

**Wirkungen tiergestützter Interventionen
auf Menschen mit Demenz
in ambulant betreuten Wohngemeinschaften**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

Vorgelegt im Fachbereich Humanwissenschaften

der Universität Kassel von Sabrina Naber

Datum der Disputation: 04.07.2017

Danksagung

Für das Gelingen der vorliegenden Dissertation möchte ich einigen Personen meinen herzlichen Dank aussprechen.

Mein besonderer Dank gilt meinen Betreuerinnen Frau Prof. Dr. Kirsten Aner und Frau Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, die mich über den gesamten Zeitraum meiner Dissertation zielführend begleitet haben. Vielen Dank für die etlichen hilfreichen Beratungsgespräche, die persönliche Betreuung sowie für ihre Ermunterungen, trotz aller widriger Umstände und Stolpersteine meine Dissertation fertig zu stellen.

Vor allem danke ich Frau Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann für die Ermutigung, überhaupt mit der Dissertation zu beginnen, für die Unterstützung bei der Eingrenzung des Themas und der Auswahl der Methoden und dass sie trotz Unterbrechungen mein Forschungsvorhaben nie infrage gestellt hat.

Mein Dank gilt auch der Geschäftsführerin Frau Viola Freidel des Berliner Vereins „Leben mit Tieren e.V.“ dafür, dass sie mein Dissertations-Projekt mit der Gewinnung und Koordination der Mensch-Hunde-Teams in den Wohngemeinschaften ermöglicht hat. Weiterhin bedanke ich mich bei den Leitungen und den Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaften für die Offenheit und Bereitschaft an meiner Studie teilzunehmen. Ebenso gilt mein Dank den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen.

Weiterhin bedanke ich mich bei meinen Kolleginnen des Promotionskolloquiums der Alice Salomon Hochschule Berlin für die jahrelange Unterstützung.

Ich danke meinen Freunden, die mir in den letzten Jahren motivierend zur Seite standen und mir immer Halt gegeben haben.

Ich danke meiner Familie, die mich in jeglicher Hinsicht unterstützt haben. Mein Dank gilt den unzähligen Gesprächen, für die sie immer ein offenes Ohr hatten und dafür, dass sie mich immer wieder bestärkt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Schwester Stefanie Gehrke, die mich immer bedingungslos unterstützt hat und für ihre Bereitschaft die notwendigen Korrekturen zu übernehmen, wofür sie manche freie Stunde mit dem Text verbrachte.

Und zum guten Schluss bedanke ich mich bei meinem Mann Benjamin Schulz-Naber, der mit mir im Laufe der Jahre gemeinsam die Höhen und Tiefen durchlitten hat und für all seine beständigen Aufmunterungen und gezielten Entlastungen.

Herzlichen Dank!

Inhalt

Einleitung	1
Relevanz	1
Motivation und Forschungsinteresse	3
Ziele und Aufbau der Arbeit	4
1 Menschen mit Demenz.....	7
1.1 Demenz und der demografische Wandel	7
1.2 Verschiedene Formen der Demenz	8
1.3 Symptome	10
1.3.1 Kognitive Symptome	10
1.3.2 Nicht-kognitive Symptome	12
1.3.3 Herausfordernde Verhaltensweisen	12
1.4 Diagnose und Behandlung.....	15
1.4.1 Medikamentöse Behandlung.....	17
1.4.2 Psychosoziale Interventionen	19
2. Die Pflegeversicherung und Versorgungsformen.....	22
2.1 Pflegebedürftigkeit.....	22
2.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag.....	23
2.3 Ambulant vor stationär.....	24
2.4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften	32
3. Tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz	38
3.1 Tiergestützte Interventionen	38
3.2 Kommunikation und Interaktion von Mensch und Tier.....	41
3.3 Partizipation und Menschen mit Demenz.....	45
3.4 Tiere und alte Menschen	48
3.4.1 „Tierische“ Alternativen	51
3.4.2 Einsatz von Tieren	53
3.5 Erklärungsansätze.....	57
3.5.1 Tiergestützte Interventionen mit domestizierten Tieren	57
3.5.2 Biophilie-Hypothese.....	58
3.5.3 Du-Evidenz	60
3.5.4 Bindungstheorie.....	62
3.5.5 Oxytocin-System.....	65

3.5.6 Bio-psycho-soziales Wirkungsgefüge	67
3.5.7 Aschenputteleffekt	70
3.5.8 Tiere als soziale Katalysatoren	71
3.6 Wirkmechanismen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz ..	72
4. Aktueller Stand der Forschung	76
4.1 Literaturrecherche	77
4.2 Offene Forschungsfragen für zukünftige Studien	89
5. Die Begleitstudie zum Hundebesuchsdienst in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz.....	94
5.1 Forschungskontext: Kooperation „Leben mit Tieren e.V.“	94
5.2 Fragestellungen und Studienziele.....	96
5.3 Studiendesign.....	98
5.4 Methoden der Datenerhebung.....	101
5.4.1 Quantitative Befragung	101
5.4.2 Qualitative Experten/innen-Interviews	111
5.4.3 Mixed-Methods-Ansatz	114
5.5 Ethische und rechtliche Gesichtspunkte	115
5.6 Geschlechter- und kulturspezifische Dimensionen.....	116
6 Präsentation der Ergebnisse	118
6.1 Quantitative Befragung.....	118
6.1.1 Querschnitt - Ergebnisse zum Zeitpunkt t2 / t3.....	118
6.1.2 Gruppenvergleich Intervention- und Kontrollgruppe	130
6.1.3 Längsschnitt - Ergebnisse im zeitlichen Verlauf	134
6.2 Qualitative Experten/innen-Interviews.....	136
6.2.1 Erlebnisse.....	136
6.2.2 Veränderungen	141
6.2.3 Erwartungen	145
6.2.4 Förderliche und hemmende Rahmenbedingungen	146
6.2.5 Zusätzliche Informationen.....	147
6.3 Ergebnisdarstellung im Mixed-Methods-Ansatz	149
7 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	152
7.1 Beantwortung der (Arbeits)Hypothese und Forschungsfragen.....	152
7.2 Diskussion der einzelnen Forschungsfragen	155

7.3 Limitationen und Reflexion der Methoden.....	168
Fazit und Empfehlungen.....	170
Literatur.....	175
Anhang.....	192

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Demenz-Arten (vgl. Berlin-Institut 2011)	9
Abbildung 2: Das NDB-Modell (vgl. Halek et al. 2006, BMG 2006, Bartholomeyczik et al. 2013).....	15
Abbildung 3: Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2060 (vgl. Demografie Portal 2015).....	26
Abbildung 4: Anteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, 2013 (vgl. Demografie Portal 2015a)	27
Abbildung 5: Pflegebedürftige Personen nach Art der Versorgung und Alter, 2013 (vgl. Demografie Portal 2015b)	28
Abbildung 6: Vergleich der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2013 + 2015 in % (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a + 2017)	29
Abbildung 7: Potentielle Wirkfaktoren in tiergestützten Interventionen mit Menschen mit Demenz (vgl. Wesenberg 2015: 158)	73
Abbildung 8: Suchstrategie der Literaturrecherche (eigene Darstellung)	78
Abbildung 9: Häufigkeit Hundebesuchsdienst & Tierbesitz in der Vergangenheit	120
Abbildung 10: Häufigkeiten der NPI-Domänen im zweiten Erhebungszeitraum	128
Abbildung 11: Häufigkeiten der NPI-Domänen im dritten Erhebungszeitraum	129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz (Darstellung nach Otterstedt 2013: 24).....	54
Tabelle 2: Physische und physiologische Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen (verkürzte Darstellung nach Nestmann 2005, Wesenberg 2015).....	67
Tabelle 3: Psychische und psychologische Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen (verkürzte Darstellung nach Nestmann 2005, Wesenberg 2015).....	69
Tabelle 4: Soziale Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen (verkürzte Darstellung nach Nestmann 2005, Wesenberg 2015).....	69
Tabelle 5: Kriterien zur Qualitätsbewertung von Studien (nach Brodaty et al. 2003).....	79
Tabelle 6: Bewertung der eingeschlossenen Publikationen	79
Tabelle 7: Zielgrößen der Studie	102
Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung zu t2 und t3	119
Tabelle 9: Häufigkeiten der sozialen Kontakte zu t2 und t3	121
Tabelle 10: Häufigkeiten der Aktivitäten zu t2 und t3	123
Tabelle 11: Kennwerte der Hauptzielkriterien zu t2 und t3.....	124
Tabelle 12: Kennwerte der Hauptzielkriterien zu t2 und t3.....	131
Tabelle 13: Häufigkeiten der sozialen Kontakte im Gruppenvergleich	134
Tabelle 14: Kennwerte der Hauptzielkriterien im Verlauf t2 zu t3.....	135

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Animal-Assisted Activity
AAT	Animal-Assisted Therapy
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda
et al.	et alii bzw. und andere
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber/innen
Kap.	Kapitel
max.	maximal
o.ä.	oder ähnlich
o.J.	ohne Jahr
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche

Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, sowie die Auswirkungen auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Wohngemeinschaften.

Relevanz

Aktuell sind etwa 1,6 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen, zwei Drittel der Betroffenen sind an der Alzheimer-Demenz erkrankt. Jährlich kommen ca. 300.000 Neuerkrankungen hinzu. Sofern ein Durchbruch in der Prävention und Therapie von Demenz ausbleibt, wird sich aufgrund des demografischen Wandels die Anzahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 auf rund 3 Millionen erhöhen. Daher stellt die Versorgung der Betroffenen eine immer größer werdende Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014).

Beim G-8-Demenzgipfel trafen sich 2013 die G-8-Gesundheitsminister, um im Fokus der Weltöffentlichkeit über die Demenzerkrankungen, deren Verbesserung der Therapien sowie über Strategien zum Umgang mit Demenz für Betroffene und deren Angehörigen zu diskutieren. Das Bundesministerium für Gesundheit (2013) berichtete, dass trotz weltweiter Forschungsbemühungen die Ursachen der Demenzerkrankungen weitgehend ungeklärt sind. Mithilfe von weiterer Grundlagenforschung sollen neue wirksame Therapien entwickelt werden. Als erstes deutsches Zentrum der Gesundheitsforschung hat die Bundesregierung das „Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen“ gegründet. Ziele sind die umfassende Aufklärung der Ursachen von u.a. Alzheimer-Erkrankungen sowie die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und innovativen Therapien (vgl. BMG 2013).

Auch in den Medien ist die Demenz ein aktuelles Thema: Ende 2016 berichtete die Frankfurter Allgemeine Zeitung von einer anderthalbjährigen Studie, in der ein Antikörper bei 2.100 Personen die Alzheimer-Demenz stoppen sollte. Die Hoffnung der amerikanischen Forscher/innen, ein Medikament in Form eines Antikörpers gegen die Demenz gefunden zu haben, zerplatzte allerdings. In dem Artikel wird an die Demenzforschung appelliert, die Grundlagenforschung weiter voranzutreiben, um neue und zielgerichtete Ansätze zur Therapie entwickeln zu können (vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung 2016).

Da zurzeit das Fortschreiten der Symptome einer Demenz durch eine medikamentöse Therapie nur bedingt verzögert, aber nicht geheilt werden kann, liegt das Hauptziel der Behandlung in der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen. Hierfür spielen nicht-medikamentöse Therapien eine wichtige Rolle (BMG 2015).

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) empfiehlt für die Therapie von nicht-kognitiven Störungen ein strukturiertes Vorgehen in drei Schritten: Im ersten Schritt soll eine optimale Versorgung und qualitativ hochwertige Pflege sichergestellt werden, wozu eine gute Organisation und Strukturierung des Tagesablaufs

ebenso zählen wie soziale Interaktionen mit den Menschen mit Demenz sowie eine Stimulierung und Aktivierung der Menschen mit Demenz. Der zweite Schritt beinhaltet die nicht-medikamentösen Interventionen, wie bspw. Training von leichten alltäglichen Fertigkeiten. Wichtig dabei ist, dass diese nicht-medikamentösen Interventionen vor dem Einsatz von Medikamenten genutzt werden. Erst wenn andere Maßnahmen versagt haben, wird eine medikamentöse Behandlung empfohlen (vgl. DEGAM 2008).

„Die Therapie nichtkognitiver Störungen sollte strukturiert nach folgenden 3 Schritten erfolgen (C):

1. Optimale Umgebung und Pflege (Auslöser wie Medikamente, Schmerzen etc. beachten)
2. Nichtmedikamentöse Therapien
3. Medikamentöse Therapie erst als ultima ratio! Bei dem Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung von nicht-kognitiven Störungen und problematischen Verhaltensweisen ist die Indikation nach spätestens drei Monaten zu überprüfen, Ausschleichversuche sollten durchgeführt werden“ (ebd.: 90).

Es gibt verschiedene nicht-medikamentöse Therapien in Form von psychosozialen Interventionen, die sich positiv auf Menschen mit Demenz auswirken können, wie bspw. die Kunst- bzw. Musiktherapie und auch tiergestützte Interventionen etc.

Sowohl aus der Praxis als auch in den Medien gibt es inzwischen viele positive Berichte, wie Tiere dem Menschen behilflich sein können. In den USA werden speziell ausgebildete Hunde, sogenannte „Service Dogs“ für traumatisierte Kriegs-Veteranen eingesetzt, um ihnen im alltäglichen Leben zur Seite zu stehen (vgl. Spiegel Online 2016). In Österreich verhilft ein spezielles Training mit Eseln Spitzensportlern/innen zu mehr Entschlossenheit und Gelassenheit, mit messbar höheren und besseren Leistungen im Wettkampf. Und in Rheinland-Pfalz werden in einer Fachklinik suchtkranke Männer mithilfe von tiergestützten Interventionen therapiert. Mit dem Einsatz von verschiedenen Tieren lernen die Patienten Selbstvertrauen und erwerben neue soziale Kompetenzen (vgl. Forschungskreis Heimtiere in der Gesellschaft 2017 & 2017a).

In Deutschland werden inzwischen pflegebedürftige Senioren/innen in Einrichtungen von verschiedenen Tierarten regelmäßig besucht. Es gibt in den aktuellen Medien und in der Literatur unzählige Beispiele aus der Praxis, bei denen Tiere in einer Art und Weise Menschen helfen. Tiere sind keine Wunderheilmittel und Tiere sind keine Therapeuten/innen, aber Tiere können ihre menschlichen Partner/innen im Rahmen von tiergestützten Interventionen unterstützen und bspw. als sogenannter „Eisbrecher“ für einen Zugang zu den betreuenden Menschen sorgen. Tiere können nicht heilen, aber sie können sich in verschiedenen Bereichen positiv auf den Menschen auswirken.

„Aber Schweine verbindet die ältere Generation heute mit früher“, sagt Daan Vermeulen. Der in Nimwegen in den Niederlanden geborene Physiotherapeut arbeitet und lebt seit 2007 mit dem Hausschwein zusammen. „Gemeinsam versuchen wir, die Bewohner motorisch und geistig aktiv werden zu lassen.“ Und so Erinnerungen zu wecken; einzutauchen in eine Welt, in der es nach Heu duftet, die Hühner im Hof picken und die Schweine im Stall quieken“ (DerWesten 2016).

In Anbetracht der zunehmenden Relevanz von steigenden Demenzerkrankungen, ist es dringend notwendig, dass auf wissenschaftlicher Seite das Thema der nicht-medikamentösen bzw. psychosozialen Interventionen speziell der tiergestützten Interventionen für Menschen mit Demenz nachgegangen wird. Es stellen sich folgende Fragen: Welche Faktoren haben Einfluss auf die Auswirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz, aber auch auf die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen? Welche theoretischen Ansätze, Konzepte und Maßnahmen werden in der Literatur diskutiert? Welche Empfehlungen und Hinweise können für eine Implementierung von tiergestützten Interventionen in der Praxis gegeben werden?

Motivation und Forschungsinteresse

In der „Sozialen Pflegeversicherung“ (SGB XI) ist das Schlagwort „ambulant vor stationär“ zu lesen. Bereits 1996 entstand in Berlin die erste ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz. Inzwischen ist ein Trend in ganz Deutschland hinsichtlich ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in der Pflege- und Betreuungslandschaft deutlich erkennbar.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bisher keine verlässlichen bundesweiten Angaben über die vorhandenen ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Nach Wolf-Ostermann et al. (2012b) wurde Mitte 2012 deutschlandweit die Zahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften auf knapp 1.500 Wohngemeinschaften mit ca. 11.000 Betreuungsplätzen geschätzt. Dabei ist die Entwicklung und Verbreitung der ambulant betreuten Wohngemeinschaften in den Bundesländern unterschiedlich, sodass das Bundesland Berlin den Schwerpunkt auf die Versorgung der Menschen mit Demenz durch ambulant betreute Wohngemeinschaften mit 465 Wohngemeinschaften im Jahr 2012 setzte.

Es handelt sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Pilotstudie. Neu an der vorliegenden Studie ist, dass erstmals das Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in den Blick genommen wird. Bisherige Untersuchungen analysierten die Auswirkungen der tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz u.a. mithilfe von Beobachtungen ausschließlich in stationären Senioreneinrichtungen (vgl. Beckmann 2010, Görres 2006, Wesenberg 2015). Zudem werden die Auswirkungen der regelmäßigen Tierbesuche in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften auch auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Wohngemeinschaften untersucht.

Die Forscherin hat in ihrer bisherigen beruflichen Laufbahn bereits über mehrere Jahre Erfahrungen mit tiergestützten Interventionen bei pflegebedürftigen Senioren/innen und Menschen mit Demenz in stationären Senioreneinrichtungen gemacht. In diesen vielfältigen Begegnungen zwischen Mensch und Tier konnte die Forscherin diverse positive Wirkungen von Tieren auf Senioren/innen und Menschen mit Demenz persönlich miterleben. Aus diesen jahrelangen positiven Erfahrungen und der Tatsache der bestehenden Forschungslücke zum Thema tiergestützte Interventionen und Menschen mit Demenz,

entstand die Motivation und die Idee für die Entwicklung und Umsetzung des vorliegenden Forschungsprojektes.

Ziele und Aufbau der Arbeit

Das primäre Ziel der vorliegenden Arbeit ist die multiprofessionelle Evaluation der Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz. Mithilfe einer vergleichenden Evaluation verschiedener Akteursgruppen werden Erkenntnisse gewonnen, ob tiergestützte Interventionen in Bezug auf soziale und gesundheitliche Parameter bei Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften positive Ergebnisse zeigen und welche Rahmenbedingungen hierfür förderlich sind. Aus den Erkenntnissen werden evidenzgestützte Handlungsempfehlungen für die Umsetzung tiergestützter Interventionen für Menschen mit Demenz erarbeitet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit geben Aufschluss darüber, ob und in welchem Ausmaß der regelmäßige Hundebesuchsdienst für Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, Verbesserungen mit sich bringt. Zudem werden förderliche Rahmenbedingungen für die Implementierung eines regelmäßigen Kontaktes zu Tieren in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz vorgestellt, die ebenfalls für andere Adressaten/innengruppen von Interesse sind.

In der Studie werden die Auswirkungen von tiergestützten Interventionen auf die Menschen mit Demenz sowie auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Wohngemeinschaften untersucht. Die tiergestützten Interventionen finden in Form von regelmäßigen Tierbesuchen statt, die von Ehrenamtlichen gemeinsam mit den eigenen Hunden in den Wohngemeinschaften durchgeführt werden. Die Ehrenamtlichen engagieren sich mit den Tierbesuchen für den Berliner Verein „Leben mit Tieren e.V.“ (vgl. Naber 2016).

In der Studie werden verschiedene Parameter, wie soziale Kontakte und Aktivitäten, Alltagsfähigkeiten (EBI), Lebensqualität (Qualidem), Psychopathologie (NPI), Herausforderndes Verhalten (CMAI) und der Demenzschweregrad (FAST) der Menschen mit Demenz im Rahmen von Fremdeinschätzungen des Pflege- und Betreuungspersonals der Wohngemeinschaften standardisiert zu zwei Erhebungszeitpunkten (6 bzw. 12 Monate nach Beginn der tiergestützten Interventionen) erfasst. Zudem werden nach einem halben Jahr, in dem die ehrenamtlichen Mensch-Hunde-Teams die Bewohner/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften besuchten, vier qualitative Interviews mit Experten/innen geführt. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse werden ausgewertet und zusammengefasst dargestellt.

In der theoretischen Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit werden im Rahmen der ersten drei Kapitel die beiden Themenschwerpunkte „Menschen mit Demenz“ sowie „tiergestützte Interventionen“ - speziell bei Menschen mit Demenz - besprochen.

Das erste Kapitel gibt dem Leser bzw. der Leserin einen Einblick über den demografischen Wandel und die Demenz als Erkrankung des hohen Alters (Kap. 1.1). Hierzu werden die verschiedenen Demenzformen (Kap. 1.2) sowie die unterschiedlich auftretenden kognitiven

(Kap. 1.3.1) und nicht-kognitiven Symptome (Kap. 1.3.2) sowie die herausfordernden Verhaltensweisen (Kap. 1.3.3) der Demenz dargestellt. Anschließend wird die Diagnose und Behandlung von Demenz (Kap. 1.4) aufgezeigt, indem sowohl die medikamentöse Behandlung der Demenz als auch die nicht-medikamentöse Behandlung in Form von psychosozialen Interventionen erläutert werden.

Das zweite Kapitel bespricht die wesentlichen Teile der Pflegeversicherung, die sich speziell auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz auswirken. Dabei wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit (Kap. 2.1) sowie die Angebote zur Unterstützung im Alltag (Kap. 2.2) dargestellt. Darüber hinaus wird das Schlagwort „ambulant vor stationär“ unter Berücksichtigung aktueller Zahlen der Pflegebedürftigkeit in Deutschland genauer betrachtet (Kap. 2.3). Der gesetzliche Rahmen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz wird abschließend erörtert sowie deren Besonderheiten bspw. der selbstbestimmten und trägergesteuerten Wohngemeinschaften für die Betreuung von Menschen mit Demenz herausgearbeitet (Kap. 2.4).

Das dritte Kapitel stellt die unterschiedlichen Begriffe und Definitionen im Rahmen von tiergestützten Interventionen vor (Kap. 3.1). Darauf folgt die Darstellung der Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen und Tieren (Kap. 3.2) sowie die Betrachtung der Partizipation in Verbindung mit Menschen mit Demenz und Tieren aus der Perspektive der Sozialen Arbeit (Kap. 3.3). Weiter wird auf die Besonderheiten der Beziehung zwischen Tieren und alten Menschen eingegangen, die in Senioreneinrichtungen versorgt und betreut werden (Kap. 3.4). Es werden ebenso „tierische“ Alternativen wie bspw. der Einsatz von Tierrobotern besprochen (Kap. 3.4.1) und die speziellen Besonderheiten beim Einsatz von Tieren erläutert (Kap. 3.4.2). Darüber hinaus werden zur Erklärung der Mensch-Tier-Beziehung unterschiedliche theoretische Erklärungsansätze (Kap. 3.5) vorgestellt, wie u.a. die Biophilie-Hypothese, die Du-Evidenz, Ableitungen aus der Bindungstheorie sowie das bio-psycho-soziale Wirkungsgefüge. Anschließend folgt eine Erläuterung der vorgestellten theoretischen Ansätze sowie deren unterschiedlichen Wirkmechanismen in der Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Tieren (Kap. 3.6).

Das vierte Kapitel stellt mithilfe einer durchgeführten Literaturrecherche (Kap. 4.1) den aktuellen Stand der Forschung vor. Dabei liegt der Fokus auf Studien mit der Zielgruppe Menschen mit Demenz. Abschließend werden offene Forschungsfragen für zukünftige Studien besprochen (Kap. 4.2).

Das fünfte Kapitel stellt die Studie der vorliegenden Arbeit vor. Zuerst wird die Kooperation zwischen der Forscherin und dem Berliner Verein „Leben mit Tieren e.V.“ (Kap. 5.1) dargestellt. Daraufhin werden die Fragestellungen und Ziele (Kap. 5.2) sowie das Design (Kap. 5.3) der Studie abgebildet. Beide unterschiedlichen Methoden der Studie werden vorgestellt: die quantitative Befragung der Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaften (Kap. 5.4.1) und die qualitativen Experten/innen-Interviews (Kap. 5.4.2). Anschließend werden diese beiden Studienarme mithilfe des Mixed-Methods-Ansatzes (Kap. 5.4.3) besprochen. Abschließend erläutert die Forscherin den Umgang mit ethischen und

rechtlichen Gesichtspunkten (Kap. 5.5) sowie mit geschlechts- und kulturspezifischen Dimensionen (Kap. 5.6).

Im sechsten Kapitel werden die quantitativen Ergebnisse der Mitarbeiter/innen-Befragungen (Kap. 6.1) sowie die qualitativen Ergebnisse der Experten/innen-Interviews (Kap. 6.2) präsentiert. Darauf folgt die gemeinsame Darstellung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse mithilfe des Mixed-Methods-Ansatzes (Kap. 6.3).

Das siebte Kapitel interpretiert und diskutiert kritisch die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Zusammenhang mit der Literatur und mit anderen Forschungsergebnissen. Zunächst werden die (Arbeits)Hypothese und die Forschungsfragen zusammenfassend beantwortet (Kap. 7.1), worauf eine Diskussion der einzelnen Forschungsfragen folgt (Kap. 7.2). Anschließend werden eine Methodenreflexion und Limitationen (Kap. 7.3), die diese Studie mit sich bringen, besprochen.

Die vorliegende Arbeit schließt mit einem Fazit, Empfehlungen für zukünftige Studien sowie mit förderlichen Rahmenbedingungen für die Implementierung tiergestützter Interventionen in die Praxis ab.

Nach Wißmann (2010) wird die Demenz in der Öffentlichkeit und in den Medien mit negativen und in ihrer Konsequenz mit angsterzeugenden Konnotationen wie bspw. als Gefahr, Epidemie oder Bedrohung verknüpft. Die Autorin der vorliegenden Arbeit nennt sich im Weiteren Forscherin und verwendet den neutralen bzw. nicht negativ konnotierten Begriff „Menschen mit Demenz“.

1 Menschen mit Demenz

Das erste Kapitel gibt einen Überblick über den demografischen Wandel und die Demenz als Erkrankung des Alters. Hierzu werden die verschiedenen Demenzarten sowie die vielfältig auftretenden Symptome der Demenz dargestellt. Das Kapitel schließt mit der Darstellung der medikamentösen Behandlung und nicht-medikamentösen Behandlung im Rahmen von psychosozialen Interventionen ab.

1.1 Demenz und der demografische Wandel

Seit Jahren sinkt die Geburtenrate in Deutschland während die Lebenserwartung der Bevölkerung hingegen steigt: so liegt die Geburtenziffer in Deutschland im Jahr 2012 bei 1,38 Kindern pro Frau. Nach der aktuellen Sterbetafel 2009/2011 werden Männer 77,7 Jahre und Frauen 82,7 Jahre alt, was fast 6 Jahre mehr sind als im Jahr 1970. Insgesamt hat sich in den letzten 100 Jahren der Altersaufbau der Bevölkerung entscheidend verändert. Das Verhältnis zwischen den Altersgruppen wird sich in Zukunft noch weiter verschieben. Besonders ab 2020 werden mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben der geburtenstarken Jahrgänge starke Auswirkungen erwartet (vgl. BMFSFJ 2014).

Nach Messer (2004) leitet sich der Begriff Demenz von dem lateinischen Wort „dementia“ ab, welches „abnehmender Verstand“ beziehungsweise „ohne Verstand“ bedeutet. Damit ist das wesentliche Merkmal von Demenzerkrankungen – nämlich der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit – vorweggenommen (vgl. BMG 2015).

Nach der Definition der ICD-10 ist die Demenz:

„ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (DIMDI 1999: ICD-10, F00-F03).

In Deutschland leben zurzeit etwa 1,6 Millionen Menschen mit Demenz, wovon zwei Drittel von der Alzheimer-Krankheit betroffen sind. Rund 300.000 Neuerkrankungen kommen jährlich hinzu (Inzidenz). Von etwa 1,8 Millionen Menschen mit Demenz bis zum Jahr 2020 und 3 Millionen bis zum Jahr 2050 gehen zurückhaltende Schätzungen aus. Bisher gibt es noch keinen Durchbruch in der Prävention und Therapie - trotz erheblicher Forschungsanstrengungen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels stellt die Versorgung der Betroffenen eine immer größere Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialwesen dar. Zwei Drittel der Menschen mit Demenz werden innerhalb der Familie betreut. Daher ist es wichtig, die entstehenden Belastungen der Pflegenden aufzufangen und offen mit Problemen umzugehen; denn eine Entlastung der Pflegenden geht einher mit der Erhöhung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz (vgl. BMFSFJ 2013, BMG 2015, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014).

Weltweit litten im Jahr 2013 nach gemeinsamen Schätzungen von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Alzheimer`s Diseases International 44,4 Millionen Menschen an einer Demenz. Demnach liegt Deutschland unter allen Nationen nach der Gesamtzahl der Erkrankungen hinter China, den USA, Indien und Japan auf dem fünften Platz. Mit dem Alter steigen die Prävalenzraten enorm an, so dass sich die Krankenziffer im Abstand von ca. fünf Altersjahren verdoppeln. Bspw. sind in der Altersgruppe der 65 bis 69-Jährigen zu 1% an Demenz erkrankt, hingegen bei den über 90-Jährigen rund 40%. Das 80. Lebensjahr haben bereits zwei Drittel der Erkrankten vollendet. Einen starken Unterschied gibt es zwischen den Geschlechtern. Etwa 70% der Frauen erkranken an einer Demenz und nur 30% der Männer. Die unterschiedliche Lebenserwartung ist der Hauptgrund für diese Zahlen, da Frauen eine höhere Lebenserwartung von ca. fünf Jahren haben. Daher sind Frauen oft stark in den höchsten Altersgruppen vertreten, in denen das Krankheitsrisiko enorm zunimmt. Hinzu kommt einerseits, dass Frauen länger mit einer Demenz überleben als Männer und andererseits, dass sie auf den höchsten Altersstufen ein leicht höheres Neuerkrankungsrisiko als Männer haben (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014).

Im Jahr 2015 lebten über 46,8 Millionen Menschen weltweit mit einer Demenz und die Zahl der Erkrankungen wird im Jahr 2050 auf 131,5 Millionen Menschen ansteigen. Aktuell sind weltweit 22,9 Millionen Menschen in Asien, 10,5 Millionen in Europa, 9,4 Millionen in den USA und 4,0 Millionen Menschen in Afrika offiziell an einer Demenz erkrankt (vgl. Alzheimer`s Diseases International 2015).

1.2 Verschiedene Formen der Demenz

Der Oberbegriff „Demenz“ steht heute für rund 50 Krankheiten. Die zwei meist aufkommenden Arten der Demenzen sind die Demenz vom Alzheimer-Typ und die gefäßbedingten (vaskulären) Demenzen. Da die folgenden Ausführungen in weiten Bereichen auf die anderen Demenz-Arten übertragbar sind, sowie eine adäquate Darstellung aller Demenz-Arten im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, geht die Forscherin im weiteren Verlauf der Arbeit speziell auf die Alzheimer-Demenz ein.

Demenzerkrankungen können eine Vielzahl von Ursachen haben: es wird zwischen primären und sekundären Formen unterschieden. Sekundäre Demenzen machen allerdings nur ca. 10% aller Erkrankungen aus und sind Folgeerscheinungen anderer, meist außerhalb des Gehirns angesiedelter Grunderkrankungen wie bspw. Stoffwechselerkrankungen, chronische Vergiftungserscheinungen durch Alkohol oder Medikamente etc.; eine Rückbildung dieser demenziellen Beschwerden ist häufig möglich. Jedoch entfallen 90% auf die primären und in der Regel irreversiblen verlaufenden Demenzen. Die primären Demenzen werden von dem Typ Alzheimer dominiert und ist für rund zwei Drittel aller Demenzerkrankungen verantwortlich. Ungefähr 20% der Betroffenen leiden an vaskulären d.h. gefäßbedingten Demenzen, wobei hier auch von Mischformen ausgegangen wird, an denen wiederum 15% der Betroffenen leiden (vgl. BMG 2015, BMFSFJ o.J.).

Die Alzheimer-Demenz ist eine hirnorganische Krankheit. Das Alter ist der größte Risikofaktor für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz, so dass die Betroffenen nur sehr selten jünger als 60 Jahre alt sind. Der deutsche Neurologe Alois Alzheimer (1864 - 1915) hat diese Krankheit erstmals im Jahr 1906 wissenschaftlich beschrieben, so dass die Krankheit nach ihm benannt wurde. Wie auch in Abbildung 1 ersichtlich, ist die Demenz vom Alzheimer-Typ die häufigste irreversible Form der Demenz. Diese Demenzform ist eine degenerative Krankheit des Gehirns, während im Verlauf die Nervenzellen des Gehirns irreversibel zerstört werden. Das langsam fortschreitende Absterben von Nervenzellen und den Nervenzellkontakten ist kennzeichnend für diese Krankheit. Das Gehirn von Betroffenen ist mit typischen Eiweißablagerungen (Amyloid-Plaques) versehrt. Die Krankheit hat keinen einheitlichen Verlauf und verläuft bei den Betroffenen ganz unterschiedlich (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft o.J., BMG 2015).

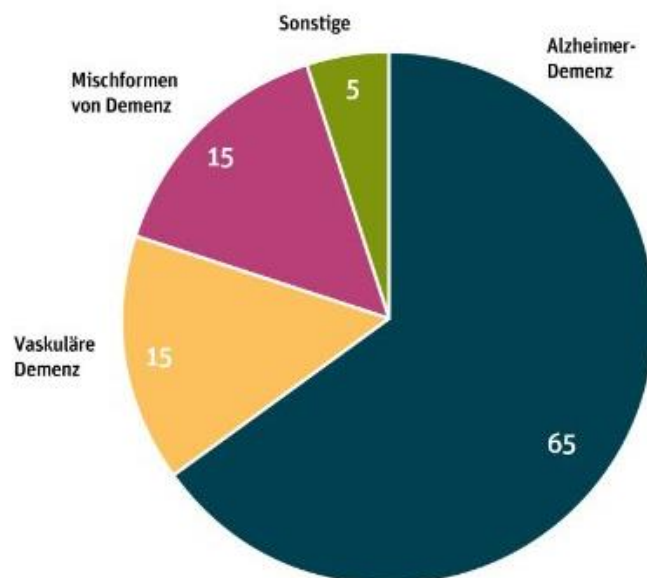


Abbildung 1: Verteilung der Demenz-Arten (vgl. Berlin-Institut 2011)

Die vaskuläre Demenz ist nach der Alzheimer-Demenz die zweithäufigste Demenzart. Eine vaskuläre Demenz entsteht durch Durchblutungsstörungen im Gehirn, die zu einem Absterben von Nervengewebe führen. Wie ausgeprägt die demenzielle Folgeerkrankung ist, hängt von dem Ausmaß der Durchblutungsstörung ab. Die „Multiinfarktdemenz“ ist eine Form der vaskulären Demenz, wo Hirnzellen durch wiederholte kleine Schlaganfälle absterben. Die Symptome sind denen der Demenz vom Typ Alzheimer sehr ähnlich, hinzu kommen jedoch körperliche Beschwerden wie Gefühl von Taubheit, Störungen verschiedener Reflexe sowie Lähmungserscheinungen. Kennzeichen einer vaskulären Demenz sind ein plötzlicher Beginn, eine stufenförmige Verschlechterung und ausgeprägte Schwankungen der Leistungsfähigkeit. Diese Art der Demenz ist ebenfalls nicht heilbar und sollte möglichst früh behandelt werden. Die Hauptursachen für die Erkrankung an einer vaskulären Demenz sind die, die allgemein das Risiko von Gefäßerkrankungen erhöhen,

wie bspw. Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Rauchen etc. Präventiv ist auf eine ausreichende körperliche Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, Verzicht auf Rauchen sowie die Behandlung der vorgenannten Erkrankungen zu achten (vgl. BMG 2015, BMFSFJ o.J.).

1.3 Symptome

Bei einer Demenz treten sowohl kognitive als auch nicht-kognitive Symptome auf. Im Folgenden werden beide Bereiche dargestellt.

1.3.1 Kognitive Symptome

Die Krankheit beginnt mit Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit. Im weiteren Verlauf verschwinden eingeprägte Inhalte des Langzeitgedächtnisses, sodass die Betroffenen zunehmend ihre erworbenen Fähigkeiten verlieren. Neben den Gedächtnis- und Orientierungsstörungen gehören auch Sprachstörungen, Störungen des Denk- und Urteilsvermögens sowie Veränderungen der Persönlichkeit zum Krankheitsbild. Zusätzlich verliert der Mensch durch die Demenz seine Wahrnehmung, sein Verhalten und sein Erleben. Die Störungen sind bei den Betroffenen unterschiedlich stark ausgeprägt und nehmen im Verlauf der Krankheit zu. Die Bewältigung des Alltags wird dadurch immer schwieriger, so dass die Betroffenen zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft o.J., BMG 2015, BMFSFJ o.J.).

Im Verlauf der Demenz verlieren die Betroffenen immer stärker ihre alltäglichen Fähigkeiten. In dem von ProSiegel et al. (1996) entwickelten Erweiterten-Barthel-Index (EBI) werden folgende 16 Bereiche der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeiten sowohl zur kommunikativen als auch zur sozialen Kompetenz differenziert erfasst: Essen und Trinken, Persönliche Pflege, An- und Ausziehen, Baden / Duschen / Körper waschen, Umsteigen aus Rollstuhl in Bett und umgekehrt, Fortbewegung auf ebenem Untergrund, Treppen auf- und absteigen, Benutzung der Toilette, Stuhl- bzw. Harnkontrolle, Verstehen, Verständlichkeit, Soziale Interaktion, Problemlösen, Sehen sowie Gedächtnis / Lernfähigkeit / Orientierung.

Nach dem Bundesministerium für Gesundheit (2015) gibt es im Verlauf der Krankheit drei Stadien mit unterschiedlich ausgeprägten Symptomen, die fließend ineinander übergehen. Bislang sind die Ursachen für die Demenz vom Alzheimer-Typ noch nicht ausreichend erforscht. Jedoch ist eine Reihe von Veränderungen im Gehirn bekannt; es kommt zu einem Absterben von Nervenzellen und ihrer Verbindung untereinander, womit ein Rückgang der Hirnmasse (Hirnatrophie) verbunden ist. Auch werden Eiweißablagerungen (Plaques bzw. Fibrillen) im Gehirn sowie die Verminderung eines für das Gehirn wichtigen Botenstoffs (Acetylcholin) beobachtet (vgl. ebd.).

Erstes Stadium: Die Alzheimer-Demenz beginnt mit einem schleichenden Prozess, der nahezu unbemerkt bleibt. Es treten leichte Gedächtnislücken und Stimmungsschwankungen auf, die Lern- und Reaktionsfähigkeit nimmt ab. Hinzu kommen erste Schwierigkeiten mit der Sprache, in denen die Betroffenen vermehrt einfachere Wörter und kürzere Sätze verwenden, teilweise stocken sie mitten im Satz, da sie „den

Faden verloren haben“. Zusätzlich treten örtliche und zeitliche Orientierungsstörungen auf, die Betroffenen werden antriebsärmer und verweigern sich schließlich gegen jede Form von Neuem. In diesem ersten Stadium registrieren die Betroffenen diese Veränderungen und reagieren daher oft mit Wut, Angst, Beschämung oder Niedergeschlagenheit.

Zweites Stadium: Im Verlauf der Krankheit werden die Symptome so offensichtlich, dass Beruf und Autofahren spätestens jetzt aufgegeben werden müssen. Die Betroffenen sind bei alltäglichen Dingen wie bspw. bei der Nahrungsaufnahme oder Körperpflege zunehmend auf die Hilfe anderer Personen angewiesen. Eine hochgradige Störung des Gedächtnisses liegt in diesem Stadium vor, so können bspw. Verwandte nicht mehr mit Namen benannt werden, das Gefühl für Zeit und Ort geht verloren und die Sprache wird undeutlich und inhaltsleer. Zudem können die Betroffenen ihre Gefühle schlecht kontrollieren, es treten verstärkt plötzliche Stimmungsschwankungen, Aggressionen und Depressionen auf.

Drittes Stadium: In diesem späten Stadium sind die Betroffenen auf die Pflege und Betreuung durch andere Menschen angewiesen. Eine verbale Verständigung ist unmöglich und Familienmitglieder werden nicht mehr erkannt. Hinzu kommen körperliche Symptome wie Gangunsicherheit, Schluckstörungen, vermehrte Krampfanfälle sowie die Inkontinenz von Blase und Darm. Zudem erhöht die Bettlägerigkeit die Infektionsgefahr, daher sterben die Betroffenen häufig an einer Lungenentzündung.

Die letzte Phase der Krankheit ist durch einen aufeinanderfolgenden Zusammenbruch kognitiver Funktionssysteme hinaus über den Verlust der Krankheitseinsicht sowie Selbstständigkeit geprägt. Eine Pflegebedürftigkeit entsteht und es treten zusätzlich psychopathologische Symptome wie Unruhe, Aggressivität, Wahnvorstellungen etc. auf. Häufig kommen neurologische Komplikationen hinzu. Die mittlere Krankheitsdauer der Alzheimer-Demenz beträgt sechs Jahre. Dabei ist die Überlebenszeit nach der Diagnose stark vom Alter bei Beginn der Erkrankung abhängig. Die durchschnittliche Dauer der Demenz liegt bei 5,7 Jahren, wenn der Beginn der Krankheit zwischen dem 65. und 74. Lebensjahr auftritt; jenseits des 85. Lebensjahres beträgt die Krankheitsdauer nur noch 2,8 Jahre. Dabei ist die durchschnittliche Krankheitsdauer bei Frauen um ein Jahr länger als bei Männern (vgl. Jahn et al. 2015, Förstl 2000).

Über die Ursache der Entstehung der Krankheit geben die beschriebenen Veränderungen jedoch keine Auskunft. Deshalb ist nach dem Bundesministerium für Gesundheit (2015) die Suche nach sogenannten Risikofaktoren ein wichtiger Ansatz in der Forschung. Bei der Entstehung von Alzheimer spielen genetische Faktoren eine untergeordnete Rolle. Demnach erhöht sich das Risiko nur gering bei einer bestehenden Demenzerkrankung von Verwandten ersten Grades; auch nach schweren Kopfverletzungen ist das Risiko zu erkranken etwas höher. Dagegen wirkt sich positiv geistige Aktivität aus, wonach intellektuell tätige Menschen seltener an der Alzheimer-Demenz erkranken als Personen, die wenig geistig aktiv sind. Hinzu kommt als Hauptrisikofaktor das Alter; demnach sind weniger als 3% in der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen an einer Alzheimer-Demenz

erkrankt, wohingegen im Alter von 80 Jahren ca. jede fünfte Person und mit 90 Jahren jede dritte Person betroffen ist.

Bei 60 bis 80% der Betroffenen erfolgt die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung mit fortgeschrittenem Stadium der Krankheit. Häufig sind die schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten, die mit dem Verlauf der Demenz oft einhergehen, die Ursache hierfür. Zurzeit werden in Deutschland ca. 500.000 Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen versorgt, dabei beträgt die durchschnittliche Betreuungszeit zwei bis drei Jahre. Sekundäre Komplikationen der Bettlägerigkeit wie Entzündungen, Lungenembolien o.ä. sind die häufigsten Todesursachen (vgl. Bickel 2012, Jahn et al. 2015, Bartholomeyczik 2013).

1.3.2 Nicht-kognitive Symptome

Nach Lawlor (2002) fungiert in der angloamerikanischen Literatur „behavioural and psychological symptoms in dementia“ (BPSD) als Überbegriff für eine Reihe von nicht-kognitiven Symptomen und Verhaltensweisen, die bei einer Demenz auftreten.

“Behavioural and psychological symptoms in dementia is an umbrella term that embraces a heterogeneous group of non-cognitive symptoms and behaviours that occur in people with dementia” (ebd.: 463).

In dem von Cummings et al. (1994) entwickelten Neuropsychiatrischen Inventar (NPI) werden die folgenden zwölf spezifischen nicht-kognitiven Auffälligkeiten, die bei einer Demenz auftreten können, differenziert erfasst: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung / Aggression, Depression / Dysphorie, Angst, Euphorie / Hochstimmung, Apathie / Gleichgültigkeit, Enthemmung, Reizbarkeit / Labilität, abweichendes motorisches Verhalten, Verhalten in der Nacht sowie Veränderungen des Appetits und des Essverhaltens.

1.3.3 Herausfordernde Verhaltensweisen

Die Folgen der Demenz sind nicht nur kognitive Beeinträchtigungen in Form von Kontrollverlust und die abnehmende Fähigkeit, mit den Mitmenschen eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen. Im Laufe der Demenz zeigen fast alle Betroffenen ein oft unverständliches Verhalten, wie bspw. Aggressivität, Unruhe, Apathie, ständiges Rufen oder Schreien, zielloses Umherwandern etc. Diese Verhaltensweisen bereiten oft nicht nur den Menschen mit Demenz selbst, sondern auch ihren Angehörigen und dem weiteren Umfeld Schwierigkeiten. Es gibt vielschichtige Folgen, Angehörige wie auch professionelle Pflegekräfte fühlen sich überfordert, wodurch es auch zu Gewalt kommen kann. Das generelle Risiko von Stürzen und Verletzungen nimmt zu. Daher werden diese Verhaltensweisen oft medikamentös behandelt; die Zahl der verschriebenen Medikamente sowie die Dosierung ihrer Wirkstoffe steigen, wodurch wiederum unerwünschte Nebenwirkungen zunehmen (vgl. Bartholomeyczik et al. 2013).

Bartholomeyczik et al. (2013) geben zu bedenken, dass diese Verhaltensweisen eines Menschen auch als problematisch angesehen werden, ist vor allem von der subjektiven Bewertung des Betrachters abhängig, der vielleicht bedrängt wird oder sich unangenehm

angesprochen fühlt. Dabei spielt anfangs die Perspektive des Menschen mit Demenz keine besondere Rolle (vgl. ebd.).

Nach Halek und Bartholomeyczik (2006) werden die bereits beschriebenen Verhaltensweisen meistens als belastend für professionelle Pflegefachkräfte sowie für das gesamte Umfeld empfunden. Oft sind diese Verhaltensweisen nur schwer vorhersehbar, da die Häufigkeit, Dauer und Intensität des Auftretens stark variieren. Diese Art der Unvorhersehbarkeit belastet die Situation zusätzlich und erfordert einen flexiblen und kreativen Umgang mit den Betroffenen. Im deutschsprachigen Raum wird häufig von „Verhaltensauffälligkeiten oder –störungen“ gesprochen. Diese Bezeichnungen erfordern jedoch eine Definition, was als „normales und gestörtes Verhalten“ gilt. Diese Begriffe legen demnach den Fokus darauf, was der Mensch mit Demenz tut und ob dies als normal oder abweichend bewertet wird. Eine andere Perspektive eröffnet der Begriff „herausforderndes Verhalten“, wie er im englischsprachigen Raum auch als „challenging behaviour“ verwendet wird. Demnach wird die Reaktion der Umgebung in den Mittelpunkt gelegt. Das Verhalten eines Menschen wird erst dann „herausfordernd“, wenn Menschen aus der Umgebung darauf reagieren.

„Probleme im Umgang mit Bewohnerinnen werden in einigen Studien maßgeblich für eine hohe Belastung des Pflegepersonals verantwortlich gemacht. Dabei spielt der Umgang mit Menschen mit Demenz eine herausragende Rolle“ (ebd.: 9).

In diesem Verständnis stellen die im Jahre 2006 in Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit veröffentlichten „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ eine Wende innerhalb Deutschlands dar. Auch hier wurde dafür plädiert die bis dahin verwendeten Begriffe wie Verhaltensstörungen oder Verhaltensprobleme durch den aus der britischen Behindertenpädagogik stammenden Terminus des „herausfordernden Verhaltens“ bzw. „challenging behaviour“ zu ersetzen. Damit trugen die Empfehlungen einem in den vorausgegangenen Jahren deutlich werdenden Paradigmenwechsel in der professionellen Pflege Rechnung und zwar der Abkehr von einem rein medizinischen Verständnis von Demenz hin zu einem bio-psycho-sozialen Verständnis herausfordernder Verhaltensweisen (vgl. Bartholomeyczik et al. 2013, Halek et al. 2010).

Dieser Begriff impliziert eher eine psychosoziale Perspektive sowie geht von intrinsischen wie extrinsischen Faktoren als Ursachen der herausfordernden Verhaltensweisen Betroffener aus. Daher enthält diese Bezeichnung keine negative Bedeutung oder Zuschreibung und verlagert die Ursache verstärkt in einen interpersonellen Kontext. Der Fokus wird dabei auf diejenigen Personen gelegt, wie bspw. Angehörige, Pflegekräfte, Mitbewohner/innen etc., die sich durch die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz herausgefordert fühlen. Dieselbe Verhaltensweise kann in dem einen Kontext für Pflegekräfte eine Herausforderung darstellen, in anderen Zusammenhängen wiederum nicht. Bspw. kann sich das Bedürfnis des Herumwanderns eines Menschen mit Demenz je nach baulicher und gestalteter Umgebung ganz verschieden darstellen (vgl. BMG 2006).

Um diesen erweiterten Blickwinkel Rechnung zu tragen, wird in der vorliegenden Arbeit der vorrangig nicht negativ konnotierte Begriff „herausfordernde Verhaltensweisen“ zur Bezeichnung der beschriebenen demenzassoziierten Besonderheiten des Verhaltens von Menschen mit Demenz verwendet.

Nach Bartholomeyczik et al. (2013) gilt im europäischen Forschungskontext die positive Veränderung des herausfordernden Verhaltens als klares Ergebnis einer psychosozialen Intervention. Es geht dabei nicht nur um die Abschaffung oder Minderung bestimmter Reaktionen.

„Im Zentrum steht die Möglichkeit, den Alltag eines Demenzkranken so zu gestalten, dass er sich wohl fühlen kann. Hierzu jedoch bedarf es der Kenntnis über die Ursachen und Auslöser seines Verhaltens“ (ebd.: 26).

Dieser Interpretationsprozess wird in den Rahmenempfehlungen als „Verstehende Diagnostik“ bezeichnet. Dabei wird versucht nachzuvollziehen, weshalb sich eine Person dementsprechend verhält und zieht zum Verständnis die Lebensumstände und das Geflecht der Beziehungen aller beteiligten Personen mit in Betracht. Die Ursachen für die Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz können äußerst vielfältig sein und es ist besonders schwierig, wenn der Mensch sich nicht verbal verständlich machen kann. Daher wird in den Rahmenempfehlungen das bedürfnisorientierte demenzbezogene Verhaltensmodell genannt NDB-Modell (need driven dementia compromised behaviour model) vorgeschlagen, welches in Nordamerika auf Basis von vielfältigen Studien entwickelt wurde. Mit diesem NDB-Modell (vgl. Abbildung 2) kann das Verhalten von Menschen mit Demenz mit zwei Arten von Faktoren erklärt werden. Auf der einen Seite gibt es die Hintergrundfaktoren, die zwar durch Interventionen kaum beeinflusst werden können, jedoch aber die Risiken beschreiben. Hierzu gehören die physischen und kognitiven Fähigkeiten, biographische Ereignisse bzw. Entwicklungen sowie Persönlichkeitsmerkmale oder frühere Formen der Stressbewältigung. Auf der anderen Seite gibt es die direkten Faktoren, die eher beeinflusst werden können, um das herausfordernde Verhalten zu verändern. Hierzu gehören physiologische Bedürfnisse wie Hunger, Schmerz und Durst, Schlafstörungen und psychosoziale Bedürfnisse, wie auch Umgebungsreize bspw. Licht und Geräusche. Zusätzlich spielen die soziale Umgebung wie bspw. die Kontinuität der Pflegefachkräfte und die räumliche Atmosphäre eine Rolle (vgl. BMG 2006, ebd.).

„Der Ansatz der verstehenden Diagnostik stellt eine standardisierte Anwendung psychosozialer Interventionen infrage, da diese nur dann effektiv sein können, wenn sie den individuellen Einschränkungen, Ressourcen, Interessen und Vorlieben der betroffenen Person entsprechen. Zum Beispiel können Menschen auf eine „Hundetherapie“ nur dann positiv reagieren, wenn sie nicht ihr Leben lang Angst vor Hunden hatten“ (Bartholomeyczik et al. 2013: 28).

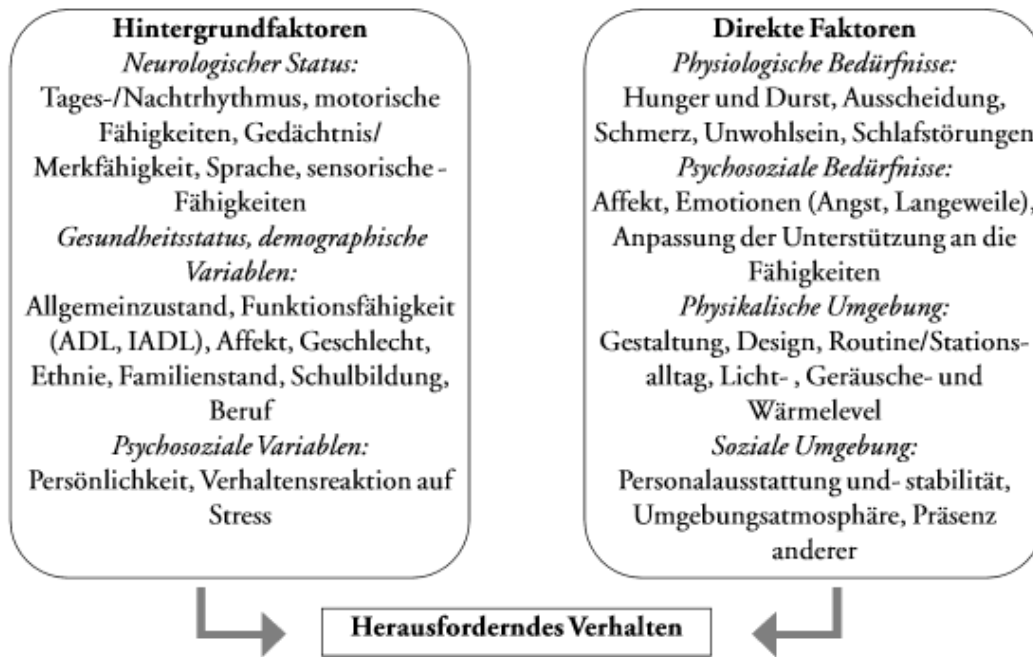


Abbildung 2: Das NDB-Modell (vgl. Halek et al. 2006, BMG 2006, Bartholomeyczik et al. 2013)

Das nächste Unterkapitel stellt die medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung der Demenz dar.

1.4 Diagnose und Behandlung

Nach derzeitigem Stand ist die Alzheimer-Demenz nicht heilbar, aber behandelbar. Deshalb ist eine frühzeitige Erkennung und Diagnose der Krankheit wichtig, denn umso länger lässt sich in der Regel der Verlauf der Krankheit verzögern. Durch den meist schleichenden Beginn der meisten Demenzerkrankungen werden Defizite und auffällige Verhaltensweisen der Betroffenen oft erst im Nachhinein als erste Symptome erkannt. Um eine rechtzeitige Behandlung gewährleisten zu können, ist es ausgesprochen wichtig, dass die Erkrankung an einer Demenz möglichst frühzeitig diagnostiziert wird. Reversible Demenzen, die nur einen kleinen Teil der demenziellen Erkrankungen ausmachen, können durch Behandlungen wesentlich gebessert werden. Bei den irreversiblen Formen, wie der Alzheimer-Demenz, ermöglicht eine frühzeitige Diagnose den Betroffenen und Angehörigen, sich mit der Krankheit und den Folgen auseinanderzusetzen, bevor diese Fähigkeit verloren geht. Daher ist es wichtig, dass Angehörige beim Auftreten der Symptome, diese nicht verdrängen, sondern sich aktiv mit deren Auftreten auseinandersetzen (vgl. BMG 2015, BMFSFJ o.J.).

Ab einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 wird eine Schwerbehinderung anerkannt. Der GdB fasst alle körperlichen, seelischen und/oder geistigen Beeinträchtigungen eines Menschen zusammen, die sich auf das alltägliche Leben auswirken. Diese Beeinträchtigungen müssen zur Anerkennung mindestens ein halbes Jahr dauerhaft vorhanden sein. Nach Döbele und Schmidt (2014) zeigen Menschen mit Demenz insbesondere Beeinträchtigungen in allen Bereichen des täglichen Lebens, so dass sie ständig auf die Anleitung und Begleitung von anderen Menschen angewiesen sind.

Daher raten die beiden Autorinnen, dass eine Antragstellung und Beurteilung des Schwerbehindertenstatus spätestens im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium erfolgen soll. Oftmals wird dieser Status anerkannt und bringt eine Reihe von finanziellen und praktischen Vorteilen mit sich, wie bspw. Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr, Befreiung von der Rundfunkgebühr, ggf. Befreiung von der KfZ-Steuer sowie andere steuerliche Vergünstigungen (vgl. ebd.).

Derzeit ist für die Mehrzahl der Demenzerkrankungen eine Therapie zur Heilung nicht möglich. Das Hauptziel der Behandlung bleibt deshalb die Lebensqualität der Betroffenen und Angehörigen zu verbessern. Das Fortschreiten der Symptome können Medikamente zwar verzögern, jedoch können sie nach heutiger Sicht den Krankheitsprozess nicht zum Stillstand bringen. Für die Linderung von Beschwerden sowie die Verbesserung der Lebensqualität spielen nicht-medikamentöse Therapieverfahren eine wichtige Rolle. Eine Psychotherapie zur Bewältigung der Diagnose kann im ersten Stadium der Krankheit sinnvoll sein. Viele Behandlungen bzw. Therapien zielen darauf ab, einerseits die verbliebenen Fähigkeiten der Betroffenen zu trainieren und andererseits ihr Selbstgefühl zu stärken. Bei diesen Maßnahmen ist es wichtig, dass sie sich an den vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren, ihre lebensgeschichtliche Vergangenheit berücksichtigen und dass jeglicher Leistungsdruck vermieden wird. Durch die Demenz sind die Betroffenen immer weniger in der Lage, sich ihrer Umgebung anzupassen oder ihren Alltag bewusst zu gestalten. Daher hängt ihr Wohlbefinden zu großen Teilen davon ab, wie sich ihre Umgebung auf ihre Beeinträchtigungen einstellt (vgl. BMG 2015).

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) haben zusammen in Deutschland 2009 in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft sowie in Abstimmung mit weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Organisationen und Berufsverbänden die hochqualitative S3-Leitlinie „Demenzen“ entwickelt, in der wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Handlungsempfehlungen zur Behandlung von Menschen mit Demenz zur Verfügung stehen. Demnach umfasst die Therapie bei Demenzen zum einen die medikamentöse Behandlung und zum anderen die psychosozialen Interventionen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Beide Seiten sollten in einem Gesamtbehandlungsplan integriert sein (vgl. DGPPN und DGN 2015).

Trotz enormer Investitionen in die medikamentöse Forschung in den letzten Jahren ist eine medikamentöse, über die Behandlung der Symptomatik von Demenzen hinausgehende Therapie, bisher nicht in Sicht. Dementsprechend sind nicht-medikamentöse Behandlungsansätze für die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und für die Pflegenden von besonderer Relevanz. Diese Ansätze haben keine „heilende“ Wirkung, jedoch können sie zu einer längeren Erhaltung und auch zu einer Verzögerung des Rückgangs gefährdeter Funktionen beitragen. In einem Literaturreview untersuchte Frau Prof. Dr. Weidekamp-Maicher (2013) insgesamt 51 Interventions- und Längsschnittstudien. Grundsätzlich haben

nicht-medikamentöse Interventionen ein großes Potenzial, die Lebensqualität der Menschen mit Demenz zu verbessern. Der überwiegende Teil der untersuchten Maßnahmen hatte einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der Betroffenen.

„Als grundlegend fundiert kann inzwischen die Wirkung sog. integrierter Frühintervention im frühen Stadium der Erkrankung sowie verschiedener Formen der Aktivierung (soziale Aktivierung, Freizeitaktivierung) in späteren Stadien der Erkrankung gelten“ (ebd.: 143).

Im Jahr 2008 wurde die erste hausärztliche Leitlinie Demenz von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) verabschiedet, die sich stärker auf das zu gestaltende Umfeld der Menschen mit Demenz als auf symptomorientierte Medikamente bezieht. In der Leitlinie wird die Diagnostik der Demenz beschrieben und gibt zudem Ratschläge zu Gesprächsführung, Aufklärung und Patientenverfügung. Außerdem werden im Therapieteil der Leitlinie allgemeine Aspekte wie Betreuung, Wohnraumgestaltung und Mobilisierung einer medikamentösen Therapie bevorzugt behandelt (vgl. Bartholomeyczik et al. 2013, DEGAM 2008).

„Eine Kausaltherapie der Alzheimer oder vaskulären Demenz existiert nicht. Ziele sollten deshalb eine Verzögerung der Progression und die Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten und Angehörigen sein. Dazu eignet sich ein multimodales Behandlungskonzept auf drei Ebenen (C):

- Gestaltung des Umfeldes, Betreuung und Pflege
- Nichtmedikamentöse Therapien
- Medikamentöse Therapie“ (DEGAM 2008: 51).

1.4.1 Medikamentöse Behandlung

Nicht nur für Angehörige und Pflegefachkräfte, sondern auch für Ärzte ist die Betreuung von Menschen mit Demenz eine besondere Herausforderung. Insbesondere weil die Betroffenen häufig Schwierigkeiten haben, ihre Symptome wie bspw. Schmerzen zu beschreiben und sie altersbedingt oftmals gleichzeitig unter mehreren chronischen Krankheiten leiden. In der Diagnostik und Therapie müssen deren Wechselwirkungen unbedingt berücksichtigt werden, welches wiederum spezielles Wissen der behandelnden Ärzte erfordert. Im Jahr 2009 kritisierte der „Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ (MDS) mit seiner „Grundsatzstellungnahme zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen“ die Versorgungspraxis vom Umgang mit Menschen mit Demenz. Demnach werden häufig Psychopharmaka – besonders Neuroleptika – eingesetzt, um Zustände der Unruhe und Anspannung zu mildern. Jedoch haben viele dieser Medikamente schwerwiegende Nebenwirkungen, weshalb sie nur mit großer Sorgfalt und möglichst zeitlich befristet verabreicht werden sollen und das auch nur dann, wenn andere Maßnahmen keinen Erfolg zur Behandlung dieser Zustände gezeigt haben (vgl. Bartholomeyczik 2013, MDS 2009).

Die medikamentöse Behandlung von Menschen mit einer Alzheimer-Demenz setzt unter anderem bei der Verminderung des Botenstoffs Acetylcholin im Gehirn der Patient/innen an. Dafür werden Medikamente zum Hemmen des Enzyms eingesetzt, das für den natürlichen Abbau von Acetylcholin sorgt. Bei einem Teil der Betroffenen führen

entsprechende Medikamente zu einer Verbesserung des Gedächtnisses und der Konzentrationsfähigkeit. Teilweise können sie auch das Fortschreiten der Krankheitssymptome verzögern. Darüber hinaus existieren verschiedene Medikamente, mit denen Begleitsymptome von Demenzen wie bspw. Unruhe, Sinnestäuschungen, Angst oder Schlafstörungen gemindert werden können. Diese Medikamente sollten wegen der Vielzahl von unerwünschten Nebenwirkungen möglichst sparsam und nur so lange eingesetzt werden wie unbedingt nötig. Allgemein sollte die medikamentöse Behandlung immer durch Ärzte erfolgen, die mit Nervenerkrankungen im Alter vertraut sind (vgl. BMG 2015).

Grundsätzlich ist in der medikamentösen Behandlung von Demenzen nach Jahn et al. (2015) zwischen zwei Arten der Behandlung zu unterscheiden. Zuerst die Medikamente, die auf die Unterstützung der kognitiven Funktionen abzielen wie bspw. die Verbesserung der Hirnleistung. Und den Medikamenten, die zur Behandlung der Begleiterscheinungen wie bspw. Depression oder andere psychische bzw. verhaltensbezogene Symptome eingesetzt werden. In der medikamentösen Behandlung werden drei verschiedene Medikamente eingesetzt: Antidementiva, Antidepressiva sowie Neuroleptika.

Zu der Gruppe der Antidementiva gehören Medikamente, die die cholinerge und glutamaterge Neurotransmission optimieren. Für Menschen mit einer leichten bzw. mittelschweren Alzheimer-Demenz sind in Europa Acetylcholinesterase-Hemmer zugelassen. Durch sie wird die Aktivität des Enzyms, welches Acetylcholin abbaut, reduziert und erhöht somit indirekt die verfügbare Menge dieses Neurotransmitters im synaptischen Spalt. Für Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz ist das Medikament Memantin zugelassen, welches vor allem die glutamaterge Neurotransmission moduliert. Eine verlangsamte Verschlechterung um mehrere Monate von kognitiven Funktionen und Alltagsfunktionen gelingt durch beide Medikamente.

Menschen mit Demenz, die gleichzeitig unter depressiven Symptomen leiden, werden mit Antidepressiva wie Serotonin-Wiederaufnahmehemmern oder kombinierten Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern behandelt. Verschreibungen von Antidepressiva sind weit verbreitet. Lange Zeit galten Antidepressiva als unbedenklich und wurden bei Menschen mit einer Alzheimer-Demenz in gleicher Weise empfohlen wie bei gesunden älteren Menschen mit einer Depression. In den letzten Jahren wurde diese Verfahrensweise jedoch durch mehrere Studien vermehrt in Frage gestellt: unerwünschte Nebenwirkungen wie bspw. eine erhöhte Neigung zu Stürzen mit Verletzungsfolge durch antidepressiver Medikation wurde festgestellt.

Bei Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz werden Neuroleptika zur Behandlung von Begleiterscheinungen verschrieben. Dabei gibt es sowohl erwünschte als auch unerwünschte Wirkungen auf Menschen mit Demenz. Sie reduzieren bei Behandlungszeiträumen bis zu drei Monaten einerseits aggressives Verhalten und Wahnvorstellungen, erhöhen aber andererseits die Mortalität auf das 1,5- bis 1,8-Fache im Vergleich zu unbehandelten Betroffenen. Nur mit einer Ausnahme – Risperidon - sind

Neuroleptika nicht speziell für Menschen mit Demenz zugelassen. Das Hauptargument für ihre Verschreibung ist die verminderte Belastung von Pflegekräften. Besonders die Langzeitbehandlung mit Neuroleptika wird kritisch diskutiert, da neben der erhöhten Mortalität vermehrt Schläfrigkeit, Verwirrheitszustände sowie kardiovaskuläre Nebenwirkungen auftreten (vgl. ebd.).

