

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Von institutioneller Versorgung zum Wohnen“
Eine qualitative Studie zur Person-Umwelt-Passung am Beispiel der
NÖ Pflege- und Betreuungszentren

verfasst von / submitted by

Mag. Johanna Stadler

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2018 / Vienna, 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

A 992 050

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Gerontologie und soziale Innovation

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag. Johanna Stadler, geboren am 13. April 1963 in Wien, erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit ohne fremde Hilfe verfasst habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht. Zudem versichere ich, die Inhalte und Ergebnisse der Arbeit, so wie sie in der vorliegenden Arbeit aufgeführt sind, nicht im Rahmen anderer Arbeiten weiter zu verwenden.

Wien, im Juli 2018

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....III

1 EINLEITUNG.....	1
1.1 AUSGANGSLAGE, PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT.....	1
1.2 AUFBAU DER ARBEIT.....	1
2 DER ALTE MENSCH IN SEINER UMWELT.....	3
2.1 ALTER UND ALTER(N) VERSTEHEN.....	3
2.1.1 Begriffe rund um das Alter(n) klären.....	3
2.1.2 Strukturwandel des Alters.....	5
2.1.3 Hochaltrigkeit und eine neue Kultur der Langlebigkeit.....	7
2.1.4 Lebensqualität im Alter und im Kontext von Pflegebedürftigkeit.....	9
2.2 WOHNEN IM ALTER.....	15
2.2.1 Begriffe rund um das Wohnen klären.....	15
2.2.2 Wohnbedürfnisse im Alter.....	17
2.2.3 Wohnformen im Alter und institutionelles Wohnen.....	20
2.2.4 Neue Ansätze für Wohnqualität in NÖ Pflege- und Betreuungszentren.....	23
3 THEORIEN ZU PERSON-UMWELT-BEZIEHUNGEN.....	27
3.1 ADAPTIONS- UND ALTERSTHEORIEN.....	27
3.1.1 Die Theorie der kognitiven Umstrukturierung von Thomae.....	28
3.1.2 Das „Zwei-Prozess-Modell“ von Brandtstädter & Renner.....	28
3.1.3 Das Konzept internaler und externaler Kontrollüberzeugung nach Rotter.....	29
3.1.4 Das Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) von Baltes & Baltes.....	30
3.1.5 Disengagement-Theorie, Aktivitätstheorie und Kontinuitätsthese.....	31
3.1.6 Kritische Betrachtung der Ansätze im Kontext „Wohnen“.....	32
3.2 ÖKOGERONTOLOGISCHE THEORIEN.....	33
3.2.1 Grundlagen der ökologischen Gerontologie.....	33
3.2.2 Das Umweltsanforderungs-Kompetenz-Modell nach Lawton & Nahemow und die Ökologische Theorie des Alterns nach Lawton.....	36
3.2.3 Das „Kongruenz“-Modell nach Kahana.....	38
3.2.4 Das „Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell“ nach Carp & Carp.....	38
3.2.5 Das Rahmenmodell des Person-Umwelt-Austauschs von Wahl & Oswald.....	39
3.2.6 Vergleichende Betrachtung der Ansätze im Kontext „neuer“ Wohnkonzepte im Pflegesetting.....	41
4 FORSCHUNGSFRAGEN.....	43
5 PERSON-UMWELT-PASSUNG IN NÖ PFLEGE- UND BETREUUNGSZENTREN.....	45
5.1 METHODISCHES VORGEHEN.....	45
5.1.1 Erhebungsinstrumente.....	47
5.1.2 Feldzugang und Sample.....	48
5.1.3 Auswertung.....	52
5.1.4 Ethische Überlegungen.....	52
5.2 ERGEBNISDARSTELLUNG – KATEGORIENSYSTEM.....	53

5.3	STELLENWERT VON „WOHNEN“ IN DER PFLEGE.....	54
5.4	LEBEN IN PRIVATHEIT – DAS EIGENE ZIMMER.....	56
5.4.1	Wunsch nach eigenem Zimmer.....	57
5.4.2	Wunsch nach individuellen Freiflächen und mehr Stauraum.....	58
5.4.3	Wunsch nach Vertrautheit und gestalterischen Freiräumen.....	59
5.4.4	Wunsch nach Häuslichkeit und Nützlichkeit.....	61
5.4.5	Wunsch nach multifunktionaler Nutzung.....	61
5.4.6	Wunsch nach Privatsphäre, Sicherheit und Kontrolle.....	63
5.5	LEBEN IN GEMEINSCHAFT – DER WOHNBEREICH.....	64
5.5.1	Wunsch nach gewohntem Alltag und Aufgaben.....	65
5.5.2	Wunsch nach Wahlmöglichkeiten.....	66
5.5.3	Wunsch nach gewohntem Tagesrhythmus.....	68
5.5.4	Wunsch nach Austausch und Abgrenzung.....	69
5.6	LEBEN IN (TEIL)ÖFFENTLICHKEIT – DIE WOHNUMWELT.....	71
5.6.1	Barrierefreiheit und Wunsch nach innerhäuslicher Mobilität.....	71
5.6.2	Wunsch nach Abwechslung und schöner Aussicht.....	72
5.6.3	Wunsch nach „attraktiven“ Aktivitäten und Unterhaltung.....	73
5.6.4	Wunsch nach Draußen zu kommen.....	74
5.7	LEBENSSTRATEGIEN & SELBSTBEWERTUNG DES „WOHNENS“.....	75
5.8	ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG.....	79
6	ERGEBNISDISKUSSION – ANSÄTZE FÜR PERSON-UMWELT-GESTALTUNG IN NÖ PFLEGE- UND BETREUUNGSZENTREN.....	83
7	SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK.....	89
7.1	FAZIT, LIMITATIONEN UND AUSBLICK.....	89
7.2	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS.....	91
8	ZUSAMMENFASSUNG / ABSTRACT.....	93
	LITERATURVERZEICHNIS.....	95
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	108
	ANHANG.....	109
	Anhang I: Erhebungsinstrumente.....	109
	Anhang II: Fallportraits.....	113
	Anhang III: Darstellung der Pflegeheim-Generationen (nach KDA) im Vergleich zu Neu-/Umbau Haus H.....	116

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda
et al.	et altera (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
ff	folgende Seiten
NÖ	Niederösterreich
NÖ PBZs	NÖ Pflege- und Betreuungszentren
S.	Seite
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

*„Und jedem Anfang WOHLT ein Zauber inne,
der uns beschützt und der uns hilft zu LEBEN“*

Hermann Hesse (1941)

1. EINLEITUNG

In der stationären Pflege wird in den nächsten Jahren „ein fundamentaler Umbau von einer ‚Krankenhaus‘-Kultur hin zu einer Wohnkultur und zu einer Personenzentrierung vorgenommen. Reagiert wird damit auf den Wertewandel in der Gesellschaft“ und die Vielfalt des Alters. Dieser im Altersalmanach NÖ (Kolland et al. 2016, S. 12), bezogen auf die Situation im Bundesland Niederösterreich, ausgewiesene Trend ist Anstoß und zugleich Ausgangspunkt dieser Arbeit.

1.1 AUSGANGSLAGE, PROBLEMSTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Ein Beispiel dafür sind die NÖ Pflege- und Betreuungszentren (NÖ PBZs), die im Zuge eines laufenden Innovationsprojektes 2015-2020, „Wohnqualität“ explizit als ein zentrales Qualitätsziel in Bezug auf die Betreuung von BewohnerInnen postuliert haben (Land NÖ 2015, S. 22). Tragende Leitgedanken sind die Abkehr von traditionellen Formen institutioneller Versorgung und die Hinwendung zu einem Leben in Privatheit und Gemeinschaft sowie die Stärkung der Individualität und Selbstbestimmung der betreuten Menschen (ebd., S. 14). Die NÖ PBZs bilden das Forschungsfeld dieser Arbeit. Da die subjektive Sichtweise der BewohnerInnen in Bezug auf das Wohnen in diesem Prozess bislang nur unzureichend berücksichtigt ist, soll das Thema dieser Arbeit sein.

Was heißt „Wohnen“ im Pflegesetting, was bedeutet Wohnqualität und Wohnlichkeit für die Betroffenen selbst? Welche Wünsche und Bedürfnisse haben sie an das „Wohnen“ und die unmittelbare Umwelt? Wie kann „Wohnen“ gelingen, was behindert, was unterstützt? Diesem Erkenntnisgewinn will diese Arbeit dienen, für die ein qualitativer Forschungsansatz gewählt wurde. Ziel der Arbeit ist es, „Wohnerleben“ und „Wohnverhalten“ (vgl. Wahl & Oswald 2010) der BewohnerInnen in einzelnen Dimensionen zu rekonstruieren und zu beschreiben, um zu verstehen. Identifizierte Wünsche und Bedürfnisse sowie Ressourcen und Restriktionen sollen diskutiert werden und in Empfehlungen für die Praxis münden.

1.2 AUFBAU DER ARBEIT

Die Arbeit folgt im Kontext- und Theorieteil der Gliederung „Person“ und „Umwelt“. Dazu werden zunächst wichtige Begriffe rund um das „Alter“ und „Altern“ und das „Wohnen“ geklärt, Wohnbedürfnisse im Alter dargestellt und spezifische Rahmenbedingungen des institutionellen

Wohnens analysiert. Dem Thema Hochaltrigkeit und Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit ist je ein Kapitel gewidmet, ebenso den neuen Ansätzen für Wohnqualität im Innovationsprojekt der NÖ Pflege- und Betreuungszentren. Diesem Konzept sind auch die problemrelevanten Dimensionen „Leben in Privatheit – das eigene Zimmer“, „Leben in Gemeinschaft – der Wohnbereich“ und „Leben in (Teil)Öffentlichkeit – die Wohnumwelt“ angelehnt. Als Basis für die weitere Analyse wird „Wohnen“ im Kontext ausgewählter Adaptionstheorien und der „klassischen“ Alterstheorien diskutiert, danach werden die forschungsleitenden Modelle aus der ökologischen Gerontologie, insbesondere die „Environmental Docility“-These und die Person-Environment-Fit-Ansätze (Lawton & Nahemow 1973; Lawton 1989; Carp & Carp 1984) beschrieben und die Forschungsfragen formuliert. Um Einblicke in die Wohn- und Alltagswelt aus der Perspektive der Betroffenen zu erhalten und die Person-Umwelt-Passung analysieren zu können, wurde ein exploratives Design gewählt. Die Daten für den empirischen Teil der Arbeit wurden durch qualitative leitfadengestützte Interviews (angelehnt an das „Problemzentrierte Interview“ nach Witzel 2000) mit BewohnerInnen aus zwei NÖ PBZs generiert, analysiert, in einem Kategorienschema zusammengefasst und interpretiert. Aus ethischen Überlegungen waren nur Personen in die Forschung einbezogen, die keine kognitiven Einschränkungen aufweisen. Die Wohnraumgestaltung speziell für Menschen mit Demenz ist demnach nicht Gegenstand dieser Arbeit. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse (nach Mayring 2008). Ausgewählte Ergebnisse wurden unter dem Gesichtspunkt einer künftigen Person-Umwelt-Gestaltung in den NÖ Pflege- und Betreuungszentren diskutiert und mit Literatur, Theorie und Fragestellung rückgekoppelt. Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis wurden formuliert.

Von Relevanz ist das Thema deshalb, weil gute förderliche („passende“) räumlich-soziale Umweltbedingungen gerade im höheren und hohen Alter bedeutend sind für die Lebenszufriedenheit und die Lebensqualität der Menschen. Und weil infolge der demografischen Alterung der Bevölkerung (insbesondere der Hochaltrigkeit) mit einem weiter steigenden Bedarf an stationärer Pflege zu rechnen ist. Der Altersalmanach NÖ (Kolland et al. 2016, S. 149) prognostiziert einen Mehrbedarf von zumindest 1.300 Pflegeplätzen bis zum Jahr 2025, die Folgen des Wegfalls des Pflegeregresses noch unberücksichtigt. Derzeit gibt es in Niederösterreich rund 10.000 Pflegeplätze.

Gerontologie ist die „Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von alternsrelevanten und alternskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen“
Baltes & Baltes (1992, S. 8)

2. DER ALTE MENSCH IN SEINER UMWELT

2.1 ALTER UND ALTER(N) VERSTEHEN

In diesem Kapitel sollen zunächst zentrale Begriffe rund um das Alter und Altern geklärt werden, insbesondere jene in der Gerontologie gebräuchliche Unterscheidung zwischen einem eher chancenreichen „dritten“ Lebensalter und einem eingeschränkten und abhängigen „vierten“ Lebensalter. Die wesentlichen Ausprägungen des Strukturwandels des Alters werden beschrieben, wobei dem Thema Hochaltrigkeit (der Großteil der BewohnerInnen in NÖ Pflege- und Betreuungszentren ist 80 Jahre und älter) besonderes Augenmerk zukommt. Hier zeigen sich auch Forschungslücken. Was unter Lebensqualität im Kontext von Vulnerabilität, Frailty und Pflegebedürftigkeit verstanden werden kann, soll ebenso diskutiert werden wie altersassoziierte Ressourcenveränderungen und deren Folgen.

2.1.1 Begriffe rund um das Alter(n) klären

So wie es lebensweltlich nicht „den Alten“ oder „die Alten“ gibt, so gibt es auch keine universell gültige Definition für das Alter oder das Altsein. Altern ist ein lebenslanger, biologischer und sozialer Veränderungsprozess, das Alter markiert einen Abschnitt im Lebenslauf, dessen Beginn und Bedeutung individuell und kulturell recht unterschiedlich aussehen kann (Wahl & Heyl 2004). Baltes & Baltes (1992) unterscheiden zwischen „Alter“ („old age“) und „Altern“ („aging“). Generell kann zwischen kalendarischem oder chronologischem Alter (nach Geburtsdatum), dem biologischen Altern (beginnt zirka ab dem 30. Lebensjahr), dem sozialen Alter (soziale Position und deren Bedeutung), dem psychischen oder subjektiven Alter (wie alt man sich fühlt) und dem funktionalen Alter (Leistungsfähigkeit in Alltagsfunktionen) unterschieden werden (vgl. Höpflinger & Stuckelberger 1999; Pohlmann 2004; Kruse & Martin 2004). Als normativer Altersgrenze begegnet man dem Alter in Österreich zum Beispiel beim Pensionsantrittsalter mit

(derzeit) 65 für Männer bzw. 60 für Frauen. Das Bundesseniorengesetz (§ 2 BSenG) bezieht sich auf Frauen mit 55 und Männer mit 60 Jahren, das österreichische Mietrechtsgesetz (§ 12 Abs. 3 MRG) kennt besonders ausgestattete „Seniorenwohnungen“ für Personen ab dem 60. Lebensjahr. Im Bundesland Niederösterreich ist die Aufnahme in stationäre Pflege an keine Altersgrenze gebunden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet zwischen älteren Menschen (60- bis 75-jährig), alten Menschen (75- bis 90-jährig), hochbetagten (90plus) und langlebigen Menschen (100-jährig und älter).

Die Alternswissenschaft geht heute vom Begriff der „Lebensphasen im Alter“ und „Lebenslagen im Alter“ (zu denen auch Wohnen gehört) aus (vgl. Backes & Clemens 2013, S. 23ff), da sich das Alter(n) in westlichen Gesellschaften infolge des soziodemografischen Wandels mittlerweile – als komplexe „Großphase“ (Kruse & Lehr 1999) – über drei bis vier menschliche Dekaden spannt. Als einzelne Phase ist es zu heterogen und in den Ausprägungen zu differenziert, um die Veränderungen des Alters erklären zu können. Selbst die Sequenz „Leben im Pflegeheim“ läuft für die Betroffenen in Phasen ab: Vom Einzug als einem oftmals „kritischen Lebensereignis“ (Filipp & Aymanns 2010) über mehrheitlich akkommodative Anpassungs- bzw. Bewältigungsprozesse (vgl. Heusinger et al. 2015, S. 77ff) über die zunehmende Vulnerabilität, die letzte Phase der „De-Differenzierung“ (Lang & Rupprecht 2012, S. 67) bis hin zu Sterben und Tod.

Einigkeit besteht darüber, dass die Entstehung einer kollektiv erfahrbaren Lebensphase „Alter“ ein Produkt der Industrialisierung ist. Der Übergang ins Alter wird dabei in der Regel durch die Ausgliederung aus dem Erwerbsleben bestimmt. Die (anhaltend) hohe bzw. erhöhte Lebenserwartung hat in den letzten Jahrzehnten wissenschaftlich, gesellschaftlich wie politisch zu einer Zwei (Drei-)Teilung der Altersphase geführt: So unterscheidet etwa Neugarten (1974) „junge Alte“ (50-75) und „alte Alte“ (75plus). Laslett (1995, S. 277ff) führt nach einer Analyse zum „dritten“ Alter (er nennt das die Zeit „der persönlichen Erfüllung“) zusätzlich das „vierte“ Lebensalter (die Zeit der „unabänderlichen Abhängigkeit, der Altersschwäche und des Todes“) ein. Rosenmayr (1996) differenziert zwischen einem chancenreichen dritten, einem eingeschränkten vierten und einem häufiger schon abhängigen fünften Lebensabschnitt. Höpflinger (2014a) vertritt ein vierteiliges Altersphasenmodell: Höheres Erwachsenenalter (ca. 50-65 Jahre), gesundes Rentenalter

(ca. 65-80 Jahre), fragiles Lebensalter (ca. ab 80 Jahren) und pflegebedürftiges Alter (rund ein Drittel der über 85-Jährigen). Wahl (2017) ergänzt um ein „fünftes“ Lebensalter und meint damit die terminale Phase (Sterben und Tod). Das „hohe Alter“, um das es in dieser Arbeit vornehmlich geht (siehe Pkt. 2.1.3), wird in der Gerontologie als „viertes Lebensalter“ oder „abhängiges Alter“ bezeichnet. Hochaltrigkeit (Alter ab ca. 80plus) stellt genau betrachtet, keinen Bestandteil des institutionalisierten Lebenslaufs nach Kohli (1985) dar (vgl. Amrhein 2013), weil es ein (zeitlich gesehen) relativ „junges“ Phänomen ist. Erst mit dem hohen Alter beginnt das „eigentliche“ oder „wirkliche“ Alter (vgl. Amrhein 2013; Graefe et al. 2011), das mit funktionellen Einschränkungen, Verlusten und Hilfsbedürftigkeit – sowohl in der individuellen Wahrnehmung als auch im sozialen und gesellschaftlichen Kontext („Alterslast“, Alter als soziales Problem; vgl. Backes & Clemens 2013, S. 175ff) – konnotiert ist. Im Sinne von: Jeder möchte alt werden, aber niemand alt sein.

2.1.2 Strukturwandel des Alters

Unsere heutige Gesellschaft eines langen Lebens ist eine „junge“ Altersgesellschaft. Zum einen ist sie erst Mitte des 20. Jahrhunderts entstanden, zum anderen richtet sie sich am Jugendkult der Gegenwart (Anti-Aging etc.) und an Leitbildern des aktiven, erfolgreichen, produktiven und konsumtiven Alterns aus (vgl. Amrhein 2013; Schroeter 2002; Kolland 2015a). Noch werden die Potenziale des langen Lebens gesellschaftlich unzureichend genutzt. Backes (1997, S. 28) spricht deshalb von einem „Altersparadoxon“, Kade (2009) nennt dies eine „Vergesellschaftungslücke“. Kolland (2015a) plädiert deshalb für eine „neue Kultur des Alterns“, „Diversität und Differenzierung sollen Homogenität und Statik ablösen“ (S. 58). Das kollektive Altern der Bevölkerung ist derzeit ein „dreifaches Altern“ (vgl. Tews 1993). Gemeint ist damit, dass nicht nur der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung, sondern auch deren absolute Zahl und ebenso Anteil und Zahl der hochaltrigen Menschen ansteigen. In Österreich gab es beispielsweise im Jahr 2017 mehr als 1.100 Menschen im Alter von 100 Jahren und älter, fünfzig Jahre davor waren es nur einige wenige Personen (vgl. Statistik Austria 2017a).

Die angesprochene „Langlebigkeit“ und „Verjüngung“ des Alters (ein höheres Lebensalter bei guter Gesundheit) sind nur zwei der fünf säkularen Trends des „Strukturwandels des Alters“ nach Tews (1993). Zu ergänzen sind die „Entberuflichung“, das heißt der frühe Ausstieg aus dem Erwerbsleben („Frühverrentung“), der sich in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen in Österreich

gerade umkehrt, außerdem die „Singularisierung“ durch mehr Ein-Personen-Haushalte unter älteren Menschen und schließlich die „Feminisierung“ des Alters. Alter ist aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen weiblich, und im hohen Alter sind Frauen vermehrt auf informelle und/oder formelle Unterstützung angewiesen (vgl. Backes & Clemens 2013, S. 91). Die Männer holen aber bei der Lebenserwartung gegenüber Frauen auf (vgl. Statistik Austria 2017b). Schon aus diesem Grund sollte dem Genderaspekt in Bezug auf das Alter und in der Pflege (vgl. Backes et al. 2008; Heusinger et al. 2015) größere Priorität eingeräumt werden.

Die gesellschaftliche Rahmung innerhalb der Alter(n) heute stattfindet, ist zudem geprägt von Werten wie Freiheit, Autonomie und Individualität, durch Differenzierung und Pluralisierung. „Neben Diversität sind Ambivalenz und Unsicherheit weitere Elemente eines zukünftigen gerontologischen Forschungsprogramms, die dazu führen können, die Komplexität des Alternsprozesses nicht nur aus einer Perspektive zu sehen, sondern als multidisziplinär und multivalent bestimmt“ (Kolland & Meyer Schweizer 2012, S. 592).

Schließlich soll hier noch der Generationenwandel angesprochen werden, denn jede Generation (man nennt das auch Kohorteneffekt) altert anders. Derzeit sind die eher bescheidene und schicksalsergebene Kriegsgeneration (die Jahrgänge um 1920-1930) und die skeptische, stark familienorientierte Nachkriegsgeneration (die Geburtskohorte vor 1955) im (hohen) Alter bzw. in der Pflege. In nächster Zukunft kommen die „Baby Boomer“ (geburtenstarke Jahrgänge von 1955-1970) ins Pensions- und später ins Pflegealter. Sie erreichen das Alter generell – und zwar Männer wie Frauen – mit guten Voraussetzungen, dank besserer Gesundheit, höherer Bildung und mehr Wohlstand. Interventionsrelevant für diese Generation ist, dass sie stark individualistisch geprägt, ausgesprochen autonomiebedürftig, kritisch im Konsumverhalten und anspruchsvoll in Bezug auf formelle Pflege und auch das Wohnen ist (vgl. Perrig-Chiello & Höpflinger 2009; Perrig-Chiello 2012, S. 96ff; Kolland 2015b). Kolland (2015b, S. 9) spricht in diesem Zusammenhang von einem „doppelten Generationenwandel“. Gemeint ist, „dass einerseits neue Generationen mit individualisierten Lebens-, Partnerschafts- und Gesundheitsbiografien ins Alter nachkommen und andererseits die nächsten Generationen von pflegenden Töchtern und Söhnen höhere Ansprüche an professionelle Pflegeangebote haben“ (ebd., S. 9).

Angesichts der Komplexität des Alterns formuliert Höpflinger (2009) zwölf „konzeptionelle Grundsätze und essentielle Elemente einer modernen, interdisziplinären Altersforschung“ als „paradigmatisches Gerüst“ zur Analyse von Alternsprozessen (Abbildung 1). Altern ist als ein mehrdimensionales Konzept immer aus unterschiedlichsten Perspektiven zu betrachten.

1. Altern ist ein dynamischer Prozess, ein Wechselspiel zwischen Verlusten und Gewinnen.
2. Das körperliche Altern ist ein biologisch und sozio-medizinisch beeinflusster Prozess.
3. Altern ist ein lebenslanger und biografisch-lebensgeschichtlich verankerter Prozess.
4. Altern ist auch ein sozial-gesellschaftlich bestimmter Prozess.
5. Alternsprozesse sind in vielen Bereichen ein Produkt von persönlichen Faktoren und sozial-räumlicher Umwelt.
6. Altern ist wesentlich auch ein ökonomisch bestimmter Prozess.
7. Altern ist immer auch ein geschlechtsbezogen differenzierter Vorgang.
8. Altern ist immer ein differenzieller Prozess, tendenziell nimmt die Heterogenität der Menschen mit dem Alter zu.
9. Altern ist ein multi-dimensionaler Prozess (Körper, Kognition, Psyche, Identität, soziale Rollen).
10. Altern ist ein multi-direktionaler Prozess. Alternsverläufe, die eine lineare Abnahme zeigen, verzerren die Realität.
11. Alternsprozesse bewegen sich zwischen Objektivität und Subjektivität, wobei speziell im hohen Alter subjektive Bewertungen wichtiger werden als objektive Messgrößen.
12. Altern ist ein plastischer Prozess, mit Grenzen. Altern ist auf den unterschiedlichsten Ebenen stark gestaltbar, körperliche Prozesse stoßen im hohen Alter aber auf Grenzen.

Abbildung 1: Dimensionen des Alternsprozesses (nach Höpflinger 2009)

I

Eigene Darstellung

2.1.3 Hochaltrigkeit und eine neue Kultur der Langlebigkeit

Mit „Hochaltrigkeit“ wird das hohe Lebensalter von Menschen über 80 bzw. 85 Jahren bezeichnet. Auch wenn es in der Gerontologie unterschiedlich bestimmt ist (vgl. Amrhein 2013; Motel-Klingebiel et al. 2013; Backes & Clemens 2013, S. 108ff), zielen alle Disziplinen darauf ab, dass im Übergang vom höheren zum hohen Alter – rund um das 80. bzw. 85. Lebensjahr – das Risiko von physischen, psychischen und sozialen Funktionseinbußen deutlich zunimmt. Erhöhte Risiken sind unter anderem eine reduzierte (kognitive) Informationsverarbeitung, eine deutliche Zunahme chronischer Erkrankungen (Chronizität), das gleichzeitige Auftreten mehrerer behandlungsbedürftiger Krankheiten (Multimorbidität, Polypathie), sensorische Einbußen, ein exponentieller Anstieg der Prävalenz von Demenz, eine reduzierte Anpassungsfähigkeit des Organismus an gesundheitliche Störungen, Zunahme sozialer Verluste, erhöhte Verletzbarkeit (Vulnerabilität) und

infolge dessen auch ein erhöhter Pflegebedarf (vgl. Pohlmann 2001, S. 46ff; Weyerer 2012, S.34ff). Multimorbidität und Immobilität können wiederum zum Verlust von Autonomie und sozialer Teilhabe führen (vgl. Höpflinger & Stuckelberger 1999; Höpflinger 2003 und 2014b).

Das bedeutet aber nicht, dass das hohe Alter nur durch Defizite geprägt ist: Neben Entwicklungsverlusten sind weiterhin auch Entwicklungsgewinne möglich. Forschungsbefunde und Trainingsstudien der letzten Jahre belegen die „hohe Plastizität“ des Alters im Bereich der geistigen Leistungsfähigkeit und bei alltäglichen Handlungsfertigkeiten (vgl. Wahl et al. 2012, S. 12ff; Kliegel et al. 2012, S. 73ff). Hochaltrige Menschen zeigen ein stark adaptives Verhalten. Es gibt auch das sogenannte „Wohlbefindensparadox“ (Staudinger 2000), wonach Menschen „trotz Alter“ oder objektiv schlechter Lebensumstände ein hohes subjektives Wohlbefinden und Gesundheitsempfinden haben. Auch die zeitlich nach hinten geschobene, verkürzte Lebensphase schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen (die „Kompression der Morbidität“; Fries 1980) kann als „gute Nachricht“ (angelehnt an P. Baltes 1999) der Gerontologie verstanden werden.

Alter scheint durch Veränderungen in der sozialen und räumlichen Umwelt bis hin zu sozialen Institutionen modellierbar zu sein (Baltes & Baltes 1992; Wahl et al. 2012, S. 13), und die selektive Optimierung von Kompetenzen sowie die Kompensation von Verlusten (SOK-Modell; Baltes & Baltes 1990) können selbst im hohen Alter zu Lebenszufriedenheit und Lebenssinn beitragen (vgl. Freund & Hennecke 2012, S. 214ff). Wo aber liegen die Grenzen? Die Grenzen zeichnen sich „bei ausgeprägter somatischer Multimorbidität, bei dementiellen Erkrankungen oder bei lebenslang wirksamen ungünstigen Lebenslagemerkmale“ (niedrige Bildung, Armut etc.) ab (Wahl et al. 2012, S. 13ff; vgl. auch Freund & Hennecke 2012, S. 216), und schließlich wohl am Lebensende. Schmidt (2012) spricht deshalb davon, dass das vierte Lebensalter „eine qualitativ eigene Prägung besitzt“ (S. 55). In Bezug auf die Lebensgestaltung meinen Freund & Hennecke (2012, S. 215), dass „der Weg das Ziel“ sei. Kruse (2005, S. 273ff) wiederum plädiert dafür, dass benötigte Hilfe und Abhängigkeitsgefühle bewusst als ein Teil dieser späten Lebensphase angenommen werden können; Autonomie und persönliche Freiheit gilt es dagegen auch im hohen Alter und bis zum Lebensende zu respektieren (ebd.).

Sieht man von einzelnen Studien wie der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes 1996), die „Mitte der 1990er Jahre den Fokus auf das vierte Lebensalter [rückte]“ (Schmidt 2012, S. 55), den Heidelberger Hundertjährigen-Studien (Rott et al. 2001 und Jopp et al. 2013), der Hochaltrigenstudie in Österreich (Hörl et al. 2008) oder etwa der Newcastle-Studie in Großbritannien (Collerton et al. 2009) ab, gibt es noch zu wenig Forschung zur Hochaltrigkeit. So ist beispielsweise bisher wenig erforscht, wie sich die Lebensgestaltung im vierten Lebensalter entwickelt (vgl. Freund & Hennecke 2012; Amrhein 2013; Motel-Klingebiel et al. 2013), Forschungsdefizite werden auch zum Übergang vom dritten auf das vierte Lebensalter konstatiert (vgl. Graefe et al. 2011, S. 300). Nach Kolland (2007, S. 17) ist „das sozialwissenschaftliche Wissen über die Lebensweise in Pflegeheimen gering, denn die meisten sozialwissenschaftlichen Erhebungen beziehen sich auf Personen in Privathaushalten“. Für Niederösterreich ist eine Hochaltrigenstudie, inklusive kleinem HeimbewohnerInnen-Sample, (Ruppe & Stückler 2018) für die Veröffentlichung im Sommer/Herbst 2018 in Vorbereitung. Jenseits der Forschung, auf gesellschaftlicher Ebene, in der Öffentlichkeit, in den Medien etc. überwiegt nach wie vor ein defizitäres Bild des Alters (Demenz, Gebrechlichkeit). Im öffentlichen Raum zum Beispiel (Straßenverkehr, öffentliche Verkehrsmittel etc.) kann durchaus von einer „strukturellen“ Benachteiligung älterer Menschen gesprochen werden, die Pflege (vgl. „Heimeinweisungsdrohung“, Hörl 2014, S. 143) ist angstbesetzt und Funktionslosigkeit korreliert in einer Leistungsgesellschaft nach wie vor mit Bedeutungslosigkeit (vgl. Fürstenberg 2013). Es braucht deshalb nach Kolland (2015a) eine „Kultur der Langlebigkeit“, welche „die Grenzziehungen zwischen jungen und alten Alten, zwischen aktiven, erfolgreichen und nicht mehr aktiven und ‚erfolglosen‘ Alten aufhebt bzw. neu gestaltet“ (S. 48).

2.1.4 Lebensqualität im Alter und im Kontext von Pflegebedürftigkeit

Die unter Pkt. 2.1.3 beschriebenen Krankheitsbilder im hohen Alter (Multimorbidität) können in ihrer Wechselwirkung letztlich zu Frailty, zum Auftreten von Gebrechlichkeit, Autonomieverlust bis hin zur Pflegebedürftigkeit führen. „Vulnerabilität“ oder Gebrechlichkeit („frailty“) sind multidimensionale geriatrische Konzepte, wobei Vulnerabilität in der Regel als ein Ressourcendefizit oder die Häufung von Risikofaktoren beschrieben wird, welche Autonomie und Lebensqualität bedrohen (vgl. Holzhausen & Scheidt-Nave 2012, S. 49ff). Gebrechlichkeit wird als kritische Erschöpfung von Vitalität, körperlicher Aktivität und bestimmter Körperfunktionen (z. B. Gehgeschwindigkeit, Muskelkraft) verstanden, die für eine selbstständige Lebensführung essentiell

sind (ebd.). Pflegebedürftigkeit ist schließlich ein Zustand dauerhaften Hilfe- und Pflegebedarfs im Bereich der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. Wahl & Kruse 2012, S. 194). Für Österreich lassen Zahlen zum Pflegegeldbezug Rückschlüsse auf die Gesundheit bzw. funktionale Beeinträchtigung der Bevölkerung zu. Pflegegeld gebührt, wenn man aufgrund körperlicher, geistiger oder psychischer Beeinträchtigung ständiger Betreuung und Hilfe bedarf. Je nach Pflegebedarf wird das Pflegegeld in sieben Pflegestufen zuerkannt (BMASGK 2018). Die Aufnahme in ein NÖ Pflege- und Betreuungszentrum ist in der Regel erst ab der Pflegegeldstufe 4 (Pflegeaufwand über 160 Stunden im Monat) möglich. Zum Stichtag 31.12.2017 haben in Niederösterreich 91.242 Personen Pflegegeld bezogen, davon 30.539 Pflegegeld der Stufe 4-7 (Statistik Austria 2018); rund 10 Prozent befanden sich in stationärer Pflege. Für das Jahr 2025 prognostiziert der Altersalmanach NÖ (Kolland et al. 2016, S. 6ff und S. 146ff) rund 108.000 Personen mit Pflegegeldbezug in Niederösterreich, der Mehrbedarf an stationären Pflegeplätzen wird mit rund 1.300 beziffert, wobei die Auswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses (ab 1.1.2018) noch nicht berücksichtigt sind. Derzeit gibt es rund 10.000 Pflegeplätze in Niederösterreich. Die Bedarfsprognose 2015-2025 nach Bezirken (Abbildung 2) zeigt außerdem deutliche Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Gebieten.

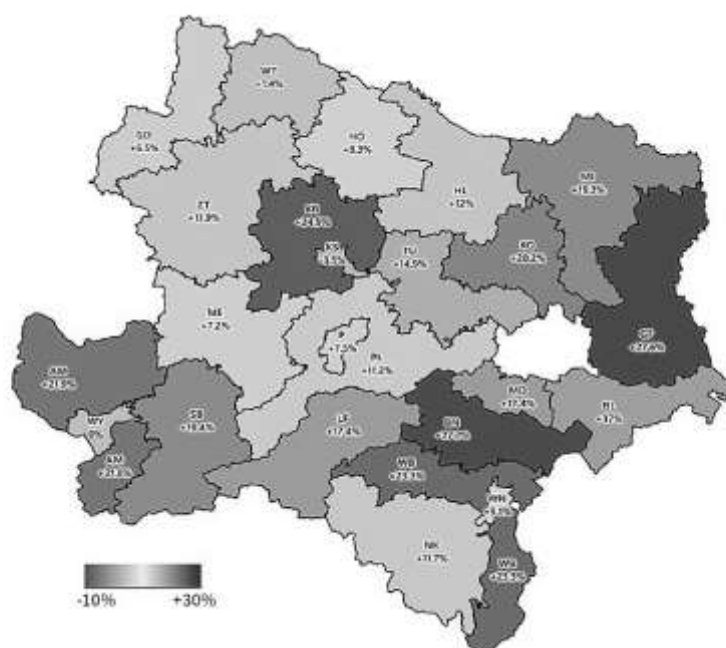


Abbildung 2: Entwicklung der stationären Pflege 2015-2025 in Niederösterreich (nach Kolland et al. 2016, S. 154)

Lebensqualität als Zielgröße in der Pflege

Der Begriff Lebensqualität „will das Wertvollste bezeichnen, das der Mensch in seinem Leben realisieren kann“ (Amann & Majce 2005, S. 212). Bezogen auf die Lebensqualität einer Gesellschaft wird von „sozialen Indikatoren“ („social indicators“) gesprochen, zu denen als beeinflussende Faktoren etwa die Wohnbedingungen, der Zustand der natürlichen Umwelt, der Grad der Demokratisierung, der Gesundheitszustand der Bevölkerung, Erholungsmöglichkeiten, das Bildungswesen und soziale Sicherheit zählen (vgl. Fuchs-Heinritz et al. 1995, S. 394). Wohnbedingungen sind hier explizit als wichtiger Teil von Lebensqualität erwähnt.

Bezogen auf das Alter, hat bereits vor 115 Jahren der Biologe Elie Metchnikoff angekündigt, dass die (wissenschaftliche) Untersuchung des Alters künftig „den Verlauf der letzten Lebensphase in großem Umfang modifizieren“ würde (Metchnikoff 1903). Damit gab er der Gerontologie nicht nur ihren Namen, sondern er skizzierte auch ihre Aufgabe. Später präziserte Lehr (1979) diese als „das Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen“ (S. 1). Die Lebenserwartung der Menschen ist seither signifikant gestiegen, mit Potenzialen wie auch Grenzen bzw. Risiken (eben das „Janusgesicht“ des Alters; P. Baltes 1989), Alter ist gekennzeichnet durch Gewinne und Verluste (vgl. P. Baltes 1999; Höpflinger 2009). Heute gilt die Gestaltung eines „guten“ und „aktiven“ Alterns oder ein „gutes Leben“ als zentrales Anliegen (vgl. Kruse & Wahl 2010; Rowe & Kahn 1997), wobei auch schon die Milderung, Verzögerung oder Verlangsamung des altersbedingten Abbaus (durch Prävention, Rehabilitation/Therapie) und der Erhalt noch vorhandener Ressourcen als „gute“ Entwicklung angesehen werden können (vgl. Wahl 2012, S. 22ff). Es geht demnach weniger um Quantität als um Qualität. Beim Umgang mit irreversiblen Verlusten oder eines nicht mehr verbesserbaren Zustandes geht es, wie in der Geriatrie und Pflege, um den „Erhalt des Status Quo für Zielgrößen wie Funktionsfähigkeit im Alltag, Lebensqualität und Autonomie“ (Holzhausen & Scheidt-Nave 2012, S. 49; vgl. auch Motel-Klingebiel 2012, S. 107). Das ist angesichts von Frailty und Demenz im Pflegesetting eine zugegebene hohe Anforderung. Wahl & Heyl (2004, S. 206) betonen dennoch: „Hauptaufgabe von Heimen ist es, den in ihnen lebenden alten Menschen trotz ihrer Erkrankungen und Kompetenzeinbußen ein Höchstmaß an Lebensqualität zu erhalten. Zu fragen ist, wie dies innerhalb der spezifischen Rahmenbedingungen von Heimen möglichst gut gelingen kann.“

Lebensqualität ist ein sehr komplexes und multidimensionales Konstrukt, das für Lebensumstände (z. B. Leben im institutionellen Bereich) und Personengruppen (Lebensqualität bei Demenz) jeweils eine andere Bedeutung haben kann. Es umfasst nach Glatzer & Zapf (1984) sowohl materielle wie auch immaterielle, objektive und subjektive, individuelle und kollektive Wohlfahrtskomponenten und betont das „Besser“ gegenüber dem „Mehr“. „Wichtige Aspekte von Lebensqualität im Alter sind Gesundheit, soziale Beziehungen, finanzielle Ressourcen und Selbstständigkeit“ (Leipold & Zank 2012, S. 633); zur Beurteilung werden sowohl die subjektive Einschätzung (z. B. der Gesundheit, subjektives Wohlbefinden) als auch objektive Faktoren herangezogen. Lebensqualität im Alter ist ein interdisziplinär und häufig beforschtes Konstrukt. „Dabei werden positive und negative, objektive und subjektive Komponenten auf der Mikro- und Makroebene diskutiert, wie beispielsweise Einstellungen und psychologische Kontrollüberzeugungen (...), ökonomische Ressourcen, soziale Beziehungen, Gesundheitsaspekte und Kompetenzen, gesellschaftspolitische Umstände oder eben auch Umweltbedingungen“ (Himmelsbach & Oswald 2010, S. 86-87). Objektive und subjektive Lebensqualität kann dabei als Voraussetzung („Input“) wie auch als Resultat („Outcome“) günstiger Lebensbedingungen verstanden werden (vgl. Motel-Klingebiel 2012, S. 103ff; Motel-Klingebiel et al. 2010).

In Bezug auf das institutionelle Wohnen sind in diesem Zusammenhang etwa die Wohnqualität (Lage, Infrastruktur, Ausstattung, Barrierefreiheit) einer Pflegeeinrichtung als objektive Faktoren und die subjektiv empfundene Sicherheit und Privatheit oder die wahrgenommene Qualität von Beziehungen (etwa das psychosoziale Klima) als Faktoren für Lebensqualität zu nennen.

Zur Frage nach den Folgen altersbedingter Ressourcenveränderungen können einige theoretische Konzepte Antworten anbieten (mehr im Theorieteil dieser Arbeit, Pkt. 3): Adaptionstheorien (z. B. Lawton 1983; Kahana 1982), Hobfolls COR-Theorie (1989) sowie P. Baltes' (1997, 1999) Annahmen zur unvollendeten Architektur der menschlichen Ontogenese. Die Adaptionsmodelle erwarten bei einem Rückgang von (personenbezogenen) internalen Ressourcen eine Reduktion der Anpassungsfähigkeit, weniger Zugriff auch auf externe (Umwelt)Ressourcen und als Folge dessen den Verlust des Wohlbefindens im Alter. Auch Hobfoll (1989) geht in seiner Stresstheorie von der Annahme aus, dass Ressourcenverluste immer mit Verlusten im Wohlbefinden korrelieren. Vor dieser Entwicklung erlangen externale (unterstützende und strukturelle) Ressourcen eine größere

Bedeutung; eine unterstützende, barrierefreie und alterssensible Umwelt wird unentbehrlich (vgl. Saup 1993; Kruse & Wahl 2010; Oswald et al. 2005). Die ökologische Gerontologie fordert hier auch die Mitverantwortung der Gesellschaft ein, womit sich der Kreis zu den Lebensqualitätsbedingungen einer, künftig vielleicht doch „altersintegrativen“ (Riley & Riley 1992), Gesellschaft schließt. Dieses Bild von Ressourcenveränderungen bzw. -verlusten im Alter und die daraus abgeleitete Notwendigkeit einer stützenden Umwelt entspricht der von P. Baltes (1997, 1999) formulierten Metatheorie zur unvollendeten Architektur des Menschen: Dieser Theorie zufolge ist der Mensch biologisch und evolutionsbedingt nicht für das (hohe) Alter ausgestattet, was dazu führt, dass der Bedarf an kompensierenden kulturellen Ressourcen über die Lebensspanne zunimmt. Diese „kulturelle Krücke“ verliert allerdings mit dem Alter an Effektivität, sodass wieder mehr externe Ressourcen notwendig werden, um eine positive Anpassung zu erzielen. Ein Bild, das sich sehr gut auch für das institutionelle Wohnen bzw. Pflegesetting verwenden lässt.

Die NÖ Pflege- und Betreuungszentren (NÖ PBZs) haben in ihrem Innovationsprojekt „Leben entfalten – Zukunft gestalten“, diesen ressourcenorientierten Grundsätzen folgend und ausgehend vom Konzept einer personenzentrierten Pflege, drei zentrale (Qualitäts-) „Outcomes“ für die Menschen, die bei ihnen leben und betreut werden und welche „BewohnerInnen“ genannt werden, formuliert (vgl. Land NÖ 2015, S. 22; Mayer et al. 2015, S. 41), nämlich:

- Pflege- und Betreuungsqualität,
- Wohnqualität und
- Lebensqualität (Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstwirksamkeit).

„Pflege- und Betreuungsqualität“ und „Wohnqualität“ werden in diesem Modell als eigenständige Qualitätsdimensionen verstanden, die Einfluss auf die „Lebensqualität“ der betreuten Menschen haben. Hinter subjektivem Wohlbefinden und (Lebens)Zufriedenheit – zwei multidimensionale (gerontologische) Konstrukte – steht unter anderem die Annahme der Wirkung von Adaptionsprozessen sowohl seitens der Personen selbst (Bewältigungsstrategien) als auch durch Effekte einer unterstützenden Umwelt (gute Person-Umwelt-Passung). Die Passung könnte wiederum zu mehr Kompetenz im Umgang mit der Umwelt und zu steigender Selbstwirksamkeit führen, die ihrerseits eine geringere Abhängigkeit und aufgabenbezogene Ängstlichkeit, eine höhere Motivation und

mehr Anstrengung zur Folge haben kann, was sich wiederum positiv auf die Lebensqualität der Person auswirkt (vgl. Mayer et al. 2015, S. 30ff; Kuźma 2011, S. 83ff). Das Modell der Lebensqualität in den NÖ PBZs könnte sich wie folgt (Abbildung 3) darstellen: Die Autorin lehnt sich dabei in den Inhalten an die Forschungsergebnisse von Mayer et al. (2015, S. 42ff) und in der Darstellung an das konzeptionelle Modell der Lebensqualität im Alter nach Motel-Klingebiel (2012, S. 104) an. In Bezug auf die Dimension „Wohnqualität“ sind Umwelteigenschaften wie Barrierefreiheit, Sicherheit und Privatheit, eine vertraut-häusliche Umgebung oder kleinräumige Umwelten in Form von Wohngruppen zu nennen. Dazu mehr unter Pkt. 2.2.4.

