

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 mitzubedenken. 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 *Wissensgesellschaft* 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 BVPG-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. anchlussfähiger 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 Chancungleichheit 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 sozillagenbezogenen 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.) sozillagenbezogene 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): Präventionsforum 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-Philippson, 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.