



OSTBAYERISCHE
TECHNISCHE HOCHSCHULE
REGENSBURG

ANGEWANDTE SOZIAL- UND
GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

BACHELORARBEIT

Tiergestützte Interventionen bei Menschen mit Demenz

Weiterentwicklungsmöglichkeiten der tiergestützten Aktivitäten
bei demenzkranken Menschen

Aufgabensteller:

Prof. Dr. phil., Dipl. Psych. Georg Jungnitsch

Vorgelegt von

Susanne Ebers
[REDACTED]

Semester: BASO 8
[REDACTED]

Wintersemester 2017 / 2018

Regensburg, den 23.02.2018

1. Abstract

In meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit der Themenstellung: Tiergestützte Interventionen bei demenzkranken Menschen. Im theoretischen Teil meiner Arbeit stelle ich die theoretischen Grundlagen der tiergestützten Interventionen, Erklärungsansätze der Mensch-Tier-Beziehung und dem Therapietier Hund vor. Im Weiteren erläutere ich die theoretischen Grundlagen der Demenz mit Formen und Symptomen. Im Weiteren setze ich mich mit medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiekonzepten auseinander. Im empirischen Teil stelle ich die Beobachtungen und Interviews vor. Zum Abschluss beschreibe ich die Weiterentwicklungsmöglichkeiten der tiergestützten Aktivitäten im Bezirksklinikum Mainkofen. Im Ergebnisse konnte ich feststellen, dass dort der Standard der Ausbildung der Therapiebegleittier-Teams und die Qualitäts- und Hygienestandards bereits sehr hoch sind. Weiterentwicklungsmöglichkeiten betreffen die Bereiche Rahmenbedingungen und Durchführung der tiergestützten Aktivitäten.

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	6
2. Einleitung	7
I. THEORETISCHER TEIL.....	7
3. Tiergestützte Interventionen	7
3.1 Begriffsdefinitionen.....	7
3.2 Interaktionsformen	9
3.3 Ziele und Wirkungsweisen	10
3.4 Beschreibung der Tiergestützten Interventionen in der Gerontopsychiatrie in Mainkofen	13
4. Erklärungsansätze der Mensch-Tier-Beziehung.....	14
4.1 Die Biophilie-Hypothese.....	14
4.2 Das Konzept der Du-Evidenz	15
4.3 Die Bindungstheorie.....	15
4.4 Die Spiegelneurone	16
4.5 Mensch - Tier – Kommunikation	17
5. Therapietier Hund	18
5.1 Besonderheiten beim Hund	18
5.2 Tierschutz	19
5.3 Therapiebegleittier-Teams.....	21
6. Demenz	23
6.1 Definition und Beschreibung.....	23
6.2 Diagnostik.....	24
6.3 Formen	26
6.4 Stadien der Demenz	29
6.5 Symptome und deren Folgen.....	31
6.6 Herausforderndes Verhalten und Krisensituationen	33
6.7 Kommunikation und Beziehungsgestaltung	35
6.7.1 Emotionen	36
7. Therapiemethoden bei Demenz	37
7.1 Medikamentöse Therapie	38
7.1.1 Psychopharmaka	38
7.1.2 Antidementiva.....	39
7.2 Grundsätzliches zu nicht - medikamentösen Therapien.....	39

7.3 Biographiearbeit.....	41
7.3.1 Reminiszenztherapie	41
7.3.2 Biographiearbeit.....	42
7.4 Validation	43
7.5 Basale Stimulation und Snoezelen	43
7.5.1 Basale Stimulation.....	44
7.5.2 Snoezelen	45
7.6 Kognitives Training	46
7.6.1 Gedächtnistraining	46
7.6.2 Kognitive Anregung (CST).....	47
7.7 Milieutherapie.....	48
7.8 Körperliches Training	49
7.9 Ergo-, Physio- und Logopädie.....	50
7.10 Musiktherapie	51
7.11 Tiergestützte Interventionen für ältere Menschen	51
II. EMPIRISCHER TEIL.....	52
8. Empirische Erhebungen	52
8.1 Methodik.....	52
8.1.1 Beobachtungen	52
8.1.2. Interviews.....	52
8.2 Entwicklung der Datenerhebungsvorlagen.....	53
8.2.1 Beobachtungen	53
8.2.2. Interviews.....	53
8.2.2.1 Interviewleitfaden.....	53
8.2.2.2 Fragen an die Hundeführerin.....	54
8.2.2.3 Fragen an den Arzt / Pflegepersonal.....	56
8.3. Vorgehensweise	57
8.3.1 Beobachtungen	57
8.3.2 Interview	57
Postskriptum	57
8.4 Dokumentation der Datenerhebung.....	58
8.4.1 Beobachtungen	58
8.4.2. Interviews.....	75
Soziodemographischer Fragebogen.....	75
8.5 Theoretische Grundlagen für die Auswertung.....	76
8.5.1 Beobachtungen	76

8.5.2. Interviews.....	77
8.6 Auswertung.....	77
8.6.1 Beobachtungen	77
8.6.2. Interviews.....	83
8.7 Ergebnisse	95
8.7.1 Beobachtungen	95
8.7.2. Interviews.....	99
9. Weiterentwicklungsmöglichkeiten der tiergestützten Interventionen	102
10. Fazit.....	106
11. Literaturverzeichnis.....	107
Anhang	
Transkripte aller Interviews	
Ehrenwörtliche Erklärung	

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Beobachtung C6 E (09.08.17)	59
Tabelle 2: Beobachtung C6 O (09.08.17).....	61
Tabelle 3: Beobachtung C6 E (16.08.17).....	63
Tabelle 4: Beobachtung C6 O (16.08.2017).....	65
Tabelle 5: Beobachtung C6 E (04.10.2017).....	67
Tabelle 6: Beobachtung C6 O (04.10.2017).....	70
Tabelle 7: Dokumentation aller Beobachtungen.....	73
Abbildung 1: Lässt sie / er sich (von der Hundeführerin) zur Teilnahme motivieren.....	77
Abbildung 2: Möchte sie / er den Raum verlassen.....	78
Abbildung 3: Kann sie / er dazu motiviert werden, zu bleiben.....	78
Abbildung 4: Ist sie / er auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihr / ihm ist.....	79
Abbildung 5: Ist sie / er auch später aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihr / ihm ist...	80
Abbildung 6: Lässt die Person den Kontakt zu (zum Hund).....	80
Abbildung 7: Streichelt sie / er den Hund.....	81
Abbildung 8: Person lässt sich von Betreuungskraft zu Aufgaben motivieren.....	82
Abbildung 9: Freut er / sie sich über den Kontakt.....	97
Abbildung 10: Streichelt er / sie den Hund.....	97
Abbildung 11 Lächelt er / sie dabei.....	98
Abbildung 12: Erzählt er / sie von eigenen Erfahrungen.....	98

2. Einleitung

Die Anzahl der demenzkranken Menschen steigt jedes Jahr lt. allgemeiner einschlägiger Statistiken, daher stellen sie eine große Gruppe der Klientel in der Sozialen Arbeit dar. Mein Hauptpraktikum absolvierte ich in einem Senioren- und Pflegeheim. Seit dieser Zeit bin ich sehr interessiert an innovativen Therapiemethoden für Betroffene von Demenz. Die tiergestützte Intervention ist eine solche Methode. Jedoch muss den besonderen Bedürfnissen von der Klientel Rechnung getragen werden, damit diese Methode für sie sinnvoll ist. Das soll meine Arbeit untersuchen.

Nicht - teilnehmende Beobachtungen erhob ich mithilfe eines selbst erstellten Beobachtungsbogens, um zu erfassen, wie die demenzkranken Menschen auf die tiergestützten Aktivitäten reagieren. Der Beobachtungsbogen enthält die drei Kategorien: Reaktion der Patienten und Patientinnen auf den Hundeführer, auf den Hund und auf die Anwesenheit der Betreuungskraft. Auf zwei gerontopsychiatrischen Stationen habe ich jeweils drei Beobachtungen der tiergestützten Aktivitäten - durchgeführt mit einem Therapiehund - realisiert. Die Beobachtungen wurden von mir alleine und ohne technische Unterstützung, durchgeführt, daher handelt es sich um Momentaufnahmen. Die leitfadengestützten Interviews führte ich mit dem medizinischen Personal und der Hundeführerin. Ich erfrage im Weiteren die Rahmenbedingungen, alternative Therapiemethoden und die Auswahlkriterien zu den Teilnehmern und Teilnehmerinnen.

1. THEORETISCHER TEIL

3. Tiergestützte Interventionen

3.1 Begriffsdefinitionen

Die International Association of Human and Animal Interaction (IAHAIO) hat international akzeptierte Definitionen zu tiergestützten Interventionen entwickelt (vgl. Wohlfarth, R.; Mutschler 2016, S.25).

Die Definitionen der IAHAIO wurden von der Verfasserin aus dem Englischen übersetzt. Das IAHAIO untergliedert tiergestützte Interventionen in tiergestützte Interventionen (Animal Assisted Intervention = AAI) und in tiergestützte Aktivitäten (Animal Assisted Activity = AAA). Tiergestützte Interventionen werden nochmals unterschieden in tiergestützte Therapie (Animal Assisted Therapy =AAT) und in tiergestützte Pädagogik (Animal Assisted Education oder Animal Assisted Pedagogy) (vgl. IAHAIO 2014, S.4-5).

Tiergestützte Interventionen sind zielorientierte Interventionen die beinhalten, Tiere in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Dienstleistungen und sozialer Arbeit einzubeziehen, mit dem Ziel, therapeutischen Nutzen beim Menschen zu bewirken. Tiergestützte Interventionen umfassen Mensch-Tier-Teams, die offizielle Dienstleistungen wie tiergestützten Therapie oder tiergestützte Pädagogik anbieten (vgl. IAHAIO 2014, S.4).

Tiergestützte Therapie ist eine zielorientierte, geplante und strukturierte Intervention, die von ausgebildeten Fachkräften aus den Bereichen Bildung, Pädagogik oder Sozialer Arbeit angewandt werden. Der Fortschritt der Intervention wird gemessen und beinhaltet eine professionelle Dokumentation. Die tiergestützte Therapie konzentriert sich auf eine Verbesserung im physischen, kognitiven, verhaltens- oder sozio-emotionalen Bereich der Klientel (vgl. IAHAIO 2014, S.4).

Tiergestützte Pädagogik ist eine zielorientierte, geplante und strukturierte Intervention, die von Pädagogen oder ähnlich qualifizierten Personen umgesetzt werden. Tiergestützte Pädagogik wird durchgeführt von qualifizierten (mit Abschluss) Lehrern / Lehrerinnen oder Sonderpädagogen und Sonderpädagoginnen. Sie müssen Kenntnisse über die beteiligten Tiere besitzen. Tiergestützte Pädagogik, die durch Heil- oder Sonderpädagogen / Heil- oder Sonderpädagoginnen ausgeführt wird, ist eine zielorientierte oder therapeutische Intervention. Das Ziel der Interventionen sind schulische und kognitive Verbesserungen sowie erweiterte psychosoziale Fähigkeiten. Der Fortschritt der Schüler und Schülerinnen wird gemessen und dokumentiert (vgl. IAHAIO 2014, S.4).

„Tiergestützte Aktivitäten (TG A) dienen in erster Linie der Steigerung der Lebensqualität“ (Vernooij; Schneider 2010, S.35).

Tiergestützte Aktivitäten sind informelle Besuche, die meist auf freiwilliger Basis durchgeführt werden, von einem Mensch-Tier-Team mit anregenden, bildenden oder entspannenden Zielsetzungen. Es gibt keine therapeutischen Ziele für diese Aktivitäten. Diese können auch von Personen durchgeführt werden, die über keinen Abschluss in den Bereichen Gesundheit, Pädagogik oder sozialen Dienstleistungen verfügen. Mensch-Tier-Teams haben mindestens einen Einführungskurs, eine Vorbereitung und eine Beurteilung erhalten um die informellen Besuche anwenden zu können. Diese können auch direkt mit einem professionellen Anbieter / Anbieterin von gesundheitsfördernden, pädagogischen oder sozialen Dienstleistungen zusammenarbeiten um spezielle dokumentierte Zielsetzungen zu erreichen. In diesem Fall wirken sie an einer tiergestützten Therapie oder tiergestützter Pädagogik mit, welche von einer ausgebildeten Fachkraft in ihrem Berufsfeld realisiert wird. Beispiele für tiergestützte

Aktivitäten, welche tiergestützte Hilfe beinhalten sind Krisen, Traumata, Überlebende von Katastrophen, die Trost und Unterstützung benötigen oder Tierbesuchsdienste bei Senioren in Pflegeheimen (vgl. IAHAIO 2014, S.4-5).

Im Gegensatz zur tiergestützten Therapie haben tiergestützte Aktivitäten keine konkrete Zielsetzung und verlangen keine Dokumentation und Evaluation. Tiergestützte Aktivitäten nehmen eine positive Wirkung an. Bei der tiergestützten Therapie werden die Zielsetzungen im Vorhinein festgelegt (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.33-34).

Tiergestützte Interventionen beruhen auf der Wechselbeziehung zwischen Mensch und Tier. Zwischen Therapeut / Therapeutin, Tier und Klient / Klientin entsteht ein magisches Dreieck. Zwischen allen Beteiligten entsteht eine Verbindung, schwerpunktmäßig zwischen dem Therapiebegleittier-Team. Die zweitrangige Verbindung entsteht zwischen Klientel und Therapietier und an dritter Stelle die Verbindung zwischen Therapeut / Therapeutin und Klient / Klientin. Während der Therapieeinheiten teilt der Therapeut / die Therapeutin sein Therapietier mit den Klienten / Klientinnen. Die Verbindung zwischen Therapeut / Therapeutin und Therapietier steht an erster Stelle, Zuverlässigkeit und Vertrauen innerhalb des Teams sind von großer Bedeutung. Das Therapietier muss die Gewissheit haben, dass sein "Partner" nicht erlauben würde, dass es selbst beeinträchtigt wird. Das ist die Voraussetzung, dass das Therapietier sich auf den Klienten / die Klientin einlassen kann (vgl. Germann-Tillmann; Merklin; Stamm Näf 2014, S.249-250).

3.2 Interaktionsformen

Die Interaktionsformen lassen sich untergliedern in die ritualisierte, gelenkte und freie Interaktion (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.146).

Der Begriff "freie Interaktion" lässt darauf schließen, dass diese Interaktionsform ohne Instruktion und Führung durch den Hundehalter / die Hundehalterin abläuft. Trotzdem bestehen konkrete Richtlinien und der Hundeführer / die Hundeführerin sollte ständig die Option zur Kontrolle und Unterbrechung haben. Auf die Interaktion zwischen dem Klienten / der Klientin und dem Tier sollte jedoch so wenig wie möglich eingewirkt werden. Hier bietet sich die Möglichkeit, die Reaktion der Klientel auf das Tier zu beobachten. Auch das Tier hat bei dieser Interaktionsform vielfältige Handlungsmöglichkeiten: es kann sich zurückziehen, den Kontakt suchen oder zum Spiel auffordern. Den erweiterten Handlungsraum hat auch der Klient / die Klientin, dieser wird nicht durch andere Personen beeinflusst (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.146-147).

Die gelenkte Interaktion findet in einem geplanten Rahmen statt mit mehr oder weniger stark festgelegten Zielsetzungen. Die Handlungsräume von Klient und Tier sind stark begrenzt. Der Tierhalter führt sein Angebot zielgerichtet durch. Besonders das Tier steht unter Kontrolle und erhält konkrete Instruktionen. Bei der gelenkten Interaktion ist es von besonderer Wichtigkeit auf die Signale des Tieres und auf das Verhalten und die Kommunikation der Klientel zu achten, um sicher zu gehen, dass sich beide wohl fühlen. Der Tierhalter / die Tierhalterin sollte stets flexibel bleiben, da Klienten / Klientinnen aufgrund von Ängsten oder Ähnlichem unvorhergesehen reagieren können (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.147).

Die ritualisierte Interaktion bedeutet, dass es beständige Anteile während der Interaktion gibt, die beide Seiten, Klient / Klientinnen und Tier, erlernen müssen. Dies kann beispielsweise ein Willkommensritual sein. Diese Form der Interaktion vermittelt Klienten / Klientinnen und Tier den Aspekt der Sicherheit. Zusätzlich löst das Ritual Vergnügen aus, da die Situation bereits vertraut ist. Es fördert den Eindruck von Sachkenntnis und Selbstverständlichkeit. Im Unterschied zu den anderen Interaktionsformen weiß der Klient / die Klientin im Voraus, was auf ihn / sie zukommt. Daher ist die ritualisierte Form besonders für ängstliche Klienten / Klientinnen geeignet (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.147-148).

3.3 Ziele und Wirkungsweisen

Der Tierbesuchsdienst ist eine Ergänzung zur Tiergestützten Pädagogik / Tiergestützten Therapie, er hat nicht die Aufgabe pädagogisch oder therapeutisch zu arbeiten. Die Tierbesuchsdienstler sind keine Co-Therapeuten / Co-Therapeutinnen (vgl. Rauschenfels; Otterstedt 2003, S.394-395). Das Ziel des Tierbesuchs ist das Dasein für die Klienten / Klientinnen. Tierbesuchsdienste arbeiten nicht zielorientiert, der Schwerpunkt liegt in der freien Begegnung zwischen Mensch und Tier mit dem Ziel Vergnügen und Wohlbefinden zu ermöglichen und zu fördern (vgl. Rauschenfels; Otterstedt 2003, S.396).

Tierbesuchsdienste bringen ein Stück Normalität in stationäre Einrichtungen. Sie führen zu Annäherungen zwischen den Generationen und wirken sich positiv auf alle Beteiligten aus. Der Kontakt mit Tieren reduziert Symptome und ermöglicht Vergnügen und Sinnhaftigkeit im Leben der Senioren und Seniorinnen (vgl. Braun; Schmidt 2003, S.333).

In einem Akutkrankenhaus wurde eine Studie zur Wirksamkeit von tiergestützter Therapie durchgeführt. In der Stichprobe werden 105 Patienten / Patientinnen erfasst. Eine Therapieeinheit dauerte 30 Minuten und wurde im Gruppensetting durchgeführt. Die Ergebnisse sind folgende: Die tiergestützte Therapie wurde von Patienten / Patientinnen und

Pflegepersonen angenommen. Es sind keine negativen Effekte aufgetreten. Es wurde eine Verbesserung der Stimmung beobachtet. Die Patienten / Patientinnen waren weniger passiv und gesprächiger. Diese Wirkungen waren auch nach Beendigung der Therapie bemerkbar (vgl. Püllen et al. 2013, S.235).

Schon die Betrachtung von Tieren wirkt stressreduzierend, Streicheln von Tieren wirkt angstlösend. Kranke Menschen nutzen das Ansprechen von Tieren um freier über Ängste und Krankheiten zu sprechen, denn es besteht hier keine Angst vor menschlicher Zurückweisung. Tierkontakt wirkt aufmunternd und bereitet Vergnügen, bei spielerischen Aktivitäten mit einem Hund wird der Humor angeregt. Die spielerischen Züge des Tieres wie der Gesichtsausdruck, der zum Spiel auffordert sind dabei entscheidend. Es entsteht ein wechselseitiger Austausch von positiv erlebtem Körperkontakt: kranke Menschen scheuen den Kontakt zum menschlichen Gegenüber aufgrund von Ängsten. Im Weiteren ermöglichen Tiere Versorgung, Pflege und Fütterung. Sie stehen im Fokus der Aufmerksamkeit, davon profitieren Patienten und Patientinnen mit Konzentrationsstörungen und auch verwirrte und desorientierte Menschen. Für diese Klientel sind Tiere eine konstante Anregung zur Wahrnehmung der Realität, eine innere Strukturhilfe für Vorstellung von Raum und Zeit. Das Tier unterbricht die belastende Rolle versorgt werden zu müssen. Die Versorgung eines Tieres wiederum bedeutet Verantwortung zu übernehmen, dadurch entsteht ein starker Anreiz und Wille zur Verbesserung und Fortführung der eigenen Existenz. Einen Hund zu kämmen, mit ihm zu spielen ist abwechslungsreicher, als das Training mit unbelebten Übungsgeräten. Die Anwesenheit des Tieres motiviert zu körperlicher Aktivität durch Fellpflege oder Spielen. Im Nebeneffekt werden die Koordination und Muskelkraft verbessert (vgl. Claus 2003, S.204-205).

Die Übungen mit einem Tier haben keinen Pflichtcharakter. Streichelnde Bewegungen einer körperwarmen Fläche bewirkt Muskelentspannung. Der Umgang mit dem Tier hat Belohnungscharakter und regt dadurch die Motivation zur Therapie und Gesundung an. Die Schmerzmedikation kann wegen verbesserter Stimmungslage, Ablenkung und Entspannung verringert werden. Durch den Kontakt zum Tier ist ein angstarmer Umgang zu Mitpatienten / Mitpatientinnen, zum Personal als auch zu Besuchern möglich. Bei guter Planung ist die Anwesenheit von Tieren kein Störfaktor. Tiere verbessern die Atmosphäre im Krankenhaus, auch das Personal erlebt Zuneigung und Vergnügen. Durch Tierbesuche erhöht sich die Frequenz der Besuche (vgl. Claus 2003, S.206-207).

„Nach einer Studie der Universität Bonn werden Tiere als eine wirksame Prävention vor allem in Verbindung mit Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates,

psychosomatischen Erkrankungen, kindlichen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen, Neurosen und Psychosen empfohlen“ (Otterstedt 2001, S.27-28).

Der Effekte eines Tieres zielt nicht auf spezielle Organe, sondern wirkt auf die gesamte Lebensweise. Das Streicheln des Tieres bewirkt eine Minderung von Blutdruck, Puls und der Kreislauf wird gestärkt. Dieser Effekt wird noch erhöht durch die Regungen eines Tieres und dessen langsame Atemzüge. Es werden viele Sinne angesprochen u.a. der Geruch- oder Tastsinn, dies unterstützt die Heilung. Zusammenfassend lassen sich folgende körperliche Effekte durch den direkten Umgang mit Tieren beschreiben (vgl. Otterstedt 2001, S.28-32):

- generelle Besserung der Gesundheit durch mehr Bewegung
- Verringerung von Muskelverspannungen
- vermehrter Appetit
- Verbesserung der Atmung
- Förderung der Heilung
- Anreiz für bewusstere Ernährung
- Erfordernis eines strukturierten Tagesablaufs
- Anreiz für vermehrte sportliche Freizeitbeschäftigung.

Durch die freudige Erwartung auf einen Tierbesuch wird die Selbstständigkeit gefördert. Denn ein anstehender Besuch regt das Denkvermögen bereits vorab durch bestimmte Vorbereitungen der eigenen Person oder der Räumlichkeiten an (vgl. Otterstedt 2001, S.33-34).

„Das Leben mit Tieren bietet Beziehungsqualität, das heißt Lebensqualität. Die Begegnungen zwischen Mensch und Tier kann die Beziehung unter Menschen fördern“ (Otterstedt 2001, S.39).

Das Tier nimmt uns an, dadurch agieren wir selbstbewusster. Dies führt zu einer Abnahme von Zweifeln und Ängsten. Dadurch steigen das Selbstbewusstsein und der Selbstwert. Die physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Kräfte nehmen zu. Dies geschieht v.a. durch die freie Begegnung mit dem Tier (vgl. Otterstedt 2003b, S.65).

Tiere sind vertrauenswürdige Bezugspersonen. Tierbesitzer / Tierbesitzerinnen beteuern, dass ihre Haustiere Unterhaltungen nachvollziehen können. Haustiere sind für ihre Besitzer wichtige Kommunikationspartner, mit denen sie Vergnügen und vor allem Sorgen teilen. Tiere erfassen nicht den genauen Wortlaut der Gespräche aber sie verstehen den Gefühlszustand

ihres Halters indem sie die Stimmlage und die Körperhaltung differenziert wahrnehmen. Das Tier agiert als „stiller Therapeut“, da er ein ruhiger und passiver Zuhörer ist, der nicht ins Wort fällt. Aber noch wesentlicher ist, dass das Tier zuhört ohne zu bewerten (vgl. Greiffenhagen; Buck-Werner 2009, S.45).

Der Kontakt zu Tieren wirkt in folgenden Bereichen auf die Psyche (vgl. Otterstedt 2001, S.37):

- Das seelische Gleichgewicht wird verstärkt.
- Durch das Erfahren von Aufmerksamkeit und Anerkennung verbessert sich das Selbstbild, der Selbstwert und das Selbstbewusstsein.
- Tiere vermitteln Zuspruch, dadurch verringern sich Niedergeschlagenheit und depressive Verstimmungen.
- Tiere bieten Abwechslung und Zerstreuung und haben dadurch einen beruhigenden Effekt.
- Sie ermöglichen Vergnügen.
- Durch die enge Beziehung zum Tier werden psychische Probleme neu bewertet und ein Ausweg erscheint eher möglich.
- Tierbesitz bedeutet Verantwortung übernehmen. Daraus entwickelt sich ein Effekt, der Suizide und Depressionen vermindert.

3.4 Beschreibung der Tiergestützten Interventionen in der Gerontopsychiatrie in Mainkofen

Bei den Interventionen für demenzkranke Menschen in den gerontopsychiatrischen Abteilungen im Bezirksklinikum Mainkofen handelt es sich um ritualisierte tiergestützte Aktivitäten. Zuerst wird eine Einheit in C6 E und anschließend eine Einheit in C6 O durchgeführt. Eine Einheit dauert 30 Minuten. Das Angebot findet in einem separaten Raum statt, der auch als Besucherraum oder Ähnlichem genutzt wird. Die Klienten und Klientinnen sitzen entweder schon im Stuhlkreis oder werden hineingebracht. Es sind in der Regel zwischen drei und fünf Klienten / Klientinnen. Nach dem Regelkatalog für Hunde von Mainkofen haben Hund und Halter eine Therapiehundausbildung nach ESAAT oder ISAAT-Standard durchlaufen. In der Gerontopsychiatrie ist Mia eingesetzt, eine Hündin (Landseher-Bernersennenmix) und ihre Hundeführerin, Frau Grimm.

Zuerst begrüßt Mia jeden einzelnen Klienten / Klientinnen, es besteht die Möglichkeit sie zu streicheln. Frau Grimm hat ein Denkspielzeug dabei, worin Futter versteckt werden kann, indem verschiedene Riegel verschoben werden. Jeder Klient / Klientin befüllt das Spielzeug

und Mia sucht das Futter. Eine andere Aufgabe ist, dass über einen Kochlöffel Futter an Mia gegeben wird. Durch den Kochlöffel wird eine gewisse Distanz erzeugt und die Klienten / Klientinnen haben weniger Scheu diese Aufgabe durchzuführen. Anschließend wird Mia gebürstet, dies erfordert feinmotorische Fähigkeiten der Klienten / Klientinnen. Eine andere mögliche Aufgabe ist, dass die Klienten / Klientinnen einen großen Würfel werfen, sie nennen die Zahl. Bei jeder Zahl soll Mia eine andere Aufgabe erfüllen z.B. über ein Seil springen. Die Klienten / Klientinnen werden dazu animiert sich zu erinnern, welche Aufgabe welcher Zahl zuzuordnen ist. Eine weitere Aufgabe ist, drei Becher aufzustellen und unter einem davon Futter zu verstecken. Dann werden die Becher verschoben und die Klienten / Klientinnen sollen erraten, wo das Futter versteckt wurde. Frau Grimm fragt zwischendurch immer wieder, ob der Hund zu dem Teilnehmer / Teilnehmerin kommen darf.

4. Erklärungsansätze der Mensch-Tier-Beziehung

4.1 Die Biophilie-Hypothese

Die Evolution der Menschheit ist eng verknüpft mit denen der Tiere und Pflanzen. Es besteht daher die Vermutung, dass es eine evolutionär entwickelte Affinität der Menschen zur Natur und den darin lebenden Tieren gibt. Diese evolutionäre Verbundenheit wird Biophilie genannt. Die Biophilie geht von der These aus, dass es ein genetisch gefestigtes Bestreben des Menschen gibt, den Kontakt zu Tieren und der Natur zu suchen. Zusätzlich wird von einer körperlichen, emotionalen, geistigen und gefühlsbetonten Verbundenheit zum Leben und der Natur ausgegangen. Darüber hinaus besteht die Annahme, dass sich das menschliche Nervensystem und sein Verhalten über die Evolution an die Gemeinschaft mit den Tieren angeglichen hat (vgl. Wohlfarth; Mutschler 2016, S.49).

Tiere begünstigen und vertiefen Beziehungen zwischen Menschen und ihrem Umfeld und steuern dazu bei, Prozesse zu vereinbaren wie beispielsweise geistige und gefühlsbetonte Vorgänge (vgl. Olbrich 2003, S.69).

Eine positive Wirkung von Tieren ist, dass sie Lebensumstände vervollständigen. Durch bewusste und unbewusste Erfahrungen werden Heilprozesse angeregt. Die Anwesenheit von Tieren wirkt vor allem im sozialen Miteinander, sie fördern soziale Prozesse. Durch ihre Anwesenheit sind Beziehungen eher von Kooperation und Freundlichkeit geprägt. Aggressive Verhaltensweisen nehmen ab. Tiere steigern die soziale Attraktivität von Personen (vgl. Olbrich 2003, S.75-76).

4.2 Das Konzept der Du-Evidenz

Menschen stehen insbesondere Tierarten nahe, die vergleichbare Verhaltensweisen zeigen und bei denen der Mensch emotionales Ausdrucksverhalten identifizieren kann. Außerdem werden Tiere mit Fell favorisiert. Diese Kriterien sind vor allem bei höheren Tierarten wie Hunden oder Pferden gegeben. Außerdem beherrschen sie den Perspektivwechsel und können Verhaltensweisen des Menschen verstehen. Dies sind Notwendigkeiten für Beziehungen zwischen den Arten, die beiderseits von Interesse und Verständnis geprägt sein sollten. Diese Kompetenz wird als Du-Evidenz bezeichnet. Das fremde Gegenüber wird zum Du, wenn die Anonymität verschwindet und der Charakter und die Individualität erkennbar werden. Du-Evidenz heißt, dass Menschen in der Lage sind, andere Menschen als Persönlichkeit, als "Du" zu erkennen. Ein wichtiges Kriterium damit der Mensch das Tier als Gefährte wahrnimmt ist die Namensgebung. Dadurch wird das Tier einzigartig. Ihm werden individuelle Verhaltensweisen, Emotionen und Bedürfnisse zugeordnet und bei ihrem Tod wird um sie getrauert, wie um ein Familienmitglied. Bestimmend für die Ausbildung der Du-Evidenz ist nicht die geistige Ebene, sondern die sozio-emotionale Ebene. Das heißt, es sind vor allem subjektive Erfahrungen, die individuelle Meinung und wahre Gefühle ausschlaggebend. Es besteht die Vermutung, dass Du-Evidenz grundlegend ist für Empathie und Mitgefühl (vgl. Wohlfarth; Mutschler 2016, S.51).

Anthropomorphisierung ist ein wichtiger Teil der Du-Evidenz als eine Verhaltensweise, die Menschen Tieren gegenüber zeigen (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.9).

Menschen gehen eine Du-Evidenz vor allem mit sozial lebenden Tieren ein, die vergleichbare emotionale und soziale Grundbedürfnisse und eine nachvollziehbare Körpersprache haben. Zusätzlich ist eine positive Anthropomorphisierung möglich. Dies ist für die tiergestützten Interventionen entscheidend damit für beide Parteien die Beziehung vorteilhaft ist (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.8).

4.3 Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie legt dar, wie sich die Bindung zwischen einem Kind und seiner primären Bezugsperson entwickelt. Das Kleinkind ist vollständig auf Hilfe angewiesen und bedarf daher einer Person, die sich um sie kümmert. Bei Kleinkindern ist es genetisch bedingt, dass diese Kontakte zur Bezugsperson herstellen z. B. durch Verhaltensweisen wie Weinen. Das ob und wie die Bezugsperson darauf reagiert, ist ausschlaggebend für ein spezifisches Bindungsmuster. Man unterscheidet zwischen sicherem und unsicherem Bindungsmuster. Das unsichere Bindungsverhalten wird weiter untergliedert in unsicher ambivalent, unsicher

vermeidend und unsicher desorganisiert. Die Bindungstheorie stellt die Hypothese auf, dass frühe Bindungserlebnisse und Bindungsmuster eine wichtige Bedeutung für die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes haben. Bindung ist die Basis für die Ausbildung von emotionaler und sozialer Kompetenz und Intelligenz. Die Bindungstheorie steht im Zusammenhang mit dem Ansatz der Fürsorge. Diese wurde entworfen, um die Beziehung der Bezugsperson zum Kind darzustellen. Das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson hat das Ziel, die Bedürfnisse des Kindes nach Sicherheit und Nähe zu erfüllen (vgl. Wohlfarth; Mutschler 2016, S.58-59).

Es gilt als bewiesen, dass eine Beziehung, die alle Merkmale einer Mutter-Kind-Bindung besitzt, auch zwischen Mensch und Hund möglich ist. Aber nicht alle Beziehungen zwischen Mensch und Hund sind durch eine sichere Bindung geprägt. Oft stehen andere Kriterien im Vordergrund wie Macht- oder Geltungsbedürfnisse oder Bedürfnisse nach Gemeinschaft oder Freundschaft (vgl. Wohlfarth; Mutschler 2016, S.59-60).

Studien zum Bindungsverhalten von Hunden bestätigten Gemeinsamkeiten mit dem Bindungsverhalten von Säuglingen. Eine sichere Bindung weist Merkmale auf wie eine starke Ausrichtung an den Besitzer oder ein zeitgleiches Verhalten. Es besteht die Hypothese, dass Hunde durch ihre Aufforderung nach Nähe oder dem Suchen nach Blickkontakt beim Menschen angenehme Gefühle auslösen und dadurch das Gefühl sozialer Belohnung und fürsorglicher Verhaltensweisen initiieren. Aber es wird vermutet, dass dies auch für die Hunde gewinnbringend ist, denn die Fürsorge und die Aufmerksamkeit des Menschen löst auch bei ihnen ein Belohnungsgefühl aus (vgl. Wohlfarth; Mutschler 2016, S.60-61).

4.4 Die Spiegelneurone

Neuste Befunde aus der Neurobiologie belegen, dass Spiegelneuronen bedeutend für die Mensch-Tier-Beziehung sind. Wenn wir eine andere Person oder ein Tier wahrnehmen, erstellen Spiegelneurone im Gehirn eine Simulation des inneren Zustandes unseres Gegenübers. Dies ermöglicht es uns, Gefühle oder Gedanken vorherzusehen. Spiegelneuronen ermöglichen intuitives Wissen. Voraussetzung dafür ist ein stark ausgeprägtes Netzwerk von spezifischen Nervenzellen im Gehirn. Die Spiegelneuronen werden durch die Anwesenheit anderer Personen oder Tiere stimuliert was Bewegungsabläufe und Emotionen im Gehirn hervorruft. Spiegelneuronen sind die neurobiologische Voraussetzung für Intuition und Erkenntnisse über Emotionen anderen Personen und Tiere. Spiegelneuronen befinden sich in den Teilen des Gehirns in dem Verhalten und Emotionen reguliert werden. Empathie ist eine bedeutende Voraussetzung für Beziehungen. Bei Hunden ist diese Fähigkeit stark ausgeprägt, was im Zusammenhang mit ihrer Kompetenz der "emotionalen Resonanz" steht. Der

emotionale Ausdruck des Menschen durch das Gesicht und den Körper wird von Hunden wahrgenommen und verstanden. Verhaltensweisen, die darauf folgen sind für sie erwartbar. Grundlage dafür, dass Menschen das emotionale Ausdrucksverhalten von Hunden verstehen ist, dass sie es als dieses erkennen. Das menschliche Gehirn nimmt jedoch nur Emotionen wahr, die es bereits gespeichert hat. Personen ohne Erfahrungen mit Tieren neigen daher zu Fehldeutungen von tierischem Ausdrucksverhalten (vgl. Wohlfarth; Mutschler 2016, S.55).

„Die emotionale Resonanz mit anderen Menschen, das Mitfühlen, die Empathie bildet die Grundlage für ein positives soziales Zusammenleben in gegenseitigem Verstehen“ (Vernooij; Schneider; 2010, S.12).

Die Wirkung der Spiegelneuronen erfolgt automatisiert und ist nur beschränkt steuerbar, da sie nicht von der kognitiven Kontrolle gesteuert wird. Das heißt, die Spiegelung von Emotionen ist ein unbewusster Prozess (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.12).

4.5 Mensch - Tier – Kommunikation

Wo uns die Worte fehlen, lassen wir uns auf andere Dialogformen ein. Das aktive Dialogangebot eines kontaktfreudigen Tieres unterstützt das Erleben und Aussprechen von Gefühlen. Voraussetzung dafür ist die Bejahung des Tierbesuches. Vergangene Kontakt mit Tieren sollten mit Vertrautheit, Alltag, Geborgenheit, Sicherheit assoziiert werden (vgl. Otterstedt, 2003c, S.231).

Bei physischen, psychischen, mentalen und sozialen Einschränkungen, die nach alternativen Kommunikationsformen verlangen, ist der Einsatz von Tieren eine Möglichkeit Betroffene zu motivieren. Dadurch kann eine gemeinsame Sprachebene entdeckt werden (vgl. Otterstedt 2003a, S.105).

Außergewöhnlich in der Mensch-Tier-Kommunikation ist die sich schnell entwickelnde Vertrautheit (das Tier mag mich, so wie ich bin), die emotionale Ausdrucksformen zulässt ebenso wie Körperkontakt. Menschen öffnen sich emotional eher Tieren als Menschen. Dies zeigt sich v.a. bei Menschen die physisch, psychisch und sozial eingeschränkt leben, emotionalen Ausdruck und Körperkontakt missen. Die Reaktion des Tieres auf Streicheln wird als positiv bejahende Bestätigung der emotionalen wie auch als vertrauensvollen Bindung empfunden. Dabei sind Vertrauen, Körperkontakt und Entwicklung einer emotionalen und sozialen Bindung die Basis der Kommunikation zwischen Tier und Mensch. Aus dem anfänglichen Laut- und Gestenaustausch entwickelt sich in der Regel ein nonverbales

Zwiesgespräch (Wechselrede), ein Dialog zwischen Mensch und Tier (vgl. Otterstedt; 2003a, S.93-95).

5. Therapietier Hund

„[...] , denn das Tier selbst ist kein Therapeut sondern ein Therapiehelfer, der die Arbeit einer therapeutisch ausgebildeten Fachperson begleitet und unterstützt“ (Germann-Tillmann et al. 2014, S.213).

Das Therapietier hat den Effekt eines sozialen Katalysators indem es Gespräche und Beziehungen anbahnt und erleichtert, dies ist eine wertvolle Hilfe für den Therapeuten (vgl. Germann-Tillmann et al. 2014, S.213).

5.1 Besonderheiten beim Hund

„Hunde sind die einzigen domestizierten Tiere, die sich an Stelle ihres Rudels dem Menschen anschließen können und diesen als vollwertiges Mitglied ihres Rudels betrachten“ (Sommer 2014a, S.185).

Hunde werden eingeschätzt als loyale und zuverlässige Lebenspartner, duldsame Zuhörer und sind Auslöser für viele Gespräche. Sie verhelfen zu einer besseren Akzeptanz der eigenen Person, vermitteln Geborgenheit und sorgen für Erheiterung. Hunde verstärken das Selbstbewusstsein, die Entfaltung der Persönlichkeit, das zwischenmenschliche Miteinander, die analoge Kommunikation, die Beweglichkeit, die multisensorische Wahrnehmung, die geistige und körperliche Entwicklung, Verlässlichkeit und Pflichtgefühl und dienen der Tagesstrukturierung. Hunde machen Nähe und Natur erleben möglich. Sie müssen versorgt werden und bieten ihren Haltern dadurch eine Aufgabe, einen Sinn (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.187).

Ein gewinnbringender Effekt des Hundes wird oft einfach angenommen. Möglich ist dies aber nur, wenn eine entsprechende Zuneigung vorhanden ist. Wenn das nicht zutreffend ist, wird keine Beziehung zu dem Tier entstehen was aber erforderlich ist um eine Wirkung durch tiergestützte Interventionen zu erzielen (vgl. Germann-Tillmann et al. 2014, S.219).

Die sozialen Fähigkeiten des Hundes zeigen sich in der Bindung zum Menschen, die ohne Worte und voller Anteilnahme ist. Zusätzlich ist der Hund ein wahrhaftiger Partner (vgl. Vernooij; Schneider 2010, S.186).

Die Beobachtung des Gegenübers und die Nachahmung seiner Kommunikation sowie die Beobachtung seiner Reaktion auf Nachahmung sind eine der effektivsten Ansätze des

Austausches in der Mensch-Tier-Beziehung. Auf dieser Basis beruht das Anpassungstalent der Haushunde (vgl. Otterstedt 2003a, S.98).

5.2 Tierschutz

„Der Schwerpunkt im Tierschutz und den dazugehörigen Regelungen im Tierschutzrecht liegt auf der sach- und artgerechten Haltung und Nutzung von Tieren durch den Menschen beziehungsweise auf dem sach- und artgerechten Umgang mit Tieren“ (Germann-Tillmann et al. 2014, S.168).

Die Genfer Deklaration wurde 1995 von den Mitwirkenden innerhalb der IAHAIO vereinbart. Folgende fünf Beschlüsse sind darin erhalten (vgl. Germann-Tillmann et al. 2014, S.170):

- Das Recht auf Heimtierhaltung soll jeder Person eingeräumt werden, wenn bestimmte Auflagen erfüllt werden wie artgerechte Haltung und keinerlei Störung von Personen ohne Heimtiere
- Bei der Errichtung öffentlicher Räume sind die Anforderungen von Heimtierhaltern zu berücksichtigen
- Die Anwesenheit von Heimtieren in Bildungseinrichtungen ist zu begünstigen und Pädagogen ist der Nutzen ihrer Anwesenheit darzulegen
- Heimtieren ist der Zutritt zu Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegebereich zu gewähren, wenn pflegebedürftige Personen davon einen Nutzen haben
- Der Einsatz von Therapietieren bei der Rehabilitation von Menschen mit Behinderung ist zu würdigen und spezifische Programme sollten unterstützt werden. In Ausbildungseinrichtungen für Gesundheits- und Sozialberufe ist die therapeutische Anwendung von Tieren zu unterrichten

Die Prager Richtlinie zum Einsatz von Tieren bei tiergestützten Aktivitäten und tiergestützter Therapie wurde 1998 von der IAHAIO verabschiedet. Sie enthält folgende vier Resolutionen (vgl. Germann-Tillmann et al. 2014, S.171):

1. Es werden ausschließlich Heimtiere verwendet, die mithilfe positiver Verstärkung trainiert wurden.
2. Es ist für eine artgerechte Versorgung und Unterbringung Sorge zu tragen.
3. Es sind alle Maßnahmen zu ergreifen, damit die verwendeten Tiere keinen schädlichen Effekten ausgesetzt sind.
4. Werden Tiere im therapeutischen Kontext eingesetzt, sollte dies nur geschehen, wenn realistische Chancen auf Erfolg zu erwarten sind.