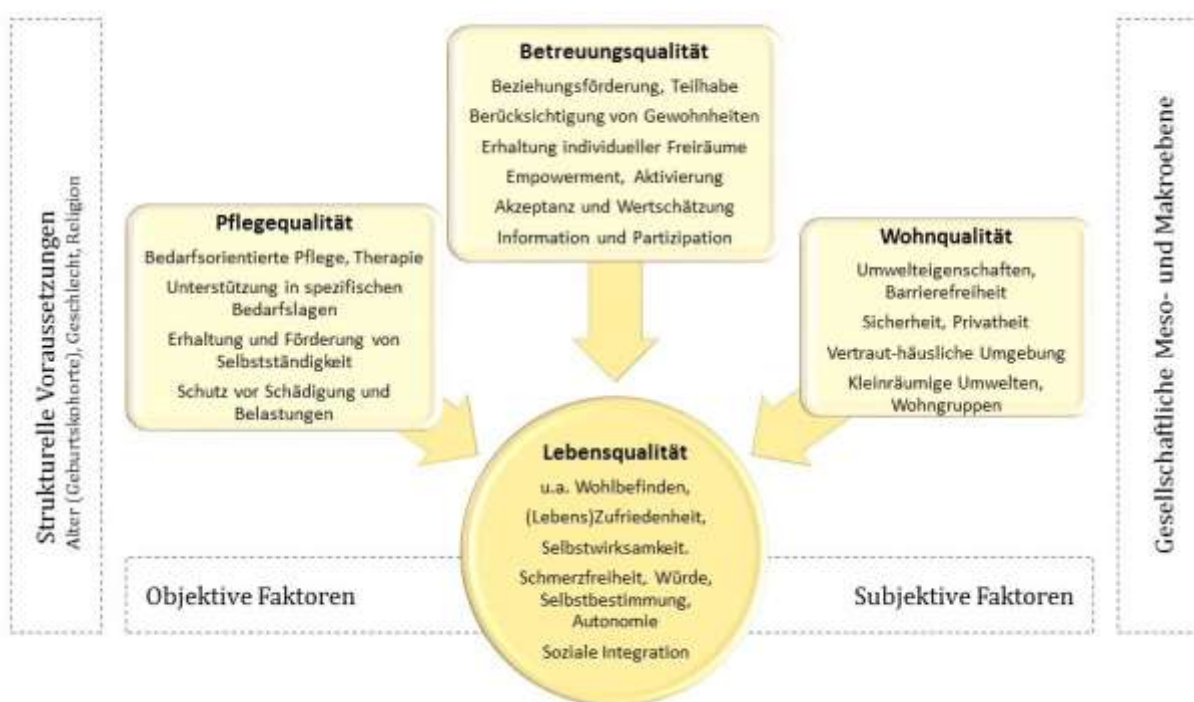


Abb. 3: Modell Lebensqualität in den NÖ PBZs (angelehnt an Motel-Klingebiel 2012, S. 104) | Eigene Darstellung

Diese Arbeit hat die Erforschung der Person-Umwelt-Passung im Bereich des Wohnens bzw. der Wohnumwelt aus der Perspektive der BewohnerInnen zum Inhalt, womit auf das folgende Kapitel „Wohnen im Alter“ übergeleitet werden kann.

*Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag.
Die Wohnung wird zum exklusiven
Handlungs-, Wahrnehmungs- und Gefühlsraum.
Saup (1993, 1999)*

2.2 WOHNEN IM ALTER

Aus dem großen interdisziplinären Forschungsfeld des Wohnens sollen in diesem Kapitel zuerst ausgewählte Begriffe rund um das „Wohnen“ und die Wohnbedürfnisse im Alter beschrieben werden, die Wohnformen im Alter werden aufgezeigt und die Spezifika des institutionellen Wohnens analysiert, denn der „Lebensort Pflegeheim“ setzt spezifische Rahmenbedingungen. Wie Wohnqualität als Teilaspekt von Lebensqualität für BewohnerInnen konzipiert ist, wird am Beispiel des Innovationsprojektes der NÖ Pflege- und Betreuungszentren veranschaulicht.

2.2.1 Begriffe rund um das Wohnen klären

Aus der Vielzahl von Definitionen und Bildern rund um das Wohnen sollen einige ausgewählt und dargestellt werden, die die Komplexität des Themas widerspiegeln. Wohnen ist ein existenzielles Grundbedürfnis des Menschen. Im Alter werden die Wohnung und die unmittelbare Wohnumgebung zu wichtigen Lebensräumen. Menschen verbinden mit Wohnen aber auch die Empfindung von „sich zu Hause fühlen“. Die Anthropologie bzw. der Philosoph Heidegger liefert die wohl umfassendste Definition von „Wohnen“, wenn er es mit „In-der-Welt-Sein“ und „Leben“ gleichsetzt: „Mensch sein heißt: als Sterblicher auf der Erde sein, heißt: Wohnen“ (Heidegger 1954, S. 141). Wohnen als „sesshaft private Existenz in behaglicher Freiheit an einem durch bauliche Vorkehrungen hierfür geeigneten und nach außen abgeschirmten Ort“ nach Bahrdt (1977, S. 46) betont die Sesshaftigkeit, einen behaglichen Ort, wo man frei und sich selbst sein kann. Angesprochen sind damit bedeutsame Kriterien wie Privatheit und Autonomie, Schutz und Sicherheit aber auch Passung (z. B. durch Barrierefreiheit), was gut auf das Pflegesetting übertragbar ist. Die Wechselwirkung zwischen privat und öffentlich bzw. Individualität und Begegnung unterstreicht auch Van Leeuwen (1984), für den Wohnen ein Ort (Habitat) ist, von dem aus der Mensch die Welt erkundet und wohin er stets wieder zurückkehrt. Auf Wohnen als Rahmen für Alltag, Handlungen und Aktivitäten, damit ökopsychologisch gesehen, zielen zwei weitere Autoren ab: Wohnen „das ist der alltägliche Geschehensablauf im räumlich-sozialen Kontext der Wohnung“ (Saup 1999, S. 45) bzw. ein „Verhaltens- und Handlungsstrom in Kontext der Wohnung

und des dazugehörigen Wohnumfeldes“ (Saup 1999, S. 46). Und: „Ich bereite eine Mahlzeit. Ich esse zu Haus. Ich lege mich auf die Polsterbank. Ich dusche mich. Ich nehme Bücher aus meinem Regal. Ich hole die Kleider aus meinem Kasten. Ich schlafe in meinem Bett allein oder mit jemandem. Es kommt mich jemand besuchen (...). Ich schaue auf die Bilder auf meinen Wänden“ ... ein schönes Bild alltäglichen Wohnens von Rosenmayr (1988).

Der Alltag jedes Menschen ist also immer in räumlich-soziale Kontexte eingebettet. Die Umwelt ist einerseits Voraussetzung für den Lebensvollzug, andererseits ist sie ein Mittel zur Alltagsgestaltung. Wohnen ist aber auch Erleben, Geborgenheit und Verwurzeltheit, Zuhause sein, dort bzw. wo hinzugehören. „Der Mensch braucht, um überhaupt leben zu können, einen (...) Bereich der Geborgenheit. Nimmt man ihm sein Haus – oder vorsichtiger: den Frieden seiner Wohnung –, so ist auch die innere Zersetzung des Menschen unausbleiblich“ (Bollnow 1963, S. 136). Wohnen ist eine Möglichkeit Privatheit zu erreichen (vgl. Flade 2008). „Das Gefühl, heimisch zu sein, wächst aus einer engen Vertrautheit mit der eigenen Wohnung heraus. In einer vertrauten Wohnung findet man sich selbst nachts bei Dunkelheit zurecht. Wo man sich zugehörig fühlt, fühlt man sich auch identisch und authentisch“, spricht Kolland (2007, S. 16) das Erleben von Vertrautheit als ein wesentliches Wohnelement an. Wohnen im psychologischen Sinne ist „eine vergleichsweise enge Beziehung des Menschen zu seiner Umwelt, eine Interaktion zwischen Mensch und Wohnumgebung, genauer: eine Transaktion von und zwischen Mensch-Umwelt-Einheiten im Zeitablauf, eine zentrale menschliche Tätigkeit, eine Rahmenbedingung für Sozialisationsleistungen, ein emotionales Verbundensein mit einem Ort“ (Oswald 2012). Mitgedacht werden in der „jüngeren“ ökologischen Gerontologie auch stets das „Drinne“ und das „Draußen“ sowie der Beitrag von Technik im Alter. „Dem ‚Drinne‘ kommt eher eine stabilisierende Funktion zu, dem ‚Draußen‘ eine eher stimulierende“ (Fooker 1999, S. 151). Beide „Verortungen“ – häusliches Glück und Genuss der schönen Natur – sind wichtig für Wohlbefinden im Alter (Fooker 1999, S. 145ff). Und altersgerechtes Wohnen kann durch moderne Technik im Haushalt oder assistive Technologien unterstützt werden. Nach Sowarka & M. Baltes (1999) können Begriffe wie „daheim sein“ oder „Zuhause“ dann Gültigkeit haben, wenn die Wohnung „eine Umweltstruktur oder Lebensnische [gewährleistet], die der alte Mensch proaktiv schafft oder reaktiv aufsucht, wenn ihr Anforderungsgehalt am ehesten zu den eigenen Ressourcen, Kompetenzen und Aktivitäten paßt“ (S. 54-55).

2.2.2 Wohnbedürfnisse im Alter

„Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag“ (Saup 1999, S. 44). Körperliche, sensorische aber auch kognitive Veränderungen im Alter (steigende Immobilität, Demenz etc.) lassen den sozial-räumlichen Aktionsradius eines alten Menschen auf den Wohnbereich „schrumpfen“, was im Besonderen auf Pflegeeinrichtungen zutrifft (Alltag ist hier Zimmeralltag; Saup 1993, S. 18). Empirische Befunde belegen, dass ältere Menschen den Großteil des Tages innerhalb der eigenen Wohnung verbringen; auch Interessen und Freizeitaktivitäten konzentrieren sich auf den innerhäuslichen Bereich oder das nahe Wohnumfeld. Wichtige Besorgungen und Einkäufe werden in der Regel am Vormittag erledigt, der Nachmittag dient auch der Erholung. Das „innerhäusliche Lebensprogramm“ (Saup 1999, S. 44) weitet sich aus, „Distanzempfindlichkeit und Nahräumlichkeit“ (Rüßler 2007) nehmen zu (vgl. Saup 1999, S. 45ff; Neugarten 1974; Berliner Altersstudie, Mayer & P. Baltes 1996; Wahl et al. 1999; Claßen et al. 2014, S. 42ff). Altersassoziierte „Störungen“ bzw. Hindernisse im „Verhaltens- und Handlungsstrom“ Wohnen (Saup 1999, S. 46) sind durch bauliche Maßnahmen (z. B. Wohnraumanpassung, Barrierefreiheit, gute Beleuchtung, größere Schrifttypen bei Hinweistafeln etc.) beeinflussbar. Dadurch können – im Sinne einer gelingenden Person-Umwelt-Passung („Person-Environment-Fit“; Lawton 1989; Kahana 1982) – Selbstständigkeit und Wohlbefinden der Person erhalten bzw. gestärkt werden. Generell nimmt mit dem Alter die emotionale Bindung an die Wohnung (nach oftmals jahrzehntelanger Wohndauer) zu; ebenso das Bedürfnis nach Sicherheit, einer selbstständigen Lebensweise, nach vertrauten Routinen – auch wenn dafür etwa bei der Hausarbeit mehr Zeit gebraucht wird – und nach Möbeln und Gegenständen, die als „Zeugen“ des eigenen Lebens wichtig für Wohnhandeln und Wohn-erleben sind (vgl. Saup 1999, S. 48ff). Der Wohnraum älterer Personen weist deutlich mehr „biographische Konturen“ (Saup 1999, S. 49) auf, vertraute Objekte können Gemütlichkeit und Behaglichkeit vermitteln, aber auch mit Selbstwirksamkeit und Umweltkontrolle einhergehen (Saup, ebd.). Laut Studien (in der Schweiz; vgl. Höpflinger 2004) hat die Gemütlichkeit der Wohnung für ältere Menschen eine hohe Priorität; Sicherheit und Selbstbestimmung sind zentrale Wohnbedürfnisse im Alter. Saup (1999) spricht deshalb davon, dass die Wohnung älterer Menschen zum „exklusiven Handlungs-, Wahrnehmungs- und Gefühlsraum“ (S. 49) wird. Die starke Verwurzelung mit Wohnung und Wohnumfeld zeigt sich nicht zuletzt in der (zumindest bei heute Hochaltrigen) geringen Wohnmobilität sowie generell im Wunsch, solange wie möglich in den eigenen vier Wänden alt und gepflegt zu werden und auch dort sterben zu können.

Die ökologische Gerontologie, die sich mit den altersspezifischen Aspekten des Wohnens beschäftigt, hat dabei stets die objektiven Wohnbedingungen und die subjektive Umweltwahrnehmung (vgl. Saup & Reichert 1999, S. 248ff) und eine systematische Analyse des „Wohnphänomens“ (Saup 1999, S. 45) im Auge. „Empirisch fokussiert sie auf eine Phänographie und Taxonomisierung des Wohnverhaltens“ (Weltzien 2004, S. 43), interventionsbezogen versucht sie, Ansatzpunkte für eine Belastungsprävention zu finden. Saup (1993) unterscheidet zum einen „Maßnahmen, die auf eine Reduktion von Umweltstressoren und auf die Erweiterung von faktischen Handlungsspielräumen im Wohnbereich zielen; zum anderen sind es Maßnahmen, die zur Erhaltung und Steigerung individueller Fähigkeiten, zur Verbesserung des Bewältigungsverhaltens sowie zu einer größeren Verfügbarkeit und intensiveren Nutzung von Ressourcen beitragen“ (S. 119). Auf Seite der Umwelt haben nach Saup (1993, S. 82ff) folgende (auch empirisch belegte) sozial-räumliche Umweltmerkmale eine hohe Priorität für ältere Menschen und erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität:

- **Erreichbarkeit und Zugänglichkeit:** Diese zentralen Umweltmerkmale entscheiden (erst) darüber, ob und inwieweit die Umwelt (z. B. bei Mobilitätseinschränkungen) genutzt werden kann. Dies ist wiederum die Voraussetzung dafür, soziale Kontakte und alltägliche Tätigkeiten (z. B. Einkaufen gehen, Freunde besuchen) aufrechtzuerhalten.
- **Sicherheit:** Die subjektiv empfundene Sicherheit etwa im Haushalt oder in der nahen Wohnumwelt hat für ältere Menschen hohe Bedeutung und wirkt sich direkt auf die Lebenszufriedenheit aus.
- **Vertrautheit:** Eine vertraute Wohnsituation kann sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken.
- **Unterstützung:** Die Umwelt soll auch unterstützen. Studien im institutionellen Setting zeigten, dass Wohnqualität auch danach beurteilt wird, ob es Hilfen zur Unterstützung der körperlichen Unabhängigkeit bzw. Mobilität gibt (vgl. Moos & Lemke 1980).
- **Anregung und Stimulierung:** Stimulierende Umweltbedingungen können sich positiv auf körperliche und kognitive Fähigkeiten (auch bei Demenz) sowie auf das individuelle Befinden auswirken (vgl. Marx 2012; Day et al. 2000).
- **Orientierung:** Die räumliche Orientierung innerhalb der Wohnumwelt ist die Voraussetzung, um räumlich-soziale Angebote und Aktivitäten auch tatsächlich zu nutzen.
- **Umweltkontrolle:** Das ist das Ausmaß der Kontrollierbarkeit von konkreten räumlich-materiellen, sozialen und organisatorischen Aspekten im eigenen Umweltbereich und die Passung mit persönlichen Bedürfnissen und Wünschen (z. B. Lebensmuster, Tagesabläufe, Rückzugsmöglichkeiten), ein entscheidendes Umweltattribut, das im institutionellen Setting zu bewahren ist (vgl. Saup 1989, S. 89ff).

Wohnumwelten können demnach bei einer guten Person-Umwelt-Passung die Lebensqualität objektiv wie subjektiv fördern (z. B. gute und ruhige Lage der Wohnung, gut fußläufig erreichbare bzw. nahe Infrastruktur; soziale Aspekte: Platz für Gäste, Nähe zu Angehörigen, gute Nachbarschaft; mehr Selbstständigkeit und Autonomie) oder aber behindern (z. B. Barrieren, Lärm; soziale Isolation etc.). Ebenso sind sie in subjektiver Weise ein wichtiger Teil von Person-Umwelt-Bindung (vgl. z. B. Rowles 1983), der eigenen Identität, von Teilhabe oder Zusammengehörigkeit. Die wichtigsten Befunde zu handlungsbezogenen Aspekten („Agency“) und zu erlebensbezogenen Prozessen („Belonging“) sind in Claßen et al. 2014 (S. 40ff bzw. S. 42ff) zusammenfassend dargestellt und sollen im Rahmen dieser Arbeit nicht näher erläutert werden. All diese Dimensionen beeinflussen schließlich die Wohnqualität. Und diese kann wiederum (im positiven Sinne) zu mehr Kompetenz im Umgang mit der Umwelt, zu steigender Selbstwirksamkeit und zu mehr Lebensqualität beitragen (vgl. Mayer et al. 2015, S. 30ff; siehe Pkt. 2.1.4).

Das Konstrukt der Wohnbedeutungen und der erlebten Nützlichkeit

Zur Umweltwahrnehmung aus der subjektiven Sicht der Person, soll an dieser Stelle auf zwei Konstrukte rund um das Wohnen eingegangen werden: Das Konstrukt der Wohnbedeutung und das der erlebten Nützlichkeit. Die Wohnbedeutung stellt nach Oswald & Wahl (2005) die Verbindung zwischen Person und Umwelt dar; dabei spielt die Wechselwirkung zwischen dem objektiven (räumlich-dinglichen und sozialen) Setting und den subjektiven Bewertungen (Ziele, Werte, Emotionen) ebenso eine Rolle wie beobachtbare und potenzielle Verhaltensweisen, die Menschen verfolgen. Oswald (1996; ebenso Oswald et al. 2000, die „ILSE“-Studie) hat dazu konzeptionell wie empirisch überprüft, fünf Gruppen von Bedeutungsinhalten postuliert:

- I. Erleben räumlich-dinglicher Aspekte des Wohnens:** Wohngebiet, Wohnlage, Wohnumfeld. Erreichbarkeit, infrastrukturelle Anbindung. Ausstattung der Wohnung (Einrichtung, Größe, Zuschnitt der Wohnung, Aspekte äußerer Sicherheit).
- II. Erleben verhaltensbezogener Aspekte des Wohnens:** Beschäftigung in der Wohnung und z. B. Tätigkeiten im Garten. Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne von Nutzung und Veränderung (Wohnung aktiv gestalten, sich zu eigen machen, Möbel umstellen).
- III. Erleben kognitiver Aspekte des Wohnens:** Wohnbezogene Autonomie. Gewöhnung, Beibehaltung, Routine. Erinnerung, Verinnerlichung und Planung. Wohnen als zur Materie gewordene Identität, was viel mit der Biografie der Person zu tun hat.

- IV. **Erleben emotionaler Aspekte des Wohnens:** Schutz, Geborgenheit, Privatheit. Gemütlichkeit, Bequemlichkeit, Zufriedenheit und Rückzug. Anregung, Genuss, Stimulation (Licht, Ausblick) aber auch Missempfinden.
- V. **Erleben sozialer Aspekte des Wohnens:** Zusammenleben mit anderen (im Haushalt etc). Besuche und Kontakte (Gastfreundschaft, Nachbarschaft, Hausgemeinschaft).

Interessant ist auch das Konstrukt der erlebten Nützlichkeit. Eine Studie über Umweltaspekte und Gesundheit bei Hochbetagten aus fünf europäischen Ländern hat ergeben, dass Personen, die ihr Zuhause als nützlich und bedeutsam erleben, in gut zugänglichen Wohnungen leben und nicht glauben, dass wichtige Andere für ihre Wohnsituation verantwortlich sind, in Folge selbstständiger sind, ein höheres subjektives Wohlbefinden und weniger depressive Symptome aufweisen (Oswald et al. 2005, die „ENABLE-AGE“-Studie).

Neben räumlich-materiellen und räumlich-immateriellen Aspekten werden in der ökologischen Gerontologie immer auch soziale Aspekte miteinbezogen. So ist beispielsweise aus der sozialen Netzwerkforschung belegt, dass die weitaus meisten älteren Menschen (neben der Familie, die zunehmend wichtiger wird und stabil bleibt) in soziale Netzwerke eingebunden sind (vgl. Tesch-Römer 2010, S. 190ff; Höpflinger 2011). Im sozial-räumlich kommunalen Kontext wird in diesem Zusammenhang vielfach von „einbindenden Kulturen“ bzw. „haltenden Umgebungen“ (vgl. Heuwinkel & Borchers 1999, S. 141; Kegan 1986) gesprochen, wie sie etwa in guten nachbarschaftlichen Gemeinschaften zu finden sind. Diese Perspektive erachtet die Autorin auch für das Pflegesetting als interessant, einerseits in Bezug auf die Binnenstruktur des gemeinschaftlichen Wohnens und andererseits in Bezug auf soziale Teilhabe bzw. soziale Integration in die Gemeinde (und hier wiederum im Sinne eines „Caring Community“-Ansatzes, vgl. Klie 2017).

2.2.3 Wohnformen im Alter und institutionelles Wohnen

Vollständigkeitshalber soll darauf hingewiesen werden, dass der Großteil der älteren Menschen auch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit im eigenen Haushalt wohnen bleibt und dort betreut wird, wie es ihrem Wunsch entspricht. Neben der traditionellen Dichotomie Altern „daheim“ oder „im Heim“, haben sich in den letzten Jahrzehnten neue, alternative Wohnformen im Alter etabliert. In Österreich werden barrierefrei gestaltete Wohnräume mit speziellen Dienstleistungen für ältere Menschen beispielsweise unter den Bezeichnungen Betreutes oder Betreubares Wohnen, Wohnen

mit Concierge, Mehrgenerationenwohnen, Service Wohnen, Seniorenwohnparks, Senioren-WGs oder Wohngemeinschaften für Demenzzranke, ambulant-betreute Wohngruppen (ähnlich wie in der Behindertenhilfe) oder in innovativen Quartierskonzepten angeboten (vgl. Michel et al. 2012; Amann 2013; Rischaneck 2008). Pensionisten-, Alten- und Pflegeheime (neuerdings auch Pflege-Wohnhäuser oder Pflegezentren genannt) zählen zu den institutionalisierten Wohnformen für ältere Menschen. Die NÖ Pflege- und Betreuungszentren sind „Pflegeheime“ mit dem Charakter einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung für Personen mit hohem Pflegebedarf (gemäß § 2 NÖ Pflegeheim-Verordnung 2009). Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung wird möglichst lange hinausgeschoben und findet immer später statt; er wird vielfach „als Eingeständnis des Alters und als echter Beweis für den Beginn des letzten Lebensabschnittes gesehen“ (Rischaneck 2008, S. 77). Noch mehr aber manifestieren sich in der Wohnpräferenz „Privates Wohnen“ veränderte „hedonistische Lebensvorstellungen“ (vgl. Kremer-Preiß 2012, S. 559) der jüngeren Senioren-Generationen.

Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung stellt einen Bruch im Lebenslauf dar (vgl. Saup 1993) und kann für Betroffene zum „kritischen Lebensereignis“ (vgl. Filipp & Aymanns 2010) werden, wenn die Individualität, die Autonomie und das Selbstbild bedroht sind. Insbesondere ein unfreiwilliger Umzug kann bei hoher Vulnerabilität zu Funktionseinbußen, geringer Lebenszufriedenheit, niedrigem Wohlbefinden und erhöhter Mortalität führen, auch wenn er im Vergleich zu früheren Studien nach heutiger Befundlage kein traumatisches Ereignis („Relokationstrauma“) mehr ist (vgl. Claßen et al. 2014, S. 54; Oswald 2017). Nach Filipp (1981) stellt ein kritisches Lebensereignis „einen Eingriff in ein aktuelles Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt dar, indem die ‚interne Kongruenz‘ in Ungleichgewicht gerät“ (Backes & Clemens 2013, S. 178). Zu meist schwerwiegender Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von der Hilfe anderer, dem Verlust bisher vertrauter Lebensumwelten, der Reglementierung des Alltags etc., kommt noch der verkürzte Zeithorizont (die letzte Lebensphase) hinzu. Dies kann zu schmerzhaften Erfahrungen führen, wenn Menschen „nicht mehr das tun können, worüber in der Vergangenheit die eigene Identität definiert wurde“ (Winter 2008, S. 18). Es gilt mit Schamgefühl umzugehen, gewohnte Tagesabläufe anzupassen und „entsprechende Arrangements auszuhandeln“ (Winter 2008, S. 17). Auf der anderen Seite ergeben sich auch neue Möglichkeiten durch den gemeinschaftlichen Charakter des Wohnens, das Zusammenleben bzw. neue Kontakte zu anderen BewohnerInnen und Personal (vgl. Höpflinger & Stuckelberger 1999, S. 173). Probleme des institutionellen Wohnens rekurren

aus dem „Doppelcharakter von institutionellen Milieus als Wohnort und Betrieb“ (Schnieder 1991, zitiert in Radzey 2009). Heime sind Mischgebilde, teils Wohngemeinschaften, teils formale Organisationen (vgl. Goffman 1961) und individuelle Bedürfnisse nach Privatheit, Kontrolle und Selbstbestimmung konkurrieren mit institutioneller Fürsorge, Schutz und Pflege. Wohnqualität im stationären Bereich zu etablieren, führt „zu hohen Anforderungen an die Pflege und die Heimorganisation insgesamt“ (Wahl & Heyl 2004, S. 206). Leben und Wohnen im Pflegeheim ist „ein traditionelles und vielschichtiges Thema der Altersforschung“ (Claßen et al. 2014, S. 55), das aber „auch qualitativ und lebenswert sein kann“ (ebd.). Als Probleme des „Wohnens“ im Heim wurden und werden in der Literatur wie in der Praxis zum Beispiel diskutiert (vgl. Saup 1989, 1993; Koch-Straube 1997; Claßen et al. 2014, S. 54ff; Oswald 2017): Wohnen im Mehrbettzimmer, Enge im Einzelzimmer, standardisierte Möblierung, privatheitsverletzendes Verhalten durch das Personal, reduzierte Verfügbarkeit über Schlüssel, zu wenig Rückzugsmöglichkeit (auch für ungestörten Besuch), durch Raumstruktur begünstigte soziale Isolation, starre Tagesstrukturen oder ein zu pauschales Pflegeverhalten („overcare“). Teilweise sind Pflegeeinrichtungen „in ihrer Wohnweise auf die funktionale Bedeutung des Wohnens reduziert, nämlich Essen, Schlafen und physischer Schutz“ (Kolland 2007, S. 17), was zu sozialem Rückzug führen kann (vgl. Koch-Straube 2005). Als Kriterien einer wohnlichen Heimumwelt gelten hingegen etwa das (freie und kontrollierte) Verfügen über das eigene Zimmer, ausreichend Raum und räumliche Wahlmöglichkeiten, Personalisierung und Wohnlichkeit, kleinräumigeres Wohnen und der Bezug nach Draußen (vgl. Radzey 2009; Marx 2012). Forschungsergebnisse zu Einzel- versus Doppelzimmer haben im Wesentlichen ergeben, dass jeweils der Grad der Selbstbestimmung und Wahlfreiheit entscheidend ist (vgl. Lang et al. 2008). Außerdem können vielfältige Raumstrukturen zu mehr sozialer Interaktion führen (vgl. Projekt DICE, Barnes et al. 2004; Zeisel et al. 2003). Die Reduktion von Umweltreizen (z. B. Lärm) kann dazu führen, dass Verhalten wie Wandern, Unruhe oder Aggressivität bei demenzkranken Personen reduziert werden (vgl. Aman & Thomas 2009). Nach Studien von Cohn & Sugar (1991) hat sich eine förderliche sozio-emotionale Umwelt als wesentliche Determinante für Lebensqualität im Pflegesetting erwiesen, um einige Ergebnisse zum aktuellen Forschungsstand aufzuzeigen. In den letzten Jahrzehnten hat sich auch bei der baulichen Gestaltung von Alten- und Pflegeheimen ein Wandel vollzogen, „der mit einem Qualitätsgewinn insbesondere auch für Bewohner mit Demenz einhergeht“ (Marx 2012, S. 562). Siehe nachfolgend auch Pkt. 2.2.4. Bauliche Infrastrukturen sind heute so auszulegen, dass vorhandene Ressourcen

sowie Autonomie und Selbstständigkeit der BewohnerInnen unterstützt werden. „Das Heim und die Mitarbeitenden haben einen therapeutischen Auftrag: Die Förderung oder zumindest der Erhalt der verbleibenden Autonomie. Dazu gehören nebst Physiotherapie und einer autonomiefördernden Pflege auch architektonische Elemente [...]. Die Architektur hat [...] die Aufgabe, die Interessen der älteren Menschen kompromisslos zu unterstützen (Bohn 2012, S. 9). Die zunehmend ressourcenorientierte Pflege und Betreuung alter Menschen, die man als Paradigmenwechsel vom Defizit- zum Kompetenzmodell verstehen kann, und die geänderten Bedarfslagen zukünftiger HeimbewohnerInnen müssen sich auch in neuen Infrastrukturen abbilden. In Bezug auf die Situation in Niederösterreich betonen Kolland et al. (2016): In der stationären Pflege wird „ein fundamentaler Umbau von einer ‚Krankenhaus‘-Kultur hin zu einer Wohnkultur und zu einer Personenzentrierung vorgenommen“ (S. 12). „Modernes Wohnen ist gekennzeichnet durch die Trennung von Öffentlichkeit und Privatheit und der damit einhergehenden Emotionalisierung des Wohnens“ (Kolland 2007, S. 17). Übertragen auf Pflegeeinrichtungen geht es demnach sowohl um Privatheit als auch um Öffentlichkeit, um prothetische wie erlaubende Umwelten (im Sinne des „Complementary-Congruence Models“ von Carp & Carp 1984; siehe Pkt. 3.2.4) und um den gemeinschaftlichen Charakter von Wohnen (vgl. Höpflinger & Stuckelberger 1999).

2.2.4 Neue Ansätze für Wohnqualität am Beispiel des Innovationsprojektes in NÖ Pflege- und Betreuungszentren

Die mögliche Fragestellung, ob Menschen in einem Pflegeheim nur einen Platz belegen, versorgt werden oder auch „Wohnen“ haben die NÖ Pflege- und Betreuungszentren, welche im weiteren Sinne das Forschungsfeld dieser Arbeit abbilden, explizit in Richtung des Wohnens beantwortet. Das Land Niederösterreich betreibt aufgrund der Bestimmungen des § 44 NÖ Sozialhilfegesetzes als Träger von Privatrechten 48 NÖ Pflege- und Betreuungszentren (zuvor: Landespflegeheime). Seit dem Jahr 2016 verfolgt man ein Konzept einer personenzentrierten Pflege und Betreuung auf der Basis von sechs neuen Pflege-Grundprinzipien, die in einem partizipativen Forschungsprozess (Aktionsforschung) im Zeitraum 2014-2015 entwickelt wurden und bis 2020 in allen Häusern implementiert werden sollen (vgl. Land NÖ 2015; Mayer et al. 2015). Das konkrete bzw. engere Forschungsfeld dieser Arbeit, nämlich das „Haus A“ und das „Haus H“ (siehe später Pkt. 5.1.2) arbeiten seit Anfang 2016 mit diesen Grundprinzipien. Das Konzept zielt auf eine Verbesserung

der Pflege-, Wohn- und Lebensqualität der BewohnerInnen, auch bei fortgeschrittener Demenz, ab. In Bezug auf diese Arbeit bzw. das „Wohnen“ sind zwei Neuerungen von Relevanz:

- Das Grundprinzip „Eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden“
- Ein neues Architekturkonzept – Das „4-Sphären-Prinzip“ des Landes NÖ.

Das Grundprinzip in Bezug auf das Wohnen lautet: „Eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden“ (Land NÖ 2015) und ist folgendermaßen definiert: „Unter Wohnqualität sind dabei bestimmte Merkmale und Eigenschaften des Pflegeheimes zu verstehen wie Lage, Ausstattung oder Komfort. Gerade ältere Menschen mit Demenz haben kognitive, körperliche und sensorische Einschränkungen, sodass die physische Umgebung unterstützend bzw. hinderlich sein kann für ein erfüllendes Leben“ (S. 24-25). Und: „Die Umgebung soll ein Wohnen und Leben mit Atmosphäre schaffen bzw. in Gemeinschaft und Privatheit ermöglichen“ (S. 25). Explizit angesprochen werden in dieser Definition wesentliche Merkmale einer prothetischen Umwelt, ebenso die Achtung der Privatsphäre (z. B. räumliche Rückzugsmöglichkeit). „Gemeinschaft“ soll durch eine Wohngruppenstruktur (räumlich und organisatorisch) gestützt werden und eine „vertraut-häusliche“ Atmosphäre schaffen. „Die Wohngruppen werden als kleinstrukturierte, zielgruppenorientierte Raumorganisationen konzipiert. Dabei stehen die Wahrung der Selbstbestimmung, der Erhalt der Wohn- und Lebensqualität sowie ein bedarfsgerechter Rahmen für Sicherheit und Orientierung im Mittelpunkt der Alltagsnormalität“ (ebd., S. 65). Das Wort „vorfinden“ impliziert, dass diese Rahmenbedingungen seitens der Einrichtung (= Umwelt) bereitzustellen sind. Die subjektive Sichtweise der BewohnerInnen wurde in diesem Prozess bislang nur unzureichend berücksichtigt. Dieser Umstand war mit ein Anstoß für die vorliegende Arbeit.

Eine bauliche bzw. architektonische Umsetzung soll das vom Land NÖ entwickelte „4-Sphären-Prinzip“ bringen. Das institutionelle Wohnen hat sich im Laufe der Zeit auch in der Architektur der Häuser sehr stark gewandelt, die Übergänge zwischen den verschiedenen „Pflegeheim-Generationen“ waren fließend: Vom „Anstaltstyp“ (bis Anfang der 1960er Jahre) über das „Altenkrankenhaus“ (1960-1970er Jahre) und das „Altenwohn- und Pflegeheim“ (1980-1990er Jahre), erstmals mit der Bezeichnung „BewohnerInnen“, bis hin zur „Wohn- und Hausgemeinschaft“ (ab 2000) mit dem Leitbild familienähnlicher Gruppen und Alltagsnormalität, zur heute fünften Generation der „Quartiershäuser“ (seit ca. 2011) mit den drei Prinzipien „Leben in Privatheit“,

„Leben in Gemeinschaft“ und „Leben in der Öffentlichkeit“ (vgl. Michell-Auli & Sowinski 2012; Übersicht im Anhang). Diese drei Prinzipien bezeichnen Michell-Auli & Sowinski (2012) auch als „Lebenssettings“ und sie können unabhängig von der konkreten Wohnform (zu Hause genauso wie im Heim) gelten. Neue kleinräumigere Wohnformen orientieren sich meist am Normalitäts- oder Alltagsprinzip, der Tagesablauf wird durch eine Präsenzkraft gestaltet, und sie sind durch eine Zurücknahme der Pflegedominanz charakterisiert (vgl. Winter et al. 2000, S. 12). Nach Oswald (2017) gibt es zu diesen Wohn- und Betreuungsformen „kaum empirische Evidenz“.

Im „4-Sphären-Modell“ des Landes NÖ wurden die drei genannten Prinzipien – Leben in Privatheit (das private Bewohnerzimmer), Leben in Gemeinschaft (die Wohngruppe) und Leben in der Öffentlichkeit (Kaffeehaus, Friseur, Veranstaltungsräume etc.) – um das Prinzip „Leben in der Halböffentlichkeit“ erweitert. Diese Perspektive soll den BewohnerInnen einen zusätzlichen Aktionsraum im unmittelbaren Umfeld der Wohngruppe bieten (Land NÖ 2015, S. 55ff). Somit geht es in diesem Konzept um mehr räumliche Vielfalt und Auswahl und um bessere (auch soziale) Gelegenheitsstrukturen. Abbildung 4 zeigt das „4-Sphären-Prinzip“ im Überblick:



Abbildung 4: Architekturmodell „4-Sphären-Prinzip“ des Landes NÖ (nach A. Wörndl; Land NÖ 2015, S. 57)
I Erweiterte eigene Darstellung

Abschließend sollen zentrale Inhalte des Kapitels „Wohnen im Alter“ (Pkt. 2.2) gesamthaft in einer tabellarischen Übersicht (Abbildung 5) zusammengefasst werden, um Wohnen im institutionellen Kontext besser verstehen zu können und um an die Forschungsfragen heranzuführen.

Was ist Wohnen?
Mensch sein heißt: als Sterblicher auf der Erde sein, heißt: Wohnen (Heidegger 1954)
Wohnen ist die „sesshaft private Existenz in behaglicher Freiheit an einem durch bauliche Vorkehrungen hierfür geeigneten und nach außen abgeschirmten Ort“ (Bahrdt 1977)
Der alltägliche Geschehensablauf im räumlich-sozialen Kontext der Wohnung (Saup 1999)
Der Mensch braucht, um überhaupt leben zu können, einen Bereich der Geborgenheit (Bollnow 1963)
Wohnen ist eine Möglichkeit Privatheit zu erreichen (Flade 2008)
Das Gefühl heimisch zu sein, wächst aus enger Vertrautheit mit der Wohnung heraus (Kolland 2007)
Häusliches Glück und Genuss der schönen Natur sind wichtig für Wohlbefinden (Fooker 1999)
Wohnen und Wohnbedürfnisse im Alter
„Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag“ (Saup 1993)
Die Wohnung wird zum „exklusiven Handlungs-, Wahrnehmungs- und Gefühlsraum“ (Saup 1999)
Distanzempfindlichkeit und Nahräumlichkeit nehmen zu (Rüßler 2007)
Der Wohnraum älterer Personen weist deutlich mehr „biographische Konturen“ auf (Saup 1999)
Starke Verwurzelung mit Wohnung und Wohnumfeld – durch lange Wohndauer (z. B. Rowles 1983)
Sicherheit, Selbstbestimmung und Gemütlichkeit sind zentrale Bedürfnisse (Saup 1999; Höpflinger 2004)
Gute Person-Umwelt-Passung fördert Wohlbefinden und Lebensqualität (Kahana 1982; Lawton 1991)
Spezifika & Problemstellungen im institutionellen Wohnen
Doppelcharakter von institutionellen Milieus als Wohnort und Betrieb (Schnieder 1991)
Heime sind Mischgebilde, teils Wohngemeinschaften, teils formale Organisationen (Goffman 1961)
Es gilt mit Schamgefühl umzugehen, gewohnte Tagesabläufe anzupassen und „entsprechende Arrangements auszuhandeln“ (Winter 2008)
Heime sind teilweise „in ihrer Wohnweise auf die funktionale Bedeutung des Wohnens reduziert, nämlich Essen, Schlafen und physischer Schutz“ (Kolland 2007)
Anforderungen an moderne Pflegeeinrichtungen
Kriterien für eine wohnliche Heimumwelt sind z. B. Verfügen/Kontrolle über eigenes Zimmer, räumliche Wahlmöglichkeiten (Gelegenheitsstrukturen), Personalisierung und Wohnlichkeit, kleinräumigeres Wohnen, Reduktion von Umweltreizen, förderliche sozio-emotionale Umwelt, Bezug nach Draußen (Radzey 2009; Lang et al. 2008; Zeisel et al. 2003; Cohn & Sugar 1991; Marx 2012)
Leben in Privatheit, in Gemeinschaft und in der Öffentlichkeit (Michell-Auli & Sowinski 2012)
Bauliche Infrastrukturen sollen Ressourcen, Autonomie, Selbstständigkeit unterstützen (Bohn 2012)
Zielsetzungen im Wohnkonzept des Landes NÖ (2015)
BewohnerInnen sollen eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden
Wohnen und Leben mit Atmosphäre bzw. in Gemeinschaft und Privatheit, die Wahrung der Selbstbestimmung der BewohnerInnen, ein bedarfsgerechter Rahmen für Sicherheit und Orientierung

Abbildung 5: Dimensionen des Wohnens und Anforderungen an das Wohnen

*Theorien unterstützen nicht nur Beschreibungen
empirischer Phänomene, sondern erklären soziale Tatbestände.
Theorien können zu Prognosen und Interventionen führen.*
Bengtson & Schaie (1999)

3. THEORIEN ZU PERSON-UMWELT-BEZIEHUNGEN

In diesem Kapitel werden Alters- und Adaptionstheorien sowie Theorien zur Person-Umwelt-Beziehung vorgestellt und in Bezug auf das Wohnen bzw. das Pflegesetting diskutiert, die für die Auswertung der empirischen Ergebnisse dieser Arbeit als sinnvoll erscheinen. Im Sinne einer erforderlichen „theoretischen Breite“ und Perspektiven-Triangulation werden sowohl personenbezogene Theorien mit dem Schwerpunkt Adaptionsprozesse im Alter, als auch solche betrachtet, die sich mit der Wechselwirkung von Umweltangeboten („Wohnen“) und Personen-Kompetenzen befassen. Dabei wird jede Theorie soweit dargestellt, dass ihre wesentlichen Aussagen nachvollziehbar und anwendbar sind.

3.1 ADAPTIONS- UND ALTERSTHEORIEN

Nachdem die Gerontologie lange Zeit von einem stark defizitorientierten Altersbild geprägt war, ist es heute vorherrschende Meinung, dass das Altern ein lebenslanger individueller (Adaptions-) Prozess ist, der auch von der den Menschen tangierenden Umwelt bestimmt ist (z. B. Wahl & Heyl 2004; Claßen et al. 2014, S. 29). Diesen Perspektivenwechsel bezeichnen Levenson & Aldwin (1994) als bedeutendste Entwicklung der Alternsforschung überhaupt:

„The biggest development in gerontology, or aging research, has been the recognition that the aging process is not simply senescence – most people over the age of 65 are not senile, bedridden, isolated, or suicidal“ (Levenson & Aldwin 1994, S. 47).

In Bezug auf den Umgang mit den Folgen des Älterwerdens meinen Lehr & Thomae (1991), dass sich „alle Alterstheorien in direkter oder indirekter Form auf Belastungen unterschiedlicher Art (...) beziehen. Allerdings wird dabei auch auf die Kompetenz älterer Menschen im Umgang mit solchen Belastungen verwiesen“ (S. 122). Zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit existieren nur wenige Studien, wie Heusinger et al. (2015, S. 11ff) anmerken; es finden sich jedoch in der Psychologie und Gerontologie einige theoretische Ansatzpunkte, die individuelle Reaktionen und Strategien von älteren Menschen im Umgang mit Belastungen, wie sie Pflegebedürftigkeit oder

der Umzug in eine Pflegeeinrichtung darstellen, zu erklären versuchen. Sie sollen nachfolgend in ihren zentralen Aussagen dargestellt werden.

3.1.1 Die Theorie der kognitiven Umstrukturierung von Thomae

Die kognitive Theorie des Alterns nach Thomae (1971) ist ein (sozial)psychologischer Ansatz, das Problem der Anpassung an altersassoziierte Veränderungen bzw. deren Bewältigung zu verstehen. Sie stellt die subjektive Sichtweise des Erlebens und Wahrnehmens in den Vordergrund und kann vor allem das Alterserleben beschreiben und erklären (vgl. Backes & Clemens 2013, S. 179). Die drei zentralen Kernpostulate dieses Ansatzes sind, dass Erstens nicht primär die objektive Situation, sondern die subjektive Wahrnehmung durch die Person das Erleben und Handeln bestimmt. Dabei spielen Zweitens Motive und Erwartungen eine entscheidende Rolle. Und Drittens gelingt Anpassung dann, wenn die kognitiven und motivationalen Systeme des Menschen im Gleichgewicht sind, was für ältere Menschen allerdings häufig „kognitive Umstrukturierungsprozesse“ braucht, das heißt eine Anpassung ihrer Ziele, Pläne, Erwartungen etc. an geänderte objektive Gegebenheiten. Die Prozessaspekte Erleben („Belonging“) und Verhalten („Agency“) finden sich auch in Modellen der ökologischen Gerontologie (z. B. im Rahmenmodell des Person-Umwelt-Austauschs von Wahl & Oswald 2010). Mit kognitiven Theorien wie der von Thomae (1971) lassen sich oft im Alter beobachtete „Zufriedenheitsparadoxien“ (z. B. „Wohnzufriedenheitsparadoxon“, hohe Stabilität des subjektiven Wohlbefindens und Gesundheitsempfindens) und die hohe Resilienz im Alter (vgl. „Resilienz-Modell“ von Staudinger 1996, 2000) erklären: Trotz objektiv schlechter oder verschlechterter Lebens- und Wohnsituation älterer Menschen hat dies keinen Einfluss auf deren subjektives Wohlbefinden. Speziell im hohen Alter werden subjektive Bewertungen wichtiger als objektive Messgrößen (vgl. Höpflinger 2009; Pkt. 2.1.2).

