

Projekt Intensiv

EINE LICHTINSTALLATION FÜR EINE INTENSIVSTATION | SARAH BRODBECK | JOHANNA DICKE

| YVONNE ENGELHARDT | THOMAS HELLINGER | MICHAEL JUNGE | SWAANTJE KÖNIG | NATASCHA

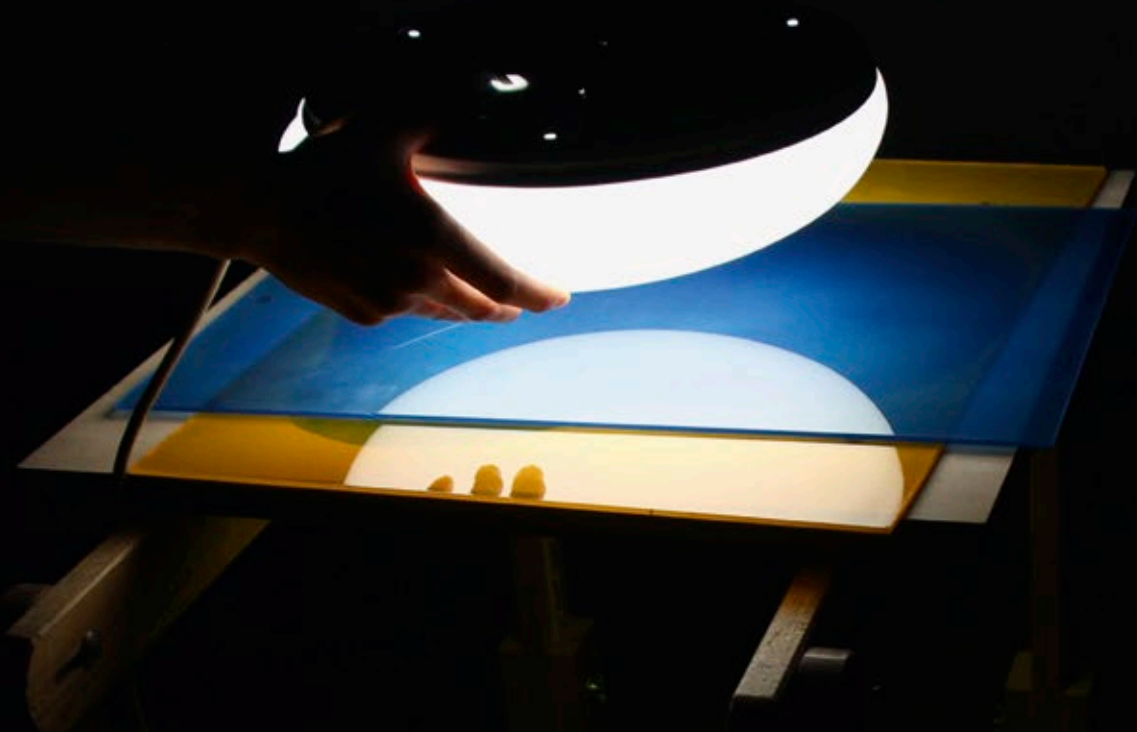
KONSCHINA | PHILIPP MARTIUS | SARAH PONTIUS | ADRIAN SCHMIDT | DORIS TITZE

Die Kunst der Kunst Therapie Doris Titze | Thomas Hellinger

Projekt Intensiv

EINE LICHTINSTALLATION FÜR EINE INTENSIVSTATION

Die Kunst der Kunst Therapie





Inhalt

GRUNDGEDANKEN

8
Philipp Martius
Umgebung.Macht.Gesund?
Gedanken zum Healing Environment

12
Doris Titze
Grenzgänge: Projektarbeit
in der Kunsttherapie

18
Michael Junge
Vom »weißen Loch«
zur Wahrnehmungsförderung

22
Adrian Schmidt
Delir auf der Intensivstation

PROJEKTPHASE I ENTWÜRFE

26
Swaantje König
Projektplanung: Ein intensiver
Projektraum entsteht

32
Sarah Pontius / Doris Titze
Universum / Himmel und Erde
Projektidee: Sarah Pontius,
Cordula Schild

36
Natascha Konschina
Goldene Deckenmalerei
Projektidee: Natascha Konschina, Svjatoslav
Palamartschuk, Kerstin Polzin

38
Sarah Brodbeck / Yvonne Engelhardt
Wohlfühlraum. Die Kombination
von Licht, Farbe und Form
Projektidee: Sarah Brodbeck,
Yvonne Engelhardt

42
Doris Titze
Live-Übertragung. Tag-Nacht-Rhythmus
Projektidee: Anna Henke

PROJEKTPHASE II AUSFÜHRUNG

46
Thomas Hellinger
Die Umsetzung einer Idee

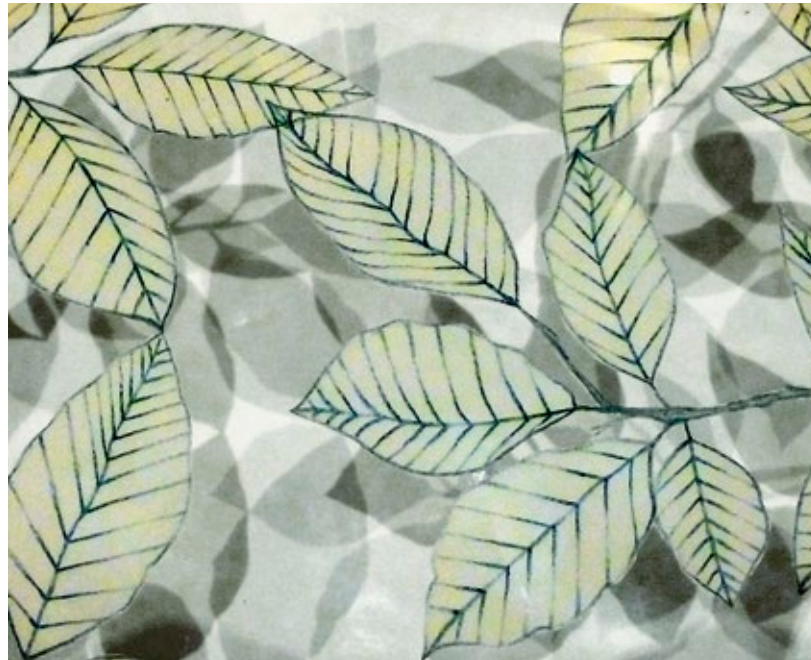
62
Johanna Dicke
Der Einfluss des Healing
Environment auf Schmerzempfinden
und Analgesie

64
Doris Titze
Ein erstes Stimmungsbild

68
Dank / Viten / Impressum

Umgebung.Macht.Gesund?

Gedanken zum Healing Environment



Eine wissenschaftliche Publikation aus dem Jahr 2008, welche die Datenlage zu gesundheitsfördernden Faktoren im Krankenhaus zusammenfasst (Ulrich et al. 2008), beginnt mit dem Satz: »A visit to a U.S. hospital is dangerous and stressful for patients, families, and staff« (sinngemäß: »Ein Besuch in einem amerikanischen Krankenhaus ist gefährlich und belastend für Patienten, Familien und Mitarbeiter«). Diese drastische Formulierung bringt auf den Punkt, was im Alltag von Kliniken und Praxen lange Zeit kaum wahrgenommen wurde: die Wirkung einer Institution

in ihren physischen und psychischen Dimensionen auf den Krankheits- und Genesungsverlauf von Patient*innen, die Mitarbeit von Angehörigen und die Leistung der »Gesundheitsarbeiter*innen«. Für den Kontext des hier vorgestellten Projekts geht es noch genauer darum, dass auch die Ausrichtung der Gebäude an ausschließlich funktionalen, technisch-medizinischen Gesichtspunkten die (verheerende) Wirkung auf das Leid der Kranken und auf deren Genesungsprozess oftmals nicht genügend berücksichtigt.

Schon seit den 1990er Jahren gibt es aber auch Forschung zu sogenannten Healing Environments, auf Deutsch am ehesten als »Gesundheitsfördernde Umgebung« zu verstehen (Huisman et al. 2012). Im weitesten Sinn verfolgen entsprechende Strategien eine Mischung aus Risikovorbeugung, Qualitätsmanagement und ganzheitlichen Betrachtungsweisen auf Einrichtungen und Menschen im Gesundheitswesen. In der Folge wurden Konzepte für eine menschenfreundliche und gleichzeitig funktionale Krankenhaus- und Praxisumgebung entwickelt und untersucht, die als Evidence-Based Design bezeichnet wurden. Damit ist die wissenschaftliche Erkenntnis gemeint, dass durch Investitionen in die strukturellen Gegebenheiten einer Institution z.B. Behandlungskosten eingespart, die Leistungen der Mitarbeiter*innen verbessert und die Belastung der Patient*innen mit nachteiligen Folgen für die Behandlung vermindert werden können. Der Zusammenhang von Faktoren seitens des Umfelds kranker Menschen mit der Wirkung auf alle Beteiligten und deren erbrachte Leistungen für die Gesundheit gilt seither als gesichert.

