

Fachbereich Landschaftswissenschaften und Geomatik

Potenziale zur Verbesserung der Zugänge arbeitsloser (institutionell begleiteter) Menschen zu digitalen Gesundheitsangeboten

Master-Thesis
Studiengang Digitalisierung und Sozialstrukturwandel

vorgelegt von

Antje Peters-Schulz

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0578-4

Datum der Abgabe: 03.03.2021

Erstgutachter: Prof. Dr. Andreas Wehrenpfenning

Zweitgutachterin: Dipl. Psych. Vivian Schachler

In dieser Arheit wird aus Criïnden der besseren Lesberkeit des generische Meskulin	
In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulin verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrück mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.	

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung		
2 Bes	chreibung des Problemfeldes und Konzeptionierung des Zugangsbegriffs 3	
3 Arl	peitslosigkeit und Gesundheit7	
3.1	Eingrenzung der Zielgruppe durch den Status "Arbeitslosigkeit"	
3.1	.1 Gesundheitsstatus arbeitsloser Menschen	
3.1	.2 Eingrenzung der Zielgruppe	
3.2	Gesundheitsförderung	
3.2	.1 Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung für benachteiligte Zielgruppen 16	
3.2	.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V	
3.2	.3 Gesundheitsförderung und Kompetenzgewinn in der digitalen Welt	
3.3	Gesundheitskompetenz	
3.4	Digitale Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz für Digitale Gesundheitsanwendungen?	
4 Dig	gitale Transformation und Verfügbarkeit von gesundheitsbezogenen	
	geboten28	
5 Na	chfrage und Nutzen digitaler Gesundheitsangebote35	
6 Zie	le und Wirksamkeitskriterien für Angebote der Gesundheitsförderung38	
6.1	Chancengleichheit	
6.2	Empowerment	
6.3	Partizipation41	
7 Err	eichbarkeit vulnerabler Zielgruppen45	
7.1	Persönliche und strukturelle Zugänge zu Zielgruppen	
7.1	.1 Tailoring46	
7.1		
7.1	.3 Rekrutierung47	
7.1		
7.1		
7.2	Projekt: "Digitale Gesundheitsangebote für Menschen ohne Arbeit in	
	Brandenburg und Berlin"	

8	Bev	Bewertung der Potenziale auf Basis von Expertenbefragungen53			
	8.1	Kor	zeption der Befragung und inhaltliche Schwerpunkte	. 53	
	8.2	Aus	wertung und Ergebnisse der leitfragengestützten Experteninterviews	. 57	
	8.3	Aus	wertung und Ergebnisse der Expertenfragebögen	. 65	
	8.3	.1	Effektive Werbestrategien für digitale Gesundheitsangebote für arbeitslose		
			Menschen		
	8.3	.2	Motivation zur Kursteilnahme	. 68	
	8.3	.3	Maximierung des Nutzens der Angebote für die Teilnehmer	. 70	
	8.3	.4	Inhalte digitaler Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen	. 72	
	8.3	.5	Einbindung der Teilnehmer in die Kursgestaltung	. 74	
	8.3	.6	Motivation der Teilnehmer für weitere Termine und Angebote	. 76	
	8.4	_	enüberstellung der Ergebnisse der Experteninterviews mit den Ergebnissen der hkräftebefragung		
9	Haı	ıdlu	ngsempfehlungen für die Optimierung von Zugängen zu digitalen		
			ten	.80	
	9.1		ofehlungsnetzwerk		
	9.2	Rele	evante Themen	. 81	
	9.3	Inte	grierte Angebotsentwicklung	. 81	
	9.4		nsparente Inhalte		
	9.5		itive Kommunikation		
	9.6		ensweltbezug		
1	0		ammenfassung und Ausblick		
Τ.	itera		erzeichnis		
Anhang97					
Leitfragen für das Experteninterview				. 97	
Expertenfragebogen					
E	Eidesstattliche Erklärung100				

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausgewählte Aspekte und Mechanismen des Zusammenwirkens von Akteuren im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen	4
Abbildung 2:	Dimensionen der Zugänge zu digitalen Angeboten im Zusammenspiel mit den Wirksamkeitsaspekten der Angebote	5
Abbildung 3:	Arbeitslose und langzeitarbeitslose Menschen in Deutschland zwischen 2008 und 2019	8
Abbildung 4:	Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit im Altersgang.	0
Abbildung 5:	Entwicklung der Arbeitslosigkeit in M-V und Brandenburg von 1994 – 2019	2
Abbildung 6:	Breitbandausbau (≥ 16 Mbit/s in privaten Haushalten) und Arbeitslosenquoten im Jahr 2020 in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg1	3
Abbildung 7:	Salutogenese vs. Pathogenese	4
Abbildung 8:	zielgruppenspezifische Angebote der GKV im Jahr 20182	0
Abbildung 9:	Gesundheitskompetenzniveaus in der Gesamtbevölkerung nach Bereichen sowie in den Sektoren Gesundheitsförderung und Prävention	4
Abbildung 10:	Erweitertes Lilienmodell der digitalen Gesundheitskompetenz (DGK) sowie Basisfähigkeiten und Dimensionen	6
Abbildung 11:	Gesetzgeberische Entwicklungsschritte in der digitalen Transformation von gesundheitsfördernden Angeboten	8
Abbildung 12:	Anzahl und Wachstum weltweit verfügbarer Gesundheits-Apps (im Google Play Store) von 2015 bis 20202	9
Abbildung 13:	Nutzung von Smartphone-Gesundheits-Apps	0
Abbildung 14:	Nutzerentwicklung bei Wearables und Fitness-Apps in Deutschland von 2017 bis 2024	5
Abbildung 15:	Ausstattung privater Haushalte 2018 mit Internet und IT-Endgeräten nach sozialer Stellung der Haupteinkommensperson3	6
Abbildung 16:	Zahl der arbeitslosen Mitglieder der GKV im Jahresdurchschnitt3	9
Abbildung 17:	Stufen des Empowerments	1
Abbildung 18:	Stufen der Partizipation4	2
Abbildung 19:	Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 1	7
Abbildung 20:	Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 2	8
Abbildung 21:	Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 3	1
Abbildung 22:	Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 4	2
Abbildung 23:	Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 5	4
Abbildung 24:	Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 6	6
Abbildung 25:	Checkliste zur Optimierung der Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen	5

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorisierung von Gesundheits-Apps	31
Tabelle 2: Übersicht zu ausgewählten digitalen Gesundheitsangeboten (DiGA) 3	32
Tabelle 3: Struktur der Interviewpartner im leitfragengestützten Experteninterview 5	58
Tabelle 4: Anzahl der verteilbaren Prioritätswerte und der verwertbaren Antworten (n) beim Fragebogenrücklauf	56

Abkürzungsverzeichnis

ALG	Arbeitslosengeld
BA	Bundesagentur für Arbeit
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BVPG	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DiGA	digitale Gesundheitsanwendungen
DVG	Digitale-Versorgung-Gesetz
EU	Europäische Union
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
IAO	Internationale Arbeitsorganisation
KGC	Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
MPG	Gesetz über Medizinprodukte
NAP	Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz
ÖD	Öffentlicher Dienst
PDSG	Patientendatenschutzgesetz
PrävG	Präventionsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Welt-Gesundheits-Organisation (world health organization)
ZPP	Zentrale Prüfstelle Prävention nach §20 SGB V

1 Einleitung

1 Einleitung

Mit derzeit fast 4 Mio. arbeits- und erwerblosen Personen sind in Deutschland fast 10 % der erwerbsfähigen Personen ohne Arbeit (BA 2021b; DESTATIS 2021a). Arbeitslosigkeit hat einen starken Einfluss auf die Gesundheit der betroffenen Personen (Grigoriev et al. 2019; Grobe und Schwartz 2003; Hollederer und Wildner 2019). Dies betrifft sowohl deren subjektives Empfinden als auch ihren objektiven Gesundheitszustand (Kroll et al. 2016). Arbeitslose Menschen fühlen sich häufiger krank (subjektiver Gesundheitszustand) und sind häufiger und schwerer krank (objektiver Gesundheitszustand) als erwerbstätige Personen gleichen Alters (Grobe und Schwartz 2003). Der insgesamt schlechtere Gesundheitszustand der arbeitslosen Menschen beeinflusst wiederum ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt und die Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (DGB 2010). Der objektive wie der subjektive Gesundheitszustand hängen maßgeblich von den Lebensbedingungen und der Gesundheitskompetenz der Menschen ab. Diese Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und die entsprechenden Informationen zu verstehen und demgemäß aufgeklärt zu handeln, ist bei Personen mit geringem sozio-ökonomischem Status niedriger ausgeprägt als beim Rest der Bevölkerung (Kolpatzik et al. 2020; Schaeffer et al. 2017).

Um den arbeitslosen Menschen bessere Chancen auf eine bessere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu bieten und eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu unterstützen, stellen die Verbesserung ihres Gesundheitszustandes und -empfindens sowie ihrer Gesundheitskompetenz wesentliche Bausteine dar.

Mit fortschreitender Digitalisierung in nahezu allen Bereichen, vor allem aber seit Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) im Jahr 2019 ist eine enorme Zunahme digital verfügbarer Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen zu verzeichnen. Die aktuelle COVID-19-Pandemie verstärkte diesen Digitalisierungsschub spürbar vor allem in Bezug auf den Transfer zuvor analoger Angebote in den digitalen Raum (HealthOn 2021; McKinsey & Company 2020). Damit gewinnen auch die Aspekte der digitalen Gesundheitskompetenz immer mehr an Bedeutung, vor allem das Suchen, Finden, Verstehen und Nutzen digital verfügbarer Gesundheitsinformationen. In Verbindung mit der ohnehin schon geringeren allgemeinen Gesundheitskompetenz dieser vulnerablen Gruppen, tut sich hier eine Kluft auf, die möglicherweise durch die Digitalisierung noch vertieft wird. Sowohl in den digitalisierten bzw. rein digital entwickelten Gesundheitsangeboten sind spezielle Inhalte für arbeitslose Menschen bislang wenig bis gar nicht umgesetzt. Ihre Alltagsprobleme, welche beispielsweise den schlechteren Gesundheitszustand mit bedingen, sind stark unterrepräsentiert. Gleichwohl rücken diese Themen zunehmend in den Fokus der Diskussion und erste Angebote entstehen (Dickersbach et al. 2019; GBB 2020a).

Die praktische Arbeit mit der Zielgruppe zeigt, dass es spezifische Merkmale gibt, die deren Zugang (auf verschiedenen Ebenen) zu den digitalen Angeboten beeinflussen. Dies sind Besonderheiten in Bezug auf die technischen Ressourcen der Zielgruppe, die inhaltliche und formale Ausgestaltung der Angebote sowie die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Teilnehmer. Daraus ergibt sich die Frage, welche objektiven und subjektiven Aspekte die Entscheidung

1 Einleitung 2

der potenziellen Nutzer dahingehend beeinflussen, ob sie die digitalen Angebote für sich nutzen wollen oder nicht. Darüber hinaus besteht Forschungsbedarf dazu, welche Relevanz die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Zielgruppe selbst bei der Themenfindung und Angebotsentwicklung sowie bei der Bewertung bestehender Angebote einnimmt.

Die vorliegende Arbeit untersucht daher, welche Wirksamkeitsmechanismen und Erreichbarkeitsstrategien bereits bei der Konzeption und Planung der digitalen Gesundheitsangebote aktiviert werden können, um die Zugänge arbeitsloser Menschen dazu zu verbessern.

Ausgehend von der Konzeption einer mehrdimensionalen Systematik für das Verständnis der Zugänge, die arbeitslose Menschen zu digitalen Gesundheitsangeboten nutzen können, wird analysiert, welche Hemmnisse und Anreize bestehen, und wie diese so angepasst werden können, um den größtmöglichen Nutzen für die Zielgruppe zu generieren.

Dazu wird zunächst ein Überblick über das komplexe Zusammenwirken von Arbeitslosigkeit, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sowie über den Stand und die Auswirkungen der Digitalisierung in diesem Bereich gegeben. Auf der Grundlage dieser Literaturrecherche erfolgen die Ableitung und die Diskussion der Kriterien, welche die Wirksamkeit der Angebote ausmachen, und der Möglichkeiten zur Erreichbarkeit der Zielgruppe.

Im zweiten Teil der Arbeit werden diese theoretischen Grundlagen und Erkenntnisse im Rahmen einer selbst konzipierten und durchgeführten Expertenbefragung einem ersten Praxistest unterzogen. Dazu werden zum einen, die Ergebnisse von sechs strukturierten und leitfragengestützten Experteninterviews ausgewertet und diskutiert. Diese beleuchten verschiedene Perspektiven und Ansichten potenzieller Nutzer von Online-Gesundheitsangeboten, vor allem im Hinblick auf die Zugangsbedingungen und die persönlichen Wahrnehmungen und Erfahrungen. Zum anderen werden quantitative Ergebnisse aus der Auswertung von 21 Fragebögen analysiert, die vor allem von Fachkräften aus der institutionellen Begleitung arbeitsloser Menschen beantwortet wurden. Im Fokus dieser Untersuchung steht die Priorisierung der Zugangsaspekte, die die Befragten für die Zielgruppe selbst als relevant erachten.

Aus der Zusammenführung der Resultate der theoretischen Überlegungen und der praxisorientierten Expertenbefragung, bestehend aus Interviews und Fragebögen werden konkrete Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Konzeption digitaler Gesundheitsangebote für arbeitsloser Menschen unter Beachtung einer optimierten Gestaltung der Zugänge abgeleitet.

Diese Masterarbeit unternimmt einen ersten Versuch, bestehende Lücken in Theorie und Praxis zu füllen und leistet dadurch einen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsförderung arbeitsloser Menschen in der digitalisierten Welt.

2 Beschreibung des Problemfeldes und Konzeptionierung des Zugangsbegriffs

Das folgende Kapitel führt in das Spannungsfeld zwischen Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung ein. Es dient der Erstellung eines Konzepts für die Einordnung des Zugangsbegriffs in Bezug auf digitale Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen. Das Problemfeld wird aus verschiedenen Blickwinkeln (Dimensionen) aufgespannt. Die einzelnen Einflussfaktoren der Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten werden erörtert und die gegenseitigen Wechselwirkungen beschrieben. Am Ende dieser Ausführungen folgen die Einordnung der Forschungsfragen und die Beschreibung der Vorgehensweise zu deren Beantwortung.

Arbeitslose Menschen stellen eine besonders gesundheitsgefährdete Personengruppe in Deutschland dar (vgl. Kapitel 3). Da sich Arbeitslosigkeit und ein schlechter Gesundheitszustand oft gegenseitig bedingen und zu noch schlechterer Gesundheit führen können, sind Förderung und Erhalt der Gesundheit eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsforschung und der Akteure in der Praxis (Lampert et al. 2018). Arbeitslose Menschen sind aufgrund ihrer oben beschriebenen besonderen Situation eine wichtige Adressatengruppe für Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit, vor allem der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Kapitel 3.2).

Es zeigt sich jedoch in der praktischen und projektbezogenen Arbeit mit der Zielgruppe, dass Gesundheitsangebote von den Nutzern bislang nur sehr zurückhaltend angenommen werden. Eine Begründung dafür könnte sein, dass sie aufgrund ihrer Arbeitslosigkeit nicht mehr selbstverständlich mit den Anbietern gesundheitsfördernder Maßnahmen zusammenkommen. Darüber hinaus steht zu vermuten, dass diese Personen aufgrund der stark belastenden Situation, die durch die Arbeitslosigkeit entsteht, die Förderung der Gesundheit nicht als prioritär betrachten (Grimmeisen und Rosenbrock 2008). Der Wegfall des Arbeitsplatzes mit den dazugehörigen sozialen Kontakten und Vernetzungen, bedeutet für Arbeitslose oft auch eine zunehmende Reduktion der sozialen Kontakte im eigenen Sozialraum zu Netzwerken oder Einrichtungen (Klärner und Knabe 2016). Es stellt sich daher die Frage, auf welche Weise die Betroffenen auf sozialräumlicher Ebene an analoge und digitale Angebote der Gesundheitsförderung kommen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Art und Intensität der Netzwerke und Beziehungen arbeitsloser Menschen nach dem Eintritt der Arbeitslosigkeit oft in andere Beziehungsgeflechte wandeln (Herden et al. 2015; Steffens und Weber 2018).

Es gibt bislang wenig empirische Erkenntnisse dazu, auf welche Weise die Zielgruppe und die betreffenden Angebote zusammentreffen bzw. welche Motivation und welches Verständnis arbeitslose Personen für die Inhalte mitbringen. Bei der Recherche zu dieser Frage fällt auf, dass es weder einen fest definierten und einheitlichen Begriff "Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten" gibt, noch ein Konzept, in dem die Begrifflichkeit praktisch verwendbar eingeordnet ist.

Um die Frage nach den Verbesserungspotenzialen für digitale Zugänge für arbeitslose Menschen zu beantworten, wird zunächst ein eigenes Verständnis des Begriffs "Zugang" in allen für dieses Untersuchungsfeld bedeutsamen Dimensionen konzipiert.

Die Abbildung 1 stellt das Zusammenspiel zwischen den digitalen Gesundheitsangeboten, der Zielgruppe, den Anbietern und den betreuenden Institutionen dar, wie es sich in der Praxis beobachten lässt.

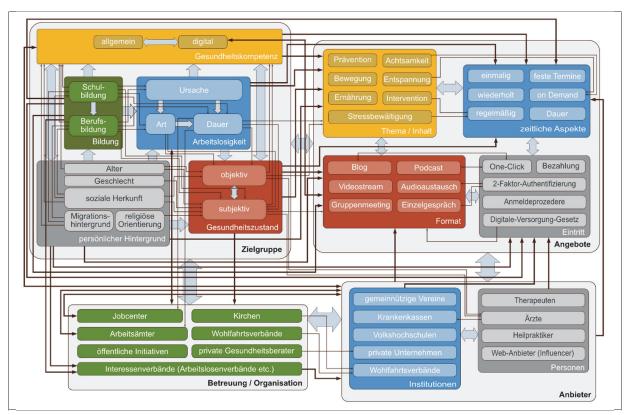


Abbildung 1: Ausgewählte Aspekte und Mechanismen des Zusammenwirkens von Akteuren im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen eigene Darstellung

Innerhalb der Zielgruppe charakterisieren der persönliche Hintergrund, der Bildungsstatus, der Gesundheitszustand, die persönliche Gesundheitskompetenz und die Merkmale der Arbeitslosigkeit jeder einzelnen Person deren individuelle Situation. Diese Faktoren bedingen teilweise einander und beeinflussen die Bedarfe und Sichtweisen der arbeitslosen Menschen in Bezug auf die digitalen Gesundheitsangebote. Auch die Angebote selbst weisen entsprechende Merkmale auf, die in Wechselwirkung zueinander und zu den Bedürfnissen und Hintergründen der Menschen der Zielgruppe treten. Hinzu kommen Belange und Interessen der Anbieter und der betreuenden Institutionen. Aus diesem komplexen Zusammenwirken lässt sich bereits ableiten, dass das Zusammentreffen zwischen den Nutzern aus der Zielgruppe der arbeitslosen Menschen (vgl. Kapitel 3.1) und den Angeboten grundsätzlich auf vielen Ebenen und über mehrere Wege möglich ist. Diese Zugänge haben aufgrund der vielen verschiedenen Perspektiven aus der Zielgruppe heraus (Abbildung 1) teils sehr individuelle Ausprägungen.

Im allgemeinen Sprachgebrauch ist Zugang der "[…] Weg, der in einen Raum […] hineinführt" (Dudenredaktion 2020). Eine weitere Bedeutung erhält der Begriff, wenn er auf eine persönliche Ebene oder ein individuelles Handeln übertragen wird, z. B. ein Verständnis für etwas zu entwickeln, für man auf eine individuelle Weise Interesse findet.

Die Forschung zur Digitalen Spaltung oder auch Digitalen Kluft (vgl. Kapitel 3.2.1) definiert die "Zugänge" sowohl als strukturell, im Sinne eines Zugriffs auf das Internet, und als persönlichen Zugang durch die eigenen Kompetenzen. Dies bezieht subjektive und durch die Nutzer selbst beeinflussbare Aspekte mit ein. Im Mittelpunkt der Forschung zur Digitalen Spaltung steht die These, dass die Chancen für einen Zugang zu digitalen Medien und Kommunikations-technologien aufgrund sozialer Unterschiede ungleich verteilt sind und daraus eine immer größer werdende Wissenskluft in der Bevölkerung entsteht (Marr und Zillen 2010).

Das Verständnis des Begriffs muss daher zum einen objektive und subjektive Zugangswege, aber auch persönliche und zielgruppenspezifische sowie digitale und gesundheitliche Kompetenzen arbeitsloser Menschen integrieren. Im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsangeboten für die Zielgruppe können dem Begriff "Zugang" daher folgende Dimensionen und Merkmale geordnet werden:

- 1. Zugänge zu digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung sind objektive und subjektive Wege, über die potenzielle Nutzer die digitalen Angebote der Gesundheitsförderung erreichen und aktiv nutzen können.
- 2. Zugänge differenzieren sich in weitere Aspekte (Eigenschaften) auf, die jeweils auch Merkmale der digitalen Angebote sein können und als Wirkfaktoren zwischen Nutzer und Angebot fungieren. (vgl. Abbildung 2).

Die Abbildung 2 zeigt ein Modell, das aus der eigenen praktischen Expertise der Autorin mit digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen entwickelt wurde.

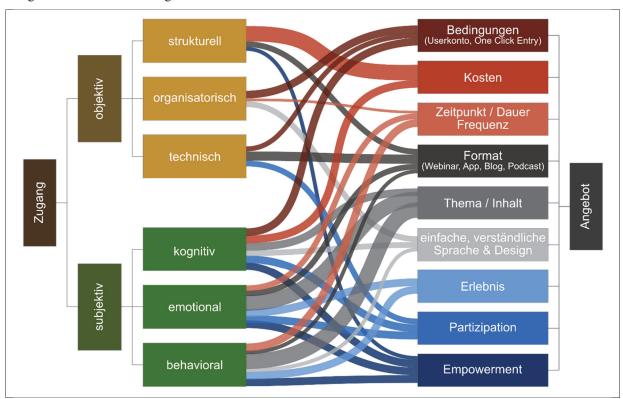


Abbildung 2: Dimensionen der Zugänge zu digitalen Angeboten im Zusammenspiel mit den Wirksamkeitsaspekten der Angebote eigene Darstellung

Die objektiven und subjektiven Dimensionen der Zugänge bilden das Grundgerüst der Konzeption. Die verfügbaren Daten und Informationen über die Angebote werden diesem Gerüst als Wirksamkeitsaspekte zugeordnet. Diese Beziehungen dieser Aspekte und der Dimensionen und Merkmalen des Zugangs sind über die unterschiedlich markierten Verbindungen in dem Schema angedeutet. Die Breite der Verbindungslinien symbolisiert die relative Bedeutung der einzelnen Wirkung im Vergleich zu den anderen dargestellten Beziehungen.

Im vorgestellten Zugangsmodell (Abbildung 2, S. 5) werden objektive (messbare) und subjektive (nicht messbare oder empfundene) Zugangsmerkmale differenziert. Während man technische-organisatorische Aspekte anhand quantitativer Datenerhebungen messen und mit bereits erhobenen Daten vergleichen könnte, sind subjektive Aspekte wie Emotionen, Lerneffekte oder Verhaltensänderungen nicht direkt messbar, statistisch repräsentativ oder objektivierbar. Sie implizieren die persönlichen Erwartungen, Erfahrungen und Ansichten der Nutzer gegenüber digitalen Gesundheitsangeboten.

Die objektiven Dimensionen und Wechselwirkungen werden in den folgenden Kapiteln anhand einer Literaturrecherche analysiert und diskutiert. Aufgrund der bereits angesprochenen sehr geringen Anzahl verfügbarer Quellen, die das Problemfeld der digitalen Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen direkt und detailliert behandeln, werden Erkenntnisse aus parallelen Arbeitsgebieten herangezogen und auf die Anwendung im Rahmen dieser Masterarbeit adaptiert.

Basis der Betrachtungen sind die Einführung in die Themenfelder Arbeitslosigkeit, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (Kapitel 3) sowie die Erörterung des Standes der Digitalisierung in diesem Bereich, vor allem mit Blick auf die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen (Kapitel 3.2.2 und 5). Im Fokus stehen dabei die Ableitung von Zielen und Wirksamkeitskriterien für digitale Gesundheitsangebote (Kapitel 4) sowie von Erreichbarkeits-strategien für die Zielgruppe (Kapitel 7). Die subjektiven Dimensionen der Zugänge arbeitsloser Menschen zu digitalen Gesundheitsangeboten werden im Rahmen dieser Arbeit anhand einer selbst entwickelten und durchgeführten Expertenbefragung erhoben und analysiert (Kapitel 8), da hierzu kaum verwertbare Literatur mit praktischem und direktem Bezug zum Thema vorliegt. Aus diesen Erkenntnissen werden Handlungsempfehlungen (vgl. Kapitel 9) abgeleitet. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der optimalen Gestaltung der Zugänge, um das Potenzial der Angebote und die beabsichtigte Wirkung voll auszuschöpfen.

Der Mehrwert dieser Masterarbeit liegt zum einen in der Verknüpfung und Übertragung der Erkenntnisse aus den benachbarten Disziplinen (Kapitel 3 bis 7) vor allem auf die objektiven Dimensionen der Zugänge. Zum anderen trägt die Arbeit mit den Ergebnissen zu den subjektiven Erwartungshaltungen und dem Vergleich zwischen den verschiedenen Befragungsgruppen dazu bei, bereits in der Konzeptionierung und Planung zukünftiger digitaler Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen deren Bedürfnisse und Zugangsverhalten besser zu berücksichtigen.

3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Die folgenden Abschnitte vermitteln ein Grundverständnis für die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung. Dabei wird die Zielgruppe arbeitsloser Menschen charakterisiert, und ihre Bedarfe zum Erhalt und zum Ausbau der Gesundheitskompetenz werden abgeleitet. Anschließend wird der Stand der Digitalisierung von Angeboten in diesem Sektor dargestellt.

3.1 Eingrenzung der Zielgruppe durch den Status "Arbeitslosigkeit"

Massenarbeitslosigkeit und soziale Ungleichheit sind seit Jahrzehnten gesellschaftliche Realität in Europa und Deutschland. Trotz vieler sozialer Sicherungssysteme und einer gut ausgebauten Wohlfahrtspflege können die davon betroffenen Menschen nicht in gleichem Maße an Bildung, Gesundheit und Wohlstand teilhaben wie andere Bevölkerungsteile (Promberger 2008). Eine sehr große und sehr vielschichtige Gruppe davon sind arbeitslosen Menschen. Derzeit gibt es ungefähr 2,7 Mio. arbeitslos gemeldete Personen in Deutschland (Abbildung 3, S. 8). Weitere 1,97 Mio. Menschen sind als erwerbslos eingestuft und erhalten keinen Leistungsbezug durch die Bundesagentur für Arbeit oder durch das Jobcenter. Die Zahl der Erwerbslosen erreichte im August 2020 mit fast 2 Mio. Menschen ihren Höchstwert seit 2014 (DESTATIS 2021c).

Der Begriff "Arbeitslosigkeit" ist vielschichtig, jedoch hinter der umgangssprachlichen Fassade weder einheitlich noch eindeutig definiert. Pauschal versteht man Arbeitslosigkeit als Zustand ohne eine bezahlte oder lohnsteuerpflichtige Beschäftigung, verbunden mit einem Anspruch an Lohnersatzleistungen. Ausgenommen davon sind Kinder, Studenten, Rentner und Auszubildende, sowie Eltern in Elternzeit.

Der Status "Arbeitslosigkeit" wird festgestellt, wenn die betroffenen Menschen unfreiwillig arbeitslos sind, ihre Arbeitskraft jedoch anbieten und auch entsprechend passende Arbeitsangebote annehmen. Laut den Resolutionen der internationalen Arbeitsorganisation (IAO), der Europäischen Union (EU) und dem Sozialgesetzbuch (SGB) in Deutschland, gelten drei Kriterien, die arbeitslose Menschen erfüllen müssen, um den Status "arbeitslos" zu erhalten und laut Sozialgesetzbuch (§ 16 Absatz 1 SGB III) einen Anspruch auf Arbeitslosengeld zu erlangen:

- 1. Sie stehen (vorübergehend) nicht in einem Beschäftigungsverhältnis.
- 2. Sie suchen eine versicherungspflichtige Beschäftigung und stehen dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung.
- 3. Sie haben sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet.

Differenzierungen im Status werden innerhalb des SGB III durch Altersabgrenzung, Beschäftigungslosigkeit, Arbeitssuche, Eigenbemühungen, Verfügbarkeit und Zeitraum der Arbeitslosenmeldung vorgenommen.

Aus dem Anteil der Erwerbsfähigen werden die Erwerbstätigen und die Erwerbslosen differenziert. Auch zwischen den Begriffen "erwerbslos" und "arbeitslos" gibt es Unterschiede in der Erfassung und Definition. Die Unterscheidung ergibt sich anhand der erfassten Angaben täglicher Arbeitsstunden.

Wer weniger als 15 Stunden am Tag erwerbstätig ist, gilt gemäß Bundesagentur für Arbeit (BA) als arbeitslos (BA 2021a). Wer weniger als 1 Stunde am Tag arbeitet ist, nach Angaben der IAO arbeitslos (DESTATIS 2021b). Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der erfassten Arbeitslosenzahlen von 2008 bis 2019.

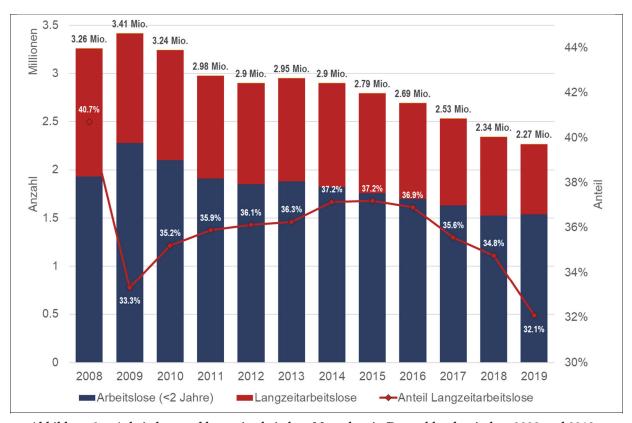


Abbildung 3: Arbeitslose und langzeitarbeitslose Menschen in Deutschland zwischen 2008 und 2019 (Bersheim 2020)

Wer länger als ein Jahr arbeitslos gemeldet ist, gilt laut § 18 Absatz 1 SGB III als langzeitarbeitslos und erhält neben der Auszahlung von Hartz-IV-Leistungen weiterführende Betreuungs- und Vermittlungsleistungen von Jobcentern. Diese teilen sich bundesweit in gemeinsame Einrichtungen und kommunale Einrichtungen, mit derzeit 303 Häusern in 105 Standorten auf. Derzeit betreuen die kommunalen Einrichtungen ca. 1,5 Mio. langzeitarbeitslose Kunden, integrieren ca. 250.000 Kunden in nachhaltige Jobs und sind für mehr als 22 Mio. Einwohner im gesamten Bundesgebiet zuständig (BA 2015). Jährlich werden in der Statistik mehr als 30 % aller arbeitslosen Menschen (ca. 2,3 Mio. im Jahr 2019) in Deutschland als "langzeitarbeitslos" geführt. Die Abbildung 3 zeigt die enorme Größe der gesamten Zielgruppe. Obwohl die Zahl der insgesamt gemeldeten arbeitslosen Menschen seit 2009 von 3,51 Mio. auf 2,27 Mio. Leistungsbezieher im Jahr 2019 gesunken ist, bleibt die Zahl der langzeitarbeitslosen Menschen hoch (Bersheim 2020).

In dieser Arbeit werden neben den "arbeitslosen Menschen" auch "Erwerbslose" genannt. Dies dient lediglich der Vollständigkeit in der Beschreibung der Zielgruppe und soll signalisieren, dass die Zielgruppe weitaus größer ist als die Statistik der Agentur für Arbeit vorlegt (BA 2021a).

In den folgenden Kapiteln beziehen sich die Analysen zunächst grundsätzlich auf arbeitslose Menschen. Dabei wird oft die Teilgruppe "Langzeitarbeitslose" hervorgehoben. Diese Gruppe ist besonders wichtig, da sie einen wesentlichen Teil der Zielgruppe abbilden und durch die Jobcenter, also die administrativen Stellen für die Arbeits- und Beschäftigungsförderung, in besonderer Weise "intentionell" begleitet werden.

3.1.1 Gesundheitsstatus arbeitsloser Menschen

Arbeitslose Menschen gelten aufgrund verschiedener risikobehafteter Aspekte als stärker gesundheitsgefährdet als berufstätige Menschen (Kroll et al. 2016; Lampert et al. 2018). Dieses Kapitel stellt wichtige Ergebnisse ausgewählter Studien zur Arbeits- und Gesundheitsforschung sowie weitere Risikofaktoren für die Zielgruppe vor. Anschließend wird der Bezug zur Thematik der Zugänge zu digitalen Angeboten hergestellt.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Grobe und Schwartz 2003) auf Grundlage der Daten aus dem Gesundheitssurvey 1998 stellt aus sozio-ökonomischer Sicht fest, dass Arbeitslosigkeit finanzielle und materielle Verluste mit sich bringt, die langfristig bei den meisten Betroffenen in Armut und prekären Lebenssituationen enden. Neben negativen Auswirkungen auf die Wohnsituation sind davon auch die Lebenszufriedenheit und die soziale Teilhabe betroffen. Arbeitslosigkeit bedeutet demnach für die meisten Menschen weniger soziale Kontakte und auch sukzessive weniger Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als berufstätige Menschen zu haben. Betroffene schätzen ihre Lebensqualität schlechter ein als Berufstätige.

Arbeitslose Menschen erkranken häufiger und schwerer (Grobe und Schwartz 2003) und haben eine höhere Mortalitätsrate als erwerbstätige Menschen (Grigoriev et al. 2019). Sie weisen regelmäßig einen schlechteren Gesundheitszustand, geringere Gesundheitsressourcen und größere gesundheitliche Probleme auf als Erwerbstätige (Kroll et al. 2016). Die Abbildung 4 (Seite 10) stellt diesen Zusammenhang in Abhängigkeit vom Alter der Betroffenen sowie von der Dauer der Arbeitslosigkeit dar. Arbeitslose Menschen fühlen sich in der Regel kranker als berufstätige Menschen. Studien zum gesundheitsbezogenen Verhalten zeigen zudem, dass arbeitslose Menschen weniger auf gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung achten, und dass sie mehr Suchtmittel konsumieren als berufstätige Menschen (Grobe und Schwartz 2003).

Bereits 1933 haben die Soziologen Marie Jahoda und Paul Felix Lasarzfeld in ihrer Studie "Die Arbeitslosen von Marienthal" die vielschichtigen und tiefgreifenden sozio-psychologischen Veränderungen durch anhaltende Arbeitslosigkeit der Fachöffentlichkeit belegbar gemacht (Jahoda et al. 2012). Sie verdeutlichen, dass Arbeitslosigkeit nicht zur Revolte, sondern zur passiven Resignation führt. Je länger die Arbeitslosigkeit anhält, desto mehr nehmen Zuversicht und positive Zukunftsgedanken ab und umso höher ist das Risiko, dauerhaft psychisch oder physisch zu erkranken. Unter vielen anderen Forschungen zu den Zusammenhängen von Arbeitslosigkeit und Krankheit hat das Robert-Koch-Institut in mehreren seiner jährlichen Gesundheitsberichterstattungen anhand der Auswertung von Krankenkassendaten Belege gewonnen, dass Arbeitslosigkeit ursächliche Wirkungen auf das Entstehen ernsthafter Erkrankungen hat (Grobe und Schwartz 2003).

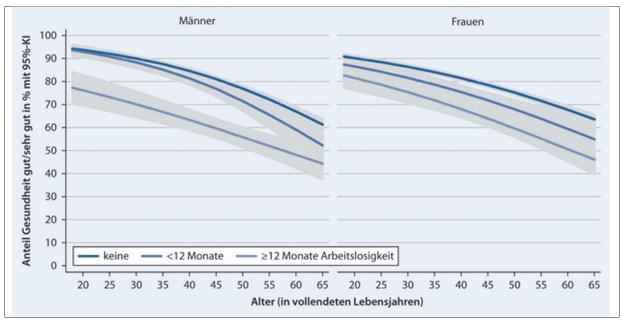


Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und subjektiver Gesundheit im Altersgang.

