

Empfehlungen für Qualitätskriterien
zur wertorientierten Auswahl und Evaluation
von Angeboten zur Förderung der
Digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V

Abschlussbericht

Philippe Merz, Cornelius Kopf, Emil Schwarze

THALES
A K A D E M I E

Hardy Müller



8. April 2022

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Projektrahmen	1
1.2 Zur Methodik.....	1
1.3 Warum GKV die digitale Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten fördern sollten	4
1.4 Qualitätskriterien für die Auswahl und Evaluation von Angeboten zur DGK: das aktuelle Gelegenheitsfenster	7
1.5 Aufbau: konzeptionelle Kriterien, Werteorientierung, Werte-Matrix, Fallbeispiel	8
2. Sieben konzeptionelle Kriterien für die Auswahl von Angeboten zur DGK	10
2.1 Der Begriff „Digitale Gesundheitskompetenz“ und das Ideal der Patientenmündigkeit	10
2.3 DGK-Matrix I: Sieben konzeptionelle Qualitätskriterien für Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V auf der Basis der Vorgaben des vdek	17
3. Warum Werte?	19
4. Sechs Werte als Orientierungsrahmen für die Evaluation von Angeboten zur DGK	24
4.1 Menschenwürde als übergeordnetes Prinzip	24
4.2 Sicherheit.....	24
4.3 Privatheit	25
4.4 Selbstbestimmung.....	26
4.5 Gerechtigkeit	27
4.6 Demokratie.....	27
4.7 Nachhaltigkeit	28
5. Die einteilige und die dreiteilige Werte-Matrix	30
5.1 Einteilige DGK-Matrix I: Präzisierung der sechs Werte in ihrer Bedeutung für DGK	30
5.2 Einfache DGK-Matrix II: Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V	31
5.3 Die dreiteilige Werte-Matrix.....	33
5.4 Drei Dimensionen von DGK: (a) Digitales Grundverständnis und Urteilsfähigkeit .	35
5.5 Drei Dimensionen von DGK: (b) Bewusstsein für ethische, rechtliche und soziale Implikationen.....	36
5.6 Drei Dimensionen von DGK: (c) Digitale Nutzungskompetenz	37

5.7 Die dreiteilige Werte-Matrix: 18 Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V	38
6. Punkteverfahren und DGK-Ampel	39
6.1 Vorschlag für ein dreistufiges Punktesystem	39
6.2 Bereits etablierte Quantifizierungen von Werten: das Beispiel GWÖ.....	39
6.3 Visualisierung der Angebotsqualität durch eine vierstufige DGK-Ampel	40
6.4 Bereits etablierte Ampel-Verfahren: Lebensmittelampel und EU-Energielabel.....	42
6.5 Grenzen von Punkte- und Ampelverfahren.....	44
7. Fallbeispiel: Kurs zu „digitalen Gesundheitsanwendungen“	45
8. Zusammenfassung, Kompakt-Anleitung, Ausblick	47
8.1 Zusammenfassung	47
8.2 Kurzanleitung.....	50
8.3 Ausblick: gesundheitskompetente Organisationen.....	51
9. Literaturverzeichnis	53

Tabellen-Verzeichnis

Tabelle 1: DGK- Matrix I: Sieben konzeptionelle Qualitätskriterien für Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V auf der Basis der Vorgaben des vdek.....	17
Tabelle 2: Einteilige DGK-Matrix I: Präzisierung der sechs Werte in ihrer Bedeutung für DGK.....	30
Tabelle 3: Einfache DGK-Matrix II: Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V	32
Tabelle 4: Die dreiteilige Werte-Matrix: 18 Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V	38
Tabelle 5: Werte-Ampel zur Beurteilung von DGK-Angeboten (sieben konzeptionelle Kriterien + einteilige Werte-Matrix)	41
Tabelle 6: Werte-Ampel zur Beurteilung von DGK-Angeboten (sieben konzeptionelle Kriterien + dreiteilige Werte-Matrix).....	41
Tabelle 7: Dreiteilige Werte-Matrix zur qualitativen Beurteilung eines Kurses zu „Digitalen Gesundheitsanwendungen“	46

1. Einleitung

1.1 Projektrahmen

Die hiermit vorgelegten *Empfehlungen für Qualitätskriterien zur wertorientierten Auswahl und Evaluation von Angeboten zur Förderung der Digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V* sind das Ergebnis eines gemeinsamen praxisorientierten Forschungsprojekts der Techniker Krankenkasse, vertreten durch ihren Beauftragten für Patientensicherheit, Hardy Müller, und der Thales-Akademie, vertreten durch ihren Geschäftsführer, Dr. Philippe Merz. Seitens der Thales-Akademie wirkten zudem Cornelius Kopf und Emil Schwarze bei der inhaltlichen Recherche, Ausarbeitung und finalen Korrektur des Projektberichts mit. Das Projekt wurde im Oktober 2021 begonnen und Anfang April 2022 abgeschlossen.

Es umfasst drei Schritte, die im Arbeitsauftrag auf folgende Weise beschrieben wurden: (1) Auswahlkriterien von Leistungen zur Förderung der Digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V: Die Thales-Akademie entwickelt Vorschläge zur Auswahl und Evaluation von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V. (2) Bewertung laufender § 20k-Angebote: Mit einer Werte-Matrix wird die Grundlage gelegt, anhand derer Angebote zur Förderung der DGK für die erstmalige Vergabe ausgewählt werden sowie zukünftig laufende Angebote im Sinne der kontinuierlichen Qualitätssicherung bewertet werden können. Das Konzept wird damit auch eine Bewertung der Strukturen und Prozesse von laufenden DGK-Angeboten ermöglichen. (3) Bewertung von Anbietern, Bewertungsmaßstab für Organisationen: Begleitend wird ein transparenter und handhabbarer Bewertungsmaßstab beschafft, mit dem Drittanbieter nicht nur mit Blick auf ihr konkretes Angebot, sondern auch als Organisationen beurteilt werden können.

1.2 Zur Methodik

Für die Entwicklung der vorliegenden Empfehlungen haben sich die Projektbeteiligten auf einen Methoden-Mix verständigt. Er beinhaltet Elemente der Delphi-Methode, des agilen Arbeitens, der philosophischen Hermeneutik und des „Rapid Reports“. Diese vier Elemente wurden bewusst kombiniert, um der Neuartigkeit, Dynamik und Komplexität des Themas Digitale Gesundheitskompetenz gerecht zu werden und zugleich einen progressiven Vorschlag für die wertorientierte Qualitätsprüfung von Angeboten zur DGK zu entwickeln.

Zur Delphi-Methode: Die Delphi-Methode ist eine strukturierte, mehrstufige Befragung mit dem Ziel, eine gemeinsame und möglichst belastbare Zukunftsprognose zu einer bestimmten Frage zu entwickeln. Dabei gibt eine Gruppe von Fachleuten Antworten und Einschätzungen zu einem Thesen- oder Fragenkatalog. Diese Ergebnisse werden dann zusammengefasst,

kommuniziert und in einer oder mehreren Folgerunden erneut von den Experten beantwortet, bis sich eine möglichst konsensfähige Gesamteinschätzung abzeichnet.

In freier Anlehnung an die Delphi-Methode haben wir in insgesamt vier Runden Gespräche mit unterschiedlichen Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen geführt, um ein möglichst facettenreiches Bild der zu erwartenden Herausforderungen bei der Implementierung von Angeboten zur DGK zu zeichnen. Hier kamen Ärzte ebenso zu Wort wie Vertreter des GKV-Spitzenverbands und des Verbands der Ersatzkassen vdek e.V., aber auch Gesundheitswissenschaftler:innen und Vertreter von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft. Diesem Personenkreis wurden mehrere Fragen zu ihrer Einschätzung rund um das Thema DGK vorgelegt. Zudem stellten wir ihnen die konzeptionelle und inhaltliche Ausrichtung des vorliegenden Projekts in unterschiedlichen Reifegraden vor und diskutierten diese aus gesundheitspolitischer, ethischer und versorgungsorientierter Perspektive. Die Ergebnisse dieser Befragungsrunden wurden dokumentiert und bei der inhaltlichen Weiterentwicklung und Finalisierung des Projekts systematisch berücksichtigt.

Zum Kreis dieser Fachgespräche zählten: Marcel Böttcher (GKV-Spitzenverband), Andreas Hellmann (Entyre), Boris Janssen (vdek), Dr. Philipp Kellmeyer (Universität Freiburg), Dr. Klaus Koch (IQWiG), Florian Ludwig (Arzt), Timo Neunaber (vdek), Mirko Ruchel (TK), Prof. Dr. Silja Samerski (Hochschule Emden-Leer), Anselm Schultze (Fincon).

Zur Agilität¹: Aus dem Methodeninventar des agilen Arbeitens wurden in der Zusammenarbeit zwischen Techniker Krankenkasse und Thales-Akademie vor allem iterative, inkrementelle und retrospektive Elemente integriert. Statt vorab definierter Prozesse und langfristiger Meilensteinpläne fand ein regelmäßiger gemeinsamer Austausch statt, um neue Fragen und Projektfortschritte zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer zeitnah zu diskutieren, zu revidieren und umgehend in die laufende Projektarbeit zu integrieren. So wurde sichergestellt, dass sich keine unterschiedlichen Erwartungen oder inhaltlichen Missverständnisse entwickeln, sondern offene Fragen und unterschiedliche Einschätzungen schnell sichtbar und umgehend bearbeitet werden (iterativ, agil). Zudem wurden Zwischenergebnisse je nach Arbeitsauslastung aller Projektbeteiligten mit unterschiedlichem Tempo entwickelt und jeweils umgehend in den Gesamtprozess integriert (inkrementell). Schließlich fanden in den Arbeitstreffen auch regelmäßige Retrospektiven statt, um den gemeinsamen Arbeitsmodus zu reflektieren und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren.

Zur Hermeneutik²: In der philosophischen Tradition der Hermeneutik steht der Begriff des Verstehens im Mittelpunkt. Dabei ist die Einsicht leitend, dass sich lebensweltliche Begriffe, aber auch Fachbegriffe sowie ganze Texte nicht von selbst verstehen, sondern wesensmäßig auslegungsbedürftig sind. In diesem Prozess des Interpretierens verstehen Menschen

¹ Vgl. zur Agilität: Oestereich, Bernd; Schröder, Claudia: *Agile Organisationsentwicklung*, München 2019.

² Vgl. zur Hermeneutik: Danner, Helmut: *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik*, München 2006, S. 13–131.

Begriffe wie etwa „Digitale Gesundheitskompetenz“, „Selbstbestimmung“ oder „Gerechtigkeit“ je nach Kontext, Vorwissensstand, Erkenntnissinteresse und eigenen normativen Überzeugungen oft sehr unterschiedlich, möglicherweise sogar konträr. Gerade bei einem progressiven, werteorientierten Ansatz zur Beurteilung von Angeboten zur Förderung der DGK bedurfte es daher der besonders sorgfältigen Präzisierung aller zentralen Begriffe und Werte sowie einer transparenten Erläuterung der vorgeschlagenen methodischen Verfahren, insbesondere des werteorientierten Ansatzes als solchem, der Werte-Matrix und der DGK-Ampel (s. Kap. 6). Diese Klärungen entwickelten sich zunächst durch die philosophische Analyse und schriftliche Entwürfe seitens der Thales-Akademie. Anschließend wurden diese in gemeinsamen, offenen Arbeitssitzungen mit der TK regelmäßig abgeglichen und weiter geschärft. Der Grundgedanke für dieses Vorgehen lässt sich auch mit den ebenso bündigen wie pointierten Worten der Philosophin Hannah Arendt zusammenfassen: „Wahrheit gibt es nur zu zweien.“³

Eng mit diesem dialogischen Ansatz ist auch der *frageorientierte* Umgang mit Bewertungsaufgaben verbunden: Wo immer es darum geht, Inhalte und Angebote Dritter zu evaluieren, ist es erkenntnisfördernd, die grundlegenden Fragen nachzuvollziehen, die das entsprechende Angebot zu beantworten versucht – zugleich aber eigene, explizite Fragen an das Angebot zu richten, um zu überprüfen, ob es den geforderten Zielvorstellungen entspricht. Diese methodische Herangehensweise findet sich in den vorliegenden Empfehlungen insbesondere in der Weise wieder, dass wir vorschlagen, die inhaltliche Qualität von Angeboten zur DGK grundsätzlich anhand von sechs Werten zu beurteilen und jeweils konkrete Fragen an das Angebot zu stellen, um zu ermitteln, ob es diese Werte überzeugend verfolgt und verwirklicht. Die werteorientierten Fragen bilden sodann die entscheidende Grundlage für die Auswahl und Evaluation eines Angebots. Wir illustrieren dieses Verfahren sowohl grundsätzlich (vgl. Kap. 5) als auch anhand eines konkreten Fallbeispiels (vgl. Kap. 7).

Zum Rapid Report: Das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) hat fünf wesentliche Schritte zur Erstellung eines *Rapid Reports* definiert, an die wir uns bei der Entwicklung dieses Projekts und des Abschlussberichts prozedural orientiert haben.⁴ Der vorliegende Abschlussbericht entspricht somit den vom IQWiG gesetzten Standards eines Rapid Reports. Er umfasst (vereinfacht) die folgenden Schritte:

1. Themenauswahl: Zu Beginn eines Rapid Reports steht ein Auftrag, in diesem Fall der TK, die zugleich die Fragestellung vorgab.

³ So der Titel einer Sammlung von Arendts Briefen, der ein Wort der Philosophin zitiert; s. Arendt, Hannah: *Wahrheit gibt es nur zu zweien. Briefe an die Freunde*, München 2015.

⁴ IQWiG: *Rapid Reports*, online abrufbar unter: <https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/ergebnisse/rapid-reports/>. Der mögliche 6. Schritt eines Rapid Reports, das ein Addendum aufgrund neuer Studienlage oder geänderter politischer Rahmenbedingungen nötig wird, ist bislang nicht eingetreten, für die Zukunft aber denkbar.

2. Bildung einer Projektgruppe: Die Projektgruppe, bestehend aus Hardy Müller (TK), Dr. Philippe Merz (Thales-Akademie), Cornelius Kopf (Thales-Akademie) sowie in der Endphase Emil Schwarze (Thales-Akademie), formulierte die wissenschaftliche Fragestellung und die Zielkriterien für das Projekt und suchte in allen Projektphasen den gezielten Austausch mit externen Sachverständigen und Expertinnen.

3. Erstellen der Projektskizze: Die Projektskizze fasste die wesentlichen Punkte zur Vorgehensweise bei der Bewertung zusammen.

4. Informationsbeschaffung und wissenschaftliche Bewertung: Auf Basis der in der Projektskizze festgelegten Kriterien wurden wissenschaftliche Veröffentlichungen und Zusatzinformationen weltweit recherchiert, beschafft und gesichtet.

5. Erstellen des Rapid Reports: Die Ergebnisse der Recherche und der wissenschaftlichen Bewertung werden veröffentlicht.

1.3 Warum GKV die digitale Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten fördern sollten

Die digitale Transformation unserer Lebenswelt ist in vollem Gang und für die Beantwortung wesentlicher Zukunftsfragen unumgänglich.⁵ Die TK sieht sich als aktiver Gestalter dieses Prozesses im Gesundheitswesen und behandelt dabei auch Fragen zu den ethischen, rechtlichen und sozialen Konsequenzen: Wie können gesetzliche Krankenversicherungen dazu beitragen, dass ihre Versicherten die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens bewältigen und selbstbestimmt für ihre Gesundheitsbedürfnisse nutzen können? Welche Angebote unterstützen Versicherte etwa dabei, verlässliche digitale Gesundheitsinformationen zu finden und zu beurteilen, die Chancen und Risiken von telemedizinischen Angeboten und Gesundheits-Apps abzuwägen oder zu entscheiden, wie sie mit den Möglichkeiten der elektronischen Patientenakte (ePA) umgehen wollen? Wie können dabei zudem die unterschiedlichen Wissensstände und Reflexionsniveaus, aber auch Sprachkenntnisse und Werteinstellungen der Versicherten berücksichtigt und adressiert werden?

Mit anderen Worten: Was wäre eine gesellschaftlich erstrebenswerte, gute „Digitale Gesundheitskompetenz“ (DGK) von Versicherten innerhalb der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)?

⁵ Die wissenschaftliche Literatur zu den sozialen und ethischen Auswirkungen der Digitalisierung ist in den vergangenen Jahren beträchtlich gewachsen. Als aktueller Einstieg eignet sich bspw.: Schrape, Jan-Felix: *Digitale Transformation*, Bielefeld 2021. Schon älter, dafür mit stärkerem Blick für die ethischen Herausforderungen: Floridi, Luciano: *The fourth revolution: how the infosphere is reshaping human reality*, Oxford 2014. Dagegen existieren bislang kaum Bildungsangebote für Fach- und Führungskräfte zu den immer aktuelleren und brisanteren digitaletischen Fragen. Hier hat die Thales-Akademie mit dem CAS Digitaletik das bundesweit erste Angebot vorgelegt, das alle zentralen Fragen der Digitaletik für Menschen aller Berufsgruppen auf praxisnahe Weise behandelt und mit einem international qualifizierten Abschluss verbunden ist: <https://www.thales-akademie.de/digitaletik/>.

Diese Frage beschäftigt bislang vorrangig Fachexpert:innen, die sich aufgrund ihrer Rollenständigkeit in der Gesundheitspolitik, in GKV und Verbänden, aber auch in den Gesundheitswissenschaften, dem Gesundheitsrecht und der Medizinethik mit der Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland befassen. Eine solche Auseinandersetzung ist nicht nur wegen der rasant fortschreitenden, wenngleich noch immer fragmentierten Digitalisierung des Gesundheitswesens zunehmend geboten, sondern auch aufgrund eines unmissverständlichen gesetzlichen Auftrags für die GKV. Das am 19.12.2019 in Kraft getretene Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) verpflichtet die GKV nach § 20k SGB V dazu, die digitale Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten aktiv und gezielt zu fördern: „Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Einsatzes digitaler oder telemedizinischer Anwendungen und Verfahren durch die Versicherten vor.“⁶

Dieser Satz beinhaltet für GKV nichts weniger als die Rechtspflicht, sich zukünftig (auch) als Bildungsanbieter für ein inhaltlich anspruchsvolles und zudem hochdynamisches Thema zu verstehen. Dieses Selbstverständnis ist für viele GKV tendenziell ungewohnt. Es überrascht daher nicht, dass der GKV-Spitzenverband im Rahmen seines ersten Berichts an das Bundesgesundheitsministerium vom 31.12.2021 feststellt, dass bislang lediglich 28 % der Krankenkassen ihren Versicherten konkrete Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz machen.⁷ Hierzu passt, dass auch Gesundheitsexpertinnen und -experten in Hintergrundgesprächen eingestehen, dass die Förderung digitaler Gesundheitskompetenz bislang nur ein Nebengleis innerhalb der Aktivitäten der Krankenkassen belegt. Dies muss und sollte jedoch keineswegs so bleiben. Denn neben der genannten Rechtspflicht sprechen auch starke inhaltliche Argumente dafür, dass die Krankenkassen die digitale Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten ernsthaft und systematisch fördern.

Um hier nur drei Argumente zu nennen: *Erstens* profitieren die Krankenkassen in ihrem wohlverstandenen, langfristigen Eigeninteresse vor allem von jenen Versicherten, die seriöse und evidenzbasierte digitale Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangebote von weniger seriösen oder sogar schädlichen Angeboten unterscheiden können und gezielt diejenigen Angebote auswählen, die ihre Diagnose und Therapie wirksam unterstützen. Gelingt den Versicherten dies nicht, beeinträchtigen sie nicht nur ihren eigenen Genesungsprozess oder ihre Gesundheitsprophylaxe, sondern verursachen ihrer GKV auch zusätzlichen Zeit- und Energieaufwand sowie potenziell erhebliche finanzielle Zusatzkosten.

Zweitens ist es keine überraschende Maßnahme oder gar politische Volte, dass die GKV mitverantwortlich für die gesundheitliche Aufklärung und Selbstermächtigung ihrer Versicherten im Digitalzeitalter gemacht werden. Es ist vielmehr eine Schlussfolgerung, die sich aus einem Grundgedanken deutscher Gesundheitspolitik ergibt. So heißt es gleich zum Auftakt des

⁶ § 20k Absatz 1 Satz 1 SGB V.

⁷ GKV-Spitzenverband: *Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V an das Bundesministerium für Gesundheit*, S. 10.

Sozialgesetzbuchs V in dem mit „Solidarität und Eigenverantwortung“ überschriebenen § 1: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“⁸ Dass diese Aufgabe im 21. Jahrhundert angesichts der rasant zunehmenden, immer unübersichtlicheren und qualitativ sehr heterogenen Gesundheitsangebote ganz besonders den digitalen Raum betrifft, ist mittlerweile offensichtlich. Somit aktualisiert die Gesundheitspolitik mit dem § 20k SGB V lediglich den historisch gewachsenen und vielfach bekräftigten Auftrag an die GKV, eine aktive Mitverantwortung für die Gesundheit und Souveränität ihrer Versicherten zu tragen.

Drittens kommen mehrere wegweisende Veröffentlichungen wie etwa das aktuelle Gutachten des *Sachverständigenrats zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit)* übereinstimmend zu dem Schluss, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens „mit einem umfassenden Kompetenzaufbau aller Bevölkerungsgruppen einhergehen muss“⁹ und folglich nur gelingen kann, wenn die Bürgerinnen und Bürger spezifisches Wissen und neue Kompetenzen im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten entwickeln. Dieser Wissens- und Kompetenzaufbau ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die dem SVR-Gesundheit zufolge „spätestens nach Eintritt in die allgemeinbildende Schule gefördert“ und ab dann „fest in den Bildungs- und Lehrplänen von Kindertagesstätten, Grundschulen, weiterführenden Schulen, Hochschulen, Jugendbildungs- und beruflichen Ausbildungseinrichtungen sowie in der Erwachsenenbildung“¹⁰ verankert werden sollte. Im Rahmen dieser geteilten Verantwortung kommt den GKV eine besondere Bedeutung zu: Sie sind für rund 73 Millionen Versicherte in Deutschland ein zentraler Ansprechpartner für sensible und oft genug existenzielle Gesundheitsfragen. Als solche beeinflussen und prägen sie unweigerlich das Maß an digitaler Mündigkeit, über das die Menschen nicht nur in ihrer Rolle als Patientinnen und Patienten, sondern zugleich als Bürgerinnen und Bürger in einer digitalisierten Gesellschaft verfügen. Indem die GKV die digitale Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten aktiv fördern, übernehmen sie somit nicht nur eine gesetzlich geregelte Mitverantwortung für die Gesundheit und Souveränität ihrer Versicherten. Sie übernehmen als einflussreiche Akteure des Gesundheitswesens auch eine Mitverantwortung für das Gelingen der digitalen Transformation innerhalb einer liberalen Gesellschaft, die auf die Mündigkeit ihrer Bürgerinnen und Bürger in besonderer Weise angewiesen ist.