„Insbesondere anticholinerge (z.B. trizyklische Antidepressiva und Neuroleptika, Antihistaminika, antimuskarine Substanzen) oder sedierende Pharmaka (z.B. Benzodiazepine) oder Medikamente mit stark blutdrucksenkenden Eigenschaften können beim älteren Menschen erhebliche kognitive Störungen auslösen. Auch Ernährungsmangelzustände (u.a. Vitamin-B12-Mangel) und Dehydrierung gehen häufig mit einer Demenz einher. Erst nach Ursachenforschung und nach pharmakologischen Behandlung von Grunderkrankungen, die die kognitive Leistung von Patienten mit Demenz negativ beeinflussen können, sollte eine pharmakologische antidementive Behandlung beginnen“ (Jessen 2014).

1.4.2 Psychosoziale Interventionen

In der S3-Leitlinie „Demenzen“, im Jahr 2009 herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) werden diverse psychosoziale Interventionen beschrieben und bezüglich ihrer Eignung für die Behandlung von Menschen mit Demenz analysiert sowie diskutiert. Im August 2015 wurde die erste Revision der Leitlinie veröffentlicht (vgl. ebd., Wesenberg 2015).

„Soweit es die klinische Situation erlaubt, sollten alle verfügbaren und einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden, bevor eine pharmakologische Intervention in Erwägung gezogen wird“ (ebd.: 30).

Nach den beiden Gesellschaften (2015) sind ein zentraler und notwendiger Bestandteil in der Betreuung von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen die psychosozialen Interventionen. Die Ansätze und Ziele von Interventionen sind wesentlich vielfältiger als die der medikamentösen Therapien. Jedoch ist die Qualität dieser Studien aus methodischen Gründen oft geringer als bei medikamentösen Untersuchungen.

„Ursächlich hierfür sind methodische Schwierigkeiten (z.B. Verblindung) und auch eine geringere systematische Finanzierung von Studien, wie sie durch die Industrie auf Seiten der pharmakologischen Behandlung geleistet wird. Allerdings sind seit der Erstausgabe dieser Leitlinie Studien mit zunehmend hoher Qualität erschienen. Die methodischen Verbesserungen betreffen u.a. verbesserte Kontrollbedingungen, verblindetes Erfassen von Endpunkten durch unabhängige Beobachter und größere Fallzahlen“ (DGPPN und DGN.: 84).

In der S3-Leitlinie werden folgende verschiedene Interventionen vorgestellt. Kognitive Verfahren sind Interventionen, mit denen kognitive Funktionen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache etc. aktiviert werden sollen. Dabei gibt es keine allgemeingültige Differenzierung zwischen den verschiedenen Verfahren, jedoch werden die kognitiven Funktionen in fünf Unterformen unterteilt: kognitives Training, kognitive Stimulation, kognitive Rehabilitation, Realitätsorientierung sowie autobiographische Arbeit.

Die Ergotherapie dient zur Verbesserung und Stützung von Alltagsfunktionen sowie zur Handlungsfähigkeit. Das Ziel dabei ist die Verbesserung von Teilhabe und Lebensqualität im individuellen Alltag und Lebenskontext. Sie ist unter Einbeziehung der Bezugspersonen

bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz zu empfehlen. Mit körperlichem Training sollen die Betroffenen zu mehr Beweglichkeit und Balance gelangen.

Künstlerische Therapien wie bspw. Musik-, Tanz-, Kunst- oder Theatertherapie nutzen in der therapeutischen Interaktion nonverbale und prozedurale Kommunikation. Durch die Stimulation von visueller, auditiver und taktiler Wahrnehmung, Konzentration und Orientierung soll über (non)verbale Aktivität sowohl die kommunikative als auch soziale Kompetenz gefördert werden. Besonders musiktherapeutische Interventionen können sich positiv auf herausfordernde Verhaltensweisen wie Agitiertheit oder Aggressivität auswirken. Aufgrund von fehlenden Studien kann die Wirksamkeit von Tanz- oder Kunsttherapien nicht beurteilt werden (vgl. ebd.).

Die sensorischen Verfahren, wie bspw. Aroma- und Lichttherapie, Massagen/Berührung oder Snoezelen sind besonders für Menschen mit Demenz wichtig, die in ihrer verbalen Kommunikation durch die Demenz beeinträchtigt sind. Bei diesen Verfahren wird unmittelbar das sensorische Empfinden der Betroffenen angesprochen. Allerdings ist bei den sensorischen Interventionen auf das individuelle Bedürfnis nach Privatsphäre und Distanz des Betroffenen zu achten. Während für die Wirksamkeit von Lichttherapie bislang keine ausreichenden Hinweise auf einen therapeutischen Effekt vorliegen, können Berührungen auf Menschen mit Demenz beruhigend wirken. Zusätzlich zu den verschiedenen Interventionen empfiehlt die S3-Leitlinie die Durchführung von angehörigebasierten Verfahren, mit dem Ziel die Situation der Menschen mit Demenz zu verbessern. Darüber hinaus gibt die Leitlinie weitere Empfehlungen für den Einsatz von psychosozialen Interventionen bei speziellen Indikationen. Demnach werden spezielle Indikationen vorgestellt wie bspw. psychosoziale Interventionen bei Verhaltenssymptomen, zur Behandlung von Depression, bei agitiertem Verhalten, sowohl zur Behandlung eines erhöhten Bewegungsdrangs des sogenannten „Wandering“ und von Schluckstörungen als auch zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme und des Schlafrhythmus. Abschließend wird auf den Schutz der Gesundheit von pflegenden Angehörigen und speziell auf die Reduktion von psychischer Belastung hingewiesen (vgl. DGPPN und DGN 2015).

Nach Vasse et al. (2012) wird die britische Leitlinie des National Institut for Clinical Excellence und des Social Care Institute for Excellence (NICE-SCIE-Guideline) als die qualitativ hochwertigste multidisziplinäre Leitlinie im EU-Vergleich bewertet. In der deutschen S3-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit Demenz werden viele Empfehlungen aus der britischen Konsensus Leitlinie adaptiert. Viele Empfehlungen von effektiven psychosozialen Interventionen werden in der S3-Leitlinie behandelt, jedoch gestattet sich die britische Leitlinie bei einzelnen Ansätzen einen weiteren Blick. Beispielsweise werden dort ausdrücklich tiergestützte Interventionen als eine wirksame Behandlungsweise für Menschen mit Demenz aufgeführt. Besonders für Betroffene, die neben der Demenz auch an Agitiertheit, Angst und/oder Depression leiden, werden tiergestützte Interventionen empfohlen. Vor allem bei Menschen mit schwerer Demenz können tiergestützte Interventionen eine wertvolle Alternative zur Gesprächstherapie sein (vgl. NICE & SCIE 2007, ebd., Wesenberg 2015).

“Although ‘talking treatments’ that rely on verbal language and skills may be available, the impairment of verbal ability by dementia raises the possibility of also using non-verbal approaches such as music or art, and animal assisted therapy. [...] Animal-assisted therapy (‘ pet-assisted therapy’) involves the use of companion animals to improve mood and well-being while providing an extra avenue for social interaction. Its current use is variable, though fairly widespread in both health and social care settings” (ebd.: 231).

2. Die Pflegeversicherung und Versorgungsformen

Im zweiten Kapitel werden Teile der Pflegeversicherung dargestellt, die sich speziell auf die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz auswirken. Zu Beginn werden die Begriffe Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit dargestellt. Darüber hinaus wird der gesetzliche Rahmen der ambulanten Versorgungsformen in Form von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz erläutert sowie deren Besonderheiten für die individuelle Betreuung von Menschen mit Demenz herausgearbeitet.

2.1 Pflegebedürftigkeit

Seit 1994 sichert die Pflegeversicherung einen Teil der Risiken bzw. Folgen der Pflegebedürftigkeit ab. Das Pflegeversicherungsgesetz (Sozialgesetzbuch XI – SGB XI) regelt, was der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes bedeutet und unter welchen Voraussetzungen Leistungen gewährt werden. Eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI bedeutet:

„(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen. (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien“ (§14 SGB XI 2016).

Die genannten „gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ können folgende sechs Bereiche betreffen:

1. Mobilität
2. Kommunikative und kognitive Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (vgl. ebd.)

Um bspw. die Pflegestufe I zu erhalten, muss ein täglicher Hilfebedarf von insgesamt 90 Minuten erforderlich sein, wobei sich davon 46 Minuten täglich auf die sogenannte Grundpflege (Bereiche eins bis drei) beziehen müssen. Die Pflegestufe II beinhaltet insgesamt drei Stunden Zeitaufwand, davon mindestens zwei Stunden Grundpflege. Und die Pflegestufe III beinhaltet mindestens fünf Stunden des täglichen Hilfebedarfs, wovon mindestens vier Stunden zur Grundpflege genutzt werden. Da zu Beginn das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung nur die Pflegestufen I bis III umfasste, ohne auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einzugehen, kritisierten die Experten/innen vielfach: aufgrund der Demenz entsteht häufig ein quantitativ erheblicher Zeitaufwand, der aber qualitativ außerhalb der Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes

liegt. Daher existieren zurzeit mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und den §§ 123 und 124 SGB XI Übergangsregelungen. Der aktuell noch angewendete Begriff der Pflegebedürftigkeit sowie das Leistungsspektrum werden reformiert und es sind mittelfristig grundlegende Änderungen zu erwarten, die speziell Menschen mit Demenz betreffen (vgl. Philipp-Metzen 2015).

Drei Pflegestärkungsgesetze (PSG), die zum 1. Januar 2016 und zum 1. Januar 2017 in zwei Etappen in Kraft traten, sollen die Hilfe für Pflegebedürftige und deren Angehörigen deutlich verbessern. Die Definition der Pflegebedürftigkeit wurde dahingehend verändert, dass nicht mehr ausschließlich körperlich bedingte Einschränkungen ausschlaggebend bei der Einschätzung eines Pflegebedarfs sind, sondern geistig und psychisch bedingte Einschränkungen der Selbstständigkeit gleichrangig berücksichtigt werden. Somit erhalten alle Pflegebedürftige einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen, unabhängig von dem Vorliegen körperlicher Einschränkungen oder einer Demenz. Vor allem für Menschen mit Demenz bedeutet dies eine wesentliche Verbesserung im Vergleich zum bisherigen Recht. Die Einstufung erfolgt nicht mehr in drei Pflegestufen, sondern in fünf Pflegegraden (Pflegegrad 2 – 5). Dabei ist die Höhe der Leistungen, die für die Versorgung zur Verfügung stehen, vom Pflegegrad abhängig. Die Pflegebedürftigen können nach Bedarf aus verschiedenen Leistungsarten auswählen:

- Pflegegeld, welches frei verwendet werden kann, um die Pflege privat sicherzustellen;
- Sachleistungen für die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine Tagesspflgeeinrichtung;
- Leistungen für die Versorgung in einem Pflegeheim sowie
- weitere Leistungen, wie bspw. technische Hilfsmittel.

Personen, die bereits am 31. Dezember 2016 eine Pflegestufe besaßen, müssen wegen der Reform keinen neuen Antrag stellen. Pflegebedürftige, die nach dem alten Recht als in „ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt“ galten, was in der Regel alle Menschen mit Demenz betrifft, werden nach der Regel „plus 2“ in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet. So wird aus der Pflegestufe 0 der Pflegegrad 2, aus Pflegestufe 1 der Pflegegrad 3 usw. Dadurch ergeben sich für Menschen mit Demenz teils erhebliche Leistungsverbesserungen.

Die Reform unterstützt besonders das Leben in selbst organisierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Pflegebedürftige erhalten unter bestimmten Voraussetzungen, die in einer solchen Wohngemeinschaft leben, monatlich zusätzlich 214 Euro. Ferner werden als Starthilfe zum Aufbau einer Wohngemeinschaft 2.500 Euro pro pflegebedürftige Person zur Verfügung gestellt, insgesamt max. 10.000 Euro pro Wohngemeinschaft (vgl. BMG 2016a, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2016).

2.2 Angebote zur Unterstützung im Alltag

Nach § 45a SGB XI tragen die sogenannten "Angebote zur Unterstützung im Alltag" (ehemals: "Niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote") dazu bei, einerseits

Pflegepersonen zu entlasten und andererseits helfen sie Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Zu diesen Angeboten zählen: Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden sowie Angebote zur Entlastung im Alltag. Die monatlichen Kosten von bis zu 125 Euro werden durch die Pflegekasse übernommen. Dabei ist die Voraussetzung für eine Kostenerstattung durch die Pflegekasse, dass der Anbieter des Unterstützungsangebotes vom zuständigen Kreis bzw. der betreffenden kreisfreien Stadt (bzw. ehemals von der Bezirksregierung Düsseldorf) anerkannt ist (vgl. ebd., Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen o.J.).

„(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag)“ (§45a SGB XI 2016).

Nimmt der/die Pflegebedürftige die zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, so können seit 2015 nach §45a Absatz 4 SGB XI monatlich zusätzlich 40% der nach § 36 SGB XI zustehenden Sachleistungsbeträge auch als Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch genommen werden (vgl. ebd.).

Zudem haben nach §38a SGB XI unter bestimmten Voraussetzungen Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, einen Anspruch auf einen zusätzlichen monatlichen pauschalen Betrag von 214 Euro. Einige der zu erfüllenden Voraussetzungen sind: das Zusammenleben mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft, Bezug von Leistungen nach §§36, 45a etc., keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt usw. (vgl. ebd.).

Durch die aktuelle Reform des elften Sozialgesetzbuches kann ein Mensch mit Demenz, der in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft lebt, monatliche Leistungen in Höhe von 125 Euro (§45a SGB XI), plus 214 Euro (§38a SGB XI) plus weitere 40% der ihm zustehenden Sachleistungsbeträge (§45a Absatz 4 SGB XI) auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden.

2.3 Ambulant vor stationär

In Deutschland gilt bei der Pflege von bedürftigen Menschen der rechtlich verankerte Grundsatz „ambulant vor stationär“. Mit dem Inkrafttreten der ersten Version der

Pflegeversicherung im Jahr 1994 wird die ambulante Versorgung als führende Form präferiert. Mit §3 SGB XI „Vorrang der häuslichen Pflege“ wird der Leitgedanke des Pflegeversicherungsgesetzes veräußert.

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor“ (§3 SGB XI 2016).

Wie **Abbildung 3** verdeutlicht, wächst durch den demografischen Wandel auch die Zahl der Pflegebedürftigen an, da Menschen mit steigendem Alter vermehrt pflegebedürftig sind. Zwischen den Jahren 1999 und 2013 ist die Zahl der Pflegebedürftigen von zwei auf 2,6 Millionen angestiegen (vgl. Demografie Portal 2015).

„Unter der Annahme, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten unverändert bleiben und sich die Bevölkerung entsprechend der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung entwickelt, würde die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 auf 4,7 Millionen steigen. Damit wären sechs Prozent der Gesamtbevölkerung pflegebedürftig, ein doppelt so hoher Anteil wie heute“ (ebd.).

Diese Entwicklung ist vor allem durch die Babyboomer-Jahrgänge verschuldet, die Ende der 1950er Jahre und in den 1960er Jahren geboren wurden und ab dem Jahr 2030 zunehmend mit einem höheren Alter auch gleichzeitig einen höheren Pflegebedarf erreichen. Vor allem die Zahl der Pflegebedürftigen ab diesem Zeitpunkt bei den über 80-Jährigen wächst stark an. Sobald diese geburtenstarken Jahrgänge aus einer Altersgruppe herauswachsen, sinkt in der Regel auch wieder die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Altersgruppe aufgrund von geburtenschwächeren nachrückenden Jahrgängen. So könnten drei von vier Pflegebedürftigen das 80. Lebensjahr zur Mitte des 21. Jahrhunderts überschritten haben.

„Da in dieser Altersgruppe der Anteil intensiv Pflegebedürftiger nach den Pflegestufen II und III sowie der Anteil der ambulant bzw. stationär versorgten Menschen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen besonders hoch ist, stellt diese Entwicklung große Herausforderungen an die Pflegeversicherung und –versorgung“ (ebd.).

Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2060*

Anzahl pflegebedürftiger Personen (auf 1.000 gerundet)

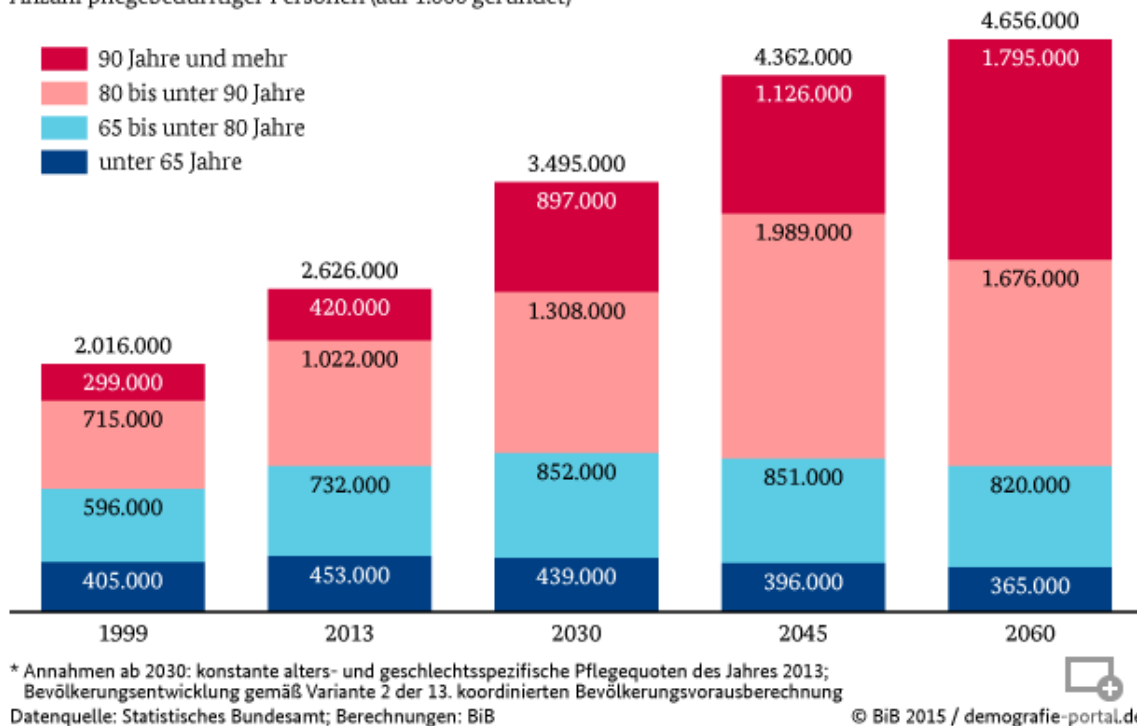


Abbildung 3: Pflegebedürftige nach Altersgruppen, 1999-2060 (vgl. Demografie Portal 2015)

Nach dem Demografie Portal (2015a) nimmt mit dem Alter auch der Anteil der pflegebedürftigen Personen stetig zu. Dabei beträgt die Pflegequote im Alter von unter 60 Jahren weniger als ein Prozent, wo hingegen von den über 90-Jährigen etwa jeder zweite Mann und zwei von drei Frauen pflegebedürftig sind. Wie **Abbildung 4** verdeutlicht, wird die Zahl der Pflegebedürftigen durch die hohe Anzahl an hochaltrigen Menschen (>80 Jahre) deutlich ansteigen, obwohl ältere Menschen länger gesund leben.

„Die Pflegequote der Frauen ist ab dem 75. Lebensjahr zunehmend höher als jene der Männer, das heißt hochaltrige Frauen werden häufiger gepflegt als hochaltrige Männer. Als Erklärung für den Geschlechtsunterschied kommt einerseits die niedrigere Lebenserwartung von Männern als Frauen in Betracht. Es ist zu erwarten, dass vor allem gesundheitlich besonders widerstandsfähige Männer bis in die Hochaltrigkeit überleben. Diese sind dann in den höchsten Altersgruppen seltener pflegebedürftig als gleichaltrige Frauen“ (ebd.).

Hinzu kommt, dass pflegebedürftige Männer durch ein abweichendes Antragsverhalten seltener in der Pflegestatistik vertreten sind, welches die unterschiedlichen Pflegequoten im hohen Alter erklären. Weil Männer durchschnittlich früher sterben und die Frauen meistens ältere Partner haben, leben ältere Frauen häufiger alleine als Männer. Kommt es bei den allein lebenden Frauen zu einem Pflegebedarf, kann daher eher die Notwendigkeit einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen bestehen. Die pflegebedürftigen Männer dagegen werden häufig zuerst von ihren Frauen versorgt (vgl. ebd.).

Anteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, 2013

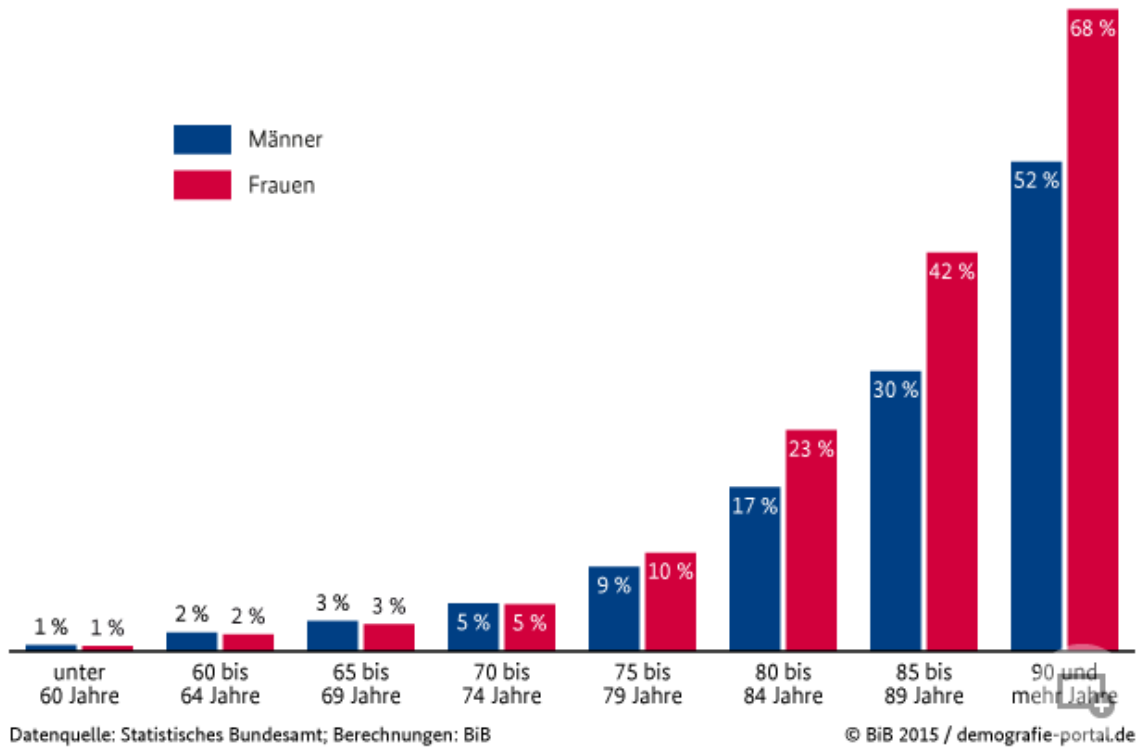


Abbildung 4: Anteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht, 2013 (vgl. Demografie Portal 2015a)

Wie in der folgenden **Abbildung 5** verdeutlicht wird, wurden 2013 nach dem Demografie Portal (2015b) 71 Prozent der insgesamt 2,6 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland mehrheitlich durch Angehörige zu Hause betreut. Dabei wurden nur 29 Prozent der pflegebedürftigen Personen vollstationär in entsprechenden Pflegeheimen versorgt. Die Art der Versorgung ist abhängig sowohl vom Alter als auch von der Pflegeintensität. Der Anteil der Pflegebedürftigkeit nimmt mit steigendem Alter zu; so wird im Alter von 60 bis 69 Jahren nur jeder fünfte Pflegebedürftige in Heimen versorgt.

„Dennoch lebt selbst von den über 90-jährigen Pflegebedürftigen mehr als jeder zweite zu Hause und wird durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste versorgt. Grundsätzlich erfolgt die Versorgung umso häufiger in Heimen, je höher die Pflegestufe ist“ (ebd.).

Pflegebedürftige Personen nach Art der Versorgung und Alter, 2013

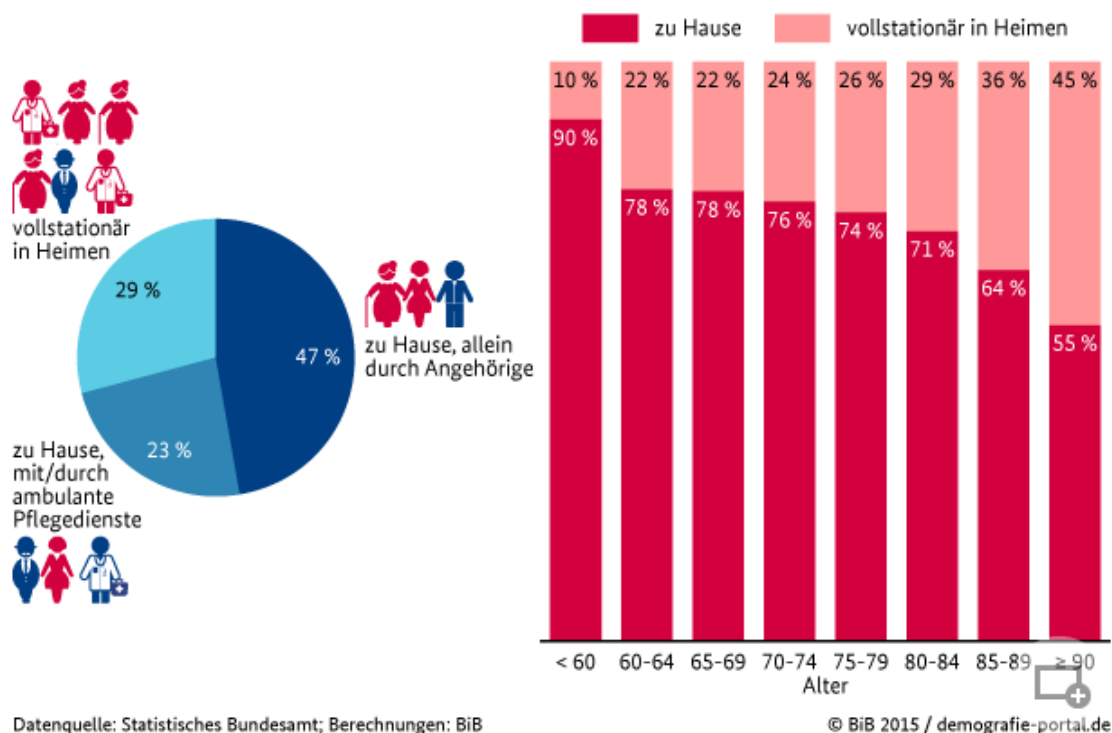


Abbildung 5: Pflegebedürftige Personen nach Art der Versorgung und Alter, 2013 (vgl. Demografie Portal 2015b)

Durch diese steigenden Zahlen von alten und hochaltrigen Personen mit Pflegebedarf wird es auch in Zukunft eine Herausforderung sein, eine angemessene Versorgung für diesen Personenkreis sicherzustellen. Einerseits geht es hierbei um die Gestaltung der Strukturen der ambulanten sowie stationären Versorgung, von der Finanzierung der Pflegeversicherung ganz zu schweigen. Andererseits wird durch die Verringerung des Pflegepotenzials innerhalb der Familie, der durch den zunehmenden Anteil alleinlebender und kinderloser alter Menschen entsteht, die Versorgungssituation zusätzlich verschärft (vgl. ebd.).

Im Dezember 2013 waren nach Statistischem Bundesamt (2015) deutschlandweit 2,63 Millionen Menschen im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Davon wurden 1,86 Millionen Menschen (71%) zu Hause versorgt und von diesen Pflegebedürftigen bekamen 1,25 Millionen Menschen ausschließlich Pflegegeld, was auf eine alleinige Pflege durch Angehörige hinweist. Weitere 616.000 Personen wurden ebenfalls in Privathaushalten gepflegt, jedoch mit Hilfe von oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. In vollstationären Pflegeheimen wurden insgesamt 764.000 Pflegebedürftige (29%) betreut. Im Jahr 2013 wurden die Pflegebedürftigen von 12.700 ambulanten Pflegediensten - im Durchschnitt 48 Pflegebedürftige pro Pflegedienst - sowie in rund 13.000 Pflegeheimen – im Durchschnitt 63 Pflegebedürftige pro Pflegeheim – betreut.

Im Vergleich zum Jahr 2015 (vgl. **Abbildung 6**) gab es allgemein einen Anstieg der Pflegebedürftigen um +8,9% (+234.000). Die Zahl der in Heimen vollstationär versorgten

Pflegebedürftigen stieg um +2,5% (+19.000) an. Die Pflege zu Hause stieg um +11,6% (+215.000) deutlich höher an (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a + 2017).

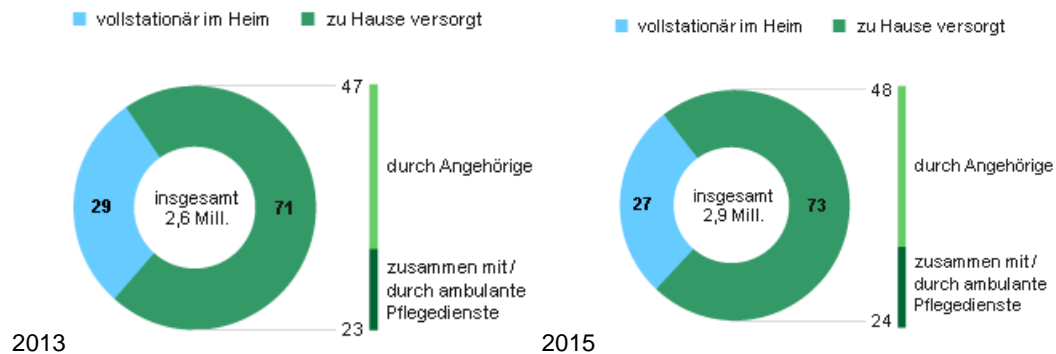


Abbildung 6: Vergleich der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2013 + 2015 in % (vgl. Statistisches Bundesamt 2015a + 2017)

Vergleicht man die Zahlen des Personals von stationären Pflegeheimen mit denen der ambulanten Pflegedienste, so wird nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) eine deutliche Zunahme bei den ambulanten Pflegediensten sichtbar. Während im Jahr 1999 in stationären Pflegeheimen 440.940 Personen arbeiteten, sind es 2013 bereits 685.447 Personen. Im Vergleich dazu waren 1999 in ambulanten Pflegediensten 183.782 Personen tätig, im Jahr 2013 sind es fast doppelt so viele, nämlich 320.077 Personen.

Aufgrund des demografischen Wandels sind nicht nur Personen mit einem Versorgungs- oder Betreuungsbedarf betroffen, sondern genauso auch die Seite der Professionellen. Der Bedarf an professionell Versorgenden steigt entsprechend an und es wird ggf. nach neuen Lösungen verlangt, um die Situation von mehr Menschen mit Pflegebedarf und gleichzeitig weniger Menschen mit Pflegepotenzial stemmen zu können.

Nach Rothgang et al. (2012) wird die Zahl der Pflegebedürftigen in Zukunft zwar in Deutschland kontinuierlich ansteigen, aber regional mit unterschiedlichem Ausmaß. Da die Versorgung mit Heimplätzen und professioneller Pflege nicht gewährleistet werden kann und große Versorgungslücken vermieden werden sollen, muss sowohl eine Betreuung mit Hilfe von Angehörigen stabilisiert als auch die ambulante Versorgung weiter ausgebaut werden. Das Kernstück der Studie ist die Projektion der zu erwartenden zukünftigen Versorgungslücken in der Pflege. In der Studie werden drei Szenarien (stationäre Pflege, ambulante Pflege, Angehörigenpflege) dargestellt, wie sich der Pflegebedarf im Verhältnis zum Personalangebot in diesen drei Versorgungsarten bis 2030 entwickeln könnte. Hierfür wurden auf die Bevölkerungsprognosen einerseits aus dem Projekt „Wegweiser Kommune“ und andererseits aus der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen.

„Setzt man eine konstante Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten voraus, so wird sich die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland in den nächsten 20 Jahren angesichts der steigenden Lebenserwartung um etwa die Hälfte erhöhen“ (ebd.).

Dabei sind die Vorausberechnungen auf Landesebene und kommunaler Ebene ganz unterschiedlich.

„So wurde für den Stadtstaat Bremen im Zeitraum von 2009 bis 2030 ein Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen von 28 % prognostiziert, während die Wachstumsrate für Brandenburg 78 % beträgt. Für die Landkreise Ebersberg, München und Oberhavel wurde ein Wachstum von mehr als 100 % ermittelt“ (ebd.).

Zwar werden zurzeit die meisten Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen zu Hause versorgt, jedoch ist durch die verschiedenen Ursachen wie bspw. die Zunahme von Ein-Person-Haushalten, die Steigerung der Frauenerwerbsquote etc. ein stetiger Trend hin zur professionellen Versorgung festzustellen. Dabei kann eine bundesweite Inanspruchnahme von Heimbetreuungsplätzen nicht gewährleistet sein.

Prognosen nach zu urteilen wird das häusliche Pflegepotenzial bis 2040 um ca. die Hälfte sinken, dies gilt auch für die professionelle Pflege. Deswegen müssen vermehrt Alternativen zu den immer weniger werdenden familiären Pflegeressourcen gesucht werden, wie bspw. quartiersbezogene Versorgungskonzepte, Pflegefamilien für Menschen mit Demenz sowie verschiedene Formen von Tagespflegen oder Demenzgruppen (vgl. Studie von Rothgang 2004 in Bartholomeyczik et al. 2013). Es wird ebenso für die stationären Einrichtungen nach Alternativen gesucht. In den Niederlanden gibt es bspw. ein konzipiertes Dorf – Hogewey - für Menschen mit Demenz, in dem den Betroffenen in einem geschützten Rahmen ein alltagsnahes Leben ermöglicht werden soll (vgl. Stoll 2010, Bartholomeyczik et al. 2013).

Um in Zukunft den Fachkräftemangel teilweise kompensieren zu können und die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen sicherzustellen, „sollten die politischen Bemühungen den Ergebnissen der Studie zufolge vor allem darauf ausgerichtet werden, die Pflege durch die eigenen Angehörigen und die ambulante Pflege zu unterstützen und auszubauen“ (Rothgang et al. 2012).

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, muss einerseits das zivilgesellschaftliche Engagement in den ambulanten Einrichtungen gestärkt werden und andererseits eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf geschaffen werden. Durch diese Verbesserungen sind Berufstätige in der Lage neben ihrem Beruf auch ihre Angehörigen zu versorgen. Darüber hinaus zeigen erfolgreiche Modellprojekte, je stärker der Informationsaustausch zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften ist, desto positiver wirkt sich dies auf deren Pflegebereitschaft aus (vgl. Rothgang et al. (2012).

Nach der Berliner Senatsverwaltung (2005) bekommen aufgrund der stetig ansteigenden Anzahl von Demenz-Erkrankungen, Wohngemeinschaften für die Versorgung von Menschen mit Demenz im ambulanten Bereich eine zunehmende Bedeutung. Aus diesem Grund vereinbarten 2005 die Pflegekassen und Pflegekassenverbände in Berlin, der Träger der Sozialhilfe sowie die Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen, die Umstellung der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften von einer Finanzierung über Einzelleistungskomplexe auf Tagespauschalen vorzunehmen.

„Die Vereinbarung setzt den sozialrechtlich geforderten Grundsatz „ambulant vor stationär“ um, trägt dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen Rechnung und unterstützt die Konsolidierung der Wohngemeinschaften als eine bedürfnisgerechte ambulante Wohn- und Betreuungsform“ (ebd.).

Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und des demografischen Alterns der Gesellschaft bekommt das Wohnen im Alter einen besonderen Stellenwert. Mit dem Alter steigt auch der Anteil der Tageszeit, den alte Menschen in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld verbringen. So wird die Wohnung bzw. der Wohnraum zum Lebensmittelpunkt alter Menschen (vgl. Voges & Zinke 2010).

Dreiviertel der Menschen mit Demenz werden zwar zu Hause gepflegt und betreut, jedoch wechseln ein Viertel von diesen innerhalb eines Jahres in ein stationäres Pflegeheim, wo die Betroffenen im Durchschnitt drei Jahre lang leben (vgl. Bartholomeyczik et al. 2013).

Besonders im Bereich des Wohnens werden Menschen mit Demenz vor Herausforderungen gestellt. Sie müssen ggf. gemeinsam mit ihren Angehörigen entscheiden, ob sie in ihrem privaten Wohnumfeld verbleiben können oder ob ein Umzug in eine stationäre Senioreneinrichtung oder in eine ambulante Wohngemeinschaft für sie sinnvoller ist.

Nach Thiele et al. (2002) ist oftmals für Senior/innen die Entscheidung, die vertraute Umgebung zugunsten einer institutionalisierten Wohneinrichtung mit Pflege und Betreuung zu verlassen, mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Ein ungeplanter oder überstürzter Umzug in eine solche Institution im höheren Alter kann bei den Betroffenen zu dramatischen Reaktionen wie bspw. Depressionen, Angst etc. führen; dies belegen zahlreiche Studien. Die Lebenssituation wird durch den Umzug in ein Seniorenheim grundlegend auf verschiedenen Ebenen verändert.

„Mit einem wachsenden Anteil älterer und hochaltriger Personen in der Gesellschaft wird die Frage nach den Versorgungserfordernissen für ältere Menschen und des entstehenden Hilfe- und Pflegebedarfs zunehmend wichtig, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt der angemessenen Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen“ (Wolf-Ostermann et al. 2014: 15).

Nach Aner (2016) wird dem beidseitigen Alterungsprozess in der sozialpädagogischen Theoriebildung und -forschung aktuell wenig Beachtung geschenkt. Es zeichnet sich mit Beginn der Pflegestatistik im häuslichen Versorgungsbereich ein Trend ab, weg von der Pflege durch Laien wie bspw. Angehörige hin zur professionellen Pflege oder zur unterstützenden Pflege durch Professionelle. Ebenso steigt der Anteil der stationären Pflege zulasten der ambulanten Pflege (vgl. ebd.).

Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird besonders für Menschen mit Demenz in der Versorgung und Betreuung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften mehr Rechnung getragen als es in stationären Senioreneinrichtungen der Fall ist. Das folgende Kapitel stellt die ambulante Versorgungsform für Menschen mit Demenz vor.

2.4 Ambulant betreute Wohngemeinschaften

„Ambulant betreute Demenz-Wohngruppen sind eine Möglichkeit des Wohnens. In der Praxis hat sich gezeigt, dass Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz eine Wohnform sind, die deren Bedürfnissen und Fähigkeiten bestmöglich Rechnung tragen“ (Döbele und Schmidt 2014: 149).

Nach Wolf-Ostermann et al. (2014) möchten die meisten Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Daher werden viele Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz in ihrem häuslichen Umfeld von ambulanten Pflegediensten versorgt. Kann die umfängliche Versorgung der Betroffenen nicht mehr adäquat gewährleistet werden, steht oftmals die Überlegung an, in ein vollstationäres Pflegeheim umzuziehen. Jedoch stiegen in den vergangenen Jahren die Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Demenz an, sowohl kleinräumige Versorgungsstrukturen als auch die Beibehaltung von alltags- und familiennahen Strukturen zu favorisieren. Seit Mitte der 1990er Jahre entwickelten sich in Deutschland ambulant betreute Wohngemeinschaften als eine neue Versorgungsform sowohl für ältere pflegebedürftige Menschen als auch für Menschen mit Demenz (vgl. Fischer et. al 2011, Wolf-Ostermann 2012).

„Eine der Haupttriebfedern für ihre Entwicklung ist die zunehmende gesellschaftliche Forderung nach Selbstbestimmung im Alter in Bezug auf das Wohnen und die pflegerische Versorgung (vgl. auch Fischer et al. 2011), wie sie auch explizit in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ & BMG 2010) formuliert ist“ (Wolf-Ostermann et al. 2014: 18).

Zudem steht die Frage nach umfänglicher Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz, die nicht mehr eigenständig in ihrem häuslichen Umfeld leben können, dem Recht auf Selbstbestimmung gegenüber. Dadurch stehen ambulante Alternativen im Fokus, die größtenteils dem Recht auf Selbstbestimmung gerecht werden können. Dass ein Zusammenleben von Menschen mit Demenz in einer kleineren Wohn- und Pflegegruppe als förderlichste Versorgungsform angesehen wird, formulierte bereits 2004 die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in einem Bericht zur Versorgung von Menschen mit Demenz (vgl. Moise et al. 2004). Nach Annerstedt (1993) wurde in Schweden das „group living“ bereits in den 1980er Jahren als eine Alternative für Menschen mit Demenz eingeführt. Das Konzept dieser kleinen Gruppen wurde dabei speziell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten einer kleinen Gruppe von Menschen mit Demenz angepasst. Inzwischen gibt es weltweit ähnliche Modelle für kleine Gruppen mit alltags- und familiennahen Strukturen. Verbeek et al. (2009) identifizieren elf Wohn- und Versorgungsformen für kleine Gruppen mit maximal 15 Menschen mit Demenz pro Haus bzw. Wohneinheit. Diese kleinräumigen Versorgungsformen sind international ganz unterschiedlich stark ausgeprägt und reichen von Einzelinitiativen bis hin zu Angeboten der Regelversorgung. In den Niederlanden wurden bereits im Jahr 2010 ein Viertel aller institutionell betreuten Menschen mit Demenz mithilfe dieser Versorgungsformen versorgt.

„Hierzu zählen bspw. >Green Houses< in den USA, >Group Homes< in Japan, >Small-Scale Living Arrangements< in den Niederlanden und eben auch Haus- und Wohngemeinschaften in Deutschland“ (Verbeek et al. 2009 in: Wolf-Ostermann et al. 2014: 19).

Nach Wolf-Ostermann et al. (2012b) gibt es in der Bundesrepublik Deutschland keine verlässlichen bundesweiten Angaben über die vorhandenen ambulant betreuten Wohngemeinschaften: grobe Schätzungen gehen von ca. 1000 bis 1500 ambulant betreuten Wohngemeinschaften aus. Mitte 2012 liegt die Zahl ambulant betreuter Wohngemeinschaften deutschlandweit auf 1.420 mit 10.590 Betreuungsplätzen. Die Entwicklung und Verbreitung der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ist in den Bundesländern unterschiedlich. Schwerpunkte in der Versorgung durch ambulant betreute Wohngemeinschaften bilden das Bundesland Berlin mit 465 Wohngemeinschaften im Jahr 2012 sowie Nordrhein-Westfalen, Bayern und Brandenburg, jedoch mit großem Abstand zu Berlin (vgl. ebd.).

Nach Wolf-Ostermann et al. (2013) existiert derzeit für den Begriff „ambulant betreute Wohngemeinschaften“ keine einheitliche und verbindliche Definition. Zudem unterliegen für diese Versorgungsform die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der landeseigenen Gesetzgebung, so dass es hier keine bundesweite Einheit gibt. In der Bundesrepublik gilt seit 1976 für die ordnungsrechtlichen Belange das Heimgesetz. Mit dem Inkrafttreten der Förderalismusreform im Jahr 2006 haben zudem 15 Bundesländer eigene landesrechtliche Regelungen geschaffen. Diese gesetzlichen Vereinbarungen wurden zur Aufsicht und Prüfung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften entwickelt. Beispielsweise ist seit Juli 2010 das „Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen“ (Wohnteilhabegesetz – WTG) in Berlin in Kraft getreten. Die Ausnahme bildet der Freistaat Thüringen, in dem weiterhin das Heimgesetz Anwendung findet. Es gibt daher für ambulant betreute Wohngemeinschaften keine eindeutige rechtliche Regelung. Jedoch ist das Ziel aller Landesgesetze die Ermöglichung einer größtmöglichen Lebensnormalität für hilfe- und pflegebedürftige Personen. In allen landesrechtlichen Vereinbarungen werden ambulant betreute Wohngemeinschaften als gemeinschaftliche alternative Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen definiert und zu einer traditionellen Unterbringung abgegrenzt (vgl. Wolf-Ostermann et al. 2012b, 2013, 2014).

Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) zum 01.01.2013 wird nach dem Bundesministerium für Gesundheit (2016) die kleinräumige Versorgung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz explizit gefördert und sieht eine bundesweite Förderung und Ausweitung der ambulant betreuten Wohngemeinschaften vor. Das PNG soll für Menschen mit Demenz zeitnah und konkret Hilfen umsetzen sowie sollen Menschen mit Demenz im Hinblick auf einen zukünftigen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bessere Leistungen erhalten (vgl. ebd., Wolf-Ostermann et al. 2014).

Durch das PNG verbesserten sich Leistungen für Menschen mit Demenz, da diese vor allem im häuslichen Bereich in der Pflegestufe 0 eingestuft wurden und dadurch keinen Anspruch auf Pflegesachleistung oder Pflegegeld hatten. Mit Inkrafttreten des PNG wurden diese für Menschen mit Demenz erhöht. Der Betrag der sogenannten Pflegestufe 0 gilt als Berechnungsgrundlage, liegt also demnach monatlich bei 225 Euro Pflegesachleistung bzw. 120 Euro Pflegegeld. Entsprechend wurden die Beträge der anderen Pflegestufen angepasst, mit Ausnahme der Pflegestufe 3. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten

Mitglieder von ambulant betreuten Wohngemeinschaften zusätzlich einen Betrag von bis zu 200 Euro monatlich, um damit eine Person zu finanzieren, die sie bei der Organisation des Zusammenlebens unterstützt, wodurch die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit erleichtert wird (vgl. Döbele und Schmidt 2014).

Insbesondere die Leistungen für Menschen mit Demenz in der ambulanten Versorgung wurden mit dem PNG erhöht sowie die Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige mit ihren Angehörigen erweitert wie bspw. durch die Einführung von Betreuungsleistungen oder die Möglichkeit der Vereinbarung von Zeitkontingenten neben den verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen in der ambulanten Pflege etc. Das Inkrafttreten des PNG bedeutet für Menschen mit Demenz zwar teilweise Verbesserungen von Leistungen, dennoch erfolgte keine Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wodurch Menschen mit Pflegebedarf und Menschen mit Demenz nach wie vor nicht gleichgestellt sind. Zudem wird kritisiert, dass das PNG keine Durchlässigkeit zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungssystem fördert (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2012, BMG 2015a).

Selbstbestimmte und trägergesteuerte Wohngemeinschaften

Es gibt zwei unterschiedliche Arten von Wohngemeinschaften. Die selbstbestimmten Wohngemeinschaften, in denen die Bewohner/innen oder deren Angehörige die Verantwortung tragen; und die trägergesteuerten Wohngemeinschaften, die von freien Trägern betrieben werden. Zudem wird im sogenannten Freiburger Modell die Sicherstellung von Teilhabe und Pflege von Angehörigen, bürgerschaftlich Engagierten sowie Leistungsanbietern geteilt; dieses Modell heißt Wohngemeinschaften mit geteilter Verantwortung. Die Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten kann mitunter zu Verwirrungen führen (vgl. Wolf-Ostermann et al. 2013, Klie 2012).

„Ambulant betreute WG stellen mit ihrem Angebot eine Zwischenstufe bei den Versorgungsangeboten zwischen der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit oder der Familie und der vollstationären Versorgung in Heimen dar“ (Wolf-Ostermann et al. 2014: 17f).

Nach Wolf-Ostermann et al. (2014) ergeben sich durch die Landesheimgesetze recht unterschiedliche Bestimmungen, die sich einerseits nach dem Grad der Selbstbestimmung der Bewohner/innen und andererseits nach der Wohnform richten. Die trägergesteuerten Wohngemeinschaften wenden meistens ein abgestuftes Ordnungsrecht an, wohingegen die selbstbestimmten Wohngemeinschaften als privates Wohnen gewertet werden und sie dadurch meistens ohne Aufsicht bleiben. Die Qualitätsanforderungen gelten für beide Arten von Wohngemeinschaften und sind abhängig vom jeweiligen Bundesland höchst unterschiedlich. Sind bei den trägergesteuerten Wohngemeinschaften bspw. personelle und bauliche Mindestanforderungen gesetzlich verankert, müssen in den selbstbestimmten Wohngemeinschaften nur ein internes Qualitätskontrollorgan und -sicherungsorgan gegründet werden. Zudem richten sich die Qualitätsanforderungen nur an den jeweiligen Pflegedienst, die netzwerkartige Versorgungsstruktur der Wohngemeinschaften wird dabei nicht beachtet (vgl. ebd., Worch et al. 2011).

„Die Leistungen der Pflegedienste unterliegen dabei den üblichen Vorgaben der Leistungserbringung im Rahmen des SGB XI sowie ggf. des Krankenversicherungsgesetzes (SGB V) und der Hilfe zur Pflege nach SGB XII“ (Wolf-Ostermann et al. 2014: 23).

Diese Qualitätsindikatoren bestehen zwar für die ambulanten Pflegedienste, jedoch existieren keine rechtlichen Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und –sicherung für die Versorgungsform der ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit den beteiligten verschiedenen Akteursgruppen, wie bspw. Bewohner/innen, Angehörige, Pflegekräfte, Therapeut/innen, Mediziner/innen, Ehrenamtliche etc. Dabei ist zunächst eine der fundamentalen Aufgaben in der Betreuung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz die Erzielung einer möglichst hohen Pflege- und Betreuungsqualität (vgl. ebd., Stone 2000).

„Da jedoch die Erreichung dieses Ziels die strukturellen und prozesshaften Vorgaben eines speziellen Versorgungsbereichs nicht außer Acht lassen kann, wenn eine möglichst hohe Versorgungsqualität erzielt werden soll, muss sich die Erreichung dieses Ziels letztendlich auch immer an den speziellen Besonderheiten eines Versorgungsverhältnisses orientieren“ (Wolf-Ostermann et al. 2014: 23).

Nach Döbele und Schmidt (2014) bildet der Mittelpunkt jeder Wohngemeinschaft eine große Wohnküche, in der die Bewohner/innen zusammen kochen und andere Hausarbeiten verrichten. Je nach den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Bewohner/innen werden neben dem gemeinschaftlichen Kochen alle anderen üblichen Arbeiten, wie bspw. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Putzen etc. erledigt. Dabei erhalten die Bewohner/innen Unterstützung von einem ambulanten Pflegedienst ihrer Wahl, welcher sowohl für die Pflege als auch für die soziale Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung verantwortlich ist. Dieses Versorgungsangebot stellt einen Zwischenschritt zwischen der ambulanten Versorgung in der eigenen Häuslichkeit bzw. der Familie und der vollstationären Versorgung in Senioren- oder Pflegeheimen dar. Ein konzeptionelles Kernelement ist die Beibehaltung typischer familienähnlicher Lebens- und Wohnstrukturen. So orientiert sich das Leben der Wohngruppe am klassischen Alltag und das Führen des gemeinsamen Haushaltes steht neben anderen Aktivitäten im Vordergrund. Die Wohngemeinschaften haben typische räumliche Strukturen einer üblichen Wohnung, bspw. verfügen die Bewohner/innen über ein eigenes privates Zimmer, aber die Küche bzw. der Wohn- / Essbereich und teilweise auch die Bäder werden von der gesamten Gruppe genutzt. Pflege- und Betreuungsleistungen werden in alltägliche Strukturen mit einbezogen sowie die Tagesabläufe durch Mahlzeiten und Aktivitäten strukturiert. In der Regel leben in einer Wohngemeinschaft eine Gruppe von sechs bis acht alten Menschen mit unterschiedlichem Pflege- und Versorgungsbedarf zusammen (vgl. ebd., Fischer et al. 2010, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008).

Nach Wolf-Ostermann et al. (2014) können die Bewohner/innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften rechtlich gesehen den Pflegedienst frei auswählen, so dass theoretisch jede Person durch einen anderen Pflegedienst versorgt werden kann. Seit dem 01. Juli 2008 können bundesweit die Bewohner/innen ihre Pflege- und Betreuungsleistungen „poolen“, d.h. mehrere Pflegebedürftige können diese Leistungen sowie die hauswirtschaftliche Versorgung nach § 36 Abs. 1 SGB XI gemeinsam als

Sachleistung in Anspruch nehmen. Dadurch werden die entstehenden Kosten gemeinsam abgedeckt, so dass für die Bewohner/innen zumeist Kosteneinsparungen entstehen. Das multiprofessionelle Netzwerk, welches für die erfolgreiche Versorgung und Betreuung notwendig ist, besteht neben den Pflegediensten aus Ärzten/innen, Therapeuten/innen, Vermietern/innen, Angehörigen, ehrenamtlichen Mitarbeitern/innen etc. In diesem Netzwerk kommt den Angehörigen eine bedeutende Rolle zu, besonders unter dem Aspekt des familienähnlichen Alltags. Idealerweise übernehmen ehrenamtliche Mitarbeiter/innen zusätzliche Betreuungsleistungen, die anderweitig nicht abgedeckt werden können (vgl. ebd., Gräske et al. 2011, Pawletko 2004).

„Das Zusammenleben von Menschen mit Demenz in einer Wohngemeinschaft ist nur dann möglich, wenn der Begleiter oder der gesetzliche Betreuer die fehlende Eigeninitiative ersetzt und sich aktiv in die Gestaltung des WG-Lebens einbringt, um die Bedürfnisse seines Betroffenen geltend zu machen“ (Döbele und Schmidt 2014: 213).

Nach Wolf-Ostermann et al. (2014) haben sich die Konzepte ambulant betreuter Wohngemeinschaften zum Ziel gesetzt, familienähnliche Strukturen beizubehalten. Daher steht besonders im Vordergrund, dass sich der Tagesablauf der Bewohner/innen an einem „familiären Alltag“ orientiert und nicht an den Notwendigkeiten der Pflege. Die Bewohner/innen sollen durch die Übernahme bzw. Einbeziehung in alltagsnahe Tätigkeiten einerseits persönliche Bestätigung erhalten sowie andererseits an der Gestaltung ihres Alltags möglichst aktiv beteiligt sein. Zudem sollen die Bewohner/innen ambulant betreuter Wohngemeinschaften in den Sozialraum integriert werden und die kulturellen, religiösen sowie die Einkaufsangebote des umliegenden Wohnumfelds nutzen können. Fachlich qualifizierte Personen, wie Pflegende, Ärzte/innen etc. sollen eine qualifizierte hochwertige gesundheitlich-pflegerische Versorgung gewährleisten, jedoch haben sie nur einen „Gaststatus“ in der Wohngemeinschaft. In der Konzeption von ambulant betreuten Wohngemeinschaften spielen besonders die Angehörigen eine große Rolle. Einerseits sollen sie aktiv in die Pflege- und Betreuungsprozesse mit einbezogen werden und andererseits sollen sie in der Pflege und Betreuung der Bewohner/innen entlastet werden.

Die Zielsetzung ambulant betreuter Wohngemeinschaften lässt sich folgendermaßen zusammenfassen (vgl. Fischer et al. 2011, Wolf-Ostermann et al. 2014):

- Schaffen von familienähnlichen, alltagsnahen Strukturen,
- Erhaltung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Bewohner/innen,
- Herstellung des Bezugs zum Stadtteil bzw. Wohnumfeld,
- Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Wohlbefinden sowie
- Einbeziehung der Angehörigen der Bewohner/innen.

Neben diesen allgemeinen Zielen werden in der Literatur folgende gesundheitsbezogene Zielsetzungen formuliert, die sich aus der Betreuung und Versorgung der Bewohner/innen ergeben (vgl. Burbaum 2001, Pawletko 2004, Fischer et al. 2011, Wolf-Ostermann et al. 2014):

- Vermeidung von Heimunterbringung,
- Höhere Lebensqualität der Bewohner/innen,
- Erhaltung von motorischen und kognitiven Ressourcen,
- Vermeidung von Rückzug, Apathie und Depression,
- Vermeidung unangemessener Gaben von Psychopharmaka,
- Vermeidung von „Burnout-Symptomen“ beim eingesetzten Pflegepersonal,
- Vermeidung von Überforderung der pflegenden Angehörigen.

Nach Volicer (2007) wird dabei auf die Erreichung einer hohen Lebensqualität der Bewohner/innen besonders geachtet: insbesondere bei Personen mit einer fortgeschrittenen Demenz gilt die Lebensqualität als primäres Ergebnis in der Betreuung und Versorgung. Zudem regen auch Görres et al. (2009) an, dass die Konzentration nicht auf der Messung der Pflegequalität liegen sollte, sondern auf den bewohnerbezogenen Versorgungsergebnissen wie bspw. der Lebensqualität.

Die Ausführungen der letzten beiden Kapitel machen deutlich, dass die Betreuung von Menschen mit Demenz in Zukunft von großer Bedeutung sein wird. Jedoch ist nach Hegedusch und Hegedusch (2007) die Forschung in der Betreuung von Menschen mit Demenz jenseits medikamentöser Therapieformen noch weitgehend unterentwickelt.

Auf welche Art und Weise der Kontakt zu Tieren für Menschen mit Demenz sinnvoll ist und welche Wirkungen Tiere bei den Betroffenen auslösen, wird im nächsten Kapitel ausführlich herausgearbeitet und dargestellt.

3. Tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz

In diesem Kapitel werden sowohl der Hintergrund als auch die Entwicklung von tiergestützten Interventionen erläutert. Darauf folgt eine Darstellung der Kommunikation und Interaktion zwischen Menschen und Tieren. Die Partizipation wird aus der Perspektive der Sozialen Arbeit in Verbindung mit Menschen mit Demenz und Tieren betrachtet. Weiter wird auf die Besonderheiten zwischen Tieren und Senioren/innen – im speziellen auf Menschen mit Demenz - eingegangen, die in Senioreneinrichtungen versorgt und betreut werden. Hierauf folgt ein kurzer Exkurs zu „tierischen“ Alternativen wie der Einsatz von Tierrobotern. Darüber hinaus werden zur Erklärung der besonderen Mensch-Tier-Beziehung einige der unterschiedlichen theoretischen Ansätze vorgestellt, wie u.a. die Biophilie-Hypothese, die Du-Evidenz, Ableitungen aus der Bindungstheorie sowie das bio-psycho-soziale Wirkungsgefüge. Anschließend folgt eine Erläuterung der vorgestellten theoretischen Ansätze sowie deren unterschiedlichen Wirkmechanismen in der Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Tieren.

Nach Buchner-Fuhs und Rose (2012) wird der Begriff „tiergestützte Interventionen“ als Oberbegriff eingeführt, wobei andere Bezeichnungen auch gebräuchlich sind. Die Forscherin nutzt diesen Oberbegriff in der vorliegenden Arbeit.

3.1 Tiergestützte Interventionen

„Tiere ersetzen den Menschen nicht, aber sie können auf ihre besondere Weise die Fürsorge der menschlichen Bezugspersonen ergänzen“ (Braun und Schmidt 2003: 333).

Der amerikanische Kinderpsychotherapeut Boris Levinson setzte als Erster ein Tier gezielt in seiner Therapie mit Kindern ein. Daher wird er als der „Begründer der Tiergestützten Therapie“ angesehen. Die therapeutische Wirkung von Tieren auf Menschen erkannte Levinson in den 1960er Jahren eher zufällig. In einer Therapiestunde mit einem Jungen, der bis zu diesem Zeitpunkt weder Kontakt zu Levinson selbst noch zu seiner Umwelt aufgenommen hatte, war auch Levinsons Hund Jingles anwesend. Als der Junge Jingles sah, trat er sofort in eine Interaktion mit ihm und fing an, mit ihm zu kommunizieren. Seit diesem Zeitpunkt setzte Levinson seinen Hund gezielt in Therapien ein und veröffentlichte seine Erfahrungen in bspw. „The dog as a Co-Therapist“ (1962), „Pet oriented Child Psychiatry“ (1969) etc. Aufgrund seiner Publikationen nahm das Interesse an diesem Thema immer mehr zu, so dass der neue Wissenschaftszweig „Mensch-Tier-Beziehung“ bzw. „Human-Animal Interactions“ entstand (vgl. Levinson 1962, Vernooij und Schneider 2013).

In zahlreichen Ländern bildeten sich seit den 1970er Jahren Vereine und Gesellschaften, die sich mit diesem neuen Wissenschaftszweig beschäftigten. Die Stiftung „The Delta Society“ (heute: Pet Partners) wurde 1977 in Oregon (USA) unter der Leitung von McCulloch gegründet und spielt bis heute sowohl in der wissenschaftlichen Erforschung der Beziehung zwischen Mensch und Tier als auch in der praktischen Umsetzung von Tiergestützten Interventionen und den damit verbundenen rahmengebenden Richtlinien eine wichtige Rolle. Seit 1996 hat die Delta Society zwei Begriffe die Animal-Assisted Activities (AAA) und die Animal-Assisted Therapy (AAT) eingeführt, die bis heute die zwei

offiziell anerkannten Formen der Tiergestützten Interventionen sind (vgl. Vernooij und Schneider 2008, 2013).

“Animal-assisted activities provide opportunities for motivational, educational and/or recreational benefits to enhance quality of life. While more informal in nature, these activities are delivered by a specially trained professional, paraprofessional and/or volunteer, in partnership with an animal that meets specific criteria for suitability” (Delta Society o.J.).

Demnach werden die AAA von mehr oder weniger qualifizierten Menschen, unter Einbezug von Tieren mit spezifischen Merkmalen, durchgeführt. Sie bieten Möglichkeiten in der Unterstützung bezogen auf erzieherische, motivationale, rehabilitative sowie therapeutische Prozesse, wodurch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden soll. Dabei ist es egal, ob die Klient/innen einzeln oder in der Gruppe besucht werden. Die Begegnung mit dem Tier und die daraus entstehenden Handlungen und Gespräche sollen sich positiv auf den Betroffenen auswirken. Dabei sind der Besuchsverlauf sowie die Dauer weitestgehend spontan und flexibel handhabbar. Es werden über den Besuch keine konkreten Ziele angestrebt und es werden keine Dokumentationen erstellt.

Im Unterschied zu den spontanen und flexibel einsetzbaren AAA ist die AAT eine zielgerichtete Intervention, bei der ein Tier mit spezifischen Merkmalen der integrale Bestandteil im Behandlungsprozess ist. Sie werden von qualifizierten Experten/innen der Sozial- und Gesundheitsdienste durchgeführt, welche Tiere in ihrem Berufsfeld einsetzen. Durch die AAT sollen die körperlichen, sozial emotionalen sowie ggf. kognitiven Funktionen des Betroffenen gefördert werden. Die AAT kann sowohl mit einzelnen Personen als auch in der Gruppe durchgeführt werden und bietet eine Fülle von unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten. Dabei muss der Behandlungsprozess dokumentiert und evaluiert werden (vgl. Vernooij und Schneider 2013).

“Animal-assisted therapy is a goal oriented, planned, structured and documented therapeutic intervention directed by health and human service providers as part of their profession. A wide variety of disciplines may incorporate AAT. Possible practitioners could include physicians, occupational therapists, physical therapists, certified therapeutic recreation specialists, nurses, social workers, speech therapists, or mental health professionals” (Delta Society o.J.).

Nach Vernooij und Schneider (2013) liegen zwischen den AAA und der AAT gravierende Unterschiede in der Zielsetzung, in der Professionalität der Durchführenden sowie in der Dokumentation und Evaluation des Prozesses. Dabei geht die AAA davon aus, dass allein der Kontakt zu Tieren positive Effekte beim Menschen auslöst. Bei der AAT werden die Ziele vorher präzise definiert. Ausschließlich professionelle Therapeuten führen die AAT durch, während die AAA sowohl Professionelle als auch Ehrenamtliche vornehmen können. Demnach können die AAA auch als spontane Besuche stattfinden, während die AAT regelmäßig über einen bestimmten Zeitraum stattfinden und als ein Behandlungsprozess gesehen werden (vgl. ebd.)

Nach Germann-Tillmann und Kolleginnen (2014) sind die beiden Definitionen zwar erstrebenswert für ein einheitliches Auftreten in der Öffentlichkeit, jedoch werden sie dem Variantenreichtum der verschiedenen Tiergestützten Interventionen nicht gerecht. Durch die Vielfalt der Grundberufe des Menschen, der Tierarten und -rassen, der Patienten/innen,

der Klienten/innen und der Settings gibt es Situationen, in denen andere Begriffe ein deutlicheres Bild von dem tierischen Angebot vermitteln (vgl. ebd.).

Nach Vernooij und Schneider (2013) existieren - im Gegensatz zum englischsprachigen Raum - im deutschsprachigen Raum bisher weder offiziell festgelegte Begriffe noch findet sich in der Literatur eine einheitliche Terminologie für die unterschiedlichen Formen der Tiergestützten Interventionen wider.

Im Jahr 1990 wurde der internationale Dachverband IAHAIO - International Association of Human-Animal Interaction Organizations - gegründet, der alle nationalen Vereinigungen und andere Organisationen umfasst, die die Beziehung zwischen Mensch und Tier erforschen und sich mit den damit verbundenen Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Betroffenen befassen. Der Sitz des Verbandes befindet sich bei der Delta Society in Bellevue, im US-Bundesstaat Washington und ist von der WHO anerkannt. Zum Schutz der Therapiebegleittiere wurden von der Mehrheit der Mitglieder der IAHAIO bisher vier wichtige Dokumente verabschiedet (vgl. IAHAIO o.J., Vernooij und Schneider 2013, Germann-Tillmann et al. 2014):

1. Die Genfer Deklaration, 1995
2. Die Prager Richtlinien zum Einsatz von Tieren bei TA und TGT, 1998
3. Die Deklaration von Rio mit dem Thema „Heimtiere in Schulen“, 2001
4. Die Deklaration von Tokio zum grundlegenden Recht auf Heimtierbesitz, 2007.

