

Gestaltungsansätze für die Gesundheitsförderung in der Postmoderne

Jonas Rehn-Groenendijk & Helena Müller

1. Herausforderungen unserer Zeit

Heraklits berühmtes Zitat »panta rhei«, dass sich alles im Fluss befinde, beschreibt eindrucksvoll das Wesen menschlicher Zivilisation, die sich in ständigem Wandel befindet. Auch der technologische Fortschritt trägt hierzu maßgeblich bei. Damit verbunden ist auch eine kontinuierliche und – spätestens seit der Verbreitung des Internets – exponentielle Zunahme an Komplexität: Globalisierte Waren- und Informationsströme, diversifizierte Lebensstile und die zunehmende Bedeutung digitaler Welten formen unmittelbar die Lebenswirklichkeiten der Menschen. Gleichzeitig zeichnen sich Entwicklungen in der individuellen Gesundheit und Gesundheitsförderung ab. Das Schlagwort der »Zivilisationskrankheiten« fasst jene Pathologien zusammen, deren Ursprung durch den jeweiligen Lebensstil (mit-)verantwortet wird (Müllner 2007). Die Techniker Krankenkasse (2010) rechnet mit einer stetigen Zunahme von Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfall, Herzinfarkt und Demenz bis ins Jahr 2050. Ebenso nimmt die Prävalenz psychischer Erkrankungen (v.a. Angststörungen und Depression) weltweit kontinuierlich zu (WHO 2022).

Als Katalysator lassen sich vor allem die Entwicklungen innerhalb dessen identifizieren, was unter dem Sammelbegriff Web 2.0 subsummiert ist. Durch die globale Verbreitung des Smartphones und sozialer Medien verändern sich zum einen Interaktionsformen und soziale Beziehungen. Zum anderen wirken soziale Medien auch auf die Wahrnehmung des Physischen ein. Körperideale (Simpson & Mazzeo 2017), Ernährungsweisen bis hin zu Raumgestaltungen werden einem Schema unterworfen, das sich weniger an wissenschaftlichen Kriterien oder Plausibilität messen lassen muss als

an ästhetischem Gefallen. Die dabei vor allem in jungen Jahren entstehende intensive Bindungen zum Smartphone (Diefenbach & Borrmann 2019) verstärkt diese Effekte zudem. Doch nicht alleine in einer solchen individuellen Beziehung zwischen Nutzenden und digitaler Technologie werden Veränderungen deutlich. Die Hybridität von Arbeitswelten, die Verschränkung von digitalen Leitsystemen und Informationsangeboten mit physischen Umwelten und die damit einhergehenden Abläufe erzeugen zunehmend komplexe Interdependenzen im menschlichen Lebensraum.

Gesundheitsförderung bleibt in einem solch dynamischen Kontext eine gesellschaftliche Herausforderung, deren institutionelle Versorgungsstrukturen im Angesicht fortlaufender Krisen (z.B. Pandemie, Fachkräftemangel) stark belastet sind. Die zentrale Aufgabe besteht vor diesem Hintergrund darin, situationsabhängig die Bedürfnisse aller relevanten Stakeholder objektiv zu erfassen und praktisch zu adressieren sowie bestehende wissenschaftliche Erkenntnisse nutzbar zu machen. Mit Blick auf diese Rahmenbedingungen sind im Folgenden zunächst die theoretische Ausgangslage zu analysieren und die hier zugrundeliegenden Perspektiven einer gesundheitsfördernden Gestaltung zu benennen, um dann ein methodisches Vorgehen zu skizzieren und konkrete gestalterische Ansatzpunkte für verschiedene gesundheitsrelevante Arbeitsfelder zu illustrieren.

2. Der Weg zu einer systemischen Perspektive

In diesem Beitrag wird ein Zugang zu solch aktuellen Fragestellungen aus zwei disziplinären Perspektiven entwickelt, die sich interdisziplinär verbinden und so neue Herangehensweisen und Ergebnisse schaffen. Zum einen behandelt die Psychologie im Allgemeinen das Erleben und Verhalten des Menschen. Vor dem Hintergrund des Vorwurfs einer »Umweltvergessenheit« (Krise 1974: 7) in der traditionellen Psychologie, fokussiert die Umwelt- und Architekturpsychologie im Besonderen das Zusammenspiel von Menschen und ihren Umwelten. Eine Grundannahme dabei ist, dass Menschen ihre Umwelten kontinuierlich gestalten und gleichzeitig von ihnen verändert werden (Hellbrück & Kals 2012). Ein solcher Dualismus lässt sich sogar zugunsten eines untrennbaren Ganzen von Mensch und Mitwelt, das sich über die Zeit verändert und räumlich-dingliche wie auch psychosoziale Aspekte umfasst, vollständig auflösen (Altman & Rogoff 1987; Müller 2021). Design und insbesondere die Designforschung lassen sich bereits als interdisziplinäre Felder betrachten. Ungeachtet, ob es

um industriell gefertigte Produkte, Kommunikationsstrategien oder Dienstleistungen und ganze Erlebnisse (z.B. Kinobesuch, Flugreise) geht, eint dieses Feld das Bestreben, neuartige bzw. angemessenere Lösungen für bestehende Probleme oder Bedarfe zu entwickeln. Dabei greift das Design aus praktischer und die Designforschung aus analytischer Sicht häufig auch auf das Methodenrepertoire anderer Disziplinen zurück, passt einzelne Methoden an oder kombiniert diese mit anderen. Dementsprechend sind die Grenzen zu anderen Disziplinen fließend. Die Verbindung des Wissens zu (a) mentalen Vorgängen *im* Menschen und zum Zusammenspiel des Menschen *mit* der Umgebung (Umweltpsychologie) sowie (b) zur Beschaffenheit, Gestaltung und zu Abläufen in der Umgebung *um* den Menschen (Designforschung), ermöglichen neue Perspektiven. Diese lassen sich auch zur Gesundheitsförderung nutzen. Dabei sind diese Disziplinen lediglich ein erster Zugang zu einem Feld, das von einer Vielzahl von Disziplinen und darüber hinaus bearbeitet werden sollte. So ließe sich ein »Vergessen« der räumlich-dinglichen wie psychosozialen Umwelten auch in der Medizin sowie den Gesundheitswissenschaften vermeiden.

