

Methodenvielfalt in der Designforschung

Minou Afzali

Der Designtheoretiker Alain Findeli stellte 2008 im Rahmen einer Konferenz des Design Research Network in Berlin die Frage, ob Designforschende die Welt anders beobachten, beschreiben und interpretieren, als dies beispielsweise Ethnograf*innen, Demograf*innen, Ökonom*innen oder auch Forschende anderer Disziplinen tun.¹ Diese Frage ist im Kontext eines künstlerisch-wissenschaftlichen Graduiertenprogramms wie der SINTA besonders interessant, denn hier kommen promovierende Designforschende mit Diskursen und Methoden anderer Wissenschaftsdisziplinen in Berührung. Umso mehr werden sie sich ihrer designspezifischen Herangehensweisen und Methoden bewusst und müssen sich der Frage stellen, inwiefern eine Annäherung der unterschiedlichen Disziplinen einen Mehrwert für ihre Forschungsarbeit darstellt und zum Erkenntnisgewinn beiträgt.

Am Beispiel meiner eigenen Forschungstätigkeit an der Schnittstelle zwischen Design und Gesundheit zeigt der folgende Beitrag auf, wie die Kombination von Designforschungs- mit ethnografischen Methoden dazu beitragen kann, Fragen zur Gestaltung sowie zu deren Wirkung und Rezeption zu beantworten. Ich beziehe mich dabei auf Erfahrungen, die ich im Rahmen meiner Doktorarbeit im Kontext kulturspezifischer Alters- und Pflegeeinrichtungen in der Deutschschweiz machen konnte.² Darüber hinaus beruhen meine Beobachtungen und Folgerungen auf meiner Tätigkeit als Designforscherin, die an der Schnittstelle zwischen Design und Gesundheit arbeitet und als Mitglied der interdisziplinären Arbeitsgruppe Health Care Communication Design HCCD der Berner Fachhochschule.³ Im ersten Teil des Beitrags erfolgt eine kurze Einführung in den

- 1 Alain Findeli: »Searching for Design Research Questions: Some Conceptual Clarifications«, in: Rosan Chow/Wolfgang Jonas/Gesche Joost (Hg.): *Questions, Hypotheses & Conjectures: Discussions on Projects by Early Stage and Senior Design Researchers*, New York/Bloomington: iUniverse 2010, S. 286–303.
- 2 Die Doktorarbeit erfolgte im Rahmen des Graduiertenprogramms SINTA, vgl. Minou Afzali: *Zur Rolle des Designs in kulturspezifischen Alters- und Pflegeeinrichtungen*, Thesis, Bern: Universität Bern 2018. <https://boristheses.unibe.ch/2188/> (letzter Zugriff: 07.07.2021).
- 3 Gegründet wurde die Arbeitsgruppe HCCD im Jahr 2007; sie umfasst Forschende aus den Bereichen Design, Architektur, Pflege, Wirtschaft und Medizininformatik, die gemeinsam komplexe Fragestellungen im Gesundheitswesen untersuchen, vgl. Hochschule der Künste Bern

Forschungsbereich Health Care Design, der sich mit der Wirkung gestalterischer Aspekte im Gesundheitswesen befasst. Daran anschließend zeigt das Beispiel meines Dissertationsprojekts an der Schnittstelle von Design und Gesundheit, wie das Ineinandergreifen verschiedener Methoden erfolgen kann und welcher Erkenntnisgewinn daraus resultiert. Der letzte Teil des Beitrags thematisiert die Methodentriangulation im Bereich der angewandten Forschung und zeigt auf, wie diese dazu dienen kann, verschiedene Akteur*innen in den Designprozess miteinzubeziehen.

Forschung an der Schnittstelle von Design und Gesundheit

Als ausgebildete Produktdesignerin fokussiere ich in meiner Arbeit vor allem auf die Gestaltung von Artefakten und Räumen im Kontext von Gesundheitseinrichtungen. Fragen danach, welche Wirkung Design auf Kommunikations- und Arbeitsabläufe, auf zwischenmenschliche Interaktionen, auf das Wohlbefinden von Versorgungsnutzenden wie Mitarbeitenden und schließlich auch auf Genesungsprozesse entfalten kann, spielen dabei eine übergeordnete Rolle. Dass Design all diese Faktoren fördern oder behindern kann, davon zeugen zahlreiche Studien aus dem Bereich Evidence-Based Healthcare Design.⁴ Als wegweisend für diesen Forschungszweig gilt eine Studie des US-amerikanischen Architekturprofessors Roger Ulrich aus dem Jahr 1984.⁵ Anhand zweier Gruppen von Patient*innen eines Krankenhauses in Pennsylvania untersuchte Ulrich über einen Zeitraum von insgesamt neun Jahren, inwiefern der Aufenthalt in einem Zimmer mit Fensterblick auf eine natürliche Umgebung einen Einfluss auf den Genesungsprozess der Patient*innen haben könnte. Den Studienteilnehmenden war gemein, dass sie aufgrund einer Gallenblasenoperation im Krankenhaus behandelt wurden. Während die Patient*innen der einen Gruppe ihren Krankenhausaufenthalt in einem Zimmer mit Ausblick auf Laubbäume verbrachten, sah die andere Gruppe auf die Backsteinmauer eines benachbarten Gebäudes. Die Ergebnisse der Studie waren eindeutig: Mitglieder der ersten Gruppe hatten einen kür-

HKB: »Health Care Communication Design« (o. J.), www.hkb.bfh.ch/de/forschung/forschungsbereiche/health-care-communication-design/ (letzter Zugriff: 07.07.2021).

- 4 Für einen Überblick über entsprechende Studien vgl. Farouq Halawa et al.: »Advancing Evidence-Based Healthcare Facility Design: A Systematic Literature Review«, in: *Health Care Management Science* 23 (2020) 3, S. 453–480; Roger S. Ulrich et al.: »A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design«, in: *Health Environments Research & Design (HERD)* 1 (2008) 3, S. 61–125.
- 5 Roger S. Ulrich: »View Through a Window May Influence Recovery from Surgery«, in: *Science* 224 (1984) 4647, S. 420–421.

zeren Krankenhausaufenthalt, benötigten weniger Schmerzmittel und wiesen weniger postoperative Komplikationen auf als die Gruppe mit Blick auf die Mauer.