Die Zusage von Mindeststandards in den Bereichen Sicherheit, Wohlbefinden, Gesundheit, Entscheidungsfreiheit muss gewährleistet sein. Die Arbeitsbelastung, eine vertrauensbasierte Aufgabenverteilung sowie Kommunikations- und Ausbildungsgrundsätze sind verbindlich. „Die Ausbildung und Nutzung von Hunden im sozialen Einsatz darf laut Tierschutzgesetz nicht mit Schmerzen, Leiden oder Schäden für das Tier verbunden sein. Personen, die Hunde im sozialen Bereich ausbilden und/oder einsetzen, müssen die erforderliche Zuverlässigkeit, Sachkunde, sowie artgemäße und tierschutzgerechte Haltungseinrichtungen gewährleisten“ (Krüger 2011, S.10).

Der Hundehalter / Hundehalterin muss über eine Expertise in Bezug auf Hundehaltung verfügen (Sachkundenachweis Tierschutzgesetz §2 Satz 3) und ausreichend Praxis im Kontakt mit Hunden haben. Voraussetzung für Hunde im sozialen Einsatz ist, dass sie offen für den Kontakt zum Menschen sind und ein sozialverträgliches Verhalten zeigen. Dies ist dann der Fall, wenn sie bereits als Welpen positive Beziehungen zu Menschen und anderen Tieren hatten und mit unterschiedlichsten Reizen vertraut gemacht wurden. Zusätzlich ist immer die individuelle Tauglichkeit eines jeden Hundes zu untersuchen. Die Einsatzhäufigkeit ist zeitlich zu begrenzen und je nach Belastung des Hundes anzupassen. Der Hundeführer / Hundeführerin muss eine Haftpflichtversicherung und eine Einverständniserklärung der Einrichtung besitzen. Nach einem Einsatz muss dem Hund ausreichend Ausgleich in Form von Spiel- und Ruhezeiten und Spaziergängen ermöglicht werden (vgl. Krüger 2011, S.9-10).

Die Haltung eines Therapiehundes sollte eine enge Beziehung mit der Bezugsperson sicherstellen. Dem Hund sollte es gestattet werden, sein gesamtes Verhaltensrepertoire zu zeigen, beispielsweise in Bezug auf ausreichende Beschäftigung oder seinem Bedürfnis nach Sozialgefüge (vgl. Krüger 2011, S.5).

Hunde im sozialen Einsatz sollten einer lückenlosen tierärztlichen Überwachung unterzogen werden, um eine Ansteckungsgefahr der Klientel auszuschließen. Je nach Einsatzort ist die mentale Belastung der Hunde enorm. Es bedarf einer engmaschigen tierärztlichen Kontrolle. Ein jährlicher Tierarztbesuch sollte daher selbstverständlich sein, auch um regelmäßige Schutzimpfungen und Parasitenprophylaxe durchzuführen (vgl. Krüger 2011, S.7).

Bei Anzeichen von Erkrankungen ist der Einsatz abzusagen und ein Tierarzt / Tierärztin aufzusuchen. Jedes Tier hat eine individuelle Belastungsgrenze die unbedingt zu beachten ist. Personen, die ihre Tiere professionelle einsetzen, sollten Anzeichen von Gesundheit und Wohlbefinden kennen und die Eignung ihres Tieres beurteilen können. Sie müssen imstande sein Stresssignale und Hinweise für Stress zu erkennen und die Einsatzbedingungen entsprechend anzupassen (vgl. Krüger 2011, S.8).

5.3 Therapiebegleittier-Teams

Therapiebegleittier-Teams werden nach Grundätzen der European Society for Animal Assisted Therapy (ESAAT) geschult (vgl. Wohlfarth 2012, o.S.). Therapiebegleittier-Teams müssen eine Basisausbildung durchlaufen haben und diese in zeitlich festgelegten Abständen auffrischen. Die Ausbildung umfasst praktische und theoretische Einheiten und begleitete Assistenzbesuche (vgl. Wohlfarth 2012, o.S.).

Der Ausbilder / die Ausbilderin hat den Auftrag, das Therapiebegleittier-Team so zu unterstützen, dass eine zuverlässige Kooperation entsteht, bei der es Beiden gut geht. Das Hauptaugenmerk liegt auf dem Beziehungsaufbau innerhalb des Teams und der Festigung von Vertrauen. Die Grundlage dafür ist Verlässlichkeit und nicht Gefügigkeit (vgl. Sommer 2014a, S.185). Ob ein Hund für eine Ausbildung geeignet ist, entscheidet ein Eignungs- und Wesenstest, der im Alter von etwa zwei Jahren durchgeführt wird. Auch die Belastungsfähigkeit des Hundes ist für die Eignung ausschlaggebend. Die Resultate der Testung fließen in ein Gutachten ein, welches Empfehlungen für mögliche Einsatzgebiete ausspricht. Die Eignung wird in festgelegten zeitlichen Abständen erneut überprüft (vgl. Sommer 2014a, S.186).

„Therapiebegleittiere kommen zum Einsatz bei pädagogischen, psychologischen, rehabilitativen und sozialintegrativen Angeboten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie bei älteren Menschen mit kognitiven, sozial-emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten“ (Wohlfarth 2012, o.S.).

Passende Tiere sind nach entsprechender Ausbildung dazu befähigt, mangelnde Fähigkeiten des Besitzers / der Besitzerin im Alltag zu komplementieren und Verpflichtungen zu erfüllen (vgl. Krüger 2011, S.3).

Das Therapiebegleittier-Team wird im Tätigkeitsfeld des Hundeführers eingesetzt oder unter anderer professioneller Begleitung. Die Ziele richten sich nach dem Bedarf und den Krankheitsbildern der Klientel. Die allgemeine Zielsetzung ist die Minderung der Symptome und die Förderung der Eingliederung und Selbstständigkeit. Die Einheiten sind zielorientiert und werden unter Beachtung ethischer Kriterien verwirklicht und protokolliert (vgl. Wohlfarth 2012, o.S.).

Der Fokus in der Ausbildung liegt auf den Persönlichkeitsmerkmalen von Hund und Mensch. Jedes Therapiebegleittier-Team ist einmalig. Die physische und psychische Kondition ist bestimmend für einen erfolgreichen Einsatz. Gesundheitliche Probleme müssen beachtet werden und ausschlaggebend sein für einen verminderten Einsatz oder der Absage der Einheit.

Auch ein Hund hat eine tägliche wechselnde Tagesform, die zu berücksichtigen ist. Der Hundeführer / die Hundeführerin ist so auszubilden, dass er den Gemütszustand des Hundes erkennt (vgl. Sommer 2014a, S.186).

Der Hundehalter / die Hundehalterin erwerben in der Ausbildung Verständnis für ihren Hund. Inhaltlich geht es um theoretisches Wissen, wie das Erkennen von Beschwichtigungssignalen als auch um momentane Ausbildungsanforderungen. Ein Schwerpunkt stellt das Deuten und Verstehen der nonverbalen Kommunikation des Hundes dar. Das individuelle Verstehen des eigenen Hundes durch den Hundehalter / der Hundehalterin ist Voraussetzung um Konfliktsituationen zu identifizieren und deeskalierend einschreiten zu können (vgl. Sommer 2014a, S.192-193).

Für die nonverbale Kommunikation verwenden Hunde Mimik und Gestik. Als Kommunikationsmittel über weite Entfernungen fungiert Gestik, Mimik dagegen dient der Kommunikation im Nahbereich. Mögliche Signale sind die Ausrichtung der Ohren oder der Rute (vgl. Sommer 2014a, S.195).

Eine Aus- und Weiterbildung beim Tierbuschdienstler ist empfehlenswert durch Weiterbildungskurse und Supervisionsangebote. Empathie und persönliche Eignung ist die Grundvoraussetzung für den Tierbesuchsdienstler (vgl. Rauschenfels; Otterstedt 2003, S.390). Der Hundebesitzer / die Hundebesitzerin muss eine Atmosphäre des Vertrauens schaffen können. Die Gefahr des Leistungsdrucks beim Tierhalter / Tierhalterin ist besonders groß, wenn es keine inhaltliche Vorbereitung auf die Zielgruppe gibt (vgl. Rauschenfels; Otterstedt 2003, S.394-395).

Der Hund sollte sich auszeichnen durch Eigenständigkeit, Eigeninitiative, Wohlbefinden, Vertrauen, gute Kommunikation mit Halter / Halterin und Offenheit gegenüber neuen Situationen und Personen. In der Gegensätzlichkeit von Kontrollierbarkeit und Eigenständigkeit liegt die besondere Anforderung an Halter und Tier. Der Hundebesitzer / die Hundebesitzerin muss Anzeichen von Überlastung beim Hund erkennen und danach handeln. Ein Grundstock an Well-Behave (angemessenes Verhalten) ist Grundvoraussetzung um den Hund kontrollieren zu können. Verständigung auf Kommandoebene und Feinkommunikation mit dem Hund sind wichtig (vgl. Rauschenfels; Otterstedt 2003, S.392-393).

Besuchshunde sind menschenfreundlich, ausgeglichen, friedfertig und vermitteln ein Gefühl von Sicherheit. Die Hunde sind frei von Aggressionen und haben spürbar Freude daran im Mittelpunkt zu stehen. Besuchshunde dürfen nicht schreckhaft sein. Ungewohnte Umgebung

und viele Menschen darf sie nicht aus der Ruhe bringen, Halter und Hund müssen aufeinander eingespielt sein (vgl. Braun; Schmidt 2003, S.329).

Es sind nur Hunde als Therapiebegleiter geeignet, die bereit und interessiert sind Beziehungen zu Menschen einzugehen. Dies zeigt sich bereits im Welpenalter (vgl. Sommer 2014a, S.195-196).

Voraussetzung für die Ausbildung des Hundes ist, dass dieser konzentriert und gut lenkbar ist. Dies setzt voraus, dass er in der Sozialisierungsphase keine negativen Erfahrungen gemacht hat und er alle Entwicklungsaufgaben bewältigen konnte. Bei negativen Erfahrungen verallgemeinern Hunde diese rasch mit ähnlichen Zusammenhängen. Außerdem muss bedacht werden, dass sich am Anfang der Ausbildung nicht mit Sicherheit feststellen lässt, ob der Hund für den sozialen Einsatz befähigt werden kann (vgl. Sommer 2014a, S.197). Damit der Hund nicht überfordert wird, muss er sich vorab an die Reize und Rahmenbedingungen vor Ort gewöhnen können, bevor er dort einen sozialen Einsatz hat. Auch der Klientel sollten Grundkenntnisse über das Therapietier vermittelt werden (vgl. Sommer 2014b, S.206).

6. Demenz

Die Demenz beeinflusst Prozesse im Gehirn in den Bereichen Kognition, Gedächtnis, Emotion, Sozialverhalten, Antrieb und Affektkontrolle negativ. Dies führt zu einem zunehmenden Kontrollverlust durch die progressive Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag. Zusätzlich sind sie von einer Veränderung ihrer Rolle in ihrem sozialen Gefüge betroffen. Es geschieht ein Wandel von einem autonomen Leben zu einem Leben, das von Abhängigkeit von Anderen geprägt ist. Sie sind auf Hilfe von Angehörigen oder Pflegepersonen angewiesen. Betroffene erleben eine Entfremdung in vielen Bereichen. Sie nehmen anders wahr, erkennen Vertrautes nicht mehr. Dies führt schließlich zu einem Wandel des Selbstbildes, da sie sich selbst fremd werden aufgrund des Verlustes von Gedächtnis und Identität. Die beschriebenen Verluste führen zu negativen Gefühlen und haben massive Auswirkungen auf die Lebensqualität (vgl. Krug 2014, S.122-123).

6.1 Definition und Beschreibung

Demenz ist der Überbegriff für progressive Abbauprozesse im Gehirn. Das Kernsymptom ist Beeinträchtigungen beim Einprägen neuer Fakten. Das Kurzzeitgedächtnis ist zuerst betroffen. Erst im fortgeschrittenen Stadium wird das Langzeitgedächtnis beeinträchtigt (vgl. Stechl et. al. 2012, S.179).

Das Speichermodell des Gedächtnisses setzt sich zusammen aus dem sensorisches Gedächtnis, dem Arbeitsgedächtnis (Kurzzeitgedächtnis) und dem Langzeitgedächtnis. Informationen

durchlaufen diese in ebendieser Reihenfolge. Das Arbeitsgedächtnis ist notwendig um Sätze oder Zeitungsartikel zu verstehen, Informationen werden im Speicher gehalten und verknüpft um den Zusammenhang des Textes zu verstehen. Bereits sehr früh treten Beeinträchtigungen im Arbeitsgedächtnis auf. Die Konsequenz ist, dass geistige Aktivitäten schwerfallen. Das Arbeitsgedächtnis selektiert und bewertet Umweltreize, dadurch ist Konzentration und Aufmerksamkeit möglich. Diese Fähigkeit geht bei der Demenz verloren (vgl. Schwarz 2009, S.51-52).

6.2 Diagnostik

Die Erkrankung Demenz ist ein klinisches Syndrom. Eine Diagnose sollte sich auf anerkannte Kriterien berufen, wie sie beispielsweise in ICD-10 beschrieben sind (vgl. Deuschl; Maier, 2016, S.30).

Nach ICD-10 sind die folgenden Diagnosekriterien für die Demenz zu erfüllen. Das trifft auf alle Kriterien zu (vgl. Dilling et. al. 2016, S.57-59):

1. Die nachlassende Gedächtnisleistung wird in drei Schweregrade eingeteilt
2. Das Nachlassen anderer kognitiver Kompetenzen wie reduziertes Urteils- und Denkvermögen wird in drei Schweregrade eingeteilt
3. Es darf keine Bewusstseinstörung vorliegen
4. Es muss eine reduzierte emotionale Kontrolle, eine Störung des Antriebes oder ein verändertes Verhalten in sozialen Situationen vorliegen
5. Die nachlassende Gedächtnisleistung und kognitiven Kompetenzen müssen seit mindestens sechs Monaten auftreten

Bezüglich der Anamnese fordern Deuschl und Maier: „Eine genaue Eigen-, Fremd-, Familien-, Sozialanamnese unter Einschluss der vegetativen und Medikamentenanamnese soll erhoben werden“ (Deuschl; Maier, 2016, S.30).

Die Diagnostik der Demenz bedarf einer umfassenden und multiprofessionellen Vorgehensweise. Bei der Früherkennung ist eine Kooperation mit einem spezialisierten Krankenhaus z.B. mit Gedächtnisambulanzen oder Neurologen mit dem Schwerpunkt Demenz empfehlenswert. Am Anfang der Diagnostik steht die Anamnese welche in einer Befragung mit den Betroffenen erhoben wird. Dabei werden der Verlauf der Erkrankung und kognitive Symptome festgehalten. Zusätzlich wird nach Einschränkungen bei der Ausführung von alltagspraktischen Fähigkeiten gefragt. Diese subjektive Einschätzung sollte durch Informationen vom sozialen Umfeld ergänzt werden (vgl. Stechl et al. 2012, S.181). Eine

Anamnese ist essentiell für die Diagnose, da sie Informationen zur zeitlichen Entwicklung der Symptome, den Verlauf, Erstsymptome und psychiatrischen Diagnosen liefert. Verordnete Medikamente zu erfassen, ist von Bedeutung, da ebenjene sich negativ auf die Kognition auswirken. Die Befragung des sozialen Umfeldes dient der Erfassung von Risikofaktoren, Ressourcen und potenziellen Problemen (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.30). Viele Krankheiten können Demenzsymptome verursachen, daher ist eine körperliche, internistische und neurologische Begutachtung notwendig (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.31).

Außerdem wird der psychiatrische Status festgestellt. Hierbei besonders wichtig sind die Bereiche Bewusstsein und Affekt. Es wird nach Veränderungen gefragt, die die Persönlichkeit betreffen und ob Hobbies und Freundschaften weiter gepflegt werden. Zusätzlich wird nach dem Auftreten von psychopathologischen Symptomen wie Halluzinationen gefragt (vgl. Stechl et al., 2012, S.182). Die Erfassung des psychiatrischen Status dient auch zur Differentialdiagnostik um Krankheiten wie Delir oder Depressionen auszuschließen. Dabei ist ein besonderes Augenmerk auf die Depression zu legen, da sie sowohl Risikofaktor, Begleitsymptom im Anfangsstadium der Demenz und somit auch Ursache von kognitiven Einschränkungen sein kann (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.31).

Psychometrische Tests dienen zur Abgrenzung von Symptomen des normalen Alterns von der Demenz. Sie registrieren die Hauptsymptome der Demenz. Diese umfassen viele Bereiche der Kognition. Der bekannteste Test ist der Mini-Mental-Status-Test. Er enthält 11 Fragen und untersucht die zeitliche und örtliche Orientierung, Aufmerksamkeit, Konzentration und teilweise das Kurzzeitgedächtnis (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.50-51). Die Deutung der Ergebnisse sollten immer im Kontext der Anamnese, des soziokulturellen Backgrounds, Art des beruflichen Abschlusses, Intellekts, Sprachniveaus als auch im Zusammenhang mit weiteren körperlichen und psychischen Krankheiten gewertet werden (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.33).

Eine Analyse von Blutparametern wird aufgrund der hohen Aussagekraft von allen Leitlinien empfohlen. Durch Labordiagnostik können andere Ursachen für eine Demenz entdeckt werden, die behandelbar sind. Außerdem entstehen nur geringe Kosten und das Risiko für den Patienten ist ebenfalls marginal (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.36). Bildgebende Verfahren des Gehirns werden für die Diagnostik empfohlen. Die Untersuchung hat den Zweck, reversible Ursachen der Demenz festzustellen und die Demenzform zu unterscheiden (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.40-41).

6.3 Formen

Demenzformen werden in primäre und sekundäre Demenzen unterschieden. Die Mehrheit machen die primären Demenzen aus. Wenn im Gehirn, ohne Einfluss von außen, die Nervenzellen absterben, so wird dies als primäre Demenz bezeichnet. Dazu gehört die Alzheimer-Krankheit, die Frontotemporale Demenz und die Lewy-Körperchen-Demenz. Tritt eine Demenz aufgrund von Durchblutungsstörungen im Gehirn auf, wird dies als vaskuläre Demenz bezeichnet. Ist die Demenz eine Auswirkung anderer Erkrankungen wird von sekundären Demenzen gesprochen. Ursachen können Hirntumore, Vergiftungen oder Infektionen sein (vgl. Perrar et al. 2011, S.115).

Alzheimer-Krankheit

Generelle Merkmale der Demenz müssen vorliegen. Bei einschlägigen klinischen Befunden und weiteren Untersuchungen werden andere Ursachen der Demenz ausgeschlossen. Die Alzheimer-Krankheit kann auch noch in den frühen oder späten Typus eingeteilt werden. Diese Untergliederung ist umstritten (Dilling et al. 2016, S.60-61).

Diagnosekriterien für die Alzheimer-Krankheit vom frühen Typus nach ICD-10 werden wie folgt beschrieben: Die generellen Merkmale der Alzheimer-Krankheit müssen vorliegen. Der Ausbruch der Erkrankung liegt vor dem 65 Lebensjahr. Zusätzlich muss eine der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Es muss belegt sein, dass die Erkrankung plötzlich aufgetreten ist und einen raschen Verlauf nahm
2. Neben der Gedächtnisstörung müssen noch Einschränkungen der Sprache, des Rechnens, des Schreibens, des Lesens und / oder der Bewegung vorliegen (vgl. Dilling et al. 2016, S.61)

Diagnosekriterien nach ICD-10 für die Alzheimer-Krankheit vom späten Typus werden wie folgt beschrieben: Die generellen Merkmale der Alzheimer-Krankheit müssen erfüllt sein und der Ausbruch der Erkrankung ist ab dem 65 Lebensjahr oder später. Zusätzlich muss eine der folgenden Kriterien erfüllt sein:

1. Es muss belegt sein, dass die Erkrankung allmählich angefangen hat und einen langsamen Verlauf nimmt
2. Die Gedächtnisstörung müssen im Vordergrund stehen gegenüber den intellektuellen Einschränkungen (vgl. Dilling et al. 2016, S.61-62).

Ursache der Alzheimer-Krankheit ist ein Gehirnschwund aufgrund von absterbenden Nervenzellen und Eiweißablagerungen im Gehirn (vgl. Perrar et al., 2011, S.116)

Psychische Symptome können bei der Alzheimer-Krankheit vorkommen, häufig sind Wahnsymptome. Optische und akustische Halluzinationen entwickeln sich bei einem Teil der Betroffenen, dies löst Angst und Verzweiflung bei ihnen aus. Entsteht eine subjektive Bedrohungssituation aufgrund der Wahrnehmungsstörungen, ist eine medikamentöse Behandlung notwendig. Bei fast einem Drittel der Betroffenen tritt zu Beginn der Erkrankung ein depressives Syndrom auf. Daher können dann Demenzsymptome mit depressiven Symptomen gleichzeitig auftreten (vgl. Perrar et al. 2011, S.118). Im Verlauf der Erkrankung treten Verhaltensänderungen wie Unruhe, Rufen, Tag-Nacht-Umkehr und abnehmende Emotionskontrolle auf. Verhaltensauffälligkeiten wie Fremdaggression und Enthemmung kommen nur gelegentlich und im fortgeschrittenen Stadium vor (vgl. Perrar et al. 2011, S.119).

Vaskuläre Demenz

Diagnosekriterien für die vaskuläre Demenz nach ICD-10 werden wie folgt beschrieben: Die generellen Merkmale der Demenz müssen vorliegen. Eine nicht einheitliche Verteilung der Einschränkungen höherer kognitiver Funktionen müssen gegeben sein. Einige Prozesse sind stärker betroffen, andere gar nicht. Konkret heißt das beispielsweise, dass Gedächtnisstörungen vorliegen, aber das Denken und die Informationsverarbeitung nur geringfügig eingeschränkt sind.

1. Es muss Belege geben, die eine herdförmige Hirnschädigung bestätigt, wie eine Halbseitenlähmung
2. Es muss durch einen klinischen Befund belegt werden, dass eine Schädigung der Gehirngefäße vorliegt (vgl. Dilling et al. 2016, S.62-63)

Ursache der vaskulären Demenz sind krankhaft veränderte Hirngefäße, der häufigste Grund dafür ist Bluthochdruck (vgl. Perrar et al. 2011, S.119). Die fortgeschrittene Form der vaskulären Demenz variiert nur gering zur Alzheimer-Krankheit. Der Unterschied ist die auftretende neurologische Symptomatik. Diese können, je nachdem wo sich die Schädigung im Gehirn befindet, sehr verschieden sein. Die vaskuläre Demenz ist charakterisiert durch einen schnellen Beginn und kräftige Schwankungen. Eine schrittweise Verschlechterung der kognitiven Kompetenzen ist unvermeidlich (vgl. Perrar et al. 2011, S.119).

Die Verhaltensänderungen können sehr unterschiedlich sein, je nachdem welche Hirnregionen geschädigt wurden. Folgende Persönlichkeitsveränderungen sind häufig: Ängstlichkeit, geringe emotionale Stabilität und Reizbarkeit (vgl. Perrar et al. 2011, S.121).

Frontotemporale Demenz

Diagnosekriterien nach ICD-10 für die frontotemporale Demenz werden wie folgt beschrieben. Die generellen Merkmale der Demenz müssen erfüllt sein. Die Erkrankung fängt allmählich an und hat einen langsamen Verlauf. Das Überwiegen von Frontalhirnsymptomen muss durch zwei oder mehr der folgenden Kriterien bestätigt werden (vgl. Dilling et al. 2016, S.64):

1. eingeschränktes emotionales Empfinden
2. Veränderung im Sozialverhalten (oberflächlicher)
3. Enthemmung
4. Betroffene sind teilnahmslos oder unruhig
5. Sprachstörungen.

Zu Beginn sind das Gedächtnis und Funktionen des Parietallappen kaum eingeschränkt. Das Gehirn wird umhüllt vom Cortex, dieser gliedert sich in vier Lappen auf: dem Okzipital-, Parietal-, Temporal- und Frontallappen. Der Okzipitalappen ist der erste Abschnitt im Gehirn, in dem Informationen ankommen: der primäre visuelle Cortex. Der Parietallappen hat überwiegend visuell-räumliche Funktionen. Treten in diesem Abschnitt Beeinträchtigungen auf, sind Abläufe unter visueller Kontrolle eingeschränkt. Der Temporallappen hat die Funktion der Sprachwahrnehmung und der visuellen Gegenstandserkennung. Wichtige Strukturen für das Gedächtnis befinden sich im Temporallappen, wie das Wiedererkennen von Gesichtern. Auch elementare Teile der Sprache werden hier gespeichert, wie der Wortschatz. Der Frontallappen ist die wichtigste Entscheidungsstelle des Gehirns und ist bei komplizierten Denk- und Bewegungsmustern von zentraler Bedeutung (vgl. Breuer 2009, S.52-55).

Die Ursache der frontotemporalen Demenz ist ein Gehirnschwund des Frontallappens (vgl. Perrar et al. 2011, S.121). Im Verlauf ist die Erkrankung von der Alzheimer-Krankheit kaum abzugrenzen. Charakteristisch dafür ist der langsame und konstante Verlauf (vgl. Perrar et al. 2011, S.121).

Auffällig sind psychische Symptome wie Taktlosigkeit, Aggressivität, übermäßige Nahrungsaufnahme, Enthemmung und Passivität. Zusätzliche körperliche Symptome sind frühzeitige Sprachstörungen, Schlafstörungen, Inkontinenz und eine Verlangsamung des

Bewegungsapparates. Die Betroffenen kümmern sich kaum um ihre Körperpflege. Die geistigen Kompetenzen bleiben dagegen lange erhalten (vgl. Perrar et al. 2011, S.121).

Lewy-Körperchen-Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz ist geprägt durch spezielle Veränderungen im Gehirn. Bedeutsam ist diese Form v.a. wegen der spezifischen Symptomatik und der Ähnlichkeit zu Parkinson. Die Patienten zeigen bereits zu Beginn Parkinsonsymptome und neigen daher zu Stürzen. Der Verlauf ist jeden Tag unterschiedlich, entweder es treten kaum Symptome auf oder sie treten sehr stark auf. Es kommt oft zu optischen Halluzinationen. Die Lewy-Körperchen-Demenz wird häufig nicht erkannt. Die Betroffenen erhalten aufgrund der Symptome oftmals die Diagnose Psychose und werden mit Antipsychotika behandelt. Die Betroffenen reagieren auf diese Psychopharmaka mit starken Nebenwirkungen aus der Kategorie Parkinsonsymptomatik (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.42-43).

Parkinson ist eine Störung der Beweglichkeit. Die Erkrankung ist gekennzeichnet von den drei Symptomen Rigor, Ruhetremor und Akinese. Zusätzlich treten Symptome der Einschränkung der Körperhaltung und der Bewegungsinitiation auf (vgl. Jauss, 2014, S.566). Die allgemeine Bedeutung von Tremor ist Zittern. Dieser tritt unwillkürlich und rhythmisch auf (vgl. Pschyrembel, 2012, S.2124). Akinese lässt sich allgemein mit eingeschränkter Bewegungsfähigkeit beschreiben. Die Bewegungen des Körpers fehlen entweder ganz oder sind stark herabgesetzt (Pschyrembel, 2012, S.40). Beim Rigor ist die Muskulatur aufgrund eines erhöhten Muskeltonus versteift. Dieses Phänomen tritt nur bei passiver Bewegung auf (vgl. Pschyrembel, 2012, S.1823). Der Ruhetremor lässt bei Bewegung nach und kann für kurze Zeit willkürlich gestoppt werden (vgl. Pschyrembel 2012, S.2125).

Die Kognition nimmt bei der Lewy-Körperchen-Demenz kontinuierlich ab. Besonders betroffen sind die Bereiche Aufmerksamkeit und räumliches Vorstellungsvermögen. Zusätzliche Symptome sind eine frühzeitige Inkontinenz, temporäre Bewusstseinsverluste, Schlafstörungen und ein systematisierter Wahn. Insbesondere kennzeichnend für diese Demenzform sind Verhaltensauffälligkeiten in Form von Aggressivität, Wahn und Angstzuständen (vgl. Perrar et al. 2011, S.125).

6.4 Stadien der Demenz

Die Demenz wird in die Stadien leicht, mittelschwer und schwer eingeteilt. Die Stadien gehen ineinander über und sind nicht eindeutig voneinander zu trennen.

Mit reduzierten Gedächtnisleistungen fängt die leichte Demenz an. Ferner können Beeinträchtigungen der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Wortfindung eintreten. In der Regel prägen sich die zeitlichen Orientierungsstörungen zuerst aus. Im Alltag kommt es zu ersten Problemen z.B. Termine vergessen. Die demenzkranken Menschen bemerken, dass ihre Kompetenzen nachlassen, was ein häufiger Auslöser für Depressionen. In ihrem sozialen Umfeld versuchen sie durch Schutzbehauptungen die Illusion aufrecht zu erhalten, dass alles in Ordnung ist. Bekannte bemerken daher zu Beginn keine Veränderungen. Betroffene vermeiden komplexe Situationen und ziehen sich in ihr bekanntes Umfeld, dies ist häufig die eigene Wohnung, zurück. Obgleich es schon Probleme im beruflichen und sozialen Umfeld gibt, kann die Selbstständigkeit im Alltag weitgehend gewahrt werden (vgl. Radenbach 2014, S.20).

Es treten Probleme bei komplizierten Aufgaben im Alltag auf. Dies sind geschäftliche Sachverhalte oder komplexe ehrenamtliche Aufgaben. Bei alltäglichen Aufgaben, wie der Hausarbeit, sind die Betroffenen größtenteils noch selbstständig. Die Gedächtnisstörungen können durch äußere Hilfen noch ausgeglichen werden. Erst wenn diese Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichend sind, fällt der fortschreitende Kompetenzverlust auch Außenstehenden auf (vgl. Stechl et al. 2012, S.46).

Im Stadium der mittelschweren Demenz sind die Betroffenen auf Unterstützung angewiesen. Die Desorientierung zeigt sich im zeitlichen, räumlichen und situativen Bereich. Das Ausführen von Handlungsabläufen ist so stark eingeschränkt, dass auch die Körperpflege kaum noch ausgeführt werden kann. Sprachstörungen treten auf. Die Betroffenen wiederholen die gleichen Fragen und rufen häufig. Sie vergessen den Sinn und Zweck von Gegenständen. Die demenzkranken Menschen bemerken ihren Kompetenzverlust, was in der Folge zu Aggressionen führen kann. Die Erinnerung an Angehörige ist teilweise nicht mehr vorhanden (vgl. Radenbach 2014, S.20-21).

Betroffene sind nicht mehr in der Lage die erweiterten Anforderungen des täglichen Lebens wie Einkaufen durchzuführen. Grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens können sie durchführen, sind aber auf Anleitung und Motivierung angewiesen. Die Realität wird falsch interpretiert, es kann Paranoia auftreten. Neuigkeiten können nicht mehr eingepreßt werden, es gibt kaum eine Trennung zwischen Gegenwart und Vergangenheit. Ein Teil der Betroffenen verhält sich apathisch, andere Betroffene sind eher unruhig (vgl. Stechl et al. 2012, S.47).

Im Stadium der schweren Demenz sind jegliche alltäglichen Verrichtungen nicht mehr durchführbar. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist kaum noch vorhanden, die Folge ist

eine Urin- und Stuhlinkontinenz. Die Sprache ist kaum noch vorhanden, oft werden nur noch Laute geäußert. Der Muskeltonus ist so groß, dass eine bewusste Bewegungssteuerung nicht mehr möglich ist. Die Gelenke versteifen durch fehlende Bewegung. Der Fachbegriff dafür ist Kontrakturenbildung. Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen treten die Betroffenen von sich aus nicht mehr in Kontakt mit ihrer Umwelt. Sie reagieren kaum noch auf äußere Reize und scheinen abwesend zu sein. Die Konsequenz ist eine kontinuierliche physische und kognitive Verschlechterung ihres Zustandes. Die spätere Todesursache hat meist organische Gründe (vgl. Radenbach 2014, S.21).

Charakteristisch für die letzte Phase der Erkrankung sind körperliche Symptome. Es stellen sich Gangstörungen ein, die sich in Form einer Gangunfähigkeit zeigen und oft mit Stürzen enden. Es kommt zu Beeinträchtigungen der Koordination und des Lagesinns. Dies führt dazu, dass sie kaum noch sitzen können. Es kommt daher zu Bettlägerigkeit. Zusätzlich ist die Nahrungsaufnahme reduziert, da Geschmacks- und Geruchssinn gestört sind und Schluckstörungen auftreten (Kastner; Löbach 2014, S.28).

6.5 Symptome und deren Folgen

Die Symptome der Demenz werden in folgende Kategorien gegliedert: kognitive Symptome, psychische Auffälligkeiten und Änderungen des Verhaltens, psychische Symptome, herausforderndes Verhalten und klinische Symptome (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.10).

Kognitive Störungen tangieren vielfältige Lebensbereiche. Kennzeichnend ist die Beeinträchtigung des Gedächtnisses. Zu den ersten Symptomen zählen Beeinträchtigungen des Erinnerungsvermögens und des Kurzzeitgedächtnisses. Die Vergesslichkeit nimmt dabei kontinuierlich zu. Zu Beginn werden Informationen vergessen, die einige Stunden zurückliegen. Im weiteren Verlauf kann sich der Betroffene auch nicht mehr an Informationen erinnern, die Minuten oder Sekunden zurückliegen. Informationen aus dem Langzeitgedächtnis und dem prozeduralen Gedächtnis sind wesentlich länger abrufbar. Im Langzeitgedächtnis sind Erinnerungen und Informationen aus der fernen Vergangenheit abgespeichert. Im Fortgang der Demenz kommt es zu Abrufproblemen in der eigenen Lebensgeschichte, dies betrifft auch Erkenntnisse über das soziale Umfeld. Lerninhalte aus der Schule sind noch lange abrufbar. Im prozeduralen Gedächtnis ist alltagspraktisches Wissen gespeichert, beispielsweise Fahrrad fahren. Automatisierte Handlungen sind lange Zeit zugänglich (vgl. Adler 2011, S.19-20).

Aufgrund der Störung des Gedächtnisses kommt es zu Orientierungsstörungen. Zuerst ist die zeitliche, später die örtliche Orientierung betroffen. Letztlich kommt es auch zu Orientierungsstörungen bezüglich der eigenen Person. Beispielsweise wird das eigene Alter

vergessen. Verlorene persönliche Informationen betreffen auch Beziehungsverhältnisse, z.B. in welcher Beziehung der Betroffene zu Personen in seinem sozialen Umfeld steht. Es treten Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des Denkens auf. Die eingeschränkte Aufmerksamkeit wird sichtbar durch eine geringe Konzentrationsfähigkeit und schnelle Ermüdung. Durch Beeinträchtigungen des Auffassungsvermögens werden zuerst komplexe Gegebenheiten nicht mehr richtig begriffen und gedeutet. Im weiteren Verlauf trifft dies auch auf einfache Tätigkeiten zu. Das Abstraktionsvermögen nimmt ab, die Deutung von Zahlen und Bezeichnungen gelingt nicht mehr (vgl. Adler, 2011, S.20-21).

Es treten Beeinträchtigungen bei komplexen Handlungsabläufen auf, die der Planung und Einhaltung einer Reihenfolge von Einzelschritten bedürfen. Die Beeinträchtigung ist im weiteren Verlauf auch bei einfachen Abläufen erkennbar. Die Ausführung von willentlichen Bewegungsabläufen fällt den Betroffenen immer schwerer, obgleich die Motorik nicht beeinträchtigt ist (vgl. Adler, 2011, S.22).

Es treten Sprachstörungen auf, zum einen Wortfindungsstörungen auch Probleme beim Sprachverständnis. Die Betroffenen sehen Dinge oder Personen, können jedoch ihrer Wahrnehmung keine Bedeutung mehr beimessen. Die Sinneswahrnehmung ist nicht eingeschränkt (vgl. Adler, 2011, S.22-23).

Die sich verringernden kognitiven Kompetenzen führen zu Einschränkungen im psychosozialen Bereich. So kann privaten und beruflichen Erwartungen nicht mehr entsprochen werden, soziale Beziehungen kaum noch gepflegt werden. Die alltagspraktischen Kompetenzen nehmen immer weiter ab und die Betroffenen benötigen zunehmend Unterstützung (vgl. Adler, 2011, S.23).

Je nach Form der Demenz treten körperliche Symptome in den verschiedenen Stadien auf. Der Schwerpunkt bei der Behandlung liegt in der Stabilisierung um einen möglichst langsamen Verlauf der Erkrankung zu erzielen. Eine besondere Herausforderung sind die Gangstörungen und die damit verbundene Sturzgefahr. Zusätzlich treten Schluckprobleme sowie eine verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wegen des reduzierten Appetits auf. Die Beweglichkeit ist aufgrund von Kontrakturen eingeschränkt. Das Auftreten von körperlichen Symptomen ist oft der Grund für eine Heimaufnahme (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.19-20).

Der Schlaf bei demenzkranken Menschen ist gestört. Sie wachen häufig auf und schlafen insgesamt weniger. Das Schlafdefizit holen die Betroffenen teilweise tagsüber nach. Andere haben ein erhöhtes Schlafbedürfnis in Verbindung mit einer Antriebsstörung und geringer Motivation. Die Schlafstörungen beruhen auf den hirnganischen Veränderungen der

Demenz. Der zirkadiane Rhythmus ist beeinträchtigt, deshalb werden Schlaf-Wach-Perioden nicht mehr korrekt reguliert. Diese Störungen werden verstärkt durch fehlendes Tageslicht und zu wenig Bewegung (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.20).

Einige demenzkranke Menschen haben eine veränderte Schmerzwahrnehmung. Ein Teil der Betroffenen hat eine reduzierte Schmerzwahrnehmung, ein anderer Teil ist von einer Übersensibilität betroffen. Mit fortschreitendem Verlauf können Schmerzen kaum noch verbal geäußert werden. Zusätzlich können sie Schmerzen keiner Körperregion zuordnen und die Stärke oder Qualität ausdrücken. Schmerzen können sich auch durch herausforderndes Verhalten zeigen (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.21).

Neben den kognitiven Symptomen treten psychische Störungen und Verhaltensveränderungen auf. Sie werden auch als herausforderndes Verhalten bezeichnet. Verhaltensstörungen nehmen im Verlauf der Erkrankung zu. Es ist möglich, dass sich psychische Symptome zurückbilden oder verändern. Zu den psychischen Symptomen zählen Angst, Depressivität und Halluzinationen. Die Herausforderung besteht darin, die auftretenden Symptome von einer psychischen Erkrankung zu unterscheiden. Dies setzt eine präzise Beobachtung und Dokumentation mit der Dauer, Verlauf, Auslösesituation und im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte voraus. Beispielsweise können depressive Symptome eine Auswirkung einer organischen Erkrankung sein, als Konsequenz der Bewältigung des kognitiven Abbaus oder als Symptom einer Depression auftreten (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.13-16).

Verhaltensveränderungen treten bei akuter Verwirrtheit auf. Sie können in allen Stadien auftreten, bei den meisten Betroffenen jedoch erst ab dem mittelschweren Stadium. Wie bei den psychischen Symptomen ist es relevant, Symptome von nachvollziehbaren Reaktionen abzugrenzen. Für verbale und körperliche Aggressionen lassen sich meist nachvollziehbare Auslöser identifizieren. Dies ist nicht für jedes Verhalten der Fall, daher sollten vor dem Einsatz von medikamentösen oder therapeutischen Mitteln nach Ursachen gesucht werden. Zu den Verhaltensänderungen zählen das Umherlaufen, der veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus, das Rufen und Schreien, die Aggressivität, das ständiges An- und Ausziehen, die sexuelle Enthemmung und das Sammeln und / oder das Verstecken von Gegenständen (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.16).

6.6 Herausforderndes Verhalten und Krisensituationen

Mit dem Fortschreiten der Erkrankung nehmen die sprachlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen zu. Äußerungen und Verhaltensweisen der Betroffenen sind

unverständlich. Verstehen Betroffene, dass sie falsch reagieren, kann dies bei ihnen Unruhe und / oder Resignation auslösen (vgl. Händler-Schuster 2010, S.70-71).

Agitation heißt, die Betroffenen haben einen starken Bewegungsdrang und eine innere Unruhe. Agitation wird oft begleitet von affektierter Erregtheit (vgl. Händler-Schuster 2010, S.71).

Die Autoren der Hilde-Studie kritisieren Missstände in Alten- und Pflegeheimen im Zusammenhang mit herausfordernden Verhaltensweisen. Häufig erfolgt keine Abklärung der Demenz zur Diagnosesicherung, obwohl es sinnvoll wäre. Auch eine diagnostische Abklärung der psychopathologischen Auffälligkeiten wird meistens nicht durchgeführt, obwohl diese maßgeblich das Erleben und Empfinden der Betroffenen beeinflussen. Eine Verbesserung der psychischen Symptome könnte auch die Kognition verbessern. Zusätzlich erfolgt keine Behandlung psychiatrischer Symptome z. B. Depressionen durch Facharzt. Es wird nur eine symptomatische Behandlung durch sedierende Medikamente durchgeführt. Ursache sind Fortbildungsdefizite der Behandler, denn auch viele Psychiater verfügen über keine gerontopsychiatrische Weiterbildung. Auch Pflegekräfte haben häufig keine gerontopsychiatrischen Kenntnisse. Schmerzen werden oft nicht erkannt, da Betroffene sich nicht mehr adäquat äußern können (vgl. Becker et al. 2005, S.119-120).

Das Auftreten eines Delirs ist ein vorrangiger Grund, warum ältere Menschen in gerontopsychiatrische Einrichtungen wie Mainkofen aufgenommen werden. Das Delir entsteht mehrheitlich nach dem 65 Lebensjahr. Diese Erkrankung wird meist nicht erkannt oder als Depression oder Demenz fehl diagnostiziert. Das Resultat einer falschen Diagnose ist für die Betroffenen folgenreich, denn es führt zu weitreichenden Komplikationen: Verschlimmerung des geistigen und funktionellen Niveaus, verlängerter Krankenhausaufenthalt, vermehrte Komplikationen und eine erhöhte Sterblichkeit. Wenn die Therapie sofort beginnt, ist ein Delir heilbar, obwohl der Verlauf Monate in Anspruch nehmen kann (vgl. Singler; Gurlit 2014, S.276).

Ein Delir entsteht aus dem Zusammenwirken von auslösenden Faktoren und Anfälligkeiten der Patienten. Die Anfälligkeit ist erhöht bei Patienten mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen oder einer bestehenden Demenz. Die Unterscheidung eines Delirs und einer Demenz stellt in der Diagnostik eine Herausforderung dar. Als auslösende Faktoren gelten akute gesundheitliche Beschwerden und verordnete Psychopharmaka. Dazu kommen Faktoren, die z.B. mit einem Krankenhausaufenthalt gemeinsam auftreten wie Narkose, Operationen und eine unbekannte Umgebung (vgl. Singler; Gurlit, 2014 S.278-280).

