Hausarbeit

Tiergestützte Therapie mit Hund bei Altersheimbewohnern mit Demenz

Verfasserin:

Patricia Schiffner, Msc, Bsc

Matrikelnummer:0716879

Zur Erlangung des Titels
„Akademisch geprüfte Fachkraft für tiergestütze Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen“

Hall, im August 2015

Veterinärmedizinische Universität Wien Verein „Tiere als Therapie“ – Wissenschafts- und Ausbildungszentrum Universitätslehrgang für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmeng, Lehrgang 11

Begutachterr: Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.
Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

http://www.canstockphoto.de/fu%C3%9Fabdruck-logo-17295467.html

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 6
2. Theoretischer Hintergrund 7
2.1. Demenz 7
2.2. Prävalenz und Inzidenz von Demenz 8
3. Diagnostik 9
3.1. Klinische Diagnose-Kriterien des demenziellen Syndroms nach ICD-10 14
3.2. Formen 14
3.3. Stadien 16
3.4. Behandlung 18
4. Die Mensch – Tier – Beziehung 20
4.1. Die Biophilie-Hypothese 20
4.2. Du-Evidenz 22
4.3. Ableitung aus der Bindungstheorie 23
4.4. Spiegelneuronen - Konzept 24
4.5. Historischer Rückblick 25
4.6. Was ist tiergestützte Therapie? 26
4.7. Formen der tiergestützten Therapie 27
4.8. Tiere und ihre Wirkung auf Menschen 27
4.9. Ziele der tiergestützten Intervention 30
4.10. Tiergestützte Therapie bei Patienten mit Demenz 31
5. Methode 32
5.1. Therapiehunde Team 32
5.2 Fragestellung 33
5.2.1 Material zur Beantwortung der Fragestellung 33
5.2. Untersuchungsplan 35
5.2.1. Probanden 35
5.2.2. Gruppen 36
5.2.3. Übungen 37

6. Durchführung 45
6.1. Zeitplan 46
6.2. Teilnehmer 46
7. Auswertung 46
8. Organisatorischer und finanzieller Aufwand 50
9. Diskussion 51
9.1. Testverfahren 51
9.2. Ergebnisse der Tests 52
9.3. Limitation und Kritik 53
10. Vision 54
Literaturverzeichnis 58

1. Einleitung

Unsere Gesellschaft wird mehr und mehr mit Demenz konfrontiert. Ein Begriff, der einhergeht mit Orientierungslosigkeit, Vergesslichkeit, Sprachstörungen, körperlichen Störungen, Aggression, Angst, Depression, Inkontinenz und Wahnvorstellungen.

Weltweit sind etwa 24 Millionen Menschen nach einer Einschätzung des Alzheimer's Disease International (2008) von dieser Krankheit betroffen, davon ca. 6 Millionen allein in Europa, ¼ aller weltweit erkrankten Patienten. Ca. 2% der 65jährigen Menschen sind in Österreich an Demenz erkrankt, wobei mit steigendem Alter die Anzahl stark zunimmt. Bereits ein Drittel sind bei den über 85-jährigen Mitmenschen davon betroffen (Stecher, 2012). Die Tatsache, dass die meisten Formen der Demenz eine Krankheit sind, welche erst im fortgeschrittenen Alter auftritt, und die ansteigende Lebenserwartung der westlichen Nationen sind die Gründe für die zunehmende Präsenz dieser Krankheit (Schaade & Kubny-Lüke, 2009).
Es gibt unterschiedliche Formen und Schweregrade von Demenz. Kognitive Defizite in Bezug auf Orientierung, Sprache, Gedächtnis, aber auch psychische Symptome wie z.B. Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, der Motivation oder des Sozialverhaltens sind einige wesentliche Merkmale (Buijssen, 2008). Bis heute sind noch keine Möglichkeiten gefunden, Demenz zu heilen. Das zeigen Ergebnisse der Alzheimer Forschung (2013). Noch kann keine ganzheitliche Behandlung angeboten werden, lediglich einzelne Symptome werden behandelt. Es gibt prinzipiell zwei Arten der Therapie: medikamentös und nicht-medikamentös. Bei der medikamentösen Behandlung wird versucht, die Begleitsymptome (z. B. Depression, Wutausbrüche, Aggressivität, Wahnvorstellungen) zu lindern, die nicht-medikamentöse Therapie wirkt unterstützend, und ihr Ziel liegt vor allem im Erhalten und Fördern der noch vorhandenen Fähigkeiten.
Auch die Ansatzpunkte bei den nicht-medikamentösen Behandlungen sind unterschiedlich, wie z. B. Realitäts-Orientierungs-Training, Validation und tiergestützte Therapie (Hagedusch und Hagedusch, 2007).
Man kann zusammenfassend festhalten, dass es sich bei Demenz um eine noch nicht heilbare Krankheit handelt. Das Leben des Patienten wird darin stark in Lebensqualität sowie

Selbstständigkeit beeinträchtigt. Einzelne Symptome auszuschalten oder zumindest zu verbessern, gelingt bislang nur teilweise.
Diese Arbeit geht speziell auf die tiergestützte Therapie bei Patienten mit Demenz ein. Darunter versteht man das Ziel, psychische und verhaltensbezogene Probleme demenzkranker Personen mit dem Einsatz von Tieren unter Anleitung eines Therapeuten zu verringern. Durch Untersuchungen konnten Hinweise auf die Wirksamkeit von tiergestützter Therapie bei Personen mit Demenz festgestellt werden (Püllen, Coy, Hunger, Koetter, Spate, Richter, 2013).

2. Theoretischer Hintergrund

Der Begriff „Demenz“ ist bereits den alten Ägyptern bekannt. Dieses Wort wird für die Beschreibung eines eigenartigen oder abweichenden Verhaltens zur Norm verwendet. In der heutigen Zeit dient dieser Begriff zur Bezeichnung einer Krankheit. Das Bild von Demenz, wie es sich momentan zeigt, geht vor allem auf die Medizin und das daraus resultierende medizinisch- biologische Demenzmodell zurück und wird in Klassifikationssysteme wie DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) oder ICD (Internationale, statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) eingetragen (Wißmann & Gronemeyer, 2008).

2.1. Demenz

Demenz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „ohne Geist sein“ (Popp, 1999).
Sie wird laut ICD-10 (Internationale, statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 2012, S. 172) wie folgt beschrieben:

> „Demenz ist 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. Dieses

> Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die das Gehirn betreffen.“

Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Vaskuläre Demenz, Lewy-Body-Demenz oder Parkinson z.B. sind unterschiedliche Formen von Demenz.
Die Ausprägungen der Störungen sind je nach Stadium der Krankheit verschieden. Werden zu Beginn z.B. nur Gegenstände verlegt, können bei einer mittleren Demenz Wutausbrüche, Aggressivität und Unruhezustände auftreten. Bei einer schweren Demenz ist es nicht mehr möglich, grundlegende Aufgaben (z.B. Körperhygiene) selbstständig durchzuführen (Buijssen, 2008). Genauere Erläuterung folgt in Punkt 3.2. und 3.3.

2.2. Prävalenz und Inzidenz von Demenz

Das Ausmaß einer Krankheit wird mit Hilfe der Ausdrücke Inzidenz und Prävalenz beschrieben. Unter Inzidenz versteht man die Anzahl der Neuerkrankungen, unter Prävalenz den Anteil von Personen mit einer bestimmten Krankheit, gemessen an der Gesamtbevölkerung. Diese epidemiologischen Maßzahlen müssen in Bezug auf die Bewertung des Mortalitätsgeschehens getrennt voneinander betrachtet werden, da die Prävalenz das Ausmaß der Sterblichkeit nicht berücksichtigt. Allerdings geben Prävalenz und Inzidenz zusammen Aufschluss über die durchschnittliche Dauer einer Krankheit. Außerdem lassen sie erkennen, ob die Mortalität mit der Krankheit mit jener der gesamten Bevölkerung differiert (Dobelhammer et al., 2012).
Eine Studie von EuroCoDe (2006) zeigt, dass die Prävalenz bei Frauen und Männern mit zunehmendem Alter ansteigt, aber ab einem Alter von 80 Jahren mehr Frauen an Demenz betroffen sind als Männer. Durch eine Hochrechnung wird gezeigt, dass es einen stetigen Anstieg von Neuerkrankungen von Demenz gibt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Durchschnittsalter der Bevölkerung zunimmt.
Faust (2011) zeigt auf, dass es im Jahr 2008 ca. 1,1 Millionen demenzkranke Menschen in Deutschland gibt. Hochgerechnet bedeutet dies, dass im Jahr 2050 ca. 3 Millionen Menschen von dieser Krankheit betroffen sein werden. Dazu gibt es eine Veröffentlichung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2012) mit geschätzten Zahlen, welche in Tabelle 1 dargestellt werden.

Tabelle 1: Geschätzte Zunahme der Krankenzahl in Deutschland

Jahr	Geschätzte Anzahl von über 65-Jährigen in Millionen	Geschätzte Krankenzahl
2010	16,5	1,450.000
2020	18,7	1.820.000
2030	23,9	2.580.000
2050	23,4	3.020.000

3. Diagnostik

Eine vollständige und ausführliche Untersuchung eines Patienten dient dazu, ein Krankheitsbild bzw. eine Erkrankung festzustellen. Demenz ist ein Syndrom. Diese Erkenntnis ist wichtig, um Demenz diagnostizieren zu können. Mehrere Symptome und eine genetische Diagnostik mit erkennbarem Zusammenhang lassen eine verlässliche klinische Diagnostizierung zu (Buijsssen, 2008).

Weiters benötigt man eine vollständige psychische und physische Analyse der Krankheit und deren Ursache, um eine umfangreiche Diagnostizierung zu gewährleisten (Deuschl & Maier, 2009).

Die Diagnosestellung erfolgt in zwei Stufen. Die erste Stufe ist die Sicherstellung des demenziellen Syndroms. Dazu gehören laut Mahlberg und Gutzmann (2009): Psychologisch-neurologische Exploration, Fremdanamnese, Mini Mental-Status (MMSE, Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012), Demenz-Detektion (DemTect, Calabrese, Kessler & Kalbe, 2000), Uhrentest (Shulman und Gold 1993) und die CERAD-Skala (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease, Welsh-Bohmer und Mohs 1997).

Vor Beginn jeder Untersuchung führt der Arzt eine Anamnese durch. Das Ziel ist es, in einem Gespräch Informationen über den Patienten (z.B. Krankheitsgeschichte, Familienstand etc.) zu erhalten und eine Vertrauensbasis aufzubauen (Neurath und Lohse, 2011). Anschließend wird durch die Exploration eines Psychiaters oder Neurologen eine Pseudo-Demenz ausgeschlossen und das Demenzsyndrom durch die soeben genannten Verfahren gesichert (Mahlberg, 2004). Ein Test für eine Früherkennung von Demenz ist der DemTect, von Calabrese, Kessler und Kalbe im Jahr 2000 entwickelt. Dabei geht es um eine Befragung der Patienten, die Ergebnisse notiert man auf einem Testbogen. Es werden fünf Aufgaben zu den Bereichen verbales Gedächtnis, Wortflüssigkeit, intellektuelle Flexibilität und Aufmerksamkeit gestellt. Die Durchführung des Tests nimmt 8 - 10 Minuten in Anspruch. Die Auswertung erfolgt mit Punkten, bei denen man bei einem Wert von unter 8 Punkten von einer Demenz ausgeht, von 9 - 12 Punkten von einer milden kognitiven Beeinträchtigung und von 13 - 18 Punkten von einer angemessenen kognitiven Leistung. Der DemTect ist ein sehr gutes Mittel zur Früherkennung von Demenz, allerdings können visuell-konstruktive Fähigkeiten anhand des Tests nicht festgestellt werden (Ivemeyer, Zerfaß 2005).

Der MMSE (Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012), wurde 1975 zur Feststellung kognitiver Defizite entwickelt. Dieser Test wird ebenfalls durch eine zehnminütige Befragung der Patienten durchgeführt. Man überprüft dabei in neun komplexen Aufgaben folgende kognitive Funktionen: zeitliche und räumliche Orientierung, Sprache und Sprachverständnis, Aufmerksamkeit, Merk- und Erinnerungsfähigkeit sowie Lesen, Schreiben, Rechnen und Zeichnen. Zusätzlich zur Beantwortung der Fragen verlangt man auch das Ausführen einfacher Handlungen verlangt (z.B. Nachsprechen, Papier falten, ...). Dabei wird für jede richtige Antwort ein Punkt vergeben. Bei einer Punktezahl zwischen 24 und 30 sind keine kognitiven Einschränkungen vorhanden, die Spanne von 18 bis 23 Punkten beschreibt Folstein et al. (2012) als leichte kognitive Einschränkung, und bei einem erreichten Punktestand von unter 17 spricht man von schweren kognitiven Einschränkungen. Eine weitere Methode, um den Schweregrad einer Demenz einstufen zu können, ist der Uhrentest (Shulman und Gold 1993). Dabei werden die Probanden aufgefordert, eine Uhr zu zeichnen, in die sie dann eine bestimmte Zeit eintragen müssen. Durch diesen Test werden wichtige kognitive Aspekte wie Gedächtnis, konstruktive Praxis, exekutive Funktionen und Sprache zum Erkennen der Demenz aufgezeigt (Shulman und Gold 1993). Ein anderer Test, der spezifische kognitive Defizite einer

Demenz aufzeigt, ist die CERAD-Skala, welche durch das National Institute on Aging (NIA) 1986 eingeführt wurde. Auch hier werden zeitliche und örtliche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit geprüft (Welsh-Bohmer und Mohs 1997).

Die Differenzialdiagnostik wird in obligate und fakultative Untersuchungsmethoden unterteilt. Zu den obligaten Methoden gehören: Körperliche Untersuchung (neurologisch, internistisch), CT oder MRT, EKG und Labordiagnostik (Mahlberg, Gutzmann, 2009). Zu den fakultativen Methoden zählen: EEG, Urin auf Benzodiazepine, Liquordiagnostik, weitergehende neuropsychologische Untersuchung, Labordiagnostik, evtl. SPECT und PET (Mahlberg, Gutzmann, 2009).

Um die physische Verfassung eines Patienten einschätzen zu können, werden körperliche Untersuchungen am Bewegungsapparat des Patienten durchgeführt, ebenso wie Blutdruck– und Pulsmessung (Neurath und Lohse 2011). Hierbei soll vor allem nach Befunden gesucht werden, die eine differenzialdiagnostische Einordnung erleichtern (Mahlberg, Gutzmann, 2009).

Mit Hilfe eines EEGs wird ein unmittelbares Bild der Aktivität des Nervensystems, also nicht seiner Durchblutung oder seines Metabolismus vermittelt. Durch das EEG ist es möglich, die gegenwärtige, situationsbezogene psychische Verfassung der untersuchten Person zu erkennen. Anspannung, Angst, Entspannung und Müdigkeit werden in der elektrischen Aktivität des Gehirns aufgezeigt (Adler, 2006).

Die Erstellung eines Elektrokardiogramms (EKG) dient dazu, die elektrische Aktivität der Herzmuskelfaser aufzuzeigen und einen unregelmäßigen Herzrhythmus (vor allem Vorhofflimmern) zu festzustellen (Mahlberg, Gutzmann, 2009).

Um reversible Demenzursachen abzuklären, zieht man Laborparameter (Blut- und Harnuntersuchung) bei. Zuerst führt man anhand von Blutbild, Elektrolythaushalt und Blutzucker eine Basisdiagnostik durch. Im Verdachtsfall ist eine vertiefende Labordiagnostik erforderlich (Mahlberg und Gutzmann, 2005). Neben der Labordiagnosik kann auch eine Probe des Urins wesentliche Informationen z. B. über Diabetes mellitus, Nierenerkrankungen, Harnwegsinfektionen, metabolische Unregelmäßigkeiten oder psychotrope Substanzen, wie beispielsweise Benzodiazepine, bringen (Mahlberg und Gutzmann, 2009).

Weiters soll die neurologische Untersuchung über mögliche Beeinträchtigungen wie z. B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Sprache und Urteilsvermögen Aufschluss geben (Mahlberg und Gutzmann, 2005).