Die ESAAT – European Society for Animal Assisted Therapy – oder auch „Europäischer Dachverband für tiergestützte Therapie“ wurde im Oktober 2004 gegründet. Der Sitz des Verbandes ist in Wien an der Veterinärmedizinischen Universität mit Dr. Rainer Wohlfarth als Präsidenten. Die Hauptaufgaben des Verbandes sind sowohl die Erforschung und Förderung der tiergestützten Therapie als auch die Verbreitung von Wissen über die therapeutische, pädagogische und salutogenetische Wirkung der Beziehung zwischen Mensch und Tier. Die ESAAT wurde gegründet, um die Aus- und Fortbildung im Bereich der tiergestützten Therapie einheitlicher zu gestalten und diese EU-weit zu vereinheitlichen. Ein weiteres Anliegen der ESAAT ist die Erreichung der Anerkennung der tiergestützten Therapie als anerkannte Therapieform sowie die Entwicklung eines eigenen Berufsbildes (ESAAT o.J.).

Die ISAAT – International Society for Animal-Assisted Therapy – wurde im November 2006 als Internationale Gesellschaft für Tiergestützte Therapie mit Vertretern aus Luxemburg, Japan, Deutschland und der Schweiz gegründet. Der Sitz des Verbandes ist in Zürich an der Universität im Fachbereich Verhaltensbiologie. Der Gründungspräsident war Prof. Dr. Erhard Olbrich (verstorben im Juli 2016).

Die Ziele der ISAAT sind:

- die Qualitätskontrolle der beruflichen Weiterbildung in Tiergestützter Therapie, Pädagogik und Förderung durch unabhängige Institutsakkreditierung,

- die offizielle Anerkennung von Personen mit abgeschlossener Aus- bzw. Weiterbildung an akkreditierten Instituten für tiergestützte Intervention (Therapeuten, Pädagogen, Fachkräfte für Fördermaßnahmen) und
- die Anerkennung der Tiergestützten Intervention
 - o als eigenständige Therapieform,
 - o als effektive pädagogische Methode sowie
 - o als (gesundheits-)fördernde Maßnahme (vgl. ISAAT o.J., Vernooij 2013).

In der Zukunft wird eine Hauptaufgabe sein, eine Balance zwischen Qualitätssicherung, Professionalisierung und human- sowie tierethischen Grundsätzen herzustellen, aber auch den sozial-emotionalen Charakter der Beziehung zwischen Mensch und Tier in der professionellen Nutzung zu erhalten (vgl. Vernooij 2013).

„Obwohl auch in Deutschland in den letzten 30 Jahren im Zusammenhang mit dem Einsatz von Tieren vermehrt wissenschaftlich geforscht wurde und die praktische Umsetzung Tiergestützter Interventionen an Bedeutung und Umfang zugenommen hat [...], stehen wir im internationalen Vergleich nach wie vor relativ am Anfang einer in anderen Ländern sehr viel weiter fortgeschrittenen Entwicklung. Es ist noch ein langer Weg, bis das Tier als „Hilfsmittel“ in der professionellen Arbeit akzeptiert und als ein völlig selbstverständliches Medium angesehen wird, wie dies nicht nur in den Vereinigten Staaten bereits seit Jahren der Fall ist“ (Vernooij und Schneider 2013: 28).

3.2 Kommunikation und Interaktion von Mensch und Tier

Nach Vernooij und Schneider (2008) werden häufig Kommunikation und Interaktion in einem Atemzug genannt. Bei der Interaktion liegt der Schwerpunkt auf der aufeinander bezogenen Handlung. Daher wird die Interaktion sowohl durch eigene Bedürfnisse, Wünsche und Ziele bestimmt als auch durch die Erwartungen und Wünsche des anderen. Dabei wird die Basis der Interaktion aus der wesentlichen Bezugnahme und der Orientierung am tatsächlichen Verhalten des Gegenübers sowie an seinen mitgeteilten oder vermuteten Erwartungen gebildet. Der Mensch lernt in der Interaktion mit dem Tier gleichermaßen alternative Formen, die auch für den Umgang mit anderen Menschen bedeutsam und nutzbar gemacht werden können (vgl. ebd.).

„Die Kommunikation stellt die wichtigste Form der Interaktion dar und zwar sowohl verbal als „symbolische Interaktion“ bzw. „digitale Interaktion“ als auch nonverbal als „Signal-Interaktion“ bzw. „analoge Interaktion“ “ (ebd.: 22).

Watzlawick, Beavin und Jackson (1972) haben sich mit der menschlichen Kommunikation unter psychologischen Aspekten befasst. Dabei entwickelten sie die folgenden fünf Axiome:

1. Die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren,
2. Die Inhalts- und Beziehungsaspekte der Kommunikation,
3. Die Interpunktion von Ereignisfolgen,
4. Die digitale und analoge Kommunikation sowie
5. Die symmetrische und komplementäre Interaktion.

Von diesen fünf Axiomen der Kommunikation gelten nach Vernooij und Schneider (2008) drei Axiome, die gleichermaßen bedeutend für die Kommunikation zwischen Mensch und Tier erscheinen: es ist unmöglich nicht zu kommunizieren, jede Kommunikation hat Inhalts-

und Beziehungsaspekte und Informationsobjekte können sowohl in digitaler als auch in analoger Form dargestellt werden (vgl. Watzlawick et al. (1969) zitiert in: Vernooij (2008)).

Im Folgenden wird auf diese drei Axiome in Bezug auf die Mensch-Tier-Beziehung näher eingegangen.

„Man kann sich nicht nicht verhalten. [...], daß man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht nicht kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikationen reagieren und kommunizieren damit selbst“ (Watzlawick et al. 1972: 51).

Vernooij und Schneider (2008) gehen davon aus, dass jedes Verhalten einen Mitteilungscharakter hat. Durch das nonverbale Verhalten wird der Umgebung immer etwas mitgeteilt, unabhängig davon, ob es verbale Äußerungen gibt oder nicht. Im Umgang mit Tieren wie bspw. Hund, Pferd oder Katze gilt dieser Grundsatz ebenfalls und zwar wechselseitig; denn auch das Tier teilt dem Menschen mit seinem bspw. schläfrigen Verhalten etwas mit. Daher bildet der Grundsatz nach Watzlawick et al. die Basis sowohl für die Beziehung zwischen Mensch und Tier als auch für deren Kommunikation.

"Sie [die Mitteilung] definiert also, wie der Sender die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht, und ist in diesem Sinn seine persönliche Stellungnahme zum anderen. Wir finden somit in jeder Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt“ (Watzlawick et al. 1972: 53).

Nach Watzlawick (o.J.) werden Informationen über den Inhaltsaspekt vermittelt und mithilfe des Beziehungsaspekts wird deutlich, wie die Information vom Empfänger aufgefasst wird. In der Übertragung von Kommunikationssituationen bedeutet das, dass es keine rein informative Kommunikation ohne eine Beziehungsaussage gibt. Durch die Gestik, Mimik und den Tonfall des Sprechers werden verschiedene Reaktionen wie Bestätigung, Ablehnung oder Entwertung beim Angesprochenen ausgelöst. Eine gestörte Kommunikation, die auf der Inhaltsebene ausgetragen wird, kann eine negative Beziehung zur Folge haben.

Dieser Grundsatz spielt in der tiergestützten Intervention eine wesentliche Rolle beim Kontaktaufbau zwischen Mensch und Tier. Nach Vernooij und Schneider (2008) zeigen Untersuchungen, dass Tiere im Prozess der Domestikation sich als sehr lern- und anpassungsfähig erweisen. Vor allem Hunde, Katzen und Pferde haben gelernt Zeichen und Signale von Menschen sensibel wahrzunehmen und auf sie zu reagieren. Der Mensch wird durch die sensiblen unmittelbaren Reaktionen des (trainierten) Tieres ermutigt, sich auf das Tier einzulassen, sich ihm zu zuwenden und zu ihm eine Beziehung aufzubauen (vgl. ebd.).

„Wenn wir uns nun erinnern, daß jede Kommunikation einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt hat, so wird deutlich, daß die digitalen und die analogen Kommunikationsweisen nicht nur nebeneinander bestehen, sondern sich in jeder Mitteilung gegenseitig ergänzen. Wir dürfen ferner vermuten, daß der Inhaltsaspekt digital übermittelt wird, der Beziehungsaspekt dagegen vorwiegend analoger Natur ist“ (Watzlawick et al. 1972: 64).

Nach Watzlawick (o.J.) gibt es zwei Möglichkeiten in der Kommunikation Objekte darzustellen: durch die analoge Kommunikation wird die Beziehungsebene vermittelt und die digitale Kommunikation über die Inhaltsebene. So können bspw. Tränen sowohl Schmerz als auch Freude ausdrücken und ein Lächeln kann sowohl Sympathie als auch Verachtung ausdrücken. Die analoge Kommunikation ist demnach mehrdeutig und kann auf verschiedene Weise entschlüsselt werden. Daher können durch mögliche Fehlinterpretationen zwischen den Kommunikationspartnern Konflikte entstehen.

Nach Vernooij und Schneider (2008) kann die digitale Kommunikation nur dann stattfinden, wenn alle Beteiligten dieselbe Sprache sprechen. Die analoge Kommunikation ist dagegen überall und mit jedem Lebewesen möglich. In der Regel wird die analoge Kommunikation auch richtig verstanden, bspw. zwischen Menschen unterschiedlicher Länder oder Kulturen, zwischen einer Mutter und ihrem Säugling oder auch zwischen Mensch und Tier. Dabei verwendet die analoge Kommunikation vielfältige nonverbale Ausdrucksmittel wie bspw. Gestik, Mimik, Körperhaltung, Stimmmodulation, Berührung, Geruch oder Geschmack etc. Vor allem intensive Gefühlszustände innerhalb einer Beziehung werden hauptsächlich analog ausgedrückt wie bspw. Zuneigung, Liebe, Mitgefühl aber auch Ärger, Wut, Angst, Schmerz etc. Dabei ergänzen sich beide Formen während des Kommunikationsprozesses. Demnach ist für Watzlawick und Kollegen einerseits die digitale Kommunikation bezogen auf den Beziehungsaspekt fast bedeutungslos und andererseits erscheint die analoge Kommunikation ehrlicher und aufrichtiger.

„[...] , denn es ist leicht, etwas mit Worten zu beteuern, aber schwer, eine Unaufrichtigkeit auch analogisch glaubhaft zu kommunizieren. Eine Geste oder eine Miene sagt uns mehr darüber, wie ein anderer über uns denkt, als hundert Worte“ (Watzlawick et al. 1972: 64).

Nach Olbrich (2003a) wissen wir, dass Tiere die analogen Aspekte der Kommunikation wahrnehmen und darauf reagieren, aber kaum auf die digitalen Aspekte. Dadurch wird vom Menschen in der Beziehung zu einem Tier eine echte und stimmige Bezogenheit verlangt. Oftmals gelingt es diesen Menschen, „eine bessere Abstimmung zwischen analoger und digitaler Kommunikation bei sich selber herzustellen. Sie stehen seltener in Gefahr, die bewussten Inhaltsaspekte von den weniger oder gar nicht bewussten Beziehungsaspekten zu trennen“ (ebd.: 87).

Auch nach Vernooij und Schneider (2008) ist die gemeinsame „Sprache“ zwischen Mensch und Tier die analoge Kommunikation, da Tiere hauptsächlich auf die nonverbalen Anteile der Kommunikation reagieren. Tiere definieren mit ihren analogen Signalmöglichkeiten ihre Beziehung sowohl zu gleichartigen als auch zu rudelfremden Tieren. In der Übertragung auf die Mensch-Tier-Beziehung bedeutet dies, dass Tiere nicht den Sinn der gesprochenen Sprache des Menschen verstehen, sondern dass sie selbst auf kleinste und vielleicht für den Menschen kaum wahrnehmbare analoge Signale reagieren (vgl. ebd.).

„Tierbesitzer sind oft überzeugt, daß ihre Tiere die menschliche Sprache <verstehen>. Was das Tier versteht, ist offensichtlich nicht die Bedeutung der Worte, sondern die zahlreichen Analogiekommunikationen, die im Ton der Sprache und der sie begleitenden Gestik enthalten sind. Überall, wo die Beziehung zum zentralen Thema der Kommunikation wird, erweist sich die digitale Kommunikation als fast bedeutungslos“ (Watzlawick 1972: 63f).

Auch Beetz (2003) sagt, dass die Interaktion zwischen Mensch und Tier fast ausschließlich auf nonverbaler Kommunikation beruht. Diese Art der Kommunikation wird primär bei der Vermittlung von Beziehungsaspekten herangezogen. Der Mensch ist bei der Interaktion mit einem Tier überwiegend auf eine intuitive und weniger auf eine kognitive Einschätzung des Gegenübers angewiesen.

„Durch den Umgang mit einem Tier und den Aufbau einer Beziehung zu diesem werden solche erfahrungsgeleiteten Prozesse notwendigerweise automatisch trainiert. Da sie wichtige Grundlagen der emotionalen Intelligenz darstellen, könnte dadurch auch diese Fähigkeit gefördert werden. Weiterhin könnten die gewonnenen Erfahrungen und Fähigkeiten auf den Umgang mit und die Beziehungen zu Menschen übertragen werden“ (ebd.: 81).

Nach Vernooij und Schneider (2008) fällt vielen Menschen „die Kontaktaufnahme und die Kommunikation mit Tieren leichter als mit Menschen, da Tiere keine kognitiven und/oder kulturellen Bewertungen vornehmen, keine Vorurteile haben oder Bedingungen stellen und ihre analoge Art zu kommunizieren stets echt, ehrlich und rein situationsbezogen ist“ (ebd.: 21). Dieses unbedingte „Angenommen werden“ kann besonders für Menschen mit Störungen oder Behinderung sowie für Menschen mit geringem Selbstwertgefühl sehr förderlich, wenn nicht sogar heilsam sein. Tiere bieten uns die Möglichkeit, da sie im „Hier und Jetzt“ (ebd.: 21) leben, ebenfalls nur in der Gegenwart zu leben und dabei Intentionen sowie Empfindungen auszuleben, ohne sich Gedanken um die Vergangenheit oder Zukunft zu machen. In Gegenwart eines Tieres kann der Mensch seinen Gefühlen „freien Lauf lassen“ (ebd.: 21) und so sein wie er ist. Durch diese Besonderheiten entwickelt sich ein Vertrauensverhältnis und eine Beziehung zwischen Mensch und Tier, welche sich bei den Tiergestützten Interventionen scheinbar auch auf die Beziehung zwischen dem Empfänger und dem Anbietenden übertragen lässt. Dabei übernimmt das Tier eine Art „Brückenfunktion“ zwischen den beiden Parteien, wodurch der Beginn eines erfolgreichen pädagogischen bzw. therapeutischen Prozesses entsteht. Demnach kann der Dialog mit dem Tier als Einstieg für weitere pädagogische und/oder therapeutische Maßnahmen genutzt werden (vgl. ebd.).

Nach Otterstedt (2001) beginnt der Wirkprozess mit der ersten Kontaktaufnahme zwischen Mensch und Tier. Dabei ist der Impuls für den heilenden Prozess umso stärker, je unerwarteter der Kontakt stattfindet. In der Regel spricht der Mensch das Tier zunächst verbal an. Dabei spricht der Körper nonverbal mit, wodurch eine Brücke zwischen Mensch und Tier gebaut wird. Der Mensch imitiert gerne die Körpersprache des Tieres. Durch das Nachahmen wird wiederum eine gemeinsame Sprache gefunden.

„Die Suche und das Finden einer gemeinsamen Sprache unterstützen den heilenden Prozess, der durch die gemeinsame Aktion und das gemeinsame Erleben zwischen Mensch und Tier angeregt wird“ (ebd.: 24).

Auch nach Germann-Tillmann (2014) müssen Menschen in der Interaktion mit Tieren auf die eigene Stimme, die Mimik, die Bewegungen und Körperspannung achten, welches sowohl die Eigenwahrnehmung als auch die Achtsamkeit verbessert (vgl. ebd.).

3.3 Partizipation und Menschen mit Demenz

Partizipation kann aus verschiedenen theoretischen Sichtweisen betrachtet werden. Da die Forscherin Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin ist, wird im Folgenden Partizipation aus der Perspektive der Sozialen Arbeit betrachtet.

Nach Scheu und Atrata (2013) wird Partizipation in der bisherigen Theoriebildung nicht subjektorientiert bestimmt. Jedoch ist Partizipation ein wesentlicher Bestandteil von menschlichem Leben, woraus sich für die Soziale Arbeit neue Perspektiven in disziplinärer und professioneller Hinsicht ergeben. Partizipation ist eine besondere Form des menschlichen Handelns. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie subjektiv auf das Ganze Einfluss nimmt. Über die Einflussnahme auf das Ganze (Partizipation) wird eine Beibehaltung oder Erhöhung der eigenen Lebensqualität angestrebt. Dabei ist die Perspektive der Subjekte zentral für die Bestimmung, ob die Handlungen Partizipation sind oder nicht:

„Nur wenn Handlungen auf ein wiederum subjektiv bestimmtes Ganzes Einfluss nehmen, sind sie Partizipation. Das Ganze, auf das Einfluss genommen wird, kann ein gesellschaftliches oder soziales Ganzes sein: Partizipation ist aber, mindestens in der intersubjektiven Verständigung über Intentionen, immer auch ein Prozess der Gestaltung des Sozialen“ (Scheu und Atrata 2013: 9).“

Die Partizipation steht im Spannungsfeld zwischen Gesellschaft und den Menschen als handelnden Subjekten. Bisher war der Blick auf Partizipation von der Frage geleitet, was Partizipation für die Gesellschaft bedeutet und nicht, was Partizipation für Menschen bedeutet. Für Scheu und Atrata (2013) resultiert Partizipation aus subjektiven Interessen, die über eine Einflussnahme auf ein subjektives Ganzes realisiert werden sollen. Dabei können und müssen sich subjektiv ausgeformte Interessen nicht mit den Perspektiven der Organisationsformen der Gesellschaft decken. Eine Partizipation vom Subjekt ausgehend kann sich auf Gegenstände beziehen, die für die Gesellschaft nicht relevant erscheinen oder kann sich in der Ausrichtung von dem unterscheiden, was die Gesellschaft für wünschenswert hält (vgl. ebd.).

Zusammengefasst bedeutet dies auf die „Entwicklungsperspektiven Sozialer Arbeit, dass sich die Soziale Arbeit einem neuen, mindestens aber modifizierten Denkprinzip verschreibt: Menschen sind nicht Opfer ihrer Lebenssituation, sondern handelnde Subjekte, die gezielt und gestaltend sich mit ihrer Umwelt auseinandersetzen können. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, im Segment des Sozialen diese Gestaltungsprozesse zu begleiten und zu qualifizieren“ (Scheu und Atrata 2013: 312).

Nach Aner (2016) umfasst die Ökonomisierung aller gesellschaftlichen Bereiche auch das Alter und so wird in der heutigen Situation stets nach dem Nutzen bzw. den Kosten alter Menschen für die Gesellschaft gefragt. Die vorherrschende betriebswirtschaftliche Perspektive reduziert das Alter, so dass alte Menschen positiv bewertet als Konsument/innen gelten. Jenseits davon gelten sie durch höhere Sozialversicherungsausgaben oder dem sogenannten Pflegenotstand als Kostenfaktor zu Lasten für die nachfolgenden Generationen.

„Sichtweisen auf die Realität alternder Gesellschaften, die Gegenargumente formulieren können, [...] sind selten und treffen auf Widerstand in der Forschungsförderung, bei den Publikationsorten und auch in der gerontologischen Community“ (ebd.: 37).

Gegen diese Widerstände wird aktuell in der Gerontologie sowie in der sozialen Altenhilfe und Pflege eine Debatte über ein kritisches Verständnis von Partizipation geführt, das auf die Emanzipation alter Menschen von bestehenden Macht- und Herrschaftsstrukturen zielt. Es wird ein (wissenschafts-)politischer Diskurs über die Potenziale und Partizipationsmöglichkeiten von alten Menschen kritisiert, der nach dem Nutzen alter Menschen im Kontext eines aktivierenden Sozialstaatsverständnisses fragt (vgl. Aner 2013).

Zusammenfassend zielt Partizipation bei der Umgestaltung des deutschen Sozialstaates zum „aktivierenden Staat“ im Kern auf die politische und ökonomische Vereinnahmung eines Teils der älteren Bevölkerung. Es besteht die Hoffnung, dass die ressourcenstarken älteren Menschen einen aktiven Beitrag leisten. Gleichzeitig wird die ältere Generation instrumentalisiert, was sich in zahlreichen Modellprogrammen von Bund und Ländern zeigt, die seit den 1980er Jahren die Förderung von zivilgesellschaftlich produktiven Altern zum Ziel haben. Zudem kommt das Problem auf, dass Partizipation vor allem in der Mittelschicht der Gesellschaft stattfindet und somit keine Partizipationsgerechtigkeit vorliegt. Alte Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und geringen Einkommen haben oftmals Zurückweisung, Ablehnung und Abwertung in Partizipations- und Bildungsprozessen erfahren (vgl. Aner 2016, Rüßler et al. 2013, Köster 2012).

Im siebten Altenbericht der Bundesregierung (2016) wird über Partizipation und Teilhabe als ein Ziel von lokaler Politik gesprochen. Alte Menschen sollen stärker an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen in der Seniorenpolitik beteiligt werden. Innerhalb der Kommunen soll eine lokale Politik nicht nur für alte Menschen entwickelt werden, sondern auch gemeinsam mit alten Menschen praktiziert werden. Jedoch sind hier hauptsächlich alte Menschen im sogenannten „dritten Lebensalter“ angesprochen, welches von Aktivität und Partizipation geprägt ist. Jedoch stellt sich die Frage, wie alte Menschen im „vierten Lebensalter“ beteiligt werden können, welches durch Hilfebedürftigkeit und Verlust von Autonomie gekennzeichnet ist (vgl. Kricheldorf 2010).

Nach Aner (2016) bekommt der Begriff „Partizipation“ in den letzten Jahren im politischen Diskurs sowie in der sozialwissenschaftlichen Forschung eine immer größer werdende Bedeutung. Daraus entsteht der Anspruch, dass ältere Menschen als handelnde Subjekte einbezogen werden sollen. Von der Richtigkeit dieses Anspruchs sind sowohl Praktiker/innen als auch Wissenschaftler/innen überzeugt und setzen sich mit dem Begriff auseinander.

Partizipation bedeutet in der sozialen Altenarbeit, alte Menschen bei der Gestaltung und Erweiterung der vorhandenen Handlungsspielräume zu stärken. Die sozialarbeiterische Begleitung der Menschen im sogenannten dritten Lebensalter oder auch „junge Alte“ befindet sich in dem Dilemma, die gesellschaftliche Integration einer Gruppe zu fördern, die erst durch die gesellschaftliche Ausgrenzung aus dem Erwerbsleben zu einer Gruppe

gemacht wurde. Zudem ist diese Gruppe oftmals äußerst heterogen u.a. auch in ihrem Wunsch nach Integration (vgl. Aner & Köster 2016).

Die zweite Gruppe, die sogenannten „alten Alte“ sind gekennzeichnet von Einschränkungen in ihrer Aktivität bis hin zu autonomiegefährdenden gesundheitlichen Belastungen. Diese Risiken betrifft vor allem Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr. Auch für diese alten Menschen gilt Aktivität als ein Wundermittel für Lebensqualität und gleichzeitig gegen den fortschreitenden Verfall. Vor allem für die weniger privilegierten alten Menschen sind sozialarbeiterisch-sozialpädagogische Unterstützungsangebote und Interventionen wünschenswert, da sie zur Gesunderhaltung und Autonomie beitragen können. Menschen, die sich in diesem sogenannten vierten Lebensalter befinden, traut und mutet man eine konstruktive Bewältigung von Verlusten zu. Daher sind sie, trotz körperlicher und geistiger Beeinträchtigungen aufgefordert, die eigenen Lebensbedingungen selbst zu kontrollieren, soweit es möglich ist (vgl. Aner & Köster 2016).

Mit steigendem Alter wird durch eine zunehmende Begrenzung der Aktions- und Handlungsspielräume das unmittelbare Wohnumfeld umso bedeutsamer. Das jeweilige Lebensumfeld und die Wohnung werden mit zunehmendem Lebensalter und dem Nachlass an Mobilität zum zentralen Ort der Lebensgestaltung und erhalten eine zunehmende Bedeutung für Wohlbefinden, Lebensqualität und Teilhabe (vgl. Kricheldorf, Oswald 2015, Kricheldorf 2015).

Nach Aner (2016) ist ein (selbst-)kritischer Blick unumgänglich: es muss hinterfragt werden, inwieweit es Forschung und Praxis gelingt, Räume für Partizipation zu öffnen, „durch die ältere Menschen selbst Einfluss erlangen auf Fragestellungen, Methoden und Interpretationen von Projekten, bei denen es schließlich um ihr Leben, ihre Möglichkeiten zur Teilhabe geht“ (ebd.: 38). Theorie und (Forschungs-)Praxis müssen eine Einheit bilden, sodass durch die neu gewonnenen Erkenntnisse die „erforschte“ Gruppe ermutigt wird, ihre Lebensqualität zu verbessern. Dabei sollten besonders die alten Menschen im Mittelpunkt stehen, um sie bei der Erhaltung oder Zurückgewinnung ihrer Subjektivität zu unterstützen. Die Unterstützung alter Menschen bei der Erhaltung oder Zurückgewinnung ihrer Subjektivität ist die wichtigste Aufgabe von Partizipation (vgl. ebd., Aner & Köster 2016).

Auch Scheu und Autrata (2013) sehen eine Aufgabe Sozialer Arbeit in der Qualifizierung und Begleitung von Menschen, die handelnde Subjekte und nicht Opfer ihrer Lebenssituation sind, so dass sie sich gezielt und gestaltend mit ihrer Umwelt auseinandersetzen können. Vor allem die Gestaltung dieser Prozesse ist Aufgabe der Sozialen Arbeit.

Die Funktion von Partizipation bei Menschen mit Demenz beinhaltet die Behandlung als Subjekt mit der einhergehenden Entscheidung zum Wohl in eigener Sache. Für die soziale Altenarbeit geht dies in die Stärkung der Menschen mit Demenz über, was sich durch die Gestaltung und Erweiterung der vorhandenen Handlungsspielräume deutlich machen lässt.

Werden die zuvor dargestellten Überlegungen zu sozialer Altenarbeit und Partizipation auf tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz übertragen, so wird deutlich, dass Menschen mit Demenz auch in der Interaktion mit Tieren zu handelnden Subjekten werden. Wie bereits ausführlich dargestellt wurde, leben Tiere im „Hier und Jetzt“ (vgl. Kapitel 3.2), wodurch den Menschen die Möglichkeit gegeben wird, ebenfalls in der Gegenwart zu leben. In der direkten Interaktion mit Tieren werden bei Menschen mit Demenz Erinnerungen hervorgerufen, sie werden aktiv handelnd, indem sie die Tiere streicheln, füttern, spazieren gehen oder in anderer Art und Weise mit ihnen in Interaktion treten. Zudem findet eine (non)verbale Kommunikation zwischen Menschen mit Demenz und den Tieren, deren Begleitpersonen sowie den Menschen um sie herum statt. Durch die aktive Rolle der Menschen mit Demenz im Kontakt mit den Tieren können sich weitere pädagogische bzw. therapeutische Prozesse entwickeln. Die „Brückenfunktion“ (vgl. Vernooij und Schneider 2008) durch die Interaktion mit den Tieren kann als Einstieg für weitere pädagogische und/oder therapeutische Maßnahmen genutzt werden.

3.4 Tiere und alte Menschen

In diesem Unterkapitel wird der wertvolle Kontakt zwischen alten Menschen und Tieren beschrieben sowie die bestehenden Schwierigkeiten, wenn die alten Menschen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit in einer Einrichtung versorgt und betreut werden und keine eigenen Tiere halten können. Zusätzlich wird die tiergestützte Intervention im Rahmen der Besuchsdienste aus der Perspektive der Ehrenamtlichen dargestellt. Damit wird passgenau der Rahmen der eigenen Studie der Forscherin abgebildet.

„Tiere ersetzen Menschen als Partner nicht, sie tragen aber dazu bei, die Einseitigkeit von nur rational und institutionalisiert geplanter menschlicher Unterstützung durch Beziehung und Emotion zu ergänzen. Sie helfen, bei aller guten Intention von vorwiegend rational orientierten Menschen doch gebliebene Mängel zu erkennen und nicht nur ein gesundes, sondern ein Leben bei sozialem, psychischen und körperlichen Wohlbefinden zu realisieren“ (Olbrich und Ford 2003: 318).

Nach Wesenberg (2012a) bieten Tiere für viele Menschen eine soziale Unterstützung; insbesondere in schwierigen Lebenssituationen, in denen oftmals nicht immer ausreichende soziale Beziehungen zu anderen Menschen bestehen. Für alte Menschen kann die Interaktion mit einem Tier von hoher Bedeutung sein. Vor dem Hintergrund der sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen werden Haustiere für viele ältere Menschen zu wichtigen Interaktionspartnern (vgl. ebd.).

Nach Otterstedt (2001) ist das Haustier ein guter Dialogpartner für den Menschen. Menschen teilen dem Haustier Gefühle wie Ängste und Sorgen, aber auch Freude mit. Das Haustier selbst setzt wiederum auch Impulse, indem es den Menschen bspw. zu einem Spiel auffordert und ihn dadurch aus der eigenen Trägheit herausholt. Zudem lässt es uns körperlichen Kontakt spüren, wodurch wir zu unserem Haustier ein großes Vertrauen und eine innere Verbindung entwickeln. Bei einer Demenz bleibt das Erleben von Gefühlen und die nonverbale Kommunikation nachhaltig erhalten. Die Mensch-Tier-Forschung geht davon aus, dass Tiere „tiefere Schichten“ bei Menschen - und speziell bei Menschen mit

Demenz - erreichen und somit positiv auf Menschen mit Demenz wirken können (vgl. Olbrich & Ford 2003).

Das Zusammenleben mit Tieren ist für ältere Menschen sinnvoll, besonders für die einsamen und chronisch kranken Senioren/innen sowie für Menschen mit Demenz. Ein Tier kann für Menschen im Alter folgende günstige Perspektiven eröffnen: Hilfe gegen Alleinsein und Langeweile, Ablenkung von Schmerzen und Sorgen, Zärtlichkeit und Berührung, Erhaltung des Selbstwertgefühls, Stabilisierung der Erinnerungsfähigkeit und des Gedächtnisses, Strukturierung des Tagesablaufes durch regelmäßiges Essen, evtl. Spazierengehen sowie Schlafen und Wachen. Mit Hilfe eines Tieres – insbesondere durch einen Hund – fällt auch der Kontakt zu anderen Menschen leichter. Oftmals trägt ein Tier dazu bei, ein soziales Netz zu bilden oder zu erhalten. Zudem erweckt ein Tier die Erinnerung an die Vergangenheit, indem es starke Gefühle auslöst, die oftmals mit der Kindheit und glücklichen Lebensphasen verknüpft sind.

Diese Beobachtungen werden heutzutage in der Arbeit mit Senioren/innen genutzt, wie bspw. mithilfe von Tierbesuchsdiensten. Dadurch ist der Kontakt zu Tieren ohne zusätzliche Verpflichtungen seitens der älteren Menschen oder Mitarbeitenden der Betreuungseinrichtungen möglich. In der Regel eignet sich für einen Besuchsdienst am ehesten der kontaktfreudige Hund, da er seinen Menschen gerne begleitet. Dabei ist es wichtig, dass die Tiere nicht den Menschen in seiner Arbeit ersetzen. Tiere ergänzen die Arbeit des Menschen, nicht mehr und auch nicht weniger. Jedoch gibt es in der Arbeit mit Tieren einen Nebeneffekt, der bisher zu wenig Beachtung bekommen hat: Tiere können die Arbeit des Menschen unter Umständen erleichtern. Es gibt anfänglich oft eine skeptische Haltung der Mitarbeiter/innen, wenn Tiere in Einrichtungen für Senioren/innen oder Menschen mit Behinderung integriert werden sollen, die sich jedoch in kurzer Zeit in einhellige Zustimmung umwandelt. Da die Mitarbeiter/innen merken, dass die Tiere nicht nur für die Klienten/innen wichtig sind, sondern auch für deren Betreuer/innen. Aufgrund der Tiere wird in den Einrichtungen häufiger gelacht und es gibt deutlich mehr Gesprächsanlässe (vgl. Greiffenhagen 2003, Braun und Schmidt 2003).

„In vielen Fällen beobachten wir, dass die Mitarbeiter Spaß an dem tierischen Besuch haben. Es kommt ein Stück normales Leben und gute Laune ins Heim. Und: die Besserung der Stimmung bei den Senioren kommt nicht zuletzt auch dem Pflegealltag zugute“ (Braun und Schmidt 2003: 331).

Wenn das Halten eigener Tiere oder der Kontakt zu Tieren mithilfe von Tierbesuchen innerhalb der Senioreneinrichtungen nicht möglich oder gewollt ist, aber trotzdem eine regelmäßige Begegnung zwischen Menschen und Tieren stattfinden soll, dann bieten sich hierfür andere Möglichkeiten außerhalb der Senioreneinrichtungen an. Eine Möglichkeit besteht darin, ein Außengehege auf dem Gelände der Senioreneinrichtungen zu errichten, so dass die Bewohner/innen draußen regelmäßigen Kontakt zu Tieren erhalten können. Eine weitere Möglichkeit bieten die sogenannten Begegnungshöfe (vgl. Netzwerk Begegnungshöfe o.J.), die regelmäßig von den Bewohner/innen der Senioreneinrichtung besucht werden können.

Nach Braun und Schmidt (2003) ist es für die Hundehalter/innen keine einfache Aufgabe, sich Zeit für den ehrenamtlichen Tierbesuchsdienst neben Arbeit, Familie und Co. zu nehmen, evtl. weite Wege zurückzulegen, sich in den Alltag einer Pflegeeinrichtung für ältere Menschen zu begeben und diese Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten. Senioren/innen können durch ihre gesundheitlichen Einschränkungen, psychischen Erkrankungen, Einsamkeit oder Zurückgezogenheit mitunter auch schwierige Gesprächspartner/innen sein; wodurch ein Gespräch oder ein Kontakt nicht immer gelingt. Die Hundebesitzer/innen brauchen ein besonderes Durchhaltevermögen und eine Klarheit über den Sinn und Zweck ihres Besuchs, denn häufig braucht es Zeit, bis der besuchte Mensch bspw. aus der „bestehenden Teilnahmslosigkeit herauskommt, entspannter wird, Freude und Stolz zeigt, dass der Hund gerade zu ihm kommt und ihn gern hat“ (ebd.: 332). Damit diese ehrenamtliche Arbeit auch Bestand haben kann, wird sowohl eine fachliche als auch menschliche Unterstützung sowie Anerkennung benötigt. Hierzu gehören bspw. die Vermittlung und Erweiterung der Kenntnisse durch Informationsveranstaltungen oder Seminare, regelmäßige Gruppentreffen zum Erfahrungsaustausch sowie persönliche Fachgespräche mit einer fachkompetenten Ansprechperson.

Das sogenannte Matching - die passgenaue Vermittlung von Mensch, Tierhalter/in und Tier - ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der professionellen Unterstützung von Ehrenamtlichen, vor allem bei Einzelbesuchen. Hier sollte die räumliche Entfernung nicht zu weit sein, die Interessen sollten zueinander passen und auch Dialekte sollten berücksichtigt werden. Das Risiko von Unsicherheiten und Überforderung wird durch die inhaltliche Unterstützung von Fachleuten minimiert. Mithilfe dieser Maßnahmen wächst die Zufriedenheit der Ehrenamtlichen und die Freude an den Einsätzen bleibt erhalten. Es entsteht langfristig ein Zuwachs an Wissen und (Lebens-)Erfahrung, was wiederum für den Ehrenamtlichen auch persönliche Entwicklung bedeutet. Darüber hinaus sollten besondere Anlässe für Hundehalter/innen und deren Hunde geschaffen werden, um Freude zu bereiten und die Gemeinschaft zu fördern, wie bspw. durch gemeinsame Ausflüge, Spaziergänge, Spiel- und Ausbildungsnachmittage auf dem Hundepark etc. Eine Aufwandsentschädigung für Fahrtkosten, Telefonate und Co. sollte ebenfalls erstattet werden. Die Ziele sollte sein, „Wege zu finden, die die Zeitreserven der Ehrenamtlichen berücksichtigen, sorgfältige Anleitung und Unterstützung ermöglichen und Anerkennung und Wertschätzung vermitteln“ (ebd.: 333).

Tiere vermitteln uns Wärme, geben Anlass zur Freude und spenden Trost. Tiergestützte Interventionen können bei Menschen mit Demenz bspw. die Kontaktaufnahme erleichtern, das emotionale Wohlbefinden steigern sowie die Wahrnehmung und Bewegung anregen. Aufgrund von motorischen Einschränkungen und der zunehmenden sozialen Isolation wird die Begegnung mit Tieren für Menschen mit Demenz erschwert. Die Haltung von eigenen Haustieren ist durch die Erkrankung und der daraus resultierenden Betreuung oftmals für die Betroffenen und deren Angehörigen nicht (mehr) möglich.

Daher ermöglichen inzwischen verschiedene ehrenamtliche Hunde-Besuchsdienste, wie der Berliner Hunde-Besuchsdienst „Leben mit Tieren e.V.“ oder der Kölner ehrenamtliche

Hunde-Besuchsdienst „4 Pfoten für Sie“ Menschen mit Demenz (wieder) einen Kontakt zu Hunden und bietet gleichzeitig den Angehörigen bzw. Pflegenden eine stundenweise Entlastung. Der Hunde-Besuchsdienst ist im Rahmen der niedrighschwelligen Hilfe- und Betreuungsangebote konzipiert, so dass er über den § 45b SGB XI über die Pflegekasse abgerechnet werden kann (vgl. Kap. 2.2: 23).

In beiden Hunde-Besuchsdiensten werden geeignete Hundebesitzer/innen in einem Qualifizierungskurs auf ihre Aufgaben vorbereitet und fachlich begleitet. Mit Hilfe der Besuche von geschulten Mensch-Hunde-Teams wird ein wertvoller Beitrag zur Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen und ihren Angehörigen geleistet. Diese Besuche ermöglichen den Betroffenen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch bspw. gemeinsame Spaziergänge sowie den Angehörigen durch zeitliche Freiräume. Außerdem entsteht durch die kontinuierliche Begegnung eine Beziehung zwischen Mensch und Hund, sie werden in dieser Lebensphase zum vertrauten Begleiter (vgl. Leben mit Tieren o.J.b, Türke 2014).

Nach Otterstedt (2001) werden Menschen durch den Umgang mit Tieren einerseits körperlich, geistig und seelisch gefordert andererseits erleben sie ihre physischen, psychischen und mentalen Fähigkeiten aktiver. Vor, während und nach einem Tierbesuch werden im gemeinsamen Gespräch Gedanken und Gefühle ausgetauscht, was wiederum auch zu einer sozialen Kontaktaufnahme und zu neuen Gesprächspartnern/innen führt. Zusätzlich können Erfahrungen und Themen rund um den Tierbesuch miteinander geteilt werden.

„Das gemeinsame Erleben des Tierbesuches kann in Gesprächen immer wieder neu zum Erlebnis werden. Das Tier gibt den Menschen ein übereinstimmendes Thema, welches eine angenehme Gesprächsatmosphäre, eine gute Voraussetzung für das soziale Miteinander bietet“ (ebd.: 42).

3.4.1 „Tierische“ Alternativen

Da sich für viele Mitarbeiter/innen von Senioreneinrichtungen die praktische Umsetzung eigene Tiere auszubilden und diese artgerecht zu halten und zu versorgen, schwierig gestaltet, werden in diesem Unterkapitel „tierische“ Alternativen zu lebenden Tieren vorgestellt.

In Einzelfällen kann die tiergestützte Intervention mit einem Stofftier ergänzt werden, wenn ein direkter Tierkontakt sehr schwer oder unmöglich ist. Dabei ist jedoch wichtig, dass der Mensch mit Demenz zuvor ein lebendes Tier wahrnehmen konnte, damit eine emotionale Übertragung auf das Stofftier gelingen kann. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass dadurch auch auf das Stofftier eine intensive Fürsorge übertragen werden kann. Daher ist ein sensibler Abschied bei der Trennung ebenso notwendig wie bei einem lebenden Tier (vgl. Otterstedt 2013).

Seit mehreren Jahren werden auch digital gesteuerte Kuscheltiere – sogenannte Zuwendungsroboter – in der Betreuung von Menschen mit Demenz eingesetzt. Die Technik ist inzwischen soweit ausgereift, dass bspw. das Robbenbaby PARO täuschend echt

Augen- und Körperbewegung, Atmung sowie Laute nachahmt; welche zu einer aktiven Aufmerksamkeit der Betroffenen führen können. Geräusche und Berührungen werden durch Sensoren im Roboter wahrgenommen, so dass der Roboter auf das Gegenüber reagieren kann. Zusätzlich wird durch das äußere Erscheinungsbild - das sogenannte Kindchenschema (großer Kopf, große Augen, Körperproportionen vom Jungtier) - bei den Menschen mit Demenz das Bedürfnis stimuliert, dem Roboter fürsorglich zu begegnen. Nach Otterstedt (2013) wurde ein ähnlich aktives Verhalten im Einsatz des Roboter-Tieres bei den Menschen mit Demenz „beobachtet wie bei dem Einsatz von lebendigen Tieren: mimische und gestische Aktivierung, Laut- und Sprachäußerungen, Dialogfähigkeit, emotionale Reaktion und soziale Interaktion. Mithilfe des Roboters fanden Angehörige eine Brücke in der Begegnung zu dem Demenz-Betroffenen: Der Roboter in der Hand ermöglichte eine Kontaktaufnahme mit dem Demenz-Betroffenen. Die Sprachlosigkeit konnte durch das Kuscheltier überbrückt werden“ (ebd.: 57).

Nach Weiss (2012) war der AIBO Roboterhund einer der ersten zoomorphen Roboter, der zur Erforschung von Robotern als Gefährten für Senioren und Kindern verwendet wurde. Dabei wurde meistens die Frage untersucht, ob die erwiesenen therapeutischen Effekte von lebenden Tieren auch mithilfe von Tierrobotern erzielt werden können. Es wurde positiv über AIBO berichtet, da die Senioren/innen durch den Roboter immer jemanden zum Reden haben. Dies ist vor allem in den späteren Abendstunden von hoher Bedeutung, wenn es für die Bewohner/innen in einer Senioreneinrichtung häufig besonders einsam ist (vgl. ebd.).

Die Entwickler von PARO – Shibata und Wada – haben in Japan und in Dänemark einige Studien mit PARO in Seniorenheimen durchgeführt: demnach fühlten sich die Senioren/innen nach einer längeren Interaktion mit PARO gesünder und glücklicher. Grundsätzlich untersuchten die Studien in Dänemark den Nutzen von PARO in Europa mit einem besonderen Fokus auf Menschen mit Demenz.

In Zukunft könnten Roboter-Tiere als Gefährten als Ausrede genutzt werden, um Senioren/innen im Seniorenheim alleine zu lassen. Zudem besteht die Sorge, dass die Senioren/innen durch die ständige Anwesenheit des Roboter-Tieres die soziale Interaktion mit Menschen „verlernen“ könnten; wobei Studien zeigten, dass Roboter-Tiere auch als Gesprächsvermittler dienen können. Für all diese Spekulationen fehlen bisher noch Langzeitstudien mit einem Kontrollgruppendesign.

„Es ist nicht der Tierroboter an sich, der gut oder böse ist für die Pflege von Senioren, sondern es ist die Art und Weise wie er eingesetzt wird“ (ebd.: 441).

Im Folgenden wird eine Studie vorgestellt, deren Zielgruppe zwar Kinder sind, dennoch können die Studienergebnisse auf andere Zielgruppen übertragen werden.

In einer Studie von Turner et al. (2002) wurde der Einsatz von Roboter-Tieren als Alternative zu lebenden Tieren bei Kindern getestet. Dabei stammten die Kinder aus unterschiedlichen Kulturkreisen (Japan und Schweiz). Die Studienergebnisse zeigen auf, dass zwar Kinder aus der Schweiz mehr Zeit benötigen, um sich an ein Roboter-Tier zu gewöhnen, jedoch verlieren die japanischen Kinder schneller das Interesse an dem Roboter-Tier. Die

Autoren/innen folgern daraus, dass die unterschiedlichen Reaktionen der Kinder darin begründet sei, „dass japanische Kinder aus städtischer Umgebung in einem stark technologisierten Umfeld aufwachsen, zum Beispiel mit Videogame-Salons, in denen sie von ähnlichen Geräuschen und blinkenden Lichtern berieselt werden wie von AIBO [Roboter-Tier]. Diese Erfahrungen machen Schweizer Kinder eher selten, und einige hatten vor AIBO's Geräuschen und Lichtern sogar Angst“ (ebd.).

Daraus lässt sich schlussfolgern: bei Menschen, die in ihrer Biografie einen starken Bezug zur Technik haben (bspw. Ostasien), vergrößert sich ebenfalls das Interesse an technischen Ersatzmodellen, wie bspw. an Roboter-Tieren. Sind jedoch technisierte Begleiter in der Kultur (bspw. Westeuropa) eher selten, dann wird der Kontakt zum lebenden Tier dem Roboter-Tier vorgezogen (vgl. Otterstedt 2013, Turner et al. 2002).

Vor diesem kulturellen Hintergrund entstehen bei einem Einsatz von Roboter-Tieren bei Menschen mit Demenz moralische Bedenken. Das Roboter-Tier ist kein Tier und wird dennoch als solches angeboten. Dies könnte aus Sicht der Menschen mit Demenz eine Lüge sein. Dem gegenüber steht der Vorteil der ständigen Verfügbarkeit eines Roboter-Tieres im Gegensatz zu lebenden Tieren. Dennoch sollen die Roboter-Tiere ausschließlich durch geschultes Personal, welches zusätzlich eingesetzt bzw. eingestellt werden muss, begleitend eingesetzt werden und die Roboter-Tiere gelten nicht als ein Ersatz für Personal. Otterstedt (2013) stellt sich die Frage:

„Wäre es nicht sinnvoller, diese finanziellen und personellen Ressourcen direkt für eine professionelle tiergestützte Begleitung einzusetzen“ (ebd.: 58)?

3.4.2 Einsatz von Tieren

Nach Otterstedt (2001) können Menschen mit Demenz besonders von der Begegnung mit Tieren profitieren, da neben der Aktivierung von sprachlichen und motorischen Fähigkeiten, vor allem auch das Gedächtnis auf eine besonders stimulierende Art und Weise motiviert wird. Darüber hinaus können Tiere helfen, die mit den Menschen mit Demenz zusammenleben, die Lebensqualität im emotionalen Bereich zu verbessern.

Die Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist so Otterstedt (2013) im Anfangsstadium fast normal. Jedoch kann mit Fortschreiten der Demenz das Verständnis von Begriffen und Sinnzusammenhängen der verbalen Kommunikation immer mehr abnehmen. Hingegen kann die Wahrnehmung von Menschen mit Demenz auf der nonverbalen Ebene sehr lange erhalten bleiben. Menschen mit Demenz „können Stimmungen wie Freude, Freundlichkeit, Ärger, Unruhe etc. über die Stimme, den Blickkontakt und die Körpersprache des Gesprächspartners wahrnehmen und entsprechend darauf reagieren“ (ebd.: 18). Für eine gute Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist es wichtig, die momentane Situation zu erfassen und anzunehmen. Demnach ist es förderlich, die aktuelle Emotionslage des Betroffenen ernst zu nehmen, diese wertzuschätzen und ihm auch mit einer authentischen Reaktion gegenüber zu treten. Es ist ebenfalls wichtig, die individuellen Ressourcen der nonverbalen Kommunikation frühzeitig zu erkennen und diese zu unterstützen. Denn das

Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit des Betroffenen werden durch das Verstandenwerden - auch ohne verbale Äußerungen – gestärkt (vgl. ebd.).

Nach Otterstedt (2013) leben Menschen mit Demenz in einer Welt, welche von anderen Menschen oft schwer verständlich und unzugänglich ist.

„Tiere haben Fähigkeiten, die sie in besonderem Maße befähigen, eine Tür zu dieser Welt zu finden. Manchmal gelingt dies auch dort, wo menschliches Bemühen an Grenzen stößt. Tiere können wesentliche Beiträge leisten, den Alltag Demenz-Betroffener freudiger und erfüllter zu gestalten“ (ebd.: 24).

Dabei stellt sich die Frage, ob der Einsatz von Tieren in der Begleitung von Menschen mit Demenz auch über den Moment der Begegnung hinauswirkt. Erfahrungen zeigen, dass Menschen mit Demenz nach der tiergestützten Intervention innerlich ruhiger, sehr entspannt und deutlich engagierter sind. Hinzu führt die Wiedererkennung der Begegnung mit dem Tier bei den Betroffenen zu einer positiven Stimmung, die für weitere Aktivierungen wie bspw. Erzählungen, Spiele, Gedächtnistraining etc. genutzt werden kann. Damit nachhaltige Wirkungen von tiergestützten Interventionen erzielt werden können, empfiehlt es sich, die Interventionen regelmäßig durchzuführen. Die folgende Tabelle (vgl. Tabelle 1) stellt diese wesentlichen Wirkungen, die Tiere auf Menschen mit Demenz haben können dar (vgl. ebd.).

Tiere ...	Menschen mit Demenz ...
... sprechen die „Sprache des Herzens und der Gefühle“, mit ihnen ist die Verständigung und Beziehung unabhängig von verbalem Ausdrucksvermögen oder von kognitiven Fähigkeiten möglich.	... erleben dadurch positive und stressfreie Begegnungen ohne Konfrontation mit den aus der Demenz entstehenden Defiziten in der Kommunikation.
... bewerten Menschen nicht nach Aussehen, Fähigkeiten oder Krankheitsgrad.	... fühlen sich dadurch vom Tier angenommen und wertgeschätzt.
... machen Freude.	... profitieren auf physischer, psychischer und sozialer Ebene auf die positive Stimulation.
... bieten sinnstiftende Tätigkeitsfelder, wie bspw. Füttern, Pflegen, Beaufsichtigen etc.	... stärken ihre Kompetenzen wie bspw. Fürsorge und bekommen dadurch Erfolgserlebnisse.
... sind über alle Sinne erleb- und spürbar.	... erleben ein vielfältiges Spektrum an Erfahrungen und Gefühlen, auch bei fortgeschrittener Demenz.
... bahnen Wege in die Vergangenheit.	... können Erlebnisse mit Tieren mit emotionalen Erlebnissen ihres Lebens verbinden.

Tabelle 1: Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz (Darstellung nach Otterstedt 2013: 24)

Im Alltag können Tiere ein wertvoller Anreiz sein und als Brücke zur Umwelt dienen. Jedoch interessieren sich nicht alle Menschen für Tiere. Daher sollte bei Menschen mit Demenz sensibel mit Hilfe von biografischen Hinweisen ermittelt werden, ob der Mensch in seinem Leben eine besondere Beziehung zu Tieren hatte oder nicht. Zudem ist auch zu beachten,

dass die Begegnung mit einem Tier je nach Tagesform, je nach aktueller, mentaler, seelischer und körperlicher Verfassung des Betroffenen mal interessiert und mal weniger interessiert verlaufen kann. Daher sollte bei tiergestützten Interventionen auch immer sensibel auf Körperhaltung, Mimik und Gestik geachtet werden, um zu erkennen, ob der Kontakt zum Tier dem Betroffenen angenehm oder unangenehm ist (vgl. Otterstedt 2013).

Werden Tiere in Senioreneinrichtungen eingesetzt, so können sich die Tiere nicht nur auf die Bewohner/innen der Einrichtungen positiv auswirken, sondern auch auf deren Mitarbeiter/innen sowie auf die Organisation der Einrichtungen.

„Positive Impulse werden auch auf den Arbeitsalltag einer Pflegeeinrichtung, z.B. ein verbesserter Stressabbau bei den Mitarbeitern, beschrieben. Tiere können wesentlich dazu beitragen, dass sich die Arbeitsatmosphäre verbessert. Mit Tieren wird viel gespielt und gelacht, Freude und Abwechslung durchbrechen einen gleichförmigen Arbeitsrhythmus“ (MDS 2009: 139).

Zum einen erhalten die Einrichtungen durch das Angebot der tiergestützten Interventionen ein wertvolles zusätzliches Förderangebot, welches sich durch die Attraktivität der Tiere gut vermarkten lässt. Andererseits wirken sich die Tierbesuche durch ihre stimulierende Stimmung oft auch positiv auf die Mitarbeitenden der Einrichtungen aus. Die Interaktion und Anwesenheit von Tieren motiviert allein schon durch die Beobachtung der Interaktion zwischen Mensch und Tier. Im Miteinander zwischen den Mitarbeitenden der Einrichtung, den Bewohner/innen und Angehörigen entsteht eine entspannte und gute Atmosphäre. Darüber hinaus wirkt der Einsatz von tiergestützten Interventionen „über den Moment der Begegnung mit Tieren emotional und aktivierend auf den Betroffenen und wirkt so entlastend auch für die Pflegenden“ (Otterstedt 2013: 50). Im pflegerischen Alltag können Themen und Methoden der tiergestützten Interventionen integriert werden, was die Gesprächsthemen zwischen den Bewohner/innen und den Pflegenden bereichert. Es wird eine höhere Zufriedenheit und Motivation unter den Mitarbeiter/innen der Einrichtung geschaffen (vgl. ebd.).

Nach Wesenberg (2012a) bedeutet der Einsatz von Tieren in Seniorenheimen zwar einen gewissen Mehraufwand, welcher sich jedoch auf vielfältige Weise auszahlt.

„Sind die notwendigen Rahmenbedingungen gegeben, kann tiergestützte Arbeit den Heimalltag enorm bereichern und sich positiv auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden demenziell erkrankter Menschen, aber auch positiv auf die alltäglichen Arbeitsanforderungen und -abläufe des Pflegepersonals auswirken (ebd.: 394).

Nach Otterstedt (2013) ist der Einsatz von Tieren für Menschen mit Demenz komplex und anspruchsvoll. Die Tierhalter/innen tragen sowohl für die menschlichen Bedürfnisse als auch für das tierische Wohl die Verantwortung und müssen beide gleichwertig berücksichtigen. Gleichzeitig müssen bei Mensch und Tier Zeichen von Stress oder Unwohlsein frühzeitig erkannt werden, damit der Einsatz des Tieres abgebrochen werden kann. Die Besuche sollten für die Tiere nicht nur erträglich sein, sondern sollten ihnen ebenso Freude bereiten, wie es für die besuchten Menschen der Fall ist. Daher ist ein entspanntes Tier, was gerne am Einsatzort ist und seinen „Job“ als Abwechslung und Bereicherung erlebt, für den Einsatz mit Tieren die wichtigste Voraussetzung (vgl. ebd.).

Auch nach Kahlisch (2010) gibt es vielfältige Grundvoraussetzungen für Hundebesitzern/innen, die gemeinsam mit ihrem Hund tiergestützt arbeiten möchten. Der Kontakt und Dialog mit den Mitmenschen sollte gesucht werden; sowohl die positiven Begegnungen zwischen Menschen als auch zwischen Mensch und Tier sollten für die weiteren Einsätze motivieren. Weiterhin sollten die Hundebesitzer/innen soziale Kompetenz, Empathie und Sensibilität in der Deutung von minimalen Signalen sowohl von Mensch als auch vom Tier mitbringen. Hinzu kommen eine hohe Belastbarkeit, Motivation und Ausdauer als grundlegende Aspekte. Darüber hinaus sollten die Hundebesitzer/innen vor dem Tierbesuch über die individuellen Phänomene der besuchten Personengruppe informiert sein, wie bspw. ein solides Wissen über Demenz, damit das Verhalten von Menschen mit Demenz bei dem Tierbesuch richtig gedeutet werden kann.

„Dass der Halter seinen Hund bestens kennt und somit auch über ausreichend kynologisches Wissen bezüglich Ernährung, Haltung, Krankheit und Verhalten seines Tieres verfügt, ist eine absolute Mindestvoraussetzung“ (ebd.: 18)!

Auch für Ehrenamtliche ist es empfehlenswert, spezielle Kenntnisse vor dem tiergestützten Einsatz bspw. idealerweise durch den Anschluss an einen Verein, der Hunde in tiergestützten Interventionen einsetzt, zu erwerben (vgl. ebd.).

Otterstedt (2013) bietet mit dem Buch „Demenz – Ein neuer Weg der Aktivierung. Tiergestützte Intervention“ einen Wegweiser für die praktische Umsetzung von tiergestützten Interventionen speziell für Menschen mit Demenz. Darin werden Themen, wie bspw. „Methodische Einsatzmöglichkeiten der Tierarten“, „Tierartspezifische Förderbeispiele für die Begleitung von Menschen mit Demenz“ etc. dargestellt.

Oftmals werden hygienische Probleme als Risiken angegeben, wenn es um Überlegungen geht, tiergestützte Interventionen in Senioreneinrichtungen anzubieten. Dabei stellt sich die Frage, wieso bspw. die medikamentöse Behandlung von Demenz mit all ihren Wechsel- und Nebenwirkungen nicht genauso kritisch diskutiert wird, wie die Hygienevorschriften und -einhaltungen von Tierbesuchen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Tiere werden so Otterstedt (2001) als therapeutische Begleiter schon seit mehr als 20 Jahren in den USA, Australien, Kanada und England in stationären Seniorenheimen und auf Klinikstationen aktiv eingesetzt. In den USA gibt es zu diesem Thema viele Studien und Erfahrungsberichte, die zeigen, dass man einen geschwächten Menschen ohne Besorgnis mit einem Tier besuchen kann, wenn dabei bestimmte Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden. In den genannten Ländern wird der Kontakt zu einem Tier als gesundheits- und sozial fördernd angesehen, so dass dort mittlerweile die Diskussion um die Hygiene professionell geführt werden kann.

Nach Schwarzkopf (2003) gibt es ein paar einfache Regeln, um das Infektionsrisiko durch Tiere zu minimieren. Demnach ist auf eine artgerechte Haltung des Tieres zu achten sowie auf eine gesunde Ernährung von Mensch und Tier. Weiterhin sollten Küsse von Tieren vermieden werden sowie die Hände nach dem Umgang mit dem Tier gewaschen bzw. bei abwehrgeschwächten Menschen desinfiziert werden. Ferner müssen Tiere von

Lebensmitteln ferngehalten werden, die für den menschlichen Verzehr sind. Menschen, die mit Tieren Kontakt hatten, müssen vor dem Kontakt mit Lebensmitteln die Hände waschen sowie sollte sich das klinische Personal die Hände nach dem Umgang mit dem Tier desinfizieren, bevor der nächste Mensch von ihnen behandelt wird. Wenn Tiere zu bettlägerigen Menschen mit ins Bett genommen werden, sollte zuvor ein Laken untergelegt werden, welches nach dem Tierbesuch gewaschen wird. Dennoch müssen Gemeinschaftseinrichtungen nach § 36 des Infektionsschutzgesetzes einen Hygieneplan erstellen, der nach Inkrafttreten für alle Mitarbeitenden verbindlich ist, da Verstöße ansonsten arbeitsrechtliche Folgen haben können.

„Im Großen und Ganzen kann unbedenklich gesagt werden, dass die zu erwartende Freude und heilende Auseinandersetzung mit dem Tier bei weitem die möglichen Infektionsrisiken überwiegt. Dies um so mehr, als das die meisten Infektionen heute relativ problemlos therapiert werden können“ (ebd.: 115).

Auch das Robert Koch Institut (2003) kommt in seiner Studie zu dem Entschluss, dass der positive Einfluss der Haltung von Haustieren die mögliche Gefährdung auf Menschen übersteigt. Das Risiko einer Erkrankung durch die Haltung von Haustieren auf den Menschen kann zum einen durch die Einhaltung von hygienischen Maßnahmen und zum anderen durch die tierärztliche Überwachung wie bspw. regelmäßiges Impfen, Entwurmen erheblich reduziert werden. Des weiteren muss das Risiko einer Allergie bei entsprechend anfälligen Menschen im Einzelfall gegen den Gewinn an Lebensqualität abgewogen werden (vgl. ebd.)

Abschließend sagt Otterstedt (2001), dass Hunde ein sehr kleines Risiko als Überträger von Krankheiten darstellen und u.a. aus diesem Grund ideale therapeutische Begleiter sind.

3.5 Erklärungsansätze

Es gibt in der Literatur viele positive Erfahrungsberichte, dass Tiere einen heilenden und insgesamt positiven Einfluss auf Menschen haben können. Für die vielfältigen positiven Wirkungen dieser Mensch-Tier-Beziehung gibt es diverse Erklärungsansätze. Durch die Vielfältigkeit und Individualität der Menschen und Tiere gibt es nicht nur einen Ansatz, der die positive Wirkung von Tieren auf Menschen erklärt. Vor dem Hintergrund der Möglichkeiten, die tiergestützte Interventionen für Menschen bieten können, werden im Folgenden acht unterschiedliche theoretische Ansätze zur Klärung der Mensch-Tier-Beziehung erläutert.

3.5.1 Tiergestützte Interventionen mit domestizierten Tieren

„Tatsächlich sollten nur gut sozialisierte, domestizierte Tiere in tiergestützte Aktivitäten eingesetzt werden, denn sie sind dafür am besten geeignet. Kapuzineraffen etwa als Helfer für Menschen mit besonderen Bedürfnissen sind ethisch problematisch, zumal dafür geeignete Hunde zur Verfügung stehen. Dies gilt auch für die sogenannte „Delfintherapie“ [...]; im Gegensatz zu Hunden, Pferden und anderen domestizierten Tieren, die etwa im Bereich der tiergestützten Therapie ohne wesentliche Tier- und Artenschutzbedenken zu moderaten Kosten eingesetzt werden können, das nötige Fachwissen vorausgesetzt“ (Julius et al. 2014: 50).

Nach Julius et al. (2014) sind nicht alle Tiere gleich gut als Sozialpartner für Menschen geeignet: Säugetiere oder Vögel bieten sich eher an als bspw. Spinnen. Abgesehen von

der stammesgeschichtlichen Distanz sind domestizierte Tiere immer geeigneter als die wilde Form. Das gilt auch für Wildtiere, die durch eine Handaufzucht zwar dem Menschen gegenüber zahmer sind, dennoch sind diese Tiere nicht domestiziert, welches sich bspw. mit Erreichen der Geschlechtsreife durch aggressives Verhalten gegenüber dem Menschen auszeichnet (vgl. ebd.).

„Die [...] lange gemeinsame Evolution von Hund und Mensch hat zu einem im Tierreich einzigartigen Vermögen der Hunde geführt, menschliche Gestik und Mimik erfassen, deuten und in das eigene Handeln einfließen lassen zu können. Keinem anderen Haus- und Heimtier ist es bis jetzt gelungen, zu so vielen verschiedenen Lebensbereichen des Menschen Zugang zu finden“ (Prothmann 2007: 21 zitiert in: Vernooij und Schneider 2013: 190).

Mit Abstand sind Hunde nach Otterstedt (2001) die beliebtesten Begleiter der Menschen. Da sie als Rudeltiere an einem Leben in sozialen Verbänden gewöhnt sind, akzeptieren sie in der Regel schnell den Menschen als Leittier. Einer der aktivsten Dialoge zwischen Mensch und Tier überhaupt ist die nonverbale Kommunikation zwischen Mensch und Hund. Da der Hund sehr anpassungsfähig ist, versucht er die individuelle körpereigene Sprache eines Menschen innerhalb kurzer Zeit zu erkennen und folgt somit dessen Kommandos bzw. Bedürfnissen. Durch dieses Verhalten fühlt sich der Mensch vom Hund verstanden und bestätigt. Diese besondere soziale Beziehung zwischen Mensch und Hund ist eine der vielen guten Voraussetzungen, wodurch sich Hunde als therapeutische Begleiter eignen. Jedoch ist eine gute Sozialisierung des Hundes für eine lebenslange erfolgreiche Mensch-Tier-Beziehung notwendig (vgl. ebd.).

„Diese natürlichen Fähigkeiten des Hundes, die Beziehung zum Menschen als wortloser, emotional zugewandter und authentischer Interaktionspartner zu gestalten ist wohl einer der wichtigsten und effektivsten Voraussetzungen, um Hunde auch zu therapeutischen Begleitern zu befähigen“ (Vernooij und Schneider 2013: 190).

3.5.2 Biophilie-Hypothese

Nach Vernooij und Schneider (2013) ist die Beziehung zwischen Menschen und Tieren genauso alt wie die Geschichte der Menschheit, da sich die Menschen im Laufe der Evolution stets gemeinsam mit anderen Lebewesen entwickelten. Der Begriff Biophilie kommt aus dem Griechischen, dabei steht „bio“ für „das Leben betreffend“, „mit Natürlichem, Naturgemäßem zu tun habend“, „mit organischem Leben, mit Lebewesen in Verbindung stehend“ und „philie“ für „Vorliebe, Liebhaberei, Neigung“ (vgl. Duden 2001: 760 zitiert in: Vernooij und Schneider 2013: 5).

Im Jahr 1984 veröffentlichte der Verhaltensbiologe und Begründer der Soziobiologie Edward O. Wilson in seinem Werk „Biophilia“ zum ersten Mal einen zentralen Ansatz zur Erklärung der Mensch-Tier-Beziehung, als „[...] the innate tendency to focus on life and lifelike processes“ (ebd.: 1). Wilson (1984) beschreibt die Biophilie als eine angeborene physische, emotionale und kognitive Tendenz des Menschen, sich mit Leben und lebensähnlichen Prozessen zu beschäftigen, die durch die evolutionäre parallele Entwicklung des Menschen und der Tier- und Pflanzenwelt entstanden ist. Er geht in seiner Biophilie-Hypothese davon aus, dass der Mensch über Millionen von Jahren eine biologisch begründete Verbundenheit mit der Natur sowie eine Bezogenheit zu den in ihr beheimateten Lebewesen ausbildete, die die Menschen im Laufe des evolutionären

Entwicklungsprozesses geprägt und beeinflusst haben (vgl. ebd., Vernooij und Schneider 2013, Wesenberg 2015).

Auch Olbrich (2003) beschreibt die Biophilie nach Wilson als eine biologisch fundierte Affinität zum Leben und zur Natur, die sich in der gesamten Evolution über Millionen von Jahren entwickelt hat. Damit gibt Wilson dem bis dahin nur psychologisch definierten Begriff der Verbundenheit zwischen Mensch und Natur eine umfassendere Bedeutung und zieht auch die Ökologie und Biologie mit hinzu. Kellert und Wilson haben 1993 ein Sammelwerk herausgegeben, worin sie aufgrund von Beobachtungen festhielten, dass Menschen das Bedürfnis haben sowohl mit der Vielfalt von Lebewesen als auch mit Landschaften und Ökosystemen in Verbindung zu kommen (vgl. ebd.).

