

„Im Leben der Menschen eine Rolle spielen.“ Oder: Wen erreicht digitale Gesundheitsförderung?

Nichts fördert Gesundheit so nachhaltig wie die Kompetenz, das eigene Leben selbstbestimmt führen zu können. Reine Information reicht dafür nicht aus. Das Konzept der Salutogenese (Faltermaier 2020) verweist auf ein Gefühl der „Kohärenz“, das Menschen brauchen, um sich „gesund“ zu verhalten; also ein grundsätzliches Vertrauen, dass schwierige Situationen handhabbar sind – und es sich lohnt, darauf hinzuarbeiten.

Wie können Sozialarbeiter*innen diese Erkenntnisse in den digitalen Raum übertragen? Ist das sinnvoll – oder birgt es auch Gefahren? Was müssen wir als Profession über digitale Gesundheitsförderung wissen, wofür setzen wir uns ein – und was brauchen wir selbst, um Gesundheit besser digital zu kommunizieren?

Prof.in Dr.in Viviane Scherenberg ist ernüchert. Gerade hat die Dekanin für Public Health und Umweltgesundheit an der APOLLON Hochschule in Bremen sich alle Online- und YouTube-Portale der gesetzlichen Krankenkassen durchgeschaut. Und festgestellt: Die meisten Angebote sind auf Deutsch. Ausländische Mitbürger*innen, die nachweislich eine geringere Gesundheitskompetenz haben, werden so nicht erreicht. „Das Phänomen, dass präventive Interventionen die eigentliche Zielgruppe verfehlen, bezeichnen wir in der Wissenschaft auch als Präventionsdilemma“, sagt sie.

Menschen aus sozioökonomisch besser gestellten Schichten sind nicht nur statistisch gesehen gesünder, sondern haben auch mehr finanzielle oder zeitliche Ressourcen, um sich gesundheitsbewusst zu verhalten (Baillargeon 2001). Profitieren nur bestimmte Gruppen von präventiven



Foto: Christina Sankko

Eigene Rezepte vorkochen und online teilen – bei Frauengesundheit in Tenerver

Angeboten, spricht man vom Healthy-User-Effekt. „Da beißt sich die Katze in den Schwanz“, findet Dr.in Viviane Scherenberg. Ähnliches entdeckt sie in der Bildwelt und Ansprache von digitalen Gesundheitsangeboten kommerzieller Anbieter: „Da sitzt die superschlanke Zwanzigjährige vor dem

iPad und macht Yoga.“ Nicht unrealistisch, denn genau diese zahlungskräftige Zielgruppe soll sich angesprochen fühlen. Doch um echte Präventionseffekte zu erzielen, müssen hier eigentlich die Menschen motiviert werden, die bislang keinen guten Gesundheitszustand haben – weil sie zum Beispiel übergewichtig sind, rauchen oder denen einfach das Geld oder die Zeit fehlt, um entspannt Selbstfürsorge betreiben zu können.

„Es ist mir wichtig, meine Studierenden dafür zu sensibilisieren, die Zielgruppen selbst einzubinden, wenn präventive Angebote entwickelt werden – und zwar besonders diejenigen, die migriert sind, in Armut leben oder durch ihre soziale Herkunft weniger Ressourcen haben, um sich Gesundheitskompetenzen selbst zu erschließen“, sagt Prof.in Dr.in Viviane Scherenberg. Doch es ist eine Sache, wenn Studierende intrinsisch hoch motiviert an einem Gruppenprojekt arbeiten – und etwas völlig anderes, wenn sie später als Arbeitnehmer*innen mit der harten Realität konfrontiert sind. Da geht es um Geschäftsmodelle, die wirtschaftlich interessant sind. „Für zielgerichtete, sozial gerechte Präventionsinterventionen brauchen wir eigentlich einen kompletten gesellschaftlichen Wandel“, denkt Viviane Scherenberg.

