

BACHELORARBEIT

AN DER
OSTBAYERISCHEN TECHNISCHEN HOCHSCHULE REGENSBURG
FAKULTÄT ANGEWANDTE SOZIAL- UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Tiergestützte Interventionen bei Menschen mit Demenz

AUFGABENSTELLER:

PROF. DR. PHIL., DIPL. PSYCH. GEORG JUNGNITSCH

VORGELEGT VON

ELENA HUNTER

1. Abstract

In meiner Bachelorarbeit beleuchte ich die Thematik der tiergestützten Interventionen bei Demenzkranken. Hierbei gehe ich im ersten Teil auf theoretische Grundlagen von Demenz und tiergestützten Interventionen, sowie deren Wirkeffekte ein. Im Weiteren stelle ich exemplarisch einen Projektentwurf eines ambulanten Besuchsdienstes für Menschen mit Demenz vor, welche noch im eigenen Zuhause wohnhaft sind.

In dieser Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit in der Regel die männliche Schreibweise verwendet. Gemeint sind, insofern es nicht explizit anders hervorgehoben wird, beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	
2. Einleitung.....	3
I. Theoretische Grundlagen	
3. Demenz.....	4
3.1 Definition.....	4
3.2 Diagnostik.....	5
3.3 Demenzformen.....	7
3.4 Symptome.....	7
3.5 Stadien der Demenz.....	9
3.6 Emotionalität.....	11
3.7 Therapiemethoden bei Demenz.....	13
3.7.1 Medikamentöse Therapien.....	13
3.7.2 Nicht- medikamentöse Therapien.....	14
4. Tiergestützte Interventionen.....	17
4.1 Begriffsdefinitionen.....	17
4.2 Therapiemethoden.....	18
4.3 Interaktionsformen.....	22
4.4 Erklärungsansätze der Mensch-Tier-Beziehung.....	23
4.4.1 Die Biophilie- Hypothese.....	23
4.4.2 Konzept der Du- Evidenz.....	24
4.4.3 Die Bindungstheorie.....	25
4.4.4 Spiegelneuronen.....	26
5. Kommunikation zwischen Demenzkranken und Tieren.....	27
6. Tiere und ihre Wirkung auf Menschen mit Demenz.....	28
7. Aktuelle Studienlage.....	31

II.	Projektentwurf zur tiergestützten Intervention bei Menschen mit Demenz	
8.	Grundgedanken.....	34
8.1	Rahmenbedingungen.....	35
8.2	Voraussetzungen.....	35
8.3	Positive Effekte/ Ziele.....	37
8.4	Ablaufbeschreibung.....	38
9.	Fazit.....	40
10.	Literaturverzeichnis.....	42
	Ehrenwörtliche Erklärung	

2. Einleitung

Immer wieder ist in Medien die Rede vom demografischen Wandel in Deutschland, das bedeutet die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland verändert sich. Faktoren die sich auf die Bevölkerungszusammensetzung auswirken können, sind zum Beispiel die Geburtenrate, Migrationsbewegungen und eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung (Kühn, 2017).

Diese Veränderungen bringen einige positive Effekte mit sich, stellen die Gesellschaft jedoch gleichzeitig vor neue Herausforderungen und motivieren zum Umdenken. So ist es zum Beispiel durchaus als positiv zu betrachten, dass Menschen an gesunden Lebensjahren gewinnen und somit mehr Zeit mit ihren Familien verbringen können. Verantwortlich dafür sind die sich ständig verändernden Lebensbedingungen, sowie Fortschritte in der Medizin. Trotz dessen steigt mit zunehmenden Alter auch die Wahrscheinlichkeit an altersspezifischen Krankheiten zu erkranken. Einer dieser Krankheiten stellt das Demenz- Syndrom dar. So leben in Deutschland derzeit circa 1,7 Millionen Menschen, welche an Demenz erkrankt sind. Die am häufigsten auftretende Form ist hierbei die Alzheimer- Krankheit. Etwa zwei Drittel der Menschen, die im höheren Alter an Demenz leiden, sind Frauen. Dies ist wohl die Folge der längeren Lebenserwartung von Frauen, da in den höheren Altersgruppen das Erkrankungsrisiko stark zunimmt. Jährlich können mehr als 300.000 Neuerkrankungen verzeichnet werden, deshalb ist es dringend notwendig sich mit dieser aktuellen Thematik auseinanderzusetzen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft , 2018, S. 1 ff.). Derzeit gilt Demenz als nicht heilbar, lediglich Begleitsymptome sind behandelbar oder können verzögert werden. Ziel sollte es deshalb sein, so viel Lebensqualität wie möglich und so lange wie möglich für die Betroffenen zu erhalten. Verschiedenste medikamentöse- und nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten wurden in den letzten Jahren herangezogen, um die Demenzerkrankten, die Angehörigen, sowie Pflegende zu entlasten. Dabei rücken in den letzten Jahren vor allem tiergestützte Interventionen und ihre möglichen Effekte auf Demenzerkrankte in den Fokus.

So gibt es mittlerweile einige Berichte über positive Wirkungen, jedoch ist eine weitere wissenschaftliche Erforschung nötig, um fachlich qualitativ hochwertige Interventionen anbieten zu können (vgl. Wesenberg, 2015, S. 22 f.).

Doch nicht nur diese gesellschaftlichen Fakten haben mich zu dieser Arbeit motiviert, ich möchte mich auch aus persönlichen Gründen mit diesem Thema auseinandersetzen. Ausschlaggebend hierfür war meine 2-jährige Beaglehündin Charley und ihre besondere Beziehung zu einer an Demenz erkrankten Person aus meiner Familie. Diese innigen und emotionalen Begegnungen haben mich motiviert, mich näher mit den Wirkungen von Tieren auf Menschen mit Demenz zu beschäftigen. In meiner Arbeit werde ich zunächst theoretische Grundlagen der Demenz darstellen, um ein Verständnis für die Krankheit zu geben. Anschließend werden theoretische Aspekte der tiergestützten Interventionen, sowie mögliche Methoden dargelegt, als auch Wirkungsweisen beleuchtet. Im folgenden Teil wird ein exemplarisches Projekt dargestellt, um die Umsetzung der theoretischen Aspekte anhand eines Beispiels zu verdeutlichen und anschaulich zu machen.

I. Theoretische Grundlagen

3. Demenz

3.1 Definition

Der Begriff Demenz kann von dem lateinischen Wort „dementia“ abgeleitet werden und kann mit „ohne Geist“ beziehungsweise „ohne Verstand“ übersetzt werden. (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 13). Die Demenz wird den psychiatrischen Krankheiten zugeordnet. Sie wirkt verändernd auf das menschliche Gehirn und führt so unter anderem zu Einschränkungen des Denkens. (vgl. Otterstedt, 2013, S. 9).

ICD 10 und DSM – IV dienen derzeit als klinische Diagnosekriterien. Hierbei findet vor allem die Verringerung unterschiedlicher kognitiver Funktionen Erwähnung, wodurch es folglich zu Einschränkungen des beruflichen und/ oder des alltäglichen Lebens kommt. (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 14). So definiert ICD 10 Demenz als „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis,

Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch schon eher auf.

Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer- Krankheiten, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ (ICD 10)

3.2 Diagnostik

Die vielseitigen Symptome und unterschiedlichen Ursachen der demenziellen Erkrankung stellen eine bedeutende Herausforderung für eine zutreffende Diagnose dar. Da Demenz oftmals ähnliche Symptome wie andere Erkrankungen aufweist, z.B. die einer Depression, ist eine umfangreiche Diagnostik notwendig. Denn je spezifischer die Diagnose erfolgt, umso besser können Interventionen auf das jeweilige Individuum abgestimmt werden

(vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 18 f.).

Die Diagnosestellung ist oftmals mit Angst und Verunsicherung seitens der Erkrankten und deren Angehörigen verbunden. Vor allem der drohende Verlust von Persönlichkeitsmerkmalen und Autonomie begünstigt diese Ängste. Jedoch sind bereits wesentliche Fortschritte bezüglich der Früh- und Differenzialdiagnostik, sowie Therapieansätze zu verzeichnen.

Eine Diagnose ist entscheidend um eine umfassende Behandlung und Betreuung von Betroffenen und deren Umfeld zu gewährleisten.

Eine frühzeitige Diagnostik ist essentiell, da es sich bei der Demenz um einen dynamischen Prozess handelt und therapeutische und präventive Interventionen vor allem im Frühstadium das Eintreten der Pflegebedürftigkeit verzögern können (vgl. Deuschl & Maier , 2016, S. 27).

Da die Demenz ein klinisches Syndrom ist, soll sich die Diagnose auf anerkannte Kriterien, wie sie zum Beispiel in der ICD – 10 zu finden sind, stützen. Eine präzise Eigen-, Fremd-, Familien- und Sozialanamnese ist ein wesentlicher Bestandteil der Diagnose, woraus sich eine erste ätiologische Zuordnung, Schweregradabschätzung, Alltagsbewältigung, sowie der bisherige Verlauf einschätzen lässt. Zudem sind körperliche internistische und neurologische Untersuchungen zwingend notwendig. Die neurologische Untersuchung hilft bei dem Erkennen von Symptomen, die auf Krankheiten deuten, welche als primäre Ursache für Demenz beschrieben werden. Der psychopathologische Befund ist unabdingbar um eine Differenzialdiagnose zur Demenz, wie Depression, Delir, schizophreses Residuum und Abhängigkeitserkrankungen zu stellen. Besonders depressive Anzeichen sollen erfasst werden, da sie als Risikofaktoren für Demenz gelten (vgl. Deuschl & Maier , 2016, S. 30 f.)

Neuropsychologische Kurztests dienen als nützliche Diagnoseinstrumente und helfen bei der Einschätzung von kognitiven Störungen, zum Beispiel durch den Mini- Mental- Status- Test oder DemTect. Die Genauigkeit dieser Tests bei leichtgradiger und fraglicher Demenz ist begrenzt und erfordert weitere Untersuchungen. Welche Verfahren passend sind, richtet sich individuell nach der Fragestellung und dem Krankheitsstadium. Die Erfassung der Alltagsbeeinträchtigung stellt zudem ein wichtiges Diagnosekriterium dar (vgl. Deuschl & Maier , 2016, S. 31 ff.). Da klinische und neuropsychologische Untersuchungen alleine nicht ausreichend sind, werden von allen Leitlinien eine Untersuchung von Blutparametern wegen der „hohen klinischen Relevanz des Aufdeckens einer reversiblen Demenzursache“ befürwortet (Deuschl & Maier , 2016, S. 36). Außerdem entstehen durch diese Untersuchung nur geringe Kosten und ein geringes Risiko für den Patienten. Eine bildgebende Untersuchung ist sinnvoll, um eine potentiell behandelbare beziehungsweise reversible Ursache zu erkennen, zum Beispiel ein subdurales Hämatom oder einen Tumor. Der Einsatz dieses Verfahrens wird diskutiert, aber grundsätzlich empfohlen, wenn eine Person an dem Demenzsyndrom erkrankt ist (vgl. Deuschl & Maier , 2016, S. 40 f.).

3.3 Demenzformen

Es gibt mehrere Möglichkeiten die Demenz zu klassifizieren, so zum Beispiel mit Hilfe der Lokalisation der geschädigten Gehirnstrukturen in kortikale und subkortikale Demenz. Diese Aufteilung wird jedoch kontrovers diskutiert. Eine weitere häufige Einteilung erfolgt auf der Grundlage des Wirkungsortes in primäre und sekundäre Demenzen. Dabei ereignen sich die krankhaften Prozesse bei der primären Demenz direkt im Gehirn und beschränken sich überwiegend auf dieses. Die primäre Demenz beginnt meist schleichend und hat irreversible kognitive Funktionsverluste zur Folge. Der Alzheimer Typ ist somit ein bekanntes Beispiel für eine primäre Demenz.

