wie eingeschränktem Internetzugang (z. B. Bereitstellung von kostenlosem bzw. kostengünstigem WLAN), unzureichender Finanzierung von Endgeräten und Unsicherheiten bei der Nutzung von digitalen Technologien, auszumachen.¹⁶ Dies hat einen hohen Einfluss auf die Möglichkeiten, die Potenziale von digitalen Gesundheitsangeboten (selbständig) wahrzunehmen, wie z. B. digital angebotene Gesundheitskurse von Krankenkassen, oder sich über mögliche empfohlene Behandlungsleistungen zu informieren. Der Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention ist somit für diesen Personenkreis eingeschränkt.

2. Das Modellprojekt #ROOKIE

2.1 Projektmaßnahmen und -ziele

Die COVID-19-Pandemie führte zu Schutzmaßnahmen, die viele Einschränkungen im Alltag bedeuteten. Besonders Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe waren von den Maßnahmen betroffen, wie stark eingeschränkten Kontakt- und Besuchsmöglichkeiten von Angehörigen und Bezugspersonen, Schließungen von Werkstätten für Menschen mit Behinderung sowie den Ausfall von tagesstrukturierenden Beschäftigungsangeboten. Durch die beschriebene Ausgangssituation konnten viele Personen keine digitalen Medien nutzen, um soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Dies betraf ebenfalls die Lebenshilfe Brakel, einem im Flächenkreis Höxter tätigen Leistungserbringer mit ca. 350 Klient*innen in besonderen Wohnformen und ambulanten Unterstützungsangeboten.

In einem von der Stiftung Wohlfahrtspflege 18 Monate lang geförderten Modellprojekt (Oktober 2020 bis März 2022) namens #ROOKIE wurden

¹⁵ Pelka 2018.

¹⁶ Bruland et al. 2022.

bei diesem Träger die digitalen Möglichkeiten als Kontakt-, Kommunikations- und Freizeitmöglichkeit ausgebaut und Erkenntnisse für die Digitalisierung in der Eingliederungshilfe generiert. Hierzu wurden vielfältige Maßnahmen umgesetzt.¹⁷ Der Fokus in diesem Beitrag liegt auf der Bereitstellung von digitalen Geräten (Hard- und Software) in entsprechenden Gruppen und auf den Medienkompetenzschulungen. Die Schulungen fanden in inklusiven Tandems von Fachkräften und Klient*innen statt und wurden von inklusiven Dozent*innentandems von Menschen mit und ohne Behinderung durch das PIKSL Labor Kassel¹⁸ durchgeführt. Sie umfassten ein modularisiertes Basismodul sowie eine Expert*innenschulung mit dem Fokus auf die Multiplikation in den Angeboten und Diensten der Lebenshilfe Brakel. Ziel war es, Sicherheit im Umgang mit von der Einrichtung bereitgestellten Laptops und iPads sowie mit den Freizeitgeräten (z. B. ein Bike-Labyrinth) zu schaffen.

2.2 Projektevaluation

Die Evaluation wurde in Form einer prospektiven Panelstudie durchgeführt. Ziel war es, die Mediennutzung, Nutzungsgewohnheiten, Medienkompetenzen und digitale Teilhabe zu erheben sowie vor und nach den Maßnahmen zu vergleichen. Hierfür wurden die Nutzer*innen des Angebots befragt, also Menschen mit geistiger Behinderung (mittels *Paper-Pencil*-Befragung) sowie deren Unterstützende respektive Mitarbeitende (mittels online Befragung). Als Erhebungsziel war eine Vollerhebung vorgesehen, wobei Pflegegrad >3, Personen in der Sterbephase, das Ausbleiben einer Interessensbekundung von Seiten der möglichen Teilnehmenden und/oder der gesetzlichen Vertretungen sowie eine zu starke Belastung der Befragten durch die Befragungssituation als Ausschlusskriterium galten.

Die Basisdatenerhebung (t0 = 02/2021-05/2021) fand vor Beginn der PIKSL-Schulungen und vor der Bereitstellung von Geräten statt, die Vergleichserhebung nach den durchgeführten Maßnahmen (t1 = 10/2021-12/2021). Aufgrund von Zugangsbeschränkungen (COVID-19-

17 Eine detaillierte Übersicht der Maßnahmen kann im Abschlussbericht eingesehen werden (Bruland et al. 2022).

18 PIKSL steht für Personenzentrierte Interaktion und Kommunikation für mehr Selbstbestimmung im Leben. PIKSL ist eine Marke der *In der Gemeinde leben GmbH* (IGL) aus Düsseldorf und unterhält Bildungseinrichtungen (PIKSL-Labore) an verschiedenen Standorten in Deutschland.

Schutzmaßnahmen) für Externe wurden die Datenerhebungen von Mitarbeitenden der Lebenshilfe Brakel vorgenommen. Für die Befragungen wurde ein Manual erstellt, welches allgemeine Hinweise zur Befragung sowie spezielle Hinweise zu den Fragen beinhaltete. Das Projekt wurde von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (6/2020) geprüft und als ethisch unbedenklich bewertet.

2.3 Zusammenfassung der Projektergebnisse

Die nachfolgend dargestellten Projektergebnisse beziehen sich auf die Schlussfolgerungen des Abschlussberichts.

Verwendung von Geräten/Internet: Nach der Bereitstellung der Geräte und den Schulungen verwendeten die Nutzer*innen signifikant mehr digitale Geräte. Bei der Evaluation lag der Schwerpunkt auf den drei internetfähigen Geräten Handy, Computer und Tablet. So nahm die Anzahl derjenigen Nutzer*innen signifikant zu, die zwei ($t_0 = 17,1\%$ von $N = 146$; $t_1 = 21,0\%$ von $N = 143$) oder alle drei Geräte ($t_0 = 12,3\%$ von $N = 146$; $t_1 = 15,4\%$ von $N = 143$) verwenden. Demgegenüber sank die Anzahl der Personen, die kein internetfähiges Gerät nutzen ($t_0 = 30,8\%$ von $N = 146$; $t_1 = 25,2\%$ von $N = 143$).

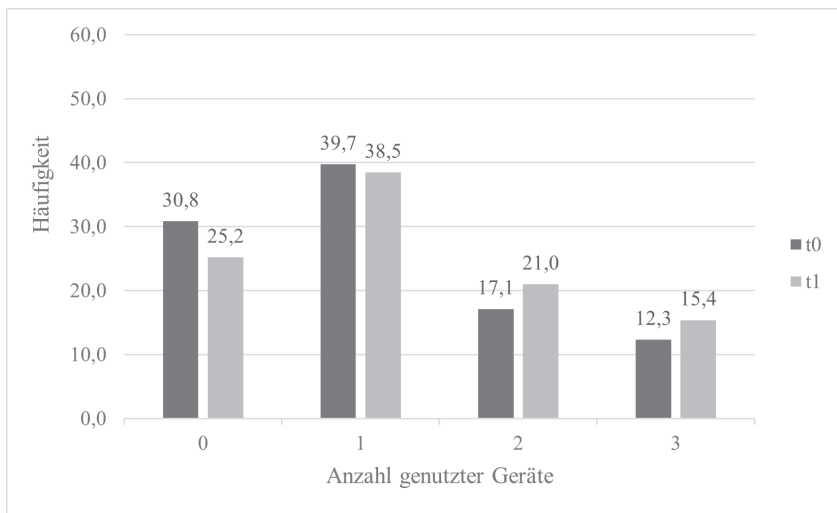


Abb. 1: Anzahl genutzter internetfähiger Geräte, Vergleich t_0 und t_1 , Verteilung der Antworten in Prozent (Quelle: eigene Darstellung)

Die Internetnutzung hat ebenfalls signifikant zugenommen ($t_0 = 44,7\%$ von $N = 141$; $t_1 = 51,4\%$ von $N = 142$).

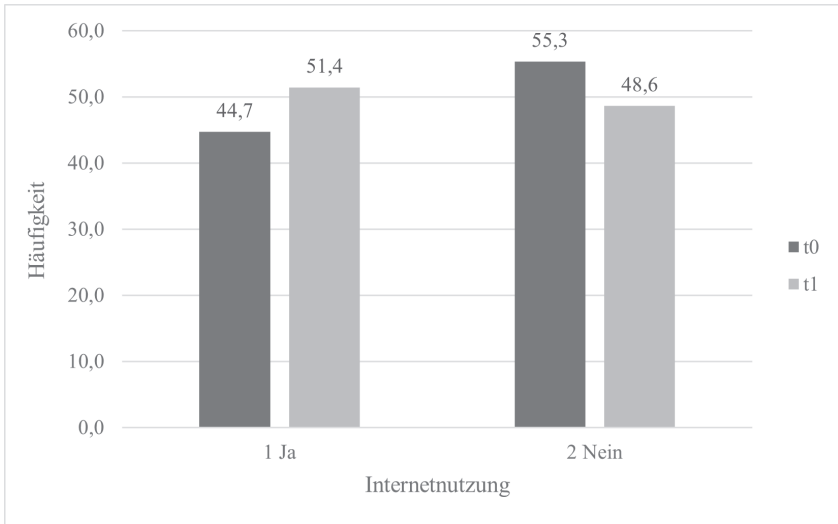


Abb. 2: Internetnutzung, Vergleich t_0 und t_1 , Verteilung der Antworten in Prozent (Quelle: eigene Darstellung)

Ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung,¹⁹ verwendeten vor den Maßnahmen in der Stichprobe jüngere Personen häufiger technische Geräte und nutzten häufiger das Internet (Durchschnittsalter Internetnutzer*innen (t_0) = 36,57 Jahre ($N = 63$ ²⁰)). Durch die Maßnahmen konnten vor allem ältere Personen erreicht werden (Durchschnittsalter Internetnutzer*innen (t_1) = 39,82 Jahre ($N = 73$)).

Nutzungsmotive: Die Nutzungsmotive haben sich durch die Maßnahme hingegen nicht verändert. Die Motive zur Unterhaltung (u. a. Spaß haben, Entspannung oder das Überbrücken von Langeweile durch das Schauen von Filmen bzw. Videos oder das Hören von Musik bzw. Hörspielen) überwiegen deutlich. Die überwiegende Verwendung zur Unterhaltung wird in weiteren Studien bestätigt.²¹ Sichtbar ist, dass die Verwendung des Internets

¹⁹ Initiative D21 2021.

²⁰ N ist hier geringer als oben, weil es bei dieser Frage nur noch um die Nutzer*innen ging, die auch das Internet verwendeten.

²¹ Vgl. u. a. Heitplatz 2021: 33.

für Videokonferenzen leicht zugenommen hat ($t_0 = 42,9\%$ von $N = 63$; $t_1 = 48,0\%$ von $N = 75$)²², was sich mit den Kontakteinschränkungen durch die Coronapandemie erklären lässt. Nach den Maßnahmen scheint der Bedarf an der Nutzung von mehr digitalen Medien unter den Nutzer*innen jedoch gesättigt worden zu sein ($t_0 = 68,3\%$ von $N = 145$; $t_1 = 55,9\%$ von $N = 145$). Nach den Maßnahmen bleibt das Interesse an neuen digitalen Medien bei den meisten erfahrenen Nutzer*innen²³ jedoch weiterhin bestehen ($t_0 = 86,2\%$ von $N = 58$; $t_1 = 89,8\%$ von $N = 59$), ganz im Gegenteil zur Gesamtstichprobe, bei der das Interesse an neuen digitalen Medien zwar allgemein weiterhin bei über 60% ist, jedoch tendenziell zur ersten Befragung abgenommen hat.

Medienkompetenz: Die selbst eingeschätzte Medienkompetenz der Nutzer*innen hat tendenziell zugenommen. Insbesondere erfahrene Nutzer*innen sind sicherer und selbständiger geworden (Beispiel erfahrene Nutzer*innen: selbständige Bedienung von digitalen Geräten: $t_0 = 72,9\%$ von $N = 59$; $t_1 = 91,5\%$ von $N = 59$). Der Vergleich zwischen erfahrenen Nutzer*innen und der Gesamtstichprobe der Internetnutzer*innen zeigt eine prozentual geringe negative Veränderung bei den Medienkompetenzen (Beispiel Gesamtstichprobe: selbständige Bedienung von digitalen Geräten: $t_0 = 56,2\%$ von $N = 146$; $t_1 = 54,1\%$ von $N = 146$). Eine Erklärung hierfür ist, dass erfahrene Nutzer*innen durch die Maßnahme in ihrer bestehenden Medienkompetenz gefördert wurden. In der Gesamtstichprobe befinden sich u. a. Neulinge, die das erste Mal mit digitalen Geräten in Kontakt gekommen sind und sich dementsprechend noch nicht sicher im Umgang mit digitalen Geräten fühlen. Für diese Teilgruppe ist die Internetnutzung und Nutzung von technischen Geräten als Fortschritt zu bewerten, auch wenn Unsicherheiten vorhanden sind. Ähnliches gilt für weitere erfragte Bereiche (z. B. alleine ins Internet kommen, recherchieren und kommunizieren im Internet sowie Datenschutz).

Nutzungsverhalten: Im Bereich der digitalen Nutzung zeigen sich keine Veränderungen bei den Nutzer*innen. Sie fühlen sich nach den Maßnahmen weniger unabhängiger von anderen Personen ($t_0 = 43,6\%$ von $N = 140$; $t_1 = 37,1\%$ von $N = 143$).

22 Auch hier bezieht sich das N auf die Gesamtheit der Internetnutzer*innen.

23 Personen, die bereits bei der ersten Befragung das Internet nutzten.

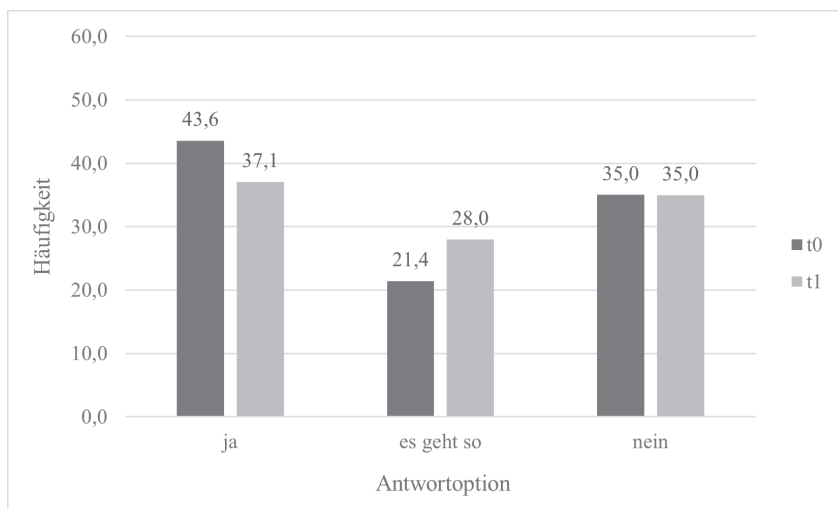


Abb. 3: *Einschätzung, ob digitale Medien zu Unabhängigkeit von anderen Personen führen, Vergleich t0 und t1, Verteilung der Antworten in Prozent (Quelle: eigene Darstellung)*

Dagegen schätzen Mitarbeiter*innen die Kompetenzen der Nutzer*innen nach den Maßnahmen tendenziell höher ein – insbesondere dahingehend, dass durch digitale Medien Nutzer*innen selbständiger werden können (Steigerung der Zustimmung von 61,3% zu 71,0%). In diesem Zusammenhang fällt auf, dass die Möglichkeit, alltägliche Aufgaben online zu erledigen (z. B. Behördenangelegenheiten klären oder im Internet einkaufen) nur von einzelnen Nutzer*innen angewendet wird. In diesem Bereich hat sich durch die Schulung kaum etwas verändert – an dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass der Inhalt der Schulung die Nutzung der Geräte und den Abbau von Unsicherheiten beinhaltete, jedoch nicht die spezielle Nutzung zur Verrichtung alltäglicher Aufgaben.

3. Herausforderungen bei der Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen

3.1 Allgemeines

Das Beispiel #ROOKIE hat gezeigt, dass Medienkompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung gestärkt werden können. Hierfür bedarf es einer Schaffung von Zugängen zur Grundausstattung und von bedürf-

nisorientierten Angebote. Eine Gesamtübersicht der Digitalisierung im Setting der Eingliederungshilfe kann aufgrund der aktuellen dynamischen Entwicklung nicht dargestellt werden. So hat zum Beispiel die Literatur zu Projekten und Bestrebungen zur Verbesserung der Digitalisierungsmöglichkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung einen starken Anstieg seit Beginn der COVID-19-Pandemie erfahren.²⁴ An dieser Stelle wird der Blick auf die aktuellen Herausforderungen in dem Setting zur Digitalisierung hingewiesen und mit digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention in Verbindung gesetzt.

3.2 Sozialpolitische Herausforderungen

Die Auswirkungen der Coronapandemie auf Leistungsempfänger*innen der Eingliederungshilfe hatte eine Zunahme der Förderung von Projekten zur Verbesserung der digitalen Möglichkeiten zur Folge (neben der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW u. a. *Aktion Mensch* mit dem Programm *Internet für alle*). In allen Förderungen ist impliziert, dass digitale Geräte angeschafft werden. Der Aspekt der Refinanzierung bleibt ungeklärt und bedarf einer weiterführenden sozialrechtlichen Erörterung. Eine Refinanzierung als Hilfsmittel kommt grundsätzlich durch alle Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX sowie durch die gesetzliche Pflegeversicherung und die Träger der Sozialhilfe in Betracht.²⁵ Doch bei der Zuständigkeitsklärung ergeben sich Schnittstellen und Deckungslücken. So leistet etwa die gesetzliche Krankenversicherung die Bereitstellung eines Hilfsmittels nur, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt. Unter Letzteren sind Gegenstände zu verstehen, welche nicht speziell für Menschen mit Behinderung entwickelt wurden und nicht speziell von diesen genutzt werden.²⁶ Infolge der Integration technischer Unterstützungssysteme in solche Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. ein Tablet) wird eine solche Abgrenzung jedoch zunehmend problematisch. Inwiefern Bedarfe stattdessen über das nachrangige Recht der Eingliederungshilfe in Form von Hilfsmitteln (§ 84 SGB IX) oder durch Assistenzleistungen (§ 78 SGB IX) gedeckt werden können, ist u. a. aufgrund fehlender untergesetzlicher Konkretisierung und Rechtsprechung strittig. Selbst in der Kommen-

24 Bruland et al. 2022.

25 Ulrich 2022.

26 Ebd.

tierung und Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes wurde digitale Teilhabe unzureichend behandelt. Daher fordern z. B. die Fachverbände für Menschen mit Behinderung eine Konkretisierung des Leistungsumfangs des neuen § 78 SGB IX für Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe:

„(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen, kulturellen und digitalen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen auch in digitaler Form.“ (Herv. i. Org.)²⁷

Somit bleibt gerade Menschen mit geistiger Behinderung häufig nur die Bedarfsdeckung über den Regelbedarf im Rahmen der Grundsicherung. Doch auch die dort vorgesehenen 2,89 € monatlich für Kauf und Reparatur von Kommunikationsgeräten werden von verschiedenen Seiten, u. a. durch den Paritätischen Wohlfahrtsverband, als zu niedrig kritisiert.²⁸ Potenziale der Gesundheitsförderung und -erhaltung durch die Digitalisierung – nicht zuletzt durch das *Digitale-Versorgung-Gesetz* – sind dieser Zielgruppe somit aufgrund verschiedener Barrieren weniger zugänglich. Die Refinanzierungsschwierigkeiten stellen daher eine wesentliche Barriere für die Digitalisierung in diesem Setting und damit die gesundheitsbezogene Teilhabe wie Nutzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen mit geistiger Behinderung dar. Hier besteht ein sozialpolitischer Handlungsbedarf.

3.3 Herausforderungen bei digitalen Angeboten

Das Projekt #ROOKIE hat bestätigt, dass eine Erweiterung der Medienkompetenzen von Menschen mit geistiger Behinderung prinzipiell möglich ist. Auf Grundlage der Ergebnisse zeigt sich, dass kontinuierliche Fortbildungsangebote notwendig sind, um die Kompetenzen weiter zu fördern bzw. zu erhalten. Bei den Nutzungsmotiven kam es trotz der Schulungen zu keinen Veränderungen. Dieser Aspekt konnte im Rahmen der Evaluation des Projekts #ROOKIE nicht weiter erforscht werden, jedoch führten die

27 Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung 2021: 4.

28 Aust et al. 2020.

Ergebnisse zu nachfolgender Diskussion zwischen den Projektbeteiligten zur Frage der Nutzung von Angeboten. Neben der Bereitstellung von Geräten erscheint entscheidend, den Bedürfnissen der Nutzer*innen entsprechende Angebote zu unterbreiten. Ein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Nutzung von Angeboten und den Einschränkungen der Personen festgestellt werden. Die häufigste Form der Einschränkung zur Bedienung von technischen Geräten war im Projekt #ROOKIE der Analphabetismus, gefolgt von Sehproblemen, Problemen beim Sprechen sowie Problemen beim Bewegen von Armen, Händen und Fingern, die die Bedienung eines Geräts erschweren. Es besteht die Frage, wie die Zugangshürden für digitale (Gesundheits-)Angebote gestaltet sind. Insbesondere in Bezug auf E-Mails könnte der geringe Anteil an Personen, die dieses Medium zur Kommunikation nutzen, auch am hohen Grad von Analphabetismus in der Stichprobe liegen. Für den Freizeitbereich bzw. für den Kontakt mit Mitarbeiter*innen konnten in sozialen Medien Sprachnachrichten verschickt werden. Der Kontakt zu Behörden und anderen Einrichtungen funktioniert verstärkt über E-Mails (z. B. bei Fragen oder bei der Anmeldung von Gesundheitsprogrammen), durch (online) Kontaktformulare (z. B. Terminvergabe beim Ärzt*innen) oder telefonisch, wobei hier oft Warteschleifen und Hotlines eingerichtet sind, die nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung ausgelegt sind.

Unterhaltungsprogramme sind meist leicht zu bedienen, und in der genannten Diskussion kam die Frage auf, ob andere Bereiche schwerer zu bedienen sind. Stets zu berücksichtigen ist die Geschäftsfähigkeit der Nutzer*innen, also ob eine rechtliche Betreuung für den Bereich Vermögensangelegenheiten eingerichtet ist. Die Frage stellt sich dann, wenn Personen Verträge z. B. für Gesundheitsangebote abschließen. Dies bleibt zu klären; jedoch ist der Zugang stark eingeschränkt und verhindert eine geforderte und rechtlich verankerte Teilhabe bzw. die größtmögliche Hinführung dazu. Denn Teilhabe bedeutet die ermöglichte und gewollte Einbeziehung in Lebensbereiche und -situationen, im Kontext von digitaler Teilhabe konkretisierbar anhand des Zugangs, der Nutzung, der Kompetenz sowie der Offenheit gegenüber digitalen Technologien und Anwendungen. Hier erscheint es erforderlich, dass Anbietende (von Gesundheitsangeboten) zielgruppenadäquate Angebote entwickeln müssen (was zumeist sehr kostenintensiv ist).

3.4 Beispiele für einen verbesserten Zugang

Nachfolgend werden drei Beispiele vorgestellt, die die vorherigen Diskussionen um bedürfnisorientierte Angebote aufgreifen. Diese Beispiele zeigen den möglichen Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung.

Manuale: Für die praktische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung können Manuale erstellt werden, die gut verständlich und kleinschrittig die Nutzung von digitalen Angeboten erläutert. Durch Manuale ergibt sich die Möglichkeit, die Nutzung von Medien zielgruppenorientiert zu erläutern. Dies setzt z. B. das Ziel des Büros für inklusive Medienbildung der Lebenshilfe Münster um. Im Projekt *Netz-Stecker* werden Materialien in Leichter Sprache online zur Verfügung gestellt, wie zur Nutzung von *WhatsApp* oder zum Telefonieren mit *Android*. Ein Hauptmerkmal der Leichten Sprache ist die grafische Darstellung. In diesem Projekt wurde mit einem Grafiker gearbeitet, der die Anforderungen an Texte für die Zielgruppe kennt. Die Grafiken sind somit auf die Texte besonders abgestimmt und erlauben ein gutes Nachvollziehen.²⁹ Diese Manuale könnten dabei unterstützen, bestehende Gesundheitsangebote in Apps für Menschen mit kognitiven Einschränkungen nachzuvollziehen.

Digitale Gesundheitsangebote: Speziell entwickelte Apps sowie andere digitale Gesundheitsangebote können zielgruppenorientiert Menschen mit kognitiven Einschränkungen und deren Fähigkeiten adressieren. Die Lebenshilfe Hamburg entwickelt beispielhaft gemeinsam mit dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikum Eppendorf eine Gesundheits-App zu verhaltenstherapeutischen Übungen im Alltag für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Auf der Homepage steht hierzu:

„Auf dem Gesundheitsmarkt entstehen derzeit zahlreiche ‚Gesundheits-Apps‘ mit dem Ziel, Menschen zu gesünderem Verhalten zu animieren. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen finden sich dabei nicht im Fokus der Entwickler:innen und Anbieter. Verständlichkeit und Bedienbarkeit der Apps erfordern oft ein hohes Maß an kognitiver Leistungsfähigkeit und Selbstreflexion. Es mangelt an barrierefreien Angeboten und Sensibilität für die Zielgruppe. Zudem gibt es wenig Erfahrung dazu, wie Apps gestaltet sein müssen, um barrierefrei für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zugänglich zu sein.“³⁰

29 LHMS 2022.

30 LHHH 2022.

Weitere Apps befinden sich in der Entwicklung wie z. B. eine Tagesplaner-App für selbstständiges Wohnen³¹ oder eine App im Modellprojekt #ROOKIE, die sich zum Stand des Beitrags noch in der Entwicklung befindet und u. a. eine Tauschbörse enthalten soll. Die Entwicklung von Apps ist sehr zeit- und kostenintensiv. Der Zugang zu anderen digitalen Gesundheitsangeboten, die zumeist über Internetseiten zur Verfügung gestellt werden, sollte auf die Bedarfe der Zielgruppe ausgerichtet sein. Beispielhaft könnte eine Homepage mit Gesundheitsangeboten, die über die Übertragung von Texten in Leichte Sprache hinausgeht, von Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Spezielle Schulungen: Schulungen können dazu befähigen, erlernte Basiskompetenzen zu erweitern und sich somit fortzubilden. In Österreich wurde von der Wiener Gesundheitsförderung ein spezieller Kurs zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für die Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung entwickelt und jahrelang erprobt. Die Fachhochschule Bielefeld hat den österreichischen Fortbildungskurs *Gesundsein*³² an das deutsche Gesundheitswesen angepasst und um ein Modul zur digitalen Gesundheitskompetenz ergänzt. In diesem Modul steht der Umgang mit Gesundheitsinformationen und sozialen Medien wie *WhatsApp* im Fokus. Mit verschiedenen Übungen wird sich mit der eigenen Suche nach Gesundheitsinformationen und der Bewertung von den gefundenen Gesundheitsinformationen befasst. Zum Abschluss des Moduls wird auf die ‚guten Seiten‘ von Gesundheitsinformationen aus dem Netz und sozialen Medien zurückgeführt, um die Teilnehmer*innen gestärkt in ihren Alltag zu verabschieden.³³

4. Fazit und Ausblick

Allgemein zählen Menschen mit geistiger Behinderung (noch) als Personenkreis, der nur in sehr geringem Umfang an digitalen Teilhabemöglichkeiten partizipiert.³⁴ Konkrete Aussagen lassen sich für den Personenkreis nicht treffen, da viele Daten zur Nutzung digitaler Technologien sehr un-

31 LWL 2022.

32 Fachhochschule Bielefeld 2022.

33 Ebd.

34 Heitplatz 2021.

einheitlich sind.³⁵ Viele Personen mit geistiger Behinderung nutzen bereits aktiv das Internet, dennoch besteht hier Nachholbedarf.³⁶ Während davon auszugehen ist, dass die Organisationsebene der Leistungserbringende zunehmend digitaler agieren wird, lässt sich dies bezüglich der leistungsberechtigten Menschen mit geistiger Behinderung und der praxisbezogenen Ebene der Leistungserbringung bislang nicht vermuten.

Die beschriebenen Herausforderungen zur digitalen Teilhabe liegen insbesondere in der Finanzierung von Hilfsmitteln und Endgeräten, bedürfnisorientierten Angeboten und kontinuierlichen Fortbildungen. Um das komplette Setting der Eingliederungshilfe zu digitalisieren und die Partizipation an die fortführende Entwicklung an digitalen (Gesundheits-)Angeboten zu fördern, müssen sich die Rahmenbedingungen grundlegend ändern. Hierzu benötigt es auch veränderte rechtliche Rahmenbedingungen, welche die digitalen Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderung stärker berücksichtigen. Nicht zuletzt muss auch das Bundesteilhabegesetz stärker auf den Aspekt der digitalen Teilhabe bezogen werden.

Im Projekt #ROOKIE hat sich gezeigt, wie bedeutsam geeignete Rahmenbedingungen für Mitarbeitende sind. Die Förderung von Modellprojekten zur Digitalisierung im Setting der Eingliederungshilfe, ausgelöst durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, hat gezeigt, dass diese Bevölkerungsgruppe bereit ist, sich digitale Kompetenzen anzueignen und dass dies eine Chance für diverse digitale Gesundheitsangebote sein kann. Wenn es nun um Gesundheit geht und der Fokus auf die „Lösung von Versorgungsproblemen sowie die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer gelegt wird“, wie es in der Digitalisierungsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit heißt, dann müssen bislang unberücksichtigte Bevölkerungsgruppen mitgenommen werden, gerade, wenn diese eine hohe gesundheitliche Benachteiligung erfahren. Und dennoch muss die Frage legitim bleiben, ob jede Person digital sein muss – oder bedarf es für Menschen, für die es bei den digitalen Entwicklungen schwer mitzukommen ist oder die sich dagegen entscheiden, weiterhin kostenloser analoger Lösungen?

Menschen mit geistiger Behinderung haben das Recht, die gleichen Möglichkeiten zur Informationsgewinnung zur Verfügung gestellt zu bekommen wie die Allgemeinbevölkerung. Hierfür muss die Bevölkerungs-

35 Bruland et al. 2022.

36 Ebd.

gruppe nun durch verschiedene Akteur*innen im Blick bleiben, nicht nur während Pandemiezeiten.

Literatur

- Aust, A/Rock, J/Schabram, G (2020): Regelbedarfe 2021: Alternative Berechnungen zur Ermittlung der Regelbedarfe in der Grundsicherung. URL: https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/expertiseregelsatz_2020_web.pdf; 21.10.2022.
- Berner, F/Hagen, C/Endter, C/Moormann, J/Braasch, A/Ahlswede, M (2018): Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Ältere Menschen und Digitalisierung und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159916/9f488c2a406ccc42cb1a694944230c96/achter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>; 25.9.2022.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2022): Digitalisierung im Gesundheitswesen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html>; 25.9.2022.
- Bruland, D/Herrera Bayo, L/Dietrich, A/Lattek, Ä-D (2022): Evaluationsbericht #ROO-KIE. URL: https://www.foerderges.fh-bielefeld.de/?page_id=40; 15.2.2023.
- Dieckmann, F/Metzler, H (2013): Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Stuttgart: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.
- Emerson, E/Hatton, C (2014): Health Inequalities and People with Intellectual Disabilities. New York: Cambridge University Press.
- Fachhochschule Bielefeld (2022): Kurs Gesundsein. URL: https://www.foerderges.fh-bielefeld.de/?page_id=70; 30.9.2022.
- Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2021): Forderungen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zur digitalen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. URL: https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/20211026_Fachverbaende_Forderungen%20zur%20digitalen%20Teilhabe_END.pdf; 28.9.2022.
- Hartung, S/Rosenbrock R (2022): Settingansatz - Lebensweltansatz. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>; 25.9.2022.
- Heitplatz, VN/Sube, L (2020): „Wir haben Internet, wenn das Wetter schön ist!“ Internet und digitale Medien in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Teilhabe, 1: 59, 26–31.
- Heitplatz, VN (2021): Digitale Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen im Wohnkontext. Perspektiven von Einrichtungsleitungen, Fachkräften und Bewohnenden. URL: <https://eldorado.tu-dortmund.de/handle/2003/40580>; 30.9.2022.

- Initiative D21 e. V.* (2021): D21-Digital-Index 2020/2021. Wie digital ist Deutschland? Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. 1. Auflage. Berlin: Initiative D21. URL: <https://www.initiaved21.de/d21index>; 15.2.2023.
- Latteck, Ä-D* (2017): Durchführung einer systematischen nationalen und internationalen Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderungen und der Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Lebenshilfe Brakel* (o. J.): #ROOKIE – Ein Projekt zur Digitalisierung der Einrichtungen und Dienste der Lebenshilfe Brakel. URL: <https://www.lebenshilfe-brakel.de/de/projekte/rookie/>; 26.9.2022.
- LHHH – Lebenshilfe Hansestadt Hamburg* (2022): „Leichte“ Gesundheits-Apps. URL: <https://lhhh.de/2021/08/23/leichte-gesundheits-apps/>; 25.9.2022.
- LHMS – Lebenshilfe Münster* (2022): NetzStecker - Büro für inklusive Medienbildung. URL: <https://www.lebenshilfe-muenster.de/de/projekte/netzstecker/whatsapp-ino-l-eichter-sprache.php>; 25.9.2022.
- LWL – Landschaftsverband Westfalen Lippe* (2022): Tagesplaner-App. URL: <https://www.wideenschmiede-inklusives-wohnen.lwl.org/tagesplaner-app-feinschliff-fuer-den-pr-ototypen/>; 30.9.2022.
- Mair, H/Offergeld, J* (2014): Ältere Menschen mit Behinderung. Schriftenreihe der Baden-Württemberg Stiftung GmbH. Stuttgart: Baden-Württemberg Stiftung.
- McKenzie, K/Milton, M/Smith, G/Ouellette-Kuntz, H* (2016): Systematic Review of the Prevalence and Incidence of Intellectual Disabilities: Current Trends and Issues. *Current Developmental Disorders Reports*, 3: 2, 104–115. DOI: 10.1007/s40474-016-0085-7.
- Pelka, B* (2018): Digitale Teilhabe: Aufgaben der Verbände und Einrichtungen der Wohlfahrtspflege. In: Kreidenweis, H (Hg.): *Digitaler Wandel in der Sozialwirtschaft – Grundlagen – Strategien – Praxis*. Baden-Baden: Nomos, 57–80.
- Sappok, T/Diefenbacher, A/Winterholler, M* (2019): The Medical Care of People with Intellectual Disability. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 809–816.
- Ulrich, P* (2022): Hilfsmittel. In: Deinert, O/Welti, F/Luik, S/Brockmann, J (Hg.): *StichwortKommentar Behindertenrecht: Arbeits- und Sozialrecht | Öffentliches Recht | Zivilrecht*. Baden-Baden: Nomos, 765–778.
- UN-BRK – UN-Behindertenrechtskonvention* (2022): Zugänglichkeit. URL: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/zugaenglichkeit-3790/>; 25.9.2022.
- WHO – World Health Organization* (2020): Definition des Begriffs „geistige Behinderung“. URL: www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability; 7.12.2020.

Studentisches Gesundheitsmanagement in der Fernuniversität durch digitale Tools – das Projekt *Die Gesundheit Fernstudierender stärken*

Christel Salewski, Jessica Kemper, Philip Santangelo und Jennifer Apolinário-Hagen

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	249
Abstract	250
0. Einleitung	250
1. Das Setting Fernuniversität als Ort digitaler Gesundheitsförderung	250
2. Chancen und Herausforderungen der Gesundheitsförderung für Studierende der FernUniversität in Hagen	253
3. Das Projekt Die Gesundheit Fernstudierender stärken	256
3.1 Rahmenbedingungen des Projekts	256
3.2 Entwicklungsprozess der App Stressdown	257
3.3 Die finale App Stressdown	259
3.4 Evaluation	263
4. Ausblick: Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsförderung im Setting Fernuniversität	265
Literatur	267

Zusammenfassung

Digitale Angebote können zur Gesundheitsförderung von Gruppen beitragen, die durch Präsenzangebote nicht oder nur schwer erreichbar sind, wie zum Beispiel Fernstudierende. Dieses Kapitel beschreibt die Rahmenbedingungen, den Entwicklungsprozess und die Gestaltung der App *Stressdown* zur Stärkung der Stressbewältigungskompetenzen, die für Studierende der FernUniversität in Hagen konzipiert wurde. Der Beitrag reflektiert abschließend die Einbettung von *Stressdown* im Setting Fernuniversität sowie weitere Perspektiven digitaler studentischer Gesundheitsförderung.

Abstract

Digital offerings can contribute to the health promotion of groups that are not or only with difficulty accessible through face-to-face offerings, such as distance learning students. This chapter describes the framework conditions, the development process, and the design of the app *Stressdown* for strengthening stress management skills, which was developed for students at the FernUniversität in Hagen. Finally, the chapter reflects on the embedding of *Stressdown* in the setting of a distance learning university as well as further perspectives of digital student health promotion.

