

7. Zusammenfassende Ergebnisse und Diskussion

Das vorliegende Kapitel widmet sich den vielfältigen Wirkweisen des AVP. Die Ergebnisse basieren auf den Beobachtungen der Einsatzszenarien und den Einschätzungen von Pflegenden aus den geführten Interviews sowie des Diskussionsworkshops.

Die Analyse der Beobachtungen zeigt eine Herausforderung bei der Feststellung der Zielsetzung(en) seitens der Pflegefachpersonen bei der Anwendung des Projektors. Die Zielsetzungen im Sinne des Pflegeprozesses erscheinen in den Beobachtungen nicht immer klar umrissen und bereits vorab festgelegt, sondern bleiben oftmals breit gefasst und heterogen. Das kann ein Hinweis darauf sein, dass der Einsatz des AVP eher von einer mittelbaren Wirkung geprägt ist, als dass er explizit formulierten pflegerischen Zielen folgt. Die Interviews lassen durchaus mögliche Zielsetzungen erkennen, die aber nicht unbedingt immer klar strategisch verfolgt werden. Mögliche Motive der Pflegefachpersonen wurden in Kapitel 6.4 bereits in den Blick genommen. Die folgende Darstellung orientiert sich grob an diesen dort identifizierten möglichen Zielsetzungen für den AVP-Einsatz. Da allerdings die Beobachtungen hier den Ausgangspunkt der Analyse darstellen, werden nicht Motive oder Zielsetzungen dargestellt, sondern Wirkweisen und Einsatzszenarien, die der Beobachtung zugänglich sind. Durch das Hinzuziehen der Erzählungen der Pflegenden im Rahmen der Interviews und des Workshops soll versucht werden, die Lücke zwischen der beobachteten Wirkung des AVP und den möglichen pflegerischen Zielen der Pflegenden zu schließen.

7.1 Wirkweise Beruhigen und Fokussieren

Eine mögliche, evtl. sogar die im Vordergrund stehende, Zielsetzung beim Einsatz des AVP besteht in seiner (potentiell) beruhigenden und fokussierenden Wirkung. Eine Beobachtungssituation bei der Patientin Frau Leiter verdeutlicht dies beispielhaft. Fr. Leiter schaut scheinbar aufmerksam zur Projektion, der Blick ist ruhig und kontinuierlich auf die Projektion gerichtet, der Körper unbewegt, ebenfalls ruhig. Es gibt keine Signale eines gewünschten Abbruchs und eine für die beobachtende Person angenehme Ruhe ist im Raum entstanden. Der*die Beobachter*in spürt die Gelassenheit und nimmt sich Zeit für Notizen, während Fr. Leiter unbeeindruckt von äußeren Einflüssen wirkt:

»Fr. Leiter schaut mit geöffneten, aufmerksamen Augen zur Projektion, mit ruhigem Blick und unbewegtem Körper. Kein Signal, dass ein Abbruch erwünscht wäre. Ich spüre eine Ruhe im Raum, die ich als sehr angenehm empfinde. Auch bin ich froh, dass ich nun etwas mehr Zeit für meine Notizen habe. Ich nehme meinen Platz ein. Zweimal kommt eine Hilfskraft in das Zimmer und füllt Verbrauchsmaterial auf, Fr. Leiter lässt sich nicht stören. Sie wirkt konzentriert, interessiert. Fr. Märten [zuständige Pflegefachperson] kommt und liest Daten vom Monitor ab. Auch dies irritiert die Patientin nicht. Die Tür ist geöffnet, wie die ganze Zeit. Insgesamt ist es ruhig im Zimmer. [...] Es ist Vor-Weekend-Stimmung, man hört, dass Pflegekräfte sich verabschieden und ein schönes Wochenende wünschen. Ruhe kehrt ein. Um meine Notizen zu vervollständigen, hole ich aus drei Meter Entfernung den Kasten mit den Modulen zu mir. Allerdings habe ich dabei kein gutes Gefühl, weil ich befürchte, die Ruhe, ggf. auch die Konzentration, zu stören. Die Patientin zu stören, die mit ihrem Blick – so mein Eindruck – »eingetaucht« ist in die Waldidylle.« (Beobachtungsprotokoll, Frau Leiter)

Die Anwendung des AVP wirkt sich hier dergestalt aus, dass die Aufmerksamkeit der Patientin gezielt auf die Projektion gelenkt wird. Durch diese Fokussierung entsteht eine ruhige Atmosphäre, die nicht nur die Patientin, sondern auch andere Anwesenden erfassen kann.

Die weiteren Betrachter*innen (außer Frau Leiter) erfahren ebenfalls eine beruhigende Wirkung und werden ruhiger. Diese Ruhe, die den gesamten Raum durchdringt, hat das Potenzial, nicht nur visuelle, sondern auch akustische Eindrücke sowie die Hektik des Krankenhausalltags auszublenden. Das AVP wird so zu einem Instrument, um in Stresssituationen zur Ruhe zu kommen. Ein fördernder Aspekt kann das gezielte Abdunkeln des Raumes durch das Pflegepersonal sein, wie es in der Beobachtung von Herr Moos beschrieben wird. Dies trägt dazu bei, die gewünschte Ruhe noch zu intensivieren und die Projektion besser zur Geltung zu bringen. Ähnlich gut lässt sich die beruhigende Wirkung in folgender Beobachtungssequenz nachvollziehen:

»Ich nehme das Modul heraus und setzt dafür das Modul »Aquarium« ein. Langsame Klaviermusik erfüllt den Raum und ein paar Fische schwimmen umher. Herr Vacek schaut auf die Leinwand und ich merke, wie seine Augenlider immer weiter herabsinken und er nach einigen Minuten ganz ruhig und still daliegt.« (Beobachtungsprotokoll, Herr Vacek)

Die beschriebene Wirkweise des AVP-Moduls »Aquarium« bei Herrn Vacek zeigt eine beruhigende und entspannende Wirkung. Das Modul bietet visuelle Reize, die als angenehm und beruhigend empfunden werden können. Die beschriebene langsame Klaviermusik, die den Raum erfüllt, trägt zu einer angenehmen akustischen Umgebung bei. Die Kombination von visuellen und auditiven Reizen kann vermutlich dazu beitragen, eine entspannte Atmosphäre zu schaffen und dadurch auch Patient*innen zu beruhigen. Die Reaktion von Herrn Vacek, bei der seine Augenlider herabsinken und er nach einigen Minuten ruhig und still liegt, deutet jedenfalls auf eine tiefe Entspannung hin.

Auch folgende Ausschnitte aus den geführten Interviews mit Pflegenden zeigen eine zielgerichtete Integration des AVP als Instrument, um eine beruhigende und konzentrationsfördernde Umgebung in der Pflege zu schaffen:

»[Damit] kann man so ihre Aufmerksamkeit ein bisschen einfangen, damit sie da nicht anfangen irgendwie versuchen aus dem Stuhl aufzustehen oder, ähm einfach sich leicht ablenken lassen, (1s) und auch bei ängstlichen Patienten, also gerade eben ängstlich oder unruhig, habe ich eigentlich auch ganz gute Erfahrung gemacht. [...] viele werden ruhiger dadurch, ähm, auch wenn sie es vielleicht nicht so verarbeiten können was gezeigt wird, aber es ist was worauf sie sich konzentrieren können und haben nicht so einen leeren Raum vor sich.« (Int. 8)

»[...] vor allem in unruhigen Phasen, oft wenn die Patienten rausmobilisiert wurden, im Stuhl sitzen ist es so ein (1s), ähm, kann man so ihre Aufmerksamkeit ein bisschen einfangen, damit sie da nicht anfangen irgendwie versuchen aus dem Stuhl aufzustehen oder, ähm einfach sich leicht ablenken lassen, (1s) und auch bei ängstlichen Patienten, also gerade eben ängstlich oder unruhig, habe ich eigentlich auch ganz gute Erfahrung gemacht.« (Int. 8)

Die Aussagen in Interview 8 geben verschiedene Hinweise auf die (aus Sicht der Pflegenden) positive Wirkung des AVP in unterschiedlichen Pflegesituationen. Die Beruhigung wird von dem*der Interviewten in Zusammenhang damit gestellt, die Aufmerksamkeit der Patient*innen zu lenken. Dies kann darüber hinaus dazu beitragen, Ängste zu lindern.

In einem weiteren Interview (Interview 3) wird eine Erfahrung geschildert, bei der einem Patienten in einem Zweibettzimmer die Projektion von Bäumen so gut gefiel, dass er sich dabei scheinbar vollkommen entspannte und schließlich einschlief. Die visuelle Ablenkung von der klinischen Umgebung und die Möglichkeit, sich auf etwas Angenehmes zu konzentrieren, schufen für den Patienten einen Raum der Ruhe.