Im Folgenden werden die Diagnosekriterien nach ICD-10 für ein Delir beschrieben und müssen erfüllt sein (vgl. Dilling et al., 2016, S.68-69):

1. Bewusstseinsstörung

2. Beeinträchtigung der geistigen Kompetenzen, die sich durch folgende Kriterien zeigen:
Störung des Kurzzeitgedächtnisses bei funktionsfähigem Langzeitgedächtnis und zeitliche, örtliche und personelle Verwirrtheit

3. Einschränkungen der komplexen Bewegungsabläufe in Form von mindestens einer Auffälligkeit

4. Beeinträchtigung des Schlafes oder des Schlaf-Wach-Rhythmus

5. tagsüber plötzlicher Start der Symptome und ständiger Wechsel der vorgenannten Symptome

6. Bestätigung, durch Krankheitsgeschichte und klinische Begutachtung, dass es eine organische Ursache für die Symptome 1-5 gibt.

6.7 Kommunikation und Beziehungsgestaltung

Demenzkranke Menschen erfahren oft Stigmatisierung durch ihr Umfeld, da sich ihre Mitmenschen von ihnen zurückziehen. Das führt zu einer Verstärkung der Symptome und in der Folge zu mehr Defiziten. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass wertschätzender Umgang positive Auswirkungen hat und zusätzlich herausforderndes Verhalten mindert. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung treten körperliche Bedürfnisse in den Vordergrund und die Erfüllung kognitiver Bedürfnisse ist nicht mehr so relevant (vgl. Brandenburg; Guether 2011, S.867).

Grundlage unserer Selbstwahrnehmung sind die Zuschreibungen unseres Umfeldes. Aufgrund der Diagnose Demenz wird der / die Betroffene nur noch als Patient / Patientin mit Symptomen wahrgenommen. Durch diese Depersonalisierung wird der / die Betroffene nicht mehr als gleichberechtigte Person gesehen, sondern ist nur noch ein Demenzpatient / Demenzpatientin unter Vielen. Daher ist es wichtig diesem Prozess zu begegnen und sich zu verdeutlichen, dass der demenzkranke Mensch die gleichen Bedürfnisse wie jeder gesunde Mensch hat (vgl. Brandenburg; Guether 2011, S.869-870).

Nonverbale Kommunikation ist eine gute Möglichkeit, um mit den Betroffenen in Kontakt zu treten. Durch eine Berührung oder eine eindeutige Mimik können Emotionen hervorgerufen werden (vgl. Händler-Schuster 2010, S.71).

Bei der personenzentrierten Pflege nach Tom Kitwood handelt es um eine Grundhaltung gegenüber Betroffenen, die eine gefühlsorientierte Kommunikation praktiziert. Dadurch soll den zu Betreuenden erleichtert werden, Kommunikation und Vertrauen aufzubauen. Diese Methode sieht den Betroffenen im Fokus der Aufmerksamkeit und nimmt an, dass personenzentrierte Pflege die Erkrankung positiv beeinflussen kann. Das Ziel aller Bemühungen ist dabei der Erhalt des Personenseins. Um das zu erreichen, achten die Betreuer auf die sechs demenzspezifischen Bedürfnisse: Liebe, Trost, Bindung, Einbeziehung, Tätigkeit und Identität. Die Bedürfnisse sind nicht klar voneinander zu trennen, sondern je ein Element des ganzheitlichen Konzepts (vgl. Händler-Schuster 2010, S.72).

Werden die sechs Bedürfnisse erfüllt, kann sich der / die Betroffene als Person erleben und angenehme Gefühle wahrnehmen. Die Liebe ist das wichtigste Bedürfnis verbunden mit dem Wunsch nach Nähe, Geborgenheit und bedingungsloser Annahme. Trost ist vonnöten, weil Betroffene damit zurechtkommen müssen, dass sie ihre Selbstständigkeit Stück für Stück verlieren werden. Bindung umschreibt das Bedürfnis nach Kontakt mit den Komponenten Vertrauen und versorgt werden. Einbeziehung benennt die Teilhabe an der Gesellschaft. Tätigkeit ist das Bedürfnis nach Beschäftigung. Besonders wertvoll sind Tätigkeiten die sinnvoll und tagesstrukturierend sind. Identität ist das Bedürfnis, welches durch die Demenz verloren geht (vgl. Händler-Schuster 2010, S.72).

6.7.1 Emotionen

Emotionen können beschrieben werden als: "[...], dass Emotionen als Reaktion auf einen internen oder externen Reiz, der für die zentralen Bedürfnisse und Ziele des Organismus als wichtig bewertet wird, definiert werden können" (Bär et al. 2003, S.455).

"Emotionales Ausdrucksverhalten wird in der Regel als Muskelaktivität verstanden, wozu Mimik, Stimme und Körperbewegungen zählen" (Re 2003, S.447).

Der Ausdruck von emotionaler Befindlichkeit in Form von nonverbaler Kommunikation ist auch bei Demenzpatienten möglich (vgl. Bär et al. 2003, S.455).

Der Ausdruck der Emotionen ist oft nicht eindeutig, was auf Müdigkeit, Alltagsgesichter, Maskengesichter und die Schwere der Demenz zurückgeführt wird. Emotionales Empfinden kann also ausgedrückt werden und ist besonders dann sichtbar, wenn Situationen von Aktivität und Begegnung geprägt werden (vgl. Händler-Schuster 2010, S.70).

Die Gestik und Mimik von demenzkranken Patienten / Patientinnen wird deshalb schlechter verstanden, weil ihre nonverbalen Signale nicht ausreichend differenziert wahrgenommen und interpretiert werden (vgl. Bär et al. 2003, S.456).

Zum emotionalen Ausdrucksverhalten von demenzkranken Menschen wurden mehrere Studien durchgeführt. Einige werden in der Folge näher beschrieben.

In einem Projekt mit 29 Bewohnerinnen in drei Alten- und Pflegeheimen, wurde eine Studie durchgeführt. Der Schweregrad der Demenz reichte von mäßig kognitiven Einschränkungen bis sehr schweren kognitiven Einschränkungen. Es wurde untersucht inwieweit Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen emotionales Ausdrucksverhalten richtig interpretieren. Zusätzlich wurden Situationen erfragt, welche positive und welche negative Emotionen auslösen. Durch das Facial Action Coding System (FACS) bzw. das Emotional Facial Coding System (EMFACS) wurde überprüft inwiefern das emotionale Ausdrucksverhalten richtig gedeutet wurde (vgl. Bär et al. 2003, S.455-456). Die Häufigkeit von positiven Erlebnissen bestätigt die Annahme, dass es auch mit einer Demenzerkrankung positive äußere und innere Reize gibt. Negatives nonverbales Ausdrucksverhalten (Traurigkeit) wird von Mitarbeitern oft nicht erkannt, diese sollten dahingehend geschult werden (vgl. Bär et al. 2003, S.461-462).

Eine weitere Studie untersuchte die Fragestellung: Welche mimischen Ausdrucksmuster werden, in für Betroffene emotional bedeutsamen Situationen, gezeigt? Lassen sich komplexe mimische Ausdrucksmuster beobachten? Die Situationen wurden gefilmt und mit dem Facial Coding System analysiert. Die Stichprobe umfasste neun Frauen in Pflegeheimen mit schweren demenziellen Erkrankungen (vgl. Re 2003, S.447-448). Es konnte bewiesen werden, dass auch schwer demenziell erkrankte Menschen emotionales Ausdrucksverhalten in ihrer Mimik zeigen. Differenziertes mimisches Ausdrucksverhalten konnte kodiert werden. Zusätzlich sind individuell unterschiedliche mimische Ausdrücke erkannt worden (vgl. Re 2003, S.452).

Sowohl Angehörige als auch Pflegekräfte verfügen über das Wissen über die Interpretation des mimischen Ausdrucks, es sollte durch gezielte Schulungen bewusstgemacht werden. Mimischer Ausdruck kann zur Beurteilung der Lebensqualität in Pflege und Betreuung eingesetzt werden (vgl. Becker et al. 2005, S.120).

7. Therapiemethoden bei Demenz

„Therapie (griech.: Pflege, Heilung) Behandlung von Krankheiten, Heilverfahren: umfasst alle med. Maßnahmen [...], die dazu geeignet sind, Symptome zu lindern u./od. Krankheiten zu heilen“ (Pschyrembel 2012, S.2076).

„Therapie bei beginnender Demenz bedeutet, den kranken Menschen über verschiedene Tätigkeiten so weit in seinem seelischen und körperlichen Zustand zu festigen, dass er mit zunehmender Krankheit noch davon profitieren kann“ (Schaade 2016, S.81).

Die Faktoren der Therapie bei Demenz sind medikamentöse und nicht-medikamentöse Verfahren. Die Behandlung sollte individuell an die Betroffenen und das Stadium der Demenzerkrankung angepasst werden (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.48).

7.1 Medikamentöse Therapie

Die zur Verfügung stehenden Antidementiva sind nicht für alle Formen von Demenz zur Verordnung zugelassen und in ihrer Wirkungsweise sind sie rein symptomatisch. Es wurde bisher kein Medikament und keine Therapie gefunden, welche die fortschreitenden Symptome mindern oder stoppen könnte. Außerdem ist die Wirkung von Antidementiva nur gering. Für eine Reduzierung psychiatrischer Begleitsymptome können bei Bedarf Psychopharmaka verordnet werden (vgl. Krug 2014, S.121). Außerdem vertragen ältere Menschen Medikamente schlechter und müssen oft schon viele andere Medikamente gegen unterschiedliche Grunderkrankungen einnehmen. Die verschiedenen Medikamente verursachen Wechselwirkungen. Nicht jedes psychiatrische Symptom lässt sich durch Medikamente kurieren (vgl. Perrar et al. 2011, S.134).

7.1.1 Psychopharmaka

„Noch immer werden Psychopharmaka bei Demenzkranken zu schnell, zu oft, zu lange oder mit falscher Indikation gegeben. Nur wenige haben eine ausdrückliche Zulassung für die zu behandelnde Symptomatik [..]“ (Perrar et al. 2011, S.134).

Psychopharmaka werden bei psychiatrischen Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten, wie Unruhe, Aggressivität oder Halluzinationen eingesetzt. Ihr Einsatz sollte abgewogen werden, da sie starke Nebenwirkungen haben (vgl. Perrar et al. 2011, S.134).

Die S-3-Leitlinie für Demenzen empfiehlt in ihren Leitlinien für Diagnostik und Therapie folgenden Umgang mit Psychopharmaka und Antipsychotika. „Vor Einsatz von Psychopharmaka bei Verhaltenssymptomen soll ein psychopathologischer Befund erhoben werden. Die medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Bedingungsfaktoren müssen identifiziert und soweit möglich behandelt bzw. modifiziert werden. Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention, wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung, die nicht anders abwendbar ist, kann eine unmittelbare pharmakologische Intervention erforderlich sein“ (Deuschl; Maier 2016, S.68).

„Die Gabe von Antipsychotika bei Patienten mit Demenz ist wahrscheinlich mit einem erhöhten Risiko für Mortalität [...] assoziiert. Es besteht ferner wahrscheinlich das Risiko für beschleunigte kognitive Verschlechterung durch die Gabe von Antipsychotika bei Demenz. Die

Behandlung soll mit der geringstmöglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen“ (Deuschl; Maier 2016, S.72).

7.1.2 Antidementiva

Antidementiva sind Psychopharmaka, die eigens für die Behandlung der Demenzerkrankung angewendet werden. Diese Medikamente haben Effekte auf die Kognition, psychische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten. Als Nebenwirkungen treten Herzrhythmus- und Schlafstörungen auf. Zusätzlich können sie Magen-Darm Probleme auslösen (vgl. Kastner; Löbach, 2014, S.82). Für die Alzheimer-Demenz sind Antidementiva zugelassen. Sie verlangsamen das Fortschreiten der Demenz und beeinflussen psychische und körperliche Symptome in positiver Weise. Bei einigen Betroffenen gibt es keinen Effekt oder es sind nur geringe Effekte bemerkbar (vgl. Kastner; Löbach, 2014, S.79).

7.2 Grundsätzliches zu nicht - medikamentösen Therapien

Bevor eine Therapie begonnen wird, durchläuft der Patient die Diagnostik. Das Ziel einer Therapie ist Heilung oder zumindest eine Linderung der Beschwerden. Therapien wirken direkt oder indirekt durch den Therapeuten. Eine primäre Demenz ist nicht heilbar. Bei demenzerkrankten Menschen verfolgen Therapien daher andere Ziele: sie sind symptomatisch, präventiv oder palliativ. Die **symptomatische Therapie** verfolgt das Ziel Symptome zu mindern. Es erfolgt keine Behandlung der Ursache. Die **palliative Therapie** hat die Zielsetzung Beschwerden zu mindern. Es erfolgt keine Behandlung der Ursachen. Die **präventive Therapie** bietet Interventionen, die den Ausbruch von Erkrankungen verhindern sollen. Die Bezeichnung Therapie ist bei nicht-medikamentösen Therapien häufig nicht eindeutig festgelegt, es gibt für eine Therapieform unzählige Konzepte und Ziele. Bei demenzkranken Patienten / Patientinnen sind Therapien auf Dauer angelegt. Das übergeordnete Ziel aller Therapieformen ist eine positive Beeinflussung des Wohlbefindens. Viele Personen, die nicht-medikamentöse Therapien anbieten, sind dafür nicht ausgebildet (vgl. Staack; Gust 2015, S.57-58).

Bei der Auswahl von Verfahren sollte bedacht werden, ob diese für die Zielgruppe geeignet ist. Die Intervention sollte immer an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst sein und sie nicht überfordern. Es gibt empirische Belege für einzelne Verfahren aber nur wenige Belege, die evidenzbasierten Kriterien genügen. Nicht-medikamentöse Verfahren haben ihre Berechtigung, da sie keine Nebenwirkungen verursachen und auch bei fortgeschrittener Demenz anwendbar sind (vgl. Perrar et al. 2011, S.139).

Aufgrund der Beeinträchtigungen im Arbeitsgedächtnis sind außerdem genügend Schlaf- und Ruhephasen sehr bedeutsam. Daher müssen bei Aktivitäten ausreichend Pausen einkalkuliert werden (vgl. Schwarz 2009, S. 52).

Die S-3-Leitlinie für Demenzen empfiehlt in ihren Leitlinien für Diagnostik und Therapie folgenden Einsatz von nicht-medikamentösen Methoden. Nicht-medikamentöse Verfahren sind wichtig und erforderlich in der Betreuung vom demenzkranken Menschen. Die Methoden und Ziele sind wesentlich vielfältiger als die Pharmakotherapie. Die Qualität der Studien ist weniger aussagekräftig, dies hat methodische Ursachen. Gründe dafür sind methodische Schwierigkeiten und Probleme bei der Finanzierung von Studien. Dies bedeutet aber nicht, dass die Wirksamkeit der Verfahren grundsätzlich vermindert ist. Nicht-medikamentöse Verfahren haben eine große Bedeutung und sind daher in den Leitlinien berücksichtigt und werden empfohlen (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.84).

Im Hinblick auf die symptomatische Behandlung der Demenz ist psychosoziale Verfahren einen hohen Stellenwert beizumessen. Die Ansätze haben das übergeordnete Ziel, die Lebensqualität zu steigern, alltagspraktische Kompetenzen zu bewahren und dadurch die Selbstständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. Bei jedem Verfahren sollte das Stadium der Demenz und die Dimension der kognitiven Einschränkungen beachtet werden. Viele Methoden werden kaum oder zu spät angewendet. Die Betroffenen nehmen die Aktivitäten nicht wahr, weil sie sich ihre Erkrankung nicht eingestehen. Oder sie möchten ihre Diagnose nicht preisgeben. Ältere Menschen vertrauen bei Gesundheitsbelangen v.a. ihrem Hausarzt. Daher sollte sich diese Berufsgruppe mit den verschiedenen Ansätzen auskennen, damit sie Betroffene beraten und motivieren können (vgl. Stechl et al. 2012, S.81-82).

Alle Ansätze sollten individualisiert werden um die demenzkranken Menschen weder emotional noch kognitiv zu überfordern. Zusätzlich sollten die Methoden die Aussicht auf Erfolgserlebnisse bieten. Sämtliche Verfahren verlangen eine bestimmte Haltung der Anwender in Form von Empathie, positiver Wertschätzung und Vertrauen. Dies ist elementar für den Erfolg oder Misserfolg der Methoden. Für das beginnende Stadium eignen sich kognitives Training, körperliches Training, Biographiearbeit, Validation, tiergestützte Interventionen. Für das mittelgradige Stadium eignen sich kognitives Training, körperliche Aktivität, Erinnerungstherapie, Validation, tiergestützte Interventionen und Snoezelen. Für die schwere Form der Demenz kann körperliche Aktivität, Erinnerungstherapie, Validation, tiergestützte Interventionen und Snoezelen angewendet werden (vgl. Stechl et al. 2012, S.83).

7.3 Biographiearbeit

Biographie ist die individuelle Beschreibung des eigenen Lebens und persönlicher Erinnerungen. Dies ist für die erkrankte Person von besonderer Bedeutung und mit starken Gefühlen verbunden. Das Leben wird beeinflusst durch die eigene Vergangenheit. Demenzkranke Menschen sollten daher im Kontext ihrer Biographie verstanden werden, denn daraus lassen sich viele ihrer Bedürfnisse erfahren und erklären. Durch immer stärkere Einschränkungen des Gedächtnisses wird nach und nach auch die eigene Biographie vergessen. Dadurch verlieren die Betroffenen die Möglichkeit sich selbst positive Erlebnisse zu verschaffen. Das Wohlbefinden nimmt ab. Die Biographie ist auch sehr bedeutsam um die Identität der demenzkranken Menschen zu bewahren. Die Identität, das Selbst, nährt sich aus dem autobiographischen Gedächtnis. Das Ziel der Biographiearbeit ist die Erfassung der Lebensgeschichte um die Bedürfnisse der Betroffenen zu kennen um daraus Aktivitäten und Maßnahmen für die Pflege und Betreuung schlussfolgern zu können (vgl. Berendonk et al. 2011, S.13).

Die Methode nutzt den Umstand, dass die Inhalte aus dem Langzeitgedächtnis noch lange abrufbar sind, besonders dann, wenn sie mit positiven Emotionen verknüpft sind. An biographische Ereignisse soll gezielt im Gruppensetting erinnert werden. Auf Defizite wird nicht hingewiesen und Aussagen werden nicht verbessert (vgl. Stechl et al. 2012, S.91-92).

7.3.1 Reminiszenztherapie

Die S-3-Leitlinie für Demenzen, empfiehlt in ihren Leitlinien für Diagnostik und Therapie den Einsatz der Reminiszenztherapie. „Reminiszenzverfahren können in allen Krankheitsstadien aufgrund von Effekten auf die kognitive Leistung, Depression und lebensqualitätsbezogene Faktoren zur Anwendung kommen“ (Deuschl; Maier 2016, S.87).

Der Begriff Reminiszenz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet sich erinnern. In der Bundesrepublik wird dieses Verfahren in der Altenpflege angewendet. Es gibt verschiedene Formen der Durchführung: die einfache, evaluative und offensiv-defensive Reminiszenz. Die einfache Reminiszenz gibt die Vergangenheit informativ wieder. Die evaluative Reminiszenz versteht sich als Therapie. Die offensiv-defensive Reminiszenz sucht gezielt nach negativen Erinnerungen um diese zu bearbeiten. Bei den Verfahren werden möglichst viele Sinne angeregt (vgl. Kastner; Löbach, 2014, S.74-75). Begründer der Reminiszenztherapie ist der Psychiater Robert N. Butler. Das Konzept wurde als Therapieprogramm für psychisch kranke Menschen entworfen. Grundlage dafür ist das Modell von Erickson der lebenslangen Identitätsentwicklung. Die Zielsetzung der Reminiszenztherapie ist es, durch das systematische Erinnern, das erlangte Wissen psychotherapeutisch aufzuarbeiten. Dieses Verfahren geht von

der Annahme aus, dass Personen, die sich im letzten Lebensabschnitt befinden, viel mit ihrer Biographie beschäftigen, sie ziehen Bilanz. Für die Arbeit mit demenzkranken Menschen gibt es eine Weiterentwicklung der Methode (vgl. Perrar et al. 2011, S.249).

7.3.2 Biographiearbeit

Die Biographiearbeit ermöglicht es den Mitarbeitern auf Interessen, Wünsche und Abneigungen einzugehen. Aber vorhandene Kenntnisse um die Lebensgeschichte sind nicht ausreichend, sie müssen sich auch in individuellen Angeboten widerspiegeln. Die Biographie ist eine wertvolle Ressource für Gespräche, Angebote und Pflegemaßnahmen. Um Beziehungen zu demenzkranken Menschen anzubahnen ist biographisches Wissen für die Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen bedeutsam. Bei Betroffenen, die sich nur noch eingeschränkt äußern können, besteht die Möglichkeit gemeinsam Fotoalben oder Ähnliches anzuschauen. Bei der Erfassung der Biographie sind die Angehörigen eine wichtige Quelle. Für die Angehörigen kann dies ein Perspektivenwechsel bedeuten. Die Stärken der Betroffenen werden wieder sichtbar. Demenzkranke Menschen im Anfangsstadium erfahren Anerkennung beim biographischen Erzählen, dies kann ihr Wohlbefinden steigern. Aber die Vergangenheit kann auch negative Gefühle hervorrufen. Weil die Betroffenen sich überfordert fühlen oder weil ihnen bewusst wird, dass sie jetzt hilfebedürftig sind. Erinnerungen, die oft wiederholt werden, haben eine besondere emotionale Bedeutung, im positiven und / oder negativen Sinne (vgl. Berendonk et al. 2011, S.15-16).

Wenn Betroffene über bestimmte Themen nicht sprechen wollen, sollte dies akzeptiert werden. Es kann sich dabei um traumatische Erlebnisse handeln. Einige Erinnerungen könnten die Schweigepflicht oder die Intimsphäre verletzen. Die Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen sollten sich daher auf Themen begrenzen, die von den Betroffenen selbst angesprochen werden. Für die Biographiearbeit sollte ausreichend Zeit und Raum zur Verfügung stehen. Informationen, die Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen im Vertrauen erhalten, sollten keinen Eingang in die Dokumentation finden (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.73-74).

Drei mögliche Verfahren der Biographiearbeit sind die Erinnerungsarbeit, der biographische Dialog und der Kompetenzdialog. Bei der Erinnerungsarbeit geht es um eine sehr genaue Rekonstruktion der Biographie. Beim biographischen Dialog erzählt der Betroffenen z.B. Mitbewohnern von seinen Erlebnissen. Der Kompetenzdialog ist auf die Zukunft ausgerichtet. Den Anwendern müssen Bewältigungsstrategien der Betroffenen bekannt sein. Durch vorhandene Kompetenzen soll die Selbstständigkeit gefördert und erhalten werden (vgl. Perrar et al. 2011, S.245-246).

7.4 Validation

Die Konzepte der Validation nach Feil und Richard beruhen auf der Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers. Feil unterteilt die Demenz in vier Phasen: mangelhafte Orientierung, Stadium der Zeitverwirrtheit, Stadium der monotonen wiederholenden Bewegungen und das Stadium des Vegetierens. Für jede Phase werden verschiedene kommunikative Methoden und Deutungsmuster empfohlen. Werden die Kontroversen der Vergangenheit durch die Validation bereinigt, wird nach Feil die Verwirrtheit gestoppt (vgl. Perrar et al. 2011, S.235-236).

Naomi Feil versteht Demenz als das Ergebnis unterdrückter Konflikte, Verluste der Vergangenheit oder unvollendete Lebensaufgaben. Nicole Richard folgt den medizinischen Erkenntnissen und begreift Demenz als hirnorganische Erkrankung. Im Zentrum der Validation steht das Erlernen von Gesprächstechniken, die es erlauben, die Realität des Betroffenen anzunehmen ohne sie verbessern zu wollen. Die Haltung der Anwender ist bei dieser Methode elementar, sie ist geprägt von einer unbedingten Wertschätzung gegenüber den Emotionen der demenzkranken Menschen. Die Zielsetzung ist, bestehende Ressourcen zu fördern. Durch dieses Verfahren wird den demenzkranken Menschen Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Die Anwender ermitteln die bestehenden Gefühle, geben ihnen Raum und spiegeln sie verbal oder nonverbal. Dadurch werden negative Gefühle abgeschwächt. Validation wird oft in Kombination mit Biographiearbeit angewendet. Dadurch wird das aktuelle Verhalten der Betroffenen schlüssig (vgl. Stechl et al. 2012, S.93).

Das Konzept wurde weiterentwickelt von Nicole Richard und nennt sich Integrative Validation (IVA). Der Kern der Methode ist, den emotionalen Inhalt von Aussagen mehr Bedeutung beizumessen als dessen Wahrheitsgehalt. Zu Beginn konzentrieren sich die Anwender darauf, die Gefühle zu erkennen, sie wertzuschätzen und sie nicht für ungültig zu erklären. Die IVA geht davon aus, dass selbst im fortgeschrittenen Stadium der Demenz noch gute Kompetenzen im sozialen und emotionalen Bereich vorhanden sind. Kontakte und Kommunikation, die auf diese Fähigkeiten aufbauen, haben immer noch einen großen Stellenwert (vgl. Schwarz 2009, S. 71). Bei der IVA stehen die Ressourcen der demenzkranken Menschen im Zentrum der Kommunikation. Zu den Ressourcen zählen Emotionen und Antriebe (Werte) (vgl. Perrar et al. 2011, S.236).

7.5 Basale Stimulation und Snoezelen

Infolge von Reizarmut und den zunehmenden Einschränkungen durch die Demenzerkrankung lässt die Wahrnehmung der Sinne nach. Viele Betroffene gleichen diesen Verlust durch

Autostimulationen oder unangemessene Verhaltensweisen aus. Auf dieses Verhalten kann mit gezielter Stimulation reagiert werden (vgl. Radenbach 2014, S.106).

7.5.1 Basale Stimulation

„Einfühlsame Berührungen fördern das Wohlbefinden“ (Brandt 2015, S.166).

Das Konzept der basalen Stimulation hat Andreas Fröhlich für schwerst mehrfach behinderte Kinder erarbeitet. Für die Anwendung bei pflegebedürftigen Personen wurde diese Methode durch Christel Bienstein in Kooperation mit Andreas Fröhlich weiterentwickelt. Im Mittelpunkt steht eine Haltung die von Offenheit und Annahme geprägt ist. Das Ziel ist dem demenzkranken Menschen vielfältige und individuell angepasste Reize anzubieten. Durch die verschiedenen sensorischen Reize werden möglichst viele Sinne angeregt. Dadurch wird den Betroffenen ermöglicht sich selbst und ihr Umfeld wieder besser wahrzunehmen. Das "Jetzt" hat dabei Priorität und es gibt keinen Erfolgsdruck. Zur basalen Stimulation gehören unterschiedlichste Methoden wie entspannende oder aktivierende Waschungen oder Massagen (vgl. Brandt 2015, S.165-166).

Besonders demenzkranke Menschen im fortgeschrittenen Stadium profitieren von diesem Konzept, da es die Wahrnehmung in besonderer Weise fördert. Grundlage für den Ansatz sind Erkenntnisse aus der Wahrnehmungspsychologie. Jeder Mensch, auch wenn er stark eingeschränkt ist, steht durch seinen Körper mit seiner Umwelt im Kontakt. Berührungen sind elementare Kontaktmöglichkeiten. Es besteht eine enge Verbindung zwischen Berührungen und Emotionen. Wahrnehmungsförderung kann über Schmecken, Riechen, Sehen, Hören oder das Greifen erfolgen. Vibrationen werden vom ganzen Körper wahrgenommen (vgl. Brandt 2015, S.166-167).

Durch anregende sensorische Angebote wird auch das Gehirn aktiviert. Waschungen oder Massagen fördern die Wahrnehmung für Körperteile und Körpergrenzen. Dies bewirkt eine Verbesserung der Körperintegration und von Identitätserleben. Einfühlsame Berührungen führen nicht nur zur Entspannung sondern auch zur Ausschüttung von Dopamin und Oxytocin sowie zur Anregung des limbischen Systems (vgl. Schwarz 2009, S.105-106). Durch einfühlsame Berührungen wird die Gelegenheit für einen nonverbalen Dialog ermöglicht. Die Nähe zu anderen Personen wird als angenehm wahrgenommen. Viele Betroffene reagieren auf dieses Angebot mit Beruhigung und Wohlbefinden. Besonders wenn Betroffene sich nicht mehr selbst bewegen können, kann durch die Berührung von außen das Körpergefühl erhalten oder gefördert werden. Die Berührungen sollten gezielt und mit leichtem Druck ausgeführt werden. Berührungen die nur flüchtig erfolgen, werden von den Betroffenen nicht wahrgenommen

oder sind ihnen unangenehm. Sehr wichtig ist, wenn Betroffene mit Ablehnung auf Berührung reagieren, das Angebot sofort abubrechen (vgl. Radenbach 2014, S.107-108).

7.5.2 Snoezelen

Die S-3-Leitlinie für Demenzen, empfiehlt in ihren Leitlinien den Einsatz von multisensorischen Verfahren. „Multisensorische Verfahren (Snoezelen) mit individualisierten, biographiebezogenen Stimuli im 24-Stunden-Einsatz können geringe Effekte auf Freude und Aktivität bei Patienten mit moderater bis schwerer Demenz haben. Sie können empfohlen werden“ (Deuschl; Maier 2016, S.92).

Snoezelen ist eine Methode die das Ziel hat, schwer beeinträchtigte Personen zu entspannen und auch zu aktivieren. Das Konzept wurde ursprünglich als Aktivität für schwer behinderte Menschen entworfen und wird nun auch immer häufiger in der Betreuung von demenzkranken Menschen eingesetzt. Snoezelenräume lassen sich facettenreich einrichten und sollten viele sensorische Reize bieten. Dies können Lichteffekte, Abspielgeräte für Geräusche, Entspannungsmusik oder Düfte sein. Oder auch Gegenstände, die verschiedene haptische Reize bieten. In den Räumen soll ein Milieu geschaffen werden, in dem sich die Betroffenen wohl fühlen und angstfrei sind. Bei der Durchführung ist darauf zu achten, dass die Betroffenen keine Reizüberflutung erleben und sie keinen angsterregenden Reizen ausgesetzt werden. Dies kann beispielsweise ein dunkler Raum auslösen, der die Erinnerung an Kriegserlebnisse aktiviert (vgl. Stechl et al. 2012, S.95-96).

Eine Studie hat sich mit der Wirkung von Snoezelen auf ältere und demenzkranke Menschen beschäftigt. Dieses wissenschaftlich begleitete Snoezelenprojekt wurde im Rotkreuzheim Regensburg mit einer Interventionsgruppe, einer Kontrollgruppe und einer Intensivgruppe durchgeführt. In der Interventionsgruppe sind 25 Teilnehmer / Teilnehmerinnen, 50% davon mit demenziellen Erkrankungen. Die Teilnehmer / Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe erhielten die 10-Minuten-Aktivierung. Es wurden fünf Teilnehmer / Teilnehmerinnen aus der Interventionsgruppe entnommen, bei denen die Intervention häufiger angewendet wurde. Sie wurde als Intensivgruppe bezeichnet und die Teilnehmer / Teilnehmerinnen erhielten mehrmals die Woche Snoezeleneinheiten. Alle Teilnehmer / Teilnehmerinnen dieser Gruppe sind demenzkrank (vgl. Dalferth, 2003, S.33). Die Interventionen der jeweiligen Gruppen wurden über einen Zeitraum von anderthalb Jahren dokumentiert und begleitet (vgl. Dalferth, 2003, S.36). In der Kontrollgruppe sind 17 Teilnehmer / Teilnehmerinnen (vgl. Dalferth, 2003, S.37). Vorab wurde eine Problem- und Ressourcenanalyse erstellt um die Snoezeleneinheiten an die Kompetenzen und Ressourcen der einzelnen Betroffenen anzupassen (vgl. Dalferth 2003, S.34). Die Studie kommt im Ergebnis zu folgender Empfehlung: Snoezelen ist eine

anwendbare Methode bei demenzkranken Menschen und kann erheblich positive Effekte auslösen. Die Wirkung ist abhängig von den Lebensumständen in der Senioreneinrichtung, den Beziehungen zu den Anwendern, der Methodik, dem Snoezelenraum und dem Lebensalter der Teilnehmer / Teilnehmerinnen (vgl. Dalferth 2003, S.84-93).

7.6 Kognitives Training

Die S-3-Leitlinie für Demenzen empfiehlt in ihren Leitlinien für Diagnostik und Therapie den Einsatz von kognitivem Training. „Es gibt Evidenz für die Wirksamkeit von kognitiver Stimulation auf die kognitive Leistung bei Patienten mit leichter bzw. moderater Demenz. Kognitive Stimulation sollte empfohlen werden“ (Deuschl; Maier 2016, S.87).

„Als kognitive Prozesse gelten Intelligenz, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Denken, Gedächtnis und Sprache“ (Perrar et al., 2011, S.225). Kognitive Kompetenzen sind ursächlich dafür, wie eine Person mit Umweltreizen umgeht und ob sie unterschiedliche Entscheidungen treffen kann. Die Herausforderung bei kognitivem Training ist, die Teilnehmer weder zu über- noch zu unterfordern, denn dies würde bei allen Beteiligten Frustration auslösen. Aus Frustration kann sich auch Aggression entwickeln (vgl. Perrar et al. 2011, S.225-226).

7.6.1 Gedächtnistraining

Franziska Stengel entwickelte verschiedene Verfahren von kognitiven Trainings für demenzkranke Menschen. Synonym werden die Bezeichnungen Hirnleistungstraining oder Gehirnjogging gebraucht. Das Hirnleistungstraining wirkt stärker im kristallinen Gedächtnis als im Fluiden. Das fluide Gedächtnis speichert Erfahrungswissen und das kristalline Gedächtnis dagegen Problemlösestrategien. Es lassen sich auch Effekte auf alltagspraktische Fähigkeiten registrieren. Besonders effizient sind Verfahren die körperliches und kognitives Training verbinden (vgl. Perrar et al. 2011, S.227).

Von Erfolg beim Hirnleistungstraining kann gesprochen werden, wenn kognitive Kompetenzen erweitert oder rekonstruiert werden können. Dies ist bei demenzkranken Menschen kaum möglich und daher ist dieses Verfahren nur bei beginnender Demenz ratsam. Falls Betroffene mit Verunsicherung oder Negativerlebnissen reagieren, sollte vom kognitiven Training Abstand genommen werden. Gedächtnistraining sollte daher bei dieser Zielgruppe als Training des bestehenden Wissens verstanden werden. So ist es eine empfehlenswerte Methode mit der Zielsetzung Abbauprozesse zu verzögern und Gedächtnisleistungen zu erhalten (vgl. Radenbach 2014, S.47).

Das Kurzzeitgedächtnis ist bei demenzkranken Menschen als erstes von den kognitiven Abbauprozessen betroffen, daher steht beim Gedächtnistraining die Förderung des

Langzeitgedächtnisses im Mittelpunkt. Die Teilnahme soll für die Betroffenen spielerisch und stressarm sein. Personen mit mittelschwerer Demenz können noch Sprichwörter ergänzen und kurze Sätze lesen. Die Lesefähigkeit besteht noch wesentlich länger als die Fähigkeit zu rechnen (vgl. Radenbach 2014, S.47-48).

Damit Gedächtnistraining für die Betroffenen ein Erfolgserlebnis ist, sollten alle Teilnehmer die gleichen Kompetenzen haben. Dies gelingt, wenn Aktivitäten nicht zu einfach oder zu kindlich sind. Sie sollten sensorisch anregend sein (vgl. Schwarz 2009, S.62-63). Wenn das kognitive Training individuell an die Patienten angepasst wird, sind Effekte bei leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Krankheit festzustellen. Kognitive Trainings, bei denen alle Teilnehmer die gleichen Aufgaben bekommen, haben keine empirisch belegten Effekte. Der Nachteil von Gruppenangeboten ist, dass nicht auf individuelle kognitive Kompetenzen eingegangen wird und die Inhalte selten auf den Alltag übertragbar sind. Gedächtnistherapie kann erfolgreich sein, wenn sie die Einschränkungen aufgrund der Alzheimer-Krankheit berücksichtigt. Das Angebot sollte problemorientiert sein, eine subjektive Bedeutung für die Person haben und keine Defizite aufzeigen. Um eine individuelle Anpassung des Angebotes zu gewährleisten wird zunächst eine Anamnese durchgeführt. Demenzkranke Menschen haben eine höhere Motivation für die Gedächtnistherapie wenn sie bei Erfolg des Angebotes im Alltag wieder selbstständiger sind oder wieder einer Freizeitaktivität nachgehen können (vgl. Werheid; Thöne-Otto 2006, S.549-550).

7.6.2 Kognitive Anregung (CST)

Das Konzept der kognitiven Anregung kommt aus dem Englischen und ist dort unter dem Begriff "Cognitive Stimulation Therapy" bekannt. Es ist eine der wenigen Methoden, deren Effekt empirisch belegt ist. Hier handelt sich um ein Gruppenangebot speziell abgestimmt auf demenzkranke Menschen, die noch kommunizieren können. Das Programm besteht aus 14 Einheiten von je 45 Minuten binnen sieben Wochen. Für die einzelnen Einheiten werden unterschiedliche Themengebiete ausgewählt, die für die Betroffenen attraktiv sind und die verbleibenden kognitiven und physischen Kompetenzen sowie die Kreativität fördern. Personen, die dieses Programm durchführen, verpflichten sich den 12 Grundsätzen des CST, wie beispielsweise Respekt oder die Berücksichtigung der Individualität der Teilnehmer / Teilnehmerinnen (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.166-167).

Die Personen, die das Angebot durchführen, benötigen keine besonderen Fortbildungen und keine speziellen Materialien. Diese Methode wird von zwei Personen zweimal die Woche durchgeführt. Das Programm baut auf einer Literaturrecherche über effiziente Demenzbetreuung auf. Anschließend wurde es in einem Forschungsvorhaben überprüft. An

dem Forschungsprojekt beteiligten sich über 200 demenzkranke Menschen aus Seniorenheimen und Tagesstätten. Diese wurden zufällig der Interventions- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Betroffene bestätigten danach eine höhere Lebensqualität als vor dem Programm. Zusätzlich hatten die Teilnehmer / Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe bessere Werte bei den kognitiven Tests (vgl. Spector; Müller-Hergl 2012, S.15-16).

7.7 Milieuthherapie

Der Begriff Milieuthherapie geht auf den Psychiater Wilfred Bion zurück, dieser praktizierte diese Methode in Form eines gemeinsamen therapeutischen Prozesses in einer vorübergehenden Lebensgemeinschaft. Die Bezeichnung Milieuthherapie im Bereich der Demenzbetreuung wird sehr variabel benutzt. Mal ist damit ausschließlich der äußere Rahmen gemeint, mal handelt es sich um eine Vielzahl von Einzelinterventionen. Das Milieu umfasst die Räumlichkeiten, Tagesstruktur und Beziehungen zu den Mitmenschen. Das gesamte Milieu soll es sich zur Aufgabe machen, auf die Bedürfnisse und Einschränkungen der demenzkranken Menschen einzugehen. Wichtigster Baustein des Konzeptes ist, dass die Institution als therapeutisch nutzbringend verstanden wird, indem sie Vertrauen schafft und normalisierend wirkt. Beteiligt an dem Milieu sind alle Personen, die dort arbeiten und die Betroffenen, die dort leben (vgl. Staack; Gust 2015, S.28-29). Der Begriff Soziotherapie wird oft gleichbedeutend mit Milieuthherapie verwendet. Das Ziel ist, Symptome zu mindern und alltagspraktische Kompetenzen zu fördern (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.75-76).

Das Milieu wirkt auf die Psyche und wird in der Milieuthherapie bewusst gestaltet. Die Räumlichkeiten werden barrierefrei gestaltet, geben Möglichkeiten zum Ausruhen, sind ausreichend ausgeleuchtet und die Einrichtung sorgt für eine angenehme Atmosphäre. Die Beziehungen zu den Betroffenen sollten geprägt sein durch Wertschätzung und Zuwendung. Die Betroffenen werden in ihren Wahrnehmungen nicht berichtigt. Zusätzlich gibt es ein großes Angebot von unterschiedlichsten Aktivitäten. Die respektvolle Beziehung zu den Betroffenen ist der zentrale Punkt der Milieuthherapie. Das Umfeld und die Tagesstruktur sind so strukturiert, dass kein Stress aufkommt (vgl. Perrar et al. 2011, S.258-259).

Die Räumlichkeiten sind so gestaltet, dass sie den Betroffenen die Gelegenheit bieten, ihrem Bewegungsdrang nachzugehen. Eine vertraute Umgebung kann geschaffen werden, indem die Patienten sich mit persönlichen Gegenständen und Mobiliar einrichten. Demenzkranke Menschen mögen taktile Reize, dieses Bedürfnis kann durch Tücher, Stofftiere oder Ähnlichem befriedigt werden (vgl. Schaade 2016, S.6). Eine ausreichende Ausleuchtung der Räume hat viele positive Effekte: sie unterstützt den Tag-Nacht-Rhythmus, vermindert die Sturzgefahr, wirkt stimmungsaufhellend und reduziert Ängste. Viele Seniorenheime haben zu geringe

Lichtstärken. Um die beschriebenen Wirkungen zu erzielen muss eine Helligkeit von 300 bis 500 Lux montiert werden. Die Räume sollten blendfrei und gleichmäßig beleuchtet sein (vgl. Perrar et al. 2011, S.262).

„Farbe ist eine Sinnesempfindung und keine physikalische Eigenschaft eines Gegenstandes, sie berührt uns Menschen“ (Perrar et al. 2011, S.262). Richtig eingesetzt können Farben Orientierung bieten und sich positiv auf den Gemütszustand auswirken. Senioren favorisieren helle Farben und warme Pastelltöne. Kräftige Farben sollten nur auf kleinen Flächen angewendet werden (vgl. Perrar et al., 2011, S.262-263).

Das Personal kann Sicherheit schaffen durch bekannte Rituale und Abläufe. Ein geringer Geräuschpegel trägt zu einer verminderten Aggressivität bei. Verlässlichkeit bedeutet auch eine Beständigkeit bei den Bezugspersonen. Die Umgebung sollte die Gelegenheit zur Betätigung bieten. Das Ordnungssystem der demenzkranken Menschen ist zu akzeptieren. Das Personal sollte nicht aufräumen oder Schränke abschließen. Das "Räumen" der Betroffenen stellt für sie eine sinnvolle Tätigkeit dar. Die demenzkranken Menschen im fortgeschrittenen Stadium mögen Gegenstände, die ihre sensorische Wahrnehmung anregt (vgl. Schwarz 2009, S.93-94).

7.8 Körperliches Training

Die S-3-Leitlinie für Demenzen empfiehlt in ihren Leitlinien für Diagnostik und Therapie den Einsatz von körperlichem Training. „Es gibt Hinweise, dass körperliche Aktivierung positive Wirksamkeit auf kognitive Funktionen, Alltagsfunktionen, psychische und Verhaltenssymptome, Beweglichkeit und Balance hat. Körperliche Aktivität sollte empfohlen werden“ (Deuschl; Maier 2016, S.90).