In den darauffolgenden Jahrzehnten gewann die Wirkung gestalterischer Aspekte im Gesundheitswesen zunehmend an Beachtung, und so folgten auf Ulrichs Untersuchung zahlreiche quantitative wie qualitative Studien. Diese fokussieren beispielsweise darauf, welchen Einfluss der Grundriss eines Krankenzimmers auf die Häufigkeit von Stürzen der Patient*innen hat⁶ oder inwiefern sich die Gestaltung des räumlichen Umfelds auf das Wohlbefinden von Heimbewohnenden auswirkt.⁷

Einbezug von erfahrungsbasiertem Kontextwissen

Evidence-Based Healthcare Design befasst sich jedoch nicht nur mit der Wirkung der gebauten Umgebung auf Versorgungsnutzende und Mitarbeitende von Gesundheitseinrichtungen. Im Fokus stehen auch andere gestalterische Bereiche wie beispielsweise das Design von Kommunikationsmitteln, Medizinalgeräten oder digitalen Gesundheitstechnologien. Die Gestaltung von Arbeits-, Behandlungs- und Kommunikationsprozessen ist Gegenstand des Bereichs Service Design.⁸ Studien in diesem Bereich fokussieren im Gesundheitskontext beispielsweise auf die Erfahrungen, die Patient*innen und deren Angehörige während des Behandlungsprozesses machen. Dies geschieht mit dem Ziel, gerechtere Versorgungsangebote für alle Nutzenden zu gestalten. Bate und Robert schreiben dem Erfahrungswissen von Versorgungsnutzenden eine besondere Rolle innerhalb des Designprozesses zu:

»We suggest that designing services, environments, interactions and processes for the human experience – literally targeting experience – poses a formidable, but highly worthwhile, challenge for healthcare improvement professionals. This is not just about being more patient-centred or promoting greater patient participation. It

6 Debajyoti Pati et al: »Physical Design Factors Contributing to Patient Falls«, in: *Journal of Patient Safety* 17 (2021) 3, S. e135–e142.

7 Elizabeth Burton/Sheehan Bart: »Care-Home Environments and Well-Being: Identifying the Design Features that most Affect Older Residents«, in: *Journal of Architectural and Planning Research* 27 (2010) 3, S. 237–256.

8 Vgl. hierzu Sidney Anderson/Linda Nasr/Steven W. Rayburn: »Transformative Service Research and Service Design: Synergistic Effects in Healthcare«, in: *The Service Industries Journal* 38 (2018) 1–2, S. 99–113; Karine Freire/Daniela Sangiorgi: »Service Design & Healthcare Innovation: From Consumption to Co-Production and Co-Creation«, in: Simon Clatworthy/Janne-Valtteri Nisula/Stefan Holmlid (Hg.): *Proceedings of the 2nd Service Design and Service Innovation Conference, Serv-Des.2010*, Linköping: Linköping University Electronic Press 2012, S. 39–49.

goes much further than this, placing the experience goals of patients and users at the centre of the design process and on the same footing as process and clinical goals.«⁹

Um mehr über die Wirkung von Gestaltung in Gesundheitskontexten zu erfahren, sind jedoch nicht nur die Erfahrungen der Versorgungsnutzenden wichtig. Ebenso zentral sind die Perspektiven des Gesundheitspersonals: Gesundheitseinrichtungen sind nicht nur Orte, an denen Menschen behandelt und versorgt werden, sondern auch Orte, an denen Menschen tagtäglich – teils unter herausfordernden Bedingungen – ihrer Arbeit nachgehen. Um zu ermitteln, inwiefern Kommunikationsmittel, Produkte, räumliche Umgebungen und deren Ausstattung die Arbeits-, Behandlungs- und Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen unterstützen können, gilt es zunächst herauszufinden, welche Bedürfnisse, Verhaltensweisen und Schwierigkeiten die unterschiedlichen Akteur*innen im jeweils spezifischen Behandlungs- und weiteren Arbeitskontext haben. Versorgungsnutzende wie Mitarbeitende können dabei als Expert*innen ihrer eigenen Krankheits- bzw. Arbeitserfahrungen in Forschungs- und Designprozesse miteinbezogen werden.¹⁰ Dies gibt Aufschluss darüber, welche Rolle Design in den entsprechenden Kontexten spielt, und kann Ausgangspunkt für neue gestalterische Lösungen sein, die darauf zielen, die Sicherheit, Zufriedenheit und das Wohlbefinden von Versorgungsnutzenden wie Mitarbeitenden zu fördern.

In Designprozessen werden die unterschiedlichen Perspektiven der Nutzer*innen jedoch vielfach nur unzureichend berücksichtigt. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass die Gestaltung des räumlichen Umfelds in neu gebauten oder sanierten Gesundheitseinrichtungen oftmals nachträglich von den Nutzenden ihren Bedürfnissen entsprechend angepasst wird. In diesen Fällen sind es Pflegefachpersonen, Ärzt*innen oder Mitarbeitende des Hausdienstes, die selbst aktiv werden und die Dekoration von Stationsfluren und Zimmern vornehmen oder auf den Gängen nachträglich selbstgedruckte Beschriftungen anbringen, um die Orientierung im Gebäude zu erleichtern. Diese laienhafte Gestaltung ist das Resultat der Erfahrungen, die diese Personengruppen mit ihrer gebauten Umgebung machen. All diese gestalterischen Maßnahmen geschehen aus einem (mehr oder weniger bewussten) Grund und sollen eine bestimmte Wirkung erzielen. In den meisten Fällen sollen sie zur Optimierung des räumlichen Umfelds

9 Paul Bate/Glenn Robert: »Experience-Based Design: From Redesigning the System Around the Patient to Co-Designing Services with the Patient«, in: *Quality and Safety in Health Care* 15 (2006) 5, S. 307–310, hier S. 308.