»Ich kann mich daran erinnern, dass ich mich lange, lange Zeit in Halle B, also in einem Zweierzimmer mit einem Patienten drüber unterhalten habe, dass es ihn sehr angesprochen und erleichtert er dann ist und was wir da nicht alles für Bäume sehen. Und dann hat er mir die alle aufgezählt: Ja, das sind jetzt hier Buchen oder weiß der Fuchs nicht mehr, was er da alles so aufgezählt hat und darüber ist er dann in

den Schlaf gekommen. Das habe ich nicht nur eine Schicht gemacht, sondern zwei oder drei Schichten lang mit ihm gemacht.« (Int. 3)

Das AVP kann eine beruhigende Atmosphäre schaffen und fungiert dabei als Ruheraum oder Ruhepol für die Patient*innen, wie aus den Interviews hervorgeht. Die visuelle Ablenkung durch die Projektion von »angenehmen« Bildern, besonders in eher bedrohlichen Umgebungen wie der Intensivstation, trägt dazu bei, dass Patient*innen sich entspannen können. Das Anbieten von Vertrautem, sei es durch bekannte Bilder oder Musik, trägt zur Beruhigung der Patient*innen bei. Bei Kindern wird das AVP sogar als »Händchenhalter« (Int. 3) beschrieben, der die Angst vor dem Alleinsein mindert. Die Fokussierung auf die visuellen und akustischen Reize der Technologie führt zu einer allgemeinen Ruhe, die sich auch auf das Verhalten der Pflegenden auswirken kann. (Int. 10)

»Herr Banner betrachtet jetzt die dargestellte Szenerie mit der Kuhweide. Ich habe den Eindruck, dass die Phasen, in denen er die Augen geöffnet hat, länger sind. Bei einem Tier bemerkt er: »Das dürfte wohl ein Stier sein.« Ich schaue genauer hin und bestätige seinen Eindruck (das Geschlechtsteil des Tieres ist deutlich zu erkennen). Bei einer Szene, in der mehrere Tiere beim Grasens zu sehen sind, kommentiert er: »Ganz friedlich.«

Nach einer mehrminütigen Phase des aufmerksamen Beobachtens schließt Herr Banner wieder die Augen und ich habe den Eindruck, er sei jetzt eingeschlafen. Etwa eine Minute später öffnet er wieder die Augen und blickt zur Leinwand. Er fragt mich: »Was drückt das Schwanzwedeln aus? Zufriedenheit?« Ich entgegne, dass ich vermute, dass die Kühe dies tun, um die Fliegen zu verjagen. Herr Banner murmelt etwas, was ich nicht verstehe. Aus der Körperhaltung und der Mimik kann ich keine Hinweise erkennen, ob er dem zustimmt. Nach ein paar Minuten sind Schafe auf einer Weide zu sehen. Herr Banner sagt unvermittelt: »Das ist Beruhigend, besser als der Wald. Da ist ein bisschen Handlung drin.« (Beobachtungsprotokoll, Herr Banner)

Die detaillierte Beobachtung von Herrn Banner beim Betrachten der Kuhweide und später der Schafweide gibt Aufschluss über seine Reaktionen auf die visuellen Reize des AVP. Es scheint, dass die dargestellten Szenen seine Aufmerksamkeit stark beeinflussen, wobei längere Phasen des Augenöffnens darauf hindeuten, dass die visuellen Reize seine Wahrnehmung fesseln. Dies könnte auf eine aktivierende Wirkung der Technologie hindeuten, die Herrn Banner dazu veranlasst, die dargestellten Szenen genauer zu betrachten und darauf zu reagieren. Die Identifizierung eines Tieres als Stier zeigt, dass Herr Banner die visuellen Informationen auf dem Bildschirm nicht nur aufnimmt, sondern auch interpretiert und mit seinem Vorwissen verknüpft. Dies deutet auf eine kognitive Aktivierung durch die visuellen Reize des AVP hin. Die Interaktion mit dem Pflegepersonal während der Beobachtung, insbesondere die Frage nach dem Schwanzwedeln der Tiere, zeigt eine gewisse kognitive Beteiligung und das Bemühen, die wahrgenommenen Informationen zu verstehen. Es bleibt jedoch unklar, ob Herr Banner zustimmte, da seine Äußerungen unverständlich waren und die Körpersprache keine eindeutigen Hinweise lieferte. Die plötzliche Äußerung über die beruhigende Wirkung der Schafweide im Vergleich zum Wald gibt Aufschluss über Herrn Banners subjektive Empfindungen während der Betrachtung. Dieses Zusammenspiel von Aktivierung und Entspannung unterstreicht die Komplexität der Wirkung des AVP, bei der Aktivierung und Beruhigung nicht strikt voneinander getrennt sind, sondern in einem dynamischen Verhältnis zueinanderstehen.

Im Workshop wurden Erfahrungen geteilt, die diesen Eindruck bestätigen. Die untenstehende Ausführung einer*s Teilnehmer*in zeigt, wie Aktivierung und Beruhigung in einem Zusammenhang miteinander stehen können. Das AVP ermöglicht es, die Aufmerksamkeit der Patient*innen auch bei zuvor verminderter Vigilanz gezielt anzusprechen, ohne eine übermäßige Erregung wie bei herkömmlichen Fernsehprogrammen zu provozieren:

»Im Vergleich zu dem Aspekt, dass man äh lieber etwas beruhigendes bewirken will, fand ich die aktivierenden Aspekte wesentlich besser, also da fand ich, hat der Qwiek viel besser funktioniert, dass ähm

jetzt jemand, der vielleicht davor eigentlich eher wie vigilanzgemindert war auch mal seine Aufmerksamkeit halten konnte, ähm auf den Bildschirm geguckt hat, und äh was aber vielleicht nicht so aufregend war, wie der Fernseher, so das er dann jetzt nicht vielleicht andersrum wieder eher hyperaktiv geworden ist, sondern dass man da eigentlich gezielt quasi die Aufmerksamkeit ansprechen konnte und ähm der Patient trotzdem ruhig geblieben ist dabei.« (Workshop)

In erster Linie zeigt sich, dass das AVP erfolgreich zur Beruhigung agitierter Patient*innen eingesetzt wird. Die Interviews verdeutlichen auch den Einsatz des AVP bei spezifischen deliranten Zielgruppen, insbesondere bei aggressiven Patient*innen. In solchen Fällen kann die Anwendung nicht nur zur Beruhigung eines*r einzelnen Patientin*en führen, sondern trägt auch dazu bei, die Gesamtatmosphäre auf der Station zu »beruhigen«. Die Pflegefachpersonen berichten darüber, wie sie, basierend auf Delir-Scores, die Auffälligkeiten bei bestimmten Patient*innen erkennen und dann gezielt das AVP einsetzen, um eine positive Wirkung zu erzielen. Insbesondere bei lauten deliranten Patienten, die durch ihre Rufe auffallen, erwies sich die Intervention als effektiver Ansatz, um diesen Patientenkreis zu beruhigen.

»Es war jetzt auch so, wir haben ja auch selber auch Delir-Scores, dass wir gesagt haben: Oh, ok. Es ist jetzt auffällig. Jetzt holen wir das AVP«, sondern das war eher meistens bei, ich sage mal, bei den lauten deliranten Patienten, dass man so eher über diese rufenden Patienten ran gekommen ist. Ah, ok, da könnten wir nicht mal probieren, ob nicht allen voran der Waldspaziergang, der war sehr beliebt, ob der nicht für ein bisschen Beruhigung sorgen kann.« (Int. 3)

Die berichteten beruhigenden Auswirkungen gehen sogar über die unmittelbare Nutzung des AVP hinaus. Ein weiterer Anwendungsbereich des AVP zeigt sich bei Patient*innen, bei denen herkömmliche Maßnahmen wie Sedierung nicht wirksam sind, besonders wenn aggressives und eigengefährdendes Verhalten vorliegt. In solchen herausfordernden Fällen wird die nicht-medikamentöse Intervention mit dem AVP teils als alternative Lösung betrachtet, um die Patient*innen ange-

messen zu versorgen und gleichzeitig das Risiko von Nebenwirkungen durch Medikamenteneinsatz zu minimieren. Das zeigt dass das AVP ein Anknüpfungspotenzial zur Integration solcher Ansätze in bestehende Behandlungsprotokolle aufwirft und Potenzial für eine Verbesserung der Patient*innenversorgung und -erfahrung bietet.

Die Auswirkungen des AVP führen jedoch nicht ausschließlich in eine beruhigende Richtung. Es wird auch von gegenteiligen Ereignissen berichtet:

Keine beruhigende Wirkung stellt sich ein oder die Unruhe der Patient*innen wird verstärkt

Interviewpartner 2 berichtet, dass er bisher keine beruhigende Wirkung auf unruhige Patientinnen durch den Einsatz des AVP beobachten konnte. Seine Erfahrungen stellen die Wirksamkeit der Intervention in Bezug auf die Beruhigung der Patientinnen in Frage und er sieht das AVP eher als eine Form der Beschäftigung.