3.1.2 Das „Zwei-Prozess-Modell“ von Brandtstädter & Renner

Auch Brandtstädter & Renner (1990) gehen davon aus, dass jede Bewältigung das Ziel verfolgt, Ist-Soll-Diskrepanzen zu verringern bzw. zu schließen und dass es dazu – ähnlich wie bei Thomae (1971) – kognitiver Umstrukturierung braucht. Sie unterscheiden in ihrem „Zwei-Prozess-Modell“ zwischen assimilativen und akkommodativen Bewältigungsstrategien. Assimilatives Vorgehen (= Zielverfolgung) hält an Zielen, Standards und Erwartungen fest, auch wenn dafür zusätzliche Ressourcen aufgewendet werden müssen. „Die Bewältigungsversuche sind in der Regel

absichtlich, sodass von einer intentionalen Selbstentwicklung gesprochen werden kann“ (Leipold & Greve 2012, S. 91). Bei akkommodativen Prozessen (= Zieladaption) hingegen werden ursprüngliche Ziele, Standards und Erwartungen aufgegeben bzw. an das Machbare angepasst. Nach Brandtstädter (2007, S. 416) können akkommodative Strategien „die Ablösung von blockierten Zielen und Lebenspfaden unterstützen“ und werden immer dann aktiviert, wenn der assimilative Modus nicht mehr zum gewünschten Ergebnis führt – und umgekehrt. Das Zusammenspiel von Assimilation und Akkommodation dient dem Erhalt der subjektiven Lebensqualität und eines positiven Selbstkonzepts (vgl. Heusinger et al. 2015, S. 12; Leipold & Greve 2012). So könnte zum Beispiel der Wunsch einer HeimbewohnerIn weiterhin modisch gekleidet oder selbstständig mobil unterwegs zu sein, durch leicht selbst zu handhabbare Kleidung oder Gehhilfen akkommodativ angepasst oder aber assimilativ durch mehr – aber: externale – Unterstützung beibehalten werden. Empirische Befunde bestätigen, dass sich im Laufe des Lebens und vor allem im Alter und im Pflegesetting der Schwerpunkt von assimilativen auf akkommodative Prozesse verlagert (vgl. Brandtstädter 2007; Heusinger et al. 2015, S. 79). Das heißt, mit fortschreitendem Alter versuchen Menschen zunehmend innere Werte und Ziele an äußere Gegebenheiten (z. B. Umweltressourcen) anzupassen, um ein Maximum an Situationskontrolle zu erhalten.

3.1.3 Das Konzept internaler und externaler Kontrollüberzeugung nach Rotter

Interessant für eine Analyse von Bewältigungsstrategien von Menschen im Kontext institutioneller Pflege ist auch das motivationspsychologische „Konzept der internalen und externalen Kontrollüberzeugung“ (Rotter 1966; Zimbardo & Gerrig 1999; auch Heckhausen & Schulz 1995). Danach entwickeln Menschen zur Problembewältigung entweder mehr „internale“ Kontrollüberzeugungen, das heißt sie schreiben den Erfolg ihrer Bemühungen sich selbst und ihrem Handeln zu, oder sie haben eher „externale“ Kontrollüberzeugungen und suchen die Verantwortung für das Ergebnis hauptsächlich bei externen, von ihnen nicht beeinflussbaren Faktoren. Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung wurde im Rahmen der sozialen Lerntheorie (SLT) von Rotter (1966) eingeführt; Rotter und Zimbardo & Gerrig (1999) unterscheiden zwischen interner versus externer „Locus of Control“-Orientierung. Es hat auch Eingang in die Domäne Wohnen gefunden (vgl. Wahl et al. 1999, S. 20). Exemplarisch sei hier das Modell zur Erhaltung bzw. Herstellung von Wohnnormalität („Residential Normalcy“) von Golant (2011) genannt, wonach Menschen etwa nach einem Umzug darum bemüht sind, erneut Wohnnormalität herzustellen, und zwar mittels

assimilativer oder akkommodativer Strategien, indem entweder die Wohnumwelt oder die eigene Haltung angepasst wird. Internale Kontrollüberzeugungen sind in der Regel mit dem Empfinden von eigener Kontrolle über Ereignisse und die Umwelt verbunden, externale Kontrollüberzeugung mit Gefühlen der Machtlosigkeit, Ohnmacht und Fremdbestimmung. Wenn etwa eine HeimbewohnerIn darauf besteht, wie früher im Bett bzw. im Zimmer zu frühstücken und das auch durchsetzt, zeugt dies von internaler Kontrollüberzeugung (vgl. Heusinger et al. 2015, S. 13).

3.1.4 Das Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) von Baltes & Baltes

Das von Baltes & Baltes (1990) entwickelte „Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation“ (SOK/SOC) gilt als prototypische Strategie des erfolgreichen Alterns und umschreibt einen generellen Adaptionsprozess über die Lebensspanne. Baltes & Baltes (1990) gehen davon aus, dass SOK-Prozesse mit dem Alter an Bedeutung gewinnen und dazu beitragen können, dass Menschen altersspezifische Veränderungen und Defizite in ihrem Alltag positiv bewältigen bzw. Verluste ausgleichen können. So könnte der Erhalt oder die Verbesserung (= Optimierung) der Gehfähigkeit einer älteren Person bedeuten, dass sie dafür viel Zeit und Kraft aufwendet oder alternativ eine Gehhilfe benützt (= Kompensation), auch wenn Zeit und Energie dann möglicherweise für anderes nicht mehr zur Verfügung stehen (= Selektion). Ein Beispiel für eine gelungene SOK-Strategie sind die sogenannten „Kontroll- oder Lebenszentren“, insbesondere die „Lieblingsplätze“, wie sie in privaten Wohnungen aber auch im institutionellen Wohnen (hier vornehmlich im bzw. das eigene/n Zimmer) zu finden sind (nach Lawton 1989; vgl. auch Claßen et al. 2014, S. 30). Der Theorie folgend findet dabei eine „räumliche Verdichtung von Kontrolle“ (= Selektion) statt, die ganze Räume, Raumausschnitte oder nur einzelne Plätze umfassen kann. An diesen Plätzen sammeln sich alle wichtigen und angenehmen Dinge, die den Alltag erleichtern (= Optimierung; z. B. Lesebrille, Medikamente, Nahrungsmittel, Telefon etc.). Sind dort auch noch Fernbedienung, Gehhilfe oder medizintechnische Hilfsmittel wie Telecare oder Assistive Technologien griffbereit zur Stelle (= Kompensation), erhöht dies die Umweltkontrolle und das subjektive Wohlbefinden der Menschen (vgl. Claßen, ebd.). Viele Prozesse des Wohnhandelns lassen demnach Elemente der Selektion, Optimierung und Kompensation erkennen.

3.1.5 Disengagement-Theorie, Aktivitätstheorie und Kontinuitätsthese

Die Disengagement-Theorie von Cumming & Henry (1961), die Aktivitätstheorie von Havighurst (1968) und Tobin & Neugarten (1968) und die Kontinuitätsthese von Atchley (1989) zählen zu den zeitlich frühen, „klassischen“ gerontologischen Ansätzen, die ursprünglich soziologisch begründete Konzepte waren. „Sie gehen von Grundannahmen über das Wechselverhältnis von Alter bzw. älteren und alten Menschen und Gesellschaft aus, die auf strukturfunktionalistischen Gleichgewichtsvorstellungen beruhen“ (Backes & Clemens 2013, S. 127). Alle drei Ansätze orientieren sich an der Frage nach einem „erfolgreichen“ Altern im Sinne von (Lebens) Zufriedenheit und sozialer Integration. Bezugspunkte sind einerseits die Ausgliederung aus dem Erwerbsleben und andererseits durch das Alter bedingte Rollenverluste. Je nach Ansatz gelinge ein erfolgreiches und zufriedenes Altern entweder durch sozialen und gesellschaftlichen Rückzug – „Disengagement“ – oder diesem konträr durch größtmögliche Aufrechterhaltung von „Aktivität“ bzw. als Synthese aus beidem, durch eine „kontinuierliche Fortführung“ bisheriger Aufgaben und Beziehungen auf gewohntem Aktivitätsniveau (Backes & Clemens 2013, S. 128). Disengagement-Theorie und Kontinuitätsthese konnten in späteren Studien empirisch nicht belegt werden. Die Aktivitätstheorie, die stärker den heutigen Vorstellungen von einem guten Altern entspricht, wurde Ausgangspunkt für weitere Theorien oder Leitbilder (z. B. das Modell des „erfolgreichen Alterns“ von Rowe & Kahn 1987/1997; Konstrukte wie „produktives“ oder „gelingendes“ Altern). Es bedarf jedoch der Anmerkung, dass diese „neueren“ Ansätze in erster Linie auf das dritte Lebensalter zutreffen (vgl. Kolland & Rosenmayr 2007; siehe Pkt. 2.1.1). Kolland (2012) merkt beispielsweise kritisch an: „Ein Großteil der Freizeitaktivitäten ist alterskorreliert“ (S. 275). Oder: Aktivierung im Pflegesetting findet „teilweise in einem Rückzugsraum belangloser, sozial und gesellschaftlich irrelevanter Tätigkeiten und Rollen statt“ (Kolland 2000, S. 182; auch Zeman 1996, S. 42). Dennoch haben diese theoretischen Erklärungsmuster die Altenarbeit und Pflegepraxis beeinflusst (vgl. Backes & Clemens 2013, S. 126). So könnte zum Beispiel die Bedeutung biografischer Kontinuität (Biografiearbeit, Normalitätsprinzip im Alltag bzw. Wohnalltag), eine (re)aktivierende Pflege, eine sinngebende Alltagsbeschäftigung oder der freiwillige „Rückzug“ ins Zimmer aus welchen Gründen auch immer, und selbst ein proaktives Gestalten des eigenen Zimmers, den Postulaten der Kontinuitäts-, Aktivitäts- und Disengagement-Thesen angelehnt sein.

3.1.6 Kritische Betrachtung der Ansätze im Kontext „Wohnen“

Oswald (2012, 2017) beispielsweise fordert ausdrücklich, dass Wohnforschung „besser mit allgemeinen Modellen des Alterns (SOC, SST) verknüpft und besser mit Biogerontologie, Neurowissenschaften und Medizin verschränkt (Kognition x Wohnen)“ werden müsste. Dies könnte unterschiedliche Wohnwünsche, Gewohnheiten und Vorlieben, Einstellungen sowie Bedürfnisse neuer Kohorten („Baby Boomer“) besser verstehen lassen (ebd.). Mit kognitiven Theorien wie der von Thomae (1971) lässt sich zum Beispiel das „Wohnzufriedenheitsparadoxon“ erklären. Das „Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse“ von Brandtstädter & Renner (1990) und das „Konzept der internalen und externalen Kontrollüberzeugung“ nach Rotter (1966) haben Eingang in die Wohnforschung gefunden (vgl. Wahl et al. 1999, S. 20). Das vorgestellte Modell zur Erhaltung bzw. Herstellung von Wohnnormalität („Residential Normalcy“) von Golant (2011) beruht auf assimilativen oder akkommodativen Bewältigungsstrategien. Bei Kontrollmechanismen bezogen auf das „Wohnen“ im Pflegesetting geht es vor allem um Wahlmöglichkeiten für die BewohnerInnen und um das Gefühl von Kontrolle über die unmittelbare physische Umwelt (z. B. Einzel- statt Doppelzimmer, persönliche Gestaltung des Zimmers, Zugänglichkeit zu Räumen die Territorialität und Privatheit vermitteln, eigener Zimmerschlüssel, Schutz vor unbefugtem Zutritt, Mitwirkung im Alltag, Zugang zu Internet etc.). Mit dem „Modell der Selektiven Optimierung mit Kompensation“ (SOK) nach Baltes & Baltes (1990) lassen sich auch Prozesse des Wohnverhaltens (etwa räumlich verdichtete „Kontroll- und Energiezentren“) erklären. Dieser Theorie zufolge können Umwelt bzw. Umweltmerkmale (Barrierefreiheit, besser lesbare Beschriftung, Orientierungssysteme, Hilfsmittel, moderne assistive Technologien etc.) den Prozess der Selektion, Optimierung und Kompensation unterstützen bzw. auch (neu) ermöglichen. Das unterstreicht die Bedeutung einer unterstützenden Umwelt für eine gute Person-Umwelt-Passung. Das SOK-Modell wurde als Metamodell konzipiert, sodass die genannten Prozesse in unterschiedlichen Theorien definiert werden können. Am bekanntesten in Bezug auf soziale Beziehungen ist die Sozioemotionale Selektionstheorie (SST) nach Carstensen (1987, 1992), nach der im Alter die Anzahl der sozialen, vor allem der weniger nahen, Beziehungen zwar tendenziell abnimmt, die sehr nahen Beziehungen (Familie etc.) aber konstant bzw. stabil bleiben. Das SOK-Modell ist für Wahl & Oswald (2010) in ihrem Rahmenmodell zum Person-Umwelt-Austausch im höheren Alter eine „theoretische Kompassnadel“ (Claßen et al. 2014, S. 21).

„Weder Aktivitätskonzept noch Disengagementansatz sind zur Erklärung und Beurteilung neuer Wohnkonzepte [im Alter] geeignet“ (Weltzien 2004, S. 53); die klassischen Ansätze gelten (teilweise) als empirisch widerlegt und haben „theoretisch an Bedeutung verloren“ (Backes & Clemens 2013, S. 126). Zu kritisieren ist das ihnen zugrundeliegende defizitäre Altersbild, ihr normativer Charakter und ihre Undifferenziertheit. Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung stellt jedenfalls einen Bruch bzw. eine Diskontinuität in der Wohnbiografie dar (vgl. Saup 1993). Nach Atchley (1989) ist aber die Bewahrung der internen Kontinuität im Alter entscheidender für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit als die externe Kontinuität. Angesichts der Heterogenität des Alters können Disengagement (z. B. sozialer Rückzug ins eigene Zimmer) oder Aktivität (mobil bleiben wollen, nach Draußen können, sinngebende Alltagsgestaltung) als Erklärungsmuster für Zufriedenheit im Alter und im Pflegesetting nur bedingt bzw. punktuell ihre Berechtigung haben.

3.2 ÖKOGERONTOLOGISCHE THEORIEN

Die Erweiterung der Perspektive um die „räumliche Dimension“ hat etwa ab den 1970er Jahren zur Ausbildung einer ökologischen Gerontologie innerhalb der Alternswissenschaften geführt. Die ökologische Gerontologie untersucht die funktionsorientierte Seite (Wohnen als Ausdruck von Anpassung und Gestaltung) sowie die bedeutungsorientierte Seite (Wohnen als Ausdruck von erlebter Bedeutung und Bindung) in einem räumlich-sozialen und alltäglichen Kontext (vgl. Lawton 1983, 1989; Rowles 1983; Saup 1993; Wahl et al. 1999; Wahl & Oswald 2010). Mit der Wechselwirkung von Umweltressourcen und Personen-Kompetenzen befasst sich zum Beispiel das Umweltsanierungs-Kompetenz-Modell (Lawton & Nahemow 1973), das als erste „Wohntheorie“ gilt (Übersicht bei Wahl et al. 1999, S. 14; historischer Abriss bei Wahl 2005).

3.2.1 Grundlagen der ökologischen Gerontologie

Grundsätzlich geht die ökologische Gerontologie von einem „doppelten Ressourcencharakter“ (Backes & Clemens 2013, S. 187) aus: das Lebensumfeld (Wohnung und Wohnumfeld) des alten Menschen und der alte Mensch selbst. Damit wird im Gegensatz zu den im Pkt. 3.1 dargestellten primär personenzentrierten Modellen, das Altern bzw. die (positive) Adaption an das Altern nicht alleine der Person überlassen. Vielmehr wird die Notwendigkeit einer fördernden, anregenden und unterstützenden Umweltgestaltung betont (vgl. Lawton 1989; Carp & Carp 1984; Wahl et al. 1999).

Diese Sichtweise basiert auf dem „Kompetenz-Modell“ des Alterns (z. B. Olbrich 1987, 1990; vgl. auch Kruse & Lehr 1999), das dafür eintritt, nicht die Defizite des Alterns, sondern die Möglichkeiten einer autonomen Lebensgestaltung und einer proaktiven Person-Umwelt-Interaktion in den Fokus zu rücken. Charakterisiert ist die Person in diesen Modellen nach ihren Fähigkeiten (Handlungsmöglichkeiten), die Umwelt nach deren Anforderungsstrukturen (Umweltanforderungen). Entwicklungspsychologisch schließen diese Modelle beispielsweise an Bronfenbrenner (1976, 1981) und sein „Modell der hierarchischen Umwelten“ an, wonach menschliche Entwicklung ein lebenslanger Austauschprozess einer aktiv handelnden Person mit sich verändernden konkreten sozial-räumlichen Umwelten ist. Bronfenbrenner geht von vier miteinander verknüpften Kontexten aus: die Mikroebene (z. B. Familie), die Mesoebene (soziale Netzwerke, Nachbarn), die Exoebene (z. B. Gemeinde, Stadtteile) und die Makroebene (soziale Strukturen, gesellschaftliche Normen, kultureller Rahmen). Mit zunehmendem Alter wird aber eine erfolgreiche „Entwicklung“ immer stärker von „guten“ sozial-räumlichen Umwelten abhängig. Mollenkopf et al. (2004, S. 344) haben die wichtigsten Person-Umwelt-Beziehungen in einem ähnlichen Strukturschema zusammengefasst, das nachstehende Abbildung 6 zeigt:



Abb. 6: Wichtige Dimensionen der Person-Umwelt-Interaktion (nach Mollenkopf et al. 2004, S. 344)

I Eigene Darstellung

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass auf der Umweltseite neben der räumlichen Umwelt (Wohnung, Wohnumwelt) die soziale Umwelt (Familie, Freunde), der kommunale Kontext (Einkaufs-, Freizeitangebote etc.) und weitere (institutionelle) Umwelten (Bauvorschriften, Pflegegeld, stationäre Einrichtungen) eine entscheidende Rolle spielen. Auf der Seite der Person sind es vor allem alterskorrelierte Veränderungen umweltrelevanter Fähigkeiten (z. B. Sehen, Hören, Mobilität). Person-Umwelt-Beziehungen werden demnach auf unterschiedlichen Ebenen untersucht: die Mikroebene (Wohnung, Familie), die Mesoebene (z. B. nachbarschaftliche Strukturen) und die Makroebene (politischer, gesellschaftlicher Kontext etc.). Die Unterscheidung vor allem von Mikro- und Mesoebene (z. B. Zusammenwohnen) ist auch für diese Arbeit relevant.

Theoretische Wurzeln hat die ökologische Gerontologie in der Psychologie und Gerontologie. Sie folgt „paradigmatisch der Trias von Theorie-Empirie-Praxis und betont die Notwendigkeit interdisziplinären Vorgehens“ (Backes & Clemens 2013, S. 187). Bis heute konnten die verschiedenen konzeptionellen Grundlagen zu keinem schlüssigen Gesamtkonzept zusammengeführt werden. Wahl et al. (1999) sprechen davon, dass deren Forschungsgebiet „bislang unscharf und eher patchworkartig“ (S. 16) geblieben ist und meinen dazu: „Im Gegensatz zu anderen klassischen Gebieten der Gerontologie (...), scheint sich derzeit in der ökologischen Gerontologie auf theoretischem Gebiet relativ wenig zu tun. Immer wieder werden die ‚alten‘ Theorien und Konzepte ins Feld geführt, (...) etwa das Umweltanforderungs-Kompetenzmodell von Lawton und Nahemow (1973) ... Andererseits lassen sich nur wenige neue theoretische Ansätze erkennen (...), wenngleich theoretische Integrationsversuche, wie etwa jener in Gestalt eines Prozeßmodells der Person-Umwelt-Interaktion von Saup (1993), auch eine stärkere Beachtung in empirischen Arbeiten verdient hätten“ (ebd., S. 21).

Die vorliegende Arbeit folgt dieser Einschätzung. Als Grundlage für die weitere Analyse werden daher aus dem Bereich der „klassischen“ Ansätze das Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell von Lawton & Nahemow (1973) bzw. das spätere Person-Environment-Fit-Modell nach Lawton (1989), das Kongruenz-Modell von Kahana (1982) und das Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell von Carp & Carp (1984) herangezogen und folgend in ihren Wesensmerkmalen vorgestellt. Als integrativer „neuerer“ Ansatz soll das Rahmenmodell des Person-Umwelt-Austauschs im höheren Alter von Wahl & Oswald (2010) skizziert werden.

3.2.2 Das Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell nach Lawton & Nahemow und die Ökologische Theorie des Alterns nach Lawton

Im Zentrum des ökologischen Modells des Alterns steht die These der „Environmental Docility“ (Umwelt-Fügsamkeits-Hypothese), nach der „die Bedeutsamkeit von Umweltbedingungen für das Verhalten und Erleben einer Person zunimmt, wenn deren Kompetenzen abnehmen“ (Saup 1993, S. 35). Grundgedanke ist dabei, dass die Umwelt für alte Menschen infolge von Kompetenz-einbußen (z. B. im Bereich Sehen, Hören, motorischer Fähigkeiten) zum Hindernis bzw. zur Barriere werden kann. Umwelt wird zum Umweltdruck („Environmental Press“), dem sich der (alte) Mensch fügen bzw. anpassen müsse („Environmental Docility“). Je nach individuell-reaktiver Kompetenz der Person führt dies zu einer Über- oder Unterforderung, zu unterschiedlichen Adaptionsverhalten und damit einhergehend zu einem positiven oder negativen Gefühlszustand. Dieses Wechselspiel zwischen der Kompetenz einer Person und den Anforderungen der Umwelt haben Lawton & Nahemow (1973) in ihrem „Press-Competence Model“ beschrieben. Es lässt sich in vereinfachter Form wie in Abbildung 7 veranschaulichen.

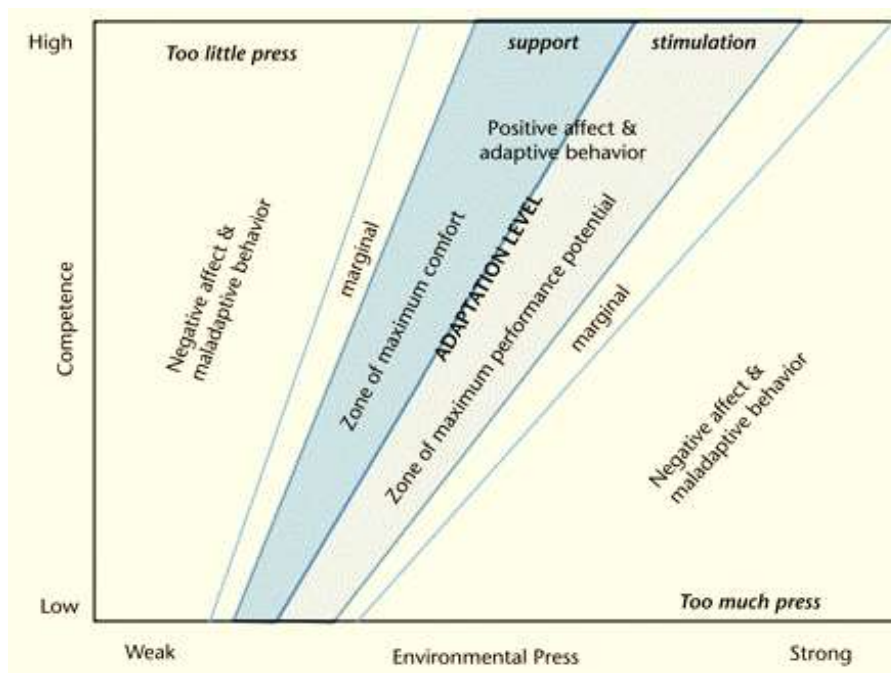


Abbildung 7: Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell (nach Lawton & Nahemow 1973)

Quelle der Darstellung: <http://aginginplace.com/aging-in-place-and-environmental-press/>

Das Modell geht von der Annahme aus, dass jeder Mensch in Bezug auf Umweltanforderungen die Tendenz hat, ein Adaptionsniveau zu erreichen. Auf diesem Niveau (bildlich rund um die Diagonale) wird Umwelt nicht als Störgröße wahrgenommen, es entsteht eine Zone maximalen Komforts bzw. eine Zone maximalen Leistungspotenzials. Die Folge sind positive Emotionen und ein adaptives Verhalten (gelingende Passung). Jenseits dieses Bereichs (bildlich entlang der Achsen) – also bei Über- oder Unterforderung – liegen negative Affekte (Stress oder Langeweile) und mangelnde Anpassung. Später hat Lawton dieses Modell modifiziert, weil die einseitige Sichtweise auf die über- bzw. unterfordernde Umwelt ohne Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Menschen kritisiert worden war (vgl. Saup 1993, S. 36). Lawton führte (1985, 1989) die Konzepte „Proactivity“, „Individual Resources“ und „Environmental Richness“ ein. Die „Environmental Docility“-Hypothese wurde um die „Environmental Proactivity“-Hypothese (dem „Kompetenz-Modell“ von Olbrich 1987 ähnlich) ergänzt; damit wurden zum einen auch die aktive Gestaltungsrolle der Person und zum anderen die Reichhaltigkeit der Umwelt (als Ressource) im Sinne von Anreiz bzw. Anregung betont. Die Kernaussage(n) der Hypothese lautet:

„The greater the competence of the person, the more likely the person's needs and preferences will be successfully exercised to search the environment for resources to satisfy the needs“ (Lawton 1989, S. 18). Aber auch: „[...] there is no level of competence so low that an increment in well-being cannot be attained by self-directed alteration of the environment“ (Lawton 1989, S. 21).

Wenngleich Personen mit eingeschränkten Kompetenzen ihre Umwelt restriktiver erleben, ist es für sie dennoch möglich ihr Wohlbefinden durch selbstbestimmte Veränderungen der Umwelt zu erhalten, um eine positive Anpassung („Person-Environment-Fit“) zu erlangen. Interventionen, die sich aus diesen (beiden) Grundannahmen ableiten lassen, können sich demnach sowohl auf die Stärkung individueller Ressourcen als auch auf eine Veränderung der Umweltanforderungen beziehen. Subjektive und objektive Maßstäbe fließen dabei ein. Lawtons Modell fand „auch im Sinne einer generellen Alternstheorie („Ökologische Theorie des Alterns“) vielfache Beachtung“ (Wahl 2005, S. 132). Er hat seine Ansätze der Person-Umwelt-Passung später auch in direktem Kontext zur Lebensqualität gesehen. Dies kann für diese Arbeit als zentral eingestuft werden, da es auch in Bezug auf HeimbewohnerInnen um Lebensqualität geht (wie im Pkt. 2.1.4 ausgeführt). Lawton (1991) definiert Lebensqualität so:

„Quality of life is the multidimensional evaluation, by both intrapersonal and social-normative criteria, of the person-environment system of an individual in time past, current and anticipated“ (Lawton 1991, S. 6ff).

3.2.3 Das „Kongruenz“-Modell nach Kahana

In weiterer Folge wurden auch psychische Aspekte in die Theorienbildung integriert (vgl. Claßen et al. 2014, S. 32). Kahana (1982) beschreibt in ihrem Kongruenz-Modell („Congruence Model of Person-Environment“) die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt als eine, in der es darauf ankommt, dass es zu einer engen Passung zwischen Umweltmerkmalen und individuellen Präferenzen und Bedürfnissen der Person kommt („Person-Environment-Fit“). Entscheidend für Selbstständigkeit und Wohlbefinden im Alter ist eine „phänomenologische“ Passung („Fit“) oder Fehlpassung („Misfit“) von Person und Umwelt (vgl. Claßen et al. 2014, S. 32). Eine „Fehlpassung“ bzw. Diskrepanz kann etwa durch restriktive Umweltbedingungen, eingeschränkte persönliche Handlungsspielräume oder deren Wahrnehmung (z. B. bei externaler Kontrollüberzeugung; siehe Pkt. 3.1.3) verursacht sein. Das Konzept nimmt explizit Bezug auf die Situation älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen. Interessant ist, dass für Kahana (1982; auch Kahana et al. 2003) eine „dosierte Diskrepanz“, das heißt eine geringe Abweichung von der vollständigen Person-Umwelt-Passung, die „optimale“ Passung ist. Gänzliche Übereinstimmung könne etwa Gleichgültigkeit, Langeweile oder negative emotionale Befindlichkeiten zur Folge haben. Eine mangelnde Person-Umwelt-Passung hingegen kann eine Quelle für chronischen Stress sein und zu negativen gesundheitlichen Folgen führen (Kahana & Kahana 1996).

3.2.4 Das „Komplementaritäts-Ähnlichkeits-Modell“ nach Carp & Carp

Carp & Carp (1984) gehen in ihrem „Complementary-Congruence Model“ davon aus, dass es nicht nur grundlegende (basale) Umwelt- bzw. Wohnbedürfnisse gibt (Basic Needs; z. B. nach Schutz und Sicherheit, Versorgung), sondern auch höhere Wachstumsbedürfnisse (Higher-order Needs; etwa nach Privatheit, Anregung oder Austausch). Wohnraum ist demnach auch Lebensraum, wo eine Person sich wohlfühlen, mit anderen kommunizieren, ihren Aktivitäten nachgehen, für sich und für andere da sein kann. Während basale Umweltbedürfnisse eine komplementäre, das heißt den Wünschen entgegenkommende prothetische Umwelt fordern (z. B. ein Dach über dem Kopf; barrierefreie Umgebung, Haltegriffe etc.), passt für Wachstumsbedürfnisse am besten eine kongruente, ähnliche, die Bedürfnisse erlaubende Umwelt (z. B. Möglichkeit zum Rückzug, Sitzgruppe mit schönem Ausblick nach Draußen). Vgl. dazu auch Claßen et al. (2014, S. 33). Mit einer stützenden „prothetischen“ Umgebung können Einbußen kompensiert werden. Eine anregende Umwelt kann nach Saup & Reichert (1999) durch „Qualitäten wie Neuartigkeit,

Überraschungswert, Komplexität und Konflikthaftigkeit“ (S. 277) erreicht werden. Die These von „prothetischen“ und „erlaubenden“ Umwelten kann für das Pflegesetting in der Form übersetzt werden, dass die „institutionelle“ Ebene den BewohnerInnen professionellen Schutz, Sicherheit, Unterstützung etc. bieten muss, aber auch eine „private“ Umgebung (Rückzug, Raum für Besuche etc.). Im Grundprinzip der NÖ PBZs „eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden“ (Land NÖ 2015, S. 24ff) werden diese beiden Ebenen angesprochen, das Wort „vorfinden“ impliziert, dass sie seitens der Einrichtung (= Umwelt) bereitzustellen sind.

3.2.5 Das Rahmenmodell des Person-Umwelt-Austauschs von Wahl & Oswald

Das Rahmenmodell des Person-Umwelt-Austauschs von Wahl & Oswald (2010) berücksichtigt die beiden Prozessaspekte Wohnverhalten („Agency“) und Wohnerleben („Belonging“) und befasst sich auch mit den drei wesentlichen Folgen einer (gelingenden) Person-Umwelt-Passung, nämlich Autonomie, Identität und subjektives Wohlbefinden (vgl. auch Claßen et al. 2014, S. 22; Oswald & Wahl 2015). Siehe dazu Abbildung 8.

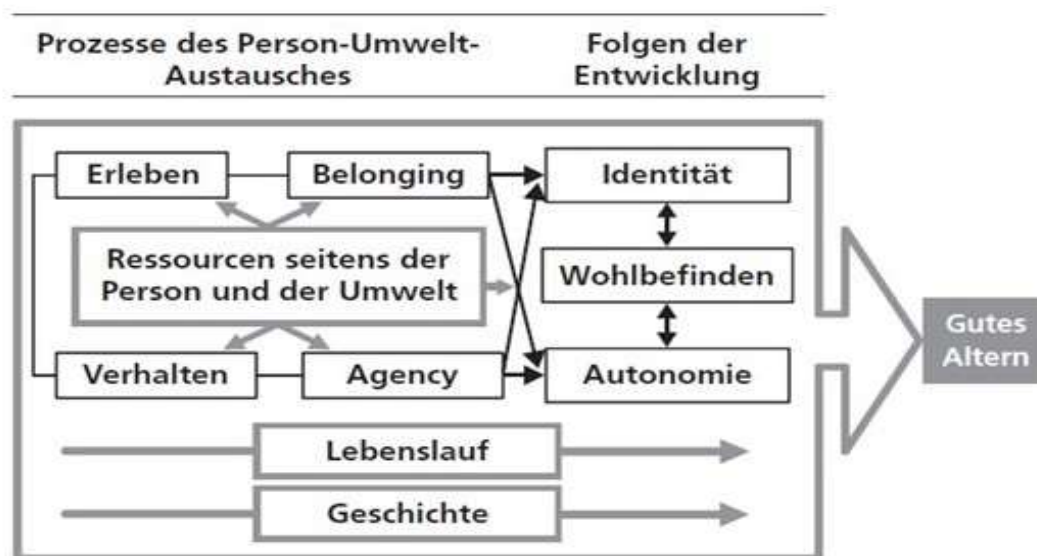


Abbildung 8: Rahmenmodell des Person-Umwelt-Austauschs im höheren Alter (nach Wahl & Oswald 2010)
Quelle der Darstellung: Claßen et al. 2014 (S. 22)

Unter „Agency“ werden verhaltensbezogene Prozesse wie Aneignung, Nutzung oder Auseinandersetzung mit der Umwelt im Alter verstanden. Diese basieren auf den eben dargestellten theoretischen Ansätzen von Lawton & Nahemow (1973), Kahana (1982), Carp & Carp (1984)

sowie zur Umwelt-Proaktivität (Lawton 1989). Erlebnisbezogene Prozesse des „Belonging“ beschreiben die Bedeutung, Bewertung oder die Verbundenheit mit der Wohnumwelt (Drinne und Draußen). Diese beruhen wiederum auf Konzepten zur Umweltzufriedenheit, Umweltidentität und Umweltverbundenheit. Mit „Umweltzufriedenheit“ (z. B. Weideman & Anderson 1985) ist im Wesentlichen eine momentane oder zeitstabile Zufriedenheit etwa mit der Wohnung oder der Nachbarschaft im objektiven Sinne gemeint. Auf das Phänomen des „Wohnzufriedenheits-Paradoxon“ wurde bereits an anderer Stelle dieser Arbeit (siehe Pkt. 3.1.1) hingewiesen. „Umweltbedeutung“ und „Umweltverbundenheit“ (z. B. Rowles 1983; Rubinstein 1989) resultieren aus einer oftmals jahrzehntelangen Wohndauer, weshalb auch von Verwurzelung oder Umwelt-Verinnerlichung („Insideness“) gesprochen werden kann. Routinen und Automatismen treten auf, die Bedeutungen widerspiegeln und Identität stiften (vgl. Claßen et al. 2014, S. 34). Konzepte wie „Umweltidentität“ („Place Identity“) oder „Ortsidentität“ (z. B. Proshansky et al. 1983) gehen schließlich von einer untrennbaren Person-Umwelt-Einheit aus, die sich zum Beispiel in Äußerungen wie „Ich wohne jetzt im Heim“ oder „Hier bin ich Zuhause“ dokumentieren könnte. Diese kognitive Bedeutung des Wohnens umfasst Erinnerungen, Einstellungen, Werte, Vorlieben, biografische Aspekte etc. und trägt gerade im höheren Alter zur Aufrechterhaltung von Identität bei. Autonomie und Identität wirken sich nach dem Rahmenmodell von Wahl & Oswald (2010) wiederum auf das subjektive Wohlbefinden, Lebensqualität und ein gutes Altern aus (vgl. auch Pkt. 3.2.3). Autonomie kann dabei als Selbstständigkeit in Bezug auf alltägliche Tätigkeiten und als Selbstbestimmung im Sinne von Umweltkontrolle verstanden werden (vgl. Diehl 2012, S. 84). Das Identitätskonzept von Petzold etwa geht davon aus, dass „der Mensch ein Leib-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld ist, mit dem er in einem unlösbaren Verbund steht. In Interaktion mit diesem Umfeld gewinnt er seine Identität“ (Petzold & Sieper 1977, S. 25). „So verwundert es nicht, dass dieses ‚Outcome‘ auch in klassischen ökogerontologischen Ansätzen stark verankert ist. (...) Allerdings werden ökologische Bezüge auch in diesem, heute kaum mehr überschaubaren Bereich der Wohlbefindens-Forschung im höheren Lebensalter eher selten untersucht“ (Claßen et al. 2014, S. 24). Oswald & Wahl (z. B. 2015) verstehen Wohnen immer räumlich und sozial, als Erleben und Verhalten, Drinnen und Draußen, als Austausch und Folge. Sie räumen dem Thema Wohnen und Technik ein großes Zukunftspotenzial ein; zu Teilhabe und Hochaltrigkeit bzw. zu den Grenzen meinen sie: „Auf der einen Seite ist es wohl zentral für ältere

Menschen, Teil eines nachbarschaftlichen, stadtteilbezogenen und kommunalen Geschehens zu bleiben; auf der anderen Seite scheint vor allem Hochaltrigkeit auch mit stärkerer Interiorisierung und ‚Gero-Transzendenz‘ einherzugehen und ein gewisses Kappen der ‚Aussenbeziehungen‘ könnte letztlich in der Nähe des Todes auch adaptiv sein“ (ebd., S. 129).

3.2.6 Vergleichende Betrachtung der Ansätze im Kontext „neuer“ Wohnkonzepte im Pflegesetting

Die ökologische Gerontologie liefert eine Vielzahl von Anregungen für personen- und umwelt-bezogene Kompensationsmöglichkeiten bzw. für eine gelingende Person-Umwelt-Passung. Solche Ausgleichsleistungen können auf Seite der Umwelt die barrierefreie Anpassung der Wohnung, altersgerechte Wohnformen, Nutzung assistiver Technologien im Alltag, das „kleinräumigere“ Wohngruppenkonzept in der Pflege, eine räumlich-materiell anregende Umwelt bis hin zu therapeutischer Milieugestaltung bei Demenz sein. Kompetenzeinbußen im Alter können dadurch ausgeglichen werden, um Autonomie und Wohlbefinden zu fördern. Auf Seite der Person sind es vorwiegend Kognitionen und Bewertungen, die dem adaptiven Verhalten vorausgehen; diese Anpassungsstrategien im Alter (z. B. SOK-Modell nach Baltes & Baltes 1990) müssen oftmals erst „erlernt“ und als Ressource berücksichtigt werden (vgl. Saup & Reichert 1999, S. 246ff).

Das Pflegesetting stellt eine spezielle Mikroökologie dar. Dennoch gilt auch (oder gerade) hier die ökopsychologische Grundhypothese, je niedriger die Kompetenz des alten Menschen, desto größer der Einfluss der Umwelt auf das Erleben und Verhalten (Lawton & Nahemow 1973; Saup 1993). „Gerade ältere Menschen (...) haben kognitive, körperliche und sensorische Einschränkungen, sodass die physische Umgebung unterstützend bzw. hinderlich sein kann für ein erfüllendes Leben“ (Land NÖ 2015, S. 24-25). „Passung“ („Person-Environment-Fit“) im Pflegesetting kann bedeuten, dass die Person selbstständig und/oder mit Hilfe externaler Ressourcen in der Lage ist bzw. dabei unterstützt wird, diese zu erreichen. Nur so können Verluste kompensiert und individuelle Wünsche und Bedürfnisse erhalten werden. Umwelten in „dosierter Diskrepanz“ (Kahana 1982) zwischen Anforderungen und Personen-Kompetenzen, helfen das subjektive Wohlbefinden zu fördern und Umweltstress bzw. Langeweile zu minimieren. Im institutionellen Kontext geht es um „prothetische“ wie „erlaubende“ Umwelten (vgl. Carp & Carp 1984). Oft haben

schon kleine Veränderungen (z. B. Haltegriffe, nicht blendendes Licht, Zimmerschlüssel, Mobilitätshilfen) bzw. Unterstützung (Begleitpersonen etc.) große positive Auswirkungen auf das Umwelterleben (z. B. Kontrollüberzeugung, Sicherheit) und Umweltverhalten (mehr Mobilität) und damit auf die Lebensqualität der Person. Im Grundprinzip der NÖ PBZs in Bezug auf das Wohnen, nämlich „eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden“ (Land NÖ 2015), werden einige dieser Dimensionen angesprochen. Die Institution kann als professionelle Umwelt Sicherheit und eine „bewohnergerechte“ Umgebung schaffen (z. B. behindertengerechtes Wohnen, medizintechnische Hilfsmittel, kleinräumiges überschaubares Wohnen). Werden die BewohnerInnen in die (proaktive) Gestaltung ihrer Wohnumwelt (z. B. eigene Gegenstände im Zimmer, Mitwirkung an der Tagesgestaltung) einbezogen und wird ihnen Privatheit und räumlicher Rückzug (auch für private Besuche etc.) ermöglicht, kann dies zu höherer Zufriedenheit, zu Wohlbefinden und mehr Lebensqualität führen (vgl. Mayer et al. 2015, S. 30ff; siehe Pkt. 2.1.4). Im Hinblick auf demenziell Erkrankte (was vermutlich auch auf andere BewohnerInnen zutrifft), die Heeg (2000, S. 238) als durch „Umweltstress in besonderem Maße verwundbar“ beschreibt, hat sich eine häuslich vertraute Umgebungsgestaltung als besonders relevant für die Lebensqualität erwiesen (Heeg 2000, 1996). Zudem stellt der Anspruch eine vertraute, an privates Wohnen erinnernde Lebensumwelt bieten zu wollen, die Abkehr vom traditionellen institutionellen oder krankenhaushähnlichen Charakter von Pflegeeinrichtungen dar.

Ob sich die dargestellten theoretischen Modelle und Konstrukte in der Pflegepraxis finden lassen, soll der empirische Teil dieser Arbeit klären. Zuvor sollen Literatur und theoretische Ansätze in die Forschungsfragen integriert und diese formuliert werden. Der Umwelt und dem Wohnen kommen, wie in den vorangehenden Kapiteln dargelegt, zahlreiche Funktionen und Bedeutungen zu, die in Bezug auf das sehr hohe, fragile Alter auch unbestimmt sind und näher erforscht werden müssen. Denn „Menschen altern stets in spezifischen Umwelten und diese wirken sich auf den Verlauf von Alternsprozessen aus“ (Wahl et al. 1999, S. 14) und ebenso auf die Lebensqualität.

4. FORSCHUNGSFRAGEN

Die bisherigen Kapitel zeigten, dass Altern als gesellschaftlich gerahmter und interaktiver Prozess immer kontextabhängig ist und ebenso wie Wohnen einem ständigen Wandel unterliegt. Alterskorrelierte Veränderungen (funktionelle Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit etc.) lassen den sozial-räumlichen Aktionsradius eines alten Menschen auf den Wohnbereich „schrumpfen“; gleichzeitig erfährt Wohnen eine reiche Bedeutungszuweisung. Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung kann zum kritischen Ereignis (geringere Lebenszufriedenheit, erhöhte Mortalität etc.) werden, Relokalisation findet statt. Abhängig von biografischen Erfahrungen, Gesundheitszustand sowie der Einschätzung ihrer jeweiligen Lebenssituation nutzen Menschen unterschiedliche Adaptionsstrategien, um sich mit der neuen Umgebung zu arrangieren („individuelle Ebene“). Der Lebensort „Pflegeheim“ setzt als „institutionelles“ Milieu dafür spezifische, strukturelle, organisatorische und konzeptionelle Rahmenbedingungen. Aber auch (oder gerade) in diesem Setting muss es Ziel sein, eine „Passung“ zwischen den Bedürfnissen, Wünschen und Fähigkeiten der Person und ihrer räumlich-sozialen Umwelt („Mesoebene“) zu gewährleisten. Die NÖ Pflege- und Betreuungszentren, die das Forschungsfeld dieser Arbeit abbilden, haben Wohnqualität als einen wesentlichen Faktor für die Lebensqualität der BewohnerInnen identifiziert und als Indikator dafür eine „vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung“ postuliert.