Um eine zusätzliche Differenzierung zwischen Primärer und Sekundärer Demenz zu erhalten, zieht man bildgebende Verfahren wie z.B. Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT), Einzelphotonen-Emissionscomputer-Tomographie (SPECT) und Positronen-Emissions-Tomographie (PET) hinzu. Diese bildgebenden Verfahren bieten die Möglichkeit, Fremdkörper wie Hämatome und Tumore zu erkennen, die Auswirkungen auf die Entstehung bzw. die Erhaltung des Krankheitsbildes Demenz haben können.

Die liquorbasierte neurologische Demenzdiagnostik kann noch genauer die Form einer Demenz diagnostizieren. Durch diese Diagnostikform ist es möglich, im Rahmen der Erstdiagnostik zwischen primären neurogenerativen Demenzerkrankungen und anderen Ursachen demenzieller Syndrome zu unterscheiden. Deuschl und Maier (2009) heben besonders hervor, dass die Einwilligung der Patienten im Vorfeld einzuholen ist und dass die Diagnosestellung nach den ICD-10 Kriterien erfolgt.

Laut ICD-10 sollen alle diese Diagnosemethoden der demenziellen Erkrankung nach deren internationalen anerkannten Kriterien erfolgen. Werden die Aktivitäten des täglichen Lebens durch die Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens beträchtlich eingeschränkt, so ist dieser Nachweis eine wesentliche Voraussetzung für die Diagnose einer Demenzerkrankung. Diese Einschätzungen machen sich hauptsächlich in der Aufnahme-, Speicherungs- und Wiederabgabefähigkeit neuer Eindrücke bemerkbar. Eine Störung des Gedächtnisses lässt sich auch durch den Verlust von früher gelerntem und vertrautem Wissen aufzeigen. Ebenso weisen ein verminderter Ideenfluss und verminderte Urteils- und Handlungsfähigkeit auf eine Beeinträchtigung des Denkvermögens hin und schränken den Lebensalltag der Betroffenen ein. Um ein demenzielles Syndrom nach ICD-10 diagnostizieren zu können, muss eine derartige Störung mindestens sechs Monate andauern. Demenz wird auch nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) definiert. Dazu müssen in jedem Fall mehrere kognitive Defizite gegeben sein. Dazu zählen Aphasie (Sprachstörung), Apraxie (motorische Störung), Agnosie (Wahrnehmungsstörung) und Störung der Exekutivfunktionen (Störung des Organisierens und Planens). Diese Störungen beeinflussen das tägliche und soziale Leben insofern, als dass sich das Lebensniveau verschlechtert (Zaudig & Hiller, 2005). Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen der Diagnostizierung von Demenz. Kurz (2005) stellt fest, dass typische Symptommuster für Demenz durch spezielle Leistungstests und

Befragung festgestellt werden können, verweist aber auch auf klinische und neuropsychologische Testverfahren zur Diagnose. Zusatzuntersuchungen (Kernspintomographie und Liquordiagnostik) werden immer öfter verwendet, um den Verdacht auf Demenz zu bestätigen. Petereit (2009) geht davon aus, dass die Art der Diagnostik variiert und es dadurch keine identischen Abläufe von Diagnosewegen geben kann. Voraussetzung für die Behandlung ist allerdings, dass sich der Arzt Zeit nimmt, auf Fragen des Patienten einzugehen und diese mit Feingefühl zu beantworten. Dies betrifft auch die verständliche Aufklärung über die Krankheit und die weiteren Maßnahmen für den Patienten bezüglich der Betreuung zu Hause oder im Heim. Dies ist ebenso mit den Angehörigen abzuklären.

3.1. Klinische Diagnose-Kriterien des demenziellen Syndroms nach ICD-10

Im ICD-10 wird Demenz den psychiatrischen Störungen zugeordnet. Im ICD-10 (2012) werden wesentliche Merkmale einer Demenz sowie deren Folgen beschrieben (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Merkmale einer Demenz nach ICD-10

Störung	Merkmal
Kognitive Defizite	Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Fiktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Anpassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen
Ausprägung	Beeinträchtigung in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Waschen, Ankleiden, Essen und persönliche Hygiene
Psychische Symptome	Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation
Bewusstsein	Bewusstseinsklar
Verlauf	Chronisch oder fortschreitend, Dauer der Symptomatik mindestens 6 Monate
Differenzialdiagnose	Depressive Störung Delirium Intelligenzminderung Kognitive Schwäche aufgrund schwer gestörter sozialer Bedingungen

3.2. Formen

Demenz tritt bei jeder betroffenen Person in unterschiedlicher starker Ausprägung auf (Buijssen, 2008). Die häufigste und wohl bekannteste Form ist Alzheimer (Schwarz, 2009). Dabei handelt es sich um einen schleichenden Prozess, der durch die Zerstörung der Nervenzellen verursacht wird. Das Leitsymptom sind Gedächtnisstörungen. Eine weitere Form

ist die Vaskuläre Demenz, welche plötzlich auftritt und durch Multiinfarkte im Gehirn verursacht wird. Verlangsamung und Denkschwierigkeiten gehen häufig damit einher. Bei Parkinson, auch Lewy-Body-Demenz genannt, handelt es sich um einen schleichenden Prozess, der durch eine Veränderung der Nervenzellen verursacht wird und zu einer Beeinträchtigung von Gedächtnis und Sprache führt. Ebenfalls schleichend ist die Frontotemporale Demenz, bei der die Ursache in einer Verringerung der Nervenzellen liegt. Dadurch werden Veränderungen der Persönlichkeit, des Antriebs und der sozialen Verhaltensweisen ausgelöst (Schwarz, 2010, Buijssen, 2008).

Die Ursachen von Demenz sind unterschiedlich, genauso wie ihre Formen. Das Problem ist, dass der Auslöser für Demenz nicht klar erkannt werden kann. Es handelt sich um eine Reihe von Syndromen, welche bei der Erkrankung von primärer oder sekundärer Schädigung des Gehirns auftreten. Die primären Schädigungen sind auf neurogenerative und vaskuläre Ursachen zurückzuführen. Die Zerstörung von Nervenzellen bewirkt einen Funktionsverlust in unterschiedlichen Hirnregionen. Auch Krankheiten wie Parkinson oder Creutzfeldt-Jakob-Krankheit können eine Demenz hervorrufen.

Bei der sekundären Demenz liegt die Ursache der Krankheit nicht im Gehirn. Diese „symptomatische“ Demenz entsteht bei schweren Stoffwechselstörungen, schweren Vitaminmangelzuständen, hämatologischen Erkrankungen, Intoxikation oder Hypoxie. Die auftretenden Symptome müssen allerdings die anerkannten Demenz- Kriterien (z.B. ICD-10) erfüllen und müssen von Zuständen vorübergehender Verwirrtheit abgegrenzt werden (Hametner, 2010). Ein detaillierter Überblick über die Formen der primären und sekundären Demenz zeigt Abb. 1.

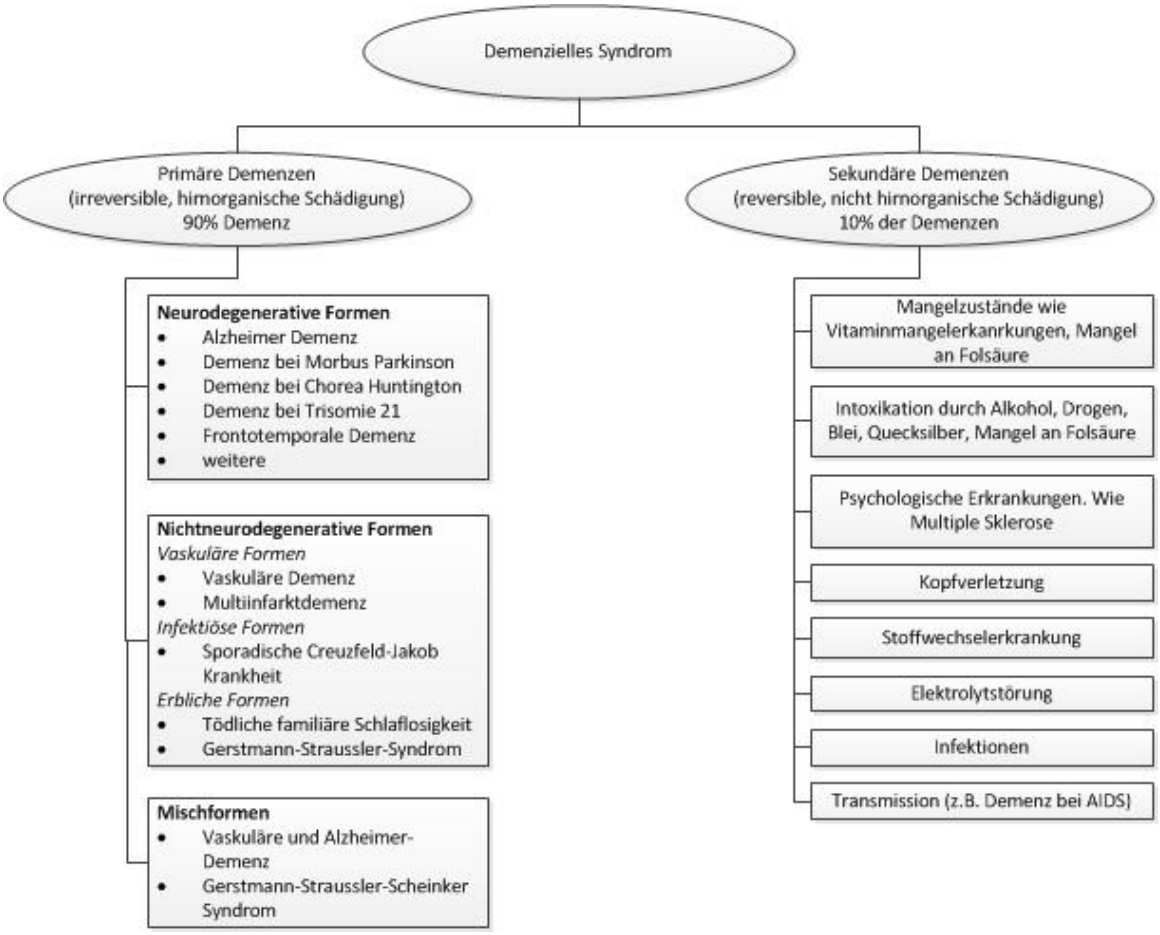

Abb. 1 in Anlehnung an Dobelhammer et. al. (2012) zeigt die Formen der primären und sekundären Demenz.

3.3. Stadien

Die unterschiedlichen Formen der Demenz, sowie die unterschiedlichen Schwereformen spielen in der Betreuung und Therapieplanung eine wichtige Rolle. Wie bereits beschrieben gibt es unterschiedliche Verfahren zu Bestimmung des Schweregrades: der MMSE (vergleiche 3. Diagnostik) und die Global Deterioration Scale (GDS, Wächtler, 2003). Dabei wird ein 10- bis 15- minütiges Interview angewandt, bei dem Erinnerungsfähigkeit, Orientierung, Konzentration, Alltagsfähigkeiten und Sprache untersucht werden (Schröber, Pantel, 2011). Die Tabelle 3 zeigt die Werte des MMSE (Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012), und der GDS (Wächtler, 2003) sowie den Grad der Demenz auf.

Tabelle 3: Symptome und Schweregad von Demenz

Schweregrad (nach ICD-10)	GDS	MMSE	Störungs-bereich	Symptom
Leichte kognitive Beeinträchtigung, beginnende Demenz				Subjektive Klagen über Gedächtnisstörungen. Keine objektiven Leistungseinbußen. Depressive Symptome können auftreten. Kein Einfluss auf Haushalt, Beruf und soziales Leben.
Leicht	2 - 3	18 - 24	Kognitiv	Abnahme von Gedächtnis, Denkvermögen und Informationsverarbeitung.
			Alltag	Komplizierte Aufgaben können nicht mehr erfüllt werden, und das alltägliche Leben ist beeinflusst, aber selbstständiges Leben ist noch möglich.
			Nicht kognitiv	Emotional gereizt, wenig belastbar, Angst und Depression können auftreten.
Mittel	4 - 5	10 - 17	Kognitiv	Neue Informationen können nur gelegentlich und sehr kurz behalten werden. Wichtige Dinge des täglichen Lebens werden vergessen (Namen von Angehörigen, …). Ausgeprägte räumliche Orientierungsstörung. Die Sprache enthält Floskeln und wird inhaltsarm.
			Alltag	Stark eingeschränkte Selbstregelung. Nur noch einfache Tätigkeiten möglich.
			Nicht kognitiv	Unruhe, kein Tag-Nacht-Rhythmus mehr, Aggression, Angst, Inkontinenz und Wahnvorstellungen.
Schwer	6 - 7	< 10	Kognitiv	Nur noch Fragmente von früher Gelerntem, neue Informationen können nicht behalten werden, zunehmender Verlust der Sprachfähigkeit
			Alltag	Körperpflege kann nicht mehr selbstständig durchgeführt werden
			Nicht kognitiv	Körperliche Störungen (Geh-, Schluckfunktion), Bettlägerigkeit, Unruhe

3.4. Behandlung

Eine Heilung von Demenz gibt es nicht, es kann lediglich der Prozess verlangsamt werden. Daher ist es vor allem zielführend, Behandlungen einzusetzen, die dem Patienten das alltägliche Leben erleichtern bzw. die ihm lernen, mit auftretenden Defiziten umzugehen. Die Behandlung oder Therapie muss individuell an die Person angepasst werden, dabei spielen Schweregrad, Stadium und Persönlichkeit sowie die Symptome eine große Rolle. Der Erfolg einer Behandlung kann an der objektiv messbaren kognitiven Leistungsfähigkeit bewertet, sowie an der Minderung mancher Symptome (z. B. Depression oder Unruhe) gemessen werden. Die Therapien können Einzelaspekte aber auch mehrere Krankheitsebenen abdecken. Dies ist sehr wichtig, da z. B. die Verringerung des subjektiven Leidensdruckes der depressiven Entwicklung vorbeugen kann (Schröder et al., 2011).

Prinzipiell können die Behandlungen in medikamentös und nicht medikamentös unterteilt werden. Dabei gilt: je früher eine Demenz diagnostiziert und somit behandelt wird, desto effektiver und wirkungsvoller sind die Behandlungsmethoden. Dabei dienen die nicht-medikamentösen Methoden als zusätzlich unterstützende Therapieform. Bei beiden Behandlungsformen liegt das Ziel darin, zum einen die Symptome der kognitiven Leistungsschwäche zu lindern und zum anderen eine Verbesserung der Lebensqualität zu erzielen. Auch wenn diese Krankheit nicht heilbar ist, gibt es Möglichkeiten, den Abbauprozess zu verlangsamen, seelische Leiden zu lindern sowie die Selbstständigkeit zu fördern (Mahlberg, 2003).

Vor allem in den letzten Jahren rücken die nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden auf Grund neuer Informationen über Demenz in den Vordergrund. Durch körperliche, geistige und seelische Förderung versuchen Ärzte und Betreuungspersonen das Alltagsleben der Patienten zu verbessern (Fischer- Börold, & Zettl, 2006).

Im Folgenden werden die bekanntesten nicht-medikamentösen Behandlungen laut Dorner, Rieder & Stein (2011) beschrieben.

Kognitive Interventionen werden eingesetzt, um Funktionen wie z. B. Gedächtnis, Sprache und Aufmerksamkeit zu aktivieren. Die Übungen können sowohl in Einzel- oder Gruppensitzungen durchgeführt werden (Dorner, Rieder & Stein, 2011).

Des Weiteren muss die **körperliche Aktivität** gefördert werden, denn dadurch können nicht nur die motorischen Fähigkeiten, sondern auch kognitive als auch funktionale Leistungsmerkmale, sowie der Erhalt von Alltagsfunktionen verbessert werden (Dorner, Rieder & Stein, 2011).

Bei der **Physiotherapie** werden pathologische Bewegungsmuster, krankhafte Muskel- und Skelettzustände, sowie fehlgeleitete neuromuskuläre Übertragungen behandelt (Dorner, Rieder & Stein, 2011).

Die **Ergotherapie** wird verwendet, um die Selbstversorgung, die Produktivität und die Freizeitgestaltung im persönlichen Umfeld zu fördern. Dabei werden vor allem medizinische, sozialwissenschaftliche und handlungsorientierte Aktivitäten eingesetzt, um den Alltag der Erkrankten und deren Angehörigen zu vereinfachen und die Lebensqualität zu steigern. Personenspezifische Therapieansätze, die auf die individuelle Lebenssituation angepasst sind, werden dabei durch ein standardisiertes Verfahren ausgewählt (Dorner, Rieder & Stein, 2011).