Von einer sekundären Demenz spricht man, wenn die somatische Ursache außerhalb des Gehirns gelegen ist und sie erst während des Krankheitsverlaufes das Hirn betrifft. Zu den sekundären Demenzen zählen unter anderem auch reversible Formen, welche durch unterschiedlichste Gefäßerkrankungen ausgelöst werden können.

Die Kriterien der ICD-10 und DSM-IV klassifizieren nach der Grunderkrankung, durch welche die Demenz begünstigt wurde. So unterscheidet man bei ICD- 10 die Demenz vom Alzheimer Typ, Vaskuläre Demenz, Frontotemporale Demenz, Alkoholbedingte Demenz und Mischformen (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 15 f.).

Die häufigste Demenzform im höheren Alter stellt mit circa 60 – 65 % die Alzheimer Demenz dar. Die zweithäufigste Form ist die vaskuläre Demenz, mit etwa 20 %. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Zahl der dementiell Erkrankten in Deutschland aufgrund des demografischen Wandels weiter ansteigen wird. Die Betreuung, Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz gewinnt somit zunehmend an Bedeutung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

3.4 Symptome

Die Symptome des Demenzsyndroms können in fünf Gruppen unterteilt werden: Kognitive Symptome, Psychische Störungen, Psychische Symptome, Verhaltensänderungen (herausforderndes Verhalten) und physische Symptome.

Störungen von Denkprozessen sind wesentliche Kernmerkmale einer Demenz. Kognitive Symptome treten nicht immer zum selben Zeitpunkt ein, zudem verändern sie sich im Krankheitsverlauf. Bei allen Demenzformen verschlechtern sich hierbei die kognitiven Symptome beim Fortschreiten der Krankheit. Zu den kognitiven Symptomen zählen zum Beispiel: Gedächtnisstörung, Orientierungsstörung, eingeschränktes Urteilsvermögen, Sprachstörung und Störung des Wiedererkennens (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 10 f.).

Neben den kognitiven Symptomen werden nicht- kognitive Symptome und Verhaltensänderungen differenziert. In der Pflegewissenschaft wird diese Veränderung als „Herausforderndes Verhalten“ beschrieben. Die Ursachen hierfür sind von vielen Faktoren abhängig. Mit steigender Schwere der Demenz, steigt auch die Häufigkeit des Auftretens von verändertem Verhalten.

Psychische Veränderungen treten oftmals in Verbindung mit demenziellen Erkrankungen auf. Im Gegensatz zu den kognitiven Veränderungen verstärken sich die psychischen Symptome nicht zwangsläufig mit fortschreitender Demenz. So können psychische Veränderungen über einen längeren Zeitraum beobachtet werden, sich jedoch in der Zukunft auch verändern oder sogar zurückbilden.

So kann zum Beispiel mehrere Monate Ängstlichkeit und depressive Verstimmung gezeigt werden, sich aber im Verlauf in eine ausgeglichene Stimmung verändern, auch ohne den Einsatz von Medikamenten. Es ist jedoch eine Herausforderung die Symptome von anderen psychischen Störungen zu differenzieren. Deshalb bedarf es einer genauen Beobachtung und Dokumentation der Anzeichen. So können depressive Symptome aufgrund von organischen Veränderungen auftreten, oder die Folge der psychischen Wahrnehmung der zunehmenden kognitiven Leistungsabnahme sein, oder aber als eigenständige Depression, welche neben der Demenzerkrankung eintritt, auftreten. Die häufigsten psychischen Auffälligkeiten, die mit einer Demenz einhergehen sind Stimmungsschwankungen, Frustration, Ängste, depressive Stimmungen und Wahrnehmungsstörungen. Die psychischen Symptome können dabei helfen, eine spezifische Diagnose zu stellen, da bestimmte Veränderungen spezifischen Demenzformen zugeordnet werden können (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 13 ff.).

Verhaltensänderungen können schon bei einer anfänglichen Demenzerkrankung erkennbar sein, dann jedoch in einer abgeschwächten Form. Wie bei den psychischen Symptomen ist es auch hier entscheidend Reaktionen, die aufgrund kognitiver Veränderungen auftreten, von primären Demenzanzeichen abzugrenzen. So gibt es für aggressives Verhalten oftmals Auslösesituationen, die die Reaktion nachvollziehbar erscheinen lassen. Jedoch können nicht alle veränderten Verhaltensweisen so gerechtfertigt werden und sind als primäre Symptome zu betrachten. Häufige auffällige Verhaltensweisen sind Umherwandern, Störung des Tag- Nacht- Rhythmus, verbale/ körperliche Aggressivität, sexuelle Veränderungen oder das Sammeln und Verstecken von Gegenständen (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 16 f.).

Alle Erkrankten leiden im fortgeschrittenen Demenzstadium unter körperlicher Folgen. Der Eintrittszeitpunkt ist dabei abhängig von der jeweiligen Demenzform. Bei den häufigsten Demenzarten treten körperliche Symptome zu Beginn der schweren Phase ein. Bei Demenzerkrankten steht die Stabilisierung oder der verlangsamte Verlauf der Krankheit im Vordergrund und nicht, wie bei anderen Patienten, die vollkommene Heilung der Symptome.

Zu den körperlichen Veränderungen zählen Gangstörungen mit Stürzen, Schluckbeschwerden, verringertes Durst- und Hungergefühl und Inkontinenz.

Physische Symptome sind neben Aggressivität und extremer Unruhe die Hauptgründe, die zu einer Seniorenheimübersiedlung führen (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 19 f.).

3.5 Stadien der Demenz

Die Alzheimer Erkrankung kann in drei Schweregrade eingeteilt werden: die leichte, mittelgrade und schwere Demenz. Hierbei nimmt die Symptomatik beim Fortschreiten der Erkrankung zu und die Fähigkeit der Alltagsbewältigung nimmt ab (vgl. Otterstedt, 2013, S. 11).

Bei der leichten Form ist eine Abnahme der Gedächtnisleistung und des Denkvermögens möglich, zudem kann die Aufnahme neuer Informationen erschwert sein und Wortfindungsstörungen können auftreten. Es kommt zu Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens, jedoch können gewohnte Tätigkeiten mit gelegentlicher Hilfe noch ausgeübt werden. Außerdem kann es zu depressiver Neigung und weniger Belastbarkeit kommen, da die Betroffenen das Abnehmen der Leistungsfähigkeit wahrnehmen (vgl. Otterstedt, 2013, S. 11).

Im Stadium der mittelschweren Demenz werden zum Teil wichtige Inhalte des Alltags vergessen, beispielsweise Adressen oder Namen von Angehörigen. Zudem nimmt die zeitliche und örtliche Orientierungsfähigkeit mehr und mehr ab. Die sprachliche Kommunikation wird zunehmend problematisch und inhaltsärmer. Die Lebensführung kann nicht mehr selbstständig bewältigt werden. Bei der mittelschweren Demenz sind auch Verhaltensänderungen erkennbar, zum Beispiel Unruhe, Umkehr des Tages – Nacht – Rhythmus und Reizbarkeit. Zudem kann als körperliches Symptom eine Harninkontinenz auftreten (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Die Fähigkeit sich an Lieder oder Gedichte aus der Vergangenheit zu erinnern ist jedoch oftmals noch vorhanden.

Im dritten Stadium werden die Erkrankten vollständig pflegebedürftig. Der Verlust der Sprachfähigkeit nimmt weiter zu. Die Körperpflege wird zunehmend vernachlässigt. Im späteren Verlauf treten auch körperliche Veränderungen wie Geh- und Schluckbeschwerden auf, auch die Bettlägerigkeit kann eintreten. Während dieser Phase sind die Menschen sehr anfällig für Infektionen, wie einer Lungenentzündung. Die Dauer des Krankheitsverlaufes ist sehr variabel und hängt von der jeweiligen Demenzform ab, verläuft jedoch durchschnittlich mehrere Jahre. (vgl. Deuschl & Maier , 2016, S. 25).

3.6 Emotionalität

Emotionen können als Reaktion auf einen externen oder internen Reiz folgen, welcher für die Bedürfnisse des Organismus eine zentrale Rolle spielt.

Studien haben ergeben, dass auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz differenziert und emotional erleben können, auch wenn die verbale Kommunikation über Bedürfnisse und Gefühle abnimmt. In empirischen Studien wird deshalb oftmals der emotionale Zustand über Fremdbeurteilung gewonnen (vgl. Bär et al., 2003, S. 455). Eine Studie von Schäufele hat ergeben, dass positive Emotionen häufiger beobachtbar wurden, je mehr die Menschen an Aktivitäten teilnehmen konnten. Auch das Erscheinen von Angehörigen war meistens mit positiven Reaktionen verbunden. In einer weiteren Studie wurde ebenfalls untersucht, wann bei demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnern positive oder negative Emotionen zu verzeichnen waren. Hierfür wurden 29 Bewohner mit mittelgradiger und schwerer Demenz untersucht.

„Positive Emotionen waren demnach beobachtbar, wenn die Bewohnerinnen Zuwendung durch persönliche Ansprache erfuhren, einfache Alltagsaktivitäten ausüben konnten und dabei individuell unterschiedliche Vorlieben berücksichtigt wurden sowie während der Teilnahme an Gruppenaktivitäten, wie beispielsweise Singrunden und Feste“ (Wesenberg, 2015, S. 68).. Ärger wurde vor allem in Situationen beobachtet, bei denen die Betroffenen eine Einengung oder Zwang hinsichtlich ihrer Möglichkeiten wahrgenommen haben sowie wenn es Konfliktsituationen mit anderen Bewohnern gab. Traurigkeit war vor allem mit dem Erleben von Verlusten und Überforderung zu erkennen. Daraus lässt sich schließen, dass vor allem individuelle Zuneigung und intensivere Gespräche Freude und Interesse bei Demenzkranken begünstigen. Auch die H.I.L.D.E – Studie (Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker) hat sich mit der Erfassung der Lebensqualität von demenzerkrankten Pflegeheimbewohnern beschäftigt und emotionale Reaktionen untersucht. Pflegekräfte und Angehörige sind der Meinung, dass sich positives Erleben über die Mimik, die Körperhaltung und verbale Kommunikation beschreiben lässt. Ärger wird hingegen besonders durch verbale Äußerungen erkenntlich, auch gesteigerte Unruhe wird mit negativen Gefühlen in Verbindung gebracht. Insgesamt werden Körperhaltung und verbale Äußerungen öfter als Erkennungsmerkmal für negative Gefühle beschrieben, die Mimik und der Gesamteindruck sei dabei weniger relevant (vgl. Bär et al., 2003).

Die Resultate der H.I.L.D.E – Studie machen außerdem erkenntlich, dass sich „Emotionen und situative Bedingungen in Abhängigkeit der Ausprägung der demenziellen Erkrankung zwischen den BewohnerInnen unterscheiden“ (Wesenberg, 2015, S. 69).

Bei Personen mit mittelgradiger Demenz führen vor allem eigene Missgeschicke zu Frustration. Bei leichtgradig Erkrankten sorgt hingegen nicht ausreichende Aufmerksamkeit für Ärger. Die schwerer beeinträchtigten Menschen empfinden häufiger bei sozialen Kontakten Überforderung. Diese Erkenntnisse sind vor allem für die Therapieangebote entscheidend, denn die jeweilige Aktivität sollte negative Emotionen nicht begünstigen und keine Überforderung für die Menschen mit schwerer Demenz bedeuten. Auch in den Bereichen Angst, Traurigkeit und positiven Erleben sind deutliche Unterschiede je nach Erkrankungszustand zu verzeichnen (vgl. Wesenberg, 2015, S. 69).