Wenn in diesem Beitrag von Gesundheit die Rede ist, umfasst dies Überlegungen sowohl zu psychischer als auch zu physischer Gesundheit, die sich im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes nicht trennscharf voneinander abgrenzen lassen, wie in der Verfassung der World Health Organisation (WHO 1946) festgehalten. Grundlage und Ausgangspunkt ist ein biopsychosoziales Krankheitsmodell (vgl. Egger 2005) als Gegenentwurf zu einem biomedizinischen Verständnis von Krankheit. So sind gesundheitsfördernde (statt krankheitsbekämpfende) Maßnahmen zu entwickeln, jeweils unter Berücksichtigung untrennbar miteinander verwobener biologischer, psychischer und sozialer (statt ausschließlich biologischer) Elemente. Mit Blick auf Erkenntnisse aus Feldern wie der Psychoneuroimmunologie (z.B. Schubert 2011), des Embodiments (Lux et al. 2021) und der Psychosomatik (z.B. Davidson et al. 2003) ist von einer systemischen Interdependenz auszugehen, in der psychisches Wohlbefinden Ausprägung und Ursache von Gesundheit gleichermaßen ist. Ein solcher Gegenentwurf zum Körper-Geist-Dualismus ist auch in vielen nicht-europäischen Kulturkreisen (z.B. Vietnam, Philippinen) vorherrschend (Kraus 2006).

Vor diesem Hintergrund rahmt dieser Beitrag Menschen als mit natürlichen, sozialen, gebauten, digitalen und hybriden Strukturen verflochten, die allesamt einen Einfluss auf unser Denken, Erleben und Verhalten haben (Fogg 2003; Lockton et al. 2010; Michie 2014; Rehn 2018). Nicht zuletzt die Lehren aus der Corona-Pandemie führen uns verstärkt die Notwendigkeit eines One

Health-Ansatz' (Fiack et al. 2023) vor Augen, der die enge Verknüpfung zwischen der Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt betont. Die menschliche Gesundheit lässt sich folglich nicht isoliert betrachten. Um dieser Verflochtenheit gerecht zu werden, bedarf es – auch in der Gesundheitsförderung – einer systemischen Sichtweise, die solche Mensch-Umwelt-Einheiten als Ganzes begreift, bewusst gestaltet (s. z.B. Vollmer & Koppen 2021) und dabei den Blick für die vielschichtigen und teils ›verzwickten‹ Zusammenhänge weitet.

3. Inter- und transdisziplinäre Arbeitsweise

Wie viele andere große Herausforderungen unserer Zeit, z.B. der Klimawandel, erfordern auch die Komplexität des Gesundheitssystems und die Fragestellung einer ganzheitlichen und bedarfsgerechten Gesundheitsförderung, eine Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen sowie zwischen Akteur*innen aus Wissenschaft und Praxis (Rütten et al. 2019). Denn ebenso wie Gesundheit nicht räumlich an den Türen einer medizinischen Praxis endet, endet die Zuständigkeit für dieses Thema nicht an der Grenze einer einzelnen Disziplin wie der Medizin oder der Psychologie.

So gewinnt im Kontext komplexer therapeutischer Fragestellungen die Interdisziplinarität im medizinischen Alltag seit Jahren an Bedeutung. Dabei arbeiten nicht nur unterschiedliche Fachrichtungen zusammen (z.B. Orthopäd*innen und Radiolog*innen), auch beispielsweise Sozialarbeiter*innen (z.B. social prescribing, Morse et al. 2022), Lehrkräfte und Designer*innen (Tromp & Vial 2023) nehmen wichtige Rollen in der Prävention und Behandlung von Krankheiten ein. Ein Indiz für den Bedarf solcher Zusammenarbeit ist auch, dass mit der Science of Cross Disciplinary Team Science (Salazar et al. 2012; Hall et al. 2019) ein eigener akademischer Schwerpunkt für solche Fragestellungen besteht. Mit diesem Schwerpunkt werden neben den großen Potenzialen dieser Arbeitsweise auch die Herausforderungen adressiert und konkrete Lösungswege empfohlen. Einige der in diesem Feld untersuchten Phänomene stammen direkt aus dem Bereich der Medizin (z.B. das Erlernen neuer chirurgischer Verfahren, Edmondson et al. 2000) oder der Gesundheitsvorsorge (z.B. Prävention von Tabakkonsum, Stokols et al. 2005). Grundlage dafür ist eine offene Haltung, die disziplinäre Expertisen als wert-

volle Erkenntnisquellen anerkennt und gleichzeitig – in der Integration – den größten Mehrwert erzielt (Boix Mansilla et al. 2016).