Insbesondere während des Workshops wurde betont, dass das AVP, wenn es nicht zum*zur Patient*in passt, keine Reaktion bei den Patient*innen hervorruft und sie sich stattdessen mit anderen Dingen beschäftigen. Dies trage zu einer »Unruhe im Raum« bei, so die interviewte Person. Solch eine Dynamik wurde auch in einem Beobachtungsprotokoll festgehalten:

»Dann schaue ich zwischen ihm und der Projektion hin und her und beginne, ein wenig darüber zu sprechen – dass da ein Schmied zu sehen sei, und ob er das interessant fände. Hr. Grüning scheint mir nicht zuzuhören (oder mich überhaupt nicht zu hören – weshalb ich beim nächsten Mal lauter spreche) und fängt an, sich zu bewegen – er versucht, die Füße nach rechts von der Platte des Stuhls zu heben, schaut sich um, und tastet herum, es sieht aus, als würde er nach einer Möglichkeit suchen, sich festzuhalten, um sich hochziehen zu können, um aufzustehen. Die Projektion sieht er gar nicht an, mich auch nicht. Mir fällt das klopfende Geräusch des Moduls »Altes Handwerk« auf und finde es nicht besonders angenehm. Darüber hört man leise ab und zu Personen sprechen beim Bett nebenan und ein leichtes Rauschen, ich

weiß nicht woher, von einer Lüftung oder Geräten möglicherweise. Da Hr. Grüning sich scheinbar bewegen will, denke ich, dass vielleicht der Waldspaziergang interessanter für ihn sein könnte (wobei ich nicht wirklich glaube, dass er dann lieber auf die Projektion schaut, will es aber dennoch versuchen).« (Beobachtungsprotokoll, Herr Grüning)

Die Interviews und Beobachtungen unterstreichen, dass insbesondere bei Patient*innen, die selbst unruhig sind, wie häufig im Kontext des Delirs, die allgemeine Unruhe im Zimmer verstärkt werden kann, wenn eine zusätzliche Reizquelle wie das AVP hinzukommt. Die Reizüberflutung durch zusätzliche visuelle oder auditive Stimuli kann die Unruhe und Desorientierung dieser Patient*innengruppe potenziell verstärken. Daher ist eine individualisierte und situationsangepasste Anwendung des AVP notwendig, um unerwünschte Effekte zu minimieren und die Sicherheit der Patient*innen zu gewährleisten.

7.2 Wirkweise Erleben

Eine weitere Auswirkung, die sich beobachten ließ, ist eine grundlegend positive Stimulation. Eine beobachtete Szene zeigt Herrn Schlatter, der während der Betrachtung der Leinwand über seine üblichen Aktivitäten wie Essen und das Öffnen einer Weinflasche spricht. Die begleitenden Klavierklänge werden positiv wahrgenommen, und Herr Schlatter bitet sogar um ein Glas Wasser, während er weiterhin auf die Leinwand schaut.

»Dann schauen wir wieder auf die Leinwand. »Schön«, sagt Herr Schlatter. Er redet darüber, dass man normalerweise dazu am Tisch sitzt, etwas isst und eine Flasche Wein aufmacht. Er lacht bei diesen Worten und Herr Fischer und ich stimmen mit ein. Ich mache die Tonspur etwas lauter und sage, dass es dazu auch passende Klavierklänge gibt. »Das ist ganz cool«, sagt Herr Schlatter nach einem kurzen Moment. Dann bittet er mich darum, ihm das Glas mit Wasser zu geben. Er trinkt etwas und schaut dann die nächsten Minuten fast immer auf die Leinwand.« (Beobachtungsprotokoll Herr Schlatter)

Aus einem Interviews mit diesem Patienten wird die Wirkweise des positiven Erlebens ebenfalls deutlich:

»Ich habe mir jetzt 3 Filme angesehen. Ein Film ging über (ähm) (...) (I: Natur) genau, das kann man so sagen. Der zweite Film ging über das Meer und der dritte geht jetzt über die Bergwelt von Österreich und die Alpen. Und, ja, ich finde das sehr interessant, faszinierend, wenn man sieht, ähm, es auf sich wirken lässt. Gerade auch in einer Situation, die ich auch im Augenblick durchlebe. Gehört auch mit zum Leben, wenn man so will. Ich bin dem Tod entronnen, also ich war vier, fünf Tage klinisch tot und bin dabei, mich selbst jetzt wieder in einen Zustand zu begeben, der dem Leben mehr ähnelt und zwar (lächelt) ist es sehr schön, eigentlich wunderbar, zu sehen, bestimmte entschleunigte Prozesse, die auf einen wirken. Die einem auch mal wieder zeigen, wie schön die Natur eigentlich sein kann.« (Interview Hr. Schlatter)

Der*die Patient*in empfindet die Erfahrung als faszinierend, insbesondere in einer persönlichen Lebenssituation, die von einer klinisch lebensbedrohlichen Phase geprägt ist. Das Erleben von Ästhetik ist ein menschliches Bedürfnis, das hier mit Hilfe des AVP unterstützt werden kann. Die Pflegefachpersonen nutzen diese Wirkung teils gezielt. Eine interviewte Pflegefachperson sagt: »Man könnte dem Patienten etwas Gutes tun« (Interview 7) und die Pflegefachperson aus Interview 4 formuliert es folgendermaßen:

»Ich glaube, dass man das Atmosphärische schon auch nicht so außer Acht lassen sollte. Es ist schon auch ein wichtiger Punkt, sicherlich. Es ist mal plötzlich was anderes und es ist einfach in so einem furchtbaren Setting, in dem sich ja ganz, ganz viele Patienten und Patientinnen befinden, ist es ja auch mal etwas Schönes, wenn sie mal etwas Schönes sehen können.« (Interview 4)

Diese Perspektive betont die potentielle Ablenkung von prekären Situationen durch die Fokussierung auf positive visuelle und akustische Reize, die eine konstruktive Wahrnehmung der Umgebung ermöglichen. Inwiefern sich das positiv auf die Patient*innen auswirkt, darüber

haben die interviewten Pflegefachpersonen verschiedene Theorien. Abwechslung gegen Langeweile, das Füllen einer Leere, Beschäftigung und Erleben gegen die Eintönigkeit sind genannte mögliche Hintergründe.¹

»Positives Erleben« – das ist eine recht breit aufgestellte Wirkweise, die den Pflegefachpersonen ermöglicht, das AVP auszuprobieren, um »Etwas Gutes zu tun«. Die Wirkweise ist nicht garantiert, aber ein positives Potenzial ist vorhanden:

»Auch wenn manchmal ein paar dabei sind, die jetzt nichts damit anfangen können, aber das muss er jetzt auch nicht sein, ähm, solange es mein paar gibt denen es guttut und mit denen man damit irgendwie weiterhelfen kann ist finde ich, das auf jeden Fall ist der Aufwand sehr gering dafür, dass man irgendwie ein gutes Ergebnis hat und dem Patienten da in dem Fall weiterhelfen kann, deswegen ähm (lacht) finde ich es eigentlich ganz, ganz angenehm, es zu haben, ja.« (Int. 8)

Versus: Es gefällt den Patient*innen nicht

Aber es gibt auch Berichte und Beobachtungen darüber, dass dieses Potenzial des »positiven Erlebens« keine Wirkung zeigt. Von Pflegefachpersonen wird genannt, dass insbesondere »orientierte« Personen möglicherweise das herkömmliche Fernsehen bevorzugen und von der AVP-Projektion unterfordert sein könnten. Ein*e Interviewpartner*in schildert den Fall eines Patienten, der während der AVP-Nutzung wenig Interesse zeigte.

»Neulich hatte ich da einen, der hat dann, den hat es auch zum Teil hat es das auch gar nicht so interessiert gehabt, da irgendwie äh, (2s) haben sie dann trotzdem dann auch als einfach weggeguckt oder so oder die Augen geschlossen, also so, dass es sie es jetzt, auch nicht so gefesselt hat, dass man sagen kann, ok das ist jetzt (2s) äh, sie nehmen das jetzt aktiv so immer hundertprozentig wahr.« (Int. 2)

1 Möglicherweise ließe sich hier mit der Resonanztheorie nach Hartmut Rosa (2016) anknüpfen.

Eine spezifische Beobachtung bei Herrn Link deutet darauf hin, dass möglicherweise nicht die Projektion das Hauptproblem ist, sondern dass er aufgrund seines klaren Zustandes und einer möglichen Unterforderung nicht besonders interessiert ist.

»Sie [Pflegefachperson] informiert mich [Beobachterin] dann darüber, dass sie bereits gestern das AVP bei Herrn Link über mehrere Stunden eingesetzt hat, es allerdings bei ihm nicht so gut angekommen ist. Er sagte am Ende, dass er es nicht gut fand. Aus dem Grund hätte sie es heute eigentlich nicht mehr angemacht, aber sie ist trotzdem gerne bereit es noch einmal zu versuchen. Herr Link hat uns währenddessen am Anfang kurz betrachtet und dann wieder nach unten geschaut, scheinbar ohne etwas Konkretes zu fixieren.