Datenbasis: GEDA 2010, 2012 (Kroll et al. 2016)

Daher lassen sich die gesundheitspolitischen Probleme und Herausforderungen für benachteiligte Menschen, und damit auch für die Zielgruppe arbeitsloser Personen für den analogen, wie für den digitalen Raum wie folgt beschreiben:

- 1. Besonders große Gesundheitsprobleme und erschwerter Zugang stellen ein signifikantes Missverhältnis dar (umgangssprachlich "schwer erreichbare Zielgruppen").
- 2. Soziale und gesundheitliche Unterschiede verschärfen sich, weil Angebote die unterschiedlichen sozialen Lagen nicht erkennen, oder nur über "Komm-Strukturen" abzubilden versuchen. Es entstehen "blinde Flecken".
- 3. Es besteht die Gefahr der Stigmatisierung durch die Feststellung von Bedarfen, die ausschließlich aus "Expertenperspektiven" stammen und in drohender Bevormundung resultieren.

Mittlerweile gilt den (langzeit-)arbeitslosen Menschen in vielerlei Hinsicht eine größere arbeitsmarktpolitische und mittlerweile auch gesundheitspolitische Aufmerksamkeit. Dies ist sicher in der nach wie vor hohen Zahl der Betroffenen – 2020 waren es mehr als 800.000 Menschen (BA 2021b) – und dem nachweislich besonders hohen Risiko gesundheitlicher, ökonomischer und kultureller Nachteile begründet.

3.1.2 Eingrenzung der Zielgruppe

Arbeitslosigkeit durchzieht alle Gesellschaftsschichten und tangiert gesellschaftliche Trends, wie z. B. die demografische Entwicklung, die Mobilität und auch die Digitalisierung. In der Forschung werden, je nach Perspektive und Fokus verschiedene Arten von Arbeitslosigkeit unterschieden, denen jeweils verschiedene Ursachen und Risikofaktoren zugrunde liegen (Oschmiansky 2020). Zwei dieser Formen werden im Folgenden näher erläutert, da sie für die Eingrenzung der Zielgruppe relevant sind:

- a) Konjunkturelle Arbeitslosigkeit
- b) Strukturelle Arbeitslosigkeit

Konjunkturelle Arbeitslosigkeit ist eine Form der Arbeitslosigkeit, die durch zyklische Schwankungen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und die dabei auftretenden Nachfrageschwankungen und Produktionsrückgänge vor allem in Rezessionsphasen verursacht wird. Sie kann ohne entsprechendes Gegensteuern der Gesellschaft schnell zu Massen- und in der Folge auch zu Langzeitarbeitslosigkeit führen kann (bpb 2016). Damit stellt die konjunkturelle Arbeitslosigkeit eine wesentliche Ursache für den Status vieler Personen in der Zielgruppe dar, was bei der Diskussion und Erarbeitung geeigneter Angebote zur Gesundheitsförderung zu berücksichtigen ist.

Strukturelle Arbeitslosigkeit steht in der Regel im Zusammenhang mit großen räumlichen und damit verbundenen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Strukturveränderungen. Sie wird in der Fachliteratur (Oschmiansky 2020) oft in weitere Segmente unterteilt. Um die Zielgruppe, die in dieser Arbeit angesprochen wird, einzugrenzen, spielen auch die strukturellen Typen der Arbeitslosigkeit und die Ursachen eine wichtige Rolle. Strukturelle Arbeitslosigkeit kann nach sektoralen, regionalen, technologischen oder qualifikationsspezifischen Ursachen differenziert werden. So hat zum Beispiel in den neuen Bundesländern das Wegbrechen oder Verlagern ganzer Wirtschaftssektoren nach der politischen Wende 1989/90 eine immense Rolle bei der Verstetigung von Arbeitslosigkeit, vor allem in ländlichen Räumen, gespielt. Eine Umorientierung von primären Sektoren wie Landwirtschaft, Fischerei oder Handwerk hin zu sekundären und tertiären Wirtschaftsbereichen nach der politischen Wende 1989 bis 1990 und damit auch in die Kommunikations- und Wissensgesellschaft, ist bis heute nicht überall abgeschlossen.

Die teilweise fehlenden Anpassungsprozesse breiter Personengruppen an die aktuellen wirtschaftlichen Tätigkeiten und die unzureichende berufliche (Weiter-)Qualifizierung sind Hauptursachen langanhaltender, struktureller Arbeitslosigkeit in Deutschland (Röbenack 2020). Am Beispiel der diesbezüglich gut vergleichbaren Flächenländer Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (M-V) lässt sich die Entwicklung der lang-anhaltenden Arbeitslosigkeit (Abbildung 5, S. 12) nachvollziehen. Beide Länder weisen durchweg Arbeitslosenquoten weit über dem Durchschnitt Gesamtdeutschlands auf.

Arbeitslosigkeit ist in ihren Ursachen und vor allem ökonomischen, sozialen und auch gesundheitlichen Wirkungen ein vielschichtiges Phänomen. Dies spiegelt sich in den monatlichen Quoten und Statistiken nur unzureichend wider. Die große Gruppe arbeitsloser Menschen ist höchst heterogen, der unterschiedliche Status ist nur ein Merkmal dieser Vielschichtigkeit.

Der Digitalisierung kommt mittlerweile ebenfalls eine erhebliche Bedeutung zu; mit teils gravierenden Folgen für die digitale Spaltung, besonders in ländlichen Räumen. Das Arbeiten im digitalen Zeitalter, auch "Arbeiten 4.0" genannt, ist ohne ein funktionierendes Internet ein großes strukturelles Problem. Dies sei an dieser Stelle erwähnt, da ländliche Regionen besonders stark von struktureller Arbeitslosigkeit betroffen sind (vgl. Abbildung 5, S. 12 & Abbildung 6, S. 13). Negative Auswirkungen für die Betroffenen können kumulieren (Arnold et al. 2016). Ein defizitär ausgebautes Breitbandnetz könnte die Erreichbarkeits-defizite der Zielgruppe verschärfen.

In der Folge können in Regionen mit mangelhaftem Internetausbau beispielsweise Berufe mit Telearbeitsanteilen nicht wahrgenommen werden, dies hat negative Auswirkungen auf die Berufswahl und auf andere Lebensbereiche, wie auf die Gesundheitsversorgung. Auch digitale Angebote, z. B. Videosprechstunden mit dem Hausarzt oder Online-Therapien stellen dann keine Alternative zu analogen Angeboten dar. Gesundheitsvorsorge und -versorgung sind benachteiligt.

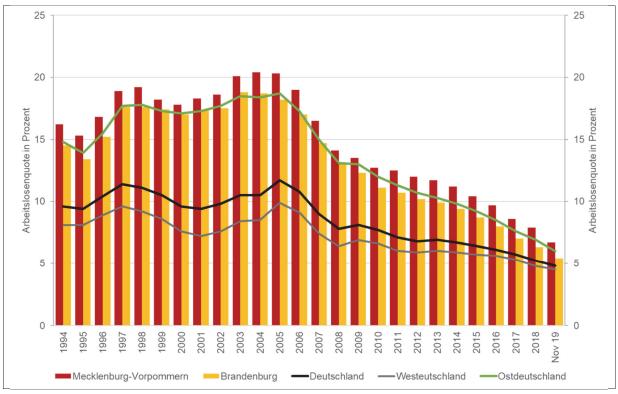


Abbildung 5: Entwicklung der Arbeitslosigkeit in M-V und Brandenburg von 1994 – 2019 nach (Röbenack 2020)

Auch durch diese anhaltenden strukturellen Herausforderungen im ländlichen Bereich wird zunehmend eine Anpassungsfähigkeit von den Betroffenen gefordert, die aus der sich ständig verändernden Wirtschaftsstruktur und neuen technologischen Entwicklungen erwächst. Da in einigen Fällen die persönliche Weiterentwicklung, berufliche Neuorientierung oder Fortbildung mit diesen Anforderungen nicht (mehr) schritthält, kann dies als eine der möglichen Ursachen für Langzeitarbeitslosigkeit in diesen Regionen interpretiert werden und sollte folglich bei der Erarbeitung passgenauer digitaler Angebote zur Gesundheitsförderung und der Berücksichtigung geeigneter Zugänge mitbetrachtet werden (Arnold et al. 2016; Röbenack 2020).

Verschärft werden die Probleme arbeitsloser Menschen vor allem in den ländlichen Regionen wie Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern zudem durch den schleppenden Ausbau schnellen Internets. Dadurch kommt es, zu teils großen persönlichen Einschränkungen, auch im Bereich der digitalen Gesundheitsversorgung.

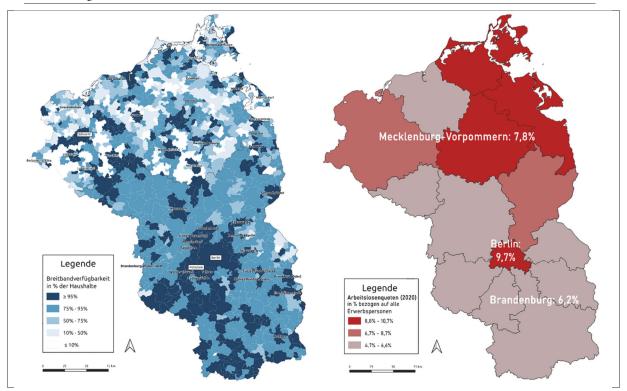


Abbildung 6: Breitbandausbau (≥ 16 Mbit/s in privaten Haushalten) und Arbeitslosenquoten im Jahr 2020 in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg

Daten nach (BA 2021b; BMVI 2021)

3.2 Gesundheitsförderung

Arbeitslosigkeit ist zugleich Ursache und Folge gesundheitlicher Probleme. Vor allem Langzeitarbeitslose Menschen sind von schweren gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Zwei Drittel der institutionell vom Jobcenter betreuten Menschen haben mindestens eine gesundheitliche Problematik (Schubert 2010; Steffens und Weber 2018). Dies zeigt die besondere Bedeutung einer zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung, auch vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Besonderheiten der arbeitslosen Menschen (vgl. Kapitel 3.1). Im Folgenden werden die wichtigsten Ansätze der Gesundheitsförderung vorgestellt und deren Bedeutung auf die Zugangsthematik und die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen reflektiert.

Gesundheitsförderung ist als Prozess definiert, der allen Menschen ein höheres Maß an Gesundheit und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll: "Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können" (WHO 1986).

Diese Definition umfasst ein Verständnis von Gesundheitsförderung (englisch: health promotion) das seit 1977 während der "Internationalen Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung in Alma Ata (frühere UdSSR) und 1986 im Rahmen der internationalen gesundheitspolitischen Diskussionen in Ottawa von der World Health Organization (WHO) in ein bis heute gültiges Grundsatzdokument gefasst wurde (WHO 1978, 1986).

Laut dieser Definition stellt die Gesundheitsförderung ein Handlungskonzept mit verschiedenen Ebenen dar, um allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Blümel et al. 2018). Die Strategien der Stärkung des Gesundheitspotenzials umfassen einerseits die Unterstützung der individuellen gesundheitlichen und sozialen Kompetenzen und Entfaltungsmöglichkeiten sowie andererseits die strukturelle und politische Unterstützung, z. B. durch die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten. Damit ist Gesundheitsförderung als multisektorale gesellschaftliche Aufgabe zu verstehen, die über die politischen Entscheidungsbereiche bis in alle gesellschaftlichen Schichten wirken sollte und neben der Entwicklung gesünderer Lebensweisen für ein umfassendes Wohlbefinden sorgt.

Grundlegend für das Verständnis der Aufgabe von Gesundheitsförderung ist das Konzept der Salutogenese, der Lehre der (Wieder-)Herstellung von Gesundheit. Salutogenese ist ebenfalls ein wesentlicher Ansatz der Gesundheitsförderung. Es geht davon aus, das der persönliche Gesundheitszustand jeder einzelnen Person zu jedem Zeitpunkt in einem Kontinuum zwischen vollständigem körperlichem, geistigem und seelischem Wohlbefinden (gesund) und der entsprechenden Missempfindung (krank) verstanden und individuell eingeordnet und bewertet werden kann (Abbildung 7).

Bis Ende der 1970 Jahre dominierte das Konzept der Pathogenese mit dem Ansatz der Prävention, der Vermeidung und Bekämpfung von krankmachenden Risikofaktoren (Abbildung 7). Im Laufe der Jahre haben sich sowohl das Verständnis des Zustandes "gesund" als auch die Konzepte zur Erreichung dieses Zustandes gewandelt. Heute geht man davon aus, dass sich Gesundheit in einem Kontinuum zwischen krank und gesund bewegt und Krankheit und Gesundheit demnach keine starren und unbeweglichen Zustände sind. Auch die weiteren Positionen auf dem Wege zum vollständigen Wohlbefinden für eine nachhaltige Gesundheit mitberücksichtigt werden müssen.

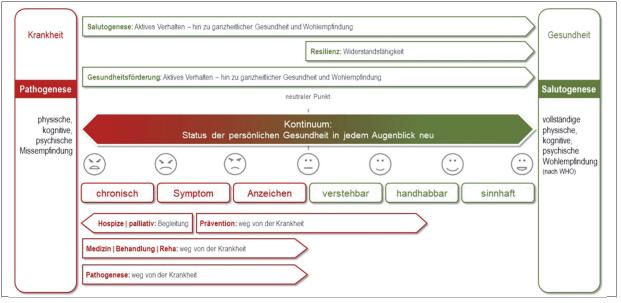


Abbildung 7: Salutogenese vs. Pathogenese verändert nach (TB 2020)

Daher ist für alle Zielgruppen das Konzept der Salutogenese zur Gestaltung der Gesundheitsförderung eine der wichtigsten Grundlagen. Sie umfasst alle aktiven Verhaltensweisen hin zu ganzheitlicher Gesundheit und zum Wohlbefinden der einzelnen Person (Abbildung 7, S. 14). Seit Alma Ata (1977) und der Ottawa-Charta (1986) betrachtet man beide Konzepte als gleichrangig (WHO 1978, 1986). Sie werden in den großen Sektoren Gesundheitsberatung und -aufklärung, Gesundheitserziehung und -bildung, Gesundheitsselbsthilfe und Gesundheitstraining als Partnerkonzepte angewandt.

Mit Fokus auf den Untersuchungen im Rahmen dieser Arbeit geht das Verständnis der Gesundheitsförderung von einem salutogenetischen Ansatz gemäß Abbildung 7 (Seite 14) aus und umfasst damit neben der optimalen Gestaltung von Interventionen zur Heilung von Krankheiten vor allem auch Potenziale, um die Menschen aus der Zielgruppe arbeitsloser Menschen zu befähigen, sich sowohl der Chancen ihre eigene Gesundheit zu verbessern bewusst zu werden, als auch der Möglichkeiten, die sich daraus für sie im Wettbewerb am Arbeitsmarkt ergeben könnten. Darüber hinaus bezieht der Ansatz der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auch die digitalen Gesundheitsförderungsangebote ausdrücklich mit ein. da auch arbeitslose Menschen von den persönlichen Herausforderungen und sozio-kulturellen Veränderungen durch die Digitalisierung betroffen sind.

Nicht alle Menschen können bei der dynamischen Entwicklung in unserer Informations- und Wissensgesellschaft mithalten. Einige, besonders die Gruppe der arbeitslosen Menschen fühlen sich abgehängt oder überflüssig. Vor diesem Hintergrund erhalten die Aspekte Chancengleichheit, Empowerment und Partizipation eine besondere Bedeutung, wenn es darum geht, der oben beschriebenen Zielgruppe bessere Zugänge zur digitalen Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Diese werden im Kapitel 3.2.1 im Zusammenhang mit der Recherche zu sozialen Ungleichheiten und im Kapitel 7 bei der Untersuchung der Erreichbarkeitsstrategien diskutiert. Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) selbst stellt eine weitere Grundlage zur Erreichung dieser und wird im Kapitel 3.3 erörtert.

Auch die Aufgaben der Jobcenter haben sich in den letzten Jahren aus der reinen Eingliederungshilfe und dem Leistungsrecht heraus, zunehmend gewandelt. Neben der Eingliederungshilfe und der Vermittlung in Beschäftigungsmaßnahmen leisten Jobcenter soziale und inzwischen auch gesundheitsförderliche Beratung. Fachkräfte werden explizit geschult, gesundheitsorientierte Beratungsgespräche mit Ihren "Kunden" durchzuführen. Ziel der Beratung ist, die Betroffenen für Themen und Inhalte der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, damit sie wieder Fuß auf dem Arbeitsmarkt fassen können. Dafür entwickelten Krankenkassen und Arbeitsagenturen bereits 2012 eine interessante Strategie. Um die arbeitslosen Menschen überhaupt auf Angebote der Gesundheitsförderung aufmerksam zu machen, werden diese in den Beschäftigungsmaßnahmen, die vom Jobcenter vermittelt werden, regelmäßig mit angeboten. So kann eine vergleichsweise hohe objektive Erreichbarkeit gewährleistet werden. Um die Akzeptanz gesundheitsförderlicher Angebote im Setting der Jobcenter zu erhöhen, entstand das Kooperationsprojekt JobFit. Das Kursprogramm "Stressfaktor Arbeitslosigkeit" konnte guter Teilnehmerzahlen erreichen und wirkt nachhaltig, in dem die Nutzer angeben, dass es ihnen auch sechs Monate nach Ende des Angebots besser ginge (Müller-Gesser 2019).

3.2.1 Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung für benachteiligte Zielgruppen

Arbeitslose Menschen sind in vielfältiger Weise benachteiligt (Steffens und Weber 2018). Die Forschung zur gesundheitlichen Chancengleichheit für benachteiligte Zielgruppen hat sich, vor allem aufgrund der belegbaren Negativspirale zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheitsentwicklung (Kapitel 3.1.1) in den vergangenen 20 Jahren auch in Deutschland zu einer ernst genommenen Querschnittsanforderung der Gesundheitsforschung sowie der Gesundheits- und Bildungspolitik entwickelt.

Die aus der Ungleichheitsforschung hervorgegangene soziallagenbezogene Gesundheitsförderung stützt sich auf das mehrdimensionale Lagenkonzept sozialer Strukturen (Hradil 1987). Sie stellt vor diesem Hintergrund Menschen und Bevölkerungsgruppen in den Mittelpunkt, die von vertikaler sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sind. In der Gesundheitsförderung und in der Gesundheitspolitik sind bestimmte Gruppen als vulnerabel definiert. Das GKV-Bündnis (GKV et al. 2018) nennt dazu:

- Arbeitslose Menschen
- werdende, junge Familien und Alleinerziehende
- Menschen mit Migrationshintergrund
- Menschen mit Behinderungen
- Ältere Menschen
- Pflegebedürftige Menschen
- Menschen mit Suchtbelastungen
- Kinder aus suchtbelasteten Familien
- anerkannte Flüchtlinge
- junge Erwachsene ohne Schulabschluss/ohne Berufsausbildung.

Die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung setzt an den belastenden Lebensumständen und gesundheitlichen Risiken an, denen diese Personen besonders stark ausgesetzt sind und verbindet lebensweltbezogene Ansätze, also Verhältnisprävention, mit individuellen Ansätzen zur Verhaltensveränderung (BMG 2019a). Damit wird versucht, diejenigen Menschen zu einem positiveren Gesundheitsbewusstsein und -handeln zu befähigen, die aus strukturellen, kulturellen oder individuellen Gründen kaum oder gar keinen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheit und Teilhabe haben. Für die Praxis stellt der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) praxisbezogenen Good-Practice-Kriterienkataloges ein Qualitätsinstrument für die Arbeit mit vulnerablen Zielgruppen zur Verfügung (KGC 2017). Unter anderem, werden Partizipation und Empowerment, aber auch der Settingansatz und das Multiplikatorenansatz als Qualitätskriterien für soziallagenbezogene Maßnahmen und Projekte beschrieben und im Rahmen dieser Arbeit als eine wichtige theoretische Grundlage einbezogen.

Der Begriff "Ungleichheit" bezeichnet in den Sozialwissenschaften Besser- bzw. Schlechterstellungen zwischen einzelnen Menschen oder Personengruppen (Hradil 2012). Dazu kommt es, wenn die Ausstattung der Menschen mit bestimmten Ressourcen aus besonderen Gründen dazu führt, dass einzelne Personengruppen regelmäßig bessere Lebens- und Verwirklichungschancen haben als andere. Als soziale Ungleichheit gelten auch Vor- oder

Nachteile (zum Beispiel regelmäßig unterschiedliche Anteile an den "wertvollen Gütern einer Gesellschaft"), die Menschen aufgrund ihrer Position in sozialen Beziehungsgefügen haben. (Hradil und Schiener 2005). Dazu zählt auch und vor allem das Gut der Gesundheit. Aus diesen Diskrepanzen erwächst eine andauernde und vielschichtige Disposition der Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben. (Blümel et al. 2018). Diese Menschen sind zudem oder aufgrund dessen überdurchschnittlich gefährdet und gelten als vulnerabel, also als besonders verletzlich.

Unterschiedliche Gesundheitschancen oder ein ungleicher Zugang zu Gesundheit sowie eine ungerechte Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken werden der sogenannten gesundheitlichen Ungleichheit, oder gesundheitlicher Benachteiligung, zugeordnet (Weyers et al. 2007). Die betroffenen Personen sind oft mehrdimensional sozial und gesundheitlich benachteiligt. Diese Benachteiligung kann aufgrund eines niedrigen sozio-ökonomischen Status' (Bildung, Einkommen, berufliche Stellung) entstehen, aber auch aufgrund des Geschlechtes, des Alters, des ethnischen Hintergrunds oder des Familienstands (Kreckel 2004).

Ein differenziertes Bild der Chancengleichheit in unserer Gesellschaft zeigt auch die derzeitige Situation der digitalen Teilhabe. Denn der uneingeschränkte Zugriff zur digitalen Welt und die damit verbundenen Privilegien (Seeger 2008), die viele Internetnutzer für ihr Alltags- und Berufsleben zu nutzen wissen, ist für ein große Personengruppe in unserer Gesellschaft nicht uneingeschränkt und vorteilhaft möglich. Dazu gehören z. B. Menschen mit Behinderung, das sind ca. 7,9 Mio. Menschen in Deutschland, ältere Menschen über 70 Jahre mit einem Anteil von ca. 20 % in unserer Gesellschaft sowie Menschen, die einen schlechteren sozio-ökonomischen Status haben, wie beispielsweise arbeitslose Menschen (Jäckel 2011). Bildungsvoraussetzungen und Sozialisationsbedingungen sind die entscheidenden Rahmenbedingungen für unterschiedliche Medienzugänge und die Verteilung von Wissensbeständen in der Bevölkerung. Dies zeigen Untersuchungen aus der Wissenskluftforschung (Jäckel 2011). Personengruppen mit formal höherer Bildung tendieren demnach zu einer schnelleren Aneignung von Informationen als andere Personengruppen mit geringer Bildung.

Daraus leitete man eine Übertragung einer sozialen Ungleichheit und eine wachsende Kluft zwischen den sozialen Schichten ab. In einem ähnlichen Zusammenhang entstand in den 1990er Jahren in den USA der Begriff des "Digital Divide" (Digitale Spaltung) der die unterschiedliche Verfügbarkeit des Internets und der dazugehörigen Hardware als Phänomen sozialer Ungleichheit unterstellte (Cornejo Müller et al. 2020). Da die Ressource Internet allerdings inzwischen relativ gleich verteilt ist (vgl. auch Abbildung 15, S. 36), wird deutlich, dass sich der Digital-Divide-Begriff auf die persönlichen Wissensbestände und individuellen digitalen Kompetenzen ausweitet und hier eine zunehmende Ungleichheit in der Bevölkerung zu beobachten ist (Cornejo Müller et al. 2020). Diese Ungleichheit bezieht sich nicht vornehmlich darauf, dass Menschen mit geringerer Bildung weniger Informationen aus dem Internet aufnehmen. Es wird vielmehr deutlich, dass durch die unterschiedlichen Bildungsvorrausetzungen der persönliche Profit aus den angeeigneten Wissensbeständen innerhalb der sozialen Schichten zunehmend stärker auseinander differiert und hier die Ungleichheiten wachsen (Seeger 2008).

Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau und geringem Einkommen können demnach die Chancen, welche durch die wachsende Digitalisierung z.B. im Gesundheitsbereich entstehen, aufgrund der schlechteren persönlichen Voraussetzungen weniger vorteilhaft nutzen (Seeger 2008). Hintergrund dieser These ist die Annahme, dass der persönliche Zugewinn, der durch die Nutzung des Internets und die Aneignung, bzw. Anwendung von Informationen entstehen kann, auch maßgeblich von den individuellen Kompetenzen, wie der digitalen Kompetenz und der Gesundheitskompetenz der Nutzer abhängt. Sie sind oft aufgrund weniger gut ausgebildeten digitalen Kompetenzen den steigenden Anforderungen, die die Digitalisierung mit sich bringt, kaum gewachsen (Cornejo Müller et al. 2020).

Verschiedene internationale Studien konnten Zusammenhänge zwischen Bildungsgrad und Häufigkeit der Nutzung von z. B. Gesundheits-Apps herstellen (Bol et al. 2018). In den USA konnte nachgewiesen werden, dass Personen mit niedrigerem Bildungsgrad oder mit Migrationshintergrund weniger digitale Gesundheitsanwendungen nutzen als Menschen mit Universitätsabschluss. Darüber hinaus wurden in einigen Studien Zusammenhänge zwischen der Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen und der individuellen Gesundheitskompetenz belegt.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es beträchtliche Unterschiede in der Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten gibt (Schaeffer et al. 2016). Einerseits kann die Digitalisierung ein großes Potenzial für die Gesundheitsversorgung darstellen, andererseits lassen sich für eine effiziente Nutzung der digitalen Lösungen auch neue Herausforderungen der Gesundheitsförderung ableiten, alle Bevölkerungsgruppen daran gleichberechtigt teilhaben zu lassen.

3.2.2 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V

Der folgende Abschnitt umreißt den formalen Rahmen der Gesundheitsförderung und die wichtigsten inhaltlichen Rahmenbedingungen für die digitalen Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen. Die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung orientieren sich eng an den Kriterien der Prävention und dem dafür entwickelten formellen Handlungsrahmen; dem Präventionsgesetz (PrävG). Das PrävG trat zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention 2015 in Deutschland in Kraft (BMG 2019b). Im Rahmen der Primärprävention werden nach §§ 20-24 SGB V die Ursachen von Erkrankungen bekämpft, bevor diese entstehen. Alle Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung werden durch § 20 SGB V geregelt.

Den inhaltlichen Rahmen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung stellt der "Leitfaden Prävention" dar, der im Jahr 2020 vom GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Krankenkassenverbänden auf Bundesebene überarbeitet wurde (GKV 2020b).

Er gibt einen Überblick über die Ziele der Prävention, über verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen sowie Möglichkeiten der lebensweltbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 4 Nr. 1 SGB V:

- Bewegungsgewohnheiten und Reduzierung von Bewegungsmangel und Vorbeugen von gesundheitlichen Risiken durch spezielle Bewegungsförderungsangebote
- Ernährung mit Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung sowie Reduktion von Übergewicht
- Stressmanagement mit den Präventionsprinzipien Förderung von Stressbewältigungskompetenzen und Entspannung
- Suchtmittelkonsum und Förderung des Nichtrauchens und gesundheitsgerechter Umgang mit Tabak und Alkohol, sowie Drogen
- Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V
- Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V

Die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung deckt in diesen Handlungsfeldern eine Bandbreite an Handlungsmöglichkeiten und Maßnahmen ab, die auch für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen zahlreiche Ansätze der Gesundheitsförderung auf individueller und struktureller Ebene biete könnte. Der GKV-Präventionsbericht (Bauer et al. 2020) listet jährlich die Maßnahmen in den einzelnen Lebenswelten, z. B. Kitas, Schulen, Arbeitslosenprojekte in Jobcentern auf, stellt Leuchtturmprojekte der Bundesländer vor und differenziert nach den einzelnen vulnerablen Zielgruppen. Zwischen 2018 und 2019 konnten zwar ca. 1,8 Mio. Personen als Teilnehmer in Maßnahmen gezählt werden und ein Anstieg der Teilnahmen an individuellen Präventionskursen um ca. 100.000 im analogen Bereich dokumentiert werden (Bauer et al. 2020), jedoch gehen daraus keine konkreten Teilnehmerzahlen für arbeitslose Menschen hervor oder Hinweise darauf, welche Wirkungen diese Maßnahmen hatten. Differenziert man die Handlungsfelder und die dort angebotenen Maßnahmen, sind es Bewegungsangebote (> 1,22 Mio.), gefolgt von Entspannung und Stressmanagement (514.285) sowie Ernährung (46.327) und Suchtmittelkonsum (8.552). Diese Daten verdeutlichen ein Ungleichgewicht der Nutzung und der Zahl der Angebote. Leider lässt der GKV-Präventionsbericht (Bauer et al. 2020) offen, welche Gründe für das große Ungleichgewicht zwischen den handlungsfeldbezogenen Angeboten vorliegen. Vermutet werden könnten:

- eine unterschiedliche Nachfrage durch die Teilnehmenden,
- unterschiedliche Trainer/innen-Kapazitäten und
- verschiedene altersspezifische Nachfrage bestimmter Kursangebote.

Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde 2019 auch der Digitalisierung von Gesundheitsförderungsangeboten formal der Weg geebnet. Für die Praxis bedeutet dies, dass digitale Kurse ebenso gefördert und abgerechnet werden können, wie analoge Maßnahmen, solange sie die Anforderungen des Präventionsleitfadens erfüllen. Damit sind die formalen Bedingungen für digitale Produkte der Gesundheitsförderung gegeben. Dies könnte sich positiv auf die digitalen Angebote der Krankenkassen und speziell auch auf die Ansprache spezifischer Zielgruppen auswirken.

Die Datenrecherche zur Verfügbarkeit digitaler Angebote zeigt, dass zwar die Krankenkassen vor allem seit Anfang 2019 ihr digitales Angebot stark ausgebaut haben (TK 2018), sind wenig Angebote aufgeführt, die konkret vulnerable Zielgruppen wie arbeitslose Menschen ansprechen (AOK-BV 2020). Die Abbildung 8 illustriert dies deutlich.

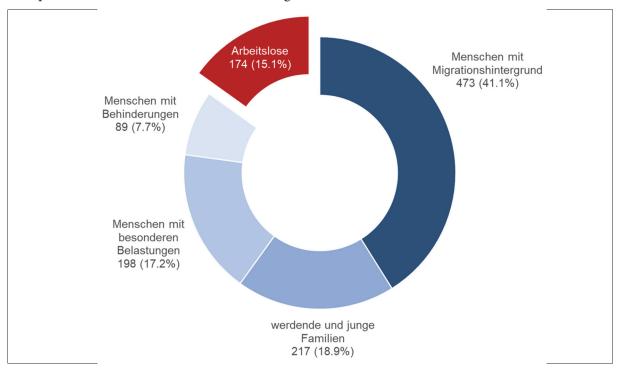


Abbildung 8: zielgruppenspezifische Angebote der GKV im Jahr 2018

Daten nach (AOK-BV 2020)

In den gesetzlichen Krankenkassen stellt die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen mit ca. 3,83 Mio. Versicherten aus dem SGB III und SGB II Bereich einen hohen Anteil dar. Beispielsweise führt der AOK-Qualitätsbericht Prävention 2020 (AOK-BV 2020) auf, dass im Jahr 2018 nur 15 % der zielgruppenspezifischen Präventionsprojekte der GKV explizit für arbeitslose Menschen geplant und durchgeführt wurden (Abbildung 8). Eine Begründung für diese niedrige Zahl der Angebote könnte sein, dass grundsätzlich alle Angebote der Krankenkassen auch für arbeitslose Menschen geeignet sein könnten.

Es zeigt sich damit noch ein großes Potenzial in der Präventionsarbeit der Krankenkassen, um zum einen dem sehr hohen Bedarf der Zielgruppe (vgl. Kapitel 3.1und 3.2.1) gerecht zu werden. Zum anderen wird digitalen Angeboten hierfür ein großes Potenzial zugesprochen, diesen Bedarfen zukünftig noch besser gerecht zu werden (Gibbons 2005).

3.2.3 Gesundheitsförderung und Kompetenzgewinn in der digitalen Welt

Die Digitalisierung fordert oft eine grundlegende Anpassung der eigenen digitalen Kompetenzen um auf dem Arbeitsmarkt erfolgreich zu sein (vgl. Kapitel 3.4). Arbeitslose Menschen haben diesbezüglich mehrfache Herausforderungen zu bewältigen. Zum einen gilt es, ihre Gesundheit zu erhalten, um wieder in den Arbeitsmarkt zurück zu finden. Zum anderen sind sie gezwungen, ihre berufsbezogenen und digitalen Kompetenzen auf einem aktuellen Stand zu halten. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit der Querschnittsaufgabe Kompetenzvermittlung in der Gesundheitsförderung.

Besonders (langzeit-)arbeitslose Menschen und andere vulnerable Zielgruppen sollen über Präventionsmaßnahmen erreicht werden und zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit angeregt werden (BMG 2019). Hintergrund der dazu angelegten Förderprogramme ist die Stärkung der gesundheitsbezogenen Kompetenzen, um für den Arbeitsmarkt wieder verfügbar zu sein. Für (langzeit-)arbeitslose Menschen und andere vulnerable Zielgruppen kann dies der einzige Zugang zur Gesundheitsförderung sein. Dieser wird überwiegend von Bildungs- und Arbeitsförderungsprogrammen über die Betreuung vom Jobcenter oder die Agentur für Arbeit realisiert. Formate dafür sind Maßnahmen der Arbeitsförderung und Einzelprojekte. Übergeordnete Ziele sind oft die Erhöhung des Aktivierungsgrades und der Integrationsquote sowie die Senkung der Erkrankungsrisiken, wie ein Projekt zur integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung der Stadt Essen formuliert (Dickersbach et al. 2019; Schwermer 2014). Ähnliche Ziele werden auch im Arbeitslosenprojekt "Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung" in Brandenburg benannt (Kapitel 7.2)

Vor dem Hintergrund digitaler Gesundheitsangebote für die Zielgruppe stellt sich die Frage, ob ein adäquater Zugang zu diesen Angeboten für die Teilnehmer in den Projekten und Förderprogrammen überhaupt möglich ist, und ob diese dazu beitragen, die digitalen Kompetenzen der Menschen an die realen Anforderungen anzupassen.

Obwohl auch Bildungs- und Umschulungsmaßnahmen digitale Formate bereits seit mehr als 20 Jahren nutzen, sind die Angebote für Langzeitarbeitslose, die sich in Beschäftigungs- und Vermittlungsmaßnahmen befinden, überwiegend analog. Etablierte digitale Formate, wie Lernvideos, webbasiertes Lernen oder Simulationen dienen der Vorbereitung auf eine erneute Aufnahme einer regulären Beschäftigung und damit der Wissensvermittlung, dem Umgang mit digitalen Medien allgemein und der Anpassung der persönlichen Fähigkeiten an neue digitale Arbeitsfelder in den Unternehmen (Seyda 2019). Neue Anforderungen in den Arbeitsfeldern fördern die Weiterbildungsbereitschaft und die Bereitschaft mit neuen Technologien umzugehen und sich Kompetenzen anzueignen. Auch die Weiterbildungsbereitschaft von gering qualifizierten Personen steigt mit den Anforderungen im betrieblichen Umfeld. Zu dieser Erkenntnis kommt eine Studie, die sich mit den Potenzialen für gering qualifizierte Menschen in Bezug auf Weiterbildungen beschäftigt (Seyda 2019).

Da unter den langarbeitslosen Menschen auch viele gering qualifizierte Personen sind, lässt sich diese Erkenntnis möglicherweise auch auf die Nutzung digitaler Gesundheitsförderung bei Beschäftigungsträgern übertragen. Sie betreuen die Zielgruppe im Rahmen der Vermittlungsmaßnahmen durch die Jobcenter im großen Umfang. Würden sich diese technische und digital ebenso breit aufstellen und passten ihre Maßnahmen für arbeitslose Menschen der aktuellen digitalen Entwicklung an, könnten auch diese Personen persönlich von dieser Veränderung profitieren. Die Nutzung von digitalen Lehr- und Lernmitteln wird vorrangig zur Vermittlung alltagstauglicher und berufsspezifischer Qualifikationen eingesetzt.