Ein paar Beispiele zum Thema der Lichtgestaltung verdeutlichen das: Die richtige Beleuchtung am Arbeitsplatz auf der Station kann die Fehlerquote bei der Zuteilung von Medikamenten in die Tabletenspender signifikant verringern; vorhandenes Sonnenlicht mindert postoperative Schmerzen deutlich und senkt die Behandlungskosten erheblich; angemessene Beleuchtung in Tag-Nacht-

links und rechts:
Entwurfsskizzen von Sarah Pontius:
Variationen zu »Himmel und Erde:
Ein Licht-Blätter-Dach« (s.a. S. 32–35).



Tabelle
(modifiziert nach Sakallaris, 2015).

Innere Umgebung (Selbstverständnis)	Absicht, zu heilen: Ermutigung, Fürsorge	Absicht, gesund zu werden: Persönliche Ganzheit i. S. d. bio-psycho-sozialen Gesundheit
Verhaltensumgebung (Handlungsauftrag)	Umfassende Behandlung: Kompetente, umfassende, multi- disziplinäre bzw. multimodale, Personenzentrierte Behandlung	Gesundheitsverhalten: In den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Tag-Nacht-Rhythmus, Vermeidung von Risikofaktoren
Zwischenmenschliche Umgebung	Heilende Beziehungen: Gesundheitsfördernd, aufeinander bezogen, positiv gestimmt	Heilende Organisationen: Funktionale Strukturen und Ressourcen der Institution gegenüber Patienten und Mitarbeitern
Äußere Umgebung	Gesunde Räume i. S. d. Evidence-Based Design Angemessener Umgang mit Licht und Farben, Ruhe und Musik, Zugang zur Natur	Nachhaltigkeit/Ökologie Niedriger Energieverbrauch, sparsamer Einsatz belastender Mittel, Müllvermeidung

Rhythmus verbessert den zirkadianen Rhythmus und den Schlaf der Patient*innen (und beugt wahrscheinlich Verwirrheitszuständen vor); kranke Menschen profitieren im Krankenhaus von der Möglichkeit, in die Natur schauen zu können (alle nach Ulrich et al. 2008).

Ein modernes Konzept stellt zum Beispiel das sogenannte Optimal Health Environment (OHE, Sakallaris et al. 2015) dar, das an einer kalifornischen Universität entwickelt wurde.

Es benennt zunächst vier Felder der systematischen Betrachtung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in einer Institution (Tabelle). Diese reichen von einer Beachtung der Inneren Umgebung der Beteiligten im Hinblick auf den therapeutischen Auftrag, über die zwischenmenschliche Ebene und die Verhaltens- und Handlungsebene bis eben zu Faktoren der Umgebungsgestaltung.

Im Einzelnen geht es im Bereich von »Innerer Umgebung« z. B. um Aspekte der per-

sönlichen Ressourcen wie Überzeugungen und Emotionen. Mitarbeiter*innen sollten sich mit der Absicht, zur Gesundheit und persönlichen Entwicklung anderer beizutragen, identifizieren. Kranke sollten befähigt werden, sich im umfassenden (bio-psycho-sozialen) Sinn der Weltgesundheitsorganisation WHO (DIMDI 2005) auf den Genesungsprozess einzustellen und aktiv ihre sogenannte Krankenrolle anzunehmen.

Die interpersonelle Umgebung berücksichtigt auf der zwischenmenschlichen Ebene Aspekte einer verbindlichen, fürsorglichen und achtsamen Beziehungsgestaltung durch die Behandelnden. Seitens der Patient*innen geht es hier um die Förderung einer vertrauensvollen Kommunikation und Kooperation. Auch die Zusammenarbeit in den Teams und eine geeignete Hierarchie und Leitung werden hierzu gezählt.

Auf der Verhaltensebene liegt der Fokus sowohl auf der Ebene der umfassenden beruflichen Kompetenz der Helfer*innen, als auch darauf, die Erkrankten in Fragen einer gesunden Lebensführung zu unterrichten und zu unterstützen. Dazu gehören u. a. das Einüben von genügend Bewegung, gesunder Ernährung, wirksamem Stressmanagement inklusive sinnvoller Freizeitgestaltung und angemessenen Schlafgewohnheiten.

Bezüglich der äußeren Realität als gesunde Umgebung kommen schließlich auch Faktoren wie Licht und Luft, Farbe und Stille, Wärme und Naturbezug sowie die Orientierung an Nachhaltigkeit zum Tragen. Das zeigen auch die oben genannten Beispiele.

Der letztgenannte Bereich der äußeren Umgebung ist der, den das hier vorgestellte Projekt in den Fokus genommen hat. Eine Gruppe des Studiengangs KunstTherapie der Hochschule für Bildende Künste Dresden unter Leitung von Frau Prof. Doris Titze hat sich zwei Jahre mit der Möglichkeit eines Healing Environment auf der Intensivstation des Diakonissenkrankenhauses Dresden unter Leitung von Pflegedirektor Michael Junge

auseinandergesetzt. Das ist schon deshalb bemerkenswert, weil hier in einem Bereich der Medizin gearbeitet wurde, der selten zum Gegenstand solcher Überlegungen wird. Das ist eigentlich schade, denn die Belastung ist gerade dort für alle Beteiligten, Kranke, medizinische Teams und die Angehörigen sehr hoch und ruft eigentlich nach Entlastung. Aber Intensivstationen sind üblicherweise auf maximale Funktionalität, freien Zugang zum Körper der Patient*innen, kurze Wege für die Pflegenden oder Keimfreiheit ausgerichtet. Geräte klingeln und blinken Tag und Nacht, die Geräusche der Beatmungsgeräte gehen im endlosen Rhythmus, die Lichtverhältnisse richten sich nach dem Bedarf des medizinischen Eingreifens und nicht unbedingt danach, wann es (draußen) hell und wann es dunkel ist.

In dieses Getriebe den Sand von Farbe oder Form zu bringen, ohne die Funktion zu beeinträchtigen, ist schon an sich ein Kunststück. Wenn aber dabei noch heilende Aspekte eingebracht werden, die den Intensivmediziner*innen erstmal fernliegen, obwohl sie dazu beitragen, auch deren Arbeit – Evidenz-basiert! – zu befördern, kann das gestrost als ein Glücksfall für das Krankenhaus, die Mitarbeiter*innen, die Patient*innen und das Gesundheitssystem bezeichnet, gewürdigt und gefeiert werden.

Vor über 50 Jahren bedeuteten strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen noch häufig »Macht kaputt, was Euch kaputt macht!«, wie es u. a. ein Lied der Gruppe »Ton Steine Scherben« um Rio Reiser besang.

Erinnert sei hier z. B. an den Ausbruch aus den psychiatrischen Institutionen, wie er besonders heftig in Italien mit dem Projekt der Pferdeskulptur »Marco Cavallo« geschah. Diese überlebensgroße, leuchtend blaue Statue wurde zum Symbol, mit der die Klinikmauern durchbrochen wurden, um die Kranken und die Mitarbeiter*innen gleichermaßen aus den unmenschlichen Institutionen zu befreien (Scabia 1979).

Der Studiengang KunstTherapie und das Diakonissenkrankenhaus aber sind einem komplementären Motto gefolgt: »Baut auf, was Euch aufbaut!«, scheint die Devise – und die hat doch das gleiche Potenzial einer umfassenden Förderung der Gesundheit!

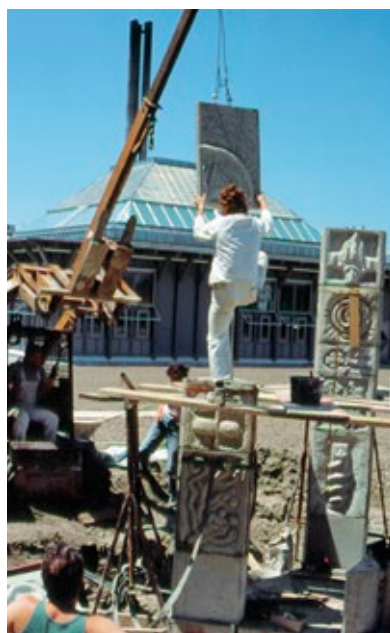
Literatur

- DIMDI (Hg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), 2005.
- Huisman, E. R. C. M., Morales, E., van Hoff, J., Kort, H. S. M.: Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users, in: *Build & Environment*, 58, 2012, S. 70–80.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J. et al.: A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design, in: *Health Environment Res. & Design*, 1, 2008, S. 101–166.
- Sakallaris, B. R., MacAllister, L., Voss, M., Smith, K. et al.: Optimal Healing Environments, in: *Global Adv Health Med.*, 4, 2015, S. 40–45.
- Scabia, G.: Das große Theater des Marco Cavallo. Phantasiearbeit in der Psychiatrischen Klinik Triest, 1979.