⁸ § 1 Abs. 1 Satz 1 & 2 SGB V.

⁹ Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit): *Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021*, S. 277. Vgl. außerdem Deutscher Ethikrat: *Big Data und Gesundheit. Bericht über die öffentliche Befragung des Deutschen Ethikrates* (2018) sowie PwC Strategy: *Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*, Berlin 2016.

¹⁰ SVR-Gesundheit (2021), hier: S. 287. Dieses Gutachten des SVR-Gesundheit verweist an der entsprechenden Stelle auf: Hurrelmann et al. 2018.

1.4 Qualitätskriterien für die Auswahl und Evaluation von Angeboten zur DGK: das aktuelle Gelegenheitsfenster

Die bisherigen Defizite bei der Umsetzung des § 20k SGB V dürfen damit durchaus als ambivalent bewertet werden: Einerseits ist es kaum befriedigend, dass zahlreiche Krankenkassen ihren gesetzlichen Auftrag zur Förderung der DGK noch nicht vollumfänglich wahrnehmen. Andererseits öffnet die wachsende und nicht mehr zu ignorierende Dynamik rund um Fragen der digitalen Gesundheitskompetenz ein bislang einzigartiges Gelegenheitsfenster. Dieses Gelegenheitsfenster ermöglicht und erfordert es, gesundheits- und verbandspolitisch zu präzisieren, wie genau dieser Rechtsanspruch der Versicherten auf Förderung ihrer digitalen Gesundheitskompetenz zukünftig eingelöst werden sollte und welche konzeptionellen und inhaltlichen Qualitätsstandards für derartige Angebote gelten sollten.¹¹ Diese Präzisierung ist schon deswegen geboten, weil die GKV auf Verbandsebene erklärtermaßen danach streben, Informations- und Bildungsformate insbesondere für vulnerable Versichertengruppen *gemeinsam* anzubieten.¹² Darüber hinaus werden viele Krankenkassen ihre Angebote zur DGK nicht aus eigener Kraft und Kompetenz durchführen (können), sondern hierfür Drittanbieter wie etwa staatliche Hochschulen oder private Bildungseinrichtungen beauftragen, die dies in ihrem Namen tun. Um bei der internen Sichtung der zahlreichen Angebote tatsächlich die konzeptionell und inhaltlich stärksten zu identifizieren und auszuwählen, sind präzise Qualitäts- und Evaluationskriterien unerlässlich.

Der hier vorgelegte Ansatz dient daher zwei wesentlichen Zielen. Zum einen soll er die diskursive Auseinandersetzung innerhalb des Gesundheitswesens – namentlich innerhalb der Techniker Krankenkasse, aber auch zwischen den GKV sowie ihren Verbänden – bestärken und Vorschläge für die Bewertung und Auswahl von Angeboten zur DGK entwickeln, die über den bisherigen Diskussionsstand hinausreichen. Zum anderen bietet er ein theoretisch fundiertes und zugleich praxistaugliches Instrumentarium für alle Beschäftigten innerhalb der Krankenkassen, die mit der qualitativen Bewertung und Auswahl von Angeboten zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V direkt betraut sind. Diese doppelte Zielsetzung soll im Folgenden in sieben Schritten bewältigt werden.

¹¹ Wie dynamisch sich das Feld digitaler Gesundheitsangebote derzeit entwickelt und wie dringlich die Förderung der DGK der Versicherten ist, lässt sich zum einen an der Vielzahl von Anbietern und Angeboten ablesen, die die (digitalen) Märkte bevölkern und hinter denen häufig internationale Digitalkonzerne mit erheblicher Marktmacht und ökonomischen Verwertungsinteressen stehen. Zum anderen zeigt sich die Dynamik des Themas auch daran, dass eine wachsende Zahl von Hochschulen und Bildungsanbietern initiativ auf Krankenkassen zugehen und versuchen, den Zuschlag für die Durchführung von Angeboten zur DGK zu erhalten.

¹² Vgl. bspw. Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek): *Digitale Gesundheitskompetenz. Definition, Inhalte und Qualitätskriterien der Leistungen*, 2021, S. 3. Zu diesen vulnerablen Gruppen zählen insbesondere jene älteren Menschen, die nicht als *digital natives* aufgewachsen und zeitlebens weniger digitalaffin oder sogar weitgehend abstinent geblieben sind, aber auch digital affine, in Gesundheitsfragen jedoch wenig versierte Jugendliche (vgl. außerdem SVR-Gesundheit 2021, S. 282). Diese vulnerablen Gruppen sind laut den Regelungen des GKV-Spitzenverbands vorrangig zu adressieren (GKV-Spitzenverband 2020, S. 2).

1.5 Aufbau: konzeptionelle Kriterien, Werteorientierung, Werte-Matrix, Fallbeispiel

Zunächst werden wir (2.) jene primär formalen Kriterien für die qualitative Beurteilung von Bildungsangeboten zur digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V aufgreifen, die der GKV-Spitzenverband sowie der Verband der Ersatzkassen (vdek e.V.) in seiner jüngsten Stellungnahme bereits formuliert hat. Wir verstehen diese als *notwendige* Kriterien für qualitativ hochwertige Bildungsangebote zur DGK und schlagen vor, sie lediglich punktuell zu präzisieren und zu systematisieren. Dies kann besonders durch eine *frageorientierte Herangehensweise* an Angebote zur DGK gelingen, die für die vorliegende Empfehlung methodisch zentral ist.

Im darauffolgenden (3.) Schritt gehen wir über diesen bisherigen Diskussionsstand hinaus und schlagen vor, zukünftig auch inhaltliche und insofern *hinreichende* Kriterien für die Bewertung und Auswahl von Bildungsangeboten zur DGK anzusetzen. Diese Kriterien sollten einerseits *hinreichend generell* sein, um unterschiedliche Themen, Technologien und Zielgruppen zu berücksichtigen; zugleich sollten sie *hinreichend substantiell* sein, um nicht vage oder gar beliebig zu werden, sondern einen dauerhaft belastbaren normativen Orientierungsrahmen zu bieten. Wir werden zeigen, dass überzeugende gesundheitspolitische, ethische und pädagogische Argumente dafürsprechen, hier einen *werteorientierten Ansatz* zu wählen.

Im (4.) Schritt werden wir diesen werteorientierten Ansatz präzisieren, indem wir im Einklang mit dem deutschen Grundgesetz sowie dem Gutachten der Datenethikkommission der deutschen Bundesregierung *sechs Werte* präzisieren, die als normative Fixsterne in besonderer Weise geeignet sind, die digitale Mündigkeit und Souveränität von Versicherten im Umgang mit digitalen Gesundheitsleistungen zu stärken. **Diese sechs Werte sind: *Sicherheit, Privatheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Demokratie und Nachhaltigkeit.*** An diesen Werten sollten sich, so schlagen wir vor, gute Angebote zur Förderung von DGK und folglich auch die zukünftige Evaluation und Auswahl solcher Angebote durch die GKV orientieren.

Der (5.) Schritt konkretisiert anschließend die praktische und operative Anwendung dieses werteorientierten Ansatzes. Er ist insbesondere als Unterstützung für Beschäftigte der Krankenkassen konzipiert, die Angebote zur Förderung von DGK nach § 20k SGB V bewerten und auswählen sollen. Ihnen bieten wir zunächst eine einfache, *einteilige Wertematrix* an, die für jeden der sechs genannten Werte eine Frage formuliert, mit deren Hilfe sich prüfen lässt, wie explizit und ernsthaft ein Bildungsangebot bzw. einen Bildungsanbieter diesen Wert jeweils berücksichtigt. Anschließend bieten wir zudem eine differenziertere, *dreiteilige Wertematrix* an, die das Konzept von DGK hinsichtlich seiner drei wesentlichen inhaltlichen Dimensionen berücksichtigt und integriert: (a) digitales Grundverständnis und Urteilsfähigkeit, (b) das Bewusstsein für ethische, soziale und rechtliche Implikationen sowie (c) die digitale Nutzungskompetenz der Versicherten in Gesundheitsfragen. Wir gehen davon aus, dass in der Einführungsphase eines solchen werteorientierten Vorgehens die einfache Matrix eingängiger und daher zunächst hilfreicher sein kann. Die dreiteilige Matrix bietet hingegen noch mehr

Möglichkeiten für eine differenzierte Sichtung und Bewertung; sie kann besonders dann eingesetzt werden, wenn sich eine erste Routine mit dem frage- und werteorientierten Vorgehen eingestellt hat.

Um zu gewährleisten, dass sowohl die konzeptionellen als auch die inhaltlichen, werteorientierten Kriterien normativ fundiert sind und zudem echte Orientierung für die Auswahl von Bildungsangeboten zur DGK bieten, schlagen wir im (6.) Schritt zunächst eine einfache Form der Punktevergabe vor, die die qualitative Beurteilung von Bildungsangeboten zur Förderung der DGK in übersichtliche Zahlenwerte übersetzt. Diese bilden sodann die Grundlage für eine vierstufige Ampel-Kennzeichnung, die sogenannte *DGK-Ampel*, die die Qualität eines jeweiligen Angebots abschließend auf eingängige Weise visualisiert.

Damit diese Wertematrix und die mit ihr verbundene Punkte-Vergabe sowie die Ampel-Kennzeichnung nicht nur Theorie bleiben, sondern möglichst praxisnah und lebendig werden können, illustrieren wir im (7.) Schritt die Anwendung des gesamten Evaluationsverfahrens anhand eines konkreten Fallbeispiels: Wie genau lässt sich mithilfe der Wertematrix und der Ampel-Kennzeichnung ein Bildungsangebot evaluieren, das Versicherte im Umgang mit *digitalen Gesundheitsanwendungen* informieren, aufklären und in ihrer Nutzungskompetenz stärken soll?

Die so gewonnenen Ergebnisse werden wir im (8.) Schritt bündig zusammenfassen und mit einer Kurzanleitung für das Prüfverfahren verbinden.

Für die stärker inhaltlich und konzeptionell interessierte Leserschaft bieten wir ergänzend zu diesen Empfehlungen zudem die *Anlage I: Maßgebliche Texte* mit fünf Texten bzw. Textauszügen, die für die vorliegenden Empfehlungen einschlägig sind: erstens jene Auszüge aus SGB V, in denen die Förderung der DGK durch die GKV geregelt ist; zweitens ein Aufsatz von Müller/Samerski zu den Ergebnissen der Studie „TK-DiSK“, in der sich auch die mittlerweile konsenterte Definition von DGK findet; drittens die wegweisenden „Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zu bedarfsgerechten Zielstellungen, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz“; viertens die weiterführende Stellungnahme des vdek „Digitale Gesundheitskompetenz: Definition, Inhalte und Qualitätskriterien der Leistungen“; sowie fünftens die entscheidenden Passagen aus dem Gutachten der Datenethikkommission der Bundesregierung, in denen die sechs Werte *Sicherheit, Privatheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Demokratie* und *Nachhaltigkeit* als ethische und rechtliche Grundsätze für das Digitalzeitalter in Deutschland entwickelt werden.

Schließlich stellen wir mit der *Anlage II: Arbeitsmaterialien* alle Tabellen und Formulare zur Verfügung, die Sachbearbeiter:innen der GKV benötigen, um das hier vorgeschlagene Verfahren umgehend eigenständig anzuwenden.

2. Sieben konzeptionelle Kriterien für die Auswahl von Angeboten zur DGK

Der GKV-Spitzenverband hat im Jahr 2020 allgemeine Anforderungen definiert, die Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V erfüllen sollten. Diese Mindestanforderungen umfassen die Fragen, ob „Ziele und Zielgruppe/Zielgruppen des Angebotes spezifiziert“ sind, ob „der methodische Ansatz nachvollziehbar dargelegt“ ist, ob „die zu erwartende Zielerreichung benannt“ ist, ob „benachteiligten Zielgruppen eine erleichterte Inanspruchnahme ermöglicht“ wird, ob „den Versicherten individuelle und leicht verständliche Unterstützung beim Zugang zur Leistung und bei Verständnisfragen“ wird, ob die „Merkmale, Leistungsfähigkeit und Grenzen“ weiterer digitaler Angebote neutral dargestellt werden und ob schließlich „Verfasser, Herausgeber und Finanzierer der Leistung transparent dargestellt [sind]“¹³.

Der vdek hat hierauf aufbauend im Frühjahr 2021 „Grundzüge für mögliche gemeinsame Leistungen der Ersatzkassen zur Umsetzung des § 20k SGB V“¹⁴ erarbeitet und dabei sowohl ein konsentiertes Verständnis des Konzepts „Digitale Gesundheitskompetenz“ vorgelegt als auch die vom GKV-Spitzenverband skizzierten Qualitätskriterien weiter präzisiert. Beides verdient Beachtung: die Definition von DGK, weil ansonsten unklar bliebe, was eigentlich der sachliche Gegenstand der hier zur Diskussion stehenden Qualitäts- und Evaluationskriterien ist; und die konzeptionellen Qualitätskriterien, weil sie das Fundament für alle potenziell darüberhinausgehenden inhaltlichen und curricularen Qualitätskriterien bilden.

2.1 Der Begriff „Digitale Gesundheitskompetenz“ und das Ideal der Patientenmündigkeit

In den vergangenen Jahren wurden unterschiedliche Definitionsvorschläge für den Begriff der „Digitalen Gesundheitskompetenz“ entwickelt, sowohl in den Gesundheitswissenschaften und Krankenkassen als auch von Forschungs- und Beratungseinrichtungen. Die einzelnen Positionen und Entwicklungsstränge innerhalb dieser Diskussion müssen hier nicht im Detail rekonstruiert werden, denn spätestens seit den jüngsten Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes und des vdek darf für die deutsche Gesundheitspolitik vorerst dasjenige Verständnis von DGK als konsentiert gelten, das Müller/Samerski (2019) vorgelegt haben.¹⁵ Es lautet:

¹³ GKV-Spitzenverband: *Regelungen des GKV-Spitzenverbands zur bedarfsgerechten Zielstellung, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz* (2020), S. 3f. Siehe Anlage I: *Maßgebliche Texte*.

¹⁴ Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) 2021, S. 3–4.

¹⁵ Der SVR-Gesundheit spricht sich zwar für eine knappere Definition von DGK aus, greift dabei – neben einem älteren Vorschlag von Sørensen et al. (2012) – ebenfalls maßgeblich auf die Definition von Müller/Samerski (2019, S. 49) zurück. Demzufolge bezeichnet DGK „die Fähigkeit, das Wissen und die Motivation, digitale Technologien selbstbestimmt in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung zu nutzen. Hierzu gehört auch, mögliche gesundheitliche Gefahren durch die Nutzung digitaler Angebote erkennen und abwägen zu können. Die digitale Gesundheitskompetenz befähigt Bürgerinnen und Bürger einschließlich Angehörige von Heilberufen, digitale Gesundheitsinformationen und -anwendungen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, um informierte Entscheidungen zu treffen.“ (SVR-Gesundheit 2021, S. 266).

Digitale Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, digitale Technologien selbstbestimmt zu nutzen zum Zweck der Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit. Sie versetzt Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer in die Lage, Gesundheitsinformationen zu finden und zu bewerten, gesundheitsrelevante persönliche Daten bei Bedarf zu schützen oder freizugeben, Funktionsweisen, Ergebnisse und Folgen von digitalen Gesundheitsanwendungen einzuschätzen, Vor- und Nachteile abzuwägen und entsprechend zu handeln.

Digitale Gesundheitskompetenz befähigt Patientinnen und Patienten bzw. Versicherte, gesundheitskompetente Organisationen zu erkennen. Merkmale dieser Organisationen sind eine transparente und öffentlich zugängliche Digital Policy, eine hohe Informationsqualität und Datensicherheit zu garantieren und die Digitale Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten gezielt zu berücksichtigen und zu fördern.

Digitale Gesundheitskompetenz entsteht durch die Interaktion von individuellen Fertigkeiten und sozio-technologischen Rahmenbedingungen. Sie schließt sowohl bei Personen als auch bei Organisationen das Bewusstsein über die ethischen, rechtlichen und sozialen Implikationen ein und befähigt sie dazu, den digitalen Wandel gesundheitsförderlich zu gestalten.¹⁶

Diese ausführliche Bestimmung von DGK muss hier nicht in allen Facetten interpretiert werden. Vielmehr sind vor allem zwei Dimensionen von Interesse.

Zunächst lässt sich aus dieser nunmehr konsentierten Bestimmung zusammenfassend schlussfolgern, dass DGK beim *einzelnen Versicherten* drei wesentliche Dimensionen umfasst, nämlich (a) das digitale Grundverständnis und Urteilsfähigkeit in Gesundheitsfragen, (b) das Bewusstsein für ethische, soziale und rechtliche Implikationen, die sich aus der Nutzung digitaler Gesundheitsleistungen ergeben, sowie (c) die digitale Nutzungskompetenz mit Blick auf die eigene Gesundheit. Dies sind folglich die drei leitenden Ziele, die mit Angeboten zur DGK erreicht werden sollen. An dieser dreiteiligen Binnendifferenzierung von DGK wird sich daher auch die dreiteilige Werte-Matrix im (5.) Abschnitt konsequent orientieren.

Für die einfachere, einteilige Werte-Matrix lässt sich das übergeordnete Ziel für alle Angebote zur Förderung der DGK hingegen auf noch grundlegendere Weise zusammenfassen: Angebote zur DGK sollten das Ziel verfolgen, die *Mündigkeit der Versicherten in ihrem Umgang mit einem zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen zu stärken*. Dieses übergeordnete Ziel steht im Einklang mit grundlegenden normativen Überzeugungen unserer westlichen Kultur, in der die individuelle Selbstbestimmung und in deren Folge die Patientenmündigkeit ein zentrales medizinethisches Prinzip darstellt, insbesondere als Abwehr gegenüber ärztlichem Paternalismus.¹⁷ Zugleich ist diese Idee, oder genauer: das *Ideal* vom mündigen Patienten gerade in Phasen von akuter Krankheit und Leid höchst anspruchsvoll und daher oft fragil. So bemerkt

¹⁶ Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) 2021, S. 4. Damit ersetzt der vdek gegenüber der ursprünglichen Definition von Müller/Samerski (2019, S. 49) lediglich ein einziges Wort im letzten Absatz, und zwar das ursprüngliche „Fähigkeiten“ durch „Fertigkeiten“, um zu betonen, dass es sich hierbei weniger um angeborene als vielmehr um aktiv erworbene, tendenziell umsetzungsbezogene Kompetenzen handelt (s. Verband der Ersatzkassen e.V.(vdek) 2021, S. 6).

¹⁷ Diesen Gedanken hat in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kaum jemand so wirkmächtig formuliert wie Beauchamp, Tom F.; Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2019. In diesem mittlerweile in zahlreichen Auflagen erschienenen Werk (erstmalig: 1977) formulieren die beiden Philosophen vier mittlere, auf unterschiedliche ethische Traditionen zurückgreifende Prinzipien der Medizinethik, die insbesondere auf das ärztliche und pflegerische Handeln ausgerichtet sind und an denen sich die internationale Diskussionslandschaft seitdem weitgehend orientiert. Diese vier Prinzipien lauten: Selbstbestimmung, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit.

Gernot Böhme mit Recht: „Auch als Patient mündig zu sein, als mündig angesehen zu werden, ist quasi Ehrensache, eine Sache des Respekts, der einem im Krankheitsfalle entgegengebracht werden sollte. Freilich spürt man, dass diesen Status auch wirklich auszufüllen man vielleicht nicht in der Lage sein könnte, dass die Idee des mündigen Patienten einem etwas abverlangen könnte, was man gerade im leidenden Zustand nicht leisten kann.“¹⁸

Bevor daher die Mündigkeit der Versicherten unter den Bedingungen des zunehmend digitalisierten Gesundheitswesens angestrebt werden kann, ist es wichtig festzuhalten, dass diese Mündigkeit bereits unter vordigitalen, analogen Bedingungen latent gefährdet ist. Dies hat sowohl strukturelle als auch existenzielle Gründe. Zu den strukturellen Gründen zählt insbesondere die Tatsache, dass Mündigkeit ein hohes Maß an Wissen voraussetzt. Das beginnt bereits bei der Fähigkeit, die Beipackzettel von Medikamenten oder die Risiken von operativen Eingriffen zu verstehen und sie – zumeist ohne vertiefte Kenntnisse von Wahrscheinlichkeitsrechnung und Statistik – für das eigene Leben abzuwägen, um auf dieser Grundlage wiederum Therapien zu beginnen oder Einverständniserklärungen zu unterzeichnen.¹⁹ Zudem müssten Versicherte alternative Wissens- und Heilverfahren jenseits der Schulmedizin kennen und deren evidenzbasierte Seriosität einschätzen können, etwa traditionelle chinesische, ayurvedische oder homöopathische Ansätze. Denn eine Entscheidung für oder gegen eine Therapie lässt sich überhaupt nur dann als echte Entscheidung einstufen, wenn sie unter Abwägung unterschiedlicher Möglichkeiten getroffen wird.

Darüber hinaus muss ein mündiger Patient die Regeln und Üblichkeiten des Gesundheitssystems kennen, etwa das System von Diagnose, Therapie und Rehabilitation, die Kompetenzaufteilung zwischen unterschiedlichen Facharztgruppen und die daraus entstehenden Chancen und Risiken für den eigenen Diagnose- und Therapieprozess, aber auch die Regeln und Hierarchien im Krankenhaus mitsamt ihren möglichen Auswirkungen auf die eigene Behandlung. Verfügt man über solches Wissen nicht, kann man „in eine Eskalation von Diagnose und Gesundheitschecks hineingeraten, man kann sich in einer Kette von Medikation und Medikation der Nebenwirkungen von Medikamenten verlieren, ja man kann in seiner Lebensführung von einem System therapeutischer Maßnahmen abhängig werden“.²⁰

Jenseits dieses unumgänglichen, wenngleich immer noch laienhaften Maßes an *Sachwissen* müssen Versicherte daher auch über *existenzielles* Wissen verfügen.²¹ Dieses Wissen ist kein Wissen mehr über medizinische Fakten oder soziale Praktiken, sondern ein Wissen über sich selbst und die eigene Werteorientierung. Hierzu zählt etwa, den eigenen Körper und die eigene Lebensgeschichte zu kennen, aber auch, die eigene Gesundheit für den persönlichen Lebensvollzug im Verhältnis zu anderen, potenziell gesundheitsschädlichen Gütern einzuordnen, etwa den Genuss bestimmter Lebensmittel oder die Ausübung sogenannter

¹⁸ Gernot Böhme: *Leib. Die Natur, die wir selbst sind*, Berlin 2019, S. 79.