Will man vor dem Hintergrund der eingangs dargestellten gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen strukturelle Optimierungen vornehmen und Gestaltungsimpulse für eine Gesundheitsförderung in der Postmoderne erschließen, eignen sich in besonderer Weise transdisziplinäre Ansätze (z.B. Defila & Di Giulio 2019). Hier gilt es über disziplinäre Grenzen hinweg und unter Einbezug von Akteur*innen aus Praxis und Bevölkerung zunächst ein gemeinsames Problemverständnis zu erarbeiten und zu definieren (vgl. dazu »joint problem framing«; Pearce & Ejderyan 2020). Dabei sind jedoch zahlreiche Hürden zu überwinden (Bammer 2019). So erscheint die intensive transdisziplinäre Auseinandersetzung aufgrund der unterschiedlichen Fachsprachen häufig zunächst mühsam(er). Oft werden Zielkonflikte deutlich und es sind Aushandlungsprozesse nötig, in denen individuelle Bedarfe und Anforderungen für alle sichtbar werden (»Wer vertritt welche Position?«). Dabei entsteht auch ein sozialer Lernprozess, der für alle Beteiligten zu einem systemischen Verständnis beiträgt (»Worum geht es im Kern?« »Wo liegen entscheidende Stellschrauben?«). Dies geschieht idealerweise vor der Annahme, dass jene Akteur*innen zusammenkommen, die für das langfristige Gelingen der gestalterischen Lösung benötigt werden. Im Gesundheitsbereich sind hier neben Patient*innen bzw. Bürger*innen verstärkt auch medizinische Fachkräfte einzubeziehen. Dabei ist darauf zu achten, Partizipationshemmnisse (z.B. hoher Zeitaufwand) zu minimieren.

Es ist anzunehmen, dass es im Zuge dessen auch neuartiger Methoden und Ansätze bedarf, um diesem Anspruch zu genügen. Deutlich wird dies im vergleichbar komplexen Kontext der nachhaltigen Entwicklung. Hier wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Ansätze entwickelt und erprobt, die den Anspruch haben, transformativ zu wirken – also komplexe Systeme entlang einer normativen Orientierung zu verändern (z.B. Wittmayer & Hölscher 2017). Der gegenwärtige Diskurs zu gestalterischen Potentialen im Kontext der Gesundheitsförderung stellt ein Gelegenheitsfenster dar, das ein Umdenken und zielorientiertes Handeln ermöglichen kann. Im Sinne eines *Health Design Thinking* (Ku & Lupton 2020) wird Gestaltung als Grundprinzip der Veränderung begriffen, das Bestehendes hinterfragt und Neues ermöglicht.

4. Empirische und analytische Methoden als verbindende Werkzeuge

Um gesundheitsrelevante sozio-technische Systeme in ihrer Komplexität und mögliche Zusammenhänge mit Gesundheit und Gesundheitsförderung objektiv erfassen zu können, sind empirische Methoden ein notwendiges, wenn auch nicht hinreichendes Werkzeug. Unterschiedliche Teilrichtungen des Designs befassen sich damit, komplexe Systeme ganzheitlich zu erfassen, diese Erkenntnisse übersichtlich aufzubereiten und zu vermitteln, bevor in iterativen Prozessen Konzepte entwickelt werden. Jüngere und zunehmend interdisziplinär ausgerichtete Felder wie das *Strategic Design*, das *Service Design* (Stickdorn et al. 2018), das *Patient Experience Design* (Jones 2013; Risdon et al. 2018) und die forschungsgetriebene Gestaltung im Allgemeinen (Visocky O'Grady & Visocky O'Grady 2017) bieten hierfür zahlreiche Werkzeuge. Dabei illustrieren unterschiedliche Prozessmodelle (Dubberly 2008) und Ansätze (z.B. Design Thinking, Kumar 2013) den effektiven Einsatz empirischer Forschungsmethoden und gestalterische Analyse- und Konzeptionsmethoden. Dies zeigt sich als Mehrwert, um Gestaltungsansätze zu informieren und ihre Umsetzung ex-post zu evaluieren.

Die Psychologie kann hierbei sowohl inhaltliche als auch methodische Beiträge leisten: Aus inhaltlicher Sicht bieten neben der Gesundheitspsychologie (Renneberg & Hammelstein 2006) auch Felder wie die Umweltpsychologie (Hellbrück & Kals 2012), die Organisationspsychologie (Nerdinger et al. 2019) sowie die Konsumentenpsychologie (Felser 2015) relevante Modelle sowie wissenschaftliche Belege, die sich je nach konkretem Projekt nutzen lassen. Teilweise sind diese Ansätze bereits von Interdisziplinarität geprägt. Hier lassen sich Methoden aus der empirischen Sozialforschung (Baur & Blasius 2014) nutzen, um beispielsweise Bedürfnisse von Nutzenden besser zu verstehen, bestehende Herausforderungen zu erkennen und Ansatzpunkte für erste Lösungsideen auszumachen. Je nach inhaltlicher Fragestellung unterscheidet sich der Zuschnitt entsprechender empirischer Methoden. Fundierte Methodenkompetenz ist daher gefragt, um gezielt die passenden Werkzeuge für den angestrebten Erkenntnisgewinn zu wählen. Mithilfe von quantitativen Instrumenten – häufig in Form von Fragebögen – lassen sich auf Grundlage psychologischer Theorien psychosoziale Bedarfe einer quantitativ relevanten Gruppe von Personen erheben und auf Grundlage dessen Rückschlüsse auf Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren ziehen. Auch Aussagen zu unterschiedlichen Subgruppen (z.B. Altersgruppen) lassen sich so treffen, wie

z.B. »Bestehen unterschiedliche Gestaltungspräferenzen im jüngeren vs. im höheren Erwachsenenalter?« (Richter & Obenaus 2002). Mithilfe qualitativer Methoden wie beispielsweise explorativen Leitfaden-Interviews oder nicht-teilnehmenden Beobachtungen lassen sich solche Tendenzen und Bedürfnisse mit einer kleineren Personenanzahl tiefergehend explorieren.