Die Vermittlung von gesundheitsfördernden Kompetenzen wird zwar als Bestandteil von Beschäftigungsmaßnahmen mittlerweile als elementar angesehen, jedoch geschieht dies bislang vorrangig eher analog in Präsenzkursen als mit Hilfe digitale Medienpotenziale dafür könnten sein (Skutta und Steinke 2019):

- Bereitstellung und Anpassung digitaler Formate für gering qualifizierte Menschen
- Entwicklung digitaler Lernbegleiter
- Anpassung von Methodik und Didaktik auf individuelle Förderung
- Einbeziehung der Jobcenter in den Entwicklungsprozess
- Digitale Vernetzung und Förderung allgemeiner und gesundheitsbezogener Kompetenzen

Ein möglicher Grund für den vergleichsweise geringen Anteil digitaler Angebote zur Gesundheitsförderung speziell im sozialen Sektor könnte in der ohnehin langsamen Umsetzung der Digitalisierung in diesem Bereich wie auch in der Wohlfahrtspflege liegen (Skutta und Steinke 2019). Eine andere Erklärung könnte sein, dass die Träger der Maßnahmen aus ihrer Expertise heraus davon ausgehen, dass digitale Formate weniger oder gar nicht für die Zielgruppe geeignet seien. Die Begründung ist, dass viele digitale Programme eine hohe Selbstlernmotivation und Eigenverantwortung erforderten (Robinson et.al, 2015), und dass dies für diese Zielgruppe eine Hürde darstellen könnte. Eine ähnliche Einstellung wurde auch bei Unternehmen und Betrieben festgestellt (Seyda 2019).

In der Praxis werden aber in Bezug auf die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen auch andere Beobachtungen gemacht. Ein bundesweites Projekt mit dem Ziel der "Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt" (GBB 2020c) als bundesweites Modellvorhaben hat in einem Pilotprojekt 2020 "Digitale Gesundheitsangebote für Menschen ohne Arbeit" unter anderem im Bundesland Brandenburg, in Bayern und Nordrhein-Westfalen für arbeitslose Menschen verschiedene Präventionskurse digitalisiert (GBB 2020a). Das Projekt ist Bestandteil einer langfristiger Kooperation zwischen Krankenkassen und Agentur für Arbeit und damit Teil einer Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung in Kooperation mit Arbeits- und Beschäftigungsförderung im gesamten Bundesgebiet seit 2012 (GKV 2020a).

Seit Beginn der Corona-Pandemie 2020 wurden innerhalb des Projektes in mehreren Bundesländern digitale Formate der Gesundheitsförderung in Jobcentern eingesetzt. Digitale interaktive Kurse der Bewegungsförderung, Ernährungsberatung, Achtsamkeit und Stressmanagement wurden gemäß Präventionsleitfaden (GKV 2020b) mit professionellen Trainern in Brandenburg umgesetzt. Die Kurse liefen zwischen Mai 2020 und Dezember 2020 und wurden in zehn Jobcentern im Bundesland für die Teilnehmer bereitgestellt. Trotzdem die Anzahl der Teilnehmer hinter den Erwartungen zurückblieb und das Angebot erst nach einigen Monaten von der Zielgruppe spürbar antizipiert wurde, konnten in Bezug auf die Bewältigung der Anforderungen, die für die Teilnahme an diesen Kursen notwendig waren, positive Entwicklungen registriert werden (GBB 2020b).

Bei einigen Teilnehmern wurde festgestellt, dass vor allem die Regelmäßigkeit der Angebote dazu geführt hat, dass sie sich an das Format gewöhnten und vorhandene Hemmschwellen, wie Probleme mit dem technischen Zugang, Anonymität oder persönliche Distanz zum

Trainer abgebaut wurden. Derzeit konnten noch nicht alle Ergebnisse des Projektes systematisch dokumentiert und ausgewertet werden, jedoch ließen sich erste Wahrnehmungen und Einschätzungen der Teilnehmer aus Feedbacks gewinnen (GBB 2020b).

Es kann festgehalten werden, dass digitale Angebote vor allem in der seit Anfang 2019 umgreifenden Corona-Pandemie für einzelne Personen durchaus geeignet sein können, Alltagsbelastungen besser zu bewältigen und die persönliche Gesundheitskompetenz (vgl. Kapitel 3.3) zu erhöhen. Insgesamt festigen sich Einschätzungen der Projektinitiatoren, dass die Digitalisierung von gesundheitsfördernden Angeboten auf der individuellen Ebene, das Interesse an gesundheitsförderlichen Inhalten unterstützt, digitale Grundlagenkompetenzen stärkt (Kapitel 3.3 und 3.4) und bei regelmäßiger Nutzung der Angebote die Selbstwirksamkeit (Kapitel 6.2) und die Teilhabe (Kapitel 6.3) erhöhen kann. Diese Beobachtung wird im Rahmen der für diese Masterarbeit selbst konzipierten und durchgeführten Expertenbefragung (Kapitel 8) gezielt erfragt.

3.3 Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz wird im Deutschen oft synonym mit dem englischen Begriff "health literacy" verwendet. Health literacy wird als Kompetenz verstanden, Gesundheitsinformationen zu verstehen, entsprechend aufgeklärt zu handeln, sowie sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und als Patienten die therapeutischen und präventiven Interventionen umzusetzen (Blümel et al. 2018). In der Gesundheitsförderung (Kapitel 3.2) wird der Begriff weiter gefasst und impliziert auch die Anwendung von alltagspraktischem Wissen und die Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, bzw. mit dem eigenen Körper. Auch die Kenntnisse und die Reflexion von gesundheitsbeeinflussenden Faktoren - den Determinanten von Gesundheit, sind Bestandteil der Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2018). Diese Fähigkeiten werden primär über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelt bzw. weitergegeben. Gesundheitskompetenz ist deshalb in Abhängigkeit der sozialen Lage, sowie des individuellen Lebenshintergrundes sehr subjektiv (Quenzel und Schaeffer 2016).

Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz haben Schwierigkeiten sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden. Mehr als die Hälfte (54,3 %) aller Befragten in einer repräsentativen Studie gaben an, eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz zu haben (Schaeffer et al. 2017). Die Abbildung 9 (Seite 24) zeigt die Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf den sozialen Status, das Alter und den Bildungsgrad (Schaeffer et al. 2017). Demnach schätzen weitaus weniger Menschen mit niedriger Bildung, niedrigem Sozialstatus, chronischen Erkrankungen, einem Alter von mehr als 65 Jahren und mit Migrationshintergrund ihre Gesundheitskompetenz wesentlich inadäquater ein, als andere Bevölkerungsgruppen (Schaeffer et al. 2017).

Ähnliche Zusammenhänge werden zwischen subjektiver Gesundheitskompetenz und dem individuellem Gesundheitsverhalten assoziiert. Eine negativeres Gesundheitsverhalten wurde bei geringer entwickelter Gesundheitskompetenz nachgewiesen. Arbeitslose Menschen weisen in vielfacher Hinsicht ein riskanteres Gesundheitsverhalten auf, als berufstätige Menschen (Jordan und Hoebel 2015).

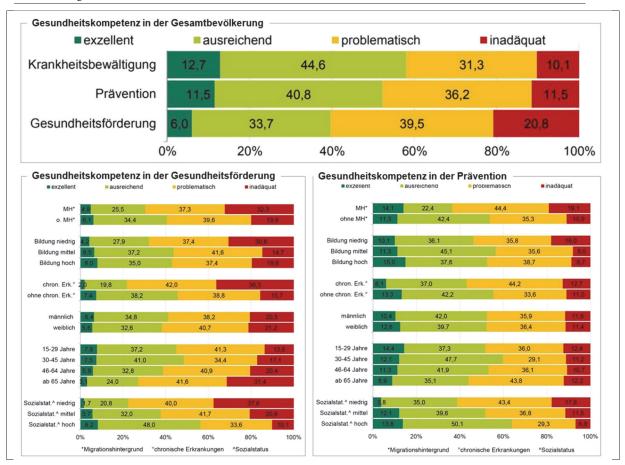


Abbildung 9: Gesundheitskompetenzniveaus in der Gesamtbevölkerung nach Bereichen (oben) sowie in den Sektoren Gesundheitsförderung (links) und Prävention (rechts)

Daten nach (Schaeffer et al. 2017)

So zeigen Personen mit einer geringeren Gesundheitskompetenz auch ein schlechteres Gesundheitsverhalten mit wesentlich weniger sportlichen Aktivitäten und weniger gesunder Ernährungsweise (z. B. Verzehr von Obst und Gemüse) auf als gesundheitskompetentere Menschen.

Dies sind die klassischen Ansatzpunkte von Gesundheitsförderung, wie sie in den Handlungsfeldern in Kapitel 3.2.2. vorgestellt sind. Dies wird entweder über System- und Organisationsentwicklung umgesetzt. Dabei soll entweder eine gesundheitsförderliche Lebenswelt gestaltet werden (Verhältnisprävention) oder über Maßnahmen und Strategien für eine individuelle Verhaltensänderung und Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Teilnehmer (Verhaltensprävention) gesorgt werden (BMG 2019a).

In Bezug auf die digitalen Angebote stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, die in genannten Strategien so umzusetzen, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz trotzdem den Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten finden. Dies wird in den folgenden Ausführungen untersucht.

3.4 Digitale Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz für Digitale Gesundheitsanwendungen?

Die Gesundheitskompetenz arbeitsloser Menschen wurde in den vergangenen Jahren umfänglich analysiert (Jordan und Hoebel 2015; Quenzel und Schaeffer 2016; Schaeffer et al. 2016, 2017; Staiger et al. 2017). Die Datenlage zur Digitalen Gesundheitskompetenz der Zielgruppe ist jedoch weit weniger detailliert. In Bezug auf die digitalen Angebote stellt sich die Frage, wie es gelingen kann, die im Kapitel 3.3 genannten Strategien der Gesundheitsförderung so umzusetzen, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz der Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten so leicht wie möglich gemacht wird.

Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP) bearbeitet die Förderung von digitalen Gesundheitskompetenzen für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen nur recht allgemein (Schaeffer et al. 2018). Es wird dort insbesondere die Förderung der kritischen Urteilsfähigkeit der Menschen in Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz gefordert. Als Maßnahmen werden Aufklärungskampagnen im Internet, z. B. durch Gesundheits-Apps, oder die Vereinfachung des Zugangs zu audiovisuellen Gesundheitsinformationen und die dauerhafte Bereitstellung von Gesundheitsinformationen beispielsweise in den öffentlichrechtlichen Rundfunkmedien empfohlen (Schaeffer et al. 2018). Außerdem stellt, der NAP fest, dass der Zugang zu Gesundheitsinformationen durch die Digitalisierung deutlich niedrigschwelliger geworden sei, und dass eine größere Anzahl und Vielfalt an Informationsquellen und -wegen bestünden, um für die Nutzer eine höhere Transparenz über das Angebot und die Qualität digitaler Gesundheitsanwendungen zu schaffen.

Diese Empfehlungen geben einen Einblick in eine Reihe von strukturellen Möglichkeiten, um den Zugang zu digitalen Informationen für die Zielgruppe zu erleichtern. Eine konkrete Empfehlung, welche Kompetenzen der Menschen dafür gefördert werden sollen, fehlt allerdings. Dies ist aber nach dem Verständnis der Gesundheitsförderung, speziell durch die Forderung des Empowerments und der Partizipation dringend geboten um passgenaue Angebote zu finden oder zu entwickeln (vgl. Kapitel 6.2 und 6.3).

Unter digitaler Kompetenz, auch Medienkompetenz genannt, versteht man die Fähigkeiten, mittels Medien, soziale Beziehungen pflegen zu können und aktiv zu gestalten. Sie beschreibt aber auch Fähigkeiten, Informationen aus den Medien zu verstehen und kritisch zu beurteilen oder ein eigenes Medienhandeln zu entwickeln, um eigene Inhalte und Informationen zu verbreiten (Meier 2018).

Die digitale Gesundheitskompetenz bezieht diese Kompetenzen auf die Suche, Einordnung und Reflexion gesundheitsbezogener Informationen, diese im Alltag anzuwenden und selbstbestimmte Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen. Sie umfasst also Wissen, Motivation und Handlungskompetenz Sie umfasst individuelle, soziale und technische Kompetenzen und Ressourcen, die für das Suchen, Finden, Erfassen, Verstehen, Bewerten, Einordnen und Umsetzen digital verfügbarer Informationen notwendig sind (Sørensen et al. 2015).

Die digitale Gesundheitskompetenz vereint nach aktuellem Verständnis (Bautista 2015; Bittlingmayer et al. 2020; Gilstad 2014) Fähigkeiten, die sowohl den persönlichen (individuellen) allgemein-analytischen Dimensionen Allgemeinbildung, Medienkunde und

Informationskompetenz zuzuordnen sind, als auch die eher kontextspezifischen Dimensionen Computerkompetenz, Wissenschaftskompetenz und die Gesundheitskompetenz selbst. Da es bei der digitalen Gesundkompetenz ebenso um die Kommunikation der handelnden Individuen untereinander und das Verständnis des jeweiligen sozio-kulturellen Rahmens der Betroffenen geht, sind diese sozialen und kommunikativen Dimensionen in das Begriffsverständnis zu integrieren.

Die Abbildung 10 stellt diese Aspekte in Form eines erweiterten Lilienmodells dar. Die einzelnen Basisfähigkeiten bilden in ihrer Schnittmenge die digitale Gesundheitskompetenz ab. Die digitale Kompetenz berücksichtigt außerdem die Weiterentwicklung von Technologien und erhöht durch deren Anwendung die Selbstwirksamkeit der Nutzer.

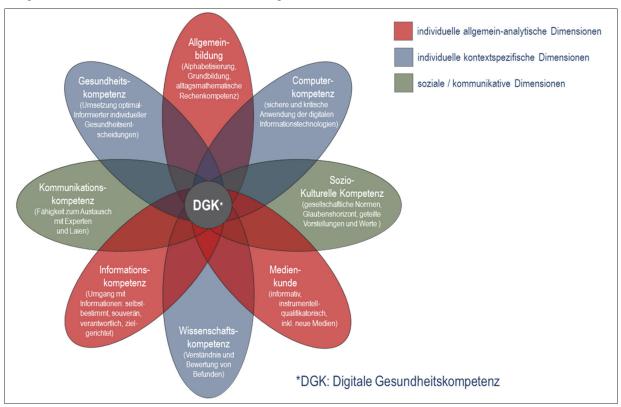


Abbildung 10: Erweitertes Lilienmodell der digitalen Gesundheitskompetenz (DGK) sowie Basisfähigkeiten und Dimensionen

übersetzt und erweitert nach (Bittlingmayer et al. 2020; Gilstad 2014)

Gerade für die vulnerablen Zielgruppen und hier für die in dieser Arbeit im Fokus stehenden (langzeit-)arbeitslosen Menschen sind der Erwerb und der Erhalt der aufgezählten Kompetenzen in allen drei Dimensionen gleichermaßen wichtig, wenn sie mit gleichen oder zumindest ähnlichen Chancen an allen gesellschaftlichen Aktivitäten teilhaben haben sollen. Dies gewinnt sogar an Bedeutung, wenn man den rapiden Zuwachs an Gesundheitsangeboten im Internet sowie die teilweise vollständige Ablösung analoger Alternativen in Betracht zieht. Führt man sich zusätzlich die Zusammenhänge zwischen Gesundheitskompetenz, Gesundheitsverhalten, Nutzung der Angebote sowie letztendlich dem persönlichen Gesundheitszustand der Menschen (Strotbaum 2018) vor Augen und kombiniert diese Erkenntnis mit der allgemein schlechteren Gesundheitskompetenz und der potenziell schlechteren Gesundheit arbeitsloser Menschen (vgl. Kapitel 3.1.1), ist der Handlungsbedarf

offensichtlich. Die Möglichkeit zur adäquaten Nutzung digitaler Anwendungen im Gesundheitssektor ist auch in Situationen andauernder Kontaktbeschränkungen, z. B. in der aktuellen Corona-Pandemie, für arbeitslose Menschen höchst relevant.

Untersuchungen zur digitalen Gesundheitskompetenz in Deutschland während der Corona-Pandemie (Kolpatzik et al. 2020) konnten nachweisen, dass eine hohe Gesundheitskompetenz auch mit einem besseren Gesundheitszustand, einem subjektiv höheren Wissen über die eigene Gesundheit und einem besseren Verständnis für Früherkennungsmaßnahmen einher geht.

Weitere Ergebnisse einer Untersuchung der AOK zur digitalen Gesundheitskompetenz bei Subgruppen haben im Gegensatz zu den Ergebnissen in Abbildung 9 (Seite 24) gezeigt, dass weniger die sozio-demografischen Aspekte (Alter, Herkunft) die wesentlichen Unterschiede ausmachen, als vielmehr der Bildungsstand und das Einkommen (Schaeffer et al. 2017). Je geringer die Bildung und das Einkommen ist, umso geringer die digitale Gesundheitskompetenz (Kolpatzik et al. 2020). Dies ist ein weiteres Argument um auch die digitale Gesundheitskompetenz arbeitsloser Menschen unbedingt durch adäquate Angebote zu fördern, zumal dies seit dem Beschluss des DVG (Digitale-Versorgung-Gesetz) nach § 20 SGBV als abrechenbare Leistung viel besser möglich ist als vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes (vgl. Kapitel 3.2.2).

Zwischenfazit

Das Kapitel 3 stellt anhand einer Literaturrecherche die theoretischen Grundlagen zur Eingrenzung der Zielgruppe, der Gesundheitsförderung und der zielgruppenbezogenen Gesundheitsförderung zusammen. Es werden die wesentlichen Aufgaben und Konzepte der Salutogenese, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz vorgestellt und die Situation arbeitsloser Menschen vor dem Hintergrund der Ursachen gesundheitlicher Chancengleichheit diskutiert.

Es wurde deutlich, dass Arbeitslosigkeit selbst ein Hindernis für die Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten durch die Ungleichverteilung technischer Zugänge, digitaler Gesundheitskompetenzen sowie verfügbarer Ressourcen für digitale Teilhabe und ein gesundes Leben darstellt. Es lässt sich zusammenfassen, dass arbeitslose Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Beschwerden und des Zustandes der Arbeitslosigkeit, die sich gegenseitig negativ beeinflussen, als vulnerable Zielgruppe gelten. Sie haben oftmals einen geringeren sozio-ökonomischen Status, geringere Bildung und eine geringere Gesundheitskompetenz als andere Bevölkerungsgruppen.

Um die Zugangsmöglichkeiten zu digitalen Gesundheitsangeboten arbeitsloser Menschen zu fördern, sind Maßnahmen auf struktureller und individueller Ebene nötig. Eine gleichmäßigere Verteilung der technischen Ressourcen, systematischere Förderung digitaler Kernkompetenzen und ein Ausbau der Forschung zur Stärkung der vorhandenen Ressourcen benachteiligter Menschen könnten maßgeblich zur Verbesserung der Chancen arbeitsloser Menschen in diesem Zusammenhang beitragen.

4 Digitale Transformation und Verfügbarkeit von gesundheitsbezogenen Angeboten

Das folgende Kapitel führt in die Entwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen ein und stellt die wichtigsten Meilensteine und den formalen Rahmen für den dynamischen Markt der digitalen Gesundheitsprodukte vor. Es werden beispielhaft einige Kategorien digitaler Anwendungen aufgeführt und deren verschiedene Zugänge, auch in Bezug auf die Zielgruppe, verglichen.

In der Gesundheitsversorgung erlebte die Digital-Health-Branche im letzten Jahrzehnt einen Angebotsboom. Digital Health, auch e-Health genannt, ist ein Begriff, der die Digitalisierung in der Medizin bezeichnet (BMG 2020). Weitere Begriffe wie e-mental-Health (digitale psychische Gesundheit) und Healthtech (Gesundheitstechnik) bezeichnen das Aufeinandertreffen von Medizin und Internet. Auch der Bereich der Gesundheitsförderung wird zunehmend von der Digitalisierung erfasst und teilweise mitbestimmt.

Der gesetzlich-formale Rahmen, um die digitale Gesundheitsversorgung in Deutschland allen Menschen und allen Bereichen des Gesundheitswesens zugänglich zu machen, ist im Vergleich zur Entwicklung der technischen Möglichkeiten relativ jung. Erst in den letzten Jahren haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen in schneller Taktung entwickelt. Noch 2018 konstatierte der Digital-Health-Index (Thiel et al. 2018), dass in Deutschland zwar die Ansätze einer Digitalisierungsstrategie vorlägen, der Stand der Umsetzung aber hinter vielen europäischen Ländern noch weit zurück bleibe (Platz 16 von 17 im Ranking). Mehrere Gesetze haben dies inzwischen vorangebracht. Ein kurzer Überblick bildet nachfolgend die wichtigsten formalen Meilensteine des digitalen Wandels im Gesundheitswesen seit 2018 ab (Abbildung 11).



Abbildung 11: Gesetzgeberische Entwicklungsschritte in der digitalen Transformation von gesundheitsfördernden Angeboten eigene Darstellung

Durch das Digitale Versorgungsgesetz (DVG), dass im Dezember 2019 in Kraft trat (vgl. Kapitel 3.2.2), können digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf Rezept verschrieben werden. Videosprechstunden können einfacher genutzt werden und Patienten greifen bei Behandlungen auf das sichere Datennetz im Gesundheitswesen zu. Das Patientendatenschutzgesetz (PDSG) und das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) aus dem Oktober 2020 machen digitale Angebote wie das E-Rezept oder die elektronische Patientenakte rechtlich abgesichert nutzbar.

Digitale Gesundheitsanwendungen gehören deshalb inzwischen in der Gesundheitsförderung zur Regelversorgung. Patienten können sich dank des neuen Leistungsanspruches digitale Anwendungen verschreiben lassen und so auch kostenpflichtige medizinische, therapeutische und gesundheitsförderliche Anwendungen als Kassenleistung erhalten. Auch für Anbieter digitaler Versorgungsprodukte bietet das neue DVG ein schnelleres Prozedere (Fast-Track-Verfahren) welches die Entwicklung und Zulassung von neuen Produkten durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ermöglicht (McKinsey & Company 2020).

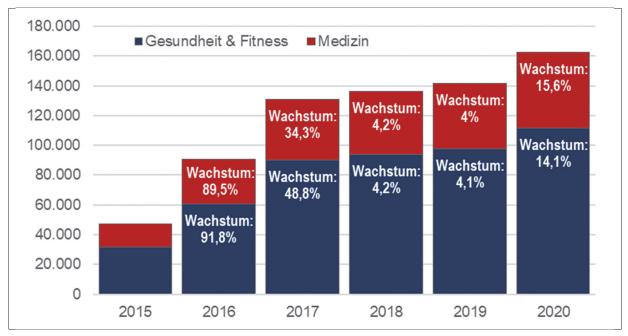


Abbildung 12: Anzahl und Wachstum weltweit verfügbarer Gesundheits-Apps (im Google Play Store) von 2015 bis 2020

Daten nach (HealthOn 2021)

Digitale Gesundheitsprodukte werden entweder als (mobile) Apps oder als Web-Apps über den Browser genutzt. Allein im Google Play Store hat sich die Zahl der verfügbaren Apps seit 2015 mehr als verdreifacht (Abbildung 12). Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 27,9 %. Dabei ist die Anzahl verfügbarer Fitness- & Gesundheits-Apps immer etwa doppelt so hoch, wie die rein medizinisch orientierter Anwendungen. Sehr viele dieser Anwendungen sind kostenlos verfügbar. Der Anteil frei verfügbarer Apps stieg von ca. 80 % im Jahr 2015 auf deutlich über 90 % im Jahr 2020 an (HealthOn 2021).

Die Formate der digitalen Gesundheitsanwendungen lassen sich für eine grobe Übersicht in folgende große Bereiche differenzieren (Albrecht 2016):

- 1. Gesundheits- und Wellnessanwendungen (frei im Internet verfügbar), im wesentlichen Apps & Wearables,
- 2. Medizinische Apps zur Diagnostik, Therapie und Vorbeugung von Krankheiten,
- 3. Digitale Anwendungen im Rahmen der ärztlichen Versorgung (E-Rezept, digitale Patientenakte).

Einer Studie des bitkom-Digitalverbandes zur Folge nutzten bereits im Jahr 2019 ca. zwei Drittel aller deutschen Smartphone-Besitzer in Gesundheits-Apps (Bitkom Research 2019). Die populärsten Anwendungen sind demnach Info-, Tracking- und Workout-Apps (Abbildung 13). In Verbindung mit mobilen Zusatzgeräten, sogenannten Wearables zeichnen diese die vitalen Daten der Nutzer auf, werten sie anhand von Statistiken und Algorithmen aus und vermitteln auf diese Weise einen Eindruck der individuellen Gesundheit und Fitness. Viele Nutzer erhalten damit das Gefühl, dass sie über Gesundheit (endlich) besser Bescheid wissen.

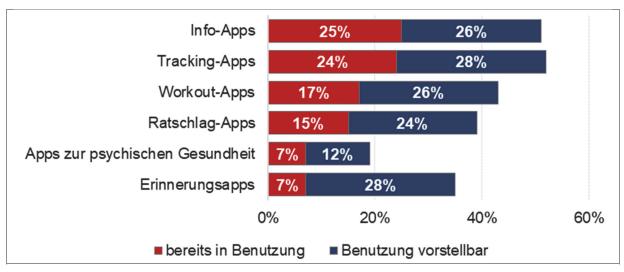


Abbildung 13: Nutzung von Smartphone-Gesundheits-Apps (Basis: 792 Nutzer ab 16 Jahren)

Daten nach (Bitkom Research 2019)

Eine einheitliche Definition bzw. Systematisierung von Gesundheits-Apps existiert derzeit nicht. Die Tabelle 1 (Seite 31) zeigt eine Einordnungsmöglichkeit in Bezug auf die Anwendungsbereiche, die zwischen Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden, sowie die Zielgruppen die nach einem grob beschriebenen Gesundheitszustand differenziert werden (Scherenberg und Kramer 2013). Zwischen den einzelnen Anwendungsbereichen, z. B. Gesundheitsförderungs-Apps zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und der ersten Primärprävention ist die Abgrenzung unscharf, wie es auch in der Praxis zwischen Gesundheitsförderung und Prävention in der primären Stufe oft der Fall ist. Es bleibt offen, welche Anwendungen für welchen gesundheitlichen Zustand die richtige Kategorie ist, zumal dies überwiegend auch von dem persönlichen Gesundheits- oder Krankheitsempfinden abhängt.

Gesundheits-Apps, die aus dem medizinischen Bereich kommen, werden im Vergleich eher selten und eher von Menschen mit chronischen Erkrankungen im Alltag genutzt (Böning et al. 2019). Der Schwerpunkt der Nutzung von Medizin-Apps liegt in der medizinischen Prävention, Diagnostik und Therapie. Apps mit einer Zweckbestimmung aus den drei Bereichen unterliegen in Deutschland dem Gesetz über Medizinprodukte (§3 Absatz 1 MPG). Für diese Apps bedarf es einer Marktzulassung und einer Zertifizierung, was auch eine Begründung dafür sein dürfte, dass die Produkte in diesem Sektor weniger häufig zu finden sind. Besonders im Bereich E-Mental-Health gibt es zwischen Medizin, Psychologie und Krankenkassen anhaltenden Diskussionsbedarf über die Zulassungs- und Testverfahren von Apps (Gießelmann 2018).

Tabelle 1: Kategorisierung von Gesundheits-Apps nach (Scherenberg und Kramer 2013)

Zielgruppe	Anwendungsbereiche	
Laien/Gesunde	Gesundheitsförderung: Apps zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen & Schutzfaktoren für Gesundheit	
Laien/Gesunde	Primärprävention: Apps für Gesunde ohne gesundheitliche Risikofaktoren	Gesundheitsapps
Laien/Gesunde	Sekundärprävention: Apps für Gesunde mit gesundheitlichen Risikofaktoren	Gesund
Laien/Betroffene	Tertiärprävention: Apps für bereits (chronisch) Erkrankte	
Laien/Angehörige	Tertiärprävention: Apps für bereits (pflegende) Angehörige	Medizin-Apps
Experten	Tertiärprävention: Apps für medizinische und pflegerische Experten	Medizi

Im Folgenden werden einige ausgewählte Beispiele für bereits bestehende Gesundheits-Apps der verschiedenen Kategorien aufgezeigt und die potenziellen Zielgruppen zugeordnet (Tabelle 2, S. 32).

Die Gesundheitsanwendung "elevida" ist zur Nutzung durch Menschen mit einer Multiplen Sklerose gedacht, bei denen zusätzlich eine Fatigue (anhaltende Müdigkeit oder Erschöpfung) vorliegt. Es handelt sich um eine Webanwendung, die das Ziel verfolgt, speziell die Fatigue zu reduzieren. Das Programm soll in Ergänzung zu einer sonst üblichen Behandlung (zum Beispiel beim Haus- oder Facharzt) eingesetzt werden und basiert auf etablierten psychotherapeutischen Ansätzen und Verfahren insbesondere der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Anwendung ist dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen (BfArM 2021).

Die mobile App "M-sense Migräne" stellt ein digitales Behandlungsprogramm für Migränepatienten dar. Die Anwendung beinhaltet ein digitales Kopfschmerztagebuch sowie leitlinienkonforme Verfahren zur Migräneprophylaxe und Akutbehandlung von Attacken. Die Anwender können eine maßgeschneiderte Wissensdatenbank, animierte physiotherapeutische Übungen, Anleitungen zum Konditionstraining sowie Audiodateien für Entspannungs- und Imaginationsübungen nutzen. Die Dokumentation von Lebensstilfaktoren im Tagebuch ermöglicht ein individuelles Triggermanagement. Die App wurde vorläufig in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen (BfArM 2021).

Die Plattform "Abjetzt.de" versorgt eine große Breite von Nutzern mit einer Vielfalt von Angeboten aus dem Präventions- und Fitnessbereich und bietet erstattungsfähige, zertifizierte Präventionskurse und themenbezogenen Blogs (Abjetzt.de 2021). Sie setzt sich für Lebensstiländerung und Prävention ein. Die Ansprache auf dieser Plattform ist auf den ersten Blick persönlich, positiv und leicht verständlich. Die Nutzer werden eingeladen, über die Vorteile von Prävention für sich persönlich zu reflektieren, bevor sie sich für das eine oder andere konkrete Angebot entscheiden.

 $4\ Digitale\ Transformation\ und\ Verfügbarkeit\ von\ gesundheitsbezogenen\ Angeboten$

Tabelle 2: Übersicht zu ausgewählten digitalen Gesundheitsangeboten (DiGA)

Zertifizierter Präventions- kurs¹ mit Kostener- stattung nach dem Kursende	nein	nein	Ja, mit Kosten- erstattung	
Medizin- produkt nach DVG / Kosten- erstattung	Ja, mit Kosten- erstattung	Ja, in Zulassung, mit Kosten- erstattung	nein	Ja, auf Rezept, Kosten- erstattung durch Kranken- kassen
Zugang	Web- Anwendung mit Anmeldung	mobile App	Digitaler Kurs	Alle internetfähigen Endgeräte, mit Anmeldung
Intention/ Ziel	Behandlung von krankheits- bedingter Erschöpfung	Individuelles Trigger- management, Übungsanleitungen	Rückenprävention, Yogaprävention, Ganzkörperkraft- training	Psychische Belastungen Iindern, Symptome verbessern
Zielgruppe/ Indikation	Chronisch erkrankte Multiple- Sklerose- Patienten	Migräne- patienten	alle Interessierten, Kassenpatienten	Erkrankte mit Indikation für Depressionen
Handlungsfeld/ Angebotsformat	Multiple Sklerose, Interventionskurs (Online)	Migräne Interventionskurs (Online)	Präventionskurse (Online)	Depression Therapie (Online)
Anbieter	GAIA AG, Deutschland	Newsenselab GmbH, Deutschland	Deutsche Arzt AG, Deutschland	Selfapy GmbH, Deutschland
Plattform	Webanwendung + Eigenanwendung https://elevida.broca.io/ de/login	mobile App + Eigenanwendungen https://apps.apple.com/ de/app/id1511739470	Webanwendung https://www.abjetzt.de	Webanwendung https://www.selfapy.com/ de/ueber-uns
Name des Angebotes	elevida	M-sense Migräne	abjetzt.de	Selfapy

 $^{\rm I}$ Zertifiziert nach Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) nach §20 SGB V

4 Digitale Transformation und Verfügbarkeit von gesundheitsbezogenen Angeboten

Zertifizierter Präventions- kurs¹ mit Kostener- stattung nach dem Rursende	Ja, mit Kosten- erstattung möglich, für Mitglieder kostenfrei		Ja, mit Kosten- erstattung, Bonuspunkte
Medizin- produkt nach DVG / Kosten- erstattung	Nein	Nein, Kosten- erstattung für 12 Monate, Bonus- punkte bei der Barmer bei Ab- schluss des Vertrages	Ja, mit Kosten- erstattung
Zugang	Digitaler Kurs mit internet- fähigen Endgeräten	alle internetfähigen Endgeräte, mit Anmeldung	alle internetfähigen Endgeräte
Intention/ Ziel	Bewegung, Ernährung, Diabetes, mentale Balance, Raucher- entwöhnung	mentale Ent- spannung, Achtsamkeit, Selbstvertrauen, Gelassenheit erreichen	Gesundheitscoach, Depressionscoach, Tinnituscoach, Online- Schlaftraining, TK-Fit, Fithessprogramme
Zielgruppe/ Indikation	alle Interessierten	alle interessierten, Kassenpatienten	alle Versicherten der TK
Handlungsfeld/ Angebotsformat	Präventionskurse (Online)	Achtsamkeit, Stress- management, Präventionskurs (Online)	Präventionskurse (Online)
Anbieter	AOK Nordwest	7Mind GmbH, div. Krankenkassen	Techniker Krankenkasse (TK)
Plattform	Webanwendung https://www.cyberpraevent ion.de/aok/	Gesundheits-App 7Mind.de https://www.barmer.de/ unsere-leistungen/apps- skills/7mind-meditations- app	Web - Anwendungen, Apps https://www.tk.de/techniker /leistungen-und- mitgliedschaft/online- services- versicherte/online-trainer- kurse-bonuspunkte-
Name des Angebotes	Cyberprävention Gesundheitskurse	7Mind meditations-App	Techniker-Online- Trainer

Die Medizin-Web-Anwendung "Selfapy" bietet einen individuellen Online-Kurs für Betroffene mit einer Depression. Sie basiert auf evidenzbasierten Theorien und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie. Die therapeutischen Inhalte können über den internetbasierten Kurs, der in einzelne Lektionen unterteilt ist, vom Betroffenen selbständig bearbeitet werden. Diese Lektionen behandeln jeweils ein spezielles Thema, z. B. den Umgang mit negativen Gedanken, die Erstellung einer positiven Tagesstruktur, Entspannungstechniken, Schlafprobleme sowie Strategien zur Rückfallprävention. Die Inhalte werden mit Hilfe von Audio- und Videoclips, Texten und Übungen vermittelt. Sie passen sich individuell an die persönliche Situation des Nutzers an. Zur Wahrung der Patientensicherheit wird der Betroffene während des Kurses durchgehend von einem persönlichen Psychologen überwacht. Bei akutem Bedarf steht der Psychologe über eine Nachrichtenfunktion bei Fragen zur Anwendung zur Verfügung. Die Anwendung wurde vorläufig in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen (BfArM 2021).

Die AOK wirbt mit ihrem Portal "Cyberprävention-Gesundheitskurse" mit teilweise kostenlosen 8-Wochen-Online-Kursen in allen relevanten Handlungsfeldern. Hierfür ist eine umfangreiche Anmeldung mit dem Nachweis einer Mitgliedschaft bei der AOK notwendig (AOK 2021).

Einige Krankenkassen erstatten ihren Mitgliedern die Kosten zur Nutzung der App "7Mind". Diese soll Wohlbefinden fördern und stressbedingten Krankheiten vorbeugen. Das Programm mit mehr als 200 Übungen steht in der Regel maximal für 12 Monate zur Verfügung (7Mind GmbH 2021).

Die Techniker Krankenkasse stellt über eine Gesundheitskurssuche verschiedene Online-Kurse zu den Handlungsfeldern der Prävention zur Verfügung (TK 2021).

Zwischenfazit

Die genannten gesetzlichen Bestimmungen und die daraus resultierenden Möglichkeiten für Patienten und Anbieter sowie die Bereitstellung eines Digitalisierungsbudgets durch das DVG ermöglichen einen enormen Entwicklungsschub in allen zentralen Bereichen des Gesundheitswesens. Die wichtigsten bereits umgesetzten Bausteine sind die elektronische Patientenakte, die Telemedizin und digitale Gesundheitsanwendungen als Kassenleistungen.