¹⁹ Vgl. Böhme (2019), S. 86.

²⁰ Böhme (2019), S. 87.

²¹ Vgl. für diese Unterscheidung Böhme (2019), S. 85–91.

Risikosportarten. Denn auch wenn sich die meisten Menschen darin einig sein mögen, dass „Gesundheit zwar nicht alles ist, ohne Gesundheit aber alles nichts ist“, so unterscheiden sich die konkreteren Vorstellungen davon, *wie wichtig genau* die Leistungsfähigkeit des eigenen Körpers oder des eigenen Geistes für ein gutes Leben ist, durchaus erheblich. Diese Fähigkeit, den Stellenwert der Gesundheit für den eigenen Lebensentwurf einzuordnen und abzuwägen, zeichnet sich dadurch aus, dass sie zutiefst subjektiv ist und folglich an niemanden delegiert werden kann. Sie ist daher der wesentliche Anteil, den Versicherte in die Therapieentscheidung einbringen können.²²

Was im noch weitgehend analogen Gesundheitswesen galt, gilt daher umso mehr für das zunehmend digitalisierte Gesundheitswesen: Dass Versicherte informierte, reflektierte und in diesem Sinn mündige Entscheidungen im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten treffen, erfordert ein erhebliches Maß an Wissen, Selbstkenntnis sowie Fähigkeit zur Folgenabschätzung. Um beides zu entwickeln, benötigen sie zunächst Unterstützung und Orientierung, die ihnen zukünftig vor allem durch ihre GKV bereitstehen soll. Gelingt dies, können die GKV einen substanziellen Beitrag dazu leisten, das ursprüngliche Ideal der Aufklärung, an dem wir uns gesellschaftlich nach wie vor orientieren, zu verwirklichen und *zugleich* dem Ziel der Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit zu dienen. Dieses Ideal hat kaum jemand so prominent und wirkmächtig formuliert wie Immanuel Kant: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen.“²³ Diese Ex-negativo-Bestimmung kann positiv gewendet und auf die aktuellen Herausforderungen bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens angewandt werden. Demnach kommen die GKV ihrem ethischen und rechtlichen Auftrag, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, insbesondere dadurch nach, dass sie ihre Versicherten darin unterstützen, einen möglichst gut informierten, kritisch-reflektierten und insofern selbstbestimmten Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten zu entwickeln.

Auch in der internationalen Diskussion betonen Autoren wie Don Nutbeam, der maßgeblich zur WHO-Definition von *Health Literacy* beigetragen hat, dass Gesundheitskompetenz letztlich dieser Befähigung und Ermächtigung der Menschen als Versicherte bzw. Patientinnen dient: “Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people’s access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.”²⁴

Je besser die GKV diesen Auftrag zur Förderung der DGK erfüllen, desto überflüssiger werden sie hierin schrittweise für ihre Versicherten. Denn das Ideal der Patientenmündigkeit umfasst

²² Diese Zielsetzung ist auch sozialrechtlich normiert, etwa als „Beteiligung von Patienten“ (§ 1, 70 SGB V) oder als Verpflichtung zur „informierten Entscheidung“ (*informed consent*) im Behandlungsprozess (§ 630e,f BGB).

²³ Kant, Immanuel: *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?*, in: Berlinische Monatsschrift 1783, II. Band, S. 516.

²⁴ Nutbeam, Don: *Health promotion glossary*, in: Health Promotion International 1998, 13 (4), S. 349–364, hier: S. 357.

auch und gerade im Digitalzeitalter per definitionem die Idee, dass sich Versicherte von der Abhängigkeit von Expert:innen befreien, um selbstbestimmte Entscheidungen zu ihrer eigenen Gesundheit zu treffen. Auch diese Pointe des Mündigkeitsideals betont schon Kant: „Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich Gewissen hat, einen Arzt, der für mich die Diät beurteilt, so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen.“²⁵ Mit dieser ironisch-kritischen Pointe erinnert Kant daran, dass ein wesentlicher Grund für Unmündigkeit darin besteht, sich in der eigenen Lebensführung allzu sehr auf den Rat von Experten zu verlassen, anstatt zu akzeptieren, dass gerade gesundheitsbezogene und existenzielle Fragen letztlich von uns selbst beantwortet werden müssen und eine gut informierte, reflektierte und abgewogene Entscheidung daher jede Mühe wert ist. Versicherte in ihrer digitalen Gesundheitskompetenz zu stärken bedeutet für die GKV daher nicht nur, ihnen Wissen und Informationen zum digitalisierten Gesundheitswesen zu vermitteln, sondern auch und insbesondere, sie in ihrer eigenständigen Urteilskraft zu stärken und sie zu selbstbestimmten Entscheidungen zu befähigen und zu ermutigen.²⁶

Hieraus folgt auch jene zweite Dimension der obigen Definition von DGK, die für die folgenden Ausführungen von zentraler Bedeutung ist: Angebote zur DGK sind *nicht wertneutral*. Vielmehr ist das Ziel, die Souveränität und Mündigkeit der Versicherten im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten zu stärken, per se ein *normatives Ziel*, wie überhaupt Bildungsveranstaltungen niemals wertneutral sein können, sondern stets normative Zielvorstellungen verfolgen. Diese transparent zu machen, ist sowohl gegenüber den Versicherten als auch gegenüber Drittanbietern ein hohes und notwendiges Gebot, wenn solche Angebote nicht Gefahr laufen sollen, ihre Ziele zu verbergen oder gar manipulativen Charakter anzunehmen. Doch eine Transparenz der Ziele allein reicht noch nicht aus. Es bedarf nach gegenwärtigem Stand zudem einer *Explikation und Präzisierung* der Ziele, die mit Angeboten zur DGK verfolgt werden sollen, um diese sowohl hinreichend verständlich als auch diskursiv verhandelbar zu

²⁵ Kant (1783), S. 516. Mit „Diät“ wurde im 18. Jahrhundert nicht nur eine bewusste Ernährung, sondern eine gesundheitsbewusste Lebensführung im Ganzen bezeichnet.

²⁶ Dass GKV die DGK ihrer Versicherten vor allem dadurch fördern, dass sie sie zum selbstständigen Abwägen und Entscheiden befähigen und ermutigen, lässt sich ebenfalls aus Kants näherer Bestimmung von Mündigkeit ableiten: „Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschliebung und des Mutes liegt sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Sapere aude! Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! ist also der Wahlspruch der Aufklärung.“ (Kant 1783, S. 516) Dieses Ziel haben auch Müller/Samerski im Blick, wenn sie betonen, dass es „nicht nur ein ethisches, sondern auch ein soziales und gesundheitspolitisches Erfordernis [ist], die Förderung von Wissen und Kompetenzen angesichts von *Digital Health* nicht nur am Ziel ‚Verbesserung der Gesundheit‘, sondern auch am Ziel ‚Stärkung der digitalen Selbstbestimmung‘ auszurichten.“ (Müller/Samerski 2018, S. 116) Gleichwohl ist es wichtig zu bedenken, dass Versicherte ihre Selbstbestimmung auch dadurch verwirklichen können, dass sie eine Gesundheitsentscheidung teilweise an Ärztinnen oder enge Vertraute übergeben. Der entscheidende Unterschied zu einer im kantischen Sinn „unmündigen“ Entscheidung besteht hier darin, dass es sich um eine informierte, reflektierte und damit bewusste Entscheidungsdelegation handelt. In solchen Fällen lässt sich von „assistierter Mündigkeit“ (Böhme 2019, S. 87) sprechen oder auch von „gestützter Autonomie“ (vgl. Geisler, Linus S.: *Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung*, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 129 (2004), S. 453-456).

machen. Zu dieser Explikation und Präzisierung der Ziele von Angeboten zur DGK sollen die folgenden Überlegungen einen wesentlichen Beitrag leisten.

2.2 Der erste Schritt: sieben konzeptionelle Qualitätskriterien für Angebote zur DGK

Bei den Zielen, die mit Angeboten zur DGK erreicht werden sollen, handelt es sich um grundlegende Fertigkeiten, die von langfristiger Bedeutung für eine gesundheitlich selbstbestimmte Lebensführung im Digitalzeitalter sind. Wie bereits angedeutet, haben sowohl der GKV-Spitzenverband als auch der vdek in Reaktion auf die Verabschiedung des § 20k mittlerweile erstmals präzisiert, welche Qualitätskriterien sie bei Angeboten zur DGK für wesentlich halten. Der GKV-Spitzenverband beschränkte sich zunächst darauf, sieben Kriterien zu formulieren, die letztlich nicht DGK-spezifisch, sondern Minimalanforderungen für seriöse Bildungsangebote im Allgemeinen sind. Demzufolge sollten Angebote zur DGK (1.) ihre Zielgruppe spezifizieren, (2.) einen nachvollziehbaren methodischen Ansatz vorlegen, (3.) explizite Ziele benennen, die mit dem Angebot erreicht werden sollen, (4.) Menschen aus benachteiligten Zielgruppen die Teilnahme erleichtern, (5.) alle Versicherten individuell bei Zugangs- und Verständnisfragen unterstützen, (6.) sich neutral gegenüber allen weiteren digitalen Gesundheitsangeboten verhalten, auf die im Rahmen der Veranstaltung hingewiesen wird, sowie (7.) transparent mit Verfasser, Herausgeber und Finanzier des Angebots umgehen.²⁷

Wie ergänzungsbedürftig diese noch weitgehend allgemeinen und überdies primär formalen Kriterien bleiben, gesteht der GKV-Spitzenverband umgehend selbst ein. So betont er bereits in der Präambel seiner Regelungen zur Umsetzung des § 20k, dass „[a]ufgrund der Neuartigkeit der Leistungen zur digitalen Gesundheitskompetenz und der schnellen Entwicklung digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen [...] zunächst nur generelle Regelungen getroffen werden [können], die in Zukunft weiterentwickelt werden können“.²⁸

Diese Weiterentwicklungen sind mittlerweile auf dem Weg: Zum einen hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen seines ersten *Berichts an das Bundesministerium für Gesundheit* einen Katalog mit 30 Fragen an alle GKV zu ihren bisherigen sowie zu ihren perspektivisch geplanten Angeboten zur DGK versandt, der diese sieben Kriterien zumindest in sich weiter differenziert. Zudem hat der vdek erstmalig beispielhafte Module für konkrete Bildungsangebote zur Förderung der DGK für unterschiedliche Zielgruppen, Themenschwerpunkte und Anspruchsniveaus konzipiert. Damit konkretisiert der vdek die vom GKV-Spitzenverband noch ausgesparten „vertiefende[n] Qualitätskriterien zur Bewertung von Maßnahmen zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz“²⁹ einen Schritt weiter.

²⁷ Regelungen des GKV-Spitzenverbands (2020), S. 3f.

²⁸ Regelungen des GKV-Spitzenverbands, (2020), S. 1.

²⁹ Verband der Ersatzkassen (vdek) 2021, S. 24-26.

Tatsächlich bieten diese Ausführungen die bislang weitreichendsten Bestimmungen dazu, wie die in der Definition von DGK enthaltenen inhaltlichen und normativen Ziele erreicht werden sollen. Da sie zugleich den aktuellen Konsens zwischen den GKV bilden, können diese sieben Kriterien als *notwendige Qualitätskriterien* für die Evaluation von Angeboten zur Förderung der DGK und damit bis auf weiteres als stabiles Fundament für alle weiteren Evaluationskriterien gelten.

Gerade bei der Sichtung und Beurteilung von Angeboten zur DGK kann es jedoch helfen, sie nochmals zu systematisieren und punktuell zu präzisieren. Dies kann gelingen, indem sie auf übersichtliche Weise in Tabellenform dargestellt werden und mit konkreten Fragen an ein jeweiliges Bildungsangebot bzw. einen jeweiligen Bildungsanbieter verbunden werden. Diese Fragen sollten, so unser Vorschlag, sodann mit drei Antwortmöglichkeiten versehen werden: mit der Antwort „nein“, wenn ein Angebot das erfragte Kriterium kaum bis gar nicht berücksichtigt; mit der Antwort „teilweise“, wenn ein Angebot das erfragte Kriterium zwar nicht systematisch und umfassend integriert, es aber durchaus punktuell benennt und anstrebt; sowie mit der Antwort „ja“, wenn ein Angebot das erfragte Kriterium auf umfassende und überzeugende Weise präzisiert und verfolgt.

Wir schlagen zusätzlich vor, dass in den beiden letztgenannten Fällen jene Beschäftigten einer GKV, die mit der Evaluation solcher Angebote betraut sind, diese Antwort zumindest kurz begründen – entweder in Stichworten oder in prägnanten Sätzen, mit denen sie auf konkrete Belegstellen im Angebot verweisen. So kann zum einen verhindert werden, dass solche Antworten leichtfertig oder vage gegeben werden, und zum anderen werden die Begründungen für solche Antworten auf diesem Weg transparent und nachvollziehbar.

Damit ergibt sich das in der folgenden Tabelle zusammengefasste Bild für die sieben konzeptionellen Qualitätskriterien: *Ziele, Didaktik, Methoden, Formate, Abgrenzung der Zielgruppe(n), Beteiligung der Zielgruppe(n), Qualitätssicherung*.

2.3 DGK-Matrix I: Sieben konzeptionelle Qualitätskriterien für Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V auf der Basis der Vorgaben des vdek³⁰

Tabelle 1: DGK- Matrix I: Sieben konzeptionelle Qualitätskriterien für Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V auf der Basis der Vorgaben des vdek

Kriterien	Fragen	Antwort	Erläuterung
1. Ziele	Benennt das Angebot die wesentlichen inhaltlichen Lernziele der Module (Haupt-/Nebenziele) sowie die angestrebten Kompetenzen der TN?	<ul style="list-style-type: none"> • Nein • Teilweise • Ja 	Wenn „teilweise“, bitte erläutern: Wenn „ja“, bitte erläutern:
2. Didaktik	Bietet das Angebot ein systematisches und abwechslungsreiches didaktisches Gesamtkonzept?	<ul style="list-style-type: none"> • Nein • Teilweise • Ja 	Wenn „teilweise“, bitte erläutern: Wenn „ja“, bitte erläutern:
3. Methoden	Spezifiziert das Angebot unterschiedliche Vermittlungsmethoden?	<ul style="list-style-type: none"> • Nein • Teilweise • Ja 	Wenn „teilweise“, bitte erläutern: Wenn „ja“, bitte erläutern:
4. Formate	Bietet das Angebot unterschiedliche, auf die Zielgruppen und Vorwissensstände abgestimmte Lernformate?	<ul style="list-style-type: none"> • Nein • Teilweise • Ja 	Wenn „teilweise“, bitte erläutern: Wenn „ja“, bitte erläutern:
5. Abgrenzung der Zielgruppe(n)	Sind die Zielgruppen präzisiert, mit ihren Besonderheiten identifiziert und werden sie individuell angesprochen?	<ul style="list-style-type: none"> • Nein • Teilweise • Ja 	Wenn „teilweise“, bitte erläutern: Wenn „ja“, bitte erläutern:
6. Beteiligung der Zielgruppe(n)	Werden die Zielgruppen bei der Angebotsentwicklung beteiligt? Können sich die TN aktiv in den Modulen einbringen und diese anschließend evaluieren?	<ul style="list-style-type: none"> • Nein • Teilweise • Ja 	Wenn „teilweise“, bitte erläutern: Wenn „ja“, bitte erläutern:
7. Qualitätssicherung	Wird die technische, datenschutzrechtliche, didaktische und inhaltliche Qualität der Module mindestens ein Mal jährlich evaluiert und ggf. aktualisiert?	<ul style="list-style-type: none"> • Nein • Teilweise • Ja 	Wenn „teilweise“, bitte erläutern: Wenn „ja“, bitte erläutern:

³⁰ QUELLE: VDEK (?) Welches Dokument? In vdek 2021 kann ich die 7 konzeptionellen Kriterien nicht finden!

Anschließend schlagen wir vor, die jeweils drei Antwort-Optionen mit einem einfachen Punkte-Verfahren zu verbinden: Ein Angebot, für das die Frage zu einem der Kriterien mit „nein“ beantwortet werden muss, erhält keinen Punkt (0). Verfolgt und verwirklicht ein Angebot das infrage stehende Kriterium „teilweise“, erhält es einen Punkt (1). Erfüllt es das Kriterium hingegen sehr überzeugend und wird folglich die Antwort „ja“ gewählt, erhält es zwei Punkte (2). So kann ein Angebot im Rahmen dieses ersten Prüfschritts mit sieben Fragen zu den zentralen konzeptionellen Qualitätskriterien insgesamt 14 Punkte erzielen. Diese Fragen und die mit ihnen verbundenen Punkte bilden wiederum das Fundament für eine genauere und vertiefte Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK.

Denn so wichtig diese konzeptionellen Kriterien als notwendige Minimalbedingungen guter Angebote zur Förderung der DGK sind, so wenig hinreichend sind sie, wenn derartige Angebote tatsächlich *inhaltlich* beurteilt werden sollen. Denn auf der Grundlage formaler und konzeptioneller Kriterien lässt sich keine substantielle Qualitätsbewertung entwickeln, die dazu dienen kann, die Angebote gegeneinander abzuwägen und sich auf gut begründete Weise für eines zu entscheiden. Vielmehr würden solche konzeptionellen Kriterien, blieben sie für sich allein, einen allzu großen Spielraum für völlig unterschiedliche Angebote mit stark divergierenden Bewertungsmaßstäben und damit potenziell willkürlichen, ungerechten und qualitativ nicht befriedigenden Ergebnissen eröffnen.

Wir plädieren daher dafür, die verbandspolitisch bereits konsentierten sieben konzeptionellen Kriterien **durch inhaltliche und insofern hinreichende Kriterien zu ergänzen**. Wie bereits angedeutet, sollten diese Kriterien einerseits *hinreichend generell* sein, um unterschiedliche Themen, Technologien und Zielgruppen zu berücksichtigen; zugleich sollten sie *hinreichend substantiell* sein, um nicht vage oder gar beliebig zu werden, sondern einen dauerhaft belastbaren normativen Orientierungsrahmen zu bieten. Unter diesen Vorzeichen sprechen mehrere Gründe dafür, sich an konkreten Werten zu orientieren. Dieser Ansatz soll im Folgenden zunächst erläutert werden.

3. Warum Werte?

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist ein weitgefächertes und anspruchsvolles Themenfeld, gerade für Versicherte und Nicht-Expert:innen, die zumeist als unmittelbar Betroffene oder sogar akut Notleidende nach Hilfe und Unterstützung suchen. Für sie stellt sich etwa die Frage, wie sie Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangebote im Rahmen ihrer Online-Recherchen finden und dabei medizinisch seriöse Quellen von anderen unterscheiden können. Ebenso stehen sie vor der Herausforderung, von Gesundheits-Apps, digitalen Angeboten zur Entscheidungsunterstützung oder telemedizinischen Angeboten überhaupt erst zu erfahren, deren Nutzen und Risiken sodann eigenständig abzuwägen und sie schließlich gezielt und bewusst für den eigenen Bedarf zu nutzen. Auch der Umgang mit der elektronischen Patientenakte (ePA) gewinnt an Bedeutung. Im Verlauf des Jahres 2021 konnten bei einigen GKV bereits Befunde, Diagnosen, Notfalldaten, Medikationspläne, Therapien sowie ein persönliches Schmerztagebuch im internen Versichertenbereich angelegt, gespeichert und selektiv freigegeben werden. Im Jahr 2022 sollen schrittweise der elektronische Impfpass, das Zahnbonusheft, der Mutterpass sowie das Kinderuntersuchungsheft folgen. Die in der ePA gespeicherten Daten zählen somit zu den persönlich sensibelsten Informationen, die sich überhaupt mit anderen Menschen teilen lassen. Zudem betreffen mehrere Nutzungsmöglichkeiten der ePA auch sensible Gesundheitsdaten Dritter, insbesondere die der eigenen Kinder. In anderen Fällen wiederum sehen sich Menschen mit den verheißungsvollen Möglichkeiten KI-gesteuerter Systeme konfrontiert und müssen sich entscheiden, ob und wie sie diese nutzen wollen, etwa im Fall von Pflege- und Operationsrobotern.

Die TK vereint mit ihrer elektronischen Patienten-Akte „TK-Safe“ gegenwärtig den Großteil aller Nutzerinnen und Nutzer eines solchen Angebots in Deutschland und nimmt so eine Vorreiterrolle ein. Seit dem Opt-In-Start verfügen 0,51 Prozent der gesetzlich Versicherten über eine elektronischen Patientenakte (ePA). Rund 68 Prozent von diesen nutzen die ePA der TK („TK-Safe“).³¹

Schon diese Beispiele legen nahe, dass zukünftige Angebote zur DGK inhaltlich und methodisch danach beurteilt werden sollten, wie sie Versicherten theoretisch fundiert und zugleich praxisorientiert den *Zugang zu* sowie den *Umgang mit* diesen Technologien vermitteln und individuell unterstützen, um sie in ihrer digitalen Mündigkeit zu stärken. Die Vielzahl an Technologien und Themen spricht jedoch dagegen, jeweils spezifische Ziele für „gute“ Angebote zur Förderung der DGK festzulegen. Eine solche Liste wäre uferlos lang und müsste angesichts der hohen digitaltechnologischen Innovationsgeschwindigkeit permanent überarbeitet und aktualisiert werden. Damit wäre sie nicht nur ein allzu enges Korsett für die Entwicklung

³¹ TK (Hrsg.): *Besser versorgt 2025. Gesundheitsversorgung – worauf es jetzt ankommt*. Die Position der TK, S. 18, abrufbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2122568/eb335a9323766c3ad417c0bcc403376c/tk-positionspapier-besser-versorgt-2025-data.pdf>.

und fortlaufende Aktualisierung hochwertiger Angebote, sondern auch ein bürokratisches Hindernis für die GKV selbst ebenso wie für Drittanbieter.

Somit stellt sich die Frage, auf welche Weise beide Extreme vermieden werden könnten – also sowohl der Verzicht auf substanzielle Qualitätskriterien ebenso wie die Überregulierung durch allzu kleinteilige Qualitätskriterien für zukünftige Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k.