Aufgrund der Demenz kommt es zu motorischen Störungen wie Minderung der Kraft oder abnehmende Aufmerksamkeit. Dies führt zu einer erhöhten Gefährdung für Stürze. Daher verfolgt körperliches Training die Zielsetzung, Bewegungen des Alltags zu festigen und Mobilität, Gleichgewicht und Kraft zu steigern, was zu einer Zunahme des Wohlbefindens führt (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.78-79).

Damit demenzkranke Patienten und Patientinnen für Sport motiviert werden können, sollte das Angebot auch die Gelegenheit für Begegnungen bieten, Betreuer / Betreuerinnen sind beteiligt und das Angebot sollte der Hausarzt / die Hausärztin gezielt befürworten. Zudem spielt der Ort, die Zeit und die Intensität eine wichtige Rolle (vgl. Kressig 2017, S.119).

Bewegung verbessert die Stimmung und bietet die Möglichkeit für die Beteiligten sich als Teil einer Gruppe wahrzunehmen. Durch eine Verbesserung der Durchblutung im Gehirn werden Demenzsymptome gehemmt. Aufgrund von Immobilität nimmt die Körperwahrnehmung ab. Körperliche Aktivität regt das prozedurale Gedächtnis an, Bewegungsabläufe bleiben länger erhalten. Bei den Bewegungsangeboten muss darauf geachtet werden Überforderung zu vermeiden. Außerdem sollte das Personal keine Erwartung in Form von Fortschritten hegen (vgl. Radenbach 2014, S.71-72). Regelmäßiges körperliches Training zählt zu den bedeutsamsten Maßnahmen gegen altersbedingte Beschwerden sowohl präventiv also auch symptomatisch. Bei körperlicher Aktivität geht es nicht nur um Verbesserung der Kondition, auch die Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit wird gemildert. Finden die Angebote unter freiem Himmel statt, profitieren die Teilnehmer zusätzlich vom Tageslicht. Die Gefahr von Stürzen ist bei Demenz stark erhöht, daher ist deren Prophylaxe elementar. Körperliche Aktivität unterstützt auch einen natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus und beeinflusst Emotionen und Apathie positiv. Obwohl die beschriebenen Wirkungen von Bewegung bekannt sind, wird dies in Senioreneinrichtungen kaum umgesetzt (vgl. Staack; Gust 2015, S.134-135).

7.9 Ergo-, Physio- und Logopädie

Die S-3-Leitlinie für Demenzen empfiehlt in ihren Leitlinien für Diagnostik und Therapie den Einsatz von Ergotherapie. „Es gibt Evidenz, dass ergotherapeutische, individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbeziehung der Bezugsperson zum Erhalt der Alltagsfunktionen beitragen. Der Einsatz sollte angeboten werden“ (Deuschl; Maier 2016, S.89).

„Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten“ (Perrar et al., 2011, S.216). Ergotherapie ist eine von den Krankenkassen anerkannte Therapiemethode und kann daher vom Arzt verordnet werden. Auch hier stehen zu Beginn der Erkrankung die Förderung von Fähigkeiten des Alltags und der Kognition im Vordergrund. Im Verlauf geht es dann um Erinnerungsarbeit, Orientierung oder der Verminderung von begleitenden Symptomen (vgl. Kastner; Löbach, 2014, S.77). Die Ergotherapie hat die übergeordnete Zielsetzung, dass alltagsbezogene Tätigkeiten länger durchgeführt werden können. Diese Therapiemaßnahme ist während des gesamten Verlaufes der Erkrankung von Vorteil, die Therapieziele müssen aber auf die Ressourcen des Betroffenen abgestimmt sein (vgl. Stechl et al. 2012, S.90).

Die Physiotherapie ist ebenfalls eine anerkannte Therapiemethode und kann vom Arzt verschrieben werden. Die Physiotherapie umfasst vielfältige Verfahren wie Krankengymnastik oder unterschiedlichste Massagen. Bei demenzkranken Menschen liegt die Zielsetzung in der Förderung von Mobilität, Orientierung und / oder Aufmerksamkeit. Zunächst ist das Ziel durch Bewegung den Antrieb und die Kognition zu verbessern. Im fortschreitenden Verlauf steht der Erhalt von Fähigkeiten im Mittelpunkt. Dazu zählen die Förderung von Mobilität und Gleichgewicht und der Prophylaxe hinsichtlich Stürzen / Kontrakturen (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.77).

Die Logopädie ist als Heilmittel anerkannt und kann daher verordnet werden. Die Logopädie befasst sich in erster Linie mit der Therapie von Sprachstörungen. Bei demenzkranken Menschen steht die Behandlung von Schluckstörungen im Mittelpunkt. Die Zielsetzung dieser Therapiemethode ist, auf den Einsatz von Ernährungssonden möglichst zu verzichten (vgl. Kastner; Löbach 2014, S.77-78).

7.10 Musiktherapie

„Es gibt Hinweise, dass aktive Musiktherapie günstige Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit Demenz hat, insbesondere auf Angst. Musiktherapie kann bei psychischen und Verhaltenssymptomen bei Alzheimer-Demenz angeboten werden. Rezeptive Musiktherapie, insbesondere das Vorspielen von Musik mit biographischem Bezug ("preferred music") kann geringe Effekte auf agitiertes und aggressives Verhalten haben. Sie kann empfohlen werden“ (vgl. Deuschl; Maier 2016, S.91).

Die Methode der Musiktherapie kann aktiv oder passiv angewendet werden: der ältere Mensch spielt selbst ein Instrument oder er hört sich eine CD mit seiner Lieblingsmusik an (vgl. Perrar et al. 2011, S.223). Bei älteren Menschen soll durch den Einsatz der Musiktherapie eine Reduzierung von Anspannung erreicht werden. Ein weiteres Ziel ist, das Gedächtnis zu fördern und dadurch Aufmerksamkeit und Orientierung zu verbessern. Musik löst Gefühle aus, außerdem findet sie auch in Gesellschaft statt, dies kann neue Beziehungen ermöglichen. Des Weiteren regt Musik Bewegung an (vgl. Perrar et al., 2011, S.223).

7.11 Tiergestützte Interventionen für ältere Menschen

Die im Kapitel 3.3. beschriebenen Effekte gelten natürlich ebenso für ältere Menschen. Sie profitieren von den tiergestützten Interventionen im Besonderen. Aufgrund ihrer Lebenssituation. Die Anzahl von alleinlebenden Senioren / Seniorinnen ist stark gestiegen, dieser Trend wird sich fortsetzen. Davon sind insbesondere Frauen nach Scheidung und Verwitwung betroffen (vgl. Olbrich; Ford 2003, S.306).

„Wahrscheinlich sind es auch Qualitäten des Denkens alter Menschen, ihrer Erfahrung, ihrer Kommunikation und ihrer sozio-emotionalen Teilhabe, die zum Verstehen der besonderen Beziehung zwischen alten Menschen und Tieren beitragen“ (vgl. Olbrich; Ford 2003, S.304).

Es existiert ein Missverhältnis zwischen den in Anspruch genommenen Hilfen und dem Bedürfnis alter Menschen nach tiefgehenden Beziehungen und dem Erfahren von Geborgenheit. Tiere entsprechen dem Wunsch alter Menschen nach positiver Zuneigung, die an keine Bedingungen geknüpft ist (vgl. Olbrich; Ford, 2003, S.306-307). Ältere Menschen machen die Erfahrung, dass es vergebens ist, sich an Mitmenschen zu wenden um sich den Wunsch nach Nähe, Wärme, Beziehung zu erfüllen. Aufgrund dessen entsteht ein inneres Arbeitsmodell, zukünftig Bedürfnisse nicht mehr mitzuteilen. Auf lange Sicht büßen sie dadurch die Empathie für eigene Bedürfnisse und für die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen ein. Erlebnisse mit Tieren und ihre Modellwirkung können nützlich sein um wieder eigene Bedürfnisse einzugestehen, sie mitzuteilen und teilweise zu befriedigen (vgl. Olbrich; Ford, 2003, S.316-317).

II. EMPIRISCHER TEIL

8. Empirische Erhebungen

Das Bezirksklinikum Mainkofen und die dortige Abteilung Gerontopsychiatrie als auch die Patienten und Patientinnen waren mir vor Beginn meiner Bachelorarbeit nicht bekannt. Bei den Abteilungen handelt es sich um geschlossene Stationen.

8.1 Methodik

8.1.1 Beobachtungen

Ich habe mich für eine systematische nicht-teilnehmende Beobachtung entschieden.

8.1.2. Interviews

Ich führe Leitfadengestützte Interviews mit der Hundeführerin und dem medizinischen / pflegerischen Personal der gerontopsychiatrischen Abteilungen im Bezirksklinikum Mainkofen durch. Die Leiterin der tiergestützten Interventionen vermittelte mir die Kontakte zu den Interviewpartnern. Die Interviews nehme ich mit zwei Smartphones auf und werte sie mit der Methodik der vergleichenden Auswertung aus. Meine Interpretation der Interviews erfolgt anhand des themenzentrierten komparativen Verfahrens. Die Kategorien entsprechen den Themenbereichen im Interview.

8.2 Entwicklung der Datenerhebungsvorlagen

8.2.1 Beobachtungen

Den Beobachtungsbogen habe ich entworfen, nachdem ich bei einer tiergestützten Aktivität (TGA) hospitierte. Daraus gewann ich die Erkenntnisse, die für die Struktur des Beobachtungsbogens grundlegend waren. Entscheidend sind die verbale Motivation und enge Begleitung der einzelnen Teilnehmer / Teilnehmerinnen durch den Hundeführer und die Betreuungskraft. Aus diesen Erkenntnissen erstellte ich den ersten Beobachtungsbogen. Nach den ersten Beobachtungen habe ich aufgrund meiner Erfahrungen einige Fragen ergänzt. Die Version 2 wurde von mir ab der vierten Beobachtung angewendet. Ich habe mich zunächst auf die Beobachtungsbereiche Reaktion auf den Hundeführer / Hundeführerin, Reaktion auf den Hund und Reaktion auf die Erklärungen / Anwesenheit der Betreuungskraft / Fachkrankenschwester / -pfleger festgelegt.

Am Anfang des Beobachtungsbogens erhebe ich einige allgemeine und krankheitsspezifische Daten zu den einzelnen Teilnehmern / Teilnehmerinnen, welche die Leiterin der tiergestützten Interventionen Frau Lederbogen ergänzte. Das Bezirksklinikum Mainkofen gab dafür seine informierte Zustimmung. Das kognitive Funktionsniveau gibt Auskunft über die Schwere der Demenz. Es wird durch den Mini-Mental-Status-Test erhoben. Dieser wurde im Kapitel 6.2. beschrieben. Die Störfaktoren wurden von mir mit einbezogen, da sie sowohl die Aufmerksamkeit und Konzentration der Teilnehmer / Teilnehmerinnen als auch des Hundes beeinflussen können.

8.2.2. Interviews

8.2.2.1 Interviewleitfaden

Die Fragen der Interviews unterscheiden sich bei der Hundeführerin und bei dem medizinischen / pflegerischen Personal, da sie in unterschiedlichen Funktionen in Mainkofen arbeiten und nur zu bestimmten Fragen Auskunft geben können. Bestimmte Fragekategorien sind bei allen Interviewpartnern gleich wie beispielsweise die Reaktionen der Patienten während der TGA. Die Fragekategorien (Reaktion auf Hundeführer, Hund und Betreuungskraft) habe ich teilweise von den Beobachtungsbögen übernommen und teilweise neu hinzugefügt. Die Kategorien in den Beobachtungsbögen sind durch meine Hospitation bei der TGA entstanden. Bei den Beobachtungen sind Fragen zur Klientel, zu Rahmenbedingungen und zu Effekten der TGA aufgekommen, denen ich durch die Interviews noch auf den Grund gehen möchte. Der Interviewleitfaden ist eine grobe Struktur, während der Interviews habe ich oft noch nachgefragt oder zusätzliche Fragen gestellt.

Einleitung der Interviews

Mein Name ist Susanne Ebers und ich bin Studentin der Sozialen Arbeit an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg. In meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit der Fragestellung inwieweit Tierbesuchsdienste in der Gerontopsychiatrie bei dementen Patienten / Patientinnen wirksam sind. Im Vorhinein habe ich bereits Beobachtungen der Tierbesuchsdienste auf den Stationen C6 EG und C6 OG vorgenommen. Um meine Beobachtungen zu erweitern und weitere Aspekte aufzunehmen, möchte ich Interviews durchführen.

Bei den Fragen handelt es sich um einen allgemeinen Fragenkatalog, es besteht daher die Möglichkeit, dass nicht alle Fragen auf Sie zutreffen.

Sehr geehrte Frau X / Herr Y ich möchte mich zuerst bedanken, dass Sie sich heute für mein Interview Zeit nehmen.

Wie vereinbart möchten ich Sie als Hundeführerin / Betreuungsassistentin / Arzt / Stationsleitung / Fachkrankenschwester bzw. Fachkrankenpfleger zum Thema der Wirkung vom Tierbesuchsdienst befragen. Für das Interview habe ich einen Leitfaden erarbeitet, an dem ich mich bezüglich meiner Fragen orientiere. Der Fragebogen beinhaltet Kategorien zu den Themen: Reaktion auf die Hundeführerin, Reaktion auf den Hund, Reaktion auf die Betreuungskraft / anwesende Fachkrankenschwester, Fragen zu allgemeinen Therapiemethoden und den dementen Patienten / Patientinnen.

Als Rahmen für das Interview habe ich eine halbe bis dreiviertel Stunde geplant und wie vereinbart nehme ich das Gespräch akustisch mit dem Aufnahmegerät auf, um es später auswerten zu können. Wenn es von Ihnen gewünscht ist, kürze ich Ihre Namen auf Einzelbuchstaben ab. Im Anschluss an die Studienarbeit werden alle Aufzeichnungen gelöscht.

Haben Sie noch Fragen bevor ich mit dem eigentlichen Interview beginne?

8.2.2.2 Fragen an die Hundeführerin

Fettgedruckte Fragen im Fragenkatalog sind bei allen Interviewpartnern übereinstimmend.

Allgemeine Fragen

1. Haben Sie eine Einweisung in Mainkofen für die Klientel demenzkranke Menschen erhalten?
2. Haben Sie Supervisionen / Austausch mit anderen Hundeführern / Hundeführerinnen über die Erfahrungen in Mainkofen?
3. Führen Sie auch Einzeleinheiten mit demenzkranken Menschen durch?

4. Haben Sie den Eindruck, dass die Wirkung der tiergestützten Aktivitäten (TGA) dadurch anders / intensiver ist?

Frage zur Stunde (TGA)

5. Seit wann führen Sie die Stunden durch?
6. Trainieren Sie andere Übungen mit dem Hund bei demenzkranken Patienten / Patientinnen im Vergleich zu anderer Klientel?
7. Haben Sie den Eindruck, dass durch ihre Einheiten die Patienten / Patientinnen verändert sind?
8. Welche Veränderungen beobachten Sie?
9. Was sollen einzelne Übungen bewirken?
- 10. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre verbale Motivation eine große Rolle spielt?**

Frage zur Klientel

- 11. Wie reagieren die Patienten / Patientinnen auf den Hund?**
- 12. Gibt es Patienten / Patientinnen die gar nicht auf den Hund reagieren?**
13. Wie gehen Sie mit Abneigungen von Klienten / Klientinnen gegenüber dem Hund um?
14. Verstehen die Klienten / Klientinnen Ihre Aufforderungen?
15. Haben Sie den Eindruck, dass ihr Hund die Klienten / Klientinnen emotional berührt (freuen sie sich über die Anwesenheit des Hundes)?
- 16. Haben Sie den Eindruck, dass der Hund schneller eine Beziehung zu den Klienten / Klientinnen herstellt, im Vergleich zu Ihnen?**
- 17. Zeigt die Klientel Verhaltensauffälligkeiten während Ihrer Einheiten (Unruhe, Aggressivität)?**
- 18. Ändert sich das, wenn die Patienten / Patientinnen öfter teilnehmen?**
- 19. Sind die Patienten / Patientinnen während Ihrer Einheiten aufmerksam? Ändert sich dies während der Einheit?**
- 20. Sind die Patienten / Patientinnen während Ihrer Einheiten wach und orientiert? Ändert sich dies während der Einheit?**
- 21. Wie reagieren die Patienten / Patientinnen auf Störfaktoren (Personal läuft durch den Raum, Anwesenheit von Besuch)?**

Frage zur Anwesenheit der Betreuungskraft

- 22. Haben Sie den Eindruck, dass die Anwesenheit der Betreuungskraft wichtig ist?**
- 23. Motiviert die Betreuungskraft die Klienten / Klientinnen zur Teilnahme?**

8.2.2.3 Fragen an den Arzt / Pflegepersonal

Fettgedruckte Fragen im Fragenkatalog sind bei allen Interviewpartnern übereinstimmend.

Allgemeine Fragen

1. Waren Sie einmal anwesend während eines Hundebesuchs auf der Station?

Frage zur Stunde (TGA)

2. Warum wurden TGA eingeführt?
3. Welche Effekte haben Sie sich davon für demenzkranke Menschen versprochen?
4. Sind diese Effekte eingetreten?
5. **Bemerken Sie eine Veränderung der Klienten / Klientinnen nach dem Besuch des Hundes?**
6. **Wenn ja, welche Veränderungen sind das?**
7. Halten diese Effekte im Verlauf der Woche an (z.B. wacher /aufmerksamer, weniger Verhaltensauffälligkeiten)?
8. **Reagieren alle Klienten / Klientinnen auf den Besuch?**
9. **Gibt es Unterschiede der Klienten / Klientinnen in der Reaktion auf den Hund?**
10. Woran könnte das liegen?
11. Nach welchen Faktoren werden die Patienten / Patientinnen für die TGA ausgesucht?

Wirkung der Hundeführerin und Betreuungskraft

12. **Haben Sie den Eindruck, dass die verbale Motivation der Hundeführerin eine wichtige Rolle spielt?**
13. **Haben Sie den Eindruck, dass die Anwesenheit der Betreuungskraft für die Motivation der Teilnehmer / Teilnehmerinnen eine wichtige Rolle spielt?**

Frage zur Klientel

14. Welche Schwere der Demenz haben Ihre Klienten / Klientinnen?
15. Welche Therapiemethoden stehen bei der Behandlung von Demenz im Vordergrund?
16. Wie sind die physischen / psychischen / sozialen Effekte der Therapiemethoden?
17. Wer führt die konservativen Therapiemethoden durch?
18. Gibt es regelmäßige Fortbildungen für konservative Therapiemethoden?
19. **Haben Sie den Eindruck, dass der Hund schneller eine Beziehung zu den Klienten / Klientinnen herstellt, im Vergleich zu Ihnen?**
20. **Zeigt die Klientel Verhaltensauffälligkeiten während der Einheiten (Unruhe, Aggressivität)?**

- 21. Ändert sich das, wenn die Patienten / Patientinnen öfter teilnehmen?**
- 22. Sind die Patienten / Patientinnen während der Einheiten aufmerksam? Ändert sich dies während der Einheit?**
- 23. Sind die Patienten / Patientinnen während der Einheiten wach und orientiert? Ändert sich dies während der Einheit?**
- 24. Wie reagieren die Patienten / Patientinnen auf Störfaktoren (Personal läuft durch den Raum, Anwesenheit von Besuch)?**

8.3. Vorgehensweise

8.3.1 Beobachtungen

Zunächst einige Bemerkungen zur Durchführung der Beobachtungen. Es sind immer mindestens drei Patienten oder Patientinnen anwesend. Aufgrund meiner Position als Beobachter ist es kaum möglich zu beobachten und gleichzeitig den Bogen auszufüllen. Bei über vier Teilnehmern ist es sehr schwierig alle Bögen komplett auszufüllen und dabei allen gerecht zu werden. Daher sind die Ergebnisse in den Beobachtungsbögen nur eine Momentaufnahme.

Die sechs Beobachtungseinheiten habe ich von August bis Oktober 2017 auf den Gerontopsychiatrischen Stationen C6 E und C6 O im Bezirksklinikum Mainkofen durchgeführt. Eine Einheit dauerte jeweils 30 Minuten. Die tiergestützten Aktivitäten (TGA) finden in einem separaten Raum statt, der von außen nicht zu öffnen ist. Die Patienten / Patientinnen sowie die Betreuungskraft sitzen im Kreis und die Hundeführerin mit ihrem Hund kommt dazu. Bei einigen Einheiten werden die Patienten / Patientinnen erst geholt. Ich halte mich im Hintergrund.

8.3.2 Interview

Postskriptum

Als gewünschte Interviewpartner habe ich das medizinisch / pflegerische Personal der Stationen ausgewählt und die Hundeführerin, da sie meiner Meinung nach am besten beurteilen können, inwieweit die Tierbesuchsdienste einen Effekt haben, wie die Rahmenbedingungen sind und wie die einzelnen tiergestützten Aktivitäten (TGA) ablaufen. Durch das Interview mit dem medizinisch / pflegerischen Personal und der Hundeführerin erhalte ich Einblicke von beiden Seiten der TGA. Interviews mit den Betroffenen habe ich aufgrund der starken geistigen Einschränkungen und insbesondere Einschränkungen der Erinnerungsfähigkeit ausgeschlossen.

Das erste Interview mit dem Oberarzt und der Stellvertretenden Stationsleitung fand in dem Aufenthaltsraum der Abteilung Gerontopsychiatrie des Bezirksklinikums Mainkofen statt. Dieser Raum wird auch für die tiergestützten Aktivitäten genutzt. In diesem Raum sind mehrere Tische mit Stühlen. Es bestand eine freundliche offene Interviewatmosphäre.

Das zweite Interview mit der Hundeführerin, Frau Grimm wurde im Büro von Frau Lederbogen geführt. Die Atmosphäre war entspannt und freundlich. Frau Lederbogen und der Therapiehund Mia waren ebenfalls anwesend. Frau Lederbogen ist die Leitung der tiergestützten Interventionen in Mainkofen. Die Hundeführerin, Frau Grimm und ich saßen uns an einem Beistelltisch gegenüber.

Das dritte Interview mit der 1. Stationsleitung, Herr Killinger, fand auch wie das erste Interview, in dem Aufenthaltsraum der Abteilung Gerontopsychiatrie des Bezirksklinikums Mainkofen statt. Es bestand eine freundliche offene Interviewatmosphäre. Im Anschluss an das Gespräch zeigte mir Herr Killinger die Station und nahm sich viel Zeit für meine Fragen.

Alle Interviews wurden von der Verfasserin geführt. Frau Lederbogen stellte sämtliche Kontakte her. Mit den Personen die mit einem Interview einverstanden waren, setzte ich mich in Verbindung um entsprechende Termine auszumachen.

8.4 Dokumentation der Datenerhebung

8.4.1 Beobachtungen

1. Beobachtung C6 E (09.08.17)

Anzahl anwesende Personen:

Gesamtanzahl	weiblich	männlich
4	3	1

Alter:

60-70	70-80	80-90	90-100
0	2	1	1

Art der Demenz:

Nicht näher bezeichnet	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	Keine Demenz
3	1	0	0

Kognitives Funktionsniveau:

leicht	mittel	schwer	keine Angabe
2	1	1	0

Einweisungsgrund:

Delir bei Demenz	Verwirrtheit	Aggression	
2	1	1	

Störfaktoren (09.08.17, C6 EG): Pfleger kommt in den Raum, lenkt den Hund ab, führt ein Gespräch mit einer Patientin

Tabelle 1: Beobachtung C6 E (09.08.17)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Reaktion auf Hundeführer				
Reagiert die Person auf verbale Ansprache?	4	0	0	0
Lässt er/ sie sich zur Teilnahme motivieren?	3	0	0	1
Möchte er/ sie den Raum verlassen?	1	0	0	3
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	4	0	0	0
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben durch?	3	0	1	0
Reagiert er/ sie positiv auf durchgeführte Aufgaben?	1	1	0	2

Ist er/ sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?	1	0	0	3
Reaktion auf Hund				
Reagiert die Person auf den Hund?	4	0	0	0
Lässt die Person den Kontakt zu?	2	0	2	0
Reagiert die Person mit Abneigung?	1	1	0	2
Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit?	2	0	0	2
Freut er/ sie sich über den Kontakt?	2	0	1	1
Streichelt er/ sie den Hund?	1	0	1	2
Lächelt er/ sie dabei?	1	0	1	2
Erzählt er/ sie von eigenen Erfahrungen?	2	0	1	1
Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk)				
Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?	1	0	0	3
Person fordert Erklärungen ein?	2	0	0	2

2. Beobachtung C6 O (09.08.17)

Anzahl anwesende Personen:

Gesamtanzahl	weiblich	männlich
4	2	2

Alter:

60-70	70-80	80-90	90-100
0	1	2	1

Art der Demenz:

Nicht näher bezeichnet	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	Keine Demenz
2	1	1	0

Kognitives Funktionsniveau:

Leicht	Mittel	Schwer	Keine Angabe
1	1	1	1

Einweisungsgrund:

Delir bei Demenz	Delir ohne Demenz	Depressives Syndrom	
2	1	1	

Störfaktoren (09.08.17, C6 OG): keine Betreuungskraft anwesend, Teilnahme + Motivation + Erklärung + Ablenkung durch anwesende Angehörige, gegen Ende der Einheit stößt eine Mitpatientin immer wieder mit dem Rollator gegen die Außenwände des Raumes

Tabelle 2: Beobachtung C6 O (09.08.17)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Reaktion auf Hundeführer				
Reagiert die Person auf verbale Ansprache?	4	0	0	0
Lässt er/ sie sich zur Teilnahme motivieren?	4	0	0	0
Möchte er/ sie den Raum verlassen?	1	0	0	3
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	3	0	0	1
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben durch?	3	1	0	0
Reagiert er/ sie positiv auf durchgeführte Aufgaben?	0	1	2	1

Ist er/ sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?	1	1	2	0
Reaktion auf Hund				
Reagiert die Person auf den Hund?	4	0	0	0
Lässt die Person den Kontakt zu?	4	0	0	0
Reagiert die Person mit Abneigung?	0	0	1	3
Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit?	0	0	1	3
Freut er/ sie sich über den Kontakt?	1	1	2	0
Streichelt er/ sie den Hund?	4	0	0	0
Lächelt er/ sie dabei?	3	0	0	1
Erzählt er/ sie von eigenen Erfahrungen?	1	0	0	3
Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk)				
Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?	-	-	-	-
Person fordert Erklärungen ein?	-	-	-	-

3. Beobachtung C6 E (16.08.17)

Anzahl anwesende Personen:

Gesamtanzahl	weiblich	männlich
4	3	1

Alter:

60-70	70-80	80-90	90-100
0	2	2	0

Art der Demenz:

Nicht näher bezeichnet	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	Keine Demenz
2	2	0	0

Kognitives Funktionsniveau:

leicht	mittel	schwer	keine Angabe
1	0	3	0

Einweisungsgrund:

Delir bei Demenz	Delir ohne Demenz	Aggression	Verwirrtheit
1	1	1	1

Störfaktoren (16.08.17, C6 EG): zwei Besucher, keine Betreuungskraft

Tabelle 3: Beobachtung C6 E (16.08.17)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Reaktion auf Hundeführer				
Reagiert die Person auf verbale Ansprache?	4	0	0	0
Lässt er/ sie sich zur Teilnahme motivieren?	3	0	0	1
Möchte er/ sie den Raum verlassen?	0	0	0	4
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	4	0	0	0
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben durch?	3	1	0	0
Reagiert er/ sie positiv auf durchgeführte Aufgaben?	0	0	1	3
Ist er/ sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?	4	0	0	0

Reaktion auf Hund				
Reagiert die Person auf den Hund?	3	1	0	0
Lässt die Person den Kontakt zu?	3	1	0	0
Reagiert die Person mit Abneigung?	0	0	0	4
Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit?	0	0	0	4
Freut er/ sie sich über den Kontakt?	1	1	2	0
Streichelt er/ sie den Hund?	2	1	1	0
Lächelt er/ sie dabei?	1	0	1	2
Erzählt er/ sie von eigenen Erfahrungen?	1	0	0	3
Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk)				
Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?	-	-	-	-
Person fordert Erklärungen ein?	-	-	-	-

4. Beobachtung C6 O (16.08.2017) (Beobachtungsbogen Version 2)

Anzahl anwesende Personen

Gesamtanzahl	weiblich	männlich
5	4	1

Alter:

60-70	70-80	80-90	90-100
1	2	2	0

Art der Demenz:

nicht näher bezeichnet	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	keine Demenz
3	1	0	1

Kognitives Funktionsniveau:

leicht	mittel	schwer	keine Angabe
0	2	2	1

Einweisungsgrund:

Delir bei Demenz	Delir ohne Demenz	Depressives Syndrom	
1	3	1	

Störfaktoren (16.08.17, C6 OG): keine Störfaktoren

Tabelle 4: Beobachtung C6 O (16.08.2017)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Reaktion auf Hundeführer				
Reagiert die Person auf verbale Ansprache?	5	0	0	0
Lässt er/ sie sich zur Teilnahme motivieren?	5	0	0	0
Möchte er/ sie den Raum zu Beginn verlassen?	0	0	0	5
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	5	0	0	0
Möchte er/ sie den Raum am Ende verlassen?	0	0	0	5
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	5	0	0	0
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben gleich durch?	5	0	0	0

Führt er/ sie die gestellten Aufgaben später durch?	5	0	0	0
Reagiert er/ sie positiv auf durchgeführte Aufgaben?	2	0	0	3
Ist er/ sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?	4	0	0	1
Ist er/ sie auch später aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm / ihr ist?	3	2	0	0
Reaktion auf Hund				
Reagiert die Person auf den Hund?	5	0	0	0
Lässt die Person den Kontakt zu?	5	0	0	0
Reagiert die Person mit Abneigung?	0	0	0	5
Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit?	0	0	0	5
Reagiert die Person mit Angst ?	1	0	0	4
Freut er/ sie sich über den Kontakt?	2	2	1	0
Streichelt er/ sie den Hund?	3	1	0	1
Lächelt er/ sie dabei?	1	1	0	3
Erzählt er/ sie von eigenen Erfahrungen?	1	0	0	4
Erzählt er /sie später von eigenen Erfahrungen?	0	0	0	5
Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk)				
Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?	1	0	0	4
Person fordert Erklärungen ein?	0	0	0	5

5. Beobachtung C6 E (04.10.2017)

Anzahl anwesende Personen:

Gesamtanzahl	weiblich	männlich
3	1	2

Alter:

60-70	70-80	80-90	90-100
0	3	0	0

Art der Demenz:

Nicht näher bezeichnet	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	Keine Angabe
1	1	0	1

Kognitives Funktionsniveau:

leicht	mittel	schwer	keine Angabe
0	1	2	0

Einweisungsgrund:

Delir bei Demenz	Wahn		
2	1		

Störfaktoren (04.10.17, C6 EG): Tür ist offen, Teilnehmer / Teilnehmerinnen kommen und gehen

Tabelle 5: Beobachtung C6 E (04.10.2017)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Reaktion auf Hundeführer				
Reagiert die Person auf verbale Ansprache?	3	0	0	0
Lässt er/ sie sich zur Teilnahme motivieren?	2	1	0	0
Möchte er/ sie den Raum zu Beginn verlassen?	1	0	0	2

Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	3	0	0	0
Möchte er/ sie den Raum am Ende verlassen?	2	0	0	1
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	2	0	0	1
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben gleich durch?	1	0	1	1
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben später durch?	1	0	0	2
Reagiert er/ sie positiv auf durchgeführte Aufgaben?	1	0	0	2
Ist er/ sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?	0	0	0	3
Ist er/ sie auch später aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm / ihr ist?	1	0	0	2
Reaktion auf Hund				
Reagiert die Person auf den Hund?	2	0	1	0
Lässt die Person den Kontakt zu?	2	0	0	1
Reagiert die Person mit Abneigung?	1	0	0	2
Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit?	0	0	0	3
Reagiert die Person mit Angst ?	1	0	0	2
Freut er/ sie sich über den Kontakt?	1	0	0	2
Streichelt er/ sie den Hund?	2	0	0	1
Lächelt er/ sie dabei?	0	1	0	2
Erzählt er/ sie von eigenen Erfahrungen?	1	0	0	2
Erzählt er /sie später von eigenen Erfahrungen?	2	0	0	1
Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk)				
Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?	1	0	0	2

Person fordert Erklärungen ein?	1	0	0	2
---------------------------------	---	---	---	---

6. Beobachtung C6 O (04.10.2017)

Anzahl anwesende Personen:

Gesamtanzahl	weiblich	männlich
4	4	0

Alter:

60-70	70-80	80-90	90-100
0	3	1	0

Art der Demenz:

Nicht näher bezeichnet	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	keine
0	3	0	1

Kognitives Funktionsniveau:

leicht	mittel	schwer	keine Angabe
0	1	2	1

Einweisungsgrund:

Delir bei Demenz	Suizidandrohung	Paranoide Schizophrenie	
2	1	1	

Störfaktoren (04.10.17, C6 OG): Person klopft von außen gegen die Tür

Tabelle 6: Beobachtung C6 O (04.10.2017)

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Reaktion auf Hundeführer				
Reagiert die Person auf verbale Ansprache?	4	0	0	0
Lässt er/ sie sich zur Teilnahme motivieren?	3	1	0	0
Möchte er/ sie den Raum zu Beginn verlassen?	2	0	0	2
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	4	0	0	0
Möchte er/ sie den Raum am Ende verlassen?	2	0	0	2
Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	3	0	1	0
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben gleich durch?	3	0	0	1
Führt er/ sie die gestellten Aufgaben später durch?	3	0	0	1
Reagiert er/ sie positiv auf durchgeführte Aufgaben?	1	2	0	1
Ist er/ sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?	2	0	0	2
Ist er/ sie auch später aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm / ihr ist?	2	0	0	2
Reaktion auf Hund				
Reagiert die Person auf den Hund?	4	0	0	0
Lässt die Person den Kontakt zu?	4	0	0	0
Reagiert die Person mit Abneigung?	0	0	0	4
Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit?	0	0	1	3
Reagiert die Person mit Angst ?	0	0	0	4
Freut er/ sie sich über den Kontakt?	3	1	0	0

Streichelt er/ sie den Hund?	4	0	0	0
Lächelt er/ sie dabei?	4	0	0	0
Erzählt er/ sie von eigenen Erfahrungen?	2	0	0	2
Erzählt er /sie später von eigenen Erfahrungen?	0	0	0	4
Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk)				
Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?	1	0	0	3
Person fordert Erklärungen ein?	0	0	0	4

Zusammenfassungen aller Beobachtungen

Die Gesamtanzahl der Teilnehmer / Teilnehmerinnen ist 24, die Mehrzahl ist weiblich.

Gesamtanzahl	weiblich	männlich
24	17	7

Die meisten Teilnehmer / Teilnehmerinnen zwischen 70 und 80 Jahre. Die zweitgrößte Gruppe ist zwischen 80 und 90 Jahre alt.

60-70	70-80	80-90	90-100
1	13	8	2

Bei der Art der Demenz haben die meisten Teilnehmer / Teilnehmerinnen eine nicht näher bezeichnete Demenz, die zweitgrößte Gruppe sind die Teilnehmer / Teilnehmerinnen mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ. Es gibt aber auch Teilnehmer / Teilnehmerinnen, bei denen keine Form von Demenz aber eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde.

nicht näher bezeichnet	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	keine
11	9	1	3

Beim kognitiven Funktionsniveau wird ersichtlich, dass die meisten Teilnehmer / Teilnehmerinnen sich im schweren Stadium der Demenz befinden. Die zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen ohne Angabe haben wahrscheinlich keine Demenz (siehe vorherige Angabe: Art der Demenz S.71).

leicht	mittel	schwer	keine Angabe
4	6	12	2

Der Einweisungsgrund ist zum größten Teil ein Delir bei Demenz oder ein Delir ohne Demenz. Das Delir wurde im Kapitel 6.6. beschrieben.

	Delir bei Demenz	Delir ohne Demenz	Wahn	Aggression
Anzahl	10	5	1	2
	Verwirrtheit	Suizidandrohung	Paranoide Schizophrenie	Depressives Syndrom
Anzahl	2	1	1	2

Da bei fünf von sechs Beobachtungen Störfaktoren auftraten, wurde ersichtlich, dass dies ein möglicher Einflussfaktor ist. Einige Störfaktoren wie Patienten / Patientinnen, die von außen gegen die Tür klopfen oder stoßen lassen sich nicht vermeiden. Andere Störfaktoren, wie Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen die durch den Raum gehen oder fehlende Betreuungskräfte dagegen schon.

- (09.08.17, C6 E): Pfleger kommt rein, lenkt den Hund ab, führt ein Gespräch mit einer Patientin
- (09.08.17, C6 O): keine Betreuungskraft anwesend, Teilnahme + Motivation + Erklärung + Ablenkung durch anwesende Angehörige, gegen Ende der Einheit stößt eine Mitpatientin immer wieder mit dem Rollator gegen die Außenwände des Raumes
- (16.08.17, C6 E): zwei Besucher, keine Betreuungskraft
- (16.08.17, C6 O): keine Störfaktoren
- (04.10.17, C6 E): Tür ist offen, Teilnehmer / Teilnehmerinnen kommen und gehen
- (04.10.17, C6 O): Person klopft von außen gegen die Tür

Um eine Gesamtauswertung durchführen zu können habe ich bei den Fragen 3, 4, 5 und 7 die Teilnehmerzahlen von der ersten Frage übernommen (Möchte er/ sie den Raum zu Beginn

verlassen? Kann er/ sie zu Beginn motiviert werden, zu bleiben? Führt er/ sie die gestellten Aufgaben gleich durch? Ist er/ sie zu Beginn aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?). Da ich ab der vierten Beobachtung mit der erweiterten Version des Beobachtungsbogens gearbeitet habe, ist bei den Fragen 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5.1, 5.2, 7.1, 11.1 und 15.1 eine reduzierte Gesamtanzahl von 12 Personen.

Bei der zweiten und dritten Beobachtung war keine Betreuungskraft anwesend, deshalb konnte an diesen Tagen keine Daten für diesen Beobachtungsbereich erhoben werden. Daher ist dort eine reduzierte Teilnehmerzahl von 16 Personen.

Tabelle 7: Dokumentation aller Beobachtungen

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Reaktion auf Hundeführer (Beobachtungsbereich 1)				
1. Reagiert die Person auf verbale Ansprache?	24	0	0	0
2. Lässt er/ sie sich zur Teilnahme motivieren?	20	2	2	0
3. Möchte er/ sie den Raum verlassen?	5	0	0	19
3.1. Möchte er/ sie den Raum zu Beginn verlassen?	3	0	0	9
3.2. Möchte er/ sie den Raum am Ende Verlassen?	4	0	0	8
4. Kann er/ sie dazu motiviert werden, zu bleiben?	23	0	0	1
4.1. Kann er/ sie zu Beginn motiviert werden, zu bleiben?	12	0	0	0
4.2. Kann er/ sie am Ende motiviert werden, zu bleiben?	10	0	1	1
5. Führt er /sie die gestellten Aufgaben durch?	18	2	2	2
5.1. Führt er/ sie die gestellten Aufgaben sofort durch?	9	0	1	2
5.2. Führt er/ sie die gestellten Aufgaben später durch?	9	0	0	3

6. Reagiert er/ sie positiv auf durchgeführte Aufgaben?	5	4	3	12
7. Ist er/ sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm/ ihr ist?	12	1	2	9
7.1. Ist er/ sie auch später aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm / ihr ist?	6	2	0	4
Reaktion auf Hund (Beobachtungsbereich 2)				
8. Reagiert die Person auf den Hund?	22	1	1	0
9. Lässt die Person den Kontakt zu?	20	1	2	1
10. Reagiert die Person mit Abneigung?	2	1	1	20
11. Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit?	2	0	2	20
11.1. Reagiert die Person mit Angst?	1	1	0	10
12. Freut er/ sie sich über den Kontakt?	10	5	6	3
13. Streichelt er/ sie den Hund?	16	2	2	4
14. Lächelt er/ sie dabei?	10	2	2	10
15. Erzählt er/ sie von eigenem Erfahrungen?	8	0	1	15
15.1. Erzählt er /sie später von eigenen Erfahrungen?	2	0	0	10
Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk) (Beobachtungsbereich 3)				
16. Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?	4	0	0	12
17. Person fordert Erklärungen ein?	3	0	0	13

8.4.2. Interviews

Das Transkript befindet sich im Anhang.

Soziodemographischer Fragebogen

Der Soziodemographische Fragebogen ist sehr kurz um die teilweise gewünschte Anonymität der Interviewpartner zu wahren. Außerdem sollten aufgrund des Datenschutzes nur die Daten erhoben werden, die wirklich benötigt werden und relevant sind.

Interview Hundeführerin: Fr. Grimm:

Ausbildung / Studienabschluss: Einzelhandelskauffrau, Therapiebehindertenbegleithund (DATB e.V.)

Fachkraft für tiergestützte Interventionen: nein

Interview Oberarzt & Stellvertretende Stationsleitung

Funktion:

- Oberarzt (Facharzt für Innere Medizin, Notfall- und Palliativmedizin, Grundversorgung Suchtmedizin)
- Stellvertretende Stationsleitung

Beginn der Tätigkeit:

- Oberarzt: 2012 Stationsarzt, ab 2013 Oberarzt
- Stellvertretende Stationsleitung: 2007 Krankenschwester, ab 2015 Stellvertretende Stationsleitung

Gerontopsychiatrische Weiterbildung:

- Oberarzt: ja, Geriatrie
- Stellvertretende Stationsleitung: nein

Interview 1. Stationsleitung: Herr Killinger

Funktion:

- 1. Stationsleitung

Beginn der Tätigkeit:

- 2007 Gesundheits- und Krankenpfleger, Weiterbildung Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, Stellvertretende Stationsleitung, seit 2017 1. Stationsleitung

Gerontopsychiatrische Weiterbildung:

- nein

8.5 Theoretische Grundlagen für die Auswertung

8.5.1 Beobachtungen

Ein Teil der Fragen lassen sich durch das Verhalten der Teilnehmer / Teilnehmerinnen relativ eindeutig beobachten z.B. ob der Hund gestreichelt wird. Bei anderen Fragen dagegen deutet die Antwort allein aufgrund des gezeigten nonverbalen Ausdrucks. Daher sind die Ergebnisse im Beobachtungsbogen eine subjektive Einschätzung. Meine Einschätzung beruht auf Mimik und Körperhaltung der Teilnehmer / Teilnehmerinnen. Dieser nonverbale Ausdruck ist von vielen Faktoren abhängig.

Die Befähigung zur nonverbalen Kommunikation ist abhängig von Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, sozialem Status und vom Kontext. Zudem lässt sich diese nicht so gut beeinflussen, ist weniger überlegt und zielgerichtet im Vergleich zur verbalen Kommunikation (vgl. Frindte 2001, S.99).