0. Einleitung

Fernuniversitäten und -hochschulen stehen, wie die entsprechenden Präsenzeinrichtungen des tertiären Bildungsbereiches, vor der Aufgabe, ihren Studierenden Angebote zur Gesundheitsförderung bereitzustellen. Dazu verfügen Fernuniversitäten aufgrund des zumeist höheren Digitalisierungsgrads über besondere Möglichkeiten, aber sie müssen auch spezifischen Herausforderungen begegnen, da Maßnahmen des Studentischen Gesundheitsmanagements nicht oder nur in geringem Umfang vor Ort auf dem Campus angeboten werden können. In diesem Beitrag geben wir einen Überblick über die Rahmenbedingungen und den Entwicklungsprozess der App *Stressdown* zur Stärkung der individuellen Stressbewältigungskompetenzen. Die Planung, Umsetzung und Implementierung dieser App, die im Rahmen des Projekts *Die Gesundheit Fernstudierender stärken* realisiert wurde, war von den zielgruppenspezifischen Bedarfen der Studierenden-schaft an der FernUniversität in Hagen geleitet.

1. Das Setting Fernuniversität als Ort digitaler Gesundheitsförderung

Für rund drei Millionen Studierende in Deutschland¹ sind Universitäten und Hochschulen Settings, deren Strukturen, Regeln und Anforderungen während der Dauer eines Studiums einen erheblichen Einfluss auf die individuelle Lebensgestaltung nehmen und somit zumindest zeitweilig relevante Sozialräume mit spezifischen interaktionellen und physischen Merkma-

1 Destatis 2021.

len darstellen.² Demensprechend ist es nur folgerichtig, dass, befördert durch das am 25. Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz,³ Studentisches Gesundheitsmanagement zunehmend als Auftrag von Universitäten und Hochschulen reflektiert wird und Schritte zur Implementierung eines Studentischen Gesundheitsmanagements entwickelt und kritisch geprüft werden.⁴

Aufgrund der Vielfältigkeit der deutschen Hochschullandschaft sind die konkreten Umsetzungsmöglichkeiten für Maßnahmen der studentischen Gesundheitsförderung und auch das Tempo und die Stetigkeit ihrer Implementierung in den einzelnen Universitäten und Hochschulen jedoch sehr unterschiedlich.⁵ Neben anderen Organisationscharakteristika, wie der Größe, der finanziellen und damit auch der technischen Ausstattung, ist die grundlegende Form der Wissensvermittlung – entweder in Präsenz vor Ort oder (überwiegend) ortsungebunden im Rahmen von Fernlehre – ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal, das auch bei der Gestaltung von Angeboten zur studentischen Gesundheitsförderung zum Tragen kommt.

Fernlehre ist traditionell v. a. durch die räumliche Trennung von Lehrenden und Lernenden gekennzeichnet, wodurch das Lernen selbst überwiegend orts- und zeitunabhängig gestaltet werden kann und in der Konsequenz durch die Lernenden selbst organisiert wird. Die erhöhte Flexibilität des Lernens trägt den Bedarfen von Studierenden Rechnung, die aufgrund ihrer Lebenssituation (z. B. bestehende Berufstätigkeit, Familienarbeit, gesundheitliche Einschränkungen) nicht an einem Präsenzstudium teilnehmen können oder wollen. Demensprechend sind Fernstudierende häufig älter, bereits berufstätig, in familiäre Zusammenhänge eingebunden und studieren außerdem häufiger auf dem zweiten Bildungsweg und in Teilzeit.⁵ Diese Merkmale treffen überwiegend auch auf die Studierenden der FernUniversität in Hagen (im Folgenden: FernUniversität) zu, der einzigen staatlichen Fernuniversität in Deutschland und mit über 71.000 Studierenden (Stand 2022) auch die größte deutsche Universität. Die Studierenden sind im Durchschnitt etwas über 38 Jahre alt, 80% sind berufstätig und 51% haben bereits ein Studium abgeschlossen. Die Hochschulzugangsberechtigung erlangten 15% der Studierenden über eine berufliche Qualifizierung.⁶

2 HRK 2018; WHO 1986; Köckler 2019.

3 BMG 2015.

4 Hartmann et al. 2016.

5 Seifer 2003.

6 FeU 2022a.

Zunächst unabhängig von der grundlegenden Form der Lehre wurde Digitalisierung bereits vor der SARS-CoV-2-Pandemie als Motor für Struktur- und Prozessveränderungen im Setting Universität/Hochschule betrachtet.⁷ Mit der durch die Coronapandemie entstandenen Notwendigkeit zur Nutzung virtueller Lernszenarien in verschiedenen Teilen des Bildungssektors zeigten sich aber Unterschiede dahingehend, wie schnell und reibungslos verschiedene Bildungsorganisationen auf die veränderten Anforderungen reagieren konnten.⁸ Fernuniversitäten und -hochschulen hatten dabei häufig günstigere Voraussetzungen für eine rasche Anpassung, da bereits Erfahrungen mit virtuellen Lernszenarien vorlagen und eine entsprechende technische Infrastruktur häufig vorhanden war. Anna Lea Stark et al.⁹ charakterisieren dementsprechend Fernuniversitäten und -hochschulen als *stärker digitalisierte Settings*. Inwieweit diese Charakterisierung für jede Fernuniversität/-hochschule zutrifft, muss im Einzelfall betrachtet werden. Für die FernUniversität lässt sich feststellen, dass viele der Merkmale eines stärker digitalisierten Settings realisiert sind. Entsprechend der bei Stark et al. genannten Kriterien sind die Strukturcharakteristika, wie digitale Kommunikation und Lehre, die überwiegende Unabhängigkeit der Leistungen von einem physischen Ort, das Vorhandensein einer digitalen Infrastruktur oder Weiterbildungsangebote zum Ausbau digitaler Kompetenzen, entsprechend den Forderungen eines stärker digitalisierten Settings ausgestaltet. Ähnliches gilt für die Existenz einer expliziten Digitalisierungsstrategie,¹⁰ deren Inhalte sich in Bereichen der Organisationskultur niederschlagen – im Falle der FernUniversität etwa in der Schaffung eines Prorektorats für Forschung und Digitalisierung. Während die gerade genannten Organisationselemente relativ gut zu erfassen oder auch zu quantifizieren sind, ist der Digitalisierungsgrad gerade in Bezug auf die Organisationsprozesse weniger klar einzustufen, weil hier die Erreichung von Schwellenwerten schwieriger zu operationalisieren ist – dies dürfte neben der FernUniversität ebenso für andere Fernuniversitäten und -hochschulen gelten.

In Bezug auf die Gestaltung der studentischen Gesundheitsförderung lässt sich abschließend konstatieren, dass das Setting Fernuniversität allgemein (und somit ebenso das der FernUniversität) prinzipiell günstige Ausgangsbedingungen für die Implementierung von gesundheitsbezogenen

7 Deimann 2021.

8 Pelikan et al. 2021.

9 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband.

10 FeU 2020.

Angeboten besitzt, die digital vermittelt werden, und dass die Zielgruppe dieser Angebote Studierende sind, die aufgrund ihrer Lebens- und Lernkontexte in besonderem Maße von digitalen Interventionen profitieren könnten. Auch solche digitalen Angebote zielen im Allgemeinen zunächst auf die individuelle Verhaltensebene ab; sie sollten aber immer als Teil einer Gesamtstrategie gedacht werden, die sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention (z. B. durch die Schaffung gesundheitsfördernder Lern- und Arbeitsbedingungen) umfasst und, im Sinne einer *health promoting university*¹¹, alle universitären Statusgruppen adressiert.

2. Chancen und Herausforderungen der Gesundheitsförderung für Studierende der FernUniversität in Hagen

Die oben skizzierten Merkmale von Fernlehre und Fernstudierenden lassen besondere Bedarfe bei der Gestaltung von Angeboten der studentischen Gesundheitsförderung erwarten: Durch die fehlende Ortsgebundenheit sind Fernstudierende über Präsenzangebote, wie Hochschulsport, gesundes Mensaessen oder Präsenzkurse zur Gesundheitsförderung, nur im begrenzten Maße erreichbar, und zudem ist ihre Lebenssituation oftmals durch eine andere Belastungskonstellation als bei Präsenzstudierenden gekennzeichnet. Dass insgesamt bei Studierenden potentiell gesundheitseinschränkende Belastungssituationen bestehen, zeigen verschiedene Studien, die an Präsenzuniversitäten durchgeführt wurden.¹² Hierbei erwiesen sich Stress durch studienbezogene Aspekte (z. B. hohe fachliche Anforderungen, Prüfungssituationen, Leistungs- und Konkurrenzdruck), aber auch durch Mehrfachbelastungen neben dem Studium (z. B. Finanzierung des Studiums, Aufbau neuer und Pflege bestehender sozialer Netzwerke) als besonders gesundheitsrelevante Faktoren. Dies schlägt sich in einem gestiegenen Behandlungsbedarf und einem signifikant erhöhten Verordnungsvolumen von Psychopharmaka bei Studierenden im Vergleich zu Berufstätigen ihrer Alterskohorte nieder und verweist dadurch auf eine besondere gesundheitspolitische Relevanz.¹³ Für die bis dahin allerdings noch nicht systematisch geprüfte Annahme einer mindestens ähnlichen Belastungssituation unter Fernstudierenden spricht, dass ein Fernstudium besonders voraussetzungsreich ist mit Blick auf die Fähigkeit zur Selbstorganisation und -regulation

11 Squires/London 2021.

12 Grobe et al. 2018; Grützmaker et al. 2018; Sendatzki/Rathmann 2022; TK 2015.

13 Grützmaker et al. 2018.

und häufig nebenberuflich – also zusätzlich zu weiteren Verpflichtungen – absolviert wird.

Auch für die Erfassung der spezifischen Unterstützungserfordernisse in Hinblick auf Angebote der studentischen Gesundheitsförderung müssen Besonderheiten der jeweiligen (Fernlehre-)Settings erfasst und berücksichtigt werden. Im Sinne des *Public Health Action Cycle*¹⁴ (vgl. Abb. 1) wurden daher an der FernUniversität zunächst Gesundheitsbefragungen durchgeführt, um eine verlässliche Datenbasis zur gesundheitlichen Situation der Studierenden zu schaffen und daraus Handlungsstrategien zur Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots zur Gesundheitsförderung abzuleiten.

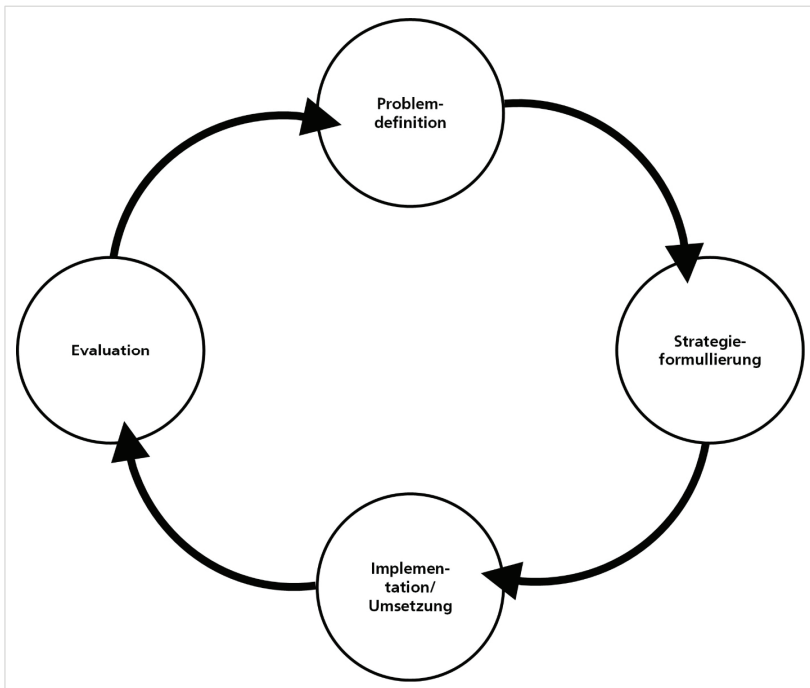


Abb. 1: Phasen des Public Health Action Cycles (nach Institut für Sozial- und Präventivmedizin 2008)

14 ISPM 2008.

Eine erste an der FernUniversität durchgeführte hochschulweite Online-Befragung bestätigte den Bedarf an Gesundheitsförderungsangeboten auch für Fernstudierende.¹⁵ In der Studie aus dem Wintersemester 2016/17 wurden, neben dem subjektiven Gesundheitszustand, Stressoren und Ressourcen, die Nutzung von Gesundheits-, Beratungs- und Selbsthilfeangeboten sowie die Nutzungsbereitschaft und Präferenzen bezogen auf *eMental Health*- und *mHealth*-Angebote ebenso erfasst wie wahrgenommenen Barrieren für die Nutzung digitaler Gesundheitsförderungsangebote. An dem Gesundheitssurvey nahmen 5.721 Studierende teil, wobei sich die soziodemographische Struktur der Studierenden der FernUniversität in der Stichprobe gut widerspiegelte. Die Einladung zu der Befragung wurde an alle Studierenden der damals vier Fakultäten der FernUniversität (Kultur- und Sozialwissenschaften, Mathematik und Informatik, Rechtswissenschaften, Wirtschaftswissenschaften) versendet. Demensprechend gab es Rücklauf aus dem gesamten Studienspektrum der FernUniversität; knapp die Hälfte der Datensätze stammte aus den Psychologie-Studiengängen. Rund 60% aller Befragten studierten in einem Bachelor-Studiengang. Der Altersschwerpunkt der Teilnehmenden lag bei 25 bis 39 Jahren und ein Großteil der Teilnehmenden (83,5%) war berufstätig. Die Annahme einer Mehrfachbelastung bestätigte sich für die untersuchten Studierenden. Weitere studienbedingte Stressoren bezogen sich auf Zeit- und Leistungsdruck sowie Zukunftsängste. Es zeigte sich eine Präferenz für digital gestützte Gesundheitsangebote, insbesondere zu den Bereichen Stressbewältigung, Entspannung, Achtsamkeit und zum Umgang mit Prokrastination.

Das Studiendesign des Gesundheitssurveys wurde nachfolgend für eine neue Erhebung spezifiziert und erweitert.¹⁶ Für einen Vergleich zwischen den beiden Studienformen wurde die Erhebung sowohl an der FernUniversität als auch an Präsenzuniversitäten durchgeführt. Insgesamt nahmen 500 Personen teil, die sich etwa gleichmäßig auf beide Studienformen verteilten. Der Anteil an Teilnehmerinnen war in dieser Studie mit etwas über 80% Rücklauf insgesamt sehr hoch. Ein Blick auf die Demographie der beiden Stichproben zeigt, dass Fernstudierende im Durchschnitt ungefähr zehn Jahre älter waren (knapp 34 gegenüber 24 Jahren bei Präsenzstudierenden) und sie zudem häufiger Aufgaben der Kindererziehung übernahmen. So hatten von den befragten Fernstudierenden bereits fast 34% Kinder, während dies nur auf circa 3% der Präsenzstudierenden zutraf. Die

15 Apolinário-Hagen et al. 2018.

16 Drüge et al. 2022.

Datenerhebung ergab weiterhin, dass Fernstudierende häufiger berufstätig waren und im Durchschnitt mehr Wochenarbeitsstunden ableisteten als Präsenzstudierende (31 gegenüber knapp 16 Stunden bei Präsenzstudierenden). Obwohl dies eine höhere Belastung von Fernstudierenden begünstigen könnte, zeigten sich mit Blick auf das globale Stresserleben und auf vorliegende psychische und physische Stresssymptome keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Hochschularten. Vielmehr wurde deutlich, dass für beide Zielgruppen der Themenbereich Stress hochrelevant war, auch wenn sich die Belastungsprofile aufgrund unterschiedlicher Ausgangssituationen unterschieden und dementsprechend andere Herangehensweisen zur Unterstützung der Stressprävention erforderlich machen. So beschrieben Fernstudierende häufiger Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben als besonders relevante Belastungsquelle. Präsenzstudierende berichteten hingegen eher von leistungs- (z. B. Tests und Abschlussarbeiten) und studienbedingten Belastungen (z. B. Zeitdruck, Studieninhalte). Rund 70% der Fernstudierenden gaben jedoch auch in diesem Survey an, ein mittleres bis hohes Stressniveau zu erleben, was für den Bedarf einer gezielten und kontinuierlichen Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für diese Studierenden und insbesondere zur Prävention stressbedingter Belastungen spricht.

3. *Das Projekt Die Gesundheit Fernstudierender stärken*

3.1 Rahmenbedingungen des Projekts

Das Projekt *Die Gesundheit Fernstudierender stärken* wurde von 2017 bis 2021 durch die Techniker Krankenkasse gefördert und vom Lehrgebiet Gesundheitspsychologie der Fakultät für Psychologie an der FernUniversität realisiert.

Kernelement des Projekts war die Entwicklung der App *Stressdown* zur Stärkung der individuellen Stressbewältigungskompetenzen. Ausgangspunkt der App-Entwicklung waren die beiden oben beschriebenen Gesundheitssurveys, um eine fundierte Datenbasis zur Gesundheits- und Belastungssituation Fernstudierender zu schaffen und eine zielgruppenspezifische Passung der Projektausrichtung zu ermöglichen. Das settingorientierte Forschungsprojekt wurde auf diese Weise auf den spezifischen Kontext der FernUniversität ausgerichtet, die, wie dargelegt, durch eine

große Studierendenschaft mit hoher Diversität bezüglich Altersstruktur, Lebenssituation und individueller Charakteristika gekennzeichnet ist.

Mit Beginn der Projektlaufzeit wurde weiterhin ein Steuerungsgremium eingerichtet, um zentrale Stakeholder der FernUniversität, wie das Prorektorat für Forschung und Digitalisierung oder die Zentrale Studienberatung, regelmäßig über Projektfortschritte zu informieren. Zugleich wurde auf diese Weise ein Forum geschaffen, um Wünsche und inhaltliche Ansprüche an das Projekt und die App *Stressdown* in die Entwicklungsarbeiten einzubinden. Durch die frühe Einbettung in die universitären Strukturen wurde auch die Bewerbung der App-Veröffentlichung über die zentralen Kommunikationskanäle der FernUniversität sichergestellt. Die Zielgruppe der Studierenden wurde im Sinne einer partizipativen Forschungsausrichtung¹⁷ in verschiedenen Phasen der App-Entwicklung zur Beurteilung der Inhalte und der Gestaltung sowie in der Evaluationsphase zur Bewertung der Usability und Wirksamkeit einbezogen. Die Finalisierung und Implementierung der App wurde nach Abschluss der Projektlaufzeit durch eine interne Forschungsförderung der FernUniversität ermöglicht.

3.2 Entwicklungsprozess der App Stressdown

Theorie- und evidenzbasierte Festlegungen für die App-Gestaltung: Mit Blick auf Größe, Ortsungebundenheit und Diversität der im Projekt anvisierten Zielgruppe wurden zu Projektbeginn verschiedene Ansprüche formuliert, die das Gesundheitsförderungsangebot erfüllen sollte. Ein wesentliches Ziel war die Schaffung eines niedrigschwelligen Angebots, das den Gewohnheiten der Zielgruppe gerecht wird und sich einfach und flexibel in den Alltag integrieren lässt. Aufgrund der potentiell hohen Zahl von Nutzenden wurde ein unbegleitetes Selbstlern-Format gewählt. Zur Gewährleistung des Datenschutzes sollte die Nutzung vollständig anonym und ohne Anlegen eines Benutzeraccounts möglich sein. Alle eingepflegten Daten sollten nur auf den Endgeräten gespeichert, aber nicht an Dritte weitergeleitet werden. Die Nutzung der App und eine Teilnahme an Evaluationen sollten dementsprechend losgelöst voneinander erfolgen können.

Als theoretische Fundierung dienten transaktionale Stressmodelle.¹⁸ Nach ihrem Verständnis wird die physische und psychische Stressreakti-

¹⁷ Wright et al. 2021.

¹⁸ Semmer/Zapf 2017.

on weniger durch die objektiven Gegebenheiten einer Situation, sondern vielmehr durch die individuellen Bewertungen dieser Gegebenheiten und der eigenen Handlungsmöglichkeiten ausgelöst. Stress entsteht demnach als ungünstige Relation zwischen Situationsmerkmalen und den eigenen Bewältigungsmöglichkeiten. Aus dieser theoretischen Festlegung ergab sich eine multimodale Ausrichtung des Trainings mit drei Ansatzpunkten:

- der Reduktion oder Abmilderung der potenziellen Stressoren durch die Vermittlung und Stärkung instrumenteller Stresskompetenzen,
- der Modifikation von stressinduzierenden Kognitionen durch die Vermittlung und Stärkung kognitiver Stresskompetenzen,
- der Abschwächung psychophysiologischer Stressreaktionen durch die Stärkung regenerativer Stresskompetenzen.

Als Orientierungspunkte wurden klassische Gesundheitsförderungsangebote zum Stressmanagement genutzt, wie sie als Präsenz- oder Online-Kurse angeboten werden. Angelehnt wurde die Ausarbeitung insbesondere an das Gesundheitsförderungsprogramm *Gelassen und sicher im Stress*.¹⁹ Ergänzt wurde diese Perspektive durch ressourcenorientierte Ansätze,²⁰ um insbesondere die Potenziale und Kompetenzen der Nutzenden zu adressieren und zu aktivieren. Durch die Kombination von Psychoedukation und praktischen Übungen wurde das Ziel verfolgt, die Selbstreflexion, Problemlösefähigkeiten und Regenerationsfähigkeiten zu stärken, um so den Aufbau eines flexibel einsetzbaren Repertoires an verschiedenen adaptiven Bewältigungsstrategien zu ermöglichen, das sich die Studierenden durch die Nutzung der App selbstständig aneignen.

Erster Entwicklungsschritt: Vor diesen Hintergrundüberlegungen wurde zunächst ein Prototyp in Form eines textbasierten Web- und App-Stressbewältigungstrainings erarbeitet. Angelehnt an Präsenz- und Online-Angeboten zur Gesundheitsförderung wurden unterschiedliche Module ausgearbeitet, die in einem wöchentlichen Rhythmus mit einer Dauer von 45–60 Minuten pro Einheit absolviert werden sollten. Ein über die Wochen differenzierter werdendes Stresstagebuch sowie eine Übung zum positiven Tagesrückblick begleiteten das Trainingsprogramm. Das Training bestand aus sechs inhaltlich aufeinander aufbauenden Lektionen, einer Einführungs- und einer kurzen Auffrischungslektion, die mit etwas zeitlichem Abstand in der App freigeschaltet wurde. Jede Lektion setzte sich aus

19 Kaluza 2015, 2018.

20 Deppe-Schmitz/Deubner-Böhme 2016; Deubner-Böhme/Deppe-Schmitz 2018.

einem psychoedukativen Teil in Form von Informationstexten und praktischen Übungen zum Erwerb instrumenteller, kognitiver und regenerativer Stressbewältigungskompetenzen zusammen. Weitere praktische Transferübungen und Hilfsmittel sollten die konkrete Umsetzung im Fernstudium und Alltag erleichtern.

Zweiter Entwicklungsschritt: Auf Basis von strukturierten Rückmeldungen aus vier Fokusgruppen²¹ mit insgesamt 22 Psychologie-Studierenden der FernUniversität sowie theoretischer Überlegungen wurde die Weiterentwicklung zur finalen App-Version in einem nächsten Entwicklungsschritt verfolgt. Ziele dieser Überarbeitungsphase waren:

- eine breitere mediale Aufstellung durch eine Erhöhung des Anteils von Bild- und Audiomaterial,
- eine deutliche Ausdifferenzierung der App-Struktur, um neben den Trainingseinheiten schnelle Hilfen für weniger Stress und mehr Wohlbefinden im Alltag bereitzustellen,
- eine Erweiterung der Inhalte um eine explizite Ressourcenperspektive,
- eine Reduktion des Textanteils, um die Wissensvermittlung näher an dem Medium einer App auszurichten,
- eine Einbindung von Gamification-Elementen und personalisierten Informationen.

Bei der Überarbeitung wurde eine reine App-Version des Trainings fokussiert, um die Passgenauigkeit auf das gewählte Medium zu steigern und die Usability zu erhöhen. Weiterhin wurde aufgrund der studentischen Rückmeldungen eine noch höhere Zielgruppenspezifität der Inhalte und der Gestaltung angestrebt. Zur Überprüfung der Passung inhaltlicher Überarbeitungen, der neuen Struktur der App und der Usability wurden drei Fokusgruppen mit insgesamt zwölf Teilnehmenden durchgeführt. Insbesondere das in diesen Fokusgruppen geäußerte positive Feedback zu Aufbau und Struktur der App sowie der inhaltlichen Ausrichtung bekräftigten die Überlegungen zum konzeptionellen Aufbau der App.

3.3 Die finale App Stressdown

Die finale App *Stressdown* ist ebenso wie der Vorgänger-Prototyp als Selbstlern-Tool konzipiert und bietet komprimiert aufbereitete Informationen

21 Schulz 2012.

zum Thema Stress sowie Übungen und Anleitungen zur praktischen Anwendung verschiedener Stressbewältigungsstrategien. Ein Schwerpunkt der finalen App liegt auf der Stärkung persönlicher Ressourcen. Eine regelmäßige Nutzung der App soll dabei helfen, eigene Belastungen genauer zu reflektieren sowie die individuellen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und zu erweitern. Das Ausfüllen von verschiedenen Skalen und Texteingabefeldern unterstützt hierbei die Auseinandersetzung mit den eigenen Belastungen und Kompetenzen. Durch die Zusammenstellung von Übungen aus unterschiedlichen Stresskompetenzbereichen können Bewältigungsstrategien für unterschiedliche Belastungen ausgetestet und so kann ein individueller Weg gefunden werden, diesen aktiv zu begegnen. Je nach persönlicher Präferenz, der Belastungssituation und den jeweiligen Vorerfahrungen können aus dem Repertoire Übungen passgenau ausgewählt werden.

Die finale App besteht aus dem Stresstraining als zentralem Element der App, einem Methodenkoffer mit Übungen für unterschiedliche Belastungs- und Alltagssituationen, einem persönlichen Bereich sowie einem Bereich *Wissenswertes*. Tab. 1 gibt einen Überblick über den Aufbau der App:

Tab. 1: Struktur und Inhalte der App Stressdown

Aufbau der App	Inhalte	Erläuterungen
Stresstraining	• Einführungslektion • Fünf inhaltliche Trainingslektionen: 1. Selbstbeobachtung, 2. Instrumentelles, 3. Regeneratives, 4. Kognitives Stressmanagement, 5. Ressourcenförderung • Abschlusseinheit mit einer Zusammenschau der vermittelten Stressbewältigungskompetenzen	In den Lektionen wird möglichst knapp theoretisch fundiertes Wissen zum Thema Stress und Stressbewältigung sowie darauf abgestimmte praktische Übungen bereitgestellt.
Methodenkoffer	• Fünf Übungsbereiche mit insgesamt 26 Übungen zum regenerativen, instrumentellen und kognitiven Stressmanagement	Die Übungen zielen auf mehr Struktur, Gelassenheit oder Entspannung ab; sie sind schnell und einfach verfügbar und können bei einer konkreten Belastung, zur Strukturierung des Lernens (Zeitmanagement) oder zur Pausengestaltung (kurze Entspannungs- und körperliche Ausgleichsübungen) herangezogen werden.

Aufbau der App	Inhalte	Erläuterungen
Persönlicher Bereich	• Trainingshilfen • Stimmungstagebuch • Übersicht zu den erreichten Trophäen	Die Inhalte des persönlichen Bereichs unterstützen die regelmäßige Nutzung der App.
Wissenswertes	• Erläuterungen zum Hintergrund der App • Weitere Unterstützungsangebote der FernUniversität und externe Angebote • Literaturverzeichnis	Über die Inhalte der App hinausgehende Informationen und Materialien.

Ein weiterer Bereich enthält Informationen zum Thema Datenschutz und zu den Nutzungsbedingungen sowie das Impressum.

Die App wurde im Frühjahr 2021 kostenfrei in den gängigen App-Stores veröffentlicht. Die Nutzungsdauer der App ist auf einen Zeitraum von etwa drei Monaten ausgerichtet. In dieser Zeit soll sie zum eigenständigen Erwerb und zur Anwendung unterschiedlicher Stresskompetenzen anleiten, so dass sie nicht dauerhaft benötigt wird. Sie kann allerdings auch nach Bearbeitung der Lektionen und Nutzung des Methodenkoffers weiterhin als Nachschlagewerk und zur Auffrischung der individuellen Kompetenzen genutzt werden.

Um die regelmäßige Nutzung der App zu begünstigen, wurden verschiedene Gestaltungselemente integriert. Dazu zählt ein virtueller Begleiter (*virtueller Agent*) Wellby, der durch die App führt, Tipps gibt und Unterstützung bietet. Die Nutzenden der App erhalten zudem virtuelle Trophäen für den erfolgreichen Abschluss verschiedener Aufgaben und des Stresstrainings. Virtuelle prototypische Fernuniversitäts-Beispielstudierende begleiten die App-Nutzenden durch das Stresstraining. Indem sie von ihrem eigenen Stresserleben berichten und die vorgegebenen Aufgaben absolvieren, bieten sie einen Orientierungspunkt für die Bearbeitung der Lektionen. Abb. 2 zeigt einige exemplarische Ansichten von *Stressdown*:

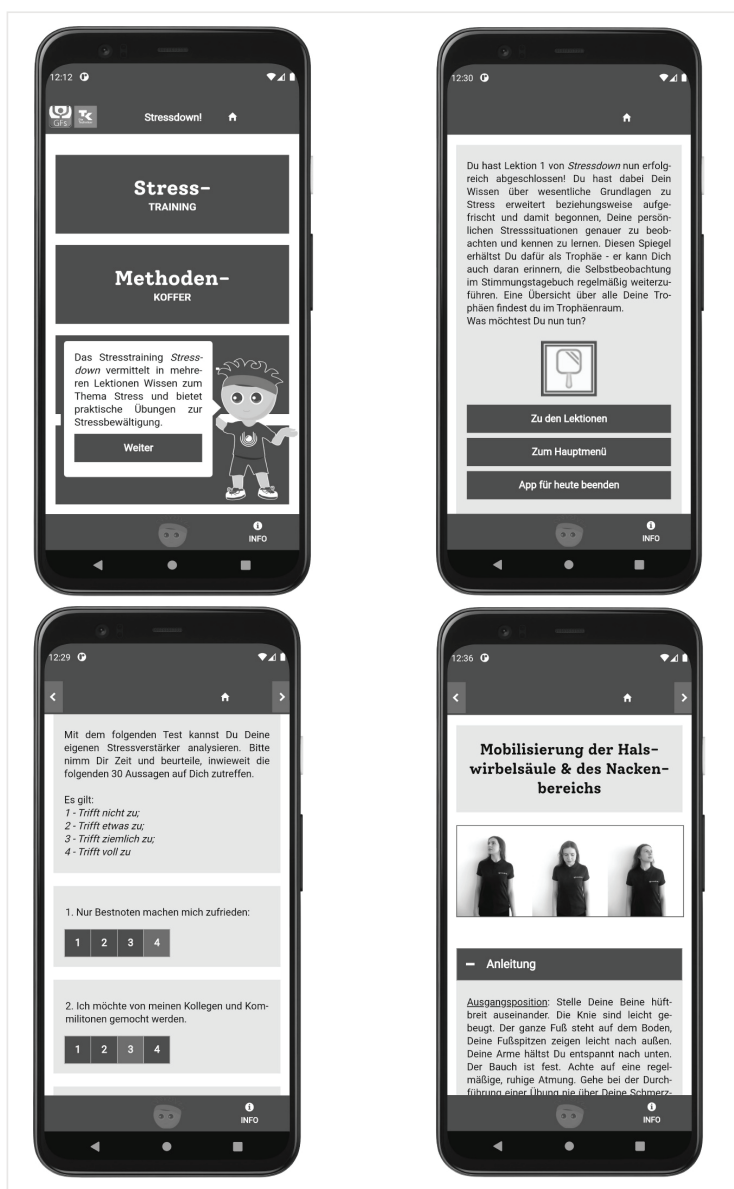


Abb. 2: Ansichten der App Stressdown (oben: Startseite mit virtuellem Begleiter Wellby, Trophäe für den Abschluss der ersten Lektion; unten: Selbsttest zur Ermittlung von Stressoren, Anleitung zu einer Übung zur Pausengestaltung aus dem Methodenkoffer; Quelle: eigene Darstellung)

3.4 Evaluation

Die App *Stressdown* wurde im Rahmen eines iterativen, partizipativ ausgerichteten Prozesses entwickelt, in dem mehrfach die Meinung und Bewertungen der Studierenden für die weitere Entwicklung und zur Qualitätssicherung eingeholt wurden. Nach dem zweiten Entwicklungsschritt erfolgten quantitative und qualitative Studien zur Gesamtevaluation. Aus diesen Studien werden im Folgenden ausgewählte Ergebnisse dargestellt.

Quantitative Ergebnisse. Zur Evaluation der finalen App wurden zwei Studien durchgeführt. Zum einen wurde in der App eine Einladung zu einer freiwilligen, externen Umfrage implementiert, die ca. zwei Monate lang verfügbar war (Studie 1). Die Einladung erschien eine Woche nach Installation der App und die Befragung umfasste neben Angaben zum demographischen Hintergrund insbesondere Fragen zur quantitativen Einschätzung der App allgemein, zum Design und zur Usability. Die App-Nutzenden wurden hierbei auch gebeten, über freie Antwortfelder mitzuteilen, was ihnen mit Blick auf Konzept, Design und Usability an der App gefiel und wozu sie sich Verbesserungen wünschten. An dieser Befragung nahmen 78 Personen teil. Eine weitere Studie mit 36 Teilnehmenden fand im Rahmen eines Psychologie-Moduls statt; in dieser Studie 2 wurden die Teilnehmenden zusätzlich gebeten, eine tägliche Einschätzung der Nützlichkeit und des Zuwachses von Fertigkeiten vorzunehmen.

Die in beiden Studien eingesetzte Skala zur Bewertung der Usability der App umfasste Werte zwischen 0 und 100. Beispielitems sind „Ich denke, die App war leicht zu benutzen“ und „Ich fand, die verschiedenen Funktionen der App waren gut integriert“. In Studie 1 wurde ein Gesamtdurchschnittswert von 81,9 erreicht und in Studie 2 ein Wert von 80,4. Insgesamt sprechen die erreichten Werte für eine positive Beurteilung der App.

Im Rahmen der zusätzlichen täglichen Befragung in Studie 2 ergaben sich die höchsten Einschätzungen zur Nützlichkeit und Fertigkeitsergewinnung für Lektion 4, in der es um die Vermittlung kognitiver Stressbewältigungskompetenzen ging (Zustimmung von 91,4% bei der Nützlichkeit und 84,3% beim Fertigkeitsergewinnung), sowie für Lektion 5 zur Ressourcenerkennung und -aktivierung (Zustimmung von 88,4% bei der Nützlichkeit und 83,2% beim Fertigkeitsergewinnung).

Qualitative Ergebnisse. Beide Studien enthielten auch einen Anteil offener Fragen, um ein tieferes Verständnis für die Akzeptanz bzw. Veränderungsvorschläge für die App zu erhalten. Positiv hervorzuheben ist, dass in beiden Studien eine große Bereitschaft zu ausführlichen freien Rückmel-

dungen bestand, so dass darauf aufbauend frühzeitig die Entscheidung getroffen werden konnte, auf die Durchführung von zusätzlichen Fokusgruppen zu verzichten.

Die offenen Fragen umfassten die Möglichkeit, jeweils Feedback und Verbesserungswünsche zum Konzept der App allgemein, zum Design und zur Usability zu geben. In Studie 1 überwog zu Aufbau und Struktur ein positives Feedback. Hier wurden insbesondere die Übersichtlichkeit, die Strukturierung in unterschiedliche Bereiche und eine intuitive Bedienung hervorgehoben, die zusammen die Usability steigern. Inhaltlich wurden das Stresstraining und die Wissensvermittlung („schöne Psychoedukation“), das Stimmungstagebuch sowie der Methodenkoffer beziehungsweise die Vermittlung von Methoden häufig positiv erwähnt:

- „Das Stimmungstagebuch gefällt mir gut und ich nutze es täglich. Besonders, da der Fokus am Ende auf positive Erlebnisse gerichtet wird, die man notieren kann. Auch finde ich es gut, mich mehr mit dem Phänomen Stress und Stressoren auseinanderzusetzen.“
- „Die praktischen Anregungen und Ideen, wie man herausfordernde Momente stressfreier erleben kann.“
- „Die Mischung aus Informationen (mit Quizzes!), Tools und Tagebuchfunktion.“

In Studie 2 zeigt sich ein ähnliches Bild, sowohl mit Blick auf das App-Konzept als auch das Design und die Usability. Viele positive Rückmeldungen zum Konzept bezogen sich auf das Stresstraining (neun Nennungen), die Wissensvermittlung (19 Nennungen) und den Methodenkoffer (20 Nennungen):

- „Die Vielfalt der Methoden, Prägnanz der Lektionen, abwechslungsreiche, interessante Texte und Übungen“
- „Verständliche Erklärungen, die weder zu lang noch zu knapp sind; sinnvolle Reihenfolge der Lektionen, vielfältiger Methodenkoffer, leichte Bedienbarkeit, die Möglichkeit, Trainingshilfen zu benutzen“

Die Benutzung der App wurde auch hier überwiegend als „selbsterklärend“ oder „leicht zu bedienen und gut erklärt“ beschrieben.