[...]

Ich gehe noch etwas näher zu ihm, stelle mich noch einmal etwas ausführlicher vor und erkundige mich, ob es in Ordnung ist, wenn wir den Tageslichtprojektor noch einmal anmachen und erkläre ihm, dass das das Gerät ist, welches gestern schon bei ihm lief. Die direkte Frage bringt ihn dazu mich anzusehen, aber ich bekomme keine verbale klare Antwort. Seine Mimik wirkt auf mich jedoch skeptisch. Ich frage ihn deshalb noch einmal konkret, wie er das AVP denn gestern fand. Ich bekomme keine Antwort, die ich verstehen kann und beschließe deshalb gemeinsam mit Frau Blatt, es auszuprobieren. Ich erkläre ihm, dass Frau Blatt und ich den Projektor jetzt noch einmal anmachen und wenn es ihm nicht gefällt, wird er von uns gleich wieder ausgemacht.

[...]

Ich bin seinem Blick gefolgt und stelle fest, dass die Projektion der Landtiere auf den Vorhang nicht wirklich gut funktioniert. Das Bild ist nur in Teilen zu sehen, ist leicht wellig und nicht besonders hell zu sehen. Nur die dazu passenden Tiergeräusche sind laut und deutlich zu hören. Ich wende mich wieder an Herrn Link, erzähle ihm von der Möglichkeit einer Leinwand und frage, ob ich sie für ein besseres Bild holen soll. Er antwortet mir ohne aufzusehen verbal und verständlich, dass er jetzt genug von der Projektion habe. Weil ich mir nicht ganz sicher bin, ob er das Modul meint oder die gesamte Projektion, frage ich noch einmal nach, ob er überhaupt nichts mehr sehen möchte. Herr Link nickt mit dem Kopf und schaut dabei auf seinen Tisch. Al-

so schalte ich das AVP aus und stelle das Gerät wieder etwas an die Seite.« (Beobachtungsprotokoll, Herr Link)

Aus dem Protokoll geht hervor, dass Herr Link das AVP bereits am Vortag nicht positiv bewertet hat. Trotz dieser negativen Erfahrung wird am nächsten Tag versucht, die Projektion erneut einzusetzen. Herr Link zeigt jedoch wenig Interesse, schaut nicht auf die Leinwand und gibt auch keine klare verbale Antwort auf die Frage, wie er die Anwendung findet. Auch der Versuch, das Modul zu wechseln, zeigt keine positive Reaktion. Herr Link wirkt erschöpft und die Qualität der Projektion beeinträchtigt das Erlebnis zusätzlich. Nach einer deutlichen verbalen Ablehnung von Herrn Link wird das AVP ausgeschaltet, da er keine weitere Interaktion wünscht. Positive Erfahrungen mit dem AVP sind also nicht garantiert.

7.3 Auswirkungen auf die Pflegefachpersonen

Ein weiteres Ziel, das sich aus dem Material ableiten lässt, ist die Möglichkeit für die Pflegefachpersonen, sich durch die Nutzung des Systems (auch) selbst etwas Gutes zu tun.

Die Projektion kann sich für die Pflegenden einerseits unmittelbar positiv auswirken:

»Frau Schnabel spricht positiv über das AVP und sagt, dass es schön beruhigend wäre. Auch für sie als Pflegepersonen wäre es schön die Geräusche zu hören. Sie hat das Modul Frühling/Sommer ausgewählt: »Das ist schön beruhigend. So die Natur. Auch für mich als Naturmensch.« Frau Schnabel zeigt auf Herrn Maurer, welcher zur Projektion schaut. Seine Augen wandern über die gesamte Projektion von links nach rechts und zurück. Dann folgt sein Blick den Bienen, die über die Decke schweben [...] (Beobachtungsprotokoll, Hr. Maurer)

Frau Schnabel äußert sich positiv über das AVP und empfindet die Projektion als sehr beruhigend, sowohl für die Patient*innen als auch für

das Pflegepersonal. Sie hebt die Naturmodule hervor und bezeichnet sich selbst als Naturmensch. Herr Maurer zeigt reges Interesse an der Projektion, seine Augen folgen den bewegten Bildern von links nach rechts und wieder zurück. Die Pflegende positioniert das AVP zwischen zwei Intensivbetten und sorgt dafür, dass die Projektion für beide Patienten sichtbar ist, ohne dass ein Vorhang die Sicht behindert. Auch ein*e interviewte Pflegefachperson berichtet von dieser direkten Wirkung und dem gezielten Einsatz des AVP zu diesem Zweck: Der Einsatz des AVP wird somit nicht nur als Intervention für die Patient*innen, sondern auch als Ressource für das Wohlbefinden der Pflegenden gesehen.

»Es kommt eigentlich auch von Mitarbeiterseite so ein: »Ach ja!«, so ein Ankommen, so ein beruhigendes, ja, Gefühl rüber. Ja, so dieser ganze Zorn und dieses »Tralala! Hast du es schon gehört?« und dann kommen sie ins Zimmer rein und dann ist »Ohhh, ist das schön!« (lacht). Ja. Das ist dann halt immer so, ja. Das muss man dann schon feststellen, dass da viele noch mal so ein bisschen runterkommen.« (Int. 7)

Mittelbar kann eine positive Wirkung auf die Pflegefachpersonen eintreten, indem die Patient*innen ruhiger und die Versorgung für sie damit einfacher werden. Davon wird in den Interviews berichtet. Ein*e interviewte*r betont, dass die Projektion ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, da er*sie im Falle des Einsatzes dann wisse, dass die*der Patient*in durch das AVP für eine gewisse Zeit »sicher« sei (inwiefern genau wird nicht näher erläutert). Dies wird als Entlastung empfunden.

Es gibt auch weniger positive Erfahrungen mit der Wirkung des AVP auf die Pflegefachpersonen. In einer Beobachtung erschrickt eine Pflegefachperson angesichts der Geräuschkulisse:

»Dann zuckt die Mitarbeiter*in kurz zusammen, demonstriert ihre Reaktion auf das eintretende Meeresrauschen der Projektion. Sie macht einen Schritt rückwärts und zieht die Schulter und den Kopf leicht ein, eine Art des sich Leichtduckens. Dabei schaut sie zu Hilde Knopf. Kom-

mentiert, jetzt sei sie kurz erschrocken, weil sie mit so einem Geräusch nicht gerechnet habe.« (Beobachtungsprotokoll, Frau Knopf)

Im Rahmen des Workshops wird das Stresspotenzial des AVP jedoch insgesamt als gering eingeschätzt, da es für die Pflegefachpersonen relativ leicht möglich ist, der Projektion auszuweichen bzw. die Wahrnehmung auszublenzen. In Notfallsituationen kann es jedoch besonders störend sein, da es die gesamte Geräuschkulisse erhöht. So wird festgestellt:

»Ich schätze auch, dass ist relativ individuell und kommt auch auf die Situation an, weil gerade, also ich kann mich noch einmal erinnern, das war in einem Vierbettzimmer, da kam es dann zu einer Notfallsituation bei einem anderen Patienten, dann nimmt man das nicht mehr so sehr wahr, aber wenn das dann im Hintergrund noch läuft und dann macht es eher noch lauter, die Kommunikation ist dann dadurch eher eingeschränkt und so was, aber da muss man sich extra noch die Zeit nehmen um das Ding abzustellen, also dann kann ich mich erinnern, war es dann mal relativ störend. Ähm, aber ansonsten so im Alltag allgemein habe ich schon auch den Eindruck, ist es schon eher zur Entspannung beiträgt.« (Workshop)

7.4 Potenziell therapeutische² Wirkweisen

7.4.1 Aktivierung

In Kapitel 7.1 wurde Aktivierung bereits als Bestandteil einer beruhigenden Wirkung geschildert. In einer Beobachtung wurde Aktivierung aber auch als eigenständiges Phänomen beobachtet:

»Das Modul läuft bereits seit einigen Minuten, in denen Herr Demirel abwechselnd auf die Projektion und dann wieder im Raum umher-

2 Im Rahmen der Studie wurden nicht systematisch therapeutische Wirkungen untersucht oder nachgewiesen. Die Aufzählung gibt lediglich Hinweise darauf, in welche Richtungen sich Qwiek.up therapeutisch auswirken könnte.

schaut. Er wirkt jetzt deutlich wacher als am Anfang. Fast schon aufgeregt. Dazu versucht er die ganze Zeit mit mir zu sprechen bzw. spricht, aber unverständlich. Ich entschuldige mich immer wieder, dass ich ihn leider nicht verstehen kann und fühle mich dabei nicht sehr wohl. Herr Zange [Pflegefachperson] betritt wieder den Raum und schaut kurz an die Decke und dann zu seinem Patienten. Ich frage ihn, wie lange Herr Demirel schon auf Intensiv liegt. »75 Tage oder 80, weiß ich auch nicht ganz genau, aber auf jeden Fall schon sehr lange.« Da Herr Demirel nach wie vor versucht mit uns zu kommunizieren, wechselt Herr Zange auf die Sprechkanüle »damit er uns auch sagen kann, was er davon hält.« [...] Er versucht zu sprechen, aber man versteht quasi nichts. Allerhöchstens Andeutungen von einzelnen Wörtern. Auf meine Frage, wie er die Tiere an der Decke findet, antwortet er mir gut verständlich »Nein, Nein, doch, doch.« Herr Demirel spricht weiter, aber man kann es nach wie vor nicht zusammenhängend verstehen. Ich frage Herr Zange, ob das normal ist und er bestätigt mir das. »Er räuspert sich nicht richtig und dann wird es schwer, da einfach noch zu viel Sekret da ist, das bekomme ich auch nicht abgesaugt.« Er fordert Herrn Demirel auf noch einmal kräftig zu räuspern, was Herr Demirel auch versucht. Allerdings versteht man ihn danach nicht viel besser.