In der **Validation** wird Einfühlungsvermögen vorausgesetzt, welches das Selbstwertgefühl steigern, Stress reduzieren und die Kommunikation verbessern soll. Durch den einfühlsamen Umgang soll verhindert werden, dass der Patient sich zurückzieht und stattdessen zurück in ein Alltagsleben finden kann (Dorner, Rieder & Stein, 2011).

Ein sehr junges Instrument ist der **Einsatz von Therapietieren** in der Betreuung von Demenzerkrankten. Durch Aufgaben und speziell ausgerichtete Methoden werden die Tiere eingesetzt, um eine Mensch-Tier-Beziehung aufzubauen. Diese Beziehung wird vor allem durch Emotionen gestärkt und löst beim Patienten so meist eine bessere Bereitschaft für die Therapieansätze aus (Kahlisch, 2011). In dieser Arbeit wird das Hauptaugenmerk auf diese sogenannte tiergestützte Therapie gelegt.

4. Die Mensch – Tier – Beziehung

Um die Mensch – Tier – Beziehung und ihre positive Wirkungen auch auf der physiologischen und psychologischen Ebene besser erklären zu können, werden einige theoretische Erklärungsmodelle herangezogen.

4.1. Die Biophilie-Hypothese

Der Mensch entwickelt sich im Laufe der Evolution im Zusammenleben mit anderen Lebewesen. Die Biophilie-Hypothese wird von Wilson 1984 aufgestellt. Sie beschreibt, dass Menschen ein natürliches und angeborenes Interesse sowie eine besondere Verbundenheit zu einer Vielzahl von Lebewesen und zur Natur in ihrer Umgebung haben (Olbricht, Ottersted, 2003). Kellert & Wilson (1993) sind der Ansicht, dass der Mensch ein Bedürfnis nach Verbindung zu anderen Lebewesen besitzt. Dieses Bedürfnis erstreckt sich nicht nur auf die Herstellung von Kleidung oder Nahrung, sondern der Mensch geht zum Tier, z.B. als Begleiter bei der Jagd, auch eine emotionale Verbindung ein (Vernooji & Schneider, 2010).

Dabei wird aufgezeigt, dass der Blickwinkel des Menschen auf Tier und Pflanzenwelt von neun Aspekten geprägt wird, die sie einnehmen. Somit bewertet der Mensch die Natur unterschiedlich. Dies wird im Folgenden kurz dargestellt (Vernooji & Schneider, 2010).

Der **utilitaristische Aspekt** stellt in den Vordergrund, dass der Mensch in seiner Lebensfähigkeit von der Natur abhängig ist. Er betrachtet Tier und Pflanzenwelt als ihm nützlich und für sein Überleben wesentlich. Der Mensch bekommt aus tierischen Produkten sowohl Nahrung als auch Kleidung. Auf diese Weise sichert er seine Existenz und verbessert seine Lebensqualität (Kellert, 2003).

Der **naturalistische Aspekt** bezieht sich auf ein tiefes Gefühl der Verbundenheit zwischen Mensch und Natur. Der Mensch kann durch den Kontakt zur Natur Zufriedenheit, Entspannung, Neugierde, Faszination und Bewunderung für ihre Vielfalt und Komplexität entwickeln (Kellert, 2003).

Der **ökologisch-wissenschaftliche Aspekt** beschreibt die systematische Analyse der Strukturen, Funktionen und Bewegungen in der belebten und unbelebten Natur. Hier finden wir Gemeinsamkeiten mit der naturalistischen Perspektive. Wesentlicher Unterschied zwischen den

beiden Sichtweisen ist jedoch, dass hier ökologische Gedanken mit einfließen, die helfen sollen, die Natur zu verstehen und zu erhalten. Hier kommt zum Gedanken der Nützlichkeit der eigenen Art das Ziel der Schonung der Ressourcen hinzu (Kellert, 2003).

Der **ästhetische Aspekt** beschreibt die Neigung des Menschen, sich von der Schönheit und der Harmonie der Natur begeistern zu lassen (Kellert, 2003).

Der **symbolische Aspekt** zeigt auf, dass der Mensch sich ursprünglich nur an der Natur orientierte und sich aus dieser Orientierung Denken und Sprache entwickelte und formte (Kellert, 2003).

Der **humanistische Aspekt** lässt die tief erlebte, emotionale Verbundenheit mit der Natur erkennen, auch mit spezifischen, in der Regel empfindungsfähigen Elementen in der Natur, wie z. B. mit dem Tier (Kellert, 2003).

Im **moralistischen Aspekt** sieht sich der Mensch innerhalb einer gewissen Verantwortung gegenüber der Natur und als Teil des übergeordneten Ganzen (Kellert, 2003).

Der **Dominanz-Aspekt** zeigt die Tendenz des Menschen, die Natur und anderes Leben zu kontrollieren und zu beherrschen (Kellert, 2003).

Beim **negativistischen Aspekt** betrachtet der Mensch Teile der Natur mit Angst, Aversion oder Antipathie. Deshalb wollen Menschen sich und ihren eigenen Lebensbereich schützen. Sie errichten Schutz- und Sicherheitsvorrichtungen (Kellert, 2003).

Wenn man die Wirkungsweise und die Funktionen der einzelnen Aspekte betrachtet, kommen in Bezug auf tiergestützte Intervention nicht alle zum Tragen. Dabei sind einige Wirkungsweisen nicht oder nur wenig sichtbar und nicht steuerbar, wie z. B. Harmonie, Seelenverwandtschaft oder der Identifikationsprozess, während andere wiederum (z. B. symbolischer Aspekt, Dominanz-Aspekt, humanistischer Aspekt) systematisch genutzt, gesteuert und kontrolliert werden können (Vernooij & Schneider 2008).

4.2. Du-Evidenz

Der Begriff Du-Evidenz wird 1922 vom deutschen Denk- und Sprachpsychologen Karl Bühler (1879-1963) geprägt. Darunter versteht man die Tatsache, dass zwischen Menschen und höheren Tieren Beziehungen möglich sind. Diese Beziehungen entsprechen denen, die Menschen unter sich kennen. Damit bezeichnet man auch die Fähigkeiten und das Bewusstsein eines Menschen, eine andere Person als Individuum, als „Du“ und Gegenüber wahrzunehmen und zu respektieren. Menschen gehen mit sozial lebenden Tieren (z.B. Hund oder Pferd) Bindungen ein. Also mit Tieren, die eine höher entwickelte Emotionalität und Sozialität haben. Anthropomorphisierung bezeichnet die Tatsache, dass der Mensch dazu neigt, Tiere wie Menschen zu behandeln. Menschliche Gefühle, wie z.B. Liebe, Treue, Angst oder Schmerz, und Eigenschaften werden auf ein Tier übertragen. Dieser Vorgang kann in unterschiedlicher Intensität stattfinden. Das Gefühl der Vertrautheit und Partnerschaft wird umso enger, je mehr das Tier „vermenschlicht“ wird (Hegedusch & Hegedusch,2007). Wobei sich Anthropomorphisierungstendenzen anders zeigen als die Du-Evidenz: nicht im subjektiven Erleben, sondern als Verhalten des Menschen dem Tier gegenüber (Vernooij & Schneider 2008).

Die Beziehung muss keinesfalls von beiden Beziehungspartnern auf die gleiche Art und Weise empfunden werden (andernfalls wäre das Tier ein gleichwertiger Partner, was ihm auf Grund seiner Nicht-Menschlichkeit nicht möglich ist), sondern als subjektive Gewissheit des Menschen, dass es sich bei dieser Beziehung um eine Partnerschaft handelt.

Diese Beziehung wird in erster Linie vom Menschen initiiert. Das Tier wird durch Namensgebung zu einem Individuum mit Rechten und Bedürfnissen. Zugleich mit dem Namen werden dem Tier Persönlichkeit und individuelle Eigenschaften zugeschrieben. Diese Sichtweise kann trotz seiner vermenschlichten Aspekte dem Menschen dabei helfen, sich durch den Kontakt mit dem Tier zu entwickeln (Greiffenhagen & Buck-Werner, 2007).

4.3. Ableitung aus der Bindungstheorie

Dass das Fehlen früher Bindung zu Bezugspersonen großen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern haben kann, weiß man aus der Bindungstheorie (Vernooij & Schneider 2008). Greiffenhagen & Buck-Werner (2007) glauben, dass ein Tier - ähnlich gut wie ein Mensch - die Bedürfnisse eines Kindes nach Bindung erfüllen kann. Eine sichere Bindung verstärkt die Empathie und Emotionsregulation sowie die soziale Kompetenz (Greiffenhagen & Buck-Werne, 2007). Die Art der Bindungserfahrung bildet die Grundlage für das spätere emotionale Verhalten des Menschen, für seine Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen, zu bewerten und situationsangemessen auszudrücken. Auch die Qualität seiner Sozialbeziehungen wird dadurch beeinflusst (Greiffenhagen & Buck-Werne, 2007). Kinder entwickeln ein sicheres, ein unsicher-vermeidendes, ein unsicher-ambivalentes oder ein desorientiertes/ desorganisiertes Bindungsmodell, je nachdem, in welcher Qualität die frühen Beziehungserfahrungen erfolgen (Vernooij & Schneider 2008).

Beetz (2003) versucht, diese Bindungstheorie von Menschen auf Tiere zu übertragen. Dabei kann man feststellen, dass Tiere für Menschen und Menschen für Tiere ein Bindungsobjekt darstellen. Positive Bindungserfahrungen mit einem Tier lassen sich auch auf Menschen übertragen. Beetz (2003) ist der Ansicht, dass sich die Aspekte der Biophilie-Hypothese und das Konzept der Du-Evidenz mit dem Ansatz der Bindungstheorie gut ergänzen lassen. Laut Beetz (2003) erklären die Aussagen von Biophilie und Du-Evidenz erst in der Verbindung mit den Ansätzen aus der Bindungstheorie die Beziehung Mensch-Tier ausreichend.

Dieser Ansatz erklärt nicht die grundlegende Beziehung zwischen Mensch und Tier, sondern, in Ergänzung zu anderen Ansätzen, bestimmte Wirkungen, die durch diese Beziehung beim Menschen zu beobachten sind (Beetz, 2003).

4.4. Spiegelneuronen - Konzept

Die Spiegelneuronen, ein Konzept aus der Neurotheologie, liefern einen weiteren Erklärungsansatz für die Mensch-Tier-Beziehung.

Sie werden bei Versuchen mit Makakenäffchen von Giacomo Rizzolatti und seinem Forschungsteam an der Universität Parma entdeckt (Rizzolatti, Fadiga, Gallese & Fogassi, 1996). Die Spiegelneuronen sind Nervenzellen, die während der Beobachtung oder Simulation eines Vorgangs die gleichen Potentiale auslösen, die entstehen, wenn der Vorgang aktiv durchgeführt und gestaltet wird (Vernooij & Schneider, 2008). Diese Nervenzellen reagieren auch bei der Beobachtung anderer Menschen oder bei der Wahrnehmung anderweitiger für diese Handlung typischer Signale, z.B. bei Geräuschen. Durch die eben genannten Aktionen werden automatisch und ohne intellektuelle Bewertung die Spiegelneuronen aktiviert, allerdings nur dann, wenn eine Handlung von einem Lebewesen ausführt wird (Beetz, 2006). Die Reaktion kann nicht kognitiv gesteuert werden und ist daher nur begrenzt beeinflussbar (Vernooij & Schneider 2008). Somit ist der Mensch in der Lage zu lernen und Empathie zu entwickeln (Greiffenhagen & Buck-Werner 2007). Ohne Spiegelneurone wäre dies ein Ding der Unmöglichkeit. Das soziale Zusammenleben und das gegenseitige Verstehen ermöglicht uns erst die Resonanz mit anderen Menschen (Beetz, 2006). Um die Entwicklung der Spiegelneuronen zu fördern, ist von Geburt an eine stimmige Interaktion mit dem Gegenüber wichtig (Beetz, 2006). Studien mit autistischen Probanden, die eine geringere Aktivität der Spiegelneuronen aufweisen, haben gezeigt, dass Defizite die soziale Interaktion beeinträchtigen (Beetz, 2006). Wird das Konzept der Spiegelneurone auch auf die Beziehung zwischen Mensch und Tier übertragbar, könnten positive Effekte wie Verbesserung der Stimmung oder auch Beruhigung durch das Tier erklärt werden (Beetz, 2006). Dies würde aufzeigen, warum durch tiergestützte Interventionen die Zunahme von Empathiefähigkeit deutlich gesteigert wird (Beetz, 2006).

Die Spiegelung von Emotionen gehört zur Grundausstattung eines Menschen. Sie ist ein unwillkürlicher und unbewusster Vorgang und wird durch ein biologisches bzw. hirnphysiologisches Spiegelsystem gesteuert. Im Zusammenhang der Mensch-Tier-Beziehung erfolgt vermutlich genau diese wechselseitige Spiegelung. Ein Beispiel dafür ist die gemeinsame Aufmerksamkeits- und Blickorientierung und die nonverbale bzw. analoge

Kommunikation mit dem Hund, welche möglicherweise zumindest zum Teil mit den Spiegelneuronen in Verbindung stehen kann. So können positive Effekte, wie die Beruhigung oder Verbesserung der Stimmung durch ein Tier, eventuell erklärt werden (Vernooij & Schneider 2008).Tiergestützte Therapie

4.5. Historischer Rückblick

Dass Tiere einen positiven Einfluss auf Menschen ausüben, ist keine neuzeitliche Erkenntnis. Bereits im 18. Jahrhundert werden in Belgien Tiere gezielt für therapeutische Zwecke eingesetzt (Griffenhagen, 1991). Das Ansehen der Tiere verändert sich im Laufe der Jahrhunderte stetig. Der Hund wird immer wieder in der Mythologie einiger Urvölker als Erscheinungsbild in ihren Glauben mit eingebunden. In England wird im 18. Jahrhundert eine Anstalt für Geisteskranke eröffnet. Die Patienten werden hier gezielt bei der Versorgung der hauseigenen Tiere mit einbezogen (Röger-Lackenbrink, 2011). Im 19. Jahrhundert wird in Deutschland ein Zentrum für Anfallskranke und behinderte Menschen gegründet. In diesem Zentrum vertraut man auf die heilenden Kräfte von Hunden, Katzen, Ziegen und Schafen, die dort sehr willkommen sind (Griffenhagen, 1991). Speziell im Bereich der Krankenpflege beginnt man mit Tieren zu arbeiten. Zur Behandlung von Epileptikern werden in Therapien verschiedene Tierarten eingesetzt. In Bielefeld werden mit großer Freude Tiere in einer Krankenanstalt eingesetzt, genauso wird auch die Reittherapie angewandt (Röger-Lackenbrink, 2011).

Das erste Mal werden Tiere in einem Kriegsversehrten-Krankenhaus Mitte des 20. Jahrhunderts in New York eingebunden. Das Ziel ist, die Kriegsverletzten bei der Verarbeitung emotionaler Traumata zu unterstützen, ebenso wie auch bei der Rehabilitation bzw. Genesung von Verletzungen. Diese ersten Einsätze sind wissenschaftlich nicht anerkannt, da die gewonnenen Erkenntnisse weder dokumentiert noch evaluiert werden (McCulloch, 1983).

1960 werden erstmalig die gezielten Einsätze von Hunden zur Unterstützung einer Therapie dokumentiert. Ärzte, Psychologen und Therapeuten setzen vor allem in England, Amerika und Australien Hunde ein und veröffentlichen die Ergebnisse (Röger-Lackenbrink, 2011).

Es ist ein Zufall, dass Levinson, ein Kinderpsychologe aus New York, auf den Einfluss von Tieren in der Therapie aufmerksam wird. Einer seiner Patienten, ein psychisch krankes Kind, will in keinen Kontakt treten. Eines Tages ist der Golden Retriever von Levinson noch in der Praxis, als das Kind etwas früher zu einem Termin erscheint. Der Hund begrüßt das Kind freudig, worauf dieses mit dem Hund zu reden beginnt. Levinson setzt nach dieser Erfahrung gezielt seinen Hund in der Therapie ein, um Kontakt zu den Kindern aufzunehmen (Neitzel, 2003).