Auch in der täglichen Befragung von Studie 2 hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, freie Kommentare zu den Lektionen und Übungen zu hinterlassen. Diese Möglichkeit wurde zahlreich genutzt. Insgesamt fiel auf, dass manche Teilnehmenden Übungen und Lektionen mehrmals genutzt und wiederholt hatten und damit mehr Zeit in die App investierten, als

im Rahmen des Studiendesigns notwendig gewesen wäre. Divergierende Rückmeldungen kamen insbesondere bei verschiedenen Atem- und Entspannungsübungen, etwa aufgrund der Länge (zu lang oder zu kurz) oder nicht direkt verständlicher Umsetzungsanweisungen. Als Wünsche wurden Erweiterungen des Methodenkoffers und des Stresstrainings, etwa mehr Beispiele, mehr Speicherplatz (aktuell müssen Inhalte bei Übungen gelöscht werden, wenn man diese neu absolvieren möchten), mehr Audios oder Videoanleitungen benannt. Hinsichtlich der Abschlusslektion, in der alle vermittelten Stressbewältigungskompetenzen zusammengefasst werden, wurde kommentiert: „Die fünf Kompetenzen sollte man verinnerlichen, dann kann ich mir vorstellen, in jeder Situation angemessen auf Stress reagieren zu können.“

Insgesamt verweisen die Studienergebnisse auf eine hohe Akzeptanz und Relevanz der App für die Befragten. Ungeachtet weiter bestehender Optimierungsmöglichkeiten wird *Stressdown* aktiv genutzt; bislang wurde die App etwas über 4.000-mal heruntergeladen (Stand: Oktober 2022). Es lässt sich schlussfolgern, dass die App das Potenzial hat, als Baustein einer Struktur digitaler studentischer Gesundheitsförderung wirksam zu werden und dadurch zum Ausbau verhältnispräventiver Maßnahmen beizutragen, die die besonderen Bedingungen einer Fernuniversität berücksichtigen.

4. Ausblick: Möglichkeiten der digitalen Gesundheitsförderung im Setting Fernuniversität

Die App *Stressdown* ist aktuell Teil des Angebotskanons *StudyFit* der FernUniversität, eine speziell an die Fernstudierenden adressierte Online-Plattform mit überwiegend online-basierten Unterstützungsangeboten zur Stärkung der Studierfähigkeit.²² Die Wirksamkeit und Verbesserungsmöglichkeiten von *Stressdown* werden fortlaufend empirisch geprüft und eine längerfristige Verfestigung diskutiert. Insgesamt lässt sich resümieren, dass der Anspruch der Schaffung eines zielgruppenspezifischen Angebots zur Gesundheitsförderung im Rahmen des Projekts *Die Gesundheit Fernstudierender stärken* erfüllt werden konnte.

Allerdings kann für die FernUniversität ebenso wie für andere Fernuniversitäten und -hochschulen konstatiert werden, dass weiterhin ein

22 FeU 2022b.

großes Entwicklungspotenzial existiert, um mit zunehmenden digitalen Möglichkeiten auch das Portfolio der Angebote für ein Studentisches Gesundheitsmanagement zu erweitern und zu schärfen. Dabei können die Bereitstellung von Apps zur Förderung anderer Gesundheitsbereiche²³ (z. B. Ernährung, Bewegung, Schlafverhalten) oder digital gestützte psychologische Beratungsangebote wirksame Maßnahmen auf der Ebene der Verhaltensprävention²⁴ darstellen. Bei einer Erweiterung des Angebots an digitalen Gesundheitsförderungsangeboten müssen außerdem die personen- und institutionsseitigen Voraussetzungen einer effektiven und intentionsgemäßen Nutzung berücksichtigt werden. Zur Vermeidung von Ungleichheit darf der Zugang zu digitalen Angeboten beispielsweise nicht an das Vorhandensein spezifischer Endgeräte gebunden sein. Die Motivation zur Nutzung kann weiterhin von Kenntnissen und Fertigkeiten wie etwa *eHealth Literacy*²⁵ beeinflusst sein, die bei der anvisierten Zielgruppe in verschiedener Ausprägung vorhanden sein können und die gegebenenfalls selbst Gegenstand gesundheitsfördernder Interventionen werden. Insgesamt gilt es schließlich zu bedenken, dass bei einer Überführung digitaler Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf die Ebene der Verhältnisprävention flankierende strukturelle Entscheidungen erforderlich wären, wie z. B. die Vergabe von ECTS-Punkten für die Teilnahme an Maßnahmen der studentischen Gesundheitsförderung, um Anreizstrukturen zur Gesundheitsförderung unter den Studierenden zu setzen. Zugleich gilt es, Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten gesundheitsfördernder Maßnahmen zu reflektieren, die im Setting von Fernuniversitäten und -hochschulen begründet sind. So haben diese nur geringe Einflussmöglichkeiten auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der konkreten Lernumgebung, die zumeist im Haushalt der Studierenden verortet ist. Hier können die Institutionen zwar Informationen mit dem Ziel einer Befähigung zum selbstbestimmten Handeln bereitstellen, etwa zur gesunden Arbeitsplatz- oder Pausengestaltung, deren Umsetzung jedoch den Studierenden selbst obliegt.

Auch für die Erweiterung der digitalen Gesundheitsförderung im Rahmen eines strukturierten Studentischen Gesundheitsmanagements an Fernuniversitäten und -hochschulen ist zukünftig eine noch stärkere Vernetzung der relevanten Akteur*innen innerhalb und außerhalb der Uni-

23 Iribarren et al. 2021.

24 Leppin 2018.

25 Nutbeam 2021.

versitäten und Hochschulen anzustreben.²⁶ Dann können die Chancen der digitalen Gesundheitsförderung im Setting Fernuniversität, wie die Erreichbarkeit einer großen Zahl an Studierenden, die Existenz einer digitalen Infrastruktur und die Präferenz der Studierenden für digital gestützte Angebote, optimal genutzt und die Herausforderungen, wie etwa die unterschiedlich nuancierten Bedürfnisse einer heterogenen Studierendenschaft, wirkungsvoll adressiert werden.

Literatur

- Apolinário-Hagen, J/Groenewold, SD/Fritsche, L/Kemper, J/Krings, L/Salewski, C* (2018): Die Gesundheit Fernstudierender stärken. Prävention und Gesundheitsförderung, 13: 2, 151–158.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit* (2015): Präventionsgesetz. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>; 22.8.2022.
- Deimann, D* (2021): Hochschulbildung und Digitalisierung – Entwicklungslinien und Trends für die 2020er-Jahre. In: Hochschulforum Digitalisierung (Hg.): Digitalisierung in Studium und Lehre gemeinsam gestalten. Wiesbaden: Springer VS, 25–41.
- Deppe-Schmitz, U/Deubner-Böhme, M* (2016): Auf die Ressourcen kommt es an. Praxis der Ressourcenaktivierung. Göttingen: Hogrefe.
- Destatis* (2021): Zahl der Studierenden im Wintersemester 2021/2022 auf Vorjahresniveau. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/11/PD21_538_21.html; 15.8.2022.
- Deubner-Böhme, M/Deppe-Schmitz, U* (2018): Coaching mit Ressourcenaktivierung. Göttingen: Hogrefe.
- Drüge M/Fritsche L/Bögemann C/Apolinário-Hagen J/Salewski C* (2022): Comparing Stress, Areas of Stress and Coping-Strategies between Distance-Learning and On-Campus Students – A Mixed-Methods Approach. *Frontiers in Psychology, Section Educational Psychology*, 13: 995089.
- FeU – FernUniversität in Hagen* (2020): Digitalisierungsstrategie 2020–2023. URL: <https://www.fernuni-hagen.de/universitaet/leitung-gremien-verwaltung/planungsdokumente.shtml>; 28.7.2022.
- FeU – FernUniversität in Hagen* (2022a): Hochschulstatistik. URL: <https://www.fernuni-hagen.de/uniintern/organisation/statistik/index.shtml>; 28.7.2022.
- FeU – FernUniversität in Hagen* (2022b): studyFIT – Fit fürs Fernstudium. URL: <https://www.fernuni-hagen.de/studium/studyfit/start/>; 17.8.2022.
- Grobe, T G/Steinmann, S/Szecsényi, J* (2018): Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. URL: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-report/e/arztreporte/arztreport2018-1056488>; 22.8.2022.

26 Hungerland et al. 2022.

- Grützmaker, J/Gusy, B/Lesener, T/Sudheimer, S/Willige, J (2018): Gesundheit Studierender in Deutschland 2017. Ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung, der Freien Universität Berlin und der Techniker Krankenkasse. URL: <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/studium-stress-uni-studie-gesundheit-studenten-2046040;28.7.2022>.
- Hartmann, T/Baumgarten, K/Hildebrand, C/Sonntag, U (2016): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Prävention und Gesundheitsförderung, 11: 4, 243–250.
- HRK – Senat der Hochschulrektorenkonferenz (2018): Die Hochschulen als zentrale Akteure in Wissenschaft und Gesellschaft – Eckpunkte zur Rolle und zu den Herausforderungen des Hochschulsystems. URL: <https://www.hrk.de/positionen/beschluss/detail/die-hochschulen-als-zentrale-akteure-in-wissenschaft-und-gesellschaft-eckpunkte-zur-rolle-und-zu-d/;10.8.2022>.
- Hungerland, E/Sonntag, U/Polenz, W/Cusumano, V/Gläser, K/Hildebrand, C/Tesche, A/Hartmann, T (2022): Impulse zur Stärkung der Gesundheitsförderung an Hochschulen. Prävention und Gesundheitsförderung, 17: 3, 370–378.
- Iribarren, SJ/Akande, T O/Kamp, KJ/Barry, D/Kader, YG/Suelzer, E (2021): Effectiveness of Mobile Apps to Promote Health and Manage Disease: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. JMIR mHealth and uHealth, 9: 1, e21563.
- ISPM – Institut für Sozial- und Präventionsmedizin (2008): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. URL: https://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf;28.7.2022.
- Kaluza, G (2015): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin: Springer.
- Kaluza, G (2018): Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch – Stress erkennen, verstehen, bewältigen. Berlin: Springer.
- Köckler, H (2019): Sozialraum und Gesundheit. In: Haring, R (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer, 517–525.
- Leppin, A (2018): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K/Richter, M/Klotz, T/Stock, S (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe, 47–55.
- Nutbeam, D (2021): From Health Education to Digital Health Literacy – Building on the Past to Shape the Future. Global Health Promotion, 28: 4, 51–55.
- Pelikan, ER/Korlat, S/Reiter, J/Holzer, J/Mayerhofer, M/Schober, B/et al. (2021): Distance Learning in Higher Education During COVID-19: The Role of Basic Psychological Needs and Intrinsic Motivation for Persistence and Procrastination – a Multi-Country Study. PLoS ONE, 16: 10, e0257346.
- Schulz, M (2012): Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Schulz, M/Mack, B/Renn, O (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Wiesbaden: Springer VS, 9–22.
- Seijer, K (2006): Virtuelle Mobilität im Hochschulbereich. Beispiele von Fernstudium und virtuellen Universitäten. Tertium comparationis, 12: 2, 233–251.

- Semmer, NK/Zapf, D (2017): Theorien der Stressentstehung und -bewältigung. In: Fuchs, R/Gerber, M (Hg.): Handbuch Stressregulation und Sport. Heidelberg: Springer, 1–28.
- Sendatzki, S/Rathmann, K (2022): Unterschiede im Stresserleben von Studierenden und Zusammenhänge mit der Gesundheit. Ergebnisse einer Pfadanalyse. Prävention und Gesundheitsförderung, 1–12.
- Squires, V/London, C (2021): The Okanagan Charter: Evolution of Health Promotion in Canadian Higher Education. Canadian Journal of Higher Education, 51: 3, 100–114.
- TK – Techniker Krankenkasse (2015): TK-CampusKompass. Umfrage zur Gesundheit von Studierenden. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1; 27.7.2022.
- Wright, MT/Allweiss, T/Schwersensky, N (2021): Partizipative Gesundheitsforschung. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipative-gesundheitsforschung/>; 24.8.2022.

Teil III
Digitalisierte Settings aus Perspektive politisch-gestaltender
Akteur*innen und der Präventionsträger

Die settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Spannungsfeld von digitalem Fortschritt und wertebasierter Orientierung – aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung

Beate Grossmann, Uwe Prümel-Philippsen und Inke Ruhe

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	273
Abstract	274
0. Einleitung und Bestandsaufnahme	274
1. Verhaltenspräventive Angebote überwiegen	275
2. Evidenzbasis und Gesundheitskompetenz noch unzureichend	276
3. Settingbezogene Digitalisierung ist eher unkonkret und unbestimmt	277
4. Notwendige Diskurse aus Sicht der BVPG	278
4.1 Die Arbeit an den Begriffen forcieren	279
4.2 Die Wertebasis der Gesundheitsförderung berücksichtigen	281
4.3 Passgenaue und bedarfsgerechte Maßnahmen entwickeln	282
5. Perspektiven und Fazit	283
Literatur	285

Zusammenfassung

Digitalisierung gilt in der settingbasierten Prävention und Gesundheitsförderung als Chance, um mit niedrigschwelligen Maßnahmen schwer erreichbare Ziel- und Dialoggruppen anzusprechen. Digitale Angebote sind aber kein *Allheilmittel*, sondern müssen passgenau und bedarfsgerecht eingesetzt werden. Dabei sind die Werte der Gesundheitsförderung immer mitzuberücksichtigen. Dieser Beitrag unterbreitet einen Vorschlag zur Vermittlung zwischen den eher wertebasierten und den eher eng auf digitale Techniken und Methoden fokussierten Diskursen aus Sicht der *Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung*.

Abstract

Digitalization is also seen as an opportunity in setting-based prevention and health promotion to address target and dialogue groups that are difficult to reach with low-threshold measures. However, digital offers are not a *panacea*, but have to be used in a way that fits and meets the needs. In this, the values of health promotion have always to be taken into account. The following article proposes a way to mediate between the more value-based and the more narrowly focused discourses on digital techniques and methods from the perspective of the *Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung*.

0. Einleitung und Bestandsaufnahme

Vor allem in den letzten 20 Jahren sind in fast allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft digitale Prozesse und Techniken eingebracht worden, ohne die wir uns heute ein Funktionieren der vielzitierten *Wissengesellschaft* und vor allem des globalen Wirtschaftens gar nicht mehr vorstellen können. Auch im gesellschaftlichen Teilbereich *Gesundheitssystem* hat die Digitalisierung frühzeitig, z. B. in der Medizintechnik, in der pharmazeutischen Produktion, in Verwaltung und Organisation und schließlich auch in der Gesundheitskommunikation, Fuß gefasst¹ – nicht zuletzt auch im Handlungsfeld *Gesundheitsförderung und Prävention*.

In diesem Handlungsfeld agiert auch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG). Die BVPG ist der Dachverband von derzeit 138 Organisationen (Stand September 2022), die sich für das Anliegen der Prävention in Deutschland engagieren. Die Mitglieder sind vielfältig und damit ein Abbild der Gesamtgesellschaft. Das gewährleistet eine differenzierte Sicht auf Prävention und Gesundheitsförderung. Zu den Mitgliedern zählen vor allem Bundesverbände des Gesundheitswesens, die einen Arbeitsschwerpunkt im Bereich *Prävention und Gesundheitsförderung* aufweisen (z. B. die Bundesärztekammer, die Verbände der Krankenkassen, der Spitzenverband der gesetzlichen Unfallversicherung sowie Verbände der Heil- und Hilfsberufe, der Wohlfahrtspflege, aber auch Bildungseinrichtungen und Akademien).

1 Vgl. Jähn/Nagel 2004.

In bisher zwei Statuskonferenzen (2016 und 2019), einem Präventionsforum und mehreren Blogbeiträgen hat sich die BVPG mit der Digitalisierungsthematik auseinandergesetzt. Die BVPG führt seit 2010 Statuskonferenzen zu verschiedenen Themengebieten durch und trägt damit zu mehr Transparenz im jeweiligen Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung bei. Statuskonferenzen geben Antworten auf die Frage, was tatsächlich getan wurde bzw. wird, um (Präventions-)Ziele zu erreichen oder bestimmte thematische Schwerpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen. Das Präventionsforum² wird von der BVPG im Auftrag der Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) und des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) durchgeführt (vgl. § 20e Absatz 2 SGB V). Es ist als jährlich stattfindende Veranstaltung angelegt, die dem fachlichen Austausch der stimmberechtigten und beratenden NPK-Mitglieder mit Vertreter*innen maßgeblicher Organisationen und Verbände der Prävention und Gesundheitsförderung dient. Die Veranstaltung greift wechselnde Schwerpunktthemen auf; entsprechend wird der Kreis der Teilnehmenden jährlich angepasst. Die Ergebnisse der Bestandsaufnahmen und Diskussionen zum Thema Digitalisierung werden im Folgenden zusammengefasst.

1. Verhaltenspräventive Angebote überwiegen

Bei der Betrachtung digitaler Tools zur Gesundheitsförderung und Prävention fällt auf, dass in der Hauptsache bisher Gesundheits- bzw. *Life-style*-Programme für Smartphones entwickelt worden sind (*Mobile Apps* oder kurz *Apps* – für *application* bzw. Applikation –, also Anwendungssoftware für Mobilgeräte), die sich an verschiedene Nutzer*innen- und Altersgruppen richten und sich mehrheitlich auf die Erhaltung eines guten Gesundheitszustands und die Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils beziehen. Der Fokus dieser Apps bezieht sich auf die persönliche Fitness, Gewichtskontrolle und Ernährung.³

Es handelt sich fast ausschließlich um verhaltenspräventiv ausgerichtete Kommunikationshilfen, die Aufklärung über den jeweiligen Themen-/Fachbereich, Motivierung zur aktiven Durchführung bestimmter Übungen und ggf. Kontrolle über Umsetzung und Erfolg der Übungen bieten.

2 Weitere Informationen sind zu finden unter: <https://www.npk-info.de/die-npk>.

3 Kramer/Lucht o. J.

Im Unterschied zu den Anfangsphasen der Entwicklung derartiger Apps, die eher auf spektakuläres Design und weniger auf qualitätsgesicherte Inhalte setzten, haben sich die Anforderungen an die Qualität von Inhalten und Funktionen der Anwenderprogramme inzwischen erheblich gesteigert – ein Prozess, der seinerzeit, seit Ende der 1990er Jahre, durch das vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt *Aktionsforum zur Entwicklung von Strukturen und Grundlagen für ein qualitätsgesichertes, dezentral organisiertes Gesundheitsinformationssystem (AFGIS)* bereits eingeleitet und maßgeblich vorangetrieben worden war.⁴

Einen Indikator für die neue Sensibilität in dieser Hinsicht stellt das Kapitel 7 *Digitale Prävention und Gesundheitsförderung* im aktuellen *Leitfaden Prävention* in der Fassung aus dem Jahr 2021 dar, in dem u. a. die verschiedenen Formate digitaler Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote – „Internet-Interventionen, mobile Anwendungen und hybride Trainingskonzepte“ – unterschieden werden.⁵ Diese Kommunikationshilfen finden ihre Anwendung gleichermaßen in der individuellen wie in der settingbezogenen Prävention.

2. Evidenzbasis und Gesundheitskompetenz noch unzureichend

Die Vorteile digitaler Gesundheitsinformationen – sowohl in der individuellen wie in der settingbezogenen Prävention – wurden und werden vor allem darin gesehen, dass sich diese leichter zielgruppengerecht aufbereiten und schneller modifizieren bzw. aktualisieren lassen – als Risiken wurden der Schutz der gesundheitsbezogenen Nutzer*innendaten und die nicht kalkulierbaren bzw. beeinflussbaren (psychischen) Reaktionen (z. B. Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit, Schuld- und Angstgefühle) auf die von der App wiedergegebenen individuellen Ergebnisse und deren Bewertung genannt.

Folgt man der Einschätzung von Hajo Zeeb, dann ist trotz einiger vorliegender Evaluationen aber die Evidenzbasis noch deutlich ausbaufähig. In einem BVP-G-Blogbeitrag führt er aus:

„Die Evaluation digitaler Technologien für Prävention und Gesundheitsförderung ist besonders herausfordernd, weil sich das Feld sehr schnell wandelt und methodisch viele Schwierigkeiten bestehen, angemessene Evaluationsde-

4 Vgl. Schug/Prümel-Philippsen 2009.

5 GKV-Spitzenverband 2021: 138.

signs einzusetzen. Es bleibt hier sehr viel zu tun in einem Umfeld mit vielen Herausforderungen.“⁶

Und – auch dies ein Ergebnis einiger aktueller Studien: Auf Seiten der Endadressat*innen fehlt in weiten Teilen die Gesundheitskompetenz, um digitale Angebote überhaupt nutzbringend anzuwenden.⁷

3. Settingbezogene Digitalisierung ist eher unkonkret und unbestimmt

Die Chancen und Risiken der Digitalisierung in der *lebenswelt- oder settingbezogenen* Prävention und Gesundheitsförderung werden ähnlich eingeschätzt, wie das Präventionsforum 2021 zeigte. Die Digitalisierung kann den Menschen ins Zentrum rücken und seine Handlungsfähigkeit stärken – im Sinne von Individualität und Empowerment. Auch besteht die Aussicht, die gesundheitliche Versorgung effizienter, sicherer und preisgünstiger zu gestalten. Auf der anderen Seite aber steht die große Gefahr der digitalen Spaltung, des *Digital Divide* der Gesellschaft, die auf drei Ebenen erfolgen kann: im ungleich verteilten Zugang zum Internet oder dem Vorhandensein von Smartphones, in ungleichen Nutzungsmustern und Kompetenzen sowie in ungleichen Fähigkeiten, mit digitalen Mitteln Gesundheitschancen umzusetzen.⁸

Insgesamt aber bleiben die Ausführungen zur Digitalisierung in und von Settings bisher eher unbestimmt und unkonkret. So umreißt der GKV-Spitzenverband in seinem aktuellen *Leitfaden Prävention* die digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie Betrieben eher allgemein:

„Die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten sowie die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) können digital unterstützt werden. Die digitale Unterstützung kann sowohl organisatorisch-technisch den Gesundheitsförderungsprozess [...] betreffen als auch die Bereitstellung eines Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebots im Rahmen des Gesundheitsförderungsprozesses umfassen. So können z. B. in der Vorbereitungsphase Online-Seminare zur Sensibilisierung und Motivierung von Unternehmens- und Lebensweltverantwortlichen für den Einstieg in einen Gesundheitsförderungsprozess eingesetzt werden. In der Analysephase kann die Erhebung der gesundheitlichen Situation z. B. durch anonymisierte Daten

6 Zeeb 2021.

7 Schaeffer et al. 2018; Pelikan 2022; Kickbusch et al. 2016.

8 NPK 2021: 18.

zum Gesundheitsverhalten aus mobilen Anwendungen ergänzt werden. In der Umsetzungsphase können Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Menschen in der Lebenswelt bzw. für die Beschäftigten z. B. bedarfsbezogen teilweise digital angeboten werden. Prozessschrittübergreifend können digitale Informationsplattformen der kontinuierlichen Sensibilisierung, der Partizipation, dem Empowerment und der internen Öffentlichkeitsarbeit dienen.“⁹

Auch in den sich daran anschließenden Ausführungen zu „Gesundheitsplattformen – integriert in eine bestehende Struktur oder als eigenes System“¹⁰ wird nur kurz aufgeführt, welchen Nutzen digitale Plattformen im Gesundheitsförderungsprozess haben können, wie z. B. den „Zugriff auf qualitätsgesicherte Informationen zu Gesundheitsthemen“¹¹ zu gewährleisten oder „einen orts- und zeitunabhängigen interaktiven Austausch“¹² zu ermöglichen. Die Frage aber, ob es sich bei derartigen Planungen tatsächlich um den Einstieg in die (digitale) Transformation des Settings in ein *gesundheitsförderndes Setting* handelt und nicht nach wie vor lediglich um (digitale) Gesundheitsförderung *im* Setting, bleibt zumindest in diesem Kapitel unbeantwortet.

Was bislang noch fehlt, um digitale Vorgehensweisen und Angebote nicht bloß als Addendum aufzuführen, sondern systematisch mit gesundheitsförderlicher Settingentwicklung zu verbinden, ist die Integration in die Kapitel 4 *Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V* und 6 *Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V*.¹³

Der im Rahmen der Abschlussdiskussion des Präventionsforums erfolgten Einschätzung, dass die lebensweltbezogene digitale Transformation (noch) nicht hinreichend verstanden sei und diesbezügliche Fortschritte eher verhalten zu bewerten seien, ist also durchaus zuzustimmen.

4. Notwendige Diskurse aus Sicht der BVPG

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen gibt es aus derzeitiger Sicht mindestens die folgenden drei Themenkomplexe zur settingbezogenen Digitalisierung, die auf zukünftige und intensive Diskurse angewiesen sind:

9 GKV-Spitzenverband 2022: 158.

10 Ebd.: 158.

11 Ebd.

12 Ebd.

13 Ebd.

4.1 Die Arbeit an den Begriffen forcieren

Wie viel Konsens gibt es z. B. hinsichtlich des Verständnisses von *digitaler Transformation*? Was ist ein *digitalisiertes Setting*? Wie unterscheiden wir digitale Techniken, Technologien, Prozesse, Strukturen?

Zur Beantwortung dieser Fragen tragen die Herausgeber*innen dieses Sammelbandes mit der Auswertung ihres Forschungsprojekts, dessen Ergebnisse nun in einem umfangreichen Glossar und im Beitrag *Digitale Transformation in Settings – Entwicklung eines neuen Begriffsverständnisses digitalisierter Settings entlang des Settingansatzes* vorliegen, entscheidend bei. Auch wenn der Abstraktionsgrad hoch ist und man doch sehr gespannt ist, konkrete Beispiele aus der Praxis der Settings aufgezeigt zu bekommen, wenn Anna Lea Stark et al.

„unter digitaler Transformation [...] die kombinierten Effekte mehrerer digitaler Innovationsprozesse [...] [verstehen], die neue Akteur*innen, Strukturen, Verhaltensweisen, Wertvorstellungen und Überzeugungen hervorbringen sowie die bestehenden Regeln in Organisationen bedrohen, ersetzen oder ergänzen“¹⁴,

so kann man dem Duktus der Abhandlung doch gut folgen und zustimmen. So erscheint es sinnvoll, erst einmal grundsätzlich zwischen Digitalisierung im Sinne technologischer Prozesse bzw. digitaler Infrastruktur und den sozialen und kulturellen Veränderungen zu unterscheiden, die sich durch die Nutzung digitaler Technologien ergeben und dann als *digitale Transformation* bezeichnet werden können. Die dabei entstehenden *digitalisierten Settings* definieren die Autor*innen als

„Organisationen mit formalen Strukturen, deren Strukturen (geltende Regelungen), Kultur (Gesamtheit der Normen, Werte und Denkhaltungen), Strategie (langfristige Handlungspläne), Bereiche (auf eine Aufgabe spezialisierte Abteilungen) und Prozesse (Abläufe) unterschiedlich stark digital ausgeprägt sind und die entsprechend auf dem Kontinuum der digitalen Transformation zu verorten sind [...]. Innerhalb dieses Kontinuums können Settings als stärker digitalisiert bezeichnet werden, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der Organisation stark ausgeprägt ist. Settings sind weniger digitalisiert, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der Organisation gering ausgeprägt ist.“¹⁵

Der Definition von *Settings* als *Organisation mit formalen Strukturen* wird zugestimmt. Interventionen nach dem Settings-Ansatz sind überall dort

14 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband: 24.

15 Ebd.: 38f.

sinnvoll, wo man formalisierte und zweckrationalisierte Strukturen vorfindet, die intentional veränderbar und gestaltbar sind.

Nach diesen Kriterien ließe sich dann auch prüfen, ob neue Strukturen, wie z. B. eSport-Vereine, Social-Media-Plattformen, digitale Betriebe im Bereich *E-Commerce* oder Fernhochschulen mit Fokus auf *eLearning*, als *Organisation mit formalen Strukturen* und damit als *digitalisiertes Setting* zu bezeichnen sind: Je formalisierter und zweckrationalisierter die Strukturen, desto eher sind es *Organisationen mit formalen Strukturen*. Je mehr die zu modifizierenden Sozialstrukturen in die Strukturen der allgemeinen Lebensweise und Lebenswelt diffundieren, desto weniger sind es *Organisationen mit formalen Strukturen*.

Den weiteren Definitionsbestandteilen von Settings als auf einem Kontinuum von *mehr oder weniger digitalisiert* angeordnet könnte man zwar zustimmen, allerdings erscheint diese Definition tautologisch und es stellt sich die Frage, was damit für das Verständnis von settingbezogener Digitalisierung gewonnen ist. Allenfalls vor dem Hintergrund einer intendierten Roadmap oder Kartierung des Feldes ergibt das Sinn, indem man in diesem Fall näherungsweise erkennen kann, in welchem Ausmaß welche Settings bereits digitalisiert sind, und um den Grad der Unterstützung oder die Art der Unterstützung bei der digitalen Transformation zu bestimmen.

Insgesamt bietet sich dadurch jedoch die Chance, vom Buzzword *Digitalisierung* wegzukommen, die Komplexität des Handlungsfeldes zu erkennen, zu analysieren und damit auch die Basis für wirksame Interventionen zu legen. Ein weiterer Baustein dafür ist auch, die verschiedenen Interventionslogiken zu identifizieren und zu unterscheiden zwischen

„Maßnahmen, die im Setting auf die *gesundheitsförderliche Gestaltung der digitalen Transformation* abzielen [...] [durch] die *Rückkopplung zwischen Digitalisierung und Gesundheit* im Rahmen der Organisationsentwicklung“¹⁶ sowie „Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting durch den Einsatz von digitalen Technologien (*digitale Gesundheitsförderung und Prävention in Settings*)“¹⁷

und hiermit an die gängige Unterscheidung zwischen Prävention in Settings und von Settings anzuschließen. Wichtig erscheint, eine Verbindung zum Leitfaden Prävention herzustellen. Die Ausführungen zur settingbezogenen Digitalisierung sind dort zwar sehr allgemein, zusammen mit den Kapiteln zur *Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach*

16 Ebd.: 40f.

17 Ebd.: 42.

§ 20 a SGB V und der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 b SGB V liegt jedoch ein elaboriertes Werk vor, das insbesondere durch die detaillierten und strukturierten Ausführungen zum lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozess die Forschungsergebnisse von Stark et al. anschlussfähiger an etablierte Diskurse und auch konkreter werden lassen könnte.

4.2 Die Wertebasis der Gesundheitsförderung berücksichtigen

Inwieweit kann die Wertebasis der Gesundheitsförderung – u. a. Autonomie, Gerechtigkeit, Partizipation, Empowerment – auch in digital veränderten Strukturen und in digital geformten Prozessen beibehalten und umgesetzt werden?

Dass die Berücksichtigung dieser Wertebasis nicht per se gegeben ist und die digitale Transformation mit sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheit und gesellschaftlicher Spaltung einhergehen kann, ist in der Gesundheitsförderungs- und Public Health-Community bekannt und wird, wie bereits weiter oben beschrieben, unter dem Begriff des *Digital Divide* diskutiert. Und Partizipation ist nicht schon deshalb realisiert, weil mit digitalen Tools die Ziel- oder Dialoggruppen leichter erreichbar sind.

Erforderlich ist deshalb „[...] eine echte partizipative Entwicklung, die die späteren Nutzengruppen aktiv einbezieht und die Barrieren einschließlich der sprachlichen möglichst niedrig hält“,¹⁸ so Zeeb in seinem Blogbeitrag.

Die Frage nach dem Grad der Autonomie, die im Rahmen der Digitalisierung möglich ist, ist schwieriger zu beantworten. Zunächst ist anzunehmen, dass mit genügender digitaler individueller wie organisationaler Kompetenz – bzw. um im Duktus von Stark et al. zu bleiben, mit einer ausreichend hohen Ausprägung der Digitalisierung in der Organisation – ein selbstbestimmter Umgang mit digitalen Tools möglich ist. Allerdings bleibt damit immer noch offen, ob allen Entwickler*innen und Anwender*innen die Reichweiten (und Auswirkungen) der jeweils eingesetzten Algorithmen bekannt sind und ob Transparenz und Kontrolle des Einsatzes von Künstlicher Intelligenz bestehen. Dass auch dafür ein Erfordernis existiert, wurde ebenfalls im Rahmen des o. g. Präventionsforums unter dem Aspekt des *menschenzentrierten Designs* thematisiert. Entwickler*innen sollten den

18 Zeeb 2021: o. S.

Menschen – mit seinen persönlichen Besonderheiten, Wünschen, Bedarfen und Bedürfnissen – in den Mittelpunkt stellen. Das ist nicht unbedingt gleichzusetzen mit dem, was technisch tatsächlich möglich wäre.

Es ist den Autor*innen also zuzustimmen, wenn sie festhalten, dass „[...] die digitale Transformation in Organisationen ihre Kultur sowohl in Richtung gesteigertes Effizienzdenken als auch in Richtung mehr Menschlichkeit verändern kann.“¹⁹

Diese Ambivalenz der digitalen Transformation gilt es zu berücksichtigen. Deshalb ist aus gesundheitsfördernder Sicht immer zu fragen, was zu dieser Wertebasis passt und was nicht. Das heißt: Die digitale Transformation muss ganz bewusst auf eine Art gestaltet werden, die dem Menschen dient und nicht schadet.

Letztlich kommt es entscheidend darauf an, dass diejenigen, die setting-bezogene Interventionen initiieren und implementieren, um die Bedeutsamkeit dieser Werte wissen und diese auch umsetzen und später nachweisen können.

4.3 Passgenaue und bedarfsgerechte Maßnahmen entwickeln

Wie können der Aufbau, die Stärkung und die Weiterentwicklung der erforderlichen Kompetenzen garantiert werden? Welche Unterstützung benötigt dieser Prozess?

Die bisherigen Ausführungen dürften gezeigt haben, dass die Nutzung neuer Technologien ein komplexes Geschehen ist, das tief in soziale Strukturen und Prozesse eingreift und einen ganz neuen Alltag schaffen kann, der je nach Setting ganz unterschiedlich ausgestaltet ist. Zwar gibt der Public Health Action Cycle (PHAC) idealtypisch das Vorgehen für Interventionen vor, aber dieser allein gibt noch keine Hinweise für konkrete Gestaltungserfordernisse aus. Es müssen mindestens die folgenden Fragen beantwortet werden – und zwar konkret:

- Überblick gewinnen: Welche digitalen Angebote gibt es?
- Prüfen und entscheiden: Was davon ist geeignet für die jeweilige Lebenswelt/für das jeweilige Setting?
- Umsetzen: Wie gelingt die Integration in den Praxisalltag?

19 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband: 31f.

Es kommt also darauf an, passgenaue und bedarfsgerechte Maßnahmen zu entwickeln. Denn Digitalisierung ist kein Selbstzweck und erfüllt nur dann die in sie gesetzten Hoffnungen, wenn dadurch ein Mehrwert für alle Stakeholder geschaffen werden kann. Dies ist eine anspruchsvolle Management- und Führungsaufgabe, bei der die Lebensweltverantwortlichen nicht nur Sach- und Fachkenntnisse für digitalisierungsbezogene Themen benötigen, sondern auch die Organisations- und Personalentwicklung fördern und Orientierung geben müssen. Bei allen diesen Überlegungen wäre zudem die Wertebasis der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Es ist somit eine Kompetenz erforderlich, die nicht nur individuelle Fähigkeiten im Umgang mit und im effektiven Einsatz von digitalen Technologien umfasst, sondern auch strukturelle und organisationale Aspekte einbezieht.²⁰

Die Lebensweltverantwortlichen bzw. die Entscheider*innen in Lebenswelten/Settings stellen sich mit der Digitalisierung von Strukturen und Prozessen einer anspruchsvollen und komplexen Aufgabe, bei der sie eine praxisnahe Unterstützung gut gebrauchen können.

Eine digitale Plattform, auf der qualitätsgesicherte, zuverlässige Informationen und direkt anwendbares Know-How verfügbar wären und die gleichzeitig auch einen kontinuierlichen Austausch sowie ein Lernen voneinander ermöglichen würde, wäre sicher eine Hilfe für Lebensweltverantwortliche sowie für weitere Akteur*innen in Settings.

5. Perspektiven und Fazit

Die stimmberechtigten NPK-Vertreter*innen haben diesen Unterstützungsbedarf bereits beim Präventionsforum 2021 adressiert und festgestellt, dass dafür digitale Plattformen in digitalen Infrastrukturen benötigt werden, die eine stärkere digitale Vernetzung, Kooperation und Schulung ermöglichen, und sich selbst in der Verantwortung für ein solches Vorhaben gesehen.²¹

Um die Wertebasis der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung auch in der digitalen Transformation zu sichern, erscheint in diesem Zusammenhang jedoch eher ein Ansatz vielversprechend, der dem eben erwähnten Begriff der *Gesundheitsplattform* vielleicht nicht unbedingt entspricht, aber in seiner Anlage und Intention doch ziemlich nahekommt:

²⁰ Vgl. Zeeb 2021.