[...ich] nehme das Modul »Landtiere«, da ich dieses Modul bereits kenne und probiere es aus. Es [das Modul] wird erkannt und ich bin sehr erleichtert. An der Decke sind jetzt Kühe zu sehen und man vernimmt leise Geräusche aus den Lautsprechern. Eine, wie ich finde, sehr ruhige und schöne Atmosphäre entsteht.

Herr Demirel betrachtet die Szene und redet wieder (unverständlich) mit mir bzw. vielleicht auch ohne einen konkreten Empfänger zu adressieren. Ich glaube »zu lange« zu verstehen und denke, er meint seinen Aufenthalt hier auf der Station. Ich spreche ihn darauf an und sage ihm, dass ich das gut verstehen kann, nach so langer Zeit. Dann glaube ich ihn fragen zu hören, welchen Tag wir haben und erzähle ihm dann, das Donnerstag ist. Ich erzähle noch andere Dinge, ohne zu wissen, ob er es hören möchte oder nicht. Herr Zange kommt wieder in den Raum und fragt Herrn Blau, ob alles in Ordnung ist. »Alles gut« verstehen wir beide. Es ist sehr leise in dem Raum. Ungewöhnlich leise für eine Intensivstation, denke ich. Ab und zu klingelt für eini-

ge Sekunden der Monitor, wenn ein Wert über- oder unterschritten wird, aber das passiert nicht sehr oft. Herr Zange betritt den Raum. Erst dadurch bemerke ich, dass Herr Zange bis zu diesem Moment nicht mehr im Raum war. Wann genau er gegangen ist, kann ich nicht sagen. Vermutlich bereits vor einigen Minuten. [...] Ich gehe auf die andere Seite des Bettes zu das AVP und tausche das Modul gegen »Hafen und Boote«. Herr Demirel schaut sich das Video an und kommentiert es hektisch und nach wie vor unverständlich. Bis auf die Stimme wirkt Herr Demirel jedoch entspannt. Mimik und Gestik zeigen keine Unruhe. Die ECMO fängt wieder an zu piepsen. Eine weitere Pflegefachperson betritt, vermutlich durch den Alarm ausgelöst, den Raum und sie diskutiert einige Augenblicke mit Herrn Zange, weshalb die ECMO gerade ständig einen Alarm ausgibt. Die Ursache ist weiterhin unklar, aber beide beschließen, dass das Gerät trotzdem so funktioniert wie es soll. Die Pflegefachperson verlässt wieder den Raum.

Ich wende mich Herrn Demirel zu. Er hat aufgehört zu sprechen, seine Augen sind halb geschlossen und fixieren keinen bestimmten Punkt mehr. Herr Zange tritt neben mich und meint nach ungefähr einer halben Minute: »So ist jetzt eher sein Standard von der Aufmerksamkeit. Vorhin war er deutlich wacher als ich es von ihm gewohnt bin.« Er verlässt wieder den Raum. Ich beobachte noch einige Minuten Herrn Demirel. Ab und zu sagt er noch ein paar »Worte«, aber die Abstände werden immer größer und seine Augen sind jetzt auch schon länger ganz geschlossen. Ich denke, dass es nun an der Zeit ist, das Modul zu beenden und schalte das Gerät aus.« (Beobachtungsprotokoll, Herr Demirel)

Das AVP scheint unterschiedliche Auswirkungen auf Herrn Demirel zu haben. Kurz nach dem Beginn des Moduls wirkt er deutlich wacher und fast aufgeregt. Er versucht mit anderen zu kommunizieren, was ihm aber aufgrund von Atemproblemen und eingeschränkter Verständlichkeit nur teilweise gelingt. Trotzdem zeigt er Interesse an der Deckenprojektion, insbesondere an den Tierbildern. Herr Zange wechselt auf eine Sprechkanüle, um die Kommunikation zu erleichtern, aber die Verständlichkeit bleibt eingeschränkt. Nach dem erfolgreichen Einsetzen des Moduls »Landtiere« entsteht dann aber schnell eine ruhige

und angenehme Atmosphäre, die auch Herrn Demirel zu entspannen scheint. Es treten bei der Beobachtung weitere Reaktionen auf. Bei »Hafen und Boote« zeigt Herr Demirel hektische, aber unverständliche Kommentare, während er insgesamt entspannt wirkt. Die Aktivierung durch Bilder und Musik scheint positive Reaktionen hervorzurufen, aber auch Anstrengung, die als »aufregend« beschrieben wird. Schließlich wird Herr Demirel im Verlauf der Beobachtung müder und weniger aktiv. Herr Zange bemerkt, dass das Aufmerksamkeitsniveau von Herr Demirel wieder seinem »normalen« Standard entspricht. Herr Zange beschließt daraufhin, eine geplante Maßnahme zu verschieben, um die momentane Entspannung des Patienten nicht zu stören.

7.4.2 Entspannung

Auch Entspannung (wie in Kap. 7.1 beschrieben) kann potenziell therapeutisch eingesetzt werden. Dabei gehen die Pflegenden teilweise gezielt vor, um diese Wirkung zu erreichen. In folgendem Szenario priorisiert die zuständige Pflegefachperson die Wirkung, die das AVP erzielt, gegenüber anderen Maßnahmen vor dem Hintergrund der fachlichen Einschätzung, dass die Entspannungswirkung nun das ist, was der Patient braucht. Sie geht bei der Auswahl der Projektion entsprechend strategisch vor:

»Kurz danach dann hat Hr. Brock [Patient] angefangen, die Arme zu bewegen. Das Bild in dem Moment war er und seine Frau. Die Beobachterin war sich unsicher, ob er das sonst auch macht. Ihre Schlussfolgerung war, es könnte Stress sein, aber nicht unbedingt. Denn danach legte er die Hände entspannt auf die Decke. Er wirkte sehr anders als in seinem aktuellen Zustand auf der Intensivstation. Starker Kontrast. Dann kam Fr. Nelk [Pflegefachperson] wieder und ihr ist aufgefallen, dass er die Hände sonst nicht so entspannt abgelegt hat. Fotos liefen ungefähr 3-mal durch, nach ca. einer halben Stunde. Dann hatte die Pflegenden den Eindruck, dass er zwar gerne die Bilder sieht, aber auch anstrengend findet – wenn auch positiv, Eu-Stress. Weil es »aufregend« war.

Dann hatte sie [Pflegefachperson] überlegt, noch ein anderes Modul zu probieren mit Musik und hat auf Herbst und Winter (?) gewechselt. Hat dann gesagt, »ich glaub das ist schöner«. ... wirkte etwas uneindeutig, wie der Patient das dann deutet. Hr. Brock hat auch das weiterverfolgt und zur Decke geschaut. Dann kamen Mitarbeiter*innen für eine Maßnahme – aber Fr. Nelk hat die Entspannung des Patienten in den Vordergrund gestellt und wollte es daher auf später verschieben. Die Mitarbeiter*innen sind dann auch wieder raus. Fr Nelk wollte die Maßnahme mit der Umlagerung verbinden und zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen – fand es nicht nur wegen der Entspannung bei dem AVP besser, sondern auch allgemein organisatorisch (Beobachtungsprotokoll, Herr Brock).

Frau Nelk verfolgt offensichtlich das Ziel der Entspannung des Patienten. Den Zeitpunkt der Beobachtung und des AVP-Einsatzes, ein ruhiger Moment auf der Station, bezeichnet sie als guten Zeitpunkt. Während sie den Patienten beobachtet, vergewissert sie sich immer wieder, dass das Gesehene den Patienten nicht stresst. Das Heben der Arme deutet auf Aktivierung hin – und vielleicht hat sie auch deshalb das Modul gewechselt. Denn Aktivierung wollte sie wahrscheinlich gerade nicht für ihn (zumindest nicht zu diesem Zeitpunkt – Planung im Tagesablauf). Aber dies bleibt nur eine Vermutung.