Zu den Basisemotionen nach Ekman gehören Trauer, Ärger, Wut, Ekel, Überraschung, Verachtung und Freude (vgl. Kappas 2009, S.408). Grundgefühle sind gekennzeichnet durch einen signifikanten Gesichtsausdruck (vgl. Neumann 2009, S.131). Wenn man Bilder von Basisemotionen betrachtet, sind Freude und Wut relativ gut zu erkennen. Wesentlich schwieriger ist dies mit der Interpretation von Aufmerksamkeit. Ich habe dies als zutreffend angekreuzt, wenn die Teilnehmer / Teilnehmerinnen mit ihrem Blick dem Hund gefolgt sind, nicht mit eigenen Themen beschäftigt waren, nicht aufgestanden oder eingeschlafen sind.

Nicht alle Situationen führen zwangsläufig zu Emotionen. Voraussetzung dafür ist, dass Ziele und Bedürfnisse angesprochen werden (vgl. Neumann 2009, S.145-146). Es besteht also die Möglichkeit, dass Teilnehmer keine Freude zeigen, weil tiergestützte Aktivitäten keine ihrer Bedürfnisse oder Ziele berührt.

"Kein Individuum wird immer seiner empfundenen Freude durch ein Lächeln Ausdruck verleihen, [...]" (vgl. Kappas 2009, S.409). Es besteht also die Möglichkeit, dass Teilnehmer / Teilnehmerinnen Freude empfinden, aber dies nicht zeigen. Dann wird dies in meinem Beobachtungsbogen nicht berücksichtigt.

Personen differieren darin, wie intensiv sie auf Situationen reagieren. Dabei ist es nebensächlich ob es sich um eine positive oder negative Situation handelt (vgl. Schmidt-Atzert 2009, S.373). Bei vielen Einzelbeobachtungen habe ich mir die Anmerkung notiert, Person zeigt eine reduzierte Mimik. Dies kann individuelle Ursachen haben wie von Schmidt-Atzert beschrieben. Die Teilnehmer / Teilnehmerinnen befinden sich in der gerontopsychiatrischen

Station und werden größtenteils medikamentös behandelt. Auch dies könnte eine Ursache für eine reduzierte Mimik sein.

Personen bewerten ihre Fähigkeiten bezüglich der Dekodierung von nonverbalen Ausdruck häufig als zu hoch (vgl. Kappas, 2009, S.419). „Wenn die Mimik im Kontext eines Ereignisses wahrgenommen wird, steigt die Genauigkeit der Kommunikation deutlich an“ (vgl. Schmidt-Atzert 2009, S.346). Das Zitat von Schmidt-Atzert macht nochmal deutlich, wie subjektiv die Entschlüsselung der nonverbalen Kommunikation ist.

8.5.2. Interviews

Siehe 8.1.2 Methodik der Interviews.

8.6 Auswertung

8.6.1 Beobachtungen

Auswertung Beobachtungsbereich 1: Reaktion auf den Hundeführer

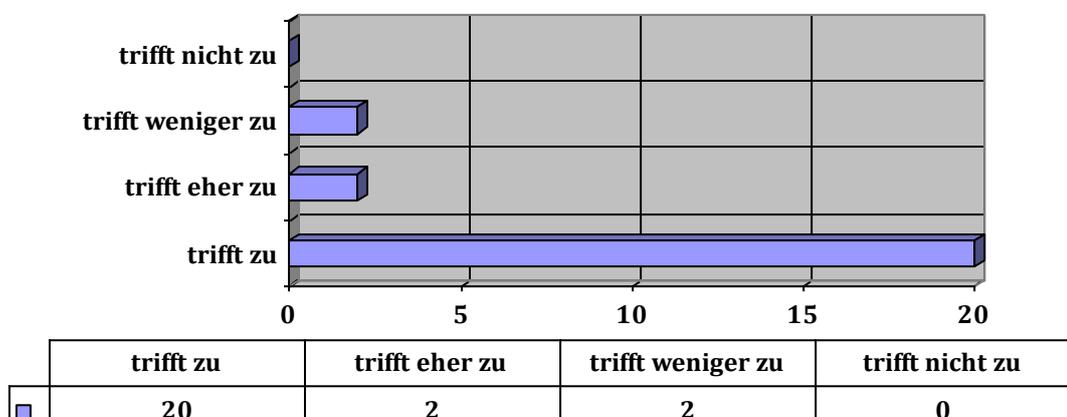
Reagiert die Person auf verbale Absprache?

Das Ergebnis der Frage konnte bei allen 24 Teilnehmern als zutreffend beobachtet werden.

Lässt sie er / sie sich zur Teilnahme motivieren?

Dies wird bei 20 Teilnehmern als zutreffend und bei zwei Teilnehmern / Teilnehmerinnen als eher zutreffend beobachtet. Dies bestätigt meine Vermutung, dass die verbale Motivation durch die Hundeführerin essentiell für die Durchführung der tiergestützten Aktivitäten (TGA) ist.

Abbildung 1: Lässt er / sie sich (von der Hundeführerin) motivieren zur Teilnahme?



Möchte er/sie den Raum verlassen?

Das Auftreten von Unruhe ist bei fortgeschrittener Demenz ein häufiges Symptom. Dies haben auch die Beobachtungen zum Teil bestätigt. Fünf Teilnehmer / Teilnehmerinnen wollten den Raum wieder verlassen. Die Ergebnisse der Ergänzungsfragen belegen nicht, dass gegen Ende der Einheit mehr Teilnehmer / Teilnehmerinnen den Raum verlassen möchten. Zu Beginn können noch alle Teilnehmer / Teilnehmerinnen die gehen möchten, zum Dableiben motiviert werden. Gegen Ende der Einheit trifft dies bei einem Teilnehmer / Teilnehmerin eher weniger, bei einem Teilnehmer / Teilnehmerin gar nicht zu.

Abbildung 2: Möchte er / sie den Raum verlassen?

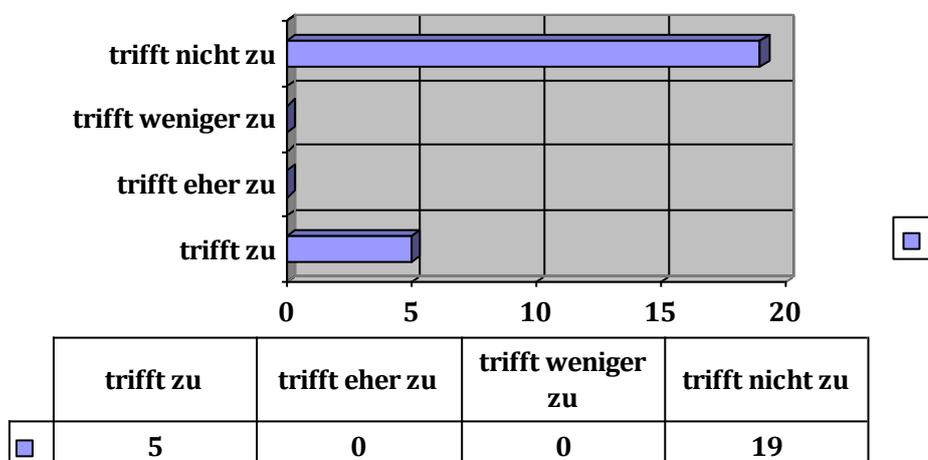
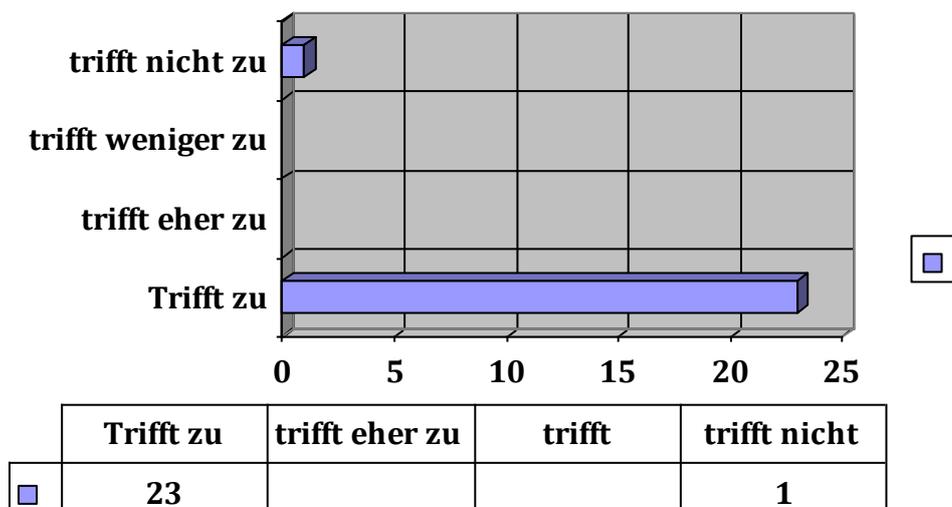


Abbildung 3: Kann er/sie dazu motiviert werden, zu bleiben?



Führt er/ sie die gestellten Aufgaben durch?

Der Ablauf der tiergestützten Aktivitäten wurde im Kapitel 3.3. beschrieben. Die Teilnehmer / Teilnehmerinnen haben zum größten Teil die Aufgaben erfüllt, dies konnte bei 18 Teilnehmern / Teilnehmerinnen als zutreffend und bei zwei Teilnehmern / Teilnehmerinnen als eher zutreffend beobachtet werden. Zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen lehnen die Aufgaben ab, weitere zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen führen die Aufgaben eher weniger durch. Bei den Ergänzungsfragen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Gegen Ende der Einheit möchten drei Teilnehmer / Teilnehmerinnen die Aufgaben nicht durchführen, am Beginn waren es nur zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen.

Reagiert er / sie positiv auf erfolgreich durchgeführte Aufgaben?

Als positive Reaktion habe ich es bewertet, wenn ich nach Durchführung der Aufgaben, Freude im Gesicht der Teilnehmer / Teilnehmerinnen erkennen konnte. Bei zwölf Teilnehmern / Teilnehmerinnen trifft dies nicht zu, bei drei Teilnehmern / Teilnehmerinnen trifft dies weniger zu. Dies lässt die Hypothese zu, dass es für den Großteil der Teilnehmer / Teilnehmerinnen eher kein Erfolgserlebnis darstellt, dass sie die Aufgaben durchgeführt haben. Für fünf Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies dagegen zu und für vier eher zu. Bei neun Teilnehmern / Teilnehmerinnen kann vermutet werden, dass sie ein Erfolgserlebnis hatten.

Ist er / sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihm / ihr ist?

Bezüglich der Aufmerksamkeit sind die Angaben geteilt. Bei 12 Teilnehmern / Teilnehmerinnen ist dies zutreffend, bei einem Teilnehmer / Teilnehmerin eher zutreffend. Bei neun Teilnehmern / Teilnehmerinnen trifft dies nicht zu und bei zwei Teilnehmern / Teilnehmerinnen trifft dies weniger zu.

Abbildung 4: Ist er / sie auch aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihr / ihm ist?

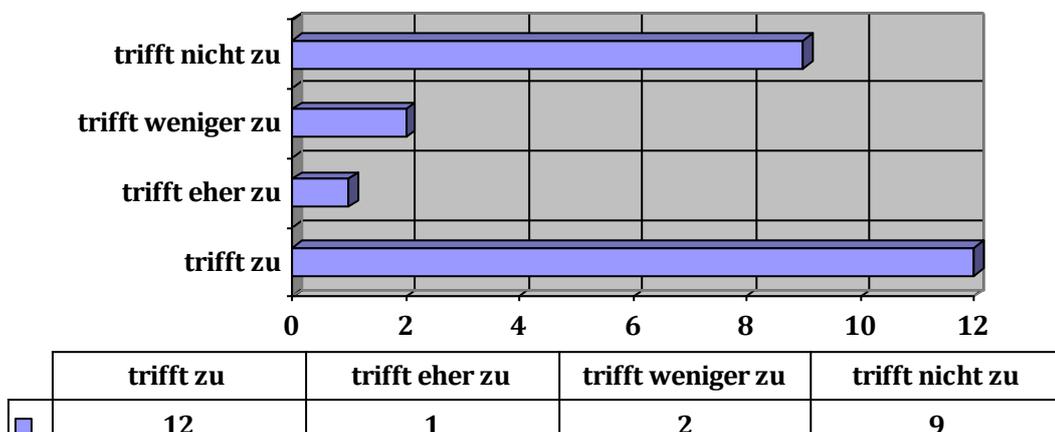
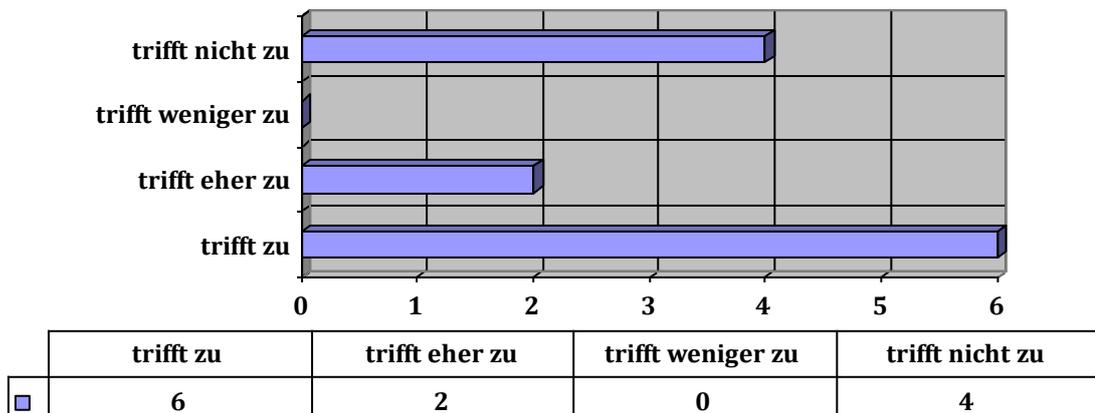


Abbildung 5: Ist er / sie auch später aufmerksam, wenn der Hund nicht bei ihr / ihm ist?



Auswertungsbereich 2: Reaktion auf den Hund

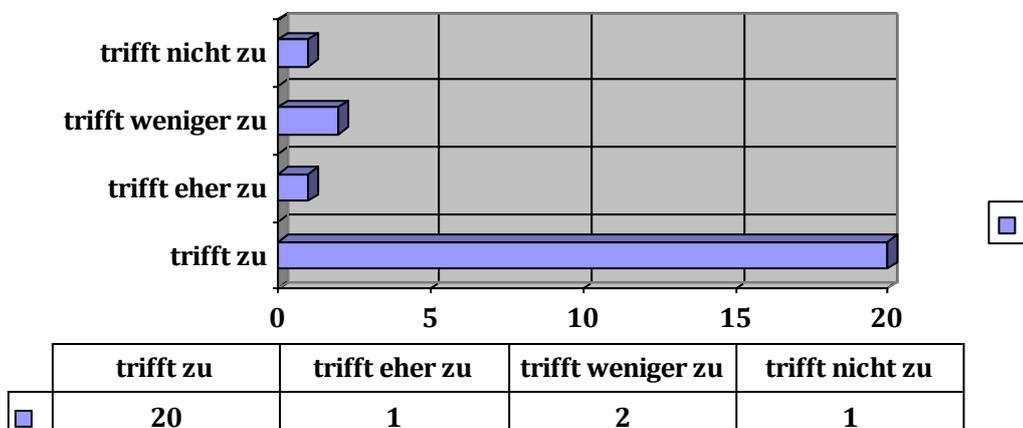
Reagiert die Person auf den Hund?

Dies ist bei fast allen Teilnehmern / Teilnehmerinnen zu beobachten. Es trifft bei 22 Teilnehmern / Teilnehmerinnen zu, bei einem Teilnehmer / einer Teilnehmerin eher zu. Drei Teilnehmer / Teilnehmerinnen reagieren eher zurückhaltend. Auf zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies weniger zu und ein Teilnehmer / Teilnehmerin lässt den Kontakt nicht zu.

Lässt er / sie den Kontakt zu?

Zwanzig Teilnehmer / Teilnehmerinnen lassen den Kontakt zu oder eher zu. Zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen lassen den Kontakt weniger und ein Teilnehmer lässt ihn gar nicht zu. Er äußert, einmal gebissen worden zu sein.

Abbildung 6: Lässt die Person den Kontakt zu (zum Hund)?



Reagiert die Person mit Abneigung / Gleichgültigkeit / Angst?

Mit Abneigung reagierten zwei Personen, auf eine Person trifft dies eher zu. Auf den Großteil, nämlich 20 Personen, trifft dies nicht zu. Mit Gleichgültigkeit reagierten zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen. Auf zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies eher zu, auf 20 trifft dies nicht zu. Die Ergänzungsfrage nach Angst der Teilnehmer / Teilnehmerinnen lässt dies bei einem Teilnehmer / Teilnehmerin vermuten, bei einem Teilnehmer / Teilnehmerin trifft dies eher zu. Zehn Teilnehmer / Teilnehmerinnen zeigen keine negativen Gefühle gegenüber dem Hund. Dies führt zur Frage nach Auswahlkriterien der Teilnehmer / Teilnehmerinnen. Dieser Frage wird im Kapitel 11 in den qualitativen Interviews nachgegangen.

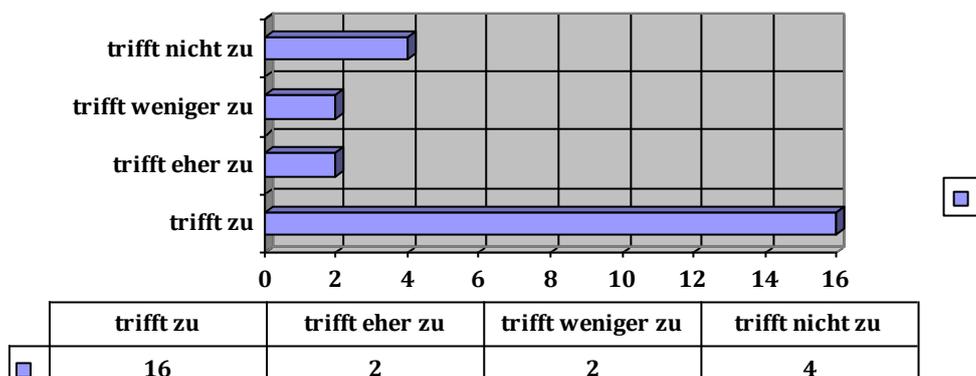
Freut er/sie sich über den Kontakt?

Dies trifft bei zehn Teilnehmern / Teilnehmerinnen zu, bei fünf trifft dies eher zu. Der Großteil reagiert also positiv auf die Anwesenheit des Hundes. Auf sechs Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies weniger zu, auf drei Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies gar nicht zu. Aber wie zuvor beschrieben, muss sich Freude nicht unbedingt durch ein Lächeln ausdrücken.

Streichelt er/sie den Hund? Lächelt er/sie dabei?

Dies trifft auf 16 Teilnehmer / Teilnehmerinnen zu, auf zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies eher zu. Einige Teilnehmer / Teilnehmerinnen suchen nicht den direkten Kontakt zum Hund. Vier Personen streicheln den Hund nicht, auf zwei Personen trifft dies weniger zu. Löst das Streicheln des Hundes eine so starke Emotion bei ihnen aus, dass sie lächeln? Dies trifft auf zehn Teilnehmer / Teilnehmerinnen zu, auf zwei Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies eher zu. Bei exakt der Hälfte der Teilnehmer / Teilnehmerinnen ist dies nicht der Fall. Zehn Teilnehmer / Teilnehmerinnen lächeln nicht, bei zwei Teilnehmern / Teilnehmerinnen trifft dies weniger zu.

Abbildung 7: Streichelt er / sie den Hund?



Erzählt er / sie von eigenen Erfahrungen?

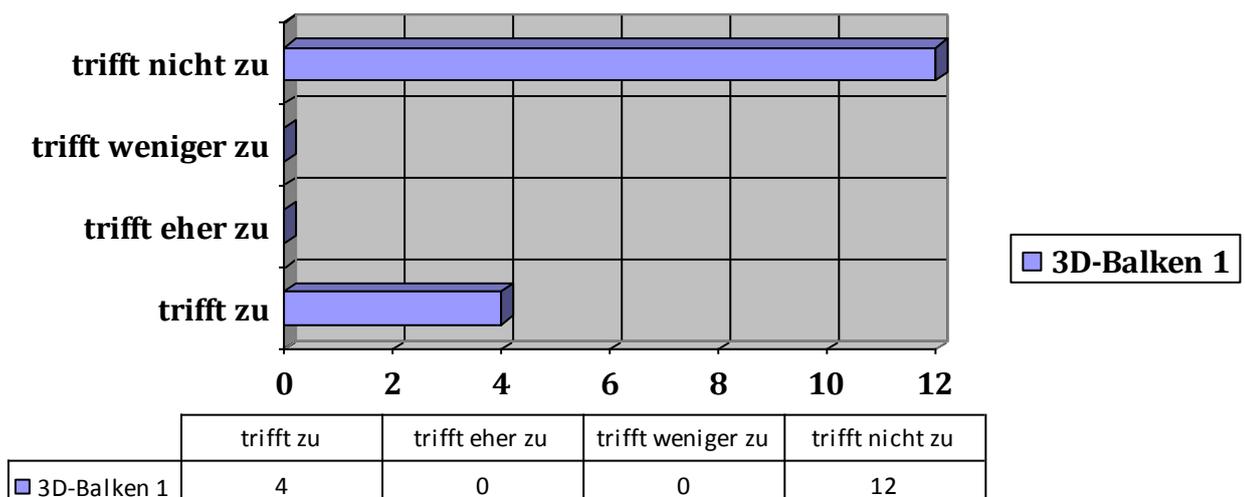
Bei den Erfahrungen habe ich dies nur als zutreffend angekreuzt, wenn Teilnehmer / Teilnehmerinnen über eigene Haustiere / Landwirtschaft gesprochen haben. Einige Teilnehmer / Teilnehmerinnen haben aber auch den Hund beschrieben, oder geäußert, dass sie gerne öfter Zeit mit dem anwesenden Therapiehund verbringen möchten. Dies habe ich jedoch nicht berücksichtigt. Acht Teilnehmer / Teilnehmerinnen erzählen von eigenen Erfahrungen. Der größere Teil der Gruppe, auf 15 Teilnehmer / Teilnehmerinnen trifft dies nicht zu, auf einen Teilnehmer / Teilnehmerin trifft dies weniger zu. Die Ergänzungsfrage bestätigt dieses Bild. Bei 10 Teilnehmern / Teilnehmerinnen trifft dies nicht zu, bei zwei Teilnehmern / Teilnehmerinnen dagegen schon. Dies lässt die Vermutung zu, dass ein kleiner Teil, von Haustier- oder Nutztierbesitzer/ -besitzerinnen positiver auf TGA reagiert und, dass diese Intervention bei ihnen Biographieinhalte anspricht, die von starken Emotionen begleitet sind.

Auswertungsbereich 3: Reaktion auf die Betreuungskraft (Bk)

Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?

Dies trifft auf vier Personen zu, auf 12 Personen trifft dies nicht zu. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass die Bk immer nur bei einer Person sein kann. Sie kann ihre Position im Raum wechseln, wenn dies erforderlich ist. Ein Teil der Gruppe hat auch keine Motivation benötigt, da sie sich auf die Intervention eingelassen haben.

Abbildung 8: Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren?



Person fordert Erklärungen (von der Bk) ein?

Auf drei Personen trifft dies zu, auf 13 Personen nicht. Allerdings bedeutet Einfordern, eine aktive kommunikative Handlung. Personen im schweren Stadium der Demenz sind dazu nur noch eingeschränkt in der Lage.

Bei den Beobachtungen 2 und 3 war keine Bk anwesend aber die Reaktionen der Teilnehmer / Teilnehmerinnen haben sich nicht unterschieden gegenüber den Reaktionen mit Anwesenheit der Bk. Dies widerspricht meiner eingangs aufgestellten Hypothese zur Wichtigkeit der Anwesenheit der Bks.

8.6.2. Interviews

Auswertung nach Kategorien

Bei der Auswertung der Themenbereiche habe ich anhand der Kategorien die Textstellen zugeordnet. Wenn passende Textstellen in anderen Fragen auftraten, habe ich sie auch den passenden Kategorien zugeordnet. Im Anschluss erfolgt eine Zusammenfassung der Auswertung, in der ich auf Unterschiede und Übereinstimmungen eingehe.

Auswertung des Themenbereiches allgemeine Fragen

Interview Hundeführerin, Frau Grimm:

- *Supervision / Austausch mit anderen Hundeführern:* ja, 1x die Woche
- *Einweisung für demenzkrankes Klientel:* ja von Kolleginnen und Frau Lederbogen
- *Durchführung von Einzeleinheiten bei demenzkranken Menschen:* nein

Stärkere Wirkung von tiergestützten Aktivitäten (TGA) bei Einzeleinheiten: Frau Grimm: „Man kann schon intensiver arbeiten, wenn man Einzeltherapie hat. Weil man sich allein auf den Patienten konzentrieren kann. Und der Hund ja auch.“ (Seite 11, Zeile 333-334)

Interview Stationsleitung, Hr. Killinger

Anwesenheit beim Tierbesuch: Hr. Killinger: „Ich war oben anwesend und unten, wenn ich Zeit hab. Ich weiß, was da läuft.“ (Seite 18, Zeile 565-566)

Eindruck von der TGA: Hr. Killinger: „Also es ist definitiv eine Bereicherung. Erstens für ein Krankenhaus sowieso. Es hat a gewisse Außenwirkung, auch. Wir haben viele Angehörige auf der Station da. Das zeigt auch, dass etwas gemacht wird. Etwas Außergewöhnliches. Weg vom Krankenhausalltag.“ (Seite 18, Zeile 570-572) „Wenn er jetzt momentan einen Hund hat, oder früher mal einen gehabt haben. Dann hilft des natürlich scho. Dass er entspannt ist, dass er

abgelenkt ist. Dass er emotional einfach mal anders drauf ist. Des ist scho sehr hilfreich.“ (Seite 18, Zeile 579-581)

Auswertung des Themenbereiches Frage zu Stunde / Besuch

Interview Hundeführerin, Frau Grimm:

- *Beginn der Durchführung der TGA:* seit Juli 2017
- *Andere Übungen bei demenzkranken Patienten:* individuelle Anpassung der Übungen auf die Einschränkungen der Klientel

Veränderung durch Einheit: Frau Grimm: „Die Patienten sind scho verändert nach der Arbeit, sind viel ruhiger oder lachen wieder. Können sich an manche Sachen wieder erinnern. Vorher ganz aggressive Patienten und nachher viel ruhiger. Oder eine Patientin die ganz traurig war, ist auf einmal aufmerksam und erzählt und lächelt sogar. Oder ein Mann der schon Wochen nicht mehr geredet hat, fängt mit Mia auf einmal zu reden an.“ (Seite 12, Zeile 374-378)

- *Wirkung von einzelnen Übungen:* Förderung von Motorik, Konzentration, Intellekt und des Erinnerungsvermögens bezüglich der eigenen Biographie
- *Bedeutung der verbalen Motivation durch die Hundeführerin:* spielt eine Rolle

Interview Oberarzt & Stellvertretende Stationsleitung & Stationsleitung

Grund der Einführung der TGA:

Oberarzt: „Und gerade die Hundetherapie bietet da eine gute Möglichkeit einen Zugang zu den Patienten zu finden. Gerade wenn sie früher Hunde gehabt haben. Das ist ein relativ schneller und guter Zugang.“ (Seite 2, Zeile 11-13)

Der 1. Stationsleiter Herr Killinger berichtet, dass der Grund der Einführung war, dass es eine neue Methode ist, die in jedem Stadium der Demenz angewendet werden kann. „Es ist immer definitiv ein Versuch wert.“ (Seite 20, Zeile 645)

Erhoffter Effekt der TGA:

Oberarzt: „Das haben wir schon öfters erlebt, dass sie (Anmerkung der Verfasserin: die Patienten) im Krankenhaus unruhig und aggressiv sind und wenn sie dann einen Hund sehen, dann kann man sie, dann beruhigen sie sich relativ schnell, wenn sie einen Hund streicheln. Und so kann man dann, wenn sie beruhigt sind einen Zugang zu ihnen finden.“ (Seite 2, Zeile 20-23) „Weil auch besser ist, weil man unter Umständen auch Medikamente einsparen kann in dem Moment.“ (Seite 2, Zeile 27-28)

Stationsleiter Hr. Killinger: „Weil das Hauptding ist schon die Abwechslung sag ich mal, ihnen was bieten zu können, was vom Alltag auße fällt.“ (Seite 20, Zeile 645-646) „Da sind sie dann mal weg von den anderen Patienten, was Angenehmes da: der Hund und so. Das ist schon fördernd.“ (Seite 21, Zeile 650-651)

Effekt vor oder nach dem Besuch:

Oberarzt: „Oder auch im Nachhinein ist schon ein Effekt da während der Therapie der unter Umständen auch ein paar Stunden anhält aber längerfristig ist das eher aus meiner Sicht zumindest, nicht. Weil sie das kognitiv nicht verarbeiten können, nicht erinnern können.“ (Seite 3, Zeile 39-42)

Stellvertretende Stationsleitung: „Also des ist jetzt nicht so, dass die sich da vorher sich darauf gefreuen, weil sies einfach ja kognitiv nicht umsetzen können. Manche wissen es scho anschließend noch das a Hund da war und freuen sich. Des sieht man wens lachen können drüber. Jetzt wirklich ja, dass sie sich gezielt daran erinnern können bei unseren Patienten eigentlich net.“ (Seite 3, Zeile 44-48)

Die stellvertretende Stationsleitung berichtet weiter davon, dass die tiergestützten Aktivitäten die Patienten emotional berühren, aber die Effekte nicht längerfristig anhalten.

Stellvertretende Stationsleitung: „Aber dass sie sich gezielt erinnern können, dass sie bei einem Hund waren, das ist wirklich eher selten der Fall.“ (Seite 3, Zeile 52-53) Und der Oberarzt ergänzt: „Das können die Patienten einfach nicht.“ (Seite 3, Zeile 58)

Hr. Killinger: „Natürlich, dass die Patienten ruhiger sind. Das kann aber auch sein, dass danach, weil es etwas Außergewöhnliches ist, dass manche Patienten unruhiger werden.“ (Seite 21, Zeile 661-662) „Aber des ist a gute Sache, auch für den Patienten. Für den momentanen, für die Momentaufnahme einfach.“ (Seite 21, Zeile 667-668) Ob die Effekte der TGA länger anhalten, dazu äußert sich Herr Killinger folgendermaßen: „Glaub ich kaum. Ich kann jetzt natürlich nicht in den Menschen eine schauen. Manche sen kognitiv besser beinand. Die können sich dann schon erinnern: Der Hund war schon mal da oder kennen den dann auch. Die wo sich dann auch freuen. (Seite 21, Zeile 672-674) Auf meine Frage, ob die Unruhe durch die TGA abnimmt, sagt Herr Killinger: „Ja, des is a individuelle Sache, das kann man nicht pauschal sagen. Weil da spielen natürlich Medikamente auch eine Rolle und die Grunderkrankung. Kann man einfach schlecht beurteilen und nicht verallgemeinern.“ (Seite 22, Zeile 679-681)

Reaktion der Patienten / Patientinnen auf den Hundebesuch:

Die stellvertretende Stationsleitung beschreibt, dass nicht alle Patienten / Patientinnen auf die TGA reagieren: „Es gibt auch einfach Patienten, die nicht sitzen bleiben können. Die auch während der Hundetherapie immer wieder aufstehen, die man dann doch wieder aufnehmen muss.“ (Seite 3, Zeile 63-65)

Herr Killinger beschreibt, dass die Reaktion der Patienten v.a. eine Frage der Belastbarkeit ist. Der zeitliche Aspekt spielt bei allen Therapieformen bei demenzkranken Menschen eine erhebliche Rolle.

Kriterien für die Auswahl der Patienten / Patientinnen für TGA:

Stellvertretende Stationsleitung: „Also wir haben schon oft Patienten, wo wir wissen, die haben selber einen Hund gehabt, früher. Den tun wir dann gerne mit rein, weil man einfach weiß, die mögen Hunde und freuen sich darüber.“ (Seite 4, Zeile 72-74)

Außerdem beschreibt die stellvertretende Stationsleitung, dass die TGA bei sehr unruhigen Patienten zur Anwendung kommt mit der Erwartung, dass sich die Patienten durch das Angebot beruhigen. Zusätzlich achtet das Pflegepersonal darauf, dass Patienten, die das Angebot gut annehmen regelmäßig an den TGA teilnehmen. Stellvertretende Stationsleitung: „Ja, also, wenn man jetzt Erfahrung haben, dass das die Patienten ganz gutgetan hat, schau mal schon, dass der beim nächsten Mal wieder dabei sein kann.“ (Seite 4, Zeile 81-83)

Hr. Killinger: „Zunächst einmal wer halt mobil ist, wer nicht im Bett ist, sage ich mal. Das Tagesbefinden halt. Ob er jetzt gut beieinander ist. Ob er vielleicht körperliche Erkrankungen hat. Ob er überhaupt bereit ist, wo wir sagen: Es tüt ihm helfen aber er mag halt grad nicht. Er umreißt es halt grad nicht. Man kann es ihm jetzt nicht klarmachen, dass er jetzt da eine geht. Das er sitzen bleibt, oder so.“ (Seite 23, Zeile 725-729) Neben des geistigen und psychischen Faktoren spielt auch eine große Rolle, ob der mögliche Patient / Patientin eine Affinität zu Hunden hat oder nicht. Wenn dieses Wissen noch nicht vorliegt, weil es sich um neuaufgenommene Patienten / Patientinnen handelt, werden Teilnehmer / Teilnehmerinnen auch spontan in die TGA gebracht. „Da sind wir offen, da sagen wir nicht: der ist gestern erst gekommen, der tun wir nicht dazu. Der muss sich erstmal einleben. Natürlich kann es auch einen negativen Effekt haben. Griff ins Leere. Aber es kann natürlich auch sein, der springt darauf gleich an und ich kann ihm die Angst nehmen.“ (Seite 24, Zeile 742-745)

Herr Killinger bestätigt, dass er und sein Team darauf achten, dass Teilnehmer / Teilnehmerinnen die das Angebot gut annehmen, regelmäßig an der TGA teilnehmen.

Auswertung des Themenbereiches Wirkung der Hundeführerin und Betreuungskraft

Interview Oberarzt & Stellvertretende Stationsleitung & Stationsleitung

Relevanz der verbalen Motivation der Hundeführerin:

Der Oberarzt und die Stellvertretende Stationsleitung bestätigen übereinstimmend, dass dies eine hohe Relevanz hat. Oberarzt: „Des ist scho wichtig, wie sie mit de Leut umgeht und man weiß wie man mit demenzkranken Patienten umgeht.“ (Seite 4, Zeile 95-96)

Hr. Killinger: „Oder, wenn die dann gewissen Sachen mit dem Hund und den Patienten macht. Also dann spielt das scho eine Rolle.“ (Seite 24, Zeile 764-765) Aber unabhängig von den Aufgaben beschreibt Herr Killinger, dass bei der TGA die nonverbale Kommunikation im Vordergrund steht: „Bei vielen Patienten spielt das Nonverbale eine Rolle. Wo des auch beim Hund Sinn der Sache ist: Des haptische, wenn ich ihn anlange und streichele.“ (Seite 24, Zeile 761-762)

Relevanz der Anwesenheit der Betreuungskraft:

Stellvertretende Stationsleitung: „Ja, ich denk schon, dass des auch wichtig ist. Weil die die Patienten, wenn die ständig aufstehen möchten oder so besser beruhigen können und vielleicht auch einen bisschen besseren Zugang haben als jetzt die Hundetherapeutin, die die Patienten nicht kennt.“ (Seite 5, Zeile 106-108)

Hr. Killinger: „Die is halt auch dazu da. Die kennt halt die Patienten auch und weiß dann auch schon Informationen, die jetzt auch die Hundetherapeutin nicht hat. Beispiel: Ja, der hält das jetzt nicht so lange aus.“ (Seite 25, Zeile 773-775)

Auswertung des Themenbereiches Klientel

Interview Oberarzt & Stellvertretende Stationsleitung & Stationsleitung

Schwere der Demenz der Patienten / Patientinnen:

Oberarzt: „Also in der Regel haben wir Patienten mit einer mittelschweren bis schwergradigen Demenz in deliranten Zuständen oder Verhaltenszuständen.“ (Seite 5, Zeile 113-114)

Herr Killinger bestätigt die Aussage des Oberarztes und ergänzt, dass es auf der Station auch Patienten / Patientinnen mit anderen Diagnosen gibt: „Wo die Demenz eher im Hintergrund oder Randgebiet ist. Oft auch Minderbegabungen. Spielt halt auch von den Bettenbelegungen im Haus eine Rolle.“ (Seite 25, Zeile 792-794) Der häufigste Grund für die Aufnahme ist der Delir oft auch unabhängig von einer Demenz.

Welche Therapiemethoden im Vordergrund:

Oberarzt: „Also überwiegend eine psycho-pharmakologische Therapie. Dann haben wir auch Beschäftigungstherapie und Klinikclowns haben wir. Es gibt auch andere Therapieformen, soweit die Patienten dafür zugänglich sind.“ (Seite 5, Zeile 119-121)

„Ich würde sagen vielleicht 60 zu 40 zu Psychopharmaka. Einfach, weil die Patienten von der Therapie her nicht so zugänglich sind.“ (Seite 6, Zeile 155-156)

Herr Killinger sieht keine Therapiemethode im Vordergrund: „Also des geht Hand in Hand bei uns auf der Station.“ (Seite 26, Zeile 817)

Andere Therapiemethoden neben der Pharmakotherapie sind Validation, Snoezelen, Basale Stimulation, Beschäftigungstherapie, Klinikclowns und seit neustem eine Musiktherapeutin speziell für die Gerontopsychiatrie. Herr Killinger ergänzt die Logo- und Physiotherapie und mentales Aktivierungstraining. Er beschreibt auch den Einsatz von Themenboxen: „Alles Mögliche, das sind Themenboxen: Fußball, Handwerk, Haushalt oder so gibt's da. Wir arbeiten ja nach der Validation nach Richard und die orientiert sich nach Lebensthemen und des da aufzugreifen. Die füllen wir auch amnestisch aus vom Patienten, mit dem arbeiten wir dann. So Fragen, der Hintergedanke ist da, dass man den Patienten bestätigt.“ (Seite 30, Zeile 928-931)

Der physische Effekt der TGA ist beispielsweise laut dem Oberarzt, dass der Blutdruck sinkt.

Herr Killinger sieht hier v.a. den Effekt der Entspannung: „Also wenn jemand psychisch irgendein Erlebnis hat, dass er heim möchte, dann überträgt sich das auf den Körper auch: dass die angespannt sind, was sie dann vielleicht auch auf die Mobilität auswirkt oder auch bei alltägliche Sachen, ob das von der Bewegung oder essen, oder sonst was ist, werden sie da auch beeinflusst. Und des nimmt dann die Spannung physisch und psychisch auch. Also des kann man auch schon beobachten.“ (Seite 28, Zeile 879-884)

Der psychische Effekt der TGA ist, dass die Patienten ruhiger und dadurch zugänglicher für andere Therapiemethoden sind (siehe Auswertung Themenbereich Fragen zu Stunden / Besuch). Weitere psychische Effekte laut Oberarzt: „Dass sie ruhiger werden. Dass sie friedlicher werden.“ (Seite 6, Zeile 168) Auch der Aggressionsabbau kann dazu gezählt werden.

Ein möglicher *sozialer Effekt der TGA* ist, dass die Patienten wieder vermehrt auf ihr Umfeld wie beispielsweise ihre Angehörigen reagieren. Aber der Oberarzt betont, dass die Effekte immer zeitlich begrenzt sind.

Herr Killinger sieht die sozialen Effekte auch im familiäre Umfeld: „Soziale Effekte sind, was ich eh schon angesprochen habe, natürlich der Effekt nach außen zu den Angehörigen.“ (Seite 29, Zeile 889-890) „Das hat natürlich dann auch einen positiven Effekt, das überträgt sich also auf den Angehörigen, also den Patienten auch. Dass man sich da gefreut, des ist was Besonderes, da wird was gemacht. Des kennt man scho.“ (Seite 29, Zeile 893-895)

Durchführung der konservativen Therapiemethoden:

Stellvertretende Stationsleitung: „Beschäftigungstherapie zum Beispiel haben wir eine Beschäftigungstherapeutin, die ist fest bei uns auf Station aber die macht halt Beschäftigung oder Haushaltstraining macht separat eine.“ (Seite 7, Zeile 189-191) „Also Snoezelen machen eigentlich schon wir, also die Pflege. Wir bieten basale Stimulation an, die Pflege.“ (Seite 7, Zeile 196-197) Weiterhin berichtet die stellvertretende Stationsleitung, dass das Pflegepersonal die Validation durchführt.

Herr Killinger bestätigt die Aussagen der stellvertretenden Stationsleitung: „Also des macht des Pflegepersonal, genauso wie die Validation, das macht des Pflegepersonal. Die bei uns für basale Stimulation zuständig ist, die kommt von außen.“ (Seite 29, Zeile 901-902) Herr Killinger betont, dass darauf geachtet wird, dass das ganze Team von dem Wissen der Fachkraft für basale Stimulation profitiert: „Was machen wir jetzt? Wie übertragen wir das auf die Mitarbeiter? Führen wir was Neues ein bei der basalen Stimulation? Dass jeder das miterlebt. Des haben wir jetzt bis Ende letzten Jahres gehabt, da teile ich dann im Dienstplan die Leut dementsprechend ein, dass jeder mal mit der entsprechend mitgeht. Dann da Anleitungen, Erfahrungen austauscht, was Neues ausprobiert, Selbsterfahrungsübungen machen und momentan macht man so, dass man´s auf den Patienten zentriert, wer´s braucht.“ (Seite 29, Zeile 904-909)

Fortbildungen für konservative Therapiemethoden:

Stellvertretende Stationsleitung: „Für Validation gibt´s extra Fortbildungen, ja. So Schulungen, auch. Da können natürlich auch die Beschäftigungstherapeuten teilnehmen an den Validationsfortbildungen.“ (Seite 8, Zeile 205-207) Die Fortbildungen werden von einem Institut angeboten, dass sich auf dem Gelände des Bezirksklinikums befindet.

Herr Killinger bestätigt die Aussagen der stellvertretenden Stationsleitung und ergänzt dazu, dass die nicht-medikamentösen Methoden auch Thema sind bei internen Besprechungen sind: „Wir arbeiten nach dem Konzept der Validation nach Richard, da gibt’s auch Fortbildungen dazu, Intensivkurse, Interne auch, Themenstationsbesprechungen – wo nur des dann das Thema ist. Wir haben Ansprechpartner auf der Station auch. Das wird schon gelebt auf der Station.“ (Seite 31, Zeile 965-968)

Schnellerer Beziehungsaufbau durch Hund im Vergleich zum Personal:

Dies bejahen der Oberarzt, die stellvertretende Stationsleitung und die Stationsleitung übereinstimmend.