²¹ NPK 2021: 35.

Der Ansatz des bereits Ende 2003 ins Leben gerufenen *Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit*, der mit inzwischen 75 Kooperationspartner*innen, Koordinierungsstellen auf Länderebene und einem umfassenden Internetauftritt vorrangig

„die Qualitätsentwicklung in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und die ressortübergreifende Zusammenarbeit [fördert]. Die zentrale Aktivität der Koordinierungsstellen in den Bundesländern ist die Begleitung kommunaler Prozesse, insbesondere über den Partnerprozess ‚Gesundheit für alle‘.“²²

Insbesondere der Themenschwerpunkt *Gesundheitsförderung im Quartier* zeigt auf, welche vorhandenen Programme und Netzwerke in Deutschland existieren, die auf Verbesserungen der Lebensbedingungen abzielen. Die in einem Expert*innenkreis entwickelten und immer wieder bearbeiteten *Good Practice*-Kriterien dienen der Bewertung der aufgezeigten Maßnahmen und ermöglichen eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung der beteiligten Gruppen von Akteur*innen in den jeweiligen Settings.

Das Herzstück der Arbeitsstruktur des Kooperationsverbundes ist zweifelsohne die *Praxisdatenbank*, die nicht nur Transparenz über die bekannten (und erfolgreichen) Gesundheitsförderungsaktivitäten bietet, sondern den kommunikativen wie praktischen Austausch interessierter Fachkräfte und Settingangehöriger ermöglicht.

Es wäre sicherlich lohnend, im Austausch mit zahlreichen Expert*innen sowie Adressat*innen digitaler Prozesse gemeinsam zu überlegen, wie ein solcher Ansatz ggf. mit neuen digitalen Möglichkeiten weiterhin und zukünftig angereichert werden könnte.

Zwar konzentriert sich der Kooperationsverbund – aus guten Gründen – auf die (s. o.) sozialogenbezogene Gesundheitsförderung, also im Kern auf die Verbesserung der Chancengleichheit sozial benachteiligter Personen und Gruppen im Bereich *Prävention und Gesundheitsförderung*, verbindet diesen wertebasierten Ansatz jedoch mit einem dezidierten Strukturbezug im Rahmen der kommunalen Settings.

Dies könnte mithin ein Ausgangspunkt sein, diesen Ansatz dahingehend zu prüfen, ob er auch für die anderen Settings (Schule, Hochschule, Krankenhaus/Pflegeheim etc.) übertragbare Inhalte und *Werkzeuge* bereitstellt, mit denen das Konzept der Initiierung eines *gesundheitsfördernden Settings* zukünftig besser umgesetzt werden könnte.

22 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: o. J.

Dazu sind die in den Gremien des Kooperationsverbundes bereits involvierten GKV-Vertreter*innen, aber auch die zahlreichen anderen Forscher*innen und Praktiker*innen in diesem Wirkungsbereich zu sensibilisieren und zu ermutigen. Pars pro toto könnte somit ein Brückenschlag zwischen den eher wertebasierten und den eher eng auf digitale Techniken und Methoden fokussierten beteiligten Akteur*innen erprobt werden.

Im Zusammenhang mit der ohnehin vom Gesetzgeber in dieser Legislatur vorgesehenen Überarbeitung des *Präventionsgesetzes* wären ergänzend hierzu Qualitätsentwicklungsfragen bzgl. der Schaffung und Verfestigung gesundheitsfördernder Settings in den jetzigen § 20g (*Modellvorhaben*) neu einzubringen – die derzeit geltenden Formulierungen sind nämlich unverständlicherweise lediglich auf Modellvorhaben zugeschnitten, die „Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung“ verbessern.²³ Es sollte zukünftig aber nicht nur um Modellvorhaben, sondern vielmehr um die Gesundheitsförderungspraxis als solche gehen.

Eine solche *konzertierte Aktion* würde vermutlich Gewinner*innen auf vielen verschiedenen Ebenen und in vielen verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung hervorbringen – und entspräche damit auch der Forderung der Weltgesundheitsorganisation, *health in all policies* endlich bzw. weiterhin auf den Weg zu bringen.

Literatur

GKV-Spitzenverband (2022): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokument/e/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_GKV_2022_barrierefrei.pdf; 22.2.23.

Jähn, K/Nagel, E (Hg.) (2004): e-Health. Berlin, Heidelberg: Springer.

Kickbusch, I/Pelikan, J/Haslbeck, J/Apfel, F/Tsouros, AD (2016): Gesundheitskompetenz. Die Fakten. URL: https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf; 19.8.22.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (o. J.): URL: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/>; 23.8.22.

Kramer, U/Lucht, M (o. J.): Gesundheits- und Versorgungs-Apps. URL: https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/09_zentren/studienzentrum/pdf/Studien/150331_TK-Gesamtbericht_Gesundheits-und_Versorgungs-Apps.pdf; 19.8.22.

23 Vgl. § 20 g (1) SGB V.

- NPK – Nationale Präventionskonferenz (2021): Pr#ventionsforum 2021. Dokumentation. 18. URL: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/3_praeventionsforum/praeventionsforum_2021_Dokumentation.pdf; 19.8.22.
- Pelikan, J (2022): Gesundheitskompetenz lässt sich leichter beeinflussen als andere soziale Gesundheitsdeterminanten. BVPG-Blogbeitrag. URL: <https://www.bvpgblog.de/blog/gesundheitskompetenz-laesst-sich-leichter-beeinflussen-als-andere-soziale-gesundheitsdeterminanten/>; 19.8.22.
- Schaeffer, D/Hurrelmann, K/Bauer, U/Kolpatzik, K (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart. URL: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de>; 19.8.22.
- Schug, StH/Prümel-Philippsen, U (2009): Grundlagen der Qualitätssicherung für Gesundheitsportale. Berichte und Expertisen aus dem Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis). Heidelberg: Akad. Verlagsgesellschaft.
- Zeeb, H (2021): Digitale Präventionsansätze partizipativ und bedarfsgerecht ausgestalten! BVPG-Blogbeitrag. URL: <https://www.bvpgblog.de/blog/digitale-praeventionsansaetze-partizipativ-und-bedarfsgerecht-ausgestalten/>; 19.8.22.

Ansätze zur Gestaltung des Versorgungswandels in der Settingprävention: Design Thinking als Methode der partizipativen Entwicklung digitaler Angebote in der Gesundheitsförderung für den Verband der Privaten Krankenversicherung

Mariella Seel, Julia Anna Deipenbrock, Jelena Sörensen und Ludwig Grillich

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	287
Abstract	288
0. Einleitung: Digitalisierte Settings und digitale Settingprävention aus Perspektive des PKV-Verbands	288
1. DIFA als digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention	294
1.1 Nutzer*innenzentrierte Gestaltung und Entwicklung von DIFA	294
1.2 Design Thinking als partizipativer Entwicklungsansatz	296
1.3 IBM Enterprise Design Thinking: Der Loop	296
1.4 Design Thinking-Workshops in der Entwicklung von DIFA	298
1.5 Verwendete Methoden der Design Thinking-Workshops	298
1.6 Kritische Faktoren in der Verwendung von Design Thinking-Prozessen	300
2. Zusammenfassung und Ausblick	302
Literatur	303

Zusammenfassung

Die Gestaltung von Interventionen zur Gesundheitsförderung stellt eine Herausforderung dar, da ihr Umfeld oft komplex und veränderlich ist. Design Thinking wird als innovative Form der partizipativen Gestaltung und Entwicklung von Angeboten gesehen. Im folgenden Beitrag werden die zur Schaffung einer *digitalen Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention* (DIFA) durchgeführten Design Thinking-Workshops exemplarisch vorgestellt. Von Teilnehmenden identifizierte Herausforderungen werden angeführt und mögliche Strategien zu deren Vermeidung in weiteren partizipativen Prozessen abgeleitet.

Abstract

The development of health-promoting interventions is challenging in complex environments. Design Thinking is an innovative approach to the participatory design and development of services. In this chapter, we present the Design Thinking workshops conducted in the development of DIFA (*digital infrastructure for setting prevention services*). Furthermore, we describe the challenges identified by workshop participants and state possible strategies for their management in further participatory processes.

0. Einleitung: Digitalisierte Settings und digitale Settingprävention aus Perspektive des PKV-Verbands¹

Digitale Gesundheitslösungen gewinnen mehr und mehr an Relevanz. Dazu zählen längst nicht mehr nur Apps zur individuellen Verhaltensänderung, sondern auch digital unterstützte Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Settings wie Schulen, Pflegeeinrichtungen oder Jugendhilfen, auch Lebenswelten genannt. Wie wichtig diese Form der Angebote ist und wie groß die Entwicklungs- und Innovationsbedarfe sind, hat sich vor allem während der SARS-CoV-2-Pandemie gezeigt. Während aufgrund von Lockdown und Isolierung der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen größer wurde, konnte eine Vielzahl der Präventionsangebote in Settings nicht bzw. nur mit Einschränkungen stattfinden – denn diese erfolgten bislang überwiegend analog.² Eine vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) an die Beratungsagentur *Pathways Public Health* in Auftrag gegebene Expertise aus dem Jahr 2021 verdeutlicht, dass digitale Alternativen dadurch nur vereinzelt vorhanden, schwer auffindbar, selten miteinander verknüpft und oftmals nicht in dem Umfang und der Qualität verfügbar waren, den sich Nutzende wünschen. Denn Kennzeichen der settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention ist, dass diese mehr bietet als eine App zum Download

1 Ein Großteil der im nachfolgenden Abschnitt genannten Aussagen beruht auf dem Expert*innen- und Erfahrungswissen der mit dem PKV-Verband affilierten Autor*innen des Beitrags aufgrund ihrer täglichen Arbeit in der strategischen Settingprävention beim PKV-Verband (bzw. vorherigen Tätigkeiten im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten). Ebenso sind Erkenntnisse aus eigens vom PKV-Verband in Auftrag gegebenen Forschungsprojekten und Expertisen sowie aus einschlägigen Veranstaltungsformaten in den Beitrag eingeflossen.

2 MDS 2021.

und zur Selbstnutzung. Derzeit zeichnen sich daher folgende zentrale Fragestellungen ab: Welche Folgen hat der pandemiegestützte digitale Wandel für die zukünftige Gestaltung von Leistungen in der Settingprävention und die Gesundheit selbst? Und: Wie können Gesundheitschancen in Zukunft auch digital gestaltet und von allen gleich gut genutzt werden – vor allem auch von Menschen unter herausfordernden Lebensbedingungen, wie Alleinerziehenden, Menschen mit Behinderung oder Menschen mit psychosozialen und/oder sozioökonomischen Belastungserfahrungen? Wie kann die digitale Teilhabe an Gesundheit auch älteren, nicht digitalaffinen Menschen gelingen?

Ziel der Settingprävention ist es, Strukturen im Sinne der Weltgesundheitsorganisation zu fördern, die einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen leisten.³ Überdies sollen Menschen in den Settings individuell darin unterstützt werden, ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern und ihre Ressourcen für Gesundheit voll auszuschöpfen. Vulnerable Gruppen sollen so besser erreicht und die Nachhaltigkeit von Maßnahmen gesteigert werden. Zentraler Ansatz in der Settingprävention ist die gesundheitsfördernde Organisations- und Strukturentwicklung. Darunter wird das planvolle Management von gesundheitsbezogenen Veränderungs- und Entwicklungsprozessen eines Settings unter Einbeziehung aller Zielgruppen und Wissensträger*innen verstanden. Dies umfasst alle Maßnahmen zur Gestaltung von Strukturen, Prozessen, Beziehungen und Kultur, die ein Setting als Organisation systematisch und strukturiert plant, realisiert und evaluiert mit dem Ziel, die Gesundheit wirksam zu verbessern.⁴ Settingleistungen des PKV-Verbands umfassen damit Organisationsberatung, Informations-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangebote sowie Unterstützung im Projekt- und Motivationsmanagement. Ziel dieser Leistungen ist die Förderung von organisationalem und partizipativem Gesundheitslernen sowie die Verankerung von Gesundheit als eines der leitenden Organisations- und Entscheidungsprinzipien.⁵

Die Digitalisierung der Settingprävention steht dabei vor einer doppelten Herausforderung. Bislang ist der Einsatz digitaler Gesundheitstechnologien in der Praxis mehrheitlich auf Individuen konzentriert und wird nicht als Instrument zur Beeinflussung settingbezogener Gesundheitsbedingungen eingesetzt. Zusätzlich verändern sich im Zuge der Digitalisie-

3 WHO 2022.

4 Ebd.

5 Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022.

rung auch die lebensweltlichen Strukturen selbst:⁶ Digitale Hochschulen, E-Sport, onlinebasierte Kommunalforen, digitale Versorgungsstrukturen beispielsweise sind Ausdruck dafür, dass auch institutionalisierte Strukturen immer digitaler werden.⁷ Aktuell entstehen gigantische digitale Infrastrukturen, deren gesundheitliche Risiken und Chancen einerseits weitgehend unbekannt sind und die andererseits auch bislang nicht systematisch gestaltet werden.

Die digitale Transformation geht weit über die Dimension der Technik hinaus, sie ist mehr als Flexibilisierung durch Informationstechnologie oder die Nutzung sozialer Medien. Unter anderem zeigt ein vom PKV-Verband in Auftrag gegebenes Forschungsprojekt⁸ des *Centre für ePublic Health Research* an der Universität Bielefeld, dass die Digitalisierung neue Optionen schafft, Ressourcen und Wissen zu bündeln, zugänglich zu machen und zu skalieren, Akteur*innen zu vernetzen, Austausch zu fördern und daten- sowie evidenzbasierte Konzepte weiterzuentwickeln. Der PKV-Verband beobachtet in der alltäglichen Arbeit weitere Trends; z. B. können Evaluationsvorteile besser ausgespielt werden, ebenso Selbst- und Fremdwahrnehmungen. Digitales erhöht zudem die Sichtbarkeit analoger Strukturen, beispielsweise über Internetpräsenzen oder digitale Marktplätze. Zusätzlich zerfließen die Grenzen zwischen physischen und virtuellen Handlungsräumen immer stärker. In einer komplex vernetzten Gesellschaft stellt die Digitalisierung nicht nur tradierte Organisationskonzepte und Werteketten in Frage, sondern auch Kernprozesse und -kompetenzen sowie Organisations- und Governanceprinzipien. Die Digitalisierung schafft neue analoge sowie virtuelle Realitäten und damit neue Formen der Arbeit, des Lernens, Spielens, der Beziehungs- und (Frei-)Zeitgestaltung. Das gilt auch für Leistungen in der Settingprävention. Ortsunabhängig können Angebotsteilnehmende bereits jetzt schon Beratungs- und Lerneinheiten nach individueller Tagesplanung absolvieren, sich vernetzen und zeitunabhängig auf Informationen zugreifen. Der PKV-Verband unterstützt diesen Trend z. B. mit der hybriden Zertifizierung zur diversitätssensiblen Pflegeeinrich-

6 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband.

7 Stark et al. 2022a.

8 Projekttitel: Lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Zeitalter der Digitalisierung: Partizipative Erarbeitung eines Definitionsleitfadens voll- und teildigitaler Settings sowie Ansätzen digitaler Verhältnisprävention. Laufzeit: November 2019-Januar 2022. Im Projekt entstandene Publikationen: Stark et al. 2022a; Stark et al. 2022b; Geukes et al. 2022; Albrecht et al. 2022; Stark et al. 2023.

tung.⁹ Alle Settingleistungen des PKV-Verbandes werden in Zukunft im Rahmen von rund 17 Präventionsprogrammen in den Handlungsfeldern Psyche, Sucht, Ernährung und Bewegung hybrid angeboten. Darüber hinaus werden handlungsfeldübergreifende Querschnittskompetenzen wie Gesundheits-, Vielfalts- und Klimakompetenzen gefördert.¹⁰

Ohne eine Befähigungsstrategie im Umgang mit Digitalem laufen Organisationen Gefahr, dass die Vorteile dezentraler, digital unterstützter Prozesse zum Nachteil werden. Technostress, Datenmissbrauch, Gefahr von Entfremdung durch eine Technik mit zunehmend eigenen Agenden, multiple Belastungssituationen, Isolationsgefühle, die schlechtere Wahrnehmbarkeit von Stimmung und Konflikten, das Fehlen klassischer Feedback-Review-Zyklen, der Verlust klassischer Mechanismen zur Förderung von Beziehungsqualität oder von Frühwarnsystemen sind nur einige Aspekte, die nicht nur zu einem Leistungsproblem, sondern auch zu einem Gesundheitsproblem werden können. Damit entsprechende Risiken reduziert werden können, braucht es eine wirksame Enabling-Strategie.

Von vielen Institutionen und Organisationen, mit denen der PKV-Verband zusammenarbeitet, verlangt die Digitalisierung aktuell enorme Anpassungsleistungen, auch von Mitarbeitenden und den weiteren Anspruchsgruppen. Neben der Förderung von *Digital and Data Literacy*, sind die sogenannten *Future Skills*, wie Empathie, Kreativität, Innovations- und Kooperationsfähigkeit, Neugier und Selbstorganisation, aber auch die *Peer-to-Peer*-Verantwortung, die Lern- und Feedback-Kultur, zentral.¹¹

Um diesen Übergang in die neue analog-digitale Hybridrealität erfolgreich auch in Gesundheitsfragen begleiten zu können, müssen die klassischen Ansätze der gesundheitsfördernden Struktur- und Organisationsentwicklung (SOE) weiterentwickelt werden.¹² *Smarte* Gesundheitslösungen brauchen *smarte* Infrastrukturen und Ansätze. Die Digitalisierung bietet viele neue Schnittstellen zur Organisation und ihrem Umfeld und somit gute Voraussetzungen zur Stärkung selbstlernender Organisation durch ein kollaboratives, vernetztes Umfeld. Wie das methodisch und theoretisch in der Praxis unterstützt werden könnte, zeigt der Beitrag von Anna Lea Stark et al. in diesem Sammelband. Die Autor*innen haben im Auftrag des PKV-Verbands erste Ansätze entwickelt, die als Entscheidungshilfe

9 Vgl. den Beitrag von Obernauer/Lang in diesem Sammelband.

10 Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022.

11 Seitz/Seitz 2018.

12 Vgl. hierzu z. B. die Beiträge von Faller und Pieck in diesem Sammelband.

sowie Diskussionsgrundlage für die Einordnung von Organisationen und SOE-Maßnahmen auf dem Kontinuum der digitalen Transformation verwendet werden können. Auf dieser Basis kann im Rahmen einer partizipativen Konzeption von SOE-Maßnahmen das individuelle Digitalisierungsprofil einer Organisation berücksichtigt werden. Das trifft auch auf das Digitalisierungsprofil von Leistungsanbietenden zu. Indem analoge und digitale Maßnahmen bedarfs- sowie angebotsbezogen ideal miteinander kombiniert werden, können Handlungs- und Wirksamkeitspotenziale besser ausgeschöpft und erweitert werden. Darüber hinaus werden in dem Beitrag Interventionslogiken und interdisziplinäre Forschungsbedarfe aufgezeigt, die für die settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext der digitalen Transformation relevant sind.

Um organisationsexterne und -interne Veränderungswelten in ein gut vernetztes, gesundes Zusammenspiel zu bringen, hat der PKV-Verband außerdem gemeinsam mit einem multiprofessionellen Entwicklungsverbund eine nutzer*innenorientierte digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention initiiert. Diese wird in einem gemeinsamen Projekt von PKV-Verband, *Pathways Public Health*, IBM iX und dem *August-Wilhelm Scheer Institut*, unter evaluativer Begleitung von *Univation* und der *Universität für Weiterbildung Krems*, umgesetzt. Parallel dazu werden Interventionsansätze und Tools weiterentwickelt, um Digitalkompetenzen und damit auch Kompetenzen in der agilen gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung zu stärken.

Eine vom PKV-Verband an *Pathways Public Health* in Auftrag gegebene Expertise aus dem Jahr 2020 bestätigte den Bedarf einer integrierten, übergeordneten Infrastruktur, die unabhängig von den Anbieter*innen einen Ort für die Settingprävention zur Verfügung stellt. Die leitende Frage war, wie Infrastrukturen in der Settingprävention weiterentwickelt werden müssen, um Leistungen in einer zunehmend digitalen Welt zukunftsfähig zu machen. Die Methodik der Expertise war eine Kombination aus systematischer Recherche, Expert*inneninterviews und Design Thinking (DT)-Workshops. Die Idee einer digitalen Angebotsinfrastruktur (DIFA) war somit geboren. Auf der DIFA soll zukünftig Beratung, Schulung, Vernetzung und Projektmanagement in der Settingprävention an einem Ort möglich werden. Die DIFA soll Anbietende digitaler oder hybrider Settingleistungen ebenfalls darin unterstützen, qualitätsgesicherte Angebote zur Verfügung zu stellen und ihre Zielgruppen zu erreichen.

Basierend darauf erfolgte eine fundierte Recherche existierender Plattformlösungen und die Kalkulation der Aufwände für die Entwicklung und den Betrieb der technischen Infrastruktur. Ergebnis der Recherche war, dass eine *Open Source*-Lösung¹³ wie *Moodle* die Anforderungen der Nutzenden und die Erwartungen hinsichtlich Funktionalitäten und Entwicklungsmöglichkeiten der DIFA am besten erfüllt. Mit dieser Lösung besteht die Möglichkeit, auf Grundlage einer bestehenden *Open Source*-Plattform, deren Quellcode frei und offen zugänglich ist, ein neue Webanwendung zu entwickeln, um dem Anspruch an optimaler Gestaltung und Nutzungsführung gerecht zu werden. Zusätzlich profitiert eine größere Community von den neu entwickelten Codes.

Ziel der DIFA ist somit die Entwicklung und Bereitstellung einer nutzer*innenorientierten und befähigenden digitalen Angebotsinfrastruktur für Angebote in der Settingprävention. Das dahinterstehende Prinzip lautet vereinfacht, dass die Angebote nur so gut sein können und die Anbietenden sowie Zielgruppen nur so gut arbeiten können, wie die Struktur auf ihre Bedarfe hin ausgerichtet ist. Auf diese Weise werden Akzeptanz und Nachhaltigkeit geschaffen. Eine zentrale Grundlage für die Entwicklung der DIFA ist daher die Ermittlung der Bedürfnisse ihrer zukünftigen Nutzenden. Die Entwicklung geschieht partizipativ unter Einbindung der Expertise von zentralen Wissensträger*innen, multiplizierenden Zielgruppen und den Endzielgruppen. Das Angebot soll bundesweit Anbietenden und Settings entgelt- und barrierefrei als *White-Label*-Lösung¹⁴ für Settingprogramme des PKV-Verbands zur Verfügung stehen. Um bei der Entwicklung von DIFA-Lösungen konsequent nutzer*innenzentrierte Perspektiven zu berücksichtigen, kommt u. a. die Methode des Design Thinkings zum Einsatz. Die Verwendung von DT als Form der partizipativen Entwicklung von DIFA wird nachfolgend anhand der durch *IBM iX* durchgeführten DT-Workshops exemplarisch vorgestellt. Von den Teilnehmenden identifizierte Herausforderungen werden angeführt und mögliche Strategien zu deren Vermeidung in weiteren partizipativen Prozessen abgeleitet.

13 *Open Source-Software* ist ein Entwicklungsansatz, bei dem Quellcodes für die offene Zusammenarbeit und Produktion mit Partner*innen bereitstehen (IBM 2022).

14 Unter *White-Label*-Lösung wird ein Produkt verstanden, welches ohne Markenbezeichnung von einem Unternehmen X erzeugt und von einem Unternehmen Y genutzt wird, wobei es dabei unter der Markenbezeichnung von Y auftritt und somit als Produkt von Unternehmen Y erscheint.

1. DIFA als digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention

Um digitale Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können, ist der Zugang zum Internet und zu internetfähigen Endgeräten eine Voraussetzung.¹⁵ Unterschiedliche Faktoren beeinflussen das Zurechtkommen in einer digitalen Umgebung, auf individueller Ebene beispielsweise der Zugang zu digitalen Ressourcen und die Einstellung zu deren Nutzung. Auf Familien-/Organisationsebene können die implizite Voreingenommenheit gegenüber digitalen Technologien und wechselseitige Abhängigkeiten (z. B. durch gemeinsam genutzte Endgeräte) genannt werden, auf Gemeindeebene die kommunale und gesundheitsrelevante Infrastruktur sowie Normen in der Nutzung von Technologien und das Vorhandensein von Ansprechpartner*innen. Auf Bevölkerungsebene sind etwa die generelle Technologiepolitik, Datenstandards, Designstandards, soziale Normen und Ideologien anzuführen.¹⁶

Vulnerable Gruppen, v. a. ältere Personen und Migrant*innen, stoßen bei der Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten auf weitere Herausforderungen: Nicht nur digitale Kompetenzen oder Sprachverständnis, auch entsprechende Schulungsmöglichkeiten sind für die Inanspruchnahme digitaler Gesundheitsangebote entscheidend.¹⁷ Die Einbindung vulnerabler Gruppen in Designprozesse ermöglicht daher die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse hinsichtlich *Accessibility* und *Usability*, um digitale Angebote zugänglich und nutzbar zu machen,¹⁸ und soll – wie nachfolgend beschrieben – durch die Verwendung verschiedener partizipationsermöglichender Methoden auch in der Entwicklung von DIFA sichergestellt werden.

1.1 Nutzer*innenzentrierte Gestaltung und Entwicklung von DIFA

User-Centered Design ist ein Ansatz in der Gestaltung und Entwicklung digitaler Produkte und Dienstleistungen. Im Fokus stehen die Nutzenden, ihre Interaktion mit der digitalen Ressource, ihre Bedarfe und Bedürfnisse und ihr Nutzer*innenerlebnis. Ziel ist nicht, das technisch optimale und

15 Sieck et al. 2021.

16 Richardson et al. 2022.

17 Kaihlanen et al. 2022.

18 Henni et al. 2022.

hochwertigste Design zu entwickeln, sondern eine Lösung so zu gestalten, dass sie die Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzenden befriedigt und ein positives Nutzungserlebnis bietet.¹⁹ Die intensive Einbeziehung identifizierter Zielgruppen in Design, Entwicklung und Testung ist dabei wesentlich und kann etwa durch iterative Feedback-Einholung und -Integration ermöglicht werden. Spezifische Bedarfe und Bedürfnisse sollen erhoben, getroffene Annahmen hinterfragt und Probleme in einem neuen Licht gesehen werden. Frühe, einfache Prototypen, beispielsweise Strukturzeichnungen oder Skizzen des späteren digitalen Produkts, unterstützen dabei die Vorstellungskraft und führen schrittweise zu verfeinerten Prototypen. Irrtümliche Annahmen des Entwicklungsteams sollen so früh identifiziert und für die Zielgruppe ungeeigneten Entwicklungen frühestmöglich gegengesteuert werden.²⁰

Um die Perspektiven der Nutzenden und deren Bedürfnisse konsequent zu berücksichtigen, kommen im Projekt DIFA eine Vielzahl von nutzer*innenorientierten Aktivitäten mit dem Ziel der Mitgestaltung (Partizipation) zum Einsatz. Im nutzer*innenzentrierten, agilen Produktentwicklungsprozess der DIFA waren das beispielsweise zwei DT-Workshops für das Plattform-Design, drei *Onboarding*-Workshops sowie ein gemeinsamer *Kickoff* mit allen Pilotprojektpartner*innen-Organisationen. Im Anschluss wurden 21 Interviews mit Pilotprojektpartner*innen, Anbietenden und Settingverantwortlichen zur Exploration und zur Validierung des initialen DIFA-Prototyps durchgeführt, gefolgt von drei Workshops und sechs Interviews zur Validierung des überarbeiteten Prototyps. *Open Space*-Treffen zum gemeinsamen Austausch mit allen Pilotprojektpartner*innen finden regelmäßig statt. In der Umsetzungsphase von DIFA ist die Präsentation der Umsetzungsfortschritte in den *Open Space*-Treffen geplant, darüber hinaus *Refinement Meetings* mit den Pilotprojektpartner*innen für fachlichen Input während der Vorbereitung zur Umsetzung. Zur Validierung der *User Experience* werden qualitative Nutzer*innentests durchgeführt.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die beiden DT-Workshops exemplarisch als eine Form der partizipativen Entwicklung von DIFA vorgestellt und Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten dargestellt.

19 Norman/Draper 1986.

20 Ebd.; Redlich et al. 2018.

1.2 Design Thinking als partizipativer Entwicklungsansatz

Die Gestaltung von Interventionen zur Gesundheitsförderung stellt eine Herausforderung dar: Ihr Umfeld ist oft komplex und veränderlich, und der Erfolg einer Intervention hängt stark von der Berücksichtigung spezifischer Anforderungen der Zielgruppe ab.²¹ Die Nutzung von *Design Thinking* im Gesundheitswesen wird als innovative Form der partizipativen Gestaltung und Entwicklung von Produkten, Prozessen und Dienstleistungen gesehen.²²

DT zeichnet sich durch einen partizipativen *Bottom-up*-Ansatz aus, bei dem Daten von und mit der Zielgruppe gesammelt werden. Lösungen werden gemeinsam entwickelt und nach oben getragen, anstatt *top down* vorgegeben zu werden.²³ Die Wirksamkeit von DT im Vergleich zu traditionellen Entwicklungsformen wurde als positiv bewertet.²⁴

DT-Prozesse können in eine unterschiedliche Anzahl an Phasen unterbrochen werden, wobei allen Modellen die Identifizierung der Nutzenden als wichtige Stakeholder*innen für den Erfolg des geplanten Produkts, Prozesses oder der Dienstleistung gemeinsam ist. Alle Modelle pflegen eine intensive Auseinandersetzung mit der Zielgruppe und deren früher und kontinuierlicher Einbindung in alle Phasen der Ideenfindung, Entwicklung, Testung und Implementierung durch regelmäßige Feedback- und Entwicklungs-Schleifen.²⁵ Für die Zielgruppeneinbindung sind vielfältige Methoden verfügbar, beispielsweise *Brainstormings* oder verschiedene Formen des *Prototypings*.²⁶

1.3 IBM Enterprise Design Thinking: Der Loop

Den DIFA DT-Workshops liegt der nichtlineare Loop von *IBM Enterprise Design Thinking* zugrunde (siehe Abb. 1), der drei Phasen (*Observe – Reflect – Make*) umfasst.

21 Neuhauser/Kreps 2014.

22 Ku/Lupton 2022.

23 Endrejat/Kauffeld 2017; Altman et al. 2018.

24 Ebd.; Abookire et al. 2020.

25 Redlich et al. 2018.

26 Ebd.

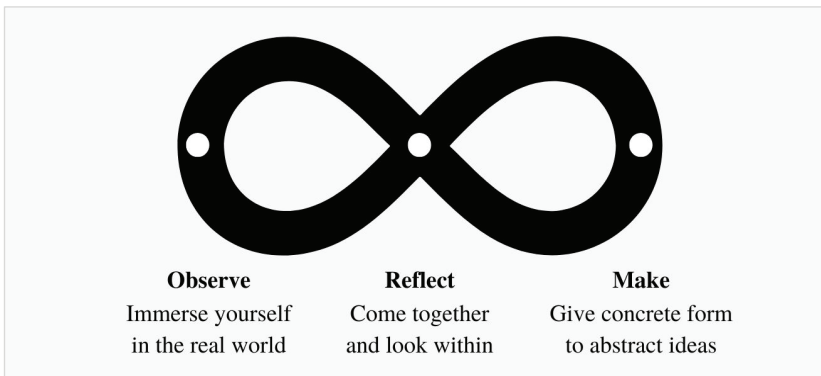


Abb. 1: IBM Enterprise Design Thinking Loop (Quelle: eigene Darstellung basierend auf IBM o. J.)

Ziel der *Beobachtungsphase* (*Observe – Beobachten*) ist das Kennenlernen der Zielgruppe und das Validieren von Entwürfen. Dabei sollen Erfahrungen, Bedürfnisse und individuelle Kontexte urteilsfrei aufgenommen und Meinungen und Feedback der Zielgruppe gehört werden, wobei die Bildung eines empathischen Verständnisses der zukünftigen User*innen zentral ist.²⁷

In der *Reflexionsphase* (*Reflect – Reflektieren*) steht das Zusammenkommen im Vordergrund, um gewonnene Einblicke in die Zielgruppe zusammenzuführen, zu besprechen und weitere Schritte abzuleiten oder Planänderungen zu initiieren. Reflektiert wird nicht nur am Beginn neuer DT-Prozesse, sondern auch regelmäßig in laufenden Prozessen, um Abstimmungen vorzunehmen, den Fokus zu schärfen und auf Änderungen rasch und agil reagieren zu können.²⁸

In der *Tunphase* (*Make – Tun*) erfolgt die Umsetzung von Ideen in Form von prototypischen Entwicklungen hin zu finalen Produkten. Zentral sind die frühe Gestaltung und Testung von Entwürfen, Schritt für Schritt hin zu einer finalen Lösung, anstatt des initialen Ausfeilens detaillierter Lösungen.²⁹ Die einzelnen Phasen werden nicht nacheinander abgearbeitet, sondern beim mehrmaligen Durchlaufen des *Loops* zu verschiedenen

27 IBM iX 2018.

28 Ebd.

29 Ebd.

Zeitpunkten wiederholt, um neue Entwicklungen zu testen und auf aktuelle Anforderungen reagieren zu können.³⁰

1.4 Design Thinking-Workshops in der Entwicklung von DIFA

Wesentlich in der partizipativen Gestaltung von DIFA war die digitale Durchführung zweier DT-Workshops, um eine klare gemeinsame Vision über die Einzigartigkeit von DIFA zu erlangen und zu ergründen, wie die Akteur*innen in der Prävention zusammengebracht werden können. Die DT-Workshops dienten zur Anforderungssammlung und -abstimmung für die Ausschreibung der Erstellung des digitalen Beratungs- und Schulungsangebots – einem der drei Bereiche, die im Endausbau von DIFA angeboten werden sollen. Dabei wurde einerseits die Perspektive der *Anbietenden* vertreten, die unterstützt werden sollen, Online-Beratungen und Schulungen anzubieten und zu erbringen, andererseits die der *Settingverantwortlichen*, die die digitalen Leistungen effektiv und effizient auswählen und verbindlich vereinbaren sollen.

Teilnehmende der Workshops waren Vertretende des Design- und Entwicklungsteams von IBM iX, des PKV-Verbands sowie der Pilotprojektpartner*innen, wobei letztere mehrere Perspektiven einnahmen: einerseits als Settingverantwortliche, die Online-Beratungen und digitale Schulungen der Anbietenden nutzen sollen, andererseits als potenzielle Anbietende, die Schulungsinhalte zukünftig selbst zur Verfügung stellen möchten. Weiterhin waren *Mitarbeitende aus Settings* vertreten, um die Perspektive und Bedarfe aus dieser Sicht zu repräsentieren, insbesondere in ihrer Rolle als Schulungs- und Projekt-Teilnehmende.

1.5 Verwendete Methoden der Design Thinking-Workshops

Nachfolgend werden die in den DT-Workshops verwendeten Methoden beschrieben. Die digitalen DT-Workshops wurden an zwei Tagen im Dezember 2020 mit einer Videokonferenz-Software durchgeführt. Die Vorlagen 1-3 (siehe Verlinkungen in Fußnoten, mit freundlicher Genehmigung von IBM iX) wurden in digitalen Arbeitsgruppen in einer *Whiteboard-Software* zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmenden konnten durch Platzie-

30 Ebd.

rung von digitalen Post-Its ihre Beiträge beisteuern. Die Methoden umfassten:

1. *Persona Canvas*³¹: Personas sind wichtige Faktoren in der Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen, da sie die Identität von (fiktiven) Vertretenden einer Zielgruppe möglichst holistisch darstellen sollen.³² Für DIFA wurden Plattform-Personas entwickelt, die Ziele, Bedürfnisse, zur Verfügung gestellte Mittel und Wertversprechen der neuen digitalen Plattform aus den unterschiedlichen Perspektiven abbilden.
2. *Plattform Business Model Canvas*³³: Ein *Business Model Canvas* ist ein Visualisierungstool von Geschäftsmodellen³⁴ und wurde in den DIFA DT-Workshops zur Beschreibung von Modell und Mission der Plattform verwendet.
3. *To-be Scenario Map*³⁵: Diese Methode entspricht der Kreativmethode des *User Journey Mappings* und bezeichnet die verbildlichte Darstellung eines typischen Nutzer*innenprozesses (*User Journey*).³⁶ In den DIFA DT-Workshops wurde dabei auf die Schritte, Handlungen, Gedanken und Gefühle von Anbietenden und Settingverantwortlichen bei der Nutzung der neuen Präventionsplattform eingegangen.