Grenzgänge: Projektarbeit in der Kunsttherapie

Kunsttherapie verbindet die Disziplinen der Bildenden Kunst mit therapeutischen Verfahren. Sie arbeitet vorrangig mit den Ressourcen der Menschen, um deren schöpferische Energie, Selbstheilungskräfte und Selbstverantwortung zu stärken sowie Konflikte, Ängste, Hoffnungen und Wünsche zu veranschaulichen und gegebenenfalls zu lösen. Wie Benedetti/Peciccia schreiben, gibt es im Bild wie im Traum kein »Nein«, da das Bild als solches bereits konstruktiv sei, auch wenn es Widerstände beschreibe. »Das Wort »Nein« scheint es nicht zu geben. Weder im Traum, wie es uns Freud gesagt hat, noch im Bildergebrauch. Der Dialog mit Hilfe von Bildern neigt daher dazu, den Gegenständen eine positive Form zu geben« (Benedetti, Peciccia 1994, S. 92).

Kunsttherapie ist also die Arbeit mit Patient*innen und ermöglicht (visuelle) Erkenntnisse. Das Spektrum seriöser Kunsttherapie ist ein erweitertes Feld der Bildbetrachtung und Bildproduktion, des Einbezugs künstlerischer und wissenschaftlicher Handlungen und Denkweisen in den therapeutischen Kontext. Der existenzielle Blick der Kunsttherapie auf den Menschen ist auch eine Bereicherung des Blicks auf die Kunst. Und umgekehrt, hilft eine differenzierte Betrachtung auf die Gestaltung dem Blick auf den Menschen. Die Qualität bildender Kunst, die auch in der Therapie wirksam wird, ist neben der Wahrnehmungsschärfung der Freiraum, den künstlerische Tätigkeit in ihrer ursprünglichen, schöpferischen Qualität ermöglichen kann.



Speziell im klinischen, soziokulturellen, interdisziplinären und interkulturellen Raum gewinnt kunsttherapeutische Arbeit zunehmend an Gewicht, und es etabliert sich kunsttherapeutische Projektarbeit. Bei Anfragen zu Projekten an den Aufbaustudiengang achten wir darauf, ob diese auch therapeutische Maßgaben enthalten – oder ob der an uns herantragene Wunsch schlichtweg in der Verschönerung von Fluren und Räumen einer Einrichtung besteht, die kostengünstig durch erfahrene Künstler*innen (im Praktikum) geleistet werden soll. Kunsttherapeutische Projekte bedeuten eine Schnittstelle individueller und gemeinsamer Anliegen sowie therapeu-

tischer, pädagogischer und ästhetischer Inhalte. Projekte fördern bei Patient*innen neben individuellen therapeutischen Bezügen vor allem auch Durchhaltevermögen, Flexibilität, Realitätssinn und Kontaktfähigkeit. Sie stabilisieren ihren Eigenwert im Rahmen eines Gruppengefüges. Sowohl der neue Blick auf sich selbst als auch auf bisher ungeahnte Fähigkeiten bleibt in der kollektiv erarbeiteten Gestaltung sichtbar und stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl einer Gruppe, die gemeinsam alle Hürden genommen hat. Die Gestaltung bleibt meist längerfristig (auch für andere) erhalten; so beispielsweise die drei Betonstelen des Klinikums der Inn-Salzach Klinik, zusammengesetzt aus 23 – von Patient*innen gestalteten – Reliefs.

Das alles sind Zielgaben der Arbeit mit Patient*innen und Klient*innen. Doch was ist, wenn diese nicht (mehr) aktiv mitarbeiten können, um für sich selbst ein bildnerisches Gegenüber zu schaffen? In diesem Fall übernehmen die Kunsttherapeut*innen die Gestaltung für ihre Patient*innen. Dies kann in der Hospizarbeit vonnöten sein, wo manche Kunsttherapeut*innen die Bilder ihrer Klient*innen nach deren Erzählungen und Beschreibungen veranschaulichen. Im gegenseitigen Austausch versucht man, einen stimmigen Ausdruck zu erzielen. Basis ist die Schulung eines präzisen, verständnisvollen, aktiven Zuhörens und Umsetzens. Hier bedarf es neben eigener Gestaltungsfähigkeiten einer großen Empathiefähigkeit. Um in Resonanz gehen zu können, also um mit Bildern, Menschen und Situationen mitschwingen zu



links und rechts:

Kunst-am-Bau-Projekt mit 23 Patient*innen:
Drei dreieckige Stelen, je 60 × 330 cm, zusammengesetzt aus 48 direkt in Beton gearbeiteten Reliefs.
Inn-Salzach-Klinik 1990 (links: Aufbau)

Projektgruppe Doris Titze, Brigitte Vilmar (Initiatorinnen);
Thomas Hellinger, Christine Krämer, Jochen Lucas,
Mattias Stuchthey, Ulla Tretter.

Fotos: Projektgruppe, Ivan Baschang

können, muss man eigenständig, also resilient bleiben. Sonst könnte man in eine Gefühlslast gleiten, die den Patient*innen wenig hilft, weil man die Distanz verliert, die man bei aller Feinfühligkeit benötigt. Es wirken Resonanz und Resilienz, Kopf, Herz und Verstand gemeinsam.

Nach Hartmut Rosa ist »Resonanz [...] keine Echo-, sondern eine Antwortbeziehung; sie setzt voraus, dass beide Seiten mit eigener Stimme sprechen, und dies ist nur dort möglich, wo starke Wertungen berührt werden« (2016, S. 298). Resonanz zwischen Menschen ist nach Rosa eine »Form der Weltbeziehung, in der sich Subjekt und Welt gegenseitig berühren und zugleich transformieren. [...]« Ein therapeutischer Kerngedanke, der auch in der Aufgabe der Arbeit für die Patient*innen wirksam wird. Es gilt, sich in die Menschen und ihre bildnerische Äußerung und Situation einzufühlen. Es gilt aber auch, eigenständige Ideen zu entwickeln, die einen gemeinsamen Dialog weiterführen.

Eine künstlerische Arbeit für Patient*innen ist eng verwoben mit der rezeptiven Kunsttherapie, wie sie Albrecht Leuteritz beschreibt. Werke von Künstler*innen können hierbei als Anregung und Identifizierungsangebote anhand von Museumsbesuchen und Gesprächen dienen: »Das Wahrnehmen und Empfangen von Kunst und die bewußte Auseinandersetzung mit ihr kann ein kunsttherapeutischer Vorgang sein« (Leuteritz 1993, S. 275). »Kommt es aber zu dieser seelischen Resonanz zwischen Kunstwerk und Rezipienten, dann können seelische Kräfte geweckt



Olafur Eliasson: The weather project, 2003
 Monofrequenzlichter, Projektionsfolie,
 Dunstmaschinen, Spiegelfolie, Aluminium, Gerüste
 26,7 × 22,3 × 155,44 m; Installationsansicht:
 Tate Modern, London, 2003.
 Courtesy: der Künstler; neugerriemschneider, Berlin;
 Tanya Bonakdar Gallery, New York/Los Angeles
 © 2003 Olafur Eliasson
 Foto: Ari Magg

werden, die einer Erkrankung entgegenwirken und eine Krankheit zu heilen oder doch zu lindern vermögen[, denn] da schwingt etwas im Kunstwerk, das sich ganz und gar dem rationalen Zugriff entzieht, dagegen aber unmittelbar die Seele des wahrnehmungswilligen Kunstrezipienten anrührt« (ebd., S. 278). Leuteritz bezieht sich u. a. auf den Grünewald'schen Altar sowie auf ursprüngliche Kunst- und Kulturschöpfungen sowie deren Betrachtung. Originale wirken intensiver als Abbildungen.

Dieser Isenheimer Altar von Matthias Grünewald (1475/1480–1528) in Colmar (Elsass) ist ein bekanntes Beispiel für die Wirkung der Bilder. Der zwischen 1512 und 1516 entstandene Altar besteht aus drei Wandbildern; meistens war nur die Kreuzigungstafel zu sehen. Allein diese Kreuzigungsszene auf der Werktagsseite erschütterte durch ihren Realismus, ihre Größe und ihre Aussagekraft: Alte und Kranke wurden zur Katharsis vor den Altar gebracht, um durch die Wirkung der Darstellung geheilt zu werden, denn der Antoniterorden, in dessen Kloster der Altar stand, betrieb auch Krankenpflege. Die Tafel der Versuchung des Heiligen Antonius erzählt von der Kraft des Glaubens und des Geistes im Kampf gegen Ängste und Krankheiten. Das ist es letztlich auch, was wir von der Kunsttherapie erwarten: Bilder können Veränderungen bewirken, indem sie eine mehr oder weniger starke Resonanz bei den Betrachtenden erzeugen. Sie zeigen das Beständige und das Wandelbare, sind Erinnerung, Vorstellung, Hoffnung, Abgrund, Zeuge oder Begleiter.