Hr. Killinger: „Spontan tät ich sagen ja. Erstens der Hund ist ein anderes Medium: es ist ein Tier. Wer irgendwie ein Bezug zu Tieren hat. Und des hat ja irgendwie jeder, außer er ist total gegen alle Tiere abgeneigt. Und des ist eher selten. Natürlich ist da der Kontakt gleich da.“ (Seite 31, Zeile 973-975)

Weniger Verhaltensauffälligkeiten bei der Klientel während der TGA:

Oberarzt: „Ja. Das ist auch der Grund warum wir die Hunde favorisieren. Hunde reagieren sehr schnell und haben gewisse Körpersprache.“ (Seite 8, Zeile 222-223)

Die Unruhe bei demenzkranken Menschen ist aber weiterhin vorhanden, dazu die stellvertretende Stationsleitung: „Ja, natürlich. Wie gesagt, manche können einfach net sitzen bleiben. Die muss man dann halt wieder außer nehmen. Manche können während der Hundetherapie schon ruhig sein, das ist ganz unterschiedlich, patientenabhängig.“ (Seite 8, Zeile 228-230)

Dazu äußert sich Herr Killinger folgendermaßen: „Wenn der Patient das annehmen kann, wenn er bereit dazu ist, hat des auf alle Fälle dahingehend einen positiven Effekt in seinem Verhalten. Dass des beruhigend ist im Moment der Hundetherapie definitiv. Was danach ist, kann man natürlich nicht sagen. Kann natürlich, weil er halt aufgewühlt ist, weil ihm des so gefallen hat, kann natürlich auch Unruhe auslösen. Also des ist immer verschieden.“ (Seite 32/33, Zeile 1004-1008)

Besserer Effekt im Vergleich von TGA und beispielsweise basale Stimulation:

Stellvertretende Stationsleitung: „Das finde ich ist ein schlechter Vergleich. Das ist wirklich patientenabhängig. Es ist nicht jeder gleich. Es ist auch mei es kann sein das der Patient der die

Woche Hundetherapie bekommt, wirklich ruhig sein kann, sitzen bleiben kann und in der nächsten Woche vielleicht gar nicht. Das ist auch tagesformabhängig.“ (Seite 8, Zeile 235-238)
Die stellvertretende Stationsleitung bestätigt, dass der Effekt einer Therapiemethode abhängig ist von individuellen Faktoren.

Herr Killinger sieht entgegen seiner Kollegen / Kolleginnen durchaus eine Vergleichbarkeit der beiden Therapiemethoden: „Vergleichbar ist definitiv. Basale Stimulation ist auch ein riesen Thema, wo man auch so mit Biographiearbeit, so individuelle Sachen arbeitet man ganz viel bei der basalen Stimulation. Da muss man natürlich ganz viel in Erfahrung mitbringen, bevor man mit der Therapie anfängt. Weil, vielleicht mag er des nicht oder vielleicht schlechte Erfahrungen gemacht hat. Dann meint man es vielleicht gut aber erzielt das Gegenteil. Aber es ist definitiv vergleichbar.“ (Seite 19, Zeile 587-592)

Effekt erkennbar, bei kontinuierlicher Anwendung von TGA:

Dazu sagt der Oberarzt: „Wie gesagt, das Problem ist einfach die Demenz und das da längere Effekte einfach schwierig sind. Weil die Patienten sich in der Regel nicht dran erinnern.“ (Seite 9, Zeile 247-248) Der Oberarzt bestätigt, dass es vorrangig um die Verbesserung der Lebensqualität des aktuellen Tages geht. „Genau, dass man sie einfach beruhigen kann, bisschen weniger aggressiv sind. Dass wenn sie den Gang, aufgrund von Verhaltensstörungen, auf und abgehen. Dass man sie wirklich mal zur Ruhe bringt. Dass man wie zuvor schon gesagt Medikamente einspart, bevor man was Anderes hergibt. Dass man sie mit so basalen Sachen wie streicheln oder so zur Ruhe bringt. Und oft können sie dann von irgendwelchen Sachen von früher reden, wenn jemand schon Hunde gehabt hat. Dann kann er von früher reden, was einen besseren Zugang schafft. Sicher nicht langanhaltend bei Demenzpatienten aber für den Moment, für den Tag ist das ganz gut.“ (Seite 9, Zeile 252-259)

Auf die Frage, ob der Effekt der abnehmenden Unruhe anhält, wenn die Teilnehmer / Teilnehmerinnen öfters in die TGA gehen, äußert sich Herr Killinger diesbezüglich positiv: „Ja, schon. Weil er sich ja, dann kann er sich auch mal schon erinnern. Des wie er's dann aufnimmt oder wie er sich dran erinnert. Das ist dann vielleicht nicht das Erinnern, wie wir es kennen, sondern einfach auf Gefühlsebene. Kann sich z.B. durch das Streicheln erinnern: ah des kenne ich schon von letztes Mal. Er erinnert sich vielleicht nicht: ah ja heute ist wieder Hundetherapie, sondern ja jetzt ist der Hund wieder da. Und Freude durch die Gefühle, des ihm des schon bekannt ist.“ (Seite 33, Zeile 1020-1025) Herr Killinger beschreibt weiter wie sein Team das aktivierte Erinnerungsvermögen aufgrund der TGA nutzt: „Des ist natürlich a

Baustelle, wo er aufnehmen kann. Des kann er natürlich jeden Tag aufnehmen: Oh sie haben schon mal a Hund gehabt? Wie hat der geheißten? Was habens mit dem getan? Schon ist man im Patienten drin. Und er hat natürlich auch was, wo er angenommen, akzeptiert wird, wo er Bestätigung kriegt. Des kann ich natürlich von Woche zu Woche so durchziehen.“ (Seite 33, Zeile 1026-1030)

Verstärkte Aufmerksamkeit während der TGA:

Oberarzt: „Aufmerksamer in dem Sinne, dass sie den Hund streicheln und dann zugänglicher sind. In dem Sinn aufmerksam.“ (Seite 9, Zeile 264-265)

Herr Killinger bestätigt, dass die Aufmerksamkeit durch die TGA gefördert wird und dieser Effekt auch anhalten kann: „Es kann auf alle Fälle anhalten v.a., wenn ich´s dann wieder aufgreif in Pflēgetätigkeiten oder im Alltag.“ (Seite 34, Zeile 1038-1039) Weiterhin beschreibt er, dass Patienten / Patientinnen auch wacher sind: „Also des habe ich auch schon beobachtet, das halt Aufmerksamkeit ah ganz andere ist. Eben, weil es etwas Außergewöhnliches ist. Net der Alltag, der Krankenhausalltag, sondern jetzt ist der Hund da, das ist ganz was anderes.“ (Seite 34, Zeile 1048-1050)

Reaktion der Patienten / Patientinnen auf Störfaktoren während der TGA:

Stellvertretende Stationsleitung: „Wenn da Hundetherapie ist, sind da keine Angehörige net, bei uns net. Da rennt auch keiner durch, eigentlich. Natürlich müssen wir da draußen vorbei, das scho. Aber da geht in der Zeit keiner in den Raum eine.“ (Seite 9, Zeile 270-272)

Herr Killinger erklärt, dass Angehörige, die während der TGA anwesend sind, keine Störfaktoren sind. Im Gegenteil, sie sind vertraute Personen und deshalb sind die Patienten / Patientinnen eher offen für die TGA: „Also Angehörige sen ja, die haben ja den engeren Draht zu ihren Familienmitgliedern. Des versuchen wir natürlich wir auch einen Nutzen draus zu ziehen und die sen dann natürlich auch zugänglicher, wenn Angehörige da sind.“ (Seite 35, Zeile 1068-1070) „Im Gegenteil der Patient ist auf einen Angehörigen besser eingestellt, wie auf einen Fremden, als auf das Pflegepersonal.“ (Seite 35, Zeile 1072-1074) Zusätzlich ergänzt er auf die Frage, ob Personal durch den Raum läuft: „Da passen wir schon auf, dass nicht alle fünf Minuten jemand durchrennt. Muß auch nicht sein. Wenn hierin etwas ist, wir haben ja auch Besprechungen hierin, bleiben wir draußen.“ (Seite 35, Zeile 1079-1081)

Der Oberarzt ergänzt noch zum Schluss: „Aber wir profitieren davon, weil die Leut wirklich Spaß dran haben.“ (Seite 10, Zeile 283-284) Zusätzlich profitiert auch das Personal von der TGA, wie es der Oberarzt beschreibt: „Ja, das macht uns auch Spaß. Mir geht es auch so, wenn ich die Hunde sehe, muss ich sie streicheln. Die machen das einfach gut, die Hundeführer.“ (Seite 10, Zeile 289-290)

Interview Hundeführerin, Frau Grimm

Reaktion der Patienten / Patientinnen auf den Hund: Frau Grimm: „Total freudig. Sie sind total außer sich, wenn sie ihn sehen. Manche schlafen und wenn sie den Hund sehen sind sie hellwach. Manche möchten, dass man ihn dalässt. Dass er für immer dableibt. Also, das ist wirklich schee, wie die drauf reagieren.“ (Seite 14, Zeile 431-433)

Möglichkeit das Patienten / Patientinnen nicht auf den Hund reagieren: Frau Grimm: „Anfangs, gibt's welche, die nicht gleich drauf reagieren. Aber die dann sagen, ich mach gar nichts, sich wehren. Aber dann nach fünf Minuten doch mitmachen. Das sind dann die, die am Schluss am besten mitmachen.“ (Seite 14, Zeile 437-439)

Unterschiede bei Patienten / Patientinnen bei kontinuierlicher Teilnahme: Frau Grimm bestätigt, dass es Unterschiede gibt, wenn Patienten / Patientinnen regelmäßig bei der TGA teilnehmen: „Die Leute werden einfach besser. Sie werden lockerer. Die die Angst haben, werden offener.“ (Seite 15, Zeile 449-450) Frau Grimm bestätigt, dass auch die Aufmerksamkeit bei den Patienten / Patientinnen zunimmt: „Ja, auf jeden Fall. Man erkennt da schon einen riesigen Unterschied.“ (Seite 15, Zeile 454)

Frau Grimm bestätigt, dass das Pflegepersonal die Patienten / Patientinnen für die TGA mit Bedacht auswählt: „Es wird schon geschaut. Wo man was machen muss oder sollte, da wird gezielt geschaut, ausgewählt, ausgesucht, reingesetzt.“ (Seite 15, Zeile 458-459)

Patienten / Patientinnen, die nicht auf den Hund reagieren, reagieren oft nach einem gewissen Zeitraum: Frau Grimm: „Ja, nach so fünf bis zehn Minuten und die machen dann oft am besten mit.“ (Seite 15, Zeile 463)

Möglichkeit, dass Abneigungen bei Patienten / Patientinnen bestehen: Frau Grimm bestätigt, dass es Abneigungen gegen den Hund gibt und empfiehlt: „Des muss man lassen, muss man akzeptieren. Vielleicht mögen manche die erste Zeit nur zuschauen. Die Anderen mögen

wirklich nicht. Dann muss man das akzeptieren. Weil, das bringt ja nichts, wenn jemand nicht will.“ (Seite 15, Zeile 471-473)

Verständnis der Patienten / Patientinnen von verbalen Aufforderungen der Hundeführerin bei der TGA (Die Patienten / Patientinnen werden beispielsweise aufgefordert das Intelligenzspiel für den Hund mit Leckerli zu bestücken. Ein Intelligenzspiel ist ein Spielzeug oft in Form eines Hundenapfes mit vielen Löchern, die mit Schiebern geschlossen werden können. Der Hund soll das Leckerli suchen indem er verschiedene Schieber mit der Pfote öffnet.): Frau Grimm bestätigt, dass nicht alle Patienten / Patientinnen die Aufforderungen verstehen und erläutert ihre Vorgehensweise: „Genau, man muss ihnen vormachen. Oft geben sie dem Hund zuerst das Guti (Anmerkung der Verfasserin, gemeint ist das Leckerli) und dann machen sie weiter. Sie sind oft, weil die dem Hund das zuerst geben wollen, weil ihnen der Hund leid tut. Wenn man ihnen das dann vormacht und der Hund setzt sich daneben, dann machen die das.“ (Seite 15/16, Zeile 482-485)

Möglichkeit, dass Patienten / Patientinnen sich durch den Hund emotional berührt fühlen: Frau Grimm bestätigt, dass dies oft auftritt: „Ja, haben wir ganz oft. Das sie sogar weinen müssen, weil sie an ihren eigenen Hund denken müssen. Oder Kindheitserinnerungen haben. Man merkt das schon ganz stark.“ (Seite 16, Zeile 494-495)

Schnellerer Beziehungsaufbau der Patienten / Patientinnen zum Hund im Vergleich zum Personal: Frau Grimm: „Ja. Also das auf jeden Fall. Kann ich nur bestätigen.“ (Seite 16, Zeile 500)

Zeigen Patienten / Patientinnen Verhaltensauffälligkeiten während der TGA:

Frau Grimm: „Nein, im Gegenteil es wird ruhiger. Wenn die Mia da ist, sind die einfach ruhiger.“ (Seite 16, Zeile 505)

Steigt die Aufmerksamkeit der Patienten / Patientinnen während der TGA:

Frau Grimm beschreibt, dass die Aufmerksamkeit der Patienten / Patientinnen während der TGA zunimmt. Sie erläutert, dass dies bei regelmäßiger Teilnahme der Patienten / Patientinnen noch gesteigert wird: „Das steigert sich von Mal zu Mal und wird immer besser. Je öfter sie dabei sind, dann wissen sie auch was sie machen müssen. Dann sind sie nicht mehr so unruhig und nervös, weil sie oft Angst haben, etwas erledigen müssen und nicht wissen was sie machen müssen. Sobald sie die Mia sehen, ist das alles weg.“ (Seite 16, Zeile 514-517)

Ich frage nach, ob die wiederholenden Fragen nach dem Ehemann / Ehefrau von den demenzkranken Patienten / Patientinnen auch abnehmen und die Patienten / Patientinnen während der TGA gedanklich im „Jetzt“ sind:

Frau Grimm: „Genau, das ist alles weg. In dem Moment passt alles.“ (Seite 17, Zeile 522)

Sind die Patienten / Patientinnen während der TGA wach und orientiert? Ich erzähle dann von einer Patientin aus der Beobachtung, die sehr abwesend war:

Frau Grimm: „Die hat eingeschlafen aber durch des, die Mia geht dann hin und stupst sie an und dann war sie doch wieder für ein paar Minuten wach und hat dann wieder geredet mit ihm. Sie kann des einfach.“ (Seite 17, Zeile 531-533)

Reaktion der Patienten / Patientinnen auf Störfaktoren: Frau Grimm: „Solange der Hund im Raum ist interessiert das eigentlich nicht. Weil sie so auf den Hund fixiert sind, bemerken sie das gar nicht.“ (Seite 17, Zeile 538-539)

Auswertung des Themenbereiches Anwesenheit der Betreuungskraft

Interview Hundeführerin, Frau Grimm

Relevanz der Anwesenheit der Betreuungskraft während der TGA: Frau Grimm: „Ich find schon, doch. Also die Betreuungskraft ist schon wichtig, weil wenn wirklich einer recht nervös wurde, dann greift die schon ein.“ (Seite 17, Zeile 548-549) Auf meine Nachfrage bestätigt Frau Grimm, dass es ein Unterschied ist, wenn die Betreuungskraft nicht anwesend ist.

Motiviert die Betreuungskraft die Teilnehmer / Teilnehmerinnen zur Teilnahme an den Übungen der TGA: Frau Grimm: „Ja, die ist halt dabei. Das muss man schon loben.“ (Seite 18, Zeile 556)

8.7 Ergebnisse

8.7.1 Beobachtungen

Zusammenfassung der Beobachtungen

Im Folgenden vergleiche ich alle sechs durchgeführten Beobachtungen miteinander und stelle Gemeinsamkeiten, Unterschiede und überraschende Tatsachen fest. Die Gesamtdokumentation (siehe Tabelle 7, S. 65-67) stellt dar, dass Tendenzen erkennbar sind und bei einzelnen Fragen sind große Unterschiede beobachtbar. Die Gründe dafür können vielfältig sein.

Es gab die größten Übereinstimmungen bei folgenden Fragen. Diese sind nochmals mit dem Ergebnis der Gesamtdokumentation dargestellt.

Reaktion auf Hundeführer: Beobachtungsbereich 1:

- Frage 1: Reagiert die Person auf verbale Ansprache: trifft zu auf 24 Personen
- 2: Lässt sie sich motivieren zur Teilnahme: trifft zu auf 20 Personen
- 3: Möchte sie den Raum verlassen: trifft nicht zu auf 19 Personen
- 4: Kann sie dazu motiviert werden zu bleiben: trifft zu auf 23 Personen
- 5: Führt sie die gestellten Aufgaben durch: trifft zu auf 18 Personen

Fazit: Die Beobachtungen belegen meine Hypothese, dass die verbale Motivation durch die Hundeführerin sehr relevant ist. Sie führt in der Konsequenz dazu, dass die Patienten / Patientinnen zur Teilnahme und zur Übernahme der Aufgaben motiviert werden können. Zusätzlich kann Frau Grimm der Unruhe der Teilnehmer und Teilnehmerinnen so erfolgreich begegnen, dass diese fast immer davon überzeugt werden können, den Raum nicht zu verlassen.

Reaktion auf den Hund: Beobachtungsbereich 2:

- Frage 8: Reagiert die Person auf den Hund: trifft zu auf 22 Personen,
- 9: Lässt er / sie den Kontakt zu: trifft zu auf 20 Personen,
- 10: Reagiert die Person mit Abneigung: trifft nicht zu auf 20 Personen,
- 11: Reagiert die Person mit Gleichgültigkeit: trifft nicht zu auf 20 Personen

Fazit: Die Ergebnisse der Fragen weisen nach, dass der Großteil der Teilnehmer / Teilnehmerinnen und Teilnehmerinnen auf den Hund in positiver Weise reagieren. Sie reagieren zum Großteil nicht mit Abneigung und Gleichgültigkeit und lassen den Kontakt zu.

Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft (Bk): Beobachtungsbereich 3:

- Frage 16: Person lässt sich von Bk zu Aufgaben motivieren: trifft auf 12 Teilnehmer zu
- 17: Person fordert Erklärungen ein: trifft auf 13 Personen zu

Fazit: Der Großteil der Teilnehmer und Teilnehmerinnen fordert keine Erklärungen ein. Der Beobachtungsbogen stellt nicht dar, was die Bk vor oder nach der TGA leistet um zu gewährleisten, dass die TGA stattfinden kann. Außerdem ist es u.a. ihre Aufgabe auf einzelne

besonders unruhige Teilnehmer und Teilnehmerinnen so einzugehen, dass ihnen ermöglicht wird, an der TGA teilzunehmen.

Die größten Unterschiede sind in allen übrigen Fragen erkennbar. Im *Beobachtungsbereich 1: Reaktion auf Hundeführer* trifft dies auf die Ergänzungsfragen zu, die beobachtbare Aufmerksamkeit und ob die Teilnehmer und Teilnehmerinnen positiv auf gestellte Aufgaben reagieren. Aufmerksamkeit und erlebte Erfolgserlebnisse bei den Teilnehmern und Teilnehmerinnen alleine aufgrund des nonverbalen Ausdrucksverhaltens zu beobachten stellte sich als sehr schwierig dar. Dazu sind zusätzliche oder andere empirische Erhebungen notwendig. Im *Beobachtungsbereich 2: Reaktion auf den Hund* trifft dies auf die folgenden Fragen zu:

Abbildung 9: Freut er / sie sich über den Kontakt

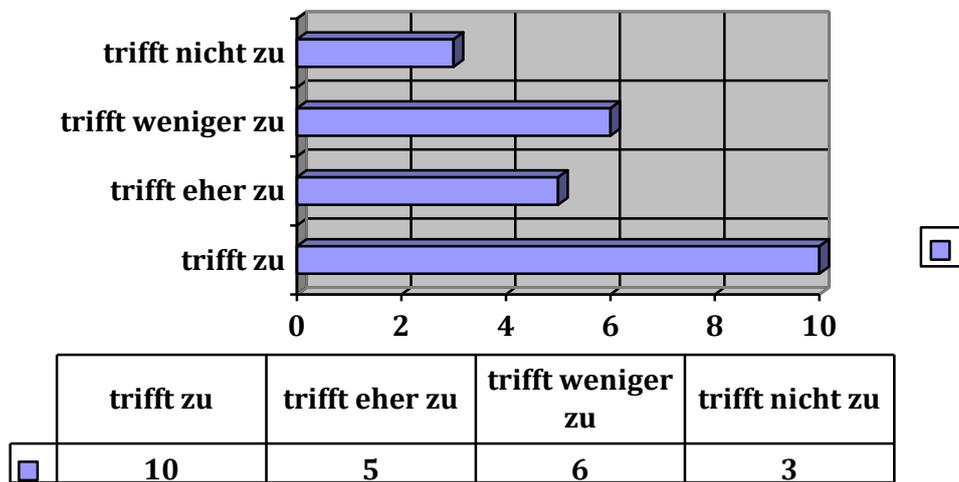


Abbildung 10: Streichelt er / sie den Hund

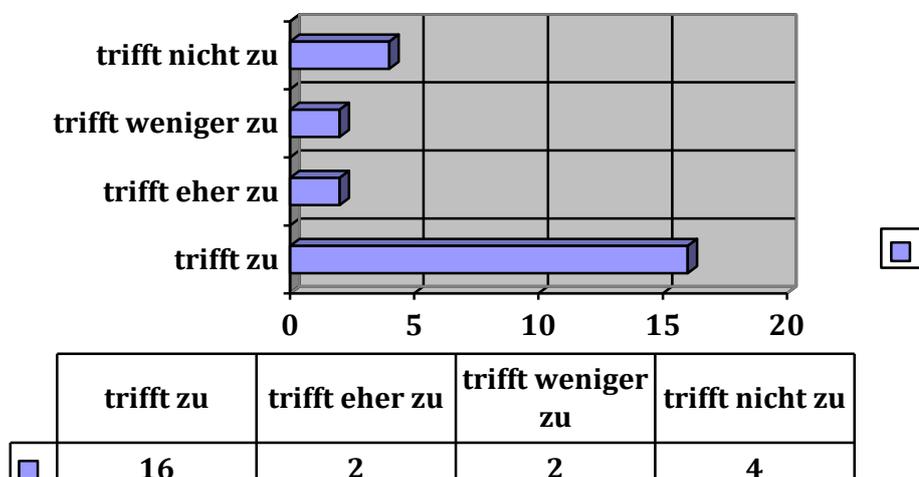


Abbildung 11: Lächelt er / sie dabei

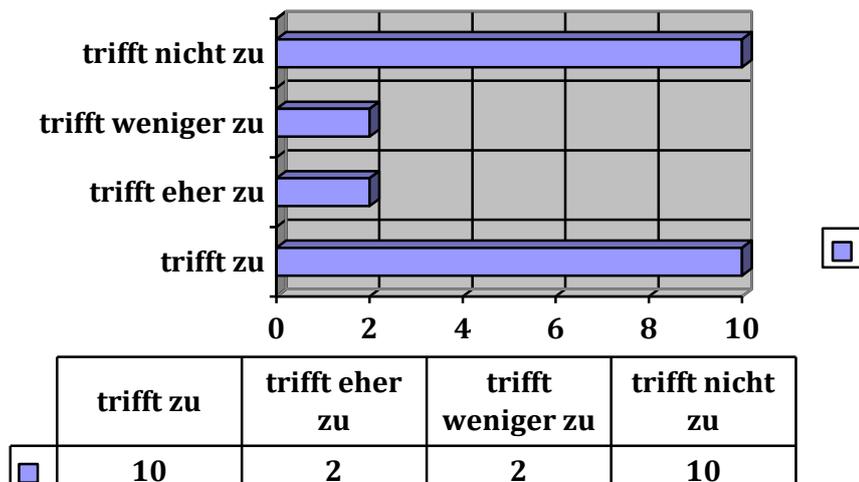
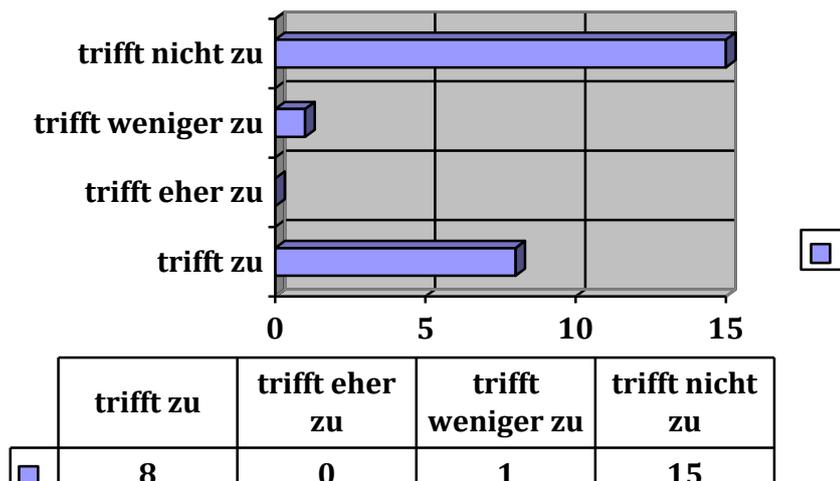


Abbildung 12: Erzählt er / sie von eigenen Erfahrungen



Den *Beobachtungsbereich 3: Reaktion auf Erklärung der Betreuungskraft*, habe ich bereits oben dargestellt.

Die Resultate der ergänzenden Fragen im *Beobachtungsbereich 1* bilden keine weiteren Erkenntnisse. Dabei handelt es sich um die Darstellung von Unruhe und um die Aufmerksamkeit.

Im *Beobachtungsbereich 2* behandelt die Ergänzungsfrage auftretende Angst bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen, dies kann bei 2 Personen als zutreffend beobachtet werden, sie wurde sie verbal geäußert. Im *Beobachtungsbereich 3* gibt es keine Ergänzungsfragen.

Die Hypothesen zu Beginn bzw. vor den Beobachtungen bezüglich der Motivation der Hundeführerin konnte belegt werden. Die Relevanz der Motivation durch die Betreuungskraft ließ sich nicht darstellen. Die Reaktion auf den Hund durch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ist hauptsächlich positiv. Reaktionen wie Aufmerksamkeit, erlebte Erfolgserlebnisse und Freude über den Kontakt zum Hund ließen sich nur schwer beobachten und belegen.

8.7.2. Interviews

Zusammenfassung der Auswertung

Zusammenfassung der Aussagen aus den Kategorien, die von allen Interviewpartnern beantwortet wurden. Was sind die Unterschiede und Übereinstimmungen?

Reaktion auf Hund

Wie reagieren die Patienten / Patientinnen auf den Hund?

Die Stellvertretende Stationsleitung hat beschrieben, dass nicht alle Patienten / Patientinnen auf den Hund reagieren. Ein Teil der Patienten / Patientinnen kann das Angebot nicht annehmen, weil sie zu unruhig sind.

Frau Grimm nimmt die Reaktion der Patienten / Patientinnen sehr positiv wahr. Sie erzählt, dass Patienten / Patientinnen die eben noch geschlafen haben, bei Anwesenheit des Hundes wach werden. Dass es Patienten / Patientinnen gibt, die äußern, dass der Hund dableiben soll. Herr Killinger ergänzt, dass die Reaktion der Patienten / Patientinnen v.a. eine Frage der Belastbarkeit ist. Der zeitliche Aspekt spielt bei allen Therapiemethoden eine maßgebliche Rolle.

Gibt es Patienten / Patientinnen die gar nicht auf den Hund reagieren?

Frau Grimm bestätigt, dass es Patienten / Patientinnen gibt, die zunächst nicht reagieren. Aber nach fünf bis zehn Minuten dann doch mitmachen.

Haben Sie den Eindruck, dass der Hund schneller eine Beziehung zu der Klientel herstellt, im Vergleich zu Ihnen? Dies bestätigen alle Interviewpartner übereinstimmend.

Sind die Patienten / Patientinnen emotional berührt durch den Hund?

Dies bestätigen die stellvertretende Stationsleitung und Frau Grimm, dass die Patienten / Patientinnen durch den Hund emotional berührt sind. Frau Grimm ergänzt, dass Patienten / Patientinnen mitunter weinen, weil sie an den eigenen Hund denken. Die Stellvertretende Stationsleitung ergänzt, dass dieser Effekt zeitlich begrenzt ist.

Reaktion der Klientel auf die TGA

Zeigt die Klientel Verhaltensauffälligkeiten während Ihrer Einheiten (Unruhe, Aggressivität)?

Alle Interviewpartner sagen übereinstimmend, dass weniger Verhaltensauffälligkeiten während der TGA auftreten. Die Stellvertretende Stationsleitung bestätigt, dass Unruhe weiterhin auftritt, da nicht alle Patienten / Patientinnen die TGA annehmen können. Herr Killinger ergänzt, dass die Unruhe abnimmt, wenn der Patient/ die Patientin die TGA annehmen können.

Sind die Patienten / Patientinnen während Ihrer Einheiten aufmerksam? Ändert sich dies während der Einheit?

Alle Interviewpartner bestätigen, dass die Aufmerksamkeit der Patienten / Patientinnen während der TGA gesteigert ist. Frau Grimm berichtet, dass die Aufmerksamkeit bei regelmäßiger Teilnahme noch gesteigert wird. Der Oberarzt erzählt, dass die Patienten / Patientinnen den Hund wahrnehmen und ihn streicheln und durch die TGA zugänglicher sind. Herr Killinger ergänzt, dass die Aufmerksamkeit gefördert wird und dieser Effekt auch anhält. Zusätzlich beobachtet er, dass die Patienten / Patientinnen wacher sind, weil es eine außergewöhnliche Methode ist.

Anwesenheit und verbale Motivation von der Hundeführerin und der Betreuungskraft

Haben Sie den Eindruck, dass die verbale Motivation der Hundeführerin eine große Rolle spielt?

Der Oberarzt, die stellvertretende Stationsleitung, Frau Grimm und Herr Killinger bestätigen übereinstimmend, dass dies eine hohe Relevanz hat. Der Oberarzt ergänzt, dass es wichtig ist, dass die Hundeführerin weiß, wie sie mit demenzkranken Patienten / Patientinnen umgehen muss.

Haben Sie den Eindruck, dass die Anwesenheit der Betreuungskraft wichtig ist?

Die Stellvertretende Stationsleitung, Frau Grimm und Herr Killinger bestätigen übereinstimmend, dass die Anwesenheit der Betreuungskraft sehr wichtig ist, da sie bei unruhigen Patienten / Patientinnen intervenieren kann. Die Stellvertretende Stationsleitung ergänzt, dass die Betreuungskraft dazu auch eher in der Lage ist als die Hundeführerin, da sie einen besseren Zugang zu den Patienten / Patientinnen hat und sie diese besser kennt.

Rahmenbedingungen

Kriterien zur Auswahl der Patienten / Patientinnen für die TGA?

Die stellvertretende Stationsleitung und Frau Grimm bestätigen übereinstimmend, dass die Patienten / Patientinnen für die TGA gezielt ausgewählt werden. Die stellvertretende Stationsleitung ergänzt, dass Patienten / Patientinnen die die TGA gut annehmen, kontinuierlich an dem Angebot teilnehmen. Auch unruhige Patienten / Patientinnen werden gezielt in die TGA gebracht. Herr Killinger geht noch mehr ins Detail und erklärt, dass die Faktoren Mobilität, Tagesbefindlichkeit, körperliche Erkrankungen, Bereitschaft für das Angebot und eine vorhandene Affinität zu Hunden eine Rolle spielt. Aber wenn es sich um neuaufgenommene Patienten / Patientinnen handelt und dieses Wissen nicht vorliegt, werden Teilnehmer / Teilnehmerinnen auch spontan für die TGA ausgewählt.

Wie reagieren die Patienten / Patientinnen auf Störfaktoren (Pfleger läuft durch den Raum, Anwesenheit von Besuch)?

Die Stellvertretende Stationsleitung berichtet, dass keine Störfaktoren auftreten in der Form, dass eine Person den Raum betritt oder Besuch anwesend ist. Die Hundeführerin erzählt, dass die Patienten / Patientinnen nicht auf Störfaktoren reagieren, da sie auf den Hund fixiert sind. Herr Killinger berichtet, dass Angehörige keine Störfaktoren der TGA sind, sondern im Gegenteil, dass die Patienten / Patientinnen dadurch offener für das Angebot sind. Störfaktoren in Form von Personal das durch den Raum läuft, findet laut seiner Aussage nicht statt.

Zusätzliche Ergebnisse

Im Kapitel 3.3 beschreibe ich Ziele und Wirkungsweisen. Auch, dass sich Tiere positiv auf das Personal auswirken. Dies bestätigt der Oberarzt im Interview.

	Oberarzt	Stellvertretung	Hundeführerin	Stationsleitung	Übereinstimmung
Reagieren alle Klienten auf den Hund	Keine Angabe	nein	nein	Ja	nein
Wichtigkeit der verbalen Motivation der Hundeführerin	ja	ja	Ja	ja	ja

Wichtigkeit der Anwesenheit der Betreuungskraft	Keine Angabe	Ja	Ja	Ja	ja
Schneller Beziehungsaufbau durch den Hund zum Patienten	Ja	Ja	Ja	Ja	ja
Weniger Verhaltensauffälligkeiten der Patienten während der TGA	Ja	Ja	Ja	Ja	ja
Patienten aufmerksam während der TGA	Ja	Ja	Ja	Ja	ja
Gezielte Auswahl der Teilnehmer	Keine Angabe	Ja	Ja	Zum Teil	nein
Reaktion der Patienten auf Störfaktoren	Keine Angabe	Es gibt keine	Patienten reagieren nicht darauf	Findet nicht statt	nein

9. Weiterentwicklungsmöglichkeiten der tiergestützten Interventionen

Was ist nun die Quintessenz der beschriebenen theoretischen und empirischen Ausführungen? Nachfolgend werde ich mögliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten ausführen sowie die bereits etablierte Standards darstellen.

Im Kapitel 5.2 beschreibe ich die Vorgaben nach dem Tierschutzgesetz und im Kapitel 5.3 die Ausbildungsstandards nach ESAAT. Diese werden durch die Konzeption von Frau Lederbogen und dem daraus entwickelten Regelkatalog für alle eingesetzten Tiere eingehalten. Das betrifft Hygiene- und Qualitätsstandards sowie Tierarztkontrollen, Ausbildung und Ruhephasen. Allerdings waren diese Punkte nicht Gegenstand meiner empirischen Erhebungen, sind aber Voraussetzung aller tiergestützten Interventionen.

Im Kapitel 5.3 führe ich Voraussetzungen und Ausbildungsziele in der Bildung von Therapiebegleittier-Teams an. Otterstedt und Rauschenfels empfehlen in der Aus- und Weiterbildung Supervisionsangebote und kontinuierliche Weiterbildung. Zusätzlich schlagen sie eine Einführung für die Klientel vor. Frau Grimm beschreibt im Interview (siehe Transkript

im Anhang oder Kapitel 8.6.2 Auswertung der Interviews), dass sie eine Einweisung erhalten hat und sich einmal die Woche mit anderen Therapiebegleittier-Teams austauscht. Da ich die Frage ungenau gestellt habe, ist nicht zu klären, ob es auch Supervisionen gibt. Wenn dies nicht der Fall ist, wäre es empfehlenswert, um den hohen Standard der Therapiebegleittier-Teams zu erhalten.

Im Kapitel 5.3 stellt Sommer dar, dass es empfehlenswert ist, wenn die Klientel eine Einweisung in Bezug auf den Umgang mit einem Hund erhält. Da demenzkranke Menschen sich bereits ab dem mittelschweren Stadium keine Neuigkeiten mehr einprägen können, ist dies kaum umsetzbar. Es ist daher Aufgabe der Hundeführerin zu intervenieren, falls sich Teilnehmer / Teilnehmerinnen unangebracht gegenüber ihrem Hund verhalten. Bei den empirischen Erhebungen gab es keine beobachtbaren Vorfälle.

Im Kapitel 7.2 lege ich dar, welche Faktoren bei nicht-medikamentösen Verfahren Beachtung finden sollten. Dazu gehört, dass sie individualisiert werden, das Stadium der Demenz beachtet wird und diese Methode, die Teilnehmer / Teilnehmerinnen emotional und / oder kognitiv nicht überfordert. Die kognitive Überforderung steht im engen Zusammenhang mit dem Stadium der Demenz, die emotionale Überforderung ebenso, aber die Biographie hat auch einen wesentlichen Einfluss. In einem Gruppensetting kann diesen Faktoren kaum Rechnung getragen werden, weil die Voraussetzungen und Bedürfnisse der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu unterschiedlich sind. Die Hundeführerin, Frau Grimm, und der Stationsleiter, Herr Killinger, bestätigen in den Interviews, dass bei Einzelinterventionen besser auf die Klientel eingegangen werden kann. Da dies in der Vergangenheit schon stattgefunden hat, wäre es eine Möglichkeit auch für die Zukunft. Natürlich in Abstimmung mit den Wünschen der Angehörigen und der Betroffenen.

Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen der Hundeführerin und dem Personal der Gerontopsychiatrie könnte dazu führen, dass die Hundeführerin noch besser auf die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen eingehen könnte. Hilfreiche Informationen betreffen das Tagesbefinden, Ängste oder auch die Wünsche von Angehörigen.

Im Kapitel 7.2 beschreibe ich welche Art von Methoden in welchem Stadium empfehlenswert sind. Der Vorteil von tiergestützten Interventionen ist, dass sie in jedem Stadium angewendet werden können. Im Kapitel 6.4 erläutere ich die Stadien der Demenz. Die Interviewpartner geben an, dass die Patienten und Patientinnen in der Gerontopsychiatrie eine mittel- bis

schwergradige Demenz haben. In den Beobachtungsbögen habe ich den Schweregrad erhoben: vier Patienten / Patientinnen befinden sich in einem leichten Stadium der Demenz, sechs in einem mittleren Stadium und zwölf in einem schweren Stadium. Von zwei Teilnehmern / Teilnehmerinnen gibt es keine Angaben. Bei ihnen handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um die von Herr Killinger beschriebenen Patienten / Patientinnen, die vorübergehend eine geschlossene Unterbringung benötigen. Dies bestätigen die Angaben des Oberarztes, aber auch die von Herr Killinger, dass die Klientel sehr unterschiedlich ist. Denn es gibt auch Patienten / Patientinnen im leichten Stadium und Patienten / Patientinnen, die keine dokumentierte Demenz haben. Betroffene im mittelgradigen Stadium der Demenz zeigen folgende Symptome: Desorientierung, stark eingeschränkte Handlungskompetenz, Sprachstörungen und verschiedene Verhaltensauffälligkeiten. Bei Menschen mit schwerer Demenz stehen körperliche Symptome im Vordergrund, eine Sprache ist kaum noch vorhanden und alltägliche Aufgaben sind nicht mehr durchführbar. Welche Zielsetzungen einer Methode sind bei der Klientel mit diesem Schweregrad noch realistisch zu erreichen?

Im Kapitel 3.1 definiere ich tiergestützte Aktivitäten (TGA) und erläutere die Ziele. TGA hat keine therapeutischen Ziele sondern die Zielsetzung Entspannung, Bildung und Anregung zu fördern. Im Kapitel 8.7.2 fasse ich die Ergebnisse der Interviews zusammen. Alle Interviewpartner bestätigen, dass weniger Verhaltensauffälligkeiten und Unruhe auftreten und die Aufmerksamkeit während der TGA gesteigert ist. Der Stationsleiter Herr Killinger beobachtet, dass dieser Effekt anhält. Im Kapitel 8.6.1 werte ich die Beobachtungen aus. Bei der Frage, ob die Teilnehmer / Teilnehmerinnen den Raum verlassen wollen, kann auf das Auftreten von Unruhe während der TGA Rückschluss genommen werden. 19 von 24 Teilnehmern und Teilnehmerinnen wollen den Raum nicht verlassen. In der nachfolgenden Frage können 23 Teilnehmer / Teilnehmerinnen motiviert werden zu bleiben, eine / einer nicht. Die Beobachtungen bestätigen eine Abnahme von Unruhe.

Die Rahmenbedingungen der TGA habe ich in den Interviews mit der Frage nach Störfaktoren und der Auswahl der Teilnehmer / Teilnehmerinnen erfasst. Das Ergebnis meiner Beobachtungen ist, dass die Störfaktoren keinen erkennbaren Einfluss auf die Teilnehmer / Teilnehmerinnen haben. In den Interviews erklärt die stellvertretende Stationsleitung, dass es diese nicht gibt. Der Stationsleiter Herr Killinger legt dar, dass anwesende Angehörige wichtig sind, damit die Teilnehmer / Teilnehmerinnen offen sind für die TGA. Er äußert, dass Störfaktoren, wie durchlaufendes Personal nicht auftritt. Die Auswahl der Teilnehmer / Teilnehmerinnen ist wichtig, damit ein Effekt des Hundes (siehe Kapitel 5.1) möglich ist. Denn

Voraussetzung dafür ist die Zuneigung der Patienten / Patientinnen für den Hund. In den Interviews bestätigen alle, dass die Teilnehmer / Teilnehmerinnen gezielt ausgesucht werden. Herr Killinger ergänzt, dass Teilnehmer / Teilnehmerinnen aber auch spontan ausgewählt werden, wenn es sich um Neuzugänge handelt.

In den Beobachtungen stelle ich die Hypothesen über die Relevanz der verbalen Motivation der Betreuungskraft (Bk) und der Hundeführerin auf. Alle Interviewpartner bestätigen das. Auch wenn die Anwesenheit der Bk eine Vorgabe ist, ist dies in der Praxis nicht immer zutreffend. Bei sechs Beobachtungen war zweimal keine Bk anwesend. Die Beobachtungen bilden die Relevanz der Anwesenheit der Bk nicht ab. Vier Teilnehmer / Teilnehmerinnen lassen sich von der Bk motivieren, zwölf nicht. Allerdings ist das aufgrund der Beobachtungssituation auch nur eine Momentaufnahme (siehe 8.3.1). Jegliche Motivierung und Anleitung ist Grundvoraussetzung für das Gelingen der TGA, da demenzkranke Menschen ab dem mittelschweren Stadium für alle Tätigkeiten Motivierung und Anleitung benötigen (siehe Kapitel 6.4).

Im Kapitel 6.6. kritisieren die Autoren der HILDE-Studie, dass das Personal von Alten- und Pflegeheimen und auch viele Ärzte keine gerontopsychiatrische Weiterbildung haben. Dies ist Voraussetzung, damit psychische Symptome der Demenz erkannt, behandelt und als Symptome verstanden werden. Die Situation im Bezirksklinikum Mainkofen ist aufgrund dessen, dass es sich um ein Krankenhaus handelt, eine andere. Es liegt eine höhere Personalbesetzung vor und Fachärzte sind ständig vor Ort. Herr Killinger erzählte im Interview, dass es einen Unterschied gibt, zwischen der Fachweiterbildung Fachkrankenpfleger / -schwester für Psychiatrie und einer gerontopsychiatrischen Weiterbildung. Daher ist die Erhebung nach der gerontopsychiatrischen Weiterbildung im soziodemographischen Fragebogen ungenügend. Der Oberarzt verfügt über eine Weiterbildung für Geriatrie, die stellvertretende Stationsleitung und der Stationsleiter Herr Killinger nicht. Herr Killinger hat eine Fachweiterbildung für Psychiatrie absolviert, bei der stellvertretenden Stationsleitung habe ich dies nicht erfasst. Das Bezirksklinikum Mainkofen bietet viele nicht-medikamentöse Therapiemethoden an wie Musik- und Beschäftigungstherapie, Basale Stimulation, Snoezelen, Validation nach Richard, Klinikclowns und tiergestützte Interventionen. Dies ist eine große Bereicherung für die Patienten und Patientinnen.