Workshop 1 - Anforderungen an DIFA: Workshop 1 dauerte fünf Stunden, und es nahmen neun Vertretende des Projekt- und Entwicklungsteams, vier Personen aus dem Kreis der Anbietenden sowie eine Vertretung der E-Training-Partner*innen für digitale Schulungen teil. Im ersten Workshop wurden Anforderungen der Anbietenden und der Settingverantwortlichen an die DIFA erhoben. In drei Arbeitsgruppen wurden die Akteur*innen der Plattform definiert und deren Personas erstellt. In einem Plattform-Modell wurden die wechselseitigen Beziehungen der Akteur*innen und der Plattform beschrieben. Daraus wurde eine gemeinsame Mission abgeleitet. Interaktionsprinzipien wurden diskutiert und daraus Anforderungen an

31 Vorlage 1 (Abbildung von IBM iX, mit freundlicher Genehmigung zur Verwendung) abrufbar unter: <https://door.donau-uni.ac.at/o:2700>.

32 Kuenen 2018.

33 Vorlage 2 (Abbildung von IBM iX, mit freundlicher Genehmigung zur Verwendung) abrufbar unter: <https://door.donau-uni.ac.at/o:2702>.

34 Zolnowski 2015.

35 Vorlage 3 (Abbildung von IBM iX, mit freundlicher Genehmigung zur Verwendung) abrufbar unter: <https://door.donau-uni.ac.at/o:2703>.

36 Endmann/Kessner 2015.

die Plattform formuliert, welche in *User Journeys* für die DIFA dargestellt wurden.

Workshop 2 - Nutzende von DIFA: Workshop 2 dauerte drei Stunden, und es nahmen sieben Vertretende des Projekt- und Entwicklungsteams sowie vier Settingverantwortliche teil. Das Plattform-Modell wurde um die Betrachtung von Rollen und Verantwortlichkeiten erweitert. Der Fokus lag auf den Bedürfnissen derer, die Online-Beratungen und Schulungen in DIFA effektiv und effizient wahrnehmen sollen. Profile und Bedürfnisse der typischen Nutzenden wurde in Arbeitsgruppen als Personas erarbeitet und im Plenum zusammengeführt. Ausgewählte *User Journeys* aus Sicht der Anbietenden und der Settingverantwortlichen wurden unter der Fragestellung „Was tut, denkt und fühlt diese/r Akteur*in auf der neuen Präventionsplattform?“ ausgearbeitet.

1.6 Kritische Faktoren in der Verwendung von Design Thinking-Prozessen

Um eine für alle Seiten sinnvolle und erfolgreiche Umsetzung von DT-Prozessen sicherzustellen, sollten Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Literatur sowie das Feedback der am eigenen DT-Prozess teilnehmenden Stakeholder*innen berücksichtigt werden. Nachfolgend werden von den Settingverantwortlichen identifizierte Herausforderungen bei der Durchführung der DIFA DT-Workshops analysiert und Literaturerkenntnisse angeführt.

*Feedback der Pilotprojektpartner*innen:* In Tab. 1 werden von den teilnehmenden Settingverantwortlichen identifizierte Herausforderungen bei der Durchführung der DT-Workshops dargestellt. Diese basieren auf dem individuell rückgemeldeten, offenen Feedback der Settingverantwortlichen an die Autor*innen. Daraus werden von den Autor*innen mögliche Strategien zum Umgang mit bzw. zur Vorbeugung von diesen Herausforderungen in weiteren partizipativen Workshops abgeleitet. Das Feedback der teilnehmenden Settingverantwortlichen betrachtend, zeigen sich keine grundlegenden Unzufriedenheiten mit dem DT-Prozess an sich. Es lassen sich jedoch vor allem Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Workshops erkennen, beispielsweise in der zeitlichen Planung, der Teilnehmendenstruktur und der Kommunikationsintensität und -kultur.

Tab. 1: Herausforderungen und mögliche Lösungsstrategien für die Design Thinking-Workshops

Herausforderung	Mögliche Lösungsstrategien
Das Ziel der Workshops wurde zu wenig kommuniziert.	Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses: klare Definition von Zielen, Methoden und Aufgabenstellungen sowie verstärkte Kommunikation dieser an die Beteiligten.
Durch die geringe Anzahl an Vertretenden der Settingverantwortlichen wurde deren Perspektive als unterrepräsentiert betrachtet. Die Aufteilung der wenigen Teilnehmenden in weitere Klein-Arbeitsgruppen wurde als undynamisch und wenig partizipativ wahrgenommen.	Anpassung des Workshop-Designs: stärkere Repräsentation der Settingverantwortlichen und/oder Änderung der Gruppenaufteilung zur ausreichenden Einbindung der Perspektive der Settingverantwortlichen.
Technische Probleme mit dem digitalen <i>Whiteboard</i> führten teils zu einer verminder-ten Möglichkeit der Teilnahme am Geschehen.	Anbieten von Partizipationsalternativen: Ermöglichung einer alternativen Form der Partizipation bzw. Teilnahme an der Diskussion unabhängig von digitalen <i>Whiteboards</i> .
Beiträge mussten unter großem Zeitdruck abgegeben werden.	Anpassung des Workshop-Designs: großzügige Planung des zeitlichen Gerüsts und Berücksichtigung zeitlicher Puffer.
Kritik und Rückmeldungen wurden mittels Feedback-Bogen gesammelt, aus Sicht der Beteiligten jedoch nicht ausreichend genutzt.	Schaffung eines produktiven Arbeitsklimas: offene Feedback-Kultur und konstruktive Reaktion auf kritische Anmerkungen.

Erkenntnisse aus der Literatur: Aus der Literatur ergeben sich weitere Punkte, die zur erfolgreichen Durchführung von DT-Prozessen beachtet werden sollten, da sie bei den involvierten Vertretenden der Zielgruppen zu Spannungen führen könnten. Möglich ist beispielsweise ein Konflikt zwischen den Bedürfnissen und Bedarfen der Zielgruppe und den erwarteten Outcomes der Auftraggeber*innen.³⁷ Die Schaffung eines Gleichgewichts zwischen dem erwarteten Innovationsgrad eines Produkts und einer nutzer*innenfreundlichen Umsetzung sollte angestrebt werden, um die im Workshop entwickelten Ansätze für die User*innen tatsächlich nutzbar zu machen. Unterschiede können auch zwischen den Ergebnissen einer mit der Zielgruppe durchgeführten Bedarfsanalyse und der Evidenzlage aus der Literatur bestehen.³⁸ Dies bedeutet jedoch nicht, dass zugunsten der Literatur auf Bedarfsanalysen verzichtet werden und der Bedarf anhand vorliegender Studien abgeleitet werden kann; vielmehr sollte eine ausführliche Bedarfsanalyse unter Verwendung mehrerer Methoden (Nut-

37 Altman et al. 2018.

38 Ebd.

zenden-Interviews, DT-Workshops, *Prototyping* und *Testing*) durchgeführt werden, um ein möglichst holistisches Bild der Bedürfnisse der Zielgruppe zu erheben.³⁹ Die Anwendung von DT in kleinen Populationen kann einen Aufschluss über deren Bedürfnisse und Anforderungen an ein neues digitales Produkt liefern; idealerweise sollten die Ergebnisse jedoch in größeren Populationen auf Reproduzierbarkeit und Anwendbarkeit überprüft werden, um Aussagen generalisierbarer zu machen und die breite Wirksamkeit einer Intervention zu steigern.⁴⁰ Weiter könnte die in DT-Prozessen schnelle und dynamische Herangehensweise an Fragestellungen von Vorteil für den Aufbau von Vertrauen und Beziehungen zwischen der Zielgruppe und den Prozessverantwortlichen sein.⁴¹

2. Zusammenfassung und Ausblick

Die Nutzung digitaler Technologien für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vor dem Hintergrund geänderter digitaler Konsum- und Nutzungsgewohnheiten durch die COVID-19-Pandemie sollte aus Sicht der Autor*innen bei der Entwicklung digitaler Gesundheitsangebote auf die veränderten Gewohnheiten der Zielgruppen Rücksicht genommen werden (z. B. größere Verfügbarkeit digitaler Endgeräte bei den Nutzenden, verstärkte Nutzung digitaler Angebote auch durch Ältere⁴²). Ein vielversprechender Ansatz wäre, den Zielgruppen verstärkt Gehör zu schenken und die Durchführung neuer Studien anzustreben, um den Wissenstand zu aktualisieren.

DT-Prozesse haben grundsätzlich das Potenzial für einen partizipativen Ansatz in der Entwicklung von digitalen Gesundheitslösungen. In Zusammenschau mit dem Feedback der Teilnehmenden der DIFA DT-Workshops und den in der Literatur identifizierten Faktoren zeigen sich die Herausforderungen des Ansatzes. Um den Herausforderungen in den DT-Workshops projektweit zu begegnen, wurde verstärkt auf ein einheitliches Verständnis von Workshop-Zielstellungen geachtet, bspw. mit Vorbereitungsterminen für einen offenen Austausch. Darüber hinaus wurden offene Sprechstunden des Verbundpartnermanagements, regelmäßige zweiwöchige Regeltermine mit jeder einzelnen Partnerorganisation und ein

39 Ebd.

40 Ebd.

41 Van der Westhuizen et al. 2020.

42 Renu 2021.

Open Space-Format im monatlichen Rhythmus zum Austausch der Partner*innen untereinander eingeführt. Außerdem wurde die Zeitplanung von Workshops großzügiger gestaltet, aktive Mitarbeit in digitalen *Whiteboards* möglichst optimal gestaltet und es wurden *Incentives* für die Teilnahme an einzelnen Formaten ausgelobt. Die Perspektive der Settingverantwortlichen wurde in der Folge durch qualitative Interviews zusätzlich fundiert. Ferner wurde zusätzliche didaktische Unterstützung eingeholt. So gelang eine Optimierung der Partizipationsmöglichkeiten im Entwicklungsprozess, welche für aktuelle und zukünftige Workshops verfolgt wird.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Kommunikation klarer Ziele, Erwartungen und Vorgaben essenziell ist, ebenso die Wahl geeigneter Methoden zur Partizipation unter Berücksichtigung eines adäquaten Zeitplans. Eine offene Feedback-Kultur sollte nicht nur den DT-Prozess begleiten, sondern auch für dessen Umsetzung gelebt werden. Eine partizipationsermöglichende und für alle Teilnehmenden zufriedenstellende Gestaltung und Durchführung von DT-Prozessen ist daher von wesentlicher Wichtigkeit für deren Erfolg.

Literatur

- Abookire, S/Plover, C/Frasso, R/Ku, B (2020): Health Design Thinking: An Innovative Approach in Public Health to Defining Problems and Finding Solutions. *Frontiers in Public Health*, 8: 459.
- Albrecht, J/Stark, AL/Dongas, E/Wrona, KJ/Dockweiler, C (2022): Hosting an Online World Café to Develop an Understanding of Digital Health Promoting Settings from a Citizen's Perspective – Methodological Potentials and Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19: 9969. DOI: 10.3390/ijer-ph19169969.
- Altman, M/Huang, TT/Breland, JY (2018): Design Thinking in Health Care. Preventing Chronic Disease. *Public Health Research, Practice, and Policy*, 15: E117.
- Endmann, A/Kessner, D (2015): User Journey Mapping. Eine Methode im User Experience Design. In: Fischer, H/Endmann, A/Krökel, M (Hg.): *Mensch und Computer 2015 – Usability Professionals*. Oldenburg: De Gruyter, 408–414.
- Endrejat, PC/Kauffeld, S (2017): Wie könnten wir Organisationsentwicklungen partizipativ gestalten? Der Design Thinking Ansatz als Instrument zur Gestaltung von Veränderungsprozessen Gruppe. *Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 48: 2, 143–154.
- Geukes, C/Stark, AL/Dockweiler, C (2022): eHealth Literacy als Grundlage zur Entwicklung digitaler Technologien in der Gesundheitsförderung und Prävention? Eine systematische Übersicht der Literatur. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17, 163–169.

- Henni, SH/Maurud, S/Fuglerud, KS/Moen, A (2022): The Experiences, Needs and Barriers of People with Impairments Related to Usability and Accessibility of Digital Health Solutions, Levels of Involvement in the Design Process and Strategies for Participatory and Universal Design: a Scoping Review. *BMC public health*, 22: 1, 35.
- IBM (o. J.): The Framework. Design Thinking Re-envisioned for the Modern Enterprise. URL: <https://www.ibm.com/design/thinking/page/framework>; 7.11.2022).
- IBM (2022): Open Source im Vergleich zu Closed-Source-Software. URL: <https://www.ibm.com/de-de/topics/open-source>; 4.11.2022.
- IBM iX (2018): The Loop Drives Us. Understand the Present and Envision the Future in a Continuous Cycle of Observing, Reflecting, and Making. URL: <https://www.ibm.com/design/thinking/page/framework/loop>; 31.8.2022.
- Kaihlanen, A-M/Virtanen, L/Buchert, U/Safarov, N/Valkonen, P/Hietapakka, L/Hörhammer, I/Kujala, S/Kouvonen, A/Heponiemi, T (2022): Towards Digital Health Equity – a Qualitative Study of the Challenges Experienced by Vulnerable Groups in Using Digital Health Services in the COVID-19 Era. *BMC health services research*, 22: 1, 188.
- Ku, B/Lupton, E (2022): Health Design Thinking. Second Edition. Cambridge: The MIT Press.
- Kuenen, K (2018): Persona. URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/persona-119156/version-368104>; 7.11.2022.
- MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes, Bund der Krankenkassen e. V. (2021): Präventionsbericht 2021. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2020. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2021_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei_final.pdf; 7.11.2022.
- Neuhauser, L/Kreps, GL (2014): Integrating Design Science Theory and Methods to Improve the Development and Evaluation of Health Communication Programs. *Journal of Health Communication*, 19: 12, 1460–1471.
- Norman, DA/Draper, SW (Hg.) (1986): User Centered System Design. New Perspectives on Human-computer Interaction. Boca Raton, London, New York: CRC Press.
- Redlich, B/Becker, F/Siemon, D/Robra-Bissantz, S/Lattemann, C (2018): Nutzerzentrierte Dienstleistungsinnovation durch digitales Design Thinking – Herausforderung und Potenziale für Wissenschaft und Praxis. In: Bruhn, M/Hadwich, K (Hg.): *Service Business Development*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 83–102.
- Renu, N (2021): Technological Advancement in the Era of COVID-19. *SAGE open medicine*, 9.
- Richardson, S/Lawrence, K/Schoenthaler, AM/Mann, D (2022): A Framework for Digital Health Equity. *NPJ digital medicine*, 5, 119.
- Seitz, J/Seitz, J (2018): Digitale Kompetenzen: New Work = New Human? In: Fortmann, HR/Kolocek, B (Hg.): *Arbeitswelt der Zukunft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 355–382.

- Sieck, CJ/Sheon, A/Ancker, JS/Castek, J/Callahan, B/Siefer, A (2021): Digital Inclusion as a Social Determinant of Health. *NPJ digital medicine*, 4, 52.
- Stark, AL/Geukes, C/Albrecht, J/Dockweiler, C (2022a): Digitale Anwendungen in der Planung und Umsetzung von verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Ergebnisse eines Scoping Reviews. *Das Gesundheitswesen*, 84: 1–8.
- Stark, AL/Geukes, C/Dockweiler, C (2022b): Digital Health Promotion and Prevention in Settings: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 24: 1, e21063.
- Stark, AL/Albrecht, J/Dongas, E/Choroschun, K/Dockweiler, C (2023): Zukunftstrends und Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien in der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung – eine Delphi-Befragung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, eFirst. DOI: 10.1007/s00103-023-03669-5.
- van der Westhuizen, D/Conrad, N/Douglas, TS/Mutsvangwa, T (2020): Engaging Communities on Health Innovation: Experiences in Implementing Design Thinking. *International Quarterly of Community Health Education*, 41, 101–114.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2022): Gut vernetzt und stark im Netz: wie sich die PKV für Gesundheitsprävention engagiert. URL: <https://www.pkv.de/po-sitionen/praeventionsengagement/>; 7.11.2022.
- WHO – World Health Organization (2022): Healthy Settings. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/healthy-settings>; 4.11.2022.
- Zolnowski, A (2015): Instrument Business Model Canvas. URL: <https://www.inf.uni-hamburg.de/de/inst/ab/itmc/research/completed/promidis/instrumente/business-model-canvas>; 31.8.2022.

Zwischen politischen Zielen und niedrigschwelliger Umsetzung: Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung – Ein Erfahrungsbericht der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg- Vorpommern

Friederike Keipke und Kristin Mielke

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	307
Abstract	308
0. Einleitung	308
1. Die Organisation von Gesundheitsförderung auf Länderebene	308
2. Die LVG MV als Partnerin in der Gesundheitsförderung	309
3. Digitalisierung in der Gesundheitsförderung: Einführung und Begriffsbestimmung	310
4. Digitalisierung der Gesundheitsförderung aus Sicht der LVG MV	312
4.1 Veränderung der Angebote für Multiplikator*innen und Endverbraucher*innen durch die Digitalisierung	313
4.2 Veränderung der Arbeitsweise für die LVG MV durch die Digitalisierung	315
4.3 Chancen und Herausforderungen durch Digitalisierung in der Gesundheitsförderung	316
5. Fazit	319
Literatur	321

Zusammenfassung

Digitale Gesundheitsförderung erfordert von Institutionen Engagement und Bereitschaft zu Veränderungen. Konzeption und Umsetzung digitaler Angebote bündeln personelle, materielle und finanzielle Ressourcen. Bedeutender Vorteil digitaler Angebote ist die Flexibilität der Nutzbarkeit: Lange Anfahrtswege entfallen, unkompliziertes Netzwerken wird ermöglicht und es können neue Zielgruppen erreicht werden. Die Nutzung digitaler Angebote erfordert ein Mindestmaß an Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung. Deshalb ist es erforderlich, dass die Angebote

zielgruppenspezifisch entwickelt und Strukturen zur nachhaltigen Nutzung geschaffen werden.

Abstract

Digital health promotion requires commitment and willingness for change. Planning and implementation of digital activities gather human, material and financial resources. Significant advantage of digital activities is the flexibility of use: travel times are not applicable, networking over a long distance is possible and new target groups can be approached. The use of digital activities requires a minimum of health literacy and self-responsibility. Therefore it is necessary, that the activities are designed according to the target group and that there are structures for effective and efficient use in place.

0. Einleitung

Der digitale Wandel macht auch vor der Gesundheitsförderung auf Länderebene nicht Halt. Die mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung auf Länderebene betrauten Institutionen sehen sich mehr und mehr damit konfrontiert, Multiplikator*innen und Endverbraucher*innen digitale Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu präsentieren und das Erreichen der Gesundheitsziele im eigenen Land zu unterstützen. Für die umsetzende Institution, Praktiker*innen sowie Endverbraucher*innen bringen diese Anliegen sowohl Chancen als auch Herausforderungen mit sich. Von ihren Erfahrungen mit digitaler Gesundheitsförderung für die unterschiedlichen Anspruchsgruppen berichtet die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern (LVG MV).

1. Die Organisation von Gesundheitsförderung auf Länderebene

Auf Länderebene beschäftigen sich verschiedene Institutionen mit der Förderung der Gesundheit der Bürger*innen. In 13 Bundesländern sind diese als eingetragene Vereine organisiert und werden als Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) tätig. In Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen übernehmen diese Rolle die Landesgesundheitsämter bzw. die an diese angegliederten Landeszentren für Gesundheit.

Obwohl die Institutionen ein breites Spektrum der Gesundheitsförderung bedienen und die inhaltlichen Schwerpunkte von Bundesland zu Bundesland variieren, sehen sie sich in ihren übergeordneten Aufgaben vereint: Sie koordinieren die gesundheitsförderlichen Bemühungen auf Länderebene (mit), konzipieren und koordinieren Angebote zur Gesundheitsförderung für verschiedene Zielgruppen, vernetzen relevante Akteur*innen und stellen Qualifizierungsangebote für Multiplikator*innen. Mit ihrer Arbeit leisten sie einen wichtigen Beitrag, die Gesundheit der Bürger*innen zu fördern und die festgelegten Gesundheitsziele auf Länderebene zu verwirklichen.

Neben Projekt- und institutionellen Förderungen finanzieren sich die Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) aus Mitteln aus dem Präventionsgesetz, Eigenmitteln sowie weiteren Förderungen.

2. Die LVG MV als Partnerin in der Gesundheitsförderung

Seit 1990 setzt sich die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. mit ihren Mitgliedern und Partnerorganisationen aktiv dafür ein, das körperliche, geistig-seelische und soziale Wohlbefinden der Bürger*innen Mecklenburg-Vorpommerns durch eine umfassende Gesundheitsförderung zu erhalten und zu stärken.

Ziel der LVG MV ist es, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu gestalten und bessere Gesundheitschancen für alle zu ermöglichen. Dafür engagiert sich der Verein in verschiedenen Bereichen mit unterschiedlichen Angeboten und Projekten, wie Weiterbildungsangeboten in der kommunalen Gesundheitsförderung, der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Settings Kindertagesstätte, Schule und Kommune oder spezifischen Gesundheitskursen für vulnerable Zielgruppen. Damit diese Angebote effektiv wirken können, werden die Maßnahmen zielgruppenspezifisch konzipiert und implementiert. Die LVG MV arbeitet dabei vor allem nach dem Setting- oder Lebensweltansatz und spricht mit ihren Angeboten sowohl Multiplikator*innen als auch die Mitglieder einer speziellen Zielgruppe (wie Erwerbslose, Lehrer*innen oder Vorschulkinder) direkt an.

Neben der Projektarbeit wirkt die LVG MV in zahlreichen Aktivitäten auf Länderebene und ist somit an weitreichenden Entscheidungen zur Entwicklung der Gesundheitsförderung in Mecklenburg-Vorpommern beteiligt. Sie ist in regionalen wie auch landesweiten Gremien vertreten und leistet dort als eine der führenden Organisationen des Landes im Bereich

der Gesundheitsförderung ihren Beitrag in den Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendgesundheit sowie der kommunalen Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Chancengleichheit.

Weitere wichtige Inhalte der Arbeit der LVG MV sind die fachliche Unterstützung von in der Gesundheitsförderung aktiven Akteur*innen, wie Bürgermeister*innen, Gemeindevertreter*innen oder Mitarbeitenden in Beratungsstellen. Sie profitieren von Angeboten, wie Fortbildungen, Fachtagungen oder der Bereitstellung von Arbeitshilfen, sowie dem Auf- und Ausbau von regionalen und landesweiten Netzwerken im Kontext der Gesundheitsförderung.

Die Aktivitäten der LVG MV werden zunehmend digital gestaltet und stellen damit einen Beitrag zur digitalen Gesundheitsförderung in Mecklenburg-Vorpommern dar.

3. Digitalisierung in der Gesundheitsförderung: Einführung und Begriffsbestimmung

Der Wandel der Zeit findet in allen Lebensbereichen statt. Das Thema Digitalisierung ist im Alltag der Menschen nicht mehr wegzudenken und aktueller denn je. Transformation führt zu Veränderungen und fordert Akzeptanz in allen Bereichen. Der Begriff Digitalisierung hat in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Bedeutungen. Unter Digitalisierung wird im Allgemeinen „die digitale Umwandlung und Darstellung bzw. Durchführung von Information und Kommunikation oder die digitale Modifikation von Instrumenten, Geräten und Fahrzeugen [...]“¹ verstanden. Der Diskurs um das Thema Digitalisierung sowie die Frage zum Einsatz digitaler Technologien im Bereich der Gesundheitsförderung nehmen stetig zu.² Der folgende Abschnitt thematisiert diverse Begriffsbestimmungen im Bereich Gesundheitsförderung und beleuchtet den Aspekt Digitalisierung in der Gesundheitsförderung aus der Perspektive der verschiedenen Anspruchsgruppen.

Zunächst werden die Begriffe Gesundheitsförderung und digitale Gesundheitsförderung betrachtet, um ein gemeinsames Verständnis von den Begriffen und eine gemeinsame Wissensgrundlage zu schaffen. Die Definition des Begriffes Gesundheitsförderung wurde bereits im Jahr 1986 in der

1 Bendel 2022.

2 Albrecht/von Jan 2018: 433.

Ottawa Charta festgehalten. Gesundheitsförderung wird definiert als ein „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“³ Die Ergänzung und Weiterentwicklung des Begriffes erfolgten im Jahr 1997 mit der Jakarta-Erklärung. Demnach soll Gesundheitsförderung Menschen befähigen, Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erlangen und sie eigenständig durch die Beeinflussung von gesundheitsrelevanten Determinanten positiv zu beeinflussen.⁴ Als Prozess erfordert die Gesundheitsförderung dabei u. a. ein Umdenken bei Akteur*innen, Endverbraucher*innen sowie Fördermittelgebenden, bei dem es sich nicht um ein abzuschließendes Projekt, sondern vielmehr um eine gesellschaftliche Gesamtaufgabe handelt.

Zentrale Themen der Gesundheitsförderung sind Selbstbestimmung und Empowerment. Empowerment bezeichnet dabei die Befähigung der Menschen, die eigene Gesundheit „mittels Nutzung der eigenen personalen und sozialen Ressourcen [...]“⁵ aktiv mitzugestalten und so zu beeinflussen.

Eine Besonderheit stellt dabei der Settingansatz dar, auch Lebensweltansatz genannt, der ein Kernelement der Gesundheitsförderung bildet. Ein Setting ist ein Ort, an dem Menschen leben, lernen und arbeiten. Hier setzt dieses Konzept an und wird wirksam.⁶ Der Settingansatz erkennt dabei an, dass Gesundheit das Resultat einer wechselseitigen Beziehung von gesundheitsförderlichen, -erhaltenden und -belastenden Faktoren ist. Im Settingansatz werden diese Faktoren „systematisch in einem koordinierten und partizipativen Lern- und Entwicklungsprozess positiv und nachhaltig“⁷ beeinflusst.

Ein weiterer Bestandteil der Gesundheitsförderung ist die gesamtgesellschaftliche Verantwortung aller, denn Gesundheitsförderung betrifft die gesamte Bevölkerung. Gesundheitsförderung ermöglicht den Menschen, in ihrem Umfeld gesund aufzuwachsen, zu leben und zu arbeiten.⁸

In der digitalen Gesundheitsförderung wird neben der Zielgruppe, die als Endverbraucher*innen vorhandene Angebote nutzen, auch der Fokus auf Multiplikator*innen gesetzt. Der Ansatz der Multiplikator*innen-Arbeit

3 Kaba-Schönstein 2018.

4 Ebd.

5 Brandes/Stark 2021.

6 Hartung/Rosenbrock 2022.

7 Ebd.

8 Kaba-Schönstein 2018.

ist im Bereich Gesundheitsförderung weitverbreitet und kommt auch in der digitalen Gesundheitsförderung verstärkt zum Einsatz. Als Multiplikator*innen werden dabei Personen oder auch Institutionen angesehen, die gesundheitsrelevante Informationen, Strategien und/oder Kompetenzen innerhalb eines Personenkreises vermitteln und fördern. Ihnen wird eine wichtige Transferfunktion zuteil, indem sie die Reichweite der Informationen erhöhen und die Maßnahmen in die Praxis implementieren.⁹ In der digitalen Gesundheitsförderung nutzen Multiplikator*innen beispielsweise Online-Weiterbildungen oder Online-Meetings für den Austausch mit anderen Akteur*innen, um sich zu gesundheitsförderlichen Themen auszutauschen und die gewonnenen Erkenntnisse in die breite Masse zu tragen.

Mit den Veränderungen des Alltags, die mit der zunehmenden Digitalisierung einhergehen, muss auch die Gesundheitsförderung angepasst werden. Dies erfordert ein Umdenken auf allen Ebenen. Digitale Gesundheitsförderung beinhaltet dabei nicht nur neue Angebotsformate, wie Online-Präventionskurse, sondern ist sehr vielfältig und besteht aus zahlreichen verschiedenen Bereichen und Tools, wie Gesundheits-Apps, den sogenannten Wearables (wie z. B. die Smartwatch) oder Online-Weiterbildungsangeboten, beispielsweise zum Erlernen und Anwenden der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.¹⁰

4. Digitalisierung der Gesundheitsförderung aus Sicht der LVG MV

Die digitale Gesundheitsförderung bedingt Veränderungen bei allen Beteiligten und birgt Chancen und Herausforderungen gleichermaßen. Diese stellen sich jedoch für die jeweiligen Anspruchsgruppen nicht gleich dar und werden deshalb im Folgenden für die LVG MV sowie Multiplikator*innen und Endverbraucher*innen differenziert betrachtet. Die Darstellungen beziehen sich dabei auf Erfahrungswerte der LVG MV in der Umsetzung und im Umgang mit digitaler Gesundheitsförderung im eigenen Land.

9 Blümel et al. 2022.

10 Fischer et al. 2016: 5.

4.1 Veränderung der Angebote für Multiplikator*innen und Endverbraucher*innen durch die Digitalisierung

Mit zunehmender Digitalisierung in allen Bereichen verändern sich auch Art und Umfang der Gesundheitsförderung und wie diese in Anspruch genommen wird. Für die LVG MV geht dies mit Abwandlungen der bisherigen Angebote einher, die mit Aufkommen der Pandemie maßgeblich beschleunigt wurden. Digitale Angebote werden nunmehr für Multiplikator*innen sowie Endverbraucher*innen gleichermaßen zur Verfügung gestellt.

Seitens der *Multiplikator*innen* haben sich hybride Formate zur fachlichen Unterstützung, respektive Angebote mit digitalen und analogen Elementen, besonders bewährt. Diese neueren Formen von Veranstaltungen erlauben es den Multiplikator*innen, zeitlich und örtlich flexibel an Formaten teilzunehmen und dennoch vom vermittelten Wissen und den Erfahrungen anderer Teilnehmender zu profitieren. Dies ist vor allem in ländlich geprägten Regionen und Bundesländern von großer Bedeutung. Die LVG MV konnte so in den vergangenen Jahren einen Zuwachs an Netzwerkpartner*innen und -aktivitäten beobachten, da mehr Praktiker*innen niedrigschwellig an den digitalen Angeboten teilnehmen konnten. Anzumerken ist dabei jedoch die beobachtete hohe Fluktuation der Teilnehmenden: Die vorhandene Flexibilität und die vermeintliche Unverbindlichkeit führt bei Veranstaltungen in Netzwerken sowie mit Endnutzenden gleichermaßen zu hohen Dropouts zwischen Anmeldung und Teilnahme und kann für ausführende Institutionen mit einem erhöhten Organisationsaufwand verbunden sein.

Digitale Angebote betreffen aber auch die *Endverbraucher*innen* und reichen bei der LVG MV von digitalen Materialien wie Broschüren, die zum Download bereitstehen, über Videos bis hin zu digitalen Gesundheitskursen. Wie unterschiedlich die Nutzung der Angebote dabei ausfallen kann und wie effektiv diese wirken, wird an den folgenden Beispielen der LVG MV sichtbar:

Die Lernwerkstätten *Kriterien guter Praxis* der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Mecklenburg-Vorpommern (als Teilbereich der LVG MV) sind ein fester Bestandteil des Weiterbildungsangebotes der LVG MV. Praktiker*innen und Multiplikator*innen aus Wohlfahrt und Ehrenamt erhalten in einer halbtägigen Weiterbildung Einblicke in die Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und erproben praktisch unter Anleitung, wie diese in die eigene Arbeit integriert werden

können. Zuvor als Präsenzveranstaltung konzipiert, wurden Inhalte und Ablauf mit aufkommendem Pandemiegesehen durch die LVG MV in ein digitales Format übertragen: mit großem Erfolg, was die hohen Teilnehmendenzahlen und Beteiligungen außerhalb des eigentlichen Formates zeigen.

In den Jahren 2020 und 2021 wurden digitale Angebote im Rahmen des Projektes *Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt*, einem Projekt zur Stärkung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens von erwerbslosen Menschen, umgesetzt. Mit Inkrafttreten der Kontaktbeschränkungen während der Pandemie sollten sie weiterhin von den Angeboten profitieren und selbstständig unter dem Schutz der eigenen Häuslichkeit aktiv werden können. Die Gestaltung der Angebote erfolgte dabei durch die LVG MV in enger Abstimmung mit den erfahrenen Kursleitungen nach den *Kriterien guter Praxis* der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Besonderes Anliegen waren den Verantwortlichen der LVG MV dabei der Zielgruppenbezug, Empowerment sowie Niedrigschwelligkeit und Partizipation. Beworben wurden die verschiedenen Angebote mit unterschiedlichen Materialien über die am Projekt teilnehmenden Jobcenter, kommunale Einrichtungen und *Social Media*.

Neben 60-minütigen Live-Gesundheitskursen in den verschiedenen Handlungsfeldern wurden kürzere Workshops und aufgezeichnete Videos angeboten, die Erwerbslose anonym (was die freiwillige Nutzung einer Kamera am Endgerät einschließt), kostenlos und ohne vorherige Anmeldung nutzen konnten. Über eine eigens für das Verzahnungsprojekt errichtete Homepage erhielten die Teilnehmenden uneingeschränkten Zugriff auf alle Materialien und konnten sich an einer Evaluation der Angebote beteiligen.

An den Live-Gesundheitskursen nahmen nur vereinzelt Personen teil. Als Gründe hierfür wurden in der Evaluation fehlendes technisches Equipment, eine schlechte Internetverbindung sowie Hemmungen, sich und die Häuslichkeit anderen Personen und dem Kursleitenden zu zeigen, angeführt. Erfolgreich genutzt wurden dagegen die Aufzeichnungen der Live-Veranstaltungen. Mehr als 600 Personen aus Mecklenburg-Vorpommern nutzten die Möglichkeit, die aufgezeichneten Gesundheitskurse im Nachgang anzuschauen, und konnten so Wissen für die eigene Gesundheit generieren. Diese Diskrepanz lässt vermuten, dass die Inanspruchnahme digitaler Angebote zur Gesundheitsförderung sowohl von technischen als auch von persönlichen Voraussetzungen bedingt wird. Angebote für vulnerable Zielgruppen, zu denen auch erwerbslose Menschen zählen, müssen somit aus verschiedenen Perspektiven und vor allem partizipativ gedacht

und konzipiert werden, um genutzt zu werden und nachhaltig wirken zu können.

4.2 Veränderung der Arbeitsweise für die LVG MV durch die Digitalisierung

Fortschreitende Entwicklungen in der Digitalisierung der Gesundheitsförderung verlangen nicht nur Anpassungen der Angebote, sondern auch der eigenen *Arbeitsweise in der LVG MV*. Die stetigen Veränderungen verlangen den Beschäftigten und der Institution als solches viel ab.

Von den Beschäftigten erfordert die zunehmende Digitalisierung der Gesundheitsförderung Engagement, Flexibilität und Innovation in der Umgestaltung und Durchführung von Maßnahmen. Dies bedingt Wissen, welches sich die Beschäftigten oftmals erst aneignen müssen. Da in neuen Tätigkeitsbereichen häufig Erfahrungswerte fehlen, auf die zurückgegriffen werden kann, erfolgt der eigene Lernprozess oft während des eigentlichen Handelns, führt aber auch zu dessen Reflektion und Anpassung.

Der Wandel der Arbeit zeigt sich vor allem in der temporären Verschiebung der Prioritäten. Während bei der Durchführung einer Präsenzveranstaltung zur Förderung der Gesundheit der Austausch mit den Anwesenden sowie die Wissensvermittlung im Mittelpunkt stehen, müssen sich die umsetzenden Institutionen bei digitalen Formaten vermehrt auf das methodische Vorgehen sowie die technische Umsetzung konzentrieren. Dazu sind Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen notwendig, gerade im Hinblick auf Informationssicherheit und Datenschutz: Auf der einen Seite sind die eingesetzten technischen Systeme durch die Institutionen auf Informationssicherheit und Datenschutz zu prüfen und es gilt, die gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung zu berücksichtigen. Auf der anderen Seite ist die Qualität der bereitgestellten Informationen sicherzustellen. Gerade bei Online-Informationen, die dauerhaft abgerufen werden können, ist die Aktualität zu gewährleisten. Der damit einhergehende Aufwand der Datenpflege muss von den Institutionen berücksichtigt und eingeplant werden. Die Nutzenden der Online-Angebote (dies umfasst Informationen, aber auch Live-Veranstaltungen oder Aufzeichnungen) sind

zudem in leicht verständlicher Weise über die technischen Voraussetzungen zu informieren.¹¹

Neben personellen Ressourcen und einem hohen Engagement aller Beteiligten erfordern Angebote der digitalen Gesundheitsförderung zahlreiche materielle Ressourcen bei den anbietenden Institutionen. Benötigt werden technische Gerätschaften und spezielle Programme, mit denen Maßnahmen umgesetzt und in die Masse getragen werden können. Diese müssen durch die Institutionen neu erworben, günstigstenfalls erweitert werden. Gerade in Institutionen, die sich aus (häufig begrenzten) Projektmitteln finanzieren, kann die Anschaffung solcher technischen Mittel oder die Auslagerung der Aktivitäten an entsprechende Dienstleistende zur Hürde werden. Nutzen und Notwendigkeit solcher Anschaffungen müssen im Sinne der Abrechenbarkeit zudem oftmals belegt werden.