Die vorangegangenen Studien bekräftigen, dass die Betroffenen auch während des Verlaufs der Erkrankung fähig sind, differenziert und emotional zu erleben.

Jedoch besteht das Risiko, dass noch gegebene Fähigkeiten aufgrund von zunehmenden kognitiven Verlusten und durch die Beeinträchtigung von verbalen Ausdrucksmöglichkeiten nicht erkannt werden. Deshalb ist es wichtig, dass das Pflegepersonal und die Angehörigen sich nicht nur auf verbale Ausdrücke konzentrieren, sondern sensibel auf die Mimik und Gestik der demenziell erkrankten Menschen reagieren und lernen diese richtig zu deuten.

Unter dieser Berücksichtigung „kann durch eine Herstellung oder Vermeidung spezifischer sozialer Situationen zu einer höheren Lebensqualität beigetragen werden“ (Kruse S. 53).

3.7 Therapiemethoden bei Demenz

„Da eine Heilung der primären Demenzerkrankung zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich ist, richten sich alle therapeutischen Bemühungen auf eine Stabilisierung oder Verlangsamung der Progredienz, auf eine Verminderung der Begleitsymptome, eine Entlastung und Unterstützung Angehöriger und Pflegender sowie auf die Sicherung des Hilffsystems“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 65).

Die Gruppe der Demenzerkrankten ist so heterogen, dass es kaum möglich ist, Empfehlungen für eine bestimmte Therapie auszusprechen, selbst innerhalb der unterschiedlichen Demenzformen muss sich die Therapie nach der individuellen Situation des Betroffenen richten.

Das Behandlungskonzept sollte multiprofessionell sein, um den vielfältigen Bedürfnissen gerecht zu werden. Zudem sollten die Therapiemethoden während des Krankheitsverlaufs angepasst und wenn nötig ergänzt werden (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 66).

Hierbei können medikamentöse und nicht- medikamentöse Maßnahmen unterschieden werden.

3.7.1 Medikamentöse Therapien

Für die medikamentöse Behandlung von den Begleitsymptomen von Demenz werden vor allem Psychopharmaka eingesetzt. Zwar kann in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang an Psychopharmaka in Altenheimen verzeichnet werden, trotzdem erhalten noch 70% aller Bewohner diese Medikamente (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 75). Psychopharmaka beeinflussen den Stoffwechsel im Gehirn und wirken sich grundsätzlich symptomatisch aus, sie werden vor allem zur Beruhigung, Schlafanstoßung und Stimmungsaufhellung eingesetzt. Die Verordnung von Psychopharmaka soll jedoch nicht vorschnell geschehen, da gefährliche Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auftreten können (vgl. Perrar et al., 2007, S. 134).

Sie sollen nur eingesetzt werden, wenn nicht- medikamentöse Therapien nicht ausreichen (vgl. Deuschl & Maier , 2016, S. 67).

Eine verlässliche Nutzen/ Risikoabwägung durch einen Arzt ist deshalb unbedingt erforderlich (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 76 ff.).

Antidementiva sind Medikamente, die für die Therapie von Demenzerkrankungen eingesetzt werden. Sie können die Hirnleistung positiv beeinflussen, darunter zählt zum Beispiel: Aufmerksamkeitsvermögen, Orientierung und Konzentrationsfunktion. Der Einsatz dieser Medikamente eignet sich dafür den Verlauf der demenziellen Erkrankung zu verzögern, an der vorhandenen Pathologie können sie nichts bewirken. Aufgrund der möglichen Nebenwirkungen, ist es auch hierbei wichtig, die Einnahme durch einen Arzt überwachen zu lassen (vgl. Perrar et al., 2007, S. 130)

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die medikamentöse Therapie viel umfangreicher und komplexer als hier dargestellt ist, da ich mich aber auf die Tiergestützte Therapie konzentriere, wurde diese nur verkürzt beschrieben.

3.7.2 Nicht- medikamentöse Therapien

Neben den überschaubaren medikamentösen Behandlungsmethoden gibt es eine Vielzahl von nichtmedikamentösen Therapieformen. Diese Maßnahmen können ärztlichen, psychologischen, pflegerischen, ergotherapeutischen, physiotherapeutischen, logopädischen oder geragogischen Disziplinen zugeordnet werden (vgl. Kastner & Löbach, 2010, S. 67).

Auch wenn die psychosozialen Interventionen bei der Behandlung von an Demenz erkrankten Menschen zunehmend an Bedeutung gewinnen, besteht derzeit weiterhin Forschungsbedarf. Fundierte Nachweise über die Wirkungsmöglichkeiten sind schwer nachvollziehbar, da die Studien in diesem Bereich lange falsch konzipiert wurden und teilweise nur geringe Stichproben untersucht wurden, die Heterogenität der Demenzerkrankungen kommt dazu erschwerend dazu (vgl. Deuschl & Maier, 2016, S. 84). Nichtmedikamentöse Therapieansätze werden vor allem als Chance für kognitive Symptome, die Erhaltung kognitiver und sozialer Fertigkeiten und des psychischen und physischen Wohlbefindens beschrieben (vgl. Wesenberg, 2015, S. 77).

In Deutschland wurde mittlerweile eine qualitativ hochwertige Leitlinie erarbeitet, welche wissenschaftlich fundierte und für die Praxis geeignete Handlungsansätze für die Behandlung von Menschen mit Demenz gibt. „In der S3 – Leitlinie ‚Demenzen‘ werden verschiedene psychosoziale Interventionen beschrieben und hinsichtlich ihrer Geeignetheit für die Demenzbehandlung analysiert und diskutiert“ (Wesenberg, 2015, S. 78).

So werden kognitive Verfahren als mögliche Interventionen aufgeführt, diese lassen sich grob in fünf Verfahren teilen: kognitives Training als Durchführung von Übungen kognitiver Funktionen, kognitive Stimulation als Anregung für kognitive Fähigkeiten, kognitive Rehabilitation als Kombination aus kognitiver Stimulation und kognitiven Training, als auch Realitätsorientierung und autobiographische Arbeit. Realitätsorientierung beschreibt hierbei die Förderung von zeitlicher und räumlicher Orientierung durch gezielte Hinweise und Hilfestellungen.

Bei der Reminiszenzarbeit sollen vor allem autobiographische, emotional positiv behaftete Altgedächtnisinhalte aktiviert werden. Diese fünf Verfahren sind jedoch nicht klar abgrenzbar und können Bestandteile aus den anderen Disziplinen enthalten.

In der Leitlinie wird beschrieben, dass kognitive Stimulation im Gegensatz zu kognitivem Training und kognitiver Rehabilitation positive Effekte auf die Kognition zeigt. Für die Realitätsorientierung und Reminiszenzverfahren finden sich hingegen Wirkungshinweise bei allen Schweregraden der Demenz. Die Effekte werden jedoch generell als klein beschrieben, langfristige Wirkungen nach Abschluss der Therapien können nur teilweise nachvollzogen werden. Daraus folgt die Empfehlung, kognitive Verfahren dauerhaft durchzuführen (vgl. Deuschl & Maier, 2016, S. 85 ff.).

Außerdem ist anzumerken, dass es wichtig ist ein positives Setting für die Verfahren zu wählen, damit die kognitiven Anforderungen nicht als bedrohlich oder selbstwertgefährdend wahrgenommen werden (vgl. Wesenberg, 2015, S. 80).

Die S3- Leitlinie weist außerdem darauf hin, dass es sinnvoll sein kann Ergotherapie und körperliche Aktivierung für Menschen mit Demenz anzubieten, um die Selbstständigkeit im Alltag und die Beweglichkeit so gut wie möglich zu erhalten.

Individuell angepasste ergotherapeutische Verfahren werden vor allem für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbezug von Bezugspersonen empfohlen, um Alltagsfunktionen weitgehend beizubehalten (vgl. Deuschl & Maier, 2016, S. 88 ff.).

Da sich die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen während des Krankheitsverlaufs verändern, ist das vielseitige Angebot an nichtmedikamentösen Therapien von Vorteil. So werden unter anderem auch künstlerische Therapien und sensorische Verfahren genannt. Durch künstlerische Therapien wie Musiktherapie, Kunsttherapie oder Tanztherapie sollen durch die Stimulation von visueller, taktiler und auditiver Wahrnehmung die kommunikativen und sozialen Fähigkeiten gefördert werden. Die unzureichende Studienlage über Tanz- und Kunsttherapie lassen keine überprüfbareren Wirksamkeitsaussagen zu, die Musiktherapie kann sich hingegen positiv auf psychische und Verhaltenssymptome, wie zum Beispiel Angst, auswirken (vgl. Deuschl & Maier, 2016, S. 90 f.).

Hinsichtlich körperlicher Berührungen und Massagen gibt es keine ausreichenden methodisch hochwertigen Studien, um über die Wirksamkeit aufzuklären, jedoch werden körperliche Berührungen in der Leitlinie als Kommunikationsmöglichkeit mit Demenzerkrankten beschrieben, dabei kann sich eine beruhigende Wirkung entfalten. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass das persönliche Bedürfnis nach Distanz und die Grenzen des Betroffenen auf jeden Fall berücksichtigt werden müssen.

Der Einsatz von Lichttherapie bei Menschen mit Demenz kann nicht speziell empfohlen werden, da der therapeutische Effekt auf Schlafstörungen und Verhaltenssymptome nicht ausreichend nachgewiesen werden kann (vgl. Deuschl & Maier, 2016, S. 92 f.).

Zusätzlich werden angehörigensbasierte Verfahren empfohlen, um zum einen die Situation des Demenzerkrankten zu verbessern und zum anderen um pflegende Angehörige zu unterstützen (vgl. Deuschl & Maier, 2016, S. 93).

Im Gegensatz zu der deutschen Leitlinie weist die Richtlinie des National Institute for Clinical Excellence und des Social Care Institute for Excellence (NICE- SCIE- Guideline) auch auf tiergestützte Interventionen und die Wirkungsmöglichkeiten auf Demenzerkrankte hin.

Positive Effekte werden hierbei vor allem hinsichtlich Depression, Angst und der Lebensqualität verzeichnet. Da aber auch in der NICE- SCIE- Guideline nur wenige quantitative Studien Anwendung finden, scheint der Bereich der tiergestützten Interventionen an weiteren empirischen Forschungen benötigt, um Wirkungseffekte hinsichtlich der Interaktion mit Demenzerkrankten differenziert und fundiert darstellen zu können (vgl. Wesenberg, 2015, S. 80).

4. Tiergestützte Interventionen

4.1 Begriffsdefinitionen

Viele unterschiedliche Begriffe für den Einsatz von Tieren am Menschen führten bis Ende der 1980er Jahre zu Verwirrung bei Wissenschaftlern, als auch in der Praxis. 1977 wurde in den USA die Delta Society gegründet, diese haben sich zum Ziel gesetzt die Qualität der Beziehung zwischen Tieren, ihren Haltern und den Pflegepersonen zu erörtern. Dadurch wurden erstmals internationale Standards und Richtlinien festgesetzt (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 35 f.).