Vernooij und Schneider (2008) beschreiben die Biophilie nach Kellert (1997) als eine physische, emotionale und kognitive Hinwendung zum Leben und zur Natur, die für die menschliche Entwicklung eine außerordentliche Bedeutung hat.

Der Begriff der Biophilie nach Wilson umfasst sämtliche Ausdrucksarten der Hinwendung zur Natur, wie bspw. Attraktion, Aversion, Ehrfurcht, Wertschätzung, Angst sowie Abneigung. Kellert (1993) entwickelte das Konzept weiter und arbeitete neun fundamentale Kategorien aus, die als biologische Grundlagen für die Verbundenheit des Menschen mit der Natur dienen: utilitaristisch, naturalistisch, ökologisch-wissenschaftlich, ästhetisch, symbolisch, humanistisch, moralisch, dominierend und negativistisch. Die humanistische Perspektive betont die tief erlebte, emotionale Verbundenheit mit der Natur. In der Regel sind das empfindungsfähige Elemente der Natur wie bspw. Tiere. Dies bewirkt beim Menschen eine Gruppenzugehörigkeit, ein Gemeinschaftsgefühl, Bindung und Fürsorge, Empathie, Aufbau von Beziehungen sowie die Bereitschaft zu kooperieren und zu teilen. Demnach kann die Einnahme dieser Perspektive zu einer erhöhten Fürsorge oder einer engen Bindung zu anderen einzelnen Lebewesen führen. Demgegenüber beschreibt die negativistische Perspektive die Angst, Aversion und Antipathie des Menschen bezogen auf die unterschiedlichen Aspekte der Natur, die ihn umgeben, bspw. Tiere wie Spinnen oder Schlangen. Durch diese Perspektive wird ein Impuls für die Erarbeitung und Errichtung von Schutz- und Sicherheitsvorrichtungen für den eigenen persönlichen Lebensbereich bewirkt. Jede dieser Perspektiven beinhaltet nach Kellert (1993) Vorteile, die dem Menschen das Überleben während der Evolution erleichtert haben. Die Art der Bezugnahme zur Natur werden häufig durch mehrere Perspektiven bestimmt. Nach Kellert umfasst der Nutzen von Tieren für den Menschen nicht nur den instrumentellen Wert, sondern sie erfüllen auch vielfältige emotionale und kognitive Bedürfnisse. Offenbar benötigen Menschen für eine gesunde Entwicklung den Kontakt zu anderen Lebewesen (vgl. ebd., Vernooij und Schneider 2013, Wesenberg 2015).

Nach Vernooij und Schneider (2013) sind fast alle Kategorien mehr oder weniger im Zusammenhang mit den tiergestützten Interventionen enthalten, wenn man die Wirkungen betrachtet. Dabei erfolgen einige Wirkungen wie bspw. Gefühle von Harmonie eher implizit und nicht steuer- oder kontrollierbar. Während andere Wirkungen systematisch genutzt,

gesteuert sowie kontrolliert werden können, wie bspw. die Bereitschaft zu kooperieren und zu teilen (vgl. ebd.).

Der Biophiliebegriff nach Wilson wird in der heutigen Zeit von vielen Autoren/innen als theoretische Grundlage der Mensch-Tier-Beziehung herangezogen. Dabei merkt Wesenberg (2015) fraglich an, „ob sich die positiven Wirkungen, die der Kontakt zu Tieren für den Menschen bedeuten kann, einzig auf der theoretischen Grundlage der Biophiliehypothese erklären lassen. Die von Wilson beschriebenen Beziehungen zwischen Menschen und Tieren können Unterstützung bieten, dies geschieht aber eher als unbewusster Prozess“ (ebd.: 132).

Olbrich (2003) folgt diesem theoretischen Ansatz der Biophilie weitestgehend, jedoch stellt er diesen tiefenpsychologisch und somit eher unbewusst wirkenden Beziehungen den bewussten, psychologischen und sozialen Beziehungen zur Seite. Daher betrachtet Olbrich die Biophilie-Hypothese als bedeutungsvollen Erklärungsansatz für die positiven Wirkungen der Mensch-Tier-Beziehung, jedoch wendet er ein, dass zudem auch ergänzende und alternative Erklärungsansätze beachtet werden müssen. Auch Turner (2003) betrachtet den Biophiliebegriff vorsichtig kritisch, da die Existenz um die therapeutische und wohltuende Wirkung von Beziehungen zwischen Mensch und Tier sowie auch die Frage, ob es für die Biophilie eine genetische Verankerung gibt, noch nicht schlüssig belegt wurden.

Das Konzept der Du-Evidenz wird unter anderen als ein weiterführender Erklärungsansatz diskutiert und wird im Folgenden vorgestellt.

3.5.3 Du-Evidenz

Damit eine soziale Beziehung zwischen Mensch und Tier überhaupt entstehen kann, müssen sich beide Parteien als (Interaktions-) Partner akzeptieren. Dieser theoretische Erklärungsansatz wird als Du-Evidenz bezeichnet. Der Begriff „Evidenz“ bedeutet „die unmittelbare und vollständige Einsichtigkeit bzw. Deutlichkeit oder Gewissheit“ (vgl. Duden o.J.).

Zum ersten Mal prägte Karl Bühler im Jahr 1922 den Begriff der Du-Evidenz. Demnach besitzt der Mensch das Bewusstsein und die Fähigkeit, ein anderes Lebewesen als Individuum und als „Du“ wahrzunehmen und zu respektieren. Konrad Lorenz war ein Schüler von Bühler.

„Mein Wissen um das subjektive Erleben meiner Mitmenschen und meine Überzeugung, daß auch ein höheres Tier, etwa ein Hund, ein Erleben hat, sind miteinander nahe verwandt. [...] Es ist eines der großen Verdienste meines verehrten, jüngst verstorbenen Lehrers Karl Bühler, unwiderleglich gezeigt zu haben, daß die Annahme anderer, ebenfalls erlebender menschlicher Subjekte ein unentrinnbarer Denkwang ist, eine echt apriorische Notwendigkeit des Denkens und der Anschauung, ebenso evident wie irgendein Axiom. Bühler hat daher von der „Du-Evidenz“ gesprochen“ (Lorenz 1965: 360).

Den Begriff Du-Evidenz übertrug der Soziologe Geiger erstmals auf die soziale Beziehung zwischen Mensch und Tier in seinem publizierten Aufsatz „Das Tier als geselliges Subjekt“ (1931). Darin erkennt Geiger persönliche Beziehungen zwischen Mensch und Tier als eine

prinzipielle Möglichkeit, jedoch wird diese Beziehung durch verschiedene Voraussetzungen begründet. Nach Geiger unterscheiden sich Mensch und Tier in der je individuellen psychischen Struktur. Wenn sich diese jedoch in gewisser Weise ähneln und eine Überwindung dieser Differenz nicht ausgeschlossen ist, können Beziehungen möglich sein. Diese Ähnlichkeit ist zwischen Mensch und domestizierten Tieren gegeben. Nach Geiger können viele Kontakte zwischen Mensch und Tier nicht als „Kontakte sozialer Natur“ (ebd.: 299) betrachtet werden, in denen auch persönliche Beziehungen möglich sind. Als Beispiele nennt er hierfür einerseits Leistungsverbindungen zwischen Jäger bzw. Schäfer und Hund, aber auch das Ausbeutungsverhältnis des Menschen gegenüber Nutztieren, und andererseits eine zu starke Verhätschelung bzw. Vermenschlichung des Tieres mit der gleichzeitigen Verneinung eines Subjektstatus des Tieres. Dabei ist der individuelle Charakter der Mensch-Tier-Beziehung von Fall zu Fall unterschiedlich. Vor allem die persönlichen Erlebnisse mit dem Gegenüber, die subjektiven Einstellungen ihm gegenüber sowie die authentischen Gefühle für das Gegenüber – egal ob Mensch oder Tier – sind entscheidend für die Entwicklung von Du-Evidenz. Diese wirkt weniger auf der kognitiven, sondern vielmehr auf der sozio-emotionalen Ebene und ist möglicherweise eine Voraussetzung für die Fähigkeit, für ein anderes Lebewesen Mitgefühl und Empathie zu empfinden (vgl. ebd., Vernooij und Schneider 2013, Wesenberg 2015).

Greiffenhagen (1991) bezeichnet die Du-Evidenz als Tatsache, dass zwischen Menschen und höheren Tieren Beziehungen möglich sind, die den Beziehungen unter Menschen bzw. unter Tieren entsprechen. Dabei geht es hauptsächlich um die Gewissheit, dass es sich bei einer solchen Beziehung um Partnerschaft handelt.

„Das Tier wird als Genosse gesehen, dem personale Qualitäten zugeschrieben werden“ (ebd.: 26).

Indem Menschen den Tieren Namen geben, drücken sie deutlich aus, dass sie Tieren eine solche Genossenschaft zutrauen. Durch den Namen wird das Tier aus der Menge seiner Artgenossen herausgehoben und bekommt Individualität. Durch die Namensgebung des Tieres wird es zum Teil der Familie, sowie zum Subjekt mit Rechten und Bedürfnissen, denen ebenso entsprochen wird, wie es bei den menschlichen Familienmitgliedern der Fall ist. Die Du-Evidenz ist laut Greiffenhagen (1991) die unumgängliche Voraussetzung dafür, dass Tiere pädagogisch und therapeutisch helfen können. Dabei reicht die Breite der nahegelegten Zuwendungen, die durch die Du-Evidenzen ausgelöst werden, von dem Füttern und Betrachten der Aquarienfische bis hin zu einer Partnerschaft zu einem Tier, welche sich kaum noch von zwischenmenschlichen Beziehungen unterscheidet (vgl. ebd.).

Wie bereits im Unterkapitel 3.4.1 „Tierische“ Alternativen aufgezeigt wurde, werden in der Begleitung von kranken und alten Menschen den Betroffenen häufig Stofftiere angeboten. Stofftiere haben zwar eine wichtige Funktion in der Kranken- und Seniorenbegleitung, sie regen bspw. den taktilen Sinn an. Dennoch können Stofftiere den Kontakt und den Dialog mit einem lebendigen Tier nicht ersetzen, da sie leblos sind, keinen eigenen lebenden Geruch haben, keine Körperwärme besitzen und nicht atmen. Demnach können wichtige Dialogangebote an die Sinne, wie den Geruchssinn oder taktilen Sinn, mit einem Stofftier

nicht geleistet werden. Die Begegnung mit einem lebenden Tier, im Vergleich zu einem Stofftier, ist durch sein individuelles Wesen geprägt. Diese Begegnung zum „Es“ entwickelt sich durch das individuelle Wesen des Tieres zu einer Beziehung mit einem „Du“ (vgl. Otterstedt 2003).

3.5.4 Bindungstheorie

In den 1950er und 1960er Jahren wurde die Bindungstheorie von John Bowlby entwickelt. Diese Theorie bezog sich ursprünglich auf die Bindung zwischen Kindern an ihre Mütter. Demnach entsteht eine Bindung im ersten Lebensjahr zwischen einem Kind und einer Bezugsperson, meistens der Mutter, die auf die Bedürfnisse des Kindes eingeht. Nach dem ersten Lebensjahr wird zwischen drei Bindungsmustern, welche von Ainsworth und Kollegen/innen erstmals 1971 beschrieben wurden, unterschieden:

1. Sicheres Bindungsmodell,
2. Unsicher-ambivalentes Bindungsmodell sowie
3. Unsicher-vermeidendes Bindungsmodell.

Das sichere Bindungsmodell geht mit einer gesunden Entwicklung einher. Demnach erkunden sicher gebundene Kinder ihre Umgebung selbstständig, da sie die Erfahrungen gemacht haben, dass ihre Bezugsperson ihnen in Angst- oder Stresssituationen zur Seite stehen. Die weiteren zwei Muster beschreiben eine unsichere Bindung an die Bezugsperson. Demnach haben unsicher gebundene Kinder keine zuverlässig verfügbare Bezugsperson erlebt, so dass sie entsprechend auffällige Reaktionen zeigen (vgl. Bowlby 2014, Wesenberg 2015).

„Kinder mit „sicherer“ Bindung sind nun einmal fröhlicher, bekommen deshalb mehr positive Zuwendung und müssen folglich auch nicht so fordernd auftreten wie die Kinder mit „unsicher-ambivalenter“ Bindung, die sehr viel rascher weinen und „klammern“, oder die Kinder mit „unsicher-vermeidender“ Bindung, die eher auf Distanz bleiben und häufig andere Kinder tyrannisieren“ (Bowlby 2014: 103).

In Form von sogenannten inneren Arbeitsmodellen werden die Erfahrungen des ersten Lebensjahres organisiert und beinhalten innere Selbst- und Elternmodelle. Die inneren Selbstmodelle reflektieren die aus dem eigenen Handeln des Kindes und aus dem sprachlichen Austausch hervorgegangenen, von den Eltern „unterschiedlich wahrgenommenen Bilder, die sowohl das Eltern- und Selbsterleben als auch die eigenen und fremden Verhaltenserwartungen des Kindes sowie seine in Tagträumen zum Ausdruck kommenden Ängste und Sehnsüchte prägen“ (Bowlby 2014:105f). Wenn diese Selbst- und Elternmodelle in Wechselbeziehung stehen, sind sie festgeschrieben und werden auf unbewusster Ebene wirksam. Sowohl die Qualität der Bindungserfahrungen als auch die gelingende Integration in innere Arbeitsmodelle stehen in einem engen Zusammenhang mit der sozialen und psychischen Persönlichkeit eines Menschen (vgl. ebd., Wesenberg 2015).

„Kinder mit „sicherer“ Bindung ändern allmählich ihr Verhalten gegenüber den Eltern und aktualisieren mit gewisser zeitlicher Verzögerung die zugehörigen „inneren Arbeitsmodelle“, wobei ihre bisherigen „Arbeitsmodelle“ die Eltern-Kind-Interaktionen nach wie vor recht zuverlässig abbilden“ (Bowlby 2014: 106).

Bowlby (2014) versteht unter „Bindungsverhalten“ ein Verhalten, welches darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder auch zu bewahren. Dabei wird dieses Verhalten besonders bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung oder anderem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten.

„Wenn wir uns auf eine sensible Bindungsfigur verlassen können, fühlen wir uns geborgen und möchten diese Beziehung nicht missen. [...] Die Gewissheit, in kritischen Situationen einen vertrauten Menschen um Hilfe bitten zu können, stellt zweifellos eine beruhigende Rückversicherung dar“ (ebd.: 21).

Nach Grossmann und Grossmann (2009) war es der eigene, originale Beitrag von Ainsworth (1989), die bisher ethologisch orientierte Bindungstheorie auszudehnen, um Bindungen nicht nur zwischen Eltern und deren Kindern, sondern auch mit anderen Menschen zu betrachten. Ainsworth hoffte, dass „dies ein theoretischer Wegweiser für die zukünftige Forschung über andere interpersonale Aspekte, die für die Persönlichkeitsentwicklung wichtig sind, sein könne“ (Grossmann und Grossmann 2009: 89).

Beetz (2009) bezeichnet „The Attachment Bond“ als die emotionale Bindung, die affektive Komponente der Bindung. Diese emotionale Verbundenheit beschreibt Ainsworth (1989) „nicht als Aspekt der Dyade, sondern als die Emotionen, die eine Person gegenüber der als stärker und weiser empfundenen Fürsorgeperson hat (bspw. das Kind gegenüber der Mutter). Daher kann diese emotionale Bindung auch gegenüber Personen gezeigt werden, die diese nicht erwidern“ (ebd.: 136f).

Nach Beetz (2003) bilden frühe Bindungserfahrungen die Grundlage für die emotionale Intelligenz, Empathie, soziale Kompetenz sowie für die Regulation von Emotionen eines jeden Menschen. Aber nicht nur zu anderen Menschen können Menschen tiefer gehende Beziehungen aufbauen, auch zu Tieren können sich die Beziehungen positiv auf die emotionalen und sozialen Bedürfnisse auswirken.

„Menschen aller Altersstufen, aber insbesondere Kinder, Ältere, Kranke und einsame Menschen, suchen und profitieren von der Nähe zu Tieren und sehen diese als emotional bedeutsame Partner an“ (ebd.: 81).

Da Tiere als Gefährten wahrgenommen werden, die ohne Rücksicht auf kognitive Wertungen dem Menschen Empathie geben, können sie als sicherer Bezugspunkt fungieren, bspw. für misshandelte Kinder, die in ihrer Vergangenheit oftmals eine unsichere Bindung zu ihren Bezugspersonen erfahren haben. Tiere spenden Trost, geben Sicherheit und Zuwendung, „und dies evtl. in einem subjektiv vergleichbar empfundenen Ausmaß wie eine sichere Bindungsfigur“ (ebd. 83).

Die Bindung von erwachsenen Menschen zu Tieren zeigt nach Beetz (2009) durch bspw. das Schlafen der Tiere im Bett, das Halten des Blickkontaktes etc. oft den Wunsch nach Nähe also eher nach einer typischen Bindung im Erwachsenenalter. Hingegen bedient sich die Bindung von Kindern zu Tieren oft des dem Alter entsprechenden Bindungsverhaltens. Vor allem in belastenden Situationen wird das Bindungsverhalten aktiviert, wie bspw. bei Stress, Trauer, Angst oder Schmerz. In der Mensch-Tier-Beziehung, egal ob bei Kindern

oder erwachsenen Menschen, ist auch ein Fürsorgeverhalten wie bspw. das Füttern oder „Bemuttern wollen“ des Jungtieres zu beobachten.

„Gerade für Personen, die sonst keine oder wenige menschliche Bindungen (mehr) haben, in denen sie Fürsorge zeigen dürfen, stellt das Versorgen einen zentralen Aspekt der Mensch-Tier-Beziehung dar. Dazu zählen Menschen in jeglicher Art von Institutionen, in der sie die Rolle des Versorgten einnehmen, ebenso wie kinderlose oder ältere Personen mit wenig Kontakt zur eigenen Familie“ (ebd.: 146).

Nach Julius et al. (2014) ist es erstaunlich, dass eine Verbindung zwischen der Bindungstheorie und der Mensch-Tier-Beziehung bisher kaum hergestellt wurde, obwohl oft eine enge emotionale Beziehung zwischen Haustierbesitzern/innen und ihren Tieren besteht. Schließlich diskutierten Fraley und Shaver (2000), dass die Bindungstheorie nicht nur auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern oder Liebes-, Freundschafts- und Geschwisterbeziehungen übertragbar sei, sondern auch auf Beziehungen, die emotional weiter entfernt sind. Demnach argumentieren die Autoren/innen, „dass eine Beziehung auch dann bindungsrelevante Funktionen haben könne, wenn nicht alle vier Ainsworth´schen Bindungskriterien erfüllt seien“ (Julius et al. 2014: 165).

Julius et al. (2014) fragen sich, wenn Menschen eine tatsächliche Bindungsbeziehung zu ihren Haustieren entwickeln, dann müssten diese auch die definierten Kriterien einer sicheren Bindungsfigur von Ainsworth (1991) erfüllen:

- „1. Die Bindungsfigur ist eine zuverlässige Quelle für Trost und Rückversicherung und erlaubt deshalb die Exploration (sichere Basis).
2. Bei psychischem und körperlichem Stress wird Nähe zur Bindungsfigur gesucht, um ein Gefühl der Sicherheit zu erhalten (sicherer Hafen).
3. Die körperliche Nähe zu einer Bindungsfigur geht mit positiven Gefühlen einher (Aufrechterhaltung von Nähe).
4. Trennungen von der Bindungsfigur gehen mit negativen Gefühlen einher (z.B. Vermissen der Bindungsfigur, Trennungsschmerz)“ (Julius et al. 2014: 165).

Da die letzten beiden Kriterien sowohl Bindungs- als auch Fürsorgebeziehungen charakterisieren, beziehen sich die ersten beiden Kriterien ausschließlich auf Bindungsbeziehungen. Nach Wohlfarth et al. (2013) zeigen zahlreiche Untersuchungen die Übertragung vieler Aspekte der Bindungstheorie auf die Mensch-Tier-Beziehung. Die notwendige Voraussetzung hierfür ist, dass dem Tier die Du-Evidenz zugeschrieben wird (vgl. ebd.).

Auch in der Studie von Kurdek (2008), in der die Hunde bei allen vier Kriterien von Ainsworth niedriger eingestuft wurden als Menschen, lagen jedoch die Einschätzungen bei allen vier Kriterien über dem Mittelwert. Hunde erfüllten in dieser Studie sogar das Kriterium „Aufrechterhaltung von Nähe“ genauso gut wie Geschwister oder Väter. Auch wenn diese Bindungsbeziehungen bei der Beziehung zwischen Mensch und Tier nicht voll entwickelt sind, so scheinen sie dennoch einige Kriterien und Funktionen einer sicheren Bindung zu erfüllen. Bisher lässt sich jedoch nicht einschätzen, „inwieweit eine solche Mensch-Tier-

Beziehung mit einer zwischenmenschlichen Bindungsbeziehung vergleichbar ist“ (ebd.: 166).

Julius et al. (2014) vermuten zudem, dass Haustierbesitzer in der Lage sind, eine bindungsartige Beziehung zu ihren Tieren - insbesondere zu Hunden – zu entwickeln. Dabei scheint die Qualität der Beziehung zum Tier nicht durch die Qualität zu Menschen beeinflusst zu werden.

„Würde der Übertragungszyklus in der Beziehung von unsicher oder desorganisiert gebundenen Menschen zu ihren Haustieren gebrochen werden, bzw. fände eine solche Übertragung (sic!) erst gar nicht statt, so hätte dies eine Reihe von bedeutsamen, pädagogischen und therapeutischen Implikationen. Denn wie die Übertragung unsicherer oder desorganisierter Bindungsmuster auf Pädagogen oder Therapeuten die Entwicklung einer guten und vertrauensvollen Beziehung erschwert, so könnte eine „sichere“ Beziehung zu einem Tier, das während des pädagogischen oder therapeutischen Settings anwesend ist, den Aufbau adaptiver, zwischenmenschlicher Beziehungen unterstützen“ (ebd.: 169).

Auch Saumweber (2007) hat in ihrer Studie mit einer Stichprobe von 67 Kindern und Jugendlichen herausgefunden, dass der Aufbau einer sicheren Bindung zu einem Tier möglich ist, obwohl keine sichere Bindung an die primäre Bezugsperson stattgefunden hat (vgl. ebd.).

Wesenberg (2015) fasst zusammen, dass die theoretischen Annahmen zum Aufbau und Funktion von (zwischenmenschlichen) Bindungen in unterschiedlicher Hinsicht auf die Beziehung zwischen Mensch und Tier, vor allem in der länger bestehenden persönlichen Beziehung zwischen Menschen und deren Haustieren, übertragbar sei. Jedoch bleibt es bislang offen, inwiefern die Bindungstheorie auch auf die positiven Wirkungen der kurzfristigen Mensch-Tier-Begegnungen geeignet ist.

„Persönliche Beziehungen zu Tieren und entsprechend ausgebildete innere Arbeitsmodelle können die Wirkweisen tiergestützter Interventionen sicherlich beeinflussen, generell scheinen den potentiell förderlichen Effekten einer zeitlich befristeten und durch eine/n Professionelle/n begleiteten Interaktion zwischen Mensch und Tier andere, möglicherweise bedeutendere Wirkmechanismen zugrunde zu liegen“ (ebd.: 139).

3.5.5 Oxytocin-System

Nach Beetz (2003) stellt die Fürsorge hinsichtlich für die positiven physiologischen und psychologischen Effekte einen wichtigen Aspekt der Mensch-Tier-Beziehung dar; einerseits durch das Gefühl „gebraucht zu werden“ und andererseits durch die Ausschüttung von Oxytocin mit seinen gesundheitsfördernden und regenerativen Kräften.

Das Hormon Oxytocin ist ein im Hypothalamus synthetisiertes Nonapeptid, welches durch die Hypophyse und durch ein Nervennetz im Gehirn in den Blutkreislauf freigesetzt wird. Dieses Hormon wird vor allem durch intensive, sensorische Stimulation wie bspw. während der Geburt, aber auch durch weniger intensive Stimulation wie bspw. durch das Streicheln oder den Blickkontakt in vertrauensvollen Beziehungen angeregt und dadurch freigesetzt. Sowohl in Tier- als auch in Humanexperimenten konnte nachgewiesen werden, dass Oxytocin prosoziales Verhalten stimuliert, die Schmerzschwelle erhöht, Angst reduziert sowie ein Gefühl der Ruhe herleitet. Zudem senkt Oxytocin den Kortisolspiegel sowie den Blutdruck und fördert Lern- und Heilungsprozesse. Neuere Forschungen legen nahe, dass

Oxytocin auch in Interaktionen zwischen Mensch und Tier freigesetzt wird (vgl. Beetz et al. 2012, Julius et al. 2014).

„There is also much indirect evidence on a potential link of HAI [human-animal interactions] effects and the OT [Oxytocin] system. In fact, the effects of OT and of HAI largely correspond. Both, HAI and OT, were found to promote social interaction, to reduce stress and anxiety, and to enhance human health. OT is released via eye contact, but in particular, via pleasant tactile interactions which seem to play a major role for the OT-mediated decrease of stress levels“ (Beetz et al. 2012).

Nach Julius et al. (2014) wurden in den letzten zehn Jahren mehrere Studien durchgeführt, in denen ein möglicher Effekt auf das menschliche Oxytocin-System untersucht wurde, ausgelöst durch die Interaktion zwischen Mensch und Tier. Bei den Studien wurden ausschließlich Hunde eingesetzt. Die Ergebnisse dieser Studien zeigten übereinstimmend, dass durch die Interaktion mit einem Hund beim Menschen eine erhöhte Freisetzung von Oxytocin verknüpft wird. Dabei war dieser Effekt besonders bei der Interaktion mit dem eigenen Hund sowie beim direkten Körperkontakt mit dem Hund ausgeprägt, welches auf die Bedeutung der emotionalen Beziehung zwischen Mensch und Hund hinweist (vgl. ebd.).

„Gute Kontakte zu Kumpantieren sind mit vermehrten sozialen Interaktionen, besserer Gesundheit, verbesserten empathischen Fähigkeiten, reduzierter Furcht und Ängstlichkeit, erhöhtem Vertrauen, mehr Ruhe, aufgehellter Stimmung und reduzierter Depression, besserer Schmerzbewältigung, reduzierter Aggression sowie mit Antistresseffekten assoziiert“ (ebd.: 104).

Diese Wirkungen gleichen tatsächlich stark denen, die bei Menschen und Tieren entweder durch verabreichtes oder körpereigenes Oxytocin hervorgerufen werden. Daher nehmen die Autoren/innen (2014) an, „dass das Oxytocin-System auch die zentrale neurobiologische Struktur hinter den beziehungsfördernden und stress- und angstreduzierenden Effekten bildet, die mit Mensch-Tier-Interaktionen assoziiert sind“ (ebd.: 104).

Diese Annahme wird durch empirische Daten unterstützt. Odendaal (2000) sowie Odendaal und Meintjes (2003) fanden heraus, dass nach 5- bis 24-minütigem Streicheln eines Hundes sowohl beim Menschen als auch bei den Hunden die Oxytocin-Spiegel im Plasma signifikant anstiegen. Dieser Anstieg war höher, wenn die Menschen ihren eigenen Hund anstatt eines fremden Hundes streichelten. Demnach liegt die Annahme nahe, dass der Anstieg des Oxytocins von der Qualität der Mensch-Tier-Beziehung abhängig ist: je enger die Beziehung zwischen Mensch und Tier, desto mehr Oxytocin wird durch die Interaktion freigesetzt. Auch in der Studie von Handlin et al. (2011) wurde ein signifikanter Anstieg des Oxytocin-Spiegels im Plasma beobachtet, während und nachdem weibliche Hundebesitzerinnen ihren Hund drei Minuten lang gestreichelt und mit ihm gesprochen haben. Je höher die Oxytocin-Spiegel bei den Hundebesitzerinnen und den Hunden waren, desto intensiver war die Mensch-Tier-Beziehung.

Diese und andere Studien weisen darauf hin, dass positive soziale Beziehungen zwischen Mensch und Hund bei beiden zu einem erhöhten Oxytocin-Spiegel führen. Daher ist das Hormon Oxytocin im Zusammenspiel der Effekte in der Interaktion zwischen Mensch und Tier wahrscheinlich von zentraler Bedeutung. Der körperliche Kontakt, welcher durch das

Streicheln des Tieres meistens in der Mensch-Tier-Interaktion stattfindet, sowie die Bindung zum Tier scheinen die gleiche zentrale Rolle zu spielen wie auch bei zwischenmenschlichen Beziehungen. Daher ist anzunehmen, dass dieselben Mechanismen in guten Mensch-Tier-Beziehungen wirksam werden können wie sie auch in der Beziehung zwischen Mutter und Kind vorkommen (vgl. Handlin 2011, Julius et al. 2014).

Zusammenfassend scheinen für Wohlfarth et al. (2013) die Wirkungen der Freisetzung von Oxytocin, wie die Verbesserung der sozialen Fähigkeiten, die Minderung der Angst, die Steigerung des Vertrauens „jedoch von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig zu sein: Geschlecht (Miller et al. 2009), Bindungsverhalten (Beetz et al. 2011) oder der Einschätzung der Qualität der Mensch-Tier-Beziehung (Handlin et al. 2012)“ (ebd.: 9).

3.5.6 Bio-psycho-soziales Wirkungsgefüge

Nestmann entwickelte 1994 das bio-psycho-soziale Wirkungsgefüge, in dem dargestellt wird, wie sich die physiologischen, psychologischen und sozialen Wirkungen von Tieren auf Menschen auswirken. In seinem Wirkungspanorama fasst Nestmann die bisher vorliegenden Befunde zu den physiologischen Wirkungen der Mensch-Tier-Beziehung zusammen, welche in den folgenden drei Tabellen zur Übersicht dargestellt sind.

Die physischen und physiologischen Wirkungen (vgl. Tabelle 2) zeigen sich bspw. in der Senkung des Blutdrucks und der Herzfrequenz, zudem stabilisiert sich der Puls und Kreislauf über die reine Präsenz und das Streicheln eines Tieres. Zusätzlich entspannen sich die Muskeln beim Körperkontakt mit einem Tier (vgl. Nestmann 2005, Otterstedt 2003, Wesenberg 2015).

Physische / physiologische Wirkung	Nähere Beschreibung
Reduzierung kardiovaskulärer Risikofaktoren	Senkung des Blutdrucks und der Atemfrequenz, Regulierung von Herzfrequenz und Puls, Kreislaufstabilisierung
Biochemische Veränderungen und neuroendokrinale Wirkungen	Schmerzverringern, Beruhigung und euphorisierende Effekte, Stabilisierung des Immunsystems
Muskuläre Entspannung	Muskelrelaxation, Atmungsregulierung und Atmungstiefe, Entspannung von Mimik, Gestik und Stimme, Schmerzablenkung
Verbesserung der Motorik	Generelle motorische Aktivierung, Bewegung an frischer Luft, Appetitanregung durch Bewegung, Muskulaturtraining und Bewegungskoordination, Verbesserung von Grob- und Feinmotorik
Verbesserung des Gesundheitsverhaltens	Anregung zu eigener besserer Selbstverpflegung und Körperpflege, Reduzierung von Übergewicht sowie von Alkohol- und Nikotingenuss, Förderung von Regelmäßigkeit und Tagesstrukturierung

Tabelle 2: Physische und physiologische Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen (verkürzte Darstellung nach Nestmann 2005, Wesenberg 2015)

Die mentalen und psychologischen Wirkungen (vgl. Tabelle 3) zeigen sich bspw. durch das Ansprechen des Tieres mit seinem Namen, wodurch das Gedächtnis angeregt wird, zudem finden ein Austausch und der Kontakt mit anderen Menschen statt. Das emotionale Wohlbefinden wird durch die Akzeptanz, die Zuwendung und die spontane Zuneigung des Tieres gefördert (vgl. Nestmann 2005, Otterstedt 2003, Wesenberg 2015).

Psychische / psychologische Wirkungen	Nähere Beschreibung
Förderung des emotionalen Wohlbefindens	Akzeptiert- und Geliebtwerden, Trost, Ermutigung, Erfahrung von Intimität und Zärtlichkeit, spontane Zuneigung, Entwicklung von Humor und einer positiven Weltsicht, Freude und Spaß an der Interaktion
Förderung von positivem Selbstbild, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein	Konstante Wertschätzung, Erfahrung von Autorität, Gefühl des gebraucht werdens, Verantwortungsgefühl, Erleben von Bewältigungskompetenz
Förderung von Kontrolle über sich selbst und die Umwelt	Kontrollerfahrungen in Pflege, Versorgung, Führung und erreichtem Gehorsam, Erfordernis der Selbstkontrolle, Kompetenzerfahrung, Zutrauen und Erfahrung von Sinnggebung
Förderung von Sicherheit und Selbstsicherheit, Reduktion von Angst	Unbedingte Akzeptanz, konstante, kontinuierliche Zuneigung, Erfahrung von „unkritischer“ Bewunderung, unbedrohliche und freie Interaktionssituation, „Aschenputteleffekt“ (unbedeutend wie ungepflegt, hilflos etc.), Erleben der „einfachen Welt“ (Füttern, Vertrautheit)
Psychologische Stressreduktion, Beruhigung und Entspannung	„gelassener“ Stressbewertung, Trost und Beruhigung, Ablenkung, Aufwertung kleiner Freuden
Psychologische Wirkungen sozialer Integration	Erfüllung von Bedürfnissen nach Zusammensein und Geborgenheit, Erfahrung von Nähe, Gemeinsamkeit, Nichtalleinsein
Regressions-, Projektions- und Entlastungsmöglichkeiten	Stilles Zuhören, Ermöglichen affektiver Entladung und offenen emotionalen Ausdrucks, Erinnerungsmöglichkeit, enttabuisierte Nähe, Intimität, Interaktion
Antidepressive Wirkung, antisuizidale Wirkung	Vgl. oben genannte Wirkungsbereiche, z.B. Vertrauen und Vertrautheit, sicherer Halt und emotionale Zuwendung, Umwertung von Belastung, Verantwortung, Lebendigkeit, Erleben von Spontanität und Spaß
Förderung mentaler Leistungen und Kompetenzen	Stimulation der Sinne, Anregung von Lernen und Lesen, Wissensaneignung (über Tiere und Tierpflege), Erhöhung von selektiver und

	gezielter Aufmerksamkeit, Beobachten, Steigerung von Reaktionsvermögen, Förderung nonverbaler und verbaler Decodierungs- und Ausdruckskompetenz, Steigerung von Langzeit- und Kurzzeiterinnerung sowie -gedächtnis
--	--

Tabelle 3: Psychische und psychologische Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen (verkürzte Darstellung nach Nestmann 2005, Wesenberg 2015)

Neben den bereits genannten physiologischen und psychologischen Wirkungen kann die Mensch-Tier-Beziehung auch soziale Effekte hervorbringen. Die sozialen Wirkungen (vgl. Tabelle 4) äußern sich bspw. in der Aufhebung von Einsamkeit und Isolation, da der Kontakt zum Tier selbst besteht, aber auch Kontakte zu anderen Menschen gefördert bzw. hergestellt werden, hierbei dient das Tier als sogenannter „Eisbrecher“. Durch die Nähe und den Körperkontakt zu einem Tier wird eine Beziehung und Verbundenheit erlebt (vgl. Nestmann 2005, Otterstedt 2003, Wesenberg 2015).

Soziale Wirkungen	Nähere Beschreibung
Aufhebung von Einsamkeit und Isolation	Kontakt zum Tier selbst, Förderung von Kontakten/Kontaktvermittlung und „sozialer Katalysator“, Herstellung von Kontakt, Funktion als „Eisbrecher“ in Kommunikation mit anderen, Tiere als Gesprächsinhalt und – anlass
Nähe, Intimität, Körperkontakt	Enttabuisierte Körperlichkeit, „Leben“ fühlen und spüren, Erleben von körperlicher Zuwendung und Wohlfühl
Streitschlichtung, Familienzusammenhalt	Vermittlung von Gesprächsstoff, Gefühl von Zusammengehörigkeit, Reduktion von Aggression, Förderung von Kooperation
Steigerung von Vertrauen	Vertrauen in das Tier, in andere (Therapeuten/innen) und in sich selbst, Förderung von Offenheit, Kontakt- und Interaktionsbereitschaft, Verbesserung der Ansprechbarkeit
Förderung von Empathie	Verbesserung der Einfühlung in andere, Steigerung von Verantwortungsgefühl für andere sowie von Respekt für Umwelt und Natur
Vermittlung von positiver sozialer Attribution	Sympathie, Offenheit, Unverkramptheit, Attraktivität und sozialer Status (mit Tier assoziiert)
Verbesserung von Interaktionsatmosphären	Förderung des sozialen Klimas in Institutionen, Förderung der kooperativen Interaktion, Reduzierung von Aggressivität, Integrationsförderung

Tabelle 4: Soziale Wirkungen von Mensch-Tier-Beziehungen (verkürzte Darstellung nach Nestmann 2005, Wesenberg 2015)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mensch-Tier-Beziehung vielfältige positive Wirkungen im physiologischen, psychologischen und sozialen Bereich auslösen. Jedoch treten nicht alle genannten Effekte bei allen Menschen in gleicher Weise auf bzw. hat ein Tier nicht für jeden Menschen die gleiche subjektiv wahrgenommene Bedeutung. Nach Wesenberg (2015) können bestimmte Personengruppen „besonders von einzelnen Aspekten des Wirkungspanoramas der Mensch-Tier-Beziehung profitieren. Die bio-psycho-sozialen Wirkungen von Tieren auf den Menschen können also in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren wie Alter, physiologischem und psychischem Gesundheitszustand oder der Verfügbarkeit sozialer Unterstützungssysteme zwischen verschiedenen Individuen stark variieren“ (ebd.: 106f).

Auch Julius et al. (2014) berichten von einer großen Bandbreite positiver Effekte auf den Menschen durch die Interaktion zwischen Mensch und Tier. Diese gehen von dem positiven Einfluss von Mensch-Tier-Interaktionen auf die menschliche Gesundheit und das Wohlbefinden bis hin zur Stimulation sozialer Interaktionen durch Tiere, da Menschen in Gegenwart eines Tieres fähiger sind, sozial zu interagieren.

„Dies gilt für Menschen aller Altersgruppen, unabhängig von deren Behinderungs- oder Gesundheitsstatus“ (ebd.: 82).

3.5.7 Aschenputteleffekt

Nach Wesenberg (2012a) wendet sich das Tier „seinem Menschen“ bedingungslos zu. Diese unkritische Bewunderung vom Tier ausgehend ist unabhängig von der Hilflosigkeit oder Unattraktivität des Menschen und wird als „Aschenputteleffekt“ bezeichnet.

Auch Braun und Schmidt (2003) beobachten diesen Effekt in ihrer praktischen Arbeit. Mit dieser Unvoreingenommenheit vermitteln die Tiere „ihrem Menschen“ ein Gefühl des Angenommenseins und helfen ihnen, mehr Selbstsicherheit und -bewusstsein aufzubauen.

„Dann sitzen wir uns gegenüber am Balkonfenster, der Hund zu *ihren* Füßen. Was für ein Glück er [der Hund] fühlt sich wohl bei ihr. Menschen würden vielleicht denken „welch eine alte Frau – mit Falten und wunderbar gekleidet...“. Doch das zählt für ihn nicht. Was zählt, ist der Mensch und die Zuneigung, die ihm entgegenkommt, und die er spontan erwidert“ (ebd.: 327).

Nach Otterstedt (2001) empfinden es viele Menschen einfacher, sich gegenüber Tieren zu öffnen als gegenüber Menschen. Das Gefühl des Angenommenwerdens vom Tier öffnet die Menschen für das tierische Gegenüber.

„Diese Öffnung geschieht nicht durch einen kognitiven Prozess, durch eine Willensanstrengung, vielmehr durch ein Sich-Lösen von Ich-bezogenen Zweifeln und Ängsten. Weil das Du uns annimmt, trauen wir uns mehr zu. Unser Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl steigt, unsere körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte fühlen sich be- bzw. gestärkt“ (ebd.: 24).

Besonders im Kontakt mit Menschen mit Demenz enthält dieser „Aschenputteleffekt“ einen weiteren Vorteil: Angehörige und Pflegende erleben den unaufhaltsamen und fortschreitenden Prozess der Krankheit, welcher mit dem stetigen Verlust von Fähigkeiten einhergeht, oftmals als sehr schmerzhaft. Für Tiere dagegen scheint dies keine Belastung zu enthalten. Tiere wissen nicht, dass der Mensch bspw. nur noch wenige Wochen zu leben

hat und sie bemerken keine Enttäuschungen, wenn der Mensch keine Fortschritte macht (vgl. Wesenberg 2012a, Greiffenhagen und Buck-Werner 2007).

3.5.8 Tiere als soziale Katalysatoren

Levinson (1962) fand durch seinen Hund Jingles heraus, dass speziell Kinder eine Beziehung zu einem Tier aufbauen. Diese positive Beziehung wird zunächst auf den Therapeuten bzw. die Therapeutin und später auch auf andere Menschen übertragen (vgl. auch 3.5.4 Bindungstheorie). Auch Messent (1983) fand heraus, dass Menschen, die mit ihrem Hund in einer fremden Umgebung spazieren gehen, signifikant mehr (non-) verbale Kontakte haben, als wenn sie allein ohne Tier unterwegs sind. Das Tier dient als Mittel zur Kontaktaufnahme (vgl. Levinson 1962, Messent 1983, Wohlfarth et al. 2013, Germann-Tillmann et al. 2014).

Nach Germann-Tillmann et al. (2014) sind Tiere Naturtalente im „Brückenbauen“ zu Menschen. Oft liefern Tiere den Grund, um mit einem fremden Menschen Kontakt aufzunehmen. Daher wird oft von Tieren als „Eisbrecher“ oder „Türöffner“ gesprochen.

„Sie [die Tiere] bieten sich für Gespräche an, ohne dass man sie fragen muss. Sie laden zum Anfassen und Streicheln ein. Sie öffnen die Türen zu den Besitzern der Tiere. Sie ermöglichen ein in Kontakt treten mit anderen Menschen, die man in der Regel nicht ansprechen würde“ (ebd.: 38).

Auch für Olbrich (2003b) sind Tiere soziale Katalysatoren, was bedeutet, dass durch Tiere der soziale Austausch mit Menschen oder anderen Lebewesen erleichtert oder ermöglicht wird. Die Anwesenheit eines Tieres vereinfacht die Kontaktaufnahme zu sehr alten, behinderten oder kranken Menschen sowohl für die Ehrenamtlichen als auch für die Professionellen einer Institution.

„Tiere erhöhen sogar die soziale Attraktivität von Menschen. Die Anwesenheit von Tieren strahlt auf die ganze Situation und auf Institutionen aus und lässt alle Beteiligten sozial attraktiver erscheinen“ (ebd.: 76).

Auch Otterstedt (2001) hebt hervor, dass durch die Begegnung zwischen Mensch und Tier die Beziehung unter Menschen gefördert werden kann. Tiere können einen direkten und positiven Einfluss auf die soziale Kontaktbereitschaft von Menschen haben und deren sozialen Horizont erweitern. Die Tierhalter/innen leben, wohnen und arbeiten zwar in verschiedenen Lebensräumen, doch durch den Austausch unter Gleichgesinnten über dieselben Themen wie bspw. über die Fürsorge, das Füttern oder die artgerechte Haltung ihrer Tiere tauschen sie sich aus und unterhalten sich. Ohne diese Gemeinsamkeit kämen sie wahrscheinlich nie in Kontakt.

„Allein durch diese Kontakte unter Gleichgesinnten entsteht ein neuer sozialer Kreis in unserem Leben. Ganz besonders deutlich wird dies dann, wenn wir beispielsweise mit einem Hund in den Park oder zu einer großen Hundewiese gehen“ (ebd.: 39).

Im nächsten Unterkapitel werden die Wirkmechanismen der bereits vorgestellten theoretischen Erklärungsansätze erläutert, die in den tiergestützten Interventionen mit Menschen mit Demenz stattfinden.

3.6 Wirkmechanismen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz

In den tiergestützten Interventionen stehen die Beteiligten – Klient/in, Tier, Therapeut/in - in einem Beziehungsdreieck in einer Wechselbeziehung zueinander. Germann-Tillmann und Kolleginnen (2014) sprechen von dem sogenannten „magischen Dreieck“. In diesem Gefüge wird mit tierischem Umgang, Kontakt und Wechselbeziehung gearbeitet, was die Einzigartigkeit dieser Therapieform ausmacht. Dabei spielen die Erklärungsansätze von Mensch-Tier-Beziehungen eine wichtige Rolle.

Nach ESAAT (o.J.) basieren die Interventionen der Fachkraft in dem Beziehungsdreieck Therapeut/in - Tier – Klient/in, sowohl auf einer prozess- und themenorientierten Gestaltung sowie auf der Hinterfragung einer fachlich fundierten Reflexion. Dabei plant die Fachkraft die Maßnahmen anhand von unterschiedlichen Konzepten und Ansätzen für unterschiedliche Zielgruppen, führt sie zielorientiert durch und dokumentiert diese anschließend. Dabei bezieht sich die Fachkraft auf das soziale Umfeld und bezieht andere involvierte Fachkräfte in die Erarbeitung der Zielorientierung sowie in die Verlaufsreflexion mit ein.

Wohlfarth et al. (2013) geben zu bedenken, ob die allgemeinen Modelle der Mensch-Tier-Beziehung ohne weiteres auf die spezifische Situation der tiergestützten Interventionen übertragbar sind, da im Gegensatz zu der engen Beziehung zu einem Haustier die Beziehung zwischen Tier und Klient/in hinsichtlich Ort, Zeit und Häufigkeit der Interaktionen begrenzt ist. Auch der Fokus der tiergestützten Interventionen liegt stärker auf dem Klienten bzw. der Klientin sowie den Zielen der Intervention. Demnach weisen diese Beziehungen einen anderen Charakter auf, als die alltäglichen Beziehungen zu einem Haustier. Die Frage ist bedeutsam, welche spezifischen Wirkfaktoren in tiergestützten Interventionen möglicherweise positive Effekte bedingen.

„Die empirische Fundierung sowohl der Wirkung tiergestützter Interventionen als auch möglicher Wirkmechanismen ist daher eher schwach. Häufig werden Belege für Wirkeffekte aus der Mensch-Haustier-Forschung herangezogen, um die Wirkweise tiergestützter Therapien zu untermauern. Da sich die Interaktionen zwischen Therapeut, Klient und Tier in einer therapeutischen Situation grundsätzlich von einer Interaktion zwischen Bezugsperson und Heimtier unterscheiden, ist es mehr als fraglich, ob dieser Transfer tatsächlich möglich ist“ (ebd.: 20).

Wesenberg (2015) hat im Rahmen ihrer Dissertation ein eigenes Modell entwickelt, indem die potentiellen Wirkfaktoren und deren Verortung auf den verschiedenen Ebenen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz zusammengeführt werden, die in dem Beziehungsdreieck Klient/in – Tier – Therapeut/in zum Tragen kommen. Dieses Modell wird im Folgenden vorgestellt (vgl. Abbildung 7).

Wirkfaktoren

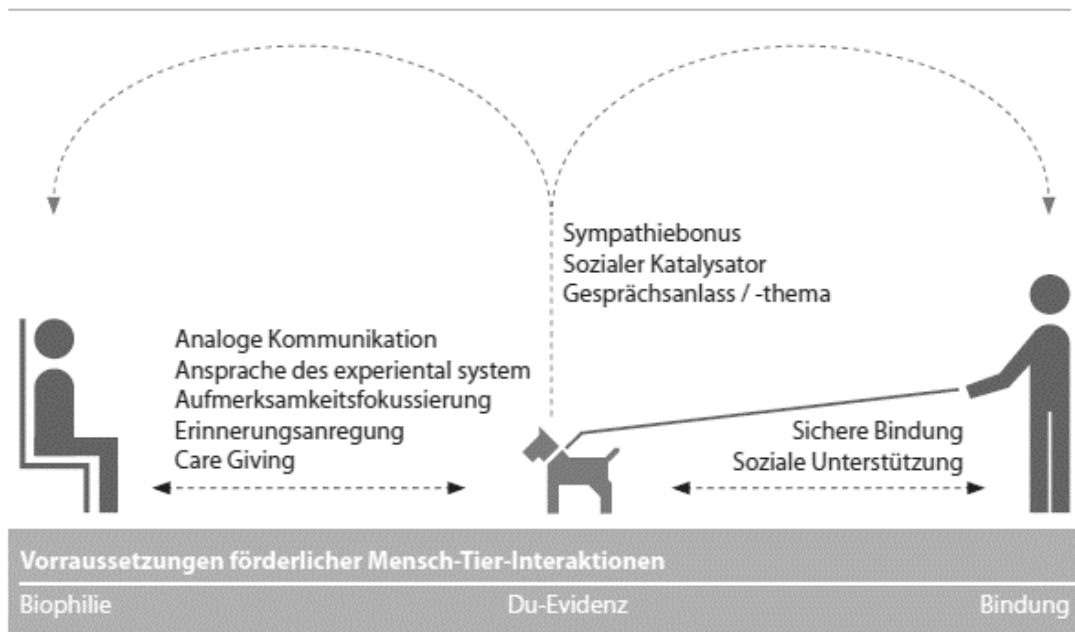


Abbildung 7: Potentielle Wirkfaktoren in tiergestützten Interventionen mit Menschen mit Demenz (vgl. Wesenberg 2015: 158)

Grundsätzlich können nach Wesenberg (2015) die verschiedenen Wirkmechanismen nicht isoliert voneinander betrachtet werden, da sie in vielfältiger Wechselwirkung zueinanderstehen und sich teilweise gegenseitig bedingen. Die Basis für förderliche Interaktionen zwischen Mensch und Tier bilden die Biophilie, die Du-Evidenz sowie Ansätze aus der Bindungstheorie. Durch die Biophilie, also die angeborene Affinität des Menschen zur belebten Umwelt, werden die Du-Evidenz sowie die Ansätze der Bindungstheorie erklärbar. Dabei meint die Du-Evidenz die Wahrnehmung eines anderen Lebewesens mit personalen Qualitäten als Partner. Besonders zu eigenen Haustieren, wie Hunden oder Katzen können enge persönliche Beziehungen entstehen, die in gewisser Weise mit zwischenmenschlichen Beziehungen vergleichbar sind. In diesem Zusammenhang wird auch über die Ausschüttung von Oxytocin diskutiert, die durch die positiven Effekte der Mensch-Tier-Beziehung hervorgerufen wird. Insbesondere bei engen persönlichen Mensch-Tier-Beziehungen sind durch die vermehrte Oxytocin-Ausschüttung sowohl die Förderung der sozialen Kontakte als auch die stressreduzierende Wirkung bedeutsam. Viele Menschen, die tiergestützte Interventionen anbieten, arbeiten mit ihren eigenen Tieren, so ist die notwendige sichere Bindung zwischen Therapeut/in und Tier gegeben. Die sichere Bindung zum eigenen Tier kann für eine stress- und angstreduzierende sowie beruhigende Wirkung für den Menschen wichtig sein; dies kann auch im Sinne von einer erlebten sozialen Unterstützung durch das Tier interpretiert werden. Insbesondere in anforderungsreichen Situationen innerhalb tiergestützter Interventionen können eine verlässliche Bezogenheit und sichere Bindung durch das eigene Tier unter anderem kurzfristige Puffereffekte sozialer Unterstützung in Form von beruhigenden und stressmoderierenden Effekten bei den Durchführenden wirksam werden.

Nach Wesenberg (2015) bleibt es bislang offen, inwiefern solche Effekte auch innerhalb kurzfristiger Interaktionen zwischen Menschen und wenig vertrauten Tieren auftreten können, wie bspw. bei Tierbesuchsdiensten. Beetz (2006) vermutet, dass auch kurzfristige Kontakte zu Tieren an ein bereits vorhandenes internes Arbeitsmodell von Beziehungen zu Tieren anknüpfen können. Die erlebte Beziehung zu eigenen Haustieren ist meistens positiv und erfüllen wesentliche Kriterien einer sicheren Bindung. Dies sowie die Ausbildung einer entsprechenden Bindungsrepräsentation und eines inneren Arbeitsmodells der Beziehung zu Tieren könnten für ältere Menschen in einer Betreuungseinrichtung Vertrautheit sowie Sicherheit mithilfe tiergestützter Interventionen geben.

Tiere haben einen hohen Aufforderungscharakter, welcher die Aufmerksamkeit fokussiert und zur Kommunikation sowie Kontaktaufnahme einlädt; zudem fördern sie positive Emotionen und sprechen verschiedene Sinne an. Eine grundlegend positive Bezogenheit von Menschen mit Demenz zu Tieren, mit entsprechend ausgebildeten inneren Arbeitsmodellen vorausgesetzt, können Tiere von verunsichernden und angstauslösenden Stimuli ablenken („attentional shift“) sowie zu einer entspannten Interaktionsatmosphäre beitragen. Auch die positive Wahrnehmung von Menschen, die in Begleitung eines Tieres sind, ist dabei bedeutsam. Demnach werden Therapeuten/innen in Anwesenheit eines Tieres von Menschen mit Demenz unbewusst freundlicher und vertrauenserweckender eingeschätzt als ohne die Anwesenheit eines Tieres. Dies trägt wiederum dazu bei, dass Menschen mit Demenz entspannter und sicherer in tiergestützten Interventionen und im Umgang mit einer bis dahin ihnen unbekannt Person wirken, als in vergleichbaren Situationen ohne Tier.

Von zentraler Bedeutung ist für Menschen mit Demenz die Art der Kommunikation mit Tieren, da sie über die nonverbale Kommunikation wie Gestik, Mimik und Körperhaltung mit Tieren in Kontakt treten. Zudem können durch die Berührung des weichen Fells sowie durch die Wahrnehmung der Körperwärme wichtige Bedürfnisse nach Nähe, körperlicher Zuwendung und Verbundenheit erfüllt werden, was im Gegensatz zu zwischenmenschlichen Interaktionen wenig gegeben ist. Auch in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz bleibt die analoge Kommunikation über Gestiken, Berührungen, Blickkontakt etc. erhalten. Diese gesendeten Signale werden von Tieren sensibel wahrgenommen und sofort erwidert. Menschen mit Demenz bleiben auch in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung auf der emotionalen Ebene ansprechbar. Die Begegnung mit Tieren ist sehr stark erfahrungs- und affektbasiert, wodurch primär das „experimental system“ bei den Betroffenen aktiviert wird (vgl. ebd.).

Durch die Interaktion mit Tieren wird zudem das System des Pflege- und Fürsorgeverhaltens aktiviert, was wiederum zu einer vermehrten Ausschüttung von Oxytocin führt. Die Übernahme von Verantwortung und die wichtige Erfahrung von Selbstwirksamkeit werden durch die Pflegeinteraktionen ermöglicht. Dies hat für Menschen mit Demenz einen besonderen Stellenwert, da sie im Alltag auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen sind. Durch die Übernahme von Pflegeaufgaben in den tiergestützten Interventionen kann das wichtige Gefühl des „Gebrauchtwerdens“ sowie „etwas Sinnvolles“

leisten“ vermittelt werden. Hinzu kommt die Möglichkeit an Gesprächen teilzunehmen oder diese selbst zu initiieren, wodurch sich die Betroffenen selbstwirksam und zu einer Gruppe zugehörig fühlen. Hierfür bieten tiergestützte Interventionen einen Rahmen, besonders wenn dabei Erinnerungen an positiv erlebte Beziehungen zu eigenen Haustieren geweckt werden. Die Aktivierung dieser biografischen emotional hoch bedeutsamen Erinnerungen kann sich sehr positiv auf das psychische Befinden der Betroffenen auswirken. Themen, die für Menschen mit Demenz eine hohe biografische Relevanz haben, werden häufig erinnert und gerne kommuniziert. In den tiergestützten Interventionen fungieren Tiere häufig als Gesprächsanlass und ermöglichen dadurch eine schnelle Kontaktaufnahme als sogenannte „Eisbrecher“ zwischen Klient/in und Tierhalter/in bzw. Therapeut/in. Tiere vermitteln demnach als soziale Katalysatoren ein Gefühl von Vertrautheit, sie ermöglichen und befördern eine spontane und unbedrohlich erlebte Kontaktaufnahme und erleichtern darüber die Aufnahme von zwischenmenschlichen Interaktionen. Zudem bieten Tiere beiden Interaktionspartnern/innen einen unverfänglichen Gesprächseinstieg sowie ein für beide Seiten zugängliches Thema (vgl. ebd.).

Nach Wesenberg (2015) scheinen aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Wirkfaktoren die potentiell positiven Effekte tiergestützter Interventionen erklärbar. Dabei bedürfen einige der beschriebenen Erklärungsansätze weiterer theoretischer Begründung. Allerdings erscheint auch bei einer weiteren Fundierung der einzelnen Faktoren die Formulierung eines allgemeinen Wirkmodells von tiergestützten Interventionen für Menschen mit Demenz kaum machbar und nicht unbedingt zweckentsprechend. Jede tiergestützte Intervention ist ganz individuell und daher können die beschriebenen aber auch weitere Wirkfaktoren von unterschiedlichen Bedingungen abhängen, wie bspw. vom Setting, von individuellen Bedürfnissen sowohl von Klienten/innen als auch von Therapeuten/innen bzw. Tierhalter/innen etc. und dadurch unterschiedlich bedeutend werden.

„Die Mannigfaltigkeit und enge Verflechtung der potentiell förderlichen Effekte tiergestützter Interventionen spiegelt sich auch in den verschiedenen Erklärungsansätzen wider, die einander ergänzen und überschneiden, je nach individueller Ausgestaltung tiergestützter Interventionen aber in ihrer Gewichtung auch stark differieren können. Dieser Vielgestaltigkeit kann kaum mit einem allumfassenden Erklärungsmodell Rechnung getragen werden, vielmehr können die beschriebenen Faktoren als Grundlegung spezifischer Wirkmodelle zu einzelnen Interventionsformen begriffen werden.“ (ebd.: 157f).

Abschließend setzen Wohlfarth et al. (2013) grundsätzlich voraus, dass der Umgang des Therapeuten bzw. der Therapeutin mit dem eigenen Tier entscheidend für den Erfolg der Intervention ist.

„Nur wer mit seinem Tier empathisch und authentisch umgeht, wird von den Klienten entsprechend wahrgenommen. Dies bedeutet, wer mit tiergestützter Therapie arbeiten möchte, muss nicht nur ‚die Sprache‘ seines Tieres verstehen, sondern die wesentlichen Faktoren für eine gelingende Mensch-Tier-Beziehung kennen, umsetzen und reflektieren können (Wohlfarth/Mutschler 2011). Nur so kann im Beziehungsdreieck Therapeut-Tier-Klient die unterstützende und förderliche Wirkung des Tieres zum Tragen kommen“ (ebd.: 21).

4. Aktueller Stand der Forschung

In diesem Kapitel werden mithilfe einer durchgeführten Literaturrecherche aktuelle Studien vorgestellt, die den Einfluss von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz wissenschaftlich untersucht haben. Teilweise liegt in den Studien der Fokus allgemein auf Senioren/innen und eine Subgruppe davon sind Menschen mit Demenz. Vorab ist zu sagen, dass keine der bisherigen Studien tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften untersucht hat. Das Kapitel schließt mit Schlussfolgerungen für zukünftige Untersuchungen ab.

Nach Hegedusch & Hegedusch (2007) ist bereits seit Jahrhunderten bekannt, dass sich die Anwesenheit von Tieren auf den Menschen positiv auswirken können. Dennoch haben Wissenschaftler/innen erst in den 1960er Jahren begonnen, diese Effekte systematisch zu untersuchen und der Frage nachzugehen, ob die Anwesenheit von Tieren einen messbaren Einfluss auf Menschen hat. Hierzu kommen Studien vor allem aus dem anglo-amerikanischen Raum, die aufzeigen, dass bspw. der Kontakt zu Tieren sowohl die Lebensqualität als auch den Gesundheitszustand des Menschen positiv beeinflussen kann. Alle Studien kommen zu dem Ergebnis, dass vor allem ältere Menschen von der Anwesenheit von Tieren profitieren und insbesondere das Sozialverhalten von Menschen mit Demenz günstig beeinflusst werden kann.

Die Autoren/innen bemängeln in den bisherigen Studien zum einen die geringe Stichprobengröße und zum anderen die kurzen Zeiträume (8-12 Wochen) der Untersuchungen. Dadurch ist sowohl die Aussagekraft der statistisch signifikanten Ergebnisse stark eingeschränkt als auch werden die allgemein gültigen Aussagen über mögliche Effekte erschwert (vgl. ebd.).

Bislang sind Effekte der tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz vergleichsweise selten Gegenstand empirischer Forschung. In den vergangenen Jahren sind einige Reviews sowie Überblicksartikel entstanden, in denen der aktuelle Stand der Forschung herausgearbeitet wurde (vgl. Filan & Llewellyn-Jones 2006; Perkins et al. 2008; Williams & Jenkins 2008; Wesenberg 2012a & 2015; Bernabei et al. 2013; Julius et al. 2014). Auch die Reviews berichten von positiven Effekten von Tieren – vor allem von Hunden - auf Menschen mit Demenz. Demnach reduzieren tiergestützte Interventionen agitiertes Verhalten und fördern das Sozialverhalten. Jedoch sind diese Ergebnisse nach den Autoren/innen aus verschiedenen Gründen mit Vorsicht zu beurteilen.

Perkins et al. (2008) weisen auf qualitativ nicht hochwertige Studien mit geringen Stichprobengrößen hin, deutlichen Unterschieden hinsichtlich der Art und Dauer der tiergestützten Interventionen sowie der Vernachlässigung der Darstellung der wesentlichen Einflussfaktoren bzgl. auf die Ergebnisse. Auch Williams & Jenkins (2008) weisen auf diese qualitativ ausbaufähige Studienlage hin. Sie berichten, dass der Großteil der Literatur aus Erfahrungsberichten sowie aus Studien mit methodischen Schwächen besteht.

Bernabei et al. (2013) berichten in ihrem Literaturreview von 18 Artikeln über tiergestützte Interventionen mit der Zielgruppe Menschen mit Demenz; weitere fünf Artikel untersuchten

Menschen mit psychiatrischen Einschränkungen. Dabei fanden sie heraus, dass nur wenige Studien die Wirkung von tiergestützten Interventionen auf die Stimmung der Studienteilnehmer/innen beurteilen und noch weniger Studien bewerteten die Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen der Studienteilnehmer/innen. Demnach deuten die verfügbaren Ergebnisse zwar auf eine positive Wirkung bzgl. der Kommunikation hin, jedoch nicht auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Die Autoren/innen fassen zusammen, dass trotz dieser ermutigenden Ergebnisse weitere Forschung erforderlich ist, um die Frage der optimalen Dauer und Häufigkeit der tiergestützten Interventionen sowie der geeigneten Zielgruppe überprüfen zu können.

Wesenberg (2012a & 2015) hat die aktuellste Übersicht über die bis dahin vorliegenden Studienergebnisse erstellt, welche die positiven Effekte von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz insbesondere in drei Bereichen darstellt: Auftretenshäufigkeit von herausfordernden Verhaltensweisen, emotionales Wohlbefinden sowie Sozialverhalten. Wesenberg spricht von einem großen Potential der tiergestützten Interventionen, jedoch resultieren bislang die Wirkungen der tiergestützten Interventionen hauptsächlich

„aus theoretischen Annahmen zur Mensch-Tier-Beziehung oder aus Studien, die die Effekte tiergestützter Interventionen auf bestimmte Personengruppen (z. B. Pflegeheimbewohner) belegen, aber keine direkten Schlüsse auf demenziell erkrankte Menschen erlauben. Inwiefern tiergestützte Interventionen positiv auf die Lebensqualität von Demenzkranken wirken, die Stimmung verbessern oder demenzspezifische Verhaltensauffälligkeiten verringern können, ist bislang kaum Gegenstand empirischer Forschung geworden“ (Wesenberg 2012a: 390).

Wesenberg (2012a) weist bei einigen Studien auf den Vergleich zwischen den Wirkungen tiergestützter Interventionen mit dem Verhalten der Studienteilnehmer/innen im Alltag hin. In diesen Studien ist keine gesicherte Aussage möglich, ob die förderlichen Effekte von den tiergestützten Interventionen direkt ausgehen oder inwiefern zusätzlich die Menschen, die die Interaktion mit dem Tier ermöglichen, Einfluss auf die positiven Wirkungen nehmen.

4.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken: PubMed, Gero Lit, CareLit sowie ERIC. Mithilfe von folgenden Suchbegriffen suchte die Forscherin nach vorhandenen Studien: Demenz OR dementia AND Wohngemeinschaft OR shared-housing arrangement AND Mensch-Tier-Interaktion OR Human-Animal Interaction AND tiergestuetzte Therapie OR Animal-Assisted Therapy AND Tiergestuetzte Aktivitaet OR Animal-Assisted Activity (vgl. Abbildung 8).

Die erzielten Treffer wurden auf Titel, Zusammenfassungen sowie Schlüsselwörter überprüft. Es wurde keine zeitliche Begrenzung bezüglich der Veröffentlichungen vorgenommen. Danach entschied die Forscherin, welche der Funde unter Bezugnahme der folgenden Einschlusskriterien als relevant eingeordnet werden können.