Dieser Mittelweg für hinreichend generelle und zugleich hinreichend substanzielle Qualitätskriterien wird am vielversprechendsten durch eine *werteorientierte Herangehensweise* verwirklicht. Denn Werte, hinreichend präzisiert, bewegen sich sozusagen auf einer mittleren Flughöhe zwischen einem zu luftigen Abstraktionsgrad einerseits und zu viel Bodennähe andererseits, bei der die Übersicht über die grundlegenden Ziele verloren geht. Insbesondere in der Philosophie, namentlich in der angewandten Ethik und Erkenntnistheorie, aber auch in der (Gesundheits)Politik besteht eine einflussreiche, bis in die griechische Antike zurückreichende Tradition, die Lebenspraxis von Individuen, aber auch die Entwicklung von Organisationen sowie die normativen Rahmenbedingungen für Gesellschaften anhand konkreter Werte zu bemessen und zu beurteilen.

Eine solche Werteorientierung bietet dennoch theoretische Untiefen wie auch praktische Risiken. Zu den *theoretischen* Untiefen zählt bereits die Frage, ob und inwiefern Werte überhaupt existieren und wie sie uns zugänglich sind; immerhin wachsen sie nicht auf der Wiese wie Bäume und stehen nicht auf dem Schreibtisch wie ein Computer oder Wasserglas.³² Zu den *praktischen* Risiken zählt mittlerweile insbesondere die Tendenz, allzu leichtfertig und selbstgewiss mit Werten zu kommunizieren und sie etwa für die Rechtfertigung des persönlichen, organisationalen und staatlichen Handelns einzusetzen oder gar nur noch für die Selbstvermarktung zu nutzen. Insbesondere im Umfeld der „nachhaltigen“ Bemühungen von Unternehmen, zu einer ökologisch und sozial lebenswerten Zukunft beizutragen, ist die Absicht, das eigene Handeln als besonders verantwortungsvoll darzustellen, mittlerweile allgegenwärtig. Außenstehenden fällt es daher immer schwerer, zwischen proklamiertem Anspruch und gelebter Wirklichkeit, zwischen Sein und Schein zu unterscheiden. Für diese strategische Wertekommunikation, bei der Werte nicht in ihrem ethischen Eigenrecht und mit ihren weitreichenden praktischen Konsequenzen ernst genommen, sondern vor allem für

³² In der philosophischen Theoriegeschichte ist es insbesondere die von Platon und Aristoteles begründete *Tugendethik*, die Werte in den Mittelpunkt der Ethik, aber auch der Psychologie und Staatstheorie stellt. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gerieten Werttheorien zunehmend in Verdacht, einen allzu elitären oder auch intuitionistischen Pfad einzuschlagen, auf dem vor allem die Philosophen selbst über die Fähigkeit verfügen, Werte wahrzunehmen. Ein Autor, dem dies besonders vorgeworfen wurde, war Max Scheler, der Werte als „klar fühlbare Phänomene“ deklarierte, die zudem in einem eindeutigen hierarchischen Verhältnis zueinander stünden (vgl. Scheler, Max: *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus*, Hamburg 2014). Mittlerweile schließen zahlreiche Autor:innen wieder freier an die Tradition der Tugendethik und Wertetheorie an, um etwa die ethischen Fragwürdigkeiten der Digitalisierung normativ zu bewältigen, etwa Sarah Spiekermann: *Digitale Ethik. Ein Wertesystem für das 21. Jahrhundert*, München 2019; vgl. insb. S. 29–58. Andere Ansätze, die ebenfalls über die akademische Diskussion hinauszielen, schlagen noch ausgewogenere Töne an, etwa Andreas Urs Sommer: *Werte. Warum wir sie brauchen, obwohl es sie nicht gibt*, Stuttgart 2016.

das eigene Reputationsmanagement und damit letztlich für ökonomische Ziele instrumentalisiert werden, hat sich in der Fachdiskussion und mittlerweile sogar in der Medienlandschaft der Begriff des *Greenwashing* etabliert. Wie gezielt und teils geradezu artistisch derartige Ansätze von „Grünfärberei“ verfolgt werden, lässt sich schon daran ablesen, dass selbst internationale Beratungsgesellschaften mittlerweile ganze Kataloge unterschiedlicher *Greenwashing*-Methoden differenzieren und für ihr primär unternehmerisches Publikum publizieren.³³

Ähnliches gilt für die Bemühungen von Unternehmen, sich überdies öffentlich zu den ethischen Herausforderungen einer beschleunigten Digitalisierung zu positionieren. So veröffentlichten etwa immer mehr Unternehmen der Digitalwirtschaft mit oft eindrucksvoller Rhetorik einen „Code of Ethics for Artificial Intelligence“ oder auch ethische Leitlinien für die eigene Entwicklung digitaler Geschäftsmodelle. Hier stehen meist Werte wie „Vertrauen“, „Nachhaltigkeit“ oder „soziale Verantwortung“ im Zentrum der Bekundungen. So ernst diese im Einzelfall gemeint sein mögen, bleibt gleichwohl festzuhalten, dass solche Formen der Werteorientierung oft vage und zudem kaum unabhängig überprüfbar bleiben. Auch deshalb etabliert sich durch die kritische Begleitung zivilgesellschaftlicher Organisationen und wissenschaftlicher Analysen hier bereits der Terminus des *Ethics Washing* oder auch – in Anspielung auf die immer zahlreicheren *White Paper* – der Terminus des *White Washing* für fragwürdige Formen der Wertekommunikation im Umfeld aktueller digitaletischer Herausforderungen. Angesichts dieser unübersichtlichen Gesamtlage werden mittlerweile auch politische Bemühungen zur Vereinheitlichung und Transparenz von Verantwortungsstandards in der Digitalindustrie erkennbar. Hierzu zählt etwa das Bestreben, einen gemeinsamen europäischen *Code of Conduct* zur Datennutzung zu entwickeln. Dies war bereits ein erklärtes Ziel der EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands im Jahr 2020.³⁴

Ein seriöser werteorientierter Ansatz sollte derartige Fallstricke folglich kennen und vermeiden. Beides ist jedoch möglich und stellt zugleich ein Kernanliegen des vorliegenden Ansatzes dar. Hierfür sollten Werte als Qualitäts- und Evaluationskriterien für Angebote zur DGK präzisiert werden, ohne sie dabei zu vereinfachen oder allzu vage in der Schwebe zu halten, sodass sie in jede Richtung interpretiert werden können.

Ein solcher ernsthaft werteorientierter Weg muss jedoch nicht erst erfunden oder für den Kontext der DGK kreativ herbeidefiniert werden. Im Gegenteil: Es hat sich bereits gezeigt,

³³ PricewaterhouseCoopers: *Nachhaltigkeitsberatung*, abrufbar unter: <https://www.pwc.de/de/nachhaltigkeit.html>.

³⁴ In diesem Zusammenhang benannte Claire Bury, stv. Generaldirektorin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der EU-Kommission, auf einer von der Techniker Krankenkasse unter dem Titel „Digitale Grundrechte in der EU – ein digitaler Kodex für ein neues Zeitalter“ organisierten Konferenz drei wesentliche Elemente für einen solchen *Code of Conduct*: 1. einen eindeutigen rechtlichen Rahmen zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten; 2. Klarheit darüber, welche Folgen es für Patient:innen hat, wenn sie der Nutzung ihrer Gesundheitsdaten zustimmen; 3. Vorgaben zu den technischen Standards bei der Anonymisierung und Pseudonymisierung von Gesundheitsdaten (vgl. Ballast 2021 sowie Böldt 2020).

dass sowohl das konsentiertere Verständnis von DGK als auch die Regelung des § 20k SGB V keineswegs wertneutral sind, sondern die Förderung der *Selbstbestimmung* und *Eigenverantwortung* der Versicherten bereits als zentrales normatives Ziel des Gesetzes benennen. Dieses werteorientierte Ziel wird von den näheren Bestimmungen des GKV-Spitzenverbands ebenso wie vom vdek sogar noch weiter differenziert. Beide Verbände fordern, dass auch Fragen der (Daten)Sicherheit und des Datenschutzes einen hohen Stellenwert im Rahmen der Angebote nach § 20k einnehmen sollten und überdies die „Chancengleichheit“ zugunsten vulnerabler und benachteiligter Zielgruppen besonders berücksichtigt werden sollte. Damit nimmt wiederum der Wert der Gerechtigkeit einen prominenten Platz in der angestrebten Ausrichtung von Angeboten zur DGK ein.

Somit ist festzuhalten: Alle wesentlichen gesundheitspolitischen Ausführungen zum § 20k SGB V wählen bereits einen werteorientierten Weg. Allerdings bestimmen und differenzieren sie diese Werte bislang nicht weiter und prüfen sie auch nicht auf ihre inhärente Stimmigkeit und Vollständigkeit. Diese Systematisierung des werteorientierten Ansatzes sollen im Folgenden geleistet werden.

Dass dieser Ansatz als solcher erprobt und vielversprechend ist, lässt sich zudem daran ablesen, dass gerade die besonders wirkmächtigen Texte, die sich mit den normativen Rahmenbedingungen unseres Zusammenlebens befassen, genau diesen Weg der Werte beschreiten. Sie dürfen daher als Begleiter und Vorbilder verstanden werden, wenn es nun darum geht, eine werteorientierte Förderung von DGK auszuarbeiten. Zu diesen Texten zählt allen voran das deutsche Grundgesetz, das bereits im ersten Satz den Wert der *Menschenwürde* priorisiert³⁵ und aus diesem axiomatischen Wert weitere Grundwerte ableitet wie insbesondere das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung, also die „freie Entfaltung der Persönlichkeit“³⁶, aber auch die Gleichheit aller Bürgerinnen und Bürger vor dem Gesetz mitsamt einem grundsätzlichen Diskriminierungsverbot, darüber hinaus Meinungsfreiheit sowie Glaubens- und Gewissensfreiheit.³⁷

Auch in jüngster Vergangenheit beschreiten die prominentesten politischen Stellungnahmen zu den digialethischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts einen solchen werteorientierten Weg. Sowohl der Bericht der „Hochrangigen Expertengruppe für Künstliche Intelligenz“ (*High Level Expert Group on AI*), die 2018 von der EU-Kommission eingesetzt wurde und im November 2019 ihre *Ethik-Leitlinien für eine vertrauenswürdige KI* veröffentlichte, wählt bereits im Titel ausdrücklich einen werteorientierten Ansatz.³⁸ Auch in den konkreteren

³⁵ Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GG.

³⁶ Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG.

³⁷ Vgl. Art. 3–5 GG.

³⁸ Hochrangige Expertengruppe für Künstliche Intelligenz, eingesetzt von der Europäischen Kommission: *Ethik-Leitlinien für eine vertrauenswürdige Künstliche Intelligenz*, Brüssel 2019.

Ausführungen orientieren sich diese Leitlinien programmatisch an Werten, insbesondere an Selbstbestimmung, Leidvermeidung, Gerechtigkeit und Erklärbarkeit.³⁹

Auch der *Wissenschaftliche Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen* (WBGU) fußt in seinem jüngsten Hauptgutachten „Unsere gemeinsame digitale Zukunft“ seine ebenso differenzierten wie progressiven Empfehlungen zur Verbindung von sozialer und ökologischer Nachhaltigkeit mit den Risiken und Potenzialen der Digitalisierung auf dem Prinzip der Würde als „Ausgangspunkt und Zielbild des normativen Kompasses“⁴⁰ und verfährt in seinen folgenden Einzelanalysen und Empfehlungen primär werteorientiert.

Besonders konsequent orientiert sich die von der deutschen Bundesregierung eingesetzte *Datenethikkommission* in ihrem Gutachten vom Oktober 2019 an insgesamt sieben Werten, mit denen sie sowohl direkt an das Grundgesetz anknüpft als auch die aktuellen digitaletischen und digitalpolitischen Herausforderungen aufgreift und normativ systematisiert. *Diese Werte sind der (übergeordnete) Wert der Menschenwürde sowie die konkreten Werte Sicherheit, Selbstbestimmung, Privatheit, Gerechtigkeit, Demokratie und Nachhaltigkeit.*⁴¹ *Angesichts ihrer tiefen Verankerung in der europäischen Ideengeschichte und politischen Kultur sowie angesichts ihrer hohen Aktualität und Brisanz für das Digitalzeitalter, schlagen wir diese konkreten sechs Werte auch als Grundlage für Qualitäts- und Evaluationskriterien von § 20k-Angeboten der GKV vor. Diese werden von uns im Folgenden grundsätzlich übernommen und zugleich für die Digitalisierung des Gesundheitswesens kontextspezifisch präzisiert. Damit entsteht ein hinreichend substantieller, zugleich aber auch genereller normativer Bezugsrahmen für eine gehaltvolle Evaluation von Angeboten nach § 20k SGB V zur Förderung von Digitaler Gesundheitskompetenz.*

³⁹ Es sollte jedoch angemerkt werden, dass diese Werteorientierung über weite Strecken hinweg tendenziell noch recht vage bleibt. Kritikern zufolge liegt das vor allem an der Industrie-nahen Besetzung dieser Expertengruppe. Vgl. hierfür etwa die Kritik des Philosophen Thomas Metzinger, der einer der wenigen geisteswissenschaftlichen Vertreter in der *High Level Expert Group on AI* war: *Nehmt der Industrie die Ethik weg!*, in: Tagesspiegel, 08.04.2019.

⁴⁰ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU): *Hauptgutachten. Unsere gemeinsame digitale Zukunft*, Berlin 2019, S. 42–46.

⁴¹ Datenethikkommission: *Gutachten der Datenethikkommission* (2019), S. 43–48.

4. Sechs Werte als Orientierungsrahmen für die Evaluation von Angeboten zur DGK

4.1 Menschenwürde als übergeordnetes Prinzip

Der Wert der Menschenwürde ist das tiefste und tragende Prinzip des Grundgesetzes und damit unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung als ganzer. Alle im Grundgesetz verankerten Werte und verbrieften Rechte leiten sich aus dem Wert der Menschenwürde ab. So zentral die Stellung des Würdekonzepts damit ist, so deutungsbedürftig ist es bei näherem Hinsehen, insbesondere angesichts möglicher Gefährdungen unserer Würde im Digitalzeitalter. Grundsätzlich besteht Einigkeit darin, dass wir unter „Würde“ ein genuines **Schutz- und Abwehrrecht jedes einzelnen Menschen gegenüber einem potenziell übergriffigen Staat, potenziell übergriffigen Organisationen sowie potenziell übergriffigen Mitmenschen verstehen**. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass jeder Mensch ein zur freien Willensbildung und eigenständigen Entscheidungsfindung fähiges Wesen ist, dem daher inhärente und unveräußerliche Bedürfnisse, Interessen und Rechte zukommen, unabhängig von seinen sonstigen Eigenschaften oder Leistungen. Daraus folgt normativ, dass der Mensch **nie zum bloßen Mittel für die Zwecke anderer Personen oder Organisationen degradiert werden darf**.

Somit sollte der Mensch stets die Gestaltungshoheit über technische Systeme behalten. Er sollte zudem als verantwortlicher Akteur und nicht als zu optimierende Fehlerquelle verstanden werden und als soziales Beziehungswesen geachtet werden, das im Umgang mit Digitaltechnologie von dieser nicht getäuscht, manipuliert oder diskriminiert werden darf.

Bildungsveranstaltungen zur DGK sollten die konkreten Würdegefährdungen grundsätzlich im Blick halten. Zudem sollte das Würdekonzept die erkennbare normative Grundhaltung solcher Angebote und ihrer konkreten Umsetzung bilden. Da das Würdeprinzip im Grundgesetz und in der rechtsphilosophischen Systematik jedoch als axiomatischer Wert verstanden wird, aus dem sich die übrigen Grundwerte begründungstheoretisch wie auch normativ allererst ableiten, bildet es im vorliegenden Ansatz keinen Wert wie die anderen, sondern ein übergeordnetes Meta-Prinzip, das alle anderen Werte ausrichtet und orientiert. Es ist daher eine bewusste Entscheidung, den Schutz der Menschenwürde nicht zum Teil der sechsteiligen Werte-Matrix zu machen, gerade weil dieser Wert so fundamental ist.

4.2 Sicherheit

Der erste konkrete Wert, auf den Angebote zur DGK daher überprüft werden sollten, ist folglich der Wert der Sicherheit. Grundsätzlich bezieht sich **Sicherheit vor allem auf die körperliche und seelische Gesundheit von Individuen mitsamt ihrer materiellen und ideellen Daseinsvorsorge**. Konkretisierung erfuhr das Thema Sicherheit in der gesundheitlichen Versorgung vor allem durch die wissenschaftlichen Arbeiten zur Patientensicherheit. Diese ist aktuell definiert durch ein niedriges Niveau an vermeidbaren Risiken für Patientinnen, Patienten

und Mitarbeitende. Neben diesem Effekt für die Versorgungssicherheit ist Sicherheit zusätzlich durch die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit dem Thema allgemein und insofern zugleich als Prozess definiert: Patientensicherheit ist eine Fähigkeit zum Handeln.⁴²

Hieraus folgt für den Kontext der DGK, dass die technologischen Dimensionen von Sicherheit und hierbei insbesondere die sichere Aufbewahrung, Weitergabe und selektive Freigabe von Gesundheitsdaten eine entscheidende *ermöglichende* Funktion für die Werte Privatheit und Selbstbestimmung erfüllen. Versicherte und Patienten sollten daher weitaus mehr als bislang darüber informiert werden, nach welchen Sicherheitsstandards ihre Gesundheitsdaten erfasst, geschützt und weitergegeben werden, welche Risiken hiermit potenziell verbunden sind und wie sie ihre Gesundheitsdaten bestmöglich vor dem ungewünschten Zugriff Dritter schützen.

Ebenso beachtenswert wie die technologische Dimension von Sicherheit ist die *soziale* Dimension. Denn auch die *körperliche Unversehrtheit* und *seelische Sicherheit* werden durch digitale Gesundheitsanwendungen auf neue Weise herausgefordert, etwa wenn Versicherte irreführenden oder falschen Gesundheitsinformationen ausgesetzt sind. Aus Versicherten-sicht ist es somit elementar zu verstehen, welche Institutionen und Online-Portale ihnen verlässliche Gesundheitsinformationen bieten, wie diese mit ihren Gesundheitsdaten umgehen und welche davon sie aus eigener Abwägung heraus nutzen wollen. Zukünftig werden auch Hardware-orientierte Angebote rund um die Mensch-Maschine-Interaktion neue Herausforderungen für die körperliche und seelische Unversehrtheit von Versicherten hervorbringen, etwa im Umgang mit Pflege- oder OP-Robotern.

Somit zielt der Wert der Sicherheit im Umfeld von DGK darauf, Versicherten Grundwissen über die Sicherheitsarchitektur digitaler Gesundheitsangebote zu vermitteln sowie Sicherheitsrisiken für ihre körperliche und seelische Unversehrtheit transparent zu machen. Das ermöglicht es ihnen, informierte und eigenständige Entscheidungen über den Umgang mit den verbleibenden Risiken zu treffen.

4.3 Privatheit

Der Schutz der Privatheit steht in enger Verbindung mit dem Wert der Selbstbestimmung, gerade im Digitalzeitalter. **Mit Privatheit verbindet sich die Idee, dass jeder Bürger und mit-hin jede Versicherte darüber bestimmen darf, wer die eigenen persönlichen Daten zu welchem Zeitpunkt und zu welchem Zweck erhält.** Das schließt das Recht ein, die eigenen gesundheitsrelevanten Präferenzen, Gewohnheiten oder Überzeugungen, aber auch die eigene

⁴² Vgl. Schrappe, Matthias: *APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern*, Berlin 2018; außerdem World Health Organization: *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care*, Genf 2021. Techniker Krankenkasse (Hrsg.): *Damit Sie mit Sicherheit gut versorgt werden. Vom Planen zum Handeln. Dritter Bericht des TK Beauftragten für Patientensicherheit 2021*, Hamburg 2022.

Krankheitsgeschichte zu verbergen und geheim zu halten, sofern keine elementaren Rechte Dritter berührt sind. Wie wir diesen hohen Wert unserer Verfassung und Gesellschaftsordnung jedoch auf die alltäglichen Herausforderungen der digitalen Gesundheitspraxis übertragen können und sollten, bedarf der Präzisierung: Welche Risiken für die eigenen Gesundheitsdaten sind unter Umständen mit der ePA verbunden, und wie können Versicherte mit diesen Herausforderungen im eigenen Interesse umgehen? Bei welchen digitalen Angeboten rund um die eigene Gesundheit werden private Daten weitergegeben und verarbeitet, etwa auch an Wirtschaftsunternehmen, möglicherweise sogar unbemerkt? Welche Interessen und Geschäftsmodelle stehen hinter diesen Angeboten, und wie können Versicherte ihre Gesundheitsdaten auf eine Weise schützen, die ihrem Verständnis von „Privatheit“, aber auch ihrer sonstigen Werteorientierung und Lebensführung entspricht? Diese und weitere Fragen im Umfeld von digitaler Privatheit sollten ebenfalls kontext- und technologiespezifisch in Bildungsangeboten zur DGK berücksichtigt werden.

4.4 Selbstbestimmung

Eng mit dem Wert Privatheit ist die Möglichkeit der Selbstbestimmung verbunden. Zugleich bildet „Selbstbestimmung“ eines der zentralen und ausdrücklichen gesundheitspolitischen Ziele, die mit Angeboten zur DGK erreicht werden sollen. **Grundsätzlich bezeichnet Selbstbestimmung die Fähigkeit, die eigene Lebensweise sowie konkrete Lebensziele aus freiem Willen sowie in eigener Reflexion und Entscheidung zu wählen, zu verfolgen und zu verwirklichen.**⁴³ Hierin drückt sich maßgeblich die *Freiheit* und *Souveränität* der menschlichen Existenz aus. Diese Freiheit lässt sich jedoch nur verwirklichen, wenn die Gesellschaft Rahmenbedingungen schafft, in denen sich Bürgerinnen und Bürger in ihren Unterschiedlichkeiten entfalten können. Zudem sollten diese Rahmenbedingungen die Menschen dazu motivieren, die Freiheit ihrer Mitmenschen zu respektieren.

Mit Blick auf digitale Anwendungen im Gesundheitsbereich ist die *informationelle Selbstbestimmung* eine wichtige Dimension der Selbstbestimmung. Sie schließt die Kompetenz der Versicherten mit ein, selbst zu bestimmen, mit welchen Inhalten sie in Beziehung zu behandelnden Ärztinnen und Ärzten, ihrer Krankenversicherung oder privatwirtschaftlichen Unternehmen auf dem Gesundheitsmarkt treten wollen. Für digitale Gesundheitsangebote und Technologien bedeutet dies, dass Menschen möglichst umfassend darüber informiert werden sollten, welche Akteure wann und mit welchen Zwecken die eigenen Gesundheitsdaten erfassen, verbinden, verwenden oder gar wirtschaftlich verwerten dürfen. Erst auf dieser Grundlage

⁴³ Wir übernehmen an dieser Stelle bewusst die gesellschaftlich wie wissenschaftlich weithin geteilte Voraussetzung, dass der Mensch ein zur *rationalen Selbstbestimmung fähiges Wesen* ist und er in diesem Sinn über einen (individuell wie situativ variablen) *freien Willen* verfügt, der ihn erst zum *verantwortungsfähigen Akteur* macht. Die historisch weit zurückreichenden Diskussionen über die menschliche Willensfreiheit, die sowohl innerhalb der Philosophie als auch in der Auseinandersetzung mit den Rechts- und Neurowissenschaften teils eindrucksvoll konträr sind und zu weit verzweigten Fachdebatten geführt haben, sparen wir in diesem Kontext somit aus.

können Menschen überhaupt reflektieren und entscheiden, wem sie unter welchen Bedingungen ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten zugänglich machen wollen. Genau hierin drückt sich maßgeblich die digitale Selbstbestimmung von Versicherten und Patienten aus, die durch Informations- und Reflexionsangebote zur Digitalen Gesundheitskompetenz angestrebt und gestärkt werden sollte.

4.5 Gerechtigkeit

Mehr noch als andere Werte ist der Wert der Gerechtigkeit facettenreich, mehrdeutig und damit kontextspezifisch interpretationsbedürftig. Auch im Kontext der DGK zeigen sich gleich mehrere gerechtigkeitsrelevante Ebenen und konkrete Herausforderungen, die in Bildungsformaten zur DGK berücksichtigt werden sollten: Bereits in den Regelungen des GKV-Spitzenverbands, im Bericht der vdek-Vorstandskommission, im Gutachten des SVR-Gesundheit und nicht zuletzt in der konsentierten Definition von DGK selbst taucht Gerechtigkeit als normatives Ideal dahingehend auf, dass **die DGK von vulnerablen Personengruppen wie älteren Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund oder mit einem gering ausgeprägten digitalen Bildungsniveau besonders gefördert werden sollen**, um die gesamtgesellschaftliche Chancengleichheit zu fördern und einem „digital divide“ entgegenzuwirken. Bildungsangebote zur DGK sollten diese Menschen daher inhaltlich und didaktisch besonders berücksichtigen. Damit tragen solche Angebote aktiv dazu bei, den im Würdeprinzip verankerten **Gleichheitsgrundsatz** zu verwirklichen. Zudem können sie den Wert der Gerechtigkeit von vorneherein **prozedural** verwirklichen, indem sie die Interessen und Bedürfnisse vulnerabler Gruppen gezielt erfassen und ihre Angebotsentwicklung bzw. deren kontinuierliche Verbesserung hierauf ausrichten.

Auf einer zweiten, primär inhaltlichen Ebene stellen sich überdies zahlreiche neue Fragen der **Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit im Umgang mit Gesundheitsdaten und knappen medizinischen Ressourcen**. Diese Fragen betreffen grundsätzlich alle Versicherten in ihrer Rolle als Patientinnen und Patienten, aber auch als Bürgerinnen und Bürger. Neue Bildungsräume zum Thema DGK können daher über gerechtigkeitsrelevante Machtverschiebungen und neue Allokationsfragen im Kontext der Digitalisierung des Gesundheitswesens informieren und neue Reflexionsräume zu diesen Fragen eröffnen.

4.6 Demokratie

Auch wenn der Wert der Demokratie in Angeboten zur DGK wohl nur selten explizit thematisiert werden wird, so kommt ihm als **Prinzip der Rechtsstaatlichkeit, der Gewaltenteilung und der Mitbestimmungsmöglichkeiten aller Bürgerinnen und Bürger** gleichwohl eine tragende Bedeutung zu.

Erziehung und Bildung spielen, wie die Datenethikkommission mit Recht betont, „bei der Sicherung einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung eine herausragende Rolle, da sie auf vielfältige Weise die für eine Demokratie konstitutive, kritische Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an der Gestaltung der Gesellschaft, das Verständnis und die Einschätzung gesellschaftlich relevanter Zusammenhänge und Entwicklungen und damit auch letztlich das Vertrauen in eine wertebasierte, gestaltbare Zukunft beeinflusst“⁴⁴.

Desinformationen in sozialen Medien und im Netz, wie zuletzt etwa mit Blick auf Covid-Impfungen und Pandemiebekämpfung, tragen hingegen dazu bei, dass das zwischenmenschliche und institutionelle Vertrauen erodiert.⁴⁵ Wie erheblich diese Vertrauenserosion mittlerweile ist, spiegelt sich auch darin wider, dass mehr als ein Viertel der Bevölkerung die Digitalisierung als demokratiegefährdend wahrnimmt.⁴⁶

Mit ihren Angeboten zur DGK können GKV folglich als einflussreiche gesellschaftliche Akteure eine wichtige Aufgabe im Rahmen des Mehr-Ebenen-Systems von geteilter Verantwortung übernehmen, indem sie die Wissensbasis, Reflexionsfähigkeit und eigenständige Handlungsorientierung, kurzum: die digitale Mündigkeit ihrer Versicherten systematisch stärken. Angebote zur DGK sollten daher bereits auf prozeduraler Ebene Beteiligungsmöglichkeiten einräumen: etwa indem sie schon in der Angebotsplanung Interessens- und Wissensstandabfragen bei den jeweiligen Zielgruppen ermöglichen und anschließend die kontinuierliche Angebotsevaluation durch die Teilnehmenden vorsehen. Auf inhaltlicher Ebene gilt es insbesondere, ein Bewusstsein für die digitale Transformation des Gesundheitswesens als gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe zu schaffen und konkrete, konstruktive Partizipationsmöglichkeiten aufzuzeigen.

4.7 Nachhaltigkeit

Der Wert der Nachhaltigkeit mag im Umfeld von Bildungsangeboten zur Förderung der DGK zunächst verwundern. Doch **gerade die Digitalisierung des Gesundheitswesens beinhaltet durchaus Chancen für die Schonung von natürlichen Ressourcen und die Verminderung von Treibhausgasen – aber ebenso erhebliche Risiken und Rebound-Effekte, die bislang zu selten berücksichtigt werden.** Denn auch digitale Gesundheitsanwendungen beruhen auf materiellen Grundlagen wie Serverparks, digitalen Endgeräten oder Infrastrukturen und sind

⁴⁴ Datenethikkommission: *Gutachten der Datenethikkommission* (2019), S. 46.

⁴⁵ Laut Digitalindex der Initiative D21 trauen sich lediglich 56 Prozent der Bürgerinnen und Bürger zu, Desinformationen im Netz als solche zu identifizieren. Zugleich haben Desinformationen im Netz ein mittlerweile demokratiegefährdendes Ausmaß erreicht. Insbesondere niedrig gebildete und ältere Menschen geben selbst an, von der Digitalisierung bislang kaum zu profitieren. Beides unterstreicht einmal mehr, wie wichtig die Werte Demokratie und Gerechtigkeit für Angebote zur DGK sind. Vgl. Digitalindex 2021/2022. Jährliches Lagebild zur digitalen Gesellschaft, abrufbar unter: https://initiated21.de/app/uploads/2022/02/d21-digital-index-2021_2022.pdf.

⁴⁶ Vgl. Digitalindex 2021/2022.

als solche ressourcen- und energieintensiv, mit teils enormen ökologischen und sozialen Auswirkungen insbesondere auf den globalen Süden sowie auf zukünftige Generationen.⁴⁷

Seriöse Angebote zur DGK sollten daher den Wert der Nachhaltigkeit nicht ignorieren, sondern ihn vielmehr gezielt integrieren, indem sie über die materiellen und energetischen Grundlagen eines zunehmend digitalisierten Gesundheitswesens informieren und zum wohl dosierten Umgang mit diesen Technologien anregen. Hierfür spricht zudem, dass ein solcher maßvoller Umgang erwiesenermaßen gesundheitsförderlich sein kann. Diese ökologischen und sozialen Nachhaltigkeitspotenziale digitaler Gesundheitsangebote aufzuarbeiten und praktische Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, ist daher für Angebote zur DGK bei näherem Hinsehen nicht nur naheliegend, sondern geradezu geboten.

Die sechs Werte *Sicherheit, Privatheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Demokratie und Nachhaltigkeit* sollten demzufolge bei einer vollständigen, inhaltlich orientierten Evaluation und Auswahl von Angeboten zur Förderung der DGK von Versicherten nach § 20k SGB V leitend sein. Möglicherweise wird man aus Opportunitätsgründen beim Start von Bewertungen nicht das komplette Spektrum von Werten abfragen können oder wollen. Noch ist die Zahl von §20k-Angeboten gering (Stand Mai 2022). Eine Konzentration auf eine Auswahl von Modulen immer unter Nennung des gesamten Wertespektrums erscheint uns daher legitim, sofern diese Beschränkung bei der Bewertung transparent gemacht wird. Diese Modularität bietet eine gute Möglichkeit und Hilfe, um das hier vorgeschlagene Verfahren zu etablieren und an konkrete und lokale Anforderungen anzupassen.

Um die Evaluation und Auswahl von §20k-Angeboten zu unterstützen, bieten wir im Folgenden zunächst zwei Varianten der einfachen Werte-Matrix an, um den praktischen Einsatz einer wertorientierten Qualitätsprüfung von Angeboten zur DGK zu verdeutlichen und zu erleichtern.

Hierauf aufbauend bieten wir zudem eine dreiteilige Werte-Matrix an, die das Konzept von DGK nochmals in seinen wesentlichen Facetten differenziert, um eine noch substanziellere Unterstützung bei der differenzierteren Evaluation von Angeboten zur Erfüllung des § 20k zu ermöglichen.

⁴⁷ Diese in der öffentlichen Auseinandersetzung bislang noch unterrepräsentierte Einsicht wird mittlerweile zunehmend von Forschungsarbeiten und politischen Handlungsempfehlungen betont. Vgl. besonders: Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU): *Hauptgutachten. Unsere gemeinsame digitale Zukunft*, Berlin 2019. Jüngst kommt auch der *Digitalindex* der Initiative D21 zu dem Ergebnis, dass es erhebliche Bildungsdefizite in weiten Teilen der deutschen Bevölkerung zu den ökologischen Auswirkungen der Digitalisierung gibt. Vgl. Digitalindex 2021/2022; vgl. außerdem: Klein, Manfred: Digitalindex 2021/22. Klares Bildungsdefizit, auf eGovernment computing (24.02.2022): <https://www.egovernment-computing.de/klares-bildungsdefizit-a-1098287/>.

5. Die einteilige und die dreiteilige Werte-Matrix

5.1 Einteilige DGK-Matrix I: Präzisierung der sechs Werte in ihrer Bedeutung für DGK

Die *erste* einteilige Werte-Matrix bietet eine Zusammenfassung des werteorientierten Ansatzes zur Prüfung von Angeboten zur DGK, indem sie das (noch undifferenzierte) Konzept von DGK auf die jeweiligen Präzisierungen der Werte bezieht.

Tabelle 2: Einteilige DGK-Matrix I: Präzisierung der sechs Werte in ihrer Bedeutung für DGK

	Sicherheit	Privatheit	Selbstbestimmung	Gerechtigkeit	Demokratie	Nachhaltigkeit
DGK	<p>Der Wert der Sicherheit bezieht sich auf die körperliche und seelische Gesundheit von Individuen mit- samt ihrer materiellen und ideellen Daseinsvorsorge. Im Kontext von DGK bezieht sich S. vor allem auf drei Dimensionen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientensicherheit (Vermeidung von Gesundheitsrisiken; Versorgungssicherheit; Fähigkeit zum eigenständigen Handeln) 2. Sicherheit vor technischen Risiken (Datenschutz, Datensicherheit) 3. Schutz vor manipulativen oder ausbeuterischen digitalen Gesundheitsangeboten 	<p>Der Wert der Privatheit bezeichnet die Idee, dass die Versicherten selbst darüber bestimmen, wer ihre Gesundheitsdaten wann und wozu erhält. Das schließt das Recht mit ein, die eigenen Gesundheitsdaten selektiv freizugeben oder auch zu verbergen, sofern keine elementaren Rechte Dritter berührt sind.</p>	<p>Der Wert der Selbstbestimmung bezeichnet das formale Recht und die individuelle Kompetenz, die eigene Lebensweise verantwortlich zu wählen, zu verfolgen und zu verwirklichen (Freiheit; Souveränität). Im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten verwirklicht sich S. häufig durch <i>informationelle S.</i>, also durch die Kompetenz, bewusst zu entscheiden, welche Akteure des Gesundheitswesens die eigenen Gesundheitsdaten erhalten und wie diese erfasst, verbunden, geteilt oder sogar wirtschaftlich verwertet werden dürfen.</p>	<p>Der Wert der Gerechtigkeit bezieht sich in einem solidarischen Gesundheitswesen v.a. auf den Gleichheitsgrundsatz zwischen allen Versicherten (gleiche Versicherungsleistungen & Förderangebote). Abweichungen hiervon sollten v.a. den schlechter gestellten, vulnerablen Versichertengruppen zugutekommen. Im Kontext von DGK sind dies insb. ältere Menschen, Menschen mit geringem Bildungsniveau sowie Jugendliche mit Migrationshintergrund. Zudem sollte G. mit Blick auf die Verteilung knapper (digitaltechnologischer) medizinischer Ressourcen in Angeboten zur DGK aufgegriffen werden.</p>	<p>Der Wert der Demokratie bezieht sich auf die Prinzipien Rechtsstaatlichkeit, Gewaltenteilung und Mitbestimmung. Er sollte im Kontext von DGK <i>prozedural</i> verwirklicht werden, indem schon in der Angebotsplanung die Vorwissenstände und Interessen der Zielgruppe erfragt werden und Angebote von den Teilnehmenden stets evaluiert werden. <i>Inhaltlich</i> sollte zudem die Verbindung von Gesundheitsfragen und demokratiegefährdenden Desinformationen bearbeitet werden (bspw. in der Pandemie-Bekämpfung).</p>	<p>Der Wert der Nachhaltigkeit bezieht sich insb. auf die ökologischen Chancen und Risiken der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Diese sollten thematisiert werden, um nachweisliche Rebound-Effekte aufzuzeigen und konkrete Möglichkeiten einer sinn- und maßvollen, ressourcen- und energieschonenden Digitalisierung des Gesundheitswesens sichtbar zu machen und praktische Tipps für den Gesundheitsalltag der Versicherten zu bieten.</p>

5.2 Einfache DGK-Matrix II: Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V

Die zweite einteilige Werte-Matrix präzisiert diese Verbindung von DGK und den sechs Werten nun einen Schritt weiter, indem sie konkrete *Fragen* zu diesen Werten vorschlägt. Diese Fragen sollen helfen, möglichst unmissverständlich zu überprüfen, ob die Werte *Sicherheit, Privatheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Demokratie* und *Nachhaltigkeit* innerhalb eines Angebots zur DGK berücksichtigt werden.

Die frageorientierte Herangehensweise soll den Umgang mit dem werteorientierten Ansatz, der für Beschäftigte der GKV tendenziell noch ungewohnt ist, operativ erleichtern: Die hohe und potenziell abstrakte Sprache der Werte wird durch konkrete Fragen auf das Themenspektrum der DGK und die konkreten Leistungen der GKV angewandt. Zugleich soll der frageorientierte Ansatz verhindern, dass Angebote bzw. Anbieter sich mittels gezieltem „Greenwashing“ bzw. „Ethics Washing“ zwar den Anschein geben, einen werteorientierten Ansatz zu verfolgen, dies bei näherem Hinsehen jedoch nur oberflächlich und wenig substantiell tun. Die Fragen sollten daher so substantiell sein, dass ein Angebot unweigerlich negativ auffällt, wenn es einen oder mehrere Werte ignoriert oder sogar aktiv dagegen verstößt.

In dieser einfachen Werte-Matrix wird das übergeordnete Ziel jedes Angebots, also die Förderung von DGK, bewusst nicht weiter differenziert, sondern summarisch als die *Förderung von digitaler Mündigkeit und Souveränität der Versicherten* verstanden, wie bereits in (2.1) ausgeführt. Die Fragen sind so gewählt, dass sie diese Funktionen bestmöglich erfüllen. Sie sind jedoch nicht als unumstößlich zu verstehen, sondern als ein Vorschlag, der von den Krankenkassen angepasst oder auch präzisiert werden kann, wenn es geboten erscheint, bspw. aufgrund der zukünftigen Weiterentwicklung von Themen und Technologien.

Tabelle 3: Einfache DGK-Matrix II: Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V

	Sicherheit	Privatheit	Selbstbestimmung	Gerechtigkeit	Demokratie	Nachhaltigkeit
DGK	Erhöht das Angebot die Versorgungssicherheit? Fördert das Angebot die Versicherten darin, die Herausforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit sowie ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit im Umgang mit digitalen Gesundheitsleistungen zu erkennen, zu reflektieren und zu bewältigen?	Sensibilisiert das Angebot die Versicherten dafür, dass sie selbst die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten haben und wie sie diese konkret schützen und im Einklang mit den eigenen Werten verwirklichen können?	Bestärkt das Angebot die Versicherten darin, ihre Gesundheitsdaten auf eigenständige Weise und nach bewusst gewählten Grundsätzen zu nutzen, mit Blick auf Akteure des Gesundheitswesens, aber auch mit Blick auf die Verwertungsinteressen privatwirtschaftlicher Akteure?	Berücksichtigt das Angebot v.a. vulnerable und benachteiligte Zielgruppen und integriert deren Interessen und Fähigkeiten in die Entwicklung und Verbesserung? Sensibilisiert das Angebot für Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Umgang mit digitalen Gesundheitstechnologien?	Werden die Interessen und Vorwissenstände der Versicherten in der Angebotsplanung und Evaluation kontinuierlich berücksichtigt? Thematisiert das Angebot die demokratiegefährdenden Auswirkungen von digitalen Desinformationen?	Thematisiert das Angebot die ökologischen Chancen, aber auch Risiken, die in der Digitalisierung des Gesundheitswesens liegen, und zeigt es konkrete Wege für den nachhaltigen Einsatz digitaler Gesundheitsleistungen auf?

Analog zur Bewertung der konzeptionellen Kriterien in (2.2) schlagen wir vor, dass jede dieser insgesamt sechs Fragen mit **drei Antwort-Optionen** verbunden ist, aus der die mit der Angebotsprüfung beauftragten Beschäftigten einer GKV auswählen können: *nein*, *teilweise* und *ja*. Diese einfachen Antwortoptionen sollen den Gebrauch der Werte-Matrix und den Umgang mit dem werteorientierten Evaluationsansatz insgesamt schlank und übersichtlich halten, getreu dem Gebot: so kompliziert wie nötig, so einfach wie möglich.

Zu diesem Ansatz zählt auch, dass die Antworten „teilweise“ und „ja“ **begründungspflichtig** sein sollten. Die Begründung für „teilweise“ oder „ja“ sollte auf dem Evaluationsbogen mithilfe eines Freitext-Felds erfolgen, der automatisch erscheint, sobald eine dieser beiden Antworten ausgewählt wird, und auch ausgefüllt werden muss, bevor die Auswertung fortgesetzt werden kann. Die mit der Prüfung und Auswahl beauftragte Person sollte hier wahlweise in Stichworten oder auch wenigen vollständigen Sätzen vermerken, inwiefern genau ein Angebot den jeweiligen Wert partiell („teilweise“) oder auch sehr umfassend und überzeugend („ja“) berücksichtigt. Je konkreter sich diese Antwort auf das Angebot bezieht, beispielsweise

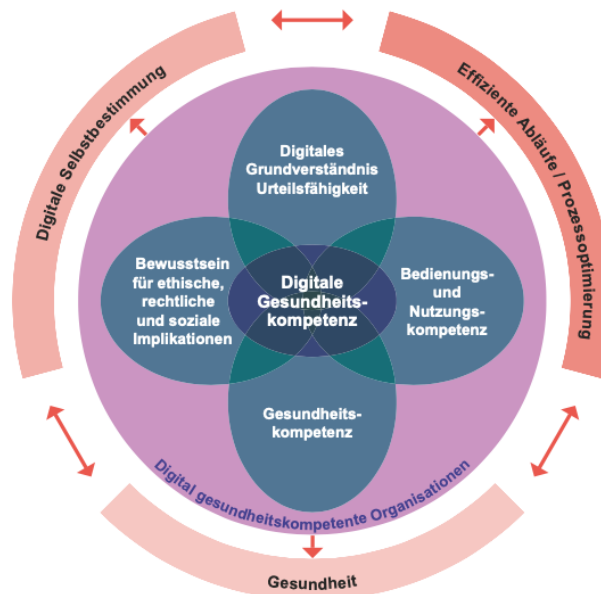
durch direkte Zitate und Belegstellen, desto transparenter und nachvollziehbarer wird die jeweilige Bewertung. Auch eigenständige Wahrnehmungen und Bewertungen der Prüfer:innen finden hier bewusst ihren Platz.

Eine solche Präzisierung der Antworten „teilweise“ und „ja“ ist zum einen wichtig, um sicherzustellen, dass die Bewertung und Auswahl eines Angebots nicht leichtfertig, sondern sorgfältig erfolgt und ihrerseits höchsten Qualitätsstandards entspricht. Zudem bietet diese Präzisierung eine wichtige Grundlage, um in Zweifelsfällen nochmals den kollegialen Austausch zu suchen und unterschiedliche Bewertungen eines Angebots intersubjektiv abzugleichen, etwa wenn zwei Angebote in der finalen Bewertung gleichauf liegen, oder auch nachträglich auf vergangene Bewertungen zurückkommen zu können und sie bei Bedarf transparent zu machen und zu erläutern.