Einen besonderen Stellenwert zur Ermittlung und Adressierung spezifischer Bedarfe von Nutzenden können co-kreative und partizipative Methoden einnehmen. Wenngleich hiermit spezifische Herausforderungen verbunden sind (z.B. Bammer 2019), ermöglicht die direkte Einbindung von Nutzenden – insbesondere, wenn hiermit spezifische Vulnerabilitäten wie im Zusammenhang mit Neurodiversität berücksichtigt werden – einen hohen, zielgruppen-gerechten Erkenntnisgewinn. Dabei werden Daten nicht erst gesammelt, analysiert und übersetzt, sondern unmittelbar im Kontext einer gestalterischen Aufgabe eingebracht. Gegenwärtige Ansätze co-kreativer Formate verdeutlichen die enorme Breite an Potentialen auch im Einsatz mit Menschen mit spezifischen (z. B. kognitiven) Einschränkungen (Groot et al. 2019; Bollard & Magee 2020). Allerdings betonen Hendriks et al. (2015), dass es hierbei keine allgemeinen methodischen Grundrezepte nach Schema-F geben kann, sondern co-kreative Prozesse und die darin genutzten Techniken stets auf die beteiligten Personen und das individuelle Projekt zuzuschneiden sind.

Bestehende Systeme optimieren bedeutet immer auch etablierte Denkroutinen und Gestaltungsansätze zu hinterfragen. Hieraus entsteht häufig eine Unsicherheit, da neue Lösungen noch nicht praxiserprobt sind. Wenngleich die zuvor genannten Beiträge von Empirie, wissenschaftlichen Evidenzen und co-kreativen Ansätzen mögliche Unsicherheiten reduzieren sollen, erfordert es insbesondere in inter- und transdisziplinären Teams und komplexeren Handlungskontexten auch Mut, neue Lösungen zu erproben (Boix Mansilla et al. 2016). Bei der Entwicklung dieser Lösungen müssen nicht selten »wicked problems« (Rittel & Webber 1973: 60) und damit verbundene Zielkonflikte adressiert sowie »das Unbekannte« (Rehn 2020: 1) ausgehalten werden. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die im Design typische, im agilen Management etablierte iterative Arbeitsweise. Durch die kontinuierliche Evaluation und erneute Optimierung des Entwickelten entsteht ein Kreislauf des prozeduralen Nachjustierens, der Schwachstellen frühzeitig aufzeigt und gesellschaftliche Kosten und Risiken reduziert.

5. Potentiale einer neuen Patient*innenrolle

Neben der co-kreativen Gestaltung von Umwelten und Systemen erhalten Patient*innen bzw. Bürger*innen in der Prävention und Behandlung von Erkrankungen eine neue Rolle. So ist seit einigen Jahren im Gesundheitsbereich eine beschleunigende Veränderung früherer Grundlogiken zu verzeichnen: Während der »Herr Doktor« lange als unfehlbare Institution in weiß galt, besteht inzwischen eine zunehmende Aneignung von Gesundheitsthemen durch Patient*innen. Nicht zuletzt das Internet (»Dr. Google«), Wearables (z.B. Fitness Tracker inkl. Ausgabe diverser Vitalfunktionen bis hin zu vereinfachten EEGs) und Smartphone-Apps tragen ihren Teil dazu bei (Scherenberg 2022). Einerseits besteht dabei eine reale Gefahr von Fehlinformationen (Stimpson & Ortega 2023), Tendenzen zur Selbstoptimierung und damit einhergehenden psychischen Erkrankungen (z.B. Essstörungen, Eikey 2021), andererseits bietet eine solche Entwicklung auch das Potenzial einer Reduktion eben solcher Erkrankungen (z.B. durch entsprechende Apps, Cerea et al. 2022). Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Emanzipierung von Patient*innen und einer stärkeren »Co-Produktion von Gesundheit« (Huber 2022) durch Behandler*innen und Patient*innen. Patient*innen können so bereits vorinformiert in eine Behandlung gehen oder auch anschließend weiterführende Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten einholen. Eine solche aktive Patient*innenrolle oder Patient*innenaktivierung zeigt positive Zusammenhänge zu gesundheitsrelevanten Faktoren (Greene & Hibbard 2012), z.B. zu Maßen des körperlichen und psychischen Funktionslevels sowie der Lebensqualität auch bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (Mosen et al. 2007).

Eine solche aktive Patient*innenrolle erfordert eine bestimmte Form der Bildung, »health literacy« (dt. »Gesundheitskompetenz«) genannt (Schaeffer & Pelikan 2017). Zwar erleichtern digitale Angebote prinzipiell den Zugang zu Gesundheitsinformationen, doch noch besteht in Deutschland ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Kindern und dem sozioökonomischen Status ihrer Eltern (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2023). Wichtig erscheint jedoch auch, Überforderung von Patient*innen zu vermeiden und in besonderer Weise diejenigen zu unterstützen, denen der Zugang zu und die Teilhabe an Gesundheitsbildung bisher erschwert ist. So soll die Eigenverantwortlichkeit zwar gestärkt werden, im Sinne einer systemischen Perspektive und eines biopsychosozialen Krankheitsmodells sind jedoch die jeweiligen Bedingungen zu beachten und der Versorgungsauftrag des Gesundheitssystems zu stärken. Nicht »Wer krank wird, ist selbst schuld«,

sondern ›Wer krank wird, dem wird geholfen, gesund zu werden und möglichst langfristig zu bleiben‹ sollte das Credo lauten. Der Aufbau von health literacy – durch alle Gesellschaftsschichten hindurch – sowie ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, das auf Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit und Wertschätzung dem eigenen Körper gegenüber fußt (Linardon et al. 2022) verspricht eine wertvolle Grundlage für die noch kommenden Entwicklungen in der Postmoderne.

6. Zusammenarbeit von Designforschung und Umweltpsychologie: Zwei Beispiele

Exemplarisch wird im Folgenden aufgezeigt, wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit – hier zwischen Designforschung und Umweltpsychologie – Potentiale im Bereich der Gesundheitsförderung erwirken kann. Designwissenschaftliche und psychologische Perspektiven können als synergetische Beiträge wirken, um einen transdisziplinären Gestaltungsprozess zu ermöglichen (Müller & Rehn-Groenendijk 2024).

Zahlreiche wissenschaftliche Befunde verdeutlichen, dass komplementär zu persönlichen therapeutischen wie präventiven Angeboten, auch beispielsweise die gebaute Umwelt einen signifikanten Einfluss auf physische, ebenso wie soziale und psychische Aspekte der Gesundheit haben kann (Dijkstra et al. 2008; Ulrich et al. 2008; Vollmer & Koppen 2010; Roe & McCay 2021). Dies lässt sich auch für die Gesundheitsförderung gezielt nutzen. Ob durch die Gestaltung von Praxis- und Klinikräumen, die Arbeitsplatzgestaltung zugunsten größerer Aktivierung im Alltag, die Kennzeichnung gesundheitsschädlicher Lebensmittel oder den Ausbau von Rad- und Fußwegen, um die Walkability und Bikeability in Städten zu verbessern: Möglichkeiten der Gestaltung sind vielfältig und können gezielt bestimmte Verhaltensweisen begünstigen oder behindern. Ist es einfacher den Aufzug zu nehmen als die Treppe? Auf welche Weise werden vegetarische Optionen beworben? Begünstigt oder unterbindet die Anordnung von Sitzmöglichkeiten die soziale Interaktion mit anderen? Was im Retailbereich oder Unternehmenskontext seit Jahrzehnten genutzt wird (z.B. ausgefeilte Customer Journeys, die Laufwege in Supermärkten vordefinieren, Mikunda 2009; Lindstrøm 2011) lässt sich auch zum Wohle von Menschen und zur Gesundheitsförderung einsetzen. Im Sinne der *Diffusions of Innovations Theory* (Rogers 2003) lässt sich psychologisches Wissen darüber hinaus nicht nur integrieren, um eine empirische Grundlage für

die Gestaltung von Umwelten zu schaffen. Vielmehr lässt sich auch die Akzeptanz solcher Neuerungen erhöhen, indem sie eine relative Nützlichkeit gegenüber dem vorherigen Zustand aufweisen, eine Kompatibilität zwischen technischem und sozialem System besteht, die Neuerungen transparent sind sowie stufenweise eingeführt werden können. Eine Orientierung an diesen Merkmalen kann dazu beitragen, die menschlichen Grundbedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle (Grawe 2000) auch in einer Zeit stetigen Wandels zu erfüllen.

Ein erstes Beispiel stammt aus dem Bereich der medizinischen Praxen: Eine aktive Patient*innenrolle ist nicht nur mit vorteilhaften Gesundheitsvariablen assoziiert (Greene & Hibbard 2012) und verspricht einen selbstwirksamen Umgang mit weiteren Entwicklungen der Postmoderne – nicht nur, aber auch in Bezug auf Gesundheitsthemen: sie bildet auch die Grundlage für die Gestaltung von Behandlungskontexten. Ein konkretes Beispiel für gestalterische Möglichkeiten und die dahinterliegende Patient*innenrolle ist die Sitzanordnung im Behandlungszimmer. Während noch immer in den meisten europäischen Praxen ein frontales Layout besteht (Ärzt*in sitzt Patient*in durch Schreibtisch getrennt gegenüber; häufig nicht-schwenkbarer Monitor; Floss et al. 2019) sind immer häufiger auch Sitzpositionen über Eck oder gemeinsam an einem runden Tisch vertreten. Solche gestalterischen Maßnahmen versprechen, stärker eine Behandlung auf ›Augenhöhe‹ zu ermöglichen, indem ein gemeinsamer Blick auf Befunde etc. entsteht (Almquist et al. 2009; Ajiboye et al. 2015). Wichtig ist, dass der Einsatz digitaler Medien und deren psychosoziale Bedeutung hier aktiv in die Raumgestaltung einbezogen werden, so dass z.B. ein Bildschirm die Interaktion zwischen Mediziner*in und Patient*in nicht stört (Frankel et al. 2005).

Ein zweites Beispiel nimmt Bezug auf die Gesundheitsvorsorge im öffentlichen Raum: Während die körperliche Gesundheit stärker in unserem Alltag fokussiert wird (z.B. gesundes Essen, betriebliches Gesundheitsmanagement, Fitnessstudio), ist der Themenkomplex der psychischen Gesundheit weiterhin von Fehlannahmen und Stigmata geprägt (Schomerus & Riedel-Heller 2020). Zwar werden Begriffe wie ›Depression‹, ›Burnout‹ und ›schizophren‹ im alltäglichen Sprachgebrauch inflationär verwendet, häufig jedoch ohne Wissen zur tatsächlichen klinischen Bedeutung. Hierzu mag auch beitragen, dass fachlich fundierte Aufklärung über psychische Erkrankungen bislang vorwiegend hinter geschlossenen Türen stattfindet – in Praxen, Kliniken, Beratungszimmern und Hörsälen. Dies spiegelt sich in sozialen Ungleichheiten in diesem Bereich wider (Petrowski et al. 2014). Hingegen stellt die gebaute

Umwelt des urbanen Raums eine bislang unzureichend beachtete Ressource dar, um niederschwellig zur psychischen Gesundheit der Bürger*innen und gleichsam zu einer Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beizutragen (Söderström 2016). So ließen sich beispielsweise im urbanen Raum kleinteilige, niedrigschwellige Angebote der psychischen Gesundheitsförderung installieren und etablieren (z.B. Spielangebote, Sportgeräte, Ruheorte, Informationstafeln), um einerseits den direkten Effekt der Stressreduktion und sozialen Teilhabe zu nutzen und andererseits Psychoedukation und konkrete instrumentelle Unterstützung zu fördern (Müller et al. 2023). Im Sinne eines *Mere Exposure Effects* (Zajonc 1968) ließe sich das Thema der psychischen Gesundheit so durch eine alltägliche und ›beiläufige‹ Beschäftigung normalisieren. Eine inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem Bereich verspricht, bestehende Potentiale noch stärker zu nutzen und bislang getrennte Anstrengungen gewinnbringend zu verzahnen und nachhaltig zu implementieren.

7. Fazit

Gesundheitsförderung in der Postmoderne bedarf eines systemischen Ansatzes für innovative Lösungen, die sich von räumlich-dinglichen, über digitale bis hin zu organisationalen Strukturen erstrecken und dabei Abläufe und Prozesse als zusammenhängende Erlebnisse adressieren. Hierbei gilt es, disziplinäre Grenzen zu überwinden. Die zunehmende Komplexität und Heterogenität postmoderner Gesellschaften erzeugen dabei besondere Herausforderungen, wie etwa Zielkonflikte einzelner Akteur*innen und Interessengruppen. Diese sind systematisch und partizipativ zu beachten, um effektive und nachhaltige Lösungsstrategien zu entwerfen. Mit diesem Fazit seien keineswegs die prozeduralen und technischen Herausforderungen dieses Anspruchs trivialisiert. Ein systemischer Blick auf ein so komplexes System unter Einbezug verschiedener Akteur*innen aus Wissenschaft, Praxis und Bevölkerung erfordert orchestrierte und strategisch ausgerichtete Maßnahmen, die kontinuierlich evaluiert und optimiert werden sollten. Die folgenden Zugänge versprechen hilfreiche Bausteine auf dem Weg dorthin zu sein:

I. Systemische Perspektive Geplante Räume, Produkte, Abläufe und Dienstleistungen entstehen nicht als separate Insellösungen, sondern sollten sich in ein entsprechendes Ökosystem einbetten. Dabei greifen öffentliche und private

Räume ineinander, die es auch in der Gestaltung von Gesundheitsangeboten zu berücksichtigen gilt.

II. Inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit Inter- und transdisziplinäre Ansätze und Kooperationen tragen dazu bei, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen, statt in Silos zu denken, und ermöglichen, praxistaugliche Lösungen für realweltliche Probleme zu entwickeln.

III. Empirische und analytische Methoden aus Designforschung und Umweltpsychologie Empirische und analytische Methoden aus der Designforschung und der Umweltpsychologie können eine belastbare Basis für gestalterisch-konzeptionelle Werkzeuge schaffen. Analyse, Intervention und Evaluation sollten dabei ein kontinuierlicher iterativer Prozess sein, bei dem der Status Quo stets auch als Experimentierraum für zukünftige Optimierungen verstanden wird. Dies erfordert eine Offenheit für neue Ansätze und das Hinterfragen vorhandener Verfahren, Lösungsansätze und Glaubenssätze.

IV. Aktive Patient*innenrolle Die Betrachtung von Patient*innen als mündige Akteur*innen kann die Gesundheitsförderung unterstützen und gleichzeitig dazu ermutigen, Abläufe in medizinischen Einrichtungen und im medizinischen Versorgungssystem zu hinterfragen und zu optimieren.

Die Kombination dieser Ansätze kann als wertvolle Grundlagen für Wissenschaft und Praxis gelten, um in einer zunehmend komplexen Welt zu navigieren und neu entstehende Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bedürfnisorientiert zum Wohle der Menschen einzusetzen.

Literatur

- Ajiboye, F., Dong, F., Moore, J., Kallail, K.J. & Baughman, A. (2015). Effects of Revised Consultation Room Design on Patient–Physician Communication. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(2), S. 8–17.
- Almquist, J.R., Kelly, C., Bromberg, J., Bryant, S.C., Christianson, T.J.H. & Montori, V.M. (2009). Consultation Room Design and the Clinical Encounter: The Space and Interaction Randomized Trial. *Health Environments Research & Design Journal*, 3(1), S. 41–78.

- Altman, I. & Rogoff, B. (1987). World views in psychology: Trait, interactional, organismic and transactional perspectives. In: D. Stokols & I. Altman (Hg.), *Handbook of Environmental Psychology* (S. 245–281). New York: Wiley.
- Bammer, G. (2019). Key issues in co-creation with stakeholders when research problems are complex. *Evidence & Policy*, 15(3), S. 423–435.
- Baur, N. & Blasius, J. (Hg.) (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.
- Boix Mansilla, V., Lamont, M. & Sato, K. (2016). Shared Cognitive–Emotional–Interactional Platforms: Markers and conditions for successful interdisciplinary collaborations. *Science, Technology, & Human Values*, 41(4), S. 571–612.
- Bollard, M. & Magee, P. (2020). Myhealth–developing accessible health materials with men with intellectual disability: a co-created Proof of Concept. *Design for Health*, 4(3), S. 313–326.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2023). Eltern ohne Abitur: Kinder langfristig weniger gesund. *Bevölkerungsforschung Aktuell*. Verfügbar unter: https://www.bib.bund.de/Publikation/2023/pdf/Eltern-ohne-Abitur-Kinder-langfristig-weniger-gesund.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [24.03.2024].
- Cerea, S., Doron, G., Manoli, T., Patania, F., Bottesi, G. & Ghisi, M. (2022). Cognitive training via a mobile application to reduce some forms of body dissatisfaction in young females at high-risk for body image disorders: A randomized controlled trial. *Body Image*, 42, S. 297–306.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), S. 564–570.
- Defila, R. & Di Giulio, A. (Hg.) (2019). *Transdisziplinär und transformativ forschen, Band 2: Eine Methodensammlung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Diefenbach, S. & Borrmann, K. (2019). The Smartphone as a Pacifier and its Consequences. In: S. Brewster, G. Fitzpatrick, A. Cox & V. Kostakos (Hg.), *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (S. 1–14). New York: ACM.
- Dijkstra, K., Pieterse, M.E. & Pruyn, A.T.H. (2008). Individual differences in reactions towards color in simulated healthcare environments: The role of stimulus screening ability. *Journal of Environmental Psychology*, 28(3), S. 268–277.