10 Der Beitrag von Marika Simon in diesem Band (S. 53–79) zeigt beispielsweise, wie Patient*innen einer pädiatrischen Klinik mithilfe partizipativer Methoden in den Forschungsprozess mit einbezogen werden, um dabei mehr über die Gestaltung des räumlichen Stationsumfelds zu erfahren.

dienen. Doch gelingt dies auch? Um diese Frage beantworten zu können, müssen unterschiedliche Erhebungsmethoden zum Einsatz kommen, die einerseits Aufschluss über die Gestaltung des jeweiligen Kontexts geben und andererseits die dahinterliegenden Absichten sowie die Wirkung der gestalterischen Maßnahmen offenlegen. Das folgende Beispiel zeigt auf, wie hierzu Methoden der Designforschung mit ethnografischen Methoden kombiniert und entsprechende Ergebnisse erzielt werden können.

Hintergrund, Intention und Wirkung gestalterischer Maßnahmen

Im Rahmen meiner Doktorarbeit¹¹ untersuchte ich, welche Rolle Design in Alters- und Pflegeeinrichtungen spielt, deren Angebot sich gezielt an ältere Migrant*innen richtet. Bewohnende der sogenannten ›mediterranen‹ Alterseinrichtungen kamen als Arbeitsmigrant*innen meist in den 1950er- bis 70er Jahren aus Italien, Spanien oder Portugal in die Schweiz. Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte sind viele dieser Menschen in ihre Herkunftsländer zurückgekehrt, während andere in der Schweiz geblieben sind. Mit fortschreitendem Alter ist auch diese Bevölkerungsgruppe zunehmend auf Pflege angewiesen, und so entstanden in verschiedenen Deutschschweizer Städten Alterseinrichtungen, die sich mit ihrem kulturspezifischen Betreuungsangebot an genau diese Personen richten. Nebst Pflegepersonal, das in der Regel eine der Erstsprachen der Bewohnenden spricht, wird dem kulturellen Hintergrund der betreuten Personen mit weiteren Maßnahmen Rechnung getragen: So verspricht der Speiseplan meist ›mediterrane‹ Kost und wird auf Italienisch kommuniziert oder das musikalische Aktivierungsprogramm nimmt mit italienischen und spanischen Schlagern des letzten Jahrhunderts Bezug auf die Herkunft der betreuten Personen. Die Erfahrungen, die in diesen kulturspezifischen Alterseinrichtungen gesammelt werden, sind vor allem im Hinblick auf künftige Betreuungsmodelle interessant, die der zunehmenden Diversität der Bewohner*innen gerecht werden und eine erhöhte Sensibilität für deren Bedürfnisse haben müssen.¹² Forschungsliteratur im Bereich der transkul-

11 Afzali: *Zur Rolle des Designs in kulturspezifischen Alters- und Pflegeeinrichtungen*. Die Dissertation entstand im Rahmen der Graduate School of the Arts (heute: SINTA) und wurde durch den Schweizerischen Nationalfonds SNF gefördert (2013–2016, SNF 100016_146391: »CommuniCare: Kommunikationsdesign in kulturspezifischen Alters- und Pflegeeinrichtungen«). Der vorliegende Bandbeitrag beruht auf Ergebnissen, die in dieser Studie publiziert wurden.

12 Vgl. hierzu Meggi Khan-Zvorničanin: *Kultursensible Altenhilfe? Neue Perspektiven auf Programmatik und Praxis gesundheitlicher Versorgung im Alter*, Bielefeld: transcript 2016; Hildegard Hungerbühler/Corinna Bisegger: »Und so sind wir geblieben ...«. *Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz*, Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM/Nationales Forum Alter und Migration 2012.

tuellen Pflege empfiehlt beispielsweise, dass in Heimen, in denen Personen mit Migrationserfahrung betreut werden, unter anderem auch die Gestaltung des räumlichen Umfelds der Herkunft der Bewohnenden Rechnung tragen soll.¹³ Darauf, wie dies konkret geschehen soll und wie entsprechende gestalterische Maßnahmen aussehen könnten, wird jedoch nur wenig eingegangen. Vor diesem Hintergrund fokussierte ich unter anderem auf die Gestaltung der Räumlichkeiten in ›mediterranen‹ Betreuungseinrichtungen.¹⁴ Für die qualitative Untersuchung waren folgende Forschungsfragen leitend:

- Wie ist das räumliche Umfeld der ›mediterranen‹ Alterseinrichtungen gestaltet?
- Mit welcher Intention werden die Räume von den verantwortlichen Personen ausgestattet?
- Welche Wirkung hat die Gestaltung des räumlichen Umfelds auf die Bewohnenden?

Zur Beantwortung dieser Fragen sammelte ich Daten in verschiedenen Heimen mit ›mediterranem‹ Betreuungsangebot. Ich führte Designanalysen des räumlichen Umfelds durch, betrieb teilnehmende Beobachtungen in verschiedenen Wohngruppen und führte Interviews mit Bewohnenden und dem Pflegepersonal. Unter anderem auch im Altersheim Buchmatt,¹⁵ das eine kulturspezifische Wohngruppe sowie mehrere Regelwohngruppen anbietet, in denen Personen sowohl mit als auch ohne Migrationserfahrung betreut werden.¹⁶ Eine dieser Regelwohngruppen befand sich zum Zeitpunkt der Untersuchung auf dem gleichen Stockwerk wie die ›mediterrane‹ Wohngruppe und diente als Vergleichswohngruppe.

Bei der Datenerhebung konzentrierte ich mich unter anderem auf die gemeinschaftlich genutzten Bereiche der beiden Wohngruppen. Für die Innenraumgestaltung dieser Bereiche war im Wesentlichen das Pflegepersonal verantwortlich. Es suchte die Möbel, Bilder und Artefakte aus und bestückte damit die gemein-

13 Ursula Koch-Straube: »MigrantInnen in der Altenpflege«, in: Dagmar Domenig (Hg.): *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, Bern: Huber 2007, S. 411–423, hier S. 421.