Sind es Gesundheits-Apps, die fehlen? Partizipationsprojekte, um sie gemeinsam mit den Zielgruppen zu entwickeln? Geht es darum, in der Flut an Informationen besser unterscheiden zu helfen, was richtig und hilfreich oder falsch und schädlich ist? Oder mit digitalem Streetwork Zielgruppen zu erreichen, die sich ihrer Probleme gar nicht bewusst sind und die kostenlose Beratungsangebote nicht nutzen, weil sie sie nicht kennen?

Vermutlich eine Mischung aus allem. Das zeigt die Arbeit von Minor, einem Träger der politischen Bildung aus Berlin. Menschen aus unterschiedlichen Ländern arbeiten hier interdisziplinär daran, Teilhabe, Partizipation und demokratische Kultur zu gestalten. Viele Projekte streifen auch die Gesundheitsförderung. So haben im Projekt „Digital Active Women“ Frauen, die nach Deutschland eingewandert sind, als Co-Forscherinnen die Websites und Social-Media-Auftritte von 17 Kommunen und sozialen Organisationen begutachtet, die unter anderem erste Kontakte ins Gesundheitssystem vermitteln, zu Verhütung und



Foto: Christina Senke

Zusammen pflanzen und ernten: Austausch und Lernen finden in Tenever offline statt.

Familienplanung beraten oder sich gegen Genitalverstümmelung engagieren. Das Feedback der Co-Forscherinnen fließt in die Projekte zurück.

„Für manche Auftraggeber*innen war es das erste Mal, dass sie ihre Web-Auftritte überhaupt mit den Augen der Zielgruppe betrachteten“, sagt Ildikó Pallmann, die das Projekt koordiniert. Da ging es erst mal um ganz grundlegende Dinge: Viele der Websites sind nach der inneren Logik der Organisationen aufgebaut, statt primär auf Fragen zu antworten, die sich Besucher*innen stellen: „Worum geht’s? Was bringt mir das? Wo kann ich mich melden?“ Es gibt oft viele tolle Infos; doch es fehlen kurze Teaser und Zusammenfassungen, um schnell zu erfassen, worum es auf der Seite geht. Die Inhalte sind ausführlich, oft in Fachsprache, also für Nicht-Muttersprachler*innen schwer zu verstehen – und wenn es Übersetzungen gibt, sind sie oft unvollständig. Häufig ist die Zielgruppe nicht klar definiert: Richtet die Website sich an Adressat*innen, Fachleute oder Geldgeber*innen? Selten wird mit multimedialen Elementen wie Erklärvideos gearbeitet. „Dabei kann man die heute sehr einfach und günstig selbst erstellen“, findet Ildikó Pallmann. Die Co-Forscherinnen sagen: „Es gibt in Deutschland tolle Beratungsangebote, ihre Webseiten sind für neu eingewanderte Menschen aber

leider oft nicht einfach zu verstehen.“ Durch das konstruktive Feedback erlebten die Anbieter*innen viele Aha-Momente. Und die Feedback-Geberinnen wurden im Lauf des Projektes immer selbstbewusster, weil sie spürten: Meine Kritik ist willkommen!

Viele neu nach Deutschland eingewanderte Menschen sind in Sozialen Netzwerken aktiv; das zeigen Untersuchungen und Erfahrungen von Minor. Die Facebook-Seiten der untersuchten Organisationen spiegeln das aber größtenteils nicht wider. Viele sind nur rudimentär gepflegt, laufen im Arbeitsalltag nebenher, ohne dass wirklich Ressourcen hineinfließen. „So erreicht man kaum jemanden damit und könnte es eigentlich auch bleiben lassen“, urteilten die Co-Forscherinnen. Eigentlich müsste man Soziale Netzwerke so nutzen wie in anderen Projekten bei Minor: Berater*innen – die Arabisch, Ukrainisch oder Polnisch sprechen – gehen gezielt in bestimmte Facebook-, Signal- oder Telegram-Gruppen und suchen nach Fragen und Beratungsthemen. Über die Kommentarfunktion kommen sie ins Gespräch, beantworten Fragen, korrigieren Falschinformationen und verweisen,

wenn möglich, an passende Beratungsangebote vor Ort. In einem Projekt werden Migrant*innen-Selbstorganisationen geschult, wie sie soziale Medien besser nutzen können, um ihre Zielgruppe zu erreichen, und dafür mit Mitgliedern verschiedener Social-Media-Communities zusammengebracht.

Aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht braucht digitale Gesundheitsförderung einen Paradigmenwechsel: weg vom Sender-Empfänger-Modell hin zum gezielten Social-Media-Einsatz. „Perspektivisch werden sich die Handlungsfelder von Informationsanbietern um die Komponenten *Zuhören* und *Befähigen* erweitern“, prognostizierte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in einem Artikel vor drei Jahren (Ludwigs und Nöcker 2020). Die Relevanz von reinen Gesundheitsinformationen erscheine relativiert; um Verhaltensänderungen auszulösen, brauche es künftig andere Impulse, schreiben die Autoren. Die eigentliche Aufgabe sei, im

Eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung wird es künftig sein, Austausch zu initiieren, sich an öffentlichen Diskussionen zu beteiligen und bestehende Communities zu stärken, schreiben die Autor*innen der BZgA. Dazu gehört auch, Blogger*innen oder Initiativen zu empowern, die gesunde Lebensweisen unterstützen. Aber passiert das schon – und wo? Studien gibt es dazu nicht. Aber Erfahrungen:

Dr. Alexandra Widmer ist Oberärztin für Neurologie und Psychotherapie in Hamburg. 2017 gewann sie den EMOTION.award für soziale Werte für ihr Projekt

Foto: Theodor Heuss Stiftung



Oben: Dominik Bloh bei einer Lesung,
links: Dr. Vivane Scherenberg

Foto: APOLLON Hochschule



Leben der Menschen „eine Rolle zu spielen“. Nur dann tun Social-Media-User*innen, was die Algorithmen wollen: durch Klicken, Liken und Teilen Interesse bekunden, Haltung zeigen, die eigene Meinungen sagen. Und wer so seine Erfahrungen mit anderen abgleicht, kann dabei Gesundheitskompetenz vertiefen.

„Stark und alleinerziehend“ – ein Blog, aus dem ein Buch wurde, einen Podcast gibt es dazu auch. „Nur wenn es dir selbst gut geht, geht es deinem Kind gut“, lautete die Botschaft. In ihren Beiträgen geht es um Stressverarbeitung, Burnout-Prävention, Resilienz, den Umgang mit Gefühlen, guten Schlaf oder Achtsamkeit. Alleinerziehend ist Alexandra Widmer schon lange nicht mehr, sie lebt in einer Patchwork-Familie. Doch dass sie es war, erklärt wohl einen Teil ihres damaligen Erfolgs: Sie hatte genau dieselben Situationen durchlebt wie andere Alleinerziehende und konnte empathisch darüber sprechen. In kurzer Zeit entstand eine Followerschaft von

über zehntausend Menschen auf Facebook, die junge Ärztin wurde für viele zur positiven Identifikationsfigur. „Ich habe Alleinerziehende aus allen Bildungsschichten erreicht“, sagt Alexandra Widmer heute. „Viele trauten sich zum ersten Mal, offen darüber zu sprechen, dass sie alleinerziehend sind – und welche psychischen und gesundheitlichen Belastungen damit einhergehen.“

Foto: Christina Sankó

Foto: RTL



Oben: Frauengesundheit in Tenever,
Mitte: Christine Finke zu Gast in der RTL-Sendung „stern TV“ bei Moderator Steffen Hallaschka,
rechts: Dr. Juliane Wahren