Für den Bereich der digitalen Gesundheitsförderung und der Prävention für arbeitslose Menschen, bieten diese Rahmenbedingungen und die Vielfalt an Angeboten und Zugängen zu den Angeboten viele Möglichkeiten die eigene Gesundheit zu stärken. Die Herausforderungen liegen allerdings in der Unübersichtlichkeit des rasant wachsenden Angebotes und in der mangelnden Transparenz zu den Effekten bzw. Wirkungsbereichen. Eine Transparenz könnte durch verstärkte Aufklärung Zielgruppe zu den Inhalten der Angebote hergestellt werden. Jedoch können nur die Nutzer selbst darüber Auskunft geben, welche Angebote für sie hilfreich und wirkungsvoll sind und welche Unterstützung sie brauchen, um zu diesen Angeboten zu finden. Diese subjektiven Einstellungen sind Gegenstand der nachfolgenden Untersuchungen.

5 Nachfrage und Nutzen digitaler Gesundheitsangebote

Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) fasst die digitalen Angebote als eine große Anzahl nutzbringender Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung in Verbindung mit einer verbesserten und vereinfachten Datenerhebung sowie einer besseren Analysierbarkeit der Daten und damit einer Optimierung der Versorgungssituation zusammen, die vor allem für vulnerable Zielgruppen gelte (BVPG 2019).

Das vermutlich am häufigsten verwendete Argument für die Wahl eines digitalen Gesundheitsangebotes ist die zeitliche und örtliche Flexibilität (EY 2020). Ist eine Verfügbarkeit durch einen Internetanschluss gesichert, sind online-Kurse besonders bei berufstätigen Menschen zunehmend das Mittel der Wahl. Ob der Kurs live oder als Offline-Programm verfügbar ist, ist dabei eher nebensächlich, solange er zum Zeitpunkt der Anwendung verfügbar ist (EY 2020). Die Reduktion von Fahrtwegen, Zeitfenstern und Kosten sind die meisten positiven Treiber einer Entscheidung zwischen einem analogen und einem online-Kurs. Auch Anonymität wird durch das Internet in Kursen, Chatrooms und Foren von vielen Nutzern präferiert.

Wie bereits in der Abbildung 12 (S. 29) und Abbildung 13 (S. 30) angedeutet, zeigen viele Statistiken eine allgemein steigende Popularität von Gesundheits- und Fitness-Apps sowie von Telemedizin und digitalen Therapieprogrammen (EPatient Analytics 2020).

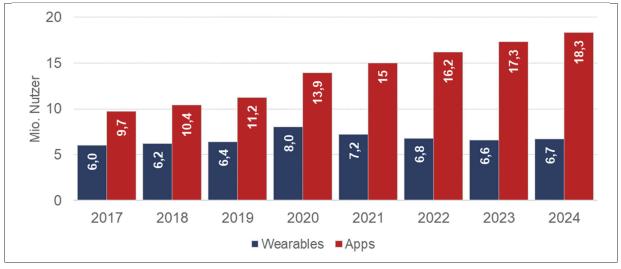


Abbildung 14: Nutzerentwicklung bei Wearables und Fitness-Apps in Deutschland von 2017 bis 2024 (Statista 2020)

Genauere Zahlen oder statistische Daten für die Nachfrage und Nutzung digitaler Gesundheitsangebote innerhalb der Zielgruppe arbeitsloser Menschen sind derzeit nicht bekannt. Auch für die Nutzung des Internets kann für diese Zielgruppe keine konkrete Aussage getroffen werden. Um aber einen Eindruck über die aktuellen Verhältnisse zu bekommen, hilft der Vergleich zum Beispiel der Verfügbarkeit von entsprechenden Geräten und Internetanschlüssen.

Die Abbildung 15 zeigt die Ausstattung privater Haushalte mit ausgewählten IT-Geräten in den unterschiedlichen sozialen Gruppen im Jahr 2018. Zusätzlich erfolgt die Darstellung zum einen, im gesamtdeutschen Durchschnitt, zum anderen nochmals in den neuen Bundesländern und Berlin.

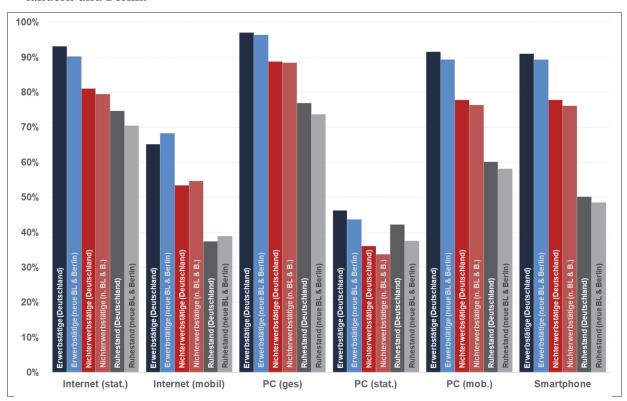


Abbildung 15: Ausstattung privater Haushalte 2018 mit Internet und IT-Endgeräten nach sozialer Stellung der Haupteinkommensperson (Dtl. sowie neue Bundesländer (BL) & Berlin)

Daten nach (DESTATIS 2019)

Es ist zu erkennen, dass die Haushalte, in denen die Haupteinkommensperson nicht erwerbstätig ist, zwar im Schnitt ca. 10 % weniger mit Internetanschlüssen und Endgeräten (stationär wie mobil) ausgestattet sind, dass diese Werte aber immer noch um die 80 % rangieren. In den neuen Bundesländern liegen die Ausstattungsquoten zwar noch einmal um wenige Prozentpunkte geringer, aber auch hier sind in den wesentlichen Kategorien mehr als drei Viertel der Haushalte der Nichterwerbstätigen nicht nur mit dem Internet verbunden, sondern verfügen sogar über die Möglichkeit des mobilen Zugriffs.

Ob anhand dieser Werte ein Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit des (mobilen) Internetzugriffs und der Häufigkeit der Nutzung von mobilen Gesundheits-Apps besteht (vgl. Abbildung 13, S. 30) lässt sich anhand dieser Werte nicht nachweisen. Die Abbildung 15 unterstreicht jedoch, dass auch die Zielgruppe der erwerbslosen Personen längst im Internet angekommen ist, und dass deren Bedürfnisse in den entsprechenden Angeboten zur Gesundheitsförderung berücksichtigt werden sollten.

Da die theoretische Auseinandersetzung mit dieser Frage bislang nur auf der Basis allgemeiner Daten geführt werden konnte, ist es nötig, die persönlichen Erfahrungen potenzieller Nutzer einzubeziehen, um konkreter zu erfassen, welche Vorrausetzungen und Gewohnheiten die Nutzer haben, um im Internet an entsprechenden Angeboten teilzunehmen.

Zwischenfazit

Auch die Zielgruppe der (langzeit-)arbeitslosen Menschen ist längst in der digitalen Welt und im Internet angekommen. Damit sind auch diese Personen aus technischer Sicht grundsätzlich in der Lage, Zugang zu DiGA zu finden und an der stark wachsenden Nutzung solcher Angebote zu partizipieren.

Dieser Zusammenhang ist allerdings in der Literatur bislang nicht grundsätzlich bewiesen. Es bleibt die Frage, inwieweit diese Personen eine Nutzung der digitalen Gesundheitsangebote als sinnvoll für sich erachten.

6 Ziele und Wirksamkeitskriterien für Angebote der Gesundheitsförderung

Wie bereits einleitend ausgeführt (Kapitel 2) können die Potenziale zur Verbesserung der Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen nur im Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Angebote und Anwendungen diskutiert werden. Daher ist zunächst die Definition und Auswahl geeigneter Kriterien notwendig. Die BVPG definiert in ihrem Leitbild sieben Prinzipien guter Prävention (BVPG 2013):

- Autonomie und Empowerment
- Partizipation
- Lebenswelt- und Lebensstilbezug
- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Konzeptbasierung
- Evaluation
- Nachhaltigkeit

Für die Zielgruppe der (langzeit-)arbeitslosen Menschen sind vor allem die Chancengleichheit, das Empowerment und die Partizipation von Bedeutung, die in den folgenden Abschnitten näher erörtert werden.

6.1 Chancengleichheit

Ein starker Fokus der Gesundheitsförderung und Prävention liegt auf der Beseitigung der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten (vgl. Kapitel 3.2.1) und auf der Herstellung von Chancengleichheit in Bezug auf die Teilhabe an allen gesellschaftlichen Aktivitäten. Hier greift der komplexe soziale und gesundheitspolitische Ansatz zur Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensweise und der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (vgl. Kapitel 3.2). Ökonomische, ökologische, soziokulturelle und politische Interventionen sollen sowohl die gesundheitsbewusste Lebensweise, als auch einen gesundheitsfördernden Lebensraum beeinflussen.

Die GKV in Deutschland haben derzeit mehr als 4,2 Mio. nicht erwerbsfähige Mitglieder, die potenziell ein höheres Risiko zu erkranken zeigen als erwerbsfähige Mitglieder (vgl. Kapitel 3.1.1). Die Abbildung 16 (Seite 39) stellt diese Entwicklung in den gesetzlichen Krankenkassen zwischen 2010 und 2017 dar, aufgeteilt nach Empfängern von Arbeitslosengeld (ALG) I und II. Neben dem Trend einer Abnahme dieser Zahlen zwischen 2010 und 2015 und dem Wiederanstieg ab 2016 ist vor allem die Entwicklung des Anteils der ALG-II-empfangenden Mitglieder der GKV auffällig. Demnach nimmt der Anteil der Langzeitarbeitslosen (ALG-II) nach einem zwischenzeitlichen Rückgang in den Jahren 2012 und 2013 und einer gewissen Stagnation zwischen 2014 und 2015 sprunghaft zu und beträgt im Jahresdurchschnitt 2017 81,3 % (AOK-BV 2019). Somit waren in diesem Jahr fast 3,4 Mio. Versicherte der GKV Empfänger von Arbeitslosengeld II und damit länger als 12 Monate ohne Arbeit.

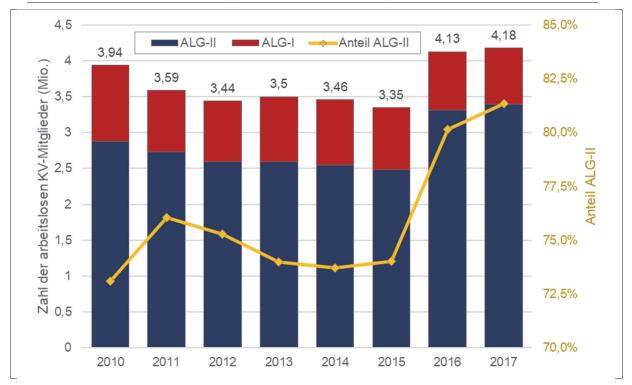


Abbildung 16: Zahl der arbeitslosen Mitglieder der GKV im Jahresdurchschnitt nach (AOK-BV 2019)

Erwähnt werden sollte an dieser Stelle aber auch, dass es fachliche Sichtweisen gibt, die eine gesonderte Angebotsplanung für vulnerable Zielgruppen, wie z. B. Arbeitslose, ältere Nutzer oder Migranten, als zusätzliche Stigmatisierung erachten oder zumindest die Gefahr einer Stigmatisierung benennen (Skutta und Steinke 2019). Es stelle sich die Frage, ob die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen überhaupt eigens für sie entwickelte Angebote braucht oder ohnehin bereits allgemeine Angebote des Internets nutzt, die sich der Statistik entziehen. In diesem Fall wäre nach Ansicht der Autoren eine gewisse Chancengleichheit herstellt. Eine Erfahrung in einem Digital-Projekt "ElternLeben.de" für Eltern aller sozialer Schichten hat gezeigt, dass sich die heutige (digitale) Elterngeneration, unabhängig von ihrer Herkunft und sozialen Lage im Internet trifft, sich dort informiert, diskutiert und sich beraten lässt (Skutta und Steinke 2019).

Trotzdem sind der weitere Ausbau und die Professionalisierung zielgruppenspezifischer Angebote auch vor dem Hintergrund zunehmender Erkrankungsfälle im physischen und psychischen Bereich (Hollederer und Wildner 2019) gerade in den vulnerablen Zielgruppen dringend erforderlich, um den betroffenen Menschen weiter bzw. wieder gleiche oder zumindest ähnliche Chancen im Arbeitsmarkt und in der Gesellschaft zu bieten und sie gerade auf diese Weise vor Stigmatisierung und weiterer Ausgrenzung zu schützen.

6.2 Empowerment

Ein weiterer zentraler Handlungsansatz der Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta (WHO 1986) ist das Empowerment. Ursprünglich entstand das Konzept in den 1970er Jahren in den USA und setzte sich für die Gleichverteilung politischer Macht und Mitsprache von Minderheiten sowie für die Umverteilung von Ressourcen ein. In Deutschland fand dieser Ansatz erst seit den 1990er Jahren Eingang in die soziale Arbeit, in die Pflege, in die neue Psychiatrie sowie in die Selbsthilfe (Herriger 2014).

Empowerment wird im Deutschen als "Befähigung" oder "(Selbst)Ermächtigung" übersetzt. Es werden zwei verschiedene Deutungsszenarien unterschieden. Zum einen möchte Empowerment bei betroffenen Personen die Stärkung der Eigenmacht, die Eigenverfügung und die Autonomie auf der individuellen Ebene erreichen. Eine andere Interpretation von Empowerment, die aus der psychosozialen Arbeit stammt, stellt die professionelle Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung in den Vordergrund. Handlungsziel es ist, Menschen das Rüstzeug zur Verfügung zu stellen, mit dem sie ihr Leben selbst in die Hand nehmen und gestalten. In der Gesundheitsförderung für vulenrable Zielgruppen greifen die beiden Handlungsansätze oft ineinander. (Herriger 2014)

Der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) sieht Empowerment als eines der 12 wichtigsten Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung (KGC 2017). Durch eine Stärkung des Empowerments bei benachteiligten Zielgruppen, z. B. auch bei Arbeitslosen, kann demnach soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringert werden. Selbstermächtigung sollte als Prozess verstanden werden, der davon ausgeht, dass aus einem Zustand von Einflusslosigkeit durch ressourcenorientierte Interventionen ein Zustand der aktiven Selbstbestimmung, Selbstkontrolle und Mitbestimmung der oder des Einzelnen erreicht werden kann. Dieser Prozess durchläuft vier unterschiedliche dynamische Entwicklungsphasen (Stark 1996), als Transformation von einer Situation und einem Gefühl der Machtlosigkeit (englisch: powerlessness) zu einer partizipatorischen Kompetenz (vgl. Abbildung 17, S. 41).

Die Deutungsdimensionen sind jedoch unscharf und müssen daher auch in der Gesundheitsförderung geschärft werden, damit das Empowerment neben anderen Konzepten der sozialen Arbeit wie Ressourcenaktivierung oder Partizipation auch zukünftig ausreichend Berücksichtigung findet. Aufbauend auf dem Verständnis von Gesundheitsförderung der WHO als Konzept der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen auf allen gesellschaftlichen Ebenen (vgl. Kapitel 3.2) knüpfen die Elemente der systemisch-öko-sozialen Ebenen an. Sie beeinflussen die Transaktionen zwischen Menschen untereinander und mit der Umwelt auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Empowerment denkt die Mitwirkung der Personen auf allen benannten Ebenen mit und befördert durch eine Entwicklung und Stärkung der individuellen Kompetenzen die Teilhabe der Betroffenen (Kliche und Kröger 2008).

Das Empowerment kann auf der Vorstufe, der individuellen Stufe und auf der kollektiven Ebene adressieren (Abbildung 17). Die qualitativ höchste Stufe ist erreicht, wenn eine Förderung von Selbstbestimmung und Selbstorganisation im kollektiven Rahmen umgesetzt werden kann.

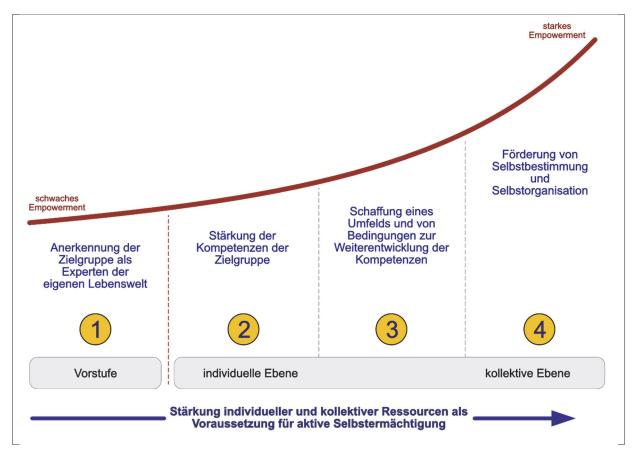


Abbildung 17: Stufen des Empowerments *nach (KGC 2017)*

Dies ist grundsätzlich auch bei digitalen Angeboten möglich. Allerdings bewegen sich die meisten Angebote auf der individuellen Ebene mit dem Ziel, Kompetenzen der Zielgruppen als Verhaltensprävention zu stärken oder Bedingungen zu schaffen, welche die Kompetenzen auf der verhältnispräventiven Ebene entwickeln sollen.

6.3 Partizipation

Partizipation bedeutet allgemein die Teilnahme und Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen und die Entscheidungsmacht sowie Selbstbestimmung für alle wesentlichen Fragen der Lebensgestaltung. In Bezug auf die eigene Gesundheit braucht Partizipation auch die Möglichkeit der Mitbestimmung bei der Behandlung und Lösung gesundheitlicher Probleme und bei der Festlegung von Zielen, die mit gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen erreicht werden sollen. Dabei ist der Grad der Partizipation am höchsten, je mehr Einfluss der Einzelne oder die Zielgruppe auf einen Entscheidungsprozess hat.

Partizipation ist wie Empowerment eine Kernforderung der Ottawa Charta (WHO 1986) an die Gesundheitsförderung und sollte immanenter Bestandteil von Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung sein. Die angesprochenen Zielgruppen sollen an der Planung, Umsetzung und Auswertung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen aktiv beteiligt sein.

Um die Arbeit in der Praxis auf diesen Anspruch hin zu planen und zu überprüfen, entwickelte M.T. Wright ein Stufenmodell der Partizipation, nach dem sich Projektmanagement qualitativ ausrichten kann (Wright 2010). Nach diesem Modell (Abbildung 18) ist ein Entwicklungsprozess möglich. Aus der Nichtpartizipation (Instrumentalisierung, Anweisung) über die Vorstufen, die sogenannte unechte Partizipation, (Information, Anhörung, Einbeziehung) kann sich echte Partizipation entwickeln, die sich nochmals in Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht differenzieren lässt. Die höchste Stufe der Partizipation und eine der größten Herausforderungen in sozialen Projekten ist die Selbstorganisation. In der Gesundheitsförderung mit arbeitslosen Menschen stellen die Partizipation und die Selbstorganisation die höchst erreichbaren Ergebnisstufen der Arbeit dar.

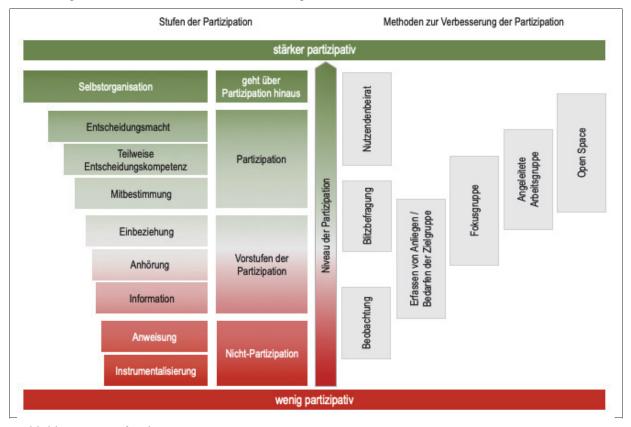


Abbildung 18: Stufen der Partizipation

erweitert und angepasst nach (KGC 2017; Wright 2010)

Gegebenenfalls müssen die Betroffenen zuvor befähigt werden, Bedürfnisse zu formulieren und diese in die Planung, Umsetzung und Auswertung von Angeboten, an denen sie teilnehmen sollen, einzubringen (Kapitel 6.2). Bereits die Projektkonzeption sollte so angelegt sein, dass Partizipation auf dem höchstmöglichen Niveau erreicht werden kann.

In Maßnahmen der Gesundheitsförderung allgemein ist es sinnvoll, zunächst die Perspektiven und Bedarfe der Zielgruppe gemeinsam mit den Betroffenen herauszuarbeiten, damit ein grundlegendes Verständnis zu den Zielen des Angebotes, den individuellen Lebenslagen und der gesundheitlichen Verfassung, der Gesundheitskompetenz und den persönlichen Zielen erreicht werden kann (KGC 2017). Viele gesundheitsförderliche Angebote, analog, wie digital, werden im vermeintlichen (Experten-)Wissen über die Wünsche der Zielgruppe an den tatsächlichen Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigeplant. Die Zielgruppe bleibt oft unbeteiligt (vgl. Kapitel 3.2.2). Dies deckt sich mit den beruflichen Erfahrungen der Autorin. Daher ist ein Perspektivwechsel hin zu einer partizipatorische Haltung dringend notwendig, damit es nicht bei einer Absichtserklärung oder einer Worthülse bleibt (Wright 2014).

Projektmanager sollten in der frühen Planungsphase prüfen, in welchem Umfang die Zielgruppe an der Planung beteiligt werden kann und welche Kompetenzen vermittelt werden können, damit diese Beteiligung möglich wird. Es gehen möglicherweise partizipatorische Methoden und Ansätze des Empowerment ineinander über. Zudem könnten sowohl positive als auch negative Effekte eintreten, wenn die Zielgruppe nicht einbezogen wird.

Methodisch kann Partizipation auf allen Stufen des Modells (vgl. Abbildung 18, S. 42) umgesetzt werden. Die Beteiligungsprozesse sollten den Erfahrungen und Möglichkeiten der Zielgruppe angemessen gestaltet und auf einem möglichst hohen Beteiligungsniveau umgesetzt werden. Das bedeutet ebenfalls, dass die Beteiligung im Sinne des Empowerments (Kapitel 6.2) eine Entwicklung aller Zielgruppenmitglieder ermöglicht, so dass diese Kompetenzen dazu gewinnen und auf Entscheidungen auch Einfluss nehmen können (KGC 2017).

Dass die Akzeptanz von Angeboten der Gesundheitsförderung durch Partizipation grundsätzlich erhöht werden kann, belegen einige Praxisprojekte, die im Folgenden kurz vorgestellt werden. Zwar existieren im Rahmen der Gesundheitsförderung mit arbeitslosen Menschen noch sehr wenige verfügbare Evaluierungsberichte (noch weniger aus dem digitalen Bereich), jedoch lassen die positiven Erfahrungen aus diesen verwandten Bereichen solche Effekte auch in der speziellen Zielgruppe erwarten, wenn hier die Umsetzungen zukünftig in größerer Zahl beginnen.

Als ein (nicht-digitalisiertes) Praxisbeispiel aus der Stadtteilentwicklung sei hier der "Denk-Sport-Spiel-Parcours-Wulsdorf" genannt (Kerchner et al. 2010). Im Rahmen eines Projektes "Soziale Stadt" wurde hier eine intensive Beteiligung der Bewohner erreicht, um bewegungsund gesundheitsfördernde Freiräume im "Soziale-Stadt"-Gebiet-Wulsdorf zu gestalten. Dies konnte vor allem durch die Qualifizierung und Beschäftigung von schwer vermittelbaren Arbeitslosen realisiert werden. Der Denk-Sport-Spiel-Parcours, bestehend aus Stationen der Entspannung, Bewegung und Anregung, wurde in Kooperation mit den Bewohnern entwickelt und entstand mit und im direkten im sozialen Umfeld der Betroffenen. Auf diese Weise konnte ein anregendes Wohnumfeld mit generationsübergreifenden bewegungs- und gesundheitsfördernden Freizeitbeschäftigungen geschaffen werden. Das Angebot ist nicht

zuletzt aus diesem Grund bei der breiten Masse der Anwohner akzeptiert und wird aktiv genutzt. (Kerchner et al. 2010)

Ein weiteres Beispiel der Partizipation und Selbstorganisation aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie ist das Projekt "Genesungsbegleiter", welches in Mecklenburg-Vorpommern seit 2017 umgesetzt wird (Streiber 2019). Hier werden betroffene Menschen zu Genesungsexperten für andere Betroffene weitergebildet und eingesetzt. Das Ausbildungsund Praxiskonstrukt ist ganz und gar partizipativ angelegt. Betroffene sind als Entscheidungspersonen, Berater, Beiräte in Psychiatriegremien, Referenten und Vertrauenspersonen tätig (Streiber 2019).

Zwischenfazit

Bereits aus den vorangegangenen Kapitel wurde deutlich, dass die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit ein Hauptanliegen der Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen sein muss. Dies gilt auch und für die digitalen Angebote für diese Zielgruppe.

Diese können dann eine maximale Wirksamkeit entfalten, wenn sie partizipatorisch angelegt sind, d. h. wenn die potenziellen Teilnehmer und Nutzer dieser Angebote an der inhaltlichen Gestaltung teilhaben können.

Dafür ist je nach spezifischer Situation und unter Beachtung vor allem der (digitalen) Gesundheitskompetenz der einzelnen Personen deren Ermächtigung (Empowerment) zu selbständigem Handeln mit dem Ziel einer Verbesserung des eigenen subjektiven und objektiven Gesundheitszustandes notwendig.

Die weiteren Analysen in dieser Masterarbeit untersuchen zum einen, wie die Zielgruppe optimal erreicht werden kann. Zum anderen werden die Erkenntnisse zur Partizipation und zum Empowerment in der Expertenbefragung aufgegriffen.

7 Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen

Eine große Herausforderung in der Gesundheitsförderung, der Prävention und der Gesundheitserziehung ist das Dilemma, dass einschlägige Angebote, die Zielgruppe mit den größten Bedarfen, wie z. B. arbeitslose Menschen, sehr oft nicht erreichen. Gründe dafür sind an den (gelegentlich vermuteten) Bedarfen der Zielgruppe vorbei geplante Angebote oder deren Umsetzung in Form konventioneller "Komm-Strukturen". Das sind solche, bei denen die Menschen physisch zu den Angeboten kommen müssen (z. B. Beratungsstellen, Volkshochschulen usw.). Geeigneter wären sogenannte "Zugeh-Strukturen", bei denen die Angeboten die Menschen am Anwendungsort, z. B. zu Hause oder am üblicher Aufenthaltsort aufgesucht werden. (Sannemann 2017)

Von einer versehentlichen Vergrößerung sozialer Disparitäten lässt sich zudem sprechen, wenn grundsätzlich vielversprechende Gesundheitsangebote, die eigentlich die gesundheitlichen Chancen der Nutzer verbessern sollen, nicht die eigentlich bedürftige Zielgruppe erreichen. Grund ist oft eine mangelnde Sensibilität für die richtigen Zugänge oder soziale Lebenslagen, was schlimmstenfalls sogar zu einer weiteren Entfernung der eigentlich adressierten Zielgruppe von der Nutzung dieser Angebote führen könnte (Franzkowiak 2018). Dieses Präventionsparadoxon begleitet vor allem die Gesundheits-förderung und Präventionsarbeit mit vulnerablen Zielgruppen. Viele Angebote bleiben wenig oder ganz Ressourcen wie Arbeitsstunden und finanzielle wertvolle Zeit, Fördermöglichkeiten werden nicht ausgeschöpft.

In den letzten Jahren haben sich die Präventionsforschung, die Gesundheitsforschung und die Digitalisierungsforschung intensiv mit Wirkungen von Angeboten und Erreichbarkeitsindikatoren auseinandergesetzt. Nicht nur die Ziele der Chancengleichheit, der Teilhabe oder der Gesundheitsförderung sind die Motive dieser Untersuchungen, auch der hohe sozialpolitische Druck, sowie Kosten-Nutzen-Analysen in den Sozial- und Gesundheitssystemen und in der Praxis fokussieren eine Professionalisierung der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen. Letztlich stellen die Wirksamkeit der Angebote und die Erreichbarkeit der Zielgruppen die Potenziale zur Verbesserung der Zugänge arbeitsloser Menschen zu digitalen Angeboten dar.

Die herausgearbeiteten Strategien lassen sich mit den Erfahrungen mit analogen und digitalen Projekten mit arbeitslosen Menschen vergleichen, da die Herausforderungen und Rahmenbedingungen ähnlich sind. Nachfolgend wird eine Auswahl an Erreichbarkeitsstrategien gezeigt, die vor dem Hintergrund bereits bekannter digitaler Gesundheitsangebote gespiegelt werden. Dazu wird ein kürzlich beendetes digitales Gesundheitsprojekt mit den wichtigsten Fakten und Ergebnissen vorgestellt (vgl. Kapitel 7.2).

7.1 Persönliche und strukturelle Zugänge zu Zielgruppen

Die Erreichbarkeit von Zielgruppen hat vor allem im Zusammenhang mit digitalen Angeboten zur Gesundheitsförderung grundsätzlich mehrere Bedeutungsdimensionen. Die Erreichbarkeit der jeweiligen Zielgruppen ist in erster Linie struktureller oder persönlicher Natur. Eine Person mit einem Angebot technisch oder lokal erreichen zu können, sagt allein nicht viel darüber aus, ob dieser Mensch sich auch aktiv und bewusst bzw. gezielt für dieses Angebot entschieden hat. Erreichbarkeit beinhaltet in zweiter Linie, dass Angebote und Interventionen über den ersten Kontakt hinaus ihr Zielpublikum im Sinne einer aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen und Akzeptanz des Angebotes/der Intervention erreichen. Drittens bedeutet Erreichbarkeit auch, dass das Angebot oder die Intervention nicht nur eine kognitive Veränderung erzielt, sondern auch verhaltensändernd wirken kann (GKV et al. 2018). Dieses Verständnis von Erreichbarkeit im Sinne einer Wirkungsmessung ist eine große Herausforderung in der Praxis der Gesundheitsförderung und der Prävention; auch im Zusammenhang mit der Evaluation der Wirkung objektiver und subjektiver Zugänge zu einem Angebot.

Eine Systematisierung der Erreichbarkeitsstrategien und Zugängen wurde in einem Ergebnisbericht einer Literaturrecherche des GKV Bündnisses vorgenommen. Ein Scoping Review verschiedener Erreichbarkeitsstrategien stellt 41 Projekte für vulnerable Zielgruppen vor und strukturiert die Ergebnisse in 14 Erreichbarkeitsstrategien (Sörensen et al. 2018). Fünf ausgewählte und für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen besonders geeignet erscheinende Strategien dieser Übersicht werden kurz zusammengefasst und einige davon beispielhaft mit konkreten digitalen Angeboten in der zielgruppenbezogenen Gesundheitsförderung unterlegt.

7.1.1 Tailoring

Tailoring ist das Anpassen von Botschaften, Maßnahmen oder Aktivitäten auf die spezifische Bedürfnislage einer bestimmten Zielgruppe oder deren Anpassung an die Projektumgebung (Sörensen et al. 2018). Es handelt sich eher um eine übergeordnete Strategie, die sowohl den Zuschnitt der Inhalte, als auch die Anpassung des Rahmens, der Struktur, des kulturellen Hintergrundes oder beides zum Ziel haben kann. Beispiele dafür sind durch die Corona-Pandemie notwendig gewordene Anpassungen und die Transformation der bestehenden analogen Angebote in den digitalen Raum (vgl. Kapitel 3 und 3.2.2).

Das Tailoring eines digitalen Angebotes für eine bekannte eingegrenzte Zielgruppe sollte erreichen, dass die Aufarbeitung der Inhalte, die Wahl der Sprache und die Auswahl des Formates auf die persönlichen Lebenssituationen der Teilnehmer oder auf das jeweilige Level der digitalen Kompetenz, so zugeschnitten wird, dass der Zugang so niederschwellig wie möglich ist. So könnte beispielsweise die Einwahl in ein digitales Angebot durch selbsterklärende Schaltflächen, z. B. mit Hilfe leicht verständlicher Piktogramme oder eines Sprachassistenten, vereinfacht werden.

Ein Tailoring kann aber auch eine Anpassung an den technischen Standard oder die Medienkompetenz der Zielgruppe sein. So könnten digitale Angebote für ältere Menschen im ländlichen Raum mit einer noch unzureichenden Internetverbindung über vorbereitete Offline-Programme, z. B. im Handlungsfeld Bewegung oder Entspannung, dennoch zum Mitmachen motivieren.

7.1.2 Arbeit mit Peers

Menschen, die sich innerhalb der Zielgruppe kulturell, sozial oder sprachlich ähneln, sogenannte "Peers", können helfen, potenziellen neuen Nutzern einen leichteren Zugang zu verschaffen und eine höhere Akzeptanz der Angebote durch die angesprochene Zielgruppe zu erreichen. Die Einbeziehung der Peers (Peer-Involvement) kann die (Beratungs)-Arbeit mit einzelnen Personen der Zielgruppe (Peer-Counseling), die Multiplikatorenarbeit mit einer Gruppe (Peer-Education) oder ganze Peer-Projekte umfassen (Harring et al. 2010; Backes und Lieb 2014).

In der Prävention und auch in der Gesundheitsförderung gelten verschiedene Ansätze des Peer-Involvements als erfolgversprechend, z. B. beim Thema Ernährungsberatung und Essstörungen, aber auch in der Drogen- und Aidsprävention. Peer-Ansätze fördern neben einer Verhaltensänderung auch die Partizipation und beteiligungsorientierte Bottom-Up-Ansätze (Backes und Lieb 2014). Konkrete Beispiele des Peer-Counseling oder der Peer-Projekte in der Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen sind vereinzelt in der Praxis, jedoch selten in der Wissenschaft zu finden. Hier wird ein hohes Forschungspotenzial und eine stärkere Berücksichtigung in Förderprogrammen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), des GKV-Spitzenverbandes bzw. der Arbeitslosenforschung in den nächsten Jahren assoziiert. Laut einer Studie aus dem Jahr 2014 (Bukman et al. 2014) präferieren Menschen mit sozialökonomisch niedrigem Status im Rahmen eines Projektes zur Ernährung und Verbesserung ihrer Bewegung eindeutig sowohl auf sie zugeschnittene Angebote (Tailoring, vgl. Kapitel 7.1.1) als auch solche, die eine gewisse Gruppenorientierung mit Personen gleichen Alters, Geschlechts, Fitnesslevels usw. beinhalten (Peers).

7.1.3 Rekrutierung

Um arbeitslose Menschen für ein Angebot zu gewinnen, ist es vor allem in der Planungsphase relevant, sich mit geeigneten Rekrutierungsstrategien auseinanderzusetzen. Projekterfahrenen Fachkräfte verfügen in den meisten Fällen über eine breitere Expertise in den Möglichkeiten der Ansprache der Zielgruppe und können im Vorfeld bestimmte Strategien als wahrscheinlich erfolgreicher als andere einstufen. Sehr gute belegbare Erfahrungen wurden mit Peers oder Multiplikatoren gemacht, die wie bereits oben beschrieben (vgl. Kapitel 7.1.2), die Zielgruppe an öffentlichen Orten auf die Angebote aufmerksam machen.

Unabhängig davon kann die Rekrutierung aber auch über ähnliche Projekte, Kitas- und Familienzentren oder in Beratungsstellen erfolgen. Sehr gute Erfahrungen machen z.B. Fallmanager in Jobcentern oder Arbeitsagenturen mit der direkten oder telefonischen Ansprache (GBB 2020b). Auch spezialisierte Fachkräfte, wie die Beauftragten für

Chancengleichheit oder Rehabilitation (BMAS 2020) sowie Mitarbeiter in den kommunalen Verwaltungen, haben oft einen persönlichen Zugang zu Klienten, die sie durch die Teilnahme an anderen Projekten oder ihre tägliche berufliche Arbeit bereits kennen.

In der Praxis haben sich Synergieeffekte zwischen den einzelnen Projekten innerhalb der Kommunen gezeigt, da die potenziellen Teilnehmer oft schon durch andere Projekte identifiziert wurden, die Fachkräfte sich untereinander kennen und damit die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht und gefördert wird (GBB 2020b).

7.1.4 Nachbarschaftliches Engagement

Die Einbeziehung nachbarschaftlicher Strukturen, von Vereinen und ehrenamtlich tätigen Personen gelten ebenfalls als erfolgreiche Strategien, wenn es um die Implementierung und Akzeptanz von gesundheitsförderlichen Angeboten für vulnerable Zielgruppen geht. Dies wird in der Fachliteratur auch als Community Engagement bezeichnet (Sörensen et al. 2018). In der digitalen Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen kann es sehr hilfreich sein, die Akteure der Kommune, einschließlich der Arbeits- und Beschäftigungsträger, Fallmanager, Betreuer und die Betroffenen selbst in einzelne Aktivtäten für die Zielgruppe, in Planungsprozesse, Abstimmungsprozesse und Evaluierungsprozesse gemeinsam und paritätisch einzubinden.