Die Delta Society differenziert zwischen zwei Bereichen: Animal – assisted Activities (AAA) und Animal – assisted Activities (AAT). Bei den AAA stehen gemeinsame Aktivitäten mit dem Tier im Vordergrund, es wird hierbei kein zuvor definiertes Ziel verfolgt. Die AAT richtet sich hingegen nach einem bestimmten Ziel. Das Tier ist wesentlicher Bestandteil der Therapie und sollte daher bestimmte Kriterien mit sich bringen. Zudem wird bei der AAT der Therapieprozess dokumentiert und evaluiert. Die AAT soll beim Menschen eine physische, soziale, emotionale oder kognitive Verbesserung erzielen (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 36).

Die International Association of Human – Animal Interaction Organizations (IAHAIO) spricht hingegen von Tiergestützter Intervention (TGI), Tiergestützter Therapie (TGT), Tiergestützter Pädagogik (TGP) und Tiergestützten Aktivitäten (TGA).

Die Tiergestützte Intervention ist dabei als Oberbegriff aller professionellen, tiergestützten Einsätze zu verstehen. TGT wird nur von ausgebildeten Therapeuten praktiziert, welche sich im Bereich der Tiergestützten Intervention weitergebildet haben, wie zum Beispiel Physiotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten. Die TGT folgt einem differenzierten therapeutischen Ziel und bedient sich dabei therapeutischer Methoden (vgl. Otterstedt, 2017, S. 7). Die TGP soll nur von Menschen mit einer pädagogischen Qualifikation, welche eine Weiterbildung in der Tiergestützten Intervention durchlaufen haben, ausgeübt werden. Hierbei werden vor allem pädagogische Ziele verfolgt. Tiergestützte Aktivitäten können auch von Personen ohne pädagogischen oder therapeutischen Beruf angeleitet werden.

Die IAHAIO beschreibt jedoch, dass die durchführende Person adäquates Wissen über das Verhalten und der Bedürfnisse der eingesetzten Tiere haben muss, um das Wohlbefinden von Tier und Mensch gewährleisten zu können (vgl. IAHAIO, 2014). Bei den Tiergestützten Aktivitäten werden nicht zwingend bestimmte Ziele verfolgt, im Vordergrund soll die positive Begegnung zwischen Mensch und Tier stehen (vgl. Otterstedt, 2017, S. 12).

4.2 Therapiemethoden

Es gibt fünf Methoden der tiergestützten Arbeit, diese beschreiben wie sich der Aktionsradius während einer Interaktion verändern kann. Je begrenzter der Aktionsradius ist umso geringer sind auch die Rückzugsmöglichkeiten für die Beteiligten, deshalb steigt hierbei die Verantwortung des Anbieters, das Tier- und Menschenwohl zu sichern.

Erfahrene Anbieter können alle fünf Methoden anbieten, jedoch müssen hierbei die individuelle Eignung des Tieres, die Bedürfnisse der Klienten, als auch die Ziele, welche erreicht werden sollen, beachtet werden (vgl. Otterstedt, 2017, S. 86).

Bei älteren Menschen mit Demenz kann die Brücken- oder Präsenzmethode dabei helfen, das Tier überhaupt zu erreichen, wenn physische Einschränkungen vorhanden sind. Jedoch sollen die Methoden weder bei dem Menschen, noch bei dem Tier Stress oder Ängste auslösen, denn dies wäre kontraproduktiv. Es ist wichtig, dass TGI-Anbieter flexibel sind, sich auf die Situationen einlassen und in der Lage sind, individuell reagieren zu können.

Methode der freien Bewegung

Bei der Methode der freien Bewegung wird kein Kontakt zwischen Tier und Mensch erzwungen, die Interaktionen werden durch selbstbestimmtes Handeln bestimmt.

Bei dieser Begegnungsform ist der Aktionsradius sehr weit, da keine räumlichen Einschränkungen bestehen und sowohl Mensch als auch Tier entscheiden können, ob es zu einer Interaktion kommt. Nähe und Distanz wird hierbei selbst bestimmt, da ein Rückzug jederzeit möglich ist.

Diese Methode eignet sich besonders für erste Annäherungen, denn so kann nonverbales Verhalten ungezwungen beobachtet werden und die Bedürfnisse des Gegenübers betrachtet werden. „So kann sich auf diese Weise ein authentischer Dialog zwischen Mensch und Tier mit besonderer Nachhaltigkeit entwickeln“ (Otterstedt, 2017, S. 89).

Bei Menschen mit Demenz wäre es hier beispielsweise möglich, dass sie Schmetterlinge im Garten beobachten oder Berührungen von freilebenden Vögeln spüren, während sie diese füttern (vgl. Otterstedt, 2017, S. 88).

Hort- Methode

Die Hort- Methode beschreibt die Interaktion von Mensch und Tier innerhalb eines begrenzten Raumes. Der überschaubare Raum kann ein Gefühl von Sicherheit für den Klienten bedeuten. Bei dieser Methode trägt der TGI- Anbieter eine große Verantwortung, da der Begegnungsraum begrenzt ist. Der Aktionsradius ist hierbei relativ weit, bietet jedoch trotzdem definierte Grenzen. Mensch und Tier begegnen sich in einem Raum, wobei klare Rückzugsmöglichkeiten gegeben werden. Es liegt in der Verantwortung des TGI- Anbieters, die Interaktion zu beobachten, um Missverständnisse oder Übergriffe zwischen Mensch und Tier vorzubeugen.

So kann zum Beispiel ein Gruppenraum eines Seniorenheims als Hort gesehen werden, wenn das Tier frei handeln kann und selbstbestimmt den Kontakt zu den Senioren sucht. Für Menschen mit Demenz, welche auch in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, kann auch das Bett als Hort fungieren, wenn Kleintiere im durch ein Gitter gesicherten Bett laufen und frei den Kontakt suchen können (vgl. Otterstedt, 2017, S. 92 f.).

Brücken- Methode

Hierbei dient zum Beispiel ein Gegenstand als Hilfsmittel um die Distanz zwischen Mensch und Tier zu überbrücken. Der Aktionsradius ist bei dieser Methode eingeschränkt und wird durch das Überbrückungselement definiert.

Diese Art ermöglicht Menschen, welche physisch oder emotional eingeschränkt sind, eine direkte Interaktion zu dem Tier, mit Hilfe von Gegenständen oder einer „geborgten Hand“. Dadurch kann eine langsame Annäherung ermöglicht werden. Die Brücken-Methode dient hauptsächlich dazu, einen anfänglichen Beziehungsaufbau zwischen Mensch und Tier zu begünstigen und auf weitere Interaktionsformen vorzubereiten. So kann es sein, dass Menschen mit einer Demenzerkrankung zwar das Tier berühren möchten, jedoch zu Beginn noch sehr scheu sind. Dann kann die geborgte Hand des TGI- Anbieters helfen dieses Gefühl zu überwinden und in Kontakt mit dem Tier zu kommen, ohne Stress und Überforderung zu erzeugen (vgl. Otterstedt, 2017, S. 100 f.).

Präsenz- Methode

Bei dieser Form wird das Tier direkt präsentiert, um eine nahe Kontaktaufnahme zu ermöglichen. Der Aktionsradius ist bei dieser Methode sehr gering und ist klar eingegrenzt, deshalb ist eine sensible Handhabung der Nähe- Distanzbedürfnisse von Mensch und Tier nötig. Bevor es zu einem Nahkontakt kommt, ist es wichtig das Tier mit seinen Bedürfnissen und seiner Persönlichkeit vorzustellen, um eine erste Annäherung zu erlauben. Aufgrund der räumlichen Begrenzung ist der TGI- Anbieter hier besonders in der Verantwortung einen sicheren Umgang in einer positiven Situation sicherzustellen. So können zum Beispiel kleinere Tiere auf dem Schoß einer Person sitzen und so gestreichelt und beobachtet werden.

Die Präsenz- Methode bietet auch Menschen mit physischen Handicap die Möglichkeit, Fürsorge für das Tier auszudrücken und es mit allen Sinnen wahrzunehmen (vgl. Otterstedt, 2017, S. 105 f.).

Diese Methode kann zum Beispiel während der Biographiearbeit zum Einsatz kommen und dabei helfen eine Beziehung zum Klienten aufzubauen.

Methode der Integration

Bei dieser Methode fungiert das Tier als ein sogenanntes „lebendiges Hilfsmittel“ (Otterstedt, 2017, S. 106), um einer speziellen Fachmethodik nachzugehen. Die Rückzugsmöglichkeiten sind hierbei für Mensch und Tier stark begrenzt.

Diese Methode kann dabei helfen ein Ziel zu erreichen, welches nicht allein durch Beziehungsaufbau verwirklicht werden kann. Diese Ziele können beispielsweise ergo- oder physiotherapeutischer Natur sein. Welche Effekte durch diese Form ausgelöst werden können, steht vor allem in Abhängigkeit mit einer fachgerechten Ausführung (vgl. Otterstedt, 2017, S. 108 ff.).

So kann das Ballspiel mit einem Hund dazu dienen motorische Ziele zu verfolgen (Sensibilität von Fingern fördern, Greifen üben, Muskeln beanspruchen) und gleichzeitig eine freudige Begegnung zwischen Mensch und Tier darstellen. Der Hund dient hierbei als Unterstützung und Motivation die Übungen auszuführen.

Generell ist zu sagen, dass jede Methode spezifische Vor- und Nachteile mit sich bringen kann. Deshalb ist es entscheidend, die Methoden individuell auf die Situation, den Menschen und das Tier abzustimmen und aufmerksam für Anzeichen von Stress oder Angst, sowohl seitens des Menschen oder des Tieres, zu bleiben. Auch die Kombination von Methoden kann sinnvoll sein um den Bedürfnissen aller Beteiligten gerecht zu werden. Bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist es besonders wichtig während den Interventionen auf nonverbale Signale zu achten, denn es soll während der Begegnung keinesfalls zu negativen Gefühlen oder Frustration kommen.

4.3 Interaktionsformen

Bei Tiergestützten Interventionen gibt es unterschiedliche Optionen, die Tiere zu integrieren und die Situation zu gestalten. Hierbei können drei Interaktionsformen unterschieden werden: die freie Interaktion, die gelenkte Interaktion und die ritualisierte Interaktion (vgl. Vernooij & Schneider, 2018, S. 152).

Freie Interaktion:

Freie Interaktion heißt, dass das Zusammentreffen von Mensch und Tier ohne Anweisungen seitens des TGI- Anbieters stattfinden kann. Die Begegnung soll also so wenig wie möglich beeinflusst werden. Diese Form eignet sich besonders gut um zu beobachten, wie der Mensch auf das Tier reagiert und umgekehrt.

So kann die Interaktion je nach den Bedürfnissen gestaltet werden, ohne von außen kommentiert oder bewertet zu werden. Jedoch bleibt der Anbieter aufmerksam, um - wenn notwendig - eingreifen zu können (vgl. Vernooij & Schneider, 2018, S.152).

Eine freie Interaktion im Seniorenheim kann so aussehen, dass der Demenzerkrankte frei entscheiden kann, ob er den Hund streicheln, füttern oder nur beobachten möchte. Auch der Hund hat hierbei einen größeren Spielraum für sein Verhalten.

Gelenkte Interaktion

Die gelenkte Interaktion beschreibt hingegen eine geplante Situation. Sowohl das Tier als auch der Mensch verfügen nur über einen begrenzten Handlungsspielraum, da diese vom Anbieter gelenkt werden. Damit die Situation als positiv erlebt werden kann, ist es entscheidend, dass der Anbietende sensibel und flexibel auf die Signale des Tieres und der Person reagiert (vgl. Vernooij & Schneider, 2018, S. 153).

Wenn der Demenzerkrankte mit einer Bürste bürsten soll, um seine motorischen Fähigkeiten zu trainieren und der Hund dabei liegen bleiben soll, ist dies eine vom TGI-Anbieter gelenkte Interaktionsform.