Auch das Diakonissenkrankenhaus hat eine christliche Basis. Doch das vorliegende Projekt will nicht erschüttern, sondern Orientierung, Anregung und Beruhigung vermitteln. Farbe und Licht wirken hier wesentlich: Yves Klein, dessen tiefblaue Bilder die Blicke der meisten Betrachter*innen magisch anziehen, meinte 1960, dass der Mensch den Raum nur durch die Kräfte der Empfindsamkeit erobern würde, die erschreckend seien, obwohl von Frieden erfüllt. Auch Klein spricht letztlich von einer Erschütterung durch Kunst, hier durch das Element Farbe, das die Empfindsamkeit stärkt. Farben haben eine äußerst subjektive und emotionale Wirkung; dazu gibt es viel Literatur. Natürlich beachten wir kunsttherapeutisch die allgemeine Farbwahrnehmung, Farbkonstellationen, Farbsättigung, Farbbehandlung, Mischungsverhältnisse und Farbzusordnungen. Dennoch sollten wir misstrauisch sein, wenn Farbkombinationen Krankheitsbildern zugeordnet werden, denn Deutungsrezepte gibt es nicht. Vor allem bedeuten Farben Schattenaspekte des Lichts, denn sie entstehen erst durch dessen Brechung. Darüber hinaus enthalten Farben eine physikalische Energie.

Eine der Assoziationen, die immer wieder einfluss und vor allem die Überlegungen von Sarah Brodbeck und Yvonne Engelhardt beeinflusste, war die Installation »The Weather Project« von Olafur Eliasson: Eine der Sonne entsprechende Lichtquelle, hoch oben an der Wand befestigt, wurde von Turbinen betrieben, deren offensichtliche Mechanik zugleich Nebelmaschinen sowie Projektions- und

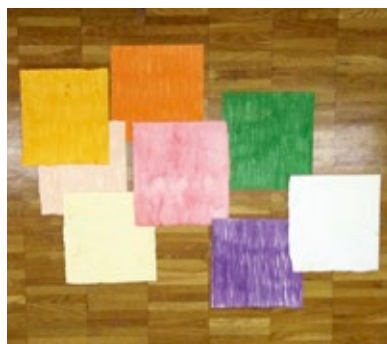
Spiegelfolien verunklärten. »Eine Reflexion über das Sonnenlicht, unsere Wahrnehmung und darüber, wie sehr der Kulturbetrieb unsere Erwartungshaltungen beeinflusst. Eliassons Werke arbeiten mit Kulissen und schauen dabei gerne dahinter«, schreibt das Architekturmagazin QUER (2016). Eliasson befasst sich mit interdisziplinärer Architektur und Projekten im öffentlichen Raum sowie mit den ökologischen Herausforderungen der Welt. Seine Auseinandersetzung mit und Veranschaulichung von Wahrnehmungsphänomenen bezieht auch die körperliche Erfahrung der Betrachter*innen mit ein. Sein »The Weather Project« in der Turbinenhalle der Tate Modern in London wurde 2003 installiert. Es bewegte die Menschen dazu, auf dem Boden liegend in das Licht und seine ungreifbare Farbe einzutauchen, sich einer Wahrnehmungstäuschung hinzugeben und sich zugleich dieser bewusst zu sein.

»Man macht sich oft nicht klar, daß es Farben, abgesehen von ihrer Lichtqualität, von ihrer Schwingungsfrequenz, überhaupt nicht gibt. Wenn wir das Licht löschen, verschwinden die Farben: Nicht nur so, daß wir sie nicht mehr wahrnehmen können, sondern so, daß sie nicht mehr existieren. Unter der Wirkung einer Farbe stehen heißt also immer, unter einer realen Strahlung, einer Schwingungsfrequenz des Lichtes stehen«, schreibt Ingrid Riedel (Riedel 1983, S. 12). Das Licht, das die Farben zum Leuchten bringt, erhellt im übertragenen Sinn auch unseren Geist. Farben können sowohl einen Sog verursachen (den es im vorliegenden Projekt zu vermeiden galt)

Projektplanung: Ein intensiver Projektraum entsteht

Mit dem Ziel, eine heilungsfördernde Gestaltung für ein Modellzimmer der Intensivstation des Diakonissenkrankenhauses Dresden zu entwickeln, begann im Herbst 2016 die Arbeit am »Projekt Intensiv«. Gleich zu Beginn des ersten Semesters, in einem ersten Informationstreffen für alle Studierenden des Aufbaustudiengangs, wurde das Projekt von Thomas Hellingner als künstlerischem Leiter und mir selbst als Künstlerin und Kunsttherapeutin vorgestellt. Im Anschluss erhielten die Studierenden die Möglichkeit, sich für die Projektteilnahme zu entscheiden. In der Großgruppe konnte so ein unvoreingenommener Einstieg gefunden werden, um sich dem Thema auf der gestalterischen Ebene im Sinne der künstlerischen Forschung zu nähern.

Mit der Frage »Was würde ich mir wünschen, wenn ich mich in die Situation der Patient*innen und ihrer Angehörigen hineinversetze?« entstanden die unterschiedlichsten Gestaltungsentwürfe von 16 ausgebildeten Künstler*innen, die hier am Beginn ihrer kunsttherapeutischen Ausbildung standen. In der Gruppe wurden die ersten Ideen und Entwürfe vorgestellt, im Anschluss mit der Resonanzbildmethode® vertieft und erweitert. Aus dem bildnerischen Material wurden anschließend Wortfelder gebildet und zu Themenbereichen geordnet, die sich wiederum in Unterkategorien weiter differenzierten. Deutlich trat bereits von Anfang an das Thema Natur hervor. Eine zentrale Rolle spielten sowohl organische Formen, Naturelemente und naturnahe Farben in vielen Gestaltungen als auch die Verbindung zum Himmel und die



Wirkung des Lichts. Der Raum als solcher wurde durch die gestalterischen Ideen geöffnet, zusätzlich aber auch in seiner Funktion als Schutzraum thematisiert. Der Wunsch, sich verorten zu können und sich dadurch sicherer und aufgehobener zu fühlen, trat dabei in den Ausarbeitungen mehrheitlich hervor. Im weiteren Verlauf formierte sich die Projektgruppe aus acht Student*innen des Aufbaustudiengangs.

In regelmäßigen Abständen folgten Projektgruppentreffen in den Räumlichkeiten der Hochschule. Gleichzeitig fanden Ortsbegehungen statt, sodass die Studierenden auch die Atmosphäre der Klinik und die des Zimmers erfahren, konkrete bauliche Aspekte begutachten und in die Planung mit einbeziehen konnten. Die bauliche Situation des Zimmers stellte eine zentrale Herausforderung dar. Das als Modellzimmer ausgewählte Zweibettzimmer setzte sich im wesentlichen aus den gegenüberliegenden Betten, den am Kopfende der Betten installierten medizinischen Geräten, den sogenannten Ampeln, und den an der Decke fest installierten Beleuchtungselementen, Lüftungsschächten und Rauchmeldern zusammen.

Die Zimmersituation wurde von allen Projektgruppenmitgliedern als sehr funktional, karg und steril empfunden. Die Wände, die in hellem Gelb gestrichen waren, konnten nur wenig Wärme ausstrahlen, da die Umgebung durch die medizinischen Geräte und das grelle Licht an der Decke geprägt wurden. Das Pflegepersonal der Klinik wies bereits zu Beginn daraufhin, dass die Patient*innen

links:
Erste spontane Gestaltungsideen und Farbvorstellungen. Gesamt-Studiengruppe KunstTherapie November 2016.

rechts:
Zimmer auf der Intensivstation, Diakonissenkrankenhaus – Raumsituation zu Beginn des Projekts Oktober 2016.



durch ihre meist liegende Position im wachen Zustand vorwiegend die Decke im Blick haben würden. Dies führte auch dazu, dass die Decke sich als zentraler, zu gestaltender Ort entwickelte. Gleichzeitig ergab sich die Schwierigkeit, dass der ursprüngliche Zustand an der Decke kaum freie Stellen finden ließ, da die Beleuchtung und die Lüftungsschächte die Fläche einnahmen. So wurde die Entscheidung maßgeblich, die Decke von Seiten der Klinik, unter Berücksichtigung der medizinisch notwendigen Beleuchtung, auch baulich verändern zu können.

Bereits von Beginn an wurden gemeinsame Projektgruppentreffen zwischen dem Diakonissenkrankenhaus und Vertreter*innen der HfBK-Projektgruppe vereinbart, um die Arbeit zu vernetzen. Die Projektgruppe des Krankenhauses, die gleichzeitig ein Konzept für die Akustik auf der Station und die Einrichtung eines Wartebereiches für Angehörige erarbeitete, setzte sich interdisziplinär aus Pflegekräften, Ärzt*innen, Techniker*innen sowie Beauftragten für den Bau, der Hygiene, Medizintechnik, Wirtschaft und Organisationsentwicklung zusammen. Insbesondere die enge Zusammenarbeit mit dem Haustechniker (Herr Seifert) war für die bauliche Entwicklung der Gestaltung von großer Bedeutung. Von Seiten der Klinik wurde von Anfang an auf eine mehrheitliche Entscheidung über den Entwurf Wert gelegt, um insbesondere die Bedürfnisse derjenigen Berufsgruppen zu berücksichtigen, die im Stationsalltag mit der Gestaltung zu tun haben würden. Stimmen aus der Projektgruppe der Klinik äußerten



den Wunsch nach einem Entwurf, der auch auf andere Zimmer übertragbar sein sollte – als »greifbare Lösung, die finanzierbar, spannend« zur Verbesserung der Atmosphäre sowohl der Patient*innen als auch der Mitarbeiter*innen beitragen könnte und auf die Bedürfnisse abgestimmt wäre. In der Entwicklung sollte der Entwurf von allen Beteiligten offen, konstruktiv und auch konträr diskutiert werden können.