Über ihr öffentliches Engagement kam sie in Kontakt mit Verbänden und Organisationen, die sie als Rednerin einluden. Das hat Alexandra Widmer mit anderen alleinerziehenden Blogger*innen und Journalist*innen gemeinsam wie Christine Finke („Mama arbeitet“), Sarah Zöllner („Mutter und Sohn Blog“), Silke Wildner („Gut alleinerziehend“), Jochen König oder der gemeinsamen Onlineplattform „Solo-Mütter“, die auch Fragen der Gesundheit unweigerlich immer wieder thematisieren, weil Krankheit – egal ob die des Kindes oder die eigene – ihr Leben unmittelbarer aus den Fugen werfen kann, als es bei Paarfamilien der



Foto: Screenshot

Fall ist. Ähnliches kennt auch Marc Hasselbach, der als Suchterfahrener und digitaler Sozialarbeiter den Podcast „Sucht und Ordnung“ betreibt. Er hat als eine Art Botschafter so viele Einladungen zu öffentlichen „Drug Talks“ bekommen, dass er irgendwann sagte: „Ich würde gern mal wieder über was anderes sprechen.“ Im Projekt #Neu in Berlin-Mitte erleichterte eine syrische Ärztin als Influencerin und Community Leader anderen eingewanderten Frauen unter anderem den Weg ins öffentliche Gesundheitswesen



Foto: Freepik

10 Ideen, wie Sozialarbeiter*innen im digitalen Raum Gesundheit und Selbstwirksamkeit stärken

- Die Möglichkeit bieten, Erfolge zu dokumentieren und zu teilen
- Webauftritte von Zielgruppen begutachten lassen
- Aufsuchend in Sozialen Netzwerken arbeiten, durch Kommentarfunktion auf Offline-Hilfen wie kostenlose Beratung hinweisen
- Gesundheitsinformationen (sensibel) einordnen und kommentieren
- Gesundheitskompetenzen vermitteln und die Selbstfürsorge steigern
- Zielgruppenvertreter*innen zu digitalem Streetwork ausbilden
- Mit Multiplikatorinnen aus den Lebenswelten online Erfahrungsaustausch anregen
- Auf Influencer*innen zugehen, um durch Meinung und Haltung Relevanz zu schaffen
- Online-Portale und Apps mit den Zielgruppen entwickeln
- (Digitale) Gesundheitsfreundschaften vermitteln

und zu Beratungsstellen. Und auch der frühere Straßenjüngliche Dominik Bloh wurde als Buchautor von vielen sozialen Organisationen zu Lesungen eingeladen. Er hat in Hamburg die Initiative „GoBanyo“ mitgegründet: Ein umgebauter Linienbus ermöglicht es Menschen ohne festen Wohnsitz, kostenlos zu duschen. Dominik Bloh schreibt über seine Erfahrungen im Blog auf www.gobanyo.org.

Das Projekt „Digital Empowerment – Neue Wege in der Gesundheitsförderung mit alleinerziehenden Frauen“ der Organisation Frauengesundheit in Tenerer geht einen ähnlichen Weg, aber mit anderen Rollen: Hier gehen Medienpädagog*innen nicht auf Schlüsselpersonen zu, die schon eine Botschaft und digitale Reichweite haben –

sondern sie versuchen, im Bremer Stadtteil Tenerer Multiplikatorinnen für gesunde Ernährung zu gewinnen, sie in ihrer Medienkompetenz zu schulen und so eine Community zu initiieren, die sich online wie offline mit gesundheitsrelevanten Informationen auseinandersetzt. Herzstück des Projekts ist ein Blog, in dem Frauen zusammen mit dem Projektteam gesunde Rezepte vorkochen und in Videos und Blogbeiträgen präsentieren: FouFou mit Erdnusssoße, Hirsesuppe, Walnussbrot. Ernährungsexpertinnen kommentieren die Zusammensetzung und Inhaltsstoffe der Rezepte.