Ritualisierte Interaktion

Ein Ritual ist ein erprobter oder unbewusster Situationsablauf. Bei der Tiergestützten Intervention bedeutet das Ritual etwas Wiederkehrendes, worauf sich die Interventionspartner verlassen können. Diese ritualisierte Situation kann sowohl dem Menschen als auch dem Tier Sicherheit bieten. Der Unterschied zu der gelenkten Interaktion besteht darin, dass der Verlauf schon vorher bekannt ist (vgl. Vernooij & Schneider, 2018, S. 153 f.).

Besonders bei ängstlichen oder scheuen älteren Menschen kann es sinnvoll sein, die Begegnung vorerst zu ritualisieren.

Ein Ritual kann sein, dass der Hund zu Beginn der Intervention ein Leckerli bekommt und zu Ende die Pfote gibt, um sich zu verabschieden, dadurch kann auch das Beenden der Situation für den Menschen mit Demenz erleichtert werden.

4.4 Erklärungsansätze der Mensch-Tier-Beziehung

4.4.1 Die Biophilie – Hypothese

Ein zentrales Erklärungsmodell der Mensch – Tier Beziehung stellt die Biophilie-Hypothese dar. Diese These wurde 1984 erstmals von Edward O. Wilson veröffentlicht. So formulierte Wilson, dass der Mensch ein angeborenes Interesse hat, sich dem Leben und der Natur anzunähern (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 37). Biophilie bezeichnet hierbei einen biologischen, aus der Evolutionslehre begründeten Ablauf, der die besondere Bindung der Menschheit sowie zu nicht Lebendigem (z. B. Ökosysteme, Habitats), welche Leben begünstigen, beschreibt. „Der Biophiliebegriff, den Wilson prägte, umfasst dabei sämtliche Arten der Bezugnahme zur Natur und schließt sowohl Attraktion als auch Aversion ein“ (Wesenberg, 2015, S. 131). Die durch die Biophilie begründete physische, kognitive und emotionale Zuwendung zur Natur ist nach Kellert entscheidend für eine gesunde Entwicklung.

Kellert definiert des weiteren neun Perspektiven der Biophilie: utilitaristische, naturalistische, ökologisch- wissenschaftliche, ästhetische, symbolische, humanistische, moralische, dominierende und negativistische Perspektive. Jede dieser Ansichten beschreibt eine bestimmte Wahrnehmung von Natur.

Nach Kellert umfasst jede Perspektive Aspekte, welche der Menschheit während der Evolution das am Leben bleiben erleichtert hat (vgl. Wesenberg, 2015, S. 131). Die humanistische Perspektive beschreibt so die Verbundenheit und Zuneigung, die Menschen für die Natur empfinden. So begründet diese Perspektive die Verbundenheit und Zuneigung, die Menschen für die Umwelt empfinden. Zudem wird dadurch die erhöhte Fürsorge und Bindung an Lebewesen begründet.

Die negativistische Perspektive ist hingegen von Angst oder Ablehnung gegenüber bestimmten Bereichen der Natur geprägt. Daraus resultierend beschreibt Kellert die Entwicklung von bestimmten Schutzmaßnahmen.

Im Menschen können mehrere Perspektiven gleichzeitig vorhanden sein, daraus ergibt sich die Vielseitigkeit der Verbundenheit von Menschen und der Natur, zu der auch die Tiere gehören (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 38 f.).

Die Beziehungen zwischen Mensch und Tier dienen auch der Befriedigung emotionaler und kognitiver Bedürfnisse und sind somit ein Merkmal für eine gesunde Entwicklung der Menschen.

Es ist jedoch kritisch zu betrachten, ob die theoretische Grundlage der Biophilie ausreicht, um die positiven Auswirkungen von Tieren auf Menschen umfassend zu erklären. Nach Olbrich sind neben den nicht direkt kognitiv beobachtbaren Prozessen auch fassbare, soziale und psychologische Beziehungen elementar. Demnach sollen auch alternative Hypothesen Beachtung finden, um die Mensch- Tier Beziehung verstehen zu können. So kann die Biophilie- Hypothese als theoretisches Modell hilfreich sein, weist jedoch Defizite auf, wenn man die spezifische Beziehung zwischen einem Tier und einem Individuum erläutern möchte (vgl. Wesenberg, 2015, S. 132).

4.4.2 Konzept der Du – Evidenz

Schon 1920 wurde die Du- Evidenz von Theodor Geiger als eine Voraussetzung für eine wechselseitige soziale Beziehung zwischen Menschen und Tieren erfasst. Geiger geht davon aus, dass persönliche Bindungen zwischen Mensch und Tier möglich sind, dafür jedoch unterschiedliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

Der Unterschied zwischen Mensch und Tier liegt nach Geiger in der psychischen Struktur. Beziehungen werden möglich, wenn sich diese auf eine gewisse Art ähnlich sind und eine Überwindung der Differenzen nicht undenkbar ist. Am ehesten ähneln sich hierbei wahrscheinlich Menschen und domestizierte Tiere.

Da für Menschen eine hohe Heterogenität hinsichtlich der psychischen Struktur beschrieben wird, lässt sich nicht verallgemeinern bis zu welchem Grad die Differenzen in den individuellen Fällen überbrückt werden können. Die individuelle Beziehung von Tier und Mensch kann so durchaus variieren. Die Du- Evidenz meint demnach eine Überwindung einer Niveauspannung zwischen Tier und Mensch.

Nach Geiger können jedoch viele Begegnungen zwischen Mensch und Tier nicht als soziale Beziehung beschrieben werden, in denen eine persönliche Bindung ermöglicht wird, hierbei beschreibt er unter anderem das Jäger- Beute- Verhältnis, sowie die Ausbeutung von Nutztieren durch den Menschen, im Gegensatz dazu jedoch auch die Vermenschlichung von Tieren durch die Menschen (vgl. Wesenberg, 2015, S. 132 f.).

4.4.3 Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie wurde in den 1950er Jahren von John Bowlby entwickelt und untersuchte ursprünglich die Bindung von Kindern an die Mütter. Man kann hierbei vier Bindungsmuster differenzieren, wobei das Muster der sicheren Bindung eine gesunde Entwicklung des Kindes begünstigt. So haben sicher gebundene Kinder hierbei erfahren, dass ihre Bedürfnisse jederzeit durch die Bezugsperson befriedigt werden. Die weiteren drei Muster beziehen sich hingegen auf eine unsichere Bindung. Unsicher gebundene Kinder zeigen vermehrt auffälliges Verhalten, zum Beispiel große Angst, wenn sie von der Bezugsperson verlassen werden. Diese Kinder konnten sich in ihrem ersten Lebensjahr nicht auf eine zuverlässige Bezugsperson verlassen. Die Erfahrungen, die Kinder während ihrer ersten Lebensjahre sammeln, werden anhand innerer Modelle eingeteilt. „Die Qualität der Bindungserfahrungen bzw. deren gelingende Integration in innere Arbeitsmodelle steht in engem Zusammenhang mit der psychischen und sozialen Persönlichkeit eines Menschen“ (Wesenberg, 2015, S. 135). Es besteht derzeit ein bewiesenes Wissen über die lebenslange Wichtigkeit von Bindungen, es wurden dabei jedoch lange Zeit nur Bindungen zwischen Menschen betrachtet.

Erst in den letzten Jahren wird erforscht, wie die Bindungstheorie bei der Klärung von positiven Auswirkungen der Mensch- Tier- Beziehung behilflich sein kann. Einige Aspekte der Bindungstheorie machen auch Sinn bei der Erklärung von Mensch- Tier- Beziehungen, jedoch kann die hierbei bestehenden Unterschiede nicht bestreiten. Denn bei dieser Art von Beziehung ist der Mensch kognitiv überlegen, ist aber trotzdem an das unterlegende Tier gebunden und profitiert hauptsächlich von Vertrautheit und Sicherheit (vgl. Wesenberg, 2015, S. 136).

Das Bindungshormon Oxytocin erregt derzeit wissenschaftliches Interesse. Oxytocin wird beispielsweise beim Körperkontakt von Mutter und Kleinkind ausgeschüttet und kann in Zusammenhang für eine sichere Bindungsbeziehung gebracht werden. Oxytocin kann Stress reduzieren, soziale Aktionen anregen und sich positiv auf die Empathiefähigkeit von Menschen auswirken. Es wird vermutet, dass die Ausschüttung des Hormons mit den positiven Auswirkungen der Mensch- Tier- Beziehung in Kausalität gebracht werden kann. Die erfolgreiche Bindung an ein Tier benötigt jedoch einen längerfristigen Kontakt, wie es auch zwischen Menschen der Fall ist.

Jedoch ist es möglich, dass kurzfristige Kontakte an ein schon vorhandenes Arbeitsmodell von Bindungen zu Tieren anschließen können. Diese sicheren Arbeitsmodelle können sich dann durch Vertrautheit und Sicherheit während dem Kontakt mit dem Tier äußern (vgl. Wesenberg, 2015, S. 136 ff.).

4.4.4 Spiegelneuronen

Ein weiteres Erklärungsmodell welches von Neuropsychologen diskutiert wird, ist das der Spiegelneuronen. Spiegelneuronen sind dabei die Hirnzellen, welche während der Beobachtung eines Geschehens gereizt werden und die gleichen Aktivitätspotentiale auslösen, als ob der Vorgang selbst ausgeführt würde. Neuere Theorien verweisen darauf, dass das Beobachtungslernen unter anderem dazu dient, Empathie für andere anzubahnen. Wenn auch Säugetiere über diese Spiegelneuronen verfügen, können sie möglicherweise sogar die Stimmung von Menschen spiegeln, wodurch der Mensch das Gefühl von „verstanden werden“ empfinden kann. Dies würde eine Intensivierung der Mensch- Tier- Beziehung bedeuten. „Die emotionale Resonanz mit anderen Lebewesen, die Empathie, bildet die Grundlage für ein positives soziales Zusammenleben in gegenseitigem, mehr oder weniger ausgeprägtem Verstehen“ (Vernooij & Schneider, 2018, S. 13).

Durch dieses Konzept wird nicht die grundlegende Beziehung zwischen Mensch und Tier geklärt, sondern Wirkungen zwischen Mensch und Tier betrachtet. Der Erklärungsansatz der Spiegelneuronen bedarf jedoch weiterer Erforschung, um neue Perspektiven für Tiergestützte Interventionen offenzulegen (vgl. Vernooij & Schneider, 2018, S. 12 f.).

5. Kommunikation zwischen Demenzkranken und Tieren

Unter Kommunikation können alle Vorgänge beschrieben werden, bei denen Inhalte gesendet und empfangen werden. Man kann hierbei zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation differenzieren. Durch die verbale Kommunikation werden hauptsächlich Informationen der Sach- oder Inhaltsebene vermittelt, die nonverbale Kommunikation drückt hingegen emotionale Gegebenheiten aus und bezieht sich vor allem auf die Beziehungsebene. Der Kommunikationsaustausch zwischen Mensch und Tier findet hauptsächlich auf nonverbaler Basis statt. Tiere zeigen vor allem Reaktionen auf analoge Ausdrücke wie Tonfall, Lautstärke, sowie Mimik und Gestik des Menschen (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 45 f.).