4.6. Was ist tiergestützte Therapie?

In der tiergestützten Therapie setzt man Tiere mit der Absicht ein, bei einem Menschen positive Auswirkungen zu erzielen. Bei körperlichen und seelischen Erkrankungen sollen positive Aspekte des Erlebens und des Verhaltens gewonnen werden. Emotionale Nähe, Wärme und unbedingte Anerkennung durch das Tier werden als therapeutischer Aspekt angesehen. Während des Team-Einsatzes von Mensch und Hund kommen verschiedenste Techniken zum Einsatz, die aus den Bereichen der Kommunikation und Interaktion, der basalen Stimulation und der Lernpsychologie stammen (Gatterer 2003).

Die Lebensqualität wird durch die Begegnung mit Tieren positiv beeinflusst. Die freie Begegnung mit dem Tier gibt Impulse an Hormone und Emotionen. Dies führt zu einem möglichen heilenden Prozess (Olbricht & Otterstedt, 2003). Die Freisetzung von Beta-Endorphinen verursacht beim Probanden schmerzverringernde, beruhigende, antidepressive und euphorisierende Effekte. Ebenso werden dadurch einige weitere Emotionen hervorgerufen und emotionales Wohlbefinden, Selbstsicherheit und Entspannung gefördert.

Ein großes Phänomen der Mensch-Tierbeziehung ist die Anthropomorphisierung. Sie soll – speziell in Bezug auf positive Motivation - bei den tiergestützten Therapien genutzt werden. Das Bedürfnis des Menschen nach Wärme, Zärtlichkeit und Nähe kann teilweise durch den Kontakt mit Tieren befriedigt werden (Vernooij & Schneider, 2010).

Die unterschiedlichen Ansätze der tiergestützten Therapie unterscheiden sich vor allem in der Dokumentation, der Zielsetzung sowie der Durchführung (Delta Society, 2014).

4.7. Formen der tiergestützten Therapie

Die Delta Society macht es sich seit ihrer Gründung 1977 in den USA zur Aufgabe, Forschungen zu Tierarten und deren Haltung zu betreiben und führt erstmals Standards und Richtlinien in Bezug auf tiergestützte Therapie ein. Sie unterteilen in animal-assited activity (AAA) und in animal-assisted therapy (AAT) (Hegebusch & Hegebusch, 2007).

Animal-assited activity ist ein ungezwungenes, spontanes Zusammentreffen von Mensch und Tier, ohne Verfolgung eines bestimmten Ziels. Ein Tierbesitzer kommt zum Beispiel mit seinem Tier auf Besuch in eine bestimmte Einrichtung. Durch Gespräche und die Zeit, die miteinander verbracht wird, erhofft man sich eine positive Wirkung auf den Probanden. Aktivitäten und Effekte müssen nicht aufgezeichnet werden. Die animal-assisted therapy wird von einer qualifizierten Fachkraft durchgeführt. Von jedem Einsatz gibt es eine genaue Dokumentation über die Aktivitäten und Effekte, die erzielt werden. In Zielsetzung, Dokumentation und Durchführung liegen die wesentlichen Unterschiede zwischen AAA und AAT begründet (Delta Society, 2014; Vernooij & Schneider, 2010).

Die unterschiedlichen Formen und Therapieansätze lassen verschiedene Wirkungsweisen in der Beziehung zwischen Mensch und Tier entstehen.

4.8. Tiere und ihre Wirkung auf Menschen

Durch die Entdeckung der positiven Wirkfaktoren durch Tiere innerhalb der therapeutischen Arbeit kann sich eine neue Wissenschaftsdisziplin entwickeln. Durch den Kontakt mit Tieren wird der Mensch vielfach gefördert. Das lässt sich anhand der Wirkungsweisen der Mensch-Tier-Begegnung anschaulich verdeutlichen. Menschen erzielen in physiologischer, psychischer, sozialer und kognitiver Hinsicht durch die Gesellschaft und Freundschaft von Tieren einen Gewinn (Frömming, 2006). Durch den Kontakt mit Tieren werden physiologische, psychologische und soziale Wirkungen erzielt (Otterstedt 2003). Kausal miteinander verknüpft, lassen sich diese auftretenden Wirkungen aber nicht immer eindeutig einem dieser Bereiche zuordnen. Die Probanden bekommen durch die bedingungslose Nähe und Zuwendung von Tieren das Gefühl von Bedeutsamkeit, das Selbstbewusstsein wird gestärkt und Fürsorgegefühl geweckt (Frömming, 2006).

Allein durch ihre Anwesenheit können Tiere in physiologischer/physischer Wirkung positiv auf das Herz-Kreislauf-System einwirken, eine Stabilisierung des Blutdrucks hervorrufen und die Herzfrequenz senken. Es kann durch die Freisetzung von Beta-Endorphinen sogar eine Verringerung des Schmerzempfindens auftreten (Otterstedt, 2003).

Informationen über die Tierrasse, Haltung, richtige Gabe von Leckerlis, Einbindung von unterschiedlichen Übungen sind kognitive Anregungen und Aktivierungen, die die motorischen Fähigkeiten der Probanden fördern und das Gedächtnis anregen. Weitere positive Effekte, die durch Tiere ausgelöst werden können, sind psychologische Stressreduktion, Beruhigung und Entspannung. Die Probanden erfahren durch das Trostspenden und die Beruhigungen des Tieres eine Veränderung der Wahrnehmung und Inspiration. Bei den Probanden wird eine antidepressive Stimmung durch das Zusammenspiel von Verbundenheit, Vertrauen, Freude, emotionaler Zuwendung, Leichtigkeit und Spontanität erzeugt. Die Tiere dienen in ihrer sozialen Wirkung als Katalysator. Durch den Körperkontakt, ihre Nähe und Zuwendung vermitteln die Tiere eine positive soziale Attribution (Otterstedt, 2003).

Im Rahmen der tiergestützten Intervention heben Vernooij & Schneider (2010) besonders den Begriff der „Brückenfunktion“ hervor. Der Grundgedanke bei diesem Konzept ist auf Freuds Psychoanalyse zurückzuführen. Er besagt, dass sich die Kontaktaufnahme zwischen Probanden und Therapeuten schwierig gestalten kann, weil speziell Kinder nicht unter dem Bewusstsein zu einer Therapie kommen, dass ihnen bei einem Problem geholfen wird. (Greiffenhagen, 1991).

Nach Levinson (1962) gibt es drei Schritte: Zuerst kommt der Kontakt zwischen Proband und Anbieter über das Tier zustande. Der Anbieter nimmt dabei die Rolle des Beobachters ein und der Kontakt findet nur zwischen dem Tier und dem Probanden statt. Dies ist in Abb. 2 bildlich dargestellt.

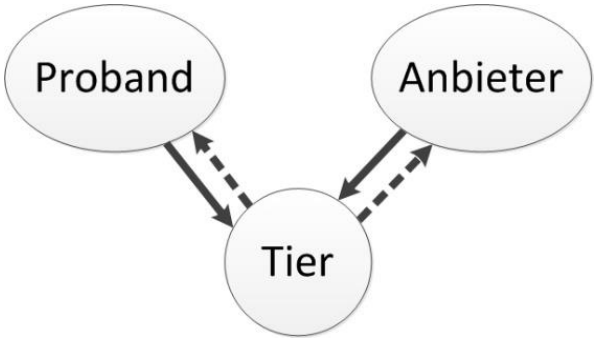

Abb. 2: in Anlehnung an Vernooij & Schneider (2010): Darstellung der Kontaktaufnahme zwischen dem Probanden und dem Tiertherapeuten

Durch ein Spiel aller drei Teilnehmer wird im nächsten Schritt versucht, von der indirekten Ebene zwischen dem Anbieter und dem Probanden langsam einen direkten Kontakt entstehen zu lassen (siehe Abb.3).

Wie einige Studien bestätigen, ist die Kontaktaufnahme bei der tiergestützten Arbeit höher als bei Therapien ohne Tiere. Tamura et al. (2004) sagen in ihrer Studie, dass sich das Sozialverhalten der Probanden durch Einbinden eines Stofftieres wesentlich verbessert. Indem Tiere das Gefühl von „sich kümmern“ wecken, öffnen sich die Menschen und ermöglichen dem Therapeuten einen leichteren Zugang (Norgren et al., 2012 & Tamura et al., 2004). Püllen (2013) stellt fest, dass das Verhalten der Probanden wesentlich aktiver und kommunikativer ist, wenn Tiere eingesetzt werden als bei einem Einsatz ohne Tiere.

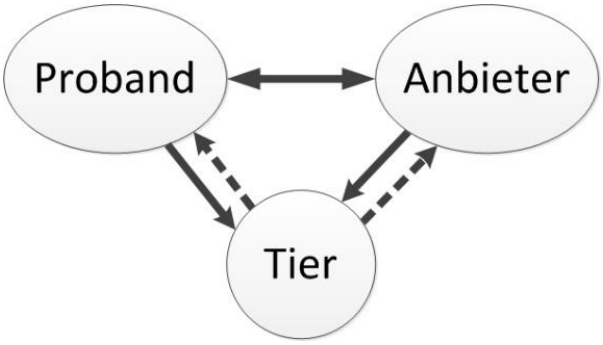

Abb. 3: in Anlehnung an Vernooij & Schneider (2010): Darstellung der Kontaktaufnahme zwischen dem Probanden und dem Tiertherapeuten

Im letzten Schritt ist das Tier zwar anwesend, für die Kommunikation aber nicht mehr essentiell notwendig. Dies wird in Abb. 4 grafisch dargestellt.

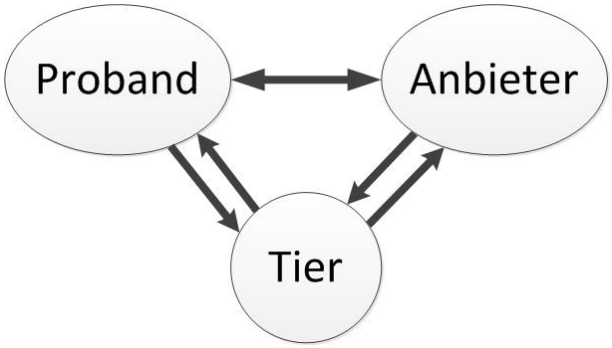

Abb. 4: in Anlehnung an Vernooij & Schneider (2010): Darstellung der Kontaktaufnahme zwischen dem Probanden und dem Tiertherapeuten

Diese Herangehensweise an eine Kontaktaufnahme ist bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen umsetzbar. Durch ihre Art der Kommunikation und Interaktion ermöglichen Tiere einen Zugang zum Unbewussten und unterstützen psychische Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung (Vernooij & Schneider, 2010).

4.9. Ziele der tiergestützten Intervention

Die Ziele lassen sich grob in pädagogische, psychologische und therapeutische Hintergründe gliedern. Indem man verschiedene Entwicklungsprozesse anregt, unterstützt und fördert, können nachlassende Entwicklungsprozesse neu aktiviert werden. Des Weiteren werden gestörte oder fehlgelaufene Entwicklungsprozesse korrigiert (Vernooij 2007).

In Bezug auf die tiergestützte Therapie gibt es folgende wesentliche Entwicklungsbereiche: der körperlich-motorische, der kognitive und emotionale Bereich, sowie eine Verbesserung der Sprache und der Wahrnehmung (Vernooij & Schneider, 2010). Die Bereiche sind in Abb. 5 nochmals grafisch dargestellt.

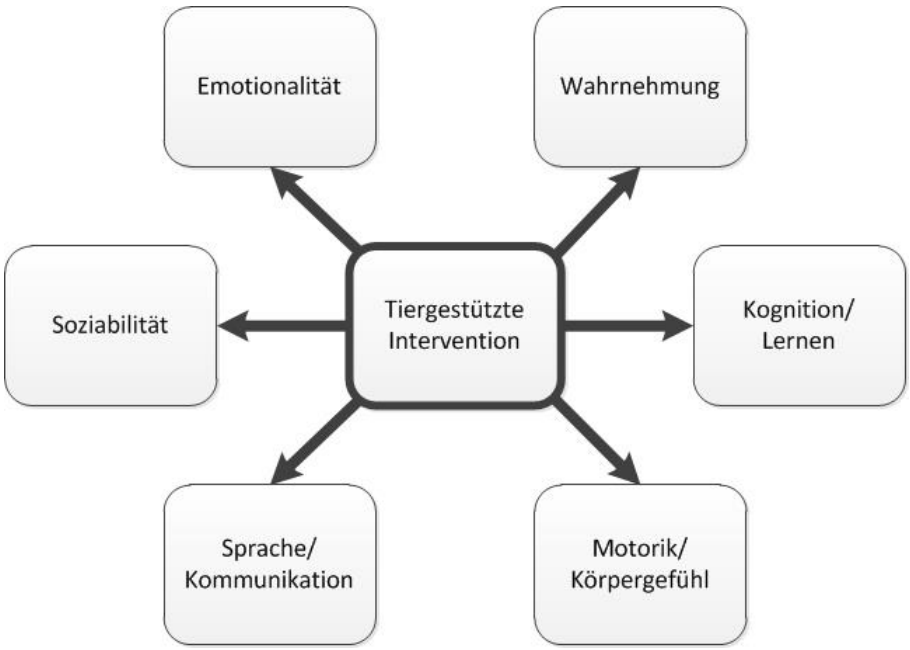

Abb.5: in Anlehnung an Vernooij & Schneider (2010) zeigt mögliche Interventionsbereiche der tiergestützten Therapie.

Nun fragt man sich, ob diese Bereiche auch bei Patienten mit Demenz positive Auswirkungen zeigen, wenn Tiere eingesetzt werden.

4.10. Tiergestützte Therapie bei Patienten mit Demenz

Durch die Demenz werden Menschen verändert, weil die Informationsweiterleitung durch wichtige Nervenzellen im Gehirn verloren geht. Deshalb muss ein Weg gefunden werden, um den Kontakt zu Menschen mit Demenz aufzubauen. Einer von unzähligen Möglichkeiten diesen Kontakt herzustellen, ist der Einsatz von Tieren (Hirsch & Hoffmann 2005).

Die Tiere ermöglichen einen Kontaktaufbau über die menschlichen Sinne, der sich auf den gesundheitlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Status von Patienten mit Demenz bezieht. Dadurch wird die Interaktivität gefördert (Hagedusch & Hagedusch, 2007). Dies ist möglich, weil diese Interaktion zwischen Mensch und Tier im impliziert-erfahrungsgeleiteten

Funktionsmodus – sozusagen in den tieferen Schichten einer Person stattfindet. Die Kommunikation und die Interaktion finden auf der Gefühlsebene der Patienten statt. Für die Tiere sind die Defizite der Patienten nicht von Bedeutung, im Gegensatz zu den anderen Menschen, die mit den Patienten in Kontakt treten. Tiere können unvoreingenommen sein und schwierige Situationen aushalten. Sie reagieren auf die non-verbalen Signale und dadurch fühlen sich Patienten verstanden und angenommen (Hagedusch & Hagedusch, 2007). Tiere, die als Medium für die Erreichung von anderen Zielen eingesetzt werden, verursachen positive Emotionen und beeinflussen den Interventionsprozess auf ihre eigene Art und Weise (Vernooij & Schneider, 2010).

Die vorliegende Arbeit untersucht aus diesen Gründen die Wirkungsweise des Einsatzes von tiergestützter Therapie bei Patienten mit Demenz. Die Frage, ob durch tiergestützte Therapie bei Patienten mit Demenz eine Verbesserung in verschiedenen Bereichen stattfindet, wie z. B. bei kognitiven Fähigkeiten, Stimmung, Wohlbefinden und sozialen Kompetenzen, soll im Folgenden mit Hilfe einer Literaturrecherche beantwortet werden.

5. Methode

5.1. Therapiehunde Team

Die gesamte Studie wird mit demselben geprüften Therapiehunde-Team durchgeführt. Die Prüfung wird im Oktober 2013 vom Verein „Mensch und Tier VHV“ abgenommen, einer Institution des Österreichischen Kynologenverbandes. Bei dem Hund handelt es sich um eine 6-jährige Labrador-Hündin (siehe Abb. 6), die Hundeführerin, eine 28-jährige Studentin der UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Institut für angewandte Psychologie - ist gleichzeitig auch Projektleiterin und führt die Studie sowohl mit als auch ohne Tier durch. Um auch rechtlich abgesichert zu sein, ist der Hundeführer verpflichtet, seinen Hund bei der Versicherung als „Therapie -Hund“ zu melden. Damit ist die Arbeit mit dem Hund in allen Bereichen versichert.