7.4.3 (Des-)Orientierung

Laut manchen Pflegefachpersonen können bestimmte AVP-Module, wie z.B. der Sternenhimmel oder Module mit jahreszeitlichen Veränderungen wie Herbst und Winter für Patient*innen mit (beginnendem) Delir, Demenz oder nach einer Narkose als unterstützende bzw. orientierende Maßnahme sinnvoll sein. Die Wirkweise des Moduls Sternenhimmel wird in einem Interview speziell erwähnt, um den Tag-Nacht-Rhythmus zu unterstützen und den Patient*innen eine Orientierung in der Dunkelheit zu bieten. Module mit Jahreszeiten werden hier auch als eine Form der Beschäftigungstherapie und Orientierung für diese Patient*innengruppe angesehen. Die zeitliche Einordnung der Module

in die reale Welt, z.B. im Dezember das Modul Weihnachten, kann helfen, eine gewisse Kontinuität und zeitliche Orientierung zu schaffen. Insgesamt werden diese visuellen Reize als positive Maßnahmen zur Unterstützung von Patient*innen mit kognitiven Einschränkungen oder nach operativen Eingriffen gesehen.

»Bei Delirpatienten, bei Demenzpatienten, gerade wegen dem Tag-Nacht-Rhythmus fand ich dann auch immer den Sternenhimmel ganz gut. Sodass sie gemerkt habe, ok, es ist dunkel und wenn sie die Augen aufgemacht haben, dann ist da der Sternenhimmel zur Orientierung. Dann natürlich auch Patienten, die frisch aus der Narkose kommen, die so ein bisschen delirant sind, verwirrt sind. Auch gerne (.) ach wie hieß dieses Modul? Wo Herbst, Winter, also die Jahreszeiten so ein bisschen kamen, wo man dann auch sagt, ja, wir haben jetzt Dezember, kurz vor Weihnachten, nicht? Also bei diesen Patienten zieht das ganz gut und finde ich auch tatsächlich so als Beschäftigungstherapie, als Orientierung wirklich super.« (Int. 7)

In den Interviews kristallisiert sich allerdings heraus, dass der Einsatz mit dem Ziel der Orientierungsgabe engmaschig beobachtet werden sollte. Zum einen ist der AVP-Einsatz hier bei weitem nicht immer erfolgreich, zum anderen kann er u.a. unter Anwendung der oben genannten Module, teilweise sogar ins Gegenteil umschlagen und Desorientierung verstärken.

Im Modul Sternenhimmel scheint es laut den befragten Pflegenden innerhalb des Moduls einmal plötzlich hell zu werden oder es ziehen Wolken auf. Diese Veränderungen können den eventuell bereits gestörten Tag-Nacht-Rhythmus und damit die Wahrnehmung von Hell und Dunkel sowie der Tageszeiten weiter stören. Weitere Aussagen basieren zum Teil auf Erfahrungen und Theorien von Pflegenden, die das Potenzial der AVP-Module in Frage stellen. Es wird von ihnen darauf hingewiesen, dass Halluzinationen gefördert oder ein Delirium verstärkt werden könnten. Es erscheint möglich, dass das AVP in bestimmten Fällen kontraindiziert sein könnte, insbesondere, wenn bereits Desorientierung oder Verwirrtheit vorliegen (z.B. ein Gefühl

des Ertrinkens bei der Betrachtung des Moduls Aquarium). Ein*e Pflege*r betont die Bedeutung der direkten Beobachtung der Reaktionen der Patient*innen auf die AVP-Module. Es wird darauf hingewiesen, dass dies während der Anwendung geschehen sollte, um festzustellen, ob die visuellen Reize so wie vorab prognostiziert beruhigen oder aktivieren.

»Prinzipiell starte ich damit immer, wenn ich eh noch Tätigkeiten am Bett zu tun habe, damit ich den Patienten noch eine Zeit lang im Auge habe, um die Reaktion darauf natürlich klar schon zu sehen, ob es ihn beruhigt oder ob es ihn doch eher beunruhigt, weil er eben eine Angstatacke hat auf die Wasserschlange, die im Aquarium drin ist so oder eben bei der Unterwasserwelt, wenn da dann diese Fischeschwärme über ihn drüber sind oder wie auch immer. Klar, das muss man schon beobachten.« (Int. 7)

Ein*e andere*r Pflege*r äußert Skepsis darüber, dass das AVP dazu beitragen kann, dass die Patient*innen orientierter werden. Es wird vermutet, dass die visuellen Reize eher zu Verwirrung führen können, insbesondere, wenn Patient*innen Schwierigkeiten haben, die dargestellten Bilder in den sie umgebenden Raum einzuordnen.

»Ich, ich kann mir nicht ganz vorstellen, wie es dazu beitragen kann, daß die Patienten orientierter werden. Ja. [...] Weil ich es eher noch verwirrender finde, oder ich stelle es mir verwirrender vor in einem Bett zu liegen und dann sehe ich Bilder, die irgendwie draußen sind, oder Weihnachtsbilder, oder, ja und aber er kann das nicht in den Zusammenhang setzen, das ist halt, ja. Und das Zimmer hat ja auch nicht mal diesen, das ist ja kein Fernseher, also es ist ja groß, dann überall und es ist ja kein Bildschirm (???), genau. Und eben, wenn's, ähm, mir selber schwierig vorstelle, das einzuordnen, ja.« (Int. 1)

Es zeigt sich hier deutlich, dass die Anwendung dieser Technologie sorgfältig und individuell angepasst werden sollte, unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse und Reaktionen der Patient*innen.

7.5 Weitere Anwendungskontexte

Einsatz bei Kindern

Im Rahmen der Studie wurden keine Daten im direkten Zusammenhang mit Kindern erhoben. Jedoch kristallisierte sich in den Interviews mit den Pflegefachpersonen heraus, dass Kinder, die sich in medizinischer Behandlung befinden oder längere Zeit im Krankenhaus verbringen, von der Nutzung des AVP als Ablenkungs- und Unterhaltungsquelle profitieren können. Insbesondere scheinen verschiedene Module dazu beizutragen, die Angst der Kinder vor der medizinischen Umgebung zu verringern. Anzumerken ist, dass die Befunde zu den positiven Effekten auf die Kinder nicht im Rahmen der ursprünglichen Forschungsfragen und -ziele erhoben und somit nicht systematisch erfasst wurden. Darüber hinaus stellt sich zumindest die Frage, ob ein anderes Medium (z. B. Fernseher oder Tablet) ähnliche Ergebnisse hervorgebracht hätte. Aufgrund der Ergebnisse, wie sie in den Interviews beschrieben wurden, scheint eine zukünftige Forschung in diesem Bereich jedoch durchaus angebracht. Der Fokus könnte dabei auf einer systematischen Untersuchung der möglichen therapeutischen und unterstützenden Effekte des AVP bei Kindern liegen, insbesondere im Hinblick auf ihre psychischen Reaktionen während medizinischer Prozeduren und Krankenhausaufenthalten.

Erinnerungs- und Biographiearbeit im Krankenhaus

Im vorliegenden Szenario aus einer Beobachtung steht der*die Forscher*in vor dem Bett von Frau Mäder. Frau Mäder zeigt zunächst ein gewisses Desinteresse und eine Distanz zu den gezeigten Inhalten und äußert unter anderem, dass die Auswahl des Films nicht ihre Verantwortung sei. Dann ändert sich ihre Haltung aber und Fr. Mäder beginnt, mit dem*der Projektion und der Beobachter*in aktiver zu interagieren:

»Ich stehe auf, trete direkt an ihr Bett und frage sie, ob ihr der Film gefällt, worauf sie erwidert: »Das ist Ihre Aufgabe, da kümmere ich

mich nicht drum.« Ich bin etwas irritiert von dieser Antwort und frage sie, ob sie lieber etwas Anderes sehen möchte. Frau Mäder sagt: »Wenn Sie möchten, machen Sie was Anderes an.« Ich gehe um das Bett herum, nehme die Halterung mit den Modulen und lese ihr die Titel vor: Waldspaziergang – keine Reaktion; Weihnachten – keine Reaktion; Landtiere: »Wenn Sie mögen«. Also gehe ich zum Gerät, um das Modul zu wechseln.

Kurz bevor der Film mit den Enten abbricht, beginnt Frau Mäder die Tiere zu zählen. Sie kommt bis vier, dann ist nur noch die Startprojektion zu sehen. Frau Mäder sagt: »Die Enten und Gänse hatten Glück, dass sie an Weihnachten nicht ›gemetzget‹ wurden. Aber vielleicht nächstes Jahr.« Wir lachen beide. [...]