Für viele Menschen mit Demenz erscheint die Kontaktaufnahme und Kommunikation mit Tieren leichter als mit ihren Mitmenschen. Dies lässt sich daraus begründen, dass Tiere keine kognitiven oder kulturellen Bewertungen ausführen und keine Vorurteile aufgrund der Krankheit haben. Zudem ist die Kommunikation der Tiere ehrlich und situationsbezogen (vgl. Wesenberg, 2015, S. 140 ff.). Vor allem für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung kann die Kommunikation mit Tieren und das Gefühl angenommen zu werden, förderlich sein (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 11). Bei fortschreitender Demenz stößt die verbale Kommunikation immer mehr an ihre Grenzen, doch dies hält Tiere nicht davon ab, mit diesen Menschen in Kontakt zu treten. Bei der Kommunikation mit Tieren werden viele Sinne wie Sehen, Hören, Riechen, Schmecken oder Fühlen angesprochen (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 58). Die Kommunikation mit anderen Menschen kann hingegen aufgrund der eingeschränkten verbalen Ausdrucksmöglichkeiten von den Betroffenen als leidvoll und missverstanden empfunden werden. Im Gegensatz dazu empfinden es Tiere nicht als störend, wenn Dinge wiederholt erzählt werden oder Worte unverständlich sind, es scheint, als könnten Tiere menschliche Emotionen intuitiv aufnehmen.

Dadurch wird Menschen mit Demenz ein Gefühl von angenommen werden und Verständnis vermittelt. Auch Menschen mit einer demenziellen Erkrankung empfinden Bedürfnisse nach Liebe, Trost und Sicherheit. Aufgrund der eingeschränkten Interaktionsmöglichkeiten zwischen dem Personal, Angehörigen und den Erkrankten kann es aber problematisch sein, diesen Bedürfnissen gerecht zu werden (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 62). Hierbei stellt der Kontakt zu Tieren eine enorme Chance dar.

Ein Tier reduziert sein Gegenüber nicht auf seine Schwächen oder Einschränkungen. Dem Pflegepersonal oder Angehörigen kann es trotz großer Bestrebungen schwer fallen unvoreingenommen zu sein, dies kann zu unbewussten Abwehrmechanismen führen. Im Gespräch mit dem Betroffenen werden dann unbewusste nonverbale Signale gesendet, welche nicht mit dem Gesprochenen kongruent sind. „Da demenziell erkrankte Menschen das >>Wie>> des Gesagten aber sehr gut verstehen, kommt es auf der Beziehungsebene zu Störungen. Bedürfnisse nach emotionaler Nähe, Zuwendung und Kontakt bleiben somit unbefriedigt“ (Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 64). Tiere hingegen verfügen nicht über diese Abwehrmechanismen.

Sie offenbaren ihre Zuneigung unabhängig vom Aussehen oder den Fähigkeiten des Kommunikationspartners. Bedeutend für das Tier sind hingegen Signale und Zuneigung des Gegenübers.

Durch dieses Verhalten wird dem Demenzerkrankten das Gefühl von Nähe und Bedeutsamkeit vermittelt, dieses Phänomen wird als Aschenputteleffekt beschrieben (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 26).

Da die Kommunikation zwischen Mensch und Tier auf Beziehungsebene stattfindet, bildet die die Grundlage für weitere positive Effekte für tiergestützten Interventionen mit Demenzerkrankten (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 64 ff.).

6. Tiere und ihre Wirkung auf Menschen mit Demenz

Physiologische Wirkung:

Die physiologischen Wirkungen von Mensch- Tier- Beziehungen werden schon seit den 1970er Jahren erforscht (vgl. Wesenberg, 2015, S. 92).

Positive Effekte sind vor allem bezüglich des Herz- Kreislauf- Systems zu vermerken. Tiere können so oft alleine durch ihre Präsenz den Blutdruck senken. Der Körperkontakt zu einem Tier entspannt die Muskulatur, außerdem kann eine Verminderung von Schmerzempfinden durch das Freisetzen von Beta - Endorphinen während der Interaktion mit Tieren erzielt werden (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 47). Zudem gibt es Anzeichen, dass sich Begegnungen mit Tieren positiv auf die Schlafdauer und Qualität von demenziell erkrankten Menschen auswirken können. Allgemein wirkt die motorische Aktivierung und der Bewegungsanreiz positiv auf das Gesundheitsverhalten von Demenzerkrankten (vgl. Wesenberg, 2015, S. 122 f.).

Psychologische Wirkungen

Tiere können Zuneigung und Akzeptanz ausstrahlen und verfügen über die Fähigkeit Menschen Trost zu spenden und sie zum Lachen zu bringen. So wirken sich Kontakte mit Tieren positiv auf das Wohlbefinden von Demenzerkrankten aus. Zudem erleben die Menschen bei der Begegnung mit dem Tier das Gefühl von „gebraucht werden“, dieses Verantwortungsbewusstsein fördert ein positives Selbstbild und Selbstwertgefühl.

Dieser Effekt ist vor allem für Menschen mit Demenz bedeutsam, da sie sich oftmals auf ihre Defizite beschränkt und ohnmächtig fühlen (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 11). Tiere bieten nach Otterstedt Regressions-, Projektions- und Entlastungsoptionen. Die Menschen können sich dem Tier anvertrauen, denn Tiere hören zu und verurteilen nicht.

Auch die psychologische Stressreduktion ist ein weiterer positiver Effekt, dazu trägt die beruhigende und ablenkende Wirkung von Tieren bei.

Die Interaktion mit Tieren reduziert zudem Ängste und vermittelt ein Gefühl von Sicherheit. Insgesamt ist zu sagen, dass die Kombination von Vertrautheit, emotionaler Zuneigung, Freude und Spontanität eine antidepressive Wirkung von Tieren auf Menschen mit Demenz begünstigt (vgl. Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 48).

Soziale Wirkung

„Der zentrale Effekt der sozialen Wirkung besteht nach Otterstedt in der Aufhebung von Einsamkeit und Isolation. Tiere wirken hierbei als sozialer Katalysator und Eisbrecher“ (Hegedusch & Hegedusch, 2007, S. 48). So zeigen Menschen mit Demenz während den tiergestützten Interventionen häufiger soziales Verhalten, wie die Kommunikation mit dem Tier oder die vermehrte Kontaktaufnahme zu anderen Personen, als in Alltagssituationen ohne Tier. Auch nonverbale Ausdrucksweisen wie Berührungen, Körperbewegungen, Blickkontakt und Lächeln sind häufiger beobachtbar, wenn ein Tier anwesend ist. So werden auch soziale Interaktionen zwischen den Menschen angeregt, da das Tier als gemeinsame Gesprächsbasis dienen kann. Studien zeigen, dass viele Demenzerkrankte von sich aus in Kontakt mit Tieren treten und aktiv mit ihnen agieren. Vor allem durch Berührungen und Streicheln des Tieres werden Bedürfnisse nach Körperkontakt befriedigt, welche im Pflegealltag oftmals unerfüllt bleiben.

Im Gruppensetting kann vor allem die soziale Integration der Menschen mit Demenz durch gemeinsame Erlebnisse und Erinnerungen gefördert werden (vgl. Wesenberg, 2015, S. 112 ff.).

Nicht- kognitive Symptome

Der direkte Kontakt zu Tieren kann sich auch bei Verhaltensauffälligkeiten, die oftmals mit einer Demenzerkrankung in Verbindung stehen, positiv auswirken. So sind in Situationen, in denen der Kontakt zu einem Tier hergestellt wird, nicht- kognitive Symptome wie Erregbarkeit oder Aggressivität weniger zu verzeichnen, als in Vergleichssituationen ohne Tiere. Mehrere Untersuchungen haben zudem ergeben, dass diese Wirkeffekte auch mittelfristig, über die Situation mit dem Tier hinaus, erkennbar sind (vgl. Wesenberg, 2015, S. 109 ff.).

Die oben genannten Wirkungen können einzeln oder kombiniert auftreten. Zudem sind wechselseitige Wirkungen der Effekte möglich. Das Eintreten und die Intensität der Wirkeffekte sind jedoch individuell und können von bestimmten Bedingungen beeinflusst werden.

Auch die Grenzen der Wirkungen durch tiergestützte Interventionen können variieren, so muss beispielsweise auch die Biographie des Menschen und der Schweregrad der Demenz berücksichtigt werden (vgl. Wesenberg, 2015, S. 124 ff.).

7. Aktuelle Studienlage

Im letzten Jahrzehnt hat das wissenschaftliche und praktische Interesse von Mensch-Tier-Beziehungen und deren möglichen Wirkeffekte international, besonders aber auch im bis dahin „eher unterentwickelten“ deutschsprachigen Raum zugenommen. Mittlerweile hat sich dieses Forschungs- und Praxisfeld zu einem anerkannten Bereich von Fachdiskursen etabliert. Die Auseinandersetzung mit der Beziehung zwischen Menschen und Tieren hat enorme qualitative und quantitative Fortschritte erbracht, dies ist vor allem durch die Betrachtung unterschiedlicher wissenschaftlicher Perspektiven auf gesundheitsförderliche und wiederherstellende Faktoren durch die Mensch-Tier-Beziehung möglich (vgl. Wesenberg, Beckmann, Holthoff-Detto, & Nestmann, 2016a, S. 15).

In vielen Büchern werden positive Effekte von Haustieren auf die Lebensqualität und Gesundheit ihrer Halter beschrieben. Es gibt hunderte Einzelstudien die nachweisen, dass Haustiere, aber auch Nutztiere bei gesunden und kranken Menschen hilfreich und heilsam durch ihre Interaktion mit den Menschen wirken können.

Doch Studien haben ergeben, dass nicht nur enge Beziehungen zu Haustieren, sondern auch kurzfristige Begegnungen mit anderen Tieren positive Effekte erzielen können (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 26).

In Studien, die sich auf psychisch auffällige Personen im hohen Alter konzentrieren, wurde bisher besonders die Gruppe der Demenzkranken betrachtet (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 33).

Dabei wurden überwiegend die Effekte von Hunden auf demenzkranke Pflegeheimbewohner untersucht. „Über positive Wirkweisen anderer Tiere lassen sich entsprechend bislang kaum Aussagen treffen“ (Wesenberg et al., 2016a, S. 36).

Eine Studienzusammenfassung von Sandra Wesenberg beschreibt positive Wirkungen aufgrund Interaktionen zwischen Tieren und Demenzkranken bezüglich nicht kognitiver Auffälligkeiten, Veränderungen des Sozialverhaltens und des emotionalen Wohlbefindens.

Um die bereits gewonnenen Erkenntnisse zu stützen, benötigt es jedoch weitere Untersuchungen von größeren Stichproben, sowie geeigneter Kontrollgruppen. Zudem erscheint es wichtig, Voraussetzungen herauszuarbeiten, unter denen positive Wirkungen zwischen Menschen und Tieren optimal stattfinden können.

Im Folgenden werde ich näher auf eine Studie der Deutschen Forschungsgemeinschaft „Tiergestützte Intervention bei Demenzkranken“ eingehen. Die Laufzeit der Studie war von Januar 2010 bis Juni 2012. Hierbei war die Zielsetzung die Wirkung von tiergestützten Interventionen auf das Wohlbefinden, Sozialverhalten, kognitive Fähigkeiten und Alltagskompetenzen von demenzkranken Pflegeheimbewohnern umfassend zu erforschen. Im Rahmen des hierfür entworfenen Projekts „Tierische Tandems“ wurden kurz-, mittel-, und langfristige Aspekte untersucht. An der Studie nahmen insgesamt 55 demenziell erkrankte Bewohner aus zwei Dresdner Pflegeheimen teil, diese wurden randomisiert auf drei Untersuchungsgruppen aufgeteilt. In den Gruppen waren jeweils 15 bis 20 leicht bis schwer erkrankte Menschen, das Durchschnittsalter betrug 86,7 Jahre. Zwei der Untersuchungsgruppen nahmen für sechs beziehungsweise zwölf Monate an der tiergestützten Intervention teil, der Kontrollgruppe kam hingegen eine leitliniengerechte Behandlung zu, jedoch nicht das tiergestützte Programm (vgl. Wesenberg, 2015, S. 159 f.).

Die tiergestützten Interventionen wurden von 17 Hund-Hundehalter-Teams praktiziert, welche eine viermonatige Qualifizierungsmaßnahme durchliefen.

Grundlage der Studie war das wöchentliche Programm „Tierische Tandems“, welches einen klaren Ablauf - und Zielplan verfolgte (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 96). Die Interventionen fanden einmal wöchentlich für circa 45 Minuten in kleinen Gruppen von vier bis fünf Personen statt. Kurzzeiteffekte wurden während der Intervention dokumentiert, mittelfristige Effekte wurden zwei Wochen nach Beendigung der Programmphase untersucht und Langzeitwirkungen bis zu sechs Monate danach. Um die Wirkdimensionen zu erfassen, wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente verwendet (vgl. Wesenberg et al. 2016a, S. 97).

So wurden Selbstbeurteilungen der Probanden, Einschätzungen vom Pflegepersonal und Beobachtungen durch Außenstehende festgehalten. Klinische Parameter wurden durch einen psychiatrischen Facharzt notiert, dabei wurden zum Beispiel Blutdruck, Herzfrequenz und bestehende Krankheiten berücksichtigt.

Nicht- kognitive Symptome wurden durch das Neuropsychiatrische Inventar erfasst. Die Bewältigung von Alltagssituationen wurde durch die Pflegekräfte anhand eines Fragebogens erfasst.

Um die Lebensqualität der Betroffenen beurteilen zu können, wurden Selbst- und Fremdbeurteilungen berücksichtigt. Kognitive Funktionen wurden mit Hilfe von neuropsychologischen Tests untersucht (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 102).

Um die unmittelbaren Effekte der tiergestützten Intervention zu erfassen, wurde neben der Beurteilung durch die Hundehalter eine Videoanalyse des Verhaltens der Betroffenen angewandt. Durch diese Videoanalyse wurde die Auftrittshäufigkeit von sozialen Interaktionen, Emotionsausdrücken und nicht- kognitiver Symptome dokumentiert. Durch die Anwendung verschiedener Erhebungsmöglichkeiten konnte eine mehrperspektivische Ansicht der Thematik gewonnen werden (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 115).

Die Auswertungen haben ergeben, dass keine längerfristigen Effekte des tiergestützten Programms hinsichtlich der gesundheitlichen Gegebenheiten, kognitiven Funktionen, oder nicht- kognitiven Symptome zu verzeichnen waren. Auch bei den Alltagsaktivitäten, der Lebensqualität sowie der sozialen Situation konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen festgestellt werden. Demnach konnten keine längerfristigen Effekte auf bio-psycho-sozialer Ebene bewiesen werden (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 117).

Jedoch konnten vielseitige positive Effekte auf die Personen während des tiergestützten Programms nachgewiesen werden.

So wurden positive Wirkungen hinsichtlich der Kommunikation, des allgemeinen Wohlbefindens, der Aktivität, kognitiver und motorischer Fertigkeiten, als auch auf soziale Interaktionen während des Tierbesuchs beobachtet werden (vgl. Wesenberg, 2015, S. 233 ff.).

Insgesamt wurde das Programm positiv von den Bewohnern und Angehörigen angenommen und in einem Heim auf ehrenamtlicher Basis weitergeführt (vgl. Wesenberg et al., 2016a, S. 118).

Die positiven Effekte der Hundebesuche waren spontan und benötigten im Gegensatz zu der Interventionsmöglichkeit ohne Tier keine Eingewöhnungsphase. Dieses schnelle Auftreten der Wirkungen ist hinsichtlich der begrenzten Lebensdauer und aufgrund des Fortschreitens des Demenzsyndroms ein wertvoller Aspekt, der für tiergestützte Interventionen spricht (vgl. Wesenberg, 2015, S. 234 f.).

II. Projektentwurf zur tiergestützten Intervention bei Menschen mit Demenz

8. Grundgedanken

Während der Bearbeitung meiner Arbeit ist mir aufgefallen, dass sich Studien hauptsächlich mit tiergestützten Interventionen und deren Wirkeffekte auf Menschen mit Demenz in Seniorenheimen beschäftigen. Dabei leben viele Demenzkranke vor allem zu Beginn der Erkrankung noch zu Hause und werden vom Ehepartner oder der Familie unterstützt. Es stellt einen nachvollziehbaren Wunsch dar, dass auch Menschen mit Demenz so lange wie möglich im gewohnten Umfeld und umgeben von vertrauten Personen leben möchten (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2009).

Weil neben Nutztieren auch Haustiere einen immer höheren Stellenwert im Leben von Menschen einnehmen, ist es wahrscheinlich, dass auch die Gruppe der demenzerkrankten Personen bereits positive Erfahrungen mit Tieren in ihrem Leben sammeln konnten. Doch oftmals wird es mit steigendem Alter und der zusätzlichen Demenzerkrankung zunehmend schwieriger selbst Tiere halten zu können. Doch es soll vor allem diesen Menschen soll die Möglichkeit gegeben werden auch weiterhin Kontakt zu Tieren haben zu können. Tiergestützte Interventionen sollten nicht erst in den Seniorenheimen zugänglich sein, denn auch die Menschen mit Demenz, welche in den eigenen vier Wänden betreut werden, haben das Recht darauf, von den positiven Effekten von Mensch- Tier- Begegnungen profitieren zu können. Genau hierbei soll mein Konzeptentwurf ansetzen, dabei werden die vorangegangenen theoretischen Ansätze miteinbezogen, um zu verdeutlichen wie eine Umsetzung aussehen kann.

Ich habe mich für einen ambulanten Hundebesuchsdienst entschieden, welcher Personen mit Demenz, aus den oben bereits genannten Gründen, zu Hause aufsuchen soll. Die weiteren Überlegungen und Details werden im Folgenden ausgeführt.

8.1 Rahmenbedingungen

Die Zielgruppe dieses Projektentwurfes stellen Menschen mit Demenz dar, welche in der Stadt oder dem Landkreis Regensburg wohnhaft sind. Diese örtliche Begrenzung soll zu lange Fahrzeiten für die Mensch- Tier- Teams verhindern. Die Demenzform und Schweregrad der Demenz sind nicht entscheidend, hierbei können alle von dem tiergestützten Besuchsdienst profitieren. Die Tierbesuche sollen von Ehrenamtlichen mit ihrem Hund durchgeführt werden, nachdem sie eine Weiterbildung für tiergestützte Interventionen bei Demenzkranken abgeschlossen haben. Dieses Angebot soll vierteljährlich stattfinden. Spenden können als finanzielle Mittel für die Fahrtkosten, sowie für die Organisation der Schulungen verwendet werden. Jedes ehrenamtliche Mensch- Hunde- Besuchsteam soll nicht mehr als 2 Menschen mit Demenz in einem gewissen Zeitraum aufsuchen, damit es nicht zur Überforderung von Mensch oder Tier kommt. Die Besuchstermine können individuell je nach Kapazität und Bedarf vereinbart werden, dabei kann eine Sitzung zwischen 40 – 60 Minuten betragen.

8.2 Voraussetzungen

Damit die Mensch- Tier- Begegnungen ohne Komplikationen verlaufen können und ein positives Erlebnis für alle Beteiligten darstellt, ist es wichtig dass einige Grundvoraussetzungen erfüllt werden.

Voraussetzungen Demenzerkrankte

Vor dem ersten Besuchstermin ist abzuklären, ob der Demenzerkrankte allergisch auf Hunde reagiert oder ob eine Abneigung oder Ängste hinsichtlich des Tieres bestehen. Wenn dies der Fall ist, gilt es eine Alternative zu überdenken, da diese Gegebenheiten kontraproduktiv wären und nicht zur Verbesserung des Wohlbefindens beitragen können. Denn ein gewisser Bezug zu Hunden oder zumindest eine positive Einstellung gegenüber dem Vierbeiner ist ein wichtiger Aspekt für eine förderliche Atmosphäre und positive Wirkeffekte.

Voraussetzungen Tierhalter

Es gibt einige Grundvoraussetzungen, die ein Hundehalter erfüllen soll, um die Eignung für einen Besuchsdienst für Menschen mit Demenz erfüllen zu können. Hierzu zählt, dass genügend zeitliche Kapazitäten vorhanden sind und der Mensch motiviert und zuverlässig ist. Außerdem soll der Kontakt zu Menschen Freude bereiten und keine Berührungängste gegenüber Menschen mit Demenz bestehen. Außerdem ist eine stabile Beziehung zwischen Hundehalter und seinem Hund notwendig. Kenntnisse bezüglich der artgerechten Haltung, sowie ein verantwortungsvoller Umgang mit dem Tier und gesundheitliches Grundwissen sind elementar. Um den tiergestützten Besuchsdienst für Menschen mit Demenz durchführen zu können, ist eine Weiterbildung in diesem Bereich erforderlich, um kompetent handeln zu können (vgl. Otterstedt, 2013, S. 52).

Voraussetzungen Hund

Ich habe mich für die Tierart Hund entschieden, da Hunde für diesen aufsuchenden Dienst wohl am besten geeignet sind. So sind die meisten Hunde an Autofahrten gewöhnt und fühlen sich auch in fremden Räumlichkeiten wohl, wenn der Hundehalter ebenso anwesend ist. Außerdem besitzen Hunde die Fähigkeit, eine Beziehung zu Menschen auf non-verbaler, emotionaler Basis aufzubauen, dies ist besonders wichtig für Menschen mit Demenz (vgl. Vernooij & Schneider, 2018, S. 196). Außerdem gelten Hunde als verlässliche, geduldige Zuhörer und können ein Gefühl von Akzeptanz und Geborgenheit vermitteln (vgl. Vernooij & Schneider, 2018, S. 197).

Der Hund muss zudem wichtige Impfungen nachweisen können und in einem gesundheitlich guten Zustand sein.

Doch nicht jeder Hund ist gleichermaßen als Besuchshund für Menschen mit Demenz geeignet. Um die individuelle Eignung nachweisen zu können, soll ein Wesenstest durchgeführt und bestanden werden. Der jeweilige Hund darf keine Probleme haben von fremden Personen berührt zu werden und soll Menschen positiv zugewandt sein (vgl. Otterstedt, 2013, S. 53). Der Nachweis über die Anmeldung einer Haftpflichtversicherung des Hundes ist zudem notwendig.

Unter der Berücksichtigung dieser Voraussetzungen soll das Wohl aller Beteiligten gewährleistet werden und einen verantwortungsvollen Umgang miteinander ermöglichen. Auch der Hund soll Freude bei seiner neuen Aufgabe empfinden.

8.3 Positive Effekte/ Ziele

Bei diesem mobilen Hundebesuchsdienst handelt es sich um eine tiergestützte Aktivität. Wie unter 4.1 bereits erläutert, ist es hierbei nicht notwendig einen konkreten Zielplan zu verfolgen, vielmehr geht es um die Verbesserung des Wohlbefindens und eine positive Mensch– Tier - Begegnung. Dies ermöglicht einen größeren, anpassungsfähigen Handlungsspielraum. Zudem ist die Gruppe der Demenzkranken sehr heterogen, die Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen können sich während dem Krankheitsverlauf ändern und sind zum Teil sogar tagesabhängig. Dies erfordert eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Besuchsdienstes. Im Folgenden werde ich trotzdem einige allgemeine Ziele beschreiben, welche als Orientierung und Leitfaden dienen können.