Einschlusskriterien:

- Sprache: deutsch oder englisch

- Publikation bezieht sich primär auf Menschen mit Demenz
- Studienteilnehmer/innen sind entweder die Bewohnerinnen bzw. Menschen mit Demenz und/oder das Pflege- und Betreuungspersonal

Ausschlusskriterien:

- Publikation von Abstracts zu Vorträgen
- Senioren/innen, die nicht von einer Demenz betroffen waren
- Generell eine andere Klientel
- Keine Forschungsfrage
- Es handelte sich um eine reine Konzeptdarstellung bzw. -beschreibung

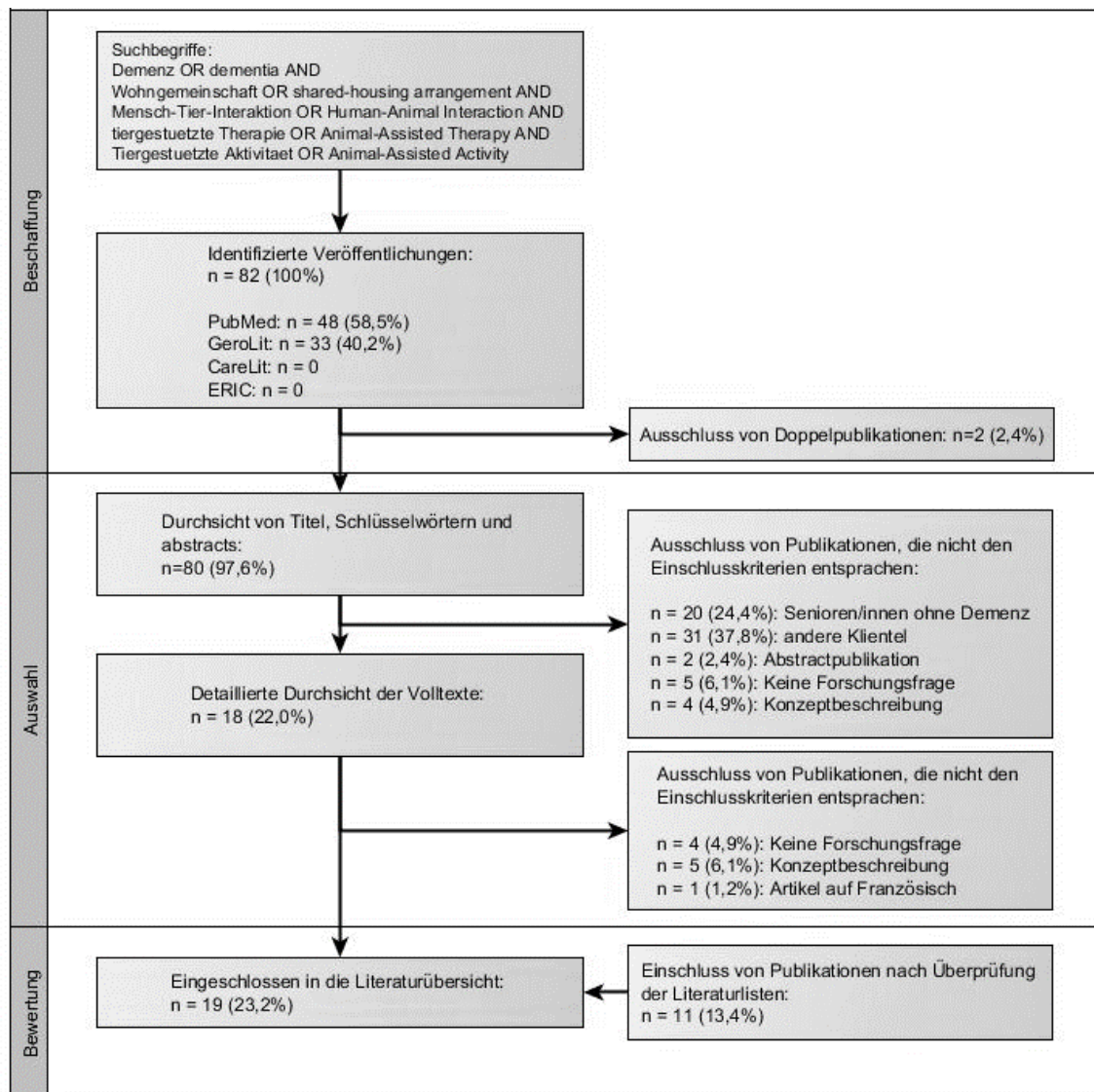


Abbildung 8: Suchstrategie der Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Die aufgefundenen Publikationen wurden sowohl nach den genannten Einschlusskriterien als auch nach der methodischen Qualität der Arbeit bewertet. Diese methodische Bewertung erfolgte in Anlehnung an Brodaty et al. (2003) (vgl. Tabelle 5).

Kriterium	Punkt(e)
<i>Design</i>	
– Randomisiert	1
– Kontrolliert	1
<i>Studienpopulation</i>	
– Klar definierte Einschlusskriterien	1
– Alle Personen eingeschlossen bzw. Ausschlüsse benannt	1
<i>Outcomes</i>	
– Gut validierte, reliable Instrumente	1
– Objektive Outcomes	1
<i>Statistiken</i>	
– Signifikanzniveau genannt	1
– Adjustierung für multiple Vergleiche	1
– Ausreichend Power	1
<i>Ergebnisse</i>	
– Verblindete Datenerhebung	1
– Follow-up nach mindestens 6 Monaten	1
<i>Gesamt (maximal 11 Punkte)</i>	
– Hohe Qualität	>7
– Mittlere Qualität	5-7
– Niedrige Qualität	<5

Tabelle 5: Kriterien zur Qualitätsbewertung von Studien (nach Brodaty et al. 2003)

Die Literaturrecherche zu tiergestützten Interventionen für Menschen mit Demenz ergibt eine Gesamtzahl von 82 relevanten Publikationen. Hinzu kommen weitere elf Publikationen, die über die Literaturlisten der identifizierten Veröffentlichungen gefunden wurden. Die älteste Publikation ist von Walsh et al. aus dem Jahr 1995 und die neuesten Publikationen sind von Olsen et al. (2016a&b).

Die Forscherin bewertet die Qualität der Veröffentlichungen in niedrige, mittlere und hohe Niveaus. Die Qualität der Studien liegt überwiegend im niedrigen (n=7) bzw. mittleren (n=8) Bereich (vgl. Tabelle 6).

Qualitätsniveau	Anzahl der Publikationen (n=19)
Niedrige Qualität	7
Mittlere Qualität	8
Hohe Qualität	4

Tabelle 6: Bewertung der eingeschlossenen Publikationen

Grundsätzlich fällt der Forscherin bei der Literaturrecherche auf, dass die tiergestützten Interventionen teilweise ausschließlich für die Studien über einen kurzen Zeitraum von ein paar Wochen durchgeführt wurden und nicht dauerhaft im Alltag implementiert wurden. Aus ethischen Gründen ist eine kurze Dauer des Einsatzes von Tieren über bspw. ein paar Wochen für Menschen mit Demenz kritisch zu sehen. In dieser Zeit bauen vermutlich manche Menschen eine Beziehung zu den Tieren auf, die nach kurzer Zeit wieder abgebrochen werden. Wie in der vorliegenden Studie sollte daher in Untersuchungen

sichergestellt werden, dass die tiergestützten Interventionen in den Senioreneinrichtungen auch nach Beendigung der begleitenden Studie weitergeführt werden.

Zudem untersuchte die Mehrheit der gesichteten Publikationen tiergestützte Interventionen mit einem Hund sowie das Setting der stationären Senioreneinrichtung. Wenige Studien untersuchten andere Settings, wie drei Tagesbetreuungen für Menschen mit Demenz, eine Gerontopsychiatrie sowie den Demenzbereich eines Akutkrankenhauses. Studien, die tiergestützte Interventionen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz untersuchten, wurden in der Recherche nicht gefunden. Zudem gibt es wenige Studien, die neben den Bewohnern/innen auch die Auswirkungen auf die Organisation bzw. auf die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen untersuchen, in denen die tiergestützten Interventionen durchgeführt wurden (vgl. Görres 2006, Kanamori et al. 2001).

Seit dem Review von Wesenberg (2012a&2015), mit welchem der aktuelle Forschungsstand der positiven Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz ausführlich herausgearbeitet wird, wird in der Literaturrecherche zusätzlich die beiden Studien von Olsen et al. (2016a&b) zum Themenbereich tiergestützte Interventionen und Menschen mit Demenz gefunden. Dies bedeutet nicht ausschließlich, dass es keine Studien zu diesem Themenbereich gibt, jedoch sind diese zum Zeitpunkt der Recherche nicht publiziert. Im Folgenden werden einige Studien aufgezeigt, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind (vgl. Anhang A). Zur besseren Übersicht werden die Studien nach von der Forscherin zusammengefassten Ergebniskategorien aufgelistet. Zur Vollständigkeit der aktuellen Forschungslage wird an dieser Stelle auf das Review von Wesenberg (2012a&2015) hingewiesen.

Soziales Verhalten / Kommunikation

Mehrere Untersuchungen bestätigen, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf das soziale Verhalten von Menschen mit Demenz auswirken (vgl. Sellers 2006, Batson et al. 1998, Katsinas 2001, Richeson 2003, Wesenberg 2015).

Ebenfalls wird eine Erhöhung bzw. Anregung der Kommunikation von Menschen mit Demenz in den beiden Studien von Beckmann (2010) und Görres (2006) festgestellt.

Im Jahr 2006 gründete die Technische Universität Dresden die Forschungsgruppe „Mensch-Tier-Beziehung“ im Fachbereich Erziehungswissenschaften gegründet. Es wurden in verschiedenen Projekten die Mensch-Tier-Beziehung und die Auswirkungen potenziell hilfreicher Tiereffekte auf Kinder, Erwachsene und alte Menschen wissenschaftlich untersucht. Von Januar 2010 bis Juni 2012 verfolgte die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Studie „Tiergestützte Intervention bei Demenzkranken“ das Ziel, die Wirksamkeit eines Programms von tiergestützten Interventionen umfassend und differenziert auf das psychische Wohlbefinden, das Sozialverhalten sowie kognitive Kompetenzen und Alltagsfähigkeiten von Menschen mit Demenz, die in stationären Pflegeheimen leben, zu untersuchen (vgl. Wesenberg 2015).

Innerhalb der DFG-Studie wurden in der Substudie von Beckmann (2010) die Wirkungen von tiergestützten Interventionen mit verschiedenen Tierarten wie Kaninchen, Meerschweinchen, Katzen und Alpakas auf das Wohlbefinden und Sozialverhalten bei Menschen mit Demenz untersucht. Die genannten Tiere lebten innerhalb bzw. auf dem Gelände der stationären Senioreneinrichtung. Zusätzlich wurden die Bewohner/innen regelmäßig von einer Hundehalterin mit dem eigenen Hund besucht. Mithilfe von verschiedenen Instrumenten wie der Beobachtung verschiedener sozialer Verhaltensweisen mit eigenem Beobachtungsbogen (MTU), einem eigenständig entwickelten Fragebogen zur Erfassung der Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten und zum Kommunikationsverhalten (FSAK), dem Neuropsychiatrischen Inventar (NPI), sowie narrativ fokussierten Interviews wurden Sozialverhalten, nicht-kognitive Symptome und Emotionalität von den Studienteilnehmern/innen (n=55) erfasst. Die Studie untersuchte erstmals im deutschsprachigen Raum tiergestützte Interventionen im Längsschnitt über einen Zeitraum von 21 Monaten. Die Erhebungen fanden u.a. mithilfe von nicht-teilnehmenden Beobachtungen und Fremdeinschätzungen des Pflegepersonals statt. Eine Gruppe von Bewohnern/innen ohne Tierkontakte aus einem anderen Seniorenheim desselben Trägers bildete die Kontrollgruppe (n=23).

Beckmann (2012) stellte mit den Ergebnissen der Fremdeinschätzungen des Pflegepersonals fest, dass die Menschen mit Demenz durch den regelmäßigen Tierkontakt (n=32) deutlich aktiver waren und signifikant häufiger sowohl verbal als auch nonverbal kommunizierten. Jedoch wurden keine eindeutigen Effekte auf das Sozialverhalten festgestellt. Daher bleibt nach der Autorin die Frage offen, inwiefern die Erwartungen des Pflegepersonals auf die tiergestützten Interventionen in die positiven Fremdeinschätzungen eingeflossen sind. Vorstellbar ist zudem, dass die alltägliche Präsenz der Tiere das Klima der Senioreneinrichtung allgemein verbesserte und somit auf die positive Fremdeinschätzung einwirkte (vgl. ebd.).

Eine weitere Substudie aus der DFG-Studie von Wesenberg (2015) beschäftigte sich mit der Fragestellung: Wie wirkt sich die Teilnahme an einem tiergestützten Interventionsprogramm auf das psychosoziale Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in stationären Senioreneinrichtungen aus? Die Studienteilnehmenden (n=17) wurden in zwei verschiedenen Gruppen aufgeteilt, wovon die Interventionsgruppe (n=9) über einen Zeitraum von sechs Monaten an den tiergestützten Interventionen teilnahm. Die Kontrollgruppe (n=8) nahm ebenfalls über einen Zeitraum von sechs Monaten an einer Kontrollintervention ohne Einbezug von Tieren teil. Die wöchentlichen Sitzungen á 45 Minuten wurden zu drei verschiedenen Erhebungszeitpunkten (Beginn, nach drei und sechs Monaten) evaluiert. Dabei erfolgte die Datenerhebung in Form von technisch-vermittelten Beobachtungen der Interventionseinheiten und einem schriftlichen Fremdbeurteilungsbogen der Hundehalter/innen bzw. der Durchführenden der Kontrollintervention im Anschluss an jede Sitzung. Die Outcomes dieser Studie lagen auf den demenzspezifischen nicht-kognitiven Symptomen, dem emotionalen Ausdruck sowie auf den sozialen Verhaltensweisen. Mithilfe der Daten war sowohl ein Querschnitt zwischen

den beiden Interventionsformen als auch ein Längsschnitt innerhalb der beiden Interventionsformen möglich.

Es wurden deutliche Effekte in den sozialen Verhaltensweisen bei den tiergestützten Interventionen festgestellt, bspw. interagierten die Bewohner/innen in der tiergestützten Intervention deutlich häufiger als in der Kontrollgruppe. Es wurde eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Interaktion mit dem Hund sowie vor allem in den Kontakten zwischen Mensch und Hund festgestellt. In den zwischenmenschlichen Kontakten zeigten sich kaum Unterschiede zwischen den beiden Interventionsformen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt lag die Zeit der Beobachtungen der sozialen Kontakte und positiven emotionalen Wohlbefindens, welche durch die Interaktion mit dem Hund ausgelöst wurden, deutlich höher als in der Kontrollintervention. Zum zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt werden in beiden Interventionsformen sowohl die sozialen Interaktionen als auch die Merkmale vom positiven emotionalen Wohlbefinden seltener beobachtet. Dies bedeutet nicht gleichzeitig, dass die beobachteten Interaktionen und Emotionen verringert sind. Die Autorin stellt dar, dass die Studienteilnehmer/innen weiterhin in gleicher Weise von den Interventionen zu profitieren scheinen. Sie erklärt eine Verknüpfung zwischen der Verschlechterung des Sozialverhaltens und des emotionalen Wohlbefindens wahrscheinlich mit den zunehmend eingeschränkten Studienteilnehmern/innen bedingt durch die fortschreitende Demenz (vgl. ebd.).

Alltagsfähigkeiten

In mehreren Untersuchungen wurden keine Effekte auf die Alltagsfähigkeiten von Menschen mit Demenz festgestellt (vgl. Mossello et al. 2011, Motomura/Yagi/Ohyama 2004, Travers et al. 2013, Walsh et al. 1995).

Dagegen stellte Beckmann (2012) im Kontext der Ergebnisse der Fremdeinschätzungen des Pflegepersonals keine signifikanten Unterschiede bei den nicht-teilnehmenden Beobachtungen im Alltagsverhalten zwischen den Vergleichsgruppen fest.

Friedmann (2014) untersuchte in einer Studie 40 Studienteilnehmer/innen in einem stationären Seniorenheim, wovon 22 Teilnehmer/innen zwölf Wochen an einer tiergestützten Intervention mit Hund teilnahmen und 18 Teilnehmer/innen an einer erinnerungsfokussierten Intervention. Die Teilnehmer/innen, die sich regelmäßig an den Interventionen mit dem Hund beteiligten, waren weniger in ihren Alltagsfähigkeiten eingeschränkt als die Teilnehmer/innen der Kontrollintervention.

Lebensqualität / Emotionales Wohlbefinden

Mehrere Untersuchungen bestätigen, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf das emotionale Wohlbefinden von Menschen mit Demenz auswirken (vgl. Batson et al. 1998, Blesch 2012, Mossello et al. 2011, Wesenberg 2015).

In der Studie von Mossello et al. (2011) wurden bei zehn Menschen mit Demenz in einer Tagesstätte zuerst Interventionen mit einem Plüschhund sowie Interventionen mit einem

lebenden Hund durchgeführt. Der Zeitraum der Interventionen erstreckte sich über drei Wochen, in denen dreimal wöchentlich jeweils 100 Minuten die Interventionen vormittags stattfanden. In einem Kurzzeitvergleich wurde während der Interventionen und einige Stunden später am Nachmittag die Emotionen, agitiertes Verhalten sowie das motorische Verhalten beobachtet. Um die längerfristigen Wirkungen zu erfassen, wurde an denselben Tagen, an denen vormittags die Interventionen stattfanden, nachmittags weitere Beobachtungen durchgeführt. Die zentralen Ergebnisse der Studie sagten aus, dass sowohl signifikant häufiger positive Emotionen als auch signifikant seltener Traurigkeit bei den Studienteilnehmern/innen in den tiergestützten Interventionen im Vergleich zu den Interventionen mit dem Plüschhund festgestellt wurden. Diese Effekte blieben auch nach einigen Stunden erhalten.

Nach Wesenberg (2015) wirkten sich im Kontext ihres Interventions-Kontrollgruppen-Designs zwar beide Interventionsformen positiv auf das emotionale Wohlbefinden der Bewohner/innen aus, jedoch sind die Wirkungen auf die Emotionalität bei der tiergestützten Intervention deutlich ausgeprägter als bei der Kontrollintervention.

Dagegen stellte Beckmann (2012) im Kontext ihrer Studie keine signifikanten Verbesserungen des emotionalen Wohlbefindens fest. Auch Olsen (2016) konnte keine Effekte auf die Lebensqualität feststellen.

In der Studie von Blesch (2012) wurde in einem Experimental-Kontrollgruppen-Design in einem Seniorenheim die Wirkungen einer tiergestützten Intervention (Hundebesuchsprogramm, n=25) mit einer musiktherapeutischen Intervention (gemeinsames Singen, n=11) miteinander verglichen. Dabei waren in der Interventions-Gruppe elf Personen an einer Demenz erkrankt und in der Kontroll-Gruppe waren es drei Personen. Die Erhebungen erfolgten zu zwei Zeitpunkten (vor und während der Intervention). Dabei wurde festgestellt, dass die Effekte auf die Emotionen stärker bei häufigem direkten Hundekontakt auftraten. Zudem erhöhte der Kontakt zum Hund die positiven Emotionen stärker als das gemeinsame Singen. Die Autorin wies auf weiterführende Untersuchungen hin, in denen bspw. die Nachhaltigkeit der positiven Wirkungen sowie der Vergleich zwischen tiergestützten Interventionen mit anderen Interventionsformen untersucht werden könnte (vgl. ebd.).

In der Studie von Olsen et al. (2016a) wurde ein stationäres Seniorenheim untersucht. Es nahmen insgesamt 58 Personen an der Studie teil - 28 in der Interventions-Gruppe und 30 in der Kontroll-Gruppe. Dabei waren die Hauptzielparameter Depression - Cornell Scale for Depression in Dementia - (CSDD), agitiertes Verhalten - Brief Agitation Rating Scale - (BARS) sowie Lebensqualität - Quality of Life in Late-stage Dementia scale - (QUALID). In dieser Studie wurde aufgezeigt, dass sich die Lebensqualität von Teilnehmer/Innen mit einer schweren Demenz nach der tiergestützten Intervention (follow-up nach 12 Wochen, T0 zu T2) signifikant verbessert. Zusätzlich wurde ein positiver Effekt auf die Lebensqualität auch unmittelbar nach der tiergestützten Intervention (T1) festgestellt. Demnach haben

tiergestützte Interventionen positive Effekte auf die Lebensqualität vor allem bei Menschen in einem fortgeschrittenen Demenzstadium (vgl. ebd.).

Auch Nordgren & Engström (2013) untersuchten im Kontext eines Prä-Post-Designs tiergestützte Interventionen mit einem Hund über zehn Termine im Einzelsetting mit neun Senioren/innen in vier verschiedenen stationären Senioreneinrichtungen und bestätigten, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz auswirken.

Psychopathologie und herausfordernde Verhaltensweisen

Wesenberg (2015) beobachtete in ihrer Studie in beiden Interventionsformen nur selten herausfordernde Verhaltensweisen. Das Pflegepersonal beschrieb nur bei einzelnen Bewohner/innen gelegentlich auftretendes aggressives bzw. erregtes Verhalten. Jedoch wurde bei einzelnen Bewohner/innen Apathie und Teilnahmslosigkeit in der tiergestützten Intervention seltener beobachtet, als in der Kontrollgruppe bzw. im Alltag. In der Studie konnte nicht eindeutig bestätigt werden, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf die nicht-kognitiven Symptome der Studienteilnehmer/innen auswirkten.

Auch Beckmann (2012) stellte im Kontext von den Ergebnissen der Fremdeinschätzungen des Pflegepersonals keine signifikante Verbesserung auf die psychopathologischen Auffälligkeiten der Studienteilnehmenden fest.

In der Studie von Friedmann et al. (2014) wurde nach Beendigung der Interventionen ein signifikanter Unterschied im Grad der Depressivität zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgestellt. Die Teilnehmer/innen, die sich regelmäßig an den Interventionen mit dem Hund beteiligten, waren seltener depressiv als die Teilnehmer/innen in der Kontrollintervention.

Ebenfalls positive Effekte auf Depressivität wurden in zwei weiteren Studien festgestellt (vgl. Olsen et al. 2016a, Travers et al. 2013). In der Studie von Olsen et al. (2016a) wurde aufgezeigt, dass sich Depressionen von Teilnehmer/Innen mit einer schweren Demenz nach der tiergestützten Intervention (follow-up nach 12 Wochen, T0 zu T2) signifikant verbessern.

Zwar konnte die Studie von Motomura et al. (2004) dies nicht bestätigen, jedoch stellten sie fest, dass tiergestützte Interventionen positive Effekte auf apathisches Verhalten von Senioren/innen haben.

In den Studien von Friedmann et al. (2014), Mossello et al. (2011) und Olsen et al. (2016a) wurden keine Effekte auf agitiertes Verhalten festgestellt. Dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf das agitierte Verhalten von Menschen mit Demenz auswirken, wird dennoch durch zwei Studien bestätigt (vgl. Sellers 2006, Richeson 2003). Ebenso positive Effekte auf Aggressivität, Ängste und Phobien stellten Kanamori et al. (2001) in ihrer Studie fest. In der Studie von Mossello et al. (2011) wurde in den Interventionen mit

dem Hund ebenfalls eine signifikante Reduzierung der Angst (NPI-Angst, t1 zu t2) festgestellt.

In der Studie von Richeson (2003) wurden fünfzehn Bewohner/innen zweier stationärer Seniorenheime mit einem Hund besucht. Das agitierte Verhalten (CMAI) sowie das Sozialverhalten wurde zu drei verschiedenen Zeitpunkten untersucht: zu Beginn der Interaktion mit dem Hund (t1), am Ende der drei Wochen der Interaktion (t2) sowie nach weiteren drei Wochen nach Beendigung der tiergestützten Intervention (t3). Es wurde eine signifikante Reduzierung der CMAI-Werte sowohl zu t1 und t2 als auch zu t2 und t3 festgestellt.

Aufmerksamkeit bzw. Wachsein / Aktivität bzw. motorisches Verhalten / Orientierungsvermögen / Gleichgewichtsverhalten

Beckmann (2010) stellte in ihrer Studie fest, dass durch tiergestützte Interventionen der Aktivitätsgrad der Senioren/innen erhöht wird. Auch Görres (2006) stellte in seiner Studie eine Zunahme der allgemeinen Interaktionen der Studienteilnehmer/innen fest. Eine Zunahme der allgemeinen Aktivität und Stimmung wurde ebenfalls von Püllen et al. (2013) festgestellt sowie eine Zunahme der Aufmerksamkeit in der Studie von Katsinas (2001). Zudem wurden in verschiedenen Untersuchungen positive Effekte auf das motorische Verhalten (vgl. Mossello et al. 2011) und auf das Gleichgewichtsverhalten bzw. die damit einhergehende Minderung des Sturzrisikos (vgl. Olsen et al. 2016) festgestellt.

Trotzdem stellten auch mehrere Studien fest, dass es durch tiergestützte Interventionen keine Effekte auf kognitive Leistungen oder Aktivitäten im Alltag gibt (vgl. Walsh et al. 1995, Kanamori et al. 2001, Motomura & Yagi & Ohyama 2004).

Bisher gibt es wenige Studien, in denen tiergestützte Interventionen mit anderen Interventionsformen verglichen wurden (vgl. Friedmann 2014, Wesenberg 2015). Marx et al. (2010) untersuchten in ihrer Studie verschiedene Stimuli (Hund in drei verschiedenen Größen, Roboter- und Plüschhund, Ausmal-Hunde-Bild, Video von Welpen) auf Menschen mit Demenz. Die Autoren/innen stellten dabei keine signifikanten Unterschiede auf die Aufmerksamkeit bzw. das Interesse der Studienteilnehmer/innen zwischen den verschiedenen Stimuli fest. Auch in der Studie von Mossello et al. (2011) wurden Interventionen sowohl mit einem lebenden Hund als auch mit einem Plüschhund durchgeführt. Dabei wurden die Auswirkungen der Interventionen auf die Menschen mit Demenz direkt innerhalb der Interventionen und einige Stunden nach Beendigung der Interventionen untersucht. Zwischen den beiden Gruppen wurden signifikant positive Effekte auf die Aktivität bzw. das motorische Verhalten der Studienteilnehmer/innen durch die Interventionen mit einem lebenden Hund festgestellt. Die vermehrte Freude der Teilnehmer/innen in der Interventionsgruppe war deutlich ausgeprägter als in der Kontrollintervention, welche auch am Nachmittag anhielt.

Ob sich die Interventionen mit Tieren auch nach Beendigung der Sitzungen positiv auf Menschen mit Demenz auswirken, war bisher nur in zwei Untersuchungen ein zentraler

Gegenstand. In den beiden Untersuchungen von Olsen et al. (2016, 2016a) wurden die Auswirkungen der tiergestützten Interventionen drei Monate nach Beendigung der tiergestützten Interventionen in den Fokus gestellt. Zudem wurde die Interventionsgruppe mit einem Hund mit einer Kontrollgruppe ohne Kontakt zum Hund miteinander verglichen. Beide Studien sind prospektiv und randomisiert und beinhalten ein follow-up-Design das vor, direkt nach der Intervention (nach zwölf Wochen) sowie drei Monate nach Ende der Intervention durchgeführt wurde. Bei der Intervention handelte es sich um eine tiergestützte Aktivität (AAA), die durch einen qualifizierten Hundehalter bzw. eine qualifizierte Hundehalterin zweimal wöchentlich über zwölf Wochen á 30 Minuten in Kleingruppen von drei bis sieben Personen stattfand.

In der einen Studie von Olsen et al. (2016) wurden sechzehn Tagesbetreuungen untersucht. An der Studie nahmen insgesamt 79 Personen teil, davon waren 41 in der Interventions-Gruppe und 38 in der Kontroll-Gruppe. Die Hauptzielparameter waren Gleichgewichtsverhalten - Berg Balance Scale - (BBS), Lebensqualität - Norwegian version of QUALID - sowie Demenzschweregrad - Clinical Dementia Rating - (CDR). Die Ergebnisse der Studie belegen, dass tiergestützte Interventionen einen messbar positiven Effekt auf das Gleichgewichtsverhalten im Zeitverlauf (vor Intervention zu direkt danach, T0 zu T1) im Vergleich zur Kontrollgruppe hat. Dieser positive Effekt wurde jedoch nicht im Zeitverlauf (follow-up nach 12 Wochen, T0 zu T2) festgestellt. Trotzdem wurde eine signifikante Tendenz in einer Subgruppe der Teilnehmer/innen (n=9) gefunden, bei denen sich das Gleichgewichtsverhalten verbesserte. Es bestand ein signifikanter positiver Effekt auf das Gleichgewichtsverhalten. Demnach stellen tiergestützte Interventionen eine multifaktorielle Intervention für Menschen mit Demenz dar und können zu einer Verminderung des Sturzrisikos führen (vgl. ebd.).

Katsinas (2001) untersuchte zwölf Bewohner/innen mit Demenz eines stationären Seniorenheims über 1,5 Jahre lang. Die tiergestützte Intervention wurde zweimal wöchentlich mit einem Hund durchgeführt. Mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse wurden positive Effekte in den Bereichen Sozialverhalten, allgemeine Aufmerksamkeit sowie auf das zeitliche Orientierungsvermögen festgestellt. Durch die Fremdeinschätzung des Personals wurden Gespräche über den Hund sowie darüber hinaus über eigene Erfahrungen bzw. Erlebnisse mit Hunden und/oder Tieren beobachtet. Des Weiteren wurde eine länger anhaltende Aufmerksamkeitsfokussierung, die durch die Initiierung von Interaktionen durch den Hund entstanden, festgestellt. Ebenfalls wurden Erinnerungen an die Hundebesuchstage bei den Bewohnern/innen geweckt (vgl. ebd.).

In der Studie von Püllen et al. (2013) nahmen 105 Patienten des Demenzbereiches eines Akutkrankenhauses über ein Jahr lang an einer 30-minütigen Intervention mit einem Hund im Gruppensetting teil. Die Intervention fand alle zwei Wochen statt. Es nahmen an der max. zehn Teilnehmer/innen teil. Nach jeder Gruppentherapie mit dem Hund füllte die Psychologin einen eigens entwickelten Beobachtungsbogen zu den Verbesserungen der Stimmung und Verhalten der Teilnehmer/innen aus. Zudem wurden qualitative semistrukturierte narrative Interviews mit fünf Krankenschwestern zu den Auswirkungen der

tiergestützten Interventionen auf die Studienteilnehmer/innen (Verhalten, Gruppenklima, herausforderndes Verhalten) sowie auf die Pflege (Verbesserung bzw. Verschlechterung des Arbeitsklimas, Art und Umfang der Arbeit) geführt. In der Beobachtung der Psychologin zeigten 58% der Studienteilnehmer/innen eine Verbesserung der Stimmung sowie 54% der Teilnehmer/innen eine Verbesserung der Aktivität (vgl. ebd.).

In den fünf qualitativen Interviews berichteten die Krankenschwestern, dass die positiven Wirkungen der tiergestützten Interventionen auf die Studienteilnehmer/innen auch über den eigentlichen Zeitrahmen der Intervention hinaus bestehen bleiben. Demnach wurden die Teilnehmer/innen aktiver und kommunikativer, so wurde bspw. am Abend desselben Tages, an dem die Intervention mit dem Hund stattfand, oft von den Teilnehmern/innen das Thema Hund angesprochen. Auch die Pflegefachkräfte nutzten die Aktivität mit dem Hund am selben Tag oder am Folgetag der tiergestützten Intervention als Kommunikationsbasis mit den Teilnehmern/innen und ihren Angehörigen.

„Nach Einschätzung der Pflege waren die Patienten durch die Gruppentherapie beschäftigt, ruhten daher nachmittags weniger, waren dann abends müde und schliefen nachts besser“ (ebd.: 234).

Im Jahr 2006 wurde die Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres vom Forschungskreis „Heimtiere in der Gesellschaft“ zusammen mit dem „Institut für soziales Lernen mit Tieren“ aus der Wedemark beauftragt, die Auswirkungen einer regelmäßigen Beschäftigung mit Kleintieren auf Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen in einer stationären Senioreneinrichtung in Bremen zu untersuchen. Es handelte sich hierbei um ein neu eingeführtes Tierbesuchsprogramm mit Kleintieren, welches drei Monate lang an zwei Tagen in der Woche durchgeführt wurde. Die Erhebungsmethoden beinhalteten eine schriftliche Bewohnerbefragung, die offene, teilnehmende, nicht-strukturierte Beobachtung der Bewohner/innen während der Durchführung des Besuchsprogramms zu mehreren Zeitpunkten, zwei leitfadengestützte Gruppendiskussionen sowohl mit Führungskräften und Mitarbeiter/innen der Senioreneinrichtung als auch mit den Mitarbeitern/innen des Tierbesuchsdienstes sowie qualitative Interviews mit Pflegekräften.

Bei der Studie handelte es sich um eine prospektive Studie: der Tierbesuchsdienst wurde über die Studienzeit von drei Monaten hinaus weiterentwickelt und durchgeführt. Der Tierbesuchsdienst mit den Kleintieren wurde zu Beginn der Studie in der untersuchten Senioreneinrichtung neu eingeführt. Die quantitative Befragung wurde bei insgesamt 27 Bewohner/innen durchgeführt, wovon zehn in der Interventionsgruppe und 17 in die Kontrollgruppe eingeteilt wurden. Die Studienteilnehmer/innen wurden in drei Untergruppen unterteilt: „bettlägerig“, „mobil und demenziell erkrankt“ sowie „mobil und gering eingeschränkt“ (vgl. ebd.).

Bei den quantitativen Ergebnissen der Befragung der Bewohner/innen gab es weder im zeitlichen Verlauf, noch im Vergleich zur Kontrollgruppe statistisch signifikante Veränderungen. Trotzdem zeigten die qualitativen Ergebnisse der dreimonatigen Studie, dass sich die regelmäßigen Tierbesuche positiv in der Senioreneinrichtung auswirkten. Es wurde bei den Senioren/innen u.a. eine starke Zunahme der Interaktion untereinander, eine

Erhöhung der Kommunikation durch die neu gewonnenen Gesprächsinhalte, die Anregung der Kommunikation durch den Austausch an biografischen Elementen sowie die Organisation der Tierkontakte, wie bspw. die Übernahme von Verantwortung oder die Unterstützung von hilfsbedürftigen Bewohnern/innen festgestellt. Die Mitarbeitenden berichteten von einem Zuwachs der Beteiligung im Pflegeprozess und von der Intensivierung der Kontakte zwischen den Pflegenden und den Bewohnern/innen. Insgesamt steigerten sich die Aktivität und Bewegung der Bewohner/innen durch den Tierbesuchsdienst.

Vor allem bei Bewohnern/innen mit Demenz traten die stärksten psychischen Effekte auf, wie bspw. eine Verbesserung der Ansprechbarkeit, Erhöhung des Selbstvertrauens durch die Rollenerweiterung (Sorge für ein Lebewesen tragen) sowie aufgrund der vermehrten Zuwendung des Personals, der Mitbewohner/innen und der Tiere. Zudem wurde eine positive Beeinflussung der Gedächtnisleistung – sowohl des Kurzzeit- als auch des Langzeitgedächtnisses - sowie von der räumlichen und der zeitlichen Orientierungsfähigkeit festgestellt. Spontane Gefühlsäußerungen, wie Lächeln, Lachen oder Gesang aber auch die Entladung von Aggressionen und Trauer wurden beobachtet. Der Schweregrad der Demenz ist dabei für die positive Beeinflussung der Senioren/innen entscheidend. Am meisten profitieren Bewohner/innen mit einer leichten bis mittleren Demenz. Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz profitierten je nach ihrer Tagesverfassung unterschiedlich viel vom Tierbesuchsdienst.

Die Einschränkungen der Studie beschreibt der Autor in einem zu geringen Stichprobenumfang für die Entdeckung kleiner quantitativer Effekte. Die Interventionsdauer ist mit zwölf Wochen zu kurz angesetzt, um Effekte zu erzeugen, die bei einer Nachuntersuchung nach einem längeren Zeitraum nachzuweisen wären sowie werden Instrumente verwendet, die nicht spezifisch genug für die Effektmessung sind. Der Autor weist demnach daraufhin, dass für künftige Untersuchungen die Entwicklung spezifischerer Instrumente in Betracht gezogen werden sollen. Abschließend hält der Autor fest, dass es anhand der vielfältigen Aussagen in den qualitativen Erhebungen sehr unwahrscheinlich erscheint, dass die Intervention keine Wirkung auf die allgemeine Befindlichkeit und die Lebensqualität hat.

„Die Pilotstudie hat – auch wenn quantifizierbare Effekte kaum nachgewiesen werden – deutlich gemacht, dass Tierbesuchsdienste ein hohes Innovationspotenzial besitzen. Insbesondere die vielfältigen qualitativen Studienergebnisse bieten eine gute Grundlage für zukünftige, breiter angelegte Untersuchungen, vor allem bei demenzerkrankten älteren Menschen“ (Görres 2006).

Mitarbeiter/innen der Senioreneinrichtungen

In der Studie von Görres (2006) gab es ebenfalls eine Zunahme der Interaktionen auf der Personal- und Organisationsebene. Die zusätzlich gewonnene Methode der Beziehungsarbeit ist für das Pflegepersonal eine deutliche Bereicherung im Arbeitsalltag. Zudem wurde bei den Mitarbeitern/innen eine verbesserte Atmosphäre und die Auflockerung der Arbeitsroutine festgestellt. Außerdem wurden bei den Mitarbeitern/innen durch die regelmäßigen Erfolgserlebnisse, die durch die Wahrnehmung der positiven

Effekte bei den Bewohnern/innen ausgelöst wurden, eine damit verbundene Verringerung der Arbeitsbelastung und des Stresserlebens festgestellt. Hinsichtlich der Arbeitsorganisation gab es keine Hinweise auf Behinderungen im Arbeitsablauf. Zudem wurde der zusätzliche Arbeitsaufwand im Zusammenhang mit dem Tierbesuchsdienst geringer eingeschätzt als erwartet (vgl. ebd.).

Ebenfalls bestätigte die Untersuchung von Kanamori et al. (2001), dass sich tiergestützte Interventionen positiv auch auf die Mitarbeiter/innen der Senioreneinrichtungen bzw. die allgemeine Umgebung auswirken.

Die beschriebenen Ergebnisse der bisherigen Studien legen die Vermutung nahe, dass sich regelmäßige tiergestützte Interventionen mit Hunden ebenfalls positiv auf Menschen mit Demenz auswirken, die in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben sowie auch auf deren Pflege- und Betreuungspersonal der Wohngemeinschaft und deren Organisation.

4.2 Offene Forschungsfragen für zukünftige Studien

Sowohl die vorgestellten Studien als auch die vorgestellten Reviews bzw. Überblicksartikel über den aktuellen Forschungsstand bestätigen, dass sich tiergestützte Interventionen auf vielfältige Weise positiv auf Menschen mit Demenz auswirken können.

Der Überblick über die aktuelle Studienlage macht deutlich, dass die bisher vorliegenden Ergebnisse in weiteren Studien überprüft werden müssen. In diesem Unterkapitel formuliert die Forscherin offene Forschungsfragen, die in zukünftigen Studien überprüft werden sollten. Die bislang vorliegenden Studien erlauben aufgrund der kleinen Stichproben und/oder methodische Mängel zwar keine verallgemeinernden Schlüsse über die Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz, aber dennoch bieten sie wichtige Hinweise und Tendenzen.

„Längsschnittstudien mit einer höheren Anzahl an Probanden könnten gesicherte Aussagen darüber treffen, ob und wie ein Tier auf den gesundheitlichen, emotionalen, sozialen und kognitiven Status demenziell erkrankter Menschen wirkt. Die bisherigen Studien lassen nur Tendenzen vermuten“ (Hegedusch & Hegedusch 2007: 92).

Bevor die Wirksamkeit von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz zuverlässig belegt werden kann, sollten die zukünftigen Studien gewisse qualitative Standards berücksichtigen. Bspw. sollte ein validiertes Messinstrument entwickelt werden, mit dem die Effekte von tiergestützten Interventionen in zukünftigen Studien erfasst werden können. Dadurch wird eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der jeweiligen Studien erreicht. Auch die langfristigen Wirkungen der tiergestützten Interventionen sollten in zukünftigen Studien mit einer Studiendauer bspw. über zwölf Monate hinaus nachgewiesen werden. Zudem sollten geeignete Kontrollgruppen eingesetzt werden und es müssen andere potentielle Wirkfaktoren ausgeschlossen werden, die sich positiv auf die Studienteilnehmer/innen auswirken können. Es ist wünschenswert, dass noch andere Möglichkeiten als die Verwendung von Fremdeinschätzungen zur Datenerfassung angewendet werden, da die positiven Wirkungen der tiergestützten Interventionen auch auf

die befragten Personen wirken können und somit Einfluss auf die Fremdeinschätzungen haben können.

Grundsätzlich sollte die Möglichkeit, Menschen mit Demenz mit psychosozialen Interventionen zu begleiten und zu unterstützen, in zukünftigen Studien in den Fokus genommen werden. Die bisherigen Vergleichsstudien von Blesch (2012: Musiktherapie) und Friedmann et al. (2014: erinnerungsfokussierte Interventionen) können als Basis für weitere Vergleichsstudien zwischen tiergestützten Interventionen und anderen psychosozialen Interventionen dienen.

In der vorliegenden Studie nehmen die Menschen mit Demenz durchschnittlich einmal pro Woche an den tiergestützten Interventionen teil. Oftmals findet die Stunde mit dem Hundebesuch in der Gemeinschaft statt. Daher ist der tatsächliche Kontakt mit dem Hund pro Bewohner/in auf ein Minimum reduziert. Vermutlich könnten vermehrt positive Effekte von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz festgestellt werden, wenn die tierischen Besuche öfter als einmal pro Woche stattfänden. In mehreren Studien, bei denen die Studienteilnehmenden mehrmals pro Woche mindestens drei Wochen lang an tiergestützten Interventionen teilnehmen, werden vermehrt positive Effekte festgestellt (vgl. Walsh et al. 1995, Katsinas 2001, Richeson 2003, Görres 2006, Travers et al. 2013, Friedmann 2014, Olsen et al. 2016 + 2016a). In zukünftigen Studien sollten daher die Häufigkeiten von tiergestützten Interventionen untersucht und direkt miteinander verglichen werden. Zudem wäre ein Vergleich zwischen Tierbesuchen und bspw. eigenen Tieren erstrebenswert.

Darüber hinaus ist zu klären, ob tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz in Einzel- oder Gruppensitzungen effektiver sind. Zusätzlich wäre die Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden interessant.

Bisher werden die untersuchten tiergestützten Interventionen hauptsächlich mit Hunden durchgeführt, andere Tiere werden selten zum Forschungsgegenstand. Auch in der vorliegenden Studie kann die Forscherin durch die Kooperation mit dem Verein „Leben mit Tieren e.V.“ keinerlei Einfluss auf die Tierarten nehmen, mit denen die Menschen mit Demenz in den Wohngemeinschaften besucht werden. Daher ist ein Vergleich unterschiedlicher Tierarten in der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Auch der alltägliche Kontakt bzw. das gemeinsame Leben mit Tieren wurde bisher kaum untersucht. Meistens handelte es sich bei den tiergestützten Interventionen um Tierbesuchsdienste und nicht um eigene Tiere der Einrichtungen. Grundsätzlich wäre ein Vergleich zwischen tiergestützten Interventionen und anderen Interventionen sowie zwischen Haustieren und anderen verschiedenen Tierarten (Nutz- und Haustiere) in zukünftigen Studien anzustreben.

In den gegenwärtigen Studien wurden bisher selten die Auswirkungen der tiergestützten Interventionen auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Einrichtungen untersucht (vgl. Kanamori et al. 2001, Görres 2006). Daher ist der Blick auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Einrichtungen, in denen die tiergestützten Interventionen stattfinden, sinnvoll.

Weitere interessante offene Forschungsfragen können aufgrund der Tatsache, dass die Forscherin alleine ohne finanzielle oder personelle Ressourcen die vorliegende Studie vornahm, in dieser Arbeit nicht bearbeitet werden. Die Untersuchung von geschlechtsspezifischen Unterschieden war von der Forscherin ursprünglich geplant, jedoch konnte dies durch die Tatsache, dass an der Studie lediglich ein Mann teilnahm, nicht realisiert werden.

Im Verlauf der Studie entwickelte die Forscherin Forschungsfragen:

- Welche Auswirkungen haben tiergestützte Interventionen auf die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben?
- Welche Erwartungen bzw. Erfahrungen verbinden Mitarbeiter/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit den tiergestützten Interventionen auf die Menschen mit Demenz und die Organisation?
- Welche Erwartungen bzw. Erfahrungen verbinden ehrenamtliche Mitarbeiter/innen mit ihrem tiergestützten Einsatz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz?
- Gibt es Unterschiede in den Effekten der tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz im Vergleich ambulanter und stationärer Settings?
- Sind tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz in Einzel- oder Gruppensettings effektiver?
- Gibt es Unterschiede in den Effekten auf Menschen mit Demenz durch die Häufigkeit der tiergestützten Interventionen?
- Gibt es bei den Effekten tiergestützter Interventionen für Menschen mit Demenz geschlechtsspezifische Unterschiede? Und wenn ja, welche?
- Gibt es bei den Effekten tiergestützter Interventionen für Menschen mit Demenz mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen Unterschiede? Und wenn ja, welche?
- Welche langfristigen Wirkungen von tiergestützten Interventionen für Menschen mit Demenz können festgestellt werden?
- Treten nachhaltig messbare Effekte von tiergestützten Interventionen für Menschen mit Demenz auf? Und wenn ja, welche?
- Gibt es Unterschiede in den Wirkungen auf Menschen mit Demenz im Vergleich zwischen tiergestützten Interventionen und anderen psychosozialen Interventionen?
- Gibt es Unterschiede in den Wirkungen zwischen Tierbesuchsdiensten und Tieren, die gemeinsam mit den Menschen in den Einrichtungen leben? Und wenn ja, welche? Und wenn ja, welche?
- Gibt es Unterschiede in den Wirkungen zwischen verschiedenen Tierarten wie bspw. Nutz- und Haustieren? Und wenn ja, welche?

Neu ist an der vorliegenden Arbeit, dass erstmals das Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz untersucht wird, in denen die Bewohner/innen an tiergestützten Interventionen teilnehmen. Untersucht man die aktuellen

Studien speziell der letzten Jahre (zwischen 2010 und 2016) dahingehend, stellt man fest, dass die bisherigen Studien im Bereich tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz hauptsächlich das Setting der stationären Seniorenheime untersuchten (vgl. Beckmann 2010, Blesch 2012, Friedmann et al. 2014, Marx et al. 2010, Nordgren/Engström 2013, Olsen et al. 2016a, Travers et al. 2013, Wesenberg 2015). In den letzten Jahren untersuchten ausschließlich zwei Studien das Setting der Tagesbetreuungen für Menschen mit Demenz (vgl. Mossello et al. 2011, Olsen et al. 2016) und eine Studie untersuchte zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum den Demenzbereich eines Akutkrankenhauses (vgl. Püllen et al. 2013).

Um die zukünftige Studienlage im Bereich der tiergestützten Interventionen und Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln ist es wünschenswert, dass neben stationären Senioreneinrichtungen auch andere Settings untersucht werden. Einerseits gibt es die theoretischen Erkenntnisse über den sinnvollen Einsatz von Tieren für Menschen mit Demenz und andererseits gibt es in der Forschung kaum Ergebnisse über ein anderes Setting als stationäre Senioreneinrichtungen. Es fehlen Publikationen zu tiergestützten Interventionen für Menschen mit Demenz in anderen Settings. Vor allem die differenzierte Überprüfung der Wirkungen auf die Bewohner/innen aber auch auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation von ambulanten Settings wäre im Zuge des Schlagwortes „ambulant vor stationär“ (SGB XI) wünschenswert (vgl. Kap. 2.3: 24).

Es stellt sich die Frage, warum bisher hauptsächlich stationäre Senioreneinrichtungen untersucht wurden? Sicherlich ist die Zusammenarbeit mit nur einem Kooperationspartner – bspw. mit einer stationären Senioreneinrichtung – deutlich einfacher, wenn eine tiergestützte Intervention sowie deren Evaluation implementiert werden soll. Die Forscherin selbst machte während der Durchführung der vorliegenden Studie die Erfahrung, dass eine gute Zusammenarbeit über die Dauer der Evaluation mit den unterschiedlichen Kooperationspartnern - in dem Fall ambulant betreute Wohngemeinschaften - und deren verschiedenen Ansprechpartner/innen mit Schwierigkeiten einhergehen können. In ambulanten Settings sind der zeitliche Aufwand für Absprachen und die Koordination sicherlich höher, als mit nur einem Ansprechpartner bzw. einer Ansprechpartnerin der stationären Senioreneinrichtung.

Zudem ist die Stichprobengröße der Studienteilnehmer/innen in stationären Senioreneinrichtungen häufig größer als in ambulanten Settings wie bspw. in ambulant betreuten Wohngemeinschaften oder in Tagesbetreuungen. Der Grund hierfür liegt darin, dass in stationären Senioreneinrichtungen wesentlich mehr Bewohner/innen leben als bspw. in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, in denen maximal fünfzehn Menschen mit Demenz in einem Haus bzw. einer Wohneinheit wohnen (vgl. Verbeek et al. 2009). Aus diesem Grund müssten für eine Studie mit einer größeren Stichprobengröße mehrere ambulante Settings an der tiergestützten Intervention und an deren Evaluation teilnehmen, wie es auch in der vorliegenden Studie der Fall ist. Die Absprachen und Koordination sind hierfür deutlich höher als es in einem stationären Setting der Fall wäre. Demnach ist der Zugang für die Implementierung einer tiergestützten Intervention und deren Evaluation in

stationären Settings mit bedeutend weniger Aufwand durchzuführen, als in ambulant betreuten Settings.

Die vorliegende Arbeit soll die bestehende Forschungslücke verringern, indem das Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz untersucht wird. Zudem werden nicht nur die Wirkungen der tiergestützten Interventionen auf die Menschen mit Demenz untersucht, sondern auch auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Im Weiteren wird die Methodik der vorliegenden Arbeit ausführlich vorgestellt.

5. Die Begleitstudie zum Hundebesuchsdienst in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz

In diesem Kapitel wird zunächst die Kooperation mit dem Berliner Verein „Leben mit Tieren e.V.“ dargestellt. Daraufhin werden die Fragestellungen und Ziele der Studie vorgestellt sowie das Studiendesign. Anschließend werden der quantitative und qualitative Studienarm sowie der Mixed-Methods-Ansatz ausführlich vorgestellt. Abschließend wird der Umgang mit ethischen und rechtlichen Gesichtspunkten sowie mit geschlechts- und kulturspezifischen Dimensionen erläutert.

5.1 Forschungskontext: Kooperation „Leben mit Tieren e.V.“

In der vorliegenden Arbeit werden die vielfältigen Wirkungen des regelmäßigen Kontaktes zu Hunden im Rahmen einer tiergestützten Intervention auf Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, untersucht.

Um eine begleitende Untersuchung mit Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften durchführen zu können, die regelmäßig an tiergestützten Interventionen partizipieren, wurde eine Kooperation mit dem Berliner Verein „Leben mit Tieren e.V.“ geschlossen. Dieser Verein begleitet bereits seit vielen Jahren mit Tieren u.a. Kinder und Senioren in verschiedenen Settings. In der vorliegenden Arbeit wurde das Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz untersucht. Bei den tiergestützten Interventionen handelt es sich um einen Tierbesuchsdienst, der von Ehrenamtlichen durchgeführt wird. Sie engagieren sich für den Verein und besuchen regelmäßig mit ihren eigenen Hunden Menschen mit Demenz in den Wohngemeinschaften. Nach den Definitionen der Delta Society wird dieser ehrenamtliche Hundebesuchsdienst in die Animal-Assisted Activities (AAA) (vgl. Kap. 3.1: 38) eingruppiert (vgl. Delta Society o.J.).

Der Verein hat in Zusammenarbeit mit dem Institut für Verhaltenskunde der Freien Universität Berlin einen Eignungstest für das Hundebesuchsprogramm in Einrichtungen des Gesundheitswesens entwickelt. In diesem Eignungstest werden Anforderungen geprüft,

„denen ein Hund und sein Halter unter den konkreten Bedingungen im Kontakt mit überwiegend alten, kranken, körperlich schwachen, geistig und/oder körperlich behinderten Menschen gerecht werden müssen [...]“ (Leben mit Tieren e.V. o.J. c: 2).

Um sicherzustellen, dass der Hund mit den Situationen im Besuchsdienst aggressionsfrei umgeht und eine vertrauensvolle Bindung zum/r Hundebesitzer/in besteht, wird das Mensch-Hunde-Team von einer Tierärztin für Verhaltenskunde geprüft.

„Die Einzeltests wurden in folgenden Gruppen zusammengefasst:

- Prüfung des Gehorsams des Hundes
- Prüfung der Reaktion des Hundes bei freundlicher Annäherung
- Prüfung der Reaktion des Hundes bei bedrohlicher Annäherung gegenüber dem Hund selbst und auf eine dem Hund bedrohlich erscheinende Annäherung gegenüber seinem Halter/seiner Halterin

- Prüfung der Reaktion des Hundes auf schreckverursachende Ereignisse“ (Leben mit Tieren e.V. o.J. c: 2).

Nach dem bestandenen Eignungstest werden die Ehrenamtlichen in einem Qualifizierungskurs auf ihre Aufgabe fachlich vorbereitet, in dem sie zu verschiedenen Themen wie bspw. Rahmenbedingungen und Stundengestaltung im Seniorenbesuchsdienst geschult werden (vgl. Kap. 3.448). Diese fachliche Vorbereitung und der gemeinsame Austausch sollen die Ehrenamtlichen auf die Begegnung zwischen Mensch und Tier vorbereiten.

Daraufhin übernimmt der Verein die Vermittlung an eine geeignete und für das Mensch-Hund-Team möglichst wohnortnahe Einrichtung. Der erste Besuch des Mensch-Hund-Teams in der Einrichtung wird von einem/r Mitarbeiter/in des Vereins begleitet. Danach besteht sowohl für die/den Ehrenamtliche/n als auch für die Einrichtung eine Probezeit über vier Wochen. Nach Ablauf der Probezeit besucht das Mensch-Hund-Team regelmäßig einmal wöchentlich für ca. eine Stunde die Bewohner/innen der Einrichtung.

Seit Mai 2007 hat der Verein die Anerkennung des Landesverbandes der Pflegekassen und der Senatsverwaltung von Berlin bekommen. Dadurch kann der Verein den Hundebesuchsdienst gemäß §45b Sozialgesetzbuch XI (Niedrigschwelliges Betreuungsangebot) anbieten, so dass die Senioreneinrichtungen die Hundebesuche direkt mit den zuständigen Pflegekassen abrechnen können (vgl. Kap. 2.2: 23). Grundsätzlich werden alle im Besuchsdienst tätigen Hunde regelmäßig auf Kosten des Vereins parasitologisch untersucht und im Fall einer Infektion sofort aus dem Besuchsdienst genommen sowie erst nach festgestellter „Parasiten-Freiheit“ wiedereingesetzt. Zusätzlich bietet der Verein den Ehrenamtlichen regelmäßige Fortbildungsabende, Erfahrungsaustausch und Supervision zu verschiedenen Themen an, die für den Besuchsdienst relevant sind (vgl. Leben mit Tieren e.V. o.J. a & b).

In der Zusammenarbeit zwischen der Autorin und dem Verein „Leben mit Tieren e.V.“ wurde schnell deutlich, dass sich die Akquisition und Koordination der Mensch-Hund-Teams zu den passenden ambulant betreuten Wohngemeinschaften schwieriger gestaltet als erwartet. Der Verein führt eine Warteliste von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, die Interesse an einem Hundebesuchsdienst haben. Dem Verein ist es wichtig, dass die Wohngemeinschaften für die ehrenamtlichen Mensch-Hunde-Teams trotz der oft langen Strecken in Berlin gut erreichbar und nicht zu weit entfernt sind. Eine zusätzliche Schwierigkeit liegt darin, dass die Mensch-Hunde-Teams innerhalb des Rekrutierungszeitraums von sechs Monaten in den neuen Wohngemeinschaften ihren Hundebesuchsdienst anbieten und diese vor ihrem ersten Besuch in der Wohngemeinschaft durch den Verein auf ihre neuen Aufgaben durch Seminare vorbereitet werden. Dabei war die Kombination aus der Akquisition der neuen Mensch-Hunde-Teams und deren Vorbereitung sowie die Vermittlung an die geeigneten ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine Herausforderung für den Verein und die Autorin.

5.2 Fragestellungen und Studienziele

Wie bereits im vierten Kapitel deutlich wurde, liegt eine Forschungslücke im Forschungsbereich der vorliegenden Studie vor. Vor allem das Setting - ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – wurde in den bisherigen Studien nicht erforscht. Aber auch die Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Einrichtung wurde in den bisherigen Studien nur unzulänglich untersucht.

Um diese Forschungslücke zu schließen, untersucht die vorliegende Studie zum ersten Mal das Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird ein quantitativer Studienarm gewählt und die vertiefenden Erkenntnisse werden mithilfe eines qualitativen Studienarms untersucht. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werden mit diesem Mixed-Methods-Design zusammengefasst dargestellt; und beantworten die Forschungsfragen, wie sich der regelmäßige professionelle Einsatz von Hunden einerseits auf die Menschen mit Demenz und andererseits auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation von ambulant betreuten Wohngemeinschaften auswirkt.

Wie im vorherigen Kapitel ausführlich dargestellt wurde, gibt es bisher nur wenige Studien, die tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz untersucht haben. Das Setting der bisherigen Studien zu diesem Thema waren ausschließlich stationäre Senioreneinrichtungen. Bis zu diesem Zeitpunkt gibt es keine veröffentlichten Studien zu diesem Thema, die das Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz untersucht haben. Auch die Wirkungen der tiergestützten Interventionen auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Einrichtungen wurden bisher kaum untersucht. Döring und Bortz (2016) sprechen in diesem Fall von einem „research gap“, wodurch das Forschungsproblem bzw. das „research problem“ der vorliegenden Studie bestimmt wird.

“Wenn bei der Aufarbeitung des bisherigen Forschungsstandes z. B. auffällt, dass bestimmte Dimensionen des Gegenstandes bislang wenig bis gar nicht untersucht wurden, so kann diese empirische Forschungslücke („research gap“ – man spricht auch vom Forschungsdesiderat („research desideratum“) – zum Anlass der eigenen Studie genommen werden” (ebd.: 145).

Laut der Autoren/innen soll die Wahl der qualitativen und/oder quantitativen Methoden des Studiendesigns einerseits zum Forschungsproblem passen, andererseits sollen auch forschungspraktische Aspekte wie bspw. eigene Vorkenntnisse, vorhandene Ressourcen berücksichtigt werden.

“Das Forschungsproblem („research problem“) kennzeichnet, welche Erkenntnisse zu welchen Aspekten des Untersuchungsgegenstandes auf welcher theoretischen, empirischen und methodischen Basis gewonnen werden sollen. Das Forschungsproblem wird auch oft als Fragestellung einer Studie bezeichnet und in mehrere Forschungshypothesen und/oder Forschungsfragen ausdifferenziert” (ebd.: 144).

Nach Döring und Bortz (2016) handelt es sich bei Forschungshypothesen um Aussagen, die entweder aus Theorien abgeleitet werden oder sich auf die Ergebnisse von vorherigen Studien beziehen. Die Autoren/innen unterscheiden zwischen drei Arten von Hypothesen:

Unterschiedshypothesen, Zusammenhangshypothesen und Veränderungshypothesen. In der vorliegenden Studie wird eine Unterschiedshypothese zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gebildet.

In den ersten drei Kapiteln der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass tiergestützte Interventionen für Menschen auf verschiedene Arten sinnvoll sein können. Vor allem Menschen mit einer Demenz, die aufgrund der Krankheit oftmals deutliche Einbußen im kognitiven Bereich haben, können trotzdem über Tiere erreicht werden. Hierfür gibt es, wie bereits im dritten Kapitel ausführlich dargestellt wird (vgl. Kap. 3.4: 57), diverse theoretische Erklärungsansätze, die in der Beziehung zwischen Menschen und Tieren wirken, wie bspw. die Biophilie-Hypothese (vgl. Wilson 1984), die Du-Evidenz (vgl. Geiger 1931), die Bindungstheorie (vgl. Bowlby 2014), das Bio-psycho-soziale Wirkungsgefüge (vgl. Nestmann 2005) etc. Die unterschiedlichen theoretischen Erklärungsansätze wirken durch die Vielfalt und Individualität der Menschen und Tiere in jeder Mensch-Tier-Beziehung in einem ganz individuellen Wechselspiel miteinander.

Aufgrund der in der Literatur beschriebenen positiven Auswirkungen von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz sowie der ersten positiven empirischen Ergebnisse aus den vorhandenen Studien wird für die vorliegende Arbeit folgende (Arbeits)Hypothese gebildet:

- Tiergestützte Interventionen wirken sich positiv - im Sinne einer verbesserten Lebensqualität - auf Menschen mit Demenz aus, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, im Vergleich zu Menschen mit Demenz, die keinerlei Kontakt zu Tieren haben.

Da diese Studie ein bisher noch nicht erforschtes Setting untersucht, werden im Weiteren drei Forschungsfragen formuliert. Diese Forschungsfragen sind offen formuliert, da die Richtung des Effektes noch unklar ist (vgl. Döring & Bortz 2016).

“Bei Forschungsfragen („research question“) wird ergebnisoffen gefragt, ob ein Effekt existiert. Wenn ja, welche Richtung und Größe sowie welche qualitative Beschaffenheit hat er? Empirische Befunde zu Forschungsfragen dienen der Gegenstandsbeschreibung und Hypothesenbildung“ (ebd.: 149).

In Kapitel 4.2 formuliert die Forscherin drei Forschungsfragen, die zentral für die vorliegende Arbeit sind:

F1: Welche Auswirkungen haben regelmäßige Kontakte zu Hunden auf die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben? Lassen sich durch regelmäßige Interventionen Begleiterecheinungen der Krankheit, wie nicht-kognitive Symptome der Demenz und Verhaltensauffälligkeiten positiv beeinflussen und die allgemeine Lebensqualität verbessern?

F2: Welche Erwartungen verbinden Mitarbeiter/innen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Pflegerkräfte sowie Betreuungspersonal) mit dem Einsatz von

Tierbesuchsdiensten? Welche Erfahrungen werden in Bezug auf Menschen mit Demenz aber auch auf eigene Arbeitsabläufe berichtet?

F3: Welche Erwartungen verbinden ehrenamtliche Mitarbeiter/innen der Tierbesuchsdienste mit ihrem Einsatz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz? Welche Erfahrungen werden in Bezug auf Menschen mit Demenz berichtet?

5.3 Studiendesign

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich nach Döring und Bortz (2016) um eine explorative Studie:

“Explorative Studien („explorative studies“): Gegenstandserkundende Studien untersuchen ein neues oder bislang nur ungenügend erforschtes Themenfeld und beantworten offene Forschungsfragen mit der Zielsetzung der Gegenstandsbeschreibung sowie der Hypothesen- und Theoriebildung. Sie arbeiten dabei mit quantitativen Methoden [...] und oft mit qualitativen Methoden [...]“ (ebd.: 149).

Die Planung: Die vorliegende Studie umfasst zwei Studienarme. Zum einen werden im Rahmen einer quantitativen Teilstudie Outcomes der tiergestützten Interventionen bei Menschen mit Demenz erfasst. Um statistisch belastbare Ergebnisse zu erhalten, sollten hierbei in einer größeren Stichprobe standardisierte, international validierte Instrumente Verwendung finden. Es wird eine kontrollierte, nicht-randomisierte Längsschnittstudie durchgeführt, um den Effekt der Intervention nachweisbar analysieren zu können. Da die Teilnahme der tiergestützten Interventionen auf Freiwilligkeit der Menschen mit Demenz beruht, hätte eine Randomisierung der mündigen Studienteilnehmer/innen aus ethischen Gesichtspunkten Schwierigkeiten mit sich gebracht.

Die Interventionsgruppe umfasst dabei alle Menschen mit Demenz in ausgewählten ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die erstmalig an einem tiergestützten Besuchsdienst teilnahmen. Die Kontrollgruppe besteht aus Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften ohne eigene Tiere oder einen tiergestützten Besuchsdienst leben. Die Kontaktaufnahme zu den ambulant betreuten Wohngemeinschaften der Interventionsgruppe erfolgte über den Verein „Leben mit Tieren e.V.“. Für die Wohngemeinschaften der Kontrollgruppe wurden ambulante Pflegedienste kontaktiert, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften tätig sind. Eine randomisierte Zuordnung der Wohngemeinschaften zur Interventions- und Kontrollgruppe war nicht möglich, es wurde jedoch ein statistisches Matching von Teilnehmern/innen der Interventions- und Kontrollgruppe angestrebt.

Angestrebt wurde eine Teilnehmerzahl von $2 \times 48 = 96$ Menschen mit Demenz. Hierbei wurde durchschnittlich davon ausgegangen, dass in jeder Wohngemeinschaft mindestens sechs Studienteilnehmende wohnen (vgl. Fischer et al. 2010, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008). Für die beiden Akteursgruppen wurden jeweils acht ambulant betreute Wohngemeinschaften befragt. Da die größtmögliche Fallzahl durch die personellen Kapazitäten des Tierbesuchsdienstes vorgegeben war, erfolgte keine statistische Fallzahlplanung, sondern es wurden alle Bewohner/innen von neu besuchten ambulant

betreuten Wohngemeinschaften unter Berücksichtigung der Einschluss- und Ausschlusskriterien in die Studie aufgenommen. Der Rekrutierungszeitraum hierfür betrug insgesamt sechs Monate. Der gesamte Erhebungszeitraum mit den drei Erhebungszeitpunkten begann im Mai 2013 und endete im August 2014.

Ergänzend zu der quantitativen Befragung wurden in einem zweiten Studienarm nach einem halben Jahr, in dem der Hundebesuchsdienst in den jeweiligen ambulant betreuten Wohngemeinschaften regelmäßig stattgefunden hatte, qualitative Experten/innen-Interviews durchgeführt. Mithilfe der qualitativen Interviews wurde die Perspektive der Mitarbeiter/innen des Betreuungs- und Pflegepersonals in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften und die der Ehrenamtlichen des Hundebesuchsdienstes vertiefend erhoben.

Zusätzlich wurde von der Forscherin eine Seniorin mit Demenz interviewt, die von ihren eigenen Erlebnissen mit dem Hund erzählte, der die Wohngemeinschaft regelmäßig besuchte. Dieses Interview konnte jedoch nicht mit in die Auswertung der qualitativen Expertinnen-Interviews einbezogen werden und findet in dieser Arbeit daher keine Verwendung.