Das Förderprogramm "Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt" des GKV-Bündnisses, der Bundesagentur für Arbeit und der BZgA in Brandenburg und Berlin (GBB 2020c) zielt auf diese Abstimmungsprozesse ab und entwickelt durch die Einrichtung sogenannter "Runder Tische" und Regionaler Steuerkreise" nachhaltig passgenaue Maßnahmen für arbeitslose Menschen in der Region. Die Einbeziehung Betroffener ist eines der wichtigsten Ziele dieses Projektes. Trotz vielfältiger Bemühungen gibt es bislang allerdings kaum dokumentierte partizipative Ansätze für die Entwicklung analoger und digitaler Angebote speziell für arbeitslose Menschen. Die größte Hürde besteht aktuell darin, die Zielgruppe für die Mitwirkung zu motivieren und eine Win-Win-Situation, bzw. einen Nutzen für die potenziellen Teilnehmer selbst, glaubhaft zu kommunizieren (GBB 2019). Da die Zielgruppe ohnehin Schwierigkeiten hat, sich dem Thema Gesundheitsförderung proaktiv zu nähern (vgl. Kapitel 3), sind vor allem die folgenden Ziele relevant:

- 1. den Mehrwert der geplanten Angebote für die Betroffenen glaubhaft zu machen,
- 2. die Betroffenen für eine Form der Mitwirkung zu gewinnen, bzw. Partizipation zu erklären und zu gestalten sowie
- 3. eine Verhaltensveränderung durch ein durchgeführtes Angebot tatsächlich zu erzielen.

Hier können Akteure aus der direkten Arbeit und Betreuung, sowie Peer-Berater (Kapitel 7.1.2) dabei unterstützen, niedrigschwellige Zugänge, die Zielgruppe interessierende Themen, sowie funktionierende Orte zu finden. Für arbeitslose Menschen lassen sich im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten (z. B. Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen des Jobcenters) in einigen kommunalen Einrichtungen oder bei freien Trägern Peers, also ehemalige oder aktuell Betroffene finden und für ein Peer-Projekt im Rahmen des kommunalen,

nachbarschaftlichen Engagements, der Gemeinwesenarbeit oder der Bürgerbeteiligung gewinnen. Dies stellt für die Entwicklung digitaler Lösungen in der Gesundheitsförderung eine wichtige Ressource dar, allein aufgrund der verschiedenen Perspektiven im Vergleich zu den Fachexperten/Fallmanagern (GBB 2019).

7.1.5 Zugang über Institutionen, Kooperationen, Zugeh-Strukturen

Der Zugang zu arbeitslosen Menschen durch eine Institution oder durch die Gemeinde ist ein vielversprechender Ansatz, da durch dieses Setting meistens auch Fachkräfte, Ehrenamtliche oder Peergruppen-Berater eingebunden werden können (Kapitel 7.1.2 und 7.1.4). Gesundheitsförderung im Rahmen der Arbeitsförderung ist ein gutes und erfolgreiches Beispiel für den Zugang über Institutionen und eine vielversprechende Kooperation zwischen Krankenkassen und Arbeitsförderung.

Gesundheitsförderliche Informationen können einfacher an die Zielgruppe gebracht werden, weil die Personen im Jobcenter oder in der Agentur für Arbeit, oder in vergleichbaren Beratungsstellen beraten werden. Integrationsfachkräfte der Jobcenter und auch Betreuer von Bildungs- und Beschäftigungsträgern haben oft bereits ein Vertrauensverhältnis zu den Personen aufgebaut und kennen die individuellen Lebenslagen ihrer Klienten gut. Auch spezifische Problemlagen, wie Suchterkrankungen oder psychische Beschwerden, können leichter durch vertraute und geschulte (Fach-)Personen im täglichen Umgang erkannt werden (GKV et al. 2018; GBB 2019).

Wie bereits in der Einleitung zu diesem Kapitel erwähnt, haben sich konventionelle "Komm-Strukturen" mit vulnerablen Zielgruppen bislang wenig bewährt. Diese erreichen eher Zielgruppen, die ohnehin ein höheres Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen haben und entsprechende Angebote auswählen und aufsuchen, insbesondere im Falle von Präsenzangeboten. Arbeitslose und Langzeitarbeitslose sind bei Informationsveranstaltungen, wie "Gesundheitstagen" (GBB 2019) deutlich unterrepräsentiert. Die Planer von gesundheitsförderliches Angeboten für diese Personengruppe stellen sich häufig folgende Fragen:

- 1. Wie und wo erreiche ich die Zielgruppe am besten?
- 2. Welche Formate und Zugangswege eignen sich am besten, damit die Angebote auch wiederholt wahrgenommen werden?
- 3. Wie können die Intentionen der Maßnahmen oder Interventionen nachhaltig erreicht werden?

Für digitale Angebote eignen sich zwar die Ansprache über die Institutionen oder Beratungsstellen ebenso wie für analoge Angebote, jedoch wurde in einer längeren Testphase für digitale Gesundheitskurse in Brandenburg im Rahmen des bereits erwähnten Verzahnungsprojektes (GBB 2020c) eine ähnlich enttäuschende Erfahrung mit der Komm-Struktur gemacht (GBB 2020a).

7.2 Projekt: "Digitale Gesundheitsangebote für Menschen ohne Arbeit in Brandenburg und Berlin"

Die "Digitalen Gesundheitskurse für Menschen ohne Arbeit" organisiert vom Team des Projektes "Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung" von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (GBB 2020c) wurden als erstes digitales Gesundheitsförderangebot im Zeitraum Mai bis Dezember 2020 als Angebot für arbeitslose Menschen im Setting der Arbeits- und Beschäftigungsförderung in Brandenburg und Berlin initiiert. Die Autorin dieser Arbeit leitet den Brandenburger Teil des Projektes. Die Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht, stehen aber für die hier anzustellenden Analysen zur Verfügung.

Die Angebote sollten arbeitslose Menschen erreichen, die im Rahmen des SGB II und SGB III als erwerbsfähige Leistungsempfänger von Agenturen für Arbeit und Jobcentern betreut wurden. Dies sind derzeit ca. 28.000 langzeitarbeitslose Menschen. Eingegrenzt wurde die Zielgruppe auf die Menschen, die engmaschiger vom Fallmanagement oder anderen Arbeitsmarktprojekten betreut wurden und/oder an Bildungsmaßnahmen teilnahmen. Es haben sich insgesamt zehn Jobcenter an dem Projekt beteiligt. Ziel war in erster Linie die Milderung der Folgen der Kontaktbeschränkungen, die durch die Corona-Maßnahmen in Kraft getreten waren. Dazu wurden adäquate digitale Bewegungs-, Ernährungs- und Stressabbauprogramme angeboten. Zusätzlich sollte den Menschen in ihrer häuslichen Umgebung ein kurzfristiges kompensatorisches Angebot zu den bisherigen präsenzorientierten Projekten bei den Maßnahmeträgern oder sonstiger Bildungsträgern geboten werden.

Die Angebote bezogen sich auf die oben genannten Handlungsfelder (Kapitel 3.2.2) und wurden einmal wöchentlich für 45 bis 60 Minuten über die Online-Kommunikations-Plattform Zoom durchgeführt. In der Regel wurden die Kurse von zwei Trainern geführt. Diese wechselten sich mit der Anleitung der Übungen und der technischen Begleitung, z. B. des Chats mit den Teilnehmern, ab. Am Ende der Kurse konnte ein freiwilliges Feedback gegeben werden. Dieses Angebot wurde jedoch nur selten genutzt. In zwei Kursen gab es auch persönliche Kontakte zwischen den Trainern und den Teilnehmern, auch außerhalb der Kurszeiten per E-Mail. Diese Möglichkeit wurde mit fortschreitender Projektdauer zunehmend intensiver genutzt.

Zur Bekanntmachung der Angebote wurde zudem eine umfangreiche Kommunikationsstrategie umgesetzt, die die Menschen auf verschiedenen (institutionellen) Ebenen erreichen sollte. Eine direkte Ansprache der Zielgruppe durch die Projektverantwortlichen war aus Gründen der Zuständigkeiten und des Datenschutzes nicht möglich.

Die Kommunikationsstrategie nutzte vor allem die folgenden Elemente:

- Werbung per Flyer, Poster mit QR-Codes,
- Persönliche Empfehlung durch Fallmanager oder sonstige Betreuungsperson,
- Werbung über Facebook,
- Veröffentlichung von Presseartikeln über die Webseiten der Jobcenters und von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (GBB 2020a),
- Versand von Postern und Flyern, sowie persönliche E-Mails an relevante Netzwerkpartner, wie Familienzentren und Mehrgenerationenhäuser.

Trotz der vielschichtigen Öffentlichkeitsarbeit konnten im Verhältnis zur gesamten Zielgruppe nur wenige Menschen (insgesamt weniger als 100 Personen) zu einer Teilnahme an den Angeboten bewegt werden (GBB 2020b). Die Ursachen dafür sind bislang nicht eindeutig identifiziert. Eine umfassende Evaluierung bislang aus verschiedenen strukturellen Gründen nicht möglich; allerdings wurden retrospektiv die Perspektiven von Anbietern und Teilnehmern eingeholt.

Mit den Anbietern der Kurse wurden bis zum Ende der Angebote regelmäßige Austauschtreffen organisiert, in denen an einer stetigen Optimierung der Zugangsmöglichkeiten zu den Teilnehmern gearbeitet wurde. Eine Befragung der Anbieter anhand von Fragebögen wurde am Ende der Kurse durchgeführt. Diese Ergebnisse fließen als Erkenntnisse über die objektiven und subjektiven Potenziale der Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten ein und werden im Kapitel 8 vorgestellt und diskutiert.

Die Teilnehmerzahlen fielen moderater aus, als sich die Teilnehmer mit einem Betreuer der Maßnahme gemeinsam mit einem Fallmanager oder ihrem Betreuer in die digitalen Angebote zu Bewegung, Ernährung, Stressmanagement, Achtsamkeit einwählten. Es konnte ab dem vierten Durchführungsmonat eine gesteigerte Wahrnehmung der Angebote und auch eine erhöhte Teilnahme an den Kursen festgestellt werden, als in der Anfangsphase. Als wichtiger positiver Zugang konnte hier die Einrichtung (Jobcenter bzw. Weiterbildungsträger, vgl. Kapitel 7.1.5) identifiziert werden (GBB 2020b). Obwohl die Angebote sehr breit und multimedial beworben wurden (große Flyerwerbung, Webseitenartikel bei Veranstaltern und Partnern, persönliche Empfehlung durch Fallmanager und Betreuer, Facebook sowie Posterwerbung), blieb die Teilnahme durch reines Eigenengagement und ohne Begleitung sehr gering (GBB 2020b).

Da sich das Projekt noch in der Testphase befindet, bringt eine quantitative Auswertung der Teilnehmerzahlen zum aktuellen Zeitpunkt wenig Erkenntnisse (GBB 2020b). Jedoch kann retrospektiv anhand der vereinzelten Feedbacks untersucht werden, ob das Format des Angebots, die Inhalte und die gewählten Zugänge für die Zielgruppe Anreize zur Teilnahme schaffen oder eher Hürden darstellen. Aus der Analyse der hier vorgestellten Erreichbarkeitsstrategien und Zugangswege aus diesem und den anderen vorgestellten Projekten, werden vielmehr Aspekte definiert und diskutiert, die für die Weiterentwicklung der digitalen Gesundheitsangebote für die Zielgruppe erfolgversprechend sind.

Zwischenfazit

Neben den im Kapitel 6 dargestellten Wirksamkeitskriterien stellen die Strategien zur Erreichbarkeit der Zielgruppe entscheidende Potenziale zur Verbesserung ihrer Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten dar.

Die Literaturrecherche ergab nur wenige Quellen, die explizit auf die Erreichbarkeit arbeitsloser Menschen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsangeboten fokussieren. Aus den verfügbaren Quellen und der praktischen Erfahrung lässt sich jedoch ableiten, dass vor allem die Strategien Erfolg versprechen, bei denen ein individueller Zuschnitt der Themen und Inhalte (Tailoring) sowie die Einbeziehung von bekannten oder aus Sicht der Zielgruppe vertrauenswürdigen Personen, sogenannten Peers, eine Rolle spielen.

Zur Verifizierung dieser Ergebnisse wird im folgenden Kapitel 8 eine Expertenbefragung vorgestellt, bevor aus den dort generierten Erkenntnissen im Kapitel 9 entsprechende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

8 Bewertung der Potenziale auf Basis von Expertenbefragungen

Zur mehrdimensionalen Bewertung der Zugänge und zur Ableitung von Verbesserungsmöglichkeiten, ist es notwendig, die Wechselwirkungen zwischen den Angeboten selbst und den Dimensionen der Zugänge (vgl. Kapitel 2) zu verstehen. Wie ein Angebot entwickelt bzw. beschaffen ist (z. B. Format oder Inhalt), hat Einfluss auf den Zugang, den ein potenzieller Nutzer zum Angebot findet, und damit letztendlich auf die Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme.

Die Fragen, wie die einzelnen, vor allem subjektiven (vgl. Kapitel 2) Zugänge und deren Aspekte auf die potenzielle Zielgruppe und deren Teilnahmemotivation wirken und welche Erreichbarkeitsstrategien aktiviert werden können, um die Zugänge arbeitsloser Menschen zu digitalen Gesundheitsangeboten zu verbessern, stehen im Mittelpunkt dieser selbst konzipierten und durchgeführten Befragungen, da sie sich aus dem aktuellen Stand der Forschung und der Literaturrecherche nicht vollständig beantworten lassen. Ziel ist es, die unterschiedlichen Perspektiven und Ansichten von potenziellen Nutzern digitaler Angebote zu erheben. Dabei stehen die verschiedenen Zugangsbedingungen und persönlichen Wahrnehmungen im Vordergrund. Aus dem vorhandenen Methodenrepertoire der qualitativen Sozialforschung werden dafür das leitfragengestützte Experteninterview (Wotha und Dembrowski 2017) und eine Fragebogenaktion angewandt. Dies bietet den Vorteil über die Beantwortung von geschlossenen Fragen hinaus, Meinungsbilder, Erwartungen und Erfahrungen verschiedener Beteiligter aufzunehmen, die das Betrachtungsspektrum erweitern. Die Befragung von Experten mittels leitfragengestützter Interviews (Kapitel 8.2) leuchtet im Rahmen dieser Arbeit allgemeine Erwartungen, Haltungen und Ansichten aus. Die entsprechenden Informationen wurden in mehrstündigen telefonischen Einzelinterviews ermittelt.

Eine weitere Befragung von Fachkräften, die täglich mit der Zielgruppe arbeitsloser Menschen arbeiten und qua Amt Entscheidungen für diese treffen, ermittelt, wie Fachkräfte bestimmte Merkmale von Zugängen zu digitalen Angeboten für ihre Klienten einordnen. Dieser Teil erfolgt mit Hilfe eines selbst entwickelten und adressierten Fragebogens, der konkret die Zugangsmöglichkeiten thematisiert, welche auf die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen zutreffend sein können (Kapitel 8.3). Die Auswertung erfolgt anhand der Aspekte des Zugangsmodells. Nach dieser Struktur werden die Informationen geclustert. Anschließend werden die Aussagen beider Gruppen anhand der bereits erarbeiteten Zugangsaspekte diskutiert und in Handlungsempfehlungen (Kapitel 9) überführt.

8.1 Konzeption der Befragung und inhaltliche Schwerpunkte

Die im Einzelnen zu erfragenden Inhalte, werden mit Hilfe verschiedener Qualitätsmerkmale strukturiert. Diese Aspekte sind bewusst interdisziplinär gewählt, um möglichst ganzheitlich und praxisnah die Qualitätsanforderungen von Zugängen zu beschreiben. Sie tangieren Themenfelder aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Kommunikationspsychologie, Marketing und Mediendesign. Obwohl auch jedes Handlungsfeld für sich ein eigenständiges Untersuchungsfeld darstellen könnte, ist der

Vorteil dieser Untersuchungskonzeption vor allem darin zu sehen, im Ergebnis ineinandergreifende Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und Bewertung von digitalen Gesundheitsangeboten darstellen zu können.

Die Expertenbefragungen liefern reale, zunächst subjektive, aber auch objektivierbare Daten, die im Vergleich mit den bereits zuvor herausgearbeiteten Aspekten das Bild bezüglich der Potenziale zur Verbesserung der Zugänge arbeitsloser Menschen zu digitalen Gesundheitsangeboten vervollständigen. Die Befragung im Rahmen dieser Arbeit verfolgt drei wesentliche Ziele:

- 1. Erhebung subjektiver Daten über Erfahrungen, Haltungen und Vorschläge bezüglich digitaler Gesundheitsangebote,
- 2. Unterscheidung und Vergleich der Meinungen verschiedener Beteiligter (Experten):
 - a. Personen mit eigenem Bezug zur Situation der Arbeitslosigkeit,
 - b. Fachkräfte mit Betreuungsauftrag für arbeitslose Menschen,
 - c. Personen ohne Bezug zur Arbeitslosigkeit,
- 3. Bestätigung oder Berichtigung theoretischer Thesen (Vorannahmen), als Grundlage für die Handlungsempfehlung im Gesamtergebnis.

Für das Befragungsziel 2 ist es notwendig, die Befragungsmethodik in zwei Teile zu gliedern. Da sich unter den Fachkräften zum Befragungszeitraum keine Personen befinden, die keine Erfahrung mit arbeitslosen Menschen haben, bzw. sich alle in einem Fürsorgeauftrag ihnen gegenüber befinden, ist dies ein eigener Befragungskomplex der mittels eines Fragebogens Einschätzungen und Perspektiven der Fachkräfte erhebt, die sich auf die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen bezieht. Die Fachkräfte nehmen im Rahmen ihres Betreuungsauftrages eine "Fremdperspektive" ein; als Experten haben sie daher aufgrund ihrer beruflichen Stellung ein besonderes Hintergrundwissen zum Thema (Gläser und Laudel 2010).

Der Konzeption der Befragung liegt ein Gerüst von theoretischen Vorannahmen zu Grunde, welche den Zusammenhang der Qualität von Zugängen zu digitalen Gesundheitsangeboten und deren Wirkung auf das Nutzerverhalten hinterfragen. Diese werden zunächst generell, d. h. in Bezug auf die Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten allgemein, und anschließend bezüglich der Zielgruppe arbeitsloser Menschen definiert.

Das leitfragengestützte Interview (s. Anhang) soll im Ergebnis folgende Thesen und Annahmen bestätigen oder widerlegen, die auf digitale Gesundheitsangebote allgemein abzielen:

- 1. Die Nutzung und vor allem die Weiternutzung eines Angebotes ist vom Thema, dem Format und der bisherigen Erfahrung mit vergleichbaren Angeboten abhängig.
- 2. Je einfacher und schneller die Einwahl in ein Angebot ist, desto wahrscheinlicher ist eine Teilnahme daran.
- 3. Die persönliche Kommunikation mit dem Trainer während des Angebotes ist wichtig, um Hemmnisse der Nutzer zum Format abzubauen.
- 4. Alltagstaugliche Übungen in den Bereichen Bewegung und Stressabbau sind Türöffner zu digitalen Gesundheitsangeboten für noch unerfahrene Nutzer oder Skeptiker von digitalen Formaten.

Für die Konzeption des Expertenfragebogens (s. Anhang) konkretisieren sich die Thesen bezogen auf die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen:

- 1. Arbeitslose Menschen brauchen eine persönliche Begleitung, um den Zugang zu digitalen Angeboten zu finden.
- 2. Der Zugang zu digitalen Angeboten sollte vor allem für arbeitslose Menschen klar, einfach und niedrigschwellig sein.
- 3. Für eine höhere Akzeptanz digitaler Gesundheitskurse ist es wichtig, dass arbeitslose Menschen bei der Entwicklung eines Angebotes einbezogen werden.
- 4. Das digitale Gesundheitsangebot greift die Themen und Bedarfe arbeitsloser Menschen auf und wird auf diese Weise besser angenommen.
- 5. Empowerment sollte immanentes Ziel jedes guten digitalen Angebotes sein.

Die Auswertung der Daten aus den Befragungen erfolgt anhand einer strukturierten Inhaltsanalyse und orientiert sich an den Dimensionen der Zugänge zu digitalen Angeboten, wie sie im Kapitel 2 (vgl. Abbildung 2, S. 5) eingeführt wurden:

- Dem Aspekt des Eintritts werden alle Möglichkeiten des technischen und organisatorischen Zugangs zugeordnet. Es wird davon ausgegangen, dass die Art und die Qualität des ersten Eindruckes, den das konkrete Angebot auf den Nutzer macht, maßgeblich beeinflussen, ob er sich für oder gegen eine Teilnahme entscheidet. Dieser Aspekt wird von der Erkenntnis des "Nudging" unterstützt, die davon ausgeht, dass es oft nur eine kleine Anregung, eine grafisch-witzige Aufforderung oder eine bestimmte Art der persönlichen Ansprache braucht, um die Aufmerksamkeit der Nutzer auf das Angebot zu ziehen. Auch subjektive Wahrnehmungen und Emotionen, die mit dem ersten Eindruck vom Angebot einhergehen, werden diesem Aspekt zugeordnet (Krisam und Maier 2019). Die Erörterung des Eintritts-Aspekts erfolgt in den Fragen 1, 2 und 5 des Expertenfragebogens.
- Der Gesichtspunkt "Format" vereint die verschiedenen Zusammensetzungen, Ausgestaltungen und Charakteristika digitaler Angebote. Sie sind rein objektive Größen, wie zeitlicher Umfang, mögliche Wiederholungsmodi, verschiedene digitale Designs wie Podcast, Blog, interaktives Video, Filme und Audios. Die Befragungen zielen auf den Zusammenhang von Format und Attraktivität für den Nutzer ab und wie in der Eintrittsphase entschieden wird, ob das Format für das persönliche Befinden angenehm ist oder nicht. Es soll im Ergebnis auch herausgefiltert werden, welche Formate sich für digitale Gesundheitsangebote im Bereich der Gesundheitsförderung besonders eignen und die Nutzer ansprechen. Sie werden im Expertenfragebogen implizit betrachtet. Es soll ermittelt werden, ob aus Sicht der Befragten formatabhängige Aspekte die Teilnahmemotivation der Nutzer beeinflussen.
- Die Inhaltsaspekte der Angebote werden in der Befragung durch die Wahl des Themas, die Frage der Passfähigkeit von Inhalten auf die angesprochene Zielgruppe und die subjektive Wahrnehmung, ob das Thema einen bestimmten individuellen Bedarf bedient oder nicht, repräsentiert. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Zielgruppe nur dann den Zugang zu digitalen Gesundheitsangebote findet, wenn sie eine Lösung für eine konkrete Lebenssituation erkennt. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob bestimmte Inhalte als "Türöffner" identifiziert werden können, weil sie häufig vorkommende Bedarfe ansprechen und damit auf eine breite Gruppe an Personen übertragbar sind bzw. generell den Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten erleichtern. Im Expertenfragebogen werden die Inhalte vor allem in der Frage 4 behandelt.

- Die Befragung soll in Bezug auf das Erlebnis (gemeint sind hier vor allem emotionale Verarbeitungen der Erfahrung mit den Angeboten) identifizieren, welche Details eines Angebotes besonders dazu beitragen, dass das wahrgenommene Angebot als besonders positiv und erfolgversprechend erlebt wird. Es sollen Zusammenhänge zwischen subjektiver Wirkung und Bewertung bzw. Entscheidung hergestellt werden. Da es hier um Empfindungen und rein subjektive Einordnungen geht, werden diese Zusammenhänge im narrativen Teil des Experteninterviews und weniger im Fragebogen für Fachkräfte erhoben.
- Allgemein wird der Qualität der Kommunikationsaspekte in gesundheitsfördernden Angeboten eine besonders bedeutsame Rolle zugesprochen. Menschen handeln eher, wenn sie sich persönlich und emotional angesprochen fühlen (Krisam und Maier 2020) Hier geht es darum herauszufinden, welche Relevanz die Kommunikation vor oder während der Teilnahme an einem Angebot mit dem Trainer oder mit anderen Teilnehmern hat. Die berufspraktische Erfahrung mit vulnerablen Zielgruppen, insbesondere mit denjenigen, die sich in institutioneller Betreuung befinden, zeigt, dass ein relevanter Zusammenhang zwischen persönlicher Kommunikation, z. B. mit dem Trainer oder einem anderen bereits bekannten Nutzer und der Bereitschaft zur Teilnahme an einem Angebot besteht. Diese Erfahrung wurde in bereits durchgeführten digitalen Gesundheitsangeboten mit der Zielgruppe gemacht (N.N. 2020) Für das spezielle Untersuchungsfeld der Kommunikation liegen bislang kaum fachliche Expertisen in der Literatur vor, daher soll mit Hilfe der Befragung untersucht werden, inwieweit dies generell und vor allem in Bezug auf die Zielgruppe arbeitsloser Menschen ein Zugangskriterium für die Teilnahme an einem digitalen Angebot darstellt. Der Expertenfragebogen (Fragen 1, 2, 3, 5 und 6) dient hierbei zur Identifikation der Einschätzung der Fachkräfte, indem sie ihre bisherigen Erfahrungen mit der Zielgruppe auf die vorgegebenen Antworten hin reflektieren. Außerdem liefern die Auswertungen des Befragungsaspektes auch Hinweise darüber, an welcher Stelle des Zugangs zu einem digitalen Angebot, die (persönliche) Kommunikation oder eine andere Aufmerksamkeitsunterstützung den potenziellen Nutzer von der Wahl des Angebotes überzeugt.
- Der Partizipationsgedanke (Kapitel 6.3) bei dieser Befragung geht davon aus, dass durch die reale Einbeziehung (siehe Stufenmodell der Partizipation, Abbildung 18, S. 42, ab Stufe 6) der Nutzer in die aktive Mitgestaltung der Angebote deren Entscheidung für das digitale Angebot erleichtert wird, und dass damit auch der Zugang dazu verbessert wird. Als Indikation wird hier vor allem die Gestaltung der Phase vor dem eigentlichen Angebot, also die Vorbereitungs- und Eintrittsphase, fokussiert. Dies ist für die DiGA, welche die Nutzer oft als fertiges Produkt erreichen, eine besondere Herausforderung. Die Experteninterviews geben darüber Auskunft, inwieweit sich die potenziellen Nutzer eine Form der Mitgestaltung des Angebotes überhaupt wünschen. Im Expertenfragebogen wird dies in den Fragen 2 und 5 explizit auf die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen übertragen.
- Die Befragung ermittelt ferner, inwieweit es aus Nutzer- und Expertensicht relevant ist, den Zugang zu digitalen Angeboten der Gesundheitsförderung so zu gestalten, dass die Selbstbefähigung und Mündigkeit von Nutzern im Sinne der Zielsetzung des Empowerments (Kapitel 6.2) unterstützt werden. Es werden sowohl inhaltliche Kriterien, als auch die unterschiedlichen Vorrausetzungen der digitalen Kompetenz der Nutzer, sowie die strukturellen, organisatorischen Vorrausetzungen hinterfragt, um eine größtmögliche Eigenständigkeit bei der Nutzung von und durch digitale Angebote zu ermöglichen. Als Merkmal von Empowerment werden hier vor allem die Phase der Stärkung der

Kompetenzen und die Bedingungen diese weiter zu entwickeln, betrachtet. Das Experteninterview lässt aufgrund der offenen Antwortmöglichkeiten und Nachfrageoptionen ausführlichere Ergebnisse erwarten. Im Fragebogen werden die Aspekte des Empowerments durch die Unterstützung der digitalen Kompetenz (Frage 2), der klaren Zielformulierung und Intention des Angebotes (Frage 3) sowie durch gezielte Übungsaufgaben nach dem Kurs (Frage 6) angesprochen.

8.2 Auswertung und Ergebnisse der leitfragengestützten Experteninterviews

Wie zuvor beschrieben, begründet sich die Auswahl der Methode des leitfragengestützten Experteninterviews darin, dass Experten Schlüsselinformanten sind und damit über profundes Wissen zum Thema verfügen. Da konkret zwei Personen mit direkter Betroffenheit zur Arbeitslosigkeit als Interviewpartner zur Verfügung standen (vgl. Tabelle 3, S. 58, IP1 und IP2), ist die Zielgruppe zusätzlich auch direkt vertreten.

Die Interviews mit ausgewählten Gesprächspartnern aus unterschiedlichen Lebenssituationen geben weitere Aufschlüsse darüber, welche Aspekte Nutzer dabei unterstützen, sich für oder gegen digitale Gesundheitsangebote zu entscheiden. Die Befragungen bauen aufeinander auf (vgl. Kapitel 8.1). Sie öffnen zunächst den Blick auf die Nutzungsinteressen von Personen mit verschiedenen diversen Lebenssituationen für diverse Zugänge und schärfen ihn anschließend auf die Zugangsstrategien für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen.

Die leitfragengestützten Interviews wurden mit sechs Interviewpartnerinnen (IP) im Zeitraum November/Dezember 2020 durchgeführt (vgl. Tabelle 3, S. 58). Die Auswahl der Befragten erfolgte nicht nach statistischen Merkmalen, sondern aufgrund einer Erstansprache von vier Personen aus dem Bekanntenkreis und durch Weiterempfehlungen an zwei weitere Frauen. Fünf Befragte sind zwischen 40 und 55 Jahren alt, eine Studentin 23 Jahre alt. Der Lebens- und Berufsstatus der Frauen ist heterogen. Während zwei Personen (IP1 und IP2) nach 25 Jahren eines festen Dienstverhältnisses bei einem Arbeitgeber in eine friktionelle Arbeitslosigkeit gerieten, ist IP3 eine selbständige Yogalehrerin, die auch selbst Online-Kurse anbietet. Eine Interviewpartnerin (IP4) ist ebenfalls selbständig als Gutachterin, eine Weitere als Angestellte im Sozialsektor des Öffentlichen Dienstes (ÖD) beschäftigt. IP5 ist eine Studentin im 6. Semester.

Die Interviewform ist zwischen Leitfragen- und Experteninterview einzuordnen, da sie sowohl einem inhaltlichen Leitfaden folgt, als auch explizit auf Expertenmeinungen abzielt und je nach Gesprächspartner die eine oder andere Perspektive vertieft. Die Leitfragen für das Interview (s. Anhang) sind strukturiert und vorformuliert, jedoch flexibel in den Gesprächsverlauf integrierbar (Girtler 2001). Das Interview startet mit einer Eröffnungsfrage, die in das Thema einführt und die Probanden zu einer freien Erzählung ihrer persönlichen Erfahrung und Haltung bezüglich digitaler Gesundheitsangebote oder mit ähnlichen digitalen Angeboten, einlädt.

	IP1	IP2	IP3	IP4	IP5	IP6
Alter	45-50 Jahre	45-50 Jahre	45-50 Jahre	45-53 Jahre	20-25 Jahre	45-50 Jahre
Status	derzeit ohne	derzeit ohne	Selbständige	Selbständige	Studentin	Angestellte ÖD
	Arbeit	Arbeit	Gesundheits-	Gutachterin	6. Semester	
	(ehem. Weiter-	(ehemals in der	trainerin			
	bildungskoor-	Marktanalyse				
	dinatorin)	tätig)				
Erfahrung	Ja,	Ja,	Ja,	Nein	Sehr wenig	Ja,
mit	vielseitig, auch	hauptsächlich	gibt selbst seit	keine	Erfahrung mit	mit einem
Online-	mit Präven-	mit Coaching-	einiger Zeit	Erfahrung mit	Gesundheits-	Angebot einer
Angeboten	tionsangeboten	angeboten und	online-	Gesundheits-	angeboten im	Krankenkasse
Frage 1		Persön-	Yogakurse	angeboten im	Internet	
		lichkeits-		Internet		
		entwicklung				
Antwort	Ja,	Ja,	Ja,	Ja,	Ja,	Ja,
zu Frage 9	wenn die	der Mehrwert	Online-	wenn ich mir	es ist vorstell-	sehr
*)	Rahmen-	von digitalen	Angebote sind	darüber im	bar, aber es	ausführlich
	bedingungen	Gesundheits-	eine gute Alter-	Klaren bin,	sollte kosten-	(siehe
	des Angebotes	oder Coaching-	native wenn sie	dass ich einen	frei sein und	Bemerkungen
	stimmen	Angeboten	professionell	Bedarf habe	ausschließlich	Schlussfrage)
		wurde erkannt	sind	und ich auch	der Vermitt-	
				einen Effekt	lung von	
				von dem Ange-	Informationen	
	I		1	I -	1	I

Tabelle 3: Struktur der Interviewpartner im leitfragengestützten Experteninterview

Als Schlüsselfragen sind die Frage 7 und Frage 9 (s. Anhang) zu werten. Die Erkenntnisse daraus, sind für die Handlungsempfehlungen, die sich aus der Auswertung beider Befragungsbestandteile ergeben, besonders relevant. Die Abschlussfrage gibt Raum für weitere Anmerkungen und eigene Überlegungen, z. B. was ein digitales Gesundheitsangebot für die Befragten persönlich, bewirken kann.

Die Auswertung der Interviews erfolgt mittels einer Extraktion der Inhalte (Gläser und Laudel 2010) bezogen auf die bereits formulierten Aspekte der Zugänge (vgl. Kapitel 2 und 8.1). Die Antworten werden anschließend auf die Gültigkeit der theoretischen Vorannahmen hin geprüft. Bei der Zuordnung der Informationen zu den einzelnen Aspekten kommt es teilweise zu Doppelzuordnungen, da sich die einzelnen Aspekte aufgrund der Komplexität des Zusammenspiels überschneiden.

Erste Erfahrungen und Eintrittsphase zu einem digitalen Angebot

Die Interviewpartnerinnen haben ihre ersten Erfahrungen hauptsächlich mit digitalen Gesundheitsangeboten im Bereich Bewegung, Ernährung und Entspannung gemacht. Die Eintrittsphase zu einem digitalen Gesundheitsangebot beschreiben vier Befragten als zum Teil sehr anspruchsvoll und unübersichtlich.

Die Gründe sind subjektiver und objektiver Natur. Benannt werden Schwierigkeiten mit dem Überangebot des Internets im Bereich der Gesundheitsangebote. Das jeweils Passende für sich selbst zu finden, sei die größte Herausforderung. Angebote, die zuerst eine Anmeldung erfordern, werden eher nicht weiterverfolgt, es sei denn, man hat eine Reihe von Angeboten

^{*)} Können Sie sich vorstellen, dass ein digitaler Gesundheitskurs Ihre Gesundheit direkt positiv beeinflussen kann?

eines bestimmten Absenders abonniert. Die Anmeldung sei entweder zu kompliziert in der Handhabe oder nicht anonym genug. Die Nutzerinnen haben zum Teil Angst vor Datenmissbrauch, z. B. künftig mit Werbung belästigt zu werden.

Weiterhin ist den Befragten wichtig, dass Information und Übersichtlichkeit gegeben sind, dass insbesondere direkt nach dem Auffinden des Angebotes augenscheinlich und gut verständlich ist, was sie bei der Nutzung erwartet.

Als eher abschreckend werden fehlende professionelle Bedarfsabfrage oder persönliche Beratung, die in das gewählte Angebot führt, bewertet. Die Nutzer wissen oft nicht, ob das Angebot "[...] mir guttun wird, oder für meine Beschwerden überhaupt das Richtige ist [...]" (IP6). Die Hürden wären weniger gering, wenn ein persönlicher Coach die individuellen Bedarfe und Wünsche zunächst aufnähme, darüber informierte, welche Angebote geeignet sind und bei der Suche nach dem passenden Angebot helfe.

Als positive Erfahrung wird benannt (IP 1), wenn die Trainer schon aus einem vorher genutzten analogen Kurs bekannt sind. Damit fiele der Einstieg in das digitale Format leichter. Es würden Hemmschwellen mit dem Format eher überwunden und es bestehe eine persönliche Ebene zum Trainer, die auch für ein persönliches Feedback als sehr wichtig betrachtet wird.

Als wichtiger unterstützender technischer Aspekt zum Einstieg wird ferner benannt, dass "[...] ein Klick in das Angebot oder eine App auf dem Handy, das überall da ist, wo ich auch bin [...]" (IP1) die Nutzung attraktiver, flexibler und schneller mache und damit die Wahl für ein digitales Angebot positiv verstärke. Auch die Einwahl per QR-Code wird als einfach und nutzerfreundlich angesehen (IP2). Außerdem wird angemerkt, dass ein technischer Support zu Beginn des Angebotes auch bei geübten Internetnutzern dabei helfen könne, z. B. Unsicherheiten mit dem jeweiligen Tool zu überwinden.