Das theoretische bzw. analytische Rahmenkonzept für diese Arbeit geht von folgenden Annahmen bzw. Thesen aus:

1. Altern ist ein multidimensionaler und dynamischer Prozess, begleitet von Gewinnen und Verlusten. Menschen zeigen bis ins hohe Alter ein stark adaptives Verhalten und Handeln; selbst bei Vulnerabilität/Frailty sind weiterhin Entwicklungsgewinne möglich.
2. Alternsprozesse sind auch ein Produkt von persönlichen Faktoren (Kompetenzen) und sozial-räumlicher Umwelt. Bezüglich der „Passung“ müssen alte bzw. beeinträchtigte Menschen selbst und/oder unterstützt durch eine entsprechende räumlich-materielle wie

räumliche-immaterielle Umwelt in der Lage sein bzw. die Möglichkeit erhalten, Verluste auszugleichen und ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Eine gute Person-Umwelt-Passung fördert Lebenszufriedenheit und Lebensqualität.

3. Die Modelle der ökologischen Gerontologie, insbesondere das Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell nach Lawton & Nahemow (1973), das Person-Environment-Fit-Modell nach Lawton (1989) sowie das „Complementary-Congruence Model“ von Carp & Carp (1984), sind geeignet, „Wohnen“ im Pflegesetting zu analysieren, da sie sowohl die objektive Seite der strukturellen Bedingungen als auch die subjektive Seite individuellen Handelns und Erlebens erfassen.
4. Individuelles Wohnerleben und Wohnverhalten im Pflegesetting sind nicht nur beliebig, sondern (stark) von strukturellen Rahmenbedingungen (institutionelle Ebene) geprägt und von der räumlich-sozialen Alltagsrealität (Mesoebene) beeinflusst. Die Rekonstruktion der Sichtweise der BewohnerInnen lässt Rückschlüsse auf Ressourcen wie Restriktionen sowie auf (Gestaltungs)Spielräume zu, was wiederum Grundlage für die Evaluation bestehender bzw. die Entwicklung neuer Wohnkonzepte im Pflegesetting sein kann.

Die empirische Untersuchung zur Person-Umwelt-Passung in den NÖ Pflege- und Betreuungszentren zielt daher auf die Beantwortung folgender forschungsleitenden Fragestellungen:

- (1) Was bedeutet „Wohnen“ und die konkrete Wohnumwelt für die BewohnerInnen?
- (2) Welche Wünsche und Bedürfnisse haben die BewohnerInnen in Bezug auf das „Wohnen“ und die Wohnumwelt in ihrer Einrichtung? Inwieweit passen die BewohnerInnen ihre Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich Wohnen und Wohnumwelt der institutionellen wie räumlich-sozialen Realität im Kontext Pflegeheim an?
- (3) Welche Ressourcen und Restriktionen für die Umsetzung der identifizierten Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen bieten bzw. zeigen sich im Kontext Pflegeheim? Was bedeutet dies für neue (künftige) Wohnkonzepte im Pflegesetting?

*„Wissenschaftliches Arbeiten ist daher hinterfragen und begründen...
Deswegen ist nicht die Anzahl von Tabellen und die Summe
aller Fragebögen oder Interviews das Maß für ‚Wissenschaftlichkeit‘,
sondern der Grad an Reflexion über die eigenen und fremden Aussagen“*
Flaker & Schmid (2006, S. 37)

5. PERSON-UMWELT-PASSUNG IN NÖ PFLEGE- UND BETREUUNGSZENTREN AUS SICHT DER BEWOHNERINNEN

5.1 METHODISCHES VORGEHEN

In dieser Forschungsarbeit geht es um subjektive Wahrheiten und Sichtweisen, um Erfahrungen, das Erleben und die (inhaltliche) Bedeutung von Wohnen und darum, Einblicke in die aktuelle Wohn- und Lebenssituation der Betroffenen bzw. AkteurInnen zu erhalten sowie deren Wünsche und Bedürfnisse zu erkunden (explorativer Charakter). Deshalb wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Ziel der Datengewinnung und Datenanalyse ist die Rekonstruktion der Sicht der BewohnerInnen auf den Aspekt „Wohnen“ und ihre Wohnumwelt im jeweiligen NÖ Pflege- und Betreuungszentrum. Die (dichte) Beschreibung und das nachvollziehbare Verstehen individueller Handlungs- und Wahrnehmungsmuster und von Anpassungs- oder auch Gestaltungsstrategien können wiederum Grundlage für Evaluationsstudien bzw. die Entwicklung neuer Wohnkonzepte im Pflegesetting sein (vgl. Kelle et al. 2014, S. 201; Weltzien 2004, S. 67). Auch das spricht für ein qualitatives Verfahren. Wesentliche Kennzeichen und Gütekriterien sind Offenheit (bezogen auf Fragestellung, Methoden und Ergebnisse), Kontextbezug, Subjektbezogenheit bzw. im „Forschungsfeld“ eine emische Perspektive und ein vertrauensvolles, empathisches Verständnis, prozessuales Vorgehen und Komplexität (vgl. Mayring 2002; Mayer 2015, S. 100ff). Zwei weitere methodologische Prinzipien der empirischen Sozialforschung sind berücksichtigt: das Prinzip der theoriegeleiteten Vorgehensweise, weil diese Arbeit an vorhandenes Wissen anknüpft und das Prinzip der Regelgeleitetheit (vgl. Mayring 2002; Mayer 2015, S. 114ff) durch nachvollziehbares, argumentatives und dokumentiertes Vorgehen.

Die einzelnen Arbeitsschritte im Forschungsprozess zeigt nachstehende Grafik (Abbildung 9):

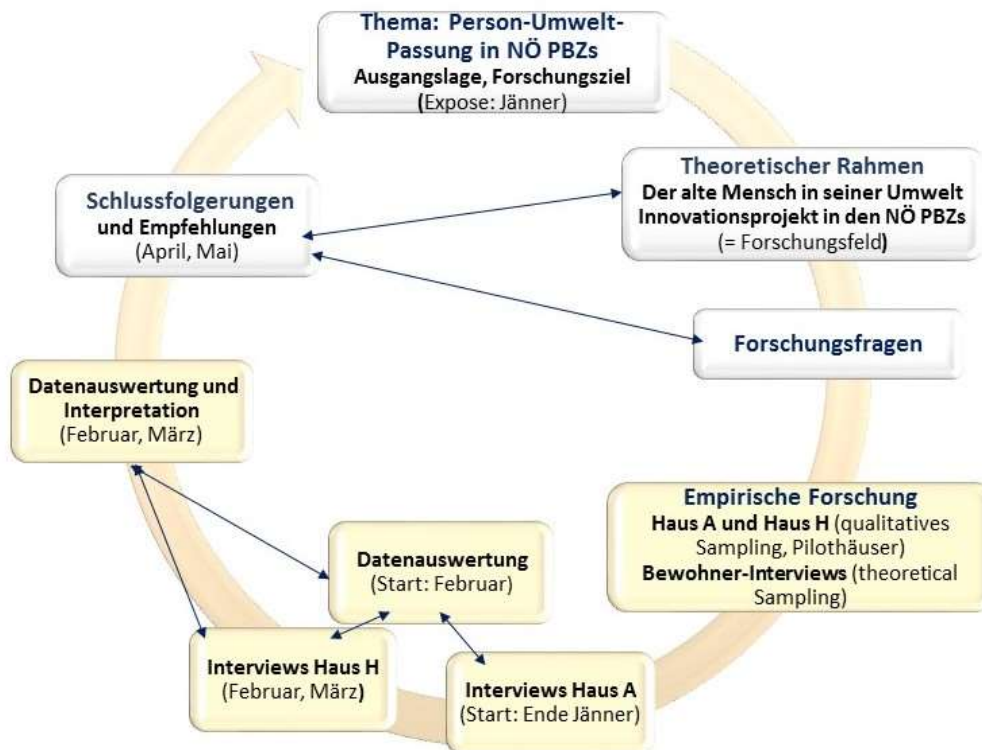


Abbildung 9: Darstellung des Forschungsprozesses der Arbeit

Das Pflegesetting stellt in Bezug auf die Datengewinnung besondere Anforderungen. Bei Interviews mit BewohnerInnen muss die ForscherIn stets vor Augen haben, dass ein Großteil der BewohnerInnen bereits stark pflegebedürftig und kognitiv beeinträchtigt ist; in den beiden untersuchten Häusern A und H (siehe Pkt. 5.1.2) sind dies nach Angaben der Leitungen bereits rund 80 Prozent der Betreuten in der Langzeitpflege. Das sind Ausschlussgründe für stark strukturierte Interviews, ebenso aus ethischen Überlegungen. Zudem nimmt nach Kelle et al. (2014, S. 183ff) generell die Teilnahmebereitschaft an Befragungen mit zunehmendem Alter ab, es zeigt sich die Tendenz, dass HeimbewohnerInnen Interviewsituationen als Möglichkeit zur sozialen Interaktion nutzen und dass es zu sozial erwünschten Antworten kommt. Das Gefühl der Abhängigkeit kann diesen Effekt verstärken, BewohnerInnen reagieren angepasst, ängstlich und bescheiden und kritische Äußerungen über Institution und Pflegekräfte werden kaum artikuliert (vgl. Kelle et al. 2014, S. 184; Heusinger et al. 2015, S. 19).

5.1.1 Erhebungsinstrumente

Die Interviews mit den BewohnerInnen wurden in Anlehnung an das „Problemzentrierte Interview (PZI)“ nach Witzel (2000) geführt. Diese Interviewform ist einerseits eine an ein Thema (Wohnen) gebundene teilstrukturierte Befragung, enthält aber andererseits auch erzählende (narrative) Elemente mit viel offener Artikulationsmöglichkeit. Diese Methode eignet sich für ältere Personen, weil sie sensibel, behutsam und angemessen ist, ohne diese (durch zu viele Fragen) unnötig zu belasten (vgl. Mayer 2015, S. 208ff). Außerdem unterstützt sie eher deren Wunsch nach „narrativer Selbstpräsentation“ (vgl. Kelle et al. 2014), mit stärkerer Tendenz zu kritischen Äußerungen. „In den eher informell angelegten Interviewsituationen qualitativer Leitfadeninterviews, bei denen Interviewer Erzählanreize geben, die einem bei älteren Menschen häufig gegebenen Wunsch nach narrativer Selbstpräsentation entgegen kommen, findet man dann auch eine stärkere Tendenz der Interviewten, sich kritisch zu äußern“ (Kelle et al. 2014, S. 198). Dies wurde für die Befragung von HeimbewohnerInnen in dieser Arbeit als essentiell eingestuft. Auf die ursprünglich zur weiteren (systematischen) Datengewinnung angedachten schriftlichen „Wohnaufsätze“ musste teils wegen mangelnder Bereitschaft, teils wegen „Überforderung“ der ProbandInnen verzichtet werden. Eine wichtige methodische Erkenntnis für zukünftige Forschungsarbeiten im Pflegesetting.

Das Problemzentrierte Interview verbindet verschiedene methodische Elemente. Nach Witzel (1982, 2000) hat die „erzählungsgenerierende Funktion“ den Vorteil, sich zur Sichtweise des Befragten hinwenden zu können; zu den Befragten, die er „als Experten ihrer Orientierung und Handlungen begreift, die im Gespräch die Möglichkeit zunehmender Selbstvergewisserung mit allen Freiheiten der Korrektur eigener oder der Intervieweraussagen wahrnehmen können“ (Witzel 2000, S. 5). Das Wesen der Problemzentriertheit erfordert genauere Fragen bzw. Nachfragen im Interview, anders als etwa in einem „Ad-hoc“-Interview (Witzel 1982, S. 116ff). Ermöglicht wird dies durch eine leitfadengestützte Gesprächsführung, durch immanentes bzw. exmanentes Nachfragen und einen Interviewstil, der die befragte Person in ihrer Sicht ernst nimmt und ein vertrauensvolles Gesprächsklima schafft.

In dieser Arbeit kamen offene Leitfadengespräche mit narrativem Einstieg sowie ein Kurzfragebogen für persönliche Daten (am Ende des Interviews) zur Anwendung. Zu jedem Interview wurde zusätzlich ein Interview- bzw. „Feldnotiz“-Protokoll angefertigt (alle Instrumente im Anhang), um

(teilnehmende) Beobachtungen und Hintergrundinformationen systematisch zu erfassen, zu dokumentieren und für die spätere Analyse der Fälle zu sichern. Außerdem konnte die Autorin vor Ort Einsicht in die jeweiligen hausinternen Bewohnerstammdatenblätter nehmen; als weitere (externe) Daten dienten Hausfolder, Heimzeitung und die Websites beider Häuser.

Mithilfe eines Leitfadens sollte das breite Thema „Wohnen“ strukturiert und auf bestimmte Problembereiche gelenkt werden. Der Leitfaden umfasst im Wesentlichen Fragen zur aktuellen Wohn- und Lebenssituation der Interviewten und wurde flexibel, je nach Gesprächsverlauf und nicht im Sinne eines starren Abfragens, sondern als Gedankenstütze für die Autorin gehandhabt. Um damit den „interessierenden Gegenstandsbereich in seiner Vollständigkeit abzutasten und (...) widersprüchliche Explikationen des Interviewten zu entdecken und durch Nachfragen weiter zu explorieren“ (Witzel 1982, S. 117). Es wurde in den Themenblöcken „Einzug und aktuelle Wohnsituation“, „das eigene Zimmer“, „andere Räume im Haus“, „Wohnalltag, Wohnbereich und Zusammenwohnen“, „Nach draußen kommen und Wohnumwelt, „Räumlich-soziale Aspekte“ und „Bewältigungs- bzw. Anpassungsstrategien“ versucht, objektive wie subjektive Faktoren zu erfassen, ebenso die funktionsorientierte (Handlungsqualität) und die bedeutungsorientierte Seite (expressive Qualität). Der Interviewleitfaden wurde nach einem Pretest und den vorbereitenden Gesprächen mit Direktorinnen bzw. Pflege- und Betreuungsleiterin in beiden untersuchten Häusern in seinen wesentlichen Dimensionen auf eine von den Expertinnen empfohlene und den BewohnerInnen gut zumutbare Interviewdauer von zirka 60 bis 90 Minuten komprimiert und sprachlich vereinfacht. Danach wurden die Interviews durchgeführt, mit dem Einverständnis der Befragten digital aufgezeichnet, anonymisiert und vollinhaltlich und wörtlich transkribiert.

5.1.2 Feldzugang und Sample

Der Zugang zu den beiden NÖ Pflege- und Betreuungszentren (im Folgenden kurz „Haus A“ und „Haus H“ genannt“) erfolgte über bestehende Kontakte der Autorin. Ausgewählt wurden diese beiden Einrichtungen, weil sie einerseits „Pilothäuser“ im Rahmen des Innovationsprojektes des Landes NÖ (siehe Pkt. 2.2.4) sind und sich im Prozess der Implementierung der neuen Grundprinzipien in die Pflegepraxis befinden. Andererseits unterscheiden sie sich in Lage, Größe und Pflegeangebot bzw. die Gebäude selbst erheblich in Baujahr und Architektur. Ein weiterer Aspekt, der für die Aufnahme des Hauses H in die Arbeit (qualitatives Sampling) entscheidend war, ist der

geplante Neu- und Umbau (Zeitraum 2019-2022) nach dem in Pkt. 2.2.4 dargestellten „4-Sphären“-Architekturprinzip. Hier hat sich die Vorab-Auswahl als richtig erwiesen, weil im Verlauf dieser Arbeit erste Planungskonzepte (Grundrisse im Anhang) öffentlich zugänglich wurden.

Die Eckdaten der ausgewählten Häuser A und H (in Abbildung 10) zusammengefasst:

Haus A

Standortgemeinde: 44.000 EinwohnerInnen, Südliches NÖ

Erbaut: 2003

Gebäudestruktur: zwei große quadratische Gebäudekomplexe (Verwaltung/Pflege und Pflege), Nebengebäude freistehend; vom Grundriss her angelehnt an die 4. Pflegeheim-Generation („Hausgemeinschaftskonzept“)

Lage: keine nahegelegene Infrastruktur

Pflege- und Betreuungsplätze: 164 (142 Langzeitpflege und Rehabilitative Übergangspflege) (67 Einzelzimmer, 47 Mehrpersonenzimmer)

6 Wohnbereiche (mit je einem gemeinsamen Ess- und Aufenthaltsbereich samt Schwesternstützpunkt)

Pflegeformen: Langzeit-, Kurzzeit- und Tagespflege, Rehabilitative Übergangspflege, Sonderpflegeformen, Demenzbetreuung (integriert sowie eigener Bereich)

Raumangebot: Großes Foyer mit Kaffeehaus und Galerie, Therapieräume, Kapelle, Friseur/Fußpflege; großer Garten/Therapiegarten; Kleinmöbel mitbringen erlaubt

Haus H

Standortgemeinde: 7.400 EinwohnerInnen, Wiener-Umland

Gebäude erbaut: 1905, Umbau: 1988, 1997, 2002, 2009

Struktur: Hauptgebäude (1905), Zubauten mit dreigliedrigen, fingerförmigen Gebäudeteilen (Pflege; psychosoziale Betreuung); geplanter Neu- und Umbau 2019-2022

Lage: kaum nahegelegene Infrastruktur; lediglich Tankstelle mit Einkaufsmöglichkeit fußläufig erreichbar

Pflege- und Betreuungsplätze: 134 (105 Pflege)

(41 Einzelzimmer, 35 Mehrpersonenzimmer)

4 Wohnbereiche (mit je einem gemeinsamen Ess- und Aufenthaltsbereich samt Schwesternstützpunkt)

Pflegeformen: Langzeit-, Kurzzeit- und Tagespflege; Psychosoziale Betreuung; Demenzbetreuung (integriert sowie eigener Bereich)

Raumangebot: Therapieräume, Veranstaltungssaal, Kaffeehaus, Kapelle, Friseur/Fußpflege; großer Garten/Therapiegarten; Kleinmöbel mitbringen erlaubt

Abbildung 10: Eckdaten der ausgewählten Häuser A und H

Darüber hinausgehende institutionelle Gegebenheiten (z. B. Raum- und Funktionsprogramm), die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Räume (Ausstattung, funktionale Nutzung etc.) und die Perspektive der MitarbeiterInnen (z. B. für psychosoziales Klima) wurden ausschließlich aus den Daten der Bewohnerinterviews rekonstruiert und sollten nicht gesondert erfasst werden.

Um InterviewpartnerInnen zu gewinnen, fanden in beiden Häusern ausführliche Vorgespräche mit den Direktorinnen bzw. der Pflege- und Betreuungsleiterin statt. Aus ethischen Überlegungen sollten nur Personen in die Forschung einbezogen werden, die keine oder nur geringe kognitive Einschränkungen aufweisen (Ausschlusskriterien). Die zu Interviewenden sollten, neben der Bereitschaft zum Interview, aber Interesse am Thema „Wohnen“ zeigen bzw. über Erfahrungen und Wünsche zu ihrem Wohnumfeld berichten können (Einschlusskriterien). Insofern erfolgte die Auswahl der (ersten) Teilnehmenden einerseits im Sinne der qualitativen Forschung als nützlich, angemessen und kriterienbezogen (vgl. Mayer 2015, S. 331ff); andererseits fand im weiteren zyklischen Verlauf der Arbeit ein theoretical Sampling statt. Theoretical Sampling nach Glaser & Strauss (1967) ist die systematische Suche nach Vergleichsgruppen, wobei die Ergebnisse der Auswertung der ersten Interviews die theoretische Information für die Auswahl weiterer Teilnehmenden liefert (vgl. Mayer 2015, S. 332). Dadurch kann die Gefahr „einseitiger Fälle“ (vgl. Kelle & Kluge 1999, S. 46) vermieden werden; nach Glaser & Strauss (1967) wird diese Vorgehensweise die „Minimierung“ und „Maximierung“ von Unterschieden genannt. „Der Prozess des theoretical sampling wird dann beendet, wenn eine ‚theoretische Sättigung‘ erreicht ist, d.h. wenn keine theoretisch relevanten Ähnlichkeiten und Unterschiede mehr im Datenmaterial entdeckt werden können“ (Kelle & Kluge 1999, S. 46). Dies wiederum verlangt die „Gleichzeitigkeit von Datensammlung, Kodierung und Analyse“ (Witzel 1982, S. 80).

Die Häuser A und H nahmen insofern (notwendigerweise) Einfluss auf die Auswahl der InterviewpartnerInnen, als sie die definierten Aus- und Einschlusskriterien beurteilten bzw. interpretierten und den Kontakt zu den BewohnerInnen herstellten. Auf diese Weise konnten insgesamt sieben BewohnerInnen, vier Personen im Haus A und drei Personen im Haus H, erreicht werden. Sechs der Befragten sind gebürtige NiederösterreicherInnen, eine Frau lebte früher in Wien. Insgesamt waren es fünf Frauen und zwei Männer. Selbst bei einem nur kleinen Sample geht die qualitative Forschung davon aus, dass „das Allgemeine bereits in den Einzelfällen beinhaltet ist“ (vgl. Schütze 1983) und für Interventionen von Nutzen sein kann (vgl. Kelle et al. 2014, S. 202). Sechs der Interviews fanden im jeweiligen Bewohnerzimmer, ein Interview in einer ruhigen Sitzecke (im Erdgeschoss Haus H) statt. Die Gesprächssituation war ungestört und angenehm, die Befragten zeigten durchwegs großes Interesse am Thema.

Nachstehende Tabelle (Abbildung 11) gibt einen genauen Überblick über soziodemografische und weitere Daten (Geschlecht, Alter, Ein- oder Doppelzimmer, Pflegestufe, Wohndauer im Haus, Familienstand und benötigte Hilfsmittel/Mobilität; die Angaben zum erlernten Beruf/Bildung bzw. zum zuletzt ausgeübten Beruf sind aus Gründen der Anonymisierung sinngemäß verfremdet) der in das Sample und die Auswertung einbezogenen BewohnerInnen.

Code	Geschlecht	Alter	Zimmer	Pflegestufe	Im Haus seit	Familienstand	Hilfsmittel	Erlerner/zuletzt ausgeübter Beruf
IA-1	Mann	92	EZ	4	7 Monate	geschieden	Stock/Rollator	Kraftfahrer
IA-2	Frau	89	EZ	5	27 Monate	verwitwet	Rollator	Hauswirtschaft
IA-3	Frau	90	DZ	5	8 Monate	verwitwet	Rollstuhl	Angestellte
IA-4	Mann	62	EZ	4	19 Monate	verheiratet	Rollstuhl	Bediensteter
IH-1	Frau	90	EZ	4	8 Monate	verwitwet	Rollator	Hauswirtschaft
IH-2	Frau	77	EZ	4	10 Monate	ledig	Rollstuhl	Fachkraft
IH-3	Frau	86	EZ	4	34 Monate	verwitwet	Rollator	Hauswirtschaft

Abbildung 11: Sampleübersicht – interviewte BewohnerInnen (Haus A und Haus H)

Das Spektrum der befragten BewohnerInnen reicht von:

- Lebensalter: 62 (Fallkontrastierung) bzw. 77 bis 92 Jahre
- Wohnform: 1 Doppelzimmer, sonst Einbettzimmer
- Pflegestufe: Stufe 4 bis Stufe 5
- In der Einrichtung seit: 7 bis 34 Monate
- Überall Mobilitätseinschränkungen: Gehstock bis Rollstuhl
- Familienstand: ledig/verheiratet/geschieden bis verwitwet
- Erlerner/ausgeübter Beruf: Hauswirtschaft bis Bediensteter (leitende Position)

5.1.3 Auswertung

Die Interview-Transkripte wurden in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet. Diese Methode ist nach Mayring (2008, S. 20) „das einzige Verfahren der qualitativen Textanalyse, das sich frühzeitig und konsequent vom Ursprungstext trennt und versucht die Informationsfülle systematisch zu reduzieren“. Die Komplexität der Informationen kann dadurch bearbeitet werden, eine Strukturierung der Inhalte entlang der Fragestellungen ist möglich und diese Methode ist „am Verstehen orientiert“ (Gläser & Laudel 2010, S. 198). Gewählt wurde eine Kombination aus zusammenfassender und strukturierter Inhaltsanalyse. Witzel (1982) fasst das qualitative Auswertungsverfahren so zusammen: „Nach der Satz-für-Satz-Interpretation der Einzelinterviews, die dem Prozess der Gesprächsentwicklung adäquat sind und dem Einzelfall gerecht werden soll, gilt es (...) zu einer komprimierteren Form der Ergebnisse zu gelangen und interindividuelle Gesichtspunkte in den Vordergrund zu stellen (...). Für eine allgemeinere problemzentrierte Darstellung (...) eignet sich eher die vergleichende Systematisierung, die möglichst vollständig alle für die zu untersuchende Problematik relevanten Bedingungen und Aspekte erfasst. Sie zielt auf die allgemeinere Ebene kollektiver Deutungsmuster mit ihren einzelnen Varianten“ (S. 112). Basis der Auswertung in dieser Arbeit ist ein Schema von Kategorien, das deduktiv aus Forschungsfragen und Forschungsstand abgeleitet ist und induktiv aus dem Datenmaterial ergänzt bzw. erweitert wurde. Die Auswertung der Interviews erfolgte zunächst fallweise (offenes Kodieren) und dann fallvergleichend (Dimensionalisierung, Bildung von Subkategorien), um das gesamte „empirische Spektrum zu erschließen, das von den anfangs festgelegten Kodierkategorien aufgespannt wird, und diese damit zu konkretisieren bzw. empirisch anzureichern“ (Kelle & Kluge 1999, S. 68). Die Ergebnisse werden in den nachfolgenden Kapiteln entlang des iterativ gebildeten Kategoriensystems (Pkt. 5.2), samt „Ankerbeispielen“ (Zitate aus dem Datenmaterial in anonymisierter Form), zusammenfassend dargestellt und interpretiert.

5.1.4 Ethische Überlegungen

Wie in Pkt. 5.1.2 dargelegt, wurden nur Personen ohne kognitive Einschränkungen in den Forschungsprozess einbezogen; die Methoden wurden angemessen ausgewählt, der Interviewleitfaden wurde vorab getestet und immer wieder reflektiert, um die Teilnehmenden nicht zu überfordern. Die Teilnahme erfolgte nach ausführlicher Information und freiwillig (Informed Consent), Anonymität wurde zugesichert.

5.2 ERGEBNISDARSTELLUNG – KATEGORIENSYSTEM

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der Auswertung der aus den Bewohnerinterviews gewonnenen Daten dargestellt. Die Gliederung erfolgt weitgehend entlang der Themenblöcke des Interviewleitfadens, wie unter Pkt. 5.1.1 beschrieben. Die Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen werden in den Dimensionen „Leben in Privatheit – das eigene Zimmer“, „Leben in Gemeinschaft – der Wohnbereich“ und „Leben in (Teil)Öffentlichkeit – die Wohnumwelt“, angelehnt an das „4-Sphären-Architektur-Prinzip“ des Landes NÖ (Land NÖ 2015; Pkt. 2.2.4), betrachtet. Bei diesen drei Kategorien geht es um die aktuelle Wohnsituation, die Wohnumwelt, die räumlich-soziale Alltagsrealität sowie um Nutzungspotenziale und Nutzungshemmnisse. Die Kategorie „Lebensstrategien & Selbstbewertung des Wohnens“ umfasst die Äußerungen der Befragten zum Umgang mit dem Leben im Heim (Bewältigungsstrategien) und deren subjektive Einschätzung der aktuellen Wohnsituation anhand von „Wohnsprüchen“. Festzuhalten ist, dass es zwischen diesen Dimensionen zahlreiche Verflechtungen und Interdependenzen gibt; dennoch war ein ordnendes Kategoriensystem (Abbildung 12) zu finden. Die erste und einleitende Kategorie widmet sich dem „Stellenwert von Wohnen in der Pflege“.

Stellenwert von „Wohnen“ in der Pflege (Pkt. 5.3)

Leben in Privatheit – das eigene Zimmer (Pkt. 5.4)

- Wunsch nach eigenem Zimmer
- Wunsch nach individuellen Freiflächen und mehr Stauraum
- Wunsch nach Vertrautheit und gestalterischen Freiräumen
- Wunsch nach Häuslichkeit und Nützlichkeit
- Wunsch nach multifunktionaler Nutzung
- Wunsch nach Privatsphäre, Sicherheit und Kontrolle

Leben in Gemeinschaft – der Wohnbereich (Pkt. 5.5)

- Wunsch nach gewohntem Alltag und Aufgaben
- Wunsch nach Wahlmöglichkeiten
- Wunsch nach gewohntem Tagesrhythmus
- Wunsch nach Austausch und Abgrenzung

Leben in (Teil)Öffentlichkeit – die Wohnumwelt (Pkt. 5.6)

- Barrierefreiheit und Wunsch nach innerhäuslicher Mobilität
- Wunsch nach Abwechslung und schöner Aussicht
- Wunsch nach „attraktiven“ Aktivitäten und Unterhaltung
- Wunsch nach Draußen zu kommen

Lebensstrategien & Selbstbewertung des „Wohnens“ (Pkt. 5.7)

Abbildung 12: Überblick Kategoriensystem

5.3 STELLENWERT VON „WOHNEN“ IN DER PFLEGE

Ist „Wohnen“ aus Sicht der BewohnerInnen ein Thema in der Pflege? Möglicherweise findet mit dem Eintritt schwerer Pflegebedürftigkeit, nach Erkrankung, Krankenhausaufenthalt etc. eine Verschiebung der Präferenzen in Richtung Pflege und Betreuung statt. Professionelle Pflege und die Sicherheit diese zu erhalten, die Hauptgründe für den – sehr späten gesundheitsbezogenen („third move“ nach Litwak & Longino 1987) – Umzug in eine Pflegeeinrichtung, rücken auf den ersten Blick in den Vordergrund. Dies erklärt vielleicht, warum die meisten der befragten BewohnerInnen zu Beginn des Interviews ihre allgemeine Zufriedenheit – eher wohl im Sinne von „Akzeptanz“ (lediglich „Akzeptanzforschung“; vgl. Kromrey 2001, S. 127) – mit ihrer aktuellen Wohn- und Lebenssituation im jeweiligen Haus ausdrücken.

Die BewohnerInnen fühlen sich in „ihrem“ Haus freundlich aufgenommen, gut aufgehoben und sind sehr zufrieden. Hilfe kommt rasch, alles ist sauber. Ein Bewohner assoziiert in Bezug auf die Größe des Hauses spontan mit „fast wie ein Hotel“.

„Alle hier sind sehr freundlich, sehr bemüht, alles ist sehr sauber, das ist auch wichtig; wenn man läutet, kommt gleich wer, das ist auch sehr wichtig“ (IA-3/7-8).

„Ich bin hier gut aufgehoben, ich fühle mich pudelwohl; das Haus ist so groß, fast wie ein Hotel ... und schön ist das Haus“ (IA-1/6-7). Und: „Ich fühle mich sehr, sehr wohl; das Personal hat viel Arbeit, aber sie sind sehr nett, recht nett, sehr aufmerksam“ (IA-1/12-14).

„Im Großen und Ganzen bin ich sehr zufrieden; man hört ja so vieles über Pflegeheime, es ist nicht immer schön, was man da hört“ (IH-1/85-87).

Man ist erleichtert, jetzt einen sicheren Pflegeplatz, Hilfe oder ein Einzelzimmer zu haben. Oder auch, dass es gesundheitlich (z. B. nach Aufenthalt in Rehaklinik) wieder aufwärts geht, auch wenn man im jüngeren Lebensalter (62 Jahre) weder erwartet noch geplant hat (eher verdrängt, jedenfalls der „falsche“ Zeitpunkt), „je in ein Pflegeheim zu kommen“. Der gute Ruf eines Hauses bestätigt die (meist unfreiwillige) Entscheidung und gibt zusätzlich Sicherheit.

„Früher hatte ich ein großes Haus, das hab ich verkauft [...] ein Jahr [nach Fahrradsturz mit Oberschenkelhalsbruch] hab ich alleine zu Hause gewohnt, ein Stockhaus, das war mir schon zu viel, eine Belastung“ (IA-1/14-17).

„Nach dem Krankenhaus war ich zwei Wochen hier in Pflege [Kurzzeitpflege], in einem Mehrbettzimmer, dann ist auch schon rasch das Einzelzimmer frei geworden“ (IH-2/23-25).

Nach der Rehab (Mann, 62 Jahre alt): *„Ich bin froh, dass ich in diesem Haus sein kann, hat nur den besten Ruf [...]. Ich hätte mir nie gedacht, je in ein Pflegeheim zu kommen [...]. Ich bin sehr zufrieden [...]. die sind hier im Haus spitzenmäßig unterwegs“ (IA-4/7-8; 11; 92-94).*

Bei einem Bewohner ist die Freude so groß, dass er jedenfalls im Heim wohnen bleiben möchte.

„Vor einigen Tagen war der Bürgermeister im Haus ... Er hat mich gefragt, wie es mir geht und ich hab gesagt: mir geht es sehr gut, ich werde 100 Jahre in diesem Haus, wenn ich es erlebe [lacht]; das war ein Witz, aber es stimmt schon auch“ (IA-1/89-92).

Die Eingewöhnung in die neue Umgebung braucht Zeit, „über die man drüber kommen muss“, und löst auch Verlustgefühle („Heimweh“) aus. Die Aufgabe bisheriger räumlicher Kontinuität (nach etwa langer Wohndauer im eigenen Haus, der vertrauten Umgebung) und das Risiko der Veränderung bisheriger sozialer Kontakte sind in der Literatur (vgl. Claßen et al. 2014, S. 54ff) beschriebene Ängste von Betroffenen vor dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung. Rückblickend scheint man froh, auch ein wenig stolz zu sein, diese Phase der Anpassung (selbst) gemeistert bzw. gut bewältigt zu haben. Das Gefühl der Sicherheit, zu wissen „da ist wer da“, hat Bedeutung und relativiert die Notwendigkeit sich mit der neuen Lebenssituation zu arrangieren.

„Zwei bis drei Monate sicher. Man muss schau'n, dass man da irgendwie drüber kommt“ (IA-3/119-120).

„Am Anfang hatte ich schon Heimweh. Aber man gewöhnt sich; zirka ein halbes Jahr, über den Winter [Aufnahme im Oktober], das Heimweh ist dann abgeflaut, man gewöhnt sich [...]. Man weiß, da ist wer da, das ist schon viel wert, das ist sehr wichtig“ (IA-2/89-92).

„Ich bin froh, dass ich in H sein kann, das ist ja ein P f l e g e h e i m; in X [Heimatstadt] gibt es ja nur eine, sie nennen das Seniorenresidenz. Ich brauche aber Pflege“ (IH-2/21-23).

Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung kann aber auch eine bewusste und freiwillige Entscheidung sein, wie das Beispiel einer Frau (86) zeigt, die nach der Augenoperation auf einem Auge erblindet ist und für die das Haus H ein neues, vertrautes Zuhause geworden ist. Das Erfordernis von Hilfe und einer zumindest schwellenfreien Umgebung könnte sich in diesem Fall als Motiv bzw. als „Pull-Faktor“ (vgl. Haas & Serow 1993) für den Umzug ins Heim erwiesen haben.

„Ich habe schon im Krankenhaus zu meiner Tochter gesagt, dass ich ins Heim möchte; ich bin dann vom Krankenhaus direkt ins Heim gekommen; ich will nicht allein zu Haus sein“ (IH-3/45-47). Und: „Ich bin vertraut mit allem, ich kenne die Gegebenheiten im Haus [...]. Es ist für mich ein neues Zuhause geworden, alles ist vertraut, ich fühl mich wohl“ (IH-3/20; 139).

Dass der Eintritt in eine (anfangs) fremde Umgebung – hier im räumlich-materiellen Sinne – ein kritisches Ereignis (vgl. Filipp & Aymanns 2010) sein kann, veranschaulicht das Beispiel eines ebenfalls stark sehbeeinträchtigten Bewohners (92 Jahre alt), der sich seine „neue“ Umwelt mit viel Disziplin (= Kompetenz) – durchaus im Sinne des „Person-Environment-Fit“-Modells (vgl.

Lawton 1989) – erst aneignen musste. Dass er dabei „keine Probleme machen“ wollte, steht für ein in dieser Alterskohorte häufig anzutreffendes Phänomen, nämlich niemandem zur Last fallen zu wollen. Diese Haltung zeigt möglicherweise eine hohe internale Kontrollüberzeugung oder den Wunsch nach Autonomie auf; dahinter könnte sich ebenso ein sozialnormatives Verhalten verbergen (mehr dazu im Pkt. 5.7 „Lebensstrategien“). „Selbstbestimmung bei pflegebedürftigen Menschen bedeutet praktisch vor allem, dass sie die nötige Unterstützung bekommen, um selbstbestimmt leben zu können“ (Heusinger et al. 2015, S. 79). Auf die Rolle eines guten Aufnahmemanagements, um derartige „Risiken“ abzufedern, sei an dieser Stelle hingewiesen.

„Anfangs hab ich große Sorgen gehabt, weil ich ja sehr, sehr schlecht sehe, wegen der Aufzüge und Treppen, jetzt passt es für mich; man will ja keine Probleme machen“ (IA-1/108-110).

Die Entfernung zum bisherigen Wohnort der Befragten kann jedenfalls für Angehörige bzw. die Besuchsfrequenz von großer Bedeutung sein. Die Aussage einer Bewohnerin „mehr verlange ich nicht“ könnte als Appell bzw. beeinflussende Aufforderung nach mehr Besuch verstanden werden. Die Herkunft der BewohnerInnen hat auch Einfluss auf die Entwicklung einer „neuen“ Ortsidentität und auf die in den letzten Jahren verstärkt diskutierte „Sozialraumorientierung in der stationären Altenhilfe“ (vgl. Bleck et al. 2018, S. 226ff), weil das „Kennenlernen“ der neuen Umgebung, um diese auch nutzen oder an ihr teilhaben zu können, viel Information und Begleitung der BewohnerInnen durch die Institution selbst (Personal, Ehrenamtliche) braucht.

„Davor war ich zwei Wochen in X [anderes Heim in NÖ]; das war aber für meinen Sohn und meine Schwiegertochter zu weit, 2,5 Stunden aus Wien; jetzt bin ich in A, das ist besser“ (IA-3/4-7).

„Meine Nachbarin kommt alle zwei Wochen, mehr verlange ich nicht, es ist schon weit“ (IH-1/80-81).

„Meine Frau kommt abends, sie muss tagsüber auf die Enkelkinder aufpassen [...] bin auch aus A [...] ich hab das Haus gekannt“ (IA-4/69-70; 8; 10).

5.4 LEBEN IN PRIVATHEIT – DAS EIGENE ZIMMER

Die eigene Wohnung wird im Alter nicht nur zum zentralen Lebensraum, sondern gewinnt als „exklusiver Handlungs-, Wahrnehmungs- und Gefühlsraum“ (Saup 1999, S. 49) an Bedeutung. In einer Pflegeeinrichtung kommt primär dem eigenen Zimmer diese (multidimensionale) Funktion zu (vgl. Saup 1993, S. 18). Das Verfügen und die Kontrolle über einen eigenen (abgegrenzten) Raum sind die Basis für das Erleben von Privatheit, was im Pflegesetting besonderen Schutz und entsprechender Strukturen braucht. Privatheit fördert Identität und ist ein Prozess der sozialen

Regulation zwischen Alleinsein und Zusammensein (vgl. Flade 1987; Altman 1977). Ist diese Regulation bzw. der gewünschte Grad an Privatheit nicht möglich, entsteht Stress (vgl. Radzey 2009); bei zu wenig Raum oder zu vielen Personen kann es zu einem Gefühl der räumlichen oder sozialen Beengtheit und Dichte kommen (vgl. „Crowding“, vgl. Hellbrück & Kals 2012).

5.4.1 Wunsch nach eigenem Zimmer

Die Präferenz bei allen befragten BewohnerInnen liegt erwartungsgemäß beim Einzelzimmer, das als ein höchstpersönliches Territorium (die „Wohnung“, „Das ist meins“) geschätzt wird und eine geschützte (stressfreie) Privatheit und Ruhe vermittelt. Der Hinweis einer Bewohnerin „Das ist meins“ könnte sowohl in Richtung Person-Raum-Einheit („Umweltidentität“, vgl. z. B. Proshansky et al. 1983) als auch in Richtung Raum-Verteidigung gegenüber Dritten verstanden werden, die Datenlage lässt hier keine eindeutige Interpretation zu. Eine andere Bewohnerin spricht einen ganz wesentlichen Aspekt der Privatsphäre an, nämlich nicht, wie im Krankenhaus, mit Sterben und Tod anderer Personen im Zimmer konfrontiert zu werden (vgl. auch Lang et al. 2008, S. 20ff).

„Zuerst war ich auf Pflege X, in einem Doppelzimmer; jetzt bin ich hier im Einzelzimmer, ich bin sehr dankbar, dass die Frau Direktor es möglich gemacht hat“ (IA-1/3-5). Und: „Vor der Wohnung (!) gibt es einen Balkon ...“ (IA-1/37-38).

„Das Zimmer, das ist meins“ (IA-2/38).

„Für mich ist es das Wichtigste, dass ich ein eigenes Zimmer für mich alleine habe; in Doppelzimmern ist keine Ruhe in der Nacht, das war mir ganz wichtig“ (IH-2/25-26). Und: „Im Krankenhaus das war eine harte Zeit, drei Leute sind neben mir im Zimmer gestorben [...] das Zimmer alleine zu haben, das ist was wert“ (IH-2/106-107).

Eine Bewohnerin, die tagsüber viel im Haus unterwegs ist, räumt jedoch ein, dass ihr auch ein Mehrbettzimmer „nichts ausmachen“ würde, das Zimmer dient ihr primär zur Regeneration.

„Ein Einzelzimmer ist schon besser, mir macht das nichts aus; manche wollen auch ein Mehrbettzimmer, dann haben sie jemanden zum Plaudern; ich bin ja nur im Zimmer zum Schlafen, Fernsehen, Ausrasten, sonst meist [...] im Haus unterwegs“ (IH-3/7-10).

Im Doppelzimmer findet „geteiltes Wohnen“ statt. Was Umweltstress (etwa keine Ruhe in der Nacht) aber genauso bedeuten kann, sich um eine andere Person ein bisschen kümmern zu können oder unter Umständen eine zusätzliche wichtige Ansprechperson zu finden.

„Meine Zimmernachbarin leidet an Alzheimer, ich kann nicht mit ihr sprechen; ihre Tochter besucht sie täglich, da hab ich auch jemanden, mit dem ich plaudern kann [...] sonst ist sie ruhig; nachts ist sie manchmal unruhig, da läute ich auch [...], sonst schlaf ich eigentlich gut; manchmal

geh ich zu ihr rüber, schaue nach ihr, streiche ihr über die Wange“ (IA-3/23-29). Und: „Ja, [in ein Einzelzimmer], wenn geht“ (IA-3/32).

Forschungsergebnisse zu Einzel- versus Doppelzimmer haben im Wesentlichen ergeben, dass jeweils der Grad der Selbstbestimmung und Wahlfreiheit entscheidend ist. Die Lebensqualität im Doppelzimmer hängt von der Beziehung zu den MitbewohnerInnen ab (vgl. Lang et al. 2008). In Bezug auf Demenz hat sich gezeigt, dass bei mehr Privatheit und Personalisierung Angstzustände und Aggressionen seltener auftreten (vgl. Zeisel et al. 2003) und dass BewohnerInnen nach dem Umzug in ein Einzelzimmer sich dort deutlich mehr aufhalten und ein besseres Schlafverhalten zeigen (vgl. Morgan & Stewart 1998).

5.4.2 Wunsch nach individuellen Freiflächen und mehr Stauraum

Nicht immer entsprechen Größe und Ausstattung den persönlichen Wünschen. Für die Bewohnerin (90 Jahre) im Doppelzimmer ist dieses eher spartanisch, sie spricht von zu wenig Stauraum in den Kästen, hebt aber positiv hervor, dass „das Badezimmer passt“, wohl weil es nur von ihr benutzt wird. Der Balkon hingegen, als zusätzliche individuelle Freifläche, wird als großer Zugewinn empfunden. Er hilft Einschränkungen durch Zimmergröße bzw. -nutzung zu kompensieren, im Vergleich zu den „bevorzugten“ Einzelzimmern zu relativieren.

„Ich hab das Bett, das Nachtkästchen, oben was zum Reinlegen, die zwei Kästchen hier mit Radio, Fernseher; in den Wandschränken haben die Schwestern die Bettwäsche oder so; man hat ja nicht viel persönliche Kleidung“ (IA-3/78-80). Und: „Das Badezimmer passt; und [zur Ausstattung] haben sie halt nicht mehr Geld gehabt“ (IA-3/92-93).

Und weiter: *„Der Balkon ist was wert, da sitze ich draußen, wenn das Wetter schön ist; nicht jedes Zimmer hat so einen Balkon; der Pfleger X hat gesagt, ‚das ist das schönste Zimmer im Haus‘; da kann man auch mit Besuch raus, in Ruhe plaudern“ (IA-3/64-67).*

Der Wunsch nach mehr bzw. adäquatem Stauraum wird auch im Einzelzimmer angesprochen.

„Das Zimmer könnte etwas größer sein; ein Kasten mehr, mehr Stauraum; wir haben nur was zum Hängen und Legen; auch bei den niedrigen Kästchen mehr Stauraum“ (IH-2/110-111).

„Ich habe mir extra einen niedrigen Kasten ins Zimmer gestellt, den hab ich vom Hausmeister; ich komm mit den Armen nicht mehr so weit hinauf“ (IH-3/146-147).