Die angepasste Planung: Die ursprüngliche Planung der Studie konnte aufgrund eines Brandschadens nicht eingehalten werden, wodurch die Studie unerlässlich angepasst werden musste. Durch das Feuer wurden wichtige Studiendaten vollkommen vernichtet. Aus diesem Grund konnten alle Daten aus dem ersten Erhebungszeitraum (t1) sowie ein Teil der Daten aus dem zweiten Erhebungszeitraum (t2) nicht mehr verwendet werden. Die Interventionsgruppe bestand zum ersten Erhebungszeitraum aus 35 Studienteilnehmenden, die in sechs verschiedenen Wohngemeinschaften lebten. Im Laufe der Studie verließen davon zwei Wohngemeinschaften aus unterschiedlichen Gründen, die hier nicht näher erläutert werden, die Studie. Daher nahmen bis zum dritten Erhebungszeitraum (t3) noch vier von den sechs Wohngemeinschaften mit ihren insgesamt 23 Bewohner/innen am Hundebesuchsdienst und somit auch an der Studie der Forscherin teil. Die Größe der Stichprobe weicht aus diesen Gründen von der ursprünglichen Planung deutlich ab. Aufgrund der verbrannten Daten aus dem ersten Erhebungszeitraum (t1) konnten hauptsächlich Berechnungen im Querschnitt und nicht wie ursprünglich geplant Berechnungen über die drei Erhebungszeiträume in einem Längsschnitt umgesetzt werden.

An dieser Stelle wird angemerkt, dass der gesamte Forschungsprozess von der Forscherin allein getätigt wurde. Die Entwicklung sowohl des quantitativen als auch des qualitativen Fragebogens, der fortlaufende Kontakt zu den ambulant betreuten Wohngemeinschaften u.a. für Terminabsprachen zur Datenerhebung, die Datenerhebungen per Fragebogen mit dem Pflege- und Betreuungspersonal sowie die Durchführung der Experten/innen-Interviews und auch abschließend die Aufbereitung und Auswertung der Daten wurden ausschließlich allein von der Forscherin bewerkstelligt. Dadurch wurde verhindert, dass die sensiblen Daten an dritte Personen weitergegeben wurden.

Nach Bacher (o.J.) gibt es für das statistische Matching verschiedene Anwendungsmöglichkeiten wie bspw. die Schätzung bzw. Imputation von fehlenden Werten, Bestimmung einer Kontrollgruppe etc. In der vorliegenden Arbeit wird mit der Methode des statistischen Matchings eine Kontrollgruppe bestimmt. Dabei wird für die Effektschätzung zu einer Untersuchungsgruppe eine Kontrollgruppe aus einem bekannten Register oder aus einer vorhandenen Untersuchung hinzugezogen, die sich hinsichtlich einer Menge von Kontrollvariablen nicht von der Untersuchungsgruppe unterscheidet.

“Aufgabe des statistischen Matching ist das Auffinden von statistischen Zwillingen. Statistische Zwillinge sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich von ihrem statistischen Zwillingsgeschwister in ausgewählten Merkmalen nicht unterscheiden“ (ebd.: 22).

Für die Forscherin gestaltete sich die Akquisition der Kontrollgruppe aus unterschiedlichen Gründen sehr schwierig. Viele ambulant betreute Wohngemeinschaften hatten bereits regelmäßigen Kontakt zu Hunden bzw. zu einem Hundebesuchsdienst, andere hatten keinerlei Ressourcen für die Teilnahme an der Befragung oder schlicht fehlendes Interesse. Aus diesen Gründen wurde die Kontrollgruppe letztendlich aus der WGQual Studie gematcht. Hierbei waren die Kontrollvariablen bzw. die Matchingkriterien: das Geschlecht, das Alter, eine ärztlich diagnostizierte Demenz sowie kein Kontakt zu Tieren oder zu einem Tierbesuchsdienst.

Die Laufzeit der WGQual Studie mit dem Titel „Forschungsbasierte Qualitätsentwicklung zur Stärkung von Lebensqualität und präventiven Potenzialen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen“ lief von Mai 2009 bis einschließlich April 2012. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung war mit dem Programm Silqua FH der Mittelgeber des Projektes. Die Ziele des Projektes lagen bei der Entwicklung und Umsetzung eines forschungs- und wissensbasierten Qualitätsentwicklungskonzeptes mit Elementen der zentralen und der dezentralen Qualitätsentwicklung sowie die Entwicklung von Elementen der Qualitätsentwicklung, die über einzelne Wohngemeinschaften, Dienste, Ärzte oder Therapeuten hinausgehen, etwa in Form von Qualitätszirkeln, die Evaluation der Ergebnisse des Qualitätsentwicklungsprozesses sowie deren Transfer (vgl. WGQual 2015).

Viele Instrumente der WGQual Studie sind mit den Instrumenten der vorliegenden Studie identisch (EBI, Qualidem, NPI, CMAI), so dass ein Matching der beiden Studien für die Bildung der Kontrollgruppe der Forscherin für sinnvoll erachtet. Die Voraussetzung für die Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe aus der WGQual Studie war, dass sie keinen Kontakt zu Tieren vor und während der Studie hatten, weder zu einem Hundebesuchsdienst noch zu anderen Tieren.

Vor Beginn der Studie wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, wonach die Studienteilnehmenden aus den verschiedenen Wohngemeinschaften ausgewählt wurden. Dabei waren die Einschlusskriterien, dass alle Studienteilnehmenden eine ärztlich diagnostizierte Demenz haben und in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben. Darüber hinaus mussten die Studienteilnehmenden der Interventionsgruppe regelmäßig an dem Hundebesuchsdienst des Berliner Vereins „Leben mit Tieren e.V.“ teilnehmen. Dabei

war die Teilnahme am Hundebesuchsdienst wie auch die Teilnahme an der Studie freiwillig. Zusätzlich sollten die Bewohner/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften zuvor keinen regelmäßigen Kontakt zu Hunden haben, so dass die Daten auf diese Weise nicht verfälscht werden konnten. Bewohner/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die Angst vor Hunden oder eine Hundehaarallergie haben, nahmen nicht an der Studie teil.

Um innerhalb der quantitativen Datenerhebung ausschließen zu können, dass Veränderungen bei den Menschen mit Demenz aufgrund von anderen Interventionen ausgelöst wurden, befragte die Forscherin vor Beginn der Studie, ob weitere Interventionen geplant seien oder es andere Veränderungen innerhalb der Wohngruppe gäbe, die Einfluss auf das Ergebnis nehmen könnten. Es stellte sich heraus, dass weder andere Interventionen noch weitere Veränderungen innerhalb des Erhebungszeitraums geplant waren.

Vor Beginn der Studie wurden sowohl die Bewohner/innen sowie deren Angehörigen als auch die Mitarbeiter/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die an einem Hundebesuchsdienst vom Verein „Leben mit Tieren e.V.“ freiwillig teilnehmen wollten, von der Forscherin mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt. Mithilfe eines ausführlichen Anschreibens wurden die Studienteilnehmenden und Angehörigen sowie die Mitarbeiter/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften über die Studie aufgeklärt. Zudem enthielt dieses Anschreiben ein vorbereitetes Einwilligungs-Formular für die Studienteilnehmenden, um der freiwilligen Teilnahme an der Studie einzuwilligen.

Während des Erhebungszeitraums der vorliegenden Untersuchung wurden drei Teilnehmer/innen aus der Studie ausgeschlossen: bei einem Teilnehmenden war die Demenz nicht ärztlich diagnostiziert worden, ein Bewohner bzw. eine Bewohnerin nahm wider Erwarten nicht regelmäßig am Hundebesuchsdienst teil und ein weiterer Bewohner bzw. eine weitere Bewohnerin verstarb im Verlauf der Studie.

5.4 Methoden der Datenerhebung

Sowohl die Befragung der Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaften mithilfe des Fragebogens als auch die Expert/innen-Interviews wurden von der Forscherin selbst durchgeführt. Vor der Datenerhebung führte die Forscherin ein Probe-Interview durch, um die Anwendbarkeit des Instrumentariums im vorliegenden Setting zu überprüfen.

5.4.1 Quantitative Befragung

Während des ersten Erhebungszeitraums füllte die Forscherin die Fragebögen mit dem Pflege- und Betreuungspersonal gemeinsam aus. Im Gespräch über den/der jeweiligen Studienteilnehmer/in wurden die Fragen von der Forscherin einzeln vorgelesen und die Antworten direkt in den Fragebogen per Hand eingetragen. Durch das gemeinsame Ausfüllen der Fragebogen konnten Verständnisfragen im Gespräch schnell geklärt werden, die möglicherweise bei einer Befragung per Post zu einem nicht zu 100% ausgefüllten Fragebogen geführt hätten. Der drop-out wurde dadurch minimiert.

In den darauffolgenden Erhebungszeiträumen bearbeitete die Forscherin je nach Wunsch gemeinsam mit dem Personal die Fragebögen oder schickte sie per Post und stand den Befragten jederzeit für Fragen zur Verfügung. Dabei blieben die Befragten der ambulant betreuten Wohngemeinschaften über den ganzen Erhebungszeitraum größtenteils konstant. Die Forscherin hielt über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg regelmäßig Kontakt zu den Befragten der einzelnen ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Die Hauptzielparameter der quantitativen Befragung der Mitarbeiter/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz sind die Lebensqualität (QUALIDEM) sowie die herausfordernden Verhaltensweisen (Cohen Mansfield Agitation Inventory). Ergänzend werden die Alltagsfähigkeiten (Erweiterter Barthel-Index), der Demenzschweregrad (Reisberg Skalen, FAST), die Psychopathologie (Neuropsychiatrisches Inventar), die sozialen Kontakte und Aktivitäten sowie die soziodemografischen Daten der Studienteilnehmenden erhoben. In der folgenden Tabelle (vgl. o) wie auch im darauffolgenden Abschnitt werden die Zielgrößen der Studie in alphabetischer Reihenfolge vorgestellt.

Die Messungen erfolgten in der Interventionsgruppe zu zwei Zeitpunkten - nach sechs (t2) bzw. zwölf (t3) Monaten - nach der Intervention. Wie bereits erläutert wird die Kontrollgruppe aus der WGQual Studie gematcht, dies geschieht zu einem Erhebungszeitpunkt nach 12 Monaten. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt unter Verwendung deskriptiver, explorativer und induktiver statistischer Verfahren mithilfe des Programms SPSS Version 21.

Zielparameter	Erhebungsinstrument	Datenquelle
Alltagsfähigkeiten	Erweiterter Barthel-Index - EBI (Prosiegel et al. 1996)	Fremdeinschätzung Betreuungs- und Pflegepersonal
Demenzschweregrad	Functional Assessment Staging - FAST (Reisberg et al. 1988)	Fremdeinschätzung Betreuungs- und Pflegepersonal
Herausforderndes Verhalten	Cohen Mansfield Agitation Inventory – CMAI-D (Cohen-Mansfield et al. 1992)	Fremdeinschätzung Betreuungs- und Pflegepersonal
Lebensqualität	QUALIDEM (Ettema et al. 2006)	Fremdeinschätzung Betreuungs- und Pflegepersonal
Psychopathologie	Neuropsychiatrisches Inventar - NPI (Cummings et al. 1994)	Fremdeinschätzung Betreuungs- und Pflegepersonal
Soziale Kontakte und Aktivitäten	Eigener Erfassungsbogen	Fremdeinschätzung Betreuungs- und Pflegepersonal / Dokumentenanalyse
Soziodemografische Daten	Eigener Erfassungsbogen	Fremdeinschätzung Betreuungs- und Pflegepersonal / Dokumentenanalyse

Tabelle 7: Zielgrößen der Studie

Alltagsfähigkeiten (EBI)

Zur Erfassung von Alltagsfähigkeiten bzw. Fähigkeitsstörungen speziell bei Patienten/innen mit neurologischen Störungen wurde der Erweiterte Barthel-Index (EBI) von Prosiegel et al. (1996) entwickelt:

„Hauptziel bei der Anwendung des Index ist, das Ausmaß der Abhängigkeit von fremder Hilfe bei neurologischen Patienten möglichst genau zu erfassen“ (ebd.).

Das Instrument EBI wurde in Anlehnung an den Barthel-Index von Mahoney (1965) entwickelt und ist international anerkannt und validiert. Mit Hilfe des Instruments werden verschiedene Alltagsfähigkeiten eines Menschen bewertet. Dabei werden die motorischen Fähigkeiten bzgl. der Aktivitäten des täglichen Lebens wie bspw. „Essen und Trinken“, der kognitiven Fähigkeiten wie bspw. „Verstehen“, der kommunikativen Fähigkeiten wie bspw. „Verständlichkeit“ sowie der sozialen Kompetenzen wie bspw. „Soziale Interaktion“ eines Menschen eingeschätzt und beurteilt.

Für die Einschätzung können die Befragten aus drei bis fünf unterschiedlichen vorgegebenen Multiple-Choice-Antworten auswählen. Beim Beispiel „Essen und Trinken“ gibt es die folgenden Möglichkeiten: „nicht möglich“, „Essen muss vorbereitet werden“, „Essen mit Hilfsmittel alleine möglich“ sowie „selbständig“. Es handelt sich beim EBI um ein in der Validität und Reliabilität etabliertes sowie leicht verständliches Erhebungsinstrument, das speziell für die in der vorliegenden Studie untersuchte Zielgruppe geeignet ist.

Die Alltagsfähigkeiten einer Person werden anhand von 16 Items auf einer Skala von null bis vier bewertet und zu einem Summenscore zwischen null bis 64 zusammengefasst. Dabei gilt, je niedriger die erreichte Gesamtsumme ist, desto mehr Hilfe benötigt die Person in Form von personeller oder technischer Assistenz (vgl. Prosiegel et al. 1996).

Demenzschweregrad (FAST)

Mithilfe der Reisberg-Skalen wird der Schweregrad einer Demenz eingestuft. Insgesamt gibt es drei Reisberg-Skalen: Global Deterioration Scale (GDS), Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) und Functional Assessment Staging (FAST). In der vorliegenden Studie wurde der FAST zur Ermittlung des Demenzschweregrades verwendet.

Die Schwere der Demenz wird in sieben Schweregraden eingeteilt:

1. keine kognitiven Leistungseinbußen
2. sehr geringe kognitive Gedächtniseinbußen
3. geringe kognitive Einbußen
4. mäßig kognitive Leistungseinbußen
5. mittelschwere kognitive Leistungseinbußen
6. schwere kognitive Leistungseinbußen
7. sehr schwere kognitive Einbußen

Die Skala FAST unterteilt die letzten beiden Schweregrade der GDS (6 und 7) in weitere Untergruppen (6a bis 6e und 7a bis 7f), so dass diese Skala insgesamt aus 16 aufeinanderfolgenden Unterstufen besteht. Trotz der genaueren Beschreibung dieser Substadien der Stadien 6 und 7 sind sie analog zu den Stadien der Skala GDS.

„The FAST stages have been enumerated to be optimally concordant with the GDS stages from which they were derived“ (Auer & Reisberg 1997: 168).

Neben dem Auftreten der Symptome wird auch deren Dauer erfasst, wodurch Schlussfolgerungen für die Prognose der Demenz gegeben werden können. Der Schweregrad der Demenz einer Person wird durch eine Fremdeinschätzung ermittelt. In der vorliegenden Studie wurde der Schweregrad der Studienteilnehmenden mithilfe der Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals der ambulant betreuten Wohngemeinschaften ermittelt (vgl. Sclan & Reisberg 1992).

Herausforderndes Verhalten (CMAI)

Die erste Fassung des Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) wurde 1991 von Cohen-Mansfield entwickelt. Mithilfe des Instruments CMAI wird das herausfordernde Verhalten von Personen ermittelt. Es beinhaltet insgesamt 29 Verhaltensweisen wie bspw. „nach Personen treten“, „sich selbst kratzen“ etc. Mit Hilfe des CMAIs schätzte das Pflege- und Betreuungspersonal das Verhalten der Studienteilnehmer/innen innerhalb der vergangenen zwei Wochen ein. Zusätzlich zu der 29-Item Version gibt es eine Kurzform des CMAI mit vierzehn Items und eine lange 37-Item Version in zwei Ausführungen, eine für Angehörige und eine für Pflegende im häuslichen Bereich (vgl. ebd., Cohen-Mansfield et al. 1989, Cohen-Mansfield et al. 1992).

“Agitated behavior is always socially inappropriate, and can be manifested in three ways:

- It may be abusive or aggressive toward self or other.
- It may be appropriate behavior performed with inappropriate frequency, such as constantly asking questions.
- It may be inappropriate according to social standards for the specific situation, as in taking off clothes in the activity room“ (Cohen-Mansfield, Marx, and Rosenthal, 1989 in: Cohen-Mansfield 1991: 2).

Bei jeder Verhaltensweise wird die Häufigkeit erfasst und dabei auf einer Skala von null bis sieben bewertet:

1. = nie
2. = weniger als einmal pro Woche
3. = ein- oder zweimal pro Woche
4. = mehrmals pro Woche
5. = ein- oder zweimal täglich
6. = mehrmals täglich
7. = mehrmals stündlich

Die herausfordernden Verhaltensweisen werden in drei Subskalen zusammengefasst, ein Gesamtwert wird nicht errechnet. Das herausfordernde Verhalten wird unterschieden zwischen unangemessenem, agitiertem und aggressivem Verhalten. Zusätzlich gibt es die Skala, in der das Auftreten von mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise ermittelt wird. Im Folgenden werden die einzelnen Items pro Subskala aufgelistet:

Das unangemessene Verhalten wird durch die folgenden zehn Items berechnet: Zielloses Umhergehen, allgemeine Rastlosigkeit, Aufsuchen anderer Plätze, Inadäquater Umgang mit Dingen, unpassendes An- oder Auskleiden, Zerreißen von Dingen, Essen oder Trinken von ungenießbaren Substanzen, seltsame Geräusche machen, Verstecken von Gegenständen sowie Horten von Gegenständen.

Das agitierte Verhalten wird durch die folgenden sechs Items berechnet: Wiederholen von Sätzen oder Fragen, Negativismus, Ständiges Einfordern von Aufmerksamkeit, Klagen sowie Schreien und Fluchen.

Zuletzt wird das aggressive Verhalten durch die folgenden zwölf Items berechnet: Selbstverletzung durch Gegenstände, Verletzung anderer durch Gegenstände, Gegenstände werfen, sich selbst schlagen, andere schlagen, nach Personen treten, nach Gegenständen treten, Personen wegstoßen, Gegenstände wegstoßen, unangemessenes Greifen nach Personen, sich selbst kratzen und andere kratzen.

Die deutsche Version CMAI-D wurde von Dr. Grit Wenzel und Dr. Stefan Schruder erarbeitet. Mit der langen 37-Item Version des CMAI-D wird das herausfordernde Verhalten der Studienteilnehmenden in der vorliegenden Studie ermittelt (vgl. Cohen-Mansfield 1991).

Lebensqualität (Qualidem)

In der Forschung von Menschen mit Demenz ist die Lebensqualität ein wichtiger Bestandteil (vgl. Ettema et al. 2007, Volicer 2007, Moniz-Cook et al. 2008).

“There is increasing recognition that psychosocial interventions make an essential contribution to dementia care (...). Psychosocial interventions may target the person with dementia, their family carer or staff and may cover a range of domains such as mood, well-being and behaviour“ (Moniz-Cook 2008: 14).

Für die Erhebung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz gibt es eine Reihe von standardisierten Instrumenten, wie bspw. Alzheimer`s Disease Related Quality of Life (ADRQL, Rabins et al. 1999), Quality of Life-Alzheimer`s Diseases (QoL-AD, Logsdon et al. 1999), Dementia Care Mapping (DCM, Kitwood 2000), das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (H.I.L.D.E., Becker et al. 2010) etc. Nach Moniz-Cook et al. (2008) ist zwar die subjektive Einschätzung der Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen einer Fremdeinschätzung durch Personal vorzuziehen, jedoch ist dies bei Menschen mit einer schweren Demenz nicht möglich. Daher wird die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen in der vorliegenden Arbeit durch eine Fremdeinschätzung des Pflege- und Betreuungspersonals der ambulant betreuten Wohngemeinschaften erfasst. Für die Autoren/innen ist das Qualidem von der Qualität

gleichrangig mit der Discomfort Scale for Dementia in Alzheimer's-type (DS-DAT, Hurley et al. 1992) für eine Fremdbeurteilung der Lebensqualität geeignet.

In der vorliegenden Arbeit wird die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen mithilfe des Qualidems erhoben. Nach Gräske et al. (2014) ist das Qualidem das bevorzugte Instrument, um die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu erfassen, die in Deutschland in einem ambulanten Setting leben.

“Study findings suggest that QUALIDEM is the preferred instrument to evaluate QoL [Quality of Life] of residents in SHA [shared-housing arrangements], especially due to the high acceptability” (ebd.: 549).

Das Instrument Qualidem wurde 2006 von Ettema et al. entwickelt und 2007 durch ein Forscherteam der Charité Universitätsmedizin ins Deutsche übersetzt. Mit dem Qualidem wird die Lebensqualität von Menschen mit Demenz durch eine Fremdeinschätzung beurteilt. In der vorliegenden Arbeit wird das Pflege- und Betreuungspersonal der ambulant betreuten Wohngemeinschaften zur Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen befragt. Dabei geht es um die Lebensqualität der Studienteilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung rückblickend auf die letzte Woche. Das Instrument besteht aus 37 Items mit 16 indikativen und 21 contra-indikativen Items, welche durch neun homogene Subskalen zusammengefasst werden. Das Qualidem ist ein relativ neues Instrument zur Erhebung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz. Die Skalierbarkeit der meisten Subskalen konnte bisher in drei Studien bestätigt werden. Bei der deutschsprachigen Version weichen die Ergebnisse der Subskalen von der Schwere der Demenz ab. Daher weisen die Autoren/innen auf eine weitere Überprüfung der Validität des Qualidem in der deutschsprachigen Version hin (vgl. Ettema 2007, Dichter 2011 + 2016).

Für Menschen mit einer schweren Demenz gelten 18 Items, die sechs Subskalen bilden: Pflegebeziehung, Positiver Affekt, Negativer Affekt, Ruheloses, angespanntes Verhalten, Soziale Beziehungen sowie Soziale Isolation. Für Menschen mit einer leichten bzw. moderaten Demenz gelten zusätzlich zu den 18 Items weitere drei Subskalen: Positives Selbstbild, sich zu Hause fühlen sowie etwas zu tun haben. Die Lebensqualität wird durch vier Antwortmöglichkeiten auf einer Skala von null bis drei bewertet: nie (0 Punkte), selten = höchstens einmal pro Woche (1 Punkt), manchmal = einige Male pro Woche (2 Punkte) und oft = nahezu täglich (3 Punkte). Die maximale Summe pro Subskala variiert, da jede Subskala unterschiedlich viele Items enthält. In jeder Subskala und im globalen Summenscore bedeutet eine hohe Summe eine hohe Lebensqualität. Für den besseren Vergleich zu den anderen Instrumenten werden in Anlehnung an die Autoren/innen in der vorliegenden Arbeit sowohl die Subskalen als auch der globale Summenscore von 0 bis 100 skaliert. Zudem wird der Gesamtscore des Qualidems zwischen GDS<7 bzw. GDS=7 unterschieden (vgl. Gräske et al. 2014).

„To increase comparability of all instruments, the scores of all subdomains and the global scores were linearly adapted to a scale from 0 to 100” (ebd.: 551).

Psychopathologie (NPI)

Mit einer Alzheimer-Demenz gehen nach Chung und Cummings (2000) oftmals neuropsychiatrische Symptome einher. Dabei können neuropsychiatrische Symptome wie Veränderungen der Persönlichkeit, Stimmungsstörungen und Psychosen den Ausbruch der Demenz signalisieren. Sie treten dabei häufig schwankend auf. Diese Symptome führen im Zusammenhang mit einem schnellen Rückgang der kognitiven Funktionen oft zu einer frühzeitigen Institutionalisierung (vgl. ebd.).

Um diese neuropsychiatrischen Symptome und Verhaltensauffälligkeiten zu erfassen, wurde das Instrument Neuropsychiatrisches Inventar (NPI) von Cummings et. al (1994) entwickelt. Das NPI ist ein in der Validität und Reliabilität etabliertes Instrument. Die Psychopathologie der Studienteilnehmer/innen wird in der vorliegenden Arbeit durch eine Fremdeinschätzung des Pflege- und Betreuungspersonals der ambulant betreuten Wohngemeinschaften eingeschätzt. Dabei wurden die Verhaltensveränderungen zum Zeitpunkt der Befragung rückblickend der vergangenen zwei Wochen eingeschätzt (vgl. ebd.).

Beim NPI werden die folgenden zwölf unterschiedlichen Domänen ermittelt:

A: Wahnvorstellungen

B: Halluzinationen

C: Erregung / Aggression

D: Depression / Dysphorie

E: Angst

F: Euphorie / Hochstimmung

G: Apathie / Gleichgültigkeit

H: Enthemmung

I: Reizbarkeit / Labilität

J: Abweichendes motorisches Verhalten

K: Verhalten in der Nacht

L: Veränderungen des Appetits und des Essverhaltens

Zu jedem Bereich wird eine Frage gestellt, um zu überprüfen, ob die jeweilige Verhaltensweise bei dem/der Bewohner/in in den vergangenen zwei Wochen zum Zeitpunkt der Befragung vorkam. Wird diese Frage bejaht, werden mehrere Unterfragen gestellt. Wenn diese der ersten Frage entsprechen, werden auch die Häufigkeit und die Schwere

der Verhaltensauffälligkeit erfasst. Dabei gibt es vier Antwortmöglichkeiten, um die Häufigkeit zu bestimmen:

1. selten – weniger als einmal pro Woche
2. manchmal – etwa einmal pro Woche
3. häufig – mehrmals pro Woche, aber nicht jeden Tag
4. sehr häufig – ein- oder mehrmals täglich

Anschließend wird die Intensität der Verhaltensauffälligkeiten anhand von drei Antwortmöglichkeiten (leicht – mäßig – stark) bestimmt. Mit den Angaben wird aus der Häufigkeit und der Schwere der Summenscore (Häufigkeit x Schwere) jeder einzelnen Subdomäne berechnet. Dabei beträgt die Mindestpunktzahl einen und die Höchstpunktzahl für jede Domäne zwölf Punkte. Für den NPI-Gesamtwert werden alle zwölf Bereichswerte auf einer Skala von 0-144 addiert. Je höher der Wert ist, desto häufiger und schwerer treten die psychopathologischen Verhaltensweisen auf. Darüber hinaus wird für jede einzelne Domäne die Belastung der auftretenden Verhaltensauffälligkeiten auf das Betreuungs- und Pflegepersonal ermittelt (vgl. ebd.).

Soziale Kontakte und Aktivitäten

Der Erfassungsbogen über die sozialen Kontakte und Aktivitäten wurde von der Forscherin in Anlehnung an die Erfassungsbogen der WGQual-Studie entwickelt. Das Pflege- und Betreuungspersonal schätzt dabei die Anzahl der sozialen Kontakte und Aktivitäten der einzelnen Bewohner/innen ein. Die Antworten sollen einen Überblick über das soziale Umfeld der Bewohner/innen geben und deren Einbindung in soziale Aktivitäten skizzieren. Im ersten Teil wird zwischen Besuchen von Angehörigen, Ehrenamtlichen, Freunden und (ehemaligen) Nachbarn unterschieden. Zudem wird die Häufigkeit dieser Besuche in vier Intensitäten - (fast) nie, ein- bis zweimal im Monat, ein-/mehrmals in der Woche, jeden Tag - näher bestimmt.

Im zweiten Teil wird die Häufigkeit der Aktivitäten der Bewohner/innen untersucht. Dabei geht es zum Zeitpunkt der Befragung rückblickend um die letzten vier Wochen. Wenn der/die Bewohner/in an keinen Aktivitäten teilgenommen hat oder nicht teilnehmen konnte, da sich die Person zum Zeitpunkt der Befragung im Krankenhaus aufhielt, kann dies ebenfalls angegeben werden. Ansonsten wird die Häufigkeit der Aktivitäten in folgende sechs Bereiche unterschieden:

0 = trifft nicht zu

1 = nie

2 = weniger als einmal pro Woche

3 = ein- bis zweimal pro Woche

4 = mehrmals pro Woche

5 = täglich.

Darüber hinaus wird unterschieden, ob die Bewohner/innen an den angegebenen Aktivitäten alleine oder in Gemeinschaft teilgenommen haben. Im Folgenden werden Beispiele der abgefragten Aktivitäten aufgelistet: Hundebesuchsdienst, Mahlzeiten, Zeitschriften/Bücher lesen, Sing- und Spielkreise, Spazieren gehen, Sport/Gymnastik, Handarbeit/Hobbies etc.

Soziodemografische Daten

Zu Beginn der Befragung werden allgemeine Informationen hinsichtlich der ambulant betreuten Wohngemeinschaft, der befragten Person des Pflege- und Betreuungspersonals und der einzelnen Bewohner/innen aufgenommen. Folgende Angaben werden erfasst: Anzahl der Bewohner/innen der WG (weiblich/männlich), Dokumentationsquelle der Auskünfte, Beruf, Alter, Geschlecht, Berufserfahrung der befragten Person sowie Arbeitsjahre in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft.

Folgende Angaben werden bzgl. der Bewohner/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften aufgenommen: Alter, Geschlecht, Einzug in die ambulant betreute Wohngemeinschaft, Pflegestufe, Vorliegen einer ärztlich diagnostizierten Demenzerkrankung sowie die Art der Demenz. Abschließend wird eruiert, ob der/die Bewohner/in in der Vergangenheit im Besitz eines eigenen Haustieres war und wenn ja, um welche Tierart es sich dabei handelte.

Auswertung der erhobenen Daten

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt unter Verwendung von deskriptiver, explorativer und induktiver statistischer Verfahren mithilfe des Programms SPSS (Version 21 bis 23). Mithilfe von deskriptiven, statistischen Verfahren werden die Charakteristika der Studienteilnehmer/innen beschrieben.

Für die Überprüfung von Unabhängigkeiten werden der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest sowie der exakte Test nach Fisher angewendet. Im Gegensatz zum Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest liefert der exakte Test nach Fisher auch bei einer kleinen Stichprobe zuverlässige Ergebnisse. Für die Überprüfung von Zusammenhängen (Korrelationen) werden bzgl. metrischer und ordinaler Merkmale die Korrelationskoeffizienten nach Pearson und Spearman angewendet. Weitere Analysen von Zusammenhängen erfolgen mithilfe von Cramer-V und t-Tests. Werden Korrelationen festgestellt, werden diese in drei verschiedenen Korrelationsgraden kategorisiert: schwache Korrelation (0-0,3), moderate Korrelation (0,3-0,6) und starke Korrelation (>0,6).

Zur Analyse der metrischen Hauptzielkriterien finden Varianzanalysemodelle (ANCOVA-Modelle) Verwendung. Abhängige Variablen sind die jeweiligen Zielparameter. Als Einflussfaktoren gehen Alter und kognitive Funktionsfähigkeit (FAST) in die Modelle als Ko-Variablen ein. Die p-Werte werden als nominale p-Werte betrachtet. Aufgrund der geringen Fallzahlen werden alle ANCOVA-Modelle ohne Wechselwirkungen modelliert.

Alle Signifikanzprüfungen erfolgen zum Niveau 5% ($p < 0,05$). Eine Wahrscheinlichkeit von $p < 0,1$ wird als tendenziell signifikant betrachtet. Aufgrund der Problematik multipler Tests werden alle p-Werte als nominale p-Werte betrachtet. Signifikante und interessante Ergebnisse werden in den Tabellen hervorgehoben.

Aufgrund der Größe und Zusammensetzung der Stichprobe konnte in der vorliegenden Studie der Einfluss der Variable Geschlecht nicht überprüft werden.

Die Bestimmungen des Datenschutzes werden eingehalten. Die Angaben der Studienteilnehmer/innen werden ausschließlich anonymisiert verwendet, so dass keine/r der Teilnehmer/innen als Einzelperson identifizierbar ist.

Beschreibung der befragten Personen

Im folgenden Abschnitt werden die befragten Personen vom Pflege- und Betreuungspersonal der Wohngemeinschaften vorgestellt. Sie gaben der Forscherin während beider Erhebungszeiträume Auskunft über die Studienteilnehmenden.

Zweiter Erhebungszeitraum (t2): Die drei Befragten sind weiblich und arbeiten als Pflegepersonal ($n=3$, 100%), genauer in der Gesundheits-, Kranken- bzw. Altenpflege. Die befragten Frauen sind jeweils die verantwortliche Pflegekraft für die ambulant betreute Wohngemeinschaft. Ihr Alter liegt zwischen 27 und 51 Jahren. Die drei befragten Frauen haben zum Befragungszeitpunkt eine Berufserfahrung von zwei, zehn und 18 Jahren. Sie arbeiten als Pflegeperson in der jeweiligen ambulant betreuten Wohngemeinschaft seit anderthalb, zwei und fünf Jahren. Eine der befragten Frauen arbeitet in Vollzeit, die anderen beiden Frauen in Teilzeit mit einem Arbeitsumfang von 30 Wochenstunden. Die Dokumentationsquelle, die die befragten Frauen bei der Datenerhebung zur Hilfe genommen haben, war in allen Fällen ($n=11$, 100%) die Akte des ambulanten Pflegedienstes.

Dritter Erhebungszeitraum (t3): Die fünf Befragten sind weiblich und arbeiten als Pflegepersonal ($n=5$, 100%), genauer in der Gesundheits-, Kranken- bzw. Altenpflege. Sie sind jeweils die verantwortliche Pflegekraft für die ambulant betreute Wohngemeinschaft. Das Alter der befragten Frauen liegt zum Befragungszeitpunkt zwischen 27 und 51 Jahren, wobei das durchschnittliche Alter bei 40,6 Jahren liegt. Die fünf befragten Frauen haben zum Befragungszeitpunkt eine Berufserfahrung zwischen zweieinhalb und 20 Jahren, wobei die durchschnittliche Berufserfahrung 14,3 Jahre beträgt. Sie arbeiten als Pflegeperson in der jeweiligen ambulant betreuten Wohngemeinschaft zwischen zwei und fünfzehn Jahren. Die durchschnittliche Zeit in der jeweiligen ambulant betreuten Wohngemeinschaft liegt bei 6,8 Jahren. Eine der befragten Frauen arbeitet in Vollzeit, die anderen Frauen arbeiten in Teilzeit mit einem Arbeitsumfang von 30 Wochenstunden. Die Dokumentationsquelle, die die befragten Frauen bei der Datenerhebung zur Hilfe genommen haben, war in allen Fällen ($n=18$, 100%) die Akte des ambulanten Pflegedienstes.

5.4.2 Qualitative Experten/innen-Interviews

Nach einem halben Jahr (t2), in dem die regelmäßigen Interventionen mit den Hunden in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften der Interventionsgruppe stattgefunden haben, werden zusätzlich leitfadengestützte Experten/innen-Interviews durchgeführt. Dabei beruht die Auswahl der Experten/innen auf einem theoretischen Sampling, d.h. sie werden danach ausgewählt, „ob sie das Wissen über den Untersuchungsgegenstand zu erweitern geeignet sind oder nicht“ (Ludwig-Mayerhofer o.J.).

Als Experten/innen werden die Ehrenamtlichen, die die tiergestützten Interventionen mit ihren Hunden durchführen, sowie die Mitarbeiter/innen des Betreuungs- und Pflegepersonals der jeweiligen ambulant betreuten Wohngemeinschaft definiert. Bei der Auswahl der Experten/innen wird darauf geachtet, dass sie in der Implementierung des Hundebesuchsdienstes involviert waren. Dadurch wird sichergestellt, dass sie den Prozess des vergangenen halben Jahres miterlebt haben und somit Aussagen über die Auswirkungen auf die Bewohner/innen sowie auf die Organisation der Wohngemeinschaften machen können. Mithilfe der qualitativen Interviews aus Sicht der Experten/innen sollen sowohl die Veränderungen durch die regelmäßigen Kontakte zu Hunden bei den Menschen mit Demenz vertiefend analysiert werden als auch die förderlichen und hemmenden Rahmenbedingungen für den Einsatz von tiergestützten Interventionen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz erfasst werden.

„Das Experten-Interview („expert interview“) ist eine Variante des Leitfaden-Interviews, bei der die Befragungspersonen als fachliche Expertinnen und Experten zu einem Thema befragt werden und ihr Spezialwissen (strukturelles Fachwissen und/oder Praxis-/Handlungswissen) erschlossen werden soll. Die Definition und Rekrutierung der Experten stellt hier eine besondere Herausforderung dar. Zudem muss von den Interviewenden eine geeignete Rolle gewählt und eingenommen werden (z. B. als Co-Experte oder Laie)“ (Döring & Bortz 2016: 376).

Nach Döring und Bortz (2016) wurde das Interview mit Experten/innen in Deutschland durch den Beitrag von Meuser und Nagel (1991) maßgeblich beeinflusst. Bei dieser Art von Interviews sind die Befragten Fachleute für ein bestimmtes Thema. Dieses Experten/innen-Wissen „bezieht sich einerseits auf gedanklich und sprachlich leicht zugängliches strukturelles Fachwissen, andererseits aber auch auf Praxis- und Handlungswissen. Letzteres ist oft stark verinnerlicht und für Experten schwer in Worte zu fassen“ (Döring & Bortz 2016: 375).

Nach Meuser und Nagel (2009) ist das Interview mit Experten/innen in der Sozialforschung eines der mit am häufigsten eingesetzten Verfahren. Dabei wird diese Form des Interviews sowohl als eigenständiges Verfahren als auch im Rahmen einer Methodentriangulation angewendet. Letztere Form wurde in der vorliegenden Arbeit verwendet.

„Für die Stichprobenbildung folgt daraus die Maxime, die Unterschiedlichkeit der Problemdefinitionen zum Kriterium der Auswahl der Interviewpartner zu machen. Diese sollte so erfolgen, dass das Spektrum unterschiedlicher Expertenperspektiven abgebildet wird“ (ebd.: 468).

Aber wann gilt eigentlich eine Person als Experte/in? Nach Meuser und Nagel (2009) sind Experten/innen Personen, die in irgendeiner Weise Verantwortung bspw. für die

Ausarbeitung, die Implementierung und/oder die Kontrolle einer Problemlösung haben und damit über ein Sonderwissen über bspw. Personengruppen, Soziallagen etc. verfügen.

“Die Bestimmung von Experten als aktive Partizipanten hebt ab auf die spezifischen Funktionen, die solche Personen problembezogen erbringen, sei es in der beruflichen Rolle, sei es in einer ehrenamtlichen Tätigkeit. Das in der Ausübung solcher Funktionen erworbene Sonderwissen ist Gegenstand des Experteninterviews“ (Meuser & Nagel 2009: 469).

Nach den Autoren/innen ist das Experten/in-Interview kein biografisches Interview, worin der/die Befragte Experte/in in seiner/ihrer eigenen Biografie ist; sondern Gegenstand der Betrachtung ist der/die Experte/in als Akteur/in eingebunden in einen Funktionskontext. Auch nach Mayring (2015) können qualitative Interviews u.a. als Experten/innen-Interviews geführt werden, in denen die Befragten als Spezialisten für bestimmte Konstellationen interviewt werden.

Gläser und Laudel (2010) empfehlen Interviews mit Experten/innen face-to-face und nicht per Telefon oder Mail durchzuführen, da durch diese Form der Gesprächsverlauf kontrolliert werden kann und vielfältige zusätzliche Informationen gegeben werden können. Auch in der vorliegenden Arbeit werden alle Interviews von der Forscherin face-to-face durchgeführt. Nach den Autoren/innen werden Interviews mit Experten/innen in der Regel durch einen Leitfaden unterstützt durchgeführt.

“Diese Form des Interviews empfiehlt sich immer dann,

- wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen, die durch das Ziel der Untersuchung und nicht durch die Antworten des Interviewpartners bestimmt werden, und

- wenn im Interview auch einzelne, genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen“ (ebd.: 111).

Nach den Autoren/innen wird das aus der Untersuchungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitete Bedürfnis nach Informationen durch Themen und Fragen im Leitfaden übersetzt. Diese Form des Interviews bietet durch den vorbereiteten Leitfaden ausreichende Möglichkeiten, die theoretischen Vorüberlegungen in die Erhebung einzubeziehen. Das Prinzip der Offenheit wird durch die Formulierung der Fragen ermöglicht, so dass dem/der Interviewten ermöglicht wird, entsprechend nach Wissen und Interessen zu antworten (vgl. ebd.). Auch Meuser und Nagel (2009) unterstreichen diese Offenheit der flexiblen Handhabung des Leitfadens im Experten/innen-Interview.

“Entscheidend für das Gelingen des Experteninterviews ist unserer Erfahrung nach eine flexible, unbürokratische Handhabung des Leitfadens, die diesen nicht im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas, sondern eines thematischen Tableaus verwendet. Die Relevanzstrukturen der Befragten sollen zur Geltung kommen, nicht die eigenen“ (ebd.: 474).

Anhand der inhaltlichen Themen und Fragestellungen wurde der Interview-Leitfaden entwickelt. Entsprechend dem Pretest in der quantitativen Forschung wurde der Leitfaden in einem Probe-Interview überprüft und bei Bedarf bspw. bezüglich der Verständlichkeit der Fragen, der Dauer des Interviews etc. überarbeitet (vgl. Döring & Bortz 2016).

Bevor die Interviews mit den Experten/innen durchgeführt wurden, wurde der entwickelte Leitfaden in einem Probeinterview getestet. Mithilfe des Probeinterviews wurden die Formulierungen der Fragen geprüft und ggf. neu formuliert.

„Es kann sein, dass die entworfenen Fragen nicht das bewirken, was sie bewirken sollen. Deshalb sollte man den Leitfaden vor der eigentlichen Untersuchung testen, indem man ein oder mehrere Probeinterviews mit Menschen führt, die den späteren Interviewpartnern vergleichbar sind“ (Gläser und Laudel 2010: 150).

Der Basis-Leitfaden wurde aufgrund von theoretischen Vorüberlegungen, vorhergehenden Literaturrecherchen sowie individuellen Praxiserfahrungen entwickelt. Es wurden zwei unterschiedliche Leitfäden entwickelt, einer für die Interviews mit den Ehrenamtlichen und einen für die Interviews mit dem Pflege- und Betreuungspersonal. Nach den Autoren/innen ist es sinnvoll, für jeden Typ von Experte/in einen eigenen Interviewleitfaden zu entwickeln, wenn sie jeweils über spezielles Wissen in dem zu rekonstruierenden Prozess verfügen.

“Die Forderung, den Interviewleitfaden an den jeweiligen Interviewpartner und an die Interviewsituation anzupassen, lässt sich mit dem Prinzip der Offenheit und mit dem Prinzip des Verstehens begründen” (ebd.: 150).

Da jede/r Befragte aus der eigenen persönlichen Perspektive berichtet, ist es sinnvoll, dass die Informationen über einen Sachverhalt von mehreren Interviewpartnern/innen eingeholt werden. Der Interviewleitfaden ist nach den Autoren/in ein „Erhebungsinstrument“. Er bildet eine Art Gerüst, welches dem/der Interviewer/in eine weitgehende Entscheidungsfreiheit gibt, wann und in welcher Form die Fragen gestellt werden (vgl. ebd.).

In der vorliegenden Arbeit diente der Leitfaden ebenfalls in den Interviews lediglich als Orientierungsrahmen und wurde flexibel gehandhabt.

Nach Gläser und Laudel (2010) müssen folgende Dinge vor dem Interviewbeginn beachtet werden: Während des „Vorspanns“ wird der/die Befragte über das Ziel der Untersuchung und über die Rolle des Interviews zur Erreichung des Ziels informiert. Darüber hinaus werden die Befragten über den Schutz der persönlichen Daten sowie die Anonymität der Untersuchung aufgeklärt. Die Interviews werden mithilfe eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Zu Beginn des Interviews werden die Befragten um ihre Einwilligung gebeten, die ebenfalls aufgenommen werden. Diese Dinge wurden in der vorliegenden Studie von der Forscherin beachtet und ausgeführt.

“Bilanziert man die Argumente, dann wiegt die Wahrscheinlichkeit bedeutender Informationsverluste schwerer als das Risiko einer befangenen Gesprächssituation. In der Methodenliteratur zur Interviewführung besteht mittlerweile weitgehend Einigkeit darüber, dass die Tonaufzeichnung unverzichtbar ist“ (ebd.: 158).

Die aufgezeichneten Interviews wurden durch die Forscherin vollständig transkribiert, um präventiv gegen Informationsverluste entgegenzuwirken.

Die transkribierten Interviews werden mithilfe des Softwareprogramms MAXQDA analysiert. Dieses Programm ist nach Mayring (2015) das am zweithäufigste eingesetzte Programm. Anfang der 1990er Jahre wurde es von Udo Kuckartz an der Freien Universität Berlin entwickelt. Die Auswertung erfolgt im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach

Mayring. Dabei werden Kategorien sowohl deduktiv aus dem Leitfaden als auch induktiv aus dem Material selbst herausgebildet.

„Diese wohl zentralste inhaltsanalytische Technik hat zum Ziel, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Diese Struktur wird in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen. Alle Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert“ (ebd.: 97).

Das Kernstück einer strukturierenden Inhaltsanalyse besteht aus der Zusammenstellung und Überarbeitung des Kategoriensystems, dem Formulieren von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierungsregeln sowie der Bezeichnung und Bearbeitung der Fundstellen im Material (vgl. ebd.).

5.4.3 Mixed-Methods-Ansatz

Nach Gläser und Laudel (2010) wird die Kombination von unterschiedlichen Methoden in der empirischen Untersuchung als Triangulation bezeichnet. Meistens werden Interviews mit Experten/innen durch die Analyse von Dokumenten und ggf. durch Beobachtungen ergänzt. Neben der Erhöhung der Zahl von Fällen kann durch dieses Verfahren die empirische Absicherung von Ergebnissen vergrößert werden.

„Mit dieser Vorgehensweise sollen die jeweils spezifischen Schwächen einer Methode durch die Stärken anderer Methoden ausgeglichen werden“ (ebd.: 105).

Auch Flick (2011) sagt, dass der Gewinn der Triangulation weniger in der wechselseitigen Überprüfung der Ergebnisse liegt, „sondern in Erweiterung der Erkenntnismöglichkeiten durch die Erweiterung von Perspektiven auf den untersuchten Gegenstand“ (ebd.: 111).

In der vorliegenden Arbeit findet der Mixed-Methods-Ansatz nach Döring und Bortz (2016) Anwendung. Nach den Autoren/innen standen über lange Zeit die quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden in einem Konkurrenzverhältnis gegenüber. Heute wird überwiegend von einem fruchtbaren Ergänzungsverhältnis beider Forschungsansätze ausgegangen, so dass beide Ansätze in vielen Human- und Sozialwissenschaften sowie in der Evaluationsforschung als legitime wissenschaftliche Forschungsstrategien betrachtet werden.

“Der in den letzten Jahren sich herauskristallisierende Mixed-Methods-Ansatz („mixed methods research“) geht noch einen Schritt über die „friedliche Koexistenz“ qualitativer und quantitativer Studien hinaus: Er befasst sich damit, wie qualitative und quantitative Forschungsmethoden im Rahmen einer einzelnen Studie bzw. ihrer Teilstudien sinnvoll miteinander zu verknüpfen sind, um maximalen Erkenntnisgewinn zu erzielen“ (ebd.: 27).

Nach den Autoren/innen kombiniert der Mixed-Methods-Ansatz qualitative und quantitative Forschungsstrategien im Rahmen einer Studie miteinander. Dabei werden die qualitativen bzw. quantitativen Teilstudien parallel oder nacheinander durchgeführt und sind direkt aufeinander bezogen. Bei der Durchführung einer Studie im Mixed-Methods-Ansatz kann sich der Forschungsprozess verlängern und/oder der Prozess wird komplexer, weil die verschiedenen qualitativen und quantitativen Arbeitsschritte sequenziell und/oder parallel abgearbeitet werden. Die einfachste Form einer Mixed-Methods-Studie ist die sequenzielle Bearbeitung des ausgewählten Forschungsproblems. Hierbei wird sowohl eine qualitative

als auch eine quantitative Teilstudie durchgeführt und die Befunde werden direkt aufeinander bezogen (sequenzielles Mehrmethoden-Design) (vgl. ebd.).

Bei diesem Design gibt es unterschiedliche Strategien, wie die beiden Teilstudien integriert werden. Bei dem Vorstudienmodell dient eine qualitative Studie als Vorstudie, um Hypothesen zu generieren, die anschließend mit einer quantitativen Studie überprüft werden. Bei dem Vertiefungsmodell folgt die qualitative Studie auf die quantitative Studie, um einige ausgewählte Befragte aus der quantitativen Erhebung noch einmal ausführlicher bspw. mithilfe einiger Leitfrageninterviews nach Mayring zu befragen. Bei diesem Modell werden in den beiden Teilstudien teilweise dieselben Befragten untersucht, so dass „die qualitativen und quantitativen Befunde direkt aufeinander bezogen und in ihrer Gesamtheit interpretiert werden“ können (ebd.: 185).

Mithilfe des Vertiefungsmodells nach Döring und Bortz (2016) werden in der vorliegenden Studie die quantitativen und qualitativen Studienergebnisse in einem Mixed-Methods-Ansatz kombiniert. Demnach findet zuerst die quantitative Befragung des Betreuungs- und Pflegepersonals statt. Nach einem halben Jahr, in denen die regelmäßigen tiergestützten Interventionen in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz stattfinden, werden parallel zur quantitativen Befragung im zweiten Erhebungszeitraum zusätzlich zur Vertiefung vier Befragte mithilfe qualitativer Experten/innen-Interviews befragt. Die Experten/innen-Interviews werden anschließend mit einer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Durch die Anwendung des Vertiefungsmodells können die quantitativen mit den qualitativen Ergebnissen der vorliegenden Studie in einer Gesamtheit dargestellt und interpretiert werden.

5.5 Ethische und rechtliche Gesichtspunkte

„Die Forschungsethik („research ethics“, „ethics of research“) umfasst alle ethischen Richtlinien, an denen sich Forschende bei ihrer Forschungstätigkeit – und zwar hier speziell bei der Datenerhebung und Datenanalyse im Rahmen empirischer Studien – orientieren sollen. Im Mittelpunkt stehen der verantwortungsvolle Umgang mit menschlichen und tierischen Untersuchungsteilnehmenden und ihr Schutz vor unnötigen oder unverhältnismäßigen Beeinträchtigungen durch den Forschungsprozess. Dass und wie der Forschungsethik in einer konkreten Studie Genüge getan wird, sollte im Vorfeld genau überlegt und im Forschungsbericht erläutert werden. Immer häufiger wird in verschiedenen human- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen auch verlangt, dass geplante Studien mit menschlichen oder tierischen Probanden vor ihrer Durchführung durch eine Ethikkommission geprüft und genehmigt werden“ (Döring & Bortz 2016: 123).

Die vorliegende Studie birgt keine relevanten ethischen Risiken, die gegen eine Durchführung sprechen. Die Studie orientiert sich an den Prinzipien der „Declaration of Helsinki“, die in der 18. Generalversammlung des Weltärztebundes im Jahr 1964 in Helsinki verabschiedet und zuletzt durch die 64. Generalversammlung 2013 in Fortaleza (Brasilien) revidiert wurde (vgl. WMA 2013). Es werden keine invasiven Untersuchungen durchgeführt, die Teilnahme erfolgt freiwillig und kann jederzeit ohne Konsequenzen für die Teilnehmenden und ohne Angaben von Gründen abgebrochen werden.

„Der Weltärztebund (WMA) hat mit der Deklaration von Helsinki eine Erklärung ethischer Grundsätze für medizinische Forschung am Menschen, einschließlich der Forschung an identifizierbaren menschlichen Materialien und Daten, entwickelt“ (WMA 2013: 1).

Im Rahmen der Vorbereitungszeit wurden sowohl ein Votum für die Studie bei der zuständigen Ethikkommission eingeholt als auch ein Datenschutzkonzept entworfen, welches mit der zuständigen Datenschutzbeauftragten abgestimmt wurde. Beide Konzepte wurden bewilligt, so dass die Studie durchgeführt werden konnte.

Vorab werden die Menschen mit Demenz oder ihre gesetzlichen Betreuer/innen um ihre schriftliche Einverständniserklärung gebeten (written informed consent). Um der Studie einwilligen zu können, werden sie sowohl mündlich als auch schriftlich mithilfe einer Teilnehmer/innen-Information über die Ziele und Methoden der Studie aufgeklärt. Die Verwendung der erhobenen Daten erfolgt nur pseudonymisiert. Die erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Zusätzlich bedarf es im Rahmen der tiergestützten Interventionen ebenfalls einer besonderen Achtung der Bedürfnisse der Tiere, der tiergerechten Haltung sowie des tiergerechten Einsatzes (vgl. Otterstedt 2013, Waiblinger/Otterstedt 2012).

„Welche Haltung ist dem Tier gegenüber angemessen? Tiere besitzen eine Würde. In der Tiergestützten Intervention sind sie keine Streichelobjekte, sondern Beziehungspartner. Tiere haben arttypische sowie individuelle Bedürfnisse und Fähigkeiten, die sich im Laufe ihres Lebens entsprechend ihrer Erfahrungen und ihres Alters verändern. Tiere zeigen verschiedene Persönlichkeitsmerkmale, hochentwickelte soziale Strukturen, planvolles Handeln und ein differenziertes emotionales Verhalten“ (Otterstedt 2013: 25).“

Durch die Anbindung an den Verein „Leben mit Tieren e.V.“ werden die Ehrenamtlichen in Schulungen auf einen behutsamen Einsatz ihrer Hunde vorbereitet. Die Ehrenamtlichen kennen ihre eigenen Hunde zu Beginn des tiergestützten Einsatzes meistens schon seit mehreren Jahren und beobachten sie intensiv während der tiergestützten Intervention. Beim Aufkommen von Stress seitens des Hundes wird die Sitzung von der/dem Ehrenamtlichen abgebrochen. Dadurch wird die Achtung der Bedürfnisse des Tieres und ein tiergerechter Einsatz sichergestellt.

5.6 Geschlechter- und kulturspezifische Dimensionen

In der vorliegenden Studie ist mit einem hohen Anteil an Frauen zu rechnen. Zum einen tritt die Alzheimer Demenz bei Frauen häufiger auf als bei Männern, so dass es sich bei den Studienteilnehmern/innen vermutlich häufig um Frauen mit einer Demenz handeln wird.

„Die Alzheimer Demenz ist in allen Altersgruppen bei Frauen häufiger als bei Männern. In der Altersgruppe 65-69 leiden 0.7% der Frauen und 0.6% der Männer an Alzheimerkrankheit. Die Zahlen steigen mit zunehmendem Alter bei Männern und bei Frauen exponentiell an und erreichen bei 85-89-jährigen 8.8% bei Männern und 14.2% bei Frauen“ (Schmidt 2008).

Zum anderen wählen Frauen häufiger einen sozialen oder pflegerischen Beruf als Männer. In der vorliegenden Arbeit sind alle der befragten Personen des Betreuungs- und Pflegepersonals Frauen. Zusätzlich werden vermutlich die befragten Ehrenamtlichen meistens Frauen sein, da sich eine emotionalere Beziehung zu Tieren bei Mädchen und Frauen nachweisen lässt, als es bei Jungen und Männern der Fall ist (vgl. Rose 2006).

Aus diesen vielfältigen Gründen ist in der vorliegenden Arbeit der Einbezug von geschlechtsspezifischen Unterschieden in den Auswertungsmodellen vorgesehen. Zudem

sollte überprüft werden, ob ggf. geschlechtsspezifische Handlungsempfehlungen erarbeitet werden sollten. Aufgrund der Tatsache, dass es unter den Studienteilnehmern/innen nur einen Mann gibt und die befragten Expertinnen ebenfalls ausschließlich Frauen sind, verhindert diese Tatsache allerdings die statistische Prüfung von geschlechtsspezifischen Unterschieden in den Ergebnissen.

Ebenfalls werden in der Planung der Studie interkulturelle Hintergründe berücksichtigt, da Hunde in den unterschiedlichen Kulturen verschiedene Bedeutungen haben können, bspw. gilt der Speichel des Hundes in der muslimischen Religion als unrein. Demnach ist der Kontakt zum Hund nicht völlig unbelastet (vgl. Rose 2006).

In der vorliegenden Studie werden die Ansprechpartner/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften auf die Rücksichtnahme von unterschiedlichen kulturellen Hintergründe hingewiesen. Dadurch und durch die freiwillige Teilnahme an den tiergestützten Interventionen sowie an deren Evaluation wird nicht davon ausgegangen, dass Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen an der Studie teilnehmen, die negative Erfahrungen mit Hunden gemacht haben.

6 Präsentation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Studie präsentiert. Im ersten Teil des Kapitels werden die quantitativen Ergebnisse dargestellt und mithilfe von Tabellen und Abbildungen veranschaulicht. Dabei werden zuerst die Querschnitte der beiden Erhebungszeiträume dargestellt. Anschließend wird ein Gruppenvergleich zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe dargestellt. Darauffolgend werden die Ergebnisse im zeitlichen Verlauf – im sogenannten Längsschnitt – abgebildet.

Der zweite Teil des Kapitels umfasst die Präsentation der qualitativen Ergebnisse der Studie. Abschließend werden die quantitativen gemeinsam mit den qualitativen Ergebnissen mithilfe des Mixed-Methods-Ansatzes zusammenfassend dargestellt.

6.1 Quantitative Befragung

Die quantitativen Befragungen der Betreuungs- und Pflegepersonen über die Studienteilnehmer/innen fanden von Mai 2013 bis September 2014 zu drei Erhebungszeiträumen (t1, t2, t3) statt. Wie bereits beschrieben, können die Daten nur noch von zwei Erhebungszeiträumen (t2 und t3) ausgewertet werden. Für den zweiten Erhebungszeitraum (t2) gibt es Daten von elf Menschen mit Demenz, die in drei ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben. Für den dritten Erhebungszeitraum existieren Daten von 18 Menschen mit Demenz, die in vier ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben. Für zehn Menschen mit Demenz gibt es über den Verlauf der Zeit Daten. Sie leben in drei unterschiedlichen ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die Kontrollgruppe aus der WGQual-Studie (18 TN) wird zu der Interventionsgruppe zu t2 und zu t3 gematcht. Die Matchingkriterien sind hierbei das Geschlecht, das Alter, eine ärztlich diagnostizierte Demenz sowie die Tatsache, dass vor der Befragung kein Kontakt zu Tieren bestand oder ein Tierbesuchsdienst involviert war.

6.1.1 Querschnitt - Ergebnisse zum Zeitpunkt t2 / t3

Die vorliegende Beschreibung der Ergebnisse basiert auf die im zweiten Erhebungszeitraum (t2) ermittelten Daten von elf Studienteilnehmer/innen sowie auf die im dritten Erhebungszeitraum (t3) ermittelten Daten von 18 Studienteilnehmer/innen. Die beiden Querschnitte werden getrennt voneinander dargestellt, jedoch werden sie zur besseren Übersicht direkt untereinander bzw. in Tabellen nebeneinander vorgestellt.

Beschreibung der Stichprobe

Die wichtigsten Kennzahlen der Studienteilnehmenden in beiden Erhebungszeiträumen sind in Tabelle 8 dargestellt. Das Durchschnittsalter der elf Studienteilnehmenden beträgt 80,9 (SD 8,4) Jahre. Es nahmen überwiegend Frauen mit Demenz (90,9 %) an der Studie teil. Fast drei Viertel der Studienteilnehmenden (n=8, 72,7%) sind in der Pflegestufe II eingestuft. Alle Studienteilnehmenden haben eine ärztlich diagnostizierte Demenz (n=11, 100%). Dabei haben fast die Hälfte der Personen (n=5, 45,5%) eine allgemeine Demenz, die nicht näher diagnostiziert wurde und jeweils drei Personen (27,3%) haben eine

vaskuläre Demenz bzw. eine Demenz vom Alzheimertyp. Die Studienteilnehmenden weisen aufgrund der Demenz schwere Einschränkungen auf (FAST Median: 6).

Stichprobe	t2 (n=11)	t3 (n=18)
Alter in Jahren (MW, SD)	80,9 (8,4)	83,9 (7,9)
Geschlecht (n, %)		
Weiblich	10 (90,9)	17 (94,4)
Männlich	1 (9,1)	1 (5,6)
Pflegestufe (n, %)		
I	1 (9,1)	1 (5,6)
II	8 (72,7)	9 (50,0)
III	2 (18,2)	8 (44,4)
Einschränkung durch Demenz (FAST, 0-7) (n, %)		
bis zu mittelschwere (FAST ≤ 5)	1 (9,1)	--
schwere (FAST 6)	5 (45,5)	7 (38,9)
sehr schwere (FAST 7)	5 (45,5)	11 (61,1)

Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung zu t2 und t3

Das durchschnittliche Alter der 18 Studienteilnehmenden beträgt im dritten Erhebungszeitraum 83,9 Jahre (SD 7,9). Es nehmen mehrheitlich Frauen (94,4%) an der Studie teil. Die Hälfte der Studienteilnehmenden (n=9, 50,0%) sind in der Pflegestufe II eingestuft, eine Person (5,6%) in Pflegestufe I und acht Personen (44,4%) in Pflegestufe III. Alle Studienteilnehmenden haben eine ärztlich diagnostizierte Demenz (n=18, 100%). Dabei haben über die Hälfte der Personen (n=11, 61,1%) eine allgemeine Demenz, die nicht näher diagnostiziert wurde. Drei Personen (16,7%) haben eine vaskuläre Demenz und vier Personen (22,2%) eine Demenz vom Alzheimertyp. Die Studienteilnehmenden weisen durch die Demenz schwere Einschränkungen auf (FAST Median: 7).

In beiden Erhebungszeiträumen findet der Hundebesuchsdienst häufiger einmal pro Woche als zweimal pro Monat statt (vgl. Abbildung 9). Die Mehrheit der Studienteilnehmenden besaßen in der Vergangenheit ein eigenes Haustier. Bei dem Haustier handelte es sich meistens um einen Hund, jedoch hatte eine Person in der Vergangenheit Nutztiere. Bei drei Studienteilnehmenden ist es nicht bekannt, ob sie in der Vergangenheit Tierbesitzer/innen waren.

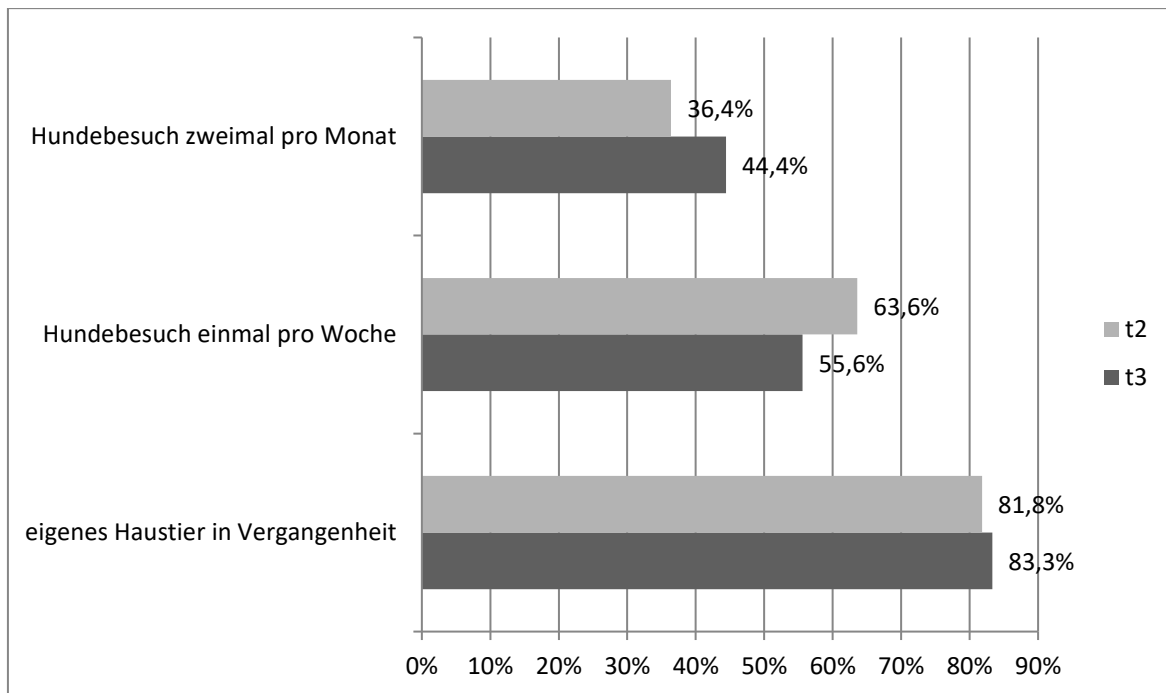


Abbildung 9: Häufigkeit Hundebesuchsdienst & Tierbesitz in der Vergangenheit

Im zweiten Erhebungszeitraum besteht ein statistisch moderater tendenzieller Zusammenhang zwischen dem ehemaligen Besitz eines eigenen Haustiers und dem Stattfinden des Hundebesuchsdienstes in Gemeinschaft (Cramer-V=0,516; p=0,087).

Im dritten Erhebungszeitraum gibt es ebenfalls einen statistisch moderaten tendenziellen Zusammenhang zwischen der kognitiven Funktionsfähigkeit (FAST) und dem Stattfinden des Hundebesuchsdienstes in Gemeinschaft (Cramer-V=0,540; p=0,072). Diese statistische Tendenz bedeutet, je höher der Demenzschweregrad der Studienteilnehmer/innen ist, desto häufiger findet der Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft statt.

Soziale Kontakte und Aktivitäten

Wie oft die Studienteilnehmenden von außerhalb der Wohngemeinschaft Besuch erhalten, wird in folgender Tabelle dargestellt (vgl. Tabelle 9). Zusammengefasst dargestellt werden die Studienteilnehmenden in beiden Erhebungszeiträumen am meisten von ihren Angehörigen besucht. Die Studienteilnehmenden bekommen (fast) nie Besuch von Ehrenamtlichen, Freunden oder ehemaligen Nachbarn.