4.3 Chancen und Herausforderungen durch Digitalisierung in der Gesundheitsförderung

Die Digitalisierung in der Gesundheitsförderung bietet die Möglichkeit, neue Zugangswege zur jeweiligen Zielgruppe zu entwickeln und auszutesten, um die Menschen vor Ort in ihrer Lebenswelt zu erreichen und gesündere Rahmenbedingungen vor Ort zu erschaffen.

Die Vorteile zeigen sich vermeintlich auch in der Erreichbarkeit für die Endnutzenden: Mit digitalen Angeboten könnten mehr Nutzende erreicht und andere Zielgruppen angesprochen werden, die von den Inhalten profitieren können.¹² Voraussetzung dazu ist allerdings eine ausgebaute und tragfähige digitale Infrastruktur. Obwohl in Deutschland im Allgemeinen eine gute Anbindung an das Internet gegeben ist, zeigt sie sich regional sehr unterschiedlich. Mecklenburg-Vorpommern ist ein vornehmlich ländlich geprägtes Bundesland. Teile des Landes befinden sich derzeit noch in der Breitbandausbauphase, noch größere Teile sogar erst in der Vorbereitungsphase.¹³ Eine schnelle Internetverbindung – die Voraussetzung, um an Live-Angeboten zur Gesundheitsförderung teilnehmen zu können – ist in der Fläche Mecklenburg-Vorpommerns sowie in vielen weiteren Regionen Deutschlands noch nicht zuverlässig verfügbar. Dies kann vor allem den

11 GKV-Spitzenverband 2021: 151f.

12 Rossmann/Krömer 2016: 441.

13 Ministerium für Inneres, Bau und Digitalisierung MV 2022.

Endnutzenden der digitalen Gesundheitsförderung den Zugang zu den Maßnahmen erschweren. Ähnlich wichtige Rollen spielen der Zugang zu mobilen Endgeräten sowie deren allgemeine Nutzung. Laut *Digital Economy and Society Index* (DESI) liegt der Digitalisierungsgrad der deutschen Bevölkerung nur leicht über dem Durchschnitt der Europäischen Union – Personen in Deutschland zeigen sich dabei nicht so medienaffin wie die Bevölkerung anderer Länder.¹⁴ Für medienferne Personen gelten digitale Angebote als Unbekannte; oft bestehen Hemmnisse und Unsicherheiten in der Nutzung, auch hinsichtlich des Datengebrauchs. Hinzu kommen soziodemografische Merkmale, die die Nutzung digitaler Angebote und den Zugang zu ihnen erfahrungsgemäß zu bedingen scheinen, wie Alter und Einkommen und die damit (nicht) verfügbaren technischen Voraussetzungen. Diese Faktoren können Institutionen, die mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung betraut sind, nur schwer beeinflussen. Es gilt deshalb, Maßnahmen zu implementieren, die diese Faktoren berücksichtigen und eine Vielfalt an Personengruppen ansprechen.

Nicht nur das niedrigschwellige Erreichen neuer Zielgruppen ist eine Chance, sondern auch das Erreichen von Menschen in schwierigen Zeiten, z. B. in einer Pandemie. In solchen Zeiten bietet digitale Gesundheitsförderung die Chance, die eigene Arbeit weiterzuführen und trotz aller Herausforderungen Menschen mit gesundheitsförderlichen Angeboten zu versorgen. Digitale Angebote können dann eine Verbindung schaffen und bereits geschaffene Vertrauensverhältnisse zwischen Praktiker*innen und Endverbraucher*innen aufrechterhalten. Allerdings gilt es zu beachten, dass sich digitale Angebote nicht für jede Zielgruppe eignen. Dieser Aspekt sollte trotz der Transformation in der Gesundheitsförderung immer beachtet werden.

Die mit der Digitalisierung entstandenen neuen Optionen erhöhen die Anforderungen an die Gesundheitskompetenz der Nutzer*innen und erfordern Anpassungen von ihnen. Die Nutzer*innen müssen sich im zunehmenden Angebot von Gesundheitsinformationen orientieren, die Informationen selektieren und nach eigener Relevanz filtern und anschließend auf das eigene Verhalten übertragen. Die Erfahrungen zeigen allerdings, dass besonders vulnerable Gruppen bedeutende Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen haben und über eine geringere

14 European Commission 2020.

Gesundheitskompetenz verfügen,¹⁵ was einen politischen Handlungsbedarf in den Bereichen Information, Bildung und Vernetzung mit sich bringt. Hier liegt die Verantwortung aber auch bei den Institutionen, passgenaue Konzepte zur Gesundheitsförderung zu entwickeln und vulnerable Gruppen auf die Nutzung vorzubereiten und anzuleiten.

Die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Konzepten der Gesundheitsförderung erfordert empirisches Wissen über die Zielgruppe und deren Ressourcen. Digitale Anwendungen können Institutionen dabei helfen, Daten für eine zielgerichtete Gesundheitsförderung zu erheben. Diese Daten sind für die Institution als Bindeglied zwischen den Anspruchsgruppen aus Politik, Multiplikator*innen und Endnutzenden besonders wertvoll, spiegeln sie doch den Bedarf in der Bevölkerung wider und können so als Grundlage zur Entscheidungsfindung für weitere politische Entwicklungen dienen. Weiterhin sind die Daten essenziell, um zielgerichtete Maßnahmen zu schaffen und deren Wirkung zu erhöhen. Digitale Ansätze erlauben es den umsetzenden Institutionen zudem, kurzfristig und im Verlauf der Angebote bedarfs- und bedürfnisorientierte Anpassungen im Sinne der Zielgruppe vorzunehmen.

Der digitale Wandel im Bereich der Gesundheitsförderung fordert nicht nur ein Umdenken bei den ausführenden Institutionen, sondern auch bei Akteur*innen, Multiplikator*innen und der Zielgruppe selbst. Dieser Prozess bietet die Möglichkeit, neue Wege zu gehen, neue Methoden auszuprobieren und die eigenen Kompetenzen zu erweitern.

Digitale Gesundheitsförderung kann bei Praktiker*innen bereits vorhandene Ressourcen schonen. Besonders in Flächenländern oder ländlichen Räumen spielen weite Anfahrtswege, die Reisedauer und Reisekosten eine bedeutende Rolle für Akteur*innen und Multiplikator*innen. Mit der Durchführung von Online-Meetings, Workshops oder Weiterbildungen können Ressourcen eingespart werden. Die Kommunikation untereinander kann mit digitalen Angeboten weiterhin fortgesetzt werden, auch wenn digitale Treffen und Angebote kein hundertprozentiger Ersatz für einen persönlichen Austausch sind. Werden Angebote für die Zielgruppe digital umgesetzt, so profitieren auch diese Teilnehmenden von den genannten Vorteilen geschonener Ressourcen. Zudem ermöglichen digitale Angebote die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, ein Aspekt, der in der Gesundheitsförderung nicht unbeachtet gelassen werden sollte.

15 Schaeffer/Gille 2021: 147; Schaeffer et al. 2021.

Neben all den Chancen und Potenzialen, welche die Digitalisierung im Bereich Gesundheitsförderung bietet, dürfen die Herausforderungen, die mit dem Wandel einhergehen, nicht vergessen werden. Dabei sollte sich im Voraus der Bemühungen immer die Frage gestellt werden, ob der digitale Wandel in der Gesundheitsförderung von Akteur*innen, Multiplikator*innen sowie der Zielgruppe überhaupt gewünscht wird. Das Einbeziehen der Zielgruppe in die Planung und Durchführung von digitalen Angeboten wäre eine denkbare Möglichkeit, die Akzeptanz des Themas Digitalisierung bei den unterschiedlichen Anspruchsgruppen zu steigern.¹⁶

Ein zentraler Aspekt der digitalen Gesundheitsförderung ist die technische Ausstattung der unterschiedlichen Anspruchsgruppen. Digitale Maßnahmen umzusetzen oder in Anspruch zu nehmen, setzt ein Mindestmaß an technischer Ausstattung voraus, die oftmals hohe Anschaffungskosten verursachen. Von den verschiedenen Gruppen verlangt dies erfahrungsgemäß erhebliche finanzielle Anstrengungen, die nicht immer tragbar sind. Die Angebote finden den Weg zu den Verbraucher*innen schließlich nicht und können so auch ihre Wirkung nicht entfalten.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der (für die Finanzierung von Projekten oftmals notwendigen) Evaluation der Angebote für die Zielgruppe. Effizienz und Erfolg der Maßnahmen nachzuweisen, erweist sich digital methodisch zwar als einfacher, in der Umsetzung jedoch als schwierig. Die empfundene geringere Verbindlichkeit verleitet die Teilnehmenden zum Überspringen oder Abbruch der Befragung. Weiterhin sind Effizienz und Erfolg von digitalen Maßnahmen und Angeboten – wie in der analogen Welt der Gesundheitsförderung – ähnlich schwierig nachzuweisen und es bedarf weiterer Studien zum Nachweis der Evidenz der digitalen Gesundheitsförderung.¹⁷

5. Fazit

Digitalisierung bedeutet Wandel und geht für die Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) sowie andere mit Gesundheitsförderung beauftragte Institutionen mit Herausforderungen sowie Chancen einher. Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) befinden sich dabei immer in einem engen Verhältnis zwischen Politik, Multiplikator*innen und End-

16 Hochmuth et al. 2020.

17 McKay et al. 2018.

nutzenden. Den Anforderungen aller Anspruchsgruppen gerecht zu werden und die unterschiedlichen Ziele jener Gruppen unabhängig voneinander zu bedienen, kann mitunter herausfordernd sein und bedarf des Feingefühls auf verschiedenen Ebenen.

Von der politischen Ebene bedarf es eines klaren Kurses, was den Ausbau von Strukturen in den Ländern, insbesondere in den ländlichen Regionen betrifft. Nur wenn die entsprechenden Voraussetzungen wie eine zuverlässige Internet-Infrastruktur gegeben sind, wird sich die digitale Gesundheitsförderung unter Mitgliedern besonders vulnerabler Gruppen etablieren und dort wirken können. Es braucht ein ganzheitliches Denken, das die Gesundheit der Bürger*innen in den Fokus rückt und die Anstrengungen der digitalen Gesundheitsförderung aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Den Endverbraucher*innen muss dabei nicht nur der Zugang zu digitalen Gesundheitsförderungsangeboten erleichtert werden; sie sollten im Sinne der Förderung der Gesundheitskompetenz ebenso bereits frühzeitig und in den verschiedenen Settings mit der Nutzung digitaler Medien vertraut gemacht werden. Denkbar wären hierbei Bildungsangebote in den Settings Kindergarten, Schule und Hort.

Der digitale Wandel der Gesundheitsförderung wird sich nicht aufhalten lassen, digitale Angebote im Bereich Gesundheitsförderung bieten Praktiker*innen wie Endverbraucher*innen viele neue Chancen und Potenziale, wobei diese auf die jeweilige Zielgruppe abgestimmt werden sollten. Es darf dabei nicht erwartet werden, dass alle Menschen Teil des digitalen Wandels sein möchten und/oder können. Es gilt, darauf zu achten, dass Angebote auch im Bereich digitaler Gesundheitsförderung im besten Fall gemeinsam mit allen Beteiligten geplant werden, um die Akzeptanz neuer Vorgänge, Wege und Vorhaben als Grundstein der Zusammenarbeit zu legen.

Mit zunehmender Digitalisierung werden sich die Angebote zur Gesundheitsförderung weiter verändern. Dies erfordert bei den Anbietenden einen hohen Aufwand an Ressourcen und eine Anpassung und Ausweitung der bisherigen Tätigkeiten: Lag der Fokus vorher auf der Konzeptionierung und Implementierung von gesundheitsförderlichen Angeboten, erweitert sich das Tätigkeitsbild nun um technische Komponenten und sicherheitsrelevante Aspekte im Bereich der Datennutzung. Die veränderten Tätigkeiten verlangen von allen Beteiligten ein hohes Maß an Engagement und Wissensaneignung. Zudem geht die fortschreitende Digitalisierung vor allem für Vereine, die mit der Durchführung der Gesundheitsförderung auf Landesebene betraut sind, mit großen technischen, organisatorischen und finanziellen Umstellungen einher, die immer unter Einhaltung der Förder-

kriterien zu bedenken sind und temporäre Hürden bilden könnten. Hier gilt es, sich frühzeitig zu informieren und gegebenenfalls das Gespräch zu Fördernden und Partner*innen zu suchen.

Wie erfolgreich digitale Angebote der Gesundheitsförderung schließlich sind, ist immer auch abhängig von der Zielgruppe, da große Unterschiede im Verhalten sowie in den Zielen der Inanspruchnahme bestehen. Wichtigste Voraussetzung für die Nutzung ist der Zugang zu den Angeboten. Vor allem in ländlichen Regionen, in denen eine Versorgung mit gesundheitsförderlichen Angeboten nicht flächendeckend erreicht wird, ist dieser Zugang technisch sicherzustellen.

Die effektive Nutzung von digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung setzt ein Mindestmaß an Gesundheitskompetenz der Nutzenden voraus. Hier sind die Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) und weitere beteiligte Akteur*innen auf Landesebene in den kommenden Jahren besonders gefragt, den Nutzenden zusätzlich zu den digitalen Angeboten Unterstützung dabei zu bieten, sich Kompetenzen anzueignen, um die Angebote nutzen und kritisch hinterfragen zu können.

Literatur

- Albrecht, U/von Jan, U (2018): Apps in der digitalen Prävention und Gesundheitsförderung. In: Haring, R (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden: Springer, 433–441.
- Bendel, O (2022): Digitalisierung. URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/digitalisierung.html/>; 3.9.2022.
- Blümel, S/Lehmann, F/Hartung, S (2021): Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/>; 8.9.2022.
- Brandes, S/Stark, W (2021): Empowerment/Befähigung. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/>; 14.8.2022.
- European Commission (2020): The Digital Economy and Society Index (DESI). URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/digital-economy-and-society-index-desi/>; 3.8.2022.
- Fischer, F/Aust, V/Krämer, A (2016): eHealth: Hintergrund und Begriffsbestimmung. In: Fischer, F/Krämer, A (Hg.): eHealth in Deutschland. Berlin: Springer, 3–23.
- GKV-Spitzenverband (2021): Leitfaden Prävention. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Hartung, S/Rosenbrock, R (2022): Settingansatz – Lebensweltansatz. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/>; 14.8.2022.
- Hochmuth, A/Exner, A/Dockweiler, C (2020): Implementierung und partizipative Gestaltung digitaler Gesundheitsinterventionen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 63: 2, 145–152.

- Kaba-Schönstein, L (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen/>; 4.9.2022.
- McKay, F/Cheng, C/Wright, A/Shill, J/Stephens, H/Uccellini, M (2018): Evaluating Mobile Phone Applications for Health Behaviour Change: a Systematic Review. *J Telemed Telecare*, 24: 1, 22–30.
- Ministerium für Inneres, Bau und Digitalisierung Mecklenburg-Vorpommern (2022): Breitbandausbau. URL: <https://www.breitband-mv.de/breitbandausbau/>; 1.8.2022.
- Rossmann, C/Krömer, N (2016): mHealth in der medizinischen Versorgung. In: Fischer, F/Krämer, A (Hg.): *eHealth in Deutschland*. Berlin, Heidelberg: Springer, 441–456.
- Schaeffer, D/Gille, S (2021): Gesundheitskompetenz im Zeitalter der Digitalisierung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17, 147–155.
- Schaeffer, D/Berens, E/Gille, S (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona-Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. *Das Gesundheitswesen*, 83: 10, 781–788.

Digitalisierung in der Prävention der Deutschen Rentenversicherung

Anja Bestmann, Marion Kiem und Stefan Winter

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	323
Abstract	323
0. Einleitung	324
1. Digitalisierung des Ü45-Checks	324
2. Digitalisierung im Präventionsprogramm RV Fit	325
3. Fazit und Ausblick	328
Literatur	329

Zusammenfassung

Im Rahmen der digitalen Transformation verändern sich auch die Präventionsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. Aktuell werden neue Angebote in Modellprojekten erprobt. Dabei finden Digitalisierungsprozesse im *Ü45-Check* zur individuellen, berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge sowie im Präventionsprogramm *RV Fit* statt. Bislang setzen sich hybride Formate durch. So wird z. B. die digitale Anwendung *CeP Online* als digitales Präventionsangebot genutzt, indem die Trainingsphase sowie Interaktion und Kommunikation digital umgesetzt werden oder ein digitales Aktivitätentagebuch die Dokumentation von zuhause unterstützt.

Abstract

In the context of the digital transformation, the prevention services of the German Pension Insurance are also changing. New services are currently being tested in model projects. Digitization processes are taking place in the *Ü45-Check* for individual, work-related health prevention and in the *RV Fit* prevention program. So far, hybrid formats are gaining ground. For example, the digital application *CeP Online* is being used as a digital

prevention service by digitally implementing the training phase as well as interaction and communication, or a digital activity diary supports documentation from home.

0. Einleitung

Die Digitalisierung in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) erstreckt sich auch auf den konkreten Zugang zu ihren Versicherten und Leistungen. Dies sei am Beispiel der präventiven Teilhabeleistungen erläutert:

Die Teilhabeleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind zentrale Pfeiler zur Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten (§ 14-17 SGB VI). Die gegenwärtigen präventiven Teilhabeleistungen setzen sich – neben den tertiärpräventiven Nachsorgeleistungen – aus Modellprojekten zum so genannten *Ü45-Check* nach § 14 Absatz 3 SGB VI (*Flexirentengesetz*) sowie dem Präventionsprogramm *RV Fit* nach § 14 Abs. 1 SGB VI zusammen. *RV Fit* richtet sich an alle erwerbstätigen Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung. Es ist ein überwiegend alltags- und berufsbegleitendes Präventionsprogramm, das sich in eine mehrtägige Start-, dreimonatige Trainings- und dreimonatige Eigenaktivitätsphase sowie einen ein- bis dreitägigen Refresher gliedert. Die Teilnahme kann individuell, aber auch im Rahmen einer Betriebsgruppe erfolgen.

1. Digitalisierung des *Ü45-Checks*

Der Gesetzgeber hat die DRV mit dem am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Flexirentengesetz angehalten, eine individuelle, berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für über 45-jährige Versicherte – den so genannten *Ü45-Check* – in Modellprojekten zu erproben und zu evaluieren. Die Modellprojektphase endet im Mai 2024. Aufgabe der Gesamtevaluation der Modellprojektphase ist insbesondere, ein an den Gesundheitsbedarfen von über 45-jährigen Versicherten orientiertes, Rentenversicherungsträger (RV-Träger) weites Screeningverfahren für die berufsbezogene Gesundheitsvorsorge zu entwickeln. Ein zentrales Instrument des Screenings ist der wissenschaftlich validierte *Fragebogen zur Ermittlung des Bedarfs an Leistungen der Deutschen Rentenversicherung im Rahmen des Ü45-Checks*. Der Fra-

gebogen zielt somit darauf ab, gesundheits- und berufsbezogene Teilhabebedarfe im Sinne von Präventions- oder Rehabilitationsbedarfen sichtbar zu machen.

Um Versicherte möglichst breit ansprechen zu können, wird der oben genannte Fragebogen gegenwärtig barrierearm und niedrigschwellig als Webseite gestaltet. Die Fertigstellung ist bis Ende 2022 geplant. Das Design orientiert sich explizit an den Perspektiven der Versicherten, es entspricht dem Zeitgeist, die Illustration ist ansprechend und holt die Betrachtenden auch emotional ab. Die Funktionalitäten der Webseitengestaltung sind niedrigschwellig und einfach zu bedienen, sie ermöglichen daher eine schnelle und intuitive Orientierung durch die Nutzenden.

2. Digitalisierung im Präventionsprogramm RV Fit

Prävention ist bereits seit 2016 eine Pflichtleistung der gesetzlichen Rentenversicherung. Das von der Rentenversicherung entwickelte Präventionsprogramm präsentiert sich in dem Label *RV Fit* mit der eigenen Webseite, die der Erstinformation, Antragstellung und Auswahl von Einrichtungen dient.¹ *RV Fit* ist eine circa sechsmonatige, alltags- und berufsbegleitende Präventionsleistung, die Versicherte unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil anzunehmen, indem ihre gesundheitlichen Kompetenzen durch Informationen und Übungen zu Themen wie Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung gestärkt werden. Zielgruppe des Präventionsprogramms sind erwerbstätige Versicherte mit ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie gelegentlichen Rückenschmerzen, leichtem Übergewicht, Stress- oder Schlafproblemen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden. Der Aufbau des Programms ist multimodal mit Elementen zu den Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung. Es gliedert sich in eine kurze Startphase, der sich eine ca. dreimonatige Trainingsphase, gefolgt von einer ebenfalls meist dreimonatigen Eigenaktivitätsphase anschließen. Abgeschlossen wird das Programm nach sechs Monaten im Rahmen von einem bis drei sogenannten Refreshertagen. Dabei werden Veränderungen im Wohlbefinden sowie Strategien zur Zielerreichung und dazugehörige Herausforderungen thematisiert.

Erklärtes Ziel des Präventionsprogramms der Deutschen Rentenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu fördern, chronischen

1 DRV 2022.

Krankheiten, Funktionsstörungen oder einem möglichen Reha-Bedarf vorzubeugen sowie negative Auswirkungen auf die Beschäftigungsfähigkeit zu begrenzen. Für die Rentenversicherung war klar, dass sie dieses Ziel nur erreichen kann, wenn sie niedrigschwellig, unkompliziert und unbürokratisch auf ihre Versicherten zugeht. Daher entschied man sich frühzeitig für die Entwicklung eines eigenen Internetauftritts mit zeitgemäßem Design und Funktionen. Der Auftritt steht seit dem 1. Juli 2020 zur Verfügung und wurde stufenweise vereinfacht und entbürokratisiert. So können die Präventionsleistungen mit der Versicherungsnummer ohne weitere Unterlagen direkt online beantragt werden. Die Rentenversicherung arbeitet zudem kontinuierlich daran, den Zugang zu ihrem Präventionsangebot noch einfacher sowie bürger*innenfreundlicher zu gestalten und hierbei die Chancen der Digitalisierung sinnvoll auszuschöpfen.

Seit Anbeginn war die Rentenversicherung bestrebt, für *RV Fit* eine flächendeckend wohnort- bzw. arbeitsplatznahe Versorgungsinfrastruktur bereitzustellen. Dessen ungeachtet war *RV Fit*, bis auf wenige Ausnahmen, bis Mitte 2019 fast ausnahmslos in Präsenz konzipiert. Die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen brachten einen enormen Digitalisierungsschub in der Rentenversicherung mit sich. Aus der Not heraus wurden z. B. laufende *RV Fit*-Kurse auf digitale Livestreams umgestellt und zahlreiche neue digitale Modellprojekte ins Leben gerufen, um den Versicherten in einer Zeit der Kontaktreduzierung weiterhin einen sicheren Zugang zu ihren Präventionsleistungen zu ermöglichen. Aufgrund befristeter Zulassungen digitaler Angebote durch die DRV Bund bzw. die einzelnen RV-Träger war die Umstellung auf digitale Trainingsphasen in Abstimmung bzw. mit Genehmigung der DRV möglich. Die Startphase sowie Auffrischungsphase des *RV Fit*-Programmes blieben jedoch in der Regel stationär oder ganztägig ambulant. Die Eigenaktivitätsphase fand weiterhin ohne therapeutische Betreuung statt, sodass auch hier keine Digitalisierung des Angebotes stattfand. Die Ausnahme bilden hier digitale Trainingsphasen, bei denen eine App mit Basisangeboten auch ohne therapeutische Begleitung genutzt werden kann.

Die Digitalisierung der einzelnen *RV Fit*-Phasen erlaubte gleichzeitig bis dato schwer erreichbaren Versichertengruppen wie Pflegekräften, Schichtarbeiter*innen oder Alleinerziehenden, am Präventionsangebot der Rentenversicherung teilzunehmen. Derzeit ist die Rentenversicherung an elf sehr unterschiedlichen Modellprojekten zur Erprobung und Evaluation verschiedener Themenschwerpunkte in 25 Einrichtungen beteiligt, die von acht RV-Trägern durchgeführt werden (Stand September 2022).

Digitale Prävention bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Präventand*innen in irgendeiner Weise digitale Anwendungen als Therapie- bzw. Schulungswerkzeug im Rahmen von *RV Fit* anwenden. In der Startphase der *RV Fit*-Leistung werden die digitalen Lernelemente eingeführt. Überwiegend findet die Trainingsphase digital statt. Insofern handelt es sich fast ausnahmslos um hybride Gestaltungen mit einem Mix aus Präsenz- und digitalen Modulen. Die meisten digitalen Präventionsangebote sind für alle Präventand*innen geöffnet, die aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur unregelmäßig am konventionellen *RV Fit*-Programm in Präsenz teilnehmen können.

So bietet beispielsweise das Centrum für Prävention (CeP) der Klinik Höhenried eine digitale Trainingsphase mit der Anwendung (App) *CeP Online* an. Diese ermöglicht eine zeit- und ortsunabhängige Trainingsphase und schafft somit ein flächendeckendes Präventionsangebot für alle Versicherten – auch in Regionen, in denen die herkömmliche Trainingsphase mangels geeigneter Einrichtungen nicht realisierbar ist.

Die Anwendung bietet vielfältige Möglichkeiten der Interaktion und Kommunikation. Der Austausch zwischen den Gruppen-Teilnehmenden über den Messenger-Dienst fördert die Motivation und unterstützt zusätzlich die Gruppenkohäsion. Eine regelmäßige Eins-zu-eins-Kommunikation zwischen den Teilnehmenden und dem Therapeut*innen-Team ist Grundlage einer optimalen therapeutischen Begleitung während der drei Monate dauernden *RV Fit*-Trainingsphase. Gruppentermine im Online-Format unterstützen ebenfalls das Kontakthalten.

Bereits in der Startphase vor Ort werden individuelle Ziele erarbeitet, aus denen dann die inhaltlichen Schwerpunkte für die Trainingsphase resultieren. Bei der Vermittlung von Inhalten, Zielen und Motivation hilft ein Dokumentenspeicher mit unterschiedlichen Informationen (z. B. Videos, Sprachnachrichten, Bilder) zur individuellen Gestaltung des Trainingsplans. Ein digitales Aktivitätentagebuch unterstützt die Teilnehmenden bei der Dokumentation des Übungs- und Trainingsprogramms für Zuhause.

In regelmäßigen Therapeut*innenkontakten werden das Aktivitätentagebuch ausgewertet, Fragen beantwortet sowie der individuelle Trainingsplan der jeweils kommenden Woche besprochen und bewertet. Das therapeutische Team erhält somit jede Woche wichtige Rückmeldungen über den Verlauf der Trainingsphase, das absolvierte Training einschließlich sogenannter Biovitaldaten wie z. B. Körpergewicht, Puls und Schlafzeiten, aber auch über den Motivationszustand der Teilnehmenden. Bei Bedarf werden der Trainingsplan angepasst, neue Dokumente wie beispielsweise unter-

stützende Videos, gesundheitsrelevante Kontakte (Krankenkassenangebote, Angebote der Volkshochschule) oder auch Rezepte seitens der Ernährungsberatung in die Plattform eingestellt, um die Nachhaltigkeit der Präventionsleistung insgesamt zu sichern.

Die digitale Anwendung ist ohne therapeutische Begleitung auch während der Eigenaktivitätsphase nutzbar und dient in dieser Phase als Plattform für allgemeine Informationen zu Trainingsangeboten, Ernährungstipps und für weitergehende Informationen zu einem gesunden Lebensstil. Alle in der Trainingsphase eingestellten Dokumente, Trainingsprogramme, Videos oder Sprachnachrichten bleiben erhalten und können genutzt werden. Auch das Aktivitätentagebuch kann fortgeführt werden, genauso wie die Kommunikation innerhalb der Gruppe. Der Nutzen und die Sinnhaftigkeit der Anwendung von *CeP online* werden gegenwärtig extern wissenschaftlich von der Universität Würzburg evaluiert.

Nach den ersten Evaluationsergebnissen sind nicht nur die Erfahrungen der Teilnehmer*innen positiv, auch die Therapeut*innen können bislang ein durchaus positives Resümee ziehen. Das digitale Tool wird von den Versicherten angenommen und bietet aufgrund des einfachen und klaren Aufbaus keine nennenswerten Barrieren oder Berührungsängste. Eine gute Gruppenkohäsion ist im Rahmen der digitalen Trainingsphase ebenfalls realisierbar. Den Gruppenteilnehmenden wird über das digitale Tool das Kontakthalten sowie das gegenseitige Unterstützen und Motivieren ermöglicht und gefördert. Fortschritte und Verbesserungen in der Auffrischungsphase am Ende des Programms sind, egal ob digitale oder Präsenz-Trainingsphase, gleichermaßen deutlich messbar.

Auch wenn weitere Erkenntnisse aus anderen Digitalisierungsangeboten sowie die Forschungsergebnisse für eine abschließende Bewertung abzuwarten sind, so zeigt sich bereits jetzt, dass digitale Elemente in den Präventionsleistungen eine Chance darstellen, *RV Fit* zielgruppengerecht und flächendeckend anzubieten.

3. Fazit und Ausblick

Nicht alle Präventand*innen sind digitalen Angeboten gegenüber aufgeschlossen. Wichtig ist daher, die individuellen Wünsche und Bedürfnisse jedes Individuums zu beachten. Allerdings bietet die digitale Trainingsphase von *RV Fit* deutlich mehr Flexibilität für die Teilnehmenden und auch die Arbeitgeber profitieren von diesem Angebot. Gerade die herkömmliche

Face-to-Face-Trainingsphase stellt sowohl die Teilnehmenden wie auch ihre Arbeitgebenden oft vor große organisatorische Herausforderungen. Ein- bis zweimal pro Woche zu einer festen Zeit im Trainingszentrum des Präventionsanbieters zu sein, ist oft aufgrund fester Arbeitszeiten, Schichtdienst oder der Arbeitsorganisation nicht oder nur schwer möglich. Das Training mittels digitaler Unterstützung ist nicht zeitgebunden und daher deutlich leichter in den Arbeitsalltag zu integrieren. Arbeitgeber dürften daher den *RV Fit*-Leistungen in dieser Form deutlich aufgeschlossener gegenüberstehen.

Für eine erfolgreiche digitale Trainingsphase ist es allerdings erforderlich, dass auch hier eine individuelle Therapeut*innenbetreuung sichergestellt wird. Digitale Angebote dürfen nicht nur aus standardisierten Übungen und Informationen bestehen, sondern müssen gezielt und persönlich auf die Teilnehmenden eingehen. Motivationskontakte sind ebenso wichtig wie Beantwortung von Fragen und Feedback zum individuellen Trainingsfortgang. Nur so kann das Risiko umgangen werden, die Teilnehmenden im Verlauf der Trainingsphase mangels persönlicher Kontakte zu verlieren, und die Akzeptanz für das digitale Angebot kann gesteigert werden.

Für die Stärkung der Nachhaltigkeit der Leistung kann es von Vorteil sein, dass ein digitales Angebot auch während der Eigenaktivitätsphase zum Einsatz kommt, allerdings ohne therapeutische Begleitung, sondern mit allgemeinen Informationen und der Möglichkeit des Erhalts der Gruppenkontakte, was motivationssteigernd wirken kann.

Die *RV Fit*-Leistungen zeichnen sich auch aufgrund der Multimodalität durch hohe Qualität aus. Diesen Qualitätsanspruch gilt es während der Trainingsphase zu halten. Hier bietet die digitale Trainingsphase eine große Chance, durch die Therapeut*innen der Startphase in allen Modulen auch während der Trainingsphase weiter begleitet zu werden. Diese Multimodalität ist allerdings nicht bei allen Leistungsanbietern der herkömmlichen Trainingsphase realisierbar.

Literatur

DRV – Deutsche Rentenversicherung (2022). *RV Fit*. URL: https://www.rv-fit.de/DE/home/home_node.html; 24.10.2022.

Glossar zur settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in der digitalen Transformation

Block I – Themenfeld Gesundheitsförderung	
Empowerment	Empowerment bezeichnet die Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit. Es ist ein Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle über eigene Entscheidungen und Handlungen gewinnen sollen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Individuen oder Gruppen werden in ihren Fähigkeiten gestärkt, ihr Leben und ihre soziale Umwelt selbst zu gestalten. ¹ Es handelt sich um ein Mehrebenen-Konzept, wobei Empowerment als ein Prozess verstanden wird, durch den nicht nur Individuen, sondern auch Gruppen und Organisationen die Kontrolle über ihre Belange erlangen. ² „Auf der strukturellen Ebene kann Empowerment zu Veränderungen erstarrter Strukturen und Rahmenbedingungen führen und damit Anstöße zur Organisationsentwicklung und für politische Reformen liefern.“ ³
Gesundheitsförderung	Gesundheitsförderung wird in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der World Health Organization (WHO) von 1986 als ein Prozess verstanden, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglicht und sie somit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Im Fokus liegen die Identifikation und Stärkung von Ressourcen und Potenzialen für die Gesundheit und die Frage danach, wie Gesundheit gefördert werden kann (salutogenetische Perspektive). ⁴
Intervention	Der Begriff Intervention stammt aus dem Lateinischen <i>intervenire</i> = <i>dazwischen schreiten, sich einschalten</i> . Umgangssprachlich versteht man darunter einen <i>Eingriff</i> in ein Geschehen. ⁵ In Projekten zur Gesundheitsförderung werden darunter Maßnahmen und Aktivitäten verstanden, die zur Erreichung der gesundheitsbezogenen (Projekt-)Ziele und Veränderungen initiiert werden. ⁶
Lebenswelt	Die Begriffe Lebenswelt und Setting werden häufig synonym verwendet. Im Präventionsgesetz (§ 20a SGB V) werden Lebenswelten definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“. Beide Begriffe sind jedoch unterschiedlichen Disziplinen entsprungen und haben somit verschiedene Bedeutungszuweisungen erfahren. ⁷ Es lassen sich zwei Unterschei-

1 Brandes/Stark 2021.

2 Rappaport 1987.

3 Walk 2011: 66.

4 Kaba-Schönstein 2017.

5 Überall 2015.