Viele Frauen sind stolz darauf, ein Rezept online zu zeigen. Manche zeigen aber nicht gern ihre Gesichter und wollen meist auch nicht namentlich genannt werden. Das ist ein großer Unterschied zu echten Influencer*innen, die die Online-Communitys durch ihre Persönlichkeiten – oder über das menschliche Interesse an anderen Menschen – am Laufen halten. Stattdessen braucht es in Bremen-Tenever ein dauerhaftes Engagement des Projektteams, das immer wieder auf neue Frauen zugeht und fragt: „Willst du nicht auch mal ein Rezept präsentieren?“ Einen Blog mit aktiven Social-Media-Kanälen aufzubauen, ist „auf jeden Fall kein Selbstläufer“, wie die Medienpädagogin Dr. Christina Sanko sagt. Auch Praktikantinnen fangen das mit ihrer Arbeitszeit immer wieder auf. Die Frauen bekommen für das Erstellen von Rezept-Posts und Videos vom Verein eine Aufwandsentschädigung, denn: „Wir wollen nicht zum Prekariat beitragen, indem wir unbezahlte Arbeit von kinderreichen Familien oder Alleinerziehenden fördern.“ So oder so wirkt das Bloggen und Posten von

Gesundheitsthemen aber auch nur deshalb nachhaltig, weil die Frauen sich auch offline treffen, zusammen frühstücken, Sport machen, zusammen gärtnern oder sich in Gesprächsrunden vertiefen: Wie gut ist Dr. Google? Was tun, wenn der Blutdruck steigt? Welche gesunden Rezepte schmecken Kindern – und was tun, wenn's morgens schnell gehen muss?

In Bremen zeigt sich, wie wichtig über Jahrzehnte gewachsene Strukturen mit verschiedenen Kooperationspartnern für Gesundheitsförderungsprojekte sind. Aufsuchende Arbeit, psychosoziale Beratung und medienpädagogische Angebote „im Tun“ verbinden sich zu einem großen Ganzen, das die Selbstwirksamkeit von Frauen stärkt und typischen Stressfaktoren von Familien entgegenwirkt. „Wie melde ich mein Kind über die Onlineplattform der Kommune für einen Kitaplatz an?“ Allein das ist eine digitale Kompetenz, die Menschen brauchen, um überhaupt Zeit für Selbstsorge zu haben.

Digitale Medien können das Miteinander zwar fördern, aber nicht initiieren. Es braucht jemanden, der die Gemeinschaft im Blick behält. Der Austausch mit anderen, die Ähnliches erlebt haben, die helfen und solidarisch sind, ist ein wichtiger Schlüssel zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Und zu ihrer gesundheitsbezogenen Selbstwirksamkeit. Das muss digitale Gesundheitsförderung beachten; gerade wenn es um Adressat*innen Sozialer Arbeit geht.

Selbstwirksamkeit beruht auf positiv bestätigten Erfolgserfahrungen. Darauf setzen Apps, die zum Beispiel die Rauchentwöhnung begleiten, Fitnessleistungen verbessern oder psychoedukative Einheiten und Übungen bei psychischen Erkrankungen wie Depression bieten. Oft gibt es „Gamification“-Elemente wie Abzeichen, oder Rankings, die den Abgleich mit anderen ermöglichen. Dahinter steht oft auch ein Community-Gedanke. Doch selbst wenn man sich über Chat-Gruppen und Foren in solchen Apps mit anderen Usern austauschen kann, bleiben die oft unangenehm leer. Es braucht immer noch Menschen, um Gespräche zu beginnen.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg sieht Gesundheits-Apps noch aus anderen Gründen kritisch: „Gerade kommerzielle Angebote sind oft darauf ausgerichtet, dauerhaft genutzt zu werden, zum Beispiel durch Abo-Modelle. Doch wenn es darum ginge, systematisch Gesundheitskompetenzen im Sinne der Befähigung und Selbstfürsorge zu vermitteln, müssten sich die Apps langfristig überflüssig machen.“ Spielerische Elemente verlören zudem durch Gewöhnung schnell wieder ihren Reiz. Und diejenigen, die nicht fit genug sind, um in den Rankings nach oben zu steigen, werden eher abgeschreckt und demotiviert. Positiv sei, dass eine Generation älter werde, die mit digitalen Lösungen groß geworden ist. Damit steige die Akzeptanz für digitale Prävention. Ihre Empfehlung für Sozialarbeiter*innen, die mit digitalen Hilfen Gesundheit fördern wollen: Nachbarschafts-Apps nutzen! Denn solche Apps könnten Interventionen ermöglichen, die auf Verhaltens- UND Verhältnisprävention abzielen. „Sie ermöglichen den direkten Austausch im eigenen