Soziale Kontakte		t2 (n=11)	t3 (n=18)
Kontakt zu Angehörigen	(fast) nie	36,4%	44,4%
	ein- bis zweimal im Monat	18,2%	5,6%
	ein bis mehrmals in der Woche	36,4%	38,9%
	täglich	9,1%	11,1%
Kontakt zu Ehrenamtlichen	(fast) nie	72,7%	72,2%
	ein- bis zweimal im Monat	--	5,6%
	ein bis mehrmals in der Woche	27,3%	22,2%
	täglich	--	--
Kontakt zu Freunden/Bekanntem	(fast) nie	90,9%	72,2%
	ein- bis zweimal im Monat	9,1%	22,2%
	ein bis mehrmals in der Woche	--	--
	täglich	--	5,6%
Kontakt zu Nachbarn	(fast) nie	90,9%	94,4%
	ein- bis zweimal im Monat	9,1%	5,6%
	ein bis mehrmals in der Woche	--	--
	täglich	--	--

Tabelle 9: Häufigkeiten der sozialen Kontakte zu t2 und t3

Im Folgenden wird dargestellt, wie häufig die Studienteilnehmer/innen in den beiden Erhebungszeiträumen in den vergangenen vier Wochen zum Befragungszeitpunkt an Aktivitäten teilgenommen haben und ob diese Aktivitäten alleine (ggf. mit Hilfe vom Personal, Therapeuten etc.) oder in Gemeinschaft (Mitbewohner/innen, Angehörige etc.) stattfanden. Aufgrund der Übersichtlichkeit werden die wichtigsten Ergebnisse in folgender Tabelle zusammengefasst dargestellt (vgl. Tabelle 10).

Im zweiten Erhebungszeitraum findet der Hundebesuchsdienst bei allen Studienteilnehmenden ausschließlich in Gemeinschaft statt; wobei knapp die Hälfte der Personen weniger als einmal pro Woche (n=5, 45,5%) und etwas über die Hälfte ein- oder zweimal pro Woche (n=6, 54,5%) am Hundebesuchsdienst teilnehmen.

Die Mahlzeiten werden täglich in Gemeinschaft eingenommen (n=11, 100%). Es gehen drei Personen (27,3%) weniger als einmal pro Woche in Gemeinschaft spazieren. Alleine bzw. in Begleitung vom Personal gehen vier Personen (36,4%) ein- bis zweimal pro Woche spazieren.

Fernsehen schauen täglich drei Personen alleine für sich (36,4%) und in Gemeinschaft fast zwei Drittel (n=7, 63,6%). Niemand geht einem Hobby oder Handarbeiten nach (n=11, 100%). Bei vier Personen findet zusätzlich ein- bis zweimal pro Woche (36,4%) Ergotherapie statt, die sie jeweils einzeln erhalten.

Anders als im zweiten Erhebungszeitraum findet im dritten Erhebungszeitraum der Hundebesuchsdienst bei manchen Personen sowohl einzeln als auch in Gemeinschaft

statt. Der Hundebesuchsdienst findet bei über der Hälfte der Studienteilnehmenden (n=10, 55,6%) ein- bis zweimal pro Woche in Gemeinschaft statt und bei sieben Personen (38,9%) weniger als einmal pro Woche. Eine Person (5,6%) wird in den vergangenen vier Wochen zum Zeitpunkt der Befragung nie von dem Hund in Gemeinschaft besucht.

Besuche außerhalb der Wohngemeinschaft (z.B. Familie, Freunde) finden im nachgefragten Zeitraum bei keiner Person statt (n=18, 100%). Die Mahlzeiten werden täglich in Gemeinschaft eingenommen (n=17, 94,4%), jedoch isst eine Person (5,6%) die Mahlzeiten auch alleine und nimmt diese daher nur mehrmals pro Woche in Gemeinschaft ein.

Es gehen vier Personen (22,2%) weniger als einmal pro Woche und sechs Personen (33,4%) ein- oder zweimal pro Woche alleine bzw. in Begleitung spazieren. In Gemeinschaft gehen ebenfalls vier Personen (22,2%) weniger als einmal pro Woche spazieren.

Musik oder Radio hören täglich acht Personen alleine für sich (44,4%) und in Gemeinschaft über zwei Drittel (n=12, 66,7%). Fernsehen schauen täglich über ein Viertel alleine (n=5, 27,8%) und ein Drittel in Gemeinschaft (n=6, 33,3%).

Eine Person geht mehrmals pro Woche einem Hobby oder Handarbeiten nach (5,6%). Drei weitere Personen (16,7%) erhalten jeweils ein- bis zweimal pro Woche Physiotherapie. Zudem nehmen zwei Personen (11,1%) in Gemeinschaft weniger als einmal pro Woche an einer Kunsttherapie teil.

Aktivitäten (n, %)	T2 (n=11)		T3 (n=18)	
	alleine	in Gemeinschaft	alleine	in Gemeinschaft
Hundebesuchsdienst	--	5 (45,5%) ² 6 (54,5%) ³	1 (5,6%) ²	7 (38,9%) ² 10 (55,6%) ³
Besuche außerhalb der WG (z.B. Familie, Freunde)	1 (9,1%) ²	11 (100%) ¹	2 (11,1%) ⁴	18 (100%) ¹
Mahlzeiten	--	11 (100%) ⁵	1 (5,6%) ²	17 (94,4%) ⁵
Besorgungen / Behördengänge	11 (100%) ¹	11 (100%) ¹	18 (100%) ¹	18 (100%) ¹
Zeitschriften / Bücher lesen	2 (18,2%) ⁵	1 (9,1%) ²	1 (5,6%) ⁵	1 (5,6%) ⁵
Besuchsdienste/ Besuche (intern)	3 (27,3%) ³	1 (9,1%) ⁴	2 (11,1%) ⁴	1 (5,6%) ⁵
Sing- und Spielkreise	1 (9,1%) ²	4 (36,4%) ⁴	4 (22,2%) ³	13 (72,2%) ³
Mitwirkung bei der Organisation von Ausflügen, Veranstaltungen	11 (100%) ¹	2 (18,2%) ²	18 (100%) ¹	18 (100%) ¹
Spazieren gehen	4 (36,4%) ³	3 (27,3%) ²	6 (33,4%) ³	4 (22,2%) ²
Teilnahme an externen kulturellen Veranstaltungen	11 (100%) ¹	4 (36,4%) ²	18 (100%) ¹	4 (22,2%) ²
Radio hören	3 (27,3%) ⁵	6 (54,5%) ⁵	8 (44,4%) ⁵	12 (66,7%) ⁵
Fernsehen	4 (36,4%) ⁵	7 (63,6%) ⁵	5 (27,8%) ⁵	6 (33,3%) ⁵
Sport / Gymnastik	3 (27,3%) ³	1 (9,1%) ⁴	3 (16,7%) ³	2 (11,1%) ³
Handarbeit / Hobbies	11 (100%) ¹	11 (100%) ¹	1 (5,6%) ⁴	1 (5,6%) ²
Sonstige:	4 (36,4%) ³ Ergotherapie	--	3 (16,7%) ³ Physiotherapie	2 (11,1%) ² Kunsttherapie

Tabelle 10: Häufigkeiten der Aktivitäten zu t2 und t3

¹ nie, ² weniger als einmal pro Woche, ³ ein- oder zweimal pro Woche, ⁴ mehrmals pro Woche,

⁵ täglich

Hauptzielkriterien

Mithilfe der folgenden Tabelle (vgl. Tabelle 11) wird ein erster Überblick über die statistischen Kennwerte der Hauptzielkriterien in beiden Erhebungszeiträumen im direkten Vergleich gegeben. Bei der Erfassung der Lebensqualität (Qualidem) sind zusätzlich zu einem Gesamtscore, welcher getrennt nach der Ausprägung der kognitiven Einschränkungen (GDS) dargestellt wird, auch alle neun Subdomänen aufgelistet.

Hauptzielkriterien	n=11 (t2)	n=18 (t3)
Alltagsfähigkeiten (EBI) (MW, SD) (0-64)	28,6 (16,1)	17,8 (15,1)
CMAI (n, %)		
Unangemessenes Verhalten	3 (27,3)	8 (44,4)
Agitiertes Verhalten	2 (18,2)	5 (27,8)
Aggressives Verhalten	1 (9,1)	5 (27,8)
min. ein herausforderndes Verhalten	4 (36,4)	11 (61,1)
QUALIDEM (MW in %, SD) (0-100)		
Gesamtscore (GDS<7)	71,9 (11,1)	66,7 (7,2)
Gesamtscore (GDS=7)	70,4 (11,4)	71,0 (8,3)
Pflegebeziehung	71,0 (25,6)	73,1 (18,1)
Positiver Affekt	79,3 (13,4)	80,9 (16,6)
Negativer Affekt	59,6 (20,7)	63,0 (22,9)
Ruhelos	63,6 (31,5)	49,4 (26,5)
Positives Selbstbild	80,8 (20,6)	79,0 (30,0)
Soziale Beziehung	67,7 (16,1)	66,3 (14,8)
Soziale Isolation	84,9 (10,3)	70,4 (17,0)
sich zu Hause fühlen	92,4 (9,5)	88,9 (10,7)
etwas tun	36,4 (34,0)	31,5 (29,1)
Psychopathologie (NPI) (MW, SD) (0-144)	10,4 (10,9)	9,0 (7,6)

Tabelle 11: Kennwerte der Hauptzielkriterien zu t2 und t3

Alltagsfähigkeiten (EBI)

Der mittlere EBI-Gesamtwert zum zweiten Erhebungszeitraum liegt bei 28,6 Punkten; auf einer Skala von 0-64 liegt das im unteren mittleren Bereich. Somit bestehen bei den Studienteilnehmenden deutliche funktionale Einschränkungen (Mittelwert: 28,6 ± 16,1).

Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem EBI-Gesamtwert t2 und dem Alter (nach Altersklassen unterteilt) der Studienteilnehmenden (Spearman-Rho=0,105, p=0,759) oder den kognitiven Einschränkungen (FAST) (Spearman-Rho=0,282, p=0,401).

Eine univariate Kovarianzanalyse des EBI-Gesamtwertes unter Einbezug der erklärenden Variablen Alter und kognitive Funktionsfähigkeit (FAST) ergibt im zweiten Erhebungszeitraum keinen signifikanten Erklärungsansatz (vgl. Anhang B).

Der mittlere EBI-Gesamtwert t3 liegt bei 17,8 Punkten und liegt im unteren Bereich. Im Vergleich zum zweiten Erhebungszeitraum ist die durchschnittliche Alltagsfähigkeit der Studienteilnehmenden im dritten Erhebungszeitraum bedeutend schlechter. Somit bestehen im dritten Erhebungszeitraum deutliche funktionale Einschränkungen in den Alltagsfähigkeiten (t2: $28,6 \pm 16,1$; t3: $17,8 \pm 15,1$).

Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem EBI-Gesamtwert t3 und dem Alter (nach Altersklassen unterteilt) der Studienteilnehmenden (Spearman-Rho=-0,189, p=0,453) oder den kognitiven Einschränkungen (FAST) (Spearman-Rho=-0,099, p=0,695).

Eine univariate Kovarianzanalyse des EBI-Gesamtwertes unter Einbezug der erklärenden Variablen Alter und kognitive Funktionsfähigkeit (FAST) ergibt im dritten Erhebungszeitraum keinen signifikanten Erklärungsansatz (vgl. Anhang C).

Herausforderndes Verhalten (CMAI)

Zum Zeitpunkt der Befragung ist bei drei Personen (27,3%) innerhalb der letzten zwei Wochen unangemessenes Verhalten aufgetreten. Zwei Personen (18,2%) verhalten sich agitiert und bei einer Person (9,1%) kommt es zu aggressivem Verhalten. Vier Personen (36,4%) zeigen mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise.

Im zweiten Erhebungszeitraum besteht zwischen dem Alter und den drei Kategorien des herausfordernden Verhaltens bzw. mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise kein Zusammenhang (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, p=0,358). Demnach gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Auftreten einer herausfordernden Verhaltensweise. Es besteht ein statistisch starker Zusammenhang zwischen mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise und den kognitiven Einschränkungen (FAST) (Cramer-V=0,828; p=0,023). Dieses Ergebnis bedeutet, je höher der Demenzschweregrad (FAST) ist, desto häufiger tritt mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise auf. Zudem besteht eine Tendenz zu unangemessenem Verhalten (Cramer-V=0,671; p=0,084). Das bedeutet: je höher der Demenzschweregrad (FAST) ist, desto häufiger tritt unangemessenes Verhalten auf.

Es besteht eine positive moderate tendenzielle Korrelation zwischen der Häufigkeit vom Hundebesuchsdienst und mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise (Cramer-V=0,571; p=0,058). Dieses Ergebnis lässt darauf schließen, dass die Studienteilnehmer/innen, die mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise zeigen, häufiger an dem Hundebesuchsdienst teilnehmen.

Im Vergleich zum zweiten Erhebungszeitraum weisen alle drei Kategorien des herausfordernden Verhaltens im dritten Erhebungszeitraum höhere Zahlen auf. Im dritten Erhebungszeitraum tritt in den vergangenen zwei Wochen zum Zeitpunkt der Befragung

unangemessenes Verhalten bei etwas weniger als der Hälfte der Personen (44,4%, n=8) auf. Bei etwas über einem Viertel der Personen (27,8%, n=5) treten sowohl agitiertes Verhalten als auch aggressives Verhalten auf. Fast zwei Drittel der Personen (61,1%, n=11) zeigen mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise.

Im dritten Erhebungszeitraum bestehen zwischen den drei Kategorien des herausfordernden Verhaltens und dem Alter bzw. den kognitiven Einschränkungen (FAST) keine Korrelationen. Ebenfalls bestehen keine Korrelationen zwischen mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise und dem Alter bzw. den kognitiven Einschränkungen (FAST). Es besteht eine positive moderate tendenzielle Korrelation zwischen der Häufigkeit vom Hundebesuchsdienst und mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise (Cramer-V=0,433; p=0,066). Dieses Ergebnis zeigt, dass die Studienteilnehmer/innen mit mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise häufiger an dem Hundebesuchsdienst teilnehmen.

Lebensqualität (QUALIDEM)

Für die Übersichtlichkeit der Ergebnisse werden die folgenden Korrelationen für den Gesamtscore und die neun Subdomänen in zwei Tabellen dargestellt (vgl. Anhang D&E).

Zum zweiten Erhebungszeitraum zeigen die durchschnittlichen Kennwerte der neun Subdomänen die höchsten Werte auf den Skalen „sich zu Hause fühlen“, „Soziale Isolation“, „Positives Selbstbild“ sowie „Positiver Affekt“. Die Skala „etwas tun“ zeigt den geringsten durchschnittlichen Wert.

Es besteht im zweiten Erhebungszeitraum eine positive starke Korrelation zwischen der Subdomäne „Soziale Beziehungen“ und der kognitiven Funktionsfähigkeit (FAST) (Spearman-Rho=0,811; p=0,002) sowie eine positive moderate Tendenz zu der Subdomäne „etwas tun“ (Spearman-Rho=0,580; p=0,062). Diese Ergebnisse bedeuten, je höher der Demenzschweregrad ist, desto höher ist die Lebensqualität im Bereich „Soziale Beziehungen“ bzw. im Bereich „etwas tun“.

Es besteht ebenfalls im zweiten Erhebungszeitraum eine positive moderate Korrelation zwischen der Subdomäne „Pflegerbeziehung“ und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes (Spearman-Rho=0,630; p=0,038). Je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität im Bereich „Pflegerbeziehung“.

Es besteht eine negative moderate tendenzielle Korrelation zwischen der Subdomäne „Soziale Isolation“ und dem Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft (Spearman-Rho=-0,577; p=0,063). Je geringer die Lebensqualität im Bereich „Soziale Isolation“ ist, desto weniger findet der Hundebesuchsdienst in der Gemeinschaft statt.

Es besteht eine negative starke Korrelation zwischen dem Gesamtscore (GDS<7) und dem Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft (Spearman-Rho=-0,840; p=0,036). Je niedriger die gesamte Lebensqualität bei den Studienteilnehmern/innen mit geringeren kognitiven

Funktionseinschränkungen ist, desto weniger findet der Hundebesuchsdienst in der Gemeinschaft statt. Zudem besteht eine positive starke Korrelation zwischen dem Gesamtscore (GDS<7) und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes (Spearman-Rho=0,840; p=0,036). Je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die gesamte Lebensqualität bei den Studienteilnehmern/innen mit geringeren kognitiven Funktionseinschränkungen.

Die Subdomäne „Ruhelos“ und die Tatsache, dass die Studienteilnehmer/innen in der Vergangenheit ein eigenes Haustier hatten, sind tendenziell abhängig voneinander (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, p=0,051).

Univariate Kovarianzanalysen der neun Qualidem-Subdomänen und des Qualidem-Gesamtscores unter Einbezug der erklärenden Variablen Alter und kognitive Funktionsfähigkeit (FAST) ergeben im zweiten Erhebungszeitraum einen signifikanten Erklärungsansatz. Die Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit (FAST) ist ein moderater signifikanter Einflussfaktor in der Subdomäne „Soziale Beziehung“ (R²=0,585; p=0,028). Demnach hat die kognitive Funktionsfähigkeit der Studienteilnehmer/innen einen moderaten Einfluss auf die Lebensqualität im Bereich „Soziale Beziehung“.

Durchschnittlich finden sich zum dritten Erhebungszeitraum die höchsten Werte auf den Skalen „sich zu Hause fühlen“, „Positiver Affekt“ sowie „Positives Selbstbild“ wider. Wie auch im zweiten Erhebungszeitraum zeigt die Skala „etwas tun“ den geringsten durchschnittlichen Wert.

Es gibt im Vergleich zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitraum Verschlechterungen von über zwölf Punkten in den Subdomänen „Ruhelos“ (t2: 63,6 ± 31,5; t3: 49,4 ± 26,5) und „Soziale Isolation“ (t2: 84,9 ± 10,3; t3: 70,4 ± 17,0). Bei den anderen Subdomänen sind die erhobenen Werte zwischen dem zweiten und dritten Erhebungszeitraum nahezu unverändert und statistisch nicht nachweisbar.

Im dritten Erhebungszeitraum bestehen zwischen dem Qualidem und dem Alter der Studienteilnehmenden keine Zusammenhänge. Es besteht eine moderate positive Korrelation zwischen der Subdomäne „Positives Selbstbild“ und den kognitiven Einschränkungen (FAST) (Spearman-Rho=0,496; p=0,036) sowie zu der Subdomäne „etwas tun“ (Spearman-Rho=0,474; p=0,047). Die beiden statistisch signifikanten Ergebnisse sagen aus, je höher der Demenzschweregrad ist, desto höher ist die Lebensqualität im Bereich „Positives Selbstbild“ bzw. im Bereich „etwas tun“.

Im dritten Erhebungszeitraum wurde beim Test auf Zusammenhang zwischen dem Qualidem und dem Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft eine moderate positive Korrelation zu der Subdomäne „etwas tun“ festgestellt (Spearman-Rho=0,489; p=0,040). Demnach bedeutet dieses statistisch signifikante Ergebnis: findet der Hundebesuchsdienst in der Gemeinschaft statt, dann ist die Lebensqualität im Bereich „etwas tun“ höher. Bei allen anderen möglichen bivariaten Korrelationen wurden keine statistisch signifikanten Ergebnisse festgestellt.

Wie bereits im zweiten Erhebungszeitraum besteht ebenfalls im dritten Erhebungszeitraum eine moderate positive Korrelation zwischen der Subdomäne „Pflegerbeziehung“ und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes (Spearman-Rho=0,525; p=0,025). Das Ergebnis bedeutet, je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität im Bereich „Pflegerbeziehung“.

Ebenfalls besteht im dritten Erhebungszeitraum eine tendenzielle Abhängigkeit zwischen der Subdomäne „Ruhelos“ und der Tatsache, dass die Studienteilnehmer/innen in der Vergangenheit ein eigenes Haustier besaßen (Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, p=0,072).

Univariate Kovarianzanalysen der neun Qualidem-Subdomänen und des Qualidem-Gesamtscores unter Einbezug der erklärenden Variablen Alter, Geschlecht und kognitiver Funktionsfähigkeit (FAST) ergeben im dritten Erhebungszeitraum einen signifikanten Erklärungsansatz. Die Einschränkung der kognitiven Funktionsfähigkeit (FAST) ist ein leichter signifikanter Einflussfaktor in der Subdomäne „etwas tun“ (R²=0,258; p=0,038). Demnach hat die kognitive Funktionsfähigkeit der Studienteilnehmer/innen einen leichten Einfluss auf die Lebensqualität im Bereich „etwas tun“.

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

Wie die folgende Abbildung verdeutlicht, zeigen im zweiten Erhebungszeitraum zwei Studienteilnehmende eine Reizbarkeit auf. Bei zwei Studienteilnehmenden liegen jeweils Halluzination, Erregung, Angst, abweichendes motorisches Verhalten, Verhalten in der Nacht sowie Veränderung des Appetits vor. Euphorie oder Enthemmung zeigen keine der Personen (vgl. Abbildung 10).

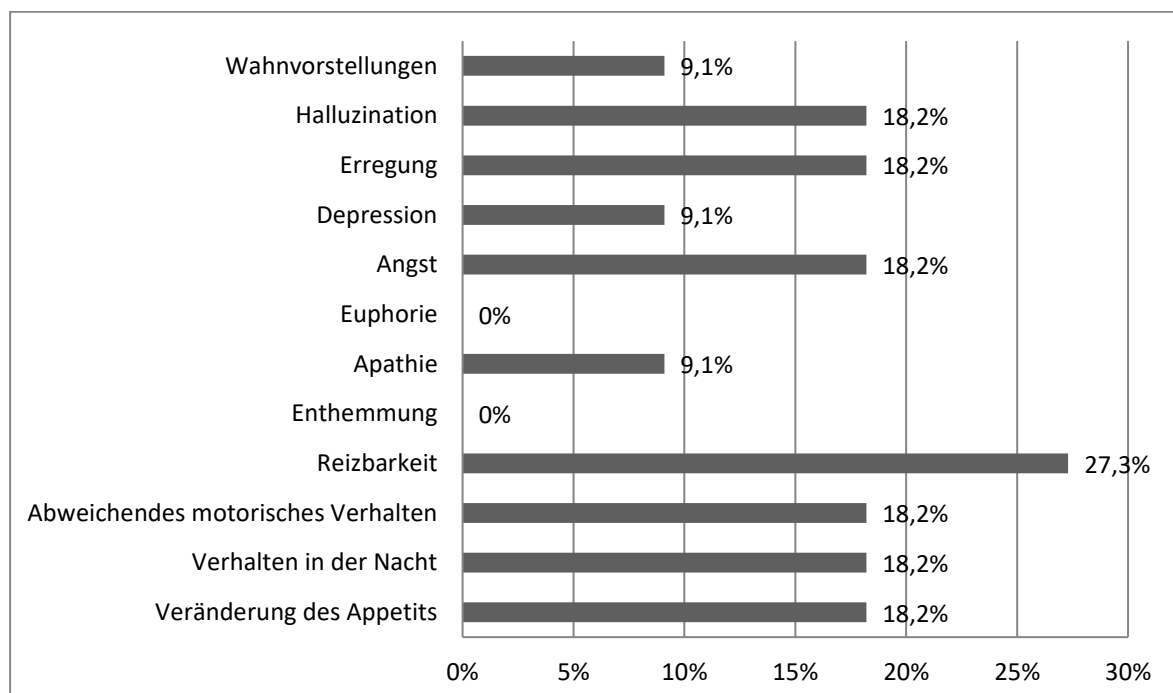


Abbildung 10: Häufigkeiten der NPI-Domänen im zweiten Erhebungszeitraum

Im zweiten Erhebungszeitraum liegt der mittlere NPI-Gesamtwert bei 10,4 Punkten (SD: 10,9); mit einem Minimum von drei und einem Maximum von 34 Punkten. Unter Berücksichtigung der Skala von 0-144, auf der der NPI-Gesamtwert aller zwölf Bereichswerte addiert wird, macht dieses Ergebnis deutlich, dass bei den Studienteilnehmern/innen kaum psychopathologische Verhaltensweisen vorliegen. Bei den 63,6% der Studienteilnehmenden liegt der Gesamtscore bei drei und mehr Punkten, d.h. entweder kommt ein Symptom in starker Ausprägung vor oder es liegen zwei bis drei Symptome in leichterer Form vor. Die zwölf Symptome liegen bei der Interventionsgruppe in den vergangenen zwei Wochen zum Befragungszeitpunkt unterschiedlich ausgeprägt vor.

Im zweiten Erhebungszeitraum besteht zwischen dem NPI-Gesamtwert und dem Alter kein Zusammenhang (Pearson $r=0,593$; $p=0,160$). Es besteht ebenfalls kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem NPI-Gesamtwert und den kognitiven Einschränkungen (FAST) (Spearman-Rho= $0,506$; $p=0,247$).

Eine univariate Kovarianzanalyse des NPI-Gesamtwertes unter Einbezug der erklärenden Variablen Alter und kognitive Funktionsfähigkeit (FAST) ergibt im zweiten Erhebungszeitraum keinen signifikanten Erklärungsansatz.

Wie die folgende Abbildung 11 zeigt, liegen im dritten Erhebungszeitraum bei sechs Personen Erregung sowie abweichendes motorisches Verhalten vor. Vier Personen zeigen Angst und Veränderung des Appetits. Eine Depression oder Apathie liegen bei keinen Personen vor.

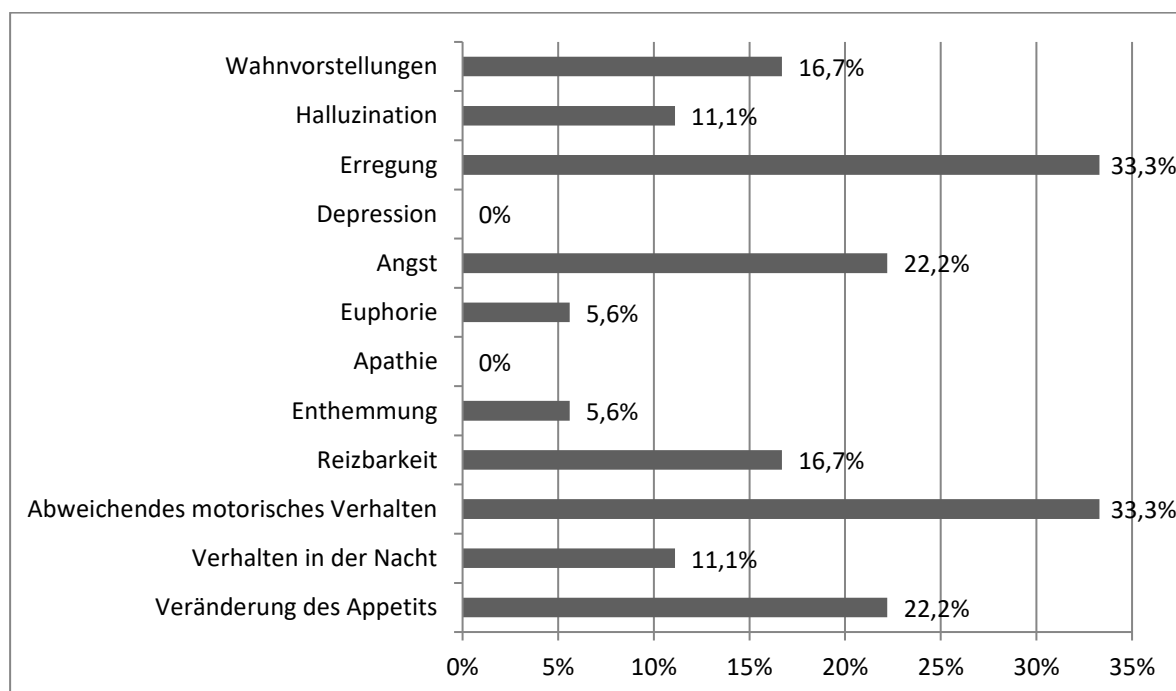


Abbildung 11: Häufigkeiten der NPI-Domänen im dritten Erhebungszeitraum

Im dritten Erhebungszeitraum liegt der mittlere NPI-Gesamtwert bei 9,0 Punkten (SD: 7,6); mit einem Minimum von zwei und einem Maximum von 24 Punkten ist er fast gleich wie im zweiten Erhebungszeitraum ($t_2: 10,4 \pm 10,9$). Demnach liegen auch im dritten Erhebungszeitraum bei den Studienteilnehmern/innen kaum psychopathologische Verhaltensweisen vor. Bei den 77,8% ($n=14$) der Studienteilnehmenden liegt der Gesamtscore bei zwei und mehr Punkten, d.h. entweder kommt ein Symptom in mäßiger Ausprägung vor oder es liegen zwei bis drei Symptome in leichter Form vor. Die zwölf Symptome treten in der Interventionsgruppe in den vergangenen zwei Wochen zum Befragungszeitpunkt unterschiedlich ausgeprägt auf.

Im dritten Erhebungszeitraum besteht zwischen dem NPI-Gesamtwert und dem Alter kein Zusammenhang (Pearson $r=0,034$; $p=0,907$). Es besteht eine moderate negative tendenzielle Korrelation zwischen dem NPI-Gesamtwert und den kognitiven Einschränkungen (FAST) (Spearman-Rho= $-0,481$; $p=0,082$). Je weniger die psychopathologischen Verhaltensweisen vorkommen, desto höher sind die kognitiven Einschränkungen vorhanden. Es besteht eine moderate negative Korrelation zwischen dem NPI-Gesamtwert und dem Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft (Spearman-Rho= $-0,594$; $p=0,025$). Je weniger die psychopathologischen Verhaltensweisen vorkommen, desto häufiger findet der Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft statt.

Eine univariate Kovarianzanalyse des NPI-Gesamtwertes unter Einbezug der erklärenden Variablen Alter und kognitive Funktionsfähigkeit (FAST) ergibt im dritten Erhebungszeitraum einen moderaten signifikanten Erklärungsansatz. Die kognitive Funktionsfähigkeit (FAST) ist ein moderater signifikanter Einflussfaktor ($R^2=0,313$; $p=0,047$). Demnach hat die kognitive Funktionsfähigkeit der Studienteilnehmer/innen einen moderaten Einfluss auf das Auftreten der psychopathologischen Verhaltensweisen.

6.1.2 Gruppenvergleich Intervention- und Kontrollgruppe

An dieser Stelle wird die Kontrollgruppe (K-Gruppe) aus der WGQual-Studie zu der Interventionsgruppe (I-Gruppe) jeweils zum zweiten und zum dritten Erhebungszeitraum gematcht. Zur Übersicht werden die wichtigsten Hauptzielkriterien mithilfe einer Tabelle dargestellt (vgl. Tabelle 12).

Das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmenden aus der WGQual-Studie beträgt 81,2 (SD 8,6) Jahre. Es nehmen überwiegend Frauen mit Demenz (88,9 %) an der WGQual-Studie teil. Fast zwei Drittel der Studienteilnehmenden ($n=11$, 61,1%) sind in der Pflegestufe II eingestuft. Alle Studienteilnehmenden haben eine ärztlich diagnostizierte Demenz ($n=18$, 100%). Dabei haben die Hälfte der Personen ($n=9$, 50,0%) eine allgemeine Demenz, die nicht näher diagnostiziert wurde. Sechs Personen (33,3%) haben eine Demenz vom Alzheimer-Typ und weitere drei Personen (16,7%) eine andere Art von Demenz, wie demenzielles Syndrom bzw. eine Demenz mit Realitätsverlust. Die Stichprobe weist durch die Demenz schwere Einschränkungen auf (FAST Median: 6).

Erhebungszeitraum	T2			T3	
Hauptzielkriterien	K-Gruppe (n=18)	I-Gruppe (n=11)	Gruppen- vergleich	I-Gruppe (n=18)	Gruppen- vergleich
Alter in Jahren (MW, SD)	81,2 (8,6)	80,9 (8,4)	0,938 ¹	80,9	0,320 ¹
Geschlecht (n, %)			1,000 ²		1,000 ²
Weiblich	16 (88,9)	10 (90,9)		17 (94,4)	
Männlich	2 (11,1)	1 (9,1)		1 (5,6)	
Pflegestufe (n, %)			Rho= -0,025; 0,897 ⁴		Rho=- 0,265; 0,119 ⁴
I	3 (16,7)	1 (9,1)		1 (5,6)	
II	11 (61,1)	8 (72,7)		9 (50,0)	
III	4 (22,2)	2 (18,2)		8 (44,4)	
Einschränkung durch Demenz (FAST, 0-7) (n, %)					
bis zu mittelschwere (FAST ≤ 5)	3 (16,7)	1 (9,1)	0,749 ³	--	0,094 ³
schwere (FAST 6)	9 (50,0)	5 (45,5)		7 (38,9)	
sehr schwere (FAST 7)	6 (33,3)	5 (45,5)		11 (61,1)	
Alltagsfähigkeiten (EBI) (MW, SD) (0-64)	38,5 (14,9)	28,6 (16,1)	0,112 ¹	17,8 (15,1)	< 0,001¹
CMAI (n, %)					
Unangemessenes Verhalten	11 (61,1)	3 (27,3)	0,128 ²	8 (44,4)	0,505 ²
Agitiertes Verhalten	9 (50,0)	2 (18,2)	0,125 ²	5 (27,8)	0,305 ²
Aggressives Verhalten	4 (22,2)	1 (9,1)	0,622 ²	5 (27,8)	1,000²
min. 1 herausforderndes Verhalten	14 (77,8)	4 (36,4)	0,048²	11 (61,1)	0,471 ²
QUALIDEM (MW, SD) (0-100)					
Gesamtscore (GDS<7)	62,0 (14,0)	71,9 (11,1)	0,152 ¹	66,7 (7,2)	0,430 ¹
Gesamtscore (GDS=7)	63,7 (22,1)	70,4 (11,4)	0,556 ¹	71,0 (8,3)	0,329 ¹
Pflegebeziehung	66,0 (22,7)	71,0 (25,6)	0,585 ¹	73,1 (18,1)	0,388 ¹
Positiver Affekt	66,5 (28,7)	79,3 (13,4)	0,179 ¹	80,9 (16,6)	0,075 ¹
Negativer Affekt	58,3 (31,8)	59,6 (20,7)	0,908 ¹	63,0 (22,9)	0,619 ¹
Ruhelos	50,6 (29,3)	63,6 (31,5)	0,269 ¹	49,4 (26,5)	0,896 ¹
Positives Selbstbild	69,3 (28,2)	80,8 (20,6)	0,279 ¹	79,0 (30,0)	0,381 ¹
Soziale Beziehung	65,3 (20,3)	67,7 (16,1)	0,741 ¹	66,3 (14,8)	0,335 ¹
Soziale Isolation	58,0 (28,1)	84,9 (10,3)	0,005¹	70,4 (17,0)	0,120 ¹
sich zu Hause fühlen	67,7 (28,6)	92,4 (9,5)	0,012¹	88,9 (10,7)	0,008¹
etwas tun	47,2 (30,8)	36,4 (34,0)	0,431 ¹	31,5 (29,1)	0,167 ¹
Psychopathologie (NPI) (MW, SD) (0-144)	18,2 (11,6)	10,4 (10,9)	0,175 ¹	9,0 (7,6)	0,025¹

Tabelle 12: Kennwerte der Hauptzielkriterien zu t2 und t3

¹ t-Test; ² exakter Test nach Fisher; ³ Chi-Quadrat-Test; ⁴ Korrelation nach Spearman

Alltagsfähigkeiten (EBI)

Der mittlere Wert des EBI-Gesamt der Kontrollgruppe liegt bei 38,5 Punkten: auf einer Skala von 0-64 liegt das im mittleren Bereich.

Es gibt keinen signifikanten Mittelwertunterschied in den Alltagsfähigkeiten zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe im zweiten Erhebungszeitraum (t-Test, $p=0,112$).

Im dritten Erhebungszeitraum besteht in den Alltagsfähigkeiten ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (t-Test: $p<0,001$). Im arithmetischen Mittel der Alltagsfähigkeiten (EBI) hat die Interventionsgruppe mit 17,8 Punkten einen deutlich niedrigeren Wert als die Kontrollgruppe mit 38,5 Punkten. Demnach weist die Interventionsgruppe deutlich höhere Einschränkungen in den Alltagsfähigkeiten auf.

Herausforderndes Verhalten - CMAI

Im zweiten Erhebungszeitraum verhalten sich fast zwei Drittel der Personen (61,1%, $n=11$) unangemessen innerhalb der vergangenen zwei Wochen zum Zeitpunkt der Befragung. Die Hälfte der Personen (50,0%, $n=9$) verhalten sich agitiert sowie knapp ein Viertel der Personen aggressiv (22,2%, $n=4$). Über drei Viertel der Personen (77,8%, $n=14$) zeigen mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise.

Mehr als dreimal so viele Studienteilnehmenden zeigen zum zweiten Erhebungszeitraum in der Kontrollgruppe ($n=14$) signifikant häufiger mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise mehr als in der Interventionsgruppe ($n=4$) (exakter Test nach Fisher, $p=0,048$). Zum dritten Erhebungszeitraum tritt die Häufigkeit des aggressiven Verhaltens in der Interventions- und Kontrollgruppe ($n=13/n=14$) fast gleich auf (exakter Test nach Fisher, $p=1,000$).

Lebensqualität – Qualidem

Beim Qualidem-Gesamtscore werden keine Unterschiede der Gruppenmittelwerte festgestellt. Insgesamt zeigt die Kontrollgruppe in allen Qualidem-Subdomänen im Vergleich zu der Interventionsgruppe in beiden Erhebungszeiträumen niedrigere Werte. Demnach ist die Lebensqualität in der Kontrollgruppe niedriger als in der Interventionsgruppe in beiden Erhebungszeiträumen.

Im zweiten Erhebungszeitraum besteht in der Lebensqualität im Bereich „Soziale Isolation“ ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (t-Test: $p=0,005$). Im arithmetischen Mittel der Lebensqualität im Bereich „Soziale Isolation“ hat die Interventionsgruppe mit 84,9 Punkten einen deutlich höheren Wert als die Kontrollgruppe mit 58,0 Punkten. Demnach weist die Interventionsgruppe eine deutlich höhere Lebensqualität im Bereich „Soziale Isolation“ auf.

Im zweiten Erhebungszeitraum besteht in der Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“ ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (t-Test: $p=0,012$). Im arithmetischen Mittel der Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“ hat die Interventionsgruppe mit 92,4 Punkten einen deutlich höheren Wert als die Kontrollgruppe mit 67,7 Punkten. Demnach weist die Interventionsgruppe eine deutlich höhere Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“ auf.

Im dritten Erhebungszeitraum besteht in der Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“ ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (t-Test: $p=0,008$). Im arithmetischen Mittel der Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“ hat die Interventionsgruppe mit 88,9 Punkten einen deutlich höheren Wert als die Kontrollgruppe mit 67,7 Punkten. Demnach weist die Interventionsgruppe eine deutlich höhere Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“ auf.

Psychopathologie – NPI

Der mittlere NPI-Gesamtwert der Kontrollgruppe liegt bei 18,2 Punkten (SD: 11,6); mit einem Minimum von einem und einem Maximum von 33 Punkten. Unter Berücksichtigung der Skala von 0-144, macht dieses Ergebnis deutlich, dass nur bei wenigen Studienteilnehmern/innen psychopathologische Verhaltensweisen vorliegen.

Im zweiten Erhebungszeitraum wird kein signifikanter Mittelwertunterschied beim NPI-Gesamtwert zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt (t-Test, $p=0,175$).

Im dritten Erhebungszeitraum besteht in der Psychopathologie ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe (t-Test: $p=0,025$). Im arithmetischen Mittel der Psychopathologie (NPI) hat die Interventionsgruppe mit 9,0 Punkten einen deutlich niedrigeren Wert als die Kontrollgruppe mit 18,2 Punkten. Demnach weist die Interventionsgruppe im Vergleich deutlich niedrigere Einschränkungen in der Psychopathologie auf.

Soziale Kontakte

In der folgenden Tabelle 13 werden die verschiedenen sozialen Kontakte der Studienteilnehmenden aufgeteilt nach Interventions- bzw. Kontrollgruppe dargestellt.

Soziale Kontakte		K-Gruppe (n=18)	I-Gruppe (n=11)	Gruppen- vergleich	I-Gruppe (n=18)	Gruppen- vergleich
Kontakt zu Angehörigen	(fast) nie	38,5	37,5	0,738 ¹	44,4%	0,347 ¹
	ein- bis zweimal im Monat	23,1	20,8		5,6%	
	ein bis mehrmals in der Woche	38,5	37,5		38,9%	
	täglich	--	4,2		11,1%	
Kontakt zu Ehren- amtlichen	(fast) nie	50,0	64,7	0,600 ²	72,2%	0,395 ¹
	ein- bis zweimal im Monat	--	--		5,6%	
	ein bis mehrmals in der Woche	50,0	35,3		22,2%	
	täglich	--	--		--	
Kontakt zu Freunden / Bekanntem	(fast) nie	71,4	83,3	0,393 ¹	72,2%	0,374 ¹
	ein- bis zweimal im Monat	14,3	11,1		22,2%	
	ein bis mehrmals in der Woche	14,3	5,6		--	
	täglich	--	--		5,6%	
Kontakt zu Nachbarn	(fast) nie	80,0	87,5	1,000 ²	94,4%	0,395 ²
	ein- bis zweimal im Monat	20,0	12,5		5,6%	
	ein bis mehrmals in der Woche	--	--		--	
	täglich	--	--		--	

Tabelle 13: Häufigkeiten der sozialen Kontakte im Gruppenvergleich

¹ Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest; ² exakter Test nach Fisher

6.1.3 Längsschnitt - Ergebnisse im zeitlichen Verlauf

Mithilfe einer Tabelle wird ein Überblick über die statistischen Kennwerte der Hauptzielkriterien zum Längsschnitt gegeben (vgl. Tabelle 14). Insgesamt unterscheiden sich die Hauptzielkriterien im zeitlichen Verlauf zu den zuvor berichteten Daten nicht.

Zusammenfassend gibt es innerhalb eines halben Jahres zwischen den beiden Erhebungszeiträumen in der Interventionsgruppe eine leichte Verschlechterung der kognitiven Funktionsfähigkeiten bei den Studienteilnehmenden.

Die Alltagsfähigkeiten der Studienteilnehmenden verschlechtern sich um 6 Punkte.

Die herausfordernden Verhaltensweisen der Studienteilnehmer/innen verändern sich innerhalb des halben Jahres nur unwesentlich. Jedoch fällt auf, dass das Auftreten von mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise von 40% auf 70% ansteigt.

Für die Studienteilnehmer/innen mit einem geringeren Demenzschweregrad gibt es eine Verschlechterung der allgemeinen Lebensqualität um 4,3 Punkte. Bei den Studienteilnehmern/innen mit einem höheren Demenzschweregrad steigt dagegen die allgemeine Lebensqualität um 2,6 Punkte an. Zudem verringert sich innerhalb eines halben Jahres die Lebensqualität erheblich im Bereich „Positives Selbstbild“ um 14,5 Punkte, im Bereich „Soziale Isolation“ um 10 Punkte und im Bereich „etwas tun“ um 5 Punkte. Dagegen verbessert sich die Lebensqualität im Bereich „Ruhelos“ um 5,6 Punkte.

Abschließend wird bei den Studienteilnehmern/innen der Interventionsgruppe innerhalb des halben Jahres keine wesentlichen Veränderungen der Psychopathologie festgestellt.

Hauptzielkriterien	Längsschnitt zu t2 (n=10)	Längsschnitt zu t3 (n=10)
Alter in Jahren (MW, SD)	81,1 (8,8)	81,1 (8,8)
Geschlecht (n, %)		
Weiblich	9 (90,0)	9 (90,0)
Männlich	1 (10,0)	1 (10,0)
Pflegestufe (n, %)		
I	1 (10,0)	1 (10,0)
II	7 (70,0)	6 (60,0)
III	2 (20,0)	3 (30,0)
Einschränkung durch Demenz (FAST, 0-7) (n, %)		
bis zu mittelschwere (FAST ≤ 5)	1 (10,0)	--
schwere (FAST 6)	4 (40,0)	5 (50,0)
sehr schwere (FAST 7)	5 (50,0)	5 (50,0)
Alltagsfähigkeiten (EBI) (MW, SD) (0-64)	29,6 (16,6)	23,6 (16,8)
CMAI (n, %)		
Unangemessenes Verhalten	3 (30,0)	4 ((40,0)
Agitiertes Verhalten	2 (20,0)	2 (20,0)
Aggressives Verhalten	1 (10,0)	2 (20,0)
min. 1 herausforderndes Verhalten	4 (40,0)	7 (70,0)
QUALIDEM (MW, SD) (0-100)		
Gesamtscore (GDS<7)	69,9 (11,1)	65,6 (6,9)
Gesamtscore (GDS=7)	70,4 (11,4)	73,0 (8,1)
Pflegerbeziehung	69,0 (26,1)	71,4 (18,0)
Positiver Affekt	78,3 (13,7)	76,7 (15,7)
Negativer Affekt	57,8 (20,8)	56,7 (21,3)
Ruhelos	60,0 (30,6)	65,6 (21,2)
Positives Selbstbild	78,9 (20,6)	64,4 (33,9)
Soziale Beziehung	68,9 (16,4)	67,2 (17,8)
Soziale Isolation	83,4 (9,4)	73,4 (11,9)
sich zu Hause fühlen	91,7 (9,6)	91,7 (10,4)
etwas tun	40,0 (33,5)	35,0 (33,7)
Psychopathologie (NPI) (MW, SD) (0-144)	10,4 (10,9)	10,0 (8,6)

Tabelle 14: Kennwerte der Hauptzielkriterien im Verlauf t2 zu t3

6.2 Qualitative Experten/innen-Interviews

Bei den vier befragten Expertinnen handelt es sich um zwei Mitarbeiterinnen, die in zwei verschiedenen ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in der täglichen Betreuung und Pflege arbeiten. Zudem wurden zwei ehrenamtliche Mitarbeiterinnen interviewt, die mit Beginn der Studie jeweils mit ihrem eigenen Hund eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz regelmäßig besuchen.

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vier geführten Interviews mit den Expertinnen zum Thema aufgezeigt. Die Ergebnisse werden nach den verschiedenen Themen (Kategorien) jeweils differenziert zunächst aus der Sicht der beiden Mitarbeiterinnen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften und darauf folgend aus der Sicht der beiden Ehrenamtlichen vom Verein „Leben mit Tieren e.V.“ dargestellt. Diese getrennte Darstellung der Ergebnisse resultiert aus den Forschungsfragen, die auf die Mitarbeiterinnen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften (F2) und auf die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen (F3) ausgerichtet sind. Der selbst entwickelte Leitfaden diente der Forscherin während der Interviews als Orientierung.

Zunächst erfolgt eine kurze Vorstellung der befragten Expertinnen. Danach werden die persönlichen Erlebnisse der Expertinnen über den Hundebesuchsdienst abgebildet. Es folgt eine Darstellung der Aussagen zu den Veränderungen, seitdem der Hundebesuchsdienst regelmäßig in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften stattfindet, sowie der Erwartungen, die bei den Expertinnen durch den regelmäßigen Hundebesuchsdienst hervorgerufen wurden. Die Vorschläge der Expertinnen für Rahmenbedingungen, die den regelmäßigen Kontakt zu Hunden bzw. Tieren fördern oder hemmen, schließen sich daran an. Die zusätzlichen Informationen der Expertinnen werden in dem darauffolgenden Abschnitt aufgezeigt. Das Kapitel endet mit einer kurzen Zusammenfassung.

Die Namen der Expertinnen werden zur transparenten Lesbarkeit als Mitarbeiterin A bzw. B sowie Ehrenamtliche A bzw. B verwendet und sind dadurch gleichzeitig anonymisiert. Die Namen der Hunde sind frei erfunden und somit anonymisiert. An dieser Stelle wird angemerkt, dass die Zitatangaben immer Abschnittangaben sind, da die Interviews mithilfe der Software MAXQUDA ausgewertet wurden.

6.2.1 Erlebnisse

Zu Anfang des leitfadengestützten Interviews werden die Expertinnen nach ihren persönlichen Erlebnissen befragt. Die Befragten sollen sich zunächst an den Beginn des Hundebesuchsdienstes vor einem halben Jahr erinnern und von ihren individuellen Erlebnissen erzählen.

Aus Sicht der Mitarbeiterinnen

Die beiden Mitarbeiterinnen berichten von ihren Erlebnissen, die sie in der Interaktion zwischen einzelnen Bewohner/innen und den Hunden beobachteten. Beide

Mitarbeiterinnen berichten von einer positiven ersten Begegnung zwischen den Bewohner/innen und den Hunden.

„[A]lso eigentlich waren die Reaktionen von den Bewohnern durchweg positiv“ (Mitarbeiterin A: 31).

Weiter erklärt Mitarbeiterin A, „dass die Bewohner alle von [dem Hund] geredet haben“ (Mitarbeiterin A: 23). Und dass sich die Bewohner/innen immer gefreut haben, wenn der Hund außerhalb der Besuche in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft zum Thema wurde. Speziell eine Dame „hatte eigentlich immer im Vorfeld auch schon gefragt irgendwie „Wo ist denn der Hund? Wann kommt denn der Hund wieder?““ (Mitarbeiterin A: 26-27). Und eine andere Dame beobachtete sie in folgender Situation: „(...) die Besitzerin [hat den Hund] zu Frau R. gebracht und hat dann ihre Hand runtergeführt und Frau R. hat sofort gelächelt, als sie das Fell gespürt hat“ (Mitarbeiterin A: 29-30).

Die Hunde wurden von den Bewohnern/innen in beiden ambulant betreuten Wohngemeinschaften herzlich aufgenommen (Mitarbeiterin A: 39, Mitarbeiterin B: 23).

Auch die beiden Hunde machten den Eindruck auf die Mitarbeiterinnen, dass sie den Bewohner/innen positiv gegenüberstanden. Der eine Hund war am Anfang etwas aufgeregt und ging „von einem zum anderen, der [Hund] wusste glaub ich gar nicht, was auf ihn zukommt“ (Mitarbeiterin B: 31). Der andere Hund lief „ziemlich schnell irgendwie sehr routiniert hier durch [...] und selbstverständlich“ (Mitarbeiterin A: 45).

Eine Mitarbeiterin war von der Bewohnerin Frau R. überrascht, „wie routiniert die da noch immer ist, nach Jahren, der Hund ist ja schon längere Zeit, ich glaube 7 Jahre oder so schon nicht mehr, aber also wie das so ja noch drin ist in den Leuten, wie man so halt mit diesem Hund umgeht“ (Mitarbeiterin A: 49).

Und bei der Bewohnerin Frau L. war der Mitarbeiterin gar nicht so bewusst, „wie sehr sie [Frau L.] eigentlich Tiere mag“ (Mitarbeiterin A: 53). Darüber hinaus war die Mitarbeiterin über die Normalität, wie die Bewohner/innen mit den Hunden interagiert haben, sehr überrascht und findet es „wirklich spannend irgendwie, wie das in den Köpfen der Leute immer noch drin ist, wie man halt mit Tieren umgeht“ (Mitarbeiterin A: 53).

Über eine andere Bewohnerin Frau W. berichtete sie, dass Frau W. sagte „ja, dann werd ich dem [Hund] mal Eierkuchen backen“ (Mitarbeiterin A: 55).

„[Frau W.] hatte mal nen Hund (...) und den hatte sie dann auch immer mit Eierkuchen gefüttert, weil der mochte Eierkuchen so gerne und das ist dann halt hängen geblieben, irgendwie, Hunde brauchen Eierkuchen“ (Mitarbeiterin A: 57).

In der anderen Wohngemeinschaft war die Mitarbeiterin von der Bewohnerin Frau S. „stark beeindruckt“, da diese mit dem Hund in kurzen vollständigen Sätzen spricht „so wie - na mein Kleiner, geht's dir gut?“ (Mitarbeiterin B: 57). Normalerweise spricht Frau S. „zwar irgendwie was wat, aber nicht zu verstehen [...], ja und da dann wirklich volle Sätze“ (Mitarbeiterin B: 61). Diese Interaktion „war gleich beim ersten Mal“ vorhanden

(Mitarbeiterin B: 67). Die Mitarbeiterin weiß über Frau S., dass sie als Kind einen Schäferhund besaß, aber nicht mehr im Erwachsenenalter (Mitarbeiterin B: 71).

Am nächsten Tag, nachdem der Hund zu Besuch war, haben die Mitarbeiterin und die Bewohner/innen der einen Wohngemeinschaft ein wenig über den Hundebesuchsdienst gesprochen. Dabei war sich die Mitarbeiterin nicht sicher, ob sich bei dem Gespräch alle Bewohner/innen an den Besuchshund oder an einen Hund aus der Vergangenheit erinnert haben (Mitarbeiterin A: 65). Die Mitarbeiterin hat die Bewohner/innen gefragt, wie der Besuch von dem Hund gewesen sei und einige der Mitbewohner/innen, die sich verbal äußern konnten, begannen über den Hund zu sprechen und „das [war] irgendwie sowas Verbindendes“ (Mitarbeiterin A: 67). Auch im Hinblick darauf, dass der Hund in der nächsten Woche wiederkommt, verspürte die Mitarbeiterin bei den Bewohnern/innen eine Vorfreude auf den nächsten Hundebesuch (Mitarbeiterin A: 69).

In der anderen Wohngemeinschaft wurde auch über den Hundebesuch gesprochen, nachdem der Hund weg war und die Bewohner/innen „fanden sie [den Hund] alle toll und sie freuen sich, wenn er wieder kommt“ (Mitarbeiterin B: 77).

Die beiden Mitarbeiterinnen erzählten, dass sie in beiden ambulant betreuten Wohngemeinschaften die Bewohner/innen durch kurze erinnernde Gespräche auf den Hundebesuchsdienst vorbereiten. In der einen ambulant betreuten Wohngemeinschaft wird immer beim Kaffeetrinken an den bevorstehenden Hundebesuchsdienst erinnert. Die Bewohner/innen, die sich verbal äußern können, freuen sich darüber und warten gespannt auf den Hund. Wenn sich das Mensch-Hund-Team bspw. ein paar Minuten verspätet, dann berichten die Mitarbeiterinnen von Kommentaren wie „na, jetzt müssen sie aber jeden Moment kommen“ (Mitarbeiterin B: 92).

In der anderen Wohngemeinschaft werden die Bewohner/innen mit kurzen Erinnerungsgesprächen auf den bevorstehenden Hundebesuch durch die Mitarbeiter/innen aufmerksam gemacht (Mitarbeiterin A: 73). Zudem hat die Ehrenamtliche ein Foto von ihrem Hund in der Wohngemeinschaft platziert, was die Mitarbeiter/innen den Bewohner/innen gerne zur Erinnerung zeigen (Mitarbeiterin A: 79).

Aus Sicht der Ehrenamtlichen

Die beiden Ehrenamtlichen berichten über ihre persönlichen Erlebnisse mit dem Hundebesuchsdienst in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz.

Die Ehrenamtliche A erzählt, dass sie bei ihrem ersten Besuch in der Wohngemeinschaft von einer Mitarbeiterin zu der Bewohnerin Frau W. ins Zimmer geschickt wurde, da diese schlechte Laune hatte und sie Hunde gerne mag. Der Hund saß bei der Ehrenamtlichen auf dem Schoß und die beiden Damen unterhielten sich über Hunde und die Bewohnerin erzählte der Ehrenamtlichen über ihre Erlebnisse mit ihren eigenen Hunden und ihrem Mann, der auch sehr mit ihrem Hund verbunden war.

Die Ehrenamtliche empfand diesen ersten Kontakt als sehr angenehm und sympathisch, obwohl sie womöglich ohne Hund bspw. auf offener Straße niemals in Kontakt getreten wären (Ehrenamtliche A: 32-34). Nach dem Gespräch mit Frau W., bei dem der Hund im Mittelpunkt stand, besuchte die Ehrenamtliche A die anderen Bewohner/innen in der offenen Wohn-Küche. Dieses Setting empfindet die Ehrenamtliche als schwierig, da der Hund unter dem Tisch nach Krümeln suchte und sich zudem eine Dame äußerte, dass der Hund nicht an den Tisch gehöre. Die Ehrenamtliche zeigt dafür Verständnis, da sie weiß, dass früher Hunde meistens auf dem Hof und vor allem draußen gehalten wurden. Danach führte die Ehrenamtliche mit einer anderen Dame, die im Wohnbereich in einem Sessel saß, ein Gespräch. Bei dem Gespräch empfand die Ehrenamtliche A ihren Hund als zweitrangig, er diene jedoch als „Türöffner“ (Ehrenamtliche A: 48).

Bei einer Seniorin hätte die Ehrenamtliche A „(...) am Anfang überhaupt nie gedacht [...], dass [sie] mit der [Bewohnerin] Kontakt aufnehmen würde und die hatte jetzt den Hund schon aufm Schoß und die reißt an dem und zieht an dem und der lässt sich das alles gefallen“ (Ehrenamtliche A: 90).

Auch die Ehrenamtliche B erzählt von ihrer ersten Begegnung mit ihrem Hund in der Wohngemeinschaft kurz von einer Dame, der es „mit dem Köter“ zu viel wurde und die dann aus dem Wohnbereich ging (Ehrenamtliche B: 33). Auch vom Verein „Leben mit Tieren e.V.“ werden die Ehrenamtlichen darauf hingewiesen, dass es bei den Hundebesuchen in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz immer Bewohner/innen geben kann, die keine Hunde mögen (Ehrenamtliche A: 55).

Da der Hund von der Ehrenamtlichen B sehr groß ist, gab es am Anfang eine gewisse Distanz seitens der Bewohner/innen, die aber schnell abgebaut werden konnte.

„[V]iele hatten dann auch erstmal Angst vor diesem großen Hund, also zu Fressen geben oder Bürsten und Streicheln, das fordert [mein Hund] ja ein von seiner Art, aber das war dann eher noch mit nen bisschen Abstand zu gucken und für mich war es noch aufregend, weil ich von meinem eigenen Ablauf da noch keine Ruhe reingebracht habe in der ersten Stunde. Das war alles relativ hektisch und unsicher und ja aufregend“ (Ehrenamtliche B: 29-34).

Alle anderen Bewohner/innen waren sehr neugierig und dem Hund gegenüber offen (Ehrenamtliche B: 33).

„Wenn man sie einmal gestreichelt hat, also weil sie so weich und so flauschig ist und sie fordert das auch ein, aber trotzdem war es so ne Vorsicht, also schon so dieser „AHA-Effekt“ „oh, ist die weich, ist die flauschig“ und sie will das ja auch, also sie geht auch wirklich zu jedem Einzelnen hin und will gestreichelt werden und stupst auch, wenn sie nicht gestreichelt wird und dann geht's. Aber trotzdem war am Anfang so ne Distanz spürbar“ (Ehrenamtliche B: 49).

Aufgrund des sehr großen Hundes gab es eine längere Pause zwischen dem ersten und dem zweiten Hundebesuch, da in der Wohngemeinschaft mit den Bewohnern/innen, den Mitarbeiter/innen und den Angehörigen diskutiert wurde, ob der Hund trotz der Größe die

Wohngemeinschaft weiter besuchen soll. Nach ein paar Wochen war dann klar, dass die Ehrenamtliche B mit ihrem großen Hund gerne wieder in die Wohngemeinschaft kommen darf. Bei diesem zweiten Besuch haben sich die Bewohner/innen trotz der wochenlangen Pause „direkt an den Hund erinnert“ (Ehrenamtliche B: 43).

Beide Ehrenamtlichen erzählen, wie unbedarft ihre Hunde zum ersten Mal in die ambulant betreute Wohngemeinschaft gegangen sind (Ehrenamtliche A: 56, Ehrenamtliche B: 51).

„Ich fand es aber ganz nett, wie mein Hund so, so unvorbelastet in diese Wohnung reinmarschierte und wie ich dann im Prinzip, es fiel mir dann doch etwas einfacher mit den älteren Damen und Herren [...] umzugehen, weil man immer das Gesprächsthema Hund hat“ (Ehrenamtliche A: 24-27).

„Aber Mimi ist sehr Gruppenkompatibel, also wenn irgendwo nen Raum mit Menschen ist, dann geht sie wirklich zu jedem Einzelnen hin und guckt, begrüßt den und sagt auch jedem einzelnen, auf ihre Art dann, „Guten Tag“ und lässt da auch keinen aus“ (Ehrenamtliche B: 51).

Beide Ehrenamtlichen berichten, dass sie beide ganz offen ohne bestimmte Vorstellungen in die ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz gegangen sind (Ehrenamtliche A: 60, Ehrenamtliche B: 57). Sie haben auch beide keine Verhaltensweisen der Bewohner/innen in Erinnerung, die sie völlig überraschten hatten oder womit sie „gar nicht umgehen“ konnten (Ehrenamtliche A: 68, Ehrenamtliche B: 57).

Die Ehrenamtliche A ergänzt noch, dass sie am Anfang etwas „scheu“ war, weil sie nicht genau wusste, wie sie sich verhalten sollte. Aber sie hat sich „wenig Gedanken“ darüber gemacht, wie sich ihr Hund verhält. Ihr Hund ist so „kompatibel“, daher hat sie sich darüber „nicht groß Sorgen“ gemacht (Ehrenamtliche A: 61).

Der erste Besuch in der Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz hat bei beiden Ehrenamtlichen unterschiedliche Eindrücke hinterlassen. Die Ehrenamtliche A war am Anfang etwas über den Zeitaufwand und die Verpflichtung besorgt, ob sie die Besuche mit An- und Abfahrt als pflichtbewusster Mensch neben Familie, Beruf etc. auch regelmäßig leisten kann. Jedoch hat sie festgestellt, dass „man [...] da auch rein [wächst], das kriegt man schon hin“ (Ehrenamtliche A: 72).

Die Ehrenamtliche B hatte nach ihrem ersten Besuch in der Wohngemeinschaft ein Gruppengefühl, „(...) wie so ne Gemeinschaft, die man für eine Stunde mal hat, mit dem Hund“ (Ehrenamtliche B: 59). Zu diesem Gruppengefühl hatte die Ehrenamtliche B noch den Eindruck, dass sie sich für die nächsten Besuche einen klaren Ablauf zu Recht legen sollte „(...) einmal für mich, für die Bewohner und in erster Linie für den Hund, dass der Hund einfach ganz klar weiß, was er hier zu tun hat und was nicht“ (Ehrenamtliche B: 63). Ihren ersten Besuch empfand die Ehrenamtliche B doch sehr unruhig und wollte durch einen klaren Ablauf eine gewisse Ruhe in die Gruppe bringen (Ehrenamtliche B: 63).

Beide Ehrenamtlichen berichten darüber, dass sie zum einen vom Verein „Leben mit Tieren e.V.“ geprüft wurden und zum anderen wurden sie auch vom Verein auf die Besuche in den

ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz vorbereitet. Hierfür gab es Informationsabende, an denen den neuen Ehrenamtlichen bspw. darüber berichtet wurde, dass nicht alle Menschen in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz positiv auf Hunde reagieren und wie sie damit umgehen können (Ehrenamtliche A: 78, Ehrenamtliche B: 67).

Die Ehrenamtliche B hat sich zusätzlich noch zusammen mit ihrem Sohn auf evtl. Vorkommnisse vorbereitet.

„(...) sowas wie wenn die alten Leute ihr aus der Hand nichts geben wollen, habe ich nen großen Löffel genommen und dann haben wir das mit ihr geübt, dass sie aus dem Löffel frisst und so Kleinigkeiten“ (Ehrenamtliche B: 67).

6.2.2 Veränderungen

Ebenfalls werden die Expertinnen nach den Veränderungen befragt, die sie festgestellt haben, seitdem der Hundebesuchsdienst regelmäßig über ein halbes Jahr in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz stattfindet.

Aus Sicht der Mitarbeiterinnen

Beide Mitarbeiterinnen können im Alltag der Bewohnerinnen keine Veränderungen feststellen. Eine Mitarbeiterin sucht hierfür nach Gründen.

„Das Problem ist eigentlich so nen bisschen, dass sich sehr viele Dinge geändert haben, seit 1-2 Jahren, also Bewohner sind verstorben, neue sind eingezogen, Mitarbeiter sind gegangen, Neue sind gekommen und das war ne sehr unruhige Zeit (...)“ (Mitarbeiterin A: 87).

Bei der Frage, ob sich der Hundebesuchsdienst in Bezug auf die sozialen Kontakte der Bewohner/innen auswirkt, erzählen beide Mitarbeiterinnen unterschiedliche Erlebnisse. Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sich die Bewohner/innen gemeinsam auf den Hund freuen und miteinander Gespräche führen, wenn bspw. die Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaft den Bewohner/innen mitteilen, dass heute Nachmittag der Hund wieder zu Besuch kommt. „(...), da war dann ne Gemeinschaft da, auf jeden Fall“ (Mitarbeiterin A: 89).

Hingegen gibt es solche Gespräche in der anderen Wohngemeinschaft nicht.

„Nee, also nicht, dass man jetzt denkt, der Hund ist weg und die unterhalten sich hinterher üben Hund. Passiert leider nicht. Nee“ (Mitarbeiterin B: 113).

Jedoch berichtet die Mitarbeiterin B, dass der Hundebesuchsdienst mit der Zeit immer öfter im Alltag zum Gesprächsthema wird. Außerdem erinnern sich manche der Bewohner/innen an den Hund, auch wenn dieser gerade nicht körperlich anwesend ist (Mitarbeiterin B 105-107).

Beide Mitarbeiterinnen sprechen bei der Frage nach der Veränderung der Lebensqualität der Bewohner/innen durch den Hundebesuchsdienst davon, dass sich die Bewohner/innen

an Dinge bspw. Kunststücke, die der Hund gezeigt hat, erinnern können. Auch wenn der Hundebesuchsdienst schon ein paar Tage her ist (Mitarbeiterin A: 93, Mitarbeiterin B: 127).

„Auch [Kunststückchen] blieb[en] bei Frau W. im Gedächtnis hängen, auch am nächsten Tag noch, dass sie dann gesagt hat „Ja, der [Hund] hat Kunststücke gemacht“ und das ist natürlich auch schon mal irgendwie für ne demente Frau schön, also ja, etwas Außergewöhnliches so“ (Mitarbeiterin A: 95).

Außerdem berichten die beiden Mitarbeiterinnen davon, dass durch den Hund „mehr Leben“ in die Wohngemeinschaft kommt (Mitarbeiterin B: 123).

„Also der [Hund] hat schon also die Leute auch im Herzen so berührt“ (Mitarbeiterin A: 97).

Die Mitarbeiterinnen können nicht feststellen, dass sich herausfordernde Verhaltensweisen bei Bewohner/innen durch den regelmäßigen Hundebesuchsdienst verändert haben. Nach Mitarbeiterin A gibt es zum Zeitpunkt des Interviews keine/n Bewohner/in in der Wohngemeinschaft mit herausfordernden Verhaltensweisen, der/die an dem Hundebesuchsdienst teilnimmt.