- Dubberly, H. (2008). *How do you design? A Compendium of Models*. San Francisco: Dubberly Design Office.
- Edmondson, A.C., Bohmer, R.M. & Pisano, G.P. (2000). Technology. In: E.A. Mannix, M.A. Neale & T.L. Griffith (Hg.), *Research on Managing in Groups and Teams: Technology* (S. 29–51). Stamford: JAI Press.
- Egger, J.W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16(2), S. 3–12.
- Eikey, E.V. (2021). Effects of diet and fitness apps on eating disorder behaviours: qualitative study. *BJPsych Open*, 7(5), S. e176.
- Felser, G. (2015). *Werbe- und Konsumentenpsychologie*. Berlin: Springer.
- Fiack, S., Straff, W. & Walther, B. (2023). One Health: Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66(6), S. 591–592.
- Floss, M., Hoedebecke, K. & Vidal-Alaball, J. (2019). Where is the patient's chair? Differences in general practitioner consultation room layouts – an exploratory questionnaire. *F1000Research*, 8(1439), S. 1–14.
- Fogg, B.J. (2003). *Persuasive technology: Using computers to change what we think and do*. San Francisco: Morgan Kaufmann Publishers.
- Frankel, R., Altschuler, A., George, S., Kinsman, J., Jimison, H., Robertson, N.R. & Hsu, J. (2005). Effects of exam-room computing on clinician-patient communication. *Journal of General Internal Medicine*, 20(8), S. 677–682.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greene, J. & Hibbard, J.H. (2012). Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), S. 520–526.
- Groot, B.C., Vink, M., Huberts, M., Schout, G. & Abma, T.A. (2019). Pathways for improving of care in psychiatric crisis: A plea for the co-creation with service users and ethics of care. *Archives of Psychology*, 3(3), S. 1–20.
- Hall, K.L., Vogel, A.L. & Croyle, R.T. (Hg.) (2019). *Strategies for Team Science Success: Handbook of Evidence-Based Principles for Cross-Disciplinary Science and Practical Lessons Learned from Health Researchers*. Cham: Springer International Publishing.
- Hellbrück, J. & Kals, E. (2012). *Umweltpsychologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hendriks, N., Slegers, K. & Duysburgh, P. (2015). Codesign with people living with cognitive or sensory impairments: a case for method stories and uniqueness. *CoDesign*, 11(1), S. 70–82.

- Huber, E. (2022). Über die Co-Produktion von Gesundheit, Gesundheitspolitik und das Gesundheitssystem als lebender Organismus. Podcast »Gesunde Gestaltung. Verfügbar unter: <https://gesunde-gestaltung.de/uncategorized/13-dr-med-ellis-huber-ueber-die-co-produktion-von-gesundheit-gesundheitspolitik-und-das-gesundheitssystem-als-lebender-organismus/> [22.03.2024].
- Jones, P.H. (2013). *Design for care: Innovating healthcare experience*. New York: Rosenfeld Media.
- Kraus, M. (2006). Somatisierung im kulturellen Kontext. In: E. Wohlfahrt & M. Zaumseil (Hg.), *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie* (S. 364–376). Berlin: Springer.
- Kruse, L. (1974). *Räumliche Umwelt: Die Phänomenologie des räumlichen Verhaltens als Beitrag zu einer psychologischen Umwelttheorie*. Berlin: De Gruyter.
- Ku, B. & Lupton, E. (2020). *Health design thinking: Creating products and services for better health*. New York: Cooper Hewitt.
- Kumar, V. (2013). *101 Design methods: A structured approach for driving innovation in your organization*. Hoboken: Wiley.
- Linardon, J., McClure, Z., Tylka, T.L. & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). Body appreciation and its psychological correlates: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 42(3), S. 287–296.
- Lindström, M. (2011). *Brandwashed: Tricks Companies Use to Manipulate Our Minds and Persuade Us to Buy*, Unabridged edition. New York: Crown Business.
- Lockton, D., Harrison, D. & Stanton, N.A. (2010). The Design with Intent Method: A design tool for influencing user behaviour. *Applied Ergonomics*, 41(3), S. 382–392.
- Lux, V., Non, A.L., Pexman, P.M., Stadler, W., Weber, L.A.E. & Krüger, M. (2021). A Developmental Framework for Embodiment Research: The Next Step Toward Integrating Concepts and Methods. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 15, S. 1–22.
- Michie, S. (2014). *ABC of behaviour change theories: an essential resource for researchers, policy makers and practitioners : 83 theories*. Sutton: Silverback Publishing.
- Mikunda, C. (2009). *Marketing spüren: Willkommen am dritten Ort*, 1. Auflage. München: Redline Verlag.
- Morse, D.F., Sandhu, S., Mulligan, K., Tierney, S., Polley, M., Chiva Giurca, B., Slade, S., Dias, S., Mahtani, K.R., Wells, L., Wang, H., Zhao, B., Figueiredo,

- C.E.M.d., Meijs, J.J., Nam, H.K., Lee, K.H., Wallace, C., Elliott, M., Mendive, J.M., Robinson, D., Palo, M., Herrmann, W., Østergaard Nielsen, R. & Husk, K. (2022). Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health*, 7(5), S. e008524.
- Mosen, D.M., Schmittiel, J., Hibbard, J., Sobel, D., Remmers, C. & Bellows, J. (2007). Is Patient Activation Associated With Outcomes of Care for Adults With Chronic Conditions? *Journal of Ambulatory Care Management*, 30(1), S. 21–29.
- Müller, H. (2021). Umzüge älterer Menschen in Mehrgenerationen-Wohnprojekte: Eine umweltpsychologische Studie. Opladen: Barbara Budrich.
- Müller, H. & Rehn-Groenendijk, J. (2024). Systemischer Evidenz-basierter Ansatz der Gesunden Gestaltung (SEA): Die Arbeitsweise des Designinstituts für Gesunde Gestaltung auf der Grundlage eines biopsychosozialen Gesundheitsmodells. Gründau: Designinstitut für Gesunde Gestaltung.
- Müller, H., Rehn-Groenendijk, J. & Wasmer, A. (2023). Small-scale urban design interventions: A framework for deploying cities as resource for mental health and mental health literacy. *Frontiers in Psychology*, 14(1112209), S. 1–12.
- Müllner, M. (2007). Epidemiologie der Zivilisationskrankheiten. In: H. Zwick (Hg.), *Bewegung als Therapie* (S. 13–31). Vienna: Springer Vienna.
- Nerdinger, F.W., Blickle, G. & Schaper, N. (2019). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pearce, B.J. & Ejderyan, O. (2020). Joint problem framing as reflexive practice: honing a transdisciplinary skill. *Sustainability Science*, 15(3), S. 683–698.
- Petrowski, K., Hessel, A., Körner, A., Weidner, K., Brähler, E. & Hinz, A. (2014). Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64(02), S. 82–85.
- Rehn, J. (2018). Design model for health behaviour change. In: C. Kirsty, C. Craig & D. Wolstenholme (Hg.), *Proceedings of the 5th European International Conference on Design4Health* (S. 1–9). Sheffield: Hallam University.
- Rehn, J. (2020). Das Unbekannte als Lösungsstrategie: Designmethodologische Betrachtung von Prozessen in Richtung einer nachhaltigen Entwicklung. *sofia-Diskussionsbeiträge*, 20(3), S. 1–21.
- Renneberg, B. & Hammelstein, P. (Hg.) (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Richter, P.G. & Obenaus, M. (2002). Raum und Farbe: In welchem Ausmaß beeinflusst die Farbgestaltung die Bewertung von Patientenzimmern? *Wissenschaftliche Zeitschrift der TU Dresden*, 51(4–5), S. 113–118.

- Risdon, C., Quattlebaum, P. & Rettig, M. (2018). *Orchestrating experiences: Collaborative design for complexity*. New York: Rosenfeld Media.
- Rittel, H.W.J. & Webber, M.M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), S. 155–169.
- Roe, J. & McCay, L. (2021). *Restorative cities: Urban design for mental health and wellbeing*. London: Bloomsbury Publishing.
- Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Rütten, A., Frahsa, A., Abel, T., Bergmann, M., de Leeuw, E., Hunter, D., Jansen, M., King, A. & L., P. (2019). Co-producing active lifestyles as whole-system-approach: theory, intervention and knowledge-to-action implications. *Health Promot Int*, 34(1), S. 47–59.
- Salazar, M.R., Lant, T.K., Fiore, S.M. & Salas, E. (2012). Facilitating Innovation in Diverse Science Teams Through Integrative Capacity. *Small Group Research*, 43(5), S. 527–558.
- Scherenberg, V. (2022). Digitalisierung in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i130-1.0> [24.03.2024].
- Schomerus, G. & Riedel-Heller, S. (2020). Das Stigma psychischer Krankheit im Fokus. *Der Nervenarzt*, 91(9), S. 777–778.
- Schubert, C. (Hg.) (2011). *Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie mit 10 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.
- Simpson, C.C. & Mazzeo, S.E. (2017). Skinny Is Not Enough: A Content Analysis of Fatspiration on Pinterest. *Health Communication*, 32(5), S. 560–567.
- Söderström, O. (2016). ›I Don't Care About Places‹: The Whereabouts of Design in Mental Health Care. In: C. Bates, R. Imrie & K. Kullman (Hg.), *Care and Design* (S. 56–73). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Stickdorn, M., Hormess, M., Lawrence, A. & Schneider, J. (2018). *This is service design doing: Applying service design thinking in the real world : a practitioner's handbook*. Sebastopol: O'Reilly.
- Stimpson, J.P. & Ortega, A.N. (2023). Social media users' perceptions about health mis- and disinformation on social media. *Health Affairs Scholar*, 1(4), S. qxado50.
- Stokols, D., Harvey, R., Gress, J., Fuqua, J. & Phillips, K. (2005). In vivo studies of transdisciplinary scientific collaboration. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), S. 202–213.

- Techniker Krankenkasse (2010). Prognose zum Anstieg von Zivilisationskrankheiten bis 2030 und 2050 gegenüber dem Jahr 2007. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/153966/umfrage/prognose-zum-anstieg-von-zivilisationskrankheiten-bis-2050/>[27.02.2024].
- Tromp, N. & Vial, S. (2023). Five components of social design: A unified framework to support research and practice. *The Design Journal*, 26(2), S. 210–228.
- Ulrich, R.S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., Quan, X. & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), S. 61–125.
- Visocky O'Grady, J. & Visocky O'Grady, K. (2017). A designer's research manual: Succeed in design by knowing your clients + understanding what they really need. Beverly: Rockport Publishers.
- Vollmer, T.C. & Koppen, G. (2010). Die Erkrankung des Raumes: Raumwahrnehmung im Zustand körperlicher Versehrtheit und deren Bedeutung für die Architektur. München: Herbert Utz Verlag.
- Vollmer, T.C. & Koppen, G. (2021). The Parent–Child Patient Unit (PCPU): Evidence-Based Patient Room Design and Parental Distress in Pediatric Cancer Centers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), S. 9993.
- WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. New York: World Health Organization.
- WHO (2022). World mental health report. Transforming mental health for all. Genf: World Health Organization.
- Wittmayer, J. & Hölscher, K. (2017). Transformationsforschung: Definitionen, Ansätze, Methoden. Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt.
- Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(2), S. 1–27.