14 Nebst dem räumlichen Umfeld galt mein Interesse auch den Serviceangeboten, die in diesen Betreuungseinrichtungen dem kulturellen Hintergrund der Bewohnenden Rechnung tragen sollen, wie beispielsweise dem Aktivierungsprogramm. Mehr dazu s. ebd. und Minou Afzali: »Wohnzufriedenheit dank kultursensiblen Umfeld: Die ›mediterranen‹ Abteilungen als Vorbild?«, in: *Age Report IV – Wohnen in den späten Lebensjahren: Grundlagen und regionale Unterschiede*, Zürich/Genf: Seismo 2019, S. 249–256.

15 Die Namen der Einrichtung sowie der befragten Personen wurden aus Datenschutzgründen anonymisiert bzw. geändert.

16 Dieses Betreuungsmodell gilt für die meisten Alters- und Pflegeeinrichtungen mit ›mediterranem‹ Betreuungsangebot.

schaftlich genutzten Bereiche der kulturspezifischen sowie der Vergleichswohngruppe. Inwiefern unterschied sich die Gestaltung der gemeinschaftlich genutzten Bereiche der beiden Wohngruppen? Welche Intentionen lagen dieser Gestaltung zugrunde und welche Wirkung hatte diese auf die Nutzer*innen? Die Antworten auf diese Fragen werden im Folgenden aufgeführt.

Designanalyse des räumlichen Umfelds

Während meiner Aufenthalte im Altersheim Buchmatt fotografierte ich die Inneneinrichtung der gemeinschaftlich genutzten Bereiche der ›mediterranen‹ wie der Vergleichswohngruppe. Um zu analysieren, inwiefern sich die Gestaltung der beiden Bereiche voneinander unterscheidet, stellte ich sämtliche Artefakte auf den Aufnahmen visuell frei und bildete von dem Material ausgehend induktiv zunächst drei unterschiedliche Funktionskategorien, denen ich die Artefakte zuordnete: Möbel, Objekte sowie Bilder. Innerhalb dieser Kategorien wurden die entsprechenden Artefakte wiederum neuen Unterkategorien zugeordnet, die eine spezifischere Betrachtung der einzelnen Gruppen erlaubte:

Möbel: Aufbewahrungsmöbel, Sitzmöbel, Tische/Ablagen, Leuchten, Spiegel

Objekte: Figuren, Kissen, Geschirr/Keramik, (teilweise künstliche) Pflanzen/Mineralien, Unterhaltung

Bilder: Kunst/Kunsthandwerk, Poster/Fotodrucke

Diese Ordnung machte rasch deutlich, dass sich in den gemeinschaftlich genutzten Bereichen der ›mediterranen‹ Wohngruppe generell viel mehr Artefakte befanden als in der Vergleichswohngruppe. Die Inneneinrichtung der kulturspezifischen Wohngruppe wies insbesondere mehr Aufbewahrungs- und Sitzmöbel sowie figürliche Objekte, Geschirr/Keramik und (teilweise künstliche) Pflanzen auf. Artefakte der letzten beiden Kategorien fehlten in den gemeinschaftlich genutzten Bereichen der Vergleichswohngruppe gar gänzlich. Auch die Gestaltung der Möbel in den Räumlichkeiten der beiden Wohngruppen unterschied sich: Während das Mobiliar der ›mediterranen‹ Wohngruppe vorwiegend aus mittel- bis dunkelbraunem Holz gefertigt war, massiv wirkte und historisierende Formsprachen aufwies, wirkten die wenigen Sitzgelegenheiten und Möbel der benachbarten Regelwohngruppe vergleichsweise leichter (Abbildung 1).

In einem weiteren Schritt erstellte ich einen Grundriss der beiden gemeinschaftlich genutzten Wohngruppenbereiche mit der Anordnung des jeweiligen Mobiliars (Abbildung 2). Beide Wohngruppen verfügten über einen offenen Grundriss und unterschieden sich in ihrer Größe nur wenig. Während auf der ›mediterranen‹ Wohngruppe eine eingezogene Trennwand den weitläufigen Raum in zwei

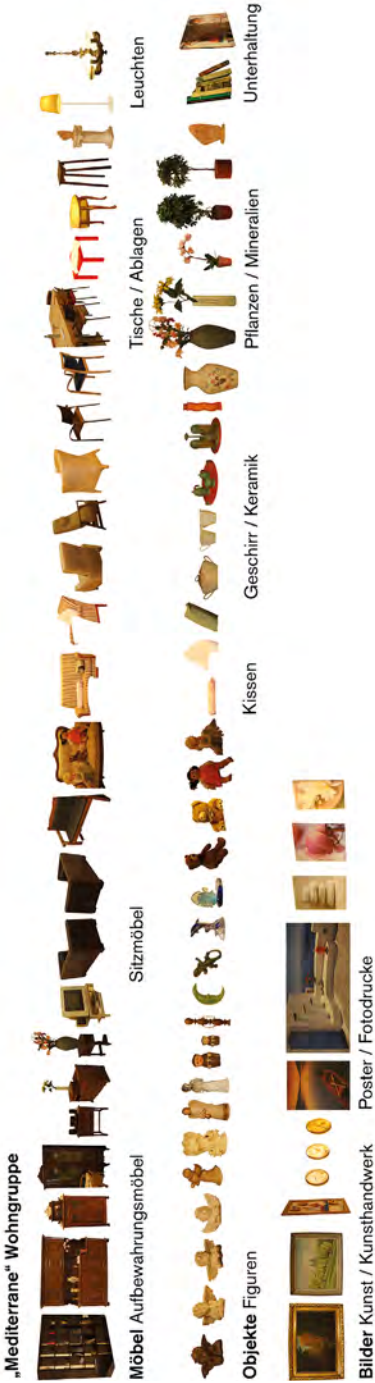


Abbildung 1: Visuelle Analyse der Artefakte in den gemeinschaftlich genutzten Bereichen, Darstellung: Minou Afzali, aus: Afzali: Zur Rolle des Designs in kulturspezifischen Alters- und Pflegeeinrichtungen, S. 90