Die Herausforderung zu Beginn der ersten Entwurfsphase zeigte sich in der Annäherung an die interdisziplinären Themengebiete, die

das Projekt in sich vereint. Im Sinne der künstlerischen Forschung wurde die Entwicklung der Gestaltung sowohl durch das künstlerische Handeln des jeweiligen Projektgruppenmitgliedes als auch durch den diskursiven Prozess theoretischer Inhalte bestimmt (vgl. Heid 2003). Im Mittelpunkt stand zunächst das Einfühlen in die Patient*innen, die aufgrund ihrer oft lebensbedrohlichen Lage medizinisch durch modernste Technik auf der Intensivstation versorgt werden, deren Bedürfnisse jedoch außerhalb der körperlichen Versorgung in den Hintergrund treten, wie im

Eingangstext bereits eindrücklich beschrieben wurde. Um die Lage dieser Patient*innen besser zu begreifen, wurde es notwendig, sich mit dem medizinischen Hintergrundwissen vertraut zu machen und wissenschaftliche Fachartikel zu diskutieren, welche die Schnittstelle bzw. Verbindung von Körper und Psyche in diesem Kontext beleuchten.

Studien zeigen, dass selbst bewusstlos scheinende Patient*innen eine besondere Form der Wahrnehmung haben, die es unbedingt zu berücksichtigen gilt (vgl. Bienstein 1994). In Erlebnisberichten von Betroffenen wird deutlich, mit welcher psychischen Belastung die Zeit auf der Intensivstation für sie verbunden war und noch über die Zeit der eigentlichen Behandlung hinausgeht (s. S. 22–23). Oft werden Reize der Umwelt, Stimmen und Geräusche fehlinterpretiert, und es kommt zu einer räumlichen und zeitlichen Desorientierung sowie Körperbildstörung. Als besondere Stressoren des ursprünglichen funktional orientierten Raumes wurden die grellen Lichtverhältnisse sowie die unterschiedlichen und oft lauten Geräusche erlebt. Die akustische und optische Wahrnehmung der medizinischen Geräte wurde oft als beängstigend empfunden. Die medizinischen und pflegerischen Handlungen wurden als bedrohlich eingestuft. Auf der physischen Ebene trägt die fehlende oder nur sehr eingeschränkte Bewegungsfähigkeit zum Verlustgefühl der Autonomie bei (vgl. Brunke 2007).

Die theoretische Auseinandersetzung in Bezug auf die Gestaltungsmöglichkeiten begann mit der Frage, durch welche wahrneh-

mungsfördernden Interventionen im Raum den Patient*innen Ruhe, Halt und Orientierung gegeben werden könnte, ohne dass sie überfordert und so zur Fehlinterpretation beitragen würden. Als außerordentlich unterstützend wurde von der Projektgruppe das Angebot des Diakonissenkrankenhauses zum Seminar der Basalen Stimulation® aufgenommen, sowohl aus theoretischer Sicht als auch im Sinn der therapeutischen Selbsterfahrung.

Das Konzept der Basalen Stimulation® zielt darauf, den Menschen als individuelle Persönlichkeit zu begreifen und anzusprechen. Durch die Orientierung an den subjektiven Bedürfnissen der Patient*innen – wie Kommunikation, Berührung und Bewegung – soll ihnen neben den notwendigen pflegerischen Interventionen über den Körper ein Gefühl für Sicherheit und Vertrauen vermittelt werden (vgl. Fröhlich 1998). Andrea Brunke, Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege, beschreibt das Konzept mit den Worten: »Basal« meint: respektvoll, vorsichtig, ohne Forderungen an den Patienten, der Patient braucht keine Leistung zu vollbringen, die Akzeptanz für seine »Form« der Existenz von uns. »Stimulation« meint: ein Angebot, das nicht mit ständigem Anregen gleichgesetzt wird. Mit Rücksichtnahme auf Patienten, die keine Stimulation wollen« (Brunke 2007, S. 117).

Im Seminar für die Projektgruppe der HfBK erläuterte Susanne Friedrich, die als Pflegekraft das Konzept am Diakonissenkrankenhaus unterrichtet, das Konzept sowohl theoretisch als auch praktisch, um die Lage der Intensiv-Patient*innen erfahrbarer werden zu

lassen. In einer essenziellen Übung legte sich ein Teil der Gruppe als Patient*innen mit dem Blick zur Decke auf den Boden. Die zweite Gruppe kehrte nach einigen Minuten zurück und hatte die Anweisung, laut umher zu laufen und den Raum später wieder zu verlassen. Allein diese kurze Situation wurde durch die Gruppe der »Patient*innen« als äußerst unangenehm empfunden. Von allen Teilnehmer*innen wurde ein Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit beschrieben, verstärkt durch die Unwissenheit, nicht sehen zu können, was um sie herum geschieht. Die sehr wertvollen Selbsterfahrungsanteile, die durch diese Übung gewonnen werden konnten, erwiesen sich im Verlauf des gesamten Entwicklungsprozesses in der Gestaltung immer wieder von großem Nutzen.

Analog zu dieser theoretischen Auseinandersetzung wurde in der ersten Phase der Entwurfsentwicklung ein möglichst offener künstlerischer Umgang mit dem Thema initiiert. Hierzu wurden künstlerische Positionen herangezogen wie jene von James Turrell, Olafur Eliasson, Andy Goldsworthy oder Sol LeWitt. Diese verbinden den künstlerischen Raum mit dem jeweiligen Ort und seinen Strukturen sowie mit Phänomenen der Natur. James Turrell arbeitet als Land-Art Künstler und wurde mit seinen Raum-Licht-Installationen bekannt. Seine Arbeiten spielten für den Entwurf von Yvonne Engelhardt und Sarah Brodbeck in der Anfangsphase eine ideengebende Rolle. Einige Arbeiten werden im Folgenden noch näher beschrieben. Ebenso dienten die Arbeiten von Olafur Eliasson, die

Wohlfühlraum

Die Kombination von Licht, Farbe und Form

Projektidee: Sarah Brodbeck, Yvonne Engelhardt



Zu Beginn des Projektes betrieb ich eine konzeptuelle Recherche zu künstlerischer Raumgestaltung. Hierbei ließ ich mich vor allem durch Arbeiten von Verner Panton, Olafur Eliasson und James Turrell inspirieren.

Verner Panton hat in seiner Fantasy Landscape, Visiona II (1970), einen Wohlfühlraum, der an eine Höhle erinnert, gestaltet. Durch organische Formen und farbige Textilien in gedämpftem Licht kann ein Gefühl von Geborgenheit ausgelöst werden, das durch die verwendeten Formen und Farben vage an den Mutterleib erinnert.

In der Installation »360° room for all colours« (2002) hat Olafur Eliasson einen runden begehbaren Raum geschaffen, in dem die Besucher*innen alle Farben des Farbspektrums in einem 360° Radius erfahren können. Eliasson spielt dabei mit der Wahrnehmung von Farbe. Durch das Nachbild dieser künstlerischen Erfahrung sind die Betrachter*innen fähig, mehr Farben als tatsächlich durch Licht reflektiert werden, für kurze Zeit wahrzunehmen. Ähnlich wirkt sein »The Weather Project« von 2003 (S. 14–16).