Format

Dem Aspekt "Format" lassen sich die Aussagen zu Art, Umfang und zeitlicher Dimension der Angebote zuordnen. Frage 3 des Interviews zielt auf die verschiedenen Formate digitaler Angebote ab. Es werden folgende Formate priorisiert:

- Einzelberatung mit einem professionellen Berater,
- interaktive Kurse, z.B. Yoga, Entspannung, Achtsamkeit,
- Ernährungsprogramme die per App selbständig durch das Programm leiten,
- Podcasts, Webinare.

Besondere Bedeutung wird der Einzelberatung beigemessen. Fünf der sechs Interviewpartnerinnen schätzen die Bedeutung von individueller Gesundheitsberatung für sich als aktuell überdurchschnittlich hoch ein. Anonymität wird in den Angeboten eher nicht gewünscht, sondern die persönliche Ebene zum Coach oder zum Trainer wird bevorzugt. Dabei bestehen wenig Hürden, den eigenen Namen zu nennen oder Gesundheitsangaben von sich selbst preiszugeben. Als Begründung dafür wird die Feedbackmöglichkeit als wichtigste Komponente benannt.

Formate, die keine Möglichkeit der Interaktivität bieten, werden als eher uninteressant bewertet. Das Format solle die Möglichkeit bieten, Bewegung oder Entspannung als aktiven Teil mit einem zusätzlichen Coaching-Anteil für die persönlichen Anliegen zu verknüpfen. Die Interviewpartnerinnen können fast alle eine subjektive qualitative Differenzierung der verschiedenen Formate vornehmen. Fast alle haben mindestens einmal einen Podcast, ein Webinar oder ein Tutorial zu einem Gesundheitshema aufgerufen. Diese Formate haben für sie einen relativen hohen Informationswert, jedoch weniger Bezug und damit auch weniger Bedeutung für das eigene Gesundheitsbewusstsein, da sie keine Interaktivität, keinen Austausch mit dem Trainer oder anderen Nutzern zuließen und auch weniger eigene Aktivität anregten.

Eine Befragte gibt zum Thema "Format" die Auskunft, dass sie digitale Angebote ausschließlich zur Beschaffung von Informationen nutze, auch zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen. Diese würden von ihr vor der Verwendung sehr kritisch auf den Wahrheitsgehalt geprüft (Autor, weitere Veröffentlichungen, Vergleichsliteratur). Eine persönliche Begleitung in Form eines Coaches, Chatbots - also einer Software, die die menschliche Sprache als Kommunikationsinstrument verwendet und als virtueller Assistent fungiert - oder einer Bezugsgruppe von Nutzern lehnt sie ausdrücklich ab.

Insgesamt wird der Vertrauenswürdigkeit der Angebote und deren Professionalität von allen IP eine sehr hohe Bedeutung beigemessen. Jedoch räumen die Nutzerinnen ein, nicht immer die Zeit oder die digitale Kompetenz zu haben, im Moment der Nutzung diese auch konsequent zu prüfen. Angebote von Krankenkassen erscheinen deutlich vertrauenswürdiger, werden aber insgesamt als sehr aufwendig (besonders in der Eintritts- und Anmeldephase) und eher klassisch und langweilig eingeschätzt. IP6 beschreibt eine Erfahrung mit einem auf der Selbsteingabe von Daten basierten Ernährungsangebot einer Krankenkasse. Dieses Programm sei leicht zu manipulieren und somit werde das gewünschte Ergebnis nicht erzielt. Da kein persönlicher Kontakt zu einem Trainer, Coach oder ähnlichen Ansprechpartnern bestand, würden Fortschritte oder Rückschritte nicht reflektiert und hätten sie zur Entscheidung eines vorzeitigen Abbruchs gebracht.

Inhalt

Der Inhalts-Aspekt wird von den Interviewpartnerinnen sehr vielschichtig reflektiert. Zum einen werden beliebte Gesundheitsthemen konkret in den Fragen 2 und 3 (s. Anhang) angegeben. Die Themen Stressabbau, Achtsamkeit, Bewegung (Yoga) und Ernährung sind bei den IP die Themen, die am meisten nachgefragt werden. Aber auch Persönlichkeitsentwicklung, allgemeine Fragen, z. B. zur Unterstützung der psychischen und physischen Gesundheit in der aktuellen Corona-Krise, Schlafförderung und Bewegungsförderung, werden als alltagsrelevant und gewünscht benannt. Als Einstieg für digitale Angebote werden außerdem akute Bedarfe oder Beschwerden, wie Schmerzen, benannt (IP3). Sie führen ihrer Erfahrung nach dazu, dass Menschen aktiver nach einem Angebot suchten als es sonst vielleicht der Fall wäre. Schmerzbehandlung oder Schmerztherapien seien zwar kein klassisches Feld der Gesundheitsförderung, könnten aber oft das Einstiegsthema für digitale Gesundheitsangebote sein. Diese Entwicklung sei auch aus der analogen Kurspraxis bekannt,

sei aber vor allem seit Beginn der Corona-Krise häufiger zu beobachten. Nicht selten blieben Nutzer dann auch weiter in den Gesundheitsförderungskursen präsent und schlössen sich spezifischen Gruppen an. Frage 5 des Interviews thematisiert die Voraussetzungen für eine wiederholte Nutzung bestimmter digitaler Angebote. Hier zeigen sich verschiedene qualitative inhaltliche Aspekte, die von den Interviewpartnerinnen angesprochen werden.

Das Angebot sollte thematisch im Vorfeld klar einzuordnen sein. Die Nutzerinnen möchten die Möglichkeit haben einzuschätzen, ob die vorgestellten Inhalte zu ihren persönlichen gesundheitlichen Anliegen passen. Sie wollen sich persönlich von den Themen angesprochen fühlen und diese auch in Einzelberatungen mit den professionellen Trainern oder Referenten besprechen. Der informative Gehalt des Angebotes solle aber der persönlichen Ebene nicht nachstehen, sondern verlässlich, sachlich und nachvollziehbar sein. Die dargestellten Inhalte und Übungen sollten unbedingt transparent und professionell sein.

Eine ebenfalls immer größere Bedeutung sehen die Interviewpartnerinnen in der digitalen Transformation und Aufbereitung täglicher gesundheitsrelevanter Themen und Fragestellungen der Bürger. Die Themen der Gesundheitsförderung in Form digitaler Alternativen erreichten nach Meinung der IP in der Lebens- und Arbeitswelt auffallend wenig die eigentlichen Nutzer. Dabei würden viele digitale Formate als Unterstützung im hektischen und unflexiblen Alltag erachtet, wenn sie selbstverständlich auffindbar und abrufbar wären. Terminfindung und Präsenzformate seien vor allem bei berufstätigen Nutzern oft eine große Herausforderung. Die Themen der Gesundheitsförderung sowie auch alle anderen Gesundheitsthemen sollten selbstverständlicher Bestandteil des Arbeitsalltages und in der Lebenswelt sein. Leider würden Vorsorge und Sorge um die eigene Gesundheit als zusätzliche Belastung angesehen, die in alle anderen Prozesse irgendwie hineinpassen müsse (IP6). Eine ständige Präsenz wichtiger Themen der Gesundheitsförderung in Form von Werbung, Angeboten der Arbeitsgeber, beim Einkaufen oder in anderen Bereichen der Lebenswelt wird derzeit noch als stark ausbaufähig von den Gesprächspartnerinnen reflektiert.

Erlebnis

"Ein gutes digitales Angebot sollte ein Schlüsselerlebnis darstellen". Diese Einschätzung zweier Interviewpartnerinnen deutet auf den hohen Stellenwert des Erlebens in digitalen Gesundheitsangeboten hin. Die Eingangsfrage sowie die Fragen 5, 7 und 9 thematisieren diesen Aspekt. Auf die Frage: "Wie müsste das Angebot sein, damit Sie es wieder nutzen möchten?" werden von den IP ähnliche Elemente benannt, die eher subjektiv einzuordnen sind.

Das Angebot solle bereits durch das Setting, das Ambiente und die Authentizität der Übungsleiter sehr ansprechend sein (IP3). Es solle nicht aufgesetzt oder lebensfremd wirken, sondern einen Wiedererkennungswert mit der eigenen Lebenswelt haben. Die Wertschätzung durch die Trainer sei ein wichtiger Schlüsselmoment. Zwischen Vertraulichkeit und Anonymität solle das richtige Maß gefunden werden, denn die persönliche Ebene zwischen Trainer und Teilnehmer wird in gesundheitsfördernden Angeboten nach Aussagen der IP als sehr relevant eingeschätzt. Die erfolgreiche Teilnahme an einem digitalen Angebot

wird mit einem persönlichen Erfolgserlebnis (IP4) gleichgesetzt. Dazu gehören neben dem guten Verständnis der Übungen und Inhalte auch die positive Verknüpfung mit dem Setting, die Wahrnehmung des Trainers sowie der Bezug zur Gruppe.

Das Gesamtbild entscheide letztendlich darüber, ob die Teilnahme zu einem persönlichen Erfolgserlebnis wird oder nicht. Dies wiederum könne entscheidend dafür sein, ob dieses Angebot wiedergewählt wird oder nicht. Das Auftreten des Trainers und das Ambiente des Angebotes spielten für den persönlichen Zugang nach Einschätzung der Befragten eine große Rolle. Authentizität, Professionalität und Sachlichkeit des Trainers werden am meisten geschätzt. Dafür sei es wichtig, dass das Setting, in dem das Angebot gezeigt wird, möglichst immer stabil bliebe und nicht esoterisch oder künstlich wirke. Es solle auch kein Animationsprogramm oder ein "Vorturnen" (IP3) sein, sondern die Teilnehmer Schritt für Schritt abholen.

Gerade bei digitalen Angeboten, die oft im eigenen Zuhause stattfinden, wird es als professionell und wertschätzend empfunden, wenn der Trainer entweder im Studio das Angebot durchführt, oder einen anderen neutralen Raum findet. Besonders in Zeiten wie der Corona-Pandemie, in der viele Menschen auf das eigene Wohnzimmer als Trainingsraum angewiesen sind, sei es wichtig, einen Wechsel des Settings zu vollziehen. Die Angebote würden dann ernster genommen und es entstünde für kurze Zeit das Gefühl, "mal aus den eigenen Wänden heraus zu kommen" (IP3).

Auch die Didaktik des Angebotes habe wesentlichen Einfluss darauf, ob die Nutzer einen persönlichen Zugang zum Thema finden können. Die Didaktik und Methodik sollten einem möglichst stabilen Schema folgen und für die Nutzer unbedingt nachvollziehbar sein. Der Trainer solle sich im Vorfeld des Kurses unbedingt bewusstmachen, was und wieviel das Angebot inhaltlich vermitteln soll. Die IP berichten, dass z. B. ein kompliziert aufgebautes Training mit schneller Übungsabfolge dazu führen könne, dass Teilnehmer vor Ablauf des Kurses aus dem Angebot ausstiegen oder sich ausloggen würden. Der Zugang wäre damit zunächst negativ behaftet. Daher wünschen sich die Befragten, dass der Schwerpunkt der Angebote darauf ausgerichtet ist, dass das Angebot sie vor allem emotional anspricht, darüber hinaus aber auch die inhaltlichen Botschaften klar und verständlich sind.

Besonders hervorgehoben werden die Bedeutung des emotionalen Erlebens und der persönliche Bezug zum Thema des Angebotes. Je mehr die Inhalte und die Ausgestaltung zur eigenen Bedürfnislage passten, umso mehr könnten die Teilnehmer die Inhalte auf ihre Person adaptieren. Die Erwartung auf Besserung eventueller Beschwerden, auf ein persönliches Erfolgserlebnis, oder das Erlernen von Übungen, die die Selbsthilfe unterstützen, bilden die häufigsten Nutzungsmotive bei den Interviewpartnerinnen ab. Ein weiterer wichtiger Erlebnisaspekt wird in der Gestaltung und dem Verlauf der Kommunikation vor und während des Angebotes gesehen. Auch dieser Zusammenhang habe wesentlichen Einfluss darauf, ob ein Zugang zu einem Angebot nachhaltig gelingt.

Kommunikation

Der Kommunikation fällt somit eine weitere wesentliche Bedeutung für verbesserte Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten zu. Die Interviewpartnerinnen differenzieren zwischen sprachlichen Mitteln, der Qualität der Kommunikation auf den verschiedenen Beziehungsebenen und der fachlich/inhaltlichen Kommunikation. Für fünf der sechs Befragten ist es wichtig, dem Trainer vor dem Kurs, z. B. einem Bewegungs- oder einem Stressmanagementkurs, ein Feedback über die persönlichen Themen und Bedarfe geben zu können. Dies sei vor allem für Kurse mit mehreren Terminen oder für spezielle Bewegungstrainings wünschenswert.

Die Kommunikation vor, während und nach digitalen Gesundheitsangeboten solle im Idealfall so ausgestaltet sein, dass eine persönliche Ebene zwischen Trainer und Teilnehmer hergestellt wird und Feedbacks ausgetauscht werden können. Die Kommunikation könne über eine persönliche Anmeldung oder Einladung (IP1, 2, 3, 4), oder auch über eine Anamnese, die auch etwas zeitaufwändiger sein dürfe (IP5) gestaltet werden. Die persönliche Kommunikation könne dabei helfen, eine distanzierte Haltung gegenüber digitalen Formaten zu überwinden.

Längst nicht für alle Menschen sei die Nutzung von Online-Kursen alltäglich und daher das Mittel der Wahl. Viele fühlten sich immer noch sehr unsicher mit dem Medium und haben weniger Vertrauen in die Wirksamkeit digitaler Produkte oder interaktiver Gesundheitskurse. Die persönliche Beziehung, die oft leichter im klassischen "Face-to-Face" entstünde, sei innerhalb eines digitalen Treffens schwieriger herzustellen, besonders, wenn die Teilnehmer sich untereinander und auch den Trainer noch nicht kennen. Da es aber auch Teilnehmer gäbe, die die anonyme Teilnahme bevorzugten (IP5), sei für diese die Anforderung an eine persönliche Beziehung weniger relevant. Es werden in diesem Fall klare Botschaften und transparente Informationen präferiert, die dann im Nachgang eines Angebotes auf die eigenen Bedarfe hin reflektiert würden (IP5). Hier bestünde die Herausforderung für die Nutzer, sich die Formate zu suchen, die eine geeignete Informations-übermittlung leisten könnten. Zum anderen sei die eigene (digitale) Gesundheitskompetenz besonders herausgefordert, um die Informationen zu filtern und zu reflektieren.

Partizipation

Den meisten Befragten ist es wichtig, in die Entwicklung eines Gesundheitsangebotes einbezogen zu werden. Dem steht allerdings die Erfahrung der Interviewpartnerinnen entgegen, dass digitale Gesundheitsangebote nicht zwangsläufig partizipativ im Sinne der Partizipation in der Gesundheitsförderung ausgerichtet seien. Viele Angebote seien eher fertige Produkte, die die Nutzer abriefen ohne direkten Einfluss auf die Ausgestaltung zu haben. Einige interaktiv ausgerichtete Gesundheitskurse, wie Yoga, Ernährung, Stressmanagement und auch einige andere, böten eher ein Potenzial für die aktive Beteiligung an der Entwicklung der Kurse als andere. Auf die entsprechende Frage 3 im Leitfrageninterview (s. Anhang) antworten fünf der sechs Frauen, dass sie gern an der Themenauswahl (Stressabbau, Ernährung, Bewegung, Achtsamkeit) und an der Auswahl

geeigneter Übungen konzeptionell beteiligt wären. Ein obligatorisches persönliches Gespräch mit dem Trainer vor und zwischen den Angeboten könne nach Ansicht der Interviewpartnerinnen hilfreich sein, um partizipative Ansätze auszuprobieren. Dann wäre es ihrer Ansicht nach auch möglich, die gesundheitsrelevanten Themen der Nutzer in digitale Angebote einzubringen und so die Teilnahmemotivation zu erhöhen.

Empowerment

Die Informationen und Aussagen, die dem Aspekt Empowerment zugeordnet werden können, lassen sich indirekt ableiten. Die Interviewpartnerinnen bewerten einen Zugang zu einem digitalen Angebot als gelungen, wenn bereits in der Eintrittsphase das Ziel des Angebotes klar formuliert sei und deutlich würde, dass die Inhalte die Selbsthilfe unterstützten und die eigenen Kräfte und Kompetenzen anregten. Als Beispiele hierfür werden Einzelberatungen zu persönlichen Anliegen (IP1, 2, 4, 6) genannt, aber auch Yoga, Stressmanagementübungen, Schmerzprävention und Gesundheit im Alltag angeführt.

Sehr gute Erfahrungen hätten die Befragten mit Angeboten, die einerseits Übungen zeigen, bzw. zum Mitmachen einladen und anderseits Vorlagen bieten, diese auch zwischen den digitalen Kursen im Selbsttraining zu üben. Es wird deutlich, dass gerade zu Beginn noch unbekannter Angebote eine Unterstützung durch den Trainer in Form von Korrektur und Feedback als sinnvoll erachtet wird.

Es wird zudem klar, dass bereits am Anfang eines Angebotes deutlich werden solle, unter welchen Bedingungen die Teilnahme an diesem Angebot wirksam sein könne. Das könnten sowohl gesundheitliche Vorrausetzungen (z. B. kein Bandscheibenvorfall bei Yogaübungen) sein, aber auch Platzbedarf und Bedarf an Übungsmaterialien sowie ein zeitlicher Überblick. Ein einmaliges Angebot würde vermutlich weniger nachhaltige Empowermentkräfte entfalten als ein Kurs mit mehreren Kursstunden. Ein allgemeines Thema würde ebenfalls vermutlich weniger Nachhaltigkeit in der Kompetenzvermittlung haben als ein individualisiertes Angebot.

Vor dem Hintergrund der vielschichtigen Informationen aus den Experteninterviews lassen sich die formulierten Thesen (vgl. Kapitel 8.1) verifizieren:

1. Die Nutzung und Wiedernutzung eines Angebotes ist vom Thema, dem Format und der bisherigen Erfahrung mit vergleichbaren Angeboten abhängig.

Aus den Interviews lassen sich Erkenntnisse darüber ableiten, dass das Thema des digitalen Angebotes einen wesentlichen Einfluss darauf hat, ob sich die Nutzer mit dem Angebot auf persönlicher Ebene identifizieren können und es die eigene Bedürfnislage widerspiegelt. Gelingt dies in dem Angebot, kann die Nutzung für die Teilnehmer erfolgreich sein und wird wiederholt. Je nachdem, wie die bisherigen Erfahrungen mit digitalen Angeboten sind, zeigen sich die Nutzer neuen Angeboten gegenüber aufgeschlossen. Es werden jedoch bestimmte Formate bevorzugt, nämlich individuelle Beratungen, interaktive Bewegungsangebote und Angebote zur Selbsthilfe in allen Bereichen der Gesundheitsförderung.

2. Je einfacher und schneller die Einwahl in ein Angebot ist, desto wahrscheinlicher ist eine Teilnahme daran.

Die Nutzer bestätigen, dass eine unkomplizierte und schnelle Einwahl in ein digitales Gesundheitsangebot ihre eigene Teilnahmewahrscheinlichkeit stark erhöht. Besonders Angebote, die eine umfangreiche Anamnese, oder ein längeres Anmeldungsprozedere erfordern, wie beispielsweise Kurse der gesetzlichen Krankenkassen, werden eher nicht ausgewählt. Für die schnelle Einwahl in die Angebote werden Designs bevorzugt, die auf jedem Endgerät verfügbar sein sollten, z. B. Apps oder QR-Codes bzw. Verknüpfungen. Die Einwahldaten sollen schnell wiederzufinden sein und möglichst stabil bleiben.

3. Die persönliche Kommunikation mit dem Trainer während des Angebotes ist wichtig, um Hemmnisse mit dem Format abzubauen.

Die Kommunikation hat in digitalen Gesundheitsangeboten aufgrund der gewünschten persönlichen Komponente einen hohen Stellenwert. Besonders die Möglichkeiten zum Feedback und die Mitwirkung an der Themenfindung können das digitale Gesundheitsangebot passfähig und den Zugang niedrigschwellig für die Nutzer wirken lassen. Die Interaktion mit dem Trainer und den anderen Teilnehmern hilft, Unsicherheiten z. B. mit der Distanz abbauen, die durch das digitale Format entsteht.

4. Alltagstaugliche Übungen in den Bereichen Bewegung und Stressabbau sind Türöffner zu digitalen Gesundheitsangeboten für noch unerfahrene Nutzer oder Skeptiker von digitalen Formaten.

Niedrigschwellige Inhalte in digitalen Gesundheitsangeboten aus den Bereichen Bewegung, Schmerzintervention, Ernährungsverhalten und Stressabbau entspringen eher den natürlichen und alltagsbedingten Bedürfnissen der Nutzer und können damit als Türöffner zur Nutzung digitaler Gesundheitsangebote bezeichnet werden. Auch Themen, die aktuelle gesundheitsrelevante Problemlagen, wie die Corona-Pandemie, Impfberatung und allgemeine Gesundheitsvorsorge ansprechen, haben vor allem in der aktuellen Situation ein großes Potenzial, neue Nutzer für digitale Angebote zu gewinnen.

8.3 Auswertung und Ergebnisse der Expertenfragebögen

Während das leitfragengestützte Interview die unterschiedlichen Zugänge und persönlichen Nutzungsaffinitäten vor allem zielgruppenübergeifend erschließt, wird mithilfe des Expertenfragebogens (s Anhang) die Einschätzung von Fachkräften insbesondere im Hinblick auf die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen hinterfragt.

Ziel der Fragebogenaktion ist ein Meinungsbild über die bevorzugten bzw. am geeignetsten eingeschätzten Elemente wirksamer Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen zu erhalten. Für jede der sechs Fragen werden jeweils unterschiedlich viele Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die von den Befragten priorisiert werden. Die Zahl der Prioritäten entspricht dabei der Zahl der Antwortmöglichkeiten plus eins, da zur freien Antwort noch die Kategorie "sonstiges" möglich ist (Tabelle 4, S. 66). Die Priorität 1 kennzeichnet die aus Sicht der Befragten jeweils bedeutendste Antwortoption; aufsteigende Beträge ordnen die Alternativen dahinter ein. Prioritäten durften mehrfach vergeben werden; es musste nicht das gesamte Spektrum "ausgeschöpft" werden.

Tabelle 4: Anzahl der verteilbaren Prioritätswerte und der verwertbaren Antworten (n) beim Fragebogenrücklauf

Fragenummer	1	2	3	4	5	6
Anzahl Antwortoptionen	3	4	9	6	6	5
Prioritäten	1 (wichtig) -	1 (wichtig) -	1 (wichtig) -	1 (wichtig) -	1 (wichtig) -	1 (wichtig) -
Antwort- option	4 (weniger wichtig)	5 (weniger wichtig)	10 (weniger wichtig)	7 (weniger wichtig)	7 (weniger wichtig)	6 (weniger wichtig)
1	n = 21	n = 21	n = 20	n = 20	n = 20	n = 21
2	n = 21	n = 21	n = 20	n = 20	n = 20	n = 20
3	n = 21	n = 21	n = 20	n = 20	n = 20	n = 20
4		n = 21	n = 20	n = 20	n = 20	n = 19
5			n = 19	n = 20	n = 20	n = 19
6			n = 20	n = 19	n = 19	
7			n = 20			
8			n = 20			
9			n = 20			
sonstiges	n = 6	n = 1	n = 1	n = 3	n = 3	n = 3

Aus den verwertbaren Antworten wurde zunächst eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt. Dabei wurde für jede Antwortmöglichkeit die Anzahl der Nennungen (n, vgl. Tabelle 4) der jeweils zugeordneten Prioritätswerte ermittelt. Um eine Vergleichbarkeit sowohl der Antwortmöglichkeiten innerhalb einer Frage als auch der Gewichtung der Aussagen über die Fragestellungen hinweg zu ermöglichen, wurden die Häufigkeitsangaben der genannten Prioritäten für die jeweilige Option auf 100 % normiert und als relative Häufigkeit in gestapelten Säulendiagrammen aufgetragen.

Das gesuchte Meinungsbild der Befragten wird durch die Priorität, mit der die einzelnen Antwortoptionen insgesamt (bzw. über alle Antworten gemittelt) beziffert werden, einerseits, und durch die daraus abzuleitende Rangfolge dieser Optionen andererseits ausgedrückt. Die mittlere Priorität ergibt sich aus der Summe der genannten Prioritäten je Antwortoption dividiert durch die Anzahl der Nennungen (n). Da per Definition (s. o.) der jeweils niedrigste Betrag der Priorität die im Meinungsbild wichtigste Antwort bezeichnet, ergibt sich die Rangfolge der Möglichkeiten durch eine aufsteigende Sortierung nach dem Wert der mittleren Priorität. Dies wird ebenfalls durch jeweils ein entsprechendes Säulendiagramm verdeutlicht.

8.3.1 Effektive Werbestrategien für digitale Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen

Die erste Frage des Fragebogens zielt auf die Aspekte Eintritt, Erlebnis und Kommunikation ab. Dabei werden die einzelnen Gesichtspunkte nicht explizit angesprochen und abgefragt, denn die Grenzen zwischen den einzelnen Aspekten sind oft fließend und können je nach subjektiver Einschätzung auch anders bewertet werden.

Es soll ermittelt werden, welche Werbestrategien als besonders effektiv angesehen werden, um arbeitslose Menschen auf das Thema Gesundheitsförderung aufmerksam zu machen. Die Frage ist mit drei Antwortoptionen versehen (vgl. Tabelle 4, S. 66). Zusätzlich besteht die Möglichkeit, unter "sonstiges" weitere Strategien zu benennen und ebenfalls zu priorisieren. Die Abbildung 19 zeigt das Ergebnis der Häufigkeitsverteilung und das entsprechende Resultat der Priorisierung.

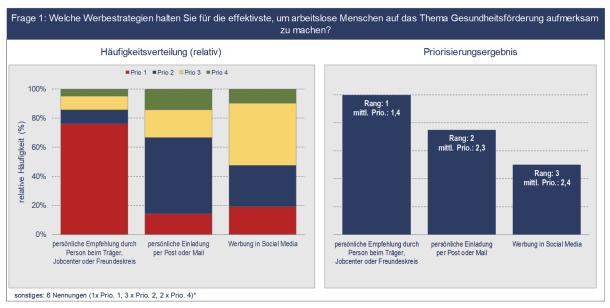


Abbildung 19: Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 1
*Ausführungen zu sonstiges s.u.

Daraus ergibt sich die folgende Reihenfolge der vorgegebenen Antwortoptionen:

- 1. persönliche Empfehlung durch Person beim Träger, Jobcenter oder Freundeskreis,
- 2. persönliche Einladung per Post oder Mail,
- 3. Werbung in Social Media.

Besonders auffällig ist der große Abstand, mit dem die persönliche Empfehlung vor den eher unpersönlicheren Ansprachen, wie Post/E-Mail bzw. Werbung in Social Media in Bezug auf die Priorisierung rangiert. Dies spiegelt sich auch in der Häufigkeit wider (> 80 %), mit der die Prioritäten 1 und 2 hier genannt werden. Die Antworten lassen sich teilweise damit interpretieren, dass in bereits durchgeführten digitalen Projekten im Setting "Jobcenter" bereits positive Erfahrung damit vorliegen, betreffende Personen gezielt und direkt auf neue Angebote anzusprechen. Dabei sollte erwähnt werden, dass es aus Sicht der Betroffenen auch einen qualitativen Unterschied macht, von wem die Empfehlung kommt. Erfahrungsgemäß haben Freunde oder andere Vertrauenspersonen der Betroffenen einen höheren Vertrauens-

status, als Mitarbeiter des Jobcenters. Dieser Umstand kann den verschiedenen Ebenen Administration und Lebenswelt zugeschrieben werden. Die geringe Priorisierung der Werbung in Social Media kann mit einer gewissen institutionsimmanenten Zurückhaltung gegenüber Werbung in Social Media Foren begründet werden, denn im administrativen Setting wie dem Jobcenter wird in der Regel keine Werbung generiert.

Unter "sonstiges" gibt es insgesamt sechs Nennungen, die vor allem Flyer & Aushänge, Werbung in Printmedien sowie Empfehlungen durch Fachdienste und Anreize in Form von Bonuspunkten/Gutscheinen empfehlen.

8.3.2 Motivation zur Kursteilnahme

Mit der zweiten Frage werden die Aspekte Format, Eintritt, Erlebnis und Partizipation bei der Gestaltung von Zugängen zu den digitalen Gesundheitsangeboten adressiert. Es wird ein Meinungsspektrum zu Alternativen untersucht, die den zukünftigen Teilnehmern vor dem ersten Termin helfen, sich einerseits an das Online-Format zu gewöhnen und andererseits den Kurs (auch dauerhaft) zu besuchen. Dabei stehen nicht unbedingt die Fragen der Umsetzbarkeit dieser Alternativen im Mittelpunkt, sondern deren mögliche Wirkung. Eine Diskussion von Aufwand und Nutzen muss sich im Nachgang anschließen.

Die Frage bietet vier Antwortoptionen und fünf Möglichkeiten zur Priorisierung (Tabelle 4, S. 66). Eine freie Antwortmöglichkeit steht analog zur 1. Frage unter "sonstiges" zur Verfügung. Die Abbildung 20 stellt die Ergebnisse der Analyse der Antworten grafisch vor.

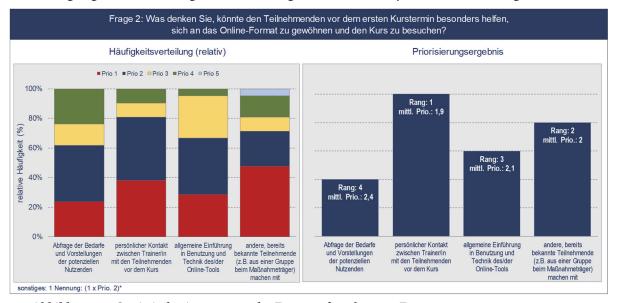


Abbildung 20: Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 2
*Ausführungen zu sonstiges s.u.

Auch hier stehen persönliche Kontakte weit oben auf der Rangliste, die sich unter Anwendung der oben beschriebenen Methodik wie folgt ergibt:

- 1. persönlicher Kontakt zwischen Trainer/in mit den Teilnehmenden vor dem Kurs,
- 2. bereits bekannte Teilnehmende machen mit (z. B. aus einer Gruppe beim Maßnahmeträger),
- 3. allgemeine Einführung, in Benutzung und Technik des/der Online-Tools,
- 4. Abfrage der Bedarfe und Vorstellungen der potenziellen Nutzenden.

Die Ränge 1 bis 3 rangieren mit vergleichsweise hohen Gesamtprioritäten vor Platz 4. Während maximal 50 % der Befragten sich für die Angabe einer Priorität 1 entscheiden, sind es allerdings in der Zusammenfassung der Prioritäten 1 und 2 bei allen vier Antwortoptionen über 60 %. Die Abfrage der Bedarfe der Teilnehmer wird mit vergleichsweise geringer Priorisierung beantwortet (ca. 25 % Priorität 4 von 5).

Dieses Ergebnis kann differenziert bewertet werden. Eine Interpretationsmöglichkeit ist, dass die die Maßnahmenplanung im SGB-II- und SGB-III-Bereich (Jobcenter und Agentur für Arbeit) konventionell und in der Regel ohne systematische Beteiligung der Zielgruppe verläuft. Die Partizipation der Zielgruppe befindet sich im administrativen Setting "Arbeitsund Beschäftigungsmanagement" in Deutschland noch im Aufbaustadium. Vereinzelte partizipative Ansätze zeigen aber, dass die Einbindung der Zielgruppe einen hohen Mehrwert darstellt (vgl. Kapitel 8.2). Im Rahmen der Gesundheitsförderung ist die Partizipation ein wesentliches Ziel und wird zudem durch das Gebot der Freiwilligkeit an gesundheitsförderlichen Angeboten verstärkt.

Die technische Unterstützung und Vorbereitung der Teilnehmer auf Online-Tools und digitale Formate wird von den Befragten mit der dritthöchsten Priorität (ca. 75 % mit Priorität 1 und 2, ca. 25 % 3 und 4) beantwortet. Diese Bewertung legt die Vermutung nahe, dass zwischen der digitalen Kompetenzvermittlung und der Vermittlung von gesundheitsförderlichen Kompetenzen nicht zwangsläufig ein relevanter Zusammenhang hergestellt wird.

Unter der Rubrik "sonstiges" gibt es bei dieser Frage eine Nennung (mit der Priorisierung 2), welche die digitalen Angebote aktuell eher als Ergänzung zu Präsenzmaßnahmen sieht, um eine kontinuierliche Teilnahme zu sichern und selbständige (Mit-)arbeit der Zielgruppe zu trainieren. Die Abfrage der Bedarfe vor dem Beginn der Kurse wird als weniger sinnvoll erachtet als während der Kurse (laufende Anpassung). Die Technikeinführung sollte nach Ansicht der antwortenden Person nicht vom (zunächst noch unbekannten) Kursleiter, sondern durch den (bereits bekannten) Betreuer der vermittelnden Institution erfolgen.

8.3.3 Maximierung des Nutzens der Angebote für die Teilnehmer

Die dritte Frage des Expertenfragebogens eruiert im Wesentlichen die Einschätzungen der Fachkräfte für die Aspekte Erlebnis, Empowerment und Format. Es wird ermittelt, mit welchen Gestaltungselementen und Methoden die Kursinhalte für die Teilnehmer besonders nutzbringend transportiert werden können.

Auch hier werden einige Beispiele aus bereits erprobten analogen und digitalen Projekten mit der Zielgruppe bemüht. Die Frage bietet neun Antwortoptionen und gemäß Tabelle 4 (Seite 66) zehn Priorisierungsmöglichkeiten. Unter "sonstiges" besteht zudem die Möglichkeit, weitere Vorschläge zu unterbreiten und ebenfalls zu priorisieren. Die Befragungsergebnisse sind in der Abbildung 21 (Seite 71) zusammengefasst.

Die Auswertung nach der bekannten Methodik sortiert die Antwortmöglichkeiten in die folgende Ordnung ein:

- 1. möglichst einfache und klare Formulierung, worum es in dem Kurs geht,
- 2. nachvollziehbare und kurze Übungen,
- 3. unterhaltsame Moderation und methodische Abwechslung,
- 4. möglichst viele praktische Beispiele,
- 5. einfache Sprache (ohne Fachbegriffe),
- 6. persönliche Ansprache und Face-to-Face-Kontakt,
- 7. kurzes Feedback bevor der Kurs endet,
- 8. Angebot eines persönlichen Coachings bis zum nächsten Kurs,
- 9. Austauschgespräch mit der Gruppe.

Die Forderung nach einer klaren Sprache wird von über 75 % der Befragten als höchst prioritär eingeschätzt. Der vergleichsweise hohe Wert der Gesamtpriorität von 2,4, die dem Nutzen nachvollziehbarer und kurzer Übungen eine entsprechende Bedeutung gibt, resultiert ebenso aus entsprechend häufigen Nennungen und Einordnungen.

Die Antworten bestätigen, dass es den Befragten wichtig erscheint, den Nutzern die Ziele und Intentionen im Vorfeld möglichst klar zu benennen und auch die Übungen verständlich und übersichtlich zu halten. Dieses Anliegen kann sowohl als allgemeiner Wunsch für alle digitalen Gesundheitsangebote, als auch als Spezifikum für die Zielgruppe gedeutet werden. Es könnte aber auch ein subjektives Anliegen sein. Hier scheint eine Schärfung der Erwartungen durch die Zielgruppe selbst sinnvoll zu sein, um einer einseitigen Interpretation der Fachkräfte über ihre Betreuten durch die Expertenperspektiven entgegen zu wirken.

Eine weitere Analyse der verschiedenen Didaktik und Methodik der Angebote erscheint im nächsten Schritt wichtig, um eine möglichst hohe Passfähigkeit auf die Voraussetzungen der Teilnehmer hin zu erreichen.

