

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. Beispielfhaft 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 Evaluator*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 Beispielevaluationen 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; Riihiahho 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 Befragengruppen 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 zugespielt 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-Wirkung-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 *Programmtheorie*,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 Evaluator*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.
- Riihihaho, 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.qualitaetsiegel-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.