Aber auch Gegenteiliges ist möglich, etwa wenn ein Bewohner (62 Jahre, Rollstuhlfahrer; Bett an der Wand) im Einzelzimmer, wohl ein Indiz für Vereinsamung, meint:

„Ja, manchmal ist mir das Zimmer sogar zu groß“ (IA-4/42).

Das Raum- und Funktionsprogramm des Landes NÖ nach Wohngruppenprinzip (vgl. Land NÖ 2016) sieht im Einzelzimmer 22 m² (inklusive Vorzone 4,5m²) und im Doppelzimmer 29 m² (samt Vorzone 5-7 m²) und ein Bad mit je 4,8 m² vor; es liegt damit etwas über den Empfehlungen z. B. in Deutschland/DIN 18025 (vgl. Marx 2012, S. 565). Das Bewohnerzimmer sollte durch Größe und/oder Grundriss eine individuelle Gestaltung (Teilmöblierung mit privaten Gegenständen etc.) und eine vielfältige Nutzung unterstützen. In der Regel führt zu viel an Privatheit zu sozialer Vereinsamung, zu wenig zum Gefühl von Beengtheit (vgl. Altman 1975). In der Mehrzahl der Fälle werden beim Einzug die vom Haus zur Verfügung gestellten Möbel übernommen und lediglich mit kleineren Einzelteilen und persönlichen Gegenständen (vornehmlich sind es Bilder) ergänzt; kommt man direkt aus dem Krankenhaus lässt man sich die wichtigsten Dinge nachbringen.

„Die zwei großen Bilder da, die sind von meiner Mutter; dort auf dem Foto das sind meine Eltern, noch ein Bild von meiner Mutter“ (IA-1/20-21).

„Ja, Wäsche, Kleidung hab ich mir bringen lassen. Und die Sachen da [Bilder und Ziergegenstände auf Kommoden und Bücherbord]; die meisten Sachen sind Geschenke, die mir gebracht wurden“ (IH-2/28-30).

5.4.3 Wunsch nach Vertrautheit und gestalterischen Freiräumen

Größere gestalterische Freiräume, ob von der Einrichtung eingeräumt und/oder von den BewohnerInnen gefordert, können in großem Ausmaß zur Kontinuität der persönlichen Wohnkultur, dem Erleben von Identität und Vertrautheit beitragen (vgl. Saup 1999, S. 50) und auch dazu, sich schneller „heimelig“ oder „daheim“ zu fühlen. Diesem Aspekt sollte bei der künftigen Konzeption von Bewohnerzimmern ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. Eine durch eine fixe Voll- bis Teilmöblierung „erzwungene“ Anpassung (die dann im Einzelfall doch zu wenig Stauraum bietet) unterstützt nicht nur eine resignative Verhaltensweise, sondern könnte im Sinne der Umwelt-Kongruenz-Theorie mangels „dosierter Diskrepanz“ (Kahana 1982) schlichtweg zu einer Unterforderung (Desinteresse) der Person führen und dem subjektiven Wohlbefinden abträglich sein. Sich die Umwelt zu eigen zu machen, bezieht sich im institutionellen Setting gerade auch auf „weiche“ Wohnfaktoren, etwa das eigene Zimmer mit vertrauten Gegenständen und Objekten zu personalisieren, was wiederum Wohnlichkeit und (Orts)Identität fördern kann.

Das Zimmer selbst einzurichten macht auch stolz, dokumentiert den Wunsch nach vertrauter Häuslichkeit und gewünschter Proaktivität, zeugt aber auch von Durchsetzungsvermögen. Dass „man es im Zentrum seines persönlichen Lebens schön haben möchte“ (Flade 1987, S. 61) hilft

dabei, sich heimisch zu fühlen und ist eine Möglichkeit zur Selbstentfaltung. Nach Bollnow (2010) definiert sich Wohnlichkeit über die Kreativität und den Gestaltungswillen der Person.

„Den Sessel [Lesestuhl] hab ich von zu Hause mitgenommen und ich habe viel Platz für Bilder [...], die Deckerl hab ich alle selbst gehäkelt, ich mache gerade wieder eines [...]. Das hab ich alles selbst gemacht, so eingerichtet; zu Hause hatte ich noch viel mehr Puppen; die hab ich dort [am Bord] hingesezt; ich dekoriere auch, zum Beispiel zu Weihnachten“ (IA-2/9-13; 33-35). Ebenso: „Mein Bett m u s s an der Wand sein, da hab ich auch mehr Platz im Zimmer, das ist gemütlicher; vor einiger Zeit haben sie da was am Fußboden repariert und mir das Bett in die Mitte gestellt ... ich hab dann gesagt, das Bett muss an die Wand“ (IA-2/41-43).

„Die Kasterl sind von mir, die hab ich mitgebracht, die Vorhänge und die Bilder. Die Vorhänge, die grünen, haben wir neu genäht, das war früher eine Bettdecke von mir [...]; die Nachbarin hat sie für mich genäht; ich hab die Heimleitung gefragt, ob ich meine Vorhänge mitnehmen kann, die haben sich gefreut, das war kein Problem. [...] Die vielen Bilder sind Andenken, Fotos von Urlaube, von Verwandten [...] der Hausmeister hat das alles aufgemacht [...]. Ich hab da noch meinen kleinen Kühlschrank, einen Wasserkocher“ (IH-1/3-11; 17).

Der Wunsch nach Vertrautheit reicht bis zu ganz persönlichen Dingen (Intimsphäre).

„Ich hab auch mein eigenes Bettzeug, das hab ich mitgebracht“ (IH-1/17-18).

Als Aspekte von Wohnkomfort, Wohnkultur und Wohnatmosphäre können ein angenehmer Duft (aus bisheriger Gewohnheit oder für ein besseres Raumklima), Blumen oder ein großer Zimmerspiegel wichtig sein. Aber auch Basteleien von Schulkindern, die zu Besuch kommen.

„Ich habe dort zwei Duftfläschchen [...] und mein Parfum, ich dufte mich jeden Tag damit ein, und dann riecht es wohl auch im Raum“ (IA-2/48-50). Ebenso (Mann): „Ja, mehr Duft wäre auch gut, einen Raumbelüfter hab ich“ (IA-4/26-27).

„Ja, ich habe da [bei Zimmertür] den Spiegel und meine Jacken hängen zum Rausgehen, da schau ich immer kurz einen Blick hinein bevor ist raus gehe“ (IA-2/119-120).

„Blumen mag ich gerne, überhaupt die Natur; ja, Blumen und Tiere [...] der Blumenstrauß ist von einer Ehrenamtlichen, zu meinem Geburtstag“ (IH-2/34-36).

„Ich hab auch viele Vasen und Blumen [...], am Fenster das [Weihnachtsbäumchen] haben die Kinder gebastelt, ich hänge mir das auf“ (IH-1/26-27).

Zu den Wünschen zählen ebenso große Fenster zum Rausschauen oder Lüften und viel Sonne.

Frau [77, Rollstuhl vor dem Fenster]: *„Und große Fenster, das ist wichtig“ (IH-2/114).*

„Die Fenster zum Lüften, das ist gut“ (IA-3/89).

„Den ganzen Tag hab ich Sonne, es ist sehr sonnig, die Fenster hab ich immer gekippt; auch jetzt im Winter“ (IH-3/110-112).

5.4.4 Wunsch nach Häuslichkeit und Nützlichkeit

Der Wunsch nach Nützlichkeit, vertrauter Häuslichkeit, Aktivität und damit Erhalt der eigenen Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zeigt sich beispielsweise im selber Bettenmachen, im gelegentlichen Abservieren von Essgeschirr, auch wenn das vom Personal nicht in jedem Fall gerne gesehen wird. Oder man hilft den Schwestern durch das Rauslegen der Kleidung und lässt sich per Versand Dinge ins Haus schicken. In der Literatur sind Beobachtungen belegt, dass HeimbewohnerInnen gerne als nützlich bewertete Tätigkeiten ausüben (vgl. Seibold 2011).

„Manchmal mach ich auch selber das Bett, die Schwestern schimpfen dann, das hab ich auch im Krieg [...] und früher so gemacht“ (IA-1/22-24).

„Das Bett mache ich mir selbst, mir brauchen sie gar nichts machen“ (IH-3/57-58).

„Manchmal bring ich mit dem Rollator das leere Geschirr raus, Bewegung machen, da ist nichts dabei“ (IH-1/77-78). Und: „Ich lass mir auch viel schicken, Süßigkeiten [...]. Ich sehe das im Fernsehen, ich ruf dort an, die schicken das dann; hab ich auch früher gemacht“ (IH-1/21-24).

„Die Kleidung wird von mir hergerichtet [...] ich helfe den Schwestern, wenn ich das Gewand raus lege; das Personal hat nicht viel Zeit“ (IH-1/66-67).

„Die Blumen versorge ich selbst“ (IA-2/36).

In diesen Aussagen finden sich einige Belege für „Wohnalltag“ (vgl. Saup 1993) bzw. Alltagsgestaltung auch im Pflegesetting und für typische verhaltensbezogene Aspekte des Wohnens. Nach Bradshaw et al. (2012) können angemessene Aktivitäten die Lebensqualität von BewohnerInnen durch Stärkung der Autonomie positiv beeinflussen. Eine (sinnvolle) Aufgabe zu haben oder gebraucht zu werden (z. B. die Blumen versorgen oder die eigene Kleidung zu verwalten) sind nicht nur vertraut-häusliche Tätigkeiten, sondern zeugen teilweise auch von Entscheidungsfreiheit (Dinge per Versand ins Heim schicken lassen) oder Mitwirkungsmöglichkeiten der Befragten („Ich helfe den Schwestern, wenn ich das Gewand raus lege“). Gleichzeitig treffen individuelle Wünsche aber auch auf institutionelle Regeln bzw. Normen oder eine (gut gemeinte) Vollversorgung, die beim täglichen Bettenmachen durch das Personal noch dazu als „Hotelleistung“ anmutet.

5.4.5 Wunsch nach multifunktionaler Nutzung

Im Vergleich zur Wohnsituation davor, bei der meist mehrere Räume für verschiedene Lebensbereiche zur Verfügung standen, wird das Bewohnerzimmer der dominierende Raum, der (qualitativ wie quantitativ) eine Fülle von Funktionen wie Schlafen, Wohnen, Essen, Fernsehen, Besuchs- und Arbeitszimmer etc. erfüllen muss und neben z. B. günstigen Lichtverhältnissen, eine

möglichst vielseitige Nutzung bieten sollte. Einige der Befragten essen auch im Zimmer, wie es ihrem ausdrücklichen Wunsch entspricht, der auch respektiert wird.

„Ja, ich esse im Zimmer, Frühstück, Mittagessen und Abendessen, das ist praktisch für mich; ich hab extra ein größeres Nachtkästchen mit ausklappbarem Teil“ (IH-2/38-39).

„Ja, Frühstück, Mittagessen, die Jause im Zimmer; das bringen sie mir“ (IH-1/31).

Von zentraler funktionaler Bedeutung, oftmals auch „Lieblingsplatz“, ist der Tisch, der für die unterschiedlichsten Aktivitäten (Zeitung lesen, Essen, Häkeln etc.) gebraucht wird, und (als kleiner quadratischer Besuchertisch im Haus A) schon mal zu klein werden kann.

„... Bilder-Puzzles legen, das hab ich auch früher zu Hause gemacht, Puzzle mit über 1.000 Teilchen, das geht hier nicht, da ist zu wenig Platz am Tisch“ (IA-3/16-18).

Der Tisch im Zimmer, der von zwei interviewten Frauen selbst für die Autorin im Sinne von „Gastfreundlichkeit“ oder Repräsentation nett gedeckt wurde. Besuche empfangen und GastgeberIn sein zu können, sind wichtige soziale Aspekte des Wohnerlebens (vgl. Oswald 1996; Oswald et al. 2000; siehe Pkt. 2.2.2) und sollten im Pflegesetting durch ein entsprechendes Raumangebot und die ungestörte (private) Möglichkeit dazu, berücksichtigt werden.

Auszug aus Feldnotiz [Haus A, 31.01.2018, Frau 89]: „Schön gedeckter Tisch für das Interview: Gläser, Mineralwasser, etwas Obst, eine Schale mit Zuckerln, kleine Vase mit Blumen (+ persönliche Dinge: Medikamente, Tageszeitung, Brille, Handy ...). Auf die Frage: Haben Sie das für mich so schön gedeckt? „Ja, das Mineralwasser hab ich extra für Sie besorgt ... und ein bisschen Obst“ (IA-2/2-3).

Auszug aus Feldnotiz [Haus A, 01.02.2018, Frau 90]: „Begrüßung: Setzen uns zum Tisch; sofort wird Mineralwasser, Tee oder Kaffee angeboten; auch ein bisschen Obst ...“.

Für künftige BewohnerInnen bzw. jüngere Kohorten wäre ein multifunktionales Möbelstück, das Tages-, Arbeits- und Leseplatz bzw. Schreibtisch sein kann, anzudenken, denn die Nutzung moderner Medien (Internet etc.) wird offensichtlich in Zukunft eine große Rolle spielen.

Bewohner (62 Jahre): „Da am Tisch, da hab ich einen großen TV-Bildschirm, mein e-Pad, ein Tablet, viele Spiele am Handy, den Internetanschluss hab ich mir selbst organisiert; die haben zwar WLAN im Haus, aber nicht in den Zimmern [...]. WLAN gehört ja heute dazu; ich bin da ein Freak. [...] Das was mir fehlt, ist eine Satelliten-Schüssel, da könnte ich mehr Kanäle sehen, früher hab ich 41 TV-Sender gehabt“ (IA-4/17-24; 27).

5.4.6 Wunsch nach Privatsphäre, Sicherheit und Kontrolle

Der Wunsch nach Rückzug und Privatsphäre, das Verfügen und die Kontrolle über den eigenen Raum, sind zentrale Anforderungen an moderne Pflegeeinrichtungen. Privatheit charakterisiert nach Altman (1975, 1977) den Prozess der Interaktionssuche und Vermeidung mit dem Ziel ein gewünschtes Maß an Kontakten und Intimität zu erreichen. Nach Flade (1987, S. 56) soll dabei Kontrolle über die Gegenpole „Alleinsein“ und „Zusammensein“ ausgeübt und eine ausgewogene Balance gefunden werden. „Home starts by bringing some space under control“ (Douglas 1991). Privatheit umfasst nach Westin (1967) bzw. Seidl & Walter (2002, S. 24) die vier Dimensionen: freiwilliges Alleinsein, Intimität, Anonymität und Diskretion.

Die BewohnerInnen wünschen sich für sich, ungestört und unbeobachtet zu sein; etwa dadurch, dass die Zimmertüren geschlossen sind.

„Ich mag nicht, wenn die Tür offen steht und jeder hereinschauen kann da zu uns, wo wir am Tisch sitzen ... ja im Sommer da machen wir die Tür auf und die Fenster, damit wir durchlüften können“ (IA-3/86-89).

Das Abschließen bzw. Versperren der eigenen Zimmertür wird auch unter dem Aspekt der Sicherheit und sehr unterschiedlich gesehen. Es gibt Befragte, die ihre Tür nicht (nie) versperren, (offensichtlich) keinen oder gerade nicht auffindbaren Zimmerschlüssel haben. Andere wiederum „schützen“ und verteidigen nach schlechten Erfahrungen (z. B. Diebstahl oder WC-Benutzung durch Fremde) „ihre“ Privatsphäre vehement im Sinne von „Tür zu und Ruhe“. Diese Aussagen zeigen die Grenzen und die Durchlässigkeit von Privatheit im institutionellen Kontext auf; die unbefugte WC-Benutzung ist eine mögliche Folge davon. Hier bedarf es organisatorischer oder baulicher Vorkehrungen, andernfalls ist es eine strukturelle Restriktion und kein Wohnen.

„Ich mach die Tür zu, wenn ich raus gehe, sperre aber nicht ab, wer soll denn da was stehlen, der Schlüssel ... der müsste da irgendwo sein; ich hab nur eine Lade mit persönlichen Sachen, die ich absperre“ (IA-2/106-108).

„Da im Vorraum, da ist mein Bad und WC, das ist meins, das gehört mir, dafür bezahle ich auch, beim Duschen ist die Tür zu [...].wenn ich raus gehe, dann sperr ich zu; es ist schon so manches passiert, kann ich Ihnen sagen: Da gehen fremde Personen auf mein WC [...]. Ich sperr jetzt zu ... da hat niemand was verloren, da muss man sich wehren. Tür zu und Ruhe“ (IH-1/41-44; 47-50).

„Die Zimmertür ist offen, ich bin nicht misstrauisch [...] ich hab da eine Lade, die ich zusperre; das mit dem Schlüssel das ist mir zuwider, weiß nicht wo ich den hingeben soll“ (IH-3/118-120).

Für eine andere Bewohnerin überwiegt der Schutz ihrer Person vor dem ihres Eigentums. Sicherheit und Kontrolle sind hier verschränkt. Das jederzeitige Reinschauen-Können der Pflegekräfte kann aus ihrer Sicht eine „Strategie zur Angstabwehr“ (Weltzien 2004, S. 195) sein.

„Geschlossen ja; und N e i n, ich will das nicht, dass die Tür verschlossen ist; mit dem Drehknopf wäre das möglich, aber ich will dass die Schwestern jederzeit reinkommen können, auch nachts [...] die Schwestern schauen ja auch rein“ (IH-2/83-85).

Das Personal klopft vor Betreten der Zimmer an und respektiert damit die Privatsphäre der BewohnerInnen, die mit „Sie“ angesprochen werden. Nicht alle Befragten erachten dies als erforderlich. Anklopfen vor Betreten der Zimmer scheint Teil der Pflegekultur in beiden Häusern zu sein und widerspricht eindeutig früheren Studien (z. B. Saup 1993, S. 154; Koch-Straube 1997; kritisch auch Heinzelmann 2004, S. 144), die Gegenteiliges feststellten. Außerdem: Man grenzt sich dadurch vom Krankenhausalltag ab.

„Ja, die [Schwestern, Pfleger etc.] klopfen an ... müssten das aber nicht tun“ (IA-2/104).
„Ja [lacht]. Ja, alle klopfen immer an, das brauchen sie nicht; ich find das aber nett; im Krankenhaus klopft niemand an. Ich habe eine Schwester darauf angesprochen und die hat mir erklärt, dass das sein muss: ‚Denn das Zimmer ist Ihr Zuhause, Ihre Wohnung, da klopft man an bevor man rein kommt‘ (IH-2/77-80). Ebenso: „Die klopfen immer an“ (IH-1/38).

Die private Post wird ausgeteilt oder ins Zimmer gebracht, die Anonymität ist gewahrt.

„Die Post wird ins Zimmer gebracht“ (IA-3/83). „Die Post wird ausgeteilt, mittags beim Essen“ (IA-2/110). Und: „Die Post wird gebracht; die haben dort draußen so Fächer zum Einsortieren, das hab ich gesehen; mir bringen sie die Post ins Zimmer“ (IH-2/74-75).

5.5 LEBEN IN GEMEINSCHAFT – DER WOHNBEREICH

Das Grundprinzip „eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden“, bezieht sich in den NÖ PBZs nicht nur auf Privatheit, sondern auch auf Gemeinschaft. Die BewohnerInnen sollen zur Erhaltung von Identität (Werte, Biografie etc.) und Selbstwertgefühl (Gebrauchtwerden, Sinnerfüllung) ihre bisherigen Lebensgewohnheiten, Rollen und Vorlieben beibehalten, „ihr Ich leben können“ (Land NÖ 2015, S. 24; Mayer et al. 2015, S. 33ff). Vertraute Alltagsroutinen in kleinräumigen Wohnbereichen und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung sollen dabei helfen; soziale Beziehungen sollen gefördert werden. In diesem Lebensumfeld zeigen sich institutionelle und soziale Strukturen (und deren Wirkung) am stärksten.

5.5.1 Wunsch nach gewohntem Alltag und Aufgaben

Die meisten der befragten BewohnerInnen gehen ähnlichen Alltagsaktivitäten wie ältere Menschen im privaten Wohnen nach (vgl. Kolland 2012, S. 275ff), außer dass jene einer eigenständigen Haushaltsführung fehlen; Art und Intensität sind stark von der Gesundheit bestimmt: Lesen, Radio hören, Fernsehen, Spazieren gehen; ebenso Häkeln oder Puzzle-Legen, auch zum reinen Zeitvertreib. Ruppe & Stückler (2018, S. 111ff) fanden in der Hochaltrigenstudie für Niederösterreich heraus, dass HeimbewohnerInnen aufgrund der Einschränkungen durch Gesundheit und die räumliche Umgebung im Pflegeheim, mit im Durchschnitt nur 5,4 Aktivitäten fast doppelt so wenigen Aktivitäten nachgehen wie Hochaltrige in Privathaushalten (mit 9,6 Aktivitäten). Kochen, Haushaltsarbeiten, Freunde/Bekannte/Familie treffen sowie Friedhofsbesuche sind signifikant seltener.

„Ich lese viel, mache Handarbeiten und auch Häkelsachen; die Deckerl hab ich alle selbst gehäkelt“ (IA-2/11-12).

„Ich tu gern Zeitung lesen, Handarbeiten, Häkeln [...] Kreuzwort-Rätsel machen, die leichten [...] und Bilder-Puzzles legen [...] auch zum Zeitvertreib, mir ist nie fad“ (IA-3/13-19).

„Ich bin lieber im Zimmer; ich liege hier, hab mein Fernsehprogramm in der Zeitung täglich, lese gerne, sehe gerne fern [...] Informationssendungen, Dokus ...“ (IH-2/60-62).

Manche der Aktivitäten sollen auch der kognitiven und körperlichen Fitness dienen, werden selbst organisiert. Man will zeigen „dass noch etwas geht“, nicht „abbauen“ oder zu den Demenzkranken zählen. Das Zimmer verlässt man, wenn man mobil ist, auch um (weiter) in Bewegung zu bleiben.

„Ich [Mann, 92] turne täglich, am Vormittag nach dem Aufstehen. [...] Ich hab da meine Übungen [...] die mach ich ganz allein“ (IA-1/80-82). Und: „Sitzen bleiben ist schlecht, das wird man büßen, der Körper schaltet aus, ich bemühe mich so lange wie möglich, in Bewegung zu bleiben [...]. Das ist mein Ablauf, Spazieren gehen, da vergeht die Zeit [...] wenn man das bei den anderen sieht, die bösartige Krankheit [er meint Demenz], dann ist es eh aus“ (IA-1/72-74; 76-78).

„Wenigstens Bewegung machen; nur im Zimmer sitzen, das ist nichts“ (IA-2/26).

Oder man freut sich darüber, eine ganz bestimmte Aufgabe (Rolle) für das Haus übernehmen zu können, wie jene Bewohnerin, die im Haus H quasi die Funktion eines „Portiers“, mit „Stammsitz“ beim Haupteingang, inne hat bzw. die Blumen im Garten gießt. Wie „sinnvoll“ die Aktivitäten im Konkreten sind, ist dabei oft weniger von Bedeutung als dass sich Menschen selbst als aktiv und nützlich erleben und dies auch nach außen darstellen können (vgl. z. B. Ekerdt 1986).

„Meistens [bin ich] da vorne, beim Eingang [...] das ist mein Stammsitz, da sitze ich immer, die anderen sagen zu mir ‚die Bürgermeisterin‘; ich schaue ob die Rettung kommt, dann gebe ich Auskunft, oder wenn wer aufs WC muss, dann gebe ich Auskunft“ (IH-3/12-15).

Und weiter: „Irgendwie muss man sich ja beschäftigen, ich brauche immer was zu tun; im Sommer hab ich im Garten die Blumen auf den Fenstern gegossen“ (IH-3/27-28).

5.5.2 Wunsch nach Wahlmöglichkeiten

Wie sehr konzeptionelle bzw. institutionelle Rahmenbedingungen sowohl die individuelle Ebene (persönliche Entscheidungen, Verhalten) als auch das Beziehungsgefüge im räumlich-sozialen Sinne tangieren, lässt sich am deutlichsten am Tagesablauf der BewohnerInnen und am Alltag in den jeweiligen Wohnbereichen bzw. Wohngruppen rekonstruieren. Nahezu alle Befragten betonen den Wunsch nach flexiblen Aufsteh- und Frühstückszeiten, ebenso dass sie die Möglichkeit haben, auch im Zimmer zu essen. Dies scheint in beiden Häusern sehr flexibel gehandhabt zu werden, was die teils sehr unterschiedlichen Aufstehzeiten belegen.

„Ich stehe um ¼ 7 Uhr auf, mache meine Toilette, alleine, ziehe mich an; um ¾ 8 geh ich Frühstücken“ (IA-2/64-65). Ähnlich: „Um 6 Uhr stehe ich auf, drehe das Radio an, leise, dann gehe ich duschen, mach ich ganz alleine; um ¼ 8 gehe ich Frühstücken“ (IA-1/45-46).

Aber auch: „Um ½ 9 steh ich auf, ich frühstücke im Zimmer ...“ (IA-3/35). Und: „Ich stehe gern später auf oder leg mich nach dem Frühstück, so wie heute, nochmals nieder“ (IH-1/58-59).

Im Zimmer essen zu dürfen, wird von den (immobileren) Befragten als angenehm oder „praktisch“ sehr geschätzt. Es wird niemand gedrängt, mit den anderen gemeinsam zu essen; alle Mahlzeiten werden auch im Zimmer serviert, genauso Kaffee und Kuchen am Nachmittag.

„Ich esse nicht draußen, ich muss auch nicht draußen essen; das ist das Schöne im Haus, dass man nicht gezwungen wird [...] meinen linken Arm kann ich noch kaum bewegen; ich esse im Zimmer [...]. Manchmal lass ich mir Kuchen ins Zimmer bringen“ (IA-4/49-51; 58-59).

„Ja, ich esse im Zimmer, Frühstück, Mittagessen und Abendessen, das ist praktisch für mich; ich hab extra ein größeres Nachtkästchen mit ausklappbarem Teil“ (IH-2/38-39).

Andere Befragte wiederum suchen beim Essen zusätzlich das Gespräch, den Kontakt zu anderen BewohnerInnen, auch wenn dies nicht immer gelingt bzw. das Verhalten offensichtlich demenziell Erkrankter für Unbehagen sorgt. Die Bezeichnung als „Speisesaal“ bzw. der anderen Personen als „die Leute“, kann als ein – erstes – Indiz dafür gewertet werden, dass dieser Raum (im Haus A) überwiegend der Funktion „Essen“ dient und weniger als Wohnbereich oder gemeinschaftliches Wohnen genützt und erlebt wird. Der Sitzplatz beim Essen scheint frei wählbar zu sein.

„Es ist dort niemand, mit dem ich plaudern könnte, auch nicht mit meiner Nachbarin, die hört nicht gut; die Leute stochern im Essen, die sehen schlecht, tun sich schwer beim Essen“ (IA-3/47-50).

„Viele haben derzeit Schnupfen, sind erkältet, da setz ich mich weg“ (IA-1/46-47). Und: „Servieren lassen im Zimmer? Nein, solange ich kann, geh ich raus, da kann man sich auch unterhalten [...].“

Wir sitzen vier Personen immer am gleichen Tisch, du kannst aber auch Platz nehmen wie du willst; ich rede mit allen [...]. Wenn ich morgens zum Frühstück komm, grüße ich alle, jeder ist ein Mensch“ (IA-1/52-55; 57).

[Zur Frage, wie sich der Raum nennt] „Speisezimmer, glaub ich, ja Speisezimmer“ (IA-2/70). Und: „Speisesaal, ich weiß nicht, oder heißt das Gemeinschaftsraum?“ (IA-3/39).

Essen in Gemeinschaft wird offensichtlich auch deshalb abgelehnt, weil man die Konfrontation mit Demenzkranken als negativ erlebt. Eine weitere Aussage, im Haus H, belegt dies.

„Ich bin lieber im Zimmer, ich geh nicht hinaus, das macht mir nichts; die schreien da [...]. Die schreien dann, außerdem zieht es vom Gang, ist langweilig“ (IH-1/33; 60-61).

Wie heterogen die Lebensgestaltung in einem Pflegeheim sein kann, zeigt – dazu konträr – eine ganz besondere, selbst organisierte (!) „Tischgesellschaft“ in einem anderen Bereich im Haus H.

„Jeden Dienstag ist ,Gansl‘-Essen am Tisch, da kommen so 10 bis 15 Leute zusammen, auch vom Personal; wir lassen uns die Gansl vom X [...] bringen; das organisiere ich [...]; die andern essen was anderes ... das ist schon so ein Brauch“ (IH-3/104-108).

Ob sich etwa die Frauen an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z. B. Tisch decken, Servietten falten, Besteck sortieren) beteiligen, konnte nicht eruiert werden – es wurde jedenfalls in den Interviews nicht explizit angesprochen. Auf Nachfrage bei einer Bewohnerin scheint dies eher nicht der Fall zu sein. Ähnliches gilt wohl auch für das Dekorieren im Haus oder in den Gängen.

„Das Personal deckt auf, das macht das Personal“ (IH-1/36).

„[Machen Sie da im Bastelraum auch Dekos für das Haus, die Gänge?] Das ist hauptsächlich fürs Verkaufen, dass es wer kauft, für den Weihnachtsmarkt ... “ (IH-3/96-97).

Auch über sonstige gemeinschaftliche Aktivitäten in den Wohnbereichen, wie etwa gemeinsam Fernsehen, Kartenspielen etc., berichten die Interviewten wenig. Ein weiteres Indiz dafür, dass Alltäglichkeit und gemeinschaftliches Wohnen demnach als ein Aspekt identifiziert werden kann, der noch Potenzial zur Weiterentwicklung hat. Inwieweit hier gruppendynamische Prozesse im Hintergrund wirken, ist den Daten nicht zu entnehmen. Die wiederholte Aussage, dass man „nicht draußen isst“, also außerhalb des Zimmers, lässt aber erkennen, dass es hier eine Hemmschwelle oder Abwehrmechanismen (aus Scham, Angst, zum Eigenschutz etc.) gibt und die BewohnerInnen diesen Bereich nicht als ihr erweitertes „Wohnzimmer“ erleben oder etwa den Alltag partizipativ mitgestalten, was jedoch Kernelemente des Wohngruppenprinzips sind bzw. sein sollten.

5.5.3 Wunsch nach gewohntem Tagesrhythmus

Während die Aufsteh- und Frühstückszeiten (zeitliche Ausdehnung bis 10.00 Uhr; im Haus H gibt es ein Frühstücksbuffet) sehr flexibel gestaltet sind und die Mittagszeiten (von ½ 12 bis 13.00 Uhr) einem Tagesrhythmus in privaten Haushalten entsprechen, wirken die Zubettgehzeiten, zumindest für einzelne Befragte, doch recht restriktiv.

„So um 18.00 Uhr kommen die Schwestern, dann leg ich mich nieder; sehe kaum fern; früher Zuhause bin ich schon länger aufgeblieben“ (IA-3/96-97).

„Um 17.00 bis 17.30 Uhr Abendessen, dann helfen mir die Schwestern beim Schlafen gehen, ich geh dann auch schon so um 18.00 Uhr schlafen oder liege im Bett, schaue Dokus [...] da tut mir am Morgen schon der Rücken weh, vor lauter liegen“ (IA-4/59-62).

Der Tagesrhythmus kann (vermeintlich) jedoch auch passen.

„Um 8.00 [20.00 Uhr] ist Schlafenszeit, da leg ich mich hin [...]. Ich bin immer ein zeitiger Aufsteher gewesen; der Rhythmus ist geblieben, ich bin zufrieden“ (IA-1/61-64).

Nach einer internen (repräsentativen) Kundenzufriedenheitsbefragung 2017 in allen NÖ PBZs (n=5.186 schriftliche standardisierte Interviews, davon n=2.431 BewohnerInnen und n=2.755 Angehörige), korreliert das Beibehalten des bisher gewohnten Tagesrhythmus positiv mit der Weiterempfehlung des Hauses, bei BewohnerInnen wie Angehörigen (Land NÖ 2017). Dieser Umstand, viel mehr aber das Bedürfnis älterer Menschen nach vertrauten Routinen und einer Wohn- und Lebensumwelt, die die Kontinuität bisheriger Lebensumstände bewahrt (Saup 1999, S. 48) sollte in der Pflegepraxis einen entsprechend hohen Stellenwert haben. Durchaus im Sinne der Kontinuitätsthese von Atchley (1989; siehe Pkt. 3.1.5). Zugleich ist dies ein wesentlicher Aspekt von Umweltkontrolle bzw. das Ausmaß an Umweltkontrolle durch die BewohnerInnen. Organisatorische Abläufe und institutionelle Ordnungen, auch wenn sie durch eine institutionelle Logik sowie kulturelle und strukturelle Praktiken charakterisiert und erklärbar sind (vgl. Friedland & Alford 1991), dürfen zu keiner abrupten und noch weniger zu einer „strukturellen“ Verringerung von Kontrolle über persönliche Lebensmuster und Tagesabläufe führen (vgl. Saup 1989, 1999), weil dies Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben kann.

Im Haus H bietet man aus diesen Überlegungen ein Abendbuffet an.

„Am Abend? Um ½ 6 Uhr ist Abendessen, da haben wir ein Buffet, wir sitzen noch bis ½ 7 Uhr zusammen, plaudern; dann geh ich auf mein Zimmer [...] schau Nachrichten und um 20.00 Uhr, da schlaf ich ohnedies schon meist“ (IH-3/72-75).

5.5.4 Wunsch nach Austausch und Abgrenzung

Soziale Beziehungen sind ein wichtiger Teil des Alltags. Sie haben eine stark individuelle und biografische Prägung; ihr Entstehen hängt auch damit zusammen, welcher Kommunikationstyp (zurückhaltender, mitteilungsbedürftig etc.) man selbst ist. Auch hier sind Art und Intensität stark durch den Gesundheitszustand beeinflusst. Soziale Beziehungen können anregen, ablenken und stimulieren (z. B. verbesserte Ernährung durch gemeinsames Essen, mehr Aktivitäten, mehr Bewegung) und fördern positive Stimmungen (vgl. Tesch-Römer 2010, S. 213ff; Höpflinger 2011; Lang & Rohr 2012, S. 431ff), die Einbettung in ein soziales Netzwerk kann Interaktion fördern und soziale Isolation abfedern. Die sozio-emotionale Umwelt hat sich nach Studien von Cohn & Sugar (1991) als wesentliche Determinante für Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen erwiesen.

Kontakte zwischen BewohnerInnen entstehen zufällig (z. B. Plaudern im Haus oder Garten), sind lose Grußkontakte oder oberflächlich; sie können aber auch, wenn es passt, zu echten „neuen“ Freundschaften werden, die als Bereicherung erlebt werden. Kontaktaufnahme und Kontaktpflege setzen räumliche Gelegenheitsstrukturen voraus. Wohnt man etwa Tür-an-Tür kann aus Nachbarschaft im Einzel- bzw. Idealfall auch Freundschaft werden, oder aber man stößt – dem konträr – auf Apathie und Desinteresse der Nachbarin. Verlust und Sterben sind ständige Begleiter.

„Vor der Wohnung (!) gibt es einen Balkon und einen Herrn zum Plaudern“ (IA-1/37-38). Und:

„Wenn ich morgens zum Frühstück komm, grüße ich alle, jeder ist ein Mensch“ (IA-1/57).

„Da gibt es eine Frau, die bringt die Zeitungen“ (IA-4/65).

„Ich bin viel unterwegs [im Haus, im Garten], mit meiner Nachbarin – die ist so etwas wie meine Schwester geworden; bin dankbar, dass ich sie habe“ (IA-2/13-14).

„Eine Freundin, ja; der geht es derzeit sehr schlecht, ist krank“ (IH-3/80).

„Ich habe eine Dame zum Plaudern gehabt, die ist aber schon verstorben [...]; viele sind schon verstorben seit ich da bin [10 Monate]“ (IH-2/89-90). [Und Ihre Nachbarin im Zimmer gleich nebenan, ist die nicht gesprächig?] „[Lacht]. Sie haben das richtig erkannt, die will keinen Kontakt, die ist ruppig; wenn man sie anspricht, sagt sie gleich: ‚Ich bin jähzornig‘“ (IH-2/94-96).

Oder man trifft (unerwartet) Freunde von früher wieder.

„Da gibt es noch eine Bekannte, die hat Demenz, ist auf Pflege X, ihr Mann kommt sie jeden Tag besuchen, und mit dem bin ich seit 20 (?) Jahren befreundet; er besucht auch mich“ (IA-1/94-96).

Die Förderung von Kontakten unter den BewohnerInnen braucht sozialer Begleitung durch das Personal und räumliche Gelegenheitsstrukturen (vgl. Zeisel et al. 2003). Gemeinschaftsräume, die nur die Funktion „Essen“ erfüllen und kein „ansprechendes“ kommunikatives Milieu darstellen,

reichen dafür nicht aus. Erschwerend kommt dazu, dass der Kontakt bzw. die Kontaktaufnahme zu den in der Mehrzahl demenzkranken BewohnerInnen nur schwer bzw. kaum (mehr) möglich ist.

„Es gibt einige wenige nette Damen; die meisten sind doch recht verwirrt, dement, mit denen kann man maximal einzelne Worte austauschen“ (IH-2/91-93).

„Die sind krank, die ‚neue Krankheit‘, die alles vergessen; mit denen kann man sich nicht unterhalten; und die Männer sind rebellisch, rabiat oder die schreien, die werden dann ins Zimmer gebracht oder in ein anderes Zimmer verlegt“ (IH-3/84-86).

Die Zeitung zu bringen, kann durchaus auch eine Form der gegenseitigen Unterstützung zwischen den BewohnerInnen sein; dies wird auch in einem anderen Interview angesprochen.

„Ich schaue auch am Sonntag, wann die Zeitung gebracht wird [...] da gab es eine Frau im Stock oben, der hab ich immer die Zeitung gebracht, die ist aber schon gestorben; oder ich geb [...] jemand anderen die Zeitung mit, dass sie hinaufgebracht wird“ (IH-4/21-25).

In Bezug auf demenzkranke BewohnerInnen tut sich ein Dilemma auf: Einerseits will man sich als kognitiv fitte Person im Sinne von „soweit bin ich noch nicht“ abgrenzen, hat Angst selbst an dieser „böartigen“ Krankheit zu erkranken, worin sich die Sorge um die eigene Würde und Persönlichkeit ausdrückt (vgl. Klie 2017). Andererseits werden dadurch Kontakte fast unmöglich und Angebote als „speziell“ für Demente adressiert und damit uninteressant (vgl. Heusinger et al. 2015, S. 47). Das Disengagement könnte demnach auch eine bewusst gewählte Distanz sein.

„Wenn man das bei den anderen sieht, die böartige Krankheit [er meint Demenz] dann ist es eh aus“ (IA-1/77-78).

„Manchmal sind wir auch im ‚Club‘, aber wir sind nicht recht zufrieden damit; da wird nur Vorgelesen für die Leute mit Demenz, nur selten gebastelt“ (IA-2/23-25).

Bei den wichtigen Ansprech-, Bezugs- und Vertrauenspersonen, mit denen man Anliegen oder Sorgen bespricht, zeigt sich, dass diese sowohl außerhalb als auch innerhalb der Einrichtung zu finden sind; und selbst neu z. B. in der Tochter einer Mitbewohnerin entstehen können.

„Meine Tochter und mein Bruder kommen regelmäßig zu Besuch; mein Bruder kümmert sich wirklich um mich“ (IA-4/68-69).

„Bei Sorgen an meinen Freund [...] der macht alles für mich. Sonst an die Schwester und die Frau Direktor, bei Beschwerden“ (IA-1/100-102). Und: „Am Sonntag mach ich manchmal Ausflüge, mit meinem Freund, der holt mich ab, der nimmt sich Zeit, da gehen wir Essen“ (IA-1/51-52).

„Meine Zimmernachbarin leidet an Alzheimer, ich kann nicht mit ihr sprechen; ihre Tochter besucht sie täglich, da hab ich auch jemanden, mit dem ich plaudern kann, jemanden dem ich mich mitteilen kann, das ist wichtig“ (IA-3/23-25).

5.6 LEBEN IN (TEIL)ÖFFENTLICHKEIT – DIE WOHNUMWELT

Aufgabe von Pflegeeinrichtungen ist es, eine sichere, barrierefreie und für die BewohnerInnen zugängliche Wohnumwelt zu bieten. „Bewohnergerecht“, wie im Grundprinzip der NÖ PBZs angesprochen, oder „altersgerecht“ sollte dabei über bauliche Anforderungen hinaus, allgemeiner als „bedürfnisgerecht“ interpretiert werden. Dieser Qualitätsanspruch an die Wohnumgebung ist ganz entscheidend für die „innerhäusliche“ Mobilität und damit die Teilhabe der BewohnerInnen (vgl. Saup 1993, S. 82ff). Aufzüge und Treppen dürfen nicht zu Barrieren werden. Außerdem sollte eine vielfältige und abgestufte (ruhige Plätze zum Alleinsein oder Plaudern, Orte für Gruppen und Aktivitäten, Räume für Kontakte mit der Öffentlichkeit) sowie stimulierende („einladende“) Gestaltung von Aufenthaltsbereichen (vgl. Saup 1993; Barnes et al. 2004) eine individuelle Nutzung von Räumen ermöglichen. Unterschiedliche räumliche Gelegenheitsstrukturen können wiederum unterschiedliche soziale Interaktionen ermöglichen. Nach Zeisel et al. (2003) korreliert eine Vielfalt an Gemeinschaftsbereichen negativ mit dem Rückzugsverhalten von BewohnerInnen.

5.6.1 Barrierefreiheit und Wunsch nach innerhäuslicher Mobilität

Die beeindruckend erzielte Person-Umwelt-Passung wurde bereits am Beispiel eines sehr stark sehbeeinträchtigten Bewohners (Pkt. 5.3) dargestellt, der sich in seinem Handlungsspielraum und Aktionsradius nicht hat einschränken lassen. Es macht aber gleichzeitig die Notwendigkeit von unterstützenden Orientierungssystemen, guten Lichtverhältnissen, Farbkontrasten etc. sowie von (taktiler) barrierefreier Beschriftung deutlich (vgl. Day et al. 2000).

Mann [92, stark sehbeeinträchtigt]: „*Mit dem Gehstock komm ich überall hin. Im Garten oder außer Haus nehme ich den Rollator, ist zur Sicherheit, da kann ich schneller und langsamer gehen; ich weiß, was wo und wann ist; beim Aufzug gibt es eine Beschriftung, die ich ertaste, durch die Länge des Wortes weiß ich wo ich drücken muss; ich will nicht abhängig sein; wenn man jemanden fragen muss, dann ist man immer abhängig [...]. Anfangs hab ich große Sorge gehabt, wegen der Aufzüge und Treppen*“ (IA-1/68-72; 75).

Eine gelungene „bedarfsorientierte“ Hilfestellung ist der Trainings-„Parcour“ für den Bewohner (62) im Haus A. Sauna, Fitnessraum oder Schwimmbad, wie er diese in einer Rehabilitationsklinik vor dem Einzug ins Heim vorfand, werden aber – als vermutlich „aufgestülpt“ – nicht gewünscht.

„*N e i n*, das [Sauna etc.] *brauch ich nicht. Mir geht es jetzt schon viel besser, kann bereits mit dem Stock gehen [...]. Ich habe da unten [im Halbstock] einen Parcour für mich, da mache ich jeden Tag, wie die Schwestern Zeit haben, zwei Runden*“ (IA-4/38-39; 14-15).

Eine erfolgreiche neue „Passung“ zeigt das Beispiel der an einem Auge erblindeten Frau, die sich autonom für das Leben im Heim entschieden hat, wohl auch weil ihre „alte“ Wohnung nicht mehr den geänderten Anforderungen (Barrierefreiheit) entsprochen hätte. Darin könnte sich die These von Leith (2006, S. 329) bestätigen, wonach ein Zuhause solange als solches wahrgenommen wird, wie Kompetenzen und Umweltfaktoren übereinstimmen; sie will in H auch wohnen bleiben. Ihre Erklärung „Ich habe Platz hier“ deutet auf erfolgte Inbesitznahme und Ortsidentität hin.

„Ich hab gleich im Spital gesagt, dass ich ins Heim möchte. Ich hab den Vorsatz gehabt, dass ich in ein Heim will; ich hab mit dem abgeschlossen [...]; alles ist vertraut, ich fühl mich wohl. [Was meinen Sie mit vertraut, können Sie das beschreiben?] Das Ganze gesehen. Ich habe Platz hier“ (IH-3/135-141). Und: „Mit dem Rollator kann ich alles gut erreichen, auch im Garten geht das; ohne Rollator würde das nicht gehen“ (IH-3/53-54).

Unzureichende oder fehlende „institutionelle“ Unterstützung, aus welchen Gründen auch immer, darf jedenfalls nicht dazu führen, dass BewohnerInnen ihr Zimmer nicht mehr verlassen. Selbst wenn der „Rückzug“ freiwillig anmutet, ist den BewohnerInnen innerhäusliche Mobilität und soziale Teilhabe zu ermöglichen, etwa Begleitung durch Ehrenamtliche anzubieten. Von räumlich-strukturellen Mobilitätshemmnissen sind in erster Linie Personen im Rollstuhl betroffen.