Abb. 6 Therapiehund Laila

5.2 Fragestellung

Die Arbeit soll der Frage nachgehen, ob durch ein kognitives und ein Bewegungstraining, bei dem tiergestützte Therapie angewendet wird, bei Patienten mit Demenz eine zusätzliche Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, der Leistungsbereitschaft, sowie der Stimmung erzielt werden kann, im Vergleich zu reinem Kognitiv- und Bewegungstraining. Ebenso soll festgestellt werden, ob ein Transfer Effekt im Alltag der Probanden vorhanden ist, allerdings geht man nicht von einer dauerhaften positiven Wirkung aus. Diese Frage soll im Folgenden mit Hilfe einer Studie über Patienten mit Demenz beantwortet werden.

5.2.1 Material zur Beantwortung der Fragestellung

Die Beantwortung der Fragestellung zur Messung der Stimmung und der Leistungsbereitschaft erfolgt anhand von Fremdbeurteilung eines Mitarbeiters des Heimes durch Verwendung eines Fragebogens (die Nürnberger-Alters-Beobachtungs-Skala; NAB, Oswald & Fleischmann, 1997). Dabei handelt es sich um 15 Fragen bezogen auf Körpersphäre, Alltagsaktivitäten und Kommunikation. Für die qualitative Auswertung werden zusätzlich die Notizen zu den Sitzungen, welche von der Projektverantwortlichen erfasst werden, herangezogen. Über den

Fragebogen werden die Leistungsbereitschaft und die kognitive Leistung eines Probanden mittels eines Labyrinth-Tests (Oswald & Fleischmann, 1997) und des Bildertests (Oswald & Fleischmann, 1997) durch Vor- und Nachtestung ermittelt. Alle Fragebögen sind für diese Population standardisiert und normiert.

Einmalig wird vor der ersten Einheit der Minimental State Test (MMSE, Folstein et al. 2012) durchgeführt um den Grad der Demenz zu überprüfen. Die Einstufung des Schweregrades der Demenz erfolgt mit Punkten. Für jede richtige Antwort wird ein Punkt vergeben. Bei einer Punktezahl zwischen 24 und 30 sind keine kognitiven Einschränkungen vorhanden, die Spanne 18 - 23 Punkte beschreibt Folstein et al. (2012) als leichte kognitive Einschränkung und bei einem erreichten Punktestand von unter 17 spricht man von schweren kognitiven Einschränkungen. Die Vor- und Nachtestung besteht jeweils aus denselben Übungen, welche alle aus dem Nürnberger-Alters-Inventar (NAI, Oswald & Fleischmann, 1997) herangezogen werden. Dabei handelt es sich um ein standardisiertes Verfahren für genau diese Zielgruppe. Konkret wird dabei ein Labyrinth-Test (Oswald & Fleischmann, 1997) angewandt, bei dem das Tempo visueller Informationsverarbeitung sowie die visuomotorische Koordination im Vordergrund stehen. Bei der Fremdbeurteilung finden die Nürnberger-Alters-Beobachtungs-Skala (NAB, Oswald & Fleischmann, 1997) sowie der Nürnberger-Alters-Rating Test (NAR, Oswald & Fleischmann, 1997) Verwendung. Diese werden pro Institution von einem Mitarbeiter, welcher einen möglichst intensiven Kontakt zu den Probanden hat, ausgefüllt.

Das Ziel des NAB (Oswald & Fleischmann, 1997) ist es, die Aktivitas bezogen auf die Pflegebedürftigkeit des Probanden zu erfassen (z.B. Kommunikation), wogegen der NAR (Oswald & Fleischmann, 1997) zur Fremdbeurteilung anhand von Persönlichkeitsmerkmalen dient.

Auch die Probanden müssen sich im Rahmen dieser Vor- und Nachtestung selbst beurteilen. Dazu dient der Nürnberger-Alters-Fragebogen (NAF, Oswald & Fleischmann, 1997). Die Probanden müssen anhand von Ja/Nein-Antworten bezüglich ihrer Aktivitäten, Zufriedenheit, kognitiven Leistungen, sowie ihres Selbstbildes Auskunft erteilen.

Die Beurteilung des Verhaltens während einer Einheit wird von einem Heimmitarbeiter anhand des NAR gemessen (Oswald & Fleischmann, 1997). Dabei handelt es sich um eine 7-stufige Skala, die mit gegensätzlichen Eigenschaftsbegriffen bestückt ist. Die Aufgabe dabei besteht darin, während der jeweiligen Einheit die Stimmung, das Verhalten (passiv/aktiv), die

Selbstsicherheit, die Konzentration, die Reizbarkeit, das Interesse sowie die Kontaktfreudigkeit der Probanden zum Versuchsleiter bzw. zum Hund zu notieren.
Die Testungen (siehe Anhang) werden im Einzelsetting, das Training dann in Kleingruppen durchgeführt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über den Ablauf der Testung. Zwischen der Vor- und Nachtestung wird sowohl mit kognitiven als auch mit motorischen Übungen (siehe Tabelle 4) gearbeitet.

Tabelle 4: Ablauf der Testung

Vortestung und Nachtestung		
Durchführung	**Test**	**was wird gemessen**
Probanden	MMSE	Erfassung einer Demenzerkrankung
	NAF	Eigenbeurteilung für Eigenschaftsaspekte
	Labyrinth - Test	visuomotorische Koordination
Pflegeperson	NAB Fremdbeurteilung	aktivitätsbezogene Beurteilung
Projektleiter	NAR Rating	Beurteilung des Verhaltens während jeder Untersuchungseinheit

5.2. Untersuchungsplan

5.2.1. Probanden

Die Untersuchung findet in den Städtischen Heimen von Hall in Tirol statt. Die Probanden werden in Absprache mit den Verantwortlichen der Heime und den Stationsleitern ausgewählt. Dabei wird ein entsprechender gesundheitlicher Zustand unter Ausschluss besonderer Risiken, wie einer bekannten oder möglichen Allergie, speziell in Hinblick auf eine etwaige Tierhaarallergie, berücksichtigt. Als Voraussetzung für die Teilnahme gelten folgende Kriterien:

- Dauerhafter Heimbewohner
- Punktestand beim MMSE (Folstein et al 2012) zwischen 18 und 28 (weist auf keine bis eine mittlere Demenz hin)
- Freude am Umgang mit Tieren

Als Ausschlusskriterien gelten festgestellte Tierhaar-Allergien, Angst vor Hunden, andere medizinische Kontraindikationen, sowie ein Alter unter 60 Jahren.
Es werden zwei Gruppen mit jeweils acht Personen mit annähernd gleichem kognitivem Niveau zusammengestellt.
Aus Datenschutzgründen wird den Probanden für die Studie ein Pseudonym zugeordnet, um die Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten.
Das Pseudonym setzt sich aus den ersten drei Buchstaben des Vornamens des Probanden, sowie einer zweistelligen Zahl und den ersten zwei Buchstaben des Nachnamens des Leiters zusammen. Mit dieser Verfahrensweise werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 (DSG 2000, § 1 Abs 1 DSG) erfüllt. So kann von den erhobenen Daten kein direkter Rückschluss auf die befragten Personen gezogen werden. Die erhobenen Daten werden absolut vertraulich behandelt, sind nur dem Forscherteam zugänglich und werden ausschließlich im Rahmen wissenschaftlicher Arbeiten verwendet. Alle beteiligten Mitarbeiter/innen sind gemäß § 15 DSG 2000 an das Datengeheimnis gebunden. Allfällige Veröffentlichungen der Daten dieser Studie erfolgen ebenfalls in anonymisierter Form.

5.2.2. Gruppen

Die beiden Gruppen zu je 8 Personen werden abwechselnd mit und ohne Hund für ca. 30 Minuten betreut. Gruppe 1 der Probanden beginnt die Therapie mit dem Hund und Gruppe 2 ohne Hund (siehe Abb.7). Durch dieses Vorgehen erhofft man sich, dass ein Unterschied zwischen der Motivation, der Stimmung und Leistungsbereitschaft an der Gruppe erkannt wird. Aus ökonomischer Sicht und auf Grund der Validität werden dieselben Personen sowohl mit als auch ohne Hund getestet (siehe Abb. 7). Auf Grund der kognitiven Fähigkeiten und eventueller Erkrankungen kann eine zu starke Abweichung des Verhaltens bzw. der Wirkung

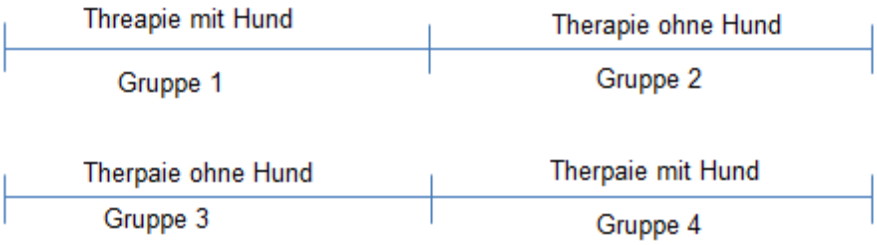

Abb. 7: Zeigt den Therapieablauf mit bzw. ohne Hund

der angewandten Methoden auf die Probanden auftreten. Deswegen verzichtet man auf eine Einteilung in zwei unterschiedlichen Gruppen und wählt die Variante der Eigenkontrollgruppe. Durch die Studie soll erarbeitet werden, ob eine Differenzierung bezüglich Motivation, Stimmung und Leistungsbereitschaft in den unterschiedlichen Gruppen zu erkennen ist. Es gibt eine Vor- und eine Nachtestung, wobei die Nachtestung nach der Einheit „ohne Hund“ gleichzeitig die Vortestung für die Gruppe „mit Hund“ ist.

5.2.3. Übungen

Grundsätzlich sind die Übungen in kognitive und motorische Aufgaben unterteilt. Die kognitiven Übungen erfolgen in Anlehnung an Eiring (2013). Es wird eine Auswahl an Aufgaben vorbereitet und diese werden in den Gruppensitzungen sowohl mit als auch ohne Hund durchgeführt. Bei den tiergestützten Einheiten liegt der Schwerpunkt der Übungen in der Zusammenarbeit mit dem Hund. Manche Übungen werden sich im Laufe der Studie wiederholen. Der Grund hierfür ist die Bewertung respektive Überprüfung, ob eine Übung zu Beginn der Studie besser oder schlechter erfüllt wird als am Ende der Studie.

5.2.3.1. Einheiten ohne Hund

Erste Einheit: Küche und Haushalt

Zum Einsteingen wird ein Sprichwort aus Eiring (2013, S. 57) vorgelesen, eine der Teilnehmer/innen erkennt das Sprichwort und sagt es bis zum Ende auf. Danach kommt ein Zitat aus dem „Struwwelpeter“ mit folgendem Text:

> „Lirum, larum Löffelstiel, alte Weiber essen viel, junge müssen fasten.
> `s Brot liegt im Kasten, `s Messer liegt daneben, ei welch lustig Leben!“

Anschließend werden der Beginn von Sprichwörtern und Redewendungen zum Thema Kochen und Haushalt laut gelesen und die Teilnehmer haben die Aufgabe diese zu vervollständigen. Die Sprichwörter sind aus Eiring (2013, S. 57 ff) entnommen, einige davon sind in Tabelle 5 angeführt.

Tabelle 5: Auszug der Sprichwörter zum Thema Küche und Haushalt

Viele Köche verderben den Brei.
Messer, Gabel, Scher‘ und Licht, sind für kleine Kinder nicht.
Der hat nicht alle Tassen im Schrank.
Hunger ist der beste Koch.
Not macht erfinderisch.
Jemanden in die Pfanne hauen
Scherben bringen Glück.
Die Augen sind größer als der Magen.

Danach bekommen die Probanden die Aufgabe, zusammengesetzte Wörter mit dem Wort „Koch“ und „Haushalt“ zu finden, z.B. Kochtopf, Kochkurs, Kochlöffel, Haushaltsgeld, Haushaltskasse, Haushaltswaren.

Um die Übung abzurunden, wird über Küche und Haushalt aus den persönlichen Erinnerungen der Probenden gesprochen, zum Beispiel wie sieht ihre erste Küche aus, wann bekommen sie diese, was wird am liebsten gekocht, wo nehmen sie die Mahlzeiten zu sich (Küche oder Wohnzimmer), etc.

Zweite Einheit: Essen und Trinken

Zum Einsteigen in diese Einheit beginnen wir über Lieblingsgerichte und Lieblingsgetränke zu sprechen.

Anschließend wird wieder der Beginn von Sprichwörtern und Redewendungen, diesmal zum Thema Essen und Trinken, vorgelesen und die Teilnehmer haben die Aufgabe diese zu vervollständigen. Die Sprichwörter werden aus Eiring (2013, S. 32 ff) angeführt, einige davon sind in Tabelle 6 nachzulesen.

Tabelle 6: Auszug der Sprichwörter zum Thema Küche und Haushalt

Viele Köche verderben den Brei.
Nach dem Essen sollst du ruh´ n, oder tausend Schritte tun.
Ein voller Bauch studiert nicht gern.
Die Augen sind größer als der Mund.
Da hat jemand die Weisheit mit dem Löffel gefressen.
Sie gleichen sich wie ein Ei dem anderen.
Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen.

Die nächste Übung besteht darin, dass die Probanden alkoholfreie, alkoholische, warme und kalte Getränke, sowie warme, kalte und süße Speisen aufzählen sollen. Den Abschluss bildet ein Gespräch über Gewürze und Kräuter im Garten.

Dritte Einheit: Glück und Segen

Die Einheit beginnt mit einem Gedicht von Johann Wolfgang von Goethe (Eiring, 2013, S11):

> „Willst du immer weiter schweifen? Sieh, das Gute liegt so nah.
> Lerne nur das Glück ergreifen, denn das Glück ist immer da.“

Die Probanden zählen Dichter auf, manche sagen einige Zeilen aus Gedichten auf. Im Anschluss werden wieder Sprichwörter vervollständigt, diesmal zum Thema Glück und Segen. Die Sprichworte werden aus Eiring (2013, S. 11 ff) entnommen, einige davon sind in Tabelle 7 angeführt.

Tabelle 7: Auszug der Sprichwörter zum Thema Küche und Haushalt

Glück bringt Neid
Schäfchen zur Linken, Glück wird dir winken.
Das Glück der Erde liegt auf dem Rücken der Pferde.
Das Zeitliche segnen.
Dem Mutigen lächelt das Glück.
Jeder ist seines Glückes Schmied.

Anschließend haben die Probanden zusammengesetzte Wörter mit Glück zu finden, z.B. Glückspilz, Glücksfall, Glückwunsch.
Zum Abschluss sprechen wir über Symbole, die für Glück (z.B. Marienkäfer, Glücksklee, Hufeisen...) und Pech (z.B. schwarze Katze, Pechvogel, Zahl 13, ...) stehen und welche Märchen es mit Glück und Pech (Hans im Glück, Frau Holle,...) gibt.

Vierte Einheit: große und kleine Tiere

Die Einheit beginnt dem Zungenbrecher „Fischers Fritz fischt frische Fische, frische Fische fischt Fischers Fritz.“ Nach dieser Übung werden Sprichwörter und Redewendungen aus Eiring (2013, S. 60 ff) vervollständigt, welche in Tabelle 8 angeführt sind.

Tabelle 8: Auszug der Sprichwörter zum Thema kleine und große Tiere

Ein Spatz in der Hand ist besser als eine Taube auf dem Dach.
Wenn die Katze aus dem Haus ist, tanzen die Mäuse auf dem Tisch.
Der Wolf im Schafspelz
Zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen.
Aus einer Mücke einen Elefanten machen.
Den Stier bei den Hörnern packen.