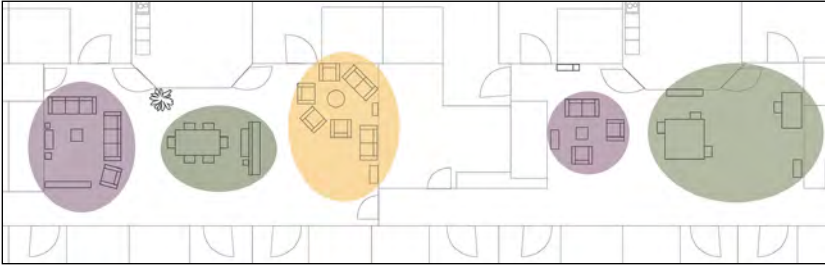


Abbildung 2: Grundrissdarstellung der gemeinschaftlich genutzten Bereiche der beiden Wohngruppen. In den markierten Bereichen befinden sich die jeweiligen Aufenthaltszonen der »mediterranen« Wohngruppe (links) sowie der Vergleichswohngruppe (rechts). Darstellung: Minou Afzali, aus: Afzali: Zur Rolle des Designs in kulturspezifischen Alters- und Pflegeeinrichtungen, S. 94

Bereiche unterteilt, fehlte diese innenarchitektonische Maßnahme auf der Vergleichswohngruppe. Somit konnte hier der gesamte Raum überblickt werden und wirkte dadurch insgesamt weitläufiger als der gemeinschaftlich genutzte Bereich der kulturspezifischen Wohngruppe. Worin sich die Gestaltung der beiden Bereiche ebenfalls unterschied, war die Anordnung des Mobiliars. Die Bewohnenden der »mediterranen« Wohngruppe konnten bei einem Aufenthalt im gemeinschaftlich genutzten Bereich zwischen drei Zonen auswählen, die mit Sitzgelegenheiten bestückt waren: Der Fernsehbereich der Wohngruppe wurde von zwei übers Eck angeordneten, großen, schwarzen Sofas sowie einem schweren Sessel begrenzt, die um einen kleinen Couchtisch herum angeordnet waren. Der Essbereich, bestehend aus einem großen Holztisch, sechs Stühlen sowie einem mit Geschirr und Nippes befüllten Vitrinenschrank, befand sich in unmittelbarer Nähe der raumtrennenden Wand. Schließlich verfügte der gemeinschaftlich genutzte Bereich in einer der Raumecken über eine weitere Sitzgruppe, bestehend aus zwei kleinen Biedermeiersofas, mehreren Sesseln, einem Couchtisch sowie einer dunklen Holzkommode, auf der drei Putten platziert waren. Alle drei Bereiche luden durch die Anordnung der jeweiligen Sitzgelegenheiten zum Verweilen ein und boten den Nutzer*innen einerseits einen guten Überblick über den Raum und andererseits Sichtschutz und Privatsphäre. Die Anordnung der Sitzgruppen ermöglichte Blickkontakt zwischen den Nutzenden und unterstützte somit den sozialen Austausch und die Kommunikation. Darüber hinaus wirkten diese Bereiche dank ihrer liebevollen und detailbewussten Ausstattung sehr wohnlich, ja heimelig.

Den Bewohnenden der Vergleichswohngruppe boten sich hingegen nur zwei Zonen für einen Aufenthalt in den gemeinschaftlich genutzten Bereichen an: Eine helle, dreiteilige Polstersitzgruppe, bestehend aus einem Sofa für Zwei sowie zwei Sesseln, die um einen kleinen Couchtisch herum angeordnet waren, bildete den Fernsehbereich. In der Mitte des Raumes stand ein quadratischer Tisch, der als

Essbereich genutzt wurde. Beide Bereiche boten den Nutzer*innen weder Sichtschutz noch Privatsphäre, da sie von allen Seiten einsehbar waren und somit keinen Nischencharakter aufwiesen. Nebst diesen beiden Sitzzonen befand sich an einer der Raumwände außerdem ein rechteckiger Holztisch mit einem zusätzlichen Sitzplatz, der gegen die Wand gerichtet war. Setzte man sich auf diesen Stuhl, so bot sich einem bloß die ernüchternde Aussicht auf die karge Wand.

Ein Vergleich der Innenausstattung der gemeinschaftlich genutzten Bereiche der beiden Wohngruppen zeigte, dass sich den Bewohnenden der »mediterranen« Wohngruppe ein wohnlich wie auch einladend wirkendes und kommunikationsförderndes Umfeld bot, hingegen mussten sich ihre Nachbar*innen mit kargen und wenig stimulierenden Räumlichkeiten begnügen, die zudem die Kommunikation zwischen den älteren Menschen nicht unterstützten. Es erstaunte somit wenig, dass die Nutzung der beiden Bereiche tatsächlich unterschiedlich ausfiel und sich die Bewohnenden der kulturspezifischen Wohngruppe viel häufiger in den gemeinschaftlich genutzten Bereichen aufhielten als ihre Nachbar*innen. Die Designanalyse der beiden Wohnbereiche sowie die teilnehmenden Beobachtungen im Feld bestätigten somit, was die Forschungsliteratur im Bereich Evidence-Based Healthcare Design nahelegt: Soziopetal, also die Kommunikation und den sozialen Austausch fördernd, wirken Räume, wenn sich die Nutzenden in wohnlich gestalteten Bereichen aufhalten können, die Begegnungen ermöglichen und gleichzeitig Rückzug und Geborgenheit bieten. Fehlt den Räumen eine entsprechende Gestaltung, wirken sie soziofugal, also kommunikationshemmend, und werden entsprechend wenig genutzt.¹⁷ Diese Ergebnisse führten zur nächsten Frage: Worauf ließ sich die unterschiedliche Gestaltung der beiden Wohnbereiche zurückführen? Um diese Frage zu beantworten, musste ich mehr über die der Gestaltung zugrunde liegenden Intentionen erfahren. Hierfür befragte ich im Rahmen von Einzel- und Fokusgruppeninterviews Pflegefachpersonen, die für die Gestaltung beider gemeinschaftlich genutzten Bereiche verantwortlich waren. Die befragten Personen stammten zum Teil selbst aus den Herkunftsländern der älteren Menschen, die sie betreuten, oder waren Nachkommen ehemaliger Arbeitsmigrant*innen aus Italien und Spanien. Sie alle waren sowohl auf der »mediterranen« als auch auf der Vergleichswohngruppe tätig.