- Aktivierung motorischer Fähigkeiten/ Sinneswahrnehmung
- Verbesserung der Mobilität
- Entspannung
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Positive Beeinflussung des emotionalen Wohlbefindens
- Schaffen kognitiver Impulse
- Förderung sozialer Interaktionen

- Freude an der Begegnung mit dem Tier
- Erleben von Nähe und Zuwendung

(vgl. Wesenberg et al., 2016b, S. 13 ff.).

Um diese Ziele mit Hilfe des Hundes umsetzen zu können, gibt es eine Auswahl an vielseitigen Methoden und Interventionsmöglichkeiten, welche bereits im Theorieteil der Arbeit Berücksichtigung fanden.

8.4 Ablaufbeschreibung

Vor dem ersten persönlichen Zusammentreffen zwischen tiergestützten Besuchsdienst und dem Demenzerkrankten, soll ein telefonisches Gespräch stattfinden, um bereits vorher individuelle Details über die Person und die Situation in Erfahrung zu bringen. Außerdem soll den Angehörigen hierbei ein Überblick über den Ablauf gegeben und ein konkreter Termin für die erste Begegnung vereinbart werden.

Jeder Besuch soll in drei Phasen untergliedert sein. Eine ritualisierte Begrüßungs- und Verabschiedungsphase, sowie eine Begegnungsphase, welche freie und gelenkte Interaktionsformen beinhalten kann.

Bei der Begrüßungsphase sollen Tierhalter und Hund vorgestellt werden und die Tagesform des Demenzerkrankten geklärt werden. Ein mögliches Begrüßungsritual kann sein, dass der Hund zur Begrüßung die Pfote gibt. Im Mittelpunkt dieser Phase steht der Beziehungsaufbau aller Beteiligten (vgl. Wesenberg et al., 2016b, S. 22).

Während der Begegnungsphase können je nach Situation unterschiedliche Interaktionen stattfinden.

Beispiele:

Gemeinsamer Spaziergang mit dem Hund, hierbei soll die Ausdauer und Mobilität der Person gefördert werden, ein weiterer positiver Effekt hierbei stellt das Erleben von Natur dar.

Den Hund halten und streicheln, dies kann das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung stillen und eine Phase der Entspannung begünstigen. Zudem findet durch die Berührung des Fells eine sensorische Stimulation statt.

Ein weiteres Interaktionsbeispiel stellt die Fellpflege des Hundes mit einer Bürste dar, unter Einbezug in die Pflege des Hundes, kann das Selbstwertgefühl gesteigert und Fürsorgeverhalten aktiviert werden. Diese Übung ist außerdem hilfreich, um die Beziehung zwischen Mensch und Tier zu stärken und Vertrauen aufzubauen.

Das Ballspielen mit dem Hund dient der Beschäftigung und Motivation, außerdem werden motorische Fähigkeiten gefördert und ist eine freudige Interaktion für Hund und Mensch.

Kommunikation über den Hund/ Beobachtung des Hundes: Der Hund gibt einen Gesprächsanlass und aktiviert gegebenenfalls auch die Erinnerung an eigene Haustiere. Hierbei werden soziale Interaktionen und die verbale Kommunikation gefördert. Auch das Beobachten des Hundes kann für Menschen mit Demenz schon ein positives Erlebnis sein und für Abwechslung sorgen.

Dem Hund etwas beibringen und anschließend belohnen: Diese Form der Interaktion kann das Selbstwertgefühl stärken, außerdem kann die Person dadurch ihre Zuneigung für den Hund ausdrücken

(vgl. Wesenberg et al., 2016b, S. 27 f.).

Die Verabschiedungsphase soll als positiver Abschluss der Begegnung dienen. Hierbei ist es wichtig die Demenzerkrankten über weitere Besuche zu informieren, dadurch kann die Vorfreude gesteigert werden und der Abschied von dem Hund fällt leichter. Ein Ritual kann es hierbei sein, dass der Hund zur Verabschiedung eine Belohnung als Dank erhält. Zudem sollen verwendete Gegenstände gereinigt und auf das Händewaschen hingewiesen werden, um das Risiko von Infektionen zu verringern (vgl. Wesenberg et al., 2016b, S. 30).

Bei allen drei Phasen ist es wichtig, aufmerksam zu bleiben und auf die Bedürfnisse des Demenzerkrankten und des Hundes zu achten, denn es soll nicht zu Stress, Überforderung oder Frustration führen. Auch der zeitliche Rahmen kann individuell angepasst werden. Die Dauer und Häufigkeit der Hundebesuche müssen zwischen dem Ehrenamtlichen und dem Demenzerkrankten beziehungsweise dessen Angehörigen abgestimmt werden. Regelmäßige Weiterbildungsangebote gewährleisten, dass der Hundehalter fachlich kompetent handeln kann.

9. Fazit

Letztendlich ist zu sagen, dass tiergestützte Interventionen einen immer höheren Stellenwert in den verschiedensten Bereichen in Deutschland einnehmen. Meiner Ansicht nach ist diese Entwicklung auch vollkommen berechtigt. Vor allem die positiven Effekte, die Tiere auf Menschen mit Demenz haben können, sind von großer Bedeutung für eine Gesellschaft, in der die Lebenserwartung stetig steigt. Um diese Wirkeffekte erzielen zu können, ist es jedoch notwendig bestimmte Rahmenbedingungen für Anbieter festzulegen und zu erfüllen. Um diese Fachlichkeit gewährleisten zu können, sind außerdem weitere Studien unter weiteren Forschungsfragen sinnvoll. Zwar können bereits vielseitige Wirkeffekte nachgewiesen werden, jedoch sind die Untersuchungsstichproben hierbei teilweise gering, oder Ergebnisse aus unterschiedlichen Studien stimmen nicht überein. Deshalb besteht weiterhin Forschungsbedarf hinsichtlich dieser Thematik, randomisierte Studien mit geeigneten Kontrollgruppen sind somit von hoher Bedeutung für die wissenschaftliche Ergebnislage. Jedoch bringt die Gruppe der Demenzkranken auch einige Herausforderungen mit sich, welche bei der Umsetzung berücksichtigt werden sollten, so zum Beispiel die Heterogenität der Demenzerkrankungen, sowie das Fortschreiten der Krankheit und mögliche Sterbefälle während der Untersuchungszeit. Weitere interessante Aspekte wären zum Beispiel unter welchen Bedingungen auch eine längerfristige Wirkung der tiergestützten Intervention erhalten werden kann, welche Grenzen es gibt und welche Auswirkungen andere Tiere auf Menschen mit Demenz haben können. Da die Demenz bisher jedoch als nicht heilbar gilt, ist es wichtig keine unrealistischen oder zu hohen Erwartungen bei Betroffenen oder Angehörigen zu wecken, da dies sonst zu Frustration und Enttäuschung führen kann.

Ein transparenter und offener Umgang ist deshalb wichtig. Trotzdem verdienen tiergestützte Interventionen Aufmerksamkeit und sollen neben den anderen nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten für Menschen mit Demenz angeboten werden, sowohl in Pflegeheimen, als auch durch geschulte, ambulante Besuchsdienste, für Menschen welche zu Hause betreut werden.

Ein weiterer positiver Aspekt ist, dass medikamentöse Therapien durch tiergestützte Verfahren ergänzt und möglicherweise sogar verringert werden können.

Andere Länder haben tiergestützte Therapien bereits in ihre Leitlinien für die Behandlungsmethoden von Demenzkranken integriert und können so als Vorbild fungieren (vgl. Wesenberg, 2015). Insgesamt habe ich die Thematik der Demenz und die Möglichkeiten der Begegnungen mit Tieren als sehr interessant und umfangreich empfunden. Tiergestützte Interventionen bringen unter der Einhaltung von gewissen fachlichen und hygienischen Standards, sowie unter Berücksichtigung des Tierwohls viele positive Wirkeffekte und Ansätze für die praktische Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen und sollten deshalb noch häufiger angeboten werden. Trotzdem bedarf es an weiterer Forschung, um der Wissenschaftlichkeit gerecht zu werden und damit tiergestützte Programme und ihre Finanzierung rechtfertigen zu können.

10. Literaturverzeichnis

- Bär, M., Kruse, A., & Re, S. (2003). *Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner*. Abgerufen am 13. Juni 2019 von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-003-0191-0>
- Bärbel, H. (2018). *Das Besuchshunde-Arbeitsbuch. Demenz, na (H)und?! Dogs&Jobs*.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Online - Ratgeber Demenz*. Abgerufen am 28. 07 2019 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz/krankheitsbild-und-verlauf.html>
- Deuschl, G., & Maier, W. (2016). *S 3 - Leitlinie Demenzen*. (D. G. Neurologie, Herausgeber) Von https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf abgerufen
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (2018). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. (D. A. Gesellschaft, Herausgeber) Abgerufen am 25. Juli 2019 von https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. (2009). *Betreuung und Pflege zu Hause - aber wie?* (D. A. Gesellschaft, Herausgeber) Abgerufen am 13. Juni 2019 von <https://www.deutsche-alzheimer.de/unsere-service/archiv-alzheimer-info/betreuung-und-pflege-zu-hause.html>
- Hegedusch, E., & Hegedusch, L. (2007). *Tiergestützte Therapie bei Demenz. Die gesundheitsförderliche Wirkung von Tieren auf demenziell erkrankte Menschen*. Hannover: schlütersche.
- IAHAIO. (2014). *Definitionen der IAHAIO für Tiergestützte Interventionen und Richtlinien für das Wohlbefinden der beteiligten Tiere*. (IAHAIO, Herausgeber) Abgerufen am 1. August 2019 von <http://iahaio.org/wp/wp-content/uploads/2017/05/iahaio-white-paper-2014-german.pdf>
- ICD 10. (kein Datum). *ICD-Code*. Abgerufen am 01. August 2019 von https://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html

- Kühn, F. (2017). *Die demografische Entwicklung in Deutschland*. (B. f. Bildung, Herausgeber) Abgerufen am 15. Juni 2019 von <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/demografischer-wandel/196911/fertilitaet-mortalitaet-migration>
- Kastner, U., & Löbach, R. (2010). *Handbuch Demenz* (2. Auflage Ausg.). München: Urban & Fischer.
- Otterstedt, C. (2005). *Der nonverbale Dialog. Für Begleiter von Schwerkranken, Schlaganfall-, Komapatienten und Demenz-Betroffenen mit Übungen zur Wahrnehmungssensibilisierung*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Otterstedt, C. (Hrsg.). (2013). *Demenz - Ein neuer Weg der Aktivierung. Tiergestützte Intervention*. Hannover: VINCENTZ NETWORK.
- Otterstedt, C. (2017). *Tiergestützte Intervention*. Stuttgart: Schattauer.
- Perrar, K. M., Sirsch, E., & Kutschke, A. (2007). *Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe* (2. Auflage Ausg.). Stuttgart: Thieme.
- Vernooij, M. A., & Schneider, S. (2018). *Handbuch der Tiergestützten Intervention* (4. Auflage Ausg.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Wesenberg, S. (2015). *Tiergestützte Interventionen in der Demenzbetreuung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Wesenberg, S., Beckmann, A., Holthoff-Detto, V., & Nestmann, F. (Hrsg.). (2016a). *Tierische Tandems. Theorie und Praxis tiergestützter Arbeit mit älteren und demenzerkrankten Menschen* (Bd. Band I: Grundlagen). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wesenberg, S., Beckmann, A., Holthoff-Detto, V., & Nestmann, F. (Hrsg.). (2016b). *Tierische Tandems. Theorie und Praxis tiergestützter Arbeit mit älteren und demenzerkrankten Menschen* (Bd. Band II: Manual). Tübingen: dgvt-Verlag.