„Ich sitz immer im Rollstuhl, die Fußstützen haben wir abmontiert, die haben mir die Füße wund gescheuert [...] bis zum Essen komm ich damit“ (IA-3/42-44).

„Wissen Sie, mein Körper ist schon recht schwach, das ist jetzt rasch gegangen [...] bis zum Essen geht, sonst müssen sie mich schieben“ (IH-1/74-77).

Frau [77, fußamputiert, Rollstuhl]: *„Ich bin lieber im Zimmer“ (IH-2/43).* Sie freut sich aber, wenn sie raus kommt: *„Ich hab seit drei Wochen eine Ehrenamtliche, sie kommt einmal in der Woche [...] vielleicht kommen wir dann in den Garten [...]; beim Sommerkirtag war ich das erste Mal im Garten, das war nett; da holen sie mich ab und bringen mich dann wieder zurück“ (IH-2/52-56).*

5.6.2 Wunsch nach Abwechslung und schöner Aussicht

Zu Umgebungsgestaltung und Gängen, die in Pflegeeinrichtungen mehr als bloße Verbindungswege, vielmehr Teil des Lebensraumes der Menschen sind, merkt eine Interviewte an:

„Da [am Gang] haben wir schöne Bilder, schön haben wir es hier“ (IA-2/122).

Als Orte innerhalb der Einrichtung, die man kennt und gelegentlich besucht, werden im Haus A Friseur, Fußpflege, Kaffeehaus, Sitzecken und der „kleine Laden“ genannt. Außerdem der „Club“, jener Bereich, wo wöchentlich die Aktivitäten der Seniorenbetreuung stattfinden. Das große „Kino“ und die Veranstaltungen im Foyer werden von den Befragten sehr geschätzt.

„Es gibt auch Sitzecken und Bücherecken im Haus. [...] Einmal in der Woche gehen wir in den ‚kleinen Laden‘ [im Erdgeschoss; ein Demenz-Projekt: Einkaufen mit symbolischen Schillingen] einkaufen, da bringen wir auch den Schwestern was mit“ (IA-2/53; 26-28).

„Es gibt da einen großen Kinosaal, der ist immer ganz voll, die Frau Direktor hält dann eine Rede, es werden schöne Filme gezeigt [...], dann die Veranstaltungen im Haus, im Foyer. Und dann gibt es noch den ‚Club‘ mit Bastelarbeiten in Gruppen“ (IA-4/75-78).

Ins Kaffeehaus geht man in beiden Häusern am ehesten in Begleitung, wenn Besuch kommt (für einige der befragten Frauen – möglicherweise ein Genderphänomen – bietet es keinen Anreiz für einen kleinen „Ausgang“ oder um einmal etwas anderes zu konsumieren). BesucherInnen werden um „ruhig plaudern“ zu können, im eigenen Zimmer empfangen.

„Wenn mein Sohn zu Besuch kommt, geht er manchmal ins Cafe‘, da gehe ich mit“ (IA-2/59).

„Ja, unten gibt es ein Kaffeehaus, da geh ich aber nicht hin. [Und wenn Besuch kommt?] Immer im Zimmer, da kann man ruhig plaudern“ (IH-2/65; 69). Und: „Die Männer gehen ins Cafe‘, das brauch ich nicht; wir haben ja eh alles, Kaffee und Kuchen am Nachmittag“ (IH-1/70-71).

Es finden sich aber auch bevorzugte, selbst gewählte Orte, wo man allein sein kann (auch zum Nachdenken – ein wichtiges Bedürfnis im hohen Alter im Sinne von Lebensbilanzierung; vgl. Saup 1999, S. 50) oder andere Personen trifft. Interessanterweise stehen diese persönlichen „Lieblingsplätze“ vielfach in Zusammenhang mit schöner Aussicht, frischer Luft, Sonnenstrahlen oder mit abwechslungsreichen Geschehnissen rund um.

„Der Balkon [im Doppelzimmer] ... da sitze ich draußen, wenn das Wetter schön ist“ (IA-3/64-65). „Vor der Wohnung (!) gibt es einen Balkon und einen Herrn zum Plaudern; wir machen die Balkontür auf und plaudern, da ist es sonnig, ich sitze ganz gern da, auch alleine; da hab ich Ruhe und kann nachdenken“ (IA-1/37-40). Ebenso der Balkon auf der Station: „Wenn das Wetter schön ist, sitze ich am Balkon und lese Zeitung“ (IA-4/47).

Und der „Stammsitz“ einer Bewohnerin beim Eingang (im Haus H): *„Wir treffen uns dort auch manchmal, Damen aus dem 3. Stock, dann tun wir ein bisschen plaudern. [Worüber?] Über alles Mögliche [...] dann schau ich wieder, ob die Rettung kommt“ (IH-3/62-65).*

5.6.3 Wunsch nach „attraktiven“ Aktivitäten und Unterhaltung

Von den angebotenen (organisierten) Aktivitäten in den Häusern werden vor allem (regelmäßige) Feste und Veranstaltungen (im Foyer etc.) genannt und als Abwechslung und Unterhaltung geschätzt. Bedeutsam als Ort für Geselliges ist im Sommer auch der Garten.

„Die regelmäßigen Geburtstagsfeiern, das Ganslessen, die Weihnachtsfeier ... jetzt kommt dann die Faschingsfeier, da nehme ich teil; es gibt auch ein Kino [...] und Ausflüge“ (IA-2/79-81).

„Es gibt fast jeden Tag ein Fest, sehr unterhaltsam, im Foyer, recht unterhaltsam“ (IA-1/104-105).

„Beim Sommerkirtag [im Garten] ... das war nett“ (IH-2/55).

Der „Club“ im Haus A, wo die Aktivitäten der Seniorenbetreuung stattfinden, ist eher etwas fürs „Vorlesen“, Basteln, für Demenzerkrankte (siehe Pkt. 5.5.4), was den Interessen der Befragten nur bedingt entspricht. Echte Begeisterung im Sinne von anregend, Freude oder Spaß machend ist nicht erkennbar. Die Bezeichnung „Club“ (elitärer, abgeschlossener Circle?) wäre gegebenenfalls zu evaluieren, vielleicht doch nur ein „Rückzugsraum belangloser Tätigkeiten“ (vgl. Kolland 2000, S. 182). Langweile versucht man dennoch nicht aufkommen zu lassen.

„Der ‚Club‘, da hab ich schon mal hineingeschaut und mir Wolle zum Häkeln ausgeborgt [...] da tun sie Basteln, Sitzturnen“ (IA-3/70-72). Beschäftigung mit Lesen und Häkeln: „Mir ist nie fad, aber die Augen werden immer schlechter; bin schon fast 91“ (IA-3/19-20).

Frau [77, fast immer im Zimmer] auf die Frage, ob ihr manchmal langweilig ist: *„Weniger, ich mach ja meine Häkelsachen. Bei den Hauben [für den Weihnachtsbasar im Haus] hab ich dann noch zusätzlich ‚Ränder‘ in verschiedenen Farben dazu gemacht“ (IH-2/100-101).*

Religion bzw. die Teilnahme am wöchentlichen Gottesdienst in der Kapelle des Hauses (A) ist für einige der befragten BewohnerInnen hingegen ein wichtiger Aspekt.

„Und am Sonntag geh ich in die Messe [Kapelle im Haus], die ist zwischen 10.00 und 11.00 Uhr“ (IA-2/60-61). Ebenso: „Am Sonntag geh ich in die Kirche, von 10.00 bis 11.00 Uhr“ (IA-1/50).

5.6.4 Wunsch nach Draußen zu kommen

Auch nach „Draußen“ zu kommen, in die Natur, in den Garten oder (wenigstens) im Haus unterwegs zu sein, ist ein wichtiges Anliegen der BewohnerInnen. „Drinne“ und „Draußen“ stehen immer in einem „dialektischen Verhältnis“ (Fooker 1999, S. 145). Durch den Bezug nach Draußen, durch die Interaktion mit der Welt, wird ein Raum zum Wohnen (van Leeuwen 1984; Pkt. 2.2.1). Dem „Draußen“ selbst kommt eine eher stimulierende Funktion zu (vgl. Fooker 1999, S. 151), die sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken kann. Die befragten BewohnerInnen schätzen den Balkon, wie bereits ausgeführt, die frische Luft und das regelmäßige Spazieren gehen. Der Garten ist Anregung, „ein Erlebnis“, Bewegung aber auch Begegnungsmöglichkeit, ein Ort wo man immer jemanden trifft. Und der auch eine sinnvolle „Aufgabe“ bereithalten kann.

„Im Sommer geh ich in den Garten, regelmäßig, das ist für mich ein Erlebnis, da bin ich draußen und das ist gut. Ich bin sehr gerne im Garten, gute Luft, ruhig, man kann plaudern oder einfach nur sitzen; es kommen Leute vorbei, man kann plaudern, wird auch angeplaudert“ (IA-1/27-30).

„Im Sommer hab ich im Garten die Blumen auf den Fenstern gegossen, die waren schön die Blumen im letzten Jahr“ (IH-3/27-29).

Dadurch in Bewegung zu bleiben – körperlich und auch kognitiv aktiv zu sein („Vorbeugen“) – könnte dabei ein zentrales Motiv sein. Oder die Liebe zur Natur, die bleibt.

„Außer Haus, im Park machen wir eine Runde, zu zweit; mehrmals am Tag, mit dem Rollator oder ich gehe auf den Balkon raus [...]. Wir machen so vier bis fünf Runden, vormittags und nachmittags; man darf nicht nachgeben [...] man muss sich bewegen“ (IA-2/16-21).

„Wir haben einen sehr großen Garten [...] der Garten ist schön im Sommer; ich mag die Natur, früher bin ich gerne spazieren gegangen“ (IH-2/47-49).

Die Lage beider Häuser bietet (nahezu) keine nahegelegene Infrastruktur, die für BewohnerInnen mit oder ohne Rollator bzw. Rollstuhl erreichbar wäre. Nur eine Tankstelle in der Nähe (Haus H):

„... viele gehen zur Tankstelle einkaufen“ (IH-3/125).

5.7 LEBENSSTRATEGIEN & SELBSTBEWERTUNG DES „WOHNENS“

Der Erhalt von Autonomie und Selbstbestimmung im institutionellen Kontext, auch in Verbindung mit dem Wunsch nach Bewahrung der körperlichen Kondition und kognitiven Fähigkeiten, wurde bereits in einzelnen Kategorien (Pkt. 5.4.4 und Pkt. 5.6.4) thematisiert. Man möchte möglichst lange selbstständig bleiben, um nicht auf Hilfe (im Sinne von Abhängigkeit) angewiesen zu sein. Gerade das hohe Alter und Hilfsbedürftigkeit zwingen Betroffenen eine körperliche Realität, eine intensive Auseinandersetzung mit körperlichen Grenzen auf (vgl. Twigg 2004, S. 63). Hinter dem Bestreben „in Bewegung zu bleiben“ oder der normativen Disziplinierung „man muss sich bewegen“, kann biografisch Gewohntes ebenso stehen wie persönliche Bewältigungs- aber auch Abgrenzungsstrategien von normativen Altersvorstellungen bzw. der Marginalisierung des Alterns (eben nicht als „alt“ und „gebrechlich“ zu gelten). Dieses Verhalten kann die Sorge um die eigene Würde ausdrücken (vgl. Klie 2017) und genauso ein Mechanismus der inneren Identitätsbewahrung unter Bedingungen einer äußeren Diskontinuität (vgl. Atchley 1989; Höpflinger 2009) sein. Lang (1994, S. 48) stellt dazu die These auf, dass Menschen mit hoher internaler Kontrollüberzeugung die mit Hilfe verbundene Abhängigkeit als weniger bedrohlich erleben.

„Ich will nicht abhängig sein; wenn man jemanden fragen muss, dann ist man immer abhängig. Sitzen bleiben ist schlecht [...] ich bemühe mich so lange wie möglich, in Bewegung zu bleiben; alles andere macht ‚der Chef‘ da oben“ (IA-1/71-74).

„Man darf nicht nachgeben, ob das den Schwestern gefällt weiß ich nicht; man muss sich bewegen“. Und: „Wenigstens Bewegung machen; nur im Zimmer sitzen, das ist nichts“ (IA-2/20-21; 26).

Da die Interviewauswertung themenbezogen erfolgte und nicht auf biografische Erfahrungen fokussierte, können – einzelne – Ergebnisse nur einen Einblick in die Bewältigungsanstrengungen der Befragten im Umgang mit Alter, Einschränkungen und der Lebenssituation im Heim bieten. Es zeigen sich dabei sowohl akkommodative, aber durchwegs auch assimilative Strategien (vgl. Brandtstädter & Renner 1990; Erklärung unter Pkt. 3.1.2).

„Es lässt sich alles gut einrichten, wenn man den Willen dazu hat, man darf sich halt nicht sträuben“ (IA-3/9-10). Ebenso: „Man muss versuchen, das Beste draus zu machen [...] man muss einen Mittelweg finden“ (IA-3/126-128).

„Ich war mal selbst sehr sportlich, in der Tennis-Liga sehr erfolgreich [...] ich bin auch viel Rad gefahren früher, hab gesund gelebt [...] aber ich bin ein Kämpfer“ (IA-4/28-33).

In Bezug auf Fremde, die „ihr“ WC benutzen: *„Man muss sich auch wehren“ (IH-1/52).*

In Bezug auf Erblindung auf einem Auge und Umzug ins Heim: *„Ich hab mit dem abgeschlossen, das ist so und nicht anders“ (IH-3/137).*

Die „älteren“ mobilen Befragten (92 und 89 Jahre) wollen keine Last sein, niemandem Arbeit machen und zeigen solidarisches Verständnis für die Pflegekräfte; mit Extra-Wünschen ist man eher bescheiden bzw. glaubt nicht, dass „das geht“. Wünsche als nicht oder nur schwer erfüllbar einzuschätzen, ist eine Form der Anpassung (akkommodativ) an das Mögliche; von Wingensfeld (2003) spricht in diesem Kontext davon, dass die Aussagen von HeimbewohnerInnen stets von deren Erfahrungen mit der Einrichtung beeinflusst sind (vgl. auch Heusinger et al. 2015, S. 54).

„Na ja, das mit den Wünschen, ich weiß nicht, ob das geht; ich möchte niemandem Arbeit machen; die Schwestern haben ohnedies so viel zu tun. [...] Einmal hab ich in der Nacht ... irrtümlich den Schwesternnotruf berührt, und dann ist plötzlich der Pfleger bei mir am Bett gesessen, ich hab mich richtig erschrocken. Ich will niemandem Arbeit machen“ (IA-2/95-100).

„Der Schwester läuten? So wenig wie möglich, nur selten; ich bemühe mich alles selbst zu machen, das ist mir wichtig und viel wert. [...] Einmal da ist mir mein Schuhband abgerissen und da hab ich die Schwester gebraucht“ (IA-1/85-86; 88).

Bei den „jüngeren“ Interviewten (62 und 77 Jahre) dokumentiert sich eine gegenteilige Einstellung. Beide befinden sich gleichsam in der Phase der Rekonvaleszenz (worin sich vermutlich ihr hohes Sicherheitsbedürfnis begründet), können das Heim auch wieder verlassen. Nach Hilfe zu fragen oder sich „Servicieren“ zu lassen, ist für sie kein Problem. Dies könnte wiederum ein konsum- und kundenorientierteres Verständnis jüngerer Geburtskohorten erklären bzw. bestätigen.

„[Auf die Frage, wenn Sie was brauchen] Dann ruf ich die Schwestern“ (IA-4/72). Und weiter: „Ich will hier bleiben so lange es geht. Zu Hause habe ich Angst, dass etwas passiert, wenn ich alleine bin [...] hier weiß ich dass jemand da ist“ (IA-4/96-98).

„Wenn ich Hilfe brauche, dann läute ich; den Schwesternnotruf hab ich immer bei mir, auch wenn ich im Rollstuhl sitze; wenn ich läute, dann kommen sie, das Essen wird gebracht und dann wieder abgeräumt“ (IH-2/43-45).

Wie wichtig, wenn auch zu wenig als selbstverständlich angenommen, die persönliche Begleitung von weniger mobilen Personen etwa durch Ehrenamtliche ist, gleichsam als „funktionaler und emotionaler Support“, veranschaulichen einige Aussagen sehr eindringlich. Eine Bewohnerin wusste offenbar zu wenig über Ehrenamtliche bzw. die Rolle der Ehrenamtlichen (im Haus A), was auf ein Informationsdefizit schließen lässt.

„Nächsten Dienstag muss ich ins Krankenhaus, wegen meiner Augen; da gibt es eine Frau im Haus, die begleitet mich dorthin; die geht mit mir auch spazieren. [Eine Ehrenamtliche?] Ja, ich glaube. Die Rettung bringt uns ins Spital, aber wenn da niemand dabei wäre ...“ (IA-3/54-59).

Feldnotiz [Haus A, 31.01.2018, Herr 92]: „Interview-Unterbrechung: Eine ehrenamtliche Mitarbeiterin klopft und kommt ins Zimmer, um den Speiseplan für die nächste Woche zu besprechen; sie kommt jeden Mittwoch, liest Herrn ... die Menüs vor und er wählt aus“.

„Da gibt es eine Ehrenamtliche ... die kommt täglich zu dem Herrn X, der sitzt im Rollstuhl [...]; der hängt sehr an ihr, sie gehen einkaufen, dann spazieren“ (IH-3/127-129).

Die Interviews vermitteln im Teilaspekt Lebensgestaltung bzw. sozio-emotionale Umwelt einen ersten Eindruck, wie viel Empowerment der BewohnerInnen nötig bzw. zu stärken wäre, um jene die das wollen und können, noch adäquater in den Alltag und ihre Umweltgestaltung miteinzubeziehen. Ziel einer ressourcen- und personenorientierten Pflege sollte auch die Unterstützung der BewohnerInnen in ihren Bewältigungsstrategien im Umgang mit Alter und Vulnerabilität und zur (positiven) Anpassung an den „Lebensort Pflegeheim“ sein (vgl. Andersson et al. 2007). Zum Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Unterstützung und zu Fragen partizipativer Pflege bleibt anzumerken, dass es im hohen Alter vielfach um ein „ausbalanciertes Würdekonzept“ (Kolland 2010) und um Schutz und Solidarität geht. „Es geht um das In-Beziehung-Sein zu anderen, es geht auch nicht immer darum, Autonomie um jeden Preis aufrechtzuerhalten, sondern manchmal auch darum, Autonomie abgeben zu können und auf die Solidarität zu hoffen“ (Kolland 2010, S. 19). Auf Seite der Person sollte darauf hingearbeitet werden, dass benötigte Hilfe und Abhängigkeitsgefühle bewusst als Teil der späten Lebensphase angenommen werden können (vgl. Kruse 2005, S. 273ff; Diehl 2012). Seitens der Einrichtung (= Umwelt) sind persönliche Freiheit und Würde zu respektieren sowie Mitbestimmung und Mitverantwortung als „wichtige Handlungs- und ethische Kategorie im hohen Alter“ zu implementieren (Diehl 2012, S. 88).

Fremde Welt oder neues Zuhause?

Gegen Ende der Interviews konnten die befragten BewohnerInnen im Sinne einer bilanzierenden Rückkoppelung und „zunehmender Selbstvergewisserung“ (Witzel 2000, S. 5) und angelehnt an die Methode des freien Assoziierens, aus zwölf von der Autorin vorgelegten bzw. vorgelesenen „Wohnsprüchen“ (Teil des Gesprächsleitfadens; im Anhang) den bzw. die für sie jeweils zur aktuellen Wohn- bzw. Lebenssituation passenden „Wohnspruch“ auswählen. Es ging weniger um ein statisches Abfragen, sondern um einen Erzählimpuls für deren subjektive Einschätzung. Eine Bewertung war sowohl in positiver Weise (z. B. „Eine 2. Heimat geworden“ oder „Ich bin hier Zuhause“) und ebenso negativ konnotiert (z. B. „Eine fremde Welt“ oder „Letzter Wohnort“) möglich. Erwartungsgemäß bildet sich ein breiteres Spektrum ab, das von Wohnbedeutungen wie „Geborgen & Sicher“, die eindeutig dominieren, bis zu „Ein neues Zuhause geworden, alles ist vertraut, ich fühl mich wohl“ reicht. Das jeweilige Haus ist jedenfalls keine „fremde Welt“ (im Gegensatz zu Koch-Straube 1997) und sicherlich mehr als „Ein sicheres Dach über dem Kopf“. Für zwei Befragte (je in einem Haus) könnte sich die „Lebensnische“ nach Sowarka & M. Baltes (1999, S. 55; vgl. Pkt. 2.2.1) mit hoher Person-Umwelt-Passung gefunden haben.

„Ich fühle mich sehr, sehr wohl“ (IA-1/111).

„Geborgen & Sicher“ und „Ich bin hier Zuhause“; „Wohlfühlen wie daheim“ – n e i n: Daham is Daham“ (IA-2/84-86).

„Sicher & Geborgen“, „2. Heimat geworden“, „neues Zuhause“ [...] und bleib auch hier; ich hoffe und wünsche nur, es geht dann schnell, dass ich ruhig einschlafe“ (IA-3/123-126).

„Geborgen & Sicher“. Ich will hier bleiben so lange es geht“ (IA-4/95-96).

„Geborgen & Sicher“. Ja [zu letzter Wohnort] einschlafen, ruhig einschlafen ... ist mir das Wichtigste“ (IH-1/84-85).

„Das wird nie mein Zuhause werden, das stimmt so; am ehesten „Eine 2. Heimat geworden“. [Eine fremde Welt?] Nein, keine fremde Welt; im Krankenhaus das war eine harte Zeit [...] das Zimmer allein zu haben, das ist was wert“ (IH-2/104-107).

„Ein neues Zuhause geworden, alles ist vertraut, ich fühl mich wohl. [Was meinen Sie mit vertraut, können Sie das beschreiben?] Das Ganze gesehen. Ich habe Platz hier. Ich kann sitzen, schauen, plaudern, ganz verschieden“ (IH-3/139-142).

5.8 ZUSAMMENFASSENDE BETRACHTUNG

Die aus den Daten gewonnenen und im Kategoriensystem ausführlich dargestellten Ergebnisse sollen zur besseren Übersichtlichkeit kurz zusammengefasst werden. Gleichzeitig soll an dieser Stelle der Arbeit versucht werden, die im Pkt. 4 formulierten Forschungsfragen zu beantworten. Die *Forschungsfragen (1) und (2)* zielten auf die Bedeutung von „Wohnen“ und Wohnumwelt aus Sicht der BewohnerInnen im jeweiligen NÖ PBZ, das Erkunden bzw. die Rekonstruktion der diesbezüglichen Wünsche und Bedürfnisse sowie deren „Passung“ in der institutionellen wie räumlich-sozialen Realität ab. Ressourcen und Restriktionen für die Umsetzung der identifizierten Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerInnen sollten aufgezeigt werden. Der Teilaspekt der *Forschungsfrage (3)* „Was bedeutet dies für neue (künftige) Wohnkonzepte im Pflegesetting?“ soll zu einem späteren Zeitpunkt, im Zuge der Ergebnisdiskussion (Pkt. 6), erläutert werden.

Festzuhalten ist, dass qualitative Ergebnisse niemals repräsentativ sein können. Außerdem ist bei der Einordnung der konkreten Ergebnisse dieser Arbeit stets zu bedenken, dass ausschließlich BewohnerInnen ohne kognitive Einschränkungen am Forschungsprozess beteiligt waren, die zahlenmäßig mittlerweile eine Minderheit in Pflegeeinrichtungen darstellen. Das Interesse der Befragten am Thema (siehe Sample, Pkt. 5.1.2) konnte dennoch ein interessantes „empirisches Spektrum“ (vgl. Kelle & Kluge 1999) erschließen.

Der „*Stellenwert von ‚Wohnen‘ in der Pflege*“ lässt sich angesichts komplexer Krankheitsbilder, hoher Pflegestufen und der oft dramatisch verlaufenden Vorgeschichte (schwerste Erkrankungen, langer Krankenhausaufenthalt, Entscheidungsfindung für Umzug ins Heim) nur bedingt erfassen. Der Wunsch nach professioneller Pflege und Betreuung, nach Sicherheit und Geborgenheit tritt in den Vordergrund. Das Gefühl „nicht alleine zu sein“, wenn man Hilfe braucht, relativiert die Notwendigkeit sich mit der neuen Lebenssituation zu arrangieren, die Eingewöhnung braucht Zeit. Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung kann im Vergleich zur Situation davor, durchaus auch eine Erleichterung sein, der gute Ruf eines Hauses gibt zusätzlich Sicherheit. Erfolgt der Umzug freiwillig bzw. bewusst, lässt man sich emotional auf die neue Situation ein und gelingt es trotz körperlichem Handicap, sich die Umwelt zu eigen zu machen, was sich in zwei Interviews eindrucksvoll dokumentiert, kann auch ein „neues, vertrautes Zuhause“ daraus werden. Nach Lawton (1999) ist menschliches Wohnverhalten immer das Aushandeln zwischen Autonomie und

Sicherheit, höhere Sicherheit geht stets mit Einbußen an Autonomie einher und umgekehrt. In der Pflegewissenschaft findet sich heute die Ansicht, dass zugunsten der Lebensqualität größtmögliche Handlungsfreiheit und Selbstbestimmung erzielt werden sollten, aber bei möglichst geringem Risiko für die BewohnerInnen (vgl. Hauprich et al. 2015; zitiert aus Mayer et al. 2015, S. 33-34).

Das *private (eigene) Zimmer* hat einen sehr hohen Stellenwert, ihm kommt als ein höchstpersönliches Territorium eine multidimensionale Funktion zu (vgl. Saup 1999). Die Präferenz liegt beim Einzelzimmer, was dem Wunsch nach Rückzug, Ruhe, Erholung und Regeneration eher gerecht wird. Geschätzt werden individuelle Freiflächen (z. B. ein zum Zimmer gehörender oder unmittelbar davor liegender Balkon), gewünscht wird mehr bzw. adäquater Stauraum für Persönliches, eine Personalisierung mit eigenen Gegenständen ist möglich. Das Zimmer selbst einzurichten dokumentiert den Wunsch nach Normalität und Häuslichkeit, zeugt aber auch von Durchsetzungsvermögen. Als Aspekte von Wohnkomfort und Wohnatmosphäre finden sich in den ausgewerteten Daten neben vornehmlich Biografischem (Bilder etc.), ein angenehmer Duft, Blumen, ein großer Spiegel oder große Fenster bzw. schöne Aussicht. Genderspezifische Unterschiede wurden aufgrund des kleinen Samples (nur zwei interviewte Männer) nicht explizit erhoben. Der Wunsch nach individueller, multidimensionaler Nutzung zeigt sich unter anderem darin, dass BewohnerInnen auch im Zimmer essen, was respektiert wird, und dass moderne Medien (Internet, WLAN) nachgefragt werden. Im „zimmerbezogenen“ Wirkungskreis finden sich, trotz institutionellem Rahmen, viele verhaltensbezogene Aspekte privaten Wohnens: Nützlichkeit, vertraute Häuslichkeit und Eigenständigkeit belegen sich beispielsweise im selber Bettenmachen, im Blumen versorgen, im Abservieren von Essgeschirr, in Gastfreundlichkeit bzw. Repräsentation oder indem man sich per Versand Dinge ins Haus schicken lässt. Der Wunsch nach Privatsphäre und Umweltkontrolle, zentrale Anforderungen an Pflegeeinrichtungen, sind weitestgehend erfüllt: Das Personal klopft vor Betreten der Zimmer an, die BewohnerInnen haben einen Zimmerschlüssel, auch wenn das Versperren der Zimmer eher die Ausnahme ist, die Anonymität der privaten Post ist gewahrt. Den mobileren Befragten gelingt es relativ gut, eine ausgewogene Balance zwischen „Alleinsein“ und „Zusammensein“ (vgl. Flade 1987) herzustellen, da sie das Zimmer jederzeit, um in Bewegung oder in Kontakt zu bleiben, verlassen können. Für Personen im Rollstuhl kann der „Verhaltens- und Handlungsstrom“ Wohnen (Saup 1999, S. 46) auch schon unmittelbar außerhalb des Zimmers enden („bis zum Essen komm ich damit“). Hier zeigen sich

teilweise institutionelle Restriktionen bzw. unzureichende Begleitung. Die Daten lassen insgesamt die Vermutung zu, dass das „Leben in Privatheit“ zunehmend in den Vordergrund tritt, nicht nur je höher der Betreuungsbedarf ist. Bei kognitiv gesunden Personen könnte die belastende Situation durch überwiegend Demenzerkrankte mit ein Grund für ihr Disengagement sein, das die Gefahr sozialer Isolation in sich birgt. Die Störung der Privatsphäre nicht durch das Personal, sondern durch andere BewohnerInnen wurde in einem Interview drastisch geschildert.

In der Dimension „*Leben in Gemeinschaft – der Wohnbereich*“ sind am deutlichsten institutionelle Strukturen und konzeptionelle Restriktionen erkennbar, auch wenn man sich bemüht den BewohnerInnen mehr Wahlfreiheit (Ressourcen) einzuräumen und gewohnte Routinen zu durchbrechen. Die Rekonstruktion des Wohnalltags zeigt, dass die meisten der befragten BewohnerInnen einigen wenigen Alltagstätigkeiten (Lesen, Fernsehen, Handarbeiten, Spaziergehen) nachgehen, auch zum reinen Zeitvertreib. Positiv wirken sich Aufgaben bzw. im Haus übernommene Rollen (Zeitung bringen, „Portier“ sein) aus. Essenszeiten sind wichtige Referenzpunkte im Tagesablauf. Während die Aufsteh- und Frühstückszeiten sehr flexibel gestaltet werden, wirken die frühen Zubettgehzeiten (außer es gibt ein Abendbuffet wie im Haus H) unverändert recht restriktiv. Dass man nicht gezwungen wird, gemeinsam mit anderen zu essen (z. B. aus Schamgefühl) oder an den organisierten Aktivitäten des Hauses teilzunehmen, wird sehr geschätzt. Beim Essen sucht man zusätzlich das Gespräch, auch wenn dies eher selten gelingt oder das Verhalten demenziell Erkrankter für Unbehagen sorgt. Eine gelegentlich selbst organisierte „Tischgesellschaft“ und Menüs von außerhalb (man durchbricht damit die „Vollversorgung“ im Haus) kann Genuss und Freude bereiten. Ob sich BewohnerInnen an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten beteiligen, konnte nicht verifiziert werden. Alltäglichkeit, gemeinsames Wohnen, generell die sozio-emotionalen Umweltstrukturen, haben in beiden untersuchten Häusern erkennbares Potenzial zur Weiterentwicklung. Die jeweiligen Wohnbereiche erfüllen primär die Funktion „Speisesaal“ und werden von den BewohnerInnen nicht als ihr erweitertes „Wohnzimmer“ wahrgenommen. Beides, sowohl die räumliche Ausweitung des Aktionsradius als auch die Förderung von Gemeinschaft, sind jedoch Kernelemente des Wohngruppenprinzips und wesentlich für Ausmaß und Erleben von Umweltkontrolle (vgl. Saup 1989, 1999). Der Wunsch nach Austausch und Abgrenzung, Nähe und Distanz, spiegelt sich auch in den sozialen Beziehungen wider. Das

Zusammenleben mit Demenzkranken müsste seitens der Institution friktionsfrei gestaltet werden; kognitiv Gesunde können dabei „eine Ressource für eine positivere Atmosphäre sein“ (Heusinger et al. 2015, S. 88). Ehrenamtliche erbringen wichtige soziale und emotionale Supportleistungen, gute „qualitätsvolle“ Kontakte sind möglich, aber eher rar und müssten gefördert werden.

Für ein „*Leben in (Teil)Öffentlichkeit – die Wohnumwelt*“ sind barrierefreie Zugänglichkeit bzw. die sichere Erreichbarkeit der unmittelbaren Nachbarschaft (Draußen) bzw. von wichtigen Räumen im Inneren (Drinnen) erst die Voraussetzung für deren Nutzung (vgl. Saup 1993) und infolgedessen für die Teilnahme an geselligen und gesellschaftlichen Aktivitäten. Kann man sich aus eigener Kraft (Kompetenz) die Räume aneignen („Passung“), stellt sich ein Gefühl von Vertrautheit ein. Von „innerhäuslichen“ Mobilitätshemmnissen sind in erster Linie Personen im Rollstuhl betroffen; sie sind auf Mobilitäts- bzw. Begleithilfe angewiesen. Angebote, zu denen man sich nicht (mehr) hinbewegen kann, sondern hinbewegt werden muss (Tews 1999, S. 179) gefährden die Autonomie, verstärken das Gefühl der Abhängigkeit und stellen, wenn nicht bewohnergerecht bzw. alternativ gelöst, eine strukturelle Restriktion dar. Als Orte innerhalb der Einrichtungen, die man kennt und gelegentlich besucht, werden Friseur, Fußpflege, Kaffeehaus und Sitzecken genannt, die Teilnahme am Gottesdienst in der Hauskapelle ist für einige Befragte ein wichtiges Anliegen. Die regelmäßigen Feste und Veranstaltungen werden als Unterhaltung geschätzt. Die Angebote der Seniorenbetreuung (Basteln, Vorlesen etc.) werden teilweise als „nur“ für Demente adressiert und damit uninteressant, Besuche empfängt man der Ruhe wegen vornehmlich im eigenen Zimmer. Die wenigen selbst gewählten „Lieblingsplätze“ im (teil)öffentlichen Bereich stehen vielfach in Bezug zu schöner Aussicht (Balkon), frischer Luft und Natur. Dem Garten kommt in vielerlei Hinsicht eine große Bedeutung zu, er steht auch für den Wunsch nach „Draußen“ zu kommen.

Bei den „*Strategien zur Lebensbewältigung*“ finden sich akkommodative, durchaus aber auch assimilative Strategien mit hoher Kontrollüberzeugung. Während „ältere“ Befragte eher angepasst und bescheiden sind, keine Arbeit machen wollen und ein solidarisches Verständnis für die „Arbeitslast“ der Pflegekräfte zeigen – ein typischer Kohorteneffekt (siehe Pkt. 2.1.2), haben die „jüngeren“ Interviewten kein Problem nach Hilfe zu fragen oder sich „Servicieren“ zu lassen.

6. ERGEBNISDISKUSSION – ANSÄTZE FÜR PERSON-UMWELT- GESTALTUNG IN NÖ PFLEGE- UND BETREUUNGSZENTREN

In diesem Abschnitt der Arbeit werden ausgewählte Ergebnisse in einem breiten Verständnis von Wohnen als „Räumlich & Sozial“, „Erleben & Verhalten“, „Drinne & Draußen“ und „Austausch & Folgen“ (vgl. Oswald & Wahl 2015) diskutiert, zusätzlich unter dem Aspekt „Passung & Gestaltung“. Die Ergebnisdiskussion geht der Frage nach, welche Bedeutung die gewonnenen Daten bzw. Befunde im Kontext der wissenschaftlich-theoretischen Modelle, aber auch für die Praxis haben. Literatur und theoretische Ansätze werden zu diesem Zweck mit den Befunden verknüpft und mit der Problemstellung rückgekoppelt (vgl. Mayer 2015, S. 349). An dieser Stelle soll auch der Teilaspekt der *Forschungsfrage 3* „Was bedeutet dies für neue (künftige) Wohnkonzepte im Pflegesetting?“ beantwortet werden. Dazu wird versucht, Indikatoren für Wohnqualität zu identifizieren und Ansätze für Veränderungen auszumachen, um daraus Empfehlungen für die NÖ Pflege- und Betreuungszentren ableiten zu können.

Auch im Sinne von Innovation. Neue kreative Ideen sind noch keine Innovation. Von Innovation spricht man erst dann, wenn daraus neue Produkte, Dienstleistungen oder Verfahren entstehen und umgesetzt werden (vgl. Müller-Prothmann & Dörr 2011, S. 7). Dabei sollen neue Wege und Ziele erreicht werden, die helfen, Probleme besser lösen zu können im Kontext früherer Praktiken (vgl. Zapf 1989, S. 177). Bei sozialer Innovation geht es um die „Neukonfiguration“ sozialer Praktiken (Howaldt & Schwarz 2010). Dienstleistungsinnovationen beziehen sich auf neue soziale Arrangements und Handlungspraktiken, gesundheitsbezogene innovative Dienstleistungen auf neue Verhaltensmuster, Routinen und Arbeitsweisen mit dem Ziel der Verbesserung von Outcomes, wie etwa der Lebensqualität in der Pflege (vgl. Greenhalgh et al. 2004).

Räumlich & Sozial: Das „Ökologische Modell des Alterns“ (Lawton & Nahemow 1973) und das „Complementary-Congruence Model“ of Person-Environment-Fit (Carp & Carp 1984), die dieser Arbeit als theoretische Modelle zugrunde liegen, zielen auf die Erhaltung der Autonomie der

Person, aber auch auf Komfort, Vorlieben und Anregung. Grundlegende Anforderungen an Pflegeeinrichtungen im räumlich-materiellen Sinne sind die absolute Barrierefreiheit der Gebäude samt der Außenanlagen (Garten etc.) und die für die BewohnerInnen – ohne oder mit Unterstützung (z. B. Fahr- und Bringdienste, Begleitung durch Ehrenamtliche) – uneingeschränkte Erreichbarkeit bzw. Zugänglichkeit (= individuelle Passung) aller für sie wichtigen Räume. Erst dadurch wird Umweltkontrolle, die Teilnahme an Angeboten und Aktivitäten und soziale Teilhabe möglich. Licht-, Farbkontrast- und Orientierungskonzepte, moderne assistive Technologien oder etwa mehr Sitzgelegenheiten oder Ruheplätze in (teil)öffentlichen Bereichen (vgl. Oswald et al. 2005) sind Teilaspekte einer „bewohnergerechten“, besser „alterssensiblen“ Umwelt. „Bewohnergerecht“ könnte in der Praxis auch eine kluge Kombination aus Angeboten sein, die zu einem kommen (in die Wohngruppe), zu denen man sich hinbewegt bzw. in Begleitung hinbewegt wird (Tews 1999, S. 179). Die Befunde zeigen, dass sich bevorzugte Plätze an Orten mit schöner Aussicht finden. „Ausblick, Natur, Licht, Rhythmus im Jahreslauf führen zu Anregung und werden gegen Barrieren aufgerechnet“ (Oswald 2017). Das „4-Sphären-Modell“ des Landes NÖ (siehe Pkt. 2.2.4) könnte als vielfältiges und abgestuftes Architekturkonzept differenzierte räumliche Gelegenheitsstrukturen bieten und dadurch unterschiedliche soziale Interaktionen anregen (vgl. Barnes et al. 2004; Zeisel et al. 2003). Das private Zimmer – als der zentrale Lebens- und Rückzugsort der BewohnerInnen – sollte neben Privatheit eine individuellere und selbstgestaltete aktivere Nutzung zulassen (weniger standardisierte Möblierung, mehr Frei- und Stauräume, Personalisierung, multifunktionales Möbelstück statt „kleinem Besuchertisch“ etc.).

„*Erleben & Verhalten*“: Die handlungsbezogene („Agency“) und die erlebnisbezogene („Belonging“) Ebene des Wohnens sind im Alltag eng miteinander verknüpft (vgl. Claßen et al. 2014, S. 31). Befunde aus zwei Bewohnerinterviews zeigen, dass die aus eigener Kompetenz erzielte physische Aneignung von Räumen („Passung“; auch „Verinnerlichung“, Rowles 1983) zu einem Gefühl von Vertrautheit führen kann. Verhaltensbezogene Aspekte privaten Wohnens finden sich vornehmlich im eigenen Zimmer (z. B. im selber Bettenmachen, Blumen versorgen, Besuche bewirten, Nutzung externer Zustelldienste) und teilweise auch im Garten. Erlebte Nützlichkeit und wohnbezogene internale Kontrollüberzeugungen sind wichtige – und empirisch belegte (Oswald et al. 2005, die „ENABLE-AGE“-Studie) – Facetten des Umwelterlebens im Alter (vgl. auch Claßen et al. 2014, S. 44). Dazu kann auch die Gestaltung des eigenen Zimmers zählen:

Hier treffen verhaltensbezogene (Proaktivität) und kognitive (z. B. Personalisierung, Gegenstände als „biografischer Anker“) wie auch emotionale Bedeutungen (Geborgenheit, Gemütlichkeit) aufeinander. Das Zimmer kann so im Sinne des SOK-Modells (Baltes & Baltes 1990; Lawton 1989) zum „Lieblingsplatz“ (Kontrollzentrum; siehe Pkt. 3.1.4) werden. Außerdem ist der Erhalt gewohnter Erlebensbezüge (Teil der Identität) gerade bei veränderter Alltagsselbstständigkeit als Folge von Pflegebedürftigkeit wichtig (vgl. Rowles 1983). Diesem Aspekt sollte in der Pflegepraxis besonderes Augenmerk zukommen; teilweise wird es notwendig sein die Betroffenen selbst und die Angehörigen von dieser „Wohnbedeutung“ zu überzeugen, das Aufnahmemanagement wäre zu evaluieren. Auf der „Belonging“-Ebene finden sich zudem bequeme Möbel oder ein angenehmer Duft. „Settingspezifische“ Aspekte sind der Schutz der Privat- und Intimsphäre (bei Pflegehandlungen, vor unbefugtem Zutritt Dritter), ungestörte Besuche und auch, „dass rasch Hilfe kommt“. Umweltstress (zum Beispiel beim Essen, durch Demenzzranke) kann zu Rückzug führen. Das Zusammenleben mit demenziell Erkrankten muss seitens der Institution aktiv gestaltet werden, das nur „im Zimmer essen wollen“ aus Gründen eines vermeintlich nicht passenden Beziehungsgefüges ist kritisch zu hinterfragen. Die in den NÖ PBZs geplante Kombination von integrativer Demenzbetreuung und eigenen Demenzgruppen (für schwerere Krankheitsbilder) kann hier unter Umständen Abhilfe leisten. Alltäglichkeit, das Prinzip der Normalität (vertrauter Tagesrhythmus etc.) und generell die Beziehungsstrukturen sind zu fördern, da jeder Mensch als ein soziales Wesen nach Zugehörigkeit strebt, und die Pflegeeinrichtungen selbst den Anspruch erheben, Gemeinschaft und Beziehungsqualität bieten zu wollen. Interventionsorientierte Studien belegen eine bessere Alltagskompetenz durch bessere Wohnumwelt (vgl. Wahl et al. 1999). Angemessene häusliche Tätigkeiten können die Lebensqualität positiv beeinflussen (vgl. Bradshaw et al. 2012). Bezüglich des gemeinschaftlichen Wohnens sind Potenziale und Risiken abzuwägen (vgl. dazu Hieber et al. 2005), eine „Balance von Nähe und Distanz“ (Rosenmayr 1996, S. 27) ist zu halten. Im Pflegesetting (bei hohen Pflegestufen) geht es vermutlich mehr um alltägliches, vertraut-häusliches Wohnen als um gemeinschaftliches Wohnen. Dass „jüngere“ Personen kein Problem haben sich „Servicieren“ zu lassen, verweist auf zukünftige Anforderungen (Serviceorientierung!).

Drinnen & Draußen: Physische Barrieren können zu sozialen Barrieren werden, soziale Probleme führen zu räumlichem Rückzug. Befunde aus den Interviews wie „der Speisesaal draußen“ oder „die Leute da“ bzw. „die schreien da draußen“ könnten bedeuten, sich sozial ausgeschlossen zu

fühlen oder bewusst abgrenzen zu wollen (müssen), sie deuten auf (tatsächliche oder unsichtbare) Schwellen hin. Im Pflegesetting sollte diesen „Dinnen“- und „Draußen“-Gefühlen aus unterschiedlichsten Gründen (z. B. viele bettlägerige, immobile Personen; das Heim als geschlossenes System, „totale Institution“ nach Goffman 1961; Öffnung nach außen) besondere Sensibilität entgegengebracht werden. Eine „fremde Welt“ (im Gegensatz zu Koch-Straube 1997) ist das jeweilige Haus jedenfalls nicht. „Draußen“ im Freien, in der Natur zu sein oder in den Garten zu kommen, ist den BewohnerInnen ein großes Bedürfnis, ist möglicherweise auch biografisch konnotiert; Balkone, Terrassen oder Wintergärten wären als Ergänzung oder Alternative denkbar (vgl. Fooker 1999, S. 145ff). Ein ganz anderer, bedeutsam werdender Diskussionsansatz ist der „virtuelle Raum“ (Internet, soziale Medien etc.), nach Ahrens (2001, S. 197) „ein offener Zusatzraum ohne eindeutiges ‚Innen‘ und ‚Außen‘, welcher sich erst durch seine kommunikativen Anschlüsse ausbildet“. Die Nutzung moderner Medien wird Teil des Heimalltages werden, Raumgrenzen können dadurch verschwimmen, soziale Teilhabe eine andere Qualität erfahren: „Das zunehmende Eindringen von neuen Technologien, auch in die Lebenswelt der Älteren, verändert Teilhabeformen grundlegend und nachhaltig“ (Oswald & Wahl 2015, S. 129). Soziale Integration braucht schließlich auch die Anbindung an die Gemeinde. Die geringen Außenkontakte der Interviewten (ungünstige Lage beider untersuchter Häuser, wenig Ausflüge) suchen nach neuen Lösungen für mehr „außerhäusliche Mobilität“ (z. B. spezielle Fahrtendienste, Kooperationen mit lokalen Betrieben und Vereinen); das „Hereinholen“ von z. B. Friseursalon oder anderer Dienste kann als gutgemeinte erhöhte Vollversorgung auch ambivalent sein. Die Sozialraumforschung propagiert für das „Draußen“, im sozialen Nahraum, ein Konzept der „einbindenden Kulturen“ bzw. „haltenden Umgebungen“ (vgl. Heuwinkel & Borchers 1999, S. 141; Kegan 1986). Ein Ansatz, der auch für die Gestaltung von Binnenstrukturen (Wohngruppe) interessant sein könnte: (Soziale) Unterstützung gekoppelt mit Partizipation, die Folge wäre soziale Integration.

Austausch & Folgen: Prozess und Folgen sollen anhand der im Pkt. 5.7 dargestellten „Wohnsprüche“ diskutiert werden. Dazu wurden die sechs Interviews mit BewohnerInnen im Einzelzimmer (siehe Pkt. 5.1.2) in einem qualitativen Verfahren auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf Einzugsituation, aktuelles Wohnverhalten, soziale Kontakte, persönliche Strategien und die jeweils subjektive Einschätzung in Form der ausgewählten „Wohnsprüche“ untersucht.

Die teils interessanten, teils unerwarteten Ergebnisse (Abbildung 13) könnten Ausgangspunkt für weitere Forschungsarbeiten sein (zur Frage „wann“ Wohnen beginnt, was ein „Zuhause“ ausmacht oder welche Kommunikationstypen von Personen es für gemeinschaftliches Wohnen braucht).

WOHNPROZESS & FOLGEN Subjektive Einschätzung des "Zuhause"-Gefühls durch die interviewten BewohnerInnen			
	TYPUS "Aktiv" (Zuhause)	"Häuslich" (Rückzug)	"Passiv" (Krankenzimmer)
	Mann (92/IA-1), Frau (86/IH-3)	Frau (89/IA-2), Frau (90/IH-1)	Mann (62/IA-4), Frau (77/IH-2)
Im Haus seit	9 Monate bzw. 34 Monate	27 Monate bzw. 8 Monate	19 Monate bzw. 10 Monate
Einzug	bewusst gewählt, pragmatisch	notwendig (unfreiwillig)	notwendig (unfreiwillig)
Körperl. Einschränkung	stark sehbeeinträchtigt	gehbeeinträchtigt bzw. frailty	stark mobilitätseingeschränkt
Hilfsmittel	Gehstock und Rollator	Rollator / Rollator+Rollstuhl	Rollstuhl
Emotionale Verfassung	positiv, offen bis reflektiert	positiv / hohe Kontrollüberzeug.	resignativ
Wohnverhalten-Zimmer	nützlich, teilw. personalisiert	stark personalisiert + Wohnkultur	kaum personalisiert / nüchtern
Wohnverhalten-sozial/WG	kontaktorientiert, Essen außen	distanziert bis Rückzug	Rückzug + Essen im Zimmer!
Wohnverhalten-öffentl.	in Bewegung, Lieblingsplätze	aktiv / keine Teilhabe	kaum / keine Teilhabe
Nach Draußen kommen	Spaziergehen, im Garten	Garten etc. / nie Draußen	nie Draußen (Begleitung!)
Verhalten zu Personal	angepasst, kollegial, Plaudern!	angepasst / kritisch	serviceorientiert
Raumaneignung	P-U-Passung gelungen	P-U-Passung / Rückzug Zimmer	Rückzug im Zimmer
Bewältigungsstrategie	selbstständig, nicht abhängig sein	selbstständig / Widerstand erlaubt	"kämpfen" / positiv
Perspektive	Wohnen bleiben wollen	Letzter Wohnort	Wohnen bleiben wollen
Selbstbewertung Wohnen	Zuhause, vertraut, wohlfühlen	Kein Zuhause, Sicher & Geborgen	Kein Zuhause, Sicher & Geborgen
Typische Aussagen	<i>"Ich fühle mich pudelwohl" (IA1/6)</i>	<i>"Wohlfühlen wie daheim" - n e i n:</i>	<i>"Geborgen & Sicher" (IA-4/95)</i>
	<i>"Es ist für mich ein neues Zuhause</i>	<i>Daham is Daham" (IA-2/84-86)</i>	<i>"Das wird nie mein Zuhause wer-</i>
	<i>geworden, alles ist vertraut, ich</i>	<i>"Geborgen & Sicher", Ja (zu letzter</i>	<i>den, das stimmt so; am ehesten</i>
	<i>fühl mich wohl" (IH-3/139)</i>	<i>Wohnort)" (IH-1/84-85)</i>	<i>2. Heimat'. Nein, keine fremde</i>
			<i>Welt" (IH-2/104ff)</i>

Abbildung 13: Gegenüberstellung Wohnprozess zu „Wohneinschätzung“ der interviewten BewohnerInnen

Ein geplanter oder bewusster (freiwilliger) Umzug in eine Pflegeeinrichtung könnte dabei unterstützen, sich rascher „heimelig“, vertraut und wohl zu fühlen. Nach der These von Leith (2006, S. 329) wird ein (altes) Zuhause solange als solches wahrgenommen, wie Kompetenzen und Umweltfaktoren übereinstimmen; im Umkehrschluss könnte bei ebendieser Passung auch ein „neues“ Zuhause entstehen. Es könnte sich bei zwei Interviewten (Typus „Aktiv“/Zuhause) die von Sowarka & M. Baltes (1999) beschriebene „Lebensnische“ gefunden haben, „die der alte Mensch proaktiv schafft oder reaktiv aufsucht, wenn ihr Anforderungsgehalt am ehesten zu den eigenen Ressourcen, Kompetenzen und Aktivitäten paßt“ (S. 55). Interessant ist das Ergebnis, dass eine hohe Personalisierung des Zimmers (Typus „Häuslich“/Rückzug) nicht „automatisch“ zu einem

„Zuhause“-Gefühl führen muss. Dies spricht einerseits für einen breiteren Wohnbegriff, die Einbeziehung der Mesoebene und das „Complementary-Congruence Model“ (Carp & Carp 1984). Möglicherweise finden sich bei diesen beiden Befragten zu wenig anregende Umweltfaktoren oder eine hohe Anpassung infolge der (in einem Fall) langen Wohndauer, was auf Unterforderung (Langeweile) hindeuten könnte; in dem Fall von Frailty (Frau, 90 Jahre) könnte es einfach eine stärkere „Interiorisierung“ (Oswald & Wahl 2015, S. 129) sein. Bei den beiden „jüngeren“ Sicherheitsorientierten (Typus „Passiv“/Krankenzimmer) deuten die Haltungen Rekonvaleszenz und Servicerung darauf hin, dass „Wohnen“ für sie keine primäre Zielgröße ist; es ist mehr ein „Aufenthalt“, weil sie das jeweilige Haus (vermutlich) wieder verlassen können. Wohnen braucht Raum und Zeit zum Ankommen, aber auch eine aktive Auseinandersetzung und Gestaltung.

Passung & Gestaltung: Im räumlich-materiellen Sinne bzw. auf funktionaler Ebene ist „Passung“ (Zugänglichkeit etc.) im Pflegesetting herzustellen. Auf individueller Ebene werden auf Basis einer personenzentrierten Pflege viele Bemühungen unternommen, den BewohnerInnen mehr Wahlfreiheiten einzuräumen und gewohnte Routinen zu durchbrechen. Für eine sozialintegrative Lebensumwelt und auf der Mesoebene (z. B. Zusammenwohnen mit anderen) wird es noch viele Maßnahmen der Person-Umwelt-Gestaltung brauchen. Hier könnten eine stärkere Mitgestaltung im Alltag und eine partnerschaftliche Partizipation der BewohnerInnen der Hebel für neue Lösungen sein. Immaterielle Faktoren sind demnach einzubeziehen, da sie großen Einfluss auf Zufriedenheit und Selbstbewertung der Wohn- und Lebenssituation haben. Die Diskussion zur künftigen Pflegefinanzierung in Österreich (nach Wegfall des Pflegeregresses) könnte neue „gemischte Versorgungsarrangements“ (Tesch-Römer 2010, S. 257) ausbilden und „nicht nur zu einer integrierten Versorgung, sondern zu einer durchlässigen Pflege“ (Kolland et al. 2016, S. 12) führen. Die stationäre Pflege wird sich hier positionieren müssen. Bezüglich des Wohnens wird es kleinräumigere Strukturen und „dezent aus dem Hintergrund gesteuerter, individuell bemessener, tatsächlich benötigter Pflege“ (Winter et al. 2000, S. 12) brauchen. Zu neuen innovativen Wohnkonzepten bzw. solchen nach einem Home-like-Environment-Ansatz gibt es noch zu wenig empirische Evidenz (vgl. Mazzola & Hasseler 2018, S. 107). Untersuchungen von Verbeek et al. (2012) in den Niederlanden beispielsweise weisen auf eine Stärkung der Personenorientierung und Selbstbestimmung der BewohnerInnen im Rahmen der Alltagsgestaltung hin.

7. SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK

Die vorliegende Arbeit nahm den Trend nach mehr Wohnkultur in der stationären Pflege und die dazu in den NÖ Pflege- und Betreuungszentren, dem konkreten Forschungsfeld, entwickelten Grundsätze für „Wohnqualität“ zum Anlass und rekonstruierte „Wohnen“ aus der subjektiven Sicht der BewohnerInnen. Eine Perspektive, die davor nur unzureichend berücksichtigt wurde. Ziel der explorativ angelegten Arbeit war es, die Bedürfnisse und Wünsche der BewohnerInnen (auf individueller Ebene und Mesoebene) in einzelnen Wohndimensionen zu erkunden und Ressourcen und Restriktionen (auf institutionell-konzeptioneller Ebene) ausfindig zu machen, um so die Person-Umwelt-Passung (nach der „Person-Environment-Fit“-These nach Lawton 1989, 1999) bzw. die Nichtpassung („Misfit“) analysieren zu können. Dazu wurden sieben qualitative (leitfadengestützte) Interviews mit BewohnerInnen in zwei NÖ Pflege- und Betreuungszentren ausgewertet. Aus ethischen Gründen waren nur Personen ohne kognitive Einschränkungen in den Forschungsprozess einbezogen; sie stellen mittlerweile eine Minderheit unter den BewohnerInnen in Pflegeeinrichtungen dar. Die Auswertung der Daten erfolgte themenzentriert entlang der Bereiche „Leben in Privatheit – das eigene Zimmer“, „Leben in Gemeinschaft – der Wohnbereich“ und „Leben in (Teil)Öffentlichkeit – die Wohnumgebung“; zusätzlich wurden der Stellenwert von „Wohnen“ in der Pflege sowie Bewältigungsstrategien der Befragten untersucht. Ausgewählte Ergebnisse wurden einem breiten Verständnis von Wohnen folgend (vgl. Oswald & Wahl 2015), in den Perspektiven „Räumlich & Sozial“, „Erleben & Verhalten“, „Drinne & Draußen“ und „Austausch & Folgen“ sowie unter dem Aspekt „Passung & Gestaltung“ im Hinblick auf zukünftige Wohnkonzepte bzw. daraus ableitbarer Empfehlungen für die NÖ Pflege- und Betreuungszentren diskutiert, einige Schlussfolgerungen wurden dargelegt.

7.1 FAZIT, LIMITATIONEN UND AUSBLICK

Die wichtigsten Erkenntnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen: Der Stellenwert von „Wohnen“ in der Pflege lässt sich auf subjektiver Ebene angesichts komplexer Krankheitsbilder (hohe Pflegestufen, Demenz, kürzer werdende Verweildauer) nur bedingt erfassen. Ansprüche und die oft auch geäußerte Zufriedenheit sind stark mit der Lebenssituation davor konnotiert. Der

Wunsch nach Sicherheit, Geborgenheit und professioneller Pflege überwiegt, kohortenspezifische Anforderungen (Internet, mehr Wahlmöglichkeiten, Serviceorientierung) künftiger Senioren-generationen zeichnen sich bereits ab. Der Umzug in eine Pflegeeinrichtung kann durchaus auch eine Erleichterung sein; erfolgt er freiwillig bzw. autonom, kann daraus ein „neues, vertrautes Zuhause“ werden. Auf individueller Ebene werden – im Sinne einer personenzentrierten Pflege – seitens der Einrichtungen viele Bemühungen unternommen, den Wünschen und Bedürfnissen der BewohnerInnen zu entsprechen (mehr Wahlfreiheiten, flexiblere Essenszeiten – außer abends!, Möglichkeit der Personalisierung des Zimmers), starre Tagesstrukturen beginnen sich aufzulösen. Der Wunsch nach Privatsphäre wird vom Personal respektiert (Anklopfen, Zimmerschlüssel). Als größte „Problemfelder“ lassen sich das Zusammenwohnen zwischen kognitiv gesunden und an Demenz erkrankten Personen und die (offensichtlich) zu geringe Mobilitätshilfe (Begleitpersonen etc.) für Personen im Rollstuhl identifizieren; beides hemmt den „Verhaltens- und Handlungsstrom“ Wohnen (Saup 1999, S. 46) und führt zu einem Rückzug ins Zimmer, was die Gefahr sozialer Isolation in sich birgt. Das „Leben in Privatheit“, also im eigenen Zimmer, tritt (noch mehr) in den Vordergrund. Das „Leben in Gemeinschaft“ (vertrauter Alltag, familiäres Miteinander) und das „Leben in (Teil)Öffentlichkeit“ (Mobilitätshilfen, nach Draußen kommen, Teilhabe) sind Handlungsfelder für eine notwendige Person-Umwelt-Gestaltung. Schlussfolgerungen in Bezug auf das „4-Sphären-Architektur“-Prinzip in den NÖ PBZs sollten nach einer Evaluation der Wohngruppen in einzelnen Häusern erfolgen. Zu neuen Formen kleinräumiger und personenzentrierter Betreuung gibt es „kaum empirische Evidenz“ (vgl. Mazzola & Hasseler 2018; Oswald 2017), dies könnte neue Erkenntnisse zum Forschungsstand hervorbringen.

Um fundierte Kriterien bzw. Indikatoren für „Wohnqualität“ im Pflegesetting zu entwickeln, sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich. Das Einbeziehen der Bewohnerperspektive (neben jener der Pflege- und Führungskräfte und deren Expertise) ist ein schwieriger aber lohnender Prozess: Die Ergebnisse dieser Arbeit (siehe Pkt. 5) zeigen, dass qualitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren, im Speziellen problemzentrierte Interviews, wichtige Informationen liefern können, auch wenn diese nur punktuell und niemals (auch für die Bewohnerschaft in Pflegeeinrichtungen selbst) repräsentativ sein können. Die ursprünglich zur weiteren Datengewinnung angedachten schriftlichen „Wohnaufsätze“ haben sich hingegen (teils mangelnde Bereitschaft, teils „Überforderung“ der alten Menschen) als nicht geeignet herausgestellt. Qualitative Verfahren haben aber

den Nutzen, dass sie auch quantitativ nicht messbare Kriterien (z. B. „weiche“ Wohnfaktoren wie Zugluft, Duft oder eine „nette“ Tischgesellschaft), Hintergründe (sozialer Rückzug ins Zimmer) und Prozesshaftes (z. B. die These, dass die Personalisierung des Zimmers alleine noch zu keinem „Zuhause“-Gefühl führt) erfassen können. Sie decken beispielsweise auch Informationslücken oder soziales Verhalten auf (z. B. eine befragte Bewohnerin wusste zu wenig über die Rolle der Ehrenamtlichen im Haus; relativ wenig gegenseitige Unterstützung unter den BewohnerInnen). In künftige Forschungsarbeiten, idealerweise in Form einer Methoden-Triangulation, sollten nach Ansicht der Autorin zusätzlich qualitative Beobachtungsmethoden (z. B. zum Verständnis interaktiver und gruppenspezifischer Prozesse in der Wohngruppe) oder Netzwerkanalysen (zu den sozialen Beziehungen im Pflegesetting) einfließen. Interessant wäre auch eine Einzelfallstudie (oder ein Multiple-Case Design; vgl. Mayer 2015, S. 154ff) im Längsschnitt, um Wohnverhalten und Wohnerleben in der allerletzten Lebensphase erfassen zu können. Im Sinne sozialer Innovation und angewandter Gerontologie für ein gutes Altern (Wahl et al. 2012) bleibt zu hoffen, dass sich in naher Zukunft viele Forschungsarbeiten zum „Wohnen“ im Pflegesetting finden werden.

7.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

Für die Praxis in den NÖ Pflege- und Betreuungszentren sollen abschließend folgende Empfehlungen formuliert werden:

- „Wohnen“ sollte im Pflegesetting, wie in dieser Arbeit aufgezeigt, gesamthaft gesehen werden (insbesondere „Räumlich & Sozial“ und „Drinnen & Draußen“). Neben einer Person-Umwelt-Passung wird es Maßnahmen zur Person-Umwelt-Gestaltung brauchen. Die im Pkt. 6 dieser Arbeit diskutierten Ansätze können Anregungen dazu sein.
- Der Ansatz der personenzentrierten Pflege sollte dabei die Basis bilden. Zu beachten ist jedoch, dass sich diese nur auf die individuelle Ebene (die BewohnerIn, die MitarbeiterIn; die „Pflegekultur“) bezieht; eine gute Person-Umwelt-Gestaltung (künftig „Wohnkultur“) muss stets auch das Umfeld, die Mesoebene (psychosoziales Klima), die konzeptionelle Ebene (Alltagsorientierung, Raumvielfalt) und die organisatorisch-institutionelle Ebene (flexiblere Abläufe, neue Pflegeorganisation, Begleitdienste) im Auge haben.
- Eine der größten Herausforderungen wird es sein, das Zusammenleben zwischen kognitiv gesunden und demenzkranken Personen belastungsfrei (aktiv) zu gestalten.

- BewohnerInnen und Angehörigen ist die Bedeutung von „gutem Wohnen“ für ein „gutes Altern“ (z. B. durch proaktive Gestaltung und Personalisierung des Zimmers) bewusst zu machen, entsprechende Unterstützung ist anzubieten (Aufnahmemanagement).
- Es sind Maßnahmen zu überlegen, die BewohnerInnen partizipativ in die Gestaltung des Alltags und der Abläufe einzubeziehen (Wahlmöglichkeiten, Empowerment stärken).
- Das derzeit in einzelnen NÖ Pflege- und Betreuungszentren in Erprobung befindliche Wohngruppenkonzept sollte begleitend (formativ) evaluiert werden, um Erkenntnisse wiederum in die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung einbringen zu können.
- Künftige quantitative (standardisierte) Bewohner- und Angehörigenbefragungen könnten erstmals (!) auch Fragen zum Wohnaspekt beinhalten. Zur Operationalisierung bzw. für die Bildung von Items zum Grundprinzip „eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden“ könnte sich diese „Themenspezifikation“ (Abbildung 14) anbieten:

„Vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden“
Alle Räume im Haus gut erreichen können (mit oder ohne Unterstützung)
Das Zimmer selbst (nach persönlichen Vorstellungen) gestalten können
Ungestörte Privatsphäre mit Besuch
Personal (Hilfe) kommt rasch
Zuhause fühlen
Einen Lieblingsplatz (zum Ausruhen mit schöner Aussicht) haben
Der Tag ist manchmal zu lang
Mit anderen BewohnerInnen gut in Kontakt kommen
In der Wohngruppe und im Alltag mithelfen dürfen
Der Tagesrhythmus im Vergleich zu früher hat sich verändert
Nach Draußen kommen (mit oder ohne Unterstützung)
Eine Person für Probleme und Sorgen haben

Abbildung 14: Teilaspekte (Operationalisierung) Vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung

- Die Diskussion zur künftigen Pflegefinanzierung (nach Abschaffung des Pflegeregresses) könnte die Pflegelandschaft in Österreich verändern und eine (Neu)Positionierung der stationären Pflege erforderlich machen. Dem Aspekt „Wohnen“ sollte jedenfalls und auch bei einer (weiteren) Spezialisierung auf intensiv-pflegerische oder psychosoziale Pflegeformen, Bedeutung zukommen. Folgt man dem Anthropologen Heidegger (1954) dann ist Leben gleich Wohnen – und solange man lebt, wohnt man auch!

8. ZUSAMMENFASSUNG

Die Masterarbeit befasst sich mit der Person-Umwelt-Passung am Beispiel des „Wohnens“ in den NÖ Pflege- und Betreuungszentren des Landes Niederösterreich. Sie nimmt den Trend nach mehr Wohnkultur in der stationären Pflege und neu entwickelte Grundsätze in diesen Einrichtungen zum Anlass und rekonstruiert „Wohnen“ aus der subjektiven Sicht der BewohnerInnen. Ziel der explorativ angelegten Arbeit ist es, die Bedürfnisse und Wünsche der BewohnerInnen in einzelnen Dimensionen zu beschreiben und zu verstehen. Was heißt „Wohnen“ im Pflegesetting, was bedeutet Wohnqualität und Wohnlichkeit für die Betroffenen selbst? Wie erleben sie ihre Wohnumwelt und das Zusammenwohnen mit anderen? Wie kann „Wohnen“ gelingen, was behindert, was unterstützt? Identifizierte Wünsche, Ressourcen und Restriktionen werden diskutiert und münden in Empfehlungen für die Praxis. Den theoretischen Rahmen bilden verschiedene Modelle aus der ökologischen Gerontologie, die „Wohnen“ als Interaktion von Person und sozial-räumlicher Umwelt versteht, welche Einfluss auf die Lebensqualität (Zielgröße in der Pflege) haben kann. Zur empirischen Untersuchung wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews in zwei NÖ Pflege- und Betreuungszentren mit BewohnerInnen ohne kognitive Einschränkungen geführt. Die Daten wurden themenzentriert entlang der Kategorien „Leben in Privatheit – das eigene Zimmer“, „Leben in Gemeinschaft – der Wohnbereich“ und „Leben in (Teil)Öffentlichkeit – die Wohnumgebung“ ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen eine differenzierte Person-Umwelt-Passung in diesen Lebenswelten und den Bedarf nach Person-Umwelt-Gestaltung.

ABSTRACT

This master thesis deals with the fitting of people into their environment, working with the example of people living in the nursing and care centers “NÖ Pflege- und Betreuungszentren des Landes Niederösterreich”. Taking the latest trend of improvements concerning the style of home furnishing as a starting point, living in a care center has been reconstructed from the subjective point of view of the inhabitants.

The aim of this explorative paper is to describe and understand the inhabitants' needs and wishes in single dimensions. What does "living" mean in settings that have to provide care, what is real quality of living and real homeliness for the people in question? How do they experience their home environment and cohabitation with others? How can living in care environments be successful, what can be hindering, what is supportive?

Wishes have been identified and will be discussed alongside with resources and restrictions but shall also result in recommendations for practical implementation. The theoretical framework consists of different models of ecological gerontology. Here, living is seen as interaction of the person and his/her social and spatial environment which can influence the quality of life, being an important aim in the care for the elderly.

To carry out the empirical investigation, qualitative Interviews, supported by guidelines, have been conducted with inhabitants without cognitive limitations in two nursing and care centers of the "NÖ Pflege- und Betreuungszentren". The data have been assessed in a theme-centered way along the categories "living in privacy – one's own room", "living in the community – the living area" and "living in a partly public area – the living environment".

The results have shown a differentiation in fitting of people into their environment and the people's need for individually structuring their environment.

LITERATURVERZEICHNIS

- Ahrens, D. (2001). Grenzen der Enträumlichung: Weltstädte, Cyberspace und transnationale Räume in der globalisierten Moderne. Opladen: Leske & Budrich.
- Altman, I. (1975). The environment and social behavior. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Altman, I. (1977). Privacy regulation: culturally universal or culturally specific? *Journal of Social Issues*, 33 (3), 66-84.
- Aman, E. & Thomas, D. (2009). Supervised exercise to reduce agitation in severely cognitively impaired persons. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10 (4), 271-276.
- Amann, A. & Majce, G. (2005). *Soziologie in interdisziplinären Netzwerken*. Wien: Böhlau Verlag.
- Amann, W. (2013). *Gemeinnütziges Wohnen im Alter. Volkswirtschaftliche Analyse unterschiedlicher Wohn- und Betreuungsformen*, Institut für Immobilien, Bauen und Wohnen GmbH. Wien: IIBW.
- Amrhein, L. (2013). Die soziale Konstruktion von „Hochaltrigkeit“ in einer jungen Altersgesellschaft. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 10-15.
- Andersson, I., Pettersson, E. & Sidenvall, B. (2007). Daily life after moving into a care home – experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (9), 1712-1718.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Backes, G. M. (1997). Altern als gesellschaftliches Problem? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Backes, G. M., Amrhein, L. & Wolfinger, M. (2008). *Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung*, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Backes, G. M. & Clemens, W. (2013). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung* (4. Auflage). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Bahrtdt, H. P. (1977[1968]). *Humaner Städtebau. Überlegungen zur Wohnungspolitik und Stadtplanung für eine nahe Zukunft* (7. Auflage). München: Nymphenburger Verlagshandlung.
- Baltes, P. B. (1989). Das Doppelgesicht des Alterns. In: *Jahrbuch 1989 der Max-Planck Gesellschaft*. München: Vandenhoeck & Ruprecht (S. 41-60).
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 433-448.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Hg.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press (S. 1-34).
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: de Gruyter (S. 1-34).
- Barnes, S., McKee, K., Morgan, K., Parker, C., Torrington, J. & Tregenza, P. (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Aging & Society*, 24 (6), 941-962.

- Bleck, C., Rießen van, A. & Schlee, T. (2018). Sozialraumorientierung in der stationären Altenhilfe. In: C. Bleck, A. van Rießen & R. Knopp (Hg.), *Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen*. Wiesbaden: Springer VS (S. 225-247).
- Bohn, F. (2012). *Von der Vision zum Projekt: Neubau, Erweiterung oder Sanierung eines Alters- und Pflegezentrums*. Bern: CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter. www.curaviva.ch
- Bollnow, O. F. (2010 [1963]). *Mensch und Raum* (11. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D. & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing*, 41 (4), 429-440.
- Brandtstädter, J. (2007). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen. Das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In: J. Brandtstädter & U. Lindenberg (Hg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Kohlhammer (S. 413-446).
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative models of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Bronfenbrenner, U. (1976). *Ökologische Sozialisationsforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bronfenbrenner, U. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz - BMASGK (2018). https://www.sozialministerium.at/site/Pension/Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegegeld/ (zuletzt abgerufen: 20.03.2018)
- Carp, F. M. & Carp, A. (1984). A complementary/congruence model of well-being of mental health for the community elderly. In: I. Altman, M. P. Lawton & J. F. Wohlwill (Hg.), *Elderly people and the environment*. New York: Plenum Press (S. 279-336).
- Carstensen, L. L. (1987). Age-related changes in social activity. In: L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Hg.), *Handbook of clinical gerontology*. New York: Pergamon (S. 222-237).
- Carstensen, L. L. (1991). Socioemotional selectivity theory. Social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
- Claßen, K., Oswald, F., Dohn, M., Kleinemas, U. & Wahl, H.-W. (2014). *Umwelten des Alterns: Wohnen, Mobilität, Technik und Medien*. In der Reihe „*Grundriss Gerontologie*“. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cohn, J. & Sugar, J. (1991). Determinants of quality of life in institutions: Perceptions of frail older residents, staff and families. In: J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (Hg.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press (S. 28-49).
- Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Bond, J., Eccles, M., Robinson, L., Martin-Ruiz, C., Zglinicki T., James, O. & Kirkwood, T. (2009). Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ* 2009; 339 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b4904>.
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Day, K., Carreon, D. & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *Gerontologist*, 40 (4), 397-416.
- Diehl, M. (2012). Autonomie. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 84-89).
- Douglas, M. (1991). The Idea of a Home: A Kind of Space. *The New School*, 58 (1), 287-307.

- Ekerdt, D. J. (1986). The busy ethic: moral continuity between work and retirement. *The Gerontologist*, 26 (3), 239-244.
- Filipp, S.-H. (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flade, A. (1987). *Wohnen psychologisch betrachtet*. Bern: Huber.
- Flade, A. (2008). *Architektur – psychologisch betrachtet*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Fookien, I. (1999). Entwicklungsgegebenheiten außerhalb der Wohnung über die Lebensspanne. In: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Hg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt* (S. 145-151).
- Freund, A. M. & Hennecke, M. (2012). Lebensgestaltung im höheren Alter. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 212-217).
- Friedland, R. & Alford, R. R. (1991). Bringing society back. Symbols, practices, and institutional contradictions. In: W. Powell & P. DiMaggio (Hg.), *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University of Chicago Press (S. 232-267).
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Fuchs-Heinritz, W., Lautmann, R., Rammstedt, O. & Wienold, H. (1995). *Lexikon zur Soziologie* (3. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Fürstenberg, F. (2013). Hochaltrigkeit als Akzeptanzproblem. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 16-20.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse - als Instrument rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Goffman, E. (1995 [1961]). *Asyle. Über die Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (10. Auflage). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Golant, S. M. (2011). The quest for residential normalcy by older adults: Relocation but one pathway. *Journal of Aging Studies*, 25 (3), 193-205.
- Graefe, S., Dyk, S. van & Lessenich, S. (2011). Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44 (5), 299-305.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82 (4), 581-629.
- Haas, W. H. & Serow, W. J. (1993). Amenity retirement migration process: a model and preliminary evidence. *Gerontologist*, 33 (2), 212-220.
- Hauprich, J., Mayrhofer, S. & Mayer, H. (2015). Im Spannungsfeld ‚Sicherheit-Risiko-Selbstbestimmung‘ agieren. Ein Praxis-Wissenschaftsdialog in der Demenzversorgung. Endbericht. Unveröffentlicht. Wien: Universität Wien.

- Havighurst, R. J. (1968). Ansichten über erfolgreiches Altern. In: H. Thomae & U. Lehr (Hg.), *Altern. Probleme und Tatsachen*. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsanstalt (S. 567-571).
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Developmental Psychology*, 25, 109-212.
- Heeg, S. (2000). Bauliches Milieu und Demenz. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer (S. 233-241).
- Heeg, S. (1996). Architektur für die kranke Seele – Anforderungen an das Bauen für demenzkranke Menschen. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hg.), *Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten*. Berlin: Selbstverlag (S. 129-135).
- Heidegger, M. (1954). *Vorträge und Aufsätze*. Pfullingen: Neske.
- Heinzelmann, M. (2004). *Das Altenheim – immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime*. Dissertation an der Universität Göttingen. ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000...6/heinzelmann.pdf
- Hellbrück, J. & Kals, E. (2012). *Umweltpsychologie. Lehrbuch Basiswissen Psychologie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Heusinger, J., Berndt, S. & Dummert, S. (2015). *GENDERSPEZIFISCHE BEDÜRFNISSE VON PFLEGE HEIMBEWOHNERINNEN UND BEWOHNERN*. Teilstudie des ZQP-Projekts Bedürfnisgerechte Pflege und Genderaspekte, Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Berlin: Institut für Gerontologische Forschung e. V.
- Heuwinkel, D. & Borchers, A. (1999). Ältere Menschen außerhalb ihrer Wohnung: Sichtweise der Strukturforschung. In: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Hg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt* (S. 133-144).
- Hieber, A., Mollenkopf, H., Wahl, H.-W. & Oswald, F. (2005). *Gemeinschaftliches Wohnen im Alter: Von der Idee bis zum Einzug*. Deutsches Zentrum für Altersforschung (DZFA) an der Ruprechts-Karl-Universität, Abteilung für soziale und Ökologische Gerontologie. Heidelberg: DZFA.
- Himmelsbach, I. & Oswald, F. (2010). Wohnen und Lebensqualität im Alter. *Widersprüche*, 32 (117), 83-102.
- Hobfoll, S. E. (1989). *Stress, culture, and community*. Plenum Press, New York.
- Holzhausen, M. & Scheidt-Nave, C. (2012). Multimorbidität als Interventionsherausforderung. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 48-53).
- Höpflinger, F. (2003). Hochaltrigkeit – demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklungen. In: Pro Senectute Schweiz (Hg.), *Hochaltrigkeit. Eine Herausforderung für Individuum und Gesellschaft*. Zürich: Pro Senectute Schweiz (S. 4-12).
- Höpflinger, F. (2004). *Traditionelles und neues Wohnen im Alter*. Zürich: Seismo.
- Höpflinger, F. (2009). *Konzeptuelle Grundsätze und essentielle Elemente einer modernen Alternsforschung*. (Letztfassung Juli 2009). <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1I.html> (18.03.2018)
- Höpflinger, F. (2011). *Sozialbeziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf> (20.01.2018)
- Höpflinger, F. (2014a). *Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen* (Letztfassung 03.01.2014). <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf> (18.03.2018)
- Höpflinger, F. (2014b). *Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen* <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf> (18.03.2018)
- Höpflinger, F. & Stuckelberger, A. (1999). *Demographische Alterung und individuelles Altern* (2. Auflage). Zürich: Seismo.

- Hörl, J. (2014). Die Drohung – Bemerkungen zur psychischen Gewalt an alten Menschen. In: A. Amann & F. Kolland (Hg.), *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine kritische Gerontologie* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien (S. 129-147).
- Hörl, J., Kolland, F. & Majce, G. (2008). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, BMSK (Hg.), Wien: BMSK.
- Howaldt, J. & Schwarz, M. (2010). *Soziale Innovation im Fokus. Skizze eines gesellschaftstheoretisch inspirierten Forschungskonzepts*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Jopp, D. S., Rott, C., Boerner, K., Boch, K. & Kruse, A. (2013). *Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren*. Stuttgart: R. Bosch Stiftung.
- Kade, S. (2009). *Altern und Bildung*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Kahana, E. (1982). A congruence model of person-environment interaction. In: M. P. Lawton, P. Windley & T. O. Byerts (Hg.), *Aging and the environment: Theoretical approaches*. New York: Springer (S. 97-121).
- Kahana, E. & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In: V. Bengtson (Hg.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities*. New York: Springer (S. 18-41).
- Kahana, E., Lovegreen, L., Kahana, B. & Kahana, M. (2003). Person, environment, and person environment fit as influences on residential satisfaction of elders. *Environment and Behavior*, 35 (3), 434-453.
- Kegan, R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst: Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Kelle, U., Metje, B. & Niggemann, C. (2014). Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: A. Amann & F. Kolland (Hg.), *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine kritische Gerontologie* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien (S. 175-206).
- Klie, T. (2017). Caring Community – leitbildfähiger Begriff für eine generationen-übergreifende Sorgeskultur? http://www.iss-ffm.de/lebenswelten/zusammenhalt/m_379 (10.04.2018)
- Kliegel, M., Zinke, K. & Hering, A. (2012). Plastizität. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 72-77).
- Koch-Straube, U. (1997). *Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie*. Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Huber-Verlag.
- Koch-Straube, U. (2005). Lebenswelt Pflegeheim. In: K. R. Schroeter & T. Rosenthal (Hg.), *Soziologie der Pflege*. München: Juventa (S. 211-226).
- Kohli, M. (1985). Die Institutionalisierung des Lebenslaufes. Historische Befunde und theoretische Argumente. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 37, 1-29.
- Kolland, F. (2000). Freizeit. In: H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer (S. 178-183).
- Kolland, F. (2007). Wohnalltag und Wohnwünsche älterer Menschen im Wandel. *DaHeim, Zeitschrift der ARGE der NÖ Pflegeheime*, Dezember 2007, S. 16-18.

- Kolland, F. (2010). Altern und seine Herausforderungen. In: „Alterswohlfahrt“. Wege aus der Sachwalterschaft, Maßnahmen für ein selbstbestimmtes Leben. Schriftenreihe der Volksanwaltschaft - Band I (Hg.), Wien: Volksanwaltschaft (S. 12-20).
- Kolland, F. (2012). Freizeitgestaltung. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 273-278).
- Kolland, F. (2015a). Neue Kultur des Alterns. Forschungsergebnisse, Konzepte und kritischer Ausblick. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, BMASK (Hg.), Wien: BMASK.
- Kolland, F. (2015b). Fachbeitrag in Projektbericht „*Leben entfalten – Zukunft gestalten. Innovative Lebensräume in NÖ Landespflegeheimen*“. St. Pölten: Land NÖ (S. 9).
- Kolland, F. & Rosenmayr, L. (2007). Altern und zielorientiertes Handeln: Zur Erweiterung der Aktivitätstheorie. In: H.-W. Wahl & H. Mollenkopf (Hg.), *Alternsforschung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Alterns- und Lebenslaufkonzeptionen im deutschsprachigen Raum*. Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft (S. 203-221).
- Kolland, F. & Meyer Schweizer, R. A. (2012). Altern und Wertewandel. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45, 587-592.
- Kolland, F., Bittner, M., Gutschik, R., Müller, G. & Wurzer, M. (2016). Alt werden in Niederösterreich. *Altersalmanach 2016*. Studie des Institutes für Soziologie im Auftrag des Landes Niederösterreich. Wien/St. Pölten: Universität Wien.
- Kremer-Preiß, U. (2012). Aktuelle und zukunftssträchtige Wohnformen für das Alter. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 554-561).
- Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept: Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung; Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24, 105-131.
- Kruse, A. (2005). Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 273-287.
- Kruse, A. & Lehr, U. (1999). Reife Leistung. Psychologische Aspekte des Alterns. In: Niederfranke u.a. (Hg.), *Funkkolleg Altern. Die vielen Gesichter des Alterns*. Opladen & Wiesbaden: Westdeutscher Verlag (S. 187-238).
- Kruse, A. & Martin, M. (2004). *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber.
- Kruse, A. & Wahl, H.-W. (2010). *Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kuźma, E. (2011). *Persönlichkeit und Person-Umwelt-Austauschprozesse bei der leichten kognitiven Beeinträchtigung. Eine Analyse im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)*. Dissertation an der Fakultät für Verhaltens- und empirische Kulturwissenschaften. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität.
- Land Niederösterreich (2015). *Leben entfalten – Zukunft gestalten. Innovative Lebensräume in NÖ Landespflegeheimen*. Projektbericht zum Innovationsprozess 2013-2015. St. Pölten: Land NÖ http://www.noebetreuungszentren.at/uploads/tx_ateliermarklnoepflegeheime/Projektbericht_Innovative_Lebensräume_2013-2015.pdf (20.04.2018)

- Land Niederösterreich (2016). Raum- und Funktionsprogramm - *Innovative Lebensräume in NÖ Landespflegeheimen*. St. Pölten: Land NÖ.
http://www.noebetreuungscentren.at/uploads/tx_ateliermarklnoepflegeheime/Raum-und_Funktionsprogramm_V1.0_128_BW_LPHs.pdf (14.06.2018).
- Land Niederösterreich (2017). KUNDEN-Zufriedenheitsanalyse 2017 in den NÖ Pflege- und Betreuungszentren. BewohnerInnen und Angehörige. Durchgeführt vom market-Institut Linz im Auftrag des Landes Niederösterreich (Erhebungszeitraum: Juli 2017).
- Lang, F. R. (1994). Die Gestaltung informeller Hilfebeziehungen im hohen Alter - Die Rolle von Elternschaft und Kinderlosigkeit. Eine empirische Studie zur sozialen Unterstützung und deren Effekt auf die erlebte soziale Einbindung. Studien und Bericht 59, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin: Sigma.
- Lang, F. R., Engel, S. A., Rupprecht, R., Sonnenberg, M. & Szymanska, A. (2008). Das Einzelzimmer im Alten- und Pflegeheim. Bestandsaufnahme, Literaturüberblick und Feldstudie zu den Qualitätsstandards von Einzel- und Doppelzimmern in Alten- und Pflegeheimen in Deutschland und in Bayern. Erlangen: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Lang, F. R. & Rohr, M. K. (2012). Die Gestaltung sozialer Beziehungen im Alter. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 429-434).
- Lang, F. R. & Rupprecht, R. (2012). Interventionsrelevante Konzepte der lebenslangen Entwicklung. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 66-71).
- Laslett, P. (1995). Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns. Weinheim & München: Juventa.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- Lawton, M. P. (1985). The elderly in context. Perspectives from environmental psychology and gerontology. *Environment and Behavior*, 17 (4), 501-519.
- Lawton, M. P. (1989). Environmental proactivity in older people. In: V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Hg.), *The course of later life. Research and reflections*. New York: Springer (S. 15-23).
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren James E. et al.: *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press (S. 4-27).
- Lawton, M. P. (1999). Environmental Design Features and the Well-Being of Older Persons. In: M. Duffy (Hg.), *Handbook of counseling and Psychotherapy with older adults*. New York: John Wiley (S. 350-363).
- Lawton, M. P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 5, 56-64.
- Lawton, M. P. & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In: C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Hg.), *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association (S. 619-674).
- Leeuwen, van H. (1984). Wohnökologie. Allgemeine Einleitung zur Wechselwirkung zwischen Mensch und gebauter Umgebung. Baltmannsweiler: Pädagogischer Verlag.
- Lehr, U. M. (1979). Gero-Intervention – das Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In: U. Lehr (Hg.), *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff (S. 1-49).

- Lehr, U. M. & Thoma, H. (1991). *Alltagspsychologie: Aufgaben, Methoden, Ergebnisse*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Leipold, B. & Greve, W. (2012). Krise und Bewältigung. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 90-95).
- Leipold, B. & Zank, S. (2012). Auswahl von Erhebungsinstrumenten für Interventionsstudien. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 631-636).
- Leith, K. H. (2006). „Home is where the heart is ... or is it?“ A phenomenological exploration of the meaning of home for older women in congregate housing. *Journal of Aging Studies*, 20, 317-333.
- Levenson, M. R. & Aldwin, C. M. (1994). Aging, personality, and adaptation. In: V. S. Ramachandran (Hg.), *Encyclopedia of human behavior*. San Diego, CA: Academic Press (Band 1, S. 47-55).
- Litwak, E. & Longino, C. F. (1987). Migration patterns among the elderly: A developmental perspective. *The Gerontologist*, 27 (3), 266-272.
- Marx, L. (2012). Bauliche Gestaltung in Alten- und Pflegeheimen. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 562-568).
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium* (4. Auflage). Wien: Facultas Verlag.
- Mayer, H., Hildebrandt, C., & Faul, E. (2015). Forschungsprojekt „Innovation Landespflegeheime in Niederösterreich“ (INOP-NÖ) Endbericht. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Auftrag des Landes Niederösterreich. Wien: Universität Wien.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mazzola, R. & Hasseler, M. (2018). Aktuelle Herausforderungen an die Profession Pflege in der Altenhilfe. In: C. Bleck, A. van Riessen & R. Knopp, *Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen*. Wiesbaden: Springer-Verlag (S. 101-112).
- Metchnikoff, E. (1903). *The Nature of Man*. New York: G. P. Putnam & Sons.
- Michel, L., Eichinger, W. & Hastedt, I. (2012). *Betreutes Wohnen für Senioren – die ÖNORM CEN/TS 16118. Praxiskommentar*. Wien: Austrian Standards.
- Michell-Auli, P. & Sowinski, C. (2012). *Die fünfte Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. (KDA).
- Mollenkopf, H., Oswald, F., Wahl, H.-W. & Zimmer, A. (2004). Räumlich-soziale Umwelt älterer Menschen: Die ökogerontologische Perspektive. In: A. Kruse & M. Martin (Hg.), *Enzyklopädie der Gerontologie*. Bern: Huber (S. 343-361).
- Moos, R. H. & Lemke, S. (1980). Assessing the physical and architectural features of sheltered care setting. *Journal of Gerontology*, 35, 571-583.
- Morgan, D. G. & Stewart, N. J. (1998). Multiple Occupancy Versus Private Rooms on Dementia Care Units. *Environment & Behavior*, 30 (4), 487-503.
- Motel-Klingebiel, A. (2012). Sozialer Wandel und gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Intervention. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 102-108).

- Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Huxhold, O. & Tesch-Römer, C. (2010). Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hg.), *Altern im Wandel*. Stuttgart: Kohlhammer (S. 15-33).
- Motel-Klingebiel, A., Ziegelmann, J. P. & Wiest, M. (2013). Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens. Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 5-9.
- Müller-Prothmann, T. & Dörr, N. (2011). *Innovationsmanagement, Methoden und Werkzeuge für systemische Innovationsprozesse*. München: Carl Hanser-Verlag.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 415, 187-198.
- Olbrich, E. (1987). Kompetenz im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 319-330.
- Olbrich, E. (1990). Zur Förderung von Kompetenz im höheren Lebensalter. In: R. Schmitz-Scherzer, A. Kruse & E. Olbrich (Hg.), *Altern – Ein lebenslanger Prozess der sozialen Interaktion*. Darmstadt: Steinkopf (S. 7-27).
- Oswald, F. (1996). Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens: Eine empirische Studie mit gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren. Regensburg: Roderer.
- Oswald, F. (2012). „Wohnen im Alter aus psychologischer Perspektive – Neues zum Wohnerleben und Wohnverhalten im hohen Alter“. Vortrag im Rahmen der Interdisziplinären Veranstaltungsreihe des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit der Age Stiftung, „Wohn- und Lebensformen im Alter(n)“ (24.04.2012).
www.zfg.uzh.ch/static/2012/oswald_wohnerleben_verhalten_2012.pdf (20.04.2018)
- Oswald, F. (2017). Altern und Sozialraum. Seminarunterlagen zur gleichnamigen Lehrveranstaltung im Modul „Erwerbstätigkeit, Partizipation und Sozialraum“, ULG „Gerontologie und soziale Innovation“ (19. & 20.1.2017). Postgraduate Center, Universität Wien.
- Oswald, F., Schmitt, M., Gansera-Baumann, B., Martin, M. & Sperling, U. (2000). Subjektive Wohnbedeutungen und Veränderungen im Wohnbereich. Vertiefungsstudie bei einer Teilstichprobe der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Heidelberg: DZFA.
- Oswald, F. & Wahl, H.-W. (2005). Dimensions of the meaning of home in later life. In: G. D. Rowles & H. Chaudhury (Hg.), *Home and identity in later life. International perspectives*. New York: Springer (S. 21-46).
- Oswald, F., Naumann, D., Schilling, O. & Wahl, H.-W. (2005). Selbständig wohnen im sehr hohen Alter- Ergebnisse aus dem Projekt ENABLE-AGE. In: T. Klie, A. Buhl, H. Entzian, A. Hedtke-Becker & H. Wallrafen-Dreisow (Hg.), *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*. Frankfurt am Main: Mabuse (S. 325-335).
- Oswald, F., Marx, I. & Wahl, H.-W. (2006). Gerontoökologie – Barrierefreie Umwelten. In: W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hg.), *Gerontologie: Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer (S. 194-198).
- Oswald, F. & Wahl, H.-W. (2015). Alte und neue Umwelten des Alterns - Zur Bedeutung von Wohnen und Technologie für Teilhabe in der späten Lebensphase. In: G. Naegele, E. Olbermann & A. Kuhlmann (Hg.), *Teilhabe im Alter gestalten*. Festschrift zum 25-jährigen Bestehen der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Dortmund. Heidelberg: Springer-Verlag (S. 113-130).

- Perrig-Chiello, P. (2012). Generationenzugehörigkeit und individuelle Intervention. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 96-101).
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2009). Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter. Zürich: NZZ-Verlag libro.
- Petzold, H. G. & Sieper, J. (1977). Quellen und Konzepte Integrativer Agogik. In: H. G. Petzold & G. Brown, *Gestalt-Pädagogik. Konzepte der Integrativen Erziehung*. München: Pfeiffer (S. 14-36).
- Pohlmann, S. (2001). Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pohlmann, S. (2004). Das Alter im Spiegel der Gesellschaft. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K. & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3 (1), 57-83.
- Radzey, B. (2009). Anforderungen an die Wohnqualität im Pflegeheim. Stand des Wissens. www.demenz-support.de/Repository/fundus_vortrag_2009_4.pdf. (15.02.2018)
- Riley, M. W. & Riley, J. W. (1992). Individuelles und gesellschaftliches Potential des Alterns. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: de Gruyter (S. 437-459).
- Rischaneck, U. (2008). Lebensformen und Wohnsituation der Hochbetagten in Österreich. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, BMSK (Hg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*. Wien: BMSK (S. 75-92).
- Rosenmayr, L. (1988). Besser wohnen – besser leben. Die Wohnung im Erlebnis und Selbstverständnis alter Menschen. *Information zur Raumentwicklung*, 1/2, 23-36.
- Rosenmayr, L. (1996). Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rott, C., d'Heureuse, V., Kliegel, M., Schönemann, P. & Becker, G. (2001). Die Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Theoretische und methodische Grundlagen zur sozialwissenschaftlichen Hochaltrigkeitsforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 356-364.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowles, G. D. (1983). Geographical dimensions of social support in rural Appalachia. In: G. D. Rowles & R. J. Ohta (Hg.), *Aging and milieu: Environmental Perspectives on Growing Old*. New York: Academic Press (S. 111-129).
- Rubinstein, R. L. (1989). The home environments of older people: A description of the psychosocial processes linking person to place. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44 (2), 45-52.
- Ruppe, G. & Stückler, A. (2018). Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie Niederösterreich – Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung. Eine noch unveröffentlichte Studie der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Alternsfragen (ÖPIA), u.a. im Auftrag des Landes Niederösterreich, Abteilung Soziales. Wien: ÖPIA.
- Rüßler, H. (2007). Altern in der Stadt. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Saup, W. (1989). Die Auswirkungen mikroökologischer Veränderungen in Altenheimen. In: D. Kleiber & D. Filsinger (Hg.), *Altern – bewältigen und helfen*. Heidelberg: Asanger (S. 89-99).
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Saup, W. (1999). Alte Menschen in ihrer Wohnung: Sichtweise der ökologischen Psychologie und Gerontologie. In: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Hg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt* (S. 43-51).
- Saup, W. & Reichert, M. (1999). Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter. In: A. Niederfranke, G. Naegele, E. Frahm (Hg.), *Funkkolleg Altern 2*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag (S. 245-286).
- Schmidt, R. (2012). Schwierige Lebenslagen als Interventionsherausforderung. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 54-59).
- Schnieder, B. (1991). *Betreutes Wohnen: Situation, Genese und Entwicklungstendenzen der Alterswohnversorgung*. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: P. Lang-Verlag.
- Schroeter, K. R. (2002). Zur Allodoxie des „erfolgreichen“ und „produktiven“ Alter(n)s. In: G. M. Backes & W. Clemens (Hg.), *Zukunft der Soziologie des Alter(n)s*. Opladen: Leske & Budrich (S. 85-109).
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis* (3), 283-293.
- Seibold, H. (2011). *Alltag im Alter*. In: C. Bäumler & I. Köther (Hg.), *Thiemes Altenpflege*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag (S. 878-884).
- Seidl, E. & Walter, I. (2002). Daheim im Pflegeheim, eine qualitative Studie mit HeimbewohnerInnen. In: E. Seidl & I. Walter (Hg.), *Pflegeforschung aktuell. Studien, Kommentare, Berichte*. Wien: Maudrich (S. 13-90).
- Sowarka, D. & Baltes, M. M. (1999). Alte Menschen in ihrer Wohnung: Entwicklungspsychologische Perspektiven. In: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Hg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt* (S. 52-58).
- Statistik Austria (2017a): Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am 23.05.2017.
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html (16.04.2018)
- Statistik Austria (2017b). Sterbetafeln
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/index.html (Stand: 31.12.2017) (16.04.2018)
- Statistik Austria (2018). Bundespflegegeld-BezieherInnen 2017 (Stand: 03.02.2018)
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html (16.04.2018)
- Staudinger, U. M. (1996). Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In: M. M. Baltes & L. Montada (Hg.), *Produktivität und Altern*. Hamburg: Campus Verlag (S. 344-373).
- Staudinger, U. M. (2000). Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51, 185-197.
- Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tews, H. P. (1993). Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: G. Naegel & H. P. Tews (Hg.), *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag (S. 15-42).

- Tews, H. P. (1999). Ältere Menschen außerhalb ihrer Wohnung: Sozialgerontologische Aspekte. In: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Hg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt* (S. 177-181).
- Thomae, H. (1971). Die Bedeutung der kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns. *Zeitschrift für Gerontologie*, 4, 8-18.
- Tobin, S. S. & Neugarten, B. L. (1968). Zufriedenheit und soziale Interaktion im Alter. In: H. Thomae & U. Lehr (Hg.), *Altern. Probleme und Tatsachen*. Frankfurt am Main: Akademische Verlagsanstalt (S. 572-578).
- Twigg, J. (2004) The body, gender, and age: Feminist insights in social gerontology. *Journal of Aging Studies*, 18, 59-73.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Kempen, G. I. & Hamers, J. P. (2012). Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *Int J Nurs Stud.*, Jan. 49 (1), 21-29. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.07.008.
- Wahl, H.-W. (2005). Entwicklung und Perspektiven der gerontologischen Forschung: Das Beispiel Wohnforschung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 128-138.
- Wahl, H.-W. (2012). Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 21-27).
- Wahl, H.-W. (2017). Die neue Psychologie des Alterns. Überraschende Erkenntnisse über unsere längste Lebensphase. München: Kösel.
- Wahl, H.-W., Mollenkopf, H. & Oswald, F. (1999). *Alte Menschen in ihrer Umwelt*. Beiträge zur ökologischen Gerontologie. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2004). *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, H.-W. & Oswald, F. (2010). Umwelten für ältere Menschen. In: V. Linneweber, E.-D. Lantermann & E. Kals (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie*. Band 2. Göttingen: Hogrefe (S. 235-264).
- Wahl, H.-W. & Kruse, A. (2012). Prävention von Pflegebedürftigkeit. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 194-199).
- Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. & Ziegelmann, J. P. (2012). *Angewandte Gerontologie*. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weideman, S. & Anderson, J. R. (1985). A conceptual framework of residential satisfaction, In: I. Altman & C. M. Werner (Hg.), *Human behavior and environment*. New York: Plenum Press (8, S. 153-182).
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): [www-who.int](http://www.who.int)
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (10.05.2018)
- Weltzien, D. (2004). Neue Konzeptionen für das Wohnen im Alter: Handlungsspielräume und Wirkungsgefüge. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Westin, A. F. (1967). *Privacy and Freedom*. New York: Atheneum.
- Weyerer, S. (2012). Epidemiologische Grundlagen. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 34-40).
- Wingefeld, K. (2003). Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. Universität Bielefeld.
 URL: <http://www.uni-bi.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-124.pdf> (24.03.2018).
- Winter, H.-P, Gennrich, R. & Haß, P. (2000). Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus: Eine Dokumentation zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Köln: KDA.

- Winter, M. (2008). Pflegeheime auf dem Weg zu Institutionen des Sterbens? Gesellschaft + Gesundheit, Wissenschaft (GGW), Jg. 8 (4), 15-22.
- Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung. Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (20.12.2017)
- Zapf, W. (1989). Über soziale Innovationen. Soziale Welt, Jg. 40 (1/2), 170-183.
- Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P. & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. The Gerontologist, 43 (5), 697-711.
- Zeman, P. (1996). Altersbilder, soziale Arbeit und die Reflexivität des Alters. In: C. Schweppe (Hg.), Soziale Altenarbeit. Weinheim, München: Juventa (S. 33-51).
- Zimbardo, P. & Gerrig, R. (1999). Attribution von Erfolg und Misserfolg. In: P. Zimbardo & R. Gerrig (Hg.), Psychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag (S. 444-446).

KAPITELEINLEITENDE ZITATE

- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1992). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: P. B. Baltes & J. Mittelstraß (Hg.), Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin: de Gruyter (S. 1-34).
- Bengtson, V. L. & Schaie K. W. (1999). Handbook of theories of aging. New York: Springer.
- Flaker, V. & Schmid, T. (2006). Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien, Köln: Weimar.
- Heidegger, M. (1954). Vorträge und Aufsätze. Pfullingen: Neske.
- Hesse, H. & Michels, V. (1941/1986). *Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne*. Lebensstufen. Ein Hermann-Hesse-Lesebuch. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Howaldt, J. & Schwarz, M. (2010). Soziale Innovation im Fokus. Skizze eines gesellschaftstheoretisch inspirierten Forschungskonzepts. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Saup, W. (1993). Alter und Umwelt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Saup, W. (1999). Alte Menschen in ihrer Wohnung: Sichtweise der ökologischen Psychologie und Gerontologie. In: H.-W. Wahl, H. Mollenkopf & F. Oswald (Hg.), *Alte Menschen in ihrer Umwelt* – Beiträge zur Ökologischen Gerontologie. Opladen: Westdeutscher Verlag (S. 43-51).

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Dimensionen des Alternsprozesses (nach Höpflinger 2009).....	7
Abbildung 2: Entwicklung der stationären Pflege 2015-2025 in NÖ (nach Kolland et al. 2016).....	10
Abbildung 3: Modell Lebensqualität in den NÖ PBZs.....	14
Abbildung 4: Architekturmodell „4-Sphären-Prinzip“ des Landes NÖ	25
Abbildung 5: Dimensionen des Wohnens und Anforderungen an das Wohnen.....	26
Abbildung 6: Wichtige Dimensionen der Person-Umwelt-Interaktion (nach Mollenkopf et al. 2004).....	34
Abbildung 7: Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell (nach Lawton & Nahemow 1973).....	36
Abbildung 8: Rahmenmodell des Person-Umwelt-Austauschs (nach Wahl & Oswald 2010).....	39
Abbildung 9: Darstellung des Forschungsprozesses der Arbeit.....	46
Abbildung 10: Eckdaten der ausgewählten Häuser A und H.....	49
Abbildung 11: Sampleübersicht – interviewte BewohnerInnen (Haus A und Haus H).....	51
Abbildung 12: Überblick Kategoriensystem.....	53
Abbildung 13: Gegenüberstellung Wohnprozess zu „Wohneinschätzung“ der BewohnerInnen.....	87
Abbildung 14: Teilaspekte Vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung.....	92

ANHANG

ANHANG I: ERHEBUNGSINSTRUMENTE DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG: GESPRÄCHSLEITFADEN UND FELDPROTOKOLLE (INTERVIEWPROTOKOLL UND FELDNOTIZ)

A LEITFADEN

START: Dankeschön! Einverständnis Aufzeichnung / Datenschutzerklärung / Anonymität

1. OFFENE EINSTIEGSFRAGE: Erzählen Sie mir bitte ...

wie lange Sie schon im Haus sind, über den Einzug damals – und wie Ihre Wohnsituation, das Wohnen (auch das Zusammenwohnen mit anderen) im Haus so heute (derzeit/täglich) aussieht?

2. WOHNANGEBOT IM HAUS

Ihr Zimmer: Beschreibung / Ausstattung, was gefällt, Wohnqualität und Wohnlichkeit.

Was ist wohnlich / gemütlich / ungemütlich; stört / klinisch (wie Spital)?

Zimmer selbst eingerichtet, mitgestaltet? Wer geholfen? Wie war das beim Umzug/Einzug?

Privat sein, ungestört sein; persönliche Gegenstände; Wünsche / Anregungen?

Wie ist das mit dem Anklopfen (Personal); Türen zu / offen; Schlüssel? Private Post – wo?

Die anderen Räume im Haus / Ihre Lieblingsplätze

Sind Sie oft im Haus unterwegs? Wo, welche Räume? Haben Sie „Lieblingsplätze“ im Haus?

Alle Bereiche im Haus gut / alleine erreichbar? (Begleitung)

Wo empfangen Sie Besuch?

Welche Orte (im Haus, rund um das Haus) gefallen Ihnen besonders / weniger?

Wo ist es ruhig (zur Erholung). Wo ist immer was los?

Wünsche / Verbesserungsvorschläge?

3. UMGEBUNGSGESTALTUNG / MITGESTALTUNG

Licht/Lichtverhältnissen, Farben, Gerüchen im Haus

Wie ist das mit den Aufzügen und Treppen? Finden Sie sich leicht zurecht (Orientierung). Wo – wer hilft?

Dekoration, Raum-Gestaltung, Pflege der Blumen etc., die Gänge

4. WOHNALLTAG / ZUSAMMENWOHNEN

Zusammenwohnen mit anderen Personen: Wie funktioniert das? Gibt es Konflikte, wie gelöst?

Wie ist das mit dem **gemeinsamen Essen**. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten – Mitarbeit?

Tagsüber bzw. in der WOHNGRUPPE – Tagesablauf, Tagesrhythmus:

Wie sieht so Ihr Tagesablauf aus, womit beschäftigen sich? Wo halten Sie sich auf?

Wie ist das mit den Aufsteh-, Essens-, Abendessen-, Schlafengeh-Zeiten?

Welche Aktivitäten im Haus gefallen Ihnen; woran nehmen Sie teil?

Auf welche Anlässe im Haus freuen sich besonders (Feste, Ausflüge ...); außer Haus?

5. SOZIALE BEZIEHUNGEN

Mit wem unterhalten Sie sich? Wen kennen Sie hier in dem Haus besser?

Mit wem haben Sie regelmäßigen Kontakt? (auch außerhalb der Einrichtung) Familie, Freunde – Bekannte – Besucher? Freunde im Haus, Vertrauensperson (im Haus / außer Haus)?

An wen wenden Sie sich bei Problemen, Sorgen, Beschwerden?

6. DRAUSSEN SEIN / WOHNUMWELT

Sind Sie auch außer Haus unterwegs (Garten / Umgebung)

(Wie oft; Gründe? Beschwerlich / Begleitung erforderlich – Begleitung durch wen?)

Einkaufsmöglichkeiten / Infrastruktur in der Nähe – erreichbar?

„Fenster nach draußen“ – Technik / Neue Medien / Internet

7. INFORMATION / MITGESTALTUNG / PARTIZIPATION

Wie lange hat es gebraucht, bis Sie sich im Haus zurechtgefunden haben?

Was hat Ihnen / wer hat Ihnen dabei am meisten geholfen?

Möglichkeiten zum Mitgestalten (Alltag, Wohngruppe, Dekoration im Haus)?

Sonstiges / Wahlblöcke:

Sind Sie über Dinge die im Haus passieren informiert, wer informiert?

Wie ist das mit „Extra-Wünschen“?

Wie können Sie Ihre Wünsche durchsetzen?

ABSCHLUSS: Wünsche, offene Fragen, was Wichtiges vergessen?

8. Und dann noch (abschließend) zu den WOHNSPRÜCHEN:

Es gibt ja viele Sprüche und Zitate zum Wohnen ... habe einige zusammengestellt

(Vorlegen oder vorlesen; 12 Sprüche, bitte wählen Sie aus, welcher Spruch am ehesten Ihre Wohnsituation derzeit / im Haus beschreiben würden; auch mehrere Sprüche sind möglich)

VIELE SPRÜCHE ZUM WOHNEN – was passt ?

My home is my castle

Ein schönes Zuhause

Ein sicheres Dach über dem Kopf

Heim – ein neues Zuhause (geworden)

Eine 2. Heimat geworden

Ich bin hier zu Hause

Eine fremde Welt

Trautes Heim – Glück allein

Wohlfühlen wie daheim

Das wird nie mein Zuhause werden

Geborgen & Sicher

Mein letzter Wohnort

Herzliches Dankeschön.

B FELDPROTOKOLLE

INTERVIEW-PROTOKOLL:

1. INTERVIEWANGABEN: CODE/INTERVIEW-NR. _____

Ort / Haus _____ **Datum** _____ **Dauer** _____

2. PERSONENANGABEN:

Geschlecht: weiblich / männlich

Alter: _____ Jahre

Pflegestufe: _____

In Einrichtung / Haus seit: _____

Einzelzimmer / Mehrbettzimmer: _____

Vorheriger Wohnort (Eigentum/Miete, Haus/Wohnung, etc.):

Schulabschluss/Erlerner Beruf:

Zuletzt ausgeübter Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Mobilität (Hilfsmittel, Aktionsradius innen und außen, Treppensteigen etc.):

Sonstiges:

FELDNOTIZ:

1. INTERVIEWANGABEN: CODE/INTERVIEW-NR.

Ort / Haus _____ **Datum** _____ **Dauer** _____

2. FELDNOTIZEN:

Wahrnehmungen / Beobachtungen, die im späteren Transkript nicht ersichtlich sind

Zustandekommen des Gesprächs: (Besonderheiten, Schwierigkeiten etc.)

Beschreibung des Hauses / Tagessituation

(Besonderheiten, Atmosphäre, Tagessituation, Personal, andere BewohnerInnen vor Ort, BesucherInnen, öffentliche Räume, Kaffeehaus, Garten etc. – wenn für Forschungsfrage relevant):

Interview-Situation / Beschreibung interviewte Person:

_Ort des Interviews (Ein-/Mettbettzimmer)

_Gesprächsatmosphäre (freundlich / reserviert / Interesse / Ablehnung / gestört-ungestört)

(Besonderheiten während Gespräch, Unterbrechungen, Uhrzeit / vor dem Mittagessen)

_Eindrücke zur interviewten Person

(Spontaner Eindruck, offen / kommunikativ / reserviert; äußeres Erscheinungsbild, gesundheitliche Situation / psychische Verfassung, Mobilität / Hilfsmittel, integriert im Haus etc.)

_Soziale Erwünschtheit der Antworten (eher ja / nein)

Beschreibung des Zimmers:

_Einzel-/Mehrbettzimmer (MitbewohnerIn?) welcher Stock?

_Ausstattung (Lage, Grundriss, Licht/Fenster; Möbel, TV, Radio – **neue Medien!**)

_Persönliche Gegenstände / Personalisierung: viel / überladen, wenig / nüchtern

(welche privaten Gegenstände, Kleinmöbel etc., Besonderheiten / Überraschendes)

_Häusliches (Blumen, Geschirr, Garderobe etc.), privates / intimes (Schmuck, Bad/WC etc.)

_Nutzung (ordentlich / unordentlich, aktiv / passiv / wie zu Hause etc.)

Eindruck zu persönlichen Bewältigungsstrategien:

Umgang mit Alter, Pflegebedürftigkeit, Situation im Heim / Haus

(Resignativ, angepasst, aktiv; selbstbestimmt, selbstbewusst – in welchen Situationen etc.)

Sonstiges:

ANHANG II: FALLPORTRAITS

Die kurzen Fallbeschreibungen geben einen Einblick in die individuelle Lebenssituation und die unterschiedlichen Bedürfnislagen dreier Interviewpartnerinnen, alle im Haus H, und zeigen die Diversität – auch im Sinne der im Pkt. 6 diskutierten Typologie – des „Wohnens“ im Pflegesetting.

FALLPORTRAIT 1: Frau A (Typus „Aktiv“ / Zuhause)

Frau A (86, verwitwet) entscheidet sich schon im Krankenhaus, nach einer Augen-Operation und Erblindung auf einem Auge, ins Heim zu wollen. *„Ich habe schon im Krankenhaus [...] gesagt, dass ich ins Heim möchte; ich bin dann vom Krankenhaus direkt ins Heim gekommen; ich will nicht allein zu Haus sein.“* 34 Monate später, vermutlich auch infolge der langen Wohndauer, ist das Heim für sie *„ein neues Zuhause geworden, alles ist vertraut, ich fühl mich wohl“*. Tagsüber ist sie mit dem Rollator viel im Haus unterwegs. Das Einzelzimmer dient ihr primär zur Ruhe und Regeneration, für zeitlichen Rückzug, sie hat es nach ihren Bedürfnissen (z. B. niedrige Kästen) eingerichtet. Sie hat im Haus *„ihren Platz“* und einige Aufgaben gefunden, die sie ausfüllen. Sie nimmt quasi die Rolle eines „Portiers“ ein: *„Beim Eingang [...] das ist mein Stammsitz, da sitze ich immer, die anderen sagen zu mir ‚die Bürgermeisterin‘; wir treffen uns dort, ich sitz da aber auch alleine; ich schaue ob die Rettung kommt, dann gebe ich Auskunft.“* Sie gießt im Sommer die Topfblumen im Garten, sorgt dafür, dass Zeitungen zu den BewohnerInnen in die Stockwerke gebracht werden und organisiert regelmäßig eine „Tischgesellschaft“ mit Menüs von außerhalb: *„Jeden Dienstag ist ‚Gansl‘-Essen am Tisch, da kommen so 10 bis 15 Leute zusammen, auch vom Personal; wir lassen uns die ‚Gansl‘ vom X [im Ort] bringen, das organisiere ich.“* Sie ist weitgehend mobil und selbstständig und auf Autonomie bedacht, sie kümmert sich um ihr Zimmer, braucht keine Ehrenamtlichen. *„Das Bett mache ich mir selbst, mir brauchen sie gar nichts machen.“* Sie kennt viele Personen im Haus, hat eine gute Freundin (*„Eine Freundin ja, der geht es derzeit sehr schlecht, ist krank“*), ansonsten ist die Kontaktaufnahme zu anderen BewohnerInnen schwierig, sie spricht auch das Thema Demenz an: *„Die sind krank, die ‚neue Krankheit‘, die alles vergessen; mit denen kann man sich nicht unterhalten.“* Sie ist auch darüber informiert, dass das Heim neu gebaut werden soll und wünscht sich wieder ein schönes, sonniges Zimmer: *„Hoffentlich krieg ich wieder so ein schönes Zimmer; den ganzen Tag hab ich Sonne, es ist sehr sonnig, die Fenster hab ich immer gekippt; auch jetzt im Winter.“* Die Zimmertür wird nicht versperrt, wenn sie im Haus unterwegs ist, sie sei nicht misstrauisch. Mit *„alles ist vertraut“* meint sie: *„Das Ganze gesehen. Ich habe Platz hier. Ich kann sitzen, schauen, plaudern, ganz verschieden.“*

FALLPORTRAIT 2: Frau B (Typus „Häuslich“ / Rückzug)

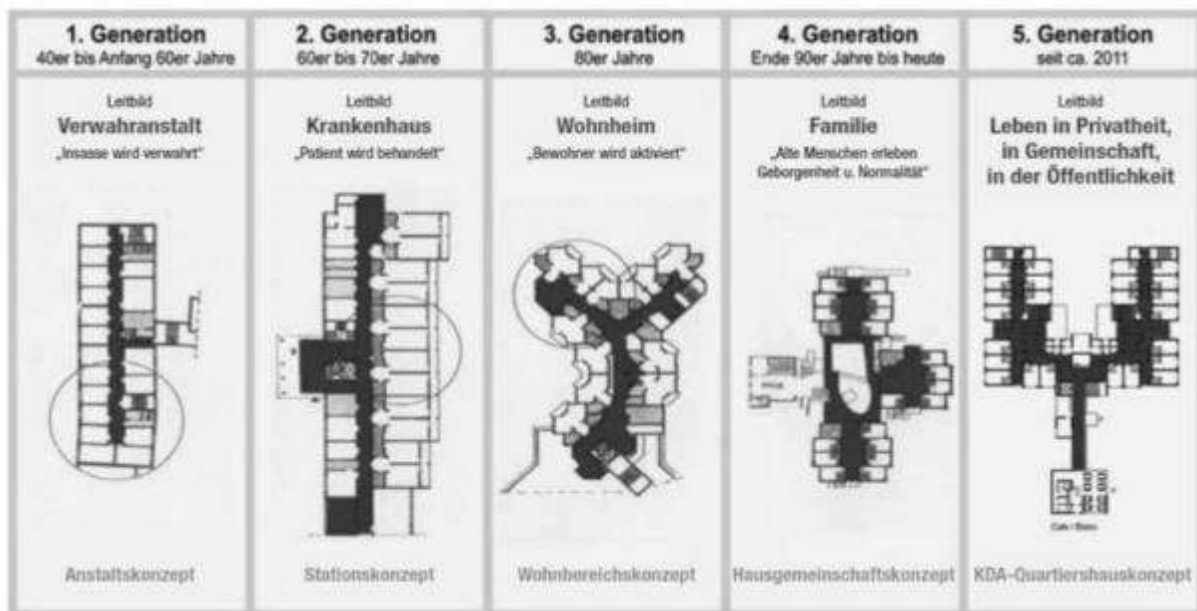
Frau B (90, verwitwet) lebt seit acht Monaten im Heim; davor hat sie alleine in ihrer Wohnung gelebt, bis es nicht mehr ging und ihr Hausarzt zum Eintritt ins Pflegeheim geraten hatte. *„Das ist schon mein 4. Rollator; ich geh nicht mehr aus dem Haus, das geht nicht mehr, wissen Sie, mein Körper ist schon recht schwach, das ist jetzt rasch gegangen. In X [Heimatort] da war ich noch mit dem Rollator unterwegs.“* Im Heim selbst ist sie von Beginn an um die Herstellung einer gewissen Wohnnormalität und eines vertrauten Alltags bemüht; ihr Einzelzimmer, das ihr diese Form des häuslich-vertrauten Rückzugs ermöglicht, hat sie nach eigenen Vorstellungen, mit vielen persönlichen Dingen und der Hilfe ihrer Nachbarin von früher, eingerichtet. *„Die Kasterl sind von mir, die hab ich mitgebracht, die Vorhänge und die Bilder. Die Vorhänge, die [...] haben wir neu genäht [...] die Nachbarin, die sich früher um mich gekümmert hat, hat sie für mich genäht; die vielen Bilder sind Andenken [...]. Ich hab da noch meinen Kühlschrank, einen Wasserkocher. Ich hab auch mein eigenes Bettzeug, das hab ich mitgebracht.“* Und: *„Ich lass mir auch viel schicken, Süßigkeiten [...] Ich sehe das im Fernsehen, dann ruf ich dort an, die schicken das dann; das hab ich auch früher gemacht“*. Das Zimmer ist ihr Lebensraum, den sie gegenüber unbefugten Dritten auch vehement verteidigt. *„Ich hab einen Schlüssel, da wird schon zugesperrt, wenn ich raus gehe, dann sperr ich zu [...]; es ist schon so manches passiert, kann ich Ihnen sagen: da gehen fremde Personen auf mein WC; da muss man sich wehren [...], Tür zu und Ruhe.“* Den Tag verbringt sie bevorzugt im Zimmer, isst auch dort, den Kontakt zu anderen sucht sie weniger – sie geht eher auf Distanz – oder vergeblich. Sie berichtet über negative Erfahrungen mit Demenzkranken, im Wohnbereich ist es für sie *„langweilig“*: *„Ich bin lieber allein; die anderen, die sitzen den ganzen Tag herum, lassen sich bedienen; wenn ich raus geh, die schreien dann, außerdem zieht es, ist langweilig.“* Gesundheits- und mobilitätsbedingt ist sie wenig im Haus unterwegs, sie erzählt kaum von besonderen Aktivitäten im Haus, nach Draußen kommt sie nicht mehr. Ihr Verhaltensstrom Wohnen endet beim Essbereich. *„Bis zum Essen geht, sonst müssen sie mich schieben [mit dem Rollstuhl]. Manchmal bring ich mit dem Rollator das leere Geschirr raus. Bewegung machen, da ist nichts dabei.“* Generell zeugt ihr Verhalten von einer hohen kognitiven und emotionalen Widerstandsfähigkeit (Resilienz). Sie äußert sich etwa kritisch über Krankenversicherung und Pflegeeinrichtungen: *„Im Großen und Ganzen bin ich sehr zufrieden; man hört ja so vieles über Pflegeheime; es ist nicht immer schön, was man da hört“*; *„einmal wollte das Rote Kreuz den [Kranken]Transport nicht bezahlen, ich bin dann nach X gefahren, da muss man sich wehren.“* Ihr Wunsch nach (begleiteter) Selbstständigkeit wie Selbstbestimmung äußert sich unter anderem darin, selbst für ihre Kleidung verantwortlich zu sein. *„Die Kleidung wird von mir hergerichtet, ich helfe den Schwestern, wenn ich das Gewand raus lege, das Personal hat nicht viel Zeit.“* Das Heim wird ihr letzter Wohnort sein: *„Einschlafen, ruhig einschlafen ist mir das Wichtigste.“*

FALLPORTRAIT 3: Frau C (Typus „Passiv“ / Krankenhaus)

Frau C (77 Jahre, alleinstehend) lebt seit zehn Monaten im Heim; davor hat sie alleine in einem Haus mit Garten gewohnt; sie sieht wesentlich jünger aus, macht einen gepflegten und intellektuellen Eindruck, sie sitzt bei Interviewbeginn mit Brille und Tageszeitung im Bett; ihr Rollstuhl steht vor dem großen Fenster im Zimmer. Das Jahr 2017 mit schwerer Erkrankung, langem Spitalsaufenthalt, Fußamputation, Traumatisierung etc. *„hat mein ganzen Leben verändert, jetzt bin ich hier“*; im Krankenhaus ging es ihr gesundheitlich so schlecht, dass sie meinte *„Bis zum Tod kann es nicht mehr weit sein.“* Die Sorge um ihre Gesundheit und der Wunsch nach professioneller Betreuung und vor allem Sicherheit ziehen sich – auch Monate später – durch das gesamte Interview, dokumentieren ein passives und zurückgezogenes Wohnverhalten. Für sie ist es gut, in einem *„P f l e g e h e i m“* zu sein: *„Ich brauche [...] Pflege.“* Sie verlässt das Zimmer kaum, isst auch im Zimmer (und im Bett: *„Ich hab extra ein größeres Nachtkästchen mit ausklappbarem Teil“*), erzählt wenig über andere Räume oder Aktivitäten im Haus, ihre sozialen Kontakte sind begrenzt. *„Den Schwesternnotruf hab ich immer bei mir, auch wenn ich im Rollstuhl sitze; wenn ich läute, dann kommen sie, das Essen wird gebracht und dann wieder abgeräumt“*, das sei für sie *„praktisch“*. Das Einzelzimmer ist ihr zentraler Lebens- und Rückzugsort, ein Ort der Ruhe, Erholung und Rekonvaleszenz, der frei von Störungen und Belastungen sein soll: *„Für mich ist es das Wichtigste, dass ich ein eigenes Zimmer für mich alleine habe; in Doppelzimmern ist keine Ruhe in der Nacht. [...] Im Krankenhaus das war eine harte Zeit; drei Leute sind neben mir im Zimmer gestorben, das Zimmer alleine zu haben, das ist was wert.“* Auch wenn es mehr Frei- und Stauraum bieten könnte. Ängstlichkeit bzw. subjektives Sicherheitsbedürfnis reichen so weit, dass sie ihre Zimmertür nie versperrt, um dem Pflegepersonal jederzeitigen Zutritt zu ermöglichen und dass sie, etwa bei Festen im Haus meint, *„Ich möchte [im Rollstuhl] in der Nähe der Schwestern stehen; aus Sorge dass was passieren könnte“*. Autonomie wird hier für (mehr) Sicherheit aufgegeben. Ihr Zimmer ist funktional mit den Möbeln des Hauses eingerichtet, wenig personalisiert; persönliche Sachen hat sie sich *„nachbringen lassen“* oder sie werden bei Besuchen *„mitgebracht“*, wie z. B. Blumen. Den Tag verbringt sie mit Lesen, Fernsehen, Handarbeiten; an größeren Veranstaltungen im Haus (Weihnachtsfeier, Sommerkirtag) nimmt sie in Begleitung teil; eine Dame zum Plaudern hätte sie gehabt, die sei aber schon verstorben. *„Es gibt einige wenige netten Damen, die meisten sind doch recht verwirrt“*; seit wenigen Wochen besucht sie eine Ehrenamtliche auch zum Spazieren gehen, *„vielleicht kommen wir dann in den Garten“*, sie mag die Natur. Ihre unmittelbare Zimmernachbarin *„die will keinen Kontakt, die ist ruppig“*. Trotz ihrer Lebenssituation, die ein hohes Maß an Anpassung erfordert, versucht sie positiv zu denken. Im Haus will sie wohnen bleiben, auch wenn sie einräumt: *„Das wird nie mein Zuhause werden [...] am ehesten ‚Eine 2. Heimat geworden‘. [Eine fremde Welt?] Nein, keine fremde Welt; im Krankenhaus das war eine harte Zeit.“*

ANHANG III: DARSTELLUNG DER PFLEGEHEIM-GENERATIONEN (NACH KDA) IM VERGLEICH ZU GEPLANTEM NEU- UND UMBAU HAUS H

Das institutionelle Wohnen hat sich im Laufe der Zeit sehr stark gewandelt, die Übergänge zwischen den verschiedenen „Pflegeheim-Generationen“ waren fließend. Vom „Anstaltstyp“ (bis Anfang der 1960er Jahre) über das „Altenkrankenhaus“ (1960-1970er Jahre) und das „Altenwohn- und Pflegeheim“ (1980-1990er Jahre) hin zur „Wohn- und Hausgemeinschaft“ (ab 2000) und der heutigen fünften Generation der „Quartiershäuser“ (seit ca. 2011) mit den drei Prinzipien „Leben in Privatheit“, „Leben in Gemeinschaft“ und „Leben in der Öffentlichkeit“. Diese Generationenabfolge der baulichen Entwicklung stationärer Pflegeeinrichtungen wurde durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelt. (Literaturquelle: Michell-Auli & Sowinski 2012)



Die fünf Generationen des Altenwohnbaus. Quelle: Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA 2012)

1. Generation – bis zirka 1960

Die anstaltstypologischen Gebäudestrukturen glichen Verwahranstalten ohne Wohn- und Aufenthaltsqualitäten. Die Menschen wurden als „Insassen“ bezeichnet und waren in Vielbettzimmern oder Schlafsälen ohne Wahrung der Intimsphäre untergebracht. Lange dunkle Gänge und fehlende Kommunikationszonen verhinderten soziale Kontakte, die Folgen waren Isolation und Vereinsamung. Pflege- und Betreuungskonzepte fehlten zur Gänze.

2. Generation – zirka 1960 bis 1980

In diesen Jahrzehnten wurde „Alter“ als Krankheit verstanden. Die „Pflegebedürftigen“ oder „PatientInnen“ waren funktional, organisatorisch und baulich in stationären Strukturen integriert, die jenen der Versorgung in Krankenanstalten entsprach. Typisch waren monoton und funktional angeordnete Raumabfolgen und Mehrbettzimmer. Zwar gab es bereits allgemein zugängliche Aufenthaltszonen und eine verbesserte Ausstattung, Privatheit war jedoch nicht gewährleistet. Gepflegt wurde nach dem „Warm-Satt-Sauber“-Versorgungsprinzip.

3. Generation – zirka 1980 bis 1995

Das „Wohnen“ beginnt an Bedeutung zu gewinnen; erstmals wird von „Bewohner“ bzw. „Bewohnerin“ gesprochen. In kleinen Wohneinheiten wird ein betreuter Rahmen sichergestellt (Altenwohnhaus). Damit geht eine deutliche Qualitätssteigerung sowohl im Bereich der Pflege als auch in der räumlichen Konzeption einher. Eine ganzheitliche und multiprofessionelle Sichtweise wird zum Maßstab für die Pflege, individuelle Bedürfnisse werden berücksichtigt. Das Flächenangebot wird im Privatbereich und in den öffentlichen Bereichen erweitert.

4. Generation – ab zirka 2000

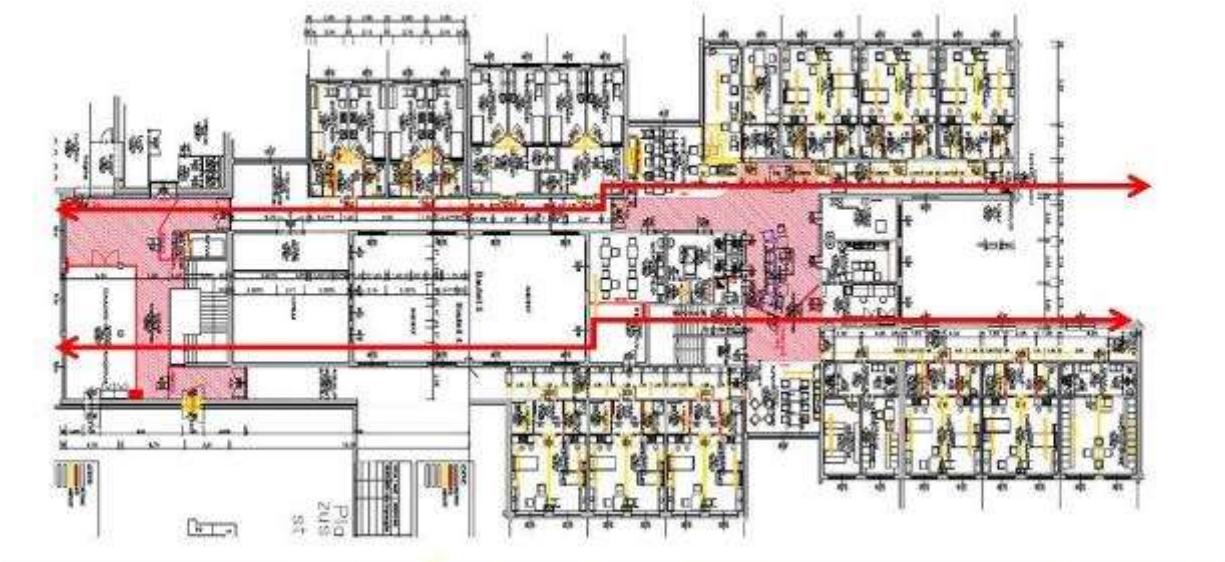
Als Alternative zu konventionellen anstalts- bzw. stationsähnlichen Organisations- und Wohnformen entwickelt sich die Idee der stationären Wohn- und Hausgemeinschaften. Wohnen und Alltag rücken in den Mittelpunkt. Leitbild in der Pflege und Betreuung wird das Normalitätsprinzip und eine familienähnliche Alltagsrealität. Erstmals geht es um „Lebensräume“ für ältere Menschen. Diese Typologie bietet den BewohnerInnen einen räumlichen Rahmen für Gemeinschaft, Sicherheit und Geborgenheit; Individualität und Intimsphäre sollen gewahrt werden. Die Organisation des Tagesablaufs erfolgt durch eine Präsenzkraft in der Gruppe, zentrale Strukturen (z. B. Speisesaal, Küche) werden weitgehend aufgegeben. Entsprechend ihrer Fähigkeiten beteiligen sich BewohnerInnen an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und im Alltag.

5. Generation – seit zirka 2011

Das Konzept der 5. Generation – das KDA-Quartiershaus – basiert auf einer Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen. Die soziale Integration und der Verbleib alter Menschen im vertrauten Umfeld und im Generationenverband stehen im Vordergrund. Im Hintergrund finden sich Überlegungen, dass in baulichen Strukturen der 2. bis 4. Generation zur Implementierung neuer Pflegekonzepte erhebliche architektonische (und auch finanzielle) Eingriffe notwendig wären. Das Konzept der KDA-Quartiershäuser beruht auf den drei Prinzipien: Leben in Privatheit, Leben in Gemeinschaft und Leben in der Öffentlichkeit. Es geht um überschaubare und spezialisierte Wohnformen, wie zum Beispiel Wohngruppen für Menschen mit Demenz, die in ein Quartier eingebettet sind. Aufbauend auf dem Normalitätsprinzip soll selbstbestimmtes Handeln gefördert,

die Privatsphäre geschützt und familienähnliche Gemeinschaften gefördert werden. Im Quartier (mit barrierefreien Zugängen zum öffentlichen Raum etc.) sollen alte, pflege- und hilfsbedürftige Menschen – im Sinne einer sozialräumlichen Partnerschaft und sorgenden (kommunalen) Gemeinschaft – auf NachbarInnen treffen, die Tätigkeiten übernehmen und Hilfe leisten. Professionelle Beratung, Betreuung und Pflege (das Pflegeheim) ist idealerweise im Quartier integriert.

Das „4-Sphären-Modell“ des Landes NÖ (Land NÖ 2015) baut auf diesen Prinzipien – Leben in Privatheit (das private Bewohnerzimmer), Leben in Gemeinschaft (die Wohngruppe) und Leben in der Öffentlichkeit (Kaffeehaus, Veranstaltungsräume etc.) – auf und erweitert um das Prinzip „Leben in der Halböffentlichkeit“ (zusätzlicher Aktions- und Begegnungsraum im Nahbereich der Wohngruppe). Im Zuge des Neu- und Umbaus im **Haus H** (geplant im Zeitraum 2019-2022) sollen das Wohngruppenkonzept (mit nur mehr Ein- und Zweibettzimmern) und das 4-Sphären-Modell umgesetzt werden. Der Vergleich der Grundrisse vor und nach dem Neubau soll die Unterschiede verdeutlichen. (Quelle der Darstellungen: Land NÖ, Architekten Mühlbacher & Marschalek)



Grundriss Haus H und Wohnbereiche derzeit: Ein- und Mehrbettzimmer, lange Gänge und größere (funktionale) Ess- und Aufenthaltsbereiche als Teil der Gangflächen



Grundriss Haus H und Wohngruppen künftig: kleine Wohngruppen für je bis zu 15 Personen, Ein- und Zweibettzimmer, kleinräumig, überschaubar, mit (gemütlicher) Ess- und Aufenthaltszone im Mittelpunkt der Wohngruppe und ein zusätzlicher Aktionsraum im Nahbereich



Quelle Fotos: Land NÖ, Architekten Mühlbacher & Marschalek

LEBENS LAUF DER AUTORIN

Stadler, Johanna Mag.

Geboren am 13.04.1963 in Wien

Wohnhaft in 1090 Wien, Gussenbauergasse 4/16

Selbstständige PR- und Kommunikationsberaterin

Seit 20 Jahren Inhaberin einer Werbeagentur

Magister der Rechtswissenschaften

Ausbildung:

Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Wien, Sponsion: Mai 1987

Matura am Oberstufenrealgymnasium Mistelbach: Juni 1981