17 Vgl. Ebru Ayas/Jorgen Eklund/Shigekazu Ishihara: »Effective Design of Waiting Areas in Primary Healthcare«, in: *The TQM Journal* 20 (2008) 4, S. 389–408; Jiska Cohen-Mansfield/Perla Werner: »The Effects of an Enhanced Environment on Nursing Home Residents who Pace«, in: *The Gerontologist* 38 (1998) 2, S. 199–208; Steve Baldwin: »Effects of Furniture Rearrangement on the Atmosphere of Wards in a Maximum-Security Hospital«, in: *Hospital and Community Psychiatry* 36 (1995) 5, S. 525–528; Mele Koneya: »Location and Interaction in Row-and-Column Seating Arrangements«, in: *Environment and Behavior* 8 (1976) 2, S. 265–282; Robert Sommer/Hugo Ross: »Social Interaction On a Geriatrics Ward«, in: *International Journal of Social Psychiatry* 4 (1958) 2, S. 128–133.

Ethnografische Datenerhebung zur Gestaltung des räumlichen Umfelds

In den Gesprächen mit Mitarbeitenden verschiedener ›mediterraner‹ Alterseinrichtungen fiel eines besonders auf: Meine Gesprächspartner*innen hoben immer wieder die ›gesellige‹ und ›familiäre‹ Atmosphäre auf den kulturspezifischen Wohngruppen hervor, die sich angeblich von der Atmosphäre auf den Regelwohngruppen und somit auch der Vergleichswohngruppe unterschied. Die auf manch einer Informationsbroschüre auch als ›Italianità‹ beschriebene Stimmung wurde meist auf die Herkunft der Bewohnenden zurückgeführt. Die Bewohnenden der ›mediterranen‹ Wohngruppen suchten demnach die Gesellschaft ihrer Mitbewohnenden häufiger und interagierten auch intensiver mit deren Angehörigen, als dies auf anderen Wohngruppen der Fall war. Meine Aufenthalte auf den beiden Wohngruppen des Altersheims Buchmatt bestätigten dieses Bild. Ich beobachtete, wie die Bewohnenden der ›mediterranen‹ Wohngruppe die gemeinschaftlich genutzten Bereiche, die ihnen zur Verfügung standen, mehr als ihre Nachbar*innen auf der Vergleichswohngruppe nutzten. Nach den Mahlzeiten blieben sie noch eine Weile am gemeinsamen Esstisch sitzen oder begaben sich in die Sitzgruppe vor den Fernseher, während sich auf der benachbarten Wohngruppe der gemeinschaftlich genutzte Bereich leerte.

Ungeachtet dessen, ob die Biografie der Bewohnenden tatsächlich einen Einfluss auf ihre Interaktionsgewohnheiten hatte: Wie die Designanalyse der Räumlichkeiten gezeigt hatte, trug auch die Gestaltung der gemeinschaftlich genutzten Bereiche der beiden Wohngruppen wesentlich dazu bei, wie sie von den älteren Menschen genutzt wurden. Auf die unterschiedliche Gestaltung der beiden Wohngruppenbereiche angesprochen, hoben die befragten Pflegefachpersonen hervor, dass die Gestaltung der kulturspezifischen Wohngruppe dem kulturellen Hintergrund der betreuten Personen Rechnung tragen sollte. Bei der Auswahl des entsprechenden Mobiliars hätten die Pflegenden darauf geachtet, dass es sich um »typisch mediterrane«¹⁸ Möbel mit »venezianischem Stil«¹⁹ handelte. Dieser besondere Stil zeigte sich ihren Aussagen zufolge insbesondere bei der Sitzgruppe im hinteren Bereich des Raumes:

»[...] auch die Polstergruppe, die wir beim Radio hinten haben, das sind auch so typisch italienische Möbel, ... wenn man früher geschaut hat, also bei Großmüttern und so, das war schon sehr typisch.«²⁰

18 Fokusgruppeninterview mit Pflegepersonal der ›mediterranen‹ Wohngruppe am 21. November 2013. In: Afzali: Zur Rolle des Designs in kulturspezifischen Alters- und Pflegeeinrichtungen, S. 75.

19 Ebd.

20 Ebd.

Diese und ähnliche Aussagen machten deutlich, dass die Möbel unter anderem auch deshalb ausgesucht wurden, weil mit ihnen besondere Orte, vertraute Räume und vergangene Zeiten in Verbindung gebracht wurden. Die massiven und schweren Holzmöbel, die sich in der Wohnung der eigenen Großmutter in Italien befanden, dienten in diesem Fall als Inspirationsquelle für die Inneneinrichtung der ›mediterranen‹ Wohngruppe. Hier sollten sie dazu beitragen, den italienisch- und spanischstämmigen Bewohnenden ein vertrautes Umfeld zu ermöglichen. Davon zeugten auch die zahlreichen Putten und sonstigen Objekte, die auf Möbeln und Ablageflächen platziert waren und zu einem wohnlichen Umfeld beitragen sollten. Dies erklärte jedoch nicht, weshalb die Vergleichswohngruppe so karg eingerichtet und im Gegensatz zur kulturspezifischen Wohngruppe mit viel weniger Möbeln und Artefakten bestückt war. Ein Dialog zwischen zwei Pflegefachpersonen während eines Fokusgruppeninterviews ließ einen möglichen Grund hierfür erahnen. Befragt zu den Unterschieden, die sie hinsichtlich der Gestaltung der privaten Räume der älteren Heimbewohnenden beider Wohngruppen machten, antworteten die beiden Pflegenden Sofia und Susanne:

Sofia: »Und was natürlich der Unterschied ist, dass zum Beispiel ein Spanier oder Italiener hat [die] Tendenz, das Zimmer zu füllen ... Der Schweizer hat das nicht. [...] Es ist nicht so erdrückend ... [*lacht*].«