5.3 Die dreiteilige Werte-Matrix

Die dreiteilige Werte-Matrix unterscheidet sich von der einfachen Werte-Matrix vor allem darin, dass sie das Konzept der „digitalen Gesundheitskompetenz“ nicht summarisch in die Bewertung von Angeboten zur DGK integriert, sondern seine drei wesentlichen inhaltlichen Dimensionen eigens auffächert, also: (a) *digitales Grundverständnis und Urteilsfähigkeit*, (b) das *Bewusstsein für ethische, rechtliche und soziale Implikationen* sowie (c) die *digitale Nutzungskompetenz*. Diese Differenzierung orientiert sich bewusst an der bereits in (2.1) entwickelte Gliederung des Begriffs „Digitale Gesundheitskompetenz“, die ihrerseits an die konsentierete Begriffsdefinition von Müller/Samerski anschließt und von diesen in folgendem Modell dargestellt wurde:⁴⁸

⁴⁸ Vgl. Müller, Hardy; Samerski, Silja: *Digitale Selbstbestimmung als Voraussetzung für moderne Patientensicherheit – Bericht aus dem Projekt TK-DiSK* (2018), abrufbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2035516/4a76504a3c637aa98c4087e22d4bef21/vortrag-hardy-mueller-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 25.03.2022, S. 119.



Quelle: Müller/Samerski (2018), S. 119.

Zu beachten ist hierbei zunächst, dass wir vorschlagen, von den im Modell entwickelten vier Dimensionen vor allem drei Dimensionen explizit zu berücksichtigen. Dies liegt nahe, weil die *allgemeine Gesundheitskompetenz*, die im blütenförmigen Modell im unteren Blütenblatt repräsentiert ist, eine *zwingende Voraussetzung* für die Entwicklung von digitaler Gesundheitskompetenz ist. Insofern ist sie in den drei anderen Dimensionen von DGK stets implizit mitgegenwärtig. Dies hatten bereits die Ausführungen zum ebenso fundamentalen wie fragilen Ideal der Patientenmündigkeit unter (2.1) gezeigt: Ein substantielles medizinisches Grundwissen, Erfahrungen mit den Eigengesetzlichkeiten des deutschen Gesundheitswesens sowie eine vertiefte Selbstkenntnis sind bereits vor aller Digitalkompetenz unerlässlich, um informierte und reflektierte Entscheidungen mit Blick auf die eigene Gesundheit zu treffen, die im Einklang mit dem persönlichen Lebensentwurf und den individuellen Werteprioritäten stehen.⁴⁹ Hinzu kommt, dass die allgemeine Gesundheitskompetenz und ihre Förderung bereits in einschlägigen Regelungen des GKV-Spitzenverbands sowie der Ersatzkassen umfänglich geregelt ist.⁵⁰

Dennoch mag die Frage naheliegen, ob nicht auch eine dreiteilige Auffächerung von DGK und die daraus folgende dreiteilige Werte-Matrix mit insgesamt 18 wertorientierten Fragen die inhaltliche Prüfung von entsprechenden Angeboten zur DGK unnötig verkompliziert. Eine

⁴⁹ Dieses Verständnis teilen auch Müller/Samerski, wenn sie betonen, dass es dringend geboten ist, die „starke konzeptuelle Trennung zwischen ‚Digitaler Kompetenz‘ und ‚Gesundheitskompetenz‘ zu überwinden und die Digitale Gesundheitskompetenz als notwendige Voraussetzung und unverzichtbare Chance zur Beförderung der digitalen Transformation in der gesundheitlichen Versorgung zu verstehen“ (Müller/Samerski 2018, S. 113).

⁵⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband: *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V*, Berlin 2014.

solche Nachfrage ist allein schon deswegen berechtigt, weil sie den vorliegenden Entwurf am selbstgesetzten Anspruch misst, zwar so differenziert wie inhaltlich nötig, zugleich aber stets so einfach wie möglich zu verfahren. Warum also ist eine inhaltliche Binnendifferenzierung von DGK sinnvoll oder gar geboten? Die kurze Antwort lautet: weil DGK näher betrachtet keine eindimensionale, homogene Kompetenz beschreibt, sondern ein mehrschichtiges Phänomen mit unterschiedlichen kognitiven und emotionalen Facetten sowie konkreten praktischen Fertigkeiten. Somit lässt sich DGK aus höherer Flughöhe zwar mit Recht als „Patientenmündigkeit im Digitalzeitalter“ oder auch als die „Souveränität von Versicherten im Umgang mit dem digitalisierten Gesundheitswesen“ zusammenfassen. Aus dem Tiefflug besehen sprechen hingegen starke Gründe dafür, der inneren Vielschichtigkeit von DGK durch die bereits in (2.1) zitierte, nunmehr allgemein konsentiertere Begriffsdifferenzierung gerecht zu werden und diese entsprechend in eine inhaltlich anspruchsvollere Prüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V zu integrieren.⁵¹

Diese drei wesentlichen Dimensionen von DGK stehen **gleichberechtigt nebeneinander** und bilden **in Summe** das, was wir heute unter „Digitaler Gesundheitskompetenz“ verstehen. Sie lassen sich auf folgende Weise unterscheiden.

5.4 Drei Dimensionen von DGK: (a) Digitales Grundverständnis und Urteilsfähigkeit

Diese erste Dimension ist ihrerseits bereits eine mehrstufige Fähigkeit und umfasst zunächst die basale Fähigkeit, technische Geräte wie Computer oder Smartphones qualifiziert zu bedienen, um Gesundheitsinformationen online zu recherchieren, zu finden und gegebenenfalls Rechercheergebnisse und Dateien abzuspeichern (grundlegendes digitaltechnisches *Funktionswissen*). Hierauf aufbauend müssen Versicherte zudem über die entsprechende *Urteilsfähigkeit* verfügen, also über die Fähigkeit, die gefundenen Informationen bestmöglich für die eigenen Gesundheitszwecke einzusetzen. Hierzu zählt vor allem das Wissen darum, welche Gesundheitsportale hinreichend seriöse, evidenzbasierte und unabhängige Informationen sowie entsprechende Diagnose- und Therapieverfahren bieten. Nur so lässt sich beispielsweise vermeiden, dass Menschen mit bestimmten Krankheitssymptomen wahllos den mittlerweile sprichwörtlichen „Dr. Google“ konsultieren und geradezu verzweifeln angesichts der Vielzahl und Dramatik der Deutungsangebote, die ihnen hier für ihre Symptome aus den unterschiedlichsten Quellen angeboten werden. Ebenso können Versicherte nur mithilfe einer solchen digitalen Urteilsfähigkeit vermeiden, dass sie allzu leichtfertig persönliche Gesundheitsinformationen gegenüber solchen Akteuren und Organisationen preisgeben, die ihnen auf den ersten Blick Hilfe versprechen, tatsächlich aber primär an der kommerziellen Verwertung ihrer Daten interessiert sind. Dies ist auch deswegen wichtig, weil heutzutage auch die Ergebnisse und Vitaldaten von Fitness-Trackern und Smartwatches sowie die darauf

⁵¹ Vgl. hierfür auch Müller/Samerski (2018), S. 117.

basierenden Feedbacks, Gesundheitsvorhersagen und Handlungsempfehlungen zum Kernbestand von Gesundheitsinformationen gezählt werden müssen. Sie erfordern von den Versicherten eine reflektierte und kritische Beurteilung mit Blick auf ihre Qualität und Aussagekraft, ebenso wie den sensiblen und (selbst)bewussten Abgleich mit dem körperlichen Selbsterleben. Ähnlich reflektiert und potenziell kritisch sollten Versicherte in der Lage sein darauf zu achten, mit welchen Sicherheitsstandards und welcher Restanfälligkeit für Datenlecks oder Missbrauch die eigenen Gesundheitsdaten erhoben, gespeichert und genutzt werden.

Somit umfasst diese erste Dimension von DGK eine Kombination aus digitalem Grundwissen, digitaltechnischer Bedienungskompetenz sowie digitaler Urteilsfähigkeit. Diese Kombination ermöglicht und stärkt bei den Versicherten ein reflektiertes Bewusstsein und durchaus eine gesunde Skepsis für die Reichweite, aber auch für die Grenzen digitaler Gesundheitsangebote sowie für die Interessen der dort auftretenden Organisationen und Akteure. Folglich gilt: „Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, kritisch zu bewerten und zu nutzen bleibt eine Kernkompetenz der Digitalen Gesundheitskompetenz.“⁵²

5.5 Drei Dimensionen von DGK: (b) Bewusstsein für ethische, rechtliche und soziale Implikationen

Aufbauend auf der ersten Dimension von DGK umfasst diese zweite Dimension die Fähigkeit, die ethischen, rechtlichen und sozialen Folgen und Begleitumstände von digitalen Gesundheitsangeboten und ihrer Nutzung zu verstehen und im eigenen Handeln zu berücksichtigen. Versicherte sollten somit auch in ihrem Wissen und ihrer Reflexionsfähigkeit dazu bestärkt werden, wie sich beispielsweise mangelnder Datenschutz, stark gewinnorientierte Geschäftsmodelle kommerzieller Anbieter oder die verstärkte Nutzung telemedizinischer Angebote auf sie persönlich auswirken können, aber auch auf die Solidargemeinschaft der Versicherten und letztlich die Gesellschaft als Ganze. Denn wenngleich jeder einzelne Versicherte zunächst nur einen beschränkten Einfluss auf die als problematisch diagnostizierten Entwicklungen im digitalisierten Gesundheitswesen hat, ist es zugleich wichtig, sich als Teil einer Solidargemeinschaft zu verstehen, in der alle Beteiligten die weitere Entwicklung der digitalen Transformation mit ihren sozialen und ökologischen Auswirkungen beeinflussen können: durch das eigene Handeln als Versicherte einer GKV, aber auch durch die Art, wie sie als Privatpersonen neue Informationen zu digitalen Gesundheitsangeboten, eigene Wertüberzeugungen und persönliche Empfehlungen mit Anderen teilen und sich damit auch als Bürgerinnen und Bürger einer demokratischen Gesellschaft inmitten des digitalen Wandels engagieren. Wenn Angebote zur DGK bei den Versicherten das Bewusstsein für die ethischen, sozialen und rechtlichen Folgen ihres digitalen Gesundheitshandelns fördern, stärken sie folglich ihre digitale

⁵² Müller/Samerski (2018), S. 117.

Mündigkeit und legen den entscheidenden Grundstein dafür, dass Versicherte auch digitale Nutzungskompetenz im umfassenden Wortsinn entwickeln.

5.6 Drei Dimensionen von DGK: (c) Digitale Nutzungskompetenz

Die dritte und abschließende Dimension von DGK, die digitale Nutzungskompetenz, wird durch die beiden zuvor ausgeführten Facetten von DGK ermöglicht und schließt sowohl analoge als auch digitale Dimensionen von Patientenmündigkeit ein: Sie umfasst die allgemeine Gesundheitskompetenz mit dem hierfür nötigen medizinischen Sachwissen, dem Wissen über die Funktionsbedingungen und sozialen Üblichkeiten innerhalb des Gesundheitswesens, dem existenziellen Wissen um die Bedeutung, die Gesundheit für den eigenen Lebensvollzug einnimmt. Sie erfordert darüber hinaus digitale Grundkenntnisse, aber auch die Urteilsfähigkeit mit Blick auf digitale Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangebote sowie das Bewusstsein für ethische, rechtliche und soziale Implikationen. Diese Vielzahl von Fähigkeiten und Kompetenzen zunächst einmal zu erwerben und sie zudem in ein stimmiges Verhältnis zu bringen, um hierauf aufbauend möglichst tragfähige, gute Entscheidungen für den eigenen Umgang mit dem zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen zu treffen, ist zweifellos fordernd und für viele Versicherte zunächst potenziell überfordernd.

Dies lässt sich schon anhand weniger Beispiele verdeutlichen, die sich für Versicherte heute stellen: Sind die Informationen, die mir auf dieser Homepage zu meinen Krankheitssymptomen angezeigt werden, wirklich vertrauenswürdig? Ist die neue Diagnose-App für meine Herzkreislauf-Beschwerden zuverlässig? Was passiert mit meinen hierbei an das Unternehmen übermittelten Gesundheitsdaten – werden sie sicher gespeichert, werden sie für weitere analytische Zwecke verwendet oder gar an Dritte weiterveräußert? Möchte ich das Angebot meiner Ärztin für die Tele-Sprechstunde annehmen? Was muss ich hierfür beachten, und wie verändert diese neue Begegnungsart möglicherweise die sensible Vertrauensbeziehung zu ihr? Möchte ich mich von einem KI-basierten Roboter operieren lassen? Welche Chancen und welche Risiken gehen mit dieser Entscheidung einher? Möchte ich von einem KI-basierten Roboter sozial betreut und zukünftig möglicherweise auch gepflegt werden?

Der hohe persönliche und inhaltliche Anspruch solcher Fragen unterstreicht vor allem, wie groß die Verantwortung, aber auch der Möglichkeitsspielraum von GKV ist, ihre Versicherten bei solchen elementar wichtigen Entscheidungen zu unterstützen. Umso hilfreicher kann es angesichts der zahlreichen anspruchsvollen Themen im Umfeld von DGK sein, die differenziertere dreiteilige Werte-Matrix für die qualitative Beurteilung von Angeboten zur Förderung der DGK heranzuziehen. Denn die Matrix bietet die Möglichkeit, die unterschiedlichen Facetten von DGK eigens zu differenzieren und zu prüfen, ob und inwiefern ein Angebot sie hinsichtlich Zielgruppenorientierung und inhaltlicher Ausrichtung berücksichtigt.

5.7 Die dreiteilige Werte-Matrix: 18 Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V

Tabelle 4: Die dreiteilige Werte-Matrix: 18 Fragen zur inhaltlichen Qualitätsprüfung von Angeboten zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V

DGK	1. Sicherheit	2. Privatheit	3. Selbstbestimmung	4. Gerechtigkeit	5. Demokratie	6. Nachhaltigkeit
A Digitales Grundverständnis & digitale Urteilsfähigkeit	A1 Vermittelt das Angebot den Versicherten grundlegendes Wissen darüber, wie sie digitale Gesundheitsinformationen und -angebote finden und zudem deren medizinische Seriosität, aber auch deren technische Sicherheitsstandards einschätzen können?	A2 Vermittelt das Angebot konkretes Wissen darüber, welche Akteure Interesse an ihren Gesundheitsdaten sowie am Vertrieb digitaler Gesundheitsleistungen haben und welche Risiken für ihre Privatheit hier u.U. bestehen?	A3 Betont das Angebot den Wert der Selbstbestimmung als zentrales medizinisches Prinzip, etwa indem es das Selbstbewusstsein der Versicherten als mündige Patient:innen stärkt oder sie über ihre Rechte gegenüber Dritten aufklärt?	A4 Werden vulnerable Gruppen (bspw. Jugendliche mit Migrationshintergrund, ältere Menschen) inhaltlich und didaktisch besonders berücksichtigt, evtl. mit spezifischen Vorwissenabfragen & eigenen Formaten?	A5 Werden auch interaktive Module angeboten, in die sich die TN selbst einbringen und die sie anschließend aussagekräftig evaluieren können?	A6 Vermittelt das Angebot den Versicherten Grundwissen über die Zusammenhänge von digitalen Gesundheitsangeboten und ökolog. Fragen, insb. mit Blick auf die materiellen Grundlagen der Digitalisierung & deren problematischen Umweltauswirkungen?
B Bewusstsein für ethische, rechtliche, soziale Implikationen	B1 Vermittelt das Angebot den Versicherten rechtliche Grundkenntnisse zum Thema Datenschutz und Datensicherheit sowie ein Bewusstsein für die potenziellen Folgen von Datenlecks und Datenmissbrauch?	B2 Vermittelt das Angebot ein Bewusstsein für den Wert der Privatheit und zeigt es die individuellen wie kollektiven Risiken von üblichen „trade offs“ auf, bspw. beim Tausch von persönlichen Daten gegen kostenfreie Dienste?	B3 Zeigt das Angebot den zentralen ethischen und rechtlichen Stellenwert des Prinzips der Selbstbestimmung anhand des jeweiligen Themas auf und ermutigt es zu einem eigenständigen, selbstbewussten Umgang mit Gesundheitsdaten?	B4 Thematisiert das Angebot konkrete Gerechtigkeitsfragen, bspw. mit Blick auf die Verteilung (digitaler) Ressourcen und stärkt es die Versicherten in der Wahrnehmung ihrer diesbezüglichen Rechte?	B5 Werden die Versicherten über das Prinzip der Solidargemeinschaft in den GKV aufgeklärt und wird ihr Bewusstsein für die digitale Transformation des Gesundheitswesens als gemeinsame Herausforderung gestärkt?	B6 Werden die TN dafür sensibilisiert, dass sie mit der Nutzung digitaler Gesundheitstechnologien auch als Bürger:innen einer Gesellschaft angesprochen sind, in der Fragen der ökologischen Nachhaltigkeit immer bedeutsamer werden?
C Digitale Nutzungskompetenz	C1 Fördert das Angebot die Versicherten in ihrer konkreten Fertigkeit, ihre digitalen Gesundheitsdaten wirksam zu schützen und zudem ihre körperliche & seelische Unversehrtheit im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten zu wahren?	C2 Vermittelt das Angebot konkrete Fertigkeiten, wie Versicherte ihre Privatheit im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten eigenständig reflektieren und wirksam schützen können?	C3 Vermittelt das Angebot den Versicherten konkrete Fertigkeiten, um ihre Selbstbestimmung im Umgang mit dem jeweiligen digitalen Gesundheitsangebot zu stärken?	C4 Zeigt das Angebot konkrete Möglichkeiten auf, Missbrauch und unfaire Verteilung von Gütern und Ressourcen im Gesundheitswesen zu erkennen und zu verringern?	C5 Werden die Versicherten in der konkreten Wahrnehmung ihrer Partizipationsmöglichkeiten bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens gestärkt?	C6 Erwerben die TN konkrete Fertigkeiten, um sich vor klimabedingten Gesundheitsrisiken zu schützen und digitale Gesundheitsangebote dosiert und ressourcenschonend einzusetzen?

6. Punkteverfahren und DGK-Ampel

6.1 Vorschlag für ein dreistufiges Punktesystem

Wie bereits in (1.5) angedeutet, schlagen wir vor, die Antworten auf diese Fragen – wie zuvor im Fall der konzeptionellen Qualitätskriterien – sowohl bei der einteiligen als auch bei der dreiteiligen Werte-Matrix jeweils mit einem übersichtlichen 3-Punkte-System zu verbinden: Berücksichtigt ein Angebot den infrage stehenden Wert gar nicht oder verstößt gar programmatisch gegen ihn, erhält es keinen Punkt (0). Verfolgt und verwirklicht ein Angebot den infrage stehenden Wert „teilweise“, erhält es einen Punkt (1). Erfüllt es ihn hingegen sehr überzeugend oder gar vollumfänglich und wird folglich die Antwort „ja“ gewählt, erhält es zwei Punkte (2).

Im Rahmen der einfachen Werte-Matrix kann ein Angebot somit bei Nutzung aller sechs wertorientierten Fragen insgesamt zwölf Punkte erreichen. In Kombination mit der Bewertung der konzeptionellen Qualitätskriterien aus (2.3), bei der ein Angebot im besten Fall 14 Punkte für sieben Fragen erreichen konnte, ergibt sich für den Einsatz der einteiligen Werte-Matrix eine **maximale Punktezahl von 26⁵³** für ein jeweiliges Angebot.

Im Rahmen der dreiteiligen Werte-Matrix, bei der sechs Werte mit den drei Dimensionen von DGK abgeglichen werden, kann ein Angebot hingegen maximal 36 Punkte erreichen. In Kombination mit der Bewertung der konzeptionellen Qualitätskriterien aus (2.3) und den dort maximal zu vergebenden 14 Punkten ergibt sich für den Einsatz der dreiteiligen Werte-Matrix eine **maximale Punktezahl von 50⁵⁴** für ein jeweiliges Angebot.

6.2 Bereits etablierte Quantifizierungen von Werten: das Beispiel GWÖ

Dieser Ansatz, die Berücksichtigung von Werten durch ein Punkte-Verfahren zu messen und zu quantifizieren, ist nicht neu. Wie schon im Fall des wertebasierten Ansatzes selbst, orientieren wir uns auch hierbei grundsätzlich an anderen, bereits etablierten Vorschlägen und entwickeln diese für den Kontext der DGK konstruktiv weiter.

Ein Beispiel für solche Ansätze bietet die „Gemeinwohlökonomie“ (GWÖ), die ein wertebasiertes Instrumentarium zur Evaluation von organisationalem und insbesondere unternehmerischem Handeln entwickelt hat, das sich nicht auf die übliche Finanzbilanz beschränkt, sondern programmatisch die sozialen und ökologischen Auswirkungen der Organisationsaktivitäten prüft und diese in eine Gesamtbilanz zur Bewertung des Unternehmenserfolgs integriert.

⁵³ Entsprechend 24 Punkte bei Bewertung von nur 5 Kriterien, 22 Punkte maximal bei 4 Kriterien.

⁵⁴ 44 Punkte bei 5, 38 Punkte bei 4 Kriterien.

Der methodische und inhaltliche Kern dieser „Gemeinwohl-Bilanz“ ist die Gemeinwohl-Matrix. Sie wurde mittlerweile in einer fünften Version überarbeitet und verfeinert.⁵⁵ In dieser Version werden vier Werte auf der horizontalen Achse der Matrix mit fünf Anspruchsgruppen (*Stakeholder*) auf der vertikalen Achse verbunden.⁵⁶ Dies führt zu insgesamt zwanzig Themen, anhand derer der finanzielle, soziale und ökologische Erfolg einer Organisation bemessen wird. Die von der GWÖ angesetzten Werte lauten Menschenwürde, Solidarität/Gerechtigkeit, ökologische Nachhaltigkeit sowie Transparenz/Mitentscheidung. Zur konkreten Auswahl gerade dieser vier Wertebereiche äußern sich die Verantwortlichen eher bündig dahingehend, dass sie „das Gelingen von Beziehungen sowie ein gutes Leben fördern. Diese Werte sind weltweit auch in den meisten Verfassungen verankert.“⁵⁷ Im Rahmen der GWÖ-Matrix werden zudem insgesamt 1.000 Gemeinwohl-Punkte vergeben, die eine Institution im besten Fall erreichen kann, potenziell allerdings auch bis zu 3.600 Minus-Punkte für Gemeinwohl-schädigendes Verhalten.

Wenngleich die Auswahl sowie die Ausarbeitung und Quantifizierung dieser Werte manche Frage offenlassen, bleibt eines aufschlussreich: Unter den weltweit zahlreichen Gemeinden, Bildungseinrichtungen und Unternehmen, die bereits GWÖ-zertifiziert sind, lassen viele nicht nur ihr zurückliegendes Handeln mit der Gemeinwohl-Bilanz überprüfen, sondern richten auch ihr aktuelles und zukünftiges Handeln mitsamt ihrer strategischen Planung an den Werten der Gemeinwohl-Matrix aus. Damit wirkt die Gemeinwohl-Matrix nicht nur als wertebasiertes Messinstrument, sondern auch als normatives „Unternehmensentwicklungstool“.⁵⁸ Dies darf durchaus als Indiz und Ermutigung verstanden werden, dass auch ein werteorientierter Ansatz im Rahmen der Förderung von DGK eine normative Kraft für (Dritt)Anbieter entfalten kann, wenn es darum geht, in Zukunft konkrete Angebote zu entwickeln und sie bestmöglich auf die Evaluation durch die GKV vorzubereiten.

6.3 Visualisierung der Angebotsqualität durch eine vierstufige DGK-Ampel

Um zusätzlich zum dreistufigen Punkteverfahren die operative Handhabbarkeit der werteorientierten Qualitätskriterien zur DGK noch weiter zu unterstützen und die Ergebnisse aus der konzeptionellen sowie der werteorientierten Prüfung von Angeboten zur DGK zu visualisieren, schlagen wir vor, dieses Punktesystem mit einer **Ampel für Digitale Gesundheitskompetenz** zu verbinden, kurz: der **DGK-Ampel**. Diese Ampel sollte auf dem bisherigen

⁵⁵ Vgl. hierzu: GWÖ: Gemeinwohl-Matrix (5.0): <https://web.ecogood.org/de/unsere-arbeit/gemeinwohl-bilanz/gemeinwohl-matrix/>. Vgl. Felber, Christian: *Gemeinwohlökonomie*, München 2018, S. 35–44.

⁵⁶ Die Anspruchsgruppen auf der vertikalen Achse sind: Lieferant:innen, Eigentümer:innen/Finanzpartner:innen, Mitarbeitende, Kund:innen/Mitunternehmen sowie das gesellschaftliche Umfeld. Vgl. hierzu auch: GWÖ: Gemeinwohl-Matrix (5.0).

⁵⁷ Vgl. GWÖ: Gemeinwohl-Matrix (5.0).

⁵⁸ Vgl. Fischer, Werte, S. 111. Die Entwicklung dieser prospektiven normativen Kraft ist Christian Felber zufolge ein wesentlicher und wünschenswerter Effekt der Quantifizierung von Werten und der Gemeinwohlökonomie-Bewegung insgesamt. Vgl. Felber, *Gemeinwohlökonomie*, S. 44.

Punktesystem fußen und vier Stufen umfassen, die von Rot über Orange und Gelb bis hin zu Grün reichen. Für den Fall, dass die einfache Wertematrix genutzt wird und folglich maximal $14 + 12 = 26$ Punkte erreicht werden können, bietet sich demnach folgende Visualisierung an:

Tabelle 5: Werte-Ampel zur Beurteilung von DGK-Angeboten
(sieben konzeptionelle Kriterien + einteilige Werte-Matrix)

Punkte	Bewertung eines Angebots zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V aufgrund konzeptioneller und werteorientierter Qualitätskriterien
21 - 26	Ein herausragendes Angebot, das die konzeptionellen und werteorientierten Qualitätskriterien äußerst gründlich und systematisch erfüllt
14 - 20	Ein Angebot, das die Qualitätskriterien weitgehend überzeugend berücksichtigt und erfüllt
7 - 13	Ein Angebot, das die Qualitätskriterien nur teilweise berücksichtigt und verschiedene Defizite aufweist
0 - 6	Ein ungenügendes Angebot, das die Qualitätskriterien ignoriert oder sogar offen gegen sie verstößt

Für den Fall, dass die sieben konzeptionellen Kriterien in Verbindung mit der dreiteiligen Werte-Matrix mit ihren 18 Fragen angewandt werden, ergibt sich bei einer maximalen Punktezahl von **50 Punkten** entsprechend die folgende Abstufung und Visualisierung:

Tabelle 6: Werte-Ampel zur Beurteilung von DGK-Angeboten
(sieben konzeptionelle Kriterien + dreiteilige Werte-Matrix)

Punkte	Bewertung
40 - 50	Ein herausragendes Angebot, das die konzeptionellen und werteorientierten Qualitätskriterien äußerst gründlich und systematisch erfüllt
26 - 39	Ein Angebot, das die Qualitätskriterien weitgehend überzeugend berücksichtigt und erfüllt

11 - 25	Ein Angebot, das die Qualitätskriterien nur teilweise berücksichtigt und verschiedene Defizite aufweist
0 - 10	Ein ungenügendes Angebot, das die Qualitätskriterien ignoriert oder sogar offen gegen sie verstößt

Eine solches Ampel-System bietet den Vorteil, dass es sowohl für Laien als auch für Expert:innen übersichtlich, visuell einprägsam und operativ hilfreich ist. Zudem schließt es an ähnliche Verfahren an und erzeugt so einen direkten Wiedererkennungseffekt.

6.4 Bereits etablierte Ampel-Verfahren: Lebensmittelampel und EU-Energielabel

Das bekannteste Beispiel für andere Ampel-Bewertungsverfahren dürfte der „Nutri-Score“ bzw. die sogenannte „Lebensmittelampel“ sein. Diese Ampel unterteilt sich in fünf farbig gekennzeichnete Stufen, die mit den Buchstaben A bis E beschriftet sind. Der Nutri-Score gibt den Nährwert eines Produkts an; dieser wird durch eine Verrechnung des Energiegehaltes eines Produktes und seiner ernährungsphysiologisch günstigen oder ungünstigen Nährstoffe quantifiziert. Anhand dieses Wertes erfolgt eine Einordnung in die Ampel von A bis E. Dabei sind Produkte aus der grünen Kategorie A eher für eine gesunde Ernährung geeignet als Produkte aus der roten Kategorie E. Entscheidend sind die Interpretationshinweise, die das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) zum Nutri-Score gibt: Demnach dient der Nutri-Score dem Vergleich von gleichen oder ähnlichen Produkten einer Produktkategorie. Zum Vergleich unterschiedlicher Produkte, die nicht aus derselben Kategorie stammen, eignet sich der Nutri-Score nicht. Ebenso wenig ist die „Lebensmittelampel“ dafür geeignet, eine gesunde und ausgewogene Gesamternährung zu entwerfen, und sie macht auch keine Angaben zum Gesundheitswert eines einzelnen Lebensmittels.⁵⁹

Auch bei der Energieeffizienz technischer Geräte hat sich ein Ampel-Bewertungssystem etabliert. Dieses „EU-Energielabel“ erscheint seit dem 1. März 2021 in aktualisierter Form. Die siebenstufige Ampel mit den Farben von Grün bis Rot und den entsprechend zugeordneten Buchstaben von A bis G soll laut dem Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) „aussagekräftige Informationen über den Energieverbrauch und die Eigenschaften von neuen Geräten wie zum Beispiel Fassungsvermögen, Lautstärke oder Wasserverbrauch“⁶⁰ bieten. Die letzte Überarbeitung des EU-Energielabels wird vor allem damit begründet, dass es durch die technologische Entwicklung im Bereich

⁵⁹ Vgl. BMEL: Nutri-Score einfach erklärt. Informationen für den Einkauf: <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaeh- rung/lebensmittel-kennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/nutri-score/nutri-score-erklart-verbraucher- info.html>.

⁶⁰ BMUV: Energieeffizienzkenzeichnung: <https://www.bmu.de/themen/nachhaltigkeit-digitalisierung/konsum- und-produkte/energieeffizienzkenzeichnung>.

der Energieeffizienz zu viele Produkte gab, die in die oberste Stufe der Skala eingeordnet wurden, was die Orientierung für Verbraucher und Verbraucherinnen erschwert habe.⁶¹

⁶¹ Vgl. BMUV: Energieeffizienzkennzeichnung.

6.5 Grenzen von Punkte- und Ampelverfahren

Gleichwohl lassen sich auch Bedenken gegen eine Quantifizierung von Werten und die hierauf aufbauende Visualisierung mithilfe eines Ampel-Verfahrens formulieren. Ein besonders naheliegender Einwand gegen ein solches Verfahren lautet, dass Werte in erster Linie Verallgemeinerungen bzw. normative Prinzipien aus konkreten Alltagserfahrungen darstellen, die als solche einen eigenständigen qualitativen Charakter haben, der sich nicht auf Zahlen und quantitative Verfahren reduzieren lässt. Dieser Einwand ist vollkommen zutreffend.

Allerdings beansprucht die Übersetzung der Werteorientierung von Angeboten zur DGK in ein Punktesystem und dessen Visualisierung durch die DGK-Ampel keineswegs, die Werte oder gar Werterfahrungen in ihrer Eigenart und ihrem Eigenrecht zu repräsentieren. Vielmehr bieten die Punkte mitsamt der DGK-Ampel einen bewusst vereinfachten, rein heuristischen Orientierungsrahmen für (Dritt)Anbieter sowie für GKV. Die Punktevergabe und die DGK-Ampel markieren mit anderen Worten einen normativen Bewertungskorridor, der bei der qualitativen Evaluation und Auswahl von Angeboten zur DGK einerseits deren Defizite oder sogar mögliche programmatische Werte-Verletzungen im Sinne von „roten Linien“ sichtbar machen soll. Vor allem aber soll die hinter der Punktevergabe und der DGK-Ampel stehende *inhaltliche und qualitative Auseinandersetzung* mit Angeboten zur DGK gefördert und gestärkt werden. Die DGK-Ampel soll dabei bewusst den jeweils nötigen Interpretationsspielraum bei der wertorientierten Auseinandersetzung mit Angeboten zur DGK bewahren, sowohl für die (Dritt)Anbieter als auch für die jeweiligen Beschäftigten der GKV.

In diesem Sinne gilt für die DGK-Ampel, was methodisch und inhaltlich auch für alle anderen derartigen Ampel-Systeme wie etwa die Lebensmittelampel oder das EU-Energielabel gilt: Angebote zur DGK, die sich mit unterschiedlichen Themenfeldern befassen und unterschiedliche Zielgruppen avisieren, sind nicht direkt miteinander vergleichbar. Zudem kann die DGK-Ampel verhindern, dass zu viele Angebote allzu leichtfertig in die oberste Qualitätskategorie eingeordnet werden, weil sie ein inhaltlich differenzierteres und zugleich visuell eingängiges Bewertungsschema bietet. Zugleich verkompliziert die DGK-Ampel das Bewertungsverfahren nicht unnötig, sondern beschränkt sich bewusst auf vier Abstufungen von Rot über Orange und Gelb bis zu Grün, da diese Differenzierung für den vorliegenden Kontext ausreichend erscheint.

Vor allem aber sollen die wertorientierten Empfehlungen für die Sichtung und Auswertung von Angeboten zur Förderung von DGK dazu dienen, sich aus Sicht der GKV sowie von Verbandsseite noch genauer damit zu befassen, wodurch sich eine qualitativ hochwertige, gute Förderung von DGK genau auszeichnet. Um diese Auseinandersetzung zu beleben und zugleich die bislang entwickelten Empfehlungen für Qualitätskriterien zur wertorientierten Auswahl und Evaluation von Angeboten zur Förderung von DGK noch weiter zu präzisieren, illustrieren wir im Folgenden anhand eines konkreten Beispiels, wie eine solche Beurteilung genauer ausgestaltet sein kann.

7. Fallbeispiel: Kurs zu „digitalen Gesundheitsanwendungen“

Wir greifen hierfür das Beispiel eines Kurses zu „digitalen Gesundheitsanwendungen“ auf, da dieses Feld das wohl am schnellsten wachsende, unübersichtlichste und damit für Versicherte besonders desorientierende Gebiet des digitalisierten Gesundheitswesens darstellt. Dabei begrenzen wir dieses Fallbeispiel bewusst nicht auf Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die nach § 33a SGB V zertifiziert wurden und damit verschreibungsfähig sind, sondern denken an einen Kurs, der einführend und allgemein vermittelt, welche Varianten von digitalen Gesundheitsanwendungen es insgesamt gibt und wie sich diese finden, verstehen und nutzen lassen. Hierzu zählen entsprechend Apps zur Selbstvermessung und körperlichen wie kognitiven Leistungssteigerung, Apps zur Steigerung des Wohlbefindens wie Yoga- oder Entspannungs-Apps, Apps zur gezielten Diagnose bei konkreten Beschwerden, Apps zur Gesundheitsprophylaxe sowie schließlich die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zertifizierten Apps im Sinne von digitalen Medizinprodukten. Die Zahl dieser Angebote ist mittlerweile kaum noch zu überschauen, und auch die Wirksamkeit der einzelnen Produkte sowie die Vertrauenswürdigkeit der hinter ihnen stehenden Akteure und Organisationen ist selbst für den versierten Laien auf den ersten Blick kaum noch einzuschätzen.

Wir klammern daher die – ebenfalls wichtigen und gründlich zu prüfenden – konzeptionellen Kriterien mit Blick auf die *Ziele, Didaktik, Methoden, Formate, Abgrenzung der Zielgruppe(n), Beteiligung der Zielgruppe(n) sowie die Qualitätssicherung* hier bewusst aus, um die inhaltlichen Qualitätskriterien anhand der sechs Werte und drei Dimensionen von DGK nochmals eigens zu exemplifizieren.

Tabelle 7: Dreiteilige Werte-Matrix zur qualitativen Beurteilung eines Kurses zu „Digitalen Gesundheitsanwendungen“

DGK	1. Sicherheit	2. Privatheit	3. Selbstbestimmung	4. Gerechtigkeit	5. Demokratie	6. Nachhaltigkeit
A Digitale Urteilsfähigkeit	A1 Wird den TN das weite Spektrum digitaler Gesundheitsanwendungen systematisch vermittelt und deren untersch. Evidenzbasierung, Wirksamkeit und Seriosität aufgezeigt?	A2 Lernen die TN, wie sie beurteilen können, welche Anbieter und (ggf. kommerzielle) Interessen hinter diesen Angeboten stehen und wie ihre Daten erhoben, geteilt und verwertet werden?	A3 Lernen die TN, wie sie ihre Gesundheit im Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen aktiv & selbstbestimmt gestalten können (Informationen, Diagnosen, Therapieangebote)?	A4 Werden vulnerable Gruppen (bspw. Jugendliche mit Migrationshintergrund, ältere Menschen) inhaltlich und didaktisch besonders berücksichtigt, evtl. mit spezifischen Vorwissensabfragen & eigenen Formaten?	A5 Werden auch interaktive Module angeboten, in die sich die TN selbst einbringen und die sie anschließend aussagekräftig evaluieren können?	A6 Lernen die TN, wie sich Klimawandel und Umweltverschmutzung auf ihre Gesundheit auswirken können und welche ökologischen Chancen, aber auch Risiken der Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen beinhaltet?
B Bewusstsein für ethische, rechtliche und soziale Implikationen	B1 Werden die TN dafür sensibilisiert, dass digitale Gesundheitsanwendungen unterschiedliche technische Risiken (insb. Datenschutz & Datensicherheit), aber auch körperliche und seelische Risiken bergen?	B2 Werden die TN in ihrem Bewusstsein für die grundsätzliche Privatheit ihrer Daten gestärkt, insb. in der Abwägung gegen andere Güter (bspw. bequemer & kostenfreier Zugang zu digitalen Angeboten)?	B3 Werden die TN dazu angeregt, die Chancen und Risiken von digitalen Gesundheitsanwendungen für den selbstbestimmten Umgang mit Gesundheitsfragen verantwortlich zu reflektieren, sowohl für sich persönlich als auch gesellschaftlich?	B4 Werden die TN dazu befähigt, Fragen der Versorgungs- und Verteilungsgerechtigkeit im zunehmend digitalisierten Gesundheitswesen zu reflektieren und hierzu eine eigenständige Haltung zu entwickeln?	B5 Werden die TN nicht nur als Versicherte bzw. „Kund:innen“ angesprochen, sondern auch als Bürger:innen, bspw. indem sie über die sozialen Auswirkungen der kollektiven Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen aufgeklärt werden?	B6 Werden die TN dafür sensibilisiert, dass sie mit der Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen auch als Bürger:innen einer Gesellschaft angesprochen sind, in der Fragen der ökologischen und sozialen Nachhaltigkeit immer bedeutsamer werden?
C Digitale Nutzungskompetenz	C1 Lernen die TN, wie sie die technische Sicherheit ihrer Gesundheitsdaten schützen und die Angebote zudem so nutzen können, dass sie ihre körperliche und seelische Gesundheit fördern?	C2 Lernen die TN, wie sie die Speicherung und Verwertung ihrer digitalen Gesundheitsdaten bei unterschiedlichen Anbietern und Diensten selektiv freigeben, begrenzen und ggf. verhindern können?	C3 Werden die TN darin bestärkt, digitale Gesundheitsanwendungen im Einklang mit ihren persönlichen Werten und in selbstbewusster Abgrenzung gegenüber den Interessen Dritter zu nutzen?	C4 Lernen die TN, wie sie bestehenden Gerechtigkeitsdefiziten im Umfeld digitaler Gesundheitsanwendungen entgegenwirken können?	C5 Wird den TN vermittelt, wie sie ihre Bürgerrechte bei der Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen stärken und sich zudem als Mitglieder einer Solidargemeinschaft einbringen können?	C6 Erwerben die TN konkrete Fertigkeiten, um sich vor klimabedingten Gesundheitsrisiken zu schützen und digitale Gesundheitsanwendungen dosiert und ressourcenschonend einzusetzen?

8. Zusammenfassung, Kompakt-Anleitung, Ausblick

Abschließend sei zunächst eine bündige Zusammenfassung der vorliegenden Empfehlungen gegeben, verbunden mit einer kompakten, einseitigen Kurzleitung für das gesamte hier vorgeschlagene wertorientierte Bewertungs- und Auswahlverfahren für DGK-Angebote.

Sodann bieten wir einen Ausblick auf das weiterführende Thema *gesundheitskompetente Organisationen* – also darauf, was es heißt, nicht nur einzelne Angebote zur DGK mit Blick auf ihre konzeptionelle und inhaltliche Substanz zu beurteilen, sondern auch die dahinterstehenden Organisationen bzw. Drittanbieter als kollektive Akteure. Hier besteht sowohl in der Praxis als auch in der aktuellen wissenschaftlichen Theoriebildung eine geradezu verwirrende Vielzahl von Varianten, mit denen sich Organisationen als sozial und ökologisch verantwortungsvolle Akteure präsentieren.

8.1 Zusammenfassung

Die vorliegenden *Empfehlungen für Qualitätskriterien zur wertorientierten Auswahl und Evaluation von Angeboten zur Förderung der Digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V* unterstützen ausdrücklich die sieben konzeptionellen Qualitätskriterien, die der GKV-Spitzenverband sowie der vdek bislang entwickelt haben. Sie lassen sich auf übersichtliche Weise in der in (2.3) vorgeschlagenen DGK-Matrix I darstellen, verbunden mit konkreten Fragen, die ein Angebot daraufhin prüfen, nämlich inwiefern es 1. die wesentlichen Lernziele benennt, 2. ein überzeugendes didaktisches Gesamtkonzept bietet, 3. unterschiedliche Vermittlungsmethoden anwendet, 4. zielgruppenspezifische Formate entwickelt, 5. die Zielgruppe(n) präzise benennt und adressiert, 6. die Zielgruppe(n) bei der Angebotsentwicklung beteiligt und Evaluationsmöglichkeiten bietet sowie 7. regelmäßige Qualitätsprüfungen durchführt, auch mit Blick auf das Datenschutzkonzept. Wir schlagen vor, diese sieben Kriterien bzw. Fragen mit den drei Antwortmöglichkeiten „nein“, „teilweise“ und „ja“ zu verbinden, wobei die letzteren beiden Antworten zwingend begründungspflichtig sein sollten, um die Qualität der Prüfung selbst zu gewährleisten. Anschließend sollte ein einfaches, dreistufiges Punkteverfahren folgen: Für die Antwort „nein“ sollte es keinen Punkt geben, für die Antwort „teilweise“ einen Punkt und die Antwort „ja“ zwei Punkte. So kann ein Angebot maximal 14 Punkte auf dieser ersten Ebene der konzeptionellen Qualitätskriterien erreichen ($7 \times 2 = 14$).

Vor allem aber empfehlen wir, über diese bisherigen konzeptionellen, primär formalen Kriterien hinauszugehen und im aktuellen „window of opportunity“ zudem anspruchsvollere **inhaltliche Kriterien** zur Beurteilung von Angeboten zur Förderung der DGK zu entwickeln. Diese Kriterien sollten, so unser Vorschlag, **wertorientiert** sein, da sorgfältig präzierte Werte einerseits hinreichend allgemein ist, um unterschiedlichen Themen, Technologien und Zielgruppen Raum zu bieten, zugleich aber hinreichend konkret, um DGK-Angebote auf substantielle Weise zu bewerten. Im Einklang mit dem deutschen Grundgesetz und anderen

hochkarätigen Handlungsempfehlungen wie insbesondere dem Gutachten der Datenethik-Kommission der Bundesregierung empfehlen wir, hierbei genau **sechs Werte anzusetzen: Sicherheit, Privatheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Demokratie und Nachhaltigkeit**. Diese sechs Werte bilden einen unverzichtbaren normativen Rahmen für die deutsche Gesellschaft im Digitalzeitalter – auch und gerade angesichts des verbreiteten individuellen Liberalismus und weltanschaulichen Pluralismus. Gegebenfalls wird man zu Beginn der Bewertungen von ersten Angeboten nicht das gesamte Spektrum abprüfen können oder wollen. Eine Auswahl der genannten Kriterien ist legitim unter Nennung des gesamten Spektrums und bei Transparenz der Beurteilung. Dieses limitierte Vorgehen kann zu Beginn bei der Etablierung des Verfahrens hilfreich sein.

Indem sich die GKV an diesen sechs Werten orientieren, können sie drei Ziele zugleich erreichen: Sie können § 20k SGB V nicht nur als gesetzliche Pflichtaufgabe interpretieren, sondern gegenüber ihren Versicherten Werte auf prominente Weise transportieren, die seit jeher zum Kern des Selbstverständnisses der GKV zählen (Eigenverantwortung und Selbstbestimmung fördern bei gleichzeitiger Kultivierung der Solidargemeinschaft). Damit fördern sie zweitens die digitale Mündigkeit ihrer Versicherten und erhöhen so die Wahrscheinlichkeit, dass für die GKV mittel- und langfristig erheblich weniger Aufwand und Kosten entstehen, da die Versicherten gezielt und erfolgreich seriöse digitale Gesundheitsanwendungen finden und nutzen können, sowohl für Diagnose und Therapie als auch für die gezielte Krankheitsprophylaxe und einen gesundheitsfördernden Lebensstil. Drittens können GKV ihre Rolle als einflussreiche gesellschaftliche Akteure wahrnehmen, um eine durch innere und äußere Krisen sowie den Klimawandel zunehmend herausgeforderte, wenn nicht gar bedrohte deutsche Gesellschaftsordnung zu stabilisieren.

Angebote zur Förderung der DGK können sodann auf zwei Weisen daraufhin geprüft werden, inwiefern sie diese Werte erfüllen: mit **der einteiligen (Matrix I) oder der dreiteiligen Werte-Matrix (Matrix II)**. Die einteilige Matrix behandelt den Begriff „Digitale Gesundheitskompetenz“ summarisch im Sinne der **Mündigkeit und Souveränität der Versicherten im Umgang mit dem immer digitaleren Gesundheitswesen**. Wir haben sie in zwei Versionen vorgestellt: Die erste, allgemein gehaltene Version präzisiert jeden Wert kontextspezifisch für DGK. Die zweite Version formuliert diese Präzisierung in grundlegende Fragen um, die aus der Sicht des jeweiligen Werts an ein DGK-Angebot gestellt werden sollten. Beide Varianten zusammen sollen einen niedrighwelligen, allgemein verständlichen Einstieg in ein wertebasiertes Prüfungs- und Auswahlverfahren bieten, gerade für Beschäftigte von GKV, die mit dieser Aufgabe neuerdings betraut sind. Auch hier schlagen wir vor, dass jede der sechs wertorientierten Fragen mit „nein“, „teilweise“ oder „ja“ beantwortet werden kann, die letzten beiden Antworten zwingend begründungspflichtig sind und ein Angebot hierfür wiederum 0, 1 oder 2 Punkte erhält. Folglich kann ein Angebot bei Verwendung der einteiligen Werte-Matrix 12 Punkte erhalten. Kombiniert mit der vorherigen Punktevergabe für die konzeptionellen Prüfkriterien (max. 14 Punkte) ergibt sich auf diesem Pfad eine maximale Gesamtpunktzahl von

26. Die von einem DGK-Angebot tatsächlich erzielte Gesamtpunktzahl sollte anschließend in die DGK-Ampel eingetragen werden, um das Ergebnis auch auf den ersten Blick eingängiger zu machen und visuell zu illustrieren.

Alternativ kann die inhaltliche Qualität eines DGK-Angebots auch mit der **dreiteiligen Werte-Matrix** geprüft und evaluiert werden. Sie eignet sich besonders für die differenziertere, möglicherweise auch erfahrenere Prüfung von DGK-Angeboten, indem sie den Begriff „digitale Gesundheitskompetenz“ mit Blick auf seine drei wesentlichen Facetten unterteilt: **(a) das digitale Grundverständnis und die basale digitale Urteilsfähigkeit** der Versicherten in Gesundheitsfragen; **(b) das Bewusstsein der Versicherten für die ethischen, rechtlichen und sozialen Implikationen** ihres digitalen Gesundheitshandelns; sowie **(c) die digitale Nutzungskompetenz** als damit eng verzahnte, praktische Fertigkeit im alltäglichen Finden, Bewerten, Auswählen und Anwenden von digitalen Gesundheitsinformationen und -angeboten.

Um diese differenziertere Prüfung von DGK-Angeboten zu konkretisieren, haben wir sowohl die dreiteilige Werte-Matrix mit den grundlegenden Fragen entwickelt, die themen- und technologieübergreifend angewandt werden kann, da sie sowohl generell als auch inhaltlich hinreichend konkret ist, um eine tragfähige und differenzierte Prüfung zu ermöglichen. Auch diese sollte abschließend mit den Antwort-Optionen „nein“, „teilweise“ und „vielleicht“ sowie 0, 1 oder 2 Punkten verbunden werden. Ein DGK-Angebot kann hier somit maximal 36 Punkte erreichen und in der Kombination mit der Punktevergabe für die konzeptionellen Prüfkriterien (max. 14 Punkte) folglich eine mögliche Gesamtpunktzahl von 50. Die jeweils erzielte Punktzahl sollte sodann ebenfalls wieder in die DGK-Ampel eingetragen werden.

Schließlich sind wir noch einen Schritt weiter gegangen, um zusätzliche praktische Inspiration und Orientierung zu bieten, indem wir in komprimierter Form ein potenzielles DGK-Angebot in Form eines überblickartigen Einführungskurses zum Thema „Digitale Gesundheitsanwendungen“ vorgestellt und mithilfe der dreiteiligen Werte-Matrix und den entsprechenden Fragen beispielhaft durchgespielt haben.

Abschließend geben wir im Folgenden eine einseitige, visuelle Kurzanleitung für den konkreten Durchlauf durch ein wertorientiertes Prüf- und Auswahlverfahren für Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V.

Dieser Gesamtansatz soll die gesundheitspolitische Diskussion der GKV sowie der Verbände zur Präzisierung von wünschenswerten Angeboten zur DGK beleben und inspirieren. Ebenso hoffen wir, auch unser zweites Ziel erreicht zu haben, und einen praxistauglichen Leitfaden für die wertebasierte, frageorientierte Beurteilung und Auswahl von DGK-Angeboten geliefert zu haben, der insbesondere die Arbeit von Praktikerinnen und Praktikern aus den GKV auf ein festeres Fundament stellt und operativ erleichtert

8.2 Kurzanleitung

Wie evaluiere ich Angebote zur Förderung der DGK nach § 20k SGB V?

Es liegen mehrere Angebote vor, um die DGK der Versicherten zu fördern? Doch für ein bestimmtes Thema soll/kann nur ein Angebot den Zuschlag erhalten? Dann bietet das Wertematrix-Verfahren in fünf Schritten die Möglichkeit, diese Angebote sowohl konzeptionell als auch inhaltlich zu vergleichen, zu bewerten und das überzeugendste auszuwählen.

Drei Werkzeuge helfen bei diesem Prüfungs- und Auswahlprozess:

I. Die DGK Matrix I mit sieben konzeptionellen Auswahlkriterien

II. Eine der beiden Werte-Matrizen

III. Die DGK-Ampel

Dieses Verfahren bietet mehrere Vorteile:

- Gehaltvolle, wertezentrierte Kriterien sowie eine frageorientierte Methodik, die präzise aufdecken, ob ein Angebot den geforderten Werten und Zielvorstellungen entspricht.
- Die Möglichkeit, eine Entscheidung sowohl gegenüber Anbietern als auch GKV-intern transparent zu machen und differenziert zu begründen.
- Ein normatives Rahmenwerk, das präzise und anspruchsvoll genug ist, um beim Bewertungs- und Auswahlprozess, aber auch bei der (Re)Evaluation von Angeboten konkrete Orientierung zu bieten, ohne dabei einzuengen.

Matrix-Phase

Schritt 1: Sichten

Gründliche Lektüre aller vorliegenden Angebote

Schritt 2: konzeptionell Bewerten

Bewertung der grundlegenden konzeptionellen und didaktischen und eines Angebotes mittels der siebenteiligen DGK-Matrix I

Schritt 3: inhaltlich Bewerten

Inhaltliche Bewertung eines Angebotes mittels der einteiligen oder dreiteiligen DGK-Werte-Matrix II: Begründung und Punktevergabe

Ampel-Phase

Schritt 4: DGK-Ampel

Errechnung der Punktzahl als Summe aus DGK-Matrix I und DGK-Matrix II; Einordnung in die DGK-Ampel

Schritt 5: Auswahl

Vergleich der Punkte und Auswahl des punktestärksten Angebots

Ergebnis: das bestmögliche und qualitativ hochwertigste Angebot zur DKG ist gefunden

8.3 Ausblick: gesundheitskompetente Organisationen

Die Frage, wie sich Organisationen als gesellschaftlich verantwortungsvolle Akteure und in diesem Fall insbesondere als gesundheitskompetente Akteure erweisen, ist sowohl methodisch als auch inhaltlich anspruchsvoll: *methodisch*, weil das Innenleben mitsamt der Organisationskultur sowie den Motiven hinter Management-Entscheidungen oder auch öffentlichkeitswirksamen Engagements für Außenstehende kaum bis gar nicht zu beurteilen ist – bei internationalen Konzernen teilweise nicht einmal für Angehörige der Organisation selbst. *Inhaltlich* ist diese Beurteilung wiederum anspruchsvoll, weil in vielen Branchen mittlerweile so viele unterschiedliche Labels, Verantwortungskonzepte und (Selbst)Vermarktungsstrategien in diesen Fragen kultiviert werden, dass es umso schwerer wird, zwischen Schein und Sein zu unterscheiden.

Hier kann und soll daher lediglich ein begleitender, abschließender Ausblick gegeben werden, um eine grundlegende Orientierung für eine solche Beurteilung und Abstufung zu bieten, wie sie unter (3.) bereits angedeutet wurde.

Wir schlagen vor, dass sich die große Vielzahl an Konzepten zur Organisationsverantwortung – wie etwa *Corporate Social Responsibility*, *Corporate Responsibility*, *Corporate Social Performance*, Gemeinwohlökonomie, *Corporate Digital Responsibility* oder *Sustainability*, um nur einige prominentere Beispiele zu nennen – in **fünf grundlegende Logiken** zusammenfassen lässt.

1. Stufe: Soziales und ökologisches Engagement wird von einer Organisation primär als Instrument für die möglichst erfolgreiche Selbstvermarktung verstanden. Letztlich geht es hier also nicht um dieses Engagement selbst, sondern dieses bildet lediglich ein Mittel zum Zweck für ökonomische Interessen. Beliebte Strategien auf dieser Stufe sind, wie bereits in (3.) erwähnt, unterschiedliche Formen des *Greenwashing* und *White Washing* bzw. *Ethics Washing*.

2. Stufe: Die Organisation vertritt die Haltung, dass sie per se keine freiwillige gesellschaftliche Verantwortung übernehmen sollte. Vielmehr sollten sich Organisationen (und insb. privatwirtschaftliche Unternehmen) an das jeweils geltende Recht halten und in diesem Rahmen versuchen, ihre ökonomischen Gewinne zu maximieren. Diese bis heute international verbreitete Haltung geht davon aus, dass die eigentliche gesellschaftliche Verantwortung von Organisationen darin besteht, ihren selbst gesetzten Auftrag für ihre Kundinnen und Kunden bestmöglich zu verwirklichen, da sie so Arbeitsplätze schaffen und der damit verbundene Wohlstand in die Gesellschaft „hineinrieselt“ (*trickle-down-theory*). Wirtschaftspolitisch prominente Vertreter dieser lange herrschenden Theorie war etwa die Chicago School mit ihrem Wirtschaftsnobelpreisträger Milton Friedman, dem auch das gern zitierte Bonmot zugeschrieben wird: „The business of business is business.“

3. Stufe: Hier geht die Organisation davon aus, dass es tatsächlich wichtig ist, aufrichtige und konsequente gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen, dass es aber ebenso legitim

ist, über dieses Engagement auch im Rahmen der Selbstvermarktung zu kommunizieren. Organisationen, die dieses Selbstverständnis favorisieren, zeigen sich bspw. im Bereich *Corporate Giving* aktiv, indem sie etwa regelmäßig an Sport- und Kulturvereine spenden, oder auch im Bereich *Corporate Volunteering*, indem sie eigene Beschäftigte etwa regelmäßig und bezahlt für ökologisches oder soziales Engagement freistellen. Über diese Aktivitäten wird dann aber auch in der eigenen Außendarstellung rege kommuniziert (Homepage, Social Media, eigenständige Werbekampagnen etc.). Die Grundidee dieses eklektischen Ansatzes, der letztlich versucht, das Beste aus unterschiedlichen Welten zu integrieren, könnte auch mit den Worten beschrieben werden: „Tu' Gutes und rede darüber.“

4. Stufe: Auf dieser nächstanspruchsvollen vierten Stufe genügt es Organisationen nicht mehr, regelmäßig zu spenden oder Freiwilligentage zu ermöglichen, sondern der Anspruch entwickelt sich nun dahingehend, soziale und ökologische Kriterien freiwillig ins Kerngeschäft zu integrieren, sie also zum Teil des eigenen Geschäftsmodells bzw. des programmatischen Organisationshandelns zu machen. Organisationen, die diesen Weg einschlagen, prüfen ihr eigenes Handeln systematisch auf ökologische und soziale Verbesserungsmöglichkeiten und sind im Zweifelsfall auch bereit, ökonomische Einbußen in Kauf zu nehmen, um ethischen Prinzipien und Werten treu zu bleiben. Üblicher Weise knüpfen sie rege Netzwerke mit anderen Unternehmen oder Forschungseinrichtungen, um mehr Wirkung dieser Art zu entfalten.

5. Stufe: Diese Stufe stellt in gewisser Hinsicht den entgegengesetzten Ansatz zu Stufe 1 dar, und zwar insofern, als Organisationen sich hier vom ökonomischen Erfolg als Selbstzweck bewusst verabschieden. Vielmehr unterstellen sie nun all ihr Handeln dem Ziel, einen sozial und ökologisch möglichst positiven Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Finanzielle Mittel sind für solche Organisationen genau dies: ein bloßes *Mittel* zu dem Zweck, ihren gesellschaftlichen Sinn bestmöglich zu erfüllen. Organisationen auf dieser Stufe sind keineswegs so exotisch, wie sie auf den ersten Blick scheinen mögen, sondern zehren von historisch weit zurückreichenden Wurzeln, etwa von der Genossenschaftsidee oder auch im Mittelstand verbreiteten Haltungen. Auch das historische Selbstverständnis von GKV als Solidargemeinschaften ist diesem Ansatz durchaus verwandt.

Perspektivisch sollte es in Zukunft, wenn sich DGK-Angebote zum regelmäßigen und selbstverständlichen Angebotsportfolio der GKV entwickelt haben, folglich nicht mehr nur darum gehen, einzelne Angebote zu prüfen und auszuwählen. Vielmehr sollten auch die anbietenden Organisationen als ganze daraufhin angeschaut werden, welches Konzept von Organisationsverantwortung sie praktizieren und von welchem Selbstverständnis sie getragen sind. Manches spricht dafür, dass, wo immer möglich, Organisationen auf der Stufe 4 und 5 den Zuschlag erhalten sollten, insbesondere in knappen Abwägungsfällen.

9. Literaturverzeichnis

- Arendt, Hannah: *Wahrheit gibt es nur zu zweien. Briefe an die Freunde*, München 2015.
- Ballast, Thomas: *Digitale Grundrechte in der EU – ein Code of Conduct für den Umgang mit Gesundheitsdaten (2021)*, abrufbar unter: <https://www.tk.de/presse/themen/digitale-gesundheit/digitale-grundrechte-in-der-eu-umgang-mit-gesundheitsdaten-2102614>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Beauchamp, Tom F.; Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2019.
- BMEL: *Nutri-Score einfach erklärt. Informationen für den Einkauf*, abrufbar unter: <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/lebensmittel-kennzeichnung/freiwillige-angaben-und-label/nutri-score/nutri-score-erklaert-verbraucherinfo.html>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- BMUV: *Energieeffizienzkenzeichnung*, abrufbar unter: <https://www.bmuv.de/themen/nachhaltigkeit-digitalisierung/konsum-und-produkte/energieeffizienzkenzeichnung>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Böhme, Gernot: *Leib. Die Natur, die wir selbst sind*, Berlin 2019.
- Böldt, Daniel: *EU skizziert Code of Conduct für Gesundheitsdaten*, in: Tagesspiegel vom 26.11.2020, abrufbar unter: <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/eu-skizziert-code-of-conduct-fuer-gesundheitsdaten>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Danner, Helmut: *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik*, München 2006.
- Datenethikkommission: *Gutachten der Datenethikkommission (2019)*, abrufbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/it-digitalpolitik/gutachten-datenethikkommission.pdf;jsessionid=92830C44388D429C24E4237AE3180616.1_cid287?__blob=publicationFile&v=6, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Deutscher Ethikrat: *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*, Berlin 2016, abrufbar unter: https://www.ethikrat.org/publikationen/publikationsdetail/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=6&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cHash=d34d49f366c897c16cfc62b44ded2860, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Deutscher Ethikrat: *Big Data und Gesundheit. Bericht über die öffentliche Befragung des Deutschen Ethikrates*, Berlin 2018, abrufbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Studien/befragung-big-data-und-gesundheit.pdf>, zuletzt abgerufen am 13.04.2022.

- Deutscher Ethikrat: *Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung. Stellungnahme*, Berlin 2017, abrufbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf>, zuletzt abgerufen am 13.04.2022.– *Digitalindex 2021/2022. Jährliches Lagebild zur digitalen Gesellschaft*, abrufbar unter: https://initiated21.de/app/uploads/2022/02/d21-digital-index-2021_2022.pdf, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Felber, Christian: *Gemeinwohlökonomie*, München 2018.
- Fischer, Reinhard: *Mit Werten wirtschaften. Praxismodell Gemeinwohlökonomie*, Baden-Baden 2019.
- Floridi, Luciano: *The fourth revolution: how the infosphere is reshaping human reality*, Oxford 2014.
- Geisler, Linus S.: *Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung*, in: Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift 129 (2004), S. 453–456.
- GKV-Spitzenverband: *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V*, Berlin 2014, abrufbar unter: <http://www.bdem.de/pdf/Leitfaden-Praevention.pdf>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- GKV-Spitzenverband: *Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V an das Bundesministerium für Gesundheit*, 2021.
- GKV-Spitzenverband: *Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur bedarfsgerechten Zielstellung, Zielgruppen sowie zu Inhalt, Methodik und Qualität der Leistungen nach § 20k Absatz 2 SGB V zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz (2020)*, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/2020-11-25_Regelungen_GKV-SV_nach_20k_Abs_2_SGB_V.pdf, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- GWÖ: *Gemeinwohl-Matrix (5.0)*, abrufbar unter: <https://web.ecogood.org/de/unsere-arbeit/gemeinwohl-bilanz/gemeinwohl-matrix/>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Hochrangige Expertengruppe für Künstliche Intelligenz, eingesetzt von der Europäischen Kommission: *Ethik-Leitlinien für eine vertrauenswürdige Künstliche Intelligenz*, Brüssel 2019, abrufbar unter: <https://ec.europa.eu/futurium/en/ai-alliance-consultation.1.html>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ullrich; Kolpatzik, Kai; Schaeffer, Doris (Hrsg.): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*, Berlin 2018.
- IQWiG: *Rapid Reports*, online abrufbar unter: <https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/ergebnisse/rapid-reports/>, zuletzt geprüft am 08.04.2022.

- Kant, Immanuel: *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?*, in: Berlinische Monatsschrift 1783, II. Band.
- Klein, Manfred: *Digitalindex 2021/22. Klares Bildungsdefizit*, auf eGovernment computing (24.02.2022): <https://www.egovernment-computing.de/klares-bildungsdefizit-a-1098287/>, zuletzt aufgerufen am 08.04.2022.
- Metzinger, Thomas: *Nehmt der Industrie die Ethik weg!*, in: Tagesspiegel vom 08.04.2019, abrufbar unter: <https://www.tagesspiegel.de/politik/eu-ethikrichtlinien-fuer-kuenstliche-intelligenz-nehmt-der-industrie-die-ethik-weg/24195388.html>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Müller Hardy; Samerski Silja (2018): *TK-DiSK. Digital. Selbstbestimmt. Kompetent. Ein Projekt zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz*. Abschlussbericht für die Projektbeteiligten, 118 Seiten, unveröffentlichtes Manuskript.
- Müller, Hardy; Samerski, Silja: *Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland - gefordert, aber nicht gefördert? Ergebnisse der empirischen Studie TK-DiSK*, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 144-145 (2019), S. 42–51.
- Müller, Hardy; Samerski, Silja: *Digitale Selbstbestimmung als Voraussetzung für moderne Patientensicherheit – Bericht aus dem Projekt TK-DiSK (2018)*, abrufbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2035516/4a76504a3c637aa98c4087e22d4bef21/vortrag-hardy-mueller-data.pdf>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Nationales Gesundheitsportal: <https://gesund.bund.de/>.
- Nutbeam, Don: *Health promotion glossary*, in: Health Promotion International 1998, 13(4), S. 349–364.
- Oestereich, Bernd; Schröder, Claudia: *Agile Organisationsentwicklung*, München 2019.
- PricewaterhouseCoopers: *Nachhaltigkeitsberatung*, abrufbar unter: <https://www.pwc.de/de/nachhaltigkeit.html>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- PricewaterhouseCoopers: *PwC strategy. Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*, Berlin 2016, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/eHealth/BMG-Weiterentwicklung_der_eHealth-Strategie-Abschlussfassung.pdf, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen: *Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021*, abrufbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.

- Scheler, Max: *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus*, Hamburg 2014.
- Schrape, Jan-Felix: *Digitale Transformation*, Bielefeld 2021.
- Schrape, Matthias: *APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern*, Berlin 2018, abrufbar unter: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- Sørensen, K.; van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z. et al. (2012): *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, in: BMC Public Health 12(1).
- Sommer, Andreas Urs: *Werte. Warum wir sie brauchen, obwohl es sie nicht gibt*, Stuttgart 2016.
- Spiekermann, Sarah: *Digitale Ethik. Ein Wertesystem für das 21. Jahrhundert*, München 2019.
- TK (Hrsg.): *Damit Sie mit Sicherheit gut versorgt werden. Vom Planen zum Handeln*. Dritter Bericht des TK Beauftragten für Patientensicherheit 2021, Hamburg 2022, abrufbar unter www.tk.de, Suchnummer 2121270.
- TK (Hrsg.): *Besser versorgt 2025. Gesundheitsversorgung – worauf es jetzt ankommt*. Die Position der TK, S. 18, abrufbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2122568/eb335a9323766c3ad417c0bcc403376c/tk-positionspapier-besser-versorgt-2025-data.pdf>.
- Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek): *Digitale Gesundheitskompetenz. Definition, Inhalte und Qualitätskriterien der Leistungen*, 2021.
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesregierung Globale Umweltveränderungen (WBGU): *Hauptgutachten. Unsere gemeinsame digitale Zukunft*, Berlin 2019, abrufbar unter: <https://www.wbgu.de/de/publikationen/publikation/unsere-gemeinsame-digitale-zukunft>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.
- World Health Organization: *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care*, Genf 2021, abrufbar unter: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1360307/retrieve>, zuletzt abgerufen am 08.04.2022.

Kontakt: Hardy Müller, TK Beauftragter für Patientensicherheit, eMail: hardy.mueller@tk.de