6 Gesundheit Österreich o. J.

7 Engelman/Halkow 2008.

Block I – Themenfeld Gesundheitsförderung	
	ungsmerkmale benennen: Die Lebenswelt kann „als eine übergeordnete Einheit verstanden werden. Mögliche Subeinheiten bilden hierbei Settings wie Kitas, Schulen oder Sportvereine, die jeweils einen Ausschnitt darstellen und in ihrer Gesamtheit eine komplexe Lebenswelt bilden.“⁸ Weiter wird die Lebenswelt „als subjektive Repräsentation der für eine Person relevanten Einzelsettings verstanden, d. h. die individuelle Wahrnehmung stellt ein konstituierendes Element von Lebenswelt dar.“⁹
Mehrebenenmodell	Gesundheitsfördernde Interventionen können auf Mikro-, Meso- oder Makroebene erfolgen. Aus den Strategien und Handlungsebenen der Ottawa-Charta der WHO¹⁰ lässt sich ein Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung ableiten. Entsprechend sollen auf der Ebene von Individuen persönliche Kompetenzen entwickelt und auf der Ebene von Gruppen gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützt werden (Mikroebene). Auf der Ebene von Institutionen sollen die Gesundheitsdienste neu orientiert und auf Ebene des Gemeinwesens und von Settings sollen gesundheitsförderliche Lebenswelten geschaffen werden (Mesoebene). Weiterhin soll auf der Ebene der Politik eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik geschaffen werden (Makroebene).¹¹ Im Sinne des Settingansatzes lassen sich verhaltensbezogene Maßnahmen der Mikroebene zuordnen und verhältnisbezogene Maßnahmen in Settings (Entwicklung gesundheitsfördernder Strukturen) finden sich auf der Mesoebene wieder. Insbesondere die Aspekte der settingübergreifenden Vernetzung und Bildung von Partnerschaften sind auf der Makroebene zu betrachten.
Partizipation	„Unter Partizipation (‘aktive Teilhabe’) versteht man einen sozialen Prozess, in dem Individuen oder Gruppen für ihre eigene Gesundheit wie auch für die Wohlfahrt der Gemeinde die Verantwortung übernehmen.“¹² Bei Partizipation in Gesundheitsförderungsprojekten hat die Zielgruppe eine verbindliche Rolle in Prozessen der Entscheidungsfindung. Die Zielgruppe kann mitbestimmen, ihr wird (teilweise) Entscheidungskompetenz übertragen und sie hat Entscheidungsmacht. Die Partizipation von Zielgruppen und Stakeholdern ist ein grundlegendes Qualitätsmerkmal der Gesundheitsförderung.¹³ Partizipation spielt nicht nur auf der Mikroebene, sondern auch auf der Mesoebene (in Organisationen) und gesellschaftlichen Makroebene (bspw. im Rahmen von Bürger*innenentscheiden) eine wichtige Rolle. In Organisationen ist Partizipation „ein wichtiges Strukturprinzip [...], das im Idealfall flache Hierarchien begünstigt und die aktive Teilhabe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an organisationalen Steuerungs- und Entscheidungsprozessen unterstützt.“¹⁴
Prävention	„Krankheitsprävention (oft verkürzt auch nur ‚Prävention‘ genannt) bezeichnet alle Interventionen, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbrei-

8 Ebd. 2019: 410.

9 Ebd.

10 WHO 1986.

11 Universität Bielefeld/Göpel, o. J., zitiert nach Kaba-Schönstein 2017.

12 Loss et al. 2007: 78.

13 Wright 2020.

14 Weber et al. 2013: 9.

Block I – Themenfeld Gesundheitsförderung	
	tens einer Krankheit dienen. Das Eingreifen (Intervenieren) richtet sich auf das Verhindern und Abwenden von Risiken für das Eintreten und die Ausbreitung von Krankheiten. ¹⁵ Präventive Maßnahmen lassen sich nach ihrem Interventionszeitpunkt in primäre, sekundäre oder tertiäre Prävention unterscheiden. Des Weiteren lassen sie sich nach ihrem strategischen Ansatzpunkt als Verhaltensprävention oder Verhältnisprävention klassifizieren. ¹⁶
Setting	Ein Setting ist der WHO zufolge ein Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren täglichen Aktivitäten nachgehen und in welchem die umweltbezogenen, organisationalen und personenbezogenen Faktoren zusammenwirken, um Gesundheit und Wohlbefinden zu beeinflussen. ¹⁷ Es handelt sich um eine enge Begriffsdefinition die Settings als Organisationen mit formalen Strukturen versteht. Der Begriff <i>Setting</i> wird häufig synonym zum Begriff Lebenswelt verwendet, ¹⁸ so auch im Leitfaden Prävention.
Settingansatz	Wie Gesundheitsförderung und Prävention in Settings strategisch umgesetzt werden können, wird im Settingansatz der WHO festgehalten. ¹⁹ Das zugrundeliegende Konzept entstammt der Ottawa-Charta der WHO ²⁰ und den darin benannten Handlungsbereichen: Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen und Entwicklung persönlicher Kompetenzen. ²¹ „Der Settingansatz bezieht sich auf die [...] Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren [...]. Er ist eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungsaktivitäten, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden.“ ²² Er zeichnet sich dadurch aus, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander verbunden werden. ²³ Im Sinne des Settingansatzes sind nicht Individuen, sondern ihre sozialen Systeme Gegenstand gesundheitsfördernder Interventionen. ²⁴ Dabei erfolgt häufig eine Form der Organisationsentwicklung, inklusive der Veränderung der physischen Umgebung, der Organisationsstrukturen, der Verwaltung und des Managements. ²⁵ Interventionen in Settings verfolgen idealerweise einen Mehrebenenansatz und fokussieren somit zugleich die Mikro-, Meso- und Makroebene. ²⁶
Settingprinzipien	Laut der WHO gehören zu den Grundprinzipien des Settingansatzes Partizipation, Partnerschaft, Empowerment und Gerechtigkeit. ²⁷

15 Hurrelmann et al. 2018: 24.

16 Leppin 2018.

17 WHO 1998.

18 Dadaczynski 2019.

19 Ebd.

20 WHO 1986.

21 Engelman/Halkow 2008.

22 Hartung/Rosenbrock 2022.

23 Engelman/Halkow 2008.

24 Ebd.

25 WHO 1998.

26 Engelman/Halkow 2008.

27 WHO 2022.

Block I – Themenfeld Gesundheitsförderung	
Soziales System	Von sozialen Systemen wird gesprochen, „wenn Handlungen mehrerer Personen sinnhaft aufeinander bezogen werden und dadurch in ihrem Zusammenhang abgrenzbar sind von einer nichtdazugehörigen Umwelt.“ ²⁸ Kommunikation kommt dabei eine maßgebliche Rolle zu: „Sobald überhaupt Kommunikation unter Menschen stattfindet, entstehen soziale Systeme.“ ²⁹ Luhmann unterscheidet zwischen verschiedenen Typen von sozialen Systemen: Interaktionen, Organisationen oder Gesellschaften. ³⁰ Aus organisationaler Perspektive ist ein soziales System durch generalisierte Handlungs- sowie Erwartungsstrukturen geprägt. ³¹ Dabei koordinieren Organisationen die Interaktion der Organisationsmitglieder unter den dort geltenden Rahmenbedingungen in der Organisation, wobei das Individuum und die Rolle des Organisationsmitglieds voneinander getrennt betrachtet werden. ³²
Sozialraum	„Ein Sozialraum beschreibt einen sozial konstruierten Raum, der als Lebenswelt bedeutend für ein Individuum oder eine Community ist. Ein Sozialraum wird geprägt durch soziales Handeln in einem spezifischen durch die jeweiligen Elemente charakterisierten Raum [...]. Aus Sicht eines Individuums oder einer Community gibt es verschiedene Sozialräume, die in Verbindung mit dem Wohn-, Arbeits- oder Freizeitort stehen.“ ³³
Sozial-zusammenhang	Ein Sozialzusammenhang liegt vor, wenn Individuen oder Akteur*innen nicht isoliert, sondern in eine Gruppe eingebunden sind, also in einem Interaktionszusammenhang mit anderen stehen. ³⁴ Bei einem Sozialzusammenhang handelt es sich um eine Wertegemeinschaft, deren Mitglieder nicht zwangsläufig in einem abgrenzbaren Sozialraum leben oder daran gebunden sein müssen. ³⁵ Nach dem Settingansatz der WHO handelt es sich ausschließlich bei solchen Sozialzusammenhängen um ein Setting, in denen umweltbezogene, organisationale und personenbezogene Faktoren zusammenwirken und die Gesundheit beeinflussen. ³⁶
Verhaltensprävention	Verhaltensprävention meint die Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten. Sie bezieht sich auf einzelne Personen und deren (Risiko-)Verhalten und versucht dieses zu beeinflussen. ³⁷ Beispiele sind Angebote zur individuellen Stressbewältigung oder zur Förderung individueller Gesundheitskompetenzen.
Verhältnisprävention	Verhältnisprävention meint die Einflussnahme auf Gesundheit und Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen und Umwelten von Personen. Sie bezieht sich auf die für die Gesundheit bedeutsamen ökologischen, sozialen, ökonomischen oder kulturellen Umweltbedingungen und versucht

28 Luhmann 2019: 12.

29 Ebd.

30 Luhmann 1981; Luhmann 1984.

31 Luhmann 1975.

32 Abels 2009: 198.

33 Köckler 2019: 518.

34 Christmann 2016.

35 Engelmann/Halkow 2008.

36 WHO 1998.

37 Leppin 2018.

Block I – Themenfeld Gesundheitsförderung

	diese zu beeinflussen. Hierzu zählen bspw. gesetzliche Verbote gesundheits-schädlicher Stoffe oder die Einführung partizipativer Entscheidungsstrukturen in Betrieben. ³⁸ Verhältnispräventive Maßnahmen im Sinne des Settingansatzes werden als Strukturentwicklung verstanden. In Organisationen mit formalen Strukturen als Settings beruht Strukturentwicklung auf Prinzipien der Organisationsentwicklung. ³⁹ Strukturentwicklung meint auch die Integration von Gesundheit in die Prozesse des Settingalltags sowie die Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen. ⁴⁰

Block II – Themenfeld Organisation

Ablauforganisation	Unter Ablauforganisation versteht man die Abbildung von festgelegten Arbeitsschritten in einer Organisation, die der Steuerung von Abläufen bzw. Prozessen dienen. Die Abläufe regeln bereichsintern und bereichsübergreifend das räumliche und zeitliche Zusammenspiel von Mitarbeitenden und Arbeitsprozessen. ⁴¹
Aufbauorganisation	Die Aufbauorganisation kann durch das Organigramm einer Organisation dargestellt werden. Dort werden die Zuweisungen von Arbeitsaufgaben und Weisungsbefugnisse in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen einer Organisation dargestellt. ⁴²
For-Profit-Organisation	For-Profit-Organisationen zielen im Gegensatz zu Non-Profit-Organisationen im Interesse der Eigentümer der Organisation primär auf einen betriebswirtschaftlichen Gewinn. ⁴³
Formale Organisationsstrukturen	Unter formalen Organisationsstrukturen versteht man ein schriftliches „System von geltenden Regelungen zur Steuerung von Leistung und Verhalten der Organisationsmitglieder“. ⁴⁴ Beispielsweise stellt ein Betrieb mit einer schriftlichen Betriebsverordnung eine Organisation mit formalen Strukturen dar.
Geschäftsmodell	Ein Geschäftsmodell bezeichnet „die Grundlogik eines Unternehmens, die beschreibt, welcher Nutzen auf welche Weise für Kunden und Partner gestiftet wird. Ein Geschäftsmodell beantwortet die Frage, wie der gestiftete Nutzen in Form von Umsätzen an das Unternehmen zurückfließt. Der gestiftete Nutzen ermöglicht eine Differenzierung gegenüber Wettbewerbern, die Festigung von Kundenbeziehungen und die Erzielung eines Wettbewerbsvorteils.“ ⁴⁵
Geschäftsprozess	Als Geschäftsprozess wird eine zeitlich und örtlich bestimmte Abfolge von Arbeitsaktivitäten bezeichnet, die im direkten Sinne zur Umsetzung des Or-

38 Ebd.

39 Engelmann/Halkow 2008; Kilian et al. 2004.

40 Engelmann/Halkow 2008; Barić/Conrad 1999.

41 Schuler/Moser 2019.

42 Ebd.

43 Theuvsen 1999; Meyer 2022.

44 Kieser/Walgenbach 2010: 10.

45 Schallmo 2013: 22f.

Block II – Themenfeld Organisation	
	ganisationsziels stattfinden. Dabei weisen die Prozesse einen klar definierten Input und Output auf. ⁴⁶
Informale Organisationsstrukturen	Informale Organisationsstrukturen basieren, im Gegensatz zu formalen Organisationsstrukturen, nicht auf schriftlich festgelegten Regelungen (z. B. Betriebsverordnung), sondern auf sozialen Strukturen bzw. Verhaltensweisen von Organisationsmitgliedern, die durch persönliche Ziele, Wünsche und Sympathien der Organisationsmitglieder entstehen. ⁴⁷ Informale Organisationsstrukturen basieren eher auf der Ebene der emotionalen Verbundenheit ⁴⁸ und sind dabei auch in Organisationen mit formalen Strukturen zu finden (z. B. nicht schriftlich festgelegter, kollegialer Umgang). ⁴⁹
Managementprozesse	Managementprozesse rahmen die Unterstützungs- und Geschäftsprozesse ein und stellen ihr Gelingen durch klassische Leitungsaufgaben (z. B. Planung, Controlling, Koordination und Qualitätsmanagement) sicher. Entsprechend werden hierunter alle Prozesse einer Organisation gefasst, die mit Gestaltungs-, Lenkungs- und Entwicklungsaufgaben auf Leitungsebene einhergehen. ⁵⁰
Non-Profit-Organisation	Im Unterschied zu profitorientierten bzw. gewinnstrebenden Unternehmen ist bei Non-Profit-Organisationen der Gewinn keine ausschlaggebende Zielgröße. Non-Profit-Organisationen lassen sich in erster Linie von Sachzielen leiten, ⁵¹ anstelle von Formalzielen wie z. B. Gewinn, Rentabilität und Liquidität. ⁵² Sachziele sind Ziele, die der Zweckerfüllung einer Organisation bzw. der Erfüllung der ‚Mission‘ dienen (z. B. staatliche oder private Ziele, die über Verfassungsorgane definiert werden), sowie wirtschaftliche Sachziele, die zur Erfüllung der Kund*innenbindung, Marketingmaßnahmen, Qualifikation von Mitarbeitenden und Leistungserstellung formuliert werden. ⁵³
Organisation	Eine Organisation ist ein Zusammenschluss von Individuen und Gruppen, die ein Ziel verfolgen, wozu das Individuum allein nicht in der Lage ist. ⁵⁴ Organisationen sind demnach als ein soziales System zu verstehen, welches in Wechselwirkung zu seiner Umwelt steht und somit als offenes System zu charakterisieren ist. Die Grenzen zwischen Organisation und Umwelt sind jedoch bewusst festgelegt. Die Ziel- und Zweckorientierung der Organisation ist prinzipiell auf Dauer angelegt und verfolgt die Verwirklichung des Organisationsziels. Die Verwirklichung überschreitet jedoch die Leistungsfähigkeit des Einzelnen und benötigt eine koordinierte Arbeitsverteilung auf mehrere Personen, die Organisationsmitglieder. ⁵⁵

46 Davenport 1993.

47 Schulte-Zurhausen 2014.

48 Güttler 2009.

49 Schulte-Zurhausen 2014.

50 Rüegg-Stürm 2004.

51 Eichhorn 2001.

52 Schauer 2001.

53 Ebd.; Gahrman 2016.

54 Bergmann/Garrecht 2016.

55 Schulte-Zurhausen 2014.

Block II – Themenfeld Organisation	
Organisationsbereiche	Als Organisationsbereiche werden Funktionsbereiche bzw. Abteilungen einer Organisation bezeichnet, die spezifische Aufgaben in einer Organisation übernehmen, wie z. B. Marketing, Produktion, Buchhaltung. ⁵⁶ Die Funktionsbereiche werden im Rahmen des Organigramms zueinander in Beziehung gesetzt.
Organisationskultur	Die Organisationskultur bildet die „zentralen Spiel- und Kommunikationsregeln [ab], die das faktische Leben innerhalb der Organisation entscheidend prägen. Diese legt auf eine informelle Art und Weise fest ‚was man hier macht und was nicht‘, was als ‚gut‘ belohnt wird und was als ‚schlecht‘ sanktioniert wird.“ ⁵⁷ Die Organisationskultur umfasst somit das geteilte Werte- und Normensystem von Mitgliedern einer Organisation. ⁵⁸
Organisationsmitglieder	Organisationsmitglieder sind einer Organisation zugehörige Personen, die unterschiedliche Rollen in der Organisation einnehmen können (z. B. Mitarbeitende oder Führungskräfte). Die Entscheidung über eine Mitgliedschaft und somit Abgrenzung von Nichtmitgliedern obliegt der Organisation. Die Form einer Mitgliedschaft kann eine von zwei Ausprägungen haben: 1) Mitgliedschaft mit Mitwirkungsrecht (z. B. Manager*innen einer Organisation) sowie 2) Mitgliedschaft ohne Mitwirkungsrecht (z. B. Leiharbeitende oder beauftragte Selbstständige). Von der Mitgliedschaft abzugrenzen ist die Form von Mitwirkungsrecht ohne Mitgliedschaft (z. B. Organisationsberatende). ⁵⁹
Organisationsprozesse	Die Organisationsprozesse (auch -abläufe) werden unter dem Begriff der Ablauforganisation gefasst. ⁶⁰ Zu den Arbeitsprozessen gehören alle Aktivitäten, die zur Erfüllung der Zweck- und Zielorientierung der Organisation dienen. Dies sind vor allem die Unterstützungs-, Management- und Geschäftsprozesse, die innerhalb der Organisationsbereiche ablaufen. ⁶¹
Organisationsstrategie	Im Organisationskontext werden Strategien als die auf Langfristigkeit ausgelegten Handlungspläne einer Organisation im Wettbewerb um knappe Ressourcen verstanden. Sie dienen dazu, „den langfristigen Bestand und die fortlaufende Entwicklungsfähigkeit einer Organisation zu gewährleisten, damit sie ihre Ziele auch unter wechselnden Bedingungen erreichen kann.“ ⁶² Eine Organisationsstrategie berücksichtigt u. a. das Leitbild, die Vision und die Ziele einer Organisation. ⁶³
Organisationsstruktur	Die Organisationsstruktur fasst die Gesamtheit der dauerhaften und generellen Regelungen in einer Organisation zusammen. ⁶⁴ Diese Regelungen dienen der „Steuerung von Leistung und Verhalten der Organisationsmitglieder.“ ⁶⁵ Als Strukturdimensionen gelten die Spezialisierung (Arbeitsteilung), Koordi-

56 Bergmann/Garreht 2016.

57 Herget/Strobl 2018: 7.

58 Schuler/Moser 2019.

59 Struck 2020.

60 Bergmann/Garreht 2016.

61 Schulte-Zurhausen 2014.

62 Gmür 2000: 177.

63 Meisel/Feld 2009.

64 Kauffeld et al. 2014.

65 Kieser/Walgenbach 2010: 21.

Block II – Themenfeld Organisation

	nation, Konfiguration (Aufbauorganisation), Entscheidungsdelegation (Kompetenzverteilung) sowie die Formalisierung. ⁶⁶

Block III – Themenfeld Digitalisierung

Big Data	Big Data „meint die gezielte statistische Nutzung großer Datenmengen.“ ⁶⁷ Neben der puren Menge an Information meint Big Data darüber hinaus die hohe Geschwindigkeit, in der Daten erzeugt und gesammelt werden, sowie die Vielfältigkeit und Verschiedenartigkeit dieser Daten. ⁶⁸
Cyberspaces	Cyberspace wird als ein konzeptioneller, digitaler Raum innerhalb von Informations- und Kommunikationstechnologien verstanden. Dieser besteht nicht aus einem einzelnen, homogenen Raum, sondern aus einer Vielzahl von Cyberspaces, von denen jeder eine andere Form der digitalen Interaktion und Kommunikation bietet. Generell lassen sich diese Räume in die Bereiche der Internet-Technologien, der virtuellen Realität und der konventionellen Telekommunikation (wie Telefon) einteilen, wobei aufgrund der raschen Konvergenz der Technologien immer wieder neue hybride Räume entstehen. ⁶⁹
Digitale Infrastruktur	Die digitale Infrastruktur umfasst alle technischen (z. B. Internetzugang, Hard- und Software), menschlichen (z. B. Supportmöglichkeiten) und prozessualen Komponenten (z. B. Vernetzung von IT-Systemen innerhalb und außerhalb des Betriebs), die in einer Organisation eingesetzt werden, um den Organisationsmitgliedern wie bspw. Mitarbeitenden die Nutzung von Software im Arbeitskontext zu gewährleisten. ⁷⁰
Digitale Organisation	Der Begriff digitale Organisation meint im Allgemeinen die Nutzung von technologischer Vernetzung innerhalb einer Organisation. ⁷¹ Als „rein digital“ werden häufig Organisationen mit digitalem Geschäftsmodell und ausschließlich elektronischen Wertschöpfungsprozessen verstanden, wie z. B. Google, eBay oder Facebook. ⁷²
Digitale Transformation	Der Begriff der digitalen Transformation verdeutlicht die Veränderungsprozesse im Alltagsleben, der Wirtschaft und der Gesellschaft durch die Verwendung digitaler Technologien und Techniken sowie deren Auswirkungen. Die digitale Transformation ist typischerweise die Reaktion auf veränderte Rahmenbedingungen (wie z. B. ein sich wandelnder Arbeitsmarkt und Wettbewerb, neue Möglichkeiten der Arbeitsgestaltung) durch Digitalisierung. ⁷³
E-Commerce	E-Commerce meint im weiten Sinne den Handel von Waren und Dienstleistungen über eine elektronische Plattform. ⁷⁴ Ein Beispiel für ein E-Commerce-Unternehmen ist Zalando.

66 Picot/Neuburger 2008.

67 Kuhn 2021: 364.

68 Sendler 2016.

69 Dodge/Kitchin 2001.

70 Rauch et al. 2021.

71 Ebd.; Wirtz 2022.

72 Kollmann/Hensellek 2017.

73 Reinhardt 2020.

74 Schneider/Ermes 2013.

Block III – Themenfeld Digitalisierung	
E-Health	E-Health meint den „Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) im Rahmen gesundheitsbezogener Aktivitäten.“ ⁷⁵
Erweiterte Realität bzw. Augmented Reality (AR)	Augmented Reality (AR), auch als erweiterte Realität bezeichnet, meint technische Systeme, die virtuelle und physische Realität vermischen. ⁷⁶ Solche Systeme müssen folgende Eigenschaften aufweisen: 1) Kombination von Handlungen in der realen Welt und Wahrnehmungen in der virtuellen Welt; 2) Interaktion in Echtzeit und 3) Realisierung mit einem dreidimensionalen Bild (3D). ⁷⁷ Ein Beispiel ist der Aufbau eines Vogelhäuschens in der Realität und die Wahrnehmung von Handlungsanweisungen durch die Projektion einer digitalen 3D-Brille.
Hybrid	Der Begriff hybrid bedeutet aus Verschiedenartigem zusammengesetzt, von zweierlei Herkunft, gemischt, zwittherhaft, ⁷⁸ und ist im Kontext von Digitalisierung als eine Kombination aus digital und analog zu verstehen.
Künstliche Intelligenz	Unter künstlicher Intelligenz (KI) wird ein informationstechnisches System verstanden, welches ein eigenständiges Problemlösungsverhalten zeigt. Die Problemlösung geschieht auf der Grundlage einer konkreten Aufgabenstellung durch Auswertung (großer) Datenmengen mittels geeigneter Tools, wobei die KI selbstständig Algorithmen entwickelt und aufgrund von Rückmeldungen (Feedback) die eigenen Lern-Algorithmen mit dem Ziel der Verbesserung der Ergebnisqualität laufend weiterentwickelt. ⁷⁹
M-Health	M-Health meint den Einsatz mobiler Anwendungen und Applikationen (Apps) mit Gesundheitsbezug. ⁸⁰
Plattform	Eine Plattform ist eine offene technische Infrastruktur, über die verschiedene Nutzer*innengruppen zusammengebracht werden, die sozial oder wirtschaftlich miteinander interagieren. Häufig werden Waren und Dienstleistungen über eine Plattform ausgetauscht. Zu Plattformen gehören soziale Netzwerke, Online-Marktplätze oder Internet-Suchmaschinen. ⁸¹
Social Networking	Zum Social Networking werden „internetbasierte Netzwerke, sogenannte Social-Media-Sites genutzt, um mit Freunden, Familie, Kollegen, Kunden, Geschäftspartnern und Gleichgesinnten in Verbindung zu bleiben und sich auszutauschen. Diese Interaktionen werden als Social Networking bezeichnet und können einen sozialen oder geschäftlichen Zweck oder beides haben.“ ⁸²
Virtuelle Realität bzw. Virtual Reality (VR)	Unter Virtual Reality (VR) versteht man die Darstellung und Wahrnehmung der Wirklichkeit und ihrer physikalischen Eigenschaften in einer in Echtzeit computergenerierten interaktiven virtuellen Umgebung. ⁸³

75 Fischer/Krämer 2016: 4.

76 Dörner et al. 2013.

77 Mekni/Lemieux 2014.

78 Duden 2022.

79 Hagmann 2021; zitiert nach Lenz 2021.

80 Peters/Klenke 2016.

81 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie 2016; Wieg 2020; Monopolkommission 2015.

82 Rainsberger 2021: 251.

83 Urbach 2020.

Block III – Themenfeld Digitalisierung	
Wearables	„Unter Wearables versteht man direkt am Körper oder an der Kleidung getragene elektronische Geräte, die in der Lage sind, biophysikalische Daten zu erheben. Zu den bekanntesten Wearables zählen Smartwatches, Armbänder und Brustgurte.“ ⁸⁴
Block IV – Schnittmenge Digitalisierung und Settings	
Digitale Grenzen von Settings	Unter digitalen Grenzen verstehen die Autor*innen die (technischen) Merkmale einer Technologie, die den Handlungsspielraum und die Interaktionsmöglichkeiten der Nutzer*innen bestimmen und ggf. einschränken. Bspw. sind bei der Nutzung einer E-Learning-Plattform in einer Schule nur bestimmte Handlungen und Interaktionsformen möglich. So ist eine Interaktion mit anderen Schüler*innen per Videokonferenz (Bild und Ton) möglich. Das aus dem Analogen bekannte informelle Gespräch mit den Sitznachbar*innen in der Schulpause ist über die Plattform hingegen nicht bzw. nur eingeschränkt möglich.
Digitalisiertes Setting	Unter digitalisierten Settings verstehen die Herausgeber*innen Organisationen mit formalen Strukturen, deren Strukturen (geltende Regelungen), Kultur (Gesamtheit der Normen, Werte und Denkhaltungen), Strategie (langfristige Handlungspläne), Bereiche (auf eine Aufgabe spezialisierte Abteilungen) und Prozesse (Abläufe) unterschiedlich stark digital ausgeprägt sind und die entsprechend auf dem Kontinuum der digitalen Transformation verortet werden. Die einzelnen Elemente der Organisation und deren analoge oder digitale Ausprägungen stehen in Wechselwirkung mit dem Verhalten der Organisationsmitglieder und ihrer Umwelt. Dabei können bestehende analoge Elemente einer Organisation digitalisiert, neue rein digitale Elemente eingeführt oder digitalisierte Elemente in analoge Elemente rückversetzt werden. Innerhalb dieses Kontinuums können Settings als stärker digitalisiert bezeichnet werden, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der Organisation stark ausgeprägt ist. Settings sind weniger digitalisiert, wenn die Digitalisierung in allen Teilbereichen der Organisation gering ausgeprägt ist.
Interventionslogiken im Rahmen von Settings, die sich in der digitalen Transformation befinden	Im Rahmen des Forschungsprojektes der Herausgeber*innen haben sich zwei Interventionslogiken herauskristallisiert, die die settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der zunehmenden digitalen Transformation von Settings prägen. Eine Interventionslogik betrifft Maßnahmen, die im Setting auf die <i>gesundheitsförderliche Gestaltung der digitalen Transformation</i> abzielen. Dies liegt zum einen darin begründet, dass die Digitalisierung an sich (bzw. die Nutzung von Technologien im Settingalltag) gesundheitsbezogene Auswirkungen auf die Settingmitglieder hat, und zum anderen, dass die Digitalisierung Prozesse und Strukturen in Settings verändert, was sich wiederum auf die Settingmitglieder auswirken kann. Die andere Interventionslogik betrifft Maßnahmen, die der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting durch den Einsatz von digitalen Technologien dienen (<i>digitale Gesundheitsförderung und Prävention in Settings</i>). Diese digitalen Interventionen können verhaltens- oder verhältnisbezogen sein und so Einfluss auf die Gesundheit der Settingmitglieder nehmen.

84 Veltmann et al. 2021: 341.

Block IV – Schnittmenge Digitalisierung und Settings

Technische Faktoren bzw. Rahmenbedingungen im Setting	Unter technischen Rahmenbedingungen verstehen die Herausgeber*innen u. a. die in Settings vorliegende digitale Infrastruktur, darunter die technische Ausstattung (Endgeräte) und die Softwaresysteme, sowie deren Datenschutz- und Datensicherheitsbedingungen und Integration in das Setting. ⁸⁵ Diese technischen Faktoren können einen Einfluss auf die Gesundheit der Settingmitglieder haben.

Literatur

- Abels, H (2009): Organisation. In: Abels, H (Hg.): Einführung in die Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 173–201.
- Barić, L/Conrad, G (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingsansatzes in der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bergmann, R/Garrecht, M (2016): Organisation und Projektmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Brandes, S/Stark, W (2021): Empowerment/Befähigung. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/empowermentbefaehigung/>; 1.11.2022.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016): GRÜNBUCH – Digitale Plattformen. URL: https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Digitale-Welt/gruebuch-digitale-plattformen.pdf?__blob=publicationFile&v=20; 21.10.2022.
- Christmann, GB (2016): Das theoretische Konzept der kommunikativen Raum(re)konstruktion. In: Christmann, GB (Hg.): Zur kommunikativen Konstruktion von Räumen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 89–117.
- Dadaczynski, K (2019): Prävention und Gesundheitsförderung in Settings und Lebenswelten. In: Haring, R (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, 403–412.
- Davenport, TH (1993): Process Innovation: Reengineering Work through Information Technology. Watertown: Harvard Business Press.
- Dodge, M/Kitchin, R (2001): Mapping Cyberspace. London, New York, Florence: Routledge; Taylor and Francis.
- Dörner, R/Broll, W/Grimm, P/Jung, B (2013): Virtual und Augmented Reality (VR/AR). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Duden (2022): Begriff hybrid. URL: https://www.duden.de/rechtschreibung/hybrid_ge_mischt; 21.10.2022.
- Eichhorn, P (2001): Konstitutive Merkmale von Non-Profit-Organisationen. In: Witt, D/Eckstaller, C/Faller, P (Hg.): Non-Profit-Management im Aufwind. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag, 45–52.

85 Rauch et al. 2021.

- Engelmann, F/Halkow, A (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-294064>; 15.10.2021.
- Fischer, F/Krämer, A (Hg.) (2016): eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer Vieweg.
- Gahrman, C (2016): Strategisches Fundraising. In: Urselmann, M (Hg.): Handbuch Fundraising. Wiesbaden: Springer Gabler, 237–268.
- Gesundheit Österreich (o. J.): Intervention – Interventionen. URL: <https://fgoe.org/glossar/interventionen>; 21.10.2022.
- Gmür, M (2000): Strategisches Management für Nonprofit-Organisationen. In: Nährlich, S/ Zimmer, A (Hg.): Management in Nonprofit-Organisationen. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 177–200.
- Güttler, K (2009): Formale Organisationsstrukturen in wachstumsorientierten kleinen und mittleren Unternehmen. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler.
- Hagmann, J (2021): Die Bedeutung der Künstlichen Intelligenz. In: Wildhaber, B (Hg.): Leitfaden Information Governance. Wangen: Kompetenzzentrum Records Management.
- Hartung, S/Rosenbrock, R (2022): Settingansatz – Lebensweltansatz.
- Herget, J/Strobl, H (Hg.) (2018): Unternehmenskultur in der Praxis. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hurrelmann, K/Richter, M/Klotz, T/Stock, S (2018): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K/Richter, M/Klotz, T/Stock, S (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe, 23–33.
- Kaba-Schönstein, L (2017): Gesundheitsförderung I: Grundlagen. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-1-grundlagen/>; 1.11.2022.
- Kauffeld, S./Wesemann, S/ Lehmann-Willenbrock, N (2014): Organisation. In: Kauffeld, S (Hg.): Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor. Berlin, Heidelberg: Springer, 31–52.
- Kieser, A/Walgenbach, P (2010): Organisation. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Kilian, H/Geene, R/Philippi, T (2004): Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock, R/Bellwinkel, M/Schröer, A (Hg.): Präventionsförderung im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle". Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss, 151–230.
- Köckler, H (2019): Sozialraum und Gesundheit. In: Haring, R (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer, 517–525.
- Kollmann, T/Hensellek, S (2017): Die Basisarchitektur digitaler Geschäftsmodelle. In: Gläß, R/Leukert, B (Hg.): Handel 4.0. Berlin, Heidelberg: Springer, 59–73.
- Kuhn, M (2021): Big Data, AI und die Freude am Ingenieurwesen. Chemie Ingenieur Technik, 93: 3, 364–372.

- Leppin, A (2018): Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, K/Richter, M/Klotz, T/Stock, S (Hg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe, 47–55.
- Lenz, U (2021): Verlässliche Kooperation mit künstlicher Intelligenz als neuem Akteur in Organisationen? Ein kritischer Blick auf Chancen, Risiken, Gestaltungsmöglichkeiten. In: Geramanis, O/Hutmacher, S/Walser, L (Hg.): Kooperation in der digitalen Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer Gabler, 55–75.
- Loss, J/Eichhorn, C/Gehlert, J/Donhauser, J/Wise, M/Nagel, E (2007): Gemeindenahe Gesundheitsförderung – Herausforderung an die Evaluation. Das Gesundheitswesen, 69: 2, 77–87.
- Luhmann, N (1975): Interaktion, Organisation, Gesellschaft. In: Luhmann, N (Hg.): Soziologische Aufklärung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9–20.
- Luhmann, N (1981): Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat. München: Olzog.
- Luhmann, N (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N (2019): Interaktion, Organisation, Gesellschaft. In: Luhmann, N/Lukas, E/Tacke, V (Hg.): Schriften zur Organisation 2. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 11–27.
- Meisel, K/Feld, TC (2009): Veränderungen gestalten – Organisationsentwicklung und Beratung in Weiterbineidungseinrichtungen. Münster: Waxmann Verlag.
- Mekni, M/Lemieux, A (2014): Augmented Reality: Applications, Challenges and Future Trends. Applied Computational Science, 20, 205–214.
- Meyer, M (2022): Digitale Transformation in Nonprofit Organisationen. [Projektinter- nes Dokument].
- Monopolkommission (2015): Wettbewerbspolitik: Herausforderung digitale Märkte. URL: http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG68/SG68_volltext.pdf; 21.10.2022.
- Peters, T/Klenke, B (2016): eHealth und mHealth in der Gesundheitsförderung. In: Ghadiri, A/Ternès, A/Peters, T (Hg.): Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanage- ment. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 107–121.
- Picot, A/Neuburger, R (2008): Arbeitsstrukturen in virtuellen Organisationen. In: Fun- ken, C/Schulz-Schaeffer, I (Hg.): Digitalisierung der Arbeitswelt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 221–238.
- Rainsberger, L (2021): Vertriebstechnologie: Ein Ozean an Möglichkeiten. In: Rainsber- ger, L (Hg.): Digitale Transformation im Vertrieb. Wiesbaden: Springer Gabler, 207–300.
- Rappaport, J (1987): Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology. American journal of community psychology, 15: 2, 121–148.
- Rauch, R/Thiemann, D/Kaiser, S/Kozica, A (2021): Die digitale Arbeitswelt in ihrer Mehrdimensionalität verstehen: Digitalisierungsatlas und -index. In: Kaiser, S/Kozi- ca, A/Böhringer, F/Wissinger, J (Hg.): Digitale Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer Gabler, 19–39.

- Reinhardt, K (2020): Digitale Transformation der Organisation. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rüegg-Stürm, J (2004): Das neue St. Galler Management-Modell. In: Dubs, R/Euler, D/ Rüegg-Stürm, J/Wyss, CE (Hg.): Einführung in die Managementlehre. Band 1. Teile A-E. Wien: Hauptverlag, 65–141.
- Schallmo, D (2013): Geschäftsmodell-Innovation. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schauer, R (2001): 25 Jahre VMI – der Erfolg einer zündenden Idee. *Verbands-Management VM*, 3, 6–19.
- Schneider, M/Ermes, C (2013): Einleitung: Management von Medienunternehmen zwischen Konvergenz und Crossmedia. In: Schneider, M (Hg.): *Management von Medienunternehmen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 9–27.
- Schuler, H/Moser, K (2019): *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern: Hogrefe.
- Schulte-Zurhausen, M (2014): *Organisation*. München: Vahlen.
- Sendler, U (Hg.) (2016): *Industrie 4.0 grenzenlos*. Berlin, Heidelberg: Springer Vieweg.
- Struck, O (2020): *Individuenzentrierte Personalentwicklung – Konzepte und empirische Befunde*. Frankfurt a. M.: Campus Verlag.
- Theuvsen, L (1999): Transaktionskostentheorie: Anwendungen auf Non-Profit-Organisationen. In: Edeling, T/Jann, W/Wagner, D (Hg.): *Institutionenökonomie und Neuer Institutionalismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 221–245.
- Überall, MA (2015): Definieren Sie ... Intervention. *Schmerzmedizin*, 31: 6, 38–40.
- Urbach, N (2020): *Marketing im Zeitalter der Digitalisierung: Chancen und Herausforderungen durch digitale Innovationen*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Veltmann, C/Ehrlich, JR/Gassner, UM/Meder, B/Möckel, M/Radke, P/Scholz, E/Schneider, H/Stellbrink, C/Duncker, D (2021): Wearable-basierte Detektion von Arrhythmien. *Der Kardiologe*, 15: 4, 341–353.
- Walk, H (2011): Partizipationsformen und neue Beteiligungsprojekte im Rahmen des Governancebegriffs. In: Beck, K/Ziekow, J (Hg.): *Mehr Bürgerbeteiligung wagen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 63–71.
- Weber, SM/Göhlich, M/Schröer, A/Macha, H/Fahrenwald, C (2013): Organisation und Partizipation – interdisziplinäre Verhältnisbestimmungen und organisationspädagogische Perspektiven. In: Weber, SM/Göhlich, M/Schröer, A Fahrenwald, C/Macha, H (Hg.): *Organisation und Partizipation*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 9–28.
- WHO – World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1; 27.5.2020.
- WHO – World Health Organization (1998): *Health Promotion Glossary*. Genf: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2022): *Healthy Settings*. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/healthy-settings>; 1.12.2021.
- Wieg, A (2020): Plattformgenossenschaften: Eine Antwort auf die Herausforderungen der Plattformökonomie? *Zeitschrift für das gesamte Genossenschaftswesen*, 70: 3, 211–229.

Wirtz, BW (2022): Digital Transformation and Digital Organization. In: Wirtz, BW (Hg.): Digital Government. Cham: Springer International Publishing, 99–129.

Wright, MT (2020): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/>; 1.11.2022.