Auf der Wand mit der Projektion erscheinen grasende Kühe. Da ich keinen Ton höre, stelle ich lauter, bis ich typische Geräusche höre. Frau Mäder blickt zur Leinwand. Sie beginnt sofort zu erzählen, dass sie in ihrem Pflichtjahr das Melken gelernt hat. »Das Pflichtjahr war Voraussetzung, um einen Beruf lernen zu dürfen.« Sie berichtet weiter, dass sie nach dem Melken zwei Kannen Milch mit je 20 Litern mit dem Fahrrad zur Meierei fahren musste. Die Kannen wurden an den Lenker gehängt. Der Meier habe Mitleid mit ihr gehabt, weil sie so »schwächlich« gewesen sei und sei ihr immer ein Stück entgegengekommen. Frau Mäder wiederholt diese Erzählung mit leichter Variation vier Mal. Auf meine Rückfrage, was sie denn für einen Beruf gelernt habe, antwortet sie (allerdings schwer zu verstehen, daher bin ich mir nicht ganz sicher): »Friseur.« Ich frage, ob sie hier in der Gegend auf dem Bauernhof gearbeitet hat, worauf sie mir erklärt, dass das in Schleswig-Holstein gewesen sei. Frau Mäder fährt mit ihren Erzählungen über die Arbeit auf dem Bauernhof fort. Sie habe Schweine gemistet, den Hühnerstall saubergemacht, die Kühe gemolken und manchmal Torf gestochen. Sie habe was gelernt und es habe ihr nicht geschadet. Die Arbeit des Torfstechens und des Stapelns der Blöcke untermalt sie mit ihren Händen mit Gesten. Ihr Blick ist die meiste Zeit auf mich gerichtet (ich bin auf der rechten Seite des Bettes stehen geblieben). Oft lächelt sie beim Sprechen beziehungsweise am Ende eines Satzes. Zwischendurch blickt sie immer wieder kurz in Richtung Projektion, allerdings bleibt der Blick nicht lange darauf haften. Inzwischen sind dort Schafe zu sehen. Frau Mäder erzählt, dass es auf dem Bauern-

hof kein elektrisches Licht gegeben habe und ein Soldat habe die Petroleumlampe »voll aufgedreht«, weil er sich nicht auskannte habe, woraufhin »die ganze Stube schwarz« geworden sei. Der Lohn für einen Monat Arbeit auf dem Bauernhof habe 15 Euro betragen. Frau Mäder korrigiert sich sofort: »Nein, damals gab es ja noch keine Euro, es waren 15 Mark.« Die Bäuerin sei alleine gewesen, weil der Bauer im Krieg war. Ich gewinne den Eindruck, dass Frau Mäder jetzt »sortierter« ist. Es kommen kaum noch Wiederholungen in ihren Erzählungen vor. [...]

[.] Ich informiere die Pflegefachperson, die ich ganz zu Anfang getroffen habe kurz über den Verlauf und darüber, dass das AVP jetzt noch läuft. Sie bestätigt, dass man damit mit Frau Mäder »gute Biographiearbeit« machen kann.« (Beobachtungsprotokoll, Frau Mäder)

Die geschilderten Erfahrungen dieser Beobachtung zeigen recht deutlich die Wirksamkeit audiovisueller Stimuli in der Erinnerungs- und Biographiearbeit und unterstreichen die Bedeutung einer gezielten Gestaltung solcher Interventionen. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass der Einsatz von Biographiearbeit im Setting Krankenhaus, insbesondere im Zusammenhang mit dem AVP, durch Zeitmangel und kurze Patient*innenaufenthalte, Ressourcenknappheit, unvorhersehbare Situationen, Personalmangel und die Vielfalt der Patient*innen erschwert werden kann.

7.6 Der Umgang mit Ungewissheit und Uneindeutigkeit

Die Interviews zeigen, dass Pflegendе oft von einem subjektiven »Gefühl« sprechen, dass das AVP die Patient*innen beruhigt, da diese nicht immer in der Lage sind, dies verbal zu äußern. Die Einführung des neuen Geräts bringt eine gewisse Unsicherheit mit sich, und Pflegendе neigen dazu, ihre Patient*innen (vermutlich basierend auf ihrem internalisierten, professionellen und Erfahrungswissen) intuitiv einzuschätzen. Konkrete Reaktionen der Patient*innen werden eher selten detailliert beschrieben; stattdessen beruhen die Einschätzungen der Pflegenden auf ihrem generellen Eindruck, ob die Patient*innen die

Projektion mögen, ruhiger werden oder gar nicht reagieren (was weiterhin Unsicherheit bedeutet). Die interviewten Pflegefachpersonen sind vorsichtig, verallgemeinernde Aussagen zu machen und betonen die Wichtigkeit der individuellen Einschätzung jeder Person bzw. Patient*in. Wenn jedoch überhaupt keine Reaktion feststellbar ist, sehen manche Pflegefachpersonen keinen Anhaltspunkt für einen weiteren Einsatz des AVP. Dies unterstreicht die Bedeutung einer gewissen Kommunikationsfähigkeit der Patient*innen, selbst wenn diese nur nonverbal ist, damit der Einsatz aus Sicht der Pflegenden Sinn macht. Der Umgang mit Ungewissheit und Uneindeutigkeit der Pflegenden lässt sich auch in den Beobachtungsprotokollen gut rekonstruieren:

»Das Modul startet und die herbstliche Landschaft ist gut zu sehen. Herr Vacek schaut auf die Leinwand und dann wieder zu uns. Er hebt seinen linken Arm etwas und öffnet den Mund. Daraufhin fragt Frau Brehm [Pflegefachperson], ob es »gut« ist oder ob wir es lieber wieder ausmachen sollen? Dann erklärt sie ihm nochmal, was denn der Sinn dieser Projektion ist (»Ein bisschen Ablenkung, so ähnlich wie ein Fernseher. Zur Entspannung. Sie müssen gar nichts machen. Ein Angebot«) und wir schlagen ihm dann gemeinsam noch andere Module vor. Es ist kaum möglich, die Intention von Herr Vacek richtig einzuordnen, aber auch jetzt sieht er relativ entspannt aus, weshalb wir das Modul weiter abspielen lassen.

Frau Brehm fragt in diesen ersten Minuten immer wieder, ob es in Ordnung ist und ob Frau Brehm ihn nerve. Er könne es ruhig sagen, wenn es so ist. Frau Brehm und ich entscheiden nach wenigen Minuten, dass »Herbst und Winter« zu »trotstlos« ist und ich wechsele das Modul zu »Landtiere«. [...]

In den nächsten Minuten spreche ich immer wieder mit Herrn Vacek, ohne seine Mimik und Gestik deuten zu können. Ich erkläre ihm noch einmal, warum ich bei ihm bin. Ich frage ihn, ob ich die Musik lauter stellen soll und mache es dann auch. Herr Vacek schaut teilweise für längere Zeit auf die Projektion und dann wieder zu mir. Er versucht immer wieder sich zu äußern und bewegt seine Lippen, verändert Gesichtszüge oder hebt die linke Hand. Ich frage immer wieder, ob ich es ausschalten soll. Versuche mit ihm zu kommunizieren und biete ihm

auch an, Ja/Nein-Fragen mit einem Heben der Hand zu beantworten. Das funktioniert ebenfalls nicht gut. Irgendwann deute ich es so, dass er etwas zu trinken möchte und reiche ihm die Schnabeltasse. Herr Vacek trinkt dann auch zwei Schlucke. Danach frage ich ihn, ob ich das Modul noch einmal wechseln soll oder, ob ich es lieber ganz ausmachen soll. Auch hier bekomme ich wieder eine Antwort, die ich nicht deuten kann. Ich nehme das Modul heraus und setze dafür das Modul »Aquarium« ein. Langsame Klaviermusik erfüllt den Raum und ein paar Fische schwimmen umher. Herr Vacek schaut auf die Leinwand und ich merke, wie seine Augenlider immer weiter herabsinken und er nach einigen Minuten ganz ruhig und still daliegt.

Nach ungefähr 10 Minuten kommt Frau Brehm wieder in das Zimmer und meint, dass auf jeden Fall seine HF [Herzfrequenz] runtergegangen ist und seine Sättigung hoch. Ich schaue auf den Monitor und sehe, dass die HF bei 85 und die Sättigung bei 96 % liegt. Deshalb ist sie der Meinung, dass es ihm »irgendwie gefällt«. (Beobachtungsprotokoll, Herr Vacek)

7.7 Patient*innenauswahl und Passung des AVP-Einsatzes

Die Eignung des AVP wird in den Interviews und den Beobachtungen unterschiedlich bewertet, insbesondere im Zusammenhang mit dem Bewusstseinszustand der Patient*innen. Einigkeit besteht darin, dass die Patient*innen in der Lage sein müssen, äußere Reize wahrzunehmen, jedoch nicht unbedingt ausreichend orientiert sind, um diese klar zu verarbeiten. Dies trifft beispielsweise auf Patient*innen zu, die gerade aus der Narkose kommen. Interessanterweise wird in zwei Interviews (2,10) betont, dass Patient*innen, die desorientiert und gleichzeitig kommunikativ aktiv sind, mehr von dem AVP zu profitieren scheinen als solche, die nicht orientiert und eingeschränkt in der Kommunikation sind. Es gibt jedoch auch die Vermutung, dass Musik und Licht selbst bei Patient*innen mit eingeschränkter Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit wirken könnten, obwohl dies aufgrund fehlender konkreter (sicht- oder hörbarer) Hinweise unsicher bleibt.

Der Einsatz des AVP erstreckt sich auch auf sogenannte »klare« Patient*innen, obwohl die Wirkweise als diffus wahrgenommen wird. Einige Pflegende betrachten Patient*innen mit Delir als Zielgruppe, da das System zur Beruhigung, Aktivierung und möglicherweise zur Förderung der Orientierung beitragen kann. Es gibt hier jedoch Uneinigkeit unter den Pflegenden, da einige befürchten, dass das AVP bei deliranten Patient*innen eher zusätzliche Desorientierung (Verwirrung) verursachen könnte. Die Frage, inwiefern das AVP tatsächlich Orientierung bietet oder ob ein herkömmlicher Fernseher bzw. ein Tablet besser geeignet ist, ist ebenfalls umstritten. Insgesamt zeigt sich, dass die Einschätzung der Eignung des AVP stark von individuellen Meinungen und Beurteilungen abhängt.

Interessant ist in diesem Kontext auch die Einschätzung einer Patientin selbst: Fr. Konrad beschreibt drei Phasen des Patient*innenzustands und bringt diese mit der Eignung des AVP-Einsatzes in Zusammenhang:

1. »Aber wenns richtig schlecht geht, ist es zu anstrengend, man ist überfordert.«
2. »In bestimmter Phase schön anzugucken, wenn es einem ein bisschen besser geht, wenn Radio oder Fernsehen überfordert.«
3. »Wenn es einem zu gut geht, wenn es einem so gut geht, dass man fernsehengucken kann, dann ist es zu langweilig. Wenn Interesse und Kraft wieder da ist für anderes wie Fernsehen. Blümle gucken ist dann nicht mehr interessant.« (Interview Fr. Konrad)

Die Patientin beschreibt die Momente, in der das AVP ihrer Meinung »passt« bzw. »nicht passt« und bezieht es auf ihren jeweils erlebten Allgemeinzustand: »Dieses Zwischendrin zwischen ganz schlecht und besser, so ungefähr.« Und sie fasst einen sinnvollen Nutzen des AVP so zusammen: »[...] so ein bisschen zur Ablenkung, bis es einem wieder besser geht.« »Eine schöne Sache, ganz klar, aber nicht für dauerhaft.« (Interview Fr. Konrad)

Die Aussagen der Patientin könnten entsprechend interpretiert werden:

1. Wenn sie sich sehr schlecht fühlt, ist die Konfrontation mit dem AVP zu anstrengend und sie fühlt sich überfordert.
2. Diese Phase zwischen sehr schlechtem und gutem Befinden sei der ideale Zeitpunkt für die AVP-Anwendung. Fernsehen oder Radio würden sie hier noch überfordern. »Dieses Zwischendrin zwischen ganz schlecht und besser, so ungefähr.« (Interview Fr. Konrad)
3. Wenn es ihr »zu gut« geht, so, dass sie fernsehen kann, ist das AVP zu langweilig.

Dabei kann davon ausgegangen werden, dass die Wirkweise des AVP modulabhängig ist. Entscheidend für eine positive Annahme der Projektion ist, ob die ausgewählten Module den Patient*innen zusagen. Hier zeigt sich eine individuelle Präferenz, da z.B. ein Sternenhimmel nicht bei jeder Person die gleichen Reaktionen hervorruft. Dies kann bei einer Patient*in, die sich durch diese Bilder an ein vergangenes Erlebnis erinnert (z.B. ein beobachteter Sternenhimmel bei einer Wanderung mit Freunden), positive Erinnerungen und Gefühle auslösen und bei anderen Patient*innen, die damit kein solches Erlebnis verbinden, eine neutrale oder sogar ablehnende bis negative Reaktion hervorrufen. Dies unterstreicht die Vielseitigkeit der Anwendung und die Notwendigkeit, die Technologie an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen anzupassen, wie es auch im Abschlussworkshop noch einmal betont wurde: »Ich habe noch nicht erlebt, dass ein und dasselbe Modul bei allen gleich funktioniert hat« (Workshop Pflegende).

Wenn die AVP-Anwendung unpassend ist

Neben gelungenen Einsätzen des AVP wurden in den vergangenen Kapiteln auch Situationen dargestellt, in denen die Anwendung unpassend oder sogar problematisch wirkte. Bei den unpassenden Anwendungssituationen ist einerseits zu unterscheiden zwischen

- a) neutralen Reaktionen, die scheinbar keine negativen Auswirkungen nach sich ziehen:

»Hilde Knopf lässt sich darauf und auf weitere Kommentare zu Bildern der Projektion nicht ein. Sie sieht nicht zur Projektion, sondern zur Mitarbeiterin. Und sie antwortet nicht auf die Hinweise bezüglich der Projektion. Scheint weiterhin mit der für sie anstrengenden und unangenehmen Sitzposition beschäftigt zu sein. Versucht, mit dem Gesäß zu rutschen, hebt den Kopf kurz nach vorn und legt ihn dann wieder an der Kopfstütze ab.« (Beobachtung Frau Knopf)

»Unpassend« kann eine Anwendung erscheinen, wenn sie als nicht wirksam wahrgenommen wird. Manche der interviewten Pflegenden haben diesbezüglich Vorbehalte gegenüber der Technologie und schreiben ihr keine große Wirksamkeit zu.

- b) darüber hinaus sind auch problematische Auswirkungen möglich. So befürchtet bspw. die Interviewperson 1, dass das AVP auch zur Desorientierung beitragen kann:

»Weil ich es eher noch verwirrender finde, oder ich stelle es mir verwirrender vor in einem Bett zu liegen und dann sehe ich Bilder, die irgendwie draußen sind, oder Weihnachtsbilder, oder, ja und aber er kann das nicht in den Zusammenhang setzen, das ist halt, ja. Und das Zimmer hat ja auch nicht mal diesen, das ist ja kein Fernseher, also es ist ja groß, dann überall und es ist ja kein Bildschirm (???), genau. Und eben, wenn's, ähm, mir selber schwierig vorstelle, das einzuordnen, ja.« (Int. 1)

Im Folgenden soll auf den Umgang mit solchen Situationen eingegangen werden. Ein möglicher erster Schritt ist das Wechseln des Moduls, um festzustellen, ob mit einem anderen Modul eine positive Auswirkung erreicht werden kann.

»Da war dann eben das Problem, dass ich [Pflegefachperson] gedacht habe, so hm, ja, dann baue ich das AVP noch mal auf, weil er natürlich

immer/wir haben das Problem, dass wir an jedem Bettplatz oben an der Decke diese blöde Klinmaanlaneanzugsventile da haben, nicht? Diese Schwarzen. Und es sah so aus, als hätte er das Gefühl, dass da irgendwie irgendwas rauskommt, tropft. Irgendwelche gruseligen, ja, Bilder. Wie auch immer. Wir konnten es ja nicht rausfinden, weil der Patient nicht fähig war es zu äußern. Und habe es da dann wieder aufgebaut. Und ich finde gerade/also ich habe dann auch mehrere Dinge ausprobiert. Unter anderem habe ich gestartet mit dem Aquarium, was blöderweise überhaupt nicht gut kam, weil da kam dann diese Schildkröte auf ihn zu. Also zumindest hatte man das Gefühl, dass sie auf ihn zukommt und ihm dann auch noch mehr Angst gemacht hat und habe dann aber geswitcht auf den Waldspaziergang und danach hat man richtig gemerkt, mit diesem Vogelgezwitscher wie er wirklich peu à peu immer ruhiger und sanfter wurde. Und das war mal wieder so richtig, ja, mir das Gefühl gegeben hat/Wie nennt man das? Mit der Bildgebung. Aber man muss tatsächlich aufpassen, was man an die Decke projiziert.« (Int. 7)

Das Mittel der Wahl zum Umgang mit problematischen Auswirkungen ist darüber hinaus das Abbrechen der audiovisuellen Projektion des AVP. Teilweise wurde das AVP dann zu einem späteren Zeitpunkt bei derselben Person erneut eingesetzt und mit verschiedenen Modulen erprobt. In einigen Fällen zeigte sich jedoch (durch wiederholte neutrale oder negative Reaktionen bzw. derartige Einschätzungen seitens der Pflege), dass die Patient*innen nicht zur Zielgruppe des AVP gehörten, so dass auf weitere Einsätze verzichtet wurde.

Wenn die Anwendung von Mitpatient*innen im Raum als störend empfunden werden könnte, wird empfohlen, die Projektion nicht zu lange laufen zu lassen. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass das AVP bei Patient*innen, die bereits Halluzinationen haben oder dazu neigen, als nicht geeignet angesehen wird, da es diese Halluzinationen verstärken könnte. Der regelmäßige Austausch mit den Kolleg*innen spielt eine bedeutende Rolle, um herauszufinden, welche Module sich für die*den jeweiligen Patient*in am besten eignen.