Die MOKLI-App zeigt Schlafplätze, mobile Duschen oder medizinische Versorgung in der Nähe

Lebensraum, können Online- und Offline-Welten miteinander sinnvoll verbinden und so die soziale, körperliche und psychische Gesundheit fördern.“ Vielleicht könnte man so ja auch Gesundheitsfreundschaften nach dem Tandem-Prinzip vermitteln, wie man es vom Sprachenlernen kennt: „Wer geht mit mir regelmäßig nordic walken? Oder man tauscht sich einmal pro Woche zur Selbstfürsorge als pflegende Angehörige aus?“

Zur digitalen Gesundheitsförderung mit benachteiligten Zielgruppen fällt ihr noch ein gutes Beispiel ein: mokli-help.de. Der „Hilfefinder für Menschen“ in Not zeigt Schlafplätze, mobile Duschen oder Ärzt*innen, die Menschen ohne festen Wohnsitz kostenlos beraten. Straßenjugendliche haben die mobile Website gemeinsam mit der Hilfsorganisation KARUNA Berlin entwickelt, finanziert wurde sie durch die Google Impact Challenge Deutschland. So entstand eine digitale Hilfe, die Anwender*innen intuitiv verstehen und die wenig teures Datenvolumen verbraucht. Vor allem aber haben die Jugendlichen erfahren, wie es ist, wenn man das eigene Leben selbst in die Hand nimmt und damit sogar anderen helfen kann.

Diskussion

„Wie kann Soziale Arbeit dafür sorgen, dass gesundheitlich benachteiligte Menschen durch digitale Angebote zur Gesundheitsförderung besser erreicht werden?“ Die Frage stand im Mittelpunkt der Recherche zu diesem Artikel. Diskutiert haben wir ihn mit Denise Lehmann, die im DBSH für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit steht, und mit Prof.in Dr.in Juliane Wahren von der IU Berlin, die unter anderem im Rahmen der DIGITASA-Studie zur Digitalisierung Sozialer Arbeit forscht. Ein wichtiger Impuls nach ersten Recherchen war: „Hoppla, da kommt ja gar niemand aus der Profession Soziale Arbeit zu Wort.“ Und andererseits: Die hier zitierten Expert*innen haben aktuelle Literatur zur digitalen Gesundheitsförderung veröffentlicht oder tun – auch wenn sie aus anderen Professionen kommen – das, was der Haltung Sozialer Arbeit entspricht: Adressat*innen einbeziehen,

zu Wort kommen lassen, Erfahrungswissen teilen. Den Blick dafür zu weiten, was Software-Entwickler*innen, Gesundheitswissenschaftler*innen oder Medienpädagog*innen aktuell beschäftigt, scheint wesentlich, um Einfluss zu nehmen.