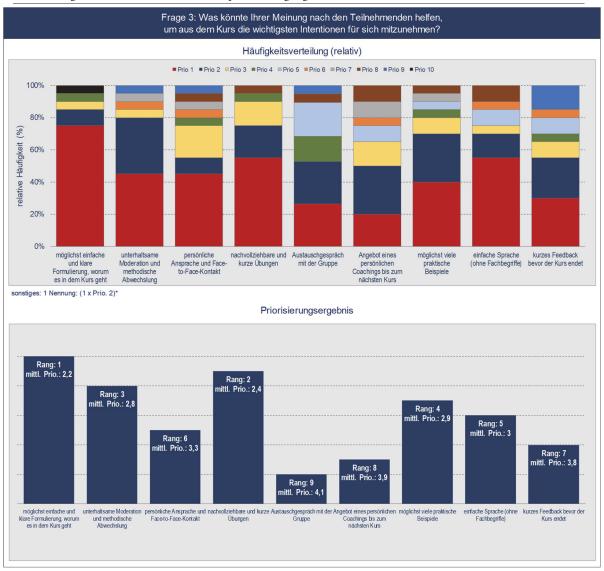


Abbildung 21: Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 3
*Ausführungen zu sonstiges s.u.

Der Kommentar unter "sonstiges" weist auf die verschiedenen Bildungsniveaus hin, die berücksichtigt werden sollten. Eine weitere Bemerkung in dieser Rubrik schlägt einen umfangreichen Katalog an Inhalten vor:

- mentales Training f
 ür das Selbstwertgef
 ühl,
- Rückentraining,
- Meditation, achtsame Selbstmassage,
- Malen, Plastizieren, Umgang mit Depressionen,
- Angebote sollten alle Bildungsniveaus innerhalb der Zielgruppe berücksichtigen,
- persönliche Ansprache und Face-to-Face-Kontakt bei Teilnehmer mit eigenem Videobild.

Bemerkenswert ist die vergleichsweise geringe Einordnung der Bedeutung des "Austausches mit der Gruppe" und des zusätzlichen "Coaching-Angebots durch den Trainer". Das Umfrageergebnis lässt vermuten, dass die Befragten den individuellen Nutzen, den das Angebot für die Teilnehmer haben kann, weniger mit der Kommunikation in der Gruppe

und mit dem Trainer in Verbindung bringen. Dies könnte bedeuten, dass die Gesundheitskompetenz und das Empowerment der Teilnehmer als bereits hoch eingeschätzt werden. Ob die inhaltliche Reflexionen mit anderen Betroffenen oder die fachliche Beratung und Feedbackmöglichkeit durch den Trainer einen tatsächlichen Mehrwert und eine Unterstützung für die Teilnehmer darstellen, sollte weiter analysiert werden.

8.3.4 Inhalte digitaler Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen

Frage 4 diskutiert geeignete Themenbereiche, die aus Sicht der Befragten für arbeitslose Menschen interessant und wichtig sein könnten. Die genannten Beispiele sind klassische Beispiele, die sich am Leitfaden für Prävention orientieren und einen thematischen Rahmen andeuten sollen. Es werden sechs Antwortoptionen zur Auswahl bzw. Priorisierung (7 Möglichkeiten, vgl. Tabelle 4, S. 66) vorgestellt und analog zu den vorangegangenen Fragen durch eine freie Antwortmöglichkeit ("sonstiges") ergänzt. Die Abbildung 22 stellt das Ergebnis der Befragung zusammen.

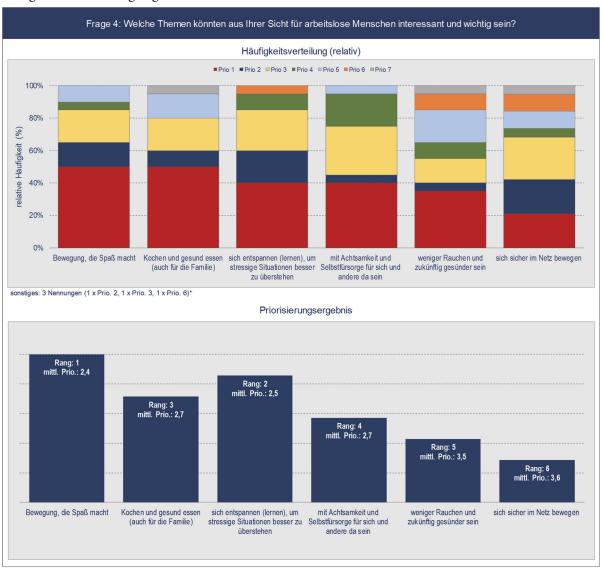


Abbildung 22: Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 4
*Ausführungen zu sonstiges s.u.

Die ermittelten Gesamtprioritäten bewegen sich in den ersten vier Optionen der Reihenfolge (s. u.) zwischen 2,4 und 2,7. Es existiert damit aus Sicht der Befragten nicht das eine alleinstehende und alle anderen Inhalte überstrahlende Thema. Die Prioritäten 3,5 und 3,6 für die an fünfter und sechster Stelle der Rangfolge rangierenden Optionen kennzeichnen zwar einen deutlichen Abstand zu den vorangehenden Themen, sind aber angesichts eines Spektrums von möglichen sieben Prioritätsschritten im Mittel aller Antworten noch relativ bedeutsam für die Befragten. Die Rangfolge der Antwortoptionen aus der Analyse lautet:

- 1. Bewegung, die Spaß macht,
- 2. sich entspannen (lernen), um stressige Situationen besser zu überstehen,
- 3. Kochen und gesund essen (auch für die Familie),
- 4. mit Achtsamkeit und Selbstfürsorge für sich und andere da sein,
- 5. weniger Rauchen und zukünftig gesünder sein,
- 6. sich sicher im Netz bewegen.

Stressmanagement, Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und Achtsamkeit sind die mittlerweile bekanntesten und populärsten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 8.2). Das Ergebnis unterstreicht die eingeschätzte Relevanz für die Zielgruppe und möglichweise auch ein großes Potenzial, da Angebote aus diesen Handlungsfeldern oft alltagsnahe und konkrete Informationen vermitteln. Ein weiterer Vorteil dieser Auswahl an Themen ist, dass sie auch zielgruppenunabhängig wirken und damit einer möglichen Stigmatisierung einer bestimmten Zielgruppe entgegenwirken.

Unter "sonstiges" wird mit drei Nennungen vor allem vorgeschlagen, der Zielgruppe Kurse mit folgenden Inhalten anzubieten:

- gesunde Ernährung kostengünstig selbst zubereiten,
- Stressbewältigung,
- Hilfe bei der Kindererziehung,
- Abbau von Berührungsängsten,
- Steigerung des Selbstwertgefühls,
- emotionale und körperliche Entspannungsübungen.

Die Nennung der Themen präsentiert eine weitere Auswahl und deutet einen interdisziplinären Ansatz zur Pädagogik oder der Jugendhilfe an. Besonders in Zusammenarbeit mit Menschen ohne Arbeit und deren Bedarfsgemeinschaften, sind die Vernetzung und die Schaffung von Schnittstellen von Gesundheitsförderung mit anderen Professionen sehr sinnvoll und spiegeln den Alltag der Zielgruppe wider. Beispielsweise liegen die Belastungen, die aus der Arbeitslosigkeit heraus entstehen, häufig eng mit Überforderungen im familiären Bereich durch Erziehung und Pflegeverantwortung sowie mit einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung beieinander (Angele 2021).

Der Vermittlung von digitalen Kompetenzen wird, ähnlich wie auch in Frage 2, Antwortoption 3, weniger thematische Bedeutung im Rahmen digitaler Gesundheitsangebote beigemessen (Priorität Rang 6). Auch hier liegt die Vermutung nahe, dass die Schnittstelle zwischen gesundheitsförderlichen Aufgaben und der digitalen Kompetenzvermittlung für

das Blickfeld der Experten in der institutionellen Begleitung arbeitsloser Menschen noch mehr hervorgehoben werden sollte.

8.3.5 Einbindung der Teilnehmer in die Kursgestaltung

Bei der fünften Frage stehen die Aspekte der Partizipation, der Kommunikation und des Formates im Mittelpunkt. Die vorgegebenen Antwortoptionen beziehen sich hier auf die verschiedenen Stufen der Partizipation (vgl. Kapitel 6.3). Ziel ist die Herausarbeitung von Möglichkeiten, die eine aktive Mitgestaltung der Kurse durch die Teilnehmer befördern. Auf die insgesamt fünf Antwortoptionen können die Befragten insgesamt sechs Prioritäten verteilen (vgl. Tabelle 4, S. 66). Die freien und ergänzenden Antwortmöglichkeiten werden unter dem Punkt "sonstiges" subsummiert. Abbildung 23 stellt die Ergebnisse der Auswertung grafisch dar.

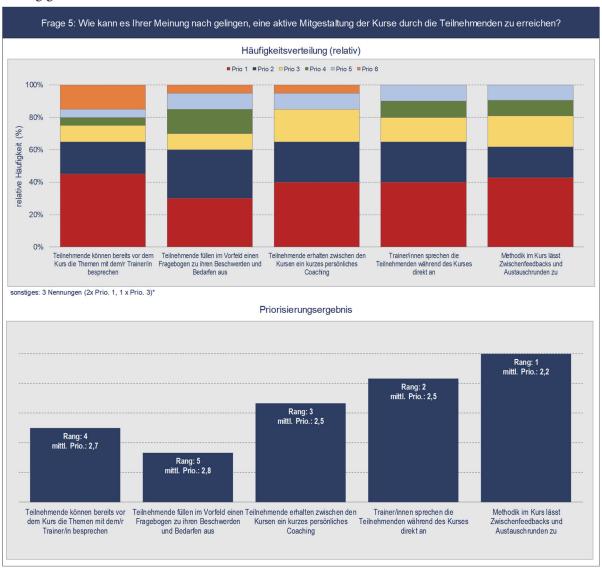


Abbildung 23: Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 5
*Ausführungen zu sonstiges s.u.

Bei der Betrachtung der Häufigkeitsverteilung fällt auf, dass die Werte für die Gesamtpriorität in diesem Fall vor allem durch die Anteile der Werte 3 bis 6 bestimmt werden, da die Gruppe der Prioritäten 1 und 2 ein eher ausgeglichenes Bild mit einem Anteil von rund 60 % der Nennungen aufweist. Aus der Anwendung der oben beschriebenen Methodik lässt sich die Reihenfolge der Antwortoptionen wie folgt ermitteln:

- 1. Methodik im Kurs lässt Zwischenfeedbacks und Austauschrunden zu,
- 2. Trainer/innen sprechen die Teilnehmenden während des Kurses direkt an,
- 3. Teilnehmende erhalten zwischen den Kursen ein kurzes persönliches Coaching,
- 4. Teilnehmende können bereits vor dem Kurs die Themen mit dem/r Trainer/in besprechen,
- 5. Teilnehmende füllen im Vorfeld einen Fragebogen zu ihren Beschwerden und Bedarfen aus.

Eine hohe Bedeutung wird der Möglichkeit der Zwischenfeedbacks und der Austauschrunden beigemessen. Diese Form der Einbeziehung kann analog der Stufen der Partizipation als Anhörung und Einbeziehung (vgl. Abbildung 18, S. 42) eingeordnet werden.

Im Vergleich mit Frage 3, bei deren Beantwortung der Austausch mit anderen Teilnehmern nur auf hinteren Positionen rangiert, bewerten die Befragten dies im Zusammenhang der Mitgestaltungsmöglichkeiten (Frage 5) als positiv. Im Gegensatz dazu bewegen sich die Optionen der "aktiven Besprechung der eigenen Themen im Vorfeld der Kurse" und die "Möglichkeit einer individuellen Befragung mittels Fragebogen" im vorliegenden Fall auf den Plätzen 4 und 5. Dies könnte damit interpretiert werden, dass die Antwortmöglichkeiten möglicherweise missverständlich sind. Es könnte aber auch sein, dass diese Stufe der aktiven Mitgestaltung als wenig erfolgversprechend für die Teilnehmer eingeschätzt wird. Hier könnte sich ein Gesprächsbedarf und ein spannender Austausch zu partizipativen Fragestellungen anschließen, der jedoch im Dialog mit den Mitarbeitern der Jobcenter und mit den potenziellen Nutzern geführt werden sollte. Zu berücksichtigen ist bei der Bewertung dieser Ergebnisse, dass zwischen den Mitarbeitern des Jobcenters und der Zielgruppe, die oft Kunden des Jobcenters sind, eine Abhängigkeitsstruktur aufgrund des Leistungsbezuges und der materiellen Entscheidungsbefugnisse besteht. Daher sollten die Möglichkeiten und Grenzen der Partizipation auch vor diesem Hintergrund diskutiert werden.

Drei Nennungen unter der Rubrik "sonstiges" schlagen vor, (Zwischen-)Ergebnisse gemeinsam mit Teilnehmern und Kursleitungen zu bewerten und den speziellen persönlichen (Inhalts-)Bedarf der Teilnehmer vorab durch die Fallmanager abfragen zu lassen, da Vorab-Befragungen gegebenenfalls abschreckend wirken und eine Teilnahme verhindern könnten. Persönliche Gespräche wären Fragebögen daher vorzuziehen. Eine andere Äußerung stellt im Gegenteil dar, dass Fragebögen im Vorfeld (vergleichbar mit einem Anamnesebogen beim Arzt) sinnvoll wären, um die Bedarfe zu ermitteln. Die Themen zur Gesundheit sowie zur psychischen und physischen Stabilität sollten gleichwertig wie Angebote zur Bewerbung, Alltagskompetenz usw. gewichtet und bewertet werden. Auch an dieser Stelle wurde betont, dass die persönliche Ansprache (auch zur Abstimmung von Themenwünschen) erst nach Beginn des Kurses sinnvoll sei.

8.3.6 Motivation der Teilnehmer für weitere Termine und Angebote

Die abschließende Frage erörtert, welche Aktivitäten helfen könnten, um die Teilnehmer für weitere Termine und Kursangebote zu interessieren und zu motivieren. Damit zielt sie auf die Bereiche Empowerment und Partizipation im Rahmen der eigenständigen Verbesserung der digitalen Gesundheitskompetenz ab. Es sind hierfür fünf Antwortoptionen vorgegeben, die gemäß Tabelle 4 (S. 66) mit sechs Prioritäten versehen werden können. Eine ergänzende Möglichkeit für freie Antworten ist in der Option "sonstiges" vorgesehen. Die verwertbaren Antworten sind in der Abbildung 24 zusammengestellt.

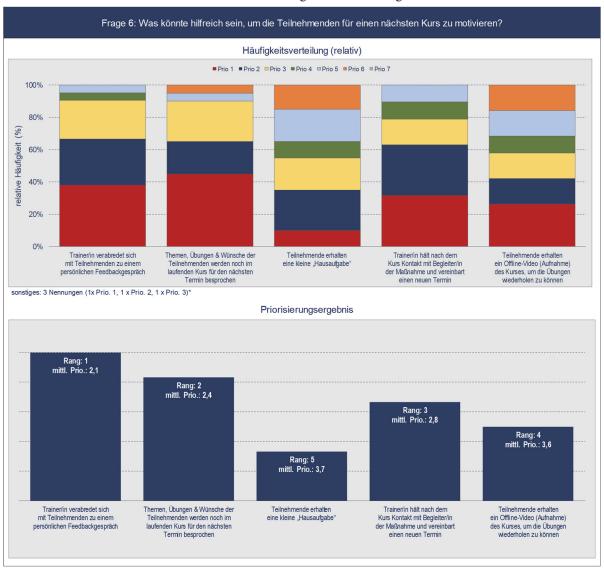


Abbildung 24: Statistische Auswertung des Expertenfragebogens, Frage 6
*Ausführungen zu sonstiges s.u.

Es fällt auf, dass die Prioritäten 1 und 2 gemeinsam nicht in allen Fällen eine relative Häufigkeit von 50 % erreichen konnten. Entsprechend rangieren die Gesamtwerte für die Priorisierungen der Antwortmöglichkeiten zwischen 2 und knapp 4.

Die Rangfolge der möglichen Maßnahmen ergibt sich somit zu:

- 1. Trainer/in verabredet sich mit Teilnehmenden zu einem persönlichen Feedbackgespräch,
- 2. Themen und Übungen sowie Wünsche der Teilnehmende werden noch im laufenden Kurs für den nächsten Termin besprochen,
- 3. Trainer/in hält nach dem Kurs Kontakt mit Begleiter/in der Maßnahme und vereinbart einen neuen Termin,
- 4. Teilnehmende erhalten ein Offline-Video (Aufnahme) des Kurses, um die Übungen wiederholen zu können,
- 5. Teilnehmende erhalten eine kleine "Hausaufgabe".

Auch bei der Motivation zu weiteren Kursteilnahmen spielt nach Auffassung der Befragten die persönliche Kommunikation zwischen den Trainern und Teilnehmern eine große Rolle. Dem persönlichen Feedbackgespräch und der Kommunikation mit dem Trainer während des Kurses (Option 1 und 2) wurde deutlich mehr zugesprochen, als noch in Frage 3 und 5. Das Feedbackgespräch wird aus dem eigentlichen Angebot ausgelagert und scheint dadurch attraktiver zu sein. Das Besprechen der Wünsche und Themen während des Kurses, kann im Sinne der Stufen des Empowerments in Stufe 2: Stärkung der Kompetenzen der Zielgruppe (vgl. Abbildung 17, S. 41) eingeordnet werden.

Die Antwortoptionen 3-5 bieten weitere Ansätze der Kompetenzverstärkung bei den Teilnehmern an. Bedingungen zu schaffen, die die Kompetenzentwicklung und Selbstbestimmung sowie Selbstorganisation fördern, bieten die Antwortoptionen "Offline-Videos als Wiederholungsmaterialien" sowie "Übungsaufgaben für zu Hause" an. Dies können niedrigschwellige Unterstützungsmöglichkeiten sein, gesundheitsförderliches Verhalten, Selbstorganisation und Selbstwirksamkeit bei den Teilnehmern zu aktivieren. Diese Optionen erhielten jedoch nur eine maximale Priorität 1 von weniger als 25 % der Befragten. Auch vor dem Hintergrund lohnt es sich, mit den Fachkräften darüber ins Gespräch zu kommen, welche Erwartungen ihrerseits an die digitalen Angebote gestellt werden und wie Befähigung und Selbstbestimmung bei den Teilnehmern nachhaltig gefördert werden können.

Weitere Ideen über die vorgegebenen Möglichkeiten hinaus wurden unter "sonstiges" angemerkt. Beispielsweise wird die Erzeugung einer Gruppendynamik empfohlen, die Vorteile aufzeigen kann und sogar eine Art Aufbruchsstimmung vermittelt (á la "Der Weg hat gerade erst begonnen"). Es wurde ferner vorgeschlagen, dass die Teilnehmer Offline-Videos erst nach der 2. Kursrunde erhalten. Zudem wurde erwähnt, dass diese Offline-Videos bei Bewegungskursen sehr sinnvoll, bei Selbstbeobachtung und -reflexion erfahrungsgemäß aber schwierig einzusetzen seien, da Hemmungen bei den Teilnehmern bestünden, wenn Kameras angeschaltet sind. Es wurde darüber hinaus an die Möglichkeit der Verteilung klassischer Handouts erinnert.

8.4 Gegenüberstellung der Ergebnisse der Experteninterviews mit den Ergebnissen der Fachkräftebefragung

Vor der Ableitung der Handlungsempfehlungen werden die Ergebnisse der leitfragengestützten Experteninterviews und der Fragebögen kurz einander gegenübergestellt. Die Resultate zeigen einige Übereinstimmungen in der Bewertung der Aspekte Kommunikation, Inhalt und Themen, sowie in Fragen des Angebotsformates auf. Differenziertere Ergebnisse und geringere Übereinstimmungen weisen die Aspekte Partizipation, Empowerment und Eintritt auf.

Der Kommunikation wird in beiden Befragungen eine hohe Bedeutung zugewiesen. Dabei stehen der Austausch mit dem Trainer eines Angebotes sowie die Möglichkeit des Feedbacks im Vordergrund. Während die Experten im Interview die persönliche Beratung und das Coaching mit dem Trainer häufig nennen, zeigen die Auswertungen der Expertenfragebögen dies für die Zielgruppe der arbeitslosen Menschen als weniger relevant. Auch der Austausch innerhalb und mit der Gruppe wird in den Fragebögen für weniger wichtig eingeschätzt, als in den persönlichen Interviews.

Die Kommunikation mit dem Ziel, persönliche Bedarfe im Vorfeld des Kurses zu erheben, wird im Rahmen der Beantwortung der Fragebögen ebenfalls als weniger relevant angesehen als von den Interviewpartnern, von denen zwei ebenfalls ohne Arbeit sind und somit eine vergleichbare Situation mit der Zielgruppe haben. Offensichtlich stehen einer Anamnese im Vorfeld eines digitalen Angebotes Bedenken entgegen, dass der Zugang dadurch erschwert werden könnte. Das Feedbackgespräch während und nach dem Kurs wurde von beiden Befragungsgruppen als sehr wichtig erachtet. Letztlich erreichen die Teilnehmer dadurch eine Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung auf mittlerer Stufe der Partizipation und Empowerments, indem sie ihre Themenwünsche und Anliegen einbringen können.

Thematisch sehen beide Personengruppen Stressmanagement, Bewegungsförderung und Ernährungsförderung als die wichtigsten Themen (in der Auswahl) an. Unterschiedlich bewertet wird die Vermittlung und Unterstützung digitaler Kompetenzen im Zusammenhang mit der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote. Die meisten Befragten geben im Interview an, diese auch für sich als wichtige persönliche Zugangskompetenz weiter entwickeln zu wollen, auch wenn bereits einige Erfahrungen mit verschiedenen Formaten gemacht wurden. Da das Thema digitale Gesundheitskompetenz im Fragebogen nicht explizit abgefragt ist, kann an zwei Stellen lediglich eine Tendenz festgestellt werden (vgl. Kapitel 8.3.2 und 8.3.4), die diese Unterstützung für nicht vorrangig bei der Zielgruppe der arbeitslosen Menschen bewertet. Dies könnte einerseits dafür sprechen, dass die Fachkräfte in der institutionellen Begleitung der Zielgruppe die digitale Kompetenz und die Gesundheitskompetenz ihrer Kunden als hoch einschätzen, da sich viele ohnehin selbstverständlich im Internet bewegen. Anderseits könnte aber eine Überforderung der Teilnehmer vermieden werden wollen, denn diese würde den Zugang erschweren, und die Niedrigschwelligkeit ginge damit verloren.

Der Zugang über die persönliche Empfehlung und das persönliche Gespräch fand bei beiden Befragungsgruppen deutliche Zustimmung und erlangte die erste Priorisierung vor der Einladung per E-Mail oder Social Media. Hier wird der Mehrwert der Peergruppe höher erachtet als der Austausch innerhalb der Gruppe, was als methodisches Mittel während des Angebotes vorgeschlagen wurde.

Als optimaler Eintritt in ein Angebot unter technischen Aspekten wurden von der Interviewgruppe Apps, Klicks über Links und QR-Codes benannt. Wichtig sind außerdem die schnelle Auffindbarkeit der Links zu den Angeboten, was die Versendung von E-Mails weniger attraktiv macht, sowie die Nutzung mit jedem verfügbaren Endgerät (plattformunabhängig), um eine höchst mögliche Flexibilität zu erlangen. Im Fragebogen wurden diese Inhalte nicht explizit erfragt.

Methodisch implizierte der Fragebogen eher Gruppenformate. Einzelgespräche mit dem Trainer wurden nur in Frage 6 (vgl. Kapitel 8.3.6) als wichtig erachtet, nämlich, um die Motivation der Teilnehmer für die folgenden Kurse aufrecht zu erhalten. Hier stellt sich die Frage, warum die Beantworter des Fragebogens diese Ressource geringer erachten, obwohl auch das System des Arbeits- und Beschäftigungsmanagements und der Wiedereingliederung von der individuellen Beratung durch verschiedene Fachkräfte lebt und künftig noch mehr professionalisiert wird (Kärtner et al. 2018).

Die Partizipation und das Empowerment wurden bis zur Stufe der Einbeziehung und der Stärkung der Kompetenzen von beiden Befragungsgruppen als wichtig erachtet, um die Zugänge zu digitalen Angeboten erfolgreicher zu gestalten und die Nutzer zu motivieren, digitale Angebote anzunehmen. Die Stufen der jeweiligen Beteiligungs- und Befähigungsprozesse wurden in beiden Befragungen exemplarisch benannt. In den Interviews wurde darüber hinaus deutlich, dass eine Mitbestimmung und auch eine gewisse Entscheidungskompetenz als wesentlich für den Erfolg bei digitalen Angeboten angesehen werden. Die Nutzer sehen sich als mündige und aufgeklärte Verbraucher, die digitale Angebote gezielt zur Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes und der eigenen Kompetenzen bezüglich gesundheitsrelevanter Informationen einsetzen. Sie sind bereit, bei der Entwicklung von alltagsrelevanten Gesundheitsangeboten als Experten und als Laien zu unterstützen und sich dazu entsprechend vertiefend mit dem Thema auseinanderzusetzen.

9 Handlungsempfehlungen für die Optimierung von Zugängen zu digitalen Angeboten

Sowohl aus dem vorgestellten Handlungsrahmen und aus der Problemanalyse, als auch aus der Analyse der Zugänge ergeben sich Potenziale, die zu einer Verbesserung der Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen führen können. Im Folgenden werden diese in Form von Handlungsempfehlungen vorgestellt.

Die unterschiedlichen Aspekte der Zugänge wurden durch die Befragung verschiedener Personengruppen mit quantitativen und qualitativen Daten gestützt (Kapitel 8). Dadurch können Potenziale und Herausforderungen genauer identifiziert und Empfehlungen abgeleitet werden. Diese beziehen sich auf die Arbeitsfelder Gesundheitsförderung und Prävention mit arbeitslosen Menschen im Setting des institutionellen Arbeits- und Beschäftigungsmanagements. Die Abbildung 25 (Seite 85) zeigt eine Checkliste, wie Sie Planern und Anbietern von digitalen Gesundheitsförderungsangeboten helfen kann, die Zugänge zu ihren Kursen, Apps, Programmen etc. so zu gestalten, dass die Zielgruppe (langzeit-)arbeitsloser Menschen effektiver erreicht wird.

9.1 Empfehlungsnetzwerk

Um digitale Gesundheitsangebote für arbeitslose Menschen attraktiver zu machen, sollte ein möglichst vielseitiges Empfehlungsnetzwerk für diese Angebote aufgebaut werden.

Digitale Gesundheitsangebote sind bislang zwar im Internet sehr vielfältig zu finden, jedoch sind die Angebote und deren Werbestrategien bislang weniger auf die bestimmte Zielgruppe der arbeitslosen Menschen zugeschnitten bzw. unzureichend im täglichen Umfeld der Menschen präsent. Dementsprechend ist ein höherer und vielseitigerer Bekanntmachungsaufwand notwendig, um die Zielgruppe auf die Angebote aufmerksam zu machen und als interessant von ihnen wahrgenommen werden. Um dies zu erreichen, ist es sinnvoll sich die Wirkung von Peergruppen zunutze zu machen und damit den Zugang zu digitalen Angeboten zu erleichtern (vgl. Kapitel 7.1.2). Sie können helfen, wichtige Informationen zu Gesundheitsthemen effektiv in die anvisierte Zielgruppe zu transportieren.

Betroffene, die von den Angeboten profitieren sollen und die bislang vergleichsweise selten als Teilnehmer auftauchen, können von den Peers lernen und sich im vertrauten Umfeld austauschen. Die Empfehlung durch Personen aus dem eigenen Bekanntenkreis und der Erfahrungsaustausch mit anderen Nutzern erhöhen das Gemeinschaftsgefühl und bestenfalls auch die Veränderungsbereitschaft der Betroffenen. Dieses Potenzial sollten Projektentwickler für digitale Gesundheitsangebote zur Verbesserung der Zugänge nutzen. Aus den Ergebnissen der Befragungen (vgl. Kapitel 8) kann abgeleitet werden, dass potenzielle Nutzer ein neues digitales Angebot mit höherer Wahrscheinlichkeit annehmen, wenn eine vertraute Person aus dem Umfeld ebenfalls an diesem Angebot teilgenommen hat und damit zufrieden war.

Eine höhere Akzeptanz kann auch erreicht werden, wenn möglichst viele Empfehlungsgeber als Multiplikatoren im Umfeld der zu erreichenden Personen rekrutiert werden können.

Dabei sollten auch die betreuenden und administrativen Institutionen, wie Jobcenter oder Agenturen für Arbeit, die Kommune und die gemeinnützigen Einrichtungen wie Sportvereine oder Familienzentren eine gut vernetzte Kommunikations- und Handlungsstrategie aufbauen. Sie sollten innerhalb der Zielgruppe Multiplikatoren und Testpersonen für neue digitale Angebote rekrutieren, mit Anbietern digitaler Gesundheitskurse eng zusammenarbeiten und die Gesundheitskommunikation in der Lebenswelt auch mittels weiterer Medien, z. B. Social Media, steuern.

9.2 Relevante Themen

Damit mehr arbeitslose Menschen die digitalen Gesundheitsangebote regelmäßiger nutzen, sollten diese die alltäglichen (Gesundheits)-Probleme und die Ressourcen der Menschen aufgreifen.

Für die Bereitstellung digitaler Gesundheitsangebote innerhalb des Präventionsleitfadens (GKV 2020b) werden häufig die klassischen Handlungsfelder Bewegungsförderung, Ernährung, Stressmanagement und andere bemüht. Sie differenzieren sich in digitalen Angeboten zwar häufig noch aus, bleiben aber weniger übergreifend und erreichen daher nur die informierten und allgemein gut aufgeklärten Internetnutzer. Damit auch Menschen, die über weniger Gesundheitskompetenzen verfügen (vgl. Kapitel 3.3 und 3.4), der persönliche Zugang zu digitalen Angeboten erleichtert wird, sollten vor allem solche Themen erschlossen werden, die arbeitslose Menschen in ihrem Alltag als problematisch und belastend oder als unterstützungsbedürftig empfinden.

Viele dieser Probleme haben einen Bezug zur gesundheitlichen Situation und lassen sich thematisch in digitale Gesundheitsförderungsangebote einarbeiten. Häufig sind es Themen wie Schmerzbehandlung, Einsamkeit, Ängste aber auch Überforderung mit gesellschaftlichen Ansprüchen, die als Türöffner zur Gesundheitsförderung fungieren können (GBB 2020b). Werden diese in digitalen Angeboten schon in der Bekanntmachung konkreter benannt und selbstverständlich anschließend auch umgesetzt, gestalten sich auch die subjektiven Zugänge für die Adressaten leichter, denn es können emotionale Verknüpfungen und Sinnzuschreibungen hergestellt werden. Eine profunde Beratung mit Entwicklern von Gesundheitskampagnen kann Lösungen für diese Form der Ansprache finden.

9.3 Integrierte Angebotsentwicklung

Wenn die Zielgruppe in die Entwicklung neuer Angebote einbezogen ist, wird die Akzeptanz gegenüber digitaler Gesundheitsförderung größer.

Partizipation als wesentliches Anliegen der Gesundheitsförderung sollte auch im digitalen Bereich selbstverständlich werden. Um Stigmatisierungen zu vermeiden, sollten die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention gemeinsam mit der Zielgruppe und weniger über die Zielgruppe hinweg entwickelt werden. Bereits in der Bedarfserfassung als früheste Zugangsphase eines digitalen Angebotes sollte den Menschen, um die es geht, ein größtmögliches Maß an Beteiligungschancen eingeräumt werden.

Partizipative Ansätze stärken die Ressourcen der Zielgruppe und deren Selbstbefähigungs-kräfte sowie die Entwicklung der Selbstorganisation. Viele arbeitslose Menschen verfügen über Ressourcen, die gute Ansätze für Partizipation bieten. Die Entwickler sollten davon ausgehen, dass die grundlegenden digitalen Kompetenzen (Kapitel 3.4) für die Nutzung im Internet bei den meisten Menschen vorhanden sind und dass diese wiederum wissen, welche Themen andere Betroffene im Internet suchen und wo sie sich in den sozialen Medien bewegen. Hier können wertvolle Ansätze für die Platzierung von gesundheitsbezogenen Botschaften oder Angeboten entstehen. Instrumente, die außerdem die Partizipation der Zielgruppe bei der Entwicklung von neuen digitalen Aufgaben unterstützen, sind:

- dialogorientierte Befragungsinstrumente,
- Peergruppenarbeit und
- persönliche Beratung mit Coaching Charakter durch Gesundheitsexperten.

9.4 Transparente Inhalte

Die Zugänge zu digitalen Angeboten sollten klar und positiv vermitteln, was die Nutzer persönlich von dem Angebot erwarten können.

Viele digitale Angebote adressieren zwar ein Problemfeld, benennen jedoch weniger konkret kleinschrittige Ziele und Erfolge, welche die Nutzer erwarten dürfen. Aus den Befragungen der Experten (vgl. Kapitel 8) geht unter anderem hervor, dass viele Nutzer sich nicht direkt und persönlich von den Botschaften der digitalen Angebote angesprochen fühlen und die Hemmschwelle, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, weiterhin sehr hoch bleibt.

Es wird deutlich, dass eine positive Verstärkung oder eine emotionale Botschaft bereits im Titel des Angebotes und während der Maßnahme die Teilnahmebereitschaft hebt und Ängste oder Vorbehalte verdrängt. Zugänge zu digitalen Angeboten sollten die Stärken und die Potenziale der Nutzer ansprechen und dabei so konkret wie möglich sein. Eine positive Unterstützung, die eigenen Kräfte und Fähigkeiten als vollkommen ausreichend einzuschätzen und eigene Erfolgserlebnisse zu erreichen, wirkt unabhängig von der Adressatengruppe motivierend und vertrauensbildend. Hier können Erfahrungen aus angrenzenden Fachbereichen, wie der Sozial- und Gesundheitspsychologie, Gesundheitskommunikation und Social Marketing unterstützen, um die richtige Ansprache für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen zu finden.

9.5 Positive Kommunikation

Digitale Angebote der Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen sollten bereits in den Zugängen die positive Kraft der Kommunikation und Beziehungsgestaltung nutzen.

Auch digitale Gesundheitsangebote entfalten Ihre Wirkung oft erst durch die persönliche Beziehung zum Thema und zu den handelnden Personen, die das Angebot gestalten. Bereits der technische Zugang zu dem Angebot kann zwischen anonymer Einwahl und persönlicher Anmeldung qualitativ stark differieren.

Die Ergebnisse der Befragung (Kapitel 8) zeigen, dass gerade Menschen, die Unsicherheiten mit digitalen Formaten oder mit gesundheitsbezogenen Angeboten haben, eine persönliche Empfehlung, Begleitung und Ansprache für das konkrete Angebot bevorzugen. Hier lassen sich vielfältige Lösungen zwischen den Zugangsformaten finden und die Interessen und Kompetenzen der Nutzer anpassen.

Für Menschen in institutioneller Betreuung sind Einführungsgespräche mit den Trainern und anderen Vertrauenspersonen organisierbar, die sich in den Zeiten der Betreuung innerhalb einer Maßnahme realisieren lassen. Unabhängig von der Lebenssituation befürworten viele Menschen die positive Verstärkung der eigenen Motivation durch Dritte. Diese Erfahrung kann gut für die abwechslungsreiche Gestaltung digitaler Angebote genutzt werden. Sowohl Anamnesegespräche, als auch Feedbackgespräche innerhalb der Gruppe und mit dem Trainer sowie Selbstlernprogramme mit fachlicher und persönlicher Begleitung können die Angebote qualitativ aufwerten und die technischen Hürden durch persönliche Kommunikation überwinden.

9.6 Lebensweltbezug

Digitale Gesundheitsangebote sollten sich den Zugang in die digitalen Lebenswelten der Adressaten erobern, dann werden möglichst viele Menschen auch erreicht.

Diese Empfehlung geht von dem Ansatz aus, dass die Zugänge zu digitalen Angeboten einen noch breiteren Eingang in die Lebenswelten der Menschen finden sollten. Dies würde helfen, möglichst viele Personen nachhaltig zu befähigen, jederzeit gute und bewusste Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen zu können. Werbung aller Branchen ist in den Lebens- und Arbeitswelten omnipräsent, auch bei den arbeitslosen Menschen. Daher sollten die Botschaften der Gesundheitskommunikation analog in allen Lebensbereichen präsent sein. Dieses Ziel ergibt sich als notwendiger struktureller Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten auf gesellschaftlicher und lebensweltbezogener Ebene.

Großes Potenzial für die Zugänge zu Angeboten der Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Menschen können die sozialen Netzwerke und Nachbarschaftszusammenschlüsse analoger und digitaler Art künftig erschließen. Diese haben besonders seit Beginn der Corona Krise ein enormes Potenzial an solidarischer Informationsverbreitung und sozialem Miteinander entfaltet. Bei Facebook, Twitter und anderen Social-Media-Netzwerken finden sich Interessengruppen auf Meta- und Makroebenen zusammen, die im analogen Raum aufgrund gesellschaftlicher Ressentiments möglicherweise keine gemeinsamen gesundheitlichen Themen fänden.