Die nächste Übung besteht darin, dass die Teilnehmer Eigenschaften aus der Tierwelt finden sollen. Z.B.: flink wie ein Hase, langsam wie eine Schnecke, fleißig wie eine Biene, schlau wie ein Fuchs. Die nächste Herausforderung ist zusammengesetzte Wörter mit Tieren zu suchen, wie z.B. Brillenschlange, Hasenfuß, Katzenbuckel, Schneckentempo. Zum Abschluss überlegen wir uns Märchen, in denen Tiere vorkommen, wie z.B.: Der gestiefelte Kater, Die sieben Raben, Der Froschkönig, Hans im Glück.

1.3.3.2. Einheiten mit Hund

Erste Einheit mit Hund

Die erste Einheit beginnt mit einer Vorstellrunde von Hund und Hundeführer. Es wird gefragt, wer Erfahrungen mit Hunden hat, bzw. wer selbst einen Hund hat. Die erste Übung ist das Holzspiel „Solitär“. Die Probanden müssen unterschiedliche Figuren mit Leckerlis füllen und dann die Figur der passenden Öffnung am Brett zuteilen. Der Hund holt sich dann das Leckerli. Zur Veranschaulichung dienen Abb.8. und Abb.9. Diese Übung hat das Ziel, die Feinmotorik, die kognitiven Fähigkeiten sowie die seriale Wahrnehmung der Teilnehmer zu fördern. Je nach eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten bekommen die Kandidaten individuelle Hilfestellung. Zuerst muss die Leckerlidose geöffnet und ein Leckerli herausgenommen werden. Dann wird dieses in eine frei wählbare Öffnung – manche beschreiben die Form, andere die Farbe der Auskerbung – hineingelegt und anschließend wird das passende Holzstück daraufgestellt.

Abb. 8 Holzspiel „Solitär“

Abb. 9 Therapiehund Laila mit dem Holzspiel „Solitär“

Nach dieser Übung können jene Probanden, die es gerne möchten, den Hund streicheln und ihm ein Leckerli aus einem Marmeladeglas geben. Zum Abschluss der Einheit füllen die Teilnehmer einen Leckerli-Ball (Trixie Dog Activity Snackball). Die Leckerbissen werden

einfach durch das Loch in den Ball hineingeworfen. Der Ball wird dann von der Hündin Laila durch den Raum gerollt. Im Inneren des Balles befindet sich eine Art Labyrinth, wodurch die Leckerliausgabe verlangsamt wird und nur durch das Rollen des Balles die Leckerlis herausfallen. Die Teilnehmer feuern den Hund an und verkünden, wenn ein herausgefallenes Leckerli übersehen wird. Sie haben sichtlich Spaß daran zuzusehen, wie der Hund durch den Raum läuft und die Leckerlis aufsammelt. In der Abschlussrunde werden die Teilnehmer gefragt, wie ihnen die Stunde gefallen hat und jeder darf sich einzeln noch von dem Hund verabschieden. Auch hier steht vor allem die Feinmotorik der Teilnehmer im Vordergrund.

Zweite Einheit mit Hund

Die Einheit beginnt mit einer Begrüßungsrunde. Dies wird auch in den nächsten Einheiten der Einstieg sein und soll gleich wie die Abschiedsrunde ein kleines Ritual werden. Rituale sind etwas Wichtiges, sie geben Struktur, Sicherheit und Orientierung (Feil & Klerk-Rubin, 2010). Bei der Begrüßungsrunde wird jeder Teilnehmer von dem Hundeführer und dem Hund einzeln begrüßt, der Hund kann dabei gestreichelt werden und wer möchte, darf ihm auch ein Leckerli geben. Danach wird die Übung „Leckerli-Seil“ durchgeführt. Die Teilnehmer sitzen im Kreis, jeder hält ein Stück Schnur in der Hand, welches in Kreisform gespannt wird. Eine Person hat Anfang und Ende der Schnur in der Hand. Diese Person fädelt ein Leckerli ein, das dann von Teilnehmer zu Teilnehmer weiter gegeben wird, bis es bei der ersten Person wieder anlangt. Anschließend bekommt der Hund das Leckerli. Danach werden Anfang und Ende der Schnur an die nächste Person weiter gegeben. Ziel dieser Übung ist die Förderung der Feinmotorik, der Hand-Hand- und Auge-Hand-Koordination, der Frustrationstoleranz und Ausdauer (Kahlisch, 2014).

Die nächste Übung besteht darin, dass die Teilnehmer ein Leckerli auf eine Fliegenklatsche legen. Dabei soll die Klatsche so bewegt werden, dass das Leckerli dem Hund zugeworfen wird, der es fangen kann. Die ersten Versuche missglücken ein wenig, aber die Gruppe lernt schnell und zum Schluss gelingt es jedem, mindestens ein Leckerli so zu werfen, dass es der Hund schnappen kann. Auch hier besteht das Ziel der Übung in der Förderung der Feinmotorik sowie in der Hand-Hand- und Auge-Hand-Koordination. Die Stunde endet mit der Abschiedsrunde,

bei der jeder seine Eindrücke der Einheit berichten und sich einzeln von Hundeführer und Hund verabschieden kann.

Dritte Einheit mit dem Hund

Die Einheit beginnt wieder mit der Begrüßungsrunde, in der jeder einzeln von Hund und Hundeführer begrüßt wird. Danach sprechen wir über die Dinge, die ein Hund braucht. Darunter fallen: Leine, Halsband, Futter, Napf, Spielzeug (Ball und Stofftier), Bürste sowie Leckerlis. Diese Gegenstände werden im Vorfeld mit einigen Papierschnipseln in Beutel gefüllt. Jeder der Kandidaten bekommt einen Beutel, der von dem Versuchsleiter den Teilnehmern je nach Fähigkeiten zugewiesen wird. Die Teilnehmer müssen nacheinander mittels Tastsinn erkennen, was sich in dem Beutel befindet. Wird der Gegenstand ertastet und im Idealfall erkannt, darf er aus dem Beutel genommen und am Hund angewendet werden. So wird z.B. wird dem Hund das Halsband angelegt, ihm das Futter gegeben oder er wird gebürstet. Das Ziel dieser Übung ist die Förderung von Konzentration, Feinmotorik, taktiler und Sinnesförderung. Als nächste Übung wird die „Fliegenklatsche“ von der letzten Einheit wiederholt. Wieder müssen Teilnehmer ein Leckerli auf eine Fliegenklatsche legen und dem Hund zuwerfen. Auch hier besteht das Ziel der Übung in der Förderung der Feinmotorik sowie der Hand-Hand- und Auge-Hand-Koordination. Zum Abschluss darf jeder dem Hund das Spielzeig aus dem Sinnesbeutel zuwerfen und es sich dann zurück bringen lassen. Aus subjektiver Sicht haben die Teilnehmer bei dieser Übung den größten Spaß, sie lachen und feuern den Hund an. Abgeschlossen wird wieder mit der Verabschiedungsrunde – bei der sich jeder einzeln von Hund und Hundeführer verabschiedet und ein kurzes Feedback zur Einheit geben kann.

Vierte Einheit mit dem Hund

Die Einheit beginnt mit der Begrüßungsrunde. Danach kommt das Spiel DogMokiro zum Einsatz. Dabei handelt es sich um ein Holzspiel, bestehend aus sechs Fächern mit verschiedenfarbigen Deckeln (siehe Abb.10). Auf Kärtchen können verschiedene Aufgaben oder Sprichwörter geschrieben werden, welche dann in dem Karteneinschub (welcher sich unter jedem Fach befindet) platziert werden.

In der tiergestützten Einheit kann der Hund den Deckel aufheben und der Proband muss die zum Vorschein kommende Aufgabe lösen. Für diese Einheit werden Sprichwörter verwendet, welche in den Einheiten nicht vorgekommen sind. Die Teilnehmer sehen auf den Karten einen Teil des Sprichwortes, das sie in dieser Aufgabe zu vervollständigen haben. Das Ziel dieser Übung liegt darin, dass der Proband eine logische Aufgabe lösen muss und über den Hund eine Motivation bekommt kognitive Aufgaben zu lösen.

Abb. 10: dogMokiro Spiel zur Unterstützung verschiedener Lern- und Förderziele mit dem Motivator Hund

Die nächste Aufgabe sieht vor, dass die Teilnehmer ein Leckerli bei sich verstecken, das der Hund suchen soll. Einige Teilnehmer haben gleich Ideen und werden kreativ im Verstecken der Leckerlis, andere brauchen etwas Unterstützung. In der zweiten Runde des Versteckspiels gelingt es bereits jedem selbstständig, das Leckerli zu verstecken. Bei der Verabschiedungsrunde darf sich jeder individuell etwas wünschen, was er mit dem Hund machen will. Die Wünsche sind sehr unterschiedlich, angefangen von Apportierten, bis „nur“ Streicheln oder Leckerli mit der Fliegenklatsche Werfen bis hin zum nochmaligen Leckerli Verstecken.

6. Durchführung

Zu Beginn der Studie wird mit dem Probanden ein MMSE (Folstein et al. 2012) durchgeführt, um den Stand der Demenz zu erfassen. Die Probanden sollen sich alle ungefähr im gleichen Stadium der Demenz befinden.

Anschließend werden das Nürnberger-Alters-Inventar (Oswald & Fleischmann, 1997), ein Labyrinthtest, ein Wortlistentest sowie der NAF vom Projektverantwortlichen durchgeführt.

Das Verhalten während der Gruppensitzungen wird anhand des NAR (Oswald & Fleischmann, 1997) nach jeder Einheit festgehalten, diese Unterlagen werden zum Schluss gegenübergestellt und einer Auswertung zugeführt.

Des Weiteren wird der NAB (Oswald & Fleischmann, 1997) vom ausgewählten Betreuer zur Vor- und Nachtestung ausgefüllt. Dabei sollen Körpersphäre, Alltagsaktivitäten sowie die Kommunikation festgestellt werden. Ebenso müssen die Betreuer den NAR (Oswald & Fleischmann, 1997) beurteilen. Hier steht Beurteilung des Verhaltens im Alltag im Vordergrund. Die Paralleltest-Reliabilität liegt zwischen r = .89 (Gesamtwert) und r = .94 (Bearbeitungszeit), die Retest-Reliabilität zwischen r = .75 und r = .89 und die Split-Half-Reliabilität zwischen r = .83 und r = .99.

Es werden dann die Beobachtungen vor und nach dem Training mit einem T Test für abhängige Stichproben und der Zuwachs oder die Veränderung durch das Training im Vergleich zu der Kontrollbedingung verglichen.

Martin & Kayser (1998) verwenden in der Studie bezüglich des modularen Gedächtnistrainings den NAI-Wortlisten-Test (Oswald & Fleischmann, 1997) und stellen dadurch einen tendenziell signifikanten Unterschied im alltagsnahen Training fest.

Bei einer Studie von Kratz et al. (1998) wird mit Hilfe des NSL (Oswald & Fleischmann, 1997) festgestellt, dass diejenigen Probanden, welche selbst ein Nachlassen der kognitiven Leistung bemerken, bei dem NSL (Oswald & Fleischmann, 1997) schlechtere Werte aufweisen. Durch die zuvor beschriebenen Fragebögen und Bewertungen soll beurteilt werden, ob eine Verbesserung bzw. Veränderung im sozialen Verhalten, der Leistungsbereitschaft, des Weiteren an kognitiven und motorischen Fähigkeiten stattfindet.

6.1. Zeitplan

Die Vortestung beginnt im Oktober 2014 und die letzte Nachtestung findet im Januar des folgenden Jahres statt. Die Einheiten mit und ohne Hund werden jeweils 1 Mal pro Woche über einen Zeitraum von insgesamt 8 Wochen durchgeführt. Eine Einheit dauert ca. 30 Minuten. Es wird mit dem Heim vereinbart, dass nach Beendigung der Studie die Gruppenzahl erhöht und das kognitive Training als Fixpunkt in das Wochenprogramm aufgenommen wird. Die Einheiten ohne Hund leitet und führt ein Mitarbeiter durch. Die einzelnen Übungen und Schwerpunkte werden in Zusammenarbeit mit dem Studienleiter vorab besprochen und erarbeitet. Die Einheiten mit dem Hund führt der Studienleiter selbst durch.

6.2. Teilnehmer

Die Studien beginnen mit ausgesuchten 20 Teilnehmern, doch auf Grund von zu vielen verpassen Einheiten oder durch Abbruch an der Studie sind nur mehr 40% der Teilnehmer verfügbar. Alle Teilnehmer, die öfter als einmal nicht an der Einheit teilnehmen, werden bei der Auswertung ausgeschlossen, die Personen dürfen aber trotzdem an den Einheiten teilhaben.

7. Auswertung

Die durchgeführten Tests werden, wie im Nürnberger Alters Inventar (Oswald & Fleischmann, 1997) beschrieben, ausgewertet und mit Berechnung der Durchschnittswerte (Mittelwerte), Varianz, Standardabweichung und Korrelationen bewertet. Der Altersdurchschnitt der Probanden liegt bei 84 Jahren. Ein direkter Geschlechtervergleich kann aufgrund von geringer Teilnahme von Männern (1 Proband) nicht durchgeführt werden bzw. scheint in der Auswertung nicht auf.

Die Probanden wurden durch Bestimmungen des MMSE Tests auf Demenz geprüft, dabei liegen 2 Probanden um 1-2 Punkten über dem Schwellwert (liegt bei 26), dies ist aber auf die Tagesverfassung und die Umwelt zurückzuführen. Da diese zwei in den weiteren Tests ebenfalls im Bereich der leichten Demenz liegen, bestätigt dies die Eignung der Patienten für die Studie. Weiters zeigt sich, dass über die Dauer der Einheiten und Testungen die Werte

keine signifikante Änderung in Bezug auf die Bewertung durch den MMSE Test haben. Die Probanden zeigen weder eine Verbesserung noch Verschlechterung, dies ist aber auch nicht zu erwarten, da der Test nur die Einstufung und Sicherstellung der Ergebnisse der anderen Testungen widerspiegeln soll. Die Auswertung der Tests wird in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Darstellung der Auswertung des MMSE Tests

	Geschlecht	Alter	MMSE	MMSE	MMSE
			Vor	Mittel	Nach
Datum			23.10.2014	19.11.2014	02.01.2015
Dan1Sc	weiblich	90	28	25	20
Sch2Sc	weiblich	93	27	24	23
Pro3Sc	weiblich	84	23	15	19
Pfl4Sc	weiblich	86	21	20	20
Mittelwert Gruppe 1		88,250	24,750	21,000	20,500
Varianz Gruppe 1			10,917	20,667	3,000
Standardabweichung Gruppe 1			3,304	4,546	1,732
Mai5Sc	männlich	84	24	21	20
Lei6Sc	weiblich	76	28	27	27
Rec7Sc	weiblich	87	22	21	24
Pla8Sc	weiblich	79	22	20	20
Mittelwert Gruppe 2		81,500	24,000	22,250	22,750
Varianz Gruppe 2			8,000	10,250	11,583
Standardabweichung Gruppe 2			2,828	3,202	3,403
Mittelwert Gesamt		84,875	24,375	21,625	21,625
Varianz Gesamt			8,268	13,696	7,696
Standartabweichung Gesamt			2,875	3,701	2,774

Die Probanden werden in 2 Gruppen a 4 Personen geteilt. Die Gruppe 1 absolviert in den ersten 4 Einheiten die Testung mit dem Hund und in den folgenden 4 Einheiten ohne Hund. Die Gruppe 2 stellt die Kontrollgruppe dar, in dieser die Durchführung der Einheiten umgekehrt stattfindet.

Beim Nürnberger-Alters-Alltagsskala (NAA, Oswald & Fleischmann, 1997) wird zwischen Vortestung und Testung nach 4 Einheiten eine leichte Verbesserung sowohl bei der Gruppe 1 (durchschnittlich von 41,25 auf 42) als auch bei der Kontrollgruppe (durchschnittlich von 35,5 auf 41) festgestellt. Dadurch zeigt sich, dass die Einheiten in beiden Gruppen eine

Verbesserung der Selbsteinschätzung über Aktivitäten im Alltag bei den Probanden auslöst. Weiters wird festgestellt, dass die Durchführung von speziellen Übungen sowohl mit als auch ohne Hund bei Demenzerkrankten die subjektive Wahrnehmung verbessert und die Wichtigkeit solcher Übungen, trotz geringer Probandenzahl, gegeben ist. Die Erhaltung (Kontrollgruppe durchschnittlich 39,75) bzw. Steigerung (Gruppe 1 durchschnittlich 44,25) der Werte nach 8 Einheiten, bestätigt die Effizienz und Sinnhaftigkeit dieser Einheiten und Übungen. In der Gesamtheit aller Probanden kann der Wert von 38,75 auf 42 im Mittel gesteigert werden, wobei die Standardabweichung nahezu ident bleibt (Beginn: 4,104 / Ende 4,957).

Die Nürnberger-Alters-Beobachtungs-Skala (Oswald & Fleischmann, 1997) dient zur objektiven Bewertung durch Projektbegleitung zwischen den Blöcken mit und ohne Hund. Dabei soll die Pflegebedürftigkeit bzw. Selbstständigkeit der Probanden bewertet werden. Hier zeigt sich über die Zeit der Einheiten keine Veränderung. Die Werte liegen bei allen 3 Testungen im Mittel im Bereich zwischen 24 und 26. Somit kann keine Veränderung festgestellt werden. Beim Probanden Dan1Sc zeigt sich eine Verschlechterung, dies ist aber auf eine Erkrankung im Laufe der Einheiten zurückzuführen.

Um die Entwicklung und Wirkung jeder Einheit zu bestimmen, wird das Nürnberger-Alters-Rating (Oswald & Fleischmann, 1997) herangezogen, welches ebenfalls objektiv durch die Projektbegleitung durchgeführt wird. Es zeigt sich bei beiden Gruppen nach den ersten 2 Einheiten ein besseres Rating, dies ist vermutlich aber auf die neue Situation mit den Übungen zurück zu führen. Dennoch sieht man im Vergleich des ersten und zweiten Teils im Mittel in der Gruppe 1 (von 24,25 auf 21,56) eine Besserung im Rating. In der Gruppe 1 zeigt sich auch im ersten Teil mit dem Hund eine konstante Besserung (von 28 auf 19,75), welche im 2. Teil aber stagniert und sich bei 21,5 einpendelt. In Gruppe 2 bietet sich im 1. Teil ein ähnliches Bild wie im 2. Teil der 1. Gruppe, obwohl die Abwesenheit einer Person (Pla8Sc) das Ergebnis auf 15,33 verfälscht. Zieht man hier das Mittel der Person Pla8Sc (Mittelwert bei 22) über alle Übungen heran, liegt der Durchschnittswert der 3. Einheit bei Gruppe 2 bei 17. Dies ergibt einen Mittelwert von 19,67. Dies weist ebenso auf eine leichte Besserung bei allen Einheiten hin und repräsentiert eine Einhaltung des Wertes über die Einheiten ohne Hund. Im 2. Teil der Gruppe zeigt sich eine Besserung von 20,5 auf 18 und unterstützt die These, dass ein Hund die Aufmerksamkeit, Sicherheit, usw. bei einem Menschen verbessern

kann. Mit Berechnung der Korrelation nach Pearson zwischen den Einheiten mit und ohne Hund zeigt sich, das die Werte linear signifikant zusammenhängen. Sowohl der Wert -0,757 als auch der Wert 0,947 weisen darauf hin.

Der Labyrinth Test (Oswald & Fleischmann, 1997) führt zu keinem Ergebnis, da dieser keine Aussagekraft auf Grund von Ausreißern und stark wechselhaften Werten zwischen den Probanden erreichen kann. Auch die Durchschnittswerte zeigen keine Veränderung vor und nach den Einheiten, dies wird in Tabelle 10 graphisch dargestellt.

Tabelle 10: Darstellung des Labyrinth- Testes

	Geschlecht	Alter	Labyrinth	NAA	NAB	Labyrinth	NAA	NAB	Labyrinth	NAA	NAB
			Vor	Vor	Vor	Mittel	Mittel	Mittel	Nach	Nach	Nach
Datum			23.10.2014	23.10.2014	23.10.2014	19.11.2014	19.11.2014	19.11.2014	02.01.2015	02.01.2015	02.01.2015
Dan1Sc	weiblich	90	4	43	19	4	48	25	6	47	28
Sch2Sc	weiblich	93	2	43	19	1	44	21	0	45	21
Pro3Sc	weiblich	84	1	42	30	4	42	28	4	46	30
Pfl4Sc	weiblich	86	5	37	27	4	34	29	-	39	28
Mittelwert Gruppe 1		88,250	3,000	41,250	23,750	3,250	42,000	25,750	3,333	44,250	26,750
Varianz Gruppe 1			3,333	8,250	31,583	2,250	34,667	12,917	9,333	12,917	15,583
Standardabweichung Gruppe 1			1,826	2,872	5,620	1,500	5,888	3,594	3,055	3,594	3,948
Mai5Sc	männlich	84	3	38	33	4	43	34	4	45	30
Lei6Sc	weiblich	76	0	34	17	2	46	18	-	40	18
Rec7Sc	weiblich	87	4	38	25	-	40	28	-	42	28
Pla8Sc	weiblich	79	-	32	24	10	35	29	-	32	31
Mittelwert Gruppe 2		81,500	2,333	35,500	24,750	5,333	41,000	27,250	4,000	39,750	26,750
Varianz Gruppe 2			4,333	9,000	42,917	17,333	22,000	44,917		30,917	35,583
Standardabweichung Gruppe 2			2,082	3,000	6,551	4,163	4,690	6,702		5,560	5,965
Mittelwert Gesamt		84,875	2,667	38,375	24,250	4,292	41,500	26,500	3,667	42,000	26,750
Varianz Gesamt			3,238	16,839	32,214	8,143	24,571	25,429	6,333	24,571	21,929
Standartabweichung Gesamt			1,799	4,104	5,676	2,854	4,957	5,043	2,517	4,957	4,683

Bei der Auswertung kann klar feststellt werden, dass mehr Einheiten und Probanden benötigt werden um signifikante Ergebnisse zu erzielen, welche zu einer wissenschaftlichen Beweisführung helfen können. Allerdings lassen sich auch in diesem Größenumfang Werte zur Bestätigung der These, dass Hunde zur Verbesserung im Leben von Demenz Patienten geeignet sind, heranziehen. Vor allem die Auswertung der NAR (Oswald & Fleischmann, 1997) zeigt nach kurzer Zeit schon eine Verbesserung im Verhaltensmuster der Probanden. Dies wird in Tabelle 11 graphisch dargestellt.

Tabelle 11: Darstllung des NAR

	Geschlecht	Alter	NAR	NAR	NAR	NAR	NAR	NAR	NAR	NAR
			Einheit 1	Einheit 2	Einheit 3	Einheit 4	Einheit 5	Einheit 6	Einheit 7	Einheit 8
Datum			27.10.2014	03.11.2014	10.11.2014	17.11.2014	24.11.2014	01.12.2014	15.12.2014	22.12.2014
Dan1Sc	weiblich	90	20	23	18	15	18	17	19	20
Sch2Sc	weiblich	93	21	23	16	15	16	18	19	18
Pro3Sc	weiblich	84	40	36	34	28	29	30	32	30
Pfl4Sc	weiblich	86	31	28	19	21	22	18	20	19
Mittelwert Gruppe 1		88,250	28,000	27,500	21,750	19,750	21,250	20,750	22,500	21,750
Varianz Gruppe 1			88,667	37,667	68,250	38,250	32,917	38,250	40,333	30,917
Standardabweichung Gruppe 1			9,416	6,137	8,261	6,185	5,737	6,185	6,351	5,560
Mai5Sc	männlich	84	27	26	16	17	17	20	20	18
Lei6Sc	weiblich	76	17	18	13	14	19	20	16	17
Rec7Sc	weiblich	87	23	17	17	20	20	20	17	19
Pla8Sc	weiblich	79	19	29	-	20	26	22	19	18
Mittelwert Gruppe 2		81,500	21,500	22,500	15,333	17,750	20,500	20,500	18,000	18,000
Varianz Gruppe 2			19,667	35,000	4,333	8,250	15,000	1,000	3,333	0,667
Standardabweichung Gruppe 2			4,435	5,916	2,082	2,872	3,873	1,000	1,826	0,816
Mittelwert Gesamt		84,875	24,750	25,000	18,542	18,750	20,875	20,625	20,250	19,875
Varianz Gesamt			58,500	38,286	47,333	21,071	20,696	16,839	24,500	17,554
Standartabweichung Gesamt			7,649	6,188	6,880	4,590	4,549	4,104	4,950	4,190

Pearson Gruppe 1 Ohne/Mit	-0,757
Pearson Gruppe 2 Ohne/Mit	0,947
Mittelwert Gruppe 1 NAR Teil 1	24,250
Mittelwert Gruppe 2 NAR Teil 1	19,271
Mittelwert Gruppe 1 NAR Teil 2	21,563
Mittelwert Gruppe 2 NAR Teil 2	19,250
Mittelwert Pla8Sc NAR alle Einheiten	21,857
Mittelwert nach Berücksichtigung Plas8Sc Ei	17,000
Mittelwert Gruppe 2 NAR Teil 1(Berücksichti	19,670

8. Organisatorischer und finanzieller Aufwand

Alle Hilfsmittel werden vom Versuchsleiter zur Verfügung gestellt. Die Studie findet in den Räumlichkeiten des Heimes statt. Dem Versuchsleiter wird vom Heim eine Person zur Verfügung gestellt, die das kognitive Training durchführt und bei den Einheiten mit dem Hund anwesend ist. Diese Person beurteilt alle Teilnehmer nach jeder Durchführung anhand des Nürnberger-Alters-Ratings (Oswald & Fleischmann, 1997).

Wie bereits erwähnt, ist der Hundeführer dazu verpflichtet, seinen Hund ordnungsgemäß zu versichern. Dies erfolgt gewöhnlich über die Haushaltsversicherung – dort muss der Hund als „Therapiehund im Einsatz“ vermerkt sein.

9. Diskussion

Demenz wird laut ICD-10 als ein Syndrom beschrieben. Dabei handelt es um eine Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen. Betroffen sind vor allem Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kortikalen Störungen zeigen sich in Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation.
Der Einsatz von Tieren unterstützt Patienten mit Demenz, die noch vorhandenen Fähigkeiten zu fördern und aufrechtzuerhalten. Dabei werden die Übungen an den Probanden bzw. die Gruppe je nach Therapieziel und Fähigkeiten angepasst.

9.1. Testverfahren

Bei dieser Studie wird der Nürnberger-Alters-Inventar (NAI, Oswald & Fleischmann, 1997) verwendet. Zum einen deshalb, weil er dem Versuchsleiter von der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Zum anderen, weil das Testverfahren das Ziel hat, wesentliche Bereiche des Verhaltens, der Befindlichkeit der kognitiven Leistungsfähigkeit und des Selbstbildes von Testpersonen hohen Lebensalters gemäß psychometrischen Standards zu erfassen.
Der NAI (Oswald & Fleischmann, 1997) wird in drei Tests bzw. Skalen unterteilt. Es gibt es verschiedene Leistungstests, Fremdbeurteilungs- sowie Selbstbeurteilungsskalen. Es wird aus jeder Gruppe mindestens ein Test herangezogen.
Aus der Kategorie der Leistungstests wird der Labyrinth- Test (Oswald & Fleischmann, 1997), bei dem die visuomotorische Koordination im Vordergrund steht, verwendet. Zur Fremdbeurteilung wird der NAB (Oswald & Fleischmann, 1997) angewendet, welcher von den jeweiligen Stationsleitern ausgefüllt wird. Dabei handelt es sich vor allem um die Beurteilung der Aktivität der Pflegebedürftigkeit sowie der Kommunikation, welche in drei Stufen beurteilt werden. Eine weitere Fremdbeurteilungsskala, die Verwendung findet, ist der NAR, dieser wird vom Projektbegleiter nach jeder Einheit ausgefüllt. Es werden die Persönlichkeitsmerkmale während der Einheit mittels einer 7-stufigen Skala beurteilt. Zum Erfassen der

Selbstbeurteilung kommt der NAA (Oswald & Fleischmann, 1997) zum Einsatz. Dabei müssen die Teilnehmer mit Hilfestellung des Versuchsleiters im Einzelgespräch Fragen zur subjektiven Einschätzung bezüglich körperlicher, sozialer und kognitiver Einschränkungen mittels einer 4-stufigen Skala beantworten. Zusätzlich zu dem NAI (Oswald & Fleischmann, 1997) wird der MMSE (Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012) durchgeführt. Dabei handelt es sich um das am häufigsten angewandte Screeningverfahren für Gedächtnisstörungen. Im ersten Teil werden Orientiertheit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit überprüft, im zweiten Teil das Benennen, Lesen und Schreiben sowie visuell-konstruktive Fähigkeiten. Die Ergebnisinterpretation gibt Anhaltspunkte für den Schweregrad der Gedächtnisstörung. Im Bereich von 26 bis 30 erreichten Punkten liegt aller Wahrscheinlichkeit nach keine Demenz vor. Gemäß der üblichen Interpretation wird bei 24 und weniger Punkten eine weitere Abklärung auf das Vorliegen eines dementiellen Syndroms empfohlen.
Die Subtests des NAI (Oswald & Fleischmann, 1997) und der MMSE (Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012) werden bei beiden Gruppen bei der Vor- und Nachtestung durchgeführt um Aufschluss über die Effektivität der tiergestützten Therapie zu bekommen. Die Probanden werden in 2 Gruppen eingeteilt, eine Gruppe startet mit 4 Einheiten mit dem Hund und die andere Gruppe startet mit 4 Einheiten ohne Hund, danach wird gewechselt. Um Reliabilität, Validität und Objektivität zu gewährleisten wird auf die Variante der Eigenkontrollgruppe zurückgegriffen.

9.2. Ergebnisse der Tests

Wenn die Auswertung betrachtet wird, lässt sich sagen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Testungen mit und ohne Hund gibt. Die größte Verbesserung zeigt der NAR (Oswald & Fleischmann, 1997), hier verbessern sich die Werte bei den Einheiten mit dem Hund im Gegensatz zu den Einheiten ohne Hund. Eine leichte Verbesserung kann der NAA (Oswald & Fleischmann, 1997) aufweisen, bei dem sich die Selbstbeurteilung der Probanden mit dem Hund verbessert hat. Allerdings ist auf Grund der kleinen Stichprobe und der kurzen Zeitspanne die Messung nicht aussagekräftig. Der NAB (Oswald & Fleischmann, 1997) hat zwischen den Testungen keine der erhofften Verbesserungen wie z.B. höhere Selbständigkeit und mehr Vertrauen in eigene Handlungen erzielt. Auch hier ist vermutlich der

Zeitfaktor die Ursache dafür, dass es keine Veränderung gibt. Ausgeschlossen aus der Wertung wird der Labyrinth-Test (Oswald & Fleischmann, 1997), da auf Grund von technischen Gebrechen die Zeit nicht gestoppt werden kann, und somit ein wichtiger Aspekt des Testes verloren geht. Dadurch ist die Aussagekraft des Tests nicht mehr gegeben. Der MMSE (Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012) bleibt bis auf einige kleine Abweichungen – welche auch auf die Tagesverfassung der Probanden zurückzuführen sind - weitgehend unverändert. Dies ist allerdings zu erwarten, da es sich bei Demenz um eine nicht heilbare Krankheit handelt. Was sich als positiv erweist, ist, dass es keine gravierende Verschlechterung gibt, dies aber auf Grund der kurzen Zeit und der kleinen Stichprobe nicht unbedingt auf die tiergestützte Therapie zurückgeführt werden kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Anwesenheit des Hundes keine negative Auswirkung auf die Probanden hat, dass eine leichte Verbesserung zu bemerken ist, und dass das Tier die Aufmerksamkeit und das Interesse der Teilnehmer steigert.