Autor*innenverzeichnis

ALBRECHT, Joanna; B.Sc. Health Communication, M.Sc. Public Health; Doktorandin an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld im Bereich digitale Teilhabe; Forschungsreferentin an der Professur für Digital Public Health am Department für Digitale Gesundheitswissenschaften und Biomedizin an der Lebenswissenschaftlichen Fakultät der Universität Siegen; *Arbeitsschwerpunkte*: Forschung und Lehre im Bereich Digital Public Health, digitale Teilhabe, digitale Gesundheitsförderung und Prävention; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Albrecht, J/Stark, AL/Dongas, E/Wrona, KJ/Dockweiler, C* (2022): Hosting an Online World Café to Develop an Understanding of Digital Health Promoting Settings from a Citizen's Perspective – Methodological Potentials and Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19: 9969. DOI: 10.3390/ijerph19169969; *Hüning, N/Albrecht, J/Tokgöz, P/Stampa, S/Hafner, J/Dockweiler, D* (2023): Nachhaltigkeit und Digitalisierung im Kontext von Gesundheit. In: Hartung, S/Wihofszky, P (Hg.): Springer Reference Gesundheit und Nachhaltigkeit. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-64954-1_13-1; *Stark, AL/Albrecht, J/Dongas, E/Choroschun, K/Dockweiler, C* (2023): Zukunftstrends und Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien in der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung – eine Delphi-Befragung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, eFirst. DOI: 10.1007/s00103-023-03669-5. *Korrespondenzadresse*: joanna.albrecht@uni-siegen.de.

APOLINÁRIO-HAGEN, Jennifer; Dr. rer. medic.; Dipl.-Psych.; Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Centre for Health and Society (CHS); *Arbeitsschwerpunkte*: Determinanten der Akzeptanz von E-Mental-Health, psychosozialer Stress und Stressbewältigung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Apolinário-Hagen, J/Fritsche, L/Wopperer, J/Wals, F/Harrer, M/Lehr, D/Ebert, DD/Salewski, C* (2021): Investigating the Persuasive Effects of Testimonials on the Acceptance of Digital Stress Management Trainings among University Students and Underlying Mechanisms: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 12:

738950. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.738950; Braun, P/Drüge, M/Hennemann, S/Nitsch, FJ/Staack, R/Apolinário-Hagen, J (2022): Acceptance of E-Mental Health Services for Different Application Purposes among Psychotherapists in Clinical Training in Germany and Switzerland: Secondary Analysis of a Cross-Sectional Survey. *Frontiers in Digital Health*, 4: 840869. DOI: 10.3389/fdgth.2022.840869; Philippi, P/Baumeister, H/Apolinário-Hagen, J/Ebert, DE/Hennemann, S/Kott, L/Lin, J/Messner, E-M/Terhorst, Y (2021): Acceptance towards Digital Health Interventions – Model Validation and Further Development of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *Internet Interventions*, 26: 100459. DOI: 10.1016/j.invent.2021.100459. *Korrespondenzadresse*: jennifer.apolinario.hagen@uni-duesseldorf.de.

BESTMANN, Anja; Dr. PH; Dezernentin in der Deutschen Rentenversicherung Bund, Abteilung GQ 0400 Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin, im Dezernat 0440 Sozialmedizin und Prävention, Berlin; *Arbeitsschwerpunkte*: Prävention, Abhängigkeitserkrankungen, statistische Datenanalysen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Bestmann, A/Grell, R/Kirst-Budzak, U (2021): Forschungsdaten zur Rehabilitation der Rentenversicherung – ein Scientific Use File im Längsschnittformat des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV). *Soziale Welt, Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung*, 72, 2: 238-252; Bestmann, A/Flach, L/Büschges, J/Köhler, J (2019): Was begünstigt oder behindert die Rückkehr in Erwerbstätigkeit nach einer Entwöhnungsbehandlung durch die Deutsche Rentenversicherung? *SuchtAktuell*, 26, 0319: 54-62; Bestmann, A/Büschges, J/Köhler, J (2017): „Return to Work“ bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen nach medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. *SuchtAktuell*, 24, 2: 26-33. *Korrespondenzadresse*: dr.anja.bestmann@drv-bund.de.

BRANDES, Berit; Dr. rer. nat.; Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Bremen; *Arbeitsschwerpunkte*: settingbasierte Prävention und Gesundheitsförderung, Bewegungsförderung im Kindesalter, Akzelerometrie; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Brandes, B/Busse, H/Sell, L/Christianson, L/Brandes, M (2022): A scoping review on characteristics of school-based interventions to promote physical activity and cardiorespiratory fitness among 6- to 10-year-old children. *Preventive Medicine*, 155: 106920; Brandes, B/Buck, C/Wright, MN/Pischke, CR/Brandes M (2020): Impact of "JolinchenKids

– fit and healthy in daycare" on children's objectively measured physical activity: A cluster-controlled study. *Journal of Physical Activity & Health*, 1: 10, 1025-1033; *Kebede, M/Steenbock, B/Helmer, S/Sill, J/Möllers, T/Pischke CR* (2018): Identifying evidence-informed physical activity apps: Content analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 6: 12, e10314. *Korrespondenzadresse*: bbrandes@leibniz-bips.de.

BRULAND, Dirk; Dr. phil.; Projektleitung, Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, Bielefeld; *Arbeitsschwerpunkte*: Förderung der Gesundheit und des Selbstmanagements bei Menschen mit geistiger Behinderung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Latteck, Ä-D/Bruland, D* (2020): Inclusion of people with intellectual disabilities in health literacy: lessons learned from three participative projects for future initiatives. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 17: 7, 2455. DOI: 10.3390/ijerph17072455; *Bruland, D/Mauro, A/Vetter, NS/Latteck, Ä-D* (2022): Stärkung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung. Implikationen für die Gesundheitskompetenz aus einem Forschungsprojekt zur Förderung körperlicher Aktivität. In: Rathmann, K/Dadaczynski, K/Okan, O/Messer, M (Hg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-62800-3_74-1; *Vetter, NS/Voß, M/Bruland, D/Seidl, N/Latteck, Ä-D* (2021): Promoting health literacy in people with intellectual disabilities via explanatory videos: scoping reviews. *Health Promotion International*. DOI: 10.1093/heapro/daab193. *Korrespondenzadresse*: dirk.bruland@fh-bielefeld.de.

BUSSE, Heide; Dr. phil.; Leiterin der Fachgruppe Angewandte Interventionsforschung am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Bremen; *Arbeitsschwerpunkte*: settingbasierte Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Entwicklung und Evaluation von komplexen Public Health-Interventionen, Digital Public Health; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Brandes, B/Busse, H/Sell, L/Christianson, L/Brandes, M* (2022): A scoping review on characteristics of school-based interventions to promote physical activity and cardiorespiratory fitness among 6- to 10-year-old children. *Preventive Medicine*, 155: 106920; *Busse, H/Campbell, R/Kipping, R* (2017): Examining the wider context of formal youth mentoring programme development, delivery and maintenance: A qualitative study with mentoring managers and experts in the

United Kingdom. Children and Youth Services Review, 95, 95-108; *Denford, S/Abraham, C/Campbell, R/Busse, H* (2017): A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychology Review*, 11: 1, 33-52. *Korrespondenzadresse*: busse@leibniz-bips.de.

DEIPENBROCK, Julia Anna; B.A., M.Sc.; Leiterin des Referats Prävention des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V.; *Arbeitsschwerpunkte*: Strategie-, Kooperations- und Innovationsmanagement; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Deipenbrock, JA/Volkert, J/Härter, M* (2015): The Importance of Agricultural Mental Health-Promoting Partnerships and Innovations. *Social security in agriculture*, 45. URL: https://cdn.svlfg.de/fiona8-blobs/public/svlfgonpremiseproduction/baacec17afdd707a/b6e86739c245/sdl-sonderedition_2015.pdf. *Korrespondenzadresse*: julia.deipenbrock@pkv.de.

DOCKWEILER, Christoph; Prof. Dr. PH, M.Sc. Public Health; Inhaber der Professur für Digital Public Health am Department für Digitale Gesundheitswissenschaften und Biomedizin an der Lebenswissenschaftlichen Fakultät der Universität Siegen; *Arbeitsschwerpunkte*: Analyse der Wirkung, Implementierung und Nutzung von Interventionen im Bereich von Digital Public Health mit besonderem Fokus auf Fragen der Nutzer*innenorientierung und der Anwendung von Methoden der partizipativen Versorgungsforschung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Dockweiler, C* (2020): Electronic Public Health. In: Razum, O/Kolip, P (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 7. Auflage. Weinheim: Beltz. 493-512; *Hochmuth, A/Exner, AK/Dockweiler, C* (2020): Implementierung und partizipative Gestaltung digitaler Gesundheitsinterventionen. *Bundesgesundheitsblatt*, 63: 2, 145-152; *Dockweiler, C/Fischer, F* (Hg.) (2019): *ePublic Health - Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld*. Bern: Hogrefe. *Korrespondenzadresse*: christoph.dockweiler@uni-siegen.de.

FALLER, Gudrun; Prof. Dr. PH; Professorin für Kommunikation und Intervention im Kontext von Gesundheit und Arbeit, Hochschule für Gesundheit Bochum, stellvertretendes Mitglied des Ausschusses für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Redaktionsmitglied für die Zeitschrift *Public Health Forum*; *Arbeitsschwerpunkte*: gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung, Betriebliches Gesundheits- und Diversitymanagement, Gesundheit und Arbeit; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Faller, G* (2021): Future Challenges for Work-Related Health Promotion in Europe: A Data-Based Theoretical Reflection. *International Journal of Environmen-*

tal Research and Public Health, 18: 20, 10996-11008. DOI: 10.3390/ijerph182010996; *Faller, G* (2022): Arbeit aus der Sicht von Community Health. In: Department of Community Health (Hg.): Community Health. Weinheim: Beltz-Juventa, 249-263; *Faller, G* (2022): Organisationsentwicklung als methodischer Ansatz in Community Health. In: Department of Community Health (Hg.): Community Health. Weinheim: Beltz-Juventa, 134-143. *Korrespondenzadresse*: gudrun.faller@hs-gesundheit.de.

GIEL, Susanne; Dr. phil., Dipl.-Soziologin; Freiberuflich wissenschaftliche Mitarbeiterin und Gesellschafterin, Univation – Institut für Evaluation GmbH; *Arbeitsschwerpunkte*: Evaluation, Wirkungsorientierung, Programmtheorie, partizipative Forschung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Giel, S/Mäder, S/Pütz, H* (2021): Partizipative Erstellung von Wirkungsmodellen. Zeitschrift für Evaluation, 20: 2, 317-331; *Giel, S* (2015): Wirkungen auf der Spur. In: *Giel, S/Klockgether, K/Mäder, S* (Hg.): Evaluationspraxis. Professionalisierung - Ansätze - Methoden. Münster: Waxmann, 111-130; *Giel, S* (2013): Theoriebasierte Evaluation. Konzepte und methodische Umsetzungen. Münster: Waxmann. *Korrespondenzadresse*: susanne.giel@univation.org.

GRILLICH, Ludwig; Mag., Psychologe; Leiter des Zentrums für Evaluation am Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation an der Universität für Weiterbildung Krems; *Arbeitsschwerpunkte*: evidenzinformierte (Weiter-)Entwicklung und abschließend bilanzierende Bewertung von gesundheitsförderlichen bzw. präventiven Interventionen; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Teufer, B/Ebenberger, A/Affengruber, L/Kien, C/Klerings, I/Szelag, M/Grillich, L/Griebler, U* (2019): Evidence-based Occupational Health and Safety Interventions: a Comprehensive Overview of Reviews. BMJ open, 9: 12, e032528. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032528; *Kien, C/Grillich, L/Nussbaumer-Streit, B/Schoberberger, R* (2018): Pathways Leading to Success and Non-success: a Process Evaluation of a Cluster Randomized Physical Activity Health Promotion Program Applying Fuzzy-set Qualitative Comparative Analysis. BMC Public Health, 18: 1. DOI: 10.1186/s12889-018-6284-x; *Grillich, L/Kien, C/Takuya, Y/Weber, M/Gartlehner, G* (2016): Effectiveness Evaluation of a Health Promotion Programme in Primary Schools: a Cluster Randomised Controlled Trial. BMC Public Health, 16: 1, 679. DOI: 10.1186/s12889-016-3330-4. *Korrespondenzadresse*: ludwig.grillich@donau-uni.ac.at.

GROSSMANN, Beate; Dr. rer. soc.; Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg); *Arbeitsschwerpunkte*: (Gesundheits-)Politik, Organisationsentwicklung, Ethik in Prävention und Gesundheitsförderung, Rolle und Bedeutung der Zivilgesellschaft; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Grossmann, B/Prümel-Philippsen, U (2019): Bedeutung und Rolle kommerzieller und nichtkommerzieller Akteure und Institutionen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Tiemann M/Mohokum M (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer, 171-181; Grossmann, B (2016): Was ist evidenzbasierte Gesundheitsförderung? In: Rebscher, H/Kaufmann, S (Hg.): Präventionsmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 133-172; Robertz-Grossmann, B/Schwerdt, R (2007): Kritik normativer Grundbegriffe als Orientierungswerte für ein besseres Leben mit Demenz. Prolegomena zum Leitwert „Gesundheit“. In: Robert-Bosch-Stiftung (Hg.): Ethik und Recht. Bern: Verlag Hans Huber, 17-32. *Korrespondenzadresse*: beate.grossmann@bvppraevention.de.

HAJJI, Rahim; Prof. Dr. phil.; Professor für Gesundheits- und Sozialwissenschaften mit dem Schwerpunkt Forschungsmethoden an der Hochschule Magdeburg-Stendal; *Arbeitsschwerpunkte*: Methoden der quantitativen und qualitativen empirischen Sozialforschung, Statistik, Soziologie, Gesundheitssoziologie, Integration und Migrationsforschung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Förster, C/Hawlitschek, A/Hajji, R (2022): Pandemiebedingte Belastungserfahrungen, Ressourcen und depressive Stimmungen von Studierenden am Ende des Online-Wintersemesters 2020/21. *Präv Gesundheitsf.* DOI: 10.1007/s11553-022-00949-x; Hajji, R/Kitze, K/Pieck, N (2022): Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. Wiesbaden: Springer. DOI: 10.1007/978-3-658-35603-3; Hajji, R/Hawlitschek, A/Förster, C/Albrecht, P-G/Lequy, A (2022): In Präsenz oder online? Das ist überhaupt nicht die Frage. Eine beschreibende quantitative Trendstudie zur Gestaltung der Hochschullehre und deren Folgen für Lehrende und Studierende in Zeiten von Corona. In: Angenent, H/Petri, J/Zimenkova, T (Hg.): Hochschulen in der Pandemie. Impulse für eine nachhaltige Entwicklung von Studium und Lehre. Bielefeld: transcript, 342-361. *Korrespondenzadresse*: rahim.hajji@h2.de.

HELMER, Stefanie M.; Dr. PH; Researcher im Bereich Evidence Based Public Health, Fachbereich II (Human- und Gesundheitswissenschaft-

ten), Universität Bremen; *Arbeitsschwerpunkte*: Evidenzbasierung in Public Health, settingbasierte Prävention und Gesundheitsförderung im Jugend und jungen Erwachsenenalter, Evaluation von digitalen Public Health-Interventionen; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Hrynyschyn, R/Prediger, C/Stock, C/Helmer, SM (2022): Evaluation Methods Applied to Digital Health Interventions: What Is Being Used beyond Randomised Controlled Trials?-A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19: 9, 5221; Stock, C/Prediger, C/Hrynyschyn, R/Helmer, SM (2022): Schulische Alkoholprävention mittels Virtual Reality. Bundesgesundheitsblatt, 65, 823–828; Pischke, CR/Helmer, SM/Pohlabein, H/Muellmann, S/Schneider, S/Reintjes, R/Schmidt-Pokrzywniak, A/Girbig, M/Krämer, A/Icks, A/Walter, U/Zeeb, H (2021): Effects of a brief web-based ‘social norms’-intervention on alcohol, tobacco and cannabis use among German university students: Results of a cluster-controlled trial conducted at eight universities. Frontiers Public Health, 9, 659875. *Korrespondenz-adresse*: sthelmer@uni-bremen.de.

HERRERA BAYO, Laura; B.A.; Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, Bielefeld; *Arbeitsschwerpunkte*: Digitalisierung im Setting der Eingliederungshilfe aus Nutzendenperspektive. *Korrespondenz-adresse*: laura.schaefer1@fh-bielefeld.de.

KEIPKE, Friederike; M.A. Prävention und Gesundheitsmanagement; Referentin bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V.; *Arbeitsschwerpunkte*: gesundheitliche Chancengleichheit, vulnerable Zielgruppen. *Korrespondenzadresse*: friederike.keipke@lvgm.v.de.

KEMPER, Jessica; M.A.; Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Arbeit und Wandel, Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen; *Arbeitsschwerpunkte*: Stress und Stressbewältigung, Gesundheitsförderung und Prävention, Digitalisierung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Evans, M/Kemper, J/Kucharski, A/Seyda, S/Pierenkemper, S/Hickmann, H (2022): Gestaltungspfade und Gestaltungspraxis der Digitalisierung in der Altenpflege in NRW. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. URL: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2022/IW-Report_2022-Digitalisierung-in-der-Altenpflege.pdf; Apolinário-Hagen, J/

Groenewold, SD/Fritsche, L/Kemper, J/Krings, L/Salewski, C (2018): Die Gesundheit Fernstudierender stärken. Prävention und Gesundheitsförderung, 13: 2, 151–158. DOI: 10.1007/s11553-017-0620-3. *Korrespondenzadresse*: kemper@iat.eu.

KIEM, Marion; Verwaltungsrätin, Leiterin des Referats Grundsatz der Abteilung Rehabilitation und Sozialmedizin der DRV Bayern Süd; *Arbeitsschwerpunkte*: medizinische Rehabilitation und Prävention, Mitglied in Expertengruppe Kinder- und Jugendlichenrehabilitation, Mitglied in Expertengruppe Abhängigkeitserkrankungen, Mitglied in Expertengruppe Prävention, stellvertretende Projektleitung beim Modellprojekt Ü45-Check der DRV Bayern Süd. *Korrespondenzadresse*: marion.kiem@drv-bayernsued.de.

KÖHLER, Lena; M.A. Intercultural Conflict Management; Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Univation – Institut für Evaluation GmbH; *Arbeitsschwerpunkte*: Evaluation, Digitales und Vielfaltförderung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Damen, E/Köhler, L/Woodard, S (2017): The Human Right of Privacy in the Digital Age. In: Weiß, N (Hg.): Staat, Recht und Politik – Forschungs- und Diskussionspapiere. Potsdam: Universitätsverlag Potsdam. URL: <https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/frontdoor/deliver/index/docId/39926/file/srp03.pdf>. *Korrespondenzadresse*: koehler.lena@posteo.de.

KRÄMER, Kilian; M.A.; Freiberuflicher Dozent im Feld der Eingliederungshilfe und Teilhabemanager bei den v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel, Bielefeld; *Arbeitsschwerpunkte*: Bundesteilhabegesetz, ICF-basierte Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung, digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Krämer, K (2021): Die Relevanz von Fachkonzepten auf dem Weg zu einer personenzentrierten Eingliederungshilfe. Beitrag D15-2021 auf www.reha-recht.de. URL: <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d15-2021>; Kaletka, C/Projektgruppe Rehabilitationswissenschaften [Baumeister, R/Böllinghaus, L/Krämer, K/Krüppel, S/Reimertz, L/Rummel, R/Scheiblich, N/Wischnewski, C] (2018): PIKSL Labore. Neue Wege für digitale Inklusion. URL: https://sfs.sowi.tu-dortmund.de/storages/sfs-sowi/r/Publikationen/Beitraege_aus_der_Forschung/Band_197.pdf. *Korrespondenzadresse*: kilian.kraemer@t-online.de.

LANG, Simon; M.A.; Sozialwissenschaftler, Berater Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®, Berlin; *Arbeitsschwerpunkte*: Beauftragter für E-Learning, verantwortlich für den Zertifizierungsbereich Krankenhäuser; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Lang, S/Langer, K (2022): Ein klares Vielfaltsbekenntnis durch LSBTIQ*-sensible Gesundheitsförderung in Pflegeeinrichtungen. *Impulse*, 115, 12-13; Lang, S/Oberbauer E (2021): Das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®. Ein Qualifizierungsprogramm für die LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung in der (Alten-)Pflege, in Hospizen und in Krankenhäusern. In: Hackbart, M (Hg.): *Gesunde Vielfalt Pflegen. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation*. Göttingen: Waldschlösschen Verlag, 207-220. *Korrespondenzadresse*: s.lang@schwulenberatungberlin.de.

LATTECK, Änne-Dörte; Prof. Dr. phil.; Pflegewissenschaftlerin, Fachhochschule Bielefeld, Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, Bielefeld; *Arbeitsschwerpunkte*: Förderung der Gesundheit und des Selbstmanagements bei Menschen mit geistiger Behinderung; erweiterte Pflegeexpertise ANP, Förderung der Gesundheit und des Selbstmanagements bei Menschen mit geistiger Behinderung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Latteck, Ä-D/Bruland, D (2020): Inclusion of people with intellectual disabilities in health literacy: lessons learned from three participative projects for future initiatives. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 17: 7, 2455. DOI: 10.3390/ijerph17072455; Bruland, D/Mauro, A/Vetter, NS/Latteck, Ä-D (2022): Stärkung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung. Implikationen für die Gesundheitskompetenz aus einem Forschungsprojekt zur Förderung körperlicher Aktivität. In: Rathmann, K/Dadaczynski, K/Okan, O/Messer, M (Hg.): *Gesundheitskompetenz*. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-62800-3_74-1; Latteck, Ä-D (2020): Distance Caregiving und Digitalisierung als Chance zur Überbrückung räumlicher Entfernungen für pflegende Angehörige. In: Latteck, Ä-D/Seidl, N/Bücker, C/Marienfeld S (Hg.): *Pflegende Angehörige – Genderspezifische Erwartungen an soziale Unterstützungssysteme*. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich Verlag, 162-163. *Korrespondenzadresse*: aenne-doerte.latteck@fh-bielefeld.de.

MEYER, Matthias; MPH, dipl. SozÖk; Co-Studiengangsleiter für den B.Sc. Gesundheitsförderung und Prävention, Zürcher Hochschule für an-

gewandte Wissenschaften – ZHAW, Departement Gesundheit, Institut Public Health, Winterthur, Schweiz; *Arbeitsschwerpunkte*: Strategisches Management im digitalen Wandel von öffentlichen und Non-Profit-Organisationen in der Gesundheitsförderung und Prävention; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Meyer, M (2020): Die smarte Verwaltung aktiv gestalten. Ein ganzheitliches Führungskonzept mit acht ausführlichen Best-Practice-Beispielen. Wiesbaden: Springer Gabler; Biehl, V/Meyer, M/Nordström, K (2022): The first undergraduate program in health promotion and prevention in Switzerland – Context, concept and challenges. In: Akerman, M/Germani, AC (Hg.): International Handbook of Teaching and Learning Health Promotion – Practices and Reflections from Around the World. Cham: Springer Nature, 15–35. *Korrespondenzadresse*: info@matthiasmeyer.ch.

MIELKE, Kristin; M.A. Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung; Referentin bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V.; *Arbeitsschwerpunkte*: kommunale Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengleichheit. *Korrespondenzadresse*: kristin.mielke@lvf-gv.de.

MÖCKEL, Markus; M.Sc.; Leiter der ESBD-Akademie, ESBD – eSport-Bund Deutschland e. V., Sportlicher Leiter am Landeszentrum für E-Sport und Digitalisierung Schleswig-Holstein; *Arbeitsschwerpunkte*: Bildungsweisen im E-Sport und in der Fitnessbranche, sportpsychologische Betreuung von Sportler*innen, Verbandsarbeit; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Möckel, M (Hg.) (2021): E-Sport Training: Lehrbuch für Trainerinnen und Trainer. Baden-Baden: Academia Verlag. *Korrespondenzadresse*: markus.moekkel@esportbund.de.

MUELLMANN, Saskia; Dr. PH; Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Bremen; *Arbeitsschwerpunkte*: Digital Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung, Bewegungsförderung im höheren Lebensalter; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Muellmann, S/Brand, T/Jürgens, D/Gansefort, D/Zeeb, H (2021): How many key informants are enough? Analysing the validity of the community readiness assessment. BMC Research Notes, 14, 85; Muellmann, S/Buck, C/Voelcker-Rehage, C/Bragina, I/Lippke, S/Meyer, J/Peters, M/Pischke, CR (2019): Effects of two web-based interventions promoting physical activity among older adults compared to a delayed in-

tervention control group in Northwestern Germany: Results of the PROMOTE community-based intervention trial. *Preventive Medicine Reports*, 15, 100958; *Muellmann, S/Forberger, S/Möllers, T/Bröring, E/Zeeb, H/Pischke, CR* (2018): Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review. *Preventive Medicine*, 108, 93-110. *Korrespondenzadresse*: muellmann@leibniz-bips.de.

OBERNAUER, Eva; M.A. Social Sciences; Beraterin Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®, Mitarbeiterin Berliner Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege; *Arbeitsschwerpunkte*: Projektdigitalisierung, verantwortlich für den Zertifizierungsbereich Pflege; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Lang, S/Obernauer, E* (2021): Das Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt®. Ein Qualifizierungsprogramm für die LSBTI*-sensible Gesundheitsförderung in der (Alten-)Pflege, in Hospizen und in Krankenhäusern. In: Hackbart, M (Hg.): *Gesunde Vielfalt Pflegen. Ansätze zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt in Prävention, Intervention und Rehabilitation*. Göttingen: Waldschlösschen Verlag, 207-220; *Schmidt, D/Pulver, M/Obernauer, E/Kutscha, F* (2020): Weil ich so bin wie, wie ich bin. Vielfalt in der Pflege. Ein Praxis-Leitfaden für stationäre und ambulante Dienste. Berlin: Schwulenberatung Berlin. *Korrespondenzadresse*: e.obernauer@schwulenberatungberlin.de.

PIECK, Nadine; Prof. Dr. phil.; Mitarbeiterin am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover, von 2017-2021 Direktorin des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten der Hochschule Magdeburg-Stendal; *Arbeitsschwerpunkte*: Gender und Diversity in der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung, Gestaltung und Steuerung partizipativer Prozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement bzw. in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Evaluation – Gestaltung von Reflexions- und Entwicklungsräumen/Lernprozessen der Organisation; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Pieck, N/Held, U/Bindl, C* (2019): Digitalisierung aus der Perspektive der gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung. In: Badura, B/Ducki, A/Schröder, H/Klose, J/Meyer, M (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2019*. Berlin: Springer-Verlag, 141-154. *Korrespondenzadresse*: nadine.pieck@wa.uni-hannover.de.

PRÜMEL-PHILIPPSEN, Uwe; Dr. phil.; ehem. Geschäftsführer der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg); *Arbeitsschwerpunkte*: (Gesundheits-)Politik, Krisenmanagement/Organisati-

onsberatung, Projektberatung im Bereich „Suchtprävention“; *ausgewählte Veröffentlichungen: Prümel-Philippson, U/Grossmann, B* (2019): Von der Krankheitsprävention zur Gesundheitsförderung – Hintergründe, Stand und Perspektiven in Deutschland. In: Tiemann, M/Mohokum, M (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer, 37-46; *Prümel-Philippson, U* (2020): Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung – Entstehungshintergründe, Konzept, Umsetzung in Deutschland, Entwicklungsperspektiven. In: Rummel, C/Gaßmann, R (Hg.): Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen. Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 25-34. *Korrespondenzadresse: uwe.pp@t-online.de.*

RUHE, Inke; Wissenschaftliche Referentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg); *Arbeitsschwerpunkte:* Koordination des Präventionsforums, Gremienarbeit der BVPg. *Korrespondenzadresse: inke.ruhe@bvpraevention.de.*

SALEWSKI, Christel; Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.; Professorin für Gesundheitspsychologie, FernUniversität in Hagen; *Arbeitsschwerpunkte:* Stress und Stressbewältigung, eHealth, gesundheitsbezogenes Verhalten; *ausgewählte Veröffentlichungen: Salewski, C/Renner, B* (2022): Gesundheitspsychologie. In: Schütz, A/Brand, M/Steins-Loeber, S (Hg.): Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfächer. Stuttgart: Kohlhammer, 232-245; *Drüge, M/Fritsche, L/Bögemann, C/Apolinário-Hagen, J/Salewski, C* (2022): Comparing Stress, Areas of Stress and Coping-Strategies between Distance-Learning and On-Campus Students – A Mixed-Methods Approach. *Frontiers in Psychology, Section Educational Psychology*, 13: 995089. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.995089. *Korrespondenzadresse: christel.salewski@fernuni-hagen.de.*

SANTANGELO, Philip Samuel; Jun.-Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych.; Junior-Professor für E-Mental-Health und Entwicklungspsychologie, FernUniversität in Hagen; *Arbeitsschwerpunkte:* Einsatz von E-Mental-Health zur Untersuchung der Phänomenologie psychischer Störungen im Alltag der Patient*innen sowie Studiums-bezogenes Stresserleben im Alltag bei Student*innen; *ausgewählte Veröffentlichungen: Ebner-Priemer, UW/Santangelo, PS* (2020): Digital Phenotyping: Hype or Hope? *Lancet Psychiatry*, 7: 4, 297-299. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30380-3; *Koudela-Hamila, S/Santangelo, PS/Ebner-Priemer, UW/Schlotz, W* (2022): Under which Circum-

stances Does Academic Workload Lead to Stress? Explaining Intraindividual Differences by Using the Cortisol-Awakening Response as a Moderator. *Journal of Psychophysiology*. Advance Online Publication. DOI: 10.1027/0269-8803/a000293; Koudela-Hamila, S/Smyth, J/Santangelo, PS/Ebner-Priemer, UW (2020): Examination Stress in Academic Students: A Multimodal, Real-Time, Real-Life Investigation of Reported Stress, Social Contact, Blood Pressure, and Cortisol. *Journal of American College Health*, 70: 4, 1047-1058. DOI: 10.1080/07448481.2020.1784906. *Korrespondenzadresse*: philip.santangelo@fernuni-hagen.de.

SCORNA, Ulrike; M.A.; Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Magdeburg-Stendal/BTU Cottbus-Senftenberg; *Arbeitsschwerpunkte*: qualitative Sozialforschung, Künstliche Intelligenz, digitale Assistenztechnik, Medizinsoziologie, Technikfolgenabschätzung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Brandt, K/Scorna, U/Voß, G/Hajji, R (2022): Innovative, digitale Lehr-/Lernsettings mit Design Based Implementation Research entwickeln: Vorgehensweise und erste Erfahrungen. In: Henning, PA/Striewe, M/Wölfel, M (Hg.): 20. Fachtagung Bildungstechnologien (DELFI). Bonn: Gesellschaft für Informatik e. V., 217-218. DOI: 10.18420/delfi2022-039; Krug, H/Gerhards, H/Bittner, U/Scorna, U/Kaufner, N/Kokott, LE/Rolfes, V/Fangerau, H/Weber, K (2022): Einwilligungsfähig oder nicht? Zur Praxis der Prüfung von Einwilligungsfähigkeit im klinischen Alltag und deren Herausforderungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 172, 23–30. DOI: 10.1016/j.zefq.2022.04.030; Scorna, U/Frommelt, D/Haug, S/Weber, K (2022): Digitale Assistenzsysteme in der Altenpflege – Fluch oder Segen? Eine empirische Untersuchung zu Chancen, Risiken und Auswirkungen. In: Onnen, C/Stein-Redent, R/Blättel-Mink, B/Noack, T/Opielka, M/Späte, K (Hg.): Organisationen in Zeiten der Digitalisierung. Sozialwissenschaften und Berufspraxis. Wiesbaden: Springer VS, 211–223. DOI: 10.1007/978-3-658-36514-1_12. *Korrespondenzadresse*: ulrike.scorna@h2.de.

SEEL, Mariella; B.A., M.Sc.; Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Evaluation, Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation an der Universität für Weiterbildung Krems; *Arbeitsschwerpunkte*: Evaluationen von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, digitale Gesundheitstechnologien; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Seel, M/Heller, M/Anderluh, A (2022): EFFECTS: Gesundheitliche Bewertung aktiver Mobilität. *Gesundheitswesen*, 84: 08/09, 892-893, DOI: 10.1055/s-0042-1751198; Seel, M/An-

dorfer, M/Heller, M/Jakl, A (2022): KARLI: Kid-friendly Augmented Reality for Primary School Health Education. In: IEEE Computer Society (Hg.): IEEE Conference on Virtual Reality and 3D User Interfaces Abstracts and Workshops (VRW), Los Alamitos, California: EE Computer Society, 610-611, DOI: 10.1109/VRW55335.2022.00156. Korrespondenzadresse: mari-ella.seel@donau-uni.ac.at.

SÖRENSEN, Jelena; B.Sc., M.Sc.; Referentin Gesundheitskommunikation im Referat Prävention des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V.; *Arbeitsschwerpunkte*: Gesundheitskommunikation, Ernährungsgesundheit, Klimagesundheit; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Sörensen, J/ Barthelmes, I/Marschall, J (2018): Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review. Berlin: GKV-Spitzenverband; Barthelmes, I/Bödeker, W/Sörensen, J/Kleinlercher, KM/Odoy, J (2019): Iga.Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der Evidenz für den Zeitraum 2012 bis 2018. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit; Barthelmes, I/Dehl, T/Kleinlercher, KM/Sörensen, J (2021): Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention für Jugendliche und junge Erwachsene ohne Schul- und/oder Berufsabschluss. Eine internationale Literaturrecherche und nationale Bestandsaufnahme. Berlin: GKV-Spitzenverband, DOI: 10.17623/GKV-BfG-EB-JEOS-2021. Korrespondenzadresse: jelena.soerensen@pkv.de.*

STARK, Anna Lea; B.Sc. Health Communication, M.Sc. Public Health; Doktorandin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Digital Public Health am Department für Digitale Gesundheitswissenschaften und Biomedizin an der Lebenswissenschaftlichen Fakultät der Universität Siegen; *Arbeitsschwerpunkte*: digitale Gesundheitsförderung und Prävention, Digitalisierung in der medizinischen Rehabilitation; *ausgewählte Veröffentlichungen*: *Stark, AL/Geukes, C/Albrecht, J/Dockweiler, C (2022): Digitale Anwendungen in der Planung und Umsetzung von verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Ergebnisse eines Scoping Reviews. Das Gesundheitswesen, 84: 1-8; Stark, AL/Geukes, C/Dockweiler, C (2022): Digital Health Promotion and Prevention in Settings: Scoping Review. Journal of Medical Internet Research, 24: 1, e21063; Stark, AL/Albrecht, J/Dongas, E/Choroschun, K/Dockweiler, C (2023): Zukunftstrends und Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien in der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung – eine Del-*

phi-Befragung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, eFirst. DOI: 10.1007/s00103-023-03669-5. *Korrespondenzadresse*: lea.stark@uni-siegen.de.

UZUNOVA, Elitsa; Dr. phil., Dipl.-Psychologin; Freiberuflich wissenschaftliche Mitarbeiterin und Gesellschafterin, Univation – Institut für Evaluation GmbH, Ort; *Arbeitsschwerpunkte*: Evaluation in den Themenfeldern Bildung und Gesundheit; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Uzunova, E (2015): Evaluation und das Web. In: Giel, S/Klockgether, K/Mäder, S (Hg.): Evaluationspraxis. Professionalisierung – Ansätze – Methoden. Münster: Waxmann, 253-276; Pütz, H/Uzunova, E (2021): Wenn Digitalisierung die Antwort ist ... Der digitale Alltag pädagogischer Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe in NRW vor und während der Corona-Epidemie. URL: https://www.gender-nrw.de/wp-content/uploads/2022/03/FUMA_Onlinebefragung_2021_E05.pdf. *Korrespondenzadresse*: elitsa.uzunova@univation.org.

VOSS Gunnar; M.A.; Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Magdeburg-Stendal; *Arbeitsschwerpunkte*: Soziologie, qualitative und quantitative Sozialforschung, Digitalisierung, Bildungsforschung, Flucht- und Migrationsforschung; *ausgewählte Veröffentlichungen*: Brandt, K/Scorona, U/Voß, G/Hajji, R (2022): Innovative, digitale Lehr-/Lernsettings mit Design Based Implementation Research entwickeln: Vorgehensweise und erste Erfahrungen. In: Henning, PA/Striewe, M/Wölfel, M (Hg.): 20. Fachtagung Bildungstechnologien (DELFI). Bonn: Gesellschaft für Informatik e. V., 217-218. DOI: 10.18420/delfi2022-039. *Korrespondenzadresse*: gunnar.voss@h2.de.

WINTER, Stefan; Dr. phil.; Dipl.-Sportwissenschaftler (Reha, Prävention), Leiter des Bereichs Prävention und Gesundheitsförderung im Centrum für Prävention der Klinik Höhenried gGmbH; *Arbeitsschwerpunkte*: Implementierung der RV Fit Präventionsleistung, RV Fit – Kooperationen mit Firmen und Unternehmen, Konzepterarbeitung, Begleitung wissenschaftlicher Studien (DRV-Modellprojekte); *ausgewählte Veröffentlichungen*: Winter, S (2016): Interview Gesundheitsnetzwerk Leben. GOIN Gesundheitsmagazin, 6, 23-24; Winter, S/Huber, B (2019): Betsi fördert Gesundheitskompetenz und Mitarbeitergesundheit. VKS NEWS (Verband kommunaler Unternehmen), 239, 13-15; Winter, S (2021): Berufsbezoge-

ner Gesundheits-Check. GOIN Gesundheitsmagazin, 1, 18. *Korrespondenz-
adresse*: stefan.winter@cep-hoehenried.de.