Wo digitale Vernetzung in Nachbarschaften möglich ist, können sich auch Informationen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten schnell und weit verbreiten. Zwischen Nachbarn, entsteht digitale Kommunikation, wo vorher kaum analoger Kontakt stattfand. Aus persönlichen Nachrichten und Informationen werden in Foren wie nebenan.de oder nextdoor.com schnell öffentliche Informationen und Angebote beworben, ohne konkrete Adressaten preiszugeben. Zielgruppen werden in der Regel in diesen Medien nicht konkret angesprochen, jedoch können die Absender oft auch persönlich erreicht werden. Dies ist eine große Chance, digitale Angebote auch benachteiligten Zielgruppen bekannt zu machen, ohne sie durch eine direkte Ansprache zusätzlich zu stigmatisieren.

Zwischenfazit

Die vorangegangenen Empfehlungen für die Verbesserung von Zugängen zu digitalen Gesundheitsangeboten beruhen auf den Ergebnissen einer selbst konzipierten Interview- und Fragebogenbefragung mit Personen, die unterschiedliche Lebens- und Erwerbssituationen haben. Die unterschiedlichen Perspektiven dieser Personen auf die digitalen Angebote und auf die Bedarfe der Zielgruppe "arbeitslose Menschen" fließen in die folgenden Handlungsempfehlungen ein. Sie können für künftige digitale Projekte in der Gesundheitsförderung als Konzeptionshilfe eingesetzt werden oder als Qualitätsinstrument zur Eignungsprüfung vorhandener digitaler Gesundheitsangebote für die Zielgruppe als Grundlage dienen.



Abbildung 25: Checkliste zur Optimierung der Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten für arbeitslose Menschen

eigene Darstellung

10 Zusammenfassung und Ausblick

Arbeitslose Menschen sind sozio-ökonomisch und gesundheitlich häufig benachteiligt. Für Maßnahmen der Gesundheitsförderung gelten sie generell als schwer erreichbar. Obwohl durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen in den letzten Jahren eine Vielzahl von digitalen Gesundheitsangeboten frei verfügbar ist, können arbeitslose Menschen davon nicht im gleichen Maß profitieren wie andere Personengruppen. Die Arbeitslosigkeit selbst ist ein Hindernis für die Zugänge zu digitalen Gesundheitsangeboten aufgrund der Ungleichverteilung technischer Zugänge, digitaler Gesundheitskompetenzen sowie verfügbarer Ressourcen für digitale Teilhabe.

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die verschiedenen Zugänge, die arbeitslose Menschen zu digitalen Gesundheitsangeboten haben und ermittelt Potenziale zur Verbesserung der Zugänge auf struktureller, und individueller Ebene. Im Ergebnis stehen Handlungsempfehlungen, die Praktiker die Planung und Umsetzung von digitalen Gesundheitsangeboten für die Zielgruppe arbeitsloser Menschen erleichtern können.

Zunächst wird ein mehrdimensionales Verständnis des Zugangsbegriffs entwickelt. Dieses verbindet objektive und subjektive Merkmale für die Zugänge arbeitsloser Menschen zu digitalen Gesundheitsangeboten mit den Aspekten der Angebote, die für deren Wirksamkeit als besonders bedeutend zu erachten sind.

Eine breite Literaturrecherche und Erfahrungen aus der Praxis ermöglichen auf dieser Grundlage eine theoretische Bewertung der Zugänge. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Wirksamkeit der Angebote und die Erreichbarkeit der Zielgruppe die Potenziale zur Verbesserung der Zugänge darstellen. Davon ausgehend sind die Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz, die Stärkung der Selbstwirksamkeit und die aktive Einbeziehung der Nutzer wichtige Strategien für dieses Ziel. Um die Zielgruppe auf die Angebote in der Lebenswelt aufmerksamer zu machen, und gleichzeitig Stigmatisierung zu vermeiden, sind die Gewinnung von Peerberatern und Vertrauenspersonen der Zielgruppe sowie eine gezielte Kommunikationskampagne mit emotionalen Botschaften in digitalen Räumen, z.B. in Nachbarschaftsnetzwerken und in den Sozialräumen, geeignete Strategien.

Eine selbst konzipierte und durchgeführte Befragung von Experten mittels leitfragengestützter Interviews und Fragebögen bestätigt diese Ergebnisse. Darüber hinaus werden die Aspekte Befähigung zur Selbstorganisation sowie aktive Beteiligung der Nutzer bzw. Mitgestaltung der Inhalte durch die potenziellen Nutzer als wichtigste Verbesserungspotenziale aus Sicht der Befragten genannt.

In der praktischen Umsetzung sind die persönliche Kommunikation und die Beratung mit den Trainern sowie persönliche Erfolgserlebnisse die wichtigsten Potenziale für eine regelmäßige Nutzung.

Bei der Entwicklung der Angebote sind eine Verknüpfung persön-licher und alltagsnaher Themen mit den klassischen Themen der Gesundheitsförderung, vor allem Bewegung und Stressabbau sowie Ernährung, in Verbindung mit der Möglichkeit einer Mitwirkung durch Vorgespräche und Feedbacks erfolgversprechende Zugänge eine hilfreiche Empfehlung, um den potenziellen Nutzern aus der Zielgruppe den Zugang zu erleichtern.

Um die erschlossenen Potenziale in der Praxis mit arbeitslosen Menschen umsetzen zu können, bedarf es einer grundsätzlichen Bereitschaft und Zielsetzung, diese Zielgruppe an der Entwicklung der für sie bestimmten Angebote von Beginn an mitwirken zu lassen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht zu den Zusammenhängen zwischen digitaler Teilhabe am Gesundheitssektor und der Entwicklung der gesundheitlichen wie sozialen Situation vulnerabler Zielgruppen um Wirkungsnachweise bestimmter Produkte und Formate genauer kennzeichnen zu können.

Literaturverzeichnis

- 7Mind GmbH. 2021. Bewusster und entspannter leben. www.7mind.de (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- Abjetzt.de. 2021. Abjetzt / DE. *Abjetzt/de*. https://www.abjetzt.de/blog/ (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- Albrecht, Urs-Vito. 2016. Rationale. *Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps* (*CHARISMHA*). URL: https://publikationsserver.tu-braunschweig.de/receive/dbbs_mods_00060002 (Zugegriffen: 01.03.2021).
- Angele, Sybille. 2021. Die gesundheitlichen Folgen durch Stress in der Pflege. https://www.pflegeberatung.de/pflegeanspruch/fuer-pflegendeangehoerige/entlastung/die-gesundheitlichen-folgen-durch-stress-in-der-pflege (Zugegriffen: 16. Feb. 2021).
- AOK. 2021. Cyberprävention Gesundheitskurse. https://www.cyberpraevention.de/aok/ (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- AOK-BV. 2020. AOK-Qualitätsbericht Prävention 2020. Für ein gesünderes Deutschland. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/praevention/praeventionsbericht_2020_bv_web.pdf (Zugegriffen: 4. Feb. 2021).
- AOK-BV. 2019. Prävention. Ein Weg zu Job und Gesundheit. *G+G-digital*. https://www.gg-digital.de/2019/04/ein-weg-zu-job-und-gesundheit/index.html (Zugegriffen: 22. Jan. 2021).
- Arnold, Michael, Franziska Neumann, Ferdinand Pavel, und Katharina Weber. 2016. Schnelles Internet in ländlichen Räumen im internationalen Vergleich Hrsg. Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur BMVI. https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/ministerien/moro-praxis/2016/moro-praxis-5-16-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- BA, Bundesagentur für Arbeit. 2021a. Arbeitslosigkeit: Grundlage für die Arbeitslosenstatistik ist die Definition der Arbeitslosigkeit im Sozialgesetzbuch. *Statistik*. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Definitionen/Arbeitslosigkeit-Unterbeschaeftigung/Arbeitslosigkeit-Nav.html (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- BA, Bundesagentur für Arbeit. 2021b. Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung Die aktuellen Entwicklungen in Kürze Januar 2021. https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Fachstatistiken/Arbeitsuche-Arbeitslosigkeit-Unterbeschaeftigung/Aktuelle-Eckwerte-Nav.html (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- BA, Bundesagentur für Arbeit. 2015. Gebietsstruktur der Grundsicherungsträger SGB II. https://web.archive.org/web/20160213205749/http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Grundlagen/Regionale-Gliederungen/Gebietsstruktur-Traeger-Grundsicherung-Nav.html (Zugegriffen: 16. Feb. 2021).
- Backes, Herbert, und Christiane Lieb. 2014. Peer Education. https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strategien-handlungsansaetze-und-methoden/peer-education (Zugegriffen: 15. Feb. 2021)

Bauer, Susanne, Laura Geiger, René Niggemann, Jan Seidel, und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. MDS. 2020. Präventionsbericht 2020 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019 Hrsg. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. MDS und GKV-Spitzenverband GKV. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf (Zugegriffen: 4. Feb. 2021).

- Bautista, John Robert. 2015. From Solving a Health Problem to Achieving Quality of Life: Redefining eHealth Literacy. *Journal of Literacy and Technology* 16.
- Bersheim, Sabrina. 2020. Daten und Fakten: Arbeitslosigkeit
 Hrsg. Bundeszentrale für politische Bildung bpb.
 https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/305833/daten-und-fakten-arbeitslosigkeit (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- BfArM, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. 2021. DiGA-Verzeichnis. https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- Bitkom Research. 2019. Digital Health.
 https://www.bitkom.org/sites/default/files/2019-05/190508_bitkom-pressekonferenz_
 e-health_prasentation.pdf
 (Zugegriffen: 11. Feb. 2021).
- Bittlingmayer, Uwe H., Kevin Dadaczynski, Diana Sahrai, Stephan van den Broucke, und Orkan Okan. 2020. Digitale Gesundheitskompetenz Konzeptionelle Verortung, Erfassung und Förderung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 63: 176–184.
- Blümel, Stephan et al. 2018. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018. https://www.leitbegriffe.bzga.de/pdf.php?id=6e9e23e553948bf7151041a670347775 (Zugegriffen: 13. Jan. 2021)
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales. 2020. Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro. https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html (Zugegriffen: 15. Feb. 2021).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit. 2020. E-Health. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html (Zugegriffen: 1. März 2021).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit. 2019a. Prävention. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit. 2019b. Präventionsgesetz. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html (Zugegriffen: 4. Feb. 2021).
- BMVI, Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur. 2021. Breitbandatlas. https://www.bmvi.de/DE/Themen/Digitales/Breitbandausbau/Breitbandatlas-Karte/start.html (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- Bol, Nadine, Natali Helberger, und Julia C. M. Weert. 2018. Differences in mobile health app use: A source of new digital inequalities? *The Information Society* 34: 183–193.

Böning, Sarah-Lena, Remi Maier-Rigaud, und Simon Micken. 2019. Gefährdet die Nutzung von Gesundheits-Apps und Wearables die solidarische Krankenversicherung? Eine bevölkerungsrepräsentative Bestandsaufnahme der Solidaritätseinstellungen. http://library.fes.de/pdf-files/wiso/15883.pdf (Zugegriffen: 13. Feb. 2021).

- bpb, Bundeszentrale für politische Bildung. 2016. konjunkturelle Arbeitslosigkeit. https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-wirtschaft/19810/konjunkturelle-arbeitslosigkeit (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- Bukman, Andrea J et al. 2014. Perceptions on healthy eating, physical activity and lifestyle advice: opportunities for adapting lifestyle interventions to individuals with low socioeconomic status. *BMC Public Health* 14: 1036.
- BVPG, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 2019. Newsletter 12/2019: Gemeinsam Gesundheit fördern. https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=12945&nocache=1&druck=newsletter (Zugegriffen: 13. Feb. 2021).
- BVPG, Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. 2013. Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Prinzipien_guter_Praevention_und_Gesundheitsfoerderung.pdf (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- Cornejo Müller, Alejandro, Benjamin Wachtler, und Thomas Lampert. 2020. Digital Divide Soziale Unterschiede in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote.

 *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 63: 185–191.

 http://link.springer.com/10.1007/s00103-019-03081-y

 (Zugegriffen: 28. Feb. 2021)
- DESTATIS, Statistisches Bundesamt. 2021a. Arbeits-markt / Erwerbslosigkeit. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/ Erwerbslosigkeit/_inhalt.html (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- DESTATIS, Statistisches Bundesamt. 2021b. Internationale Arbeitsorganisation (ILO)-Arbeits-markt-statistik. *Erwerbstätigkeit*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Methoden/Erlaeuterungen/erlaeterungen-arbeitsmarktstatistik-ilo.html (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- DESTATIS, Statistisches Bundesamt. 2021c. Pressemeldung: November 2020: Erwerbstätigkeit sinkt leicht gegenüber dem Vormonat. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/01/PD21_003_132.html (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- DESTATIS, Statistisches Bundesamt. 2019. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis).
- DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund Bereich Arbeitsmarktpolitik, Hrsg. 2010.
 Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung.
 https://www.dgb.de/++co++625f4954-a925-11df-6fd9-00188b4dc422
 (Zugegriffen: 3. Dez. 2020).
- Dickersbach, Manfred et al. 2019. Arbeitslosigkeit und Gesundheit als kommunales Arbeitsfeld. Praktische Ansätze, Erfahrungen und Perspektiven aus der Stadt Essen. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2019_df/PQE_Essen_2019.pdf (Zugegriffen: 25. Feb. 2021).
- Dudenredaktion, Hrsg. 2020. Duden Die deutsche Rechtschreibung: Das umfassende Standardwerk auf der Grundlage der aktuellen amtlichen Regeln. 28. Aufl.

- EPatient Analytics. 2020. 10. EPatient Survey 2020 (Pressemeldung). https://www.epatient-analytics.com/aktuelles/epsrelaunch (Zugegriffen: 13. Feb. 2021).
- EY, Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. 2020. Digitale Services in der GKV: Personalisierung & Versorgungsrelevanz, EY Customer Insights Ergebnisse quantitative OnlineSurvey. https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/de_de/news/2020/08/ey-digitale-services-in-der-gkv.pdf (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- Franzkowiak, Peter. 2018. Präventionsparadox. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten* Strategien und Methoden. https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionsparadox-bevoelkerungs-und-hochrisikostrategie/ (Zugegriffen: 15. Feb. 2021)
- GBB, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2020a. Digitale Gesundheitsangebote. https://www.gesundheitbb.de/Gesundheitsangebote.2389.0.html (Zugegriffen: 15. Feb. 2021).
- GBB, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2020b. Digitale Gesundheitsangebote, Projektdokumentation (unveröffentlicht).
- GBB, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2020c. Modellprojekt "Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt". https://www.gesundheitbb.de/Arbeits-und-Gesundheitsfoerderung.2190.0.html (Zugegriffen: 15. Feb. 2021).
- GBB, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. 2019. Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung, Projektdokumentation (unveröffentlicht). Berlin.
- Gibbons, Michael C. 2005. A historical overview of health disparities and the potential of eHealth solutions. *Journal of Medical Internet Research* 7: e50.
- Gießelmann, Kathrin. 2018. Risikoklasse für Apps steigt. *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 115. https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=196980 (Zugegriffen: 13. Feb. 2021)
- Gilstad, Heidi. 2014. Toward a Comprehensive Model of eHealth Literacy. In E.A.A. Jaatun, E. Brooks, K.E. Berntsen, H. Gilstad, M. G. Jaatun (eds.): Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics. Trondheim Norway https://healthliteracycentre.eu/wp-content/uploads/2015/11/paper7.pdf (Zugegriffen: 19. Jan. 2021).
- Girtler, Roland. 2001. *Methoden der Feldforschung*. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag.
- GKV, GKV-Spitzenverband. 2020a. Arbeits- und Gesundheitsförderung systematisch verzahnen. *GKV-Bündnis für Gesundheit*. https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/arbeits-und-gesundheitsfoerderung/ (Zugegriffen: 5. Feb. 2021).
- GKV, GKV-Spitzenverband, Hrsg. 2020b. Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Pravention_2020_barrierefrei.pdf (Zugegriffen: 4. Feb. 2021).

GKV, GKV-Spitzenverband, Jelena Sörensen, Ina Barthelmes, und Jörg Marschall. 2018. Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Handlungsempfehlungen für die Praxis. https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Erreichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Praevention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf_VulnGruppen_BF.pdf (Zugegriffen: 9. Feb. 2021).

- Gläser, Jochen, und Grit Laudel. 2010. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- Grigoriev, Pavel, Rembrandt Scholz, und Vladimir Shkolnikov. 2019. Socioeconomic differences in mortality among 27 million economically active Germans: a cross-sectional analysis of the German Pension Fund data. *BMJ Open* 2019. https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/10/e028001.full.pdf (Zugegriffen: 22. Jan. 2021)
- Grimmeisen, Simone, und Ralf Rosenbrock. 2008. Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen. *Praktische Arbeitsmedizin* 2008: 33–36. https://bsafb.de/media/pa12_ansaetze_der_primaerpraevention_bei_arbeitslosen.pdf (Zugegriffen: 28. Feb. 2021)
- Grobe, Thomas G., und Friedrich Wilhelm Schwartz. 2003. *Themenheft 13 "Arbeitslosigkeit und Gesundheit*". Robert Koch-Institut https://edoc.rki.de/handle/176904/3162 (Zugegriffen: 22. Jan. 2021).
- Harring, Marius, Oliver Böhm-Kasper, Carsten Rohlfs, und Christian Palentien, Hrsg. 2010. Freundschaften, Cliquen und Jugendkulturen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. http://link.springer.com/10.1007/978-3-531-92315-4 (Zugegriffen: 1. Mär. 2021)
- HealthOn. 2021. Digital Health Blog. *Statistik*. https://www.healthon.de/healthon-statistiken (Zugegriffen: 11. Feb. 2021).
- Herden, Eileen, Anne Power, und Bert Provan. 2015. Is Welfare Reform Working?

 Impacts on working age tenants A study for SW HAILO CASEreport 90.

 http://eprints.lse.ac.uk/63384/1/__lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_CASE_CASEreports_CASEreport90.pdf
 (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- Herriger, Norbert. 2014. *Empowerment in der Sozialen Arbeit: eine Einführung*. 5., erweiterte und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hollederer, Alfons, und Manfred Wildner. 2019. Subjektive Gesundheit und Erwerbslosigkeit in Deutschland auf Basis der EU-SILC-Daten von 2005 bis 2014. *Das Gesundheitswesen* 81: 1082–1090. http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/a-0725-8164 (Zugegriffen: 22. Jan. 2021)
- Hradil, Stefan. 2012. Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde. *Grundbegriffe*. https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138437/grundbegriffe (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- Hradil, Stefan. 1987. *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, Stefan, und Jürgen Schiener. 2005. *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. 8. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jäckel, Michael. 2011. Medienwirkungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. http://link.springer.com/10.1007/978-3-531-93191-3 (Zugegriffen: 28. Feb. 2021)

Jahoda, Maria, Paul F. Lazarsfeld, und Hans Zeisel. 2012. Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. 27. Aufl.

- Jordan, Susanne, und Jens Hoebel. 2015. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 58: 942–950. http://link.springer.com/10.1007/978-3-531-93191-3 (Zugegriffen: 14. Jan. 2021)
- Kärtner, Joscha, Eva-Maria Schiller, und Pascal Rickert. 2018. Professionalisierung von Beratung im Kontext des SGB II Ein gemeinsames Forschungsprojekt des Münsteraner Beratungslabors und des Jobcenters der Stadt Münster. https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/psyifp/aekaertner/beratungslabor/professionalisierung_von_beratung_im_sgb_ii_ergebnisse_und_anregungen_f_r_die_praxis.pdf (Zugegriffen: 16. Feb. 2021).
- Kerchner, Günther et al. 2010. Denk-Sport-Spiel-Parcours Wulsdorf.
 Über Bewohnerbeteiligung zu einer generationsübergreifenden Freiraumgestaltung.
 https://www.plan-werkstadt.de/PDF-Dateien/Broschuere_Denk-Sport-Spiel-Parcours_Bremerhaven.PDF (Zugegriffen: 6. Feb. 2021).
- KGC, Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. 2017. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9 (Zugegriffen: 6. Feb. 2021).
- Klärner, Andreas, und André Knabe. 2016. Soziale Netzwerke als Ressource für den Umgang mit Langzeitarbeitslosigkeit. https://www.wsi.de/data/wsimit_2016_05_klaerner.pdf (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- Kliche, T., und G. Kröger. 2008. Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. *Das Gesundheitswesen* 70: 715–720.
- Kolpatzik, K, M Mohrmann, und H Zeeb, Hrsg. 2020. Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/studienbericht_digitale_gk_web.pdf (Zugegriffen: 4. Feb. 2021).
- Kreckel, Reinhard. 2004. *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. 3., überarb. und erw. Aufl. Frankfurt/Main; New York: Campus.
- Krisam, Mathias, und Mona Maier. 2020. AEIOU Das Modell für einfache und effektive Verhaltensänderung in Gesundheitsförderung & Prävention. https://www.laeuft.eu/wp-content/uploads/2020/06/AEIOU_Modell_läuft_GmBH.pdf (Zugegriffen: 16. Feb. 2021).
- Krisam, Mathias, und Mona Maier. 2019. Deutsche sind bereit für Gesundheits-Nudges Ergebnisse des Online-Surveys von "läuft". https://www.laeuft.eu/wp-content/uploads/2019/10/l%C3%A4uft_Deutsche-sindbereit-f%C3%BCr-Gesundheits-Nudges.pdf (Zugegriffen: 16. Feb. 2021).
- Kroll, Lars Eric, Stephan Müters, und Thomas Lampert. 2016. Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz 59: 228–237. https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00103-015-2282-7 (Zugegriffen: 28. Feb. 2021)
- Lampert, Thomas, Benjamin Kuntz, Jens Hoebel, Stephan Müters, und Lars Eric Kroll. 2018. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. https://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/gesundheit-und-soziale-sicherung/278407/arbeitslosigkeit-und-gesundheit (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).

Marr, Mirko, und Nicole Zillen. 2010. Digitale Spaltung. In *Handbuch Online-Kommunikation*, 257–282. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- McKinsey & Company. 2020. eHealth Monitor 2020. Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung Status quo und Perspektiven. https://www.mckinsey.de/~/media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20e ast/deutschland/news/presse/2020/2020-11-12%20ehealth%20monitor/ehealth%20monitor%202020.pdf (Zugegriffen: 11. Feb. 2021).
- Meier, Stefan. 2018. Beteiligung und Aktivierung mit digitalen Medien. Studienbrief. Master-Studiengang "Digitalisierung und Sozialstrukturwandel". Hochschule Neubrandenburg (unveröffentlicht)
- Müller-Gesser, Ralph. 2019. Jobcenter: Gesundheit für Arbeitslose. https://www.apotheken-umschau.de/Gesundheit/Jobcenter-Gesundheit-fuer-Arbeitslose-556403.html (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- N.N. 2020. Teilnehmerfeedback zum digitalen Gesundheitsangebot: "Gelassen zu Hause sein" (unveröffentlicht).
- Oschmiansky, Frank. 2020. Arten der Arbeitslosigkeit Hrsg. Bundeszentrale für politische Bildung bpb. https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/305618/arten-der-arbeitslosigkeit (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- Promberger, MArkus. 2008. Arbeit, Arbeitslosigkeit und soziale Integration. https://www.bpb.de/apuz/30941/arbeit-arbeitslosigkeit-und-soziale-integration (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- Quenzel, Gudrun, und Doris Schaeffer. 2016. *Health Literacy Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*. Bielefeld: Universität-Bielefeld https://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen/QuenzelSchaeffer_Gesundheitskompetenz VulnerablerGruppen_Ergebnisbericht_2016.pdf (Zugegriffen: 17. Jan. 2021).
- Röbenack, Silke. 2020. Der lange Weg zur Einheit Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Ost- und Westdeutschland. https://www.bpb.de/geschichte/deutsche-einheit/langewege-der-deutschen-einheit/47242/arbeitslosigkeit (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- Sannemann, Wiebke. 2017. Grundlagen der Partizipativen Qualitätsentwicklung. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/mitarbeiter/sannemann_partizipative_qualitaetsentwicklung_31-05-2017.pdf (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- Schaeffer, Doris, Eva-Maria Berens, und Dominique Vogt. 2017. Health Literacy in the German Population: Results of a Representative Survey. *Deutsches Aerzteblatt Online*. https://www.aerzteblatt.de/archiv/185753/Gesundheitskompetenz-der-Bevoelkerung-in-Deutschland (Zugegriffen: 14. Jan. 2021)
- Schaeffer, Doris, Klaus Hurrelmann, Ullrich Bauer, und Kai Kolpatzig, Hrsg. 2018. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/7775446063/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf?t=1581875179 (Zugegriffen: 17. Jan. 2021).
- Schaeffer, Doris, Dominique Vogt, Eva-Maria Berens, und Klaus Hurrelmann. 2016. *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. https://pub.uni-bielefeld.de/2908111 (Zugegriffen: 17. Jan. 2021)
- Scherenberg, Vivian, und Ursula Kramer. 2013. Digitale Prävention Über Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps. https://www.healthon.de/sites/default/files/wp-content/uploads/2013/09/Digitale_Praevention_Mabuse_Verlag_2013.pdf (Zugegriffen: 11. Feb. 2021).

Schubert, Michael. 2010. "Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung: Wer bekommt sie, wer nicht? - Strukturen und Prozesse des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen". Dissertation für das Fachgebiet Gesundheits-und Pflegewissenschaften, Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg http://docplayer.org/storage/38/17879546/1614535581/G1l-wwalc8OiRgGsZduktQ/17879546.pdf (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).

- Schwermer, Lisa. 2014. Arbeitslosigkeit und Gesundheit Projekt einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung für die Stadt Essen (ID-Nr.: 243017). https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/arbeitslosigkeit_und_gesundheit_projektbeschreibung.pdf (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- Seeger, Peter. 2008. *Digitaler Medienalltag und soziale Differenzierung. Zur Aktualität der Digital-Divide-These.* Hochschule Darmstadt https://oj.mediencampus.h-da.de/wp-content/uploads/sites/34/2016/05/seeger_digital-divide.pdf (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- Seyda, Susanne. 2019. Wie die Digitalisierung genutzt werden kann, um Geringqualifizierte weiterzubilden. Handlungsempfehlung an Individuen, Unternehmen und Bildungsanbieter sowie die Bundesagentur für Arbeit. https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/policy_papers/PDF/2019/IW-Policy-Paper_2019_Digitalisierung_Geringqualifizierte.pdf (Zugegriffen: 5. Feb. 2021).
- Skutta, Sabine, und Joß Steinke, Hrsg. 2019. Digitalisierung und Teilhabe: Mitmachen, mitdenken, mitgestalten!: Sonderband der Zeitschriften Blätter der Wohlfahrtspflege und Sozialwirtschaft. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos.
- Sörensen, Jelena, Ina Barthelmes, Jörg Marschall, und IGES Institut GmbH. 2018. Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Ein Scoping Review. Berlin: GKV-Bündnis im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Scoping-Review_Vulnerable-Gruppen_IGES_2019.pdf (Zugegriffen: 15. Feb. 2021).
- Sørensen, Kristine et al. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25: 1053–1058.
- Staiger, Tobias, Tamara Waldmann, Nicolas Rüsch, und Silvia Krumm. 2017. Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 17: 39. http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-1997-6 (Zugegriffen: 17. Jan. 2021)
- Stark, Wolfgang. 1996. *Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Statista. 2020. Nutzerentwicklung bei Wearables und Fitness-Apps bis 2024. *Pharma & Gesundheit / Medizintechnik*. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046996/umfrage/marktentwicklung-von-wearables-und-fitness-apps-in-deutschland/(Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- Steffens, Tomas, und Elena Weber. 2018. Gesundheit und Teilhabe von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit Diakonische Anforderungen Hrsg. Diakonie Deutschland. https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Diakonie-Texte_PDF/04_2018__Langzeitarbeitslosigkeit_Web.pdf (Zugegriffen: 25. Feb. 2021).

- Streiber, Franziska. 2019. EX-IN Mecklenburg-Vorpommern e.V. *Psychiatriewegweiser Sozialpsychiatrie MV*. https://www.psychiatriewegweiser.sozialpsychiatrie-mv.de/ex-in-m-v-e-v/ (Zugegriffen: 6. Feb. 2021).
- Strotbaum, Veronika. 2018. Gesundheitskompetenz im digitalen Zeitalter. *Medienproduktion. Online-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* Digitale Gesundheit. https://zs.thulb.uni-jena.de/servlets/MCRFileNodeServlet/jportal_derivate_00266525/MP_OZWP_2193-7699_2018-12.pdf (Zugegriffen: 17. Jan. 2021)
- TB, Team beneFIT e.K. 2020. Persönliche Gesundheit. *Wertschöpfgung durch Gesundheit*. https://team-benefit.de/persoenliche-gesundheit/ (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- Thiel, Rainer et al. 2018. SmartHealthSystems International comparison of digital strategies. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Studie_EN.pdf (Zugegriffen: 11. Feb. 2021).
- TK, Die Techniker Krankenkasse. 2021. Gesund-heits-kurs-suche. Online-Services für TK-Versicherte. https://www.tk.de/service/app/2009028/gesundheitskurs/einstieg.app (Zugegriffen: 14. Feb. 2021).
- TK, Die Techniker Krankenkasse. 2018. Homo Digivitalis.

 TK-Studie zur Digitalen Gesundheitskompetenz 2018.

 https://www.tk.de/resource/blob/2040318/a5b86c402575d49f9b26d10458d47a60/studie-tk-studie-homo-digivitalis-2018-data.pdf (Zugegriffen: 28. Feb. 2021).
- Weyers, Simone et al. 2007. Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50: 484–491. http://link.springer.com/10.1007/s00103-007-0192-z (Zugegriffen: 14. Jan. 2021)
- WHO, Hrsg. 1978. Erklärung von Alma-Ata. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- WHO, Hrsg. 1986. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/ Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- Wotha, Brigitte, und Nina Dembrowski. 2017. Leitfaden qualitative Interviews. https://www.ostfalia.de/cms/de/k/.content/documents/Pruefungsformulare/Leitfaden-fuer-qualitative-Interviews-Bereich-Tourismus-Stadt-Regionalmanagement.pdf (Zugegriffen: 13. Jan. 2021).
- Wright, Michael T. 2014. Partizipation in der Gesundheitsförderung. https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/fachthemen/gesundheit/partizipation-in-der/wright_partizipation.pdf?d=a (Zugegriffen: 6. Feb. 2021).
- Wright, Michael T., Hrsg. 2010. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Aufl. Bern: Huber.

Anhang 97

Anhang

Leitfragen für das Experteninterview

1. Haben Sie schon einmal an einem Online-Gesundheitsangebot teilgenommen? Was für ein Angebot war es? Was hat Ihnen am besten gefallen? Was hat Ihnen gar nicht gefallen?

- 2. Angenommen, Sie werden um Mithilfe gebeten, ein Online-Angebot zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden inhaltlich vorzubereiten welche Themen würden Sie dafür empfehlen?
- 3. Welche Angebote für Ihre Gesundheit würden Ihnen als Unterstützung im Alltag wirklich helfen?
- 4. Was könnten Sie dazu bewegen, sich ein digitales Angebot anzuschauen?
- 5. Welches Thema würde Sie als Teilnehmer interessieren, damit Sie sich wirklich einloggen?
- 6. Wie lange sollte ein Online Angebot maximal dauern?
- 7. Wie müsste das Angebot sein, damit Sie es wieder nutzen?
- 8. Wie können technisch Sie am leichtesten in einen digitalen Gesundheitskurs gelangen?
- 9. Können Sie sich vorstellen, dass ein digitaler Gesundheitskurs Ihre Gesundheit direkt positiv beeinflussen kann?

Anhang 98

Expertenfragebogen

Expertenfragebogen



Modellprojekt "Verzahnung Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt":

Digitale Angebote für arbeitslose Menschen im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Um die digitalen Angebote für arbeitslose Menschen in unserem Projekt weiter zu professionalisieren, haben wir die Erfahrungen aus den letzten digitalen Kursen um neue, konzeptionelle Überlegungen erweitert. Der vorliegende Fragebogen beschäftigt sich mit Zugang, Format und Methodik der Angebote.

Bitte priorisieren Sie die Antwortvorschläge der einzelnen Fragen aus Ihrer Perspektive. Unter "sonstiges" ist Platz für Ihre eigenen Vorstellungen und Ideen, denen Sie ebenfalls gern einen Platz in der Wertungsreihenfolge geben können.

Ihre Antworten und Expertise finden neben dem Feedback der Teilnehmenden Eingang in die weitere Planung und Ausgestaltung der digitalen Angebote für arbeitslose Menschen im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Frage 1:

Welche Werbestrategien halten Sie für die effektivste, um arbeitslose Menschen auf das Thema Gesundheitsförderung aufmerksam zu machen?	Priorität wichtig = 1, unwichtig = 4
persönliche Empfehlung durch Person beim Träger, Jobcenter oder Freundeskreis	
persönliche Einladung per Post oder Mail	
Werbung in Social Media	
sonstiges:	

Frage 2:

Was denken Sie, könnte den Teilnehmenden vor dem ersten Kurstermin besonders helfen, sich an das Online-Format zu gewöhnen und den Kurs zu besuchen?	Priorität wichtig = 1, unwichtig = 5
Abfrage der Bedarfe und Vorstellungen der potenziellen Nutzenden	
persönlicher Kontakt zwischen Trainer/in mit den Teilnehmenden vor dem Kurs	
allgemeine Einführung, in Benutzung und Technik des/der Online-Tools	
andere, bereits bekannte Teilnehmende (z.B. aus einer Gruppe beim Maßnahmeträger) machen mit	
sonstiges:	

Frage 3:

Was könnte Ihrer Meinung nach den Teilnehmenden helfen, um aus dem Kurs die wichtigsten Intentionen für sich mitzunehmen?	
möglichst einfache und klare Formulierung, worum es in dem Kurs geht	
unterhaltsame Moderation und methodische Abwechslung	
persönliche Ansprache und Face-to-Face-Kontakt	
nachvollziehbare und kurze Übungen	
Austauschgespräch mit der Gruppe	
Angebot eines persönlichen Coachings bis zum nächsten Kurs	
möglichst viele praktische Beispiele	
einfache Sprache (ohne Fachbegriffe)	
kurzes Feedback bevor der Kurs endet	
sonstiges:	

Anhang 99

Expertenfragebogen



Frage 4:

Welche Themen könnten aus Ihrer Sicht für arbeitslose Menschen interessant und wichtig sein?	Priorität wichtig = 1, unwichtig = 7
Bewegung, die Spaß macht	
Kochen und gesund essen (auch für die Familie)	
sich entspannen (lernen), um stressige Situationen besser zu überstehen	
mit Achtsamkeit und Selbstfürsorge für sich und andere da sein	
weniger Rauchen und zukünftig gesünder sein	
sich sicher im Netz bewegen	
sonstiges:	

Frage 5:

Wie kann es Ihrer Meinung nach gelingen, eine aktive Mitgestaltung der Kurse durch die Teilnehmenden zu erreichen?	Priorität wichtig = 1, unwichtig = 6
Teilnehmende können bereits vor dem Kurs die Themen mit dem/r Trainer/in besprechen	
Teilnehmende füllen im Vorfeld einen Fragebogen zu ihren Beschwerden und Bedarfen aus	
Teilnehmende erhalten zwischen den Kursen ein kurzes persönliches Coaching	
Trainer/innen sprechen die Teilnehmenden während des Kurses direkt an	
Methodik im Kurs lässt Zwischenfeedbacks und Austauschrunden zu	
sonstiges:	

Frage 6:

Was könnte hilfreich sein, um die Teilnehmenden für einen nächsten Kurs zu motivieren?	Priorität wichtig = 1, unwichtig = 7
Trainer/in verabredet sich mit Teilnehmenden zu einem persönlichen Feedbackgespräch	
Themen und Übungen sowie Wünsche der Teilnehmende werden noch im laufenden Kurs für den nächsten Termin besprochen	
Teilnehmende erhalten eine kleine "Hausaufgabe"	
Trainer/in hält nach dem Kurs Kontakt mit Begleiter/in der Maßnahme und vereinbart einen neuen Termin	
Teilnehmende erhalten ein Offline-Video (Aufnahme) des Kurses, um die Übungen wiederholen zu können	
sonstiges:	

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung
anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt
oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Berlin, 03.03.2021	
	Antje Peters-Schulz