9.3. Limitation und Kritik

Wie bereits erwähnt, sind die Größe der Stichprobe und die Dauer der Testung als großer Kritikpunkt anzusehen. Des Weiteren könnten die Tests für die Vor- und Nachtestung optimiert und besser an die Testung angepasst werden. Hier wird vor allem aus Kostengründen der NAI (Oswald & Fleischmann, 1997) verwendet, da dieser von der UMIT - Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Institut kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Der Ansatz des NAI (Oswald & Fleischmann, 1997) ist sehr gut, da viele Bereiche abgedeckt werden, aber für diese Testung sind die Tests nicht optimal. Fragen wie z.B. „ Ich mache Besorgungen und Einkäufe selbstständig“ oder „Ich gehe ohne Hilfe außer Haus“ sind zur Erfassung der Selbstständigkeit sehr gut, nur ist eine Verbesserung in 8 Wochen sehr unwahrscheinlich, hier würde sich ein anderer Selbstbeurteilungsfragebogen empfehlen. Ähnliche Kritik sehe ich bei dem MMSE (Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012). Als Schnellscreeningverfahren zur Erfassung des kognitiven Niveaus und zur Erfassung der Demenz eignet sich der Test sehr gut, doch als aussagekräftiger Wert in einer Testung ist

er weniger zu gebrauchen, da eine erkenntliche Verbesserung der Demenz nicht möglich ist. Der Abstand von 4 Wochen zur Durchführung eines MMSE (Folstein, McHugh, Kessler, Denzler, Markowitsch, 2012) ist auch sehr kurz. Liegt eine längere Zeitspanne dazwischen, kann der Test sehr hilfreich sein um zu erkennen, ob eine Verschlechterung eingetreten ist, oder ob das Niveau beibehalten wird. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass der NAR (Oswald & Fleischmann, 1997) vom Projektbegleiter und nicht vom Leiter selbst durchgeführt wird. Um sicher zu gehen, dass die Fragebögen mit besten Wissen und Gewissen ausgefüllt werden, soll der Versuchsleiter die Beurteilung selbst durchführen. Dies ist aber auf Grund des zeitlichen Faktors nicht möglich.

10. Vision

Die Ergebnisse führen zur Erkenntnis, dass die Einheiten eine leichte Verbesserung auf verschiedenen Ebenen zeigen und dass die tiergestützte Therapie bei den Probanden sehr positiv angenommen wird. Um ein eindeutiges Ergebnis erzielen zu können, empfiehlt es sich, die Studie in einer abgewandelten Form über einen längeren Zeitraum mit einer größeren Stichprobe durchzuführen. Dabei soll auch die Vor- und Nachtestung optimiert und auf das Ziel der Studie besser ausgelegt werden. Trotz Nichterreichen von signifikanten Ergebnissen können kleine Verbesserungen erzielt werden, wodurch die tiergestützte Therapie neue Fürsprecher findet und den Teilnehmern eine schöne, freudige und positive Zeit ermöglicht.

Zusammenfassung

Die Begriffe Demenz und Alzheimer werden in unserer Gesellschaft immer präsenter und wichtiger. Sei es mit aktuellen Spielfilmen wie z.B. Till Schweigers „Honig im Kopf“, als Thema bei Stern TV oder in verschiedenen Artikeln in Printmedien. Die Aufklärungsversuche über diese Krankheit sind sehr breit gefächert. Vergesslichkeit, Orientierungslosigkeit, Sprachstörungen, körperliche Störungen, Aggression, Angst, Depression, Inkontinenz und Wahnvorstellungen sind nur einige Symptome, mit denen die Betroffenen zu kämpfen haben. Jährlich steigt die Zahl der Neuerkrankungen rapide an. Sie wird sich in den nächsten Jahren verdoppeln, bis zum Jahr 2050 sogar verdreifachen. Dies ist vor allem auf die steigende Lebenserwartung der Menschen zurückzuführen. Diese Arbeit will im Speziellen auf die tiergestützte Therapie bei Patienten mit Demenz im Altersheim eingehen. Dabei werden Tiere mit dem Ziel, psychische und verhaltensbezogene Probleme demenzkranker Personen zu verbessern, eingesetzt. Es wird eine achtwöchige Studie in einem Altersheim mit 2 Gruppen durchgeführt. Um Reliabilität, Validität und Objektivität zu gewährleisten, wird die Variante der Eigenkontrollgruppe gewählt. Die Gruppen arbeiten jeweils mit und ohne Hund vier Wochen lang. In den Gruppen ohne Hund wird ein Gedächtnistraining durchgeführt, in den Gruppen mit Hund werden unterschiedliche kognitive und motorische Übungen angewendet.

Schlüsselwörter: tiergestützte Therapie, Demenz, Hund

Abstract

The perception of dementia and Alzheimer's disease getting more important and more present in our society, like seen in actual films like „Honig im Kopf" of Til Schweiger, at Stern TV or in different articles in print media. The tries to clarification of the disease is much diversified. Obliviousness, disorientation, speech disorder, physical disorder, aggression, anxiety, depression, incontinence and hallucination are some symptoms, which concerned people are fighting with. The number of diseased people is growing rapidly every year. The number will be doubled next years and tripled until 2050. This is caused by the growing expectation of life. This paper is specialised on animal assisted therapy on people with Alzheimer´s disease in nursing homes. Animals are used to help people with dementia against their mental and behaviour-related Problems and try to improve their live situation. A study about weeks will be done in a nursing home. To ensure about reliability, validity and objectivity a self-monitoring group is used as variation. The 2 groups are working 4 weeks with dog and 4 weeks without dog. The group with dog is working with different exercises about cognitive and motoric aspects and the other group is doing some memory exercises.

keywords: animal-assisted therapy, dementia, dog

Literaturverzeichnis

Adler, G. (2006). Welche Rolle spielt das EEG bei der Diagnostik der Demenz? *Neurolgie, 2,* 35- 40.

Alzheimer Disease (2008). *The prevalence of dementia worldwide*. Abgerufen, 13. August 2012 von www.alz.co.uk

Alzheimer Forschung (2013). Behanldung der Alzheimer-Krankheit. Abgerufen, 10. April, 2014 von https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer

Alzheimerinfo (2012). Übungsblätter für das tägliche Gehirntraining. Abgerufen, 14.April 2012. www.alzheimerinfo.at

Angermeyer, M., Kilian, R., Matschinger, H. (2000). *Handbuch für die deutschsprachigen Versionen* der WHO-Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität. Wien: Hogrefe.

Beetz, A. (2003) *Menschen brauchen Tiere*. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH.

Brandt, T., und Dichgans, J.,(2003). Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag

Buijssen, H. (2009). *Demenz und Alzheimer verstehen.* Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG.

Delta Society (2014, Februar). Abgerufen 1. Februar 2014 von http://www.petpartners.org

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012). Die Epidemiologie der Demenz. Abgerufen 23. Februar 2014 von http://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html.

Dobelhammer, G., Schulz, A., Steinberg, J., und Ziegler, U. (2012). *Demografie der Demenz.* Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Dorner, T., Rieder, A., und Stein, K. V. (2011) *Medizinis Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenz*. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung.

Eiring, U. (2013). *Aktivieren mit Sprichwörtern, Liedern und Musik.* Mainz: Schott Music GmbH & Co. KG.

EUROCODE (2006). *Dementia in EuropeYearbook 2006.* Abgerufen 19. Februar, von http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/reporting/docs/2006_dementiayearbook_en.pdf

Faust, V. (2011). *Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln.* Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit.

Feil, N. & Klerk-Rubin, V. (2010). Validation. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Fischer- Börold, C., und Zettl, S. (2006).*Demenz*. Augsburg: Schlütersche Verlag.

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., Kessler, J., Denzler, P., Markowitsch, H. (2012). *Mini-Mental-State-Test*. Weinheim: Belz Verlag

Friedmann, E., Thomas, S., Stein, P.K., & Kleiger, E. (2003). Relation between pet ownership and heart rate variability in patients with healed myocardial infarcts. *American Journal of Cardiology*, 91, 718-721

Fröhlich, L. (1991). *Die Reisberg-Skalen, GDS, BCRS, FAST*. Weinheim: Beltz-Test.

Frömming, H. (2006*). Die Mensch-Tier-Beziehung: Theorie und Praxis tiergestützter Pädagogik*. Saabrücken: Vdm Verlag Dr. Müller.

Gatterer (2003), Definition von "Tiergestützter Therapie. Abgerufen 12. Februar 2014 von http://www.tierealstherapie.org/definitionen.php

Gatterer, G., und Croy, A. (2005). *Leben mit Demenz*. Wien: Springer-Verlag

Greiffenhagen, S. (1991). Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung. München: Droemer Knaur.

Greiffenhagen, S., & Buck-Werner, O. (2007). *Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung*. Nerdlen/Daun: Kynos Verlag

Greiffenhangen, S. und Buck-Werner, O. (2011). *Tiere als Therapie*. Nerdlen: Dieter Fleig GmbH.

Hametner, I. (2010). 100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Hegebusch, E., Hegebusch, L. (2007). *Tiergestützte Therapie bei Demenz.* Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.Kg.

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (2012). *ICD-10-GM.* Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Ivemeyer, D., Zerfaß, R., (2005). *Demenztests in der Praxis, 2*. Auflage: Ein Wegweiser. München: Urban & Fischer.

Kahliasch, A. (2010). *Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen*. Nerdlen/Daun: Kynos Verlag.

Kahlisch, A. (2011). *Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen.* Nerdlen/Daun: Kynos Verlag Dr. Dieter Fleig GmbH.

Kratz, B., Schröder, J. Pantel, Weimer, D., Minneman, E., Lehr U., .Sauer, H.(1998) Leichte kognitive Beeinträchtigung im Alter. *Der Nervenarzt, 69*, 978-982.

Kurz, A., Jendroska, K. (2002). Demenzen- Grundlagen und Klinik. Stuttgart: Themie.

Mahlberger, R., Gutzmann, H. (2009). Demenzen – erkennen, behandeln, versorgen. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Marie-Laure, A., Yves, C., Karen, R. (2007). Is Antioxidant Therapy a Viable Alternative for Mild Cognitive Impairment? Examination of the Evidence. Dement Geriatr Cogn Disord 2007;24:1–19.

Martin, M., & Kayser, N. (1998). Das modulare Gedächtnistraining für ältere Erwachsene: Konzeption und Erprobung. *Gerontol Geriat, 31*, 97-103.

McCulloch, M. (1983). Therapie mit Haustieren – eine Übersicht. Abgerufen 21.Februar 2014 von http://www.iemt.at

Neitzel, W. (2003). *Tiere als Mitgeschöpf- Eine pädagogische Herausforderung*, Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Neurath, M. F., und Lohse, A. (2011). *Anamnese und klinische Untersuchung*. Stuttgart: George Thieme Verlag.

Noffer-Aigner, M. (2003) *Die tiergestützte Therapie als ganzheitliches Förderkonzept für Kinder mit besonderen Bedürfnissen*. Diplomarbeit, Wien.

Nordgren, L. and Engström, G. (2013). Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life. *Clinical Nursing Research*, XX(X), 1-13.

Olbrich, E., Otterstedt, C. (2003). *Menschen brauchen Tiere*. Stuttgart: Franckh- Kosmos Verlags-GmbH.

Oswanld, D., Fleischmann, U. (1997). N*ürnberger-Alters-Inventar*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Otterstedt, C. (2003). *Menschen brauchen Tiere*. Stuttgart: Franckh- Kosmos Verlags-GmbH.

Petereit, H., (2009). *Liquordiagnostik: Leitlinien und Methodenkatalog der Deutschen Gesellschaft für Liquordiagnostik und Klinische Neurochemie.* Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Popp, I. (1999). *Pflege dementer Menschen*. Köln: Kohlhammer.

Püllen R., Coy M. Hunger B., Koetter G. , Spate·M., Richter, A.(2013). Tiergestützte Therapie im Demenzbereich eines Akutkrankenhauses. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 1-3.

Püllen, R., Coy, M., Hunger, B., Koetter, G., Spate, M., Richter, A. (2013). Tiergestützte Therapie im Demenzbereich eines Akutkrankenhauses. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46*, 233–236.

Schaade, G. und Kubny-Lüke, B. (2009). *Demenz Alzheimer-Erkrankung: Ein Ratgeber für Angehörige und alle, die an Demenz erkrankte Menschen betreuen.* Idstein: Schulz-Kirchner.

Schröder, J., Pantel, J. (2011). *Die leichte kognitive Beeinträchtigung.* Stuttgart: Schattauer GmbH.

Schwarz, G. (2009). *Umgang mit demenzkranken Menschen*. Bon: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Shulman, K. & Gold, P. (1993). Clock-Drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 8*, 487-496.

Tamura,T., Yonemitsu, S., Itoh, A., Oikawa,D., Kawakami, A., Higashi, Y., Fujimooto, T. and Nakajima, K. (2004). Is an Entertainment Robot Useful in the Care of Elderly People With Severe Dementia? *Journal of Gerontology*, 59, 83–85.

Vernoij, M. (2007). *Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Allgemeine Grundlagen der Theorie und Praxis einer Pädagogik im Kontext von Beeinträchtigungen*. Wiedelsheim: Quelle & Meyer

Vernooij, M. und Schneider, S. (2008*). Handbuch der Tiergestützten Intervention.* Wiedelsheim: Quelle & Meyer

Wächtler,. (2003). *Demenzen: Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Welsh-Bohmer, K. & Mohs, R. (1997). Neuropsychological Assessment of Alzheimer's Disease. Neurology, 49, 11-13.

Zaudig, M. & Hiller, W. (2005). SIDAM - Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der vaskulären Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach ICD-10 und DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Zimmermann, J. (2009). *Leben mit Demenz. Spezielle Wohnformen für demenziell erkrankte Menschen.* Hamburg: Diplomica Verlag.

Patricia Schiffner, Msc., Bsc.

Glashüttenweg 5, 6060 Hall in Tirol
Telefon: +43 676 84 533 47 14
E-Mail: p.schiffner@cnh.at

Persönliche Daten

Geburtsdatum	14. 02. 1985 in Rum
Familienstand	verheiratet
Staatsbürgerschat	Österreich
Religionskenntnis	röm. kath.

Ausbildung

1993-1997	Volksschule Schönegg
1997-2000	Hauptschule Schönegg
2000-2002	Borg Innsbruck
2002-2007	Villa Blanka Innsbruck Höhere Lehranstalt für Tourismus mit abgeschlossener Matura
2007-2009	Universität Innsbruck 3 Semester Pädagogik
2009- 2012	Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik Bachelor of science in Psychologie
April 2013- November 2013	Therapiehunde Mensch und Tier Therapiehunde Ausbildung mit eigenem Hund
2012- 2014	Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik Master of science in Psychologie
Oktober 2013 – heute	Veterinärmedizinische Universität Wien Tiergestützte Therapie & tiergestützte Fördermaßnahmen
Juni 2014- heute	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen Klinische und Gesundheitspsychologie

Besondere Kenntnisse

Sprachkenntnisse	Englisch, Italienisch 3 Jahre Französisch Wahlfach
Sonstige Kenntnisse	Excel, Word, Access, Fidelio, Tiergestützte Therapie

Erfahrung

Juli - August 2003	Bergisel Restaurant 2 Monate Service
Juni – August 2004	London/England Conrant Restaurants Blue Print First Class 3 Monate Service
Juli - August 2005	Parkhotel Hall in Tirol 2 Monate Service
Juli 2006	Villa Blanka 1 Monat Küche
November 2007 – Oktober 2009	Dr. Schiffner & Partner Wirtschaftsprüfung und Steuerberatung
Juli-Oktober 2008	Parkhotel Hall in Tirol 3 Monate Rezeption
November-Dezember 2008	Parkhotel Hall in Tirol Verrechnung und Controlling
Januar 2009 – Mai 2009	Hotel Heimgartl Rezeption

September 2003 - Januar 2009	unterschiedliche Aushilfsjobs bei Veranstaltungen, Cateringfirmen, Eventtum sowie Parkhotel Hall
Juni 2005 - Januar 2009	Aushilfe im Parkhotel Hall
Juli 2009 – Juli 2014	Dr. Schiffner & Partner Wirtschaftsprüfung und Steuerberatung
Juli 2011 – Juni 2012	Seniorenresidenz Velidener Park Innsbruck Psychosozialer Dienst
November 2013 – Mai 2014	Sonderschule Mariatal Therapie Hunde Einsatz in der
Sonderschule	geleitet von einer Kommunikationslehrerin 1 Tag die Woche
Februar 2014	Verein für Obdachlose Projekt „Lama“ 1 Woche
Mai 2014	Jugendfarm Bonn Kinder- und Jugendhilfe
Mai 2014	Reit-Therapie-Zentrum Weißer Bogen e.V. Köln Hippotherapie, Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren, Reiten als Sport für
Menschen	mit Behinderung
Oktober 2014 - Dezember 2014	SOS Kinderdorf Imst Tiergestützte Therapie 1 Tag die Woche
Juli 2014 – August 2015	Gesundheitsschmiede Innsbruck Tirol, Verein für psychosoziale Gesundheit im Alter