„Wenn soziale Beziehungen den Bedürfnissen der Zielgruppen entsprechen, haben sie positive psychosomatische Effekte und können wirken wie ein Immunsystem zwischen Stressor und Erkrankung“, sagt Prof.in Dr.in Juliane Wahren. Solche Unterstützung findet letztendlich zwar meist in Präsenz statt, kann aber digital angebahnt werden. Um das zu erreichen, braucht Soziale Arbeit die Expertise anderer Professionen. Umgekehrt könnte unser Auftrag sein, im Austausch die Orientierung am Konzept der Salutogenese stärker zu betonen und herauszufinden, welche Widerstandsressourcen es zu fokussieren gilt, um pflegende Angehörige, Arbeitslose, Care Leaver*innen, Alleinerziehende oder psychisch kranke Menschen zu empower, selbst Verantwortung für Fragen ihrer Gesundheit zu übernehmen.

„Soziale Organisationen stehen vor der Herausforderung, [...] sich in Kooperationen mit der Wissenschaft und mit Start-up-Unternehmen eigene Kompetenzen in der Konstruktion, Prüfung und reflektierten Nutzung (digitaler) Technologien anzueignen“, schreibt auch Helmut Kreidenweis, Sozialarbeiter und Professor für Sozialinformatik, in einem Beitrag des Handbuchs *Digitalisierung und Soziale Arbeit* über Beratungsbots, Gesundheits-Apps oder Weiterentwicklungen aus dem Bereich der KI-basierten Robotik (Kutscher und Seelmayer, S. 396). Erfahrungsberichte zeigen, wie verhaltensbeeinflussende Apps klassisch-professionelle Hilfeformen unterstützen könnten; zum Beispiel im Bereich von Essstörungen oder in der Suchtprävention. Es ist zu vermuten, dass die Kombination aus professioneller Begleitung und Online-Einheiten signifikant stärkere Effekte hat als reine Selbsthilfe (ebd., S. 544).

LITERATURVERZEICHNIS

Baillargeon, Jaques (2001): Characteristics of the healthy worker effect, in: *Occupational Medicine* 16/2001, S. 359–366.

Faltermaier, Toni (2020): Salutogenese, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, [online] <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i104-2.0> [abgerufen am 28.07.2023].

Kutscher, Nadia/Ley, Thomas/Seelmeyer, Udo/Silber, Friederike (2020): *Handbuch Digitalisierung und Soziale Arbeit*, [online] <https://kurzelinks.de/jgbo> [abgerufen am 28.07.2023].

Ludwigs, Stefan/Nöcker, Guido (2020): Social Media/ Gesundheitsförderung mit digitalen Medien, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, [online] <https://doi.org/10.17623/BZGA:04-i107-2.0> [abgerufen am 28.07.2023].

Zudem ist aus Sicht der Sozialen Arbeit im Bereich des digitalen Datenschutzes noch vieles im Entstehen und verbesserungswürdig. Es gibt die Sorge, dass Angebote der digitalen Gesundheitsförderung für Adressat*innen zu teuer sind, also Überschuldung oder neue Abhängigkeiten begünstigen. Einerseits bieten digitale Tools die Chance, das Stadt-Land-Gefälle bei Angeboten Sozialer Arbeit zu verringern, und andererseits könnten sie soziale Isolation verstärken, wenn Informationsangebote nicht mit echten Beziehungen verbunden und ins Leben integriert werden können. All das ist auch bei Angeboten zur digitalen Gesundheitsförderung wichtig.

Gesundheit ist ein Megatrend. Und wie bei einem anderen Megatrend – der Digitalisierung – erleben und vermuten wir eine Spaltung: Die Menschen, die aufgrund von fehlenden Ressourcen bereits vom digitalen Wandel ausgeschlossen sind, haben auch stärkere gesundheitliche Risiken und können weniger an digitaler Gesundheitsförderung partizipieren, wenn sie nicht ihren Bedürfnissen entspricht. Soziale Arbeit sollte also nicht nur den digitalen Wandel mitgestalten, sondern verstärkt auch darauf hinwirken, dass Angebote der Gesundheitsförderung zur Chancengleichheit beitragen.

REBEKKA SOMMER