10. Fazit

Wie im Kapitel 9 beschrieben, gibt es unterschiedliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten der tiergestützten Aktivitäten (TGA) im Bezirksklinikum Mainkofen. Der bisherige Standard, was die Ausbildung der Therapiebegleittier-Teams und die Qualitäts- und Hygienestandards betrifft, ist bereits sehr hoch. Daher handelt es sich eher um Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Bereich der Rahmenbedingungen und der Durchführung:

- Anbieten von Einzelinterventionen der TGA
- Supervisionen der Therapiebegleittier-Teams
- Weitergabe von Informationen über die Patienten / Patientinnen an die Hundeführerin
- Sicherstellung der Anwesenheit der Betreuungskraft während der TGA
- Ausschluss von Störfaktoren, in Form von Personal, welches den Raum durchquert

Die Stärke meiner Arbeit sind die umfangreichen empirischen Erhebungen. Diese bestehen aus sechs Beobachtungen und drei Interviews. Die Schwächen meiner Arbeit liegen in dem großen Umfang der erforschten Thematik, was das Darstellen von konkreten Ergebnissen erschwerte. Die Beobachtungen alleine, durchgeführt durch die Verfasserin, schränken die Ergebnisse als Momentaufnahmen ein. Die Interviews, auch wenn es sich um eine geringe Anzahl handelt, geben weiteren Aufschluss, um bereits erlangte Erkenntnisse zu festigen und /oder in einem anderen Zusammenhang zu verstehen beispielsweise das Angehörige während der TGA keine Störfaktoren sind, sondern im Gegenteil, wichtig sind damit die Patienten / Patientinnen offen sind für die TGA. Abbildbare Effekte sind, dass weniger Verhaltensauffälligkeiten auftreten, Unruhe abnimmt und die Aufmerksamkeit während der TGA gesteigert ist.

Die Vielzahl an nicht-medikamentösen Therapiemethoden müssen weiter erforscht werden, denn sie stellen eine Möglichkeit dar, Psychopharmaka zu reduzieren und die Lebensqualität von demenzkranken Patienten und Patientinnen zu verbessern. Um Effekte der TGA bei demenzkranken Menschen darzustellen, ist weitere Forschung in größerem Umfang mit vergleichbaren Kontrollgruppen notwendig. Einrichtungen wie das Bezirksklinikum Mainkofen, die trotz geringer Studienlage diese innovative Methode ihren Patienten und Patientinnen anbieten, sind vorbildlich. Das Einführen von TGA in anderen Einrichtungen wie Altenheimen dient sicher nicht dem Selbstzweck, sondern erfordert ein umfangreiches Konzept, ständige Weiterentwicklungen der Rahmenbedingungen, Weiterbildung des Personals und der Therapiebegleittier-Teams. Diese Anstrengungen sollte eine Gesellschaft zu unternehmen bereit sein, die kontinuierlich altert.

11. Literaturverzeichnis

Adler, G. (2011): Nicht-medikamentöse Hilfen für Menschen mit Demenz. Leitfaden für die Unterstützung und Beratung von Patienten und ihren Angehörigen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Bär, M.; Kruse, A.; Re, S. (2003): Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (6), S. 454–462. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-003-0191-0> zuletzt geprüft am 04.08.2017

Becker, S.; Kruse, A.; Schröder, J.; Seidl, U. (2005): Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I. L.DE.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 (2), S. 108–121. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-005-0297-7> zuletzt geprüft am 04.08.2017

Berendonk, C.; Stanek, S.; Schönit, M.; Kaspar, R.; Bär, M.; Kruse, A. (2011): Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44 (1), S. 13–18. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Marion_Baer/publication/50228674_Biographical_work_in_inpatient_long-term_care_for_people_with_dementia_potential_of_the_DEMIAN_nursing_concept/links/55d1fb5108ae7fb244f40bfd/Biographical-work-in-inpatient-long-term-care-for-people-with-dementia-potential-of-the-DEMIAN-nursing-concept.pdf zuletzt geprüft am 29.08.2017

Bienstein, Ch.; Fröhlich, A. (2016): Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen. 8., durchgesehene und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.

Bion, W. (2015): Erfahrungen in Gruppen (Konzepte der Humanwissenschaften). 3., erw. Auflage: Klett-Cotta / J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfol.

Brandenburg, H.; Güther, H. (2011): Konzepte, Befunde und Hintergründe zur Messung von Lebensqualität bei Menschen mit (schwerer) Demenz. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Deutschland))* 73 (12), 865-71; online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0031-1276924> zuletzt geprüft am 29.08.2017

Brandenburg, H.; Güther, H. (2014): Lebensqualität und Demenz - theoretische, methodische und praktische Aspekte. In: Coors, M; Kumlehn, M. (Hg.): Lebensqualität im Alter. Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz. Stuttgart: Kohlhammer, S.127-149.

Brandt, A. (2015): Basale Stimulation. In: Staack, S.; Gust, J. (Hg.): LEBEN statt therapeutischer Akrobatik. Nichtmedikamentöse Demenztherapien - wissen, was wirkt. Hannover: Schlütersche (Pflege kolleg), S.164-167.

Braun, C.; Schmidt, M. (2003): Das Hundebesuchsprogramm in der Altenpflege. In: Olbrich, E; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 325–334.

Breuer, P. (2009): Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz. 1. Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften).

Claus, A. (2003): Tierbesuch und Tierhaltung als Therapiehilfe im Krankenhaus. In: Olbrich, E.; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 199–214.

- Coors, M.; Kumlehn, M. (Hg.) (2014): Lebensqualität im Alter. Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dalferth, M. (2003): Wissenschaftliche Begleitung des Snoezelenprojekts im BRK-Senioren-Wohn- und Pflegeheim in Regensburg. Abschlussbericht; [Snoezelen, mehr Lebensqualität im Altenpflegeheim]. Regensburg: Bayerisches Rotes Kreuz, Kreisverb.
- Deuschl, G.; Maier, W. (2016): S3 Leitlinie Demenzen. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Online verfügbar unter https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf, zuletzt geprüft am 31.08.2017.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H.; Schulte-Marktwort, E. (Hg.) (2016): Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. ICD-10 Kapitel V (F). Weltgesundheitsorganisation. 6102016. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Ekman, P. (2011): Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. 2. Aufl., unveränd. Nachdr. Heidelberg: Spektrum Akad. Verl. (Spektrum Taschenbuch).
- Feil, N. (2010): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. 6., aktualisierte und erw. Aufl. München, Basel: E. Reinhardt (Reinhardts gerontologische Reihe, 17).
- Frindte, W. (2001): Einführung in die Kommunikationspsychologie. Weinheim [u.a.]: Beltz (Beltz-Studium).
- Fröhlich, A. (2015): Basale Stimulation. Ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen. Völlig überarb. Neuaufl. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Germann-Tillmann, T.; Merklin, L.; Stamm Näf, A. (Hg.) (2014): Tiergestützte Interventionen. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Greiffenhagen, S.; Buck-Werner, O. N. (2009): Tiere als Therapie. 2. Aufl. Mürtenbach: Kynos-Verl.
- Hager, K.; Klindtworth, K.; Schneider, N. (2014): Die Lebensqualität alter Menschen aus ärztlicher Sicht. In: Coors, M.; Kumlehn, M. (Hg.): Lebensqualität im Alter. Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz. Stuttgart: Kohlhammer, S.81-96.
- Händler-Schuster, D. (2010): Möglichkeiten einer individuellen Beziehungsgestaltung im Pflegealltag. Emotionalität bei Demenz. In: *Psych Pflege* 16 (02), S. 69–74. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0030-1251963> zuletzt geprüft am 29.08.2017
- IAHAIO (2014): IAHAIO white paper. The IAHAIO definitions for animal assisted intervention and animal assisted activity and guidelines for wellness of animals involved. Hg. v. IAHAIO. IAHAIO. Online verfügbar unter <https://petpartners.org/wp-content/uploads/2015/07/8000IAHAIO-WHITE-PAPER-TASK-FORCE-FINAL-REPORT-070714.pdf>, zuletzt geprüft am 04.08.2017.
- Jauss, M. (2014): Neurologie. In: Pantel, J; Tesky, V. (Hg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Gerontologie. 1. Auflage. Stuttgart, Germany: W. Kohlhammer GmbH.
- Kappas, A. (2009): Ausdruck: Kommunikations- und Regulationsmedium. In: Stemmler, G. (Hg.): Psychologie der Emotion. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie (Enzyklopädie der Psychologie), S.387-431.
- Kastner, U.; Löbach, R. (2014): Handbuch Demenz. [Fachwissen für Pflege und Betreuung]. 3. Aufl. München: Urban et Fischer in Elsevier.

- Kitwood, T.; Müller-Hergl, Ch. (2010): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5., erg. Aufl. Bern: Hans Huber (Programmbereich Pflege).
- Klare, K.-J. (2003): Heimtiere als begleitende Hilfen bei der aktivierenden und fördernden Pflege alter Menschen. In: Olbrich, E; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S.318-325.
- Kressig, R. W. (2017): Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz. In: *Internistische Praxis* 58 (1), S.116-122, Online verfügbar unter http://www.felixplatterspital.ch/fileadmin/user_upload/internistische_praxis_58-1_Kressig.pdf zuletzt geprüft am 29.08.2017.
- Krug, H. (2014): Lebensqualität und Selbstbestimmung bei neurodegenerativen Erkrankungen. Diskussion anhand ausgewählter Krankheitsbilder. In: Coors, M.; Kumlehn, M. (Hg.): Lebensqualität im Alter. Gerontologische und ethische Perspektiven auf Alter und Demenz. Stuttgart: Kohlhammer, S. 115–126.
- Krüger, S. (2011): Nutzung von Tieren im sozialen Einsatz. Merkblatt Nr. 131.4 Hunde. Hg. v. Die Tierärztliche Vereinigung für Tierschutz e.V. Die Tierärztliche Vereinigung für Tierschutz e.V. Bramsche. Online verfügbar unter <http://www.tierschutz-tvt.de/index.php?id=50#c304>, zuletzt geprüft am 04.11.2017.
- Neumann, R. (2009): Automatische und kontrollierte Prozesse bei der Emotionsauslösung. In: Stemmler, G. (Hg.): Psychologie der Emotion. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie (Enzyklopädie der Psychologie), S.131-158.
- Olbrich, E. (2003): Biophilie: Die archaischen Wurzeln der Mensch-Tier-Beziehung. In: Olbrich, E.; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 68–76.
- Olbrich, E.; Ford, G. (2003): Alte Menschen und Tiere: Zum Verstehen einer hilfreichen Beziehung. In: Olbrich, E; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 304–318.
- Olbrich, E.; Otterstedt, C. (Hg.) (2003): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos.
- Otterstedt, C. (2001): Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere - eine praktische Anleitung. Stuttgart: Kosmos.
- Otterstedt, C. (2003a): Der Dialog zwischen Mensch und Tier. In: Olbrich, E.; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 90–105.
- Otterstedt, C. (2003b): Der heilende Prozeß in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In: Olbrich, E.; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 58–68.
- Otterstedt, C. (2003c): Zum Einsatz von Tieren in Kliniken. In: Olbrich, E; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 227–253.
- Pantel, J.; Tesky, V. (Hg.) (2014): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Gerontologie. 1. Auflage. Stuttgart, Germany: W. Kohlhammer GmbH.
- Perrar, K. M.; Sirsch, E.; Kutschke, A. (2011): Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. 2. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Pschyrembel, W. (2012): Pschyrembel klinisches Wörterbuch. 2013. 264., überarb. Aufl. Berlin: De Gruyter.

- Püllen, R.; Coy, M.; Hunger, B.; Koetter, G.; Spate, M.; Richter, A. (2013): Tiergestützte Therapie im Demenzbereich eines Akutkrankenhauses. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (3), S. 233–236. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-013-0478-8> zuletzt geprüft am 25.08.2017
- Radenbach, J. (2014): Aktiv trotz Demenz. Handbuch für die Aktivierung und Betreuung von Demenzerkrankten. 3. Aufl. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Rauschenfels, Ch.; Otterstedt, C. (2003): Chancen und Verantwortung im Tierbesuchsdienst. In: Olbrich, E; Otterstedt, C. (Hg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Stuttgart: Kosmos, S. 385–404.
- Re, S. (2003): Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (6), S. 447–453. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-003-0189-7.pdf> zuletzt geprüft am 25.08.2017
- Richard, N.; Richard, M.; Gunzelmann, Thomas (2016): Integrative Validation nach Richard®. Menschen mit Demenz wertschätzend begegnen. 2. Auflage. Bollendorf: Institut für Integrative Validation.
- Rogers, C. R. (1976): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Nachdr. der 2. Aufl. der Kindler-Studienausg. München: Kindler (Kindler-Taschenbücher, 2175).
- Schaade, G. (2015): "Therapie" im Kontext einer demenziellen Erkrankung. In: Staack, S; Gust, J. (Hg.): LEBEN statt therapeutischer Akrobatik. Nichtmedikamentöse Demenztherapien - wissen, was wirkt. Hannover: Schlütersche (Pflege kolleg), S.150-159.
- Schaade, G. (2016): Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und dem Korsakow-Syndrom. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, Online verfügbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-662-48811-9> zuletzt geprüft am 04.08.2017.
- Schmidt-Atzert, L. (2009): Gefühle als Emotionsmonitor. In: Stemmler, G. (Hg.): Psychologie der Emotion. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie (Enzyklopädie der Psychologie), S.339-379.
- Schwarz, G. (2009): Umgang mit demenzkranken Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verl (Basiswissen).
- Singler, K.; Gurlit, S. (2014): Delir (akute Verwirrtheit). In: Pantel, J; Tesky, V. (Hg.): Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Gerontologie. 1. Auflage. Stuttgart, Germany: W. Kohlhammer GmbH.
- Sommer, P. (2014a): Kynologie. In: Germann-Tillmann, T; Merklin, L.; Stamm Näf, A. (Hg.): Tiergestützte Interventionen. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 185-198.
- Sommer, P. (2014b): Tierpsychologie mit Schwerpunkt Hund. In: Germann-Tillmann, T; Merklin, L.; Stamm Näf, A. (Hg.): Tiergestützte Interventionen. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 198-208.
- Spector, A.; Müller-Hergl, Ch. (2012): Kognitive Anregung (CST) für Menschen mit Demenz. Evidenzbasiertes Praxis- und Gruppenhandbuch. Bern: Huber (Altenpflege. Demenz).
- Staack, S.; Gust, J. (Hg.) (2015): LEBEN statt therapeutischer Akrobatik. Nichtmedikamentöse Demenztherapien - wissen, was wirkt. Hannover: Schlütersche (Pflege kolleg).
- Stechl, E.; Knüvener, C.; Lämmeler, G.; Steinhagen-Thiessen, E.; Brasse, G. (2012): Praxishandbuch Demenz. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.
- Stemmler, G. (Hg.) (2009): Psychologie der Emotion. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie (Enzyklopädie der Psychologie).

Stengel, F.; Ladner-Merz, S. (2016): Merken - Denken - Erinnern. Kognitives Training nach der Stengel-Methode. 2. Aufl.: memo verlag.

Vernooij, M. A.; Schneider, S. (2010): Handbuch der tiergestützten Intervention. 2. Aufl. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.

Werheid, K.; Thöne-Otto, A. I. T. (2006): Kognitives Training bei Alzheimer-Demenz. Aktuelle Entwicklungen, Chancen und Grenzen gerontologischer Gedächtnisrehabilitation. In: *Der Nervenarzt* 77 (5), S. 549–557. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00115-005-1998-2> zuletzt geprüft am 29.08.2017

Wohlfarth, R. (2012): Mindestanforderungen an Basisausbildung "Therapiebegleittier-Team" nach ESAAT Kriterien. Hg. v. ESAAT. ESAAT. Wien. Online verfügbar unter http://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Anforderungen_an_Basisausbildung_nach_ESAAT_Kriterien.pdf, zuletzt geprüft am 04.11.2017.

Wohlfarth, R.; Mutschler, B. (2016): Praxis der hundegestützten Therapie. Grundlagen und Anwendung. 1. Auflage, neue Ausgabe. München: Ernst Reinhardt Verlag (mensch & tier).

Anhang 1

1 Wörtliche Transkripte aller Interviews

2 Interview 1

3 **Interview 1 mit dem Oberarzt und der stellvertretenden Stationsleitung der**

4 **Gerontopsychiatrie, durchgeführt am 18.12.2017**

5 Studierende: Vielen Dank, dass sie sich die Zeit nehmen.

6 **Frage zur Stunde / Besuch**

7 Studierende: Warum wurden tiergestützte Aktivitäten eingeführt?

8

9 Oberarzt: Also weil es eine gute Möglichkeit ist einen Zugang zu unserer Patientenklientel zu
10 gewinnen, die eher schwer demenzkrank sind. Und sonst auch zu Therapien oder
11 Interventionen eher schwer zugänglich sind. Und gerade die Hundetherapie bietet da eine
12 gute Möglichkeit einen Zugang zu den Patienten zu finden. Gerade wenn sie früher Hunde
13 gehabt haben. Das ist ein relativ schneller und guter Zugang.

14

15 Studierende: Welche Effekte haben Sie sich davon für demenzkranke Menschen versprochen?

16 Also der Zugang war der Effekt?

17

18 Oberarzt: Der Zugang und wir haben doch auch oft delirante Patienten und aggressive
19 Patienten und dann ist es ganz gut, wenn die einen Hund sehen und kommen dann halt und
20 sind dann trotzdem. Das haben wir schon öfters erlebt, dass sie im Krankenhaus unruhig und
21 aggressiv sind und wenn sie dann einen Hund sehen, dann kann man sie, dann beruhigen sie
22 sich relativ schnell, wenn sie einen Hund streicheln. Und so kann man dann, wenn sie beruhigt
23 sind, einen Zugang zu ihnen finden.

24

25 Studierende: Und dann für die weitere Therapie offen sind?

26

27 Oberarzt: Genau. Weil auch besser ist, weil man unter Umständen auch Medikamente
28 einsparen kann in dem Moment.

29

30 Studierende: Sehen Sie das genauso?

31

32 Stellvertretende Stationsleitung: Ja, vor allem für unruhige Patienten.

33 Studierende: Bemerken Sie einen Effekt bei den Patienten vor oder nach dem Besuch des
34 Hundes? Das zum Beispiel schon davon gesprochen wird oder, dass die Patienten sich darauf
35 freuen?

36

37 Oberarzt: Das ist denke ich eher schwierig, weil wir hier eine Patientenklientel haben, dass
38 schwer demenzkrank ist und von der Erinnerungsfähigkeit nicht dazu ausgelegt ist. Auch wenn
39 man das vorher bespricht, vergessen die das oft. Oder auch im Nachhinein ist schon ein Effekt
40 da während der Therapie der unter Umständen auch ein paar Stunden anhält aber längerfristig
41 ist das eher aus meiner Sicht zumindest, nicht. Weil sie das kognitiv nicht verarbeiten können,
42 nicht erinnern können.

43

44 Stellvertretende Stationsleitung: Genau. Also des ist jetzt nicht so, dass die sich da vorher sich
45 darauf gefreuen, weil sies einfach ja kognitiv nicht umsetzen können. Manche wissen es scho
46 anschließend noch das a Hund da war und freuen sich. Des sieht man wenns lachen können
47 drüber. Jetzt wirklich ja, dass sie sich gezielt daran erinnern können bei unseren Patienten
48 eigentlich net.

49

50 Studierende: Und dass Sie vielleicht von der Emotion her eher wacher oder fröhlicher sind?

51

52 Stellvertretende Stationsleitung: Doch des schon. Aber dass sie sich gezielt erinnern können,
53 dass sie bei einem Hund waren, das ist wirklich eher selten der Fall.

54

55 Studierende: Die Effekte? Sie haben gesagt, dass ist eher tages, dass sie sich an dem Tag
56 erinnern können und dann hört es auch wieder auf der Effekt? Der Effekt hält nicht länger an?

57

58 Oberarzt: Das können die Patienten einfach nicht.

59

60 Studierende: Reagieren alle Patienten auf den Besuch oder gibt es auch Personen, die
61 vielleicht eher ablehnend sind, oder?

62

63 Stellvertretende Stationsleitung: Gibt's auch. Es gibt auch einfach Patienten, die nicht sitzen
64 bleiben können. Die auch während der Hundetherapie immer wieder aufstehen, die man dann
65 doch wieder auße nehmen muss. Die des einfach nicht so annehmen können.

66

67 Studierende: Woran könnte das liegen? Ist das dann der Demenz geschuldet diese Unruhe?

68 Stellvertretende Stationsleitung: I denk scho.
69
70 Studierende: Nach welchen Faktoren werden die Patienten in diese Gruppe gebracht?
71
72 Stellvertretende Stationsleitung: Mei des ist eigentlich auch ganz unterschiedlich. Also wir
73 haben schon oft Patienten, wo wir wissen, die haben selben einen Hund gehabt, früher. Den
74 tun wir dann gerne mit rein, weil man einfach weiß, die mögen Hund und freuen sich darüber.
75 Wir haben einfach unruhige Patienten, die wo einfach recht gängig sind auf dem Flur, auf und
76 abgehen. Das man da versucht, dass die doch a bisserl ruhiger werden können.
77
78 Studierende: Ist das dann so, das wo sie die Erfahrung gemacht haben, das wirkt gut, dass die
79 jedes Mal in die Gruppe kommen?
80
81 Stellvertretende Stationsleitung: Ja, also wenn man jetzt Erfahrung haben, dass des die
82 Patienten ganz gut getan hat, schau'n wa schon, das der beim nächsten Mal wieder dabei sein
83 kann.
84
85 **Wirkung der Hundeführerin und Betreuungskraft**
86 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass die verbale Motivation der Hundeführerin eine
87 wichtige Rolle spielt?
88
89 Oberarzt: Sie meinen jetzt Motivation, das die Leute zur Therapie gehen?
90
91 Studierende: Das die das überhaupt mitmachen, weil die müssen ja gewisse Aufgaben erfüllen.
92
93 Stellvertretende Stationsleitung: Des auf alle Fälle.
94
95 Oberarzt: Des ist scho wichtig, wie sie mit de Leut umgeht und man weiß wie man mit
96 demenzkranken Patienten umgeht.
97
98 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass die Anwesenheit der Betreuungskraft ein wichtiger
99 Beitrag ist für das Gelingen?
100
101 Oberarzt: Betreuungskraft meinen Sie jetzt? Pflegekraft?
102

103 Studierende: Die immer mit dabei sitzt, genau.

104

105 Stellvertretende Stationsleitung: Des übernehmen bei uns in der Regel die Fachgerontotanten.

106 Ja, ich denk schon, dass des auch wichtig ist. Weil die die Patienten, wenn die ständig
107 aufstehen möchten oder so besser beruhigen können und vielleicht auch einen bisschen
108 besseren Zugang haben als jetzt die Hundetherapeutin, die die Patienten nicht kennt.

109

110 **Frage zum Klientel**

111 Studierende: Welche Schwere der Demenz haben Ihre Klienten in der Regel?

112

113 Oberarzt: Also in der Regel haben wir Patienten mit einer mittelschweren bis schwergradigen
114 Demenz in deliranten Zuständen oder Verhaltenszuständen.

115

116 Studierende: Welche Therapiemethoden stehen bei der Behandlung von Demenz im
117 Vordergrund auf den Stationen?

118

119 Oberarzt: Also überwiegend eine psycho-pharmakologische Therapie. Dann haben wir auch
120 Beschäftigungstherapie und Klinikclowns haben wir. Es gibt auch andere Therapieformen,
121 soweit die Patienten dafür zugänglich sind.

122

123 Studierende: Validation wird auch gemacht?

124

125 Oberarzt: Validation sowieso.

126

127 Studierende: Snoezelen?

128

129 Oberarzt: Snoezelen haben wir auch.

130

131 Studierende: Basale Stimulation?

132

133 Oberarzt: Ja, das auch.

134

135 Studierende: Und Musiktherapie? Weil, das gibt es ja auch auf dem Klinikgelände?

136

137 Oberarzt: Ja, das haben wir auch. Das haben wir jetzt auch eigens für die Gerontopsychiatrie
138 seit kurzem.
139
140 Stellvertretende Stationsleitung: Ganz neu.
141
142 Studierende: Das ist schön.
143
144 Stellvertretende Stationsleitung: Da war ich selber noch nicht dabei.
145 Oberarzt: Des ist jetzt erst seit einem Monat, da kommt jetzt jemand an einem festen Termin.
146
147 Studierende: Vielleicht kann man da auch andere Patienten erreichen?
148
149 Oberarzt: Mhm (nickt).
150
151 Studierende: Welche Methoden stehen da im Vordergrund? Ist das die Pharmakotherapie und
152 das andere eher ergänzend, oder?
153
154 Oberarzt: Ja, würd ich schon eher sagen. Das ist schon ergänzend, das Andere ist schon auch
155 wichtig. Ich würde sagen vielleicht 60 zu 40 zu Psychopharmaka. Einfach, weil die Patienten
156 von der Therapie her nicht so zugänglich sind.
157
158 Studierende: Was sind die physischen Effekte der einzelnen Therapiemethoden?
159
160 Oberarzt: Die physischen Effekte?
161
162 Studierende: Oder sind das eher psychische Effekte?
163
164 Oberarzt: Das sie ruhiger werden, der Blutdruck sinkt.
165
166 Studierende: Und psychische Effekte?
167
168 Oberarzt: Dass sie ruhiger werden. Dass sie friedlicher werden.
169
170 Studierende: Aggressionsabbau?
171

172 Oberarzt: Das auch.
173
174 Studierende: Und Soziale? Dass sie vielleicht im Umgang mit den Angehörigen, oder? Also von
175 den Therapiemethoden her, dass sie überhaupt auf ihr Umfeld reagieren?
176
177 Oberarzt: Ja, das schon für einen gewissen Zeitraum.
178
179 Studierende: Aber es ist immer alles zeitlich begrenzt?
180 Oberarzt: Nickt.
181
182 Studierende: Wer führt die konservativen Therapiemethoden durch? Sind das externe Leute,
183 oder machen das die Gerontofachkräfte?
184
185 Stellvertretende Stationsleitung: Die Therapien meinen sie jetzt?
186
187 Studierende: Ja.
188
189 Stellvertretende Stationsleitung: Beschäftigungstherapie zum Beispiel haben wir eine
190 Beschäftigungstherapeutin, die ist fest bei uns auf Station aber die macht halt Beschäftigung
191 oder Haushaltstraining macht separat eine.
192
193 Studierende: Gibt es regelmäßige Fortbildungen für konservative Therapiemethoden z.B.
194 Snoezelen, das dies jeder durchführen könnte?
195
196 Stellvertretende Stationsleitung: Also Snoezelen machen eigentlich schon wir, also die Pflege.
197 Wir bieten basale Stimulation an, die Pflege.
198
199 Studierende: Und Validation?
200
201 Stellvertretende Stationsleitung: Auch.
202
203 Studierende: Gibt es da spezifische Fortbildungsangebote?
204

205 Stellvertretende Stationsleitung: Gibt's auch. Für Validation gibt's extra Fortbildungen, ja. So
206 Schulungen, auch. Da können natürlich auch die Beschäftigungstherapeuten teilnehmen an
207 den Validationsfortbildungen.
208

209 Studierende: Das einfach alle geschult sind?
210

211 Oberarzt: Das wird hier im Haus angeboten. Vorne am Institut, das läuft ganz gut.
212

213 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass der Hund schneller eine Beziehung zu den
214 Patienten herstellt, im Vergleich zu Ihnen?
215 Oberarzt: Ja, auf jeden Fall.
216

217 Stellvertretende Stationsleitung: Klares ja.
218

219 Studierende: Zeigt das Klientel weniger Verhaltensauffälligkeiten während der Einheiten
220 (Unruhe, Aggressivität)?
221

222 Oberarzt: Ja. Das ist auch der Grund warum wir die Hunde favorisieren. Hunde reagieren sehr
223 schnell und haben gewisse Körpersprache.
224

225 Studierende: Ich habe es so erlebt, dass sie kaum aggressiv waren aber Unruhe ist je nach
226 Erkrankung schon noch vorhanden.
227

228 Stellvertretende Stationsleitung: Ja, natürlich. Wie gesagt, manche können einfach net sitzen
229 bleiben. Die muss man dann halt wieder auße nehmen. Manche können während der
230 Hundetherapie schon ruhig sein, das ist ganz unterschiedlich, patientenabhängig.
231

232 Studierende: Die Patienten die an der Hundetherapie teilnehmen, sind die dann ruhiger als im
233 Vergleich zu denen die, die beispielsweise basale Stimulation machen.
234

235 Stellvertretende Stationsleitung: Das finde ich ist ein schlechter Vergleich. Das ist wirklich
236 patientenabhängig. Es ist nicht jeder gleich. Es ist auch, mei es kann sein dass der Patient der
237 die Woche Hundetherapie bekommt, wirklich ruhig sein kann, sitzen bleiben kann und in der
238 nächsten Woche vielleicht gar nicht. Das ist auch tagesformabhängig.
239

240 Studierende: Das ist eher individuelle Faktoren und nicht abhängig von der Therapiemethode?
241
242 Stellvertretende Stationsleitung: Genau.
243
244 Studierende: Wenn die Patienten zwei Monate an der Hundetherapie teilnehmen, ist da dann
245 ein Effekt bemerkbar?
246
247 Oberarzt: Wie gesagt, das Problem ist einfach die Demenz und dass da längere Effekte einfach
248 schwierig sind. Weil die Patienten sich in der Regel nicht dran erinnern.
249
250 Studierende: Dann geht es einfach um die Lebensqualität an dem Tag?
251
252 Oberarzt: Genau, dass man sie einfach beruhigen kann, bisschen weniger aggressiv sind. Dass
253 wenn sie den Gang, aufgrund von Verhaltensstörungen, auf und abgehen. Dass man sie
254 wirklich mal zur Ruhe bringt. Dass man wie zuvor schon gesagt Medikamente einspart, bevor
255 man was Anderes hergibt. Dass man sie mit so basalen Sachen wie streicheln oder so zur Ruhe
256 bringt. Und oft können sie dann von irgendwelchen Sachen von früher reden, wenn jemand
257 schon Hunde gehabt hat. Dann kann er von früher reden, was einen besseren Zugang schafft.
258 Sicher nicht langanhaltend bei Demenzpatienten aber für den Moment, für den Tag ist das
259 ganz gut.
260
261 Studierende: Sind die Patienten während der Einheiten aufmerksam? Ändert sich, dass
262 während der Einheit?
263
264 Oberarzt: Aufmerksamer in dem Sinne, dass sie den Hund streicheln und dann zugänglicher
265 sind. In dem Sinn aufmerksam.
266
267 Studierende: Der Raum wird vielfältig genutzt. Für Besuch oder wenn jemand zum Rauchen
268 geht. Wie reagieren die Patienten auf solche Störfaktoren?
269
270 Stellvertretende Stationsleitung: Wenn da Hundetherapie ist, sind da keine Angehörige net,
271 bei uns net. Da rennt auch keiner durch, eigentlich. Natürlich müssen wir da draußen vorbei,
272 das scho. Aber da geht in der Zeit keiner in den Raum eine.
273
274 Oberarzt: Das wird eigentlich scho respektiert.

275 Studierende: Vielen Dank. Haben Sie noch was zu ergänzen? Dass etwas fehlt, was sie noch als
276 wichtig empfinden?

277

278 Oberarzt: Nein. Für den Moment ist die Hundetherapie gut. Wir wollen die Hundetherapie
279 auch sicher beibehalten. Von dem Einsatz profitieren sie.

280

281 Studierende: Es wird viel nach Effekten geforscht.

282

283 Oberarzt: Vielleicht hat es ja einen Effekt, aber wir können ihn hier nicht beobachten. Aber wir
284 profitieren davon, weil die Leut wirklich Spaß dran haben. Und Demenzpatienten haben das eh
285 an sich, wo ein paar Leute stehen, kommen andere dazu und oft kommen einige freiwillig
286 dazu. Weil sie sehen, da ist irgendwas.

287 Studierende: Das ist einfach eine neue innovative Methode.

288

289 Oberarzt: Ja, das macht uns auch Spaß. Mir geht es auch so, wenn ich die Hunde sehe, muss
290 ich sie streicheln. Die machen das einfach gut, die Hundeführer.

291

292 [Interview 2](#)

293 **Interview mit der Hundeführerin, durchgeführt am 20.12.2017**

294 Studierende: Haben Sie eine Einweisung in Mairkofen für das Klientel demenzkranke
295 Menschen erhalten?

296

297 Fr. Grimm: Ja.

298

299 Studierende: Von der Hundetrainerin?

300

301 Fr. Grimm: Von meine Kolleginnen und von der Frau Lederbogen.

302

303 Studierende: Haben Sie Supervisionen / Austausch mit anderen Hundeführern über die
304 Erfahrungen in Mairkofen?

305

306 Fr. Grimm: Ja.

307

308 Studierende: Wie oft ist das?

309 Fr. Grimm: Moi, wir telefonieren mal so, einmal die Woche. Oder treffen uns nach die
310 Arbeiten.

311

312 Studierende: Also, so ein bisschen wie Teamsitzungen?

313

314 Fr. Grimm: Ja wir haben Teams.

315

316 Studierende: Führen Sie auch Einzeleinheiten mit demenzkranken Menschen durch?

317

318 Fr. Grimm: Mit die Demenz, na (schüttelt den Kopf).

319

320 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass die Wirkung der tiergestützten Aktivitäten dadurch
321 anders / intensiver ist? Macht das einen Unterschied, ob das ein Gruppen- oder Einzelsetting
322 ist?

323

324 Fr. Grimm: Kann ich jetzt schlecht sagen, weil ich.

325

326 Studierende: Ja.

327

328 Fr. Grimm: Weil wir Einzel nicht haben. Aber ich glaube schon, dass einzeln oft. Da kann man
329 intensiver mit de Patienten arbeiten.

330

331 Studierende: Vielleicht in der Zukunft. Mal schauen.

332

333 Fr. Grimm: Man kann schon intensiver arbeiten, wenn man Einzeltherapie hat. Weil man sich
334 allein auf den Patienten konzentrieren kann. Und der Hund ja auch. Bei mehreren da muss
335 man ständig schauen auf die Patienten. Ist Unruhe oder net. Wenn man Einzel hat, ist das
336 schon einfacher.

337

338 **Fragen zur Stunde / Besuch**

339 Studierende: Seit wann führen Sie die Stunden durch?

340 Fr. Grimm: Seit Juli.

341

342 Studierende: Juli 2017?

343

344 Fr. Grimm: Genau.
345
346 Studierende: Trainieren Sie andere Übungen mit dem Hund bei demenzkranken Patienten im
347 Vergleich zu anderen Klientel?
348
349 Fr. Grimm: Wie anderes Klientel?
350
351 Studierende: Zum Beispiel des mit dem Seil springen des macht man bei Demenzkranken
352 nicht?
353
354 Fr. Grimm: Sen scho andere.
355
356 Studierende: Also das man würfelt und jede Zahl steht für eine andere Übung.
357
358 Fr. Grimm: Würfeln macht man schon.
359
360 Studierende: Des macht man scho.
361
362 Fr. Grimm: Mit Farben. Dass sie Farben erkennen müssen. Würfel mit Farben. Grundfarben.
363
364 Studierende: Aber jetzt in der Forensik, oder so, macht man da andere Übungen?
365
366 Fr. Grimm: Ja, man muss des schon individuell auf die Patienten einstellen.
367
368 Studierende: Ist des schon ein Unterschied?
369
370 Fr. Grimm: Ja, klar. Wenn die nimmer lesen können, geht ja nicht. Demenz.
371
372 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass durch ihre Einheiten die Patienten verändert sind?
373
374 Fr. Grimm: Die Patienten sind scho verändert nach der Arbeit, sind viel ruhiger oder lachen
375 wieder. Können sich an manche Sachen wieder erinnern. Vorher ganz aggressive Patienten und
376 nachher viel ruhiger. Oder eine Patientin die ganz traurig war, ist auf einmal aufmerksam und
377 erzählt und lächelt sogar. Oder ein Mann der schon Wochen nicht mehr geredet hat, fängt mit
378 Mia auf einmal zu reden an.

379 Studierende: Was sollen einzelne Übungen bewirken? Es gibt ja verschiedene Übungen?
380 Beispielsweise das mit dem Spiel und dem drehen.
381
382 Fr. Grimm: Gezielter auf die Erkrankung, gezielter auf die Motorik. Kann man bei Einzelstunden
383 gezielter arbeiten.
384
385 Studierende: Und jetzt verschiedene Einzelübungen in der Einheit, beispielsweise das mit dem
386 Kochlöffel halten, ist das dann eher motorisch?
387
388 Fr. Grimm: Motorisch, ja.
389
390 Studierende: Und das, wenn Sie etwas verstecken in dem Intelligenzspiel?
391
392 Fr. Grimm: Das ist auch wieder motorisch und dass es die Konzentration fördert.
393
394 Studierende: Wo das Leckerli versteckt wurde?
395
396 Fr. Grimm: Damit die merken, sie müssen das in das Spiel verstecken. Wieder zumachen, das
397 ist motorisch, geistig, wird alles gefördert.
398
399 Studierende: Also motorisch und geistig vor allem?
400
401 Fr. Grimm: Mhm, mhm (nickt).
402
403 Studierende: Aber auch biographisch, oder? Sie fragen ja nach?
404
405 Fr. Grimm: Ja.
406
407 Studierende: Und sozial? Obwohl.
408
409 Fr. Grimm: Da kommt auch von früher so viel Sachen. Damit das alles wieder erinnert wird.
410 Das eigene Denkvermögen.
411
412 Studierende: Eigene Tiere, Landwirtschaft.
413

414 Fr. Grimm: Genau.

415

416 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass Ihre verbale Motivation eine große Rolle spielt?

417

418 Fr. Grimm: Auch.

419

420 Studierende: Weil man mehr motivieren muss, als bei anderer Klientel?

421

422 Fr. Grimm: Ja. Muss man scho.

423

424 Studierende: Um auch die Aufmerksamkeit zu halten, weil sie vielleicht kürzer ist?

425

426 Fr. Grimm: Auf jeden Fall, muss man scho machen.

427

428 **Frage zum Klientel**

429 Studierende: Wie reagieren die Patienten auf den Hund?

430

431 Fr. Grimm: Total freudig. Sie sind total außer sich, wenn sie ihn sehen. Manche schlafen und

432 wenn sie den Hund sehen sind sie hellwach. Manche möchten, dass man ihn da lässt. Dass, er

433 für immer dableibt. Also, das ist wirklich schee, wie die drauf reagieren.

434

435 Studierende: Gibt es Patienten, die gar nicht auf den Hund reagieren?

436

437 Fr. Grimm: Anfangs, gibt's welche, die nicht gleich drauf reagieren. Aber die dann sagen, ich

438 mach gar nichts, sich wehren. Aber dann nach fünf Minuten doch mitmachen. Das sind dann

439 die, die am Schluss am besten mitmachen.

440

441 Studierende: Die Stationsleitung hat schon gesagt, dass sie scho auswählen und möglichst

442 dieselben Personen schicken. Gibt es dann einen Unterschied zu den einzelnen Einheiten, je

443 öfter sie kommen?

444

445 Fr. Grimm: Das ist scho a Unterschied, ja.

446

447 Studierende: Und was ist dann der Unterschied?

448

449 Fr. Grimm: Die Leute werden einfach besser. Sie werden lockerer. Die die Angst haben, werden
450 offener.
451
452 Studierende: Aufmerksamer?
453
454 Fr. Grimm: Ja, auf jeden Fall. Man erkennt da schon einen riesigen Unterschied.
455
456 Studierende: Merken Sie schon, dass vom Personal die ähnlichen Patienten geschickt werden?
457
458 Fr. Grimm: Auf jeden Fall. Es wird schon geschaut. Wo man was machen muss oder sollte, da
459 wird gezielt geschaut, ausgewählt, ausgesucht, reingesetzt.
460
461 Studierende: Und Patienten die gar nicht reagieren, reagieren dann im Laufe der Einheit?
462
463 Fr. Grimm: Ja, nach so fünf bis zehn Minuten und die machen dann oft am besten mit.
464
465 Studierende: Gibt es auch Abneigungen?
466
467 Fr. Grimm: Gibt es auch.
468
469 Studierende: Was gibt es dann für Möglichkeiten?
470
471 Fr. Grimm: Des muss man lassen, muss man akzeptieren. Vielleicht mögen manche die erste
472 Zeit nur zuschauen. Die anderen mögen wirklich nicht. Dann muss man des akzeptieren. Weil,
473 das bringt ja nichts, wenn jemand nicht will.
474
475 Studierende: Verstehen die Klienten Ihre Aufforderungen, wenn sie z.B. das Intelligenzspiel
476 bestücken sollen?
477
478 Fr. Grimm: Teils, alle net.
479
480 Studierende: Vielleicht dann durchs Zeigen?
481
482 Fr. Grimm: Genau, man muss ihnen vormachen. Oft geben sie dem Hund zuerst das Guti
483 (Anmerkung der Verfasserin, gemeint ist das Leckerli) und dann machen sie weiter. Sie sind

484 oft, weil die dem Hund das zuerst geben wollen, weil ihnen der Hund leidtut. Wenn man ihnen
485 das dann vormacht und der Hund setzt sich daneben, dann machen die das.

486

487 Studierende: Wenn man es ihnen zeigt, das verstehen sie in der Regel schon?

488

489 Fr. Grimm: Ja.

490

491 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Hund die Klienten emotional berührt (freuen sie
492 sich über die Anwesenheit des Hundes)?

493

494 Fr. Grimm: Ja, haben wir ganz oft. Das sie sogar weinen müssen, weil sie an ihren eigenen
495 Hund denken müssen. Oder Kindheitserinnerungen haben. Man merkt das schon ganz stark.

496

497 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass der Hund schneller eine Beziehung zu den Klienten
498 herstellt, im Vergleich zu Ihnen?

499

500 Fr. Grimm: Ja. Also des auf jeden Fall. Kann ich nur bestätigen.

501

502 Studierende: Zeigt das Klientel Verhaltensauffälligkeiten während Ihrer Einheiten (Unruhe,
503 Aggressivität)?

504

505 Fr. Grimm: Nein, im Gegenteil es wird ruhiger. Wenn die Mia da ist, sen die einfach ruhiger.

506

507 Studierende: Die Aufmerksamkeit wird die gesteigert? Oder nimmt die eher ab?

508

509 Fr. Grimm: Wird gesteigert.

510

511 Studierende: Wenn die Patienten öfters teilnehmen, ist da noch eine Steigerung möglich?

512 Dass, sie den Hund sehen und gar nicht mehr unruhig sind?

513

514 Fr. Grimm: Ja, genau so. Das steigert sich von Mal zu Mal und wird immer besser. Je öfter sie
515 dabei sind, dann wissen sie auch was sie machen müssen. Dann sind sie nicht mehr so unruhig

516 und nervös, weil sie oft Angst haben, etwas erledigen müssen und nicht wissen was sie

517 machen müssen. Sobald sie die Mia sehen, ist das alles weg.

518

519 Studierende: Das sie davon abgelenkt sind von Gedanken wie: Wo ist mein Mann / meine Frau,
520 das sie im Moment sind.

521

522 Fr. Grimm: Genau, das ist alles weg. In dem Moment passt alles.

523

524 Studierende: Also sie sind aufmerksam und das hält auch an?

525

526 Fr. Grimm: Mhm, mhm (nickt).

527

528 Studierende: Sie sind während Ihrer Einheiten wach und orientiert? Weil es gab glaube ich
529 einmal eine Dame gab, die war sehr abwesend.

530

531 Fr. Grimm: Die hat eingeschlafen aber durch des, die Mia geht dann hin und stupst sie an und
532 dann war sie doch wieder für ein paar Minuten wach und hat dann wieder geredet mit ihm. Sie
533 kann des einfach.

534

535 Studierende: Wie reagieren die Patienten auf Störfaktoren (Pfleger läuft durch den Raum,
536 Anwesenheit von Besuch)?

537

538 Fr. Grimm: Solange der Hund im Raum ist interessiert das eigentlich nicht. Weil sie so auf den
539 Hund fixiert sind, bemerken sie das gar nicht.

540

541 Studierende: Bemerkten das die Patienten eher weniger?

542

543 Fr. Grimm: Eher wenig. Wenn der Hund da ist, ist der Fokus auf dem Hund.

544

545 **Anwesenheit der Betreuungskraft**

546 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass die Anwesenheit der Betreuungskraft wichtig ist?

547

548 Fr. Grimm: Ich find schon, doch. Also die Betreuungskraft ist schon wichtig, weil wenn wirklich
549 einer recht nervös wurde, dann greift die schon ein.

550

551 Studierende: und das ist dann schon ein großer Unterschied, wenn sie nicht da ist?

552

553 Fr. Grimm: Ja, das merkt man schon.

554 Studierende: Motiviert die Betreuungskraft die Klienten zur Teilnahme?

555

556 Fr. Grimm: Ja, die ist halt dabei. Das muss man schon loben.

557

558 Interview 3

559 **Interview mit dem 1. Stationsleiter: Herr Killinger, durchgeführt am 19.01.2018**

560 **Allgemeine Fragen**

561 Studierende: Waren Sie bei einem Hundebesuch auf der Station anwesend?

562

563 Hr. Killinger: Öfters, ja. Ist ja am Nachmittag um 14 Uhr, ist des. Und wir koordinieren das auch
564 zeitlich mit denen Hundetherapeuten. Wann die kemmen und wo man des mache. Und auch
565 mit dene Patienten, wer jetzt geeignet ist. Ich war oben anwesend und unten, wenn ich Zeit
566 hab. Ich weiß, was da läuft.

567

568 Studierende: Wie ist Ihr Eindruck?

569

570 Hr. Killinger: Also es ist definitiv eine Bereicherung. Erstens für ein Krankenhaus sowieso. Es
571 hat a gewisse Außenwirkung, auch. Wir haben viele Angehörige auf der Station, da. Das zeigt
572 auch, dass etwas gemacht wird. Etwas Außergewöhnliches. Weg vom Krankenhausalltag,
573 Visiten. Wir haben viel Grundpflege, viel somatische Sachen, Infusionen. Andere Schwerpunkte
574 und dann haben wir noch das Psychiatrische und des is halt des, wo die Leut von ihrem Alltag,
575 Alltagsrhythmus außé kemme. Und wo die Angehörigen sehen, des wird noch zusätzlich
576 gemacht. Und für den dementen Patienten ist des auch, vom fachlicher her, etwas Anderes.
577 Wie wenn ich im Gespräch bin, den Arzt treff, weil des meistens mit der Biographie auch viel
578 zu tun hat. Oder der Lebenslage, der Zeitschiene, wo sich der demente Patient momentan
579 befindet. Wenn er jetzt momentan einen Hund hat, oder früher mal einen gehabt haben. Dann
580 hilft des natürlich scho. Das er entspannt ist, das er abgelenkt ist. Das er emotional einfach
581 mal anders drauf ist. Des ist scho sehr hilfreich. Man kann auch ganz viele Spannungen
582 aufnehmen, wegnehmen. Ja, gut motorisch ist es auch was anderes, weil es ein Lebewesen ist.
583 Da werden auch Gefühle frei beim Patienten. Da kann ganz anders mit de Leut umgehen.

584

585 **Frage zu Stunde / Besuch**

586 Studierende: Ist das vergleichbar mit anderen Therapiemethoden, wie basale Stimulation?

587 Hr. Killinger: Vergleichbar? Vergleichbar ist definitiv. Basale Stimulation ist auch ein riesen
588 Thema, wo man auch so mit Biographiearbeit, so individuelle Sachen arbeitet man ganz viel bei
589 der basalen Stimulation. Da muss man natürlich ganz viel in Erfahrung mitbringen, bevor man
590 mit der Therapie anfängt. Weil, vielleicht mag er das nicht, oder vielleicht schlechte
591 Erfahrungen gemacht hat. Dann meint man es vielleicht gut aber erzielt das Gegenteil. Aber es
592 ist definitiv vergleichbar.

593

594 Studierende: Aber würden Sie sagen, dass der Zugang zu den Patienten besser ist, als jetzt bei
595 der basalen Stimulation?

596

597 Hr. Killinger: Ich glaub, das ist schwierig zu sagen. Basale Stimulation hat in vielerlei Hinsicht
598 viel mit Körperkontakt, mit zwischenmenschlichen Kontakt zu tun. Mit direkten Kontakt halt.
599 Das muss halt der Patient zulassen können. Beim Hund geht der Patient eher mutig hin und bei
600 der basalen Stimulation muss ich vorher was aufbauen. Wenn ich es jetzt bei einem Patienten
601 mach, der adäquat ist, mit dem man noch reden kann, dann kann man fragen: Können Sie es
602 zulassen, wenn ich ihnen die Hände gebe oder irgendwo hinlege? Basale Stimulation in der
603 Palliativpflege, wo der im Sterben liegt, da ist die verbale Kommunikation nicht so da. Da ist die
604 Barriere zum Körperkontakt noch viel mehr da, bei der basalen Stimulation.

605

606 Studierende: Beziehungsaufbau im Vorhinein nötig?

607

608 Hr. Killinger: Genau. Bei uns kommt zweimal die Woche eine ausgebildete Fachperson von der
609 basalen Stimulation. Da macht man speziell noch mal was. Bei uns fließt das schon täglich in die
610 Pflege mit ein. Und da picken sich Fälle aus, wo man spezielle Sachen, die wir vorher im Team
611 besprechen. Und dann schauen wir, bei wem ist das angebracht und wer kanns annehmen.
612 Manchmal ist es ja, wäre es beim unruhigen Patienten angebracht aber der lässt das nicht zu.
613 Dann macht das kein Sinn. Oder man fördert das dann. Da muss man dann vorher drüber
614 reden. Oder es spielt auch viel die Tagesform oder Tageszeitform von denen Patienten mit ein.
615 Also von einer Stunde auf die Andere. Mittag ist immer so ein Zeitpunkt, wo die Patienten ganz
616 anders drauf sind als in der Frühe. Also das ist wirklich unglaublich. Wenn man es selber nicht
617 gesehen hat, glaubt man es nicht. Soweas muss man vorher besprechen.

618 Studierende: Ist es vielleicht auch ein Unterschied, ob jemand frisch kommt, vielleicht noch im
619 Delir ist. Und vielleicht eine Woche später, wo es dann schon besser ist?

620

621 Hr. Killinger: Definitiv ja. Man kann da verschiedene Verlaufsformen erkennen. Wenn jetzt. Die
622 meisten kommen von der Aufnahmestation, dann werdens da her verlegt und meist ist danne
623 so, das sagen dann die Angehörigen: Seitdem er da ist, wird er nur noch schlechter. Spielt dann
624 a Rollen, weil daheim oder in a Heim ist das gewohnte Umfeld, da funktioniert der Mensch
625 einfach besser, weil er sich da auskennt. Dann is a da, Ortswechsel und dann bricht er meist
626 erstmal ein. Das kann sich dann wieder stabilisieren und dann kann man sowas wie
627 Hundetherapie schon gut annehmen oder anbieten. Natürlich kann man es vorher auch
628 ausprobieren. Wenn er jetzt gut delirant ist, na gut, da gibt es auch verschiedene Phasen. Das
629 kann dann schon helfen, dass probieren wir dann auch aus. Man sieht's ja eh gleich, ob's was
630 bringt oder nicht. Das findet darin statt, da kann man den Patient auch gleich wieder auße
631 nehmen. Weil, es kann ja auch sein, dass unter der Hundetherapie was ist, des gefällt ihm jetzt
632 momentan nicht, dann hol ich den Patienten wieder auße, das ist auch kein Problem. Aber es
633 kommen auch Phasen, wenn sie schon länger da send oder kurz vor der Entlassung, wo es nur
634 darum geht: Abwechslung, jetzt kommt der Hund. Wo es jetzt net so den therapeutischen
635 Hintergrund, sondern einfach aus Wohlfühl, Wellness, jetzt kommt der Hund. Mal was
636 anderes, ein bisschen streicheln. Wie wenn man selbst einen Hund streichelt. So ist das dann.

637

638 Studierende: Also wurde die tiergestützte Aktivität deshalb eingeführt, dass man eine neue
639 Methode hat?

640

641 Hr. Killinger: Ja.

642

643 Studierende: Das man sie immer anwenden kann, egal in welchem Stadion Jemand ist?

644

645 Hr. Killinger: Es ist immer definitiv ein Versuch wert. Weil das Hauptding ist schon die
646 Abwechslung sag ich mal, ihnen was bieten zu können, was vom Alltag auße fällt. Sag ich mal,
647 die Durchschnittsverweildauer ist 4-6 Wochen bei uns, des ist halt schon lang. Ich mein, der
648 Tag ist für Patienten schon lang: Es ist zugesperrt. Er kann nicht auße. Er ist gebunden an die
649 Tagestruktur, Ablauf. Knapp 20 andere Patienten da, Das kann dann schon reizüberflutend sein

650 für Manche. Da sind sie dann mal weg von den anderen Patienten, was Angenehmes da: der
651 Hund und so. Das ist schon fördernd.

652

653 Studierende: Also ist das eingetreten, was sie sich versprochen haben?

654

655 Hr. Killinger: Scho. Also es hat eigentlich nur positive Effekte. Es war eigentlich nie das Thema,
656 dass wir das wieder abschaffen oder das wir überlegen. Es ist wirklich positiv.

657

658 Studierende: Die Veränderungen nach dem Besuch des Hundes. Was würden Sie sagen, was
659 sind da so die Effekte?

660

661 Hr. Killinger: Natürlich, dass die Patienten ruhiger sind. Das kann aber auch sein, dass danach,
662 weil es etwas Außergewöhnliches ist, dass manche Patienten unruhiger werden. Kann man z.B.
663 auch beobachten nach Angehörigenbesuche oder vielleicht wenn die Angehörigen da sen
664 Patienten ruhiger sind und danach wenns weg sind, dann spielt a Rollen, dann kommt der
665 Gedanke: I möchte auch heim. Die han jetzt weg. Des bewirkt dann Unruhe. So wird's bei der
666 Hundetherapie auch sein. Danach kehrt der Alltag ein. Oder es war aufwühlend, das war ein
667 positives Erlebnis und des macht auch was mit einem. Aber des ist a gute Sache, auch für den
668 Patienten. Für den momentanen, für die Momentaufnahme einfach.

669

670 Studierende: Und halten diese Effekte weiter an am Tag oder in der Woche?

671

672 Hr. Killinger: Glaub ich kaum. Ich kann jetzt natürlich nicht in den Menschen eine schauen.
673 Manche sen kognitiv besser beinand. Die können sich dann schon erinnern: Der Hund war
674 schon mal da oder kennen den dann auch. Die wo sich dann auch freuen. Oder wenn man sagt
675 heute kommt der Hund: Ah ja. Aber sage ich mal, überwiegend wird's net lange hängebleiben.

676

677 Studierende: Auch die Unruhe nimmt nicht ab? Sondern das ist nur ganz kurzfristig?

678

679 Hr. Killinger: Ja, des is a individuelle Sache, das kann man nicht pauschal sagen. Weil da spielen
680 natürlich Medikamente auch eine Rolle und die Grunderkrankung. Kann man einfach schlecht
681 beurteilen und nicht verallgemeinern.

682

683 Studierende: Also das ist individuell abhängig, wie da der Effekt ist?

684

685 Hr. Killinger: Ja.

686

687 Studierende: Und gibt es da Unterschiede von den Patienten inwieweit sie auf den Hund
688 reagieren? Also sagen Sie, es reagieren alle positiv? Oder ist das sehr unterschiedlich?

689

690 Hr. Killinger: Schon. Des ist jemand, die sitzen halt da drin. Also des ist auch a Sach von der
691 Belastbarkeit, wie weit der Patient belastbar ist. Zeitlich schon allein. Unter den Patienten, wir
692 haben ja auch noch andere Angebote auch, da spielt der Zeitfaktor a große Rolle. Also net lang
693 belastbar sind. Also von daher, müssen wir immer schauen. Es gibt auch die Möglichkeit
694 Einzeltherapien mit dem Hund zu machen, da kann man dann nochmal individueller auf die
695 Patienten eingehen.

696

697 Studierende: Gibt's des schon mit den Einzeltherapien?

698

699 Hr. Killinger: Des gibt's schon. Wenn wir z. B. sagen, der Herr X. möchte allein sein. Das bietet
700 die Hundetherapeutin schon an.

701

702 Studierende: Und sind dann bessere Effekte bei der Einzeltherapie?

703

704 Hr. Killinger: Das ist klar, weil dann die Ablenkung von den anderen Patienten weg ist. Manche
705 rennen umeinander. Manche tut die Anwesenheit vom Hund gut. Manche sitzen da. Dann
706 muss einer auf die Toilette, oder so. Die Gegeneffekte gibt's halt auch dann. Wenn dann der
707 Patient allein mit dem Hund ist und der Therapeutin aber die Störfaktoren halt net.

708 Studierende: Und findet die Einzeltherapie auch hier im Raum statt, oder woanders?

709

710 Hr. Killinger: Ich weiß nicht, wie sie das jetzt aktuell macht. Letztes Jahr war es so, das hat jetzt
711 auch gewechselt von den Therapeuten. Da war das schon. Erst die Gruppensachen und dann,
712 wenn wir Jemanden haben für Einzeltherapie, haben wir das schon gemacht.

713

714 Studierende: Hier in dem Raum?

715

716 Hr. Killinger: Ja, das findet auch da drinnen statt.

717

718 Studierende: Also die Frau Grimm, die das jetzt macht sagt, sie bietet das noch nicht an.

719

720 Hr. Killinger: Ja, ich glaub das war bei der Vorgängerin. Bei ihr hab ich es noch nicht gesehen.

721

722 Studierende: Wenn das einen besseren Effekt hat, wäre das vielleicht eine Möglichkeit. Nach
723 welchen Faktoren werden die Patienten ausgesucht für den Tierbesuch?

724

725 Hr. Killinger: Also. Zunächst einmal wer halt mobil ist, wer im nicht Bett ist, sage ich mal. Das
726 Tagesbefinden halt. Ob er jetzt gut beieinander ist. Ob er vielleicht körperliche Erkrankungen
727 hat. Ob er überhaupt bereit ist, wo wir sagen: Es tät ihm helfen aber er mag halt grad nicht. Er
728 umreißt es halt grad nicht. Man kann es ihm jetzt nicht klarmachen, dass er jetzt da eine geht.
729 Das er sitzen bleibt, oder so. Solche Faktoren spielen auch eine Rolle. Und, ob er das halt mag.
730 Thema Hund, ob er damit umgehen kann. Die Faktoren sind halt schon ausschlaggebend. Aber
731 des ist meistens schon ziemlich spontan, wo wir dann auswählen, wen wir dann da eine
732 setzten.

733

734 Studierende: Also wird das nicht im Team besprochen?

735

736 Hr. Killinger: Das wird scho, es weiß ja jeder wann des ist. Wir haben ja Biographiearbeit und so
737 Steckbriefe haben wir. Wir setzen uns amnestisch mit den Patienten auseinander von daher
738 weiß man schon ungefähr. Aber wenn ich jetzt einen Patientenpool hab, die jetzt letzte Woche
739 schon dabei waren. Dann schaue ich natürlich die. Dann ist noch einer dabei, oh der könnt
740 auch mit eine. Von dem her spontan. Und dann kommen natürlich auch Zugänge am
741 Nachmittag, die nehmen wir gleich noch mit, auch wenn ich nichts weiß. Probiere das aus.
742 Dann weiß man gleich, ob das für dene was ist. Von daher spontan. Da sind wir offen, da sagen
743 wir nicht: der ist gestern erst gekommen, der tun wir nicht dazu. Der muss sich erstmal
744 einleben. Natürlich kann es auch einen negativen Effekt haben. Griff ins Leere. Aber es kann
745 natürlich auch sein, der springt darauf gleich an und ich kann ihm die Angst nehmen.
746 Veränderungen, jetzt ist er dazu verlegt worden, kennt sich nicht aus. Dann nimm ich ihn
747 gleich, dann hat er ein positives Erlebnis.

748

749 Studierende: Und wenn Sie jetzt merken, es hat einen guten Effekt, schauen Sie dann, dass er
750 möglichst jede Woche eine geht?

751

752 Hr. Killinger: Definitiv ja. Das wird dann ja in unsere Übergaben und in der Doku festgehalten.

753 Studierende: Dann weiß jeder Bescheid?

754

755 Hr. Killinger: Ja.

756

757 **Wirkung der Hundeführerin und der Betreuungskraft**

758 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass die verbale Motivation der Hundeführerin eine
759 große Rolle spielt, dass er gelingen kann?

760

761 Hr. Killinger: Bestimmt ja. Bei vielen Patienten spielt das Nonverbale eine Rolle. Wo des auch
762 beim Hund Sinn der Sache ist: Des haptische, wenn ich ihn anlange und streichele. Da muss ich
763 jetzt nicht großartig was sagen dazu. Wenn vor mir ein Hund stehe, gehe ich entweder hin
764 oder weg. Da geht's eigentlich schon los. Oder wenn die dann gewissen Sachen mit dem Hund
765 und den Patienten macht. Also dann spielt das scho eine Rolle.

766 Studierende: Sie zu den Aufgaben motivieren?

767

768 Hr. Killinger: Ja.

769

770 Studierende: Und dann ist ja auch immer eine Betreuungskraft oder Fachkraft anwesend, spielt
771 die auch eine wichtige Rolle?

772

773 Hr. Killinger: Die is halt auch dazu da. Die kennt halt die Patienten auch und weiß dann auch
774 schon Informationen, die jetzt auch die Hundetherapeutin nicht hat. Beispiel: Ja, der hält das
775 jetzt nicht so lange aus. Der war jetzt am Vormittag unruhig, recht aggressiv. Die Infos werden
776 dann weitergeben in der Übergabe wie bei jedem Beruf. Wir haben da Lehrlinge???,
777 Betreuungsassistenten und so weiter.

778

779 Studierende: Die hier drinsitzt, welche Berufsgruppe ist das dann in der Regel?

780

781 Hr. Killinger: Des ist verschieden. Entweder jemand von uns, Fachpersonal halt. Kommt drauf
782 an, wie die Schichtbesetzung ist, der Arbeitsaufwand oder Arbeitsspitzen. Oder Auszubildende,
783 um sich das mal anzuschauen. Oder FSJler, also Freiwilliges Soziales Jahr. Des ist halt auch so:
784 Dadurch das des da hierin stattfindet, des ist nicht weg von der Station und Pflegepersonal an
785 sich ist da ja eh immer präsent. Und wenn was wäre oder so. Da ist man nicht weg vom Schuss.

786

787 **Fragen zum Klientel**

788 Studierende: Welche Schwere der Demenz haben die Patienten in der Regel?

789

790 Hr. Killinger: Also bei uns auf der Station sind Patienten, die selbst- und fremdgefährdend sind,
791 daher auch der beschützte Rahmen. Das ist einmal grundsätzlich so. Und mittelgradige bis
792 schwergradige Demenz, wobei wir andere Krankheitsbilder auch dahaben. Wo die Demenz
793 eher im Hintergrund, oder Randgebiet ist. Oft auch Minderbegabungen. Spielt halt auch von
794 den Bettenbelegungen im Haus eine Rolle. Es kann auch sein, dass wir intelligenzgeminderte

795 Patienten dahaben. Es ist nicht die Regel, kann aber sein. Oder körperlich fittere Patienten, von
796 offenen Stationen, die vielleicht in ein Delir reinrutschen bei einem Aufenthalt von C 7 und
797 dann vorübergehend bei uns sind. Sowas gibt's auch. Die wo keinen Grad der Demenz haben,
798 sondern eher zur Krisenintervention da sind. Wenn sie stabil sind, werden sie entweder
799 entlassen oder wieder auf die Offene zurückverlegt werden.

800

801 Studierende: Also ist das Delir der Grund, dass sie hier sind und nicht unbedingt die Demenz?

802

803 Hr. Killinger: Genau, weil die sind, da ist der Grund vorher oft eine Depression zum Beispiel
804 oder minimal dement erkrankt. Aber des ist a offene Station (Anmerkung der Verfasserin:
805 gemeint ist hier die Station C 7) und wenn dann Jemand desorientiert ist, die können das nicht
806 gewährleisten, des dann immer zu kontrollieren. Da kann man auße gehen, wenn man mag.
807 Die haben natürlich auch eine ganz andere Schichtbesetzung vom Personal v.a. nachts. Wo
808 man gewisse Sachen nicht gewährleisten kann. Pflegeaufwand. Manchmal ist es schon ziemlich
809 gemischt, das ist dann die Schwierigkeit auf der Station. Weil das schon alles ziemlich eng ist
810 auf der Station. Ganz schwerkranke Patienten oder die wo dann sich noch selber versorgen
811 können, kognitiv noch fitter sind. Die auch das realisieren, was mit ihnen selber ist, was auf der
812 Station ist. Des machst dann schon schwieriger.

813

814 Studierende: Und welche Therapiemethoden stehen im Vordergrund? Sind das eher die
815 Medikamente oder sind das eher die nicht-medikamentösen Verfahren?

816

817 Hr. Killinger: Also des geht Hand in Hand bei uns auf der Station. Natürlich ist es viel
818 Grundpflege: körperliche Versorgung, die alltägliche Versorgung vom Patienten. Ob des
819 anziehen, essen, Mobilität ist es ganz großes Thema bei uns. Spielt natürlich medikamentöse
820 Therapie auch mit eine: Nebenwirkungen, Wirkungen von Medikamente, die die Ärzte
821 verschreiben. Dann haben wir noch logopädische Betreuung, weil bei der Demenz
822 Schluckstörungen oft mit dabei sind. Spielt dann überhaupt Einfuhr eine Rolle. Wie gehe ich
823 mit dem Patienten um? Kann ich ihm das überhaupt klarmachen, dass er was ist. Oft darf er
824 auch nichts essen von der Logopädie her, weil dann aspiriert, verschluckt wird. Dann kriegen's
825 vielleicht eine Lungenentzündung. Des geht eigentlich ineinander über. Dann haben wir so

826 Therapie wie basale Stimulation, Validation nach Richard: das ist auch unser Therapiekonzept,
827 wie wir mit den dementen Leut umgehen. Der ganz normale empathische Umgang, natürlich.

828

829 Studierende: Und snoezelen wird, glaube ich auch angeboten?

830

831 Hr. Killinger: Snoezelen habens auf der oberen Station.

832

833 Studierende: Des gibt's hier nicht?

834

835 Hr. Killinger: Wobei man den natürlich auch oben nutzen kann.

836

837 Studierende: Und es ist glaube ich eine Musiktherapeutin neu jetzt?

838

839 Hr. Killinger: Genau, des ist jetzt, Zeitpunkt weiß ich jetzt nicht. Die ist jetzt erst seit ein paar
840 Wochen da. Das ist auch ziemlich positiv. Das spielt halt auch außere vom Alltäglichen und es
841 wird auch ziemlich gut angenommen von den Patienten. Unsere Betreuungsassistenten, die
842 wo am Vormittag da sind und auch am Nachmittag. Das spielt halt schon ganz allein eine ganz
843 große Rolle, wenn Jemand da ist, der nur bei den Patienten ist. Was wir jetzt nicht immer
844 gewährleisten können. Man muss Leut in die Diagnostik bringen, es kommen Zugänge,
845 Entlassungen. Grundversorgung gewährleisten. Wir haben viel Patienten mit Wunden, die
846 versorgt gehören. Verbände machen oder Akutsituationen: Wenn Jemand hinfällt, kann sie da
847 und dort hinfahren. Die sind dann eher auf der einen Seite präsent, auf der anderen Seite sind
848 wir und die Ärzte sind natürlich auch immer Ansprechpartner. Und sage ich mal
849 Gerontopsychiatrie ist halt schon so, wo des ganze schon so ineinandergreift: die Ärzte, Pflege,
850 Logopädie, Krankengymnastik kommt auch zu uns auf Station. Betreuungsassistenten und so
851 weiter. Mentales Aktivierungstraining wird gemacht.

852

853 Studierende: Und stehen die Medikamente im Vordergrund?

854

855 Hr. Killinger: Ich denke, das kann man jetzt nicht so pauschal sagen. Natürlich ich glaub schon,
856 dass das ein Eckpfeiler ist von der ärztlichen Therapie. Wo wir dann ins Spiel kommen ist bei
857 der Beobachtung vom Patienten: Wie wirkt ein Medikament? Was hat es für
858 Nebenwirkungen? Verträgt er's? Reagiert er irgendwie drauf oder paradox? Da haben wir die
859 Teambesprechungen, Visiten, wo das thematisiert wird, wo jegliche Berufsgruppen dabei sind,
860 weil sonst geht das halt nicht.

861

862 Studierende: Der Oberarzt hat auch gesagt, dass die tiergestützte Aktivität gut ist um die
863 Medikamente zu reduzieren, um nicht bei Unruhe unbedingt etwas geben zu müssen, sondern
864 das vielleicht das auch den Effekt hat.

865

866 Hr. Killinger: Genau. Des ist scho auch das Ziel von den Ärzten. Wenn Jemand viel
867 Medikamente hat: Man möchte nicht, dass die Leut nur umeinander hängen, müde sind,
868 bettlägerig sind. Dann besteht wieder die Gefahr: Muskeln werden abgebaut,
869 Lungenentzündung und so. Und der Patient soll ja aktiv sein. Er soll ja wieder aktiv entlassen
870 werden ins Heim oder ins häusliche Umfeld. Er soll ja nicht umeinander hängen sondern seinen
871 Alltag mit der Familie oder wie auch immer noch gestalten können. Er soll ja noch was haben
872 von dem Ganzen. Und da kann ich dann schon, ob das basale Stimulation oder Validation ist
873 oder tiergestützte Intervention ist. Da kann ich natürlich scho mit Erfolg sagen, dass man dann
874 manche Medikamente weglassen kann, die wo dann auch dämpfen.

875

876 Studierende: Wie würden Sie die Effekte jetzt aufschlüsseln? Was sind z.B. physische Effekte
877 von den tiergestützten Aktivitäten?

878

879 Hr. Killinger: So kurzfristige Sachen, dass der Patient einfach entspannter ist. Also wenn
880 jemand psychisch irgendein Erlebnis hat, das er heim möchte, dann überträgt sich das auf den
881 Körper auch: dass die angespannt sind, was sie dann vielleicht auch auf die Mobilität auswirkt
882 oder auch bei alltägliche Sachen, ob das von der Bewegung oder essen, oder sonst was ist,
883 werden sie da auch beeinflusst. Und des nimmt dann die Spannung physisch und psychisch
884 auch. Also des kann man auch schon beobachten.

885

886 Studierende: Und gibt es auch soziale Effekte, dass sie vielleicht Mitpatienten eher
887 wahrnehmen?

888

889 Hr. Killinger: Schon auch. Soziale Effekte sind, was ich eh schon angesprochen habe, natürlich
890 der Effekt nach außen zu den Angehörigen. Die wo dann sehen, gestern haben wir z.B. eine
891 Angehörige gehabt, die war dann schon recht ungeduldig, die hat sich dann, die hat natürlich
892 schon gewusst, dass Hundetherapie ist, die hat sich dann schon voll gefreut drauf und des
893 gibt's natürlich auch. Das hat natürlich dann auch einen positiven Effekt, das überträgt sich
894 also auf den Angehörigen, also den Patienten auch. Das man sich da gefreut, des ist was
895 Besonderes, da wird was gemacht. Des kennt man scho.

896

897 Studierende: Die Therapiemethoden, wer führt die durch? Also die nicht-medikamentösen?
898 Wer macht z.B. die basale Stimulation, das Snoezelen, macht das das Pflegepersonal? Oder
899 kommt bei verschiedenen Sachen auch Jemand von außen?

900

901 Hr. Killinger: Also des macht des Pflegepersonal, genauso wie die Validation, das macht des
902 Pflegepersonal. Die bei uns für basale Stimulation zuständig ist, die kommt von außen. Die ist
903 von der Arbeitszeit her reduziert, die kommt am Dienstag und Mittwoch auf Station und da
904 überlegen wir uns Konzepte: Was machen wir jetzt? Wie übertragen wir das auf die
905 Mitarbeiter? Führen wir was Neues ein bei der basalen Stimulation? Das jeder das miterlebt.
906 Des haben wir jetzt bis Ende letzten Jahres gehabt, da teile ich dann im Dienstplan die Leut
907 dementsprechend ein, dass jeder mal mit der entsprechend mitgeht. Dann da Anleitungen,
908 Erfahrungen austauscht, was Neues ausprobiert, Selbsterfahrungsübungen machen und
909 momentan macht man so, dass man's auf den Patienten zentriert, wer's braucht. Und was
910 man im Alltag für Pfl egetätigkeiten macht, die macht man dann mit der Y. (Anmerkung der
911 Verfasserin: gemeint ist die Fachkraft für basale Stimulation), die kommt dann immer. Und wir
912 machen's natürlich im täglichen Umgang sowieso. Ob des jetzt Kleinigkeiten sind oder
913 Informationen, die ich von Angehörigen hab oder in der Grundpflege oder einfach Sachen, die
914 der Patient gern mag, mit denen ich arbeiten kann. Also des macht des Pflegepersonal
915 genauso wie die Sachen von der Validation. Da haben wir so Aktivierungsboxen.

916

917 Studierende: Ist das eine 10min-Aktivierung?

918 Hr. Killinger: Kommt immer drauf an, das entscheiden wir individuell: Wer profitiert davon?
919 Kann ich des jetzt anwenden? Ist sie dazu bereit? Das versucht man halt immer. Man merkt
920 das ziemlich schnell.

921

922 Studierende: Was ist da drin in den Aktivierungsboxen?

923

924 Hr. Killinger: Das können wir uns gerne anschauen, weil die haben wir ja eh da auf der Station.

925

926 Studierende: Ist das eher sinnesanregend, oder?

927

928 Hr. Killinger: Alles Mögliche, das sind Themenboxen: Fußball, Handwerk, Haushalt oder so
929 gibt's da. Wir arbeiten ja nach der Validation nach Richard und die orientiert sich nach
930 Lebensthemen und des da aufzugreifen. Die füllen wir auch amnestisch aus vom Patienten, mit
931 dem arbeiten wir dann. So Fragen, der Hintergedanke ist da, dass man den Patienten bestätigt.
932 Das der Bestätigung empfindet und, dass man weg kommt von der klassischen Information:
933 Jetzt stehe ich mit Ihnen auf, jetzt gehe ich ins Bad, des macht man nebenbei und bestätigt den
934 Patienten: Sie sind ja heute schon wieder früh auf. Sie sind ja pünktlich. Sie sind ja zuverlässig.
935 Dann nehm ich den praktisch mit, der wird dann in dem bestätigt, was er macht in seiner
936 Demenz. Und da spielt der Beruf natürlich eine große Rolle, bei die älteren Semester,
937 überwiegend.

938

939 Studierende: Und Rollenbilder?

940

941 Hr. Killinger: Genau. Des machen wir, da sucht man so Lebensthemen, da macht man so Zettel
942 und des wird an so Tafel geschrieben beim Patientenbett. Das des auch jeder weiß z.B. er war
943 jetzt Landwirt. Und da gibt's so Lebensthemenkarten, wo Fragen dabeistehen, entweder wird
944 mit Sprichwörtern gearbeitet oder des Sprichwort vorgibt und der Patient tut des dann
945 beenden. Also des fließt bei unsere Pfllegetätigkeiten schon mit eine. Da haben wir auch eine
946 Beauftragte: Stationsämter, die sich um des kümmert. Die des auch nach außen rum in
947 Angehörigengruppen. Also ist so ein Negativbeispiel ist halt immer man soll jetzt bei Demente

948 im Rahmen der Validation keine Zukunftsprognosen stellen, weil des am Patienten. Erstens
949 kann er nichts damit anfangen: Sie werden nächste Woche entlassen. Des hat dann den Effekt,
950 dass er, manche meinen er wird heut entlassen, dann wird er unruhig, möcht außē.

951

952 Studierende: Er kann mit dem Wort „morgen“ einfach nichts mehr anfangen?

953

954 Hr. Killinger: Genau. Die Information gibt man dann beispielsweise den Angehörigen net, dass
955 die natürlich mit dem auch arbeiten können. Des ist jetzt kein Geheimnis net. Des ist ja
956 förderlich für die Angehörigen, die arbeiten ja auch mit ihrem Angehörigen, Familienmitglied.
957 Versuchen wir schon, das wir des in Pflēgetätigkeiten miteinfließen lassen, weil es natürlich
958 förderlich ist, wenn man einen Patienten mit herausfordernden Verhalten und die net
959 zugänglich sind, die wo jetzt abblocken verbal oder wie auch immer. Da muss man dann
960 natürlich mit sowas arbeiten.

961

962 Studierende: Da wird also immer geschaut, dass möglichst alle im Team diese Methoden
963 beherrschen? Das des immer weitergegeben wird?

964

965 Hr. Killinger: Ja. Wir arbeiten nach dem Konzept der Validation nach Richard, da gibt´s auch
966 Fortbildungen dazu, Intensivkurse, Interne auch, Themenstationsbesprechungen – wo nur des
967 dann das Thema ist. Wir haben Ansprechpartner auf der Station auch. Das wird schon gelebt
968 auf der Station.

969

970 Studierende: Haben Sie den Eindruck, dass der Hund schneller eine Beziehung zum Patienten
971 herstellt, als jetzt z.B. das Personal?

972

973 Hr. Killinger: Spontan tät ich sagen ja. Erstens der Hund ist ein anderes Medium: es ist ein Tier.
974 Wer irgendwie ein Bezug zu Tieren hat. Und des hat ja irgendwie jeder, außē er ist total gegen
975 alle Tiere abgeneigt. Und des ist eher selten. Natürlich ist da der Kontakt gleich da. Und des ist
976 ja nicht irgendein außergewöhnliches Tier wie a Alpaka oder sowas. Des kennt natürlich auch
977 jeder. Da ist natürlich der Bezug schneller aufgebaut.

978 Studierende: Weil er dann auch nicht „der“ Patient ist, sondern dem Hund ist das egal.

979

980 Hr. Killinger: Dem Hund ist das egal. Und es ist ja schon allein Dienstkleidung, da sehe ich
981 natürlich: ich könnte in einem Krankenhaus sein. Der schaut komplett anders aus, wie ich. Sie
982 sind auch privat, wenn sie da vorne reingehen. Wir haben z.B. auch Laienhelfer da, macht das
983 einen komplett anderen Eindruck.

984

985 Studierende: Die Beschäftigungstherapeutin ist auch normal gekleidet?

986

987 Hr. Killinger: Na, die hat jetzt, die Betreuungsassistenten haben jetzt eine weiße Hose und
988 grüne Oberteile.

989

990 Studierende: Die sind also auch erkennbar?

991

992 Hr. Killinger: Ja.

993

994 Studierende: Es gibt ja auch Patienten, die da, ich sag mal einen „Hass“ auf, wenn sie bei vielen
995 Institutionen Zeit verbracht haben. Weiße Kleidung und dann geht der Alarm los.

996

997 Hr. Killinger: Natürlich. Manchmal hat es einen positiven Effekt, manchmal einen Negativen.
998 Unser Sozialdienst geht natürlich auch in privat, das schaut natürlich anders aus. Obwohl das
999 bei uns auch eine hygienische Sache ist. Ist eh klar.

1000

1001 Studierende: Zeigt das Klientel weniger Verhaltensauffälligkeiten während der
1002 Tierbesuchsdienste?

1003

1004 Hr. Killinger: Wenn der Patient das annehmen kann, wenn er bereit dazu ist, hat das auf alle
1005 Fälle dahingehend einen positiven Effekt in seinem Verhalten. Das ist beruhigend im

1006 Moment der Hundetherapie definitiv. Was danach ist, kann man natürlich nicht sagen. Kann
1007 natürlich, weil er halt aufgewühlt ist, weil ihm des so gefallen hat, kann natürlich auch Unruhe
1008 auslösen. Also des ist immer verschieden.

1009

1010 Studierende: Aber, also ich habe auch Beobachtungen gemacht: Aggressivität war überhaupt
1011 kein Thema.

1012

1013 Hr. Killinger: Na, des ist halt das Gute, wo wir dann schon ausprobieren. Der wo vielleicht dann
1014 draußen im Alltag aggressiv mal war, kann da drinnen ohne sein. Weil es eben ganz was
1015 anderes ist. Des ist halt des förderliche, was auch der Sinn dahinter ist.

1016

1017 Studierende: Und wenn die Patienten jetzt öfters teilnehmen, hält dann z.B. die Abnahme der
1018 Unruhe an?

1019

1020 Hr. Killinger: Ja, schon. Weil er sich ja, dann kann er sich auch mal schon erinnern. Des wie er's
1021 dann aufnimmt oder wie er sich dran erinnert. Das ist dann vielleicht nicht das Erinnern, wie
1022 wir es kennen, sondern einfach auf Gefühlsebene. Kann sich z.B. durch das Streicheln erinnern:
1023 ah des kenne ich schon von letztes Mal. Er erinnert sich vielleicht nicht: ah ja heute ist wieder
1024 Hundetherapie, sondern ja jetzt ist der Hund wieder da. Und Freude durch die Gefühle, des
1025 ihm des schon bekannt ist. Weil er vielleicht vorher schon mal einen Hund gehabt hat
1026 irgendwie in seinem Leben. Des ist natürlich a Baustelle, wo er aufnehmen kann. Des kann er
1027 natürlich jeden Tag aufnehmen: Oh sie haben schon mal a Hund gehabt? Wie hat der
1028 geheißen? Was habens mit dem getan? Schon ist man im Patienten drin. Und er hat natürlich
1029 auch was, wo er angenommen, akzeptiert wird, wo er Bestätigung kriegt. Des kann ich
1030 natürlich von Woche zu Woche so durchziehen. Des ist wie bei den Lebensthemen, wo ich
1031 dann eingehe bei der Validation.

1032

1033 Studierende: Also wird doch die Aufmerksamkeit gefördert, einfach durch das Erinnern?

1034

1035 Hr. Killinger: Ja.

1036 Studierende: Und des hält dann auch am nächsten Tag an?

1037

1038 Hr. Killinger: Es kann auf alle Fälle anhalten v.a., wenn ich´s dann wieder aufgreif in

1039 Pfl egetätigkeiten oder im Alltag.

1040

1041 Studierende: Also beobachten Sie das manchmal schon, dass der Effekt auch anhält?

1042

1043 Hr. Killinger. Ja, ja.

1044

1045 Studierende: Sind sie auch wach und orientierter, wenn jetzt Jemand vielleicht sehr schläfrig

1046 ist?

1047

1048 Hr. Killinger: Also des habe ich auch schon beobachtet, das halt Aufmerksamkeit ah ganz

1049 andere ist. Eben, weil es etwas Außergewöhnliches ist. Net der Alltag, der Krankenhausalltag,

1050 sondern jetzt ist der Hund da, das ist ganz was Anderes. Des kennt man schon, wenn der Hund

1051 eine geht, dann sind ein paar Patienten da vorne, dann geht´s gleich an: oh ma ist der lieb. Und

1052 streicheln und so. Ist klar, dass man damit was erreichen kann.

1053

1054 Studierende: Das sie vielleicht mehr im „Jetzt“ sind und nicht: was muss ich tun?

1055

1056 Hr. Killinger: Ja: Jetzt muss ich essen, jetzt kommt das Abendessen bald. Jetzt muss ich´s auf

1057 Klo. Jetzt hab ich irgendwas an, was nicht mir gehört. Und so einfach fremde Sachen: wie

1058 haben so Protektorenschutzhosen, das wo dann natürlich befremdlich ist. Inkontinenzmaterial.

1059 Das ist ja keiner von seinem früheren Leben her gewohnt, also ist das auch was Fremdes.

1060 Wenn dann der Hund da ist, das ist natürlich was Vertrautes dann. Des bringt ihn dann wieder

1061 weg von dem Alltag, sage ich mal. Wo vielleicht unangenehm ist oder der Gedanke: Ich bin im

1062 Krankenhaus, ich möchte eigentlich daheim sein.

1063

1064 Studierende: Dann gibt's ja vielleicht manchmal, dass Besuch anwesend ist im Raum: stört das
1065 die Patienten?

1066

1067 Hr. Killinger: Denke ich jetzt nicht, das war ja gestern auch so, dass Angehörige mit dabei
1068 waren. Also Angehörige sind ja, die haben ja den engeren Draht zu ihren Familienmitgliedern.
1069 Des versuchen wir natürlich wir auch einen Nutzen draus zu ziehen und die sind dann natürlich
1070 auch zugänglicher, wenn Angehörige da sind. Man kann sich Informationen holen, Patienten
1071 sind ruhiger. Das ist überhaupt kein Problem, dass erstens Angehörige dabei sind, das macht
1072 keinen Sinn nicht. Wenn Angehörige da sind, keine Hundetherapie anzubieten. Im Gegenteil
1073 der Patient ist auf einen Angehörigen besser eingestellt, wie auf einen Fremden, als auf das
1074 Pflegepersonal.

1075

1076 Studierende: Und das jetzt Jemand durchlaufen würde, findet eher nicht statt?

1077

1078 Hr. Killinger: Na, na! Da ist natürlich unser Rauchereck da draußen. Aber es gibt andere
1079 Möglichkeiten, wo ich jetzt außen gehen kann, wo ich rauchen kann. Da passen wir schon auf,
1080 dass nicht alle fünf Minuten Jemand durchrennt. Muß auch nicht sein. Wenn hierin etwas ist,
1081 wir haben ja auch Besprechungen hierin, bleiben wir draußen.