Der von mir besuchte Skyspace von James Turrell in Ytterjärna, Schweden, ist ein ebenso

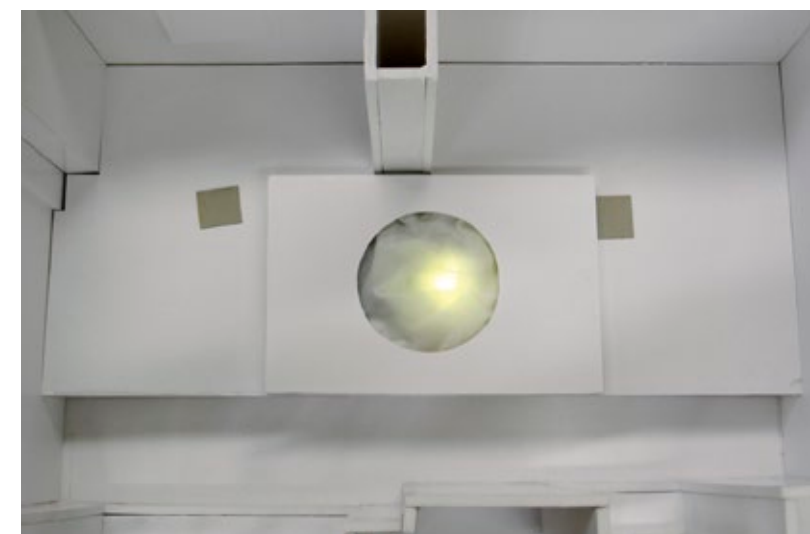
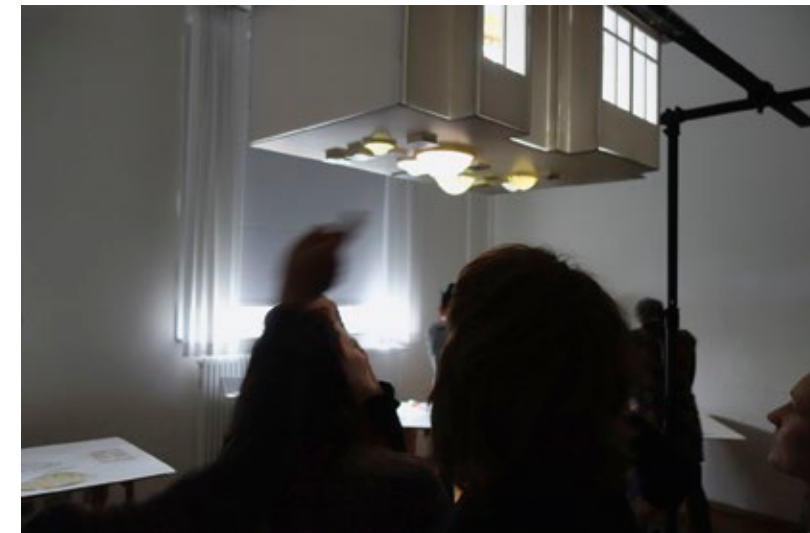
runder Raum. Allerdings steht dieser als eigenständiges Kunstwerk in der Natur. In der Decke befindet sich ein Loch, das die Sicht in den Himmel freigibt. Zweimal täglich, zum Sonnenauf- und Sonnenuntergang, beleuchten farblich sich verändernde Lichtelemente die Wände. Die Betrachter*innen liegen mit Kissen auf dem Boden und blicken für 90 Minuten zum Himmel. Die optische Wahrnehmung der sich ändernden Farben und des Himmels verändern sich bei den Betrachter*innen immer wieder. Diese völlig individuellen Wahrnehmungen der Änderungen von Farbe und Himmel sind fotografisch nicht abbildbar.

Allen drei Künstlern ist die Beschäftigung und die Nutzung von Farbwirkung gemein. Sie sind an der physikalischen und psychologischen Wirkung von Licht und Farbe interessiert.

Diese Wirkung wird nicht nur in der Kunst, sondern auch in der Kunsttherapie sowie der Farb- und Lichttherapie eingesetzt. Laut Kottmann wird bereits eine emotionale und körperliche Reaktion ausgelöst, bevor wir eine Farbe bewusst aufnehmen (Kottmann, 2011, S. 1–5). Es gibt eine Vielzahl an Theorien zur Farbe, beispielsweise in der Psychologie, der Philosophie oder bei Urvölkern. Obwohl sie sich teilweise stark unterscheiden, liegt ihnen allen die Erkenntnis zugrunde, eine wesentliche Wirkung auf das menschliche Nervensystem und somit auf Körper und Psyche zu haben. Wir können durch das sinnliche Erlebnis die Farbe förmlich in uns aufnehmen.

links und rechts:

Sarah Brodbeck und Yvonne Engelhardt präsentieren bewegte Lichtkuppeln und geformte Leuchtkörper, sowie Farb- und Materialproben in ihren Modellansichten.



Es entstand ein erster Entwurf von mir, bei dem die Farb- und Lichtwirkung im Raum ausgenutzt werden sollte. Eine Lichtinstallation mit verschiedenen Farben, die aus unterschiedlichen, möglichst unsichtbaren Lichtquellen in den Raum strahlen, sollte entstehen. Die einzelnen Lichtsituationen sollten dabei individuell von den Patient*innen steuer- und regulierbar sein. Arbeiten von James Turrell fanden sich auch in der Recherche von Sarah Brodbeck wieder. Ihr Entwurf einer Stoffkuppel wurde von mir mit den Skizzen zu einer farbigen Lichtinstallation kombiniert.

Yvonne Engelhardt

Ich stieß bei meiner Recherche ebenfalls auf das Werk von James Turrell und war besonders fasziniert von der Arbeit »Skyspace East Portal«, in deren räumlichen Versuchsanordnungen die Natur dem Betrachter auf eine intensive Weise erfahrbar gemacht wird. In der Wüste Arizonas liegt ein zum Himmel hin geöffneter Raum, der unterirdisch in einen Vulkan gebaut wurde. Durch die ovale Öffnung wird die natürliche Erscheinung des Himmels eingefangen. Die runde Form, das Fenster zum Himmelszelt, empfand ich als angenehm und beruhigend.

Im selben Zeitraum zu den Rechercharbeiten innerhalb der künstlerischen Raumgestaltung wurde die Projektgruppe von der Pflegeleiterin durch das Diakonissenkranken-

links und rechts:
Sarah Brodbeck und Yvonne Engelhardt
helle Stoffkuppeln strahlten. Materialerkundungen
zu Acrylglas sowie Licht- und Farbproben für
Deckenleuchten ergänzten die Modellansichten.



Letztlich wurden die Skizzen zu einer farbigen Lichtinstallation von Yvonne Engelhardt mit dem Entwurf der Stoffkuppeln von mir in einer farbigen Lichtinstallation kombiniert. Diese sollte in Pastellfarben eingefärbt und von innen beleuchtet, dimmbar und von leichten Luftströmen, die möglicherweise im Raum entstehen können, bewegt sowie zusätzlich durch kleine Ventilatoren erzeugt werden. Schnell wurde deutlich, dass das vorgesehene Material Stoff aus hygienischen Gründen nicht verwendet werden durfte. Notwendig war stattdessen ein festes, leicht zu reinigendes Material wie z. B. Acrylglas. Auch müssten die Kuppeln aus Acrylglas so konzipiert werden, dass die im Inneren dimmbaren Leuchtmittel über ein unabhängiges System bedient werden können. Die zu variierende Lichtintensität würde unterschiedliche Farbstimmungen erzeugen.

Sarah Brodbeck

haus geführt. Bei der Besichtigung des haus-internen Kirchsaaes sahen wir an der Raumdecke über dem Altar eine große, goldene, abgehängte, runde Fläche. Beim Betrachten wurde diese ebenfalls als zentrierend und beruhigend empfunden. Daraufhin erfolgten intuitive Experimente mit runden und ovalen Formen. Letztlich wurde eine kreisrunde Form mit hellen Stoffen kombiniert, und es entstand die Idee, über dem Krankenbett auf Kopfhöhe große Stoffkuppeln zu installieren. Mit weißen, dünnen Stoffen verbinde ich räumliche Erinnerungen aus meiner Kindheit, die ich als besonders Halt gebend und beru-

higend empfunden habe. So war um mein Bett ein lichter weißer Vorhang gespannt, durch den am Morgen das warme Sonnenlicht fiel. Auch erinnere ich mich an den Schutz des hellen Innenstoffes, wenn ich im Zelt übernachtete. Während des Findungsprozesses fand außerdem eine Auseinandersetzung mit Wind in das Experimentierfeld Eingang. Durch den Einsatz von Luftströmen sollte der Stoff der Kuppeln leicht bewegt werden, um die Wahrnehmung der Betrachter*innen zurückhaltend zu stimulieren und an die Natur und somit an ein Draußen zu erinnern.

Literatur

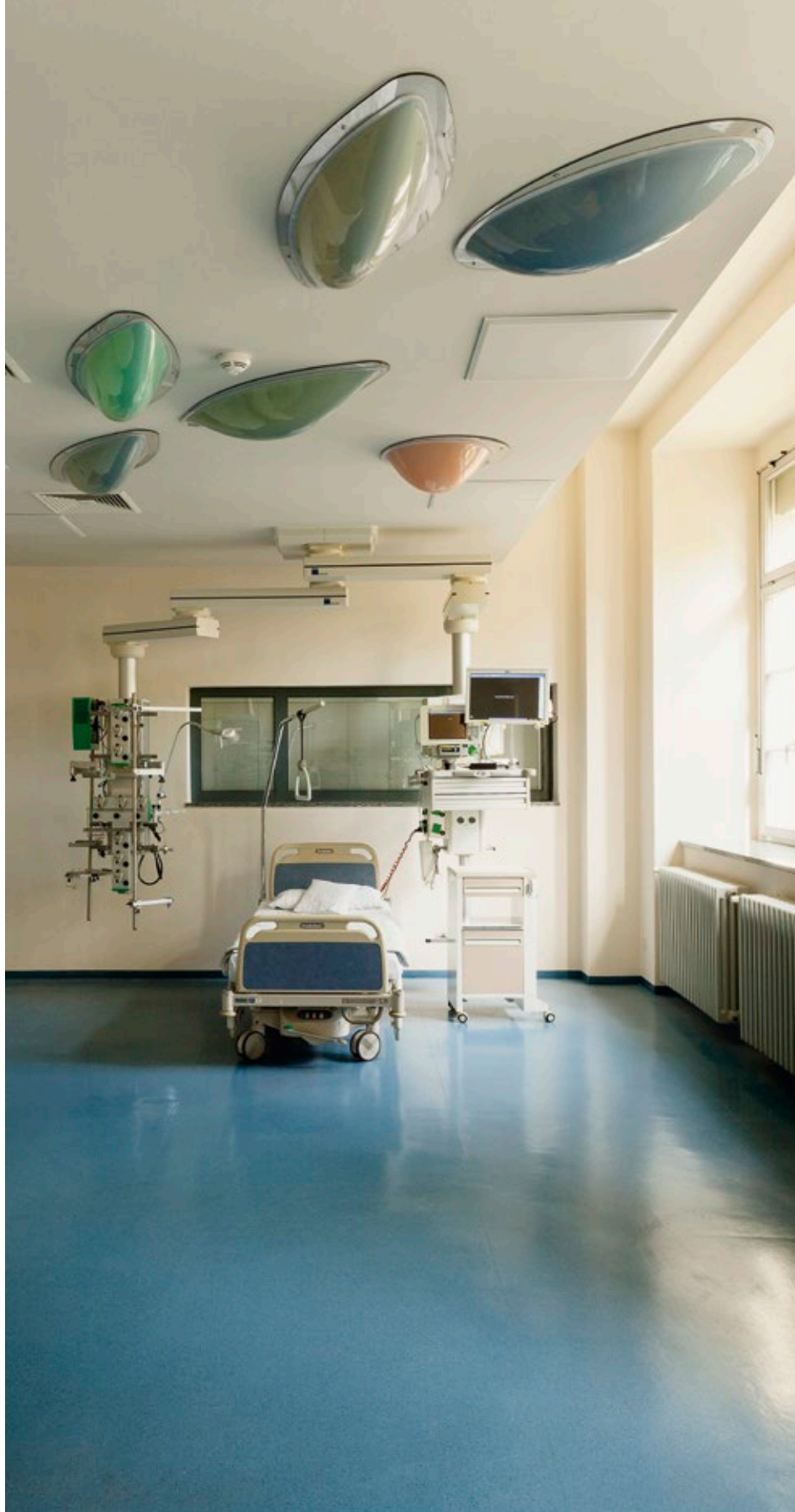
- Kottmann, R.: Licht, Farbe und Wirkung, 7.9.2011, 2011, S. 1–5. <https://www.zwp-online.info/zwpnews/wirtschaft-und-recht/praxiseinrichtung/licht-farbe-und-wirkung> abgerufen (16.6.2020).



links und rechts:
Zwei unterschiedliche Beleuchtungssituationen
im Modellzimmer des Diakonissenkrankenhauses
Fotos: Robert Vanis.

samten Laufzeit. Ebenso übernahm ihre Mitarbeiterin Stefanie Giersch organisatorische und grafische Arbeiten. Von Seiten des Diakonissenkrankenhauses waren der Pflegeleiter Michael Junge, die Ärzt*innen der Intensivstation sowie das Pflegepersonal wichtige Ansprechpartner. Wir alle haben mit diesem Projekt Neuland betreten.

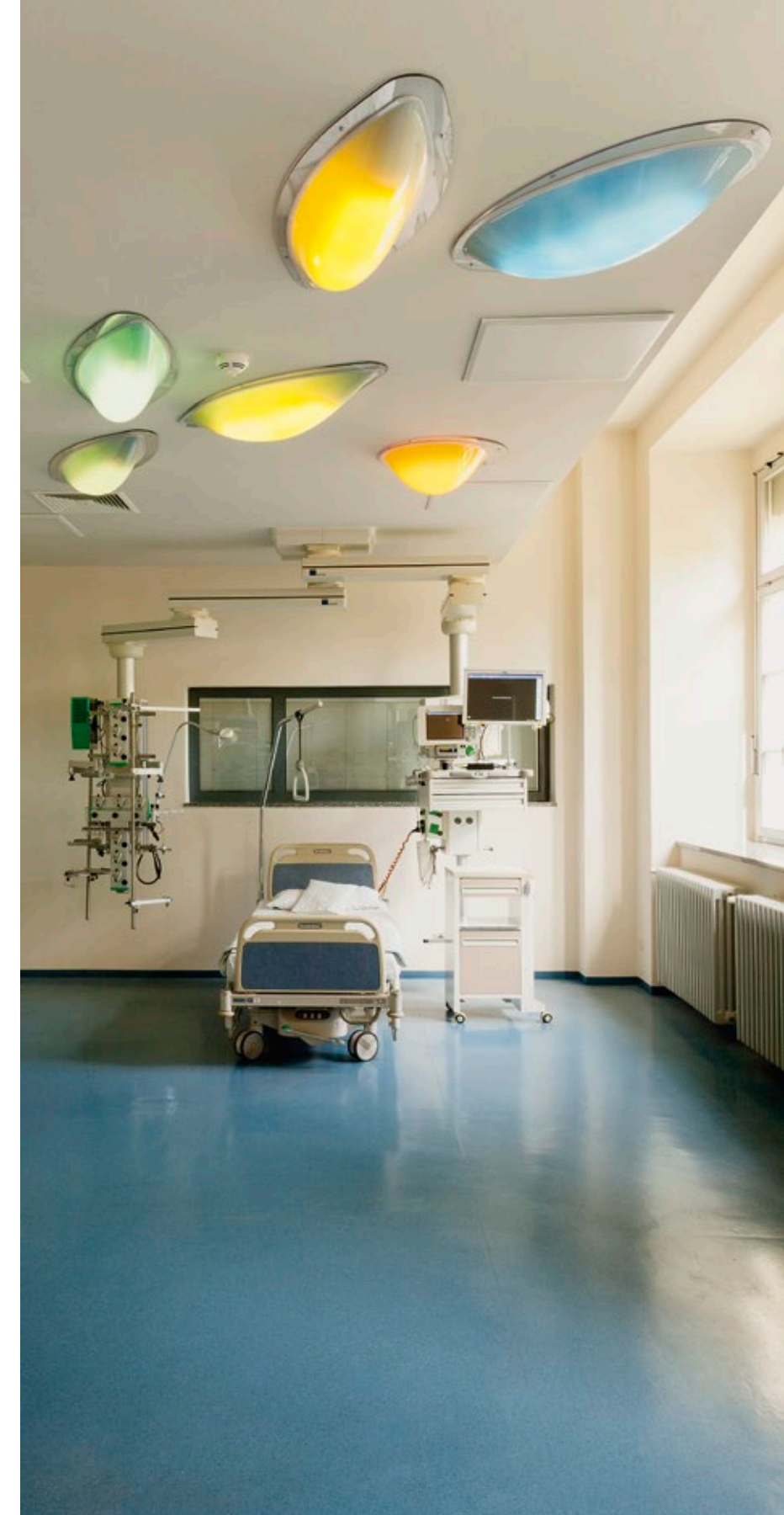
Als Künstler*innen sind wir es gewohnt, eigene Fragestellungen zu entwickeln und entsprechende künstlerische Lösungen zu erarbeiten. Die Formen der Umsetzung sind individuelle Lösungen. Anders verhielt es sich mit dem »Projekt Intensiv«. Die Klinik formulierte ihr Anliegen. Das Studium hatte gerade begonnen, und die Projektgruppe musste sich erst einmal kennenlernen. Persönliche Vorstellungen im Plenum zu äußern, individuelle Ideen zu sammeln und ganz offen mit der Aufgabe und den klinischen Gegebenheiten umgehen zu können, schuf eine tragfähige Basis. Dabei beeinflusste der gleich zu Beginn besuchte Workshop in der Klinik den Findungsprozess. Rechercheergebnisse aus Wissenschaft und Kunst lieferten weitere wertvolle Informationen. Es gab von Anfang an thematische Überschneidungen, die sich auf farbiges Licht oder naturnahe Farben und Formen bezogen. Diese Grundlage machte es später einfacher, als Gruppe den ausgewählten Entwurf gemeinsam weiterzuentwickeln, Ideen aus den übrigen Entwürfen zu übernehmen und so für alle eine akzeptable Lösung zu finden. Der Austausch untereinander, aber auch das Engagement des Klinikper-



sonals, formte den kreativen Prozess. Im Mittelpunkt standen jedoch die Menschen, die mehrere Tage, vielleicht sogar Wochen auf der Intensivstation verbringen müssen. Da deren Persönlichkeit unbekannt ist, mussten sich alle Beteiligten immer wieder selbst befragen, was sie von einer Deckengestaltung erwarten würden, was beruhigend wirken könnte und einen Klinikaufenthalt möglichst angenehm gestalten würde. So bleibt zu hoffen, dass die Lichtinstallation für viele Patient*innen eine freundliche und unterstützende Wirkung hat und den Ärzt*innen, Schwestern und Pflegern bei ihrer verantwortungsvollen Aufgabe eine angenehmere Arbeitsatmosphäre bietet.

Literatur

- Brodbeck, S., König, S.: »Deckengestaltung eines Intensivstationszimmers« in Kunst und Therapie, 2020, S.74.
- Brodbeck, S.: Deckengestaltung eines Intensivstationszimmers, unveröffentlichte Diplomarbeit HfBK Dresden 2018, S. 57 f.



Ein erstes Stimmungsbild

Ein kurzer Fragebogen zum »Intensiv-Projekt« sollte ein erstes Stimmungsbild erfassen, da die angekündigte Evaluation durch die Corona-Pandemie zunächst verhindert wurde bzw. sich schließlich abzeichnete, dass sie für die vorliegende Publikation zu spät erfolgen würde, falls sie dennoch stattfinden sollte. Die Unwägbarkeiten erschienen zu hoch. Johanna Dicke von der TU Dresden wird daher noch die medizinischen Parameter des Jahres 2019 im Vergleich der Patient*innen aus den verschiedenen gestalteten Räumen untersuchen.

So wurden 50 Bögen von der Pflegestation an ca. 40 Beschäftigte verteilt. 19 davon erhielten wir nach einer Woche zurück, wobei auch die Ferienzeit einfluss und vor allem die Tatsache (die in den Antworten auch erwähnt wurde), dass durch die Freistellung der Intensivbetten für evtl. Coronafälle sowie das Besuchsverbot auf dieser Station (und in Kliniken generell) während der Maßnahmen hinsichtlich Covid-19 kaum aktuelle Daten vorlagen. Wir bezogen uns allerdings auf die letzten zwei Jahre (die wiederum nicht alle verfolgen konnten). Insoweit erkundeten wir tatsächlich nur eine erste, rudimentäre Resonanz aus der Station.

Wir wollten die bisherigen Erfahrungen der Ärzt*innen und Pflegekräfte mit dem Zimmer erfragen. Es gab eine je fünfstufige Antwortmöglichkeit zwischen »trifft völlig zu« und »trifft keinesfalls zu« auf die Reaktionen der Patient*innen und Besucher*innen: ob diese von sich aus auf die Gestaltung reagierten, ob eine Änderung der Reaktionen im Gegensatz zur vorherigen Situation aufgefallen ist

Fragebogen zum „Intensiv-Projekt“ der KunstTherapie HfBK Dresden
für die Intensivstation des Diakonissenkrankenhauses

Es ist dies eine Ergänzung der Evaluation durch eine Masterstudentin der TU Dresden. Es geht mehr um eine persönliche Einschätzung innerhalb der knapp zwei Jahre, die die Station nun das Pilotprojekt erlebt. Und um einen Ausblick auf mögliche Verbesserungen. Haben Sie vielen Dank!!

Evaluationskriterien:

Die Patient*innen reagieren von sich aus auf die Zimmergestaltung

Die Patient*innen reagieren anders als bisher auf das Zimmer

Wenn ja: sie reagierten positiver
sie reagierten negativer

trifft
völlig
zu

↔

trifft
keinesfalls
zu

Die Besucher*innen reagieren von sich aus auf die Zimmergestaltung

Die Besucher*innen reagieren anders als bisher auf das Zimmer

Wenn ja: sie reagierten positiver
sie reagierten negativer

○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○

Mit der Zimmergestaltung insgesamt bin ich zufrieden

Meine eigene Reaktion auf die Zimmergestaltung hat sich verändert

Wenn ja: sie wurde positiver
sie wurde negativer

○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○

Damit war ich unzufrieden:

.....

.....

Das hat mir besonders zugesagt:

.....

.....

Ideen und Anregungen für eine mögliche nächste Installation:

.....

.....

Besondere Bemerkungen von Besucher*innen/ Patient*innen:

.....

.....

und wenn ja, ob positiv oder negativ. Der dritte Fragenkomplex betraf die eigene Beurteilung der neuen Situation bzw., ob diese sich innerhalb der zwei Jahre verändert hat (und wenn ja, ob positiv oder negativ). Plus einer jeweils offenen Antwortmöglichkeit bezüglich genereller Zufrieden- oder Unzufriedenheit, welche Anregungen sie für die nächste Installation hätten oder ob ihnen besondere Bemerkungen von Patient*innen und/oder Besucher*innen aufgefallen sind.

Die Auswertung ergab ein insgesamt eher positives Bild, wobei die Antworten sich im neutraleren Mittelbereich häuften. Eine sehr begeisterte Person hätte gern zusätzlich die Wände farbig gestaltet, während eine zweite differente Farben und Formen bevorzugte. Diese kennzeichnete die Patient*innenreaktionen ebenso negativ wie eine andere Person, der das Material nicht zusagte (»Plaste!«). Diese Korrelation zwischen eigener Wahrnehmung und jener der Patient*innen/Besucher*innen dürfte auch im positiven Bereich stattgefunden haben, jedoch waren fast alle Antworten sehr differenziert und konnten darin unterscheiden. Auch eine Person, die bemängelte, nicht in den Entwicklungsprozess einbezogen worden zu sein, befand dennoch die Patient*innenreaktionen als sehr gut und kennzeichnete, dass ihre eigene Wahrnehmung sich absolut positiv verändert hatte.

So war häufig zu lesen, dass die Reaktionen der Patient*innen sehr unterschiedlich ausfielen, meist jedoch ausgesprochen positiv hinsichtlich der Beruhigung, Entspannung und Abwechslung. Die Installation wurde als

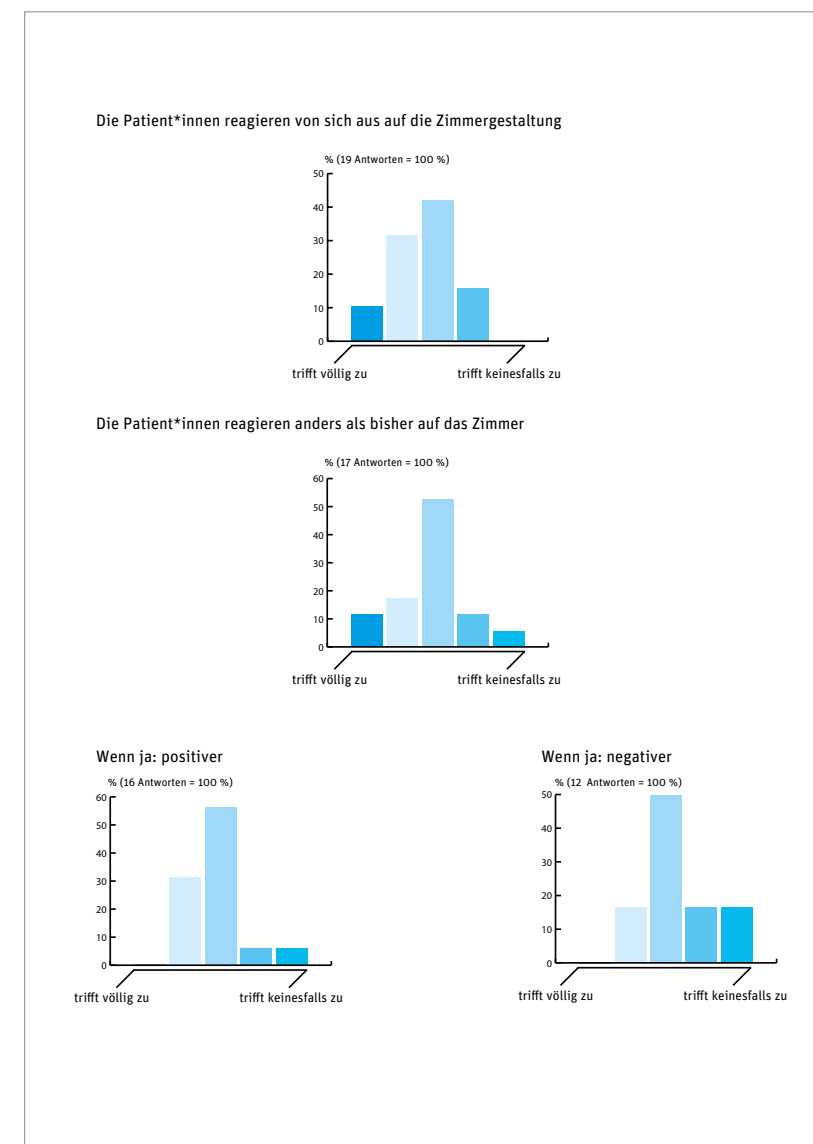
links:

Fragebogen an die Intensivstation der Klinik.

rechts und folgende Seiten:

Säulendiagramme des ersten Stimmungsbildes; Befragung der Beschäftigten der Intensivstation im Juni 2020.

Grafik: Stefanie Giersch



SANDSTEIN