Susanne: »Vielleicht ein bisschen heller eingerichtet ...«

Sofia: »Heller? ... einfach anders ...«²¹

Diese Aussagen legen die Vermutung nahe, dass sich die Pflegenden, die teilweise einen biografischen Bezug zu den Herkunftsländern der Bewohnenden hatten, bei der Gestaltung der gemeinschaftlich genutzten Bereiche (möglicherweise unbewusst) von diesen Beobachtungen haben leiten lassen. Während sie der Ausstattung der gemeinschaftlich genutzten Bereiche der ›mediterranen‹ Wohngruppe offensichtlich viel Beachtung beigemessen hatten, ließ der gemeinschaftlich genutzte Bereich der Vergleichswohngruppe eine solch detailbewusste Gestaltung vermissen. Die reiche Ausstattung auf der einen Seite stand der kargen Inneneinrichtung auf der anderen Seite gegenüber – mit dem Ergebnis, dass die Räume sehr unterschiedlich genutzt wurden. Für die unterschiedliche Gestaltung der beiden Wohngruppen können verschiedene Gründe infrage kommen: Zum einen stellen kulturspezifische Angebote nach wie vor eine Besonderheit innerhalb der schweizerischen Versorgungslandschaft dar und die betreffenden Heime kommunizieren dieses Angebot entsprechend wirksam nach außen. Ein Betreuungsangebot, das dem kulturellen

21 Ebd. S. 93.

Hintergrund der Bewohnenden besonders Rechnung trägt, wird auf diese Weise auch materiell in den Räumlichkeiten sichtbar und grenzt sich visuell von den übrigen Regelwohngruppen im Heim ab. Zum anderen bildete die bewusste Gestaltung der ›mediterranen‹ Wohngruppe auch für die Pflegefachpersonen eine Möglichkeit, sich ihren Arbeitsplatz anzueignen. Durch die Ausstattung der Räumlichkeiten schufen sie ein angenehmes Arbeitsumfeld, das ihren Vorstellungen entsprach, und trugen somit zu ihrem eigenen Wohlbefinden am Arbeitsplatz bei. Die ›familiäre‹ Stimmung auf der ›mediterranen‹ Wohngruppe zeigte sich eben auch in der wohllichen Atmosphäre, zu der sie selbst wesentlich beigetragen hatten. Wohlgermerkt, von einer solchen Atmosphäre hätten sämtliche Bewohnende, ungeachtet ihres ethnisch-kulturellen Hintergrunds, profitiert – auch diejenigen der Vergleichswohngruppe.

Methodentriangulation in der angewandten Forschung

Das beschriebene Beispiel zeigt, wie die Triangulation unterschiedlicher Methoden – in diesem Fall Methoden der Designforschung und ethnografische Methoden – zu Ergebnissen führt, die Aussagen über die Beschaffenheit, Intention und Wirkung von Gestaltung zulassen. Während dieses Vorgehen im vorliegenden Fall vor allem zur Analyse der räumlichen Situation der beteiligten Alterseinrichtungen diente, kann es in einem anderen Fall die Grundlage für gestalterische Interventionen sein, die in einem weiteren Schritt zur Optimierung bestehender räumlicher Situationen führen. Hierzu können evidenzbasierte Erkenntnisse aus dem Bereich Healthcare Design hinzugezogen werden, in dem es mittlerweile eine Vielzahl von Studien gibt. Zu bestimmten Aspekten der Gestaltung im Gesundheitsbereich gibt es hingegen nach wie vor keine Empirie, die jedoch zur Beantwortung der teils sehr komplexen Fragestellungen im Gesundheitskontext notwendig wäre. In unserer Arbeit im Rahmen der interdisziplinären Arbeitsgruppe Health Care Communication Design HCCD machen wir diese Erfahrung immer wieder. Ob es darum geht, ein Krankenhaus im Planungsprozess altersgerechter Zimmer zu beraten oder ein Formular zu gestalten, welches das Gespräch zwischen Gesundheitsfachpersonen und fremdsprachigen Patient*innen visuell unterstützt:²² Bestehendes, evidenzbasiertes Wissen reicht oftmals nicht aus, da jede Situation im Gesundheitskontext spezifisch betrachtet und untersucht werden muss. Zu unterschiedlich sind die Arbeits, Kommunikati-

22 Beatrice Kaufmann/Marika Anja Simon/Tannys Helfer: »It Somehow Worked in the End«: Managing Demanding Communication Situations Between Nurses and Migrant Families in the Paediatric Hospital Setting Through the Use of Communication Aids«, in: Kirsty Christer/Claire Craig/Paul Chamberlain (Hg.): *Proceedings of the 6th International Conference on Design4Health*, Amsterdam 2020, Sheffield: Sheffield Hallam University 2020, Bd. 2, S. 47–56.

ons- und Behandlungsabläufe in den verschiedenen Kontexten, zu divers die Versorgungsnutzenden, deren Erkrankungen, Vorwissen und Bedürfnisse. Aus diesem Grund ist nebst dem Einbezug aktueller Forschungsliteratur die Datenerhebung mittels unterschiedlicher Methoden unabdingbar. Bewährt haben sich hierfür designspezifische Methoden wie beispielsweise *Raumbegehungen*, bei denen das räumliche Umfeld in Gesundheitseinrichtungen fotografisch dokumentiert und anschließend unter Einbezug evidenzbasierten Wissens in einem interdisziplinären Team analysiert wird. Das Team der Arbeitsgruppe HCCD besteht aus Expert*innen der Bereiche Design, Architektur, Pflege, Wirtschaft und Medizininformatik und ermöglicht dank seiner vielseitigen Ausrichtung unterschiedliche Perspektiven auf den jeweiligen Untersuchungskontext. Um mehr über die Bedürfnisse unterschiedlicher Akteur*innen in einem konkreten Gesundheitskontext zu erfahren, greifen wir nebst designspezifischen auch auf sozialwissenschaftliche Methoden wie beispielsweise Fokusgruppen- und Einzelinterviews zurück. Möchten wir Einblick in den Alltag von Pflegefachpersonen erhalten, begleiten wir sie und beobachten dabei Arbeits- und Behandlungsprozesse (z. B. durch *Shadowing*²³), um mögliche Schwierigkeiten bei diesen Abläufen identifizieren zu können. Schließlich binden wir unterschiedliche Akteur*innen in den Designprozess mit ein, um bestehende Situationen zu erfassen, zu verstehen und um in einem weiteren Schritt zu gestalterischen Lösungen zu gelangen, die den verschiedenen Ansprüchen gerecht werden. Im Rahmen von Gesprächen oder Workshops können so Versorgungsnutzende, Angehörige, Pflegefachpersonen, Ärzt*innen, Seelsorgende, Mitarbeitende des Hausdienstes oder des Facility Managements ihre Erfahrungen mit einbringen und gemeinsam diskutieren, welche Maßnahmen dazu beitragen könnten, bestehende Situationen zu verbessern. Dieses Vorgehen wählten wir beispielsweise in einem aktuellen Projekt, bei dem wir mit einer geriatrischen Klinik kollaborieren. Ziel ist die Optimierung der Innenraumgestaltung, damit sich Versorgungsnutzende, die vielfach an Demenz erkrankt sind, deren Angehörige sowie Mitarbeitende besser im Gebäude orientieren können. In der ersten Projektphase besichtigte unser Forschungsteam²⁴ verschiedene Stationen der Klinik gemeinsam mit Mitarbeitenden der entsprechenden Einrichtung, die uns Auskunft über das räumliche Umfeld und dessen Nutzung gaben. Dabei dokumentierten wir die Räumlichkeiten fotografisch und

23 *Shadowing* beschreibt eine Beobachtungsmethode, bei der Forschende eine oder mehrere Personen in ihrem Alltag oder in einem bestimmten Kontext (z. B. Arbeitskontext) begleiten und beobachten, ohne dabei zu intervenieren. Dieses Vorgehen ermöglicht Einblicke in Verhaltensweisen, Prozesse und Interaktionen der Beteiligten.

24 Folgende Forschende des Institute of Design Research der Hochschule der Künste Bern HKB waren an diesem Projekt beteiligt: Prof. Dr. Minou Afzali (Projektleitung), Prof. Jimmy Schmid (Stv. Projektleitung), Nicolo Bernasconi, Rahel Inauen, Jean Odermatt sowie Ramona Tschuppert.

analysierten sie anschließend anhand aktueller Studien, die sich mit der Wirkung des räumlichen Umfelds auf kognitiv beeinträchtigte Personen befassen. Zudem führten wir Interviews mit medizinischem Personal zweier Stationen durch, die uns Auskunft über die Krankheitsbilder der Patient*innengruppen gaben, die auf ihren Stationen behandelt werden. Schließlich moderierten wir einen Workshop, an dem sich Mitarbeitende unterschiedlicher Abteilungen und Bereiche der Klinik beteiligten. Ziel dieses interdisziplinären Workshops war die Identifikation von Problemfeldern im Bereich des räumlichen Umfelds, die aus Sicht des Klinikpersonals optimierungswürdig waren. Basierend auf den Ergebnissen der Raumbegehungen, der Interviews sowie des Workshops identifizierten wir abschließend konkrete Handlungsfelder und sprachen hierfür Empfehlungen zur Optimierung der Innenraumgestaltung aus.

In der zweiten Projektphase entwickelten wir gemeinsam mit externen Praxispartner*innen anhand dieser Gestaltungsempfehlungen ein umfassendes Gestaltungskonzept, welches derzeit umgesetzt wird. Die Kombination aus einem Signaletik, Farb- sowie einem Bildkonzept soll die Orientierung im Gebäude verbessern und darüber hinaus zum Wohlbefinden der unterschiedlichen Nutzer*innengruppen beitragen. Ob die Umgestaltung der Räumlichkeiten ihre Wirkung tatsächlich erzielt, wird in einem letzten Schritt überprüft. Hierzu werden wir drei Monate nach Abschluss der Renovierungsarbeiten (voraussichtlich im August 2023) das medizinische Klinikpersonal im Rahmen von Fokusgruppeninterviews erneut zu seiner Einschätzung der Innenraumgestaltung befragen. Schon jetzt deuten erste informelle Rückmeldungen der Mitarbeitenden darauf hin, dass das neue Gestaltungskonzept sehr positiv aufgenommen wird, weil es zu einer freundlicheren Atmosphäre auf den Stationen beiträgt.

Das vorgängig genannte Projekt ist nur eines von vielen Beispielen, die belegen, dass eine Vielfalt an Methoden und Perspektiven notwendig ist, um den oftmals komplexen Sachverhalten und Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden. Neben evidenzbasiertem Wissen benötigt es hierzu je nach Problem- und Fragestellung die Expertise von Fachpersonen aus Bereichen wie Pflege, Medizin, Hygiene, Facility Management, Hotellerie und Verwaltung, um nur einige zu nennen.

Kommen wir abschließend zurück zur eingangs dieses Beitrags gestellten Frage des Designtheoretikers Alain Findeli: Beobachten, beschreiben und interpretieren Designforschende die Welt anders als Forschende anderer Disziplinen? Diese Frage lässt sich sicher bejahen: Designforschende richten ihren Fokus auf die Gestaltung unserer Umwelt, auf die Interaktionen und Wirkungen, die diese Gestaltung in Form von Artefakten, Räumen oder Prozessen ermöglicht, verhindert oder gar erzwingt. Um mehr über die Anforderungen, Grenzen und Möglichkeiten von Design zu erfahren, ist der Einbezug unterschiedlicher Expertisen und Methoden jedoch zwingend. Denn nur durch den Austausch mit anderen Diszi-

plinen können Designforschende umfassendes Wissen zu gestaltungsrelevanten Fragen gewinnen. Interdisziplinäre Kollaborationen ermöglichen es Designer*innen, über die Grenzen der eigenen Disziplin zu blicken und von diesem Ausblick durch Kooperation, Interaktion und Adaption zu profitieren.