Nach der Frage, wie sich der Hundebesuchsdienst auf die allgemeine Stimmung in der Wohngemeinschaft oder im Team auswirkt, geben beide Mitarbeiter/innen an, dass das Team durch den Hundebesuchsdienst für diese gewisse Zeit entlastet wird (Mitarbeiterin A: 103, Mitarbeiterin B: 141).

„Ja, fürs Team wars eigentlich auch schön, weil wir natürlich auch das sehr schätzen, wenn jemand kommt und sich mit den Leuten beschäftigt (...) während wir irgendwo in den Pflegen stecken. (...) Von daher war das fürs Team auch immer sehr schön, wenn wir wussten, „ach der [Hund] kommt“, weil wir auch wussten irgendwie, dann ist auch innerhalb der WG, des Raumes hier ne gewisse Ruhe, aber auch ne gewisse Aufregtheit, aber ne positive Aufregtheit“ (Mitarbeiterin A: 103).

Zum einen sind die Bewohner/innen während des Hundebesuchsdienstes gut versorgt und die Mitarbeiter/innen können in dieser Zeit beruhigt andere Aufgaben erledigen. Zum anderen bringt es den Mitarbeiter/innen Freude zu sehen, „wie die sich freuen und wie Frau R. dann ganz selbstverständlich diesen Hund sachgemäß irgendwie mit Streicheleinheiten versorgt hat (...) das ist schon schön zu sehen, was da noch für Ressourcen dann eigentlich auch noch in den Leuten drinstecken, die du ja so gar nicht mitkriegen würdest, wenn du jetzt nicht so mit nem Hund ankommen würdest“ (Mitarbeiterin A: 107).

Aus Sicht der Ehrenamtlichen

Die Ehrenamtlichen werden befragt, welche Veränderungen sie bei den Bewohnern/innen sehen, seitdem sie sie regelmäßig mit ihrem Hund besuchen. Die Ehrenamtliche A stellt fest, dass die Senioren in kurzer Zeit sehr schnell altern (Ehrenamtliche A: 84).

Die andere Ehrenamtliche B berichtet über die größten Veränderungen bei einer Frau, „die so gut wie gar nicht spricht und wenn sie spricht, gaaaaanz langsam (...) die ist gar nicht mit ihrem Blick da, sondern die guckt irgendwie ins Leere. Und die ist aber wirklich mit jedem Besuch ist die offener geworden, hat immer mehr gelacht und war wirklich

irgendwann eine richtig lustige Frau. Und die wurde immer offener und immer fröhlicher, das war ganz ganz schön“ (Ehrenamtliche B: 71).

Weiter erzählt sie, dass „da ne Sicherheit und nen Wiedererkennungswert bei den Bewohnern/innen einfach von Mal zu Mal sich immer mehr, ja eingeschweift hat und auch mehr Sicherheit im Umgang mit ihr, wo kann man sie streicheln, was mag sie“ (Ehrenamtliche B: 77).

Die Ehrenamtliche B erklärt näher, dass die Senioren/innen beginnen sich an Dinge zu erinnern bzw. sie sich zu merken:

„[W]enn (...) ich was über Mimi erzähle, wenn ich sage „ach Mensch, Mimi hat nächste Woche oder morgen einen Tierarztbesuch, weil dies und das ist“, das wusste die eine Frau nächste Woche noch, da habe ich selbst nicht mehr dran gedacht, aber was diesen Hund betrifft, haben die sowas dann aufn Schirm. Und das finde ich sehr beeindruckend“ (Ehrenamtliche B: 79).

Der folgende Abschnitt handelt von der Veränderung einer Bewohnerin, die sowohl aus der Sicht der Mitarbeiterin A als auch aus der Sicht der Ehrenamtlichen A beobachtet werden, die die Bewohnerin Frau R. mit ihrem Hund besucht. Daher werden hier die Sichtweisen von beiden Expertinnen gemischt dargestellt.

Die Mitarbeiterin A erzählt von einer unruhigen Bewohnerin, die „auch im Sitzen irgendwie ist sie ja laufend in Bewegung und wenn der Hund da war und auch wenn der Hund auf ihrem Schoß war, dann war Frau R. wesentlich ruhiger“ (Mitarbeiterin A: 111). Die Mitarbeiterin erzählt weiter, dass die Bewohnerin früher jahrelang einen eigenen Hund hatte und „dass da einfach Erinnerungen von früher halt dann so hochkommen, dass sie in ihr dann Fähigkeiten auspacken, die sie sonst nicht auspacken, sozusagen. (...) das gehörte zu ihr und dadurch hat sie sich, glaub ich, anders wieder wahrgenommen“ (Mitarbeiterin A: 117).

Auf die Nachfrage, ob ein lebendiger Hund nicht durch ein Kuschtier ersetzt werden kann, sagte die Mitarbeiterin A „wenn du Frau R. nen Kuschtier oder Puppen oder sowas gibst, damit wird dann der Tisch gewischt, die fliegen durch die Gegend oder wird dran rumgerissen, das hat die nicht gemacht bei [dem Hund] (...). Da war sie ruhig, da hat sie diesen Hund einfach gestreichelt und nicht irgendwo gezerrt oder irgendwie sowas an dem“ (Mitarbeiterin A: 123).

Auch die Ehrenamtliche, die Frau R. regelmäßig mit ihrem Hund besucht, berichtet über ähnliche Erlebnisse.

„(...) und man hat eben zwischendurch das Gefühl, dass wenn [Frau R.] Fell hat, dass sie dann dran rum zupft und eben nicht an sich zupft, sondern das sie Kontakt da aufnimmt, also ich glaube schon, dass das funktioniert, aber das ist so was, dass ich als Nicht-Therapeut und nicht aus dem Fach ich kann nur sagen, der Hund lässt sich das gefallen, das ist bestimmt nicht einfach für den Hund, aber der sitzt bei ihr aufm Schoß, also sie spürt auch diese Schwere und ich glaube, dass sie das merkt und das hätte ich nicht gedacht, dass ich, vor nem halben Jahr hätte ich gedacht, mit der kann ich nichts anfangen“ (Ehrenamtliche A: 90).

Weiter wurden die Ehrenamtlichen befragt, ob sie Veränderungen bei den Mitarbeitern/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften sehen, seitdem sie

regelmäßig mit ihrem Hund die Wohngemeinschaften besuchen. Beiden Ehrenamtlichen ist jeweils aufgefallen, dass viele verschiedene Mitarbeiter/innen in den Wohngemeinschaften arbeiten und bei ihren Besuchen meistens eine neue Person vor Ort ist. Ob dies nun an den verschiedenen Arbeitsschichten in den Wohngemeinschaften liegt oder an anderen Dingen, wissen sie nicht (Ehrenamtliche A: 100, Ehrenamtliche B: 87).

Weiter berichtet die Ehrenamtliche A, dass es in der Wohngemeinschaft zwei Mitarbeiterinnen gibt, die Angst vor ihrem Hund hatten. Darauf hat sie Rücksicht genommen und hat aufgepasst, dass ihr Hund den beiden Mitarbeiterinnen nicht zu nahe kommt (Ehrenamtliche A: 100).

Ansonsten haben die beiden Ehrenamtlichen unterschiedliche Erfahrungen mit den Mitarbeitern/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften gemacht. Die Ehrenamtliche A berichtet darüber, dass die Mitarbeiter/innen in ihrer Wohngemeinschaft sehr nett sind und sie und ihr Hund nett empfangen werden. Sie hatte bisher nie das Gefühl, dass sie und ihr Hund nicht willkommen gewesen wären (Ehrenamtliche A: 100).

Bei der Ehrenamtlichen B dagegen hängt es sehr von den Mitarbeitern/innen ab, ob sie sich bspw. freuen, weil sie durch den Hundebesuchsdienst eine Zeit lang entlastet werden. Es gab in der Wohngemeinschaft auch Situationen, wo bspw. Terminabsprachen nicht richtig erfolgten, so dass den Mitarbeitern/innen der Hundebesuchsdienst zeitlich nicht gut passte. Die Ehrenamtliche B suchte dann nach einer individuellen Lösung für alle Beteiligten (Ehrenamtliche B: 95).

An dieser Stelle werden die Ehrenamtlichen nach ihren eigenen Veränderungen befragt, die sie bemerken, seitdem sie mit ihrem Hund zusammen die Wohngemeinschaften regelmäßig besuchen. Die eine Ehrenamtliche A berichtet, dass ihr die Senioren/innen mit der Zeit „am Herzen“ liegen (Ehrenamtliche A: 102). Weiter erzählt sie, dass ihr Hund im Besuchsdienst für sie selber „der Türöffner“ ist, weil sie „immer sagen [kann], [sie sei] mit dem Hund da“ (Ehrenamtliche A: 104).

Die andere Ehrenamtliche B berichtet, dass sie durch den Hundebesuchsdienst einen „anderen Blickwinkel“ bekommen hat, dass ihr Kontakt zu ihrem Hund intensiver geworden ist und dass sie den Hundebesuchsdienst als „Bereicherung“ empfindet (Ehrenamtliche B: 113).

„[A] also einmal ist sie [der Hund] unglaublich toll, das wusste ich vorher, aber in ihrer Art und Weise ist sie einfach so beeindruckend, wie selbstverständlich sie zu diesen Menschen hinget, wie selbstverständlich sie da ist und das hat unseren Kontakt einfach sehr verbessert“ (Ehrenamtliche B: 109).

Weiter werden die Ehrenamtlichen befragt, ob sie Veränderungen bei ihrem Hund sehen, seitdem sie mit ihm zusammen die ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz besuchen. Die Ehrenamtliche A berichtet mit einem Lächeln, dass sich ihr Hund zunehmend nur noch durch die Gabe von Leckerchen zu etwas bewegen lässt, worauf er keine Lust hat (Ehrenamtliche A: 120). Ansonsten hat sie das Gefühl, dass ihr

Hund sich freut, wenn sie zusammen die Wohngemeinschaft besuchen. Er geht „da immer noch auf alle freundlich zu, der hat da jetzt auch noch keine schlechten Erfahrungen gemacht. Also, da ist jetzt noch nicht ne Krücke auf ihn gefallen oder irgendwas (...)“ (Ehrenamtliche A: 126).

Die andere Ehrenamtliche B berichtet über die Selbstsicherheit, die sie und ihr Hund mittlerweile in der Wohngemeinschaft haben, bspw. wissen sie beide, in welche Räume sie gehen dürfen und kennen den Ablauf in der Wohngemeinschaft (Ehrenamtliche B: 114).

„Sie geht, wenn sie reinkommt, durch alle Räume einmal durch und sagt auch wirklich jedem „Guten Tag“ und das war für mich am Anfang sehr irritierend, weil ich nicht einfach in Räume reingehe, wo die Tür so angelehnt ist, sondern ich klopfe oder frage, ob ich da überhaupt rein darf, (...) und für den Hund ist das selbstverständlich, die geht einfach überall durch und selbst bettlägerige Patienten werden jetzt gleich von ihr begrüßt (...), das finde ich ja auch sehr überzeugend von ihr. (...). Und die lässt auch wirklich keinen aus, also so schnell kann ich oft gar nicht gucken, wenn ich sie dann von der Leine mache, wie sie dann oft ihre Runde dreht und jeden begrüßt“ (Ehrenamtliche B: 115-117).

6.2.3 Erwartungen

Weiterhin werden die Expertinnen gefragt, welche Erwartungen sie an den Hundebesuchsdienst in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz haben.

Aus Sicht der Mitarbeiterinnen

Die beiden Mitarbeiterinnen berichten von ihren eigenen Erwartungen, die sie im Vorfeld an den Hundebesuchsdienst hatten, in Bezug auf die Bewohner/innen, auf sie selbst als Mitarbeiterin der Wohngemeinschaft und auf die Wohngemeinschaft allgemein.

Die Mitarbeiterin B habe speziell an zwei Bewohner/innen besondere Erwartungen gehabt, da die eine Seniorin mit ihrem eigenen Hund in die Wohngemeinschaft zog und sich mit der anderen Bewohnerin zusammen um den Hund bis zu seinem Tod kümmerte. Bei den beiden Bewohnerinnen habe sie erwartet, „dass sie da wieder was haben zum Streicheln, Betuddeln, Erzählen und dieses ist ja auch eingetroffen“ (Mitarbeiterin B: 151).

Die andere Mitarbeiterin A habe keine Erwartungen gehabt, bevor der Hundebesuchsdienst angefangen hat, da ihrer Meinung nach eine gelungene Interaktion zwischen Bewohner/innen und einem Hund von verschiedenen Dingen abhängt, wie bspw. ob sich der Hund in der Umgebung wohlfühlt (Mitarbeiterin A: 141).

Beide Mitarbeiterinnen hatten am Anfang keine Erwartungen an den Hundebesuchsdienst in Bezug auf sich selbst und sind dem offen gegenübergetreten.

Die Mitarbeiterin B sagt dazu, dass sie Tiere für Menschen mit Demenz ohnehin wichtig findet, dass sie schon öfter bspw. auf Spaziergängen beobachtet hat, wie interessiert Menschen mit Demenz auf Hunde reagieren.

„Freundlicher, aufgeschlossener, ja wie zu kleinen Kindern irgendwie. Tiere haben, weiß ich nicht, was Niedliches, die muss man liebkosen, wie auch immer, ja das verändert sich schon“ (Mitarbeiterin B: 169).

Aus Sicht der Ehrenamtlichen

Beide Ehrenamtliche sind ursprünglich mit einer anderen Idee an den Verein „Leben mit Tieren e.V.“ herangetreten und beide wurden vom Verein gefragt, ob sie nicht stattdessen gemeinsam mit ihrem Hund eine ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz besuchen würden. Demnach hatten beide Ehrenamtlichen andere Erwartungen, die nicht auf den Besuch bei Menschen mit Demenz abgezielt waren. Aber als sie dann beide zugesagt haben, hatte die Ehrenamtliche A die Erwartung mit dem Hundebesuchsdienst „etwas Gutes zu tun“ (Ehrenamtliche A: 138). Ehrenamtliche B hingegen besucht mit ihrem Hund die Wohngemeinschaft jedes Mal aufs Neue flexibel und offen ohne jeglichen Erwartungen, da jeder Besuch ein wenig anders „von der Gruppenstimmung und auch von den einzelnen Bewohnern“ ist (Ehrenamtliche B: 121).

6.2.4 Förderliche und hemmende Rahmenbedingungen

Zum Ende des Interviews werden die Expertinnen nach förderlichen und hemmenden Rahmenbedingungen für eine tiergestützte Intervention befragt.

Aus Sicht der Mitarbeiterinnen

Die Mitarbeiterin B sagt, dass der professionelle Kontakt zu Tieren häufiger stattfinden könnte, wenn die tiergestützten Interventionen nicht von Ehrenamtlichen, sondern von Angestellten durchgeführt könnten. Dadurch könnten die Angestellten für ihre tiergestützte Tätigkeit entsprechend entlohnt werden; diese Löhne könnten „bspw. über die Krankenkassen, über die Pflegeversicherung gefördert werden“ (Mitarbeiterin A: 189).

„Also förderlich ist auf jeden Fall die Tatsache, dass das über den §45 abgerechnet werden kann, so dass dann auch keine zusätzlichen Kosten anfallen, da ja viele Leute auch übers Sozialamt versichert [sind], kleine Rente haben und sich das in dem Sinne gar nicht leisten können“ (Mitarbeiterin A: 159).

Neben dem finanziellen Aspekt ist es auch wichtig, dass das Team „hinter solchen Aktionen steht und auch sieht, wie wichtig das ist für die Bewohner und dass nicht als zusätzliche Belastung empfinden, nur weil sie zur Tür gehen müssen oder mal mit der Frau reden müssen“ (Mitarbeiterin A: 161).

Aber grundsätzlich ist auch zu beachten, wie der Hund mit seinen individuellen Eigenschaften von den Bewohnern/innen der Wohngemeinschaft aufgenommen wird. Beispielsweise wird ein süßer, kleiner und quirliger Hund direkt positiv aufgenommen, wo hingegen der Zugang zu einem sehr großen Hund zunächst schwieriger ist.

„(...) also es war erstmal ne Unsicherheit und nen bisschen Gucken, Beschnupern, wer ist das jetzt und dann noch so nen großer Hund, sie ist ja sehr groß, erstmal auch so ne Zurückhaltung, die da war und das legte sich aber mit der Zeit“ (Ehrenamtliche B: 23).

Zudem ist es auch förderlich, wenn sich die Ehrenamtlichen auf die Wunschzeiten der Wohngemeinschaft einstellen können, wenn „so ne gewisse Grundruhe [vorhanden ist], das Vormittagsgeschäft [...] abgeschlossen [war]“ (Mitarbeiterin A: 163).

Dazu ist es förderlich, dass in beiden Wohngemeinschaften, weder die Bewohner/innen noch die Mitarbeiter/innen eine Tierhaarallergie haben (Mitarbeiterin A: 169). Abschließend ist es auch sehr förderlich, dass sowohl die Angehörigen der Bewohner/innen als auch die Pflegestation den Hundebesuchsdienst unterstützen, wodurch bspw. auch die Gespräche und Befragungen zwischen der Forscherin und der Mitarbeiterin als zusätzliche Arbeitszeit für die Mitarbeiterin entlohnt werden konnten (Mitarbeiterin A: 175).

Aus Sicht der Ehrenamtlichen

Grundsätzlich halten beide Ehrenamtlichen den Kontakt zu Tieren für Menschen mit Demenz für sehr wichtig (Ehrenamtliche A: 152, Ehrenamtliche B: 143). Eine Ehrenamtliche findet es besonders für die Menschen mit Demenz wichtig, die früher eigene Haustiere hatten, da sie durch den Hundebesuchsdienst ein Stück ihre verlorene Verantwortung für ein Lebewesen wiederaufnehmen können (Ehrenamtliche A: 152).

„Also ich finde, grundsätzlich dass dieses sich um etwas kümmern, egal wie krank oder wie dement man ist, eben mit Hilfe von jemand anderes, ich find das schon sehr gut“ (Ehrenamtliche A: 152).

Die Ehrenamtliche B findet den Kontakt zu Tieren für das seelische Wohlbefinden ganz wichtig.

„Also das man dafür keine Worte für braucht und (...) man hat einfach dieses weiche Fell, die Wärme die dahintersteckt, dieses wohlige Gefühl, etwas zu Streicheln und das ist schon was, was ganz Intimes in dem Moment und was ganz Herzliches ja auch“ (Ehrenamtliche B: 147).

Beide Ehrenamtlichen finden, dass der Kontakt zu Tieren am besten ständig im Alltag stattfinden sollte, indem Tiere mit den Bewohnern/innen zusammen in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben. Selbstverständlich müsste eine artgerechte Haltung der Tiere vorhanden sein und von den Mitarbeitern/innen der Wohngemeinschaft übernommen werden (Ehrenamtliche A: 154, Ehrenamtliche B: 143).

„Einmal in der Woche ist da fast wie nen Tropfen aufn heißen Stein“ (Ehrenamtliche A: 154). „(...) für die wäre eben, ja so nen Hund immer da zu haben schon besser, glaub ich schon. Kümmern müsste sich dann ja das Personal dadrum und das ist dann natürlich schwierig, zu mal es ja immer wechselt, das ist dann für den Hund dann sehr schwer (Ehrenamtliche A: 158).

6.2.5 Zusätzliche Informationen

Am Ende des Interviews werden die Expertinnen gefragt, ob sie noch etwas Zusätzliches mitteilen möchten, worüber noch nicht gesprochen wurde. Daraufhin werden noch folgende interessante Aspekte genannt.

Nachdem der Hund einer Bewohnerin, der einige Zeit mit in der Wohngemeinschaft gelebt hat, verstorben war, gab es in der Wohngemeinschaft einige Überlegungen, wieder einen eigenen Hund anzuschaffen. Jedoch ist es auf der einen Seite viel Arbeit und auf der anderen Seite schwierig den Hund vernünftig im Urlaubs- oder Krankheitsfall zu betreuen. Deswegen sei der Hundebesuchsdienst eine sehr schöne Alternative (Mitarbeiterin B: 175).

Auch im Gespräch mit der Ehrenamtlichen B kommt das Thema Haltung von eigenen Tieren in der Wohngemeinschaft auf. Und auch sie sagt, dass die Haltung von eigenen Tieren in einer Wohngemeinschaft richtig gut durchdacht werden müsse.

„(...) weil es gibt ja auch Phasen, wo die Menschen einfach schlecht gelaunt und aggressiv einfach sind (...), es wär nen Mehraufwand, aber ich glaube, dass das nen großer Gewinn ist, der dann da drin steckt (Ehrenamtliche B: 149).

Sowohl eine Ehrenamtliche als auch eine Mitarbeiterin finden wichtig, dass die Ehrenamtlichen von den Mitarbeitern/innen Unterstützung und nähere Informationen über die Bewohner/innen der Wohngemeinschaft bekommen. So kann eine Interaktion zwischen den Bewohner/innen, den Ehrenamtlichen und den Hunden einfacher gelingen. Die Ehrenamtliche A erläuterte dazu, dass sie das Weinen einer Dame nicht beurteilen konnte, aber durch die Erklärungen der Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaft hat sie sich eher getraut, auch diese Dame mit ihrem Hund zu besuchen.

„(...) und das wurde auch initiiert von den Mitarbeitern da. Eine der Damen sagte nämlich dann, „ich setzt Ihnen die jetzt hier aufs Sofa und dann kann der Hund vielleicht mal daneben sitzen, weil sie hatte früher Hunde“ und wenn man dann so ne Info kriegt dann weiß man ja auch, wie man damit umgehen soll, ne?“ (Ehrenamtliche A: 92).

Genauso verhält es sich, wenn Probleme oder Schwierigkeiten auftreten. Hierfür ist ein guter Kontakt zwischen den Mitarbeitern/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaft und den Ehrenamtlichen wichtig bzw. eine spezielle Ansprechperson für die Ehrenamtlichen. Vor allem ist es sinnvoll, dass in solchen Situationen sich sowohl die Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaft als auch die Ehrenamtlichen gegenseitig ansprechen und das Gespräch suchen (Mitarbeiterin B: 161).

Die Ehrenamtliche A beschreibt, dass sie oft das Gefühl habe, mehr Zeit mit ihrem Hund in der Wohngemeinschaft zu benötigen. Dazu musste sie lernen, dass immer nur ein paar Bewohner/innen von allen Besuchten „wirklich auf den Hund anspringen“. Bei einigen Bewohnern/innen sucht der Hund während des Gesprächs „Krümel unterm Tisch“, aber sie kommt dadurch mit ihnen ins Gespräch (Ehrenamtliche A: 159-161).

Abschließend nennt sie noch einen „traurigen Aspekt“. Die Bewohner/innen sind ihr mit der Zeit „ans Herz gewachsen“ und der Tod gehört in dieser Lebensphase dazu (Ehrenamtliche A: 164).

Die Ehrenamtliche B empfindet den Kontakt zwischen zwei Menschen im Beisein eines Hundes „offener, herzlicher und man hat sofort ein Gesprächsthema“. Zudem erinnern sich die alten Menschen oft, wenn sie den Hund sehen, „entweder hatten sie selber Hunde oder der Nachbar hatte nen Hund (...“ (Ehrenamtliche B: 129).

Die Ehrenamtliche B erzählt weiter, dass es auch einfach etwas Schönes ist, wenn der Hund gestreichelt wird und der Hund zurück signalisiert, dass er das schön findet, „dann kommen so Themen auf, wie „oh ja, wir mögen das auch“ (Ehrenamtliche B: 129).

„(...) wo man ja sonst ja nicht häufig ganz klar sagt, „wie geht's mir, wie fühle ich mich, möchte ich gestreichelt werden oder auch nicht“. Der Hund liegt da und sagt ganz deutlich

„ja, ich möchte gestreichelt werden“ und wie die Bewohner das dann untereinander kommunizieren (...), die dann sagen, „ja, ich mag das ja auch, so gekrabbelt zu werden (...“ (Ehrenamtliche B: 129).

Dadurch entsteht eine Kommunikation untereinander und Erinnerungen an die Kindheit erwachen, indem die eigenen Begrifflichkeiten genannt werden, die die Familie bspw. fürs Streicheln hatte.

„Das ist nen Einblick in die Welt des Menschen, den man ja sonst, wenn man einfach nur als Person da ist, ja gar nicht hat“ (Ehrenamtliche B: 129).

Weiter führt die Ehrenamtliche B aus, dass die Bewohner/innen sie als Person nicht wiedererkennen, aber ihren Hund schon, „(...) sie wissen, was Mimi kann, was Mimi möchte, was Mimi gerne isst, aber bringen das überhaupt nicht mit mir als Person in Verbindung, (...) dass Mimi, Mimi ist, aber meinen Namen wissen die [Bewohner/innen] nicht“ (Ehrenamtliche B: 131, 135).

Abschließend erläutert die Ehrenamtliche B, dass ein Hund die Bewohner/innen zur Bewegung animiert, „einige sagen auch „sie möchten gerne mal mit Mimi spazieren gehen“ aber das ist halt dann oft nicht möglich in dem Rahmen“. Hierfür bräuchte man mehr Ressourcen in Form von einer 1:1-Betreuung, wo ein Spaziergang mit einer Person und dem Hund möglich wäre, aber dies ist alleine mit Hund und einer Gruppe von Menschen mit Demenz nicht möglich (Ehrenamtliche B: 165, 167).

6.3 Ergebnisdarstellung im Mixed-Methods-Ansatz

In diesem Unterkapitel werden die quantitativen gemeinsam mit den qualitativen Ergebnissen der vorliegenden Studie anhand des Mixed-Methods-Ansatzes zusammengefasst dargestellt.

Allgemeines

Die überwiegende Anzahl der Studienteilnehmenden waren Frauen mit Demenz, es gab ausschließlich einen Mann mit Demenz, der an der Studie teilnahm. In der Vergangenheit besaßen fast alle Studienteilnehmer/innen ein eigenes Haustier, wobei es sich meistens um einen Hund handelte. Eine Person war in der Vergangenheit im Besitz von Nutztieren und von drei Studienteilnehmenden war zum Zeitpunkt der Befragung nicht bekannt, ob sie ein eigenes Haustier in der Vergangenheit hatten. Der Hundebesuchsdienst fand in beiden Erhebungszeiträumen vermehrt einmal pro Woche statt.

Soziale Aktivitäten und Kontakte

In der vorliegenden Studie wird statistisch festgestellt, dass die Studienteilnehmer/innen zu ihren Angehörigen die meisten sozialen Kontakte haben.

Zudem wird nach Ansicht der interviewten Expertinnen der Hundebesuchsdienst im Laufe der Zeit immer öfter zum alltäglichen Gesprächsthema in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Eine Ehrenamtliche spricht von einer Art Gruppengefühl, welches durch ihren Besuch mit ihrem Hund in der Wohngemeinschaft ausgelöst wird.

Alltagsfähigkeiten

Im zeitlichen Verlauf entstehen bei den Studienteilnehmern/innen der Interventionsgruppe deutliche funktionale Einschränkungen in den Alltagsfähigkeiten. Eine Veränderung der Alltagsfähigkeiten der Studienteilnehmer/innen, welche durch die regelmäßigen tiergestützten Interventionen bedingt sind, können anhand der statistischen Tests nicht festgestellt werden.

Bemerkenswert finden beide Mitarbeiterinnen, wie routiniert die Bewohner/innen mit den Hunden umgehen. Diese Routine, die die Studienteilnehmer/innen im Umgang mit den Hunden zeigen, ist sofort in der ersten Interaktion mit den Hunden sichtbar. Die Mitarbeiterinnen finden dies überraschend, da die Bewohner/innen teilweise jahrelang keinen Kontakt mehr zu Hunden hatten und für sie trotzdem das Streicheln eines Hundes selbstverständlich ist.

Die Mitarbeiterinnen stellen immer häufiger fest, dass sich manche Bewohner/innen an den Hund erinnern, auch wenn dieser nicht körperlich anwesend ist. Auch die beiden Ehrenamtlichen beobachten über das halbe Jahr, in dem sie regelmäßig die Menschen mit Demenz mit ihrem Hund gemeinsam besucht haben, bei den Bewohnern/innen eine Wiedererkennung und eine Sicherheit im Umgang mit dem Hund.

Herausfordernde Verhaltensweisen

Im zeitlichen Verlauf über ein halbes Jahr vom zweiten zum dritten Erhebungszeitraum ist das Auftreten von mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise in der Interventionsgruppe von 40% auf 70% der Studienteilnehmer/innen deutlich angestiegen. Hinzu kommt der statistisch starke Zusammenhang zwischen mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise und dem Demenzschweregrad (FAST): je höher der Demenzschweregrad ist, desto häufiger tritt mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise auf.

Zum Zeitpunkt der Interviews gibt es nach Aussagen der Expertinnen nur wenige Bewohner/innen mit herausfordernden Verhaltensweisen, die an dem Hundebesuchsdienst teilnehmen. Aufgrund der niedrigen Anzahl können die Expertinnen nicht feststellen, dass sich bei den Bewohnern/innen herausfordernde Verhaltensweisen aufgrund des regelmäßigen Kontaktes zu Hunden in dem halben Jahr verringern.

Lebensqualität

Es werden unterschiedliche Veränderungen in verschiedenen Bereichen der Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen statistisch festgestellt. Die zentralen Veränderungen der Lebensqualität sind: die Verschlechterung der Lebensqualität im Verlauf eines halben Jahres in der Interventionsgruppe bei den Studienteilnehmern/innen mit einem geringeren Demenzschweregrad, dagegen steigt bei den Studienteilnehmern/innen mit einem höheren Demenzschweregrad die Lebensqualität an. Die Lebensqualität im Bereich „Ruhelos“ verbessert sich bei allen

Studienteilnehmern/innen. Zudem besteht in beiden Erhebungszeiträumen eine Korrelation zwischen der Subdomäne „Pflegebeziehung“ und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes: je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität im Bereich „Pflegebeziehung“. Zusätzlich zeigt die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in beiden Erhebungszeiträumen eine deutlich höhere Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“.

Ebenfalls wird eine Verbesserung der Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen aufgrund des Hundebesuchsdienstes aus Sicht der Expertinnen festgestellt. Die Mitarbeiterinnen stellen bzgl. der Lebensqualität der Bewohner/innen fest, dass sie sich immer häufiger im Alltag an den Hund erinnern können, auch wenn der letzte Hundebesuch schon ein paar Tage vergangen ist. Aufgrund der Erinnerung an den Hundebesuchsdienst finden Gespräche über den Hund statt, sowohl zwischen den Mitarbeiter/innen und den Bewohner/innen als auch unter den Bewohner/innen. Zusätzlich bringt der regelmäßige Kontakt zu Hunden, nach Meinung der interviewten Expertinnen, „mehr Leben“ in die ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

Psychopathologie

In der vorliegenden Studie können weder quantitative noch qualitative Ergebnisse Veränderungen der Psychopathologie der Studienteilnehmer/innen der Interventionsgruppe in den beiden Erhebungszeiträumen feststellen.

Mitarbeiter/innen und Organisation von ambulant betreuten Wohngemeinschaften

Während der Hundebesuchsdienst in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften stattfindet, sind die Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaften für diese Zeit entlastet. So können sie sich mit ruhigem Gewissen anderen Aufgaben zuwenden oder sie können die Bewohner/innen bei der Interaktion mit dem Hund beobachten und sehen, welche Ressourcen die Bewohner/innen außerhalb des Pflegealltags besitzen. Die interviewten Expertinnen finden einen regelmäßigen Kontakt zu Tieren für Menschen mit Demenz besonders wichtig. Dieser solle ihrer Meinung nach am Besten im alltäglichen Leben stattfinden. Allerdings ist hierfür die artgerechte Haltung der Tiere unabdingbar, die hauptsächlich von den Mitarbeitern/innen der Wohngemeinschaft übernommen werden müsse.

Abschließend empfinden die Expertinnen die Abrechnung des Hundebesuchsdienstes über die Pflegekasse als eine förderliche Rahmenbedingung. Weiterhin ist nach den Expertinnen eine Klärung von möglichen Tierhaarallergien bei den Bewohnern/innen und Mitarbeitern/innen vor der Implementierung des Hundebesuchsdienstes wichtig. Zusätzlich müsse der Hund mit seinen individuellen Eigenschaften beachtet werden, welche über eine leichtere oder etwas schwierigere Annäherung an die Bewohner/innen entscheidet.

7 Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie im Zusammenhang mit der Literatur und mit anderen Forschungsergebnissen in einer kritischen Betrachtung zusammengetragen, interpretiert und diskutiert. Hierzu werden die (Arbeits)Hypothese und die drei Forschungsfragen zusammengefasst beantwortet. Die (Arbeits)Hypothese und die erste Forschungsfrage werden mithilfe der quantitativen Ergebnisse beantwortet sowie die zweite und dritte Forschungsfrage anhand der qualitativen Ergebnisse. Daran schließt sich die separate Diskussion der einzelnen Forschungsfragen an. Eine Methodenreflexion und Limitationen, die diese Studie mit sich bringen, werden ebenfalls am Ende des Kapitels dargestellt.

7.1 Beantwortung der (Arbeits)Hypothese und Forschungsfragen

Die aufgestellte (Arbeits)Hypothese, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf Menschen mit Demenz auswirken, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, im Vergleich zu Menschen mit einer Demenz, die keinerlei Kontakt zu Tieren haben, hat sich teilweise bestätigt. In welchen Bereichen sich die tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz positiv auswirken wird im Folgenden anhand der Beantwortung der einzelnen Forschungsfragen erläutert.

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Pilotstudie in dem Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz handelt, wurden die folgenden drei offenen Forschungsfragen entwickelt:

F1: Welche Auswirkungen haben regelmäßige Kontakte zu Hunden auf die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben? Lassen sich durch regelmäßige Interventionen Begleiterscheinungen der Krankheit, wie nicht-kognitive Symptome der Demenz und Verhaltensauffälligkeiten positiv beeinflussen und die allgemeine Lebensqualität verbessern?

F2: Welche Erwartungen verbinden Mitarbeiter/innen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Pflegerkräfte sowie Betreuungspersonal) mit dem Einsatz von Tierbesuchsdiensten? Welche Erfahrungen werden in Bezug auf Menschen mit Demenz aber auch auf eigene Arbeitsabläufe berichtet?

F3: Welche Erwartungen verbinden ehrenamtliche Mitarbeiter/innen der Tierbesuchsdienste mit ihrem Einsatz in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz? Welche Erfahrungen werden in Bezug auf Menschen mit Demenz berichtet?

Die Beantwortung der ersten Forschungsfrage, wie sich der regelmäßige Kontakt zu Hunden auf die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften auswirkt, fällt grundsätzlich durchmischt aus. Durch die regelmäßigen tiergestützten Interventionen werden Begleiterscheinungen der Krankheit, wie nicht-kognitive Symptome der Demenz und Verhaltensauffälligkeiten nicht

beeinflusst. Jedoch verbessert sich die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen in verschiedenen Bereichen.

Anhand der statistischen Tests kann in der vorliegenden Studie keine Veränderung der Alltagsfähigkeiten der Studienteilnehmer/innen, ausgelöst durch die regelmäßigen tiergestützten Interventionen, festgestellt werden. Ebenso kann keine Veränderung der herausfordernden Verhaltensweisen sowie der psychopathologischen Auffälligkeiten der Studienteilnehmer/innen festgestellt werden. Die Auswirkungen der tiergestützten Interventionen auf die sozialen Kontakte der Bewohner/innen werden nicht anhand von statistischen Tests, jedoch qualitativ mithilfe der Expertinnen-Interviews festgestellt.

Die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen verbessert sich in den folgenden verschiedenen Bereichen: In beiden Erhebungszeiträumen besteht eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Subdomäne „Pflegebeziehung“ und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes: je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen im Bereich „Pflegebeziehung“. Im Vergleich zur Kontrollgruppe weist die Interventionsgruppe eine deutlich höhere Lebensqualität in den Bereichen „Soziale Isolation“ und „sich zu Hause fühlen“ auf. In beiden Erhebungszeiträumen besteht eine statistisch tendenzielle Abhängigkeit zwischen der Subdomäne „Ruhelos“ und der Tatsache, dass die Studienteilnehmer/innen in der Vergangenheit Tierbesitzer/innen waren: Menschen mit Demenz, die in der Vergangenheit selbst eigene Tiere hatten, sind durch den Kontakt mit Hunden weniger ruhelos.

Im zweiten Erhebungszeitraum besteht bei den Studienteilnehmern/innen mit geringeren Demenzeinschränkungen eine statistisch signifikante Korrelation zu dem Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft: je höher die Lebensqualität bei den Studienteilnehmern/innen mit geringeren kognitiven Funktionseinschränkungen ist, desto häufiger findet der Hundebesuchsdienst in der Gemeinschaft statt. Zudem besteht eine statistisch signifikante Korrelation zwischen den Studienteilnehmern/innen mit geringeren Demenzeinschränkungen und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes: je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität bei den Studienteilnehmern/innen mit geringeren kognitiven Funktionseinschränkungen.

Im dritten Erhebungszeitraum wird eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Subdomäne „etwas tun“ und dem Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft festgestellt: je öfter der Hundebesuchsdienst in der Gemeinschaft stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität im Bereich „etwas tun“.

Die Erwartungen der Mitarbeiter/innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Pflege- sowie Betreuungspersonal) an den Einsatz von Tierbesuchsdiensten werden erfüllt (zweite Forschungsfrage). Eine Mitarbeiterin hat an zwei Bewohnerinnen der Wohngemeinschaft die besondere Erwartung, dass die beiden Bewohnerinnen durch den Hundebesuchsdienst wieder einen Hund zum Streicheln, Füttern und Versorgen haben. Diese Erwartung der Mitarbeiterin wird mithilfe des Hundebesuchsdienstes erfüllt.

Die befragten Mitarbeiterinnen berichten von folgenden Erfahrungen auf Menschen mit Demenz: Während der alltäglichen Pflege und Betreuung wird der Hundebesuchsdienst zwischen den Bewohner/innen und den Mitarbeiter/innen zum Gesprächsthema. Zudem beobachten die Mitarbeiter/innen der Wohngemeinschaften außerhalb des Pflegealltags zusätzliche Ressourcen bei den Menschen mit Demenz in der Interaktion mit den Hunden. Beide Mitarbeiterinnen sind über die Routine des selbstverständlichen und selbstsicheren Umgangs der Studienteilnehmer/innen mit den Hunden überrascht.

Nach Einschätzung der beiden Mitarbeiterinnen wirkt sich der Hundebesuchsdienst positiv auf die sozialen Kontakte und auf die Lebensqualität der Menschen mit Demenz aus. Im Laufe der Zeit findet in beiden Wohngemeinschaften eine Erinnerung an den Hund statt und es werden Gespräche über ihn geführt, sowohl zwischen den Mitarbeiter/innen und den Bewohner/innen als auch unter den Bewohner/innen. Der Hund bleibt in beiden ambulant betreuten Wohngemeinschaften bei den Studienteilnehmern/innen auch am Tag bzw. Tage nach dem Hundebesuch im Gedächtnis. So finden regelmäßige Gespräche sowie Erinnerungen über den Hund statt. Der regelmäßige Besuch mit dem Hund bringt „Leben“ in die Wohngemeinschaft. Außerdem verspüren die Mitarbeiterinnen bei den Bewohnern/innen eine Vorfreude auf den Hund.

Nach den Erfahrungen der befragten Mitarbeiterinnen werden zudem folgende Erfahrungen auf eigene Arbeitsabläufe berichtet: Während der Hundebesuchsdienst in den Wohngemeinschaften stattfindet, sind die Mitarbeiter/innen in dieser Zeit entlastet und können sich entweder anderen Aufgaben widmen oder sie können die Bewohner/innen in der Interaktion mit dem Hund beobachten. Außerdem berichten die Mitarbeiterinnen von einer allgemeinen positiven Stimmung in den Wohngemeinschaften, die durch den Hundebesuchsdienst ausgelöst wird.

Beide ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen haben keine speziellen Erwartungen vor ihrem Einsatz in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (dritte Forschungsfrage). Sie stehen dem Hundebesuchsdienst für Menschen mit Demenz offen und flexibel gegenüber. Seitens der Ehrenamtlichen gibt es daher keine spezielle Erwartungshaltung, außer dass sie gemeinsam mit ihren Hunden „etwas Gutes tun“ wollten.

Folgende Erfahrungen berichteten die Ehrenamtlichen in Bezug auf Menschen mit Demenz: Beide Ehrenamtlichen finden in ihrer ersten Begegnung mit den (noch) fremden Menschen mit Demenz über den Hund sofort ein gemeinsames Gesprächsthema (Effekt des Türöffners bzw. sozialen Katalysators). Aus dem gemeinsamen Gesprächsthema entwickeln sich problemlos weitere Gesprächsthemen. Zusätzlich bemerkt eine Ehrenamtliche in der Wohngemeinschaft eine Art Gruppengefühl, ausgelöst durch den regelmäßigen Hundebesuch.

Beide ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen berichten von einer Verbesserung der Kommunikation von den Menschen mit Demenz, welche durch die tiergestützten Interventionen ausgelöst wird. Die Kommunikation wird aktiviert, indem die Studienteilnehmer/innen mit dem Hund sprechen sowie Gespräche zwischen den

Ehrenamtlichen und den Bewohner/innen und auch zwischen den Bewohner/innen untereinander stattfinden. Bei den Menschen mit Demenz werden bei Anwesenheit des Hundes Erinnerungen bspw. an den eigenen Hund oder den Hund des Nachbarn geweckt.

Die beiden ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen stellen bei den Bewohnern/innen nach einem halben Jahr eine Wiedererkennung gegenüber dem Hund, jedoch nicht gegenüber sich selbst fest sowie ein „Wachsein“ bei speziellen Studienteilnehmern/innen. Sie sehen eine gewisse Sicherheit im Umgang mit dem jeweiligen Hund, wie bspw. das Wissen über die Vorlieben des Hundes.

Zusätzlich animiert der Hund viele Studienteilnehmer/innen zur Bewegung, wie beim Streicheln und Spielen mit dem Hund. Einige Bewohner/innen äußern den Wunsch des gemeinsamen Spazierengehens mit dem Hund.

Den Effekt des „Türöffners“ haben beide ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen kennengelernt. Die Bewohner/innen fangen sofort an zu lächeln, sobald sie den Hund streicheln. Sie sprechen deutliche Sätze mit dem Hund, obwohl sie ohne den Hund unverständlich sprechen. Teilweise dient der Hund auch nur als Gesprächseinstieg und das darauffolgende Gespräch verläuft komplett unabhängig vom Hund.

Im Weiteren wird jede Forschungsfrage im Einzelnen diskutiert.

7.2 Diskussion der einzelnen Forschungsfragen

F1: Welche Auswirkungen haben regelmäßige Kontakte zu Hunden auf die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben? Lassen sich durch regelmäßige Interventionen Begleitterscheinungen der Krankheit, wie nicht-kognitive Symptome der Demenz und Verhaltensauffälligkeiten positiv beeinflussen und die allgemeine Lebensqualität verbessern?

Stichprobe

Hegedusch & Hegedusch (2007) kritisieren in den bisherigen Studien, die im Zusammenhang mit Menschen mit Demenz und tiergestützten Interventionen durchgeführt wurden, zum einen die geringe Stichprobengröße und zum anderen die kurzen Zeiträume der Untersuchungen, welche die Aussagekraft statistisch signifikanter Ergebnisse stark einschränken sowie allgemein gültige Aussagen über mögliche Effekte erschweren (vgl. ebd.).

Aufgrund dessen war in der vorliegenden Arbeit eine große Stichprobe von insgesamt knapp 100 Studienteilnehmer/innen geplant. Durch den Brandschaden wurden leider alle bereits erhobenen Daten aus dem ersten Erhebungszeitraum (t1) sowie ein Teil der Daten aus dem zweiten Erhebungszeitraum (t2) vollständig vernichtet und konnten nicht mehr verwendet werden. Zusätzlich verließen in der Laufzeit der Studie von zwölf Monaten zwei ambulant betreute Wohngemeinschaften die Untersuchung. Aus diesen Gründen weicht die Größe der Stichprobe mit elf Studienteilnehmern/innen im zweiten Erhebungszeitraum

und 18 Studienteilnehmer/innen im dritten Erhebungszeitraum sowie weiteren 18 Studienteilnehmer/innen in der Kontrollgruppe deutlich von der ursprünglichen Planung ab.

Im Vergleich zu den bisherigen Studien liegt die Stichprobengröße der vorliegenden Studie dennoch im oberen Bereich (vgl. Kap. 4.1: 77). Bei der Mehrzahl der bereits vorgestellten Studien (n=11) ist die Größe der Stichprobe mit vier bis 27 Personen kleiner als in der vorliegenden Untersuchung (vgl. Batson et al. 1998, Görres 2006, Kanamori et al. 2001, Katsinas 2001, Mossello et al. 2011, Motomra et al. 2004, Nordgren & Engström 2013, Richeson 2003, Sellers 2006, Walsh et al. 1995, Wesenberg 2015). Die Stichprobe mit 36 bzw. 40 Personen liegt bei zwei Studien im selben Bereich wie in der vorliegenden Studie (vgl. Blesch 2012, Friedmann et al. 2014). Eine größere Stichprobe, in denen die Anzahl der Studienteilnehmer/innen zwischen 52 und 105 Personen liegt, wurden von sechs Studien untersucht (vgl. Beckmann 2010, Marx et al. 2010, Olsen et al. 2016 & 2016a, Püllen et al. 2013, Travers et al. 2013).

Die untersuchte Stichprobe der vorliegenden Studie, die sich hauptsächlich aus Frauen in einem hohen Alter zusammensetzt, ist typisch für ambulant betreute Wohngemeinschaften. Dass Frauen im Durchschnitt sechs Jahre älter werden als Männer ist auch in der vorliegenden Studie erkennbar, in der überwiegend Frauen mit Demenz (90,9%) an der Studie teilnehmen (vgl. BMFSFJ 2014). Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmenden mit 80,9 Jahren bestätigt, dass das Alter der höchste Risikofaktor für den Ausbruch einer Demenz ist (vgl. BMG 2015). Auch die Tatsache, dass Menschen mit Demenz erst mit steigendem Pflege- und Versorgungsbedarf in eine ambulante bzw. stationäre Einrichtung umziehen, ist bei den Studienteilnehmenden erkennbar, die durch die Demenz schwere Einschränkungen (FAST Median: 6) aufweisen (vgl. Wolf-Ostermann et al. 2014).

Ob die Studienteilnehmer/innen in der Vergangenheit eigene Tiere besaßen und dadurch eigene Erfahrungen mit Tieren haben, könnte Einfluss auf die Wirkungen von tiergestützten Interventionen haben. Nach Wesenberg (2015) ist bisher dieser Einfluss selten Gegenstand der bisherigen Studien. Ausschließlich Kanamori et al. (2001) beziehen in ihrer Studie in einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte nur Studienteilnehmer/innen ein, die größtenteils eigene Haustiere und eine Affinität zu Tieren im Allgemeinen hatten.

Um diese Forschungslücke zu verringern, werden in der vorliegenden Studie Daten zu eigenen Tieren in der Vergangenheit erhoben. Die Tatsache, dass fast alle Studienteilnehmenden in der Vergangenheit Tierbesitzer/innen waren, wird als eine mögliche Auswirkung auf die Zielkriterien untersucht. Hierbei wird ausschließlich in der Lebensqualität im Bereich „Ruhelos“ in beiden Erhebungszeiträumen eine tendenzielle Abhängigkeit festgestellt. Bei den weiteren Zielkriterien werden sowohl im zweiten als auch im dritten Erhebungszeitraum keine Korrelationen festgestellt.

Da die Teilnahme sowohl an dem Hundebesuchsdienst als auch an der Studie freiwillig war, vermutet die Forscherin, dass die Studienteilnehmer/innen eine Affinität zu Tieren haben. Personen, die keinen Kontakt zu Tieren möchten, werden wahrscheinlich auch nicht an dem Hundebesuchsdienst bzw. an der Studie teilnehmen. Diese Vermutung wird durch das

Ergebnis bestätigt, dass fast alle Studienteilnehmenden (t2: 81,8%, t3: 83,3%) in der Vergangenheit ein eigenes Haustier besaßen. Meistens waren die Haustiere Hunde, jedoch hatte eine Person in der Vergangenheit Nutztiere. Bei nur drei Studienteilnehmern/innen ist es zum Zeitpunkt der Befragung nicht bekannt, ob sie ein eigenes Haustier in der Vergangenheit hatten. Demnach wird auch hier von einer bestehenden Affinität zu Tieren im Allgemeinen bei den Studienteilnehmern/innen ausgegangen.

Soziale Kontakte und Aktivitäten

In der vorliegenden Studie wird festgestellt, dass die Studienteilnehmer/innen zu ihren Angehörigen die meisten sozialen Kontakte haben. Die Literatur bestätigt dieses Ergebnis, dass Angehörige von Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften eine wichtige Rolle spielen (vgl. Kap. 2.4: 32). Demnach sollen sie einerseits in den Strukturen und in die Pflege- und Betreuungssituationen der Bewohner/innen mit eingebunden werden, aber auch durch professionelles Pflege- und Betreuungspersonal entlastet werden (vgl. Wolf-Ostermann et al. 2014, Gräske et al. 2011, Pawletko 2004).

Ein anderer Aspekt der Ergebnisse ist hingegen auffällig: In beiden Erhebungszeiträumen werden zwar etwas mehr als ein Drittel der Studienteilnehmer/innen ein- bis zweimal pro Woche von ihren Angehörigen besucht. Jedoch bekommen im zweiten Erhebungszeitraum ebenfalls etwas über ein Drittel (fast) nie Besuch von ihren Angehörigen und im dritten Erhebungszeitraum sind es sogar fast die Hälfte der Studienteilnehmer/innen, die keinen Besuch von den Angehörigen bekommen. Diese hohe Anzahl an Menschen mit Demenz, die (fast) nie von ihren Angehörigen besucht werden, widerspricht der Literatur.

Allerdings kommen Rückemann und Künzel (2009) in zwei Studien zum gleichen Ergebnis: in 43 ambulant betreuten Wohngemeinschaften stellen sie fest, dass je rund 40 Prozent der Bewohner/innen einerseits mindestens wöchentlich Besuch von Angehörigen erhalten, aber auch andererseits sehr unregelmäßig oder nie besucht werden (vgl. ebd.).

In der Studie von Gräske et al. (2011) wurde eine Totalerhebung aller im Januar 2009 in Berlin identifizierten ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Spezialwohnbereiche für Menschen mit Demenz durchgeführt. Das Ziel der Studie war, die Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen im Vergleich dieser beiden Settings darzustellen. Entgegen wie in der Literatur beschrieben wird in der Studie eine in besonderem Umfang aktive konzeptionelle Einbindung der Angehörigen in den Alltag der ambulant betreuten Wohngemeinschaften nicht bestätigt. Nach den Autoren/innen sind Angehörige nicht häufiger in das Alltagsleben von ambulant betreuten Wohngemeinschaften eingebunden wie es ebenfalls auch in stationären Versorgungsformen der Fall ist. Demnach wird ein zentraler Punkt von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in der Praxis nicht so gelebt wie es in der Literatur beschrieben wird. Die Autoren/innen vermuten, dass nicht die Angehörigen, sondern die Pflegedienste in den Entscheidungsprozess des Einzugs eines Menschen mit Demenz in eine Wohngemeinschaft eingebunden sind. Dies wiederum könnte bedeuten, dass sich die Angehörigen daher nicht mit dem Konzept der Wohngemeinschaft beschäftigen und sie

sich nicht aktiv einbringen. Zudem kann sich das Ausbleiben von Besuch der Angehörigen negativ auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz auswirken (vgl. ebd.).

Alltagsfähigkeiten (EBI)

Im zeitlichen Verlauf des halben Jahres vom zweiten zum dritten Erhebungszeitraum entstehen bei den Studienteilnehmern/innen der Interventionsgruppe deutliche funktionale Einschränkungen in den Alltagsfähigkeiten von 29,6 auf 23,6 Punkte. Dieses Ergebnis weist auf die Fortschreitung der Demenz hin.

Zwar wurden in der WGQual-Studie von Wolf-Ostermann et al. (2012b) keine tiergestützte Interventionen untersucht, dennoch liegen in einem Längsschnitt-Design erhobene Daten zu den Alltagsfähigkeiten von Studienteilnehmer/innen vor, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben. Auch in dieser Studie ist ein Rückgang der Alltagsfähigkeiten über den Zeitraum der Studie von einem Jahr deutlich zu erkennen, was ebenfalls auf die Fortschreitung der Demenz hinweist (vgl. ebd., Wolf-Ostermann et al. 2014a, Wolf-Ostermann et al. 2015).

Auch Wesenberg (2015) weist in ihrer Studie innerhalb eines halben Jahres auf Verschlechterungen der kognitiven Leistungen, der Emotionalität und des Sozialverhaltens hin. Sie erklärt diese Verschlechterungen ebenfalls mit den fortschreitend zunehmenden demenzbedingten Einschränkungen der Studienteilnehmer/innen (vgl. ebd.).

Eine Veränderung der Alltagsfähigkeiten der Studienteilnehmer/innen, welche durch die regelmäßigen tiergestützte Interventionen bedingt sind, konnten anhand der statistischen Tests nicht festgestellt werden.

Dieses Ergebnis wird von einigen bisherigen Studien bestätigt, in denen ebenfalls keine Effekte auf die Alltagsfähigkeiten der Betroffenen festgestellt werden (vgl. Walsh et al. 1995, Mossello et al. 2011, Travers et al. 2013). Ausschließlich in zwei Studien werden bisher positive Effekte auf die Alltagsfähigkeiten der Betroffenen festgestellt (Barthel-Index). In der Studie von Friedmann et al. (2014) werden 40 Studienteilnehmende eines stationären Seniorenheimes über zwölf Wochen lang untersucht. Die Studienteilnehmenden, die an der tiergestützte Intervention teilgenommen haben, zeigen in den zwölf Wochen weniger Beeinträchtigungen in den Alltagsfähigkeiten, als die Teilnehmenden, die in derselben Zeit an einem erinnerungsfokussierten Training teilnehmen (vgl. ebd.).

Zusätzlich werden in der Studie von Olsen et al. (2016) insgesamt 79 Studienteilnehmende in sechzehn verschiedenen Tagesbetreuungen untersucht. In der Studie werden zum einen positive Effekte auf das Gleichgewichtsverhalten (Berg-Balance-Scale) vor und direkt nach den tiergestützte Interventionen festgestellt, jedoch nicht im Vergleich vor und mit drei Monaten nach Beendigung der tiergestützte Interventionen. Zum anderen mindert der regelmäßige Kontakt zu Tieren das Sturzrisiko der Studienteilnehmenden.

In beiden Studien, in denen positive Effekte auf die Alltagsfähigkeiten festgestellt werden, werden verschiedene Instrumente zur Erhebung der Alltagsfähigkeiten verwendet. Auch

das Setting ist verschieden, jedoch werden die Studienteilnehmenden in beiden Untersuchungen zweimal wöchentlich über zwölf Wochen lang von einem Hund besucht. Vermutlich liegt es an der Intensität der tiergestützten Interventionen, welche sich positiv auf die Alltagsfähigkeiten auswirken. Weitere Studien könnten dies untersuchen.

Herausforderndes Verhalten (CMAI)

Im zeitlichen Verlauf über ein halbes Jahr vom zweiten zum dritten Erhebungszeitraum in der Interventionsgruppe haben sich die drei verschiedenen herausfordernden Verhaltensweisen nicht wesentlich verändert. Aber das Auftreten von mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise ist im dritten Erhebungszeitraum von 40% auf 70% der Studienteilnehmer/innen deutlich angestiegen. Hinzu kommt der statistisch starke Zusammenhang zwischen mindestens einer herausfordernden Verhaltensweise und dem Demenzschweregrad (FAST). Dieses Ergebnis sagt aus, je höher der Demenzschweregrad ist, desto häufiger tritt mindestens eine herausfordernde Verhaltensweise auf. Dieser Anstieg der herausfordernden Verhaltensweisen innerhalb eines halben Jahres weist ebenfalls auf das Voranschreiten der Demenz hin.

In der Studie von Wolf-Ostermann et al. (2012b) ist in der Interventionsgruppe eine Erhöhung der aggressiven Verhaltensweisen über den Zeitraum der Studie von einem Jahr zu erkennen. Die anderen beiden herausfordernden Verhaltensweisen verändern sich nur unwesentlich (vgl. ebd., Wolf-Ostermann et al. 2014a, Wolf-Ostermann et al. 2015).

Zum agitierten Verhalten gibt es in den Studien unterschiedliche Ergebnisse. Bei einigen Studien werden positive Effekte auf das agitierte Verhalten von Menschen mit Demenz festgestellt (vgl. Richeson 2003, Sellers 2006). In diesen beiden Studien werden die Studienteilnehmer/innen über drei bzw. eine Woche(n) lang täglich von einem Hund besucht. Diese zeitlich intensive Interaktion mit dem Hund könnte eine Begründung sein, weshalb in diesen beiden Studien positive Effekte auf das agitierte Verhalten festgestellt werden konnte. Bei anderen Studien, in denen die tiergestützten Interventionen in der Regel zweimal wöchentlich stattfinden, werden hingegen keine Effekte auf das agitierte Verhalten festgestellt (vgl. Friedmann et al. 2014, Mossello et al. 2011, Olsen et al. 2016a).

In der Studie von Richeson (2003) werden bei fünfzehn Bewohnern/innen zweier stationärer Seniorenheime, die regelmäßig von einem Hund besucht werden, u.a. eine signifikante Reduzierung der CMAI-Werte sowohl zu Beginn der Interventionen mit dem Hund vergleichend am Ende der drei Wochen (t1 und t2), als auch am Ende der drei Wochen vergleichend nach weiteren drei Wochen nach Beendigung der tiergestützten Interventionen (t2 und t3) festgestellt (vgl. ebd.).

Im Gegensatz zu der Studie von Richeson (2003) kann in der vorliegenden Studie eine Verbesserung der herausfordernden Verhaltensweisen der Studienteilnehmer/innen nicht festgestellt werden. Da in der Studie von Richeson (2003) trotz einer kleinen Stichprobe (n=15) eine signifikante Reduzierung der herausfordernden Verhaltensweisen festgestellt wird, wird demnach die kleine Stichprobengröße der vorliegenden Studie wohl eher nicht der Grund dafür sein. Jedoch könnte ein Grund die größeren zeitlichen Abstände von einem

halben Jahr zwischen den Erhebungszeiträumen sein. Weitere zukünftige Studien könnten dies überprüfen.

Lebensqualität (QUALIDEM)

In den bisherigen Studien gibt es unterschiedliche Ergebnisse zwischen tiergestützten Interventionen im Zusammenhang mit der Lebensqualität von Menschen mit Demenz. In zwei Untersuchungen werden keine Effekte auf die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen festgestellt (vgl. Travers et al. 2013, Olsen et al. 2016). Jedoch kann in der zweiten Studie von Olsen et al. (2016a), an der 58 Bewohner/innen eines stationären Seniorenheimes teilnahmen, ein positiver Effekt auf die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen direkt nach der tiergestützten Intervention mit dem Hund festgestellt werden.

Ebenfalls positive Effekte auf die Lebensqualität stellen Nordgren und Engström (2013) in ihrer Studie fest, in der die Lebensqualität von 20 Bewohner/innen eines stationären Seniorenheimes untersucht werden. Während die tiergestützten Interventionen mit dem Hund in der Studie von Olsen et al. (2016a) in kleinen Gruppen stattfinden, findet die Studie von Nordgren und Engström (2013) ausschließlich im Einzelsetting statt. Auffällig dabei ist, dass in beiden Untersuchungen zur Erhebung der Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen dasselbe Instrument (QUALID) verwendet wird. Demnach wird hier vermutet, dass die Lebensqualität mit der Verwendung des QUALIDs bei Menschen mit Demenz und tiergestützten Interventionen gut erhoben werden kann.

Diese vage Vermutung wird jedoch widerlegt, da in der anderen Studie von Olsen et al. (2016) ebenfalls das QUALID für die Erhebung der Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen eingesetzt wird und hier keine Effekte auf die Lebensqualität festgestellt werden. Der Unterschied zwischen den beiden Untersuchungen der Autoren/innen liegt womöglich im untersuchten Setting (Tagesbetreuung und stationäres Seniorenheim). Demnach vermutet die Forscherin, dass ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz des QUALID und dem Setting stationäres Seniorenheim besteht. Um diese vage Vermutung weiter zu bestätigen, müssten zukünftige Studien die Lebensqualität von Menschen mit Demenz anhand verschiedener statistischer Instrumente erheben und unterschiedliche Settings miteinander vergleichen.

Für die Erhebung der Lebensqualität wird in der vorliegenden Studie das Qualidem verwendet. Mit diesem Instrument werden ebenfalls unterschiedliche Veränderungen auf die verschiedenen Bereiche der Lebensqualität der Bewohner/innen von ambulant betreuten Wohngemeinschaften festgestellt.

Im Verlauf eines halben Jahres verschlechtert sich in der Interventionsgruppe bei den Studienteilnehmern/innen mit einem geringeren Demenzschweregrad die allgemeine Lebensqualität um 4,3 Punkte, dagegen steigt sie bei den Studienteilnehmern/innen mit einem höheren Demenzschweregrad um 2,6 Punkte an. Zudem verringert sich die Lebensqualität erheblich im Bereich „Positives Selbstbild“ um 14,5 Punkte und im Bereich

„Soziale Isolation“ um 10 Punkte. Dagegen verbessert sich die Lebensqualität im Bereich „Ruhelos“ um 5,6 Punkte.

Dagegen ist in der Studie von Wolf-Ostermann et al. (2012b) in der Interventionsgruppe in diesen Bereichen der Lebensqualität keine besonderen Auffälligkeiten über den Zeitraum der Studie von einem Jahr zu erkennen. In der Interventionsgruppe verschlechtert sich vor allem der Bereich „Soziale Isolation“ um 5 Punkte sowie für Menschen mit einem geringeren Demenzschweregrad der Bereich „etwas zu tun haben“ um 4 Punkte. Dagegen verbessert sich der Bereich „sich zu Hause fühlen“ für Menschen mit einem geringeren Demenzschweregrad um 8,1 Punkte (vgl. ebd., Wolf-Ostermann et al. 2014a, Wolf-Ostermann et al. 2015).

Im Folgenden werden bei zwei Bereichen der Lebensqualität die quantitativen Ergebnisse durch qualitative Ergebnisse sinnvoll ergänzt. In beiden Erhebungszeiträumen besteht eine Korrelation zwischen der Subdomäne „Pflegerbeziehung“ und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes. Dieses statistisch signifikante Ergebnis bedeutet: je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität der Studienteilnehmer/innen im Bereich „Pflegerbeziehung“. Weiterhin lässt sich anhand der qualitativen Ergebnisse ableiten, dass der Hundebesuchsdienst während der alltäglichen Pflege und Betreuung zwischen den Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen zum Gesprächsthema wird. Zudem können die Pflege- und Betreuungspersonen in der Beobachtung der Interaktion zwischen den Bewohner/innen und Hunden zusätzliche Ressourcen bei den Menschen mit Demenz feststellen, die außerhalb des Pflegealltags deutlich sichtbar werden. Daraus lässt sich ableiten, dass sich aufgrund der Beobachtungen und alltäglichen Erzählungen über den Hundebesuchsdienst auch die Pflegerbeziehung verbessert.

Im zweiten Erhebungszeitraum weist die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine deutlich höhere Lebensqualität im Bereich „Soziale Isolation“ auf. Dieses Ergebnis bestätigt andere Studien, in denen sich tiergestützte Interventionen auf die sozialen Kontakte der Menschen mit Demenz positiv auswirken. Im zweiten und im dritten Erhebungszeitraum zeigt die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine deutlich höhere Lebensqualität im Bereich „sich zu Hause fühlen“.

Da dieses Ergebnis in beiden Erhebungszeiträumen auftritt, vermutet die Forscherin, dass sich der regelmäßige Kontakt zu Hunden auch auf das Gefühl, sich in der Wohngemeinschaft zu Hause fühlen, positiv auswirkt. Wegen mangelnder Studien können zu diesem Ergebnis jedoch keine Studien oder Literatur hinzugezogen werden. Die Forscherin geht davon aus, dass dieses „Zu-Hause-Gefühl“ womöglich auch mit dem Setting der Wohngemeinschaft in Bezug steht. Ein besonderes Merkmal von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz ist u.a. die Beibehaltung von familienähnlichen Strukturen. Da in Deutschland viele Familien gemeinsam mit Haustieren leben - im Jahr 2015 leben 12,9 Millionen Katzen in 22% der Haushalte in Deutschland, gefolgt von 7,9 Millionen Hunden in 16% der Haushalte - besteht womöglich hier ein

Zusammenhang, der zum Thema zukünftiger Studien werden könnte (vgl. Fischer et al. 2010, Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2008, Wolf-Ostermann et al. 2014, IVH 2015).

In der vorliegenden Studie besteht in beiden Erhebungszeiträumen eine tendenzielle Abhängigkeit zwischen der Subdomäne „Ruhelos“ und der Tatsache, dass die Studienteilnehmer/innen in der Vergangenheit ein eigenes Haustier besaßen. Daraus lässt sich ableiten, dass Menschen mit Demenz, die in der Vergangenheit selbst Tierbesitzer/innen waren, durch den Kontakt mit Hunden weniger ruhelos sind. Auch die Auswertung der qualitativen Ergebnisse bestätigt die tendenzielle Abhängigkeit: eine Expertin berichtet von einer Frau mit Demenz, die sich im alltäglichen Leben ruhelos verhält und nur in der Interaktion mit dem Hund ruhig wird. Von dieser Veränderung im Bereich „Ruhelos“ berichten sowohl die Mitarbeiterin der Wohngemeinschaft als auch die Ehrenamtliche, die diese Dame gemeinsam mit ihrem Hund besucht.

Im zweiten Erhebungszeitraum besteht eine Korrelation zwischen den Studienteilnehmern/innen mit leichter Demenz und dem „Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft“. Dieses statistisch signifikante Ergebnis sagt aus, je höher die Lebensqualität bei den Studienteilnehmern/innen mit geringeren kognitiven Funktionseinschränkungen ist, desto häufiger findet der Hundebesuchsdienst in der Gemeinschaft statt. Dieses Ergebnis wird indirekt durch ein weiteres statistisch signifikantes Ergebