

Ansätze zur Gestaltung des Versorgungswandels in der
Settingprävention: Design Thinking als Methode der
partizipativen Entwicklung digitaler Angebote in der
Gesundheitsförderung für den Verband der Privaten
Krankenversicherung

Mariella Seel, Julia Anna Deipenbrock, Jelena Sörensen und Ludwig Grillich

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	287
Abstract	288
0. Einleitung: Digitalisierte Settings und digitale Settingprävention aus Perspektive des PKV-Verbands	288
1. DIFA als digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention	294
1.1 Nutzer*innenzentrierte Gestaltung und Entwicklung von DIFA	294
1.2 Design Thinking als partizipativer Entwicklungsansatz	296
1.3 IBM Enterprise Design Thinking: Der Loop	296
1.4 Design Thinking-Workshops in der Entwicklung von DIFA	298
1.5 Verwendete Methoden der Design Thinking-Workshops	298
1.6 Kritische Faktoren in der Verwendung von Design Thinking-Prozessen	300
2. Zusammenfassung und Ausblick	302
Literatur	303

Zusammenfassung

Die Gestaltung von Interventionen zur Gesundheitsförderung stellt eine Herausforderung dar, da ihr Umfeld oft komplex und veränderlich ist. Design Thinking wird als innovative Form der partizipativen Gestaltung und Entwicklung von Angeboten gesehen. Im folgenden Beitrag werden die zur Schaffung einer *digitalen Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention* (DIFA) durchgeführten Design Thinking-Workshops exemplarisch vorgestellt. Von Teilnehmenden identifizierte Herausforderungen werden angeführt und mögliche Strategien zu deren Vermeidung in weiteren partizipativen Prozessen abgeleitet.

Abstract

The development of health-promoting interventions is challenging in complex environments. Design Thinking is an innovative approach to the participatory design and development of services. In this chapter, we present the Design Thinking workshops conducted in the development of DIFA (*digital infrastructure for setting prevention services*). Furthermore, we describe the challenges identified by workshop participants and state possible strategies for their management in further participatory processes.

0. Einleitung: Digitalisierte Settings und digitale Settingprävention aus Perspektive des PKV-Verbands¹

Digitale Gesundheitslösungen gewinnen mehr und mehr an Relevanz. Dazu zählen längst nicht mehr nur Apps zur individuellen Verhaltensänderung, sondern auch digital unterstützte Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Settings wie Schulen, Pflegeeinrichtungen oder Jugendhilfen, auch Lebenswelten genannt. Wie wichtig diese Form der Angebote ist und wie groß die Entwicklungs- und Innovationsbedarfe sind, hat sich vor allem während der SARS-CoV-2-Pandemie gezeigt. Während aufgrund von Lockdown und Isolierung der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen größer wurde, konnte eine Vielzahl der Präventionsangebote in Settings nicht bzw. nur mit Einschränkungen stattfinden – denn diese erfolgten bislang überwiegend analog.² Eine vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) an die Beratungsagentur *Pathways Public Health* in Auftrag gegebene Expertise aus dem Jahr 2021 verdeutlicht, dass digitale Alternativen dadurch nur vereinzelt vorhanden, schwer auffindbar, selten miteinander verknüpft und oftmals nicht in dem Umfang und der Qualität verfügbar waren, den sich Nutzende wünschen. Denn Kennzeichen der settingbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention ist, dass diese mehr bietet als eine App zum Download

1 Ein Großteil der im nachfolgenden Abschnitt genannten Aussagen beruht auf dem Expert*innen- und Erfahrungswissen der mit dem PKV-Verband affilierten Autor*innen des Beitrags aufgrund ihrer täglichen Arbeit in der strategischen Settingprävention beim PKV-Verband (bzw. vorherigen Tätigkeiten im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten). Ebenso sind Erkenntnisse aus eigens vom PKV-Verband in Auftrag gegebenen Forschungsprojekten und Expertisen sowie aus einschlägigen Veranstaltungsformaten in den Beitrag eingeflossen.

2 MDS 2021.

und zur Selbstnutzung. Derzeit zeichnen sich daher folgende zentrale Fragestellungen ab: Welche Folgen hat der pandemiegestützte digitale Wandel für die zukünftige Gestaltung von Leistungen in der Settingprävention und die Gesundheit selbst? Und: Wie können Gesundheitschancen in Zukunft auch digital gestaltet und von allen gleich gut genutzt werden – vor allem auch von Menschen unter herausfordernden Lebensbedingungen, wie Alleinerziehenden, Menschen mit Behinderung oder Menschen mit psychosozialen und/oder sozioökonomischen Belastungserfahrungen? Wie kann die digitale Teilhabe an Gesundheit auch älteren, nicht digitalaffinen Menschen gelingen?

Ziel der Settingprävention ist es, Strukturen im Sinne der Weltgesundheitsorganisation zu fördern, die einen Beitrag zu gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen leisten.³ Überdies sollen Menschen in den Settings individuell darin unterstützt werden, ihre Gesundheitskompetenz zu verbessern und ihre Ressourcen für Gesundheit voll auszuschöpfen. Vulnerable Gruppen sollen so besser erreicht und die Nachhaltigkeit von Maßnahmen gesteigert werden. Zentraler Ansatz in der Settingprävention ist die gesundheitsfördernde Organisations- und Strukturentwicklung. Darunter wird das planvolle Management von gesundheitsbezogenen Veränderungs- und Entwicklungsprozessen eines Settings unter Einbeziehung aller Zielgruppen und Wissensträger*innen verstanden. Dies umfasst alle Maßnahmen zur Gestaltung von Strukturen, Prozessen, Beziehungen und Kultur, die ein Setting als Organisation systematisch und strukturiert plant, realisiert und evaluiert mit dem Ziel, die Gesundheit wirksam zu verbessern.⁴ Settingleistungen des PKV-Verbands umfassen damit Organisationsberatung, Informations-, Qualifizierungs- und Vernetzungsangebote sowie Unterstützung im Projekt- und Motivationsmanagement. Ziel dieser Leistungen ist die Förderung von organisationalem und partizipativem Gesundheitslernen sowie die Verankerung von Gesundheit als eines der leitenden Organisations- und Entscheidungsprinzipien.⁵

Die Digitalisierung der Settingprävention steht dabei vor einer doppelten Herausforderung. Bislang ist der Einsatz digitaler Gesundheitstechnologien in der Praxis mehrheitlich auf Individuen konzentriert und wird nicht als Instrument zur Beeinflussung settingbezogener Gesundheitsbedingungen eingesetzt. Zusätzlich verändern sich im Zuge der Digitalisie-

3 WHO 2022.

4 Ebd.

5 Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022.

rung auch die lebensweltlichen Strukturen selbst:⁶ Digitale Hochschulen, E-Sport, onlinebasierte Kommunalforen, digitale Versorgungsstrukturen beispielsweise sind Ausdruck dafür, dass auch institutionalisierte Strukturen immer digitaler werden.⁷ Aktuell entstehen gigantische digitale Infrastrukturen, deren gesundheitliche Risiken und Chancen einerseits weitgehend unbekannt sind und die andererseits auch bislang nicht systematisch gestaltet werden.

Die digitale Transformation geht weit über die Dimension der Technik hinaus, sie ist mehr als Flexibilisierung durch Informationstechnologie oder die Nutzung sozialer Medien. Unter anderem zeigt ein vom PKV-Verband in Auftrag gegebenes Forschungsprojekt⁸ des *Centre für ePublic Health Research* an der Universität Bielefeld, dass die Digitalisierung neue Optionen schafft, Ressourcen und Wissen zu bündeln, zugänglich zu machen und zu skalieren, Akteur*innen zu vernetzen, Austausch zu fördern und daten- sowie evidenzbasierte Konzepte weiterzuentwickeln. Der PKV-Verband beobachtet in der alltäglichen Arbeit weitere Trends; z. B. können Evaluationsvorteile besser ausgespielt werden, ebenso Selbst- und Fremdwahrnehmungen. Digitales erhöht zudem die Sichtbarkeit analoger Strukturen, beispielsweise über Internetpräsenzen oder digitale Marktplätze. Zusätzlich zerfließen die Grenzen zwischen physischen und virtuellen Handlungsräumen immer stärker. In einer komplex vernetzten Gesellschaft stellt die Digitalisierung nicht nur tradierte Organisationskonzepte und Werteketten in Frage, sondern auch Kernprozesse und -kompetenzen sowie Organisations- und Governanceprinzipien. Die Digitalisierung schafft neue analoge sowie virtuelle Realitäten und damit neue Formen der Arbeit, des Lernens, Spielens, der Beziehungs- und (Frei-)Zeitgestaltung. Das gilt auch für Leistungen in der Settingprävention. Ortsunabhängig können Angebotsteilnehmende bereits jetzt schon Beratungs- und Lerneinheiten nach individueller Tagesplanung absolvieren, sich vernetzen und zeitunabhängig auf Informationen zugreifen. Der PKV-Verband unterstützt diesen Trend z. B. mit der hybriden Zertifizierung zur diversitätssensiblen Pflegeeinrich-

6 Vgl. den Beitrag von Stark et al. in diesem Sammelband.

7 Stark et al. 2022a.

8 Projekttitel: Lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Zeitalter der Digitalisierung: Partizipative Erarbeitung eines Definitionsleitfadens voll- und teildigitaler Settings sowie Ansätzen digitaler Verhältnisprävention. Laufzeit: November 2019-Januar 2022. Im Projekt entstandene Publikationen: Stark et al. 2022a; Stark et al. 2022b; Geukes et al. 2022; Albrecht et al. 2022; Stark et al. 2023.

tung.⁹ Alle Settingleistungen des PKV-Verbandes werden in Zukunft im Rahmen von rund 17 Präventionsprogrammen in den Handlungsfeldern Psyche, Sucht, Ernährung und Bewegung hybrid angeboten. Darüber hinaus werden handlungsfeldübergreifende Querschnittskompetenzen wie Gesundheits-, Vielfalts- und Klimakompetenzen gefördert.¹⁰

Ohne eine Befähigungsstrategie im Umgang mit Digitalem laufen Organisationen Gefahr, dass die Vorteile dezentraler, digital unterstützter Prozesse zum Nachteil werden. Technostress, Datenmissbrauch, Gefahr von Entfremdung durch eine Technik mit zunehmend eigenen Agenden, multiple Belastungssituationen, Isolationsgefühle, die schlechtere Wahrnehmbarkeit von Stimmung und Konflikten, das Fehlen klassischer Feedback-Review-Zyklen, der Verlust klassischer Mechanismen zur Förderung von Beziehungsqualität oder von Frühwarnsystemen sind nur einige Aspekte, die nicht nur zu einem Leistungsproblem, sondern auch zu einem Gesundheitsproblem werden können. Damit entsprechende Risiken reduziert werden können, braucht es eine wirksame Enabling-Strategie.

Von vielen Institutionen und Organisationen, mit denen der PKV-Verband zusammenarbeitet, verlangt die Digitalisierung aktuell enorme Anpassungsleistungen, auch von Mitarbeitenden und den weiteren Anspruchsgruppen. Neben der Förderung von *Digital and Data Literacy*, sind die sogenannten *Future Skills*, wie Empathie, Kreativität, Innovations- und Kooperationsfähigkeit, Neugier und Selbstorganisation, aber auch die *Peer-to-Peer-Verantwortung*, die Lern- und Feedback-Kultur, zentral.¹¹

Um diesen Übergang in die neue analog-digitale Hybridrealität erfolgreich auch in Gesundheitsfragen begleiten zu können, müssen die klassischen Ansätze der gesundheitsfördernden Struktur- und Organisationsentwicklung (SOE) weiterentwickelt werden.¹² *Smarte* Gesundheitslösungen brauchen *smarte* Infrastrukturen und Ansätze. Die Digitalisierung bietet viele neue Schnittstellen zur Organisation und ihrem Umfeld und somit gute Voraussetzungen zur Stärkung selbstlernender Organisation durch ein kollaboratives, vernetztes Umfeld. Wie das methodisch und theoretisch in der Praxis unterstützt werden könnte, zeigt der Beitrag von Anna Lea Stark et al. in diesem Sammelband. Die Autor*innen haben im Auftrag des PKV-Verbands erste Ansätze entwickelt, die als Entscheidungshilfe

9 Vgl. den Beitrag von Obernauer/Lang in diesem Sammelband.

10 Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 2022.

11 Seitz/Seitz 2018.

12 Vgl. hierzu z. B. die Beiträge von Faller und Pieck in diesem Sammelband.

sowie Diskussionsgrundlage für die Einordnung von Organisationen und SOE-Maßnahmen auf dem Kontinuum der digitalen Transformation verwendet werden können. Auf dieser Basis kann im Rahmen einer partizipativen Konzeption von SOE-Maßnahmen das individuelle Digitalisierungsprofil einer Organisation berücksichtigt werden. Das trifft auch auf das Digitalisierungsprofil von Leistungsanbietenden zu. Indem analoge und digitale Maßnahmen bedarfs- sowie angebotsbezogen ideal miteinander kombiniert werden, können Handlungs- und Wirksamkeitspotenziale besser ausgeschöpft und erweitert werden. Darüber hinaus werden in dem Beitrag Interventionslogiken und interdisziplinäre Forschungsbedarfe aufgezeigt, die für die settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Kontext der digitalen Transformation relevant sind.

Um organisationsexterne und -interne Veränderungswelten in ein gut vernetztes, gesundes Zusammenspiel zu bringen, hat der PKV-Verband außerdem gemeinsam mit einem multiprofessionellen Entwicklungsverbund eine nutzer*innenorientierte digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention initiiert. Diese wird in einem gemeinsamen Projekt von PKV-Verband, *Pathways Public Health*, IBM iX und dem *August-Wilhelm Scheer Institut*, unter evaluativer Begleitung von *Univation* und der *Universität für Weiterbildung Krems*, umgesetzt. Parallel dazu werden Interventionsansätze und Tools weiterentwickelt, um Digitalkompetenzen und damit auch Kompetenzen in der agilen gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung zu stärken.

Eine vom PKV-Verband an *Pathways Public Health* in Auftrag gegebene Expertise aus dem Jahr 2020 bestätigte den Bedarf einer integrierten, übergeordneten Infrastruktur, die unabhängig von den Anbieter*innen einen Ort für die Settingprävention zur Verfügung stellt. Die leitende Frage war, wie Infrastrukturen in der Settingprävention weiterentwickelt werden müssen, um Leistungen in einer zunehmend digitalen Welt zukunftsfähig zu machen. Die Methodik der Expertise war eine Kombination aus systematischer Recherche, Expert*inneninterviews und Design Thinking (DT)-Workshops. Die Idee einer digitalen Angebotsinfrastruktur (DIFA) war somit geboren. Auf der DIFA soll zukünftig Beratung, Schulung, Vernetzung und Projektmanagement in der Settingprävention an einem Ort möglich werden. Die DIFA soll Anbietende digitaler oder hybrider Settingleistungen ebenfalls darin unterstützen, qualitätsgesicherte Angebote zur Verfügung zu stellen und ihre Zielgruppen zu erreichen.

Basierend darauf erfolgte eine fundierte Recherche existierender Plattformlösungen und die Kalkulation der Aufwände für die Entwicklung und den Betrieb der technischen Infrastruktur. Ergebnis der Recherche war, dass eine *Open Source*-Lösung¹³ wie *Moodle* die Anforderungen der Nutzenden und die Erwartungen hinsichtlich Funktionalitäten und Weiterentwicklungsmöglichkeiten der DIFA am besten erfüllt. Mit dieser Lösung besteht die Möglichkeit, auf Grundlage einer bestehenden *Open Source*-Plattform, deren Quellcode frei und offen zugänglich ist, ein neue Webanwendung zu entwickeln, um dem Anspruch an optimaler Gestaltung und Nutzungsführung gerecht zu werden. Zusätzlich profitiert eine größere Community von den neu entwickelten Codes.

Ziel der DIFA ist somit die Entwicklung und Bereitstellung einer nutzer*innenorientierten und befähigenden digitalen Angebotsinfrastruktur für Angebote in der Settingprävention. Das dahinterstehende Prinzip lautet vereinfacht, dass die Angebote nur so gut sein können und die Anbietenden sowie Zielgruppen nur so gut arbeiten können, wie die Struktur auf ihre Bedarfe hin ausgerichtet ist. Auf diese Weise werden Akzeptanz und Nachhaltigkeit geschaffen. Eine zentrale Grundlage für die Entwicklung der DIFA ist daher die Ermittlung der Bedürfnisse ihrer zukünftigen Nutzenden. Die Entwicklung geschieht partizipativ unter Einbindung der Expertise von zentralen Wissensträger*innen, multiplizierenden Zielgruppen und den Endzielgruppen. Das Angebot soll bundesweit Anbietenden und Settings entgelt- und barrierefrei als *White-Label*-Lösung¹⁴ für Settingprogramme des PKV-Verbands zur Verfügung stehen. Um bei der Entwicklung von DIFA-Lösungen konsequent nutzer*innenzentrierte Perspektiven zu berücksichtigen, kommt u. a. die Methode des Design Thinkings zum Einsatz. Die Verwendung von DT als Form der partizipativen Entwicklung von DIFA wird nachfolgend anhand der durch *IBM iX* durchgeführten DT-Workshops exemplarisch vorgestellt. Von den Teilnehmenden identifizierte Herausforderungen werden angeführt und mögliche Strategien zu deren Vermeidung in weiteren partizipativen Prozessen abgeleitet.

13 *Open Source-Software* ist ein Entwicklungsansatz, bei dem Quellcodes für die offene Zusammenarbeit und Produktion mit Partner*innen bereitstehen (IBM 2022).

14 Unter *White-Label*-Lösung wird ein Produkt verstanden, welches ohne Markenbezeichnung von einem Unternehmen X erzeugt und von einem Unternehmen Y genutzt wird, wobei es dabei unter der Markenbezeichnung von Y auftritt und somit als Produkt von Unternehmen Y erscheint.

1. DIFA als digitale Infrastruktur für Angebote in der Settingprävention

Um digitale Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen zu können, ist der Zugang zum Internet und zu internetfähigen Endgeräten eine Voraussetzung.¹⁵ Unterschiedliche Faktoren beeinflussen das Zurechtkommen in einer digitalen Umgebung, auf individueller Ebene beispielsweise der Zugang zu digitalen Ressourcen und die Einstellung zu deren Nutzung. Auf Familien-/Organisationsebene können die implizite Voreingenommenheit gegenüber digitalen Technologien und wechselseitige Abhängigkeiten (z. B. durch gemeinsam genutzte Endgeräte) genannt werden, auf Gemeindeebene die kommunale und gesundheitsrelevante Infrastruktur sowie Normen in der Nutzung von Technologien und das Vorhandensein von Ansprechpartner*innen. Auf Bevölkerungsebene sind etwa die generelle Technologiepolitik, Datenstandards, Designstandards, soziale Normen und Ideologien anzuführen.¹⁶

Vulnerable Gruppen, v. a. ältere Personen und Migrant*innen, stoßen bei der Nutzung von digitalen Gesundheitsangeboten auf weitere Herausforderungen: Nicht nur digitale Kompetenzen oder Sprachverständnis, auch entsprechende Schulungsmöglichkeiten sind für die Inanspruchnahme digitaler Gesundheitsangebote entscheidend.¹⁷ Die Einbindung vulnerabler Gruppen in Designprozesse ermöglicht daher die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse hinsichtlich *Accessibility* und *Usability*, um digitale Angebote zugänglich und nutzbar zu machen,¹⁸ und soll – wie nachfolgend beschrieben – durch die Verwendung verschiedener partizipationsermöglichender Methoden auch in der Entwicklung von DIFA sichergestellt werden.

1.1 Nutzer*innenzentrierte Gestaltung und Entwicklung von DIFA

User-Centered Design ist ein Ansatz in der Gestaltung und Entwicklung digitaler Produkte und Dienstleistungen. Im Fokus stehen die Nutzenden, ihre Interaktion mit der digitalen Ressource, ihre Bedarfe und Bedürfnisse und ihr Nutzer*innenerlebnis. Ziel ist nicht, das technisch optimale und

15 Sieck et al. 2021.

16 Richardson et al. 2022.

17 Kaihlanen et al. 2022.

18 Henni et al. 2022.

hochwertigste Design zu entwickeln, sondern eine Lösung so zu gestalten, dass sie die Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzenden befriedigt und ein positives Nutzungserlebnis bietet.¹⁹ Die intensive Einbeziehung identifizierter Zielgruppen in Design, Entwicklung und Testung ist dabei wesentlich und kann etwa durch iterative Feedback-Einholung und -Integration ermöglicht werden. Spezifische Bedarfe und Bedürfnisse sollen erhoben, getroffene Annahmen hinterfragt und Probleme in einem neuen Licht gesehen werden. Frühe, einfache Prototypen, beispielsweise Strukturzeichnungen oder Skizzen des späteren digitalen Produkts, unterstützen dabei die Vorstellungskraft und führen schrittweise zu verfeinerten Prototypen. Irrtümliche Annahmen des Entwicklungsteams sollen so früh identifiziert und für die Zielgruppe ungeeigneten Entwicklungen frühestmöglich gegengesteuert werden.²⁰

Um die Perspektiven der Nutzenden und deren Bedürfnisse konsequent zu berücksichtigen, kommen im Projekt DIFA eine Vielzahl von nutzer*innenorientierten Aktivitäten mit dem Ziel der Mitgestaltung (Partizipation) zum Einsatz. Im nutzer*innenzentrierten, agilen Produktentwicklungsprozess der DIFA waren das beispielsweise zwei DT-Workshops für das Plattform-Design, drei *Onboarding*-Workshops sowie ein gemeinsamer *Kickoff* mit allen Pilotprojektpartner*innen-Organisationen. Im Anschluss wurden 21 Interviews mit Pilotprojektpartner*innen, Anbietenden und Settingverantwortlichen zur Exploration und zur Validierung des initialen DIFA-Prototyps durchgeführt, gefolgt von drei Workshops und sechs Interviews zur Validierung des überarbeiteten Prototyps. *Open Space*-Treffen zum gemeinsamen Austausch mit allen Pilotprojektpartner*innen finden regelmäßig statt. In der Umsetzungsphase von DIFA ist die Präsentation der Umsetzungsfortschritte in den *Open Space*-Treffen geplant, darüber hinaus *Refinement Meetings* mit den Pilotprojektpartner*innen für fachlichen Input während der Vorbereitung zur Umsetzung. Zur Validierung der *User Experience* werden qualitative Nutzer*innentests durchgeführt.

In den nachfolgenden Abschnitten werden die beiden DT-Workshops exemplarisch als eine Form der partizipativen Entwicklung von DIFA vorgestellt und Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten dargestellt.

19 Norman/Draper 1986.

20 Ebd.; Redlich et al. 2018.

1.2 Design Thinking als partizipativer Entwicklungsansatz

Die Gestaltung von Interventionen zur Gesundheitsförderung stellt eine Herausforderung dar: Ihr Umfeld ist oft komplex und veränderlich, und der Erfolg einer Intervention hängt stark von der Berücksichtigung spezifischer Anforderungen der Zielgruppe ab.²¹ Die Nutzung von *Design Thinking* im Gesundheitswesen wird als innovative Form der partizipativen Gestaltung und Entwicklung von Produkten, Prozessen und Dienstleistungen gesehen.²²

DT zeichnet sich durch einen partizipativen *Bottom-up*-Ansatz aus, bei dem Daten von und mit der Zielgruppe gesammelt werden. Lösungen werden gemeinsam entwickelt und nach oben getragen, anstatt *top down* vorgegeben zu werden.²³ Die Wirksamkeit von DT im Vergleich zu traditionellen Entwicklungsformen wurde als positiv bewertet.²⁴

DT-Prozesse können in eine unterschiedliche Anzahl an Phasen heruntergebrochen werden, wobei allen Modellen die Identifizierung der Nutzenden als wichtige Stakeholder*innen für den Erfolg des geplanten Produkts, Prozesses oder der Dienstleistung gemeinsam ist. Alle Modelle pflegen eine intensive Auseinandersetzung mit der Zielgruppe und deren früher und kontinuierlicher Einbindung in alle Phasen der Ideenfindung, Entwicklung, Testung und Implementierung durch regelmäßige Feedback- und Entwicklungs-Schleifen.²⁵ Für die Zielgruppeneinbindung sind vielfältige Methoden verfügbar, beispielsweise *Brainstormings* oder verschiedene Formen des *Prototypings*.²⁶

1.3 IBM Enterprise Design Thinking: Der Loop

Den DIFA DT-Workshops liegt der nichtlineare Loop von *IBM Enterprise Design Thinking* zugrunde (siehe Abb. 1), der drei Phasen (*Observe – Reflect – Make*) umfasst.

21 Neuhauser/Kreps 2014.

22 Ku/Lupton 2022.

23 Endrejat/Kauffeld 2017; Altman et al. 2018.

24 Ebd.; Abookire et al. 2020.

25 Redlich et al. 2018.

26 Ebd.

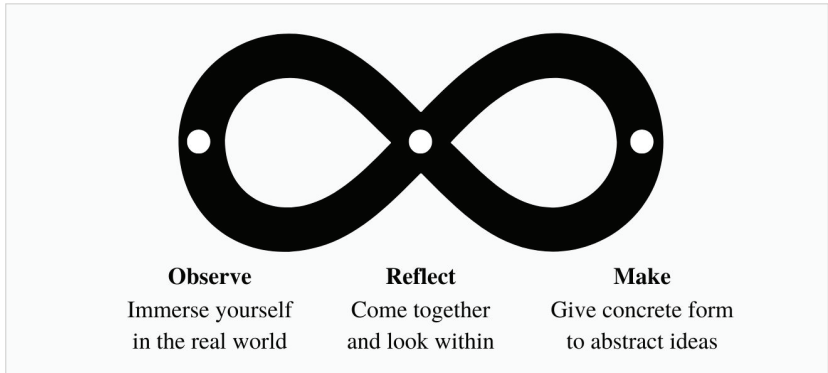


Abb. 1: IBM Enterprise Design Thinking Loop (Quelle: eigene Darstellung basierend auf IBM o. J.)

Ziel der *Beobachtungsphase* (*Observe – Beobachten*) ist das Kennenlernen der Zielgruppe und das Validieren von Entwürfen. Dabei sollen Erfahrungen, Bedürfnisse und individuelle Kontexte urteilsfrei aufgenommen und Meinungen und Feedback der Zielgruppe gehört werden, wobei die Bildung eines empathischen Verständnisses der zukünftigen User*innen zentral ist.²⁷

In der *Reflexionsphase* (*Reflect – Reflektieren*) steht das Zusammenkommen im Vordergrund, um gewonnene Einblicke in die Zielgruppe zusammenzuführen, zu besprechen und weitere Schritte abzuleiten oder Planänderungen zu initiieren. Reflektiert wird nicht nur am Beginn neuer DT-Prozesse, sondern auch regelmäßig in laufenden Prozessen, um Abstimmungen vorzunehmen, den Fokus zu schärfen und auf Änderungen rasch und agil reagieren zu können.²⁸

In der *Tunphase* (*Make – Tun*) erfolgt die Umsetzung von Ideen in Form von prototypischen Entwicklungen hin zu finalen Produkten. Zentral sind die frühe Gestaltung und Testung von Entwürfen, Schritt für Schritt hin zu einer finalen Lösung, anstatt des initialen Ausfeilens detaillierter Lösungen.²⁹ Die einzelnen Phasen werden nicht nacheinander abgearbeitet, sondern beim mehrmaligen Durchlaufen des *Loops* zu verschiedenen

27 IBM iX 2018.

28 Ebd.

29 Ebd.

Zeitpunkten wiederholt, um neue Entwicklungen zu testen und auf aktuelle Anforderungen reagieren zu können.³⁰

1.4 Design Thinking-Workshops in der Entwicklung von DIFA

Wesentlich in der partizipativen Gestaltung von DIFA war die digitale Durchführung zweier DT-Workshops, um eine klare gemeinsame Vision über die Einzigartigkeit von DIFA zu erlangen und zu ergründen, wie die Akteur*innen in der Prävention zusammengebracht werden können. Die DT-Workshops dienten zur Anforderungssammlung und -abstimmung für die Ausschreibung der Erstellung des digitalen Beratungs- und Schulungsangebots – einem der drei Bereiche, die im Endausbau von DIFA angeboten werden sollen. Dabei wurde einerseits die Perspektive der *Anbietenden* vertreten, die unterstützt werden sollen, Online-Beratungen und Schulungen anzubieten und zu erbringen, andererseits die der *Settingverantwortlichen*, die die digitalen Leistungen effektiv und effizient auswählen und verbindlich vereinbaren sollen.

Teilnehmende der Workshops waren Vertretende des Design- und Entwicklungsteams von IBM iX, des PKV-Verbands sowie der Pilotprojektpartner*innen, wobei letztere mehrere Perspektiven einnahmen: einerseits als Settingverantwortliche, die Online-Beratungen und digitale Schulungen der Anbietenden nutzen sollen, andererseits als potenzielle Anbietende, die Schulungsinhalte zukünftig selbst zur Verfügung stellen möchten. Weiterhin waren *Mitarbeitende aus Settings* vertreten, um die Perspektive und Bedarfe aus dieser Sicht zu repräsentieren, insbesondere in ihrer Rolle als Schulungs- und Projekt-Teilnehmende.

1.5 Verwendete Methoden der Design Thinking-Workshops

Nachfolgend werden die in den DT-Workshops verwendeten Methoden beschrieben. Die digitalen DT-Workshops wurden an zwei Tagen im Dezember 2020 mit einer Videokonferenz-Software durchgeführt. Die Vorlagen 1-3 (siehe Verlinkungen in Fußnoten, mit freundlicher Genehmigung von IBM iX) wurden in digitalen Arbeitsgruppen in einer *Whiteboard-Software* zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmenden konnten durch Platzie-

30 Ebd.

rung von digitalen Post-Its ihre Beiträge beisteuern. Die Methoden umfassen:

1. *Persona Canvas*³¹: Personas sind wichtige Faktoren in der Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen, da sie die Identität von (fiktiven) Vertretenden einer Zielgruppe möglichst holistisch darstellen sollen.³² Für DIFA wurden Plattform-Personas entwickelt, die Ziele, Bedürfnisse, zur Verfügung gestellte Mittel und Wertversprechen der neuen digitalen Plattform aus den unterschiedlichen Perspektiven abbilden.
2. *Plattform Business Model Canvas*³³: Ein *Business Model Canvas* ist ein Visualisierungstool von Geschäftsmodellen³⁴ und wurde in den DIFA DT-Workshops zur Beschreibung von Modell und Mission der Plattform verwendet.
3. *To-be Scenario Map*³⁵: Diese Methode entspricht der Kreativmethode des *User Journey Mappings* und bezeichnet die verbildlichte Darstellung eines typischen Nutzer*innenprozesses (*User Journey*).³⁶ In den DIFA DT-Workshops wurde dabei auf die Schritte, Handlungen, Gedanken und Gefühle von Anbietenden und Settingverantwortlichen bei der Nutzung der neuen Präventionsplattform eingegangen.

Workshop 1 - Anforderungen an DIFA: Workshop 1 dauerte fünf Stunden, und es nahmen neun Vertretende des Projekt- und Entwicklungsteams, vier Personen aus dem Kreis der Anbietenden sowie eine Vertretung der E-Training-Partner*innen für digitale Schulungen teil. Im ersten Workshop wurden Anforderungen der Anbietenden und der Settingverantwortlichen an die DIFA erhoben. In drei Arbeitsgruppen wurden die Akteur*innen der Plattform definiert und deren Personas erstellt. In einem Plattform-Modell wurden die wechselseitigen Beziehungen der Akteur*innen und der Plattform beschrieben. Daraus wurde eine gemeinsame Mission abgeleitet. Interaktionsprinzipien wurden diskutiert und daraus Anforderungen an

31 Vorlage 1 (Abbildung von IBM iX, mit freundlicher Genehmigung zur Verwendung) abrufbar unter: <https://door.donau-uni.ac.at/o:2700>.

32 Kuenen 2018.

33 Vorlage 2 (Abbildung von IBM iX, mit freundlicher Genehmigung zur Verwendung) abrufbar unter: <https://door.donau-uni.ac.at/o:2702>.

34 Zolnowski 2015.

35 Vorlage 3 (Abbildung von IBM iX, mit freundlicher Genehmigung zur Verwendung) abrufbar unter: <https://door.donau-uni.ac.at/o:2703>.

36 Endmann/Kessner 2015.

die Plattform formuliert, welche in *User Journeys* für die DIFA dargestellt wurden.

Workshop 2 - Nutzende von DIFA: Workshop 2 dauerte drei Stunden, und es nahmen sieben Vertretende des Projekt- und Entwicklungsteams sowie vier Settingverantwortliche teil. Das Plattform-Modell wurde um die Betrachtung von Rollen und Verantwortlichkeiten erweitert. Der Fokus lag auf den Bedürfnissen derer, die Online-Beratungen und Schulungen in DIFA effektiv und effizient wahrnehmen sollen. Profile und Bedürfnisse der typischen Nutzenden wurde in Arbeitsgruppen als Personas erarbeitet und im Plenum zusammengeführt. Ausgewählte *User Journeys* aus Sicht der Anbietenden und der Settingverantwortlichen wurden unter der Fragestellung „Was tut, denkt und fühlt diese/r Akteur*in auf der neuen Präventionsplattform?“ ausgearbeitet.

1.6 Kritische Faktoren in der Verwendung von Design Thinking-Prozessen

Um eine für alle Seiten sinnvolle und erfolgreiche Umsetzung von DT-Prozessen sicherzustellen, sollten Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Literatur sowie das Feedback der am eigenen DT-Prozess teilnehmenden Stakeholder*innen berücksichtigt werden. Nachfolgend werden von den Settingverantwortlichen identifizierte Herausforderungen bei der Durchführung der DIFA DT-Workshops analysiert und Literaturerkenntnisse angeführt.

*Feedback der Pilotprojektpartner*innen:* In Tab. 1 werden von den teilnehmenden Settingverantwortlichen identifizierte Herausforderungen bei der Durchführung der DT-Workshops dargestellt. Diese basieren auf dem individuell rückgemeldeten, offenen Feedback der Settingverantwortlichen an die Autor*innen. Daraus werden von den Autor*innen mögliche Strategien zum Umgang mit bzw. zur Vorbeugung von diesen Herausforderungen in weiteren partizipativen Workshops abgeleitet. Das Feedback der teilnehmenden Settingverantwortlichen betrachtend, zeigen sich keine grundlegenden Unzufriedenheiten mit dem DT-Prozess an sich. Es lassen sich jedoch vor allem Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Workshops erkennen, beispielsweise in der zeitlichen Planung, der Teilnehmendenstruktur und der Kommunikationsintensität und -kultur.

Tab. 1: Herausforderungen und mögliche Lösungsstrategien für die Design Thinking-Workshops

Herausforderung	Mögliche Lösungsstrategien
Das Ziel der Workshops wurde zu wenig kommuniziert.	Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses: klare Definition von Zielen, Methoden und Aufgabenstellungen sowie verstärkte Kommunikation dieser an die Beteiligten.
Durch die geringe Anzahl an Vertretenden der Settingverantwortlichen wurde deren Perspektive als unterrepräsentiert betrachtet. Die Aufteilung der wenigen Teilnehmenden in weitere Klein-Arbeitsgruppen wurde als undynamisch und wenig partizipativ wahrgenommen.	Anpassung des Workshop-Designs: stärkere Repräsentation der Settingverantwortlichen und/oder Änderung der Gruppenaufteilung zur ausreichenden Einbindung der Perspektive der Settingverantwortlichen.
Technische Probleme mit dem digitalen <i>Whiteboard</i> führten teils zu einer verminderten Möglichkeit der Teilnahme am Geschehen.	Anbieten von Partizipationsalternativen: Ermöglichung einer alternativen Form der Partizipation bzw. Teilnahme an der Diskussion unabhängig von digitalen <i>Whiteboards</i> .
Beiträge mussten unter großem Zeitdruck abgegeben werden.	Anpassung des Workshop-Designs: großzügige Planung des zeitlichen Gerüsts und Berücksichtigung zeitlicher Puffer.
Kritik und Rückmeldungen wurden mittels Feedback-Bogen gesammelt, aus Sicht der Beteiligten jedoch nicht ausreichend genutzt.	Schaffung eines produktiven Arbeitsklimas: offene Feedback-Kultur und konstruktive Reaktion auf kritische Anmerkungen.

Erkenntnisse aus der Literatur: Aus der Literatur ergeben sich weitere Punkte, die zur erfolgreichen Durchführung von DT-Prozessen beachtet werden sollten, da sie bei den involvierten Vertretenden der Zielgruppen zu Spannungen führen könnten. Möglich ist beispielsweise ein Konflikt zwischen den Bedürfnissen und Bedarfen der Zielgruppe und den erwarteten Outcomes der Auftraggeber*innen.³⁷ Die Schaffung eines Gleichgewichts zwischen dem erwarteten Innovationsgrad eines Produkts und einer nutzer*innenfreundlichen Umsetzung sollte angestrebt werden, um die im Workshop entwickelten Ansätze für die User*innen tatsächlich nutzbar zu machen. Unterschiede können auch zwischen den Ergebnissen einer mit der Zielgruppe durchgeführten Bedarfsanalyse und der Evidenzlage aus der Literatur bestehen.³⁸ Dies bedeutet jedoch nicht, dass zugunsten der Literatur auf Bedarfsanalysen verzichtet werden und der Bedarf anhand vorliegender Studien abgeleitet werden kann; vielmehr sollte eine ausführliche Bedarfsanalyse unter Verwendung mehrerer Methoden (Nut-

37 Altman et al. 2018.

38 Ebd.

zenden-Interviews, DT-Workshops, *Prototyping* und *Testing*) durchgeführt werden, um ein möglichst holistisches Bild der Bedürfnisse der Zielgruppe zu erheben.³⁹ Die Anwendung von DT in kleinen Populationen kann einen Aufschluss über deren Bedürfnisse und Anforderungen an ein neues digitales Produkt liefern; idealerweise sollten die Ergebnisse jedoch in größeren Populationen auf Reproduzierbarkeit und Anwendbarkeit überprüft werden, um Aussagen generalisierbarer zu machen und die breite Wirksamkeit einer Intervention zu steigern.⁴⁰ Weiter könnte die in DT-Prozessen schnelle und dynamische Herangehensweise an Fragestellungen von Nachteil für den Aufbau von Vertrauen und Beziehungen zwischen der Zielgruppe und den Prozessverantwortlichen sein.⁴¹

2. Zusammenfassung und Ausblick

Die Nutzung digitaler Technologien für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention gewinnt zunehmend an Bedeutung. Vor dem Hintergrund geänderter digitaler Konsum- und Nutzungsgewohnheiten durch die COVID-19-Pandemie sollte aus Sicht der Autor*innen bei der Entwicklung digitaler Gesundheitsangebote auf die veränderten Gewohnheiten der Zielgruppen Rücksicht genommen werden (z. B. größere Verfügbarkeit digitaler Endgeräte bei den Nutzenden, verstärkte Nutzung digitaler Angebote auch durch Ältere⁴²). Ein vielversprechender Ansatz wäre, den Zielgruppen verstärkt Gehör zu schenken und die Durchführung neuer Studien anzustreben, um den Wissenstand zu aktualisieren.

DT-Prozesse haben grundsätzlich das Potenzial für einen partizipativen Ansatz in der Entwicklung von digitalen Gesundheitslösungen. In Zusammenschau mit dem Feedback der Teilnehmenden der DIFA DT-Workshops und den in der Literatur identifizierten Faktoren zeigen sich die Herausforderungen des Ansatzes. Um den Herausforderungen in den DT-Workshops projektweit zu begegnen, wurde verstärkter auf ein einheitliches Verständnis von Workshop-Zielstellungen geachtet, bspw. mit Vorbereitungsterminen für einen offenen Austausch. Darüber hinaus wurden offene Sprechstunden des Verbundpartnermanagements, regelmäßige zweiwöchige Regeltermine mit jeder einzelnen Partnerorganisation und ein

39 Ebd.

40 Ebd.

41 Van der Westhuizen et al. 2020.

42 Renu 2021.

Open Space-Format im monatlichen Rhythmus zum Austausch der Partner*innen untereinander eingeführt. Außerdem wurde die Zeitplanung von Workshops großzügiger gestaltet, aktive Mitarbeit in digitalen *Whiteboards* möglichst optimal gestaltet und es wurden *Incentives* für die Teilnahme an einzelnen Formaten ausgelobt. Die Perspektive der Settingverantwortlichen wurde in der Folge durch qualitative Interviews zusätzlich fundiert. Ferner wurde zusätzliche didaktische Unterstützung eingeholt. So gelang eine Optimierung der Partizipationsmöglichkeiten im Entwicklungsprozess, welche für aktuelle und zukünftige Workshops verfolgt wird.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Kommunikation klarer Ziele, Erwartungen und Vorgaben essenziell ist, ebenso die Wahl geeigneter Methoden zur Partizipation unter Berücksichtigung eines adäquaten Zeitplans. Eine offene Feedback-Kultur sollte nicht nur den DT-Prozess begleiten, sondern auch für dessen Umsetzung gelebt werden. Eine partizipationsermöglichende und für alle Teilnehmenden zufriedenstellende Gestaltung und Durchführung von DT-Prozessen ist daher von wesentlicher Wichtigkeit für deren Erfolg.

Literatur

- Abookire, S/Plover, C/Frasso, R/Ku, B (2020): Health Design Thinking: An Innovative Approach in Public Health to Defining Problems and Finding Solutions. *Frontiers in Public Health*, 8: 459.
- Albrecht, J/Stark, AL/Dongas, E/Wrona, KJ/Dockweiler, C (2022): Hosting an Online World Café to Develop an Understanding of Digital Health Promoting Settings from a Citizen's Perspective – Methodological Potentials and Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19: 9969. DOI: 10.3390/ijerph19169969.
- Altman, M/Huang, TT/Breland, JY (2018): Design Thinking in Health Care. Preventing Chronic Disease. *Public Health Research, Practice, and Policy*, 15: E117.
- Endmann, A/Kessner, D (2015): User Journey Mapping. Eine Methode im User Experience Design. In: Fischer, H/Endmann, A/Krökel, M (Hg.): *Mensch und Computer 2015 – Usability Professionals*. Oldenburg: De Gruyter, 408–414.
- Endrejat, PC/Kauffeld, S (2017): Wie könnten wir Organisationsentwicklungen partizipativ gestalten? Der Design Thinking Ansatz als Instrument zur Gestaltung von Veränderungsprozessen Gruppe. *Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 48: 2, 143–154.
- Geukes, C/Stark, AL/Dockweiler, C (2022): eHealth Literacy als Grundlage zur Entwicklung digitaler Technologien in der Gesundheitsförderung und Prävention? Eine systematische Übersicht der Literatur. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17, 163–169.

- Henni, SH/Maurud, S/Fuglerud, KS/Moen, A (2022): The Experiences, Needs and Barriers of People with Impairments Related to Usability and Accessibility of Digital Health Solutions, Levels of Involvement in the Design Process and Strategies for Participatory and Universal Design: a Scoping Review. *BMC public health*, 22: 1, 35.
- IBM (o. J.): The Framework. Design Thinking Re-envisioned for the Modern Enterprise. URL: <https://www.ibm.com/design/thinking/page/framework>; 7.11.2022).
- IBM (2022): Open Source im Vergleich zu Closed-Source-Software. URL: <https://www.ibm.com/de-de/topics/open-source>; 4.11.2022.
- IBM iX (2018): The Loop Drives Us. Understand the Present and Envision the Future in a Continuous Cycle of Observing, Reflecting, and Making. URL: <https://www.ibm.com/design/thinking/page/framework/loop>; 31.8.2022.
- Kaihlanen, A-M/Virtanen, L/Buchert, U/Safarov, N/Valkonen, P/Hietapakka, L/Hörhammer, I/Kujala, S/Kouvonen, A/Heponiemi, T (2022): Towards Digital Health Equity – a Qualitative Study of the Challenges Experienced by Vulnerable Groups in Using Digital Health Services in the COVID-19 Era. *BMC health services research*, 22: 1, 188.
- Ku, B/Lupton, E (2022): *Health Design Thinking*. Second Edition. Cambridge: The MIT Press.
- Kuenen, K (2018): Persona. URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/persona-119156/version-368104>; 7.11.2022.
- MDS - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes, Bund der Krankenkassen e. V. (2021): Präventionsbericht 2021. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2020. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__seelbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2021_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei_final.pdf; 7.11.2022.
- Neuhauser, L/Kreps, GL (2014): Integrating Design Science Theory and Methods to Improve the Development and Evaluation of Health Communication Programs. *Journal of Health Communication*, 19: 12, 1460–1471.
- Norman, DA/Draper, SW (Hg.) (1986): *User Centered System Design. New Perspectives on Human-computer Interaction*. Boca Raton, London, New York: CRC Press.
- Redlich, B/Becker, F/Siemon, D/Robra-Bissantz, S/Lattemann, C (2018): Nutzerzentrierte Dienstleistungsinnovation durch digitales Design Thinking – Herausforderung und Potenziale für Wissenschaft und Praxis. In: Bruhn, M/Hadwich, K (Hg.): *Service Business Development*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 83–102.
- Renu, N (2021): Technological Advancement in the Era of COVID-19. *SAGE open medicine*, 9.
- Richardson, S/Lawrence, K/Schoenthaler, AM/Mann, D (2022): A Framework for Digital Health Equity. *NPJ digital medicine*, 5, 119.
- Seitz, J/Seitz, J (2018): Digitale Kompetenzen: New Work = New Human? In: Fortmann, HR/Kolocek, B (Hg.): *Arbeitswelt der Zukunft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 355–382.

- Sieck, CJ/Sheon, A/Ancker, JS/Castek, J/Callahan, B/Siefer, A (2021): Digital Inclusion as a Social Determinant of Health. *NPJ digital medicine*, 4, 52.
- Stark, AL/Geukes, C/Albrecht, J/Dockweiler, C (2022a): Digitale Anwendungen in der Planung und Umsetzung von verhältnisorientierter Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Ergebnisse eines Scoping Reviews. *Das Gesundheitswesen*, 84: 1–8.
- Stark, AL/Geukes, C/Dockweiler, C (2022b): Digital Health Promotion and Prevention in Settings: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 24: 1, e21063.
- Stark, AL/Albrecht, J/Dongas, E/Choroschun, K/Dockweiler, C (2023): Zukunftstrends und Einsatzmöglichkeiten digitaler Technologien in der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung – eine Delphi-Befragung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, eFirst. DOI: 10.1007/s00103-023-03669-5.
- van der Westhuizen, D/Conrad, N/Douglas, TS/Mutsvangwa, T (2020): Engaging Communities on Health Innovation: Experiences in Implementing Design Thinking. *International Quarterly of Community Health Education*, 41, 101–114.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2022): Gut vernetzt und stark im Netz: wie sich die PKV für Gesundheitsprävention engagiert. URL: <https://www.pkv.de/po-sitionen/praeventionsengagement/>; 7.11.2022.
- WHO – World Health Organization (2022): Healthy Settings. URL: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/healthy-settings>; 4.11.2022.
- Zolnowski, A (2015): Instrument Business Model Canvas. URL: <https://www.inf.uni-hamburg.de/de/inst/ab/itmc/research/completed/promidis/instrumente/business-model-canvas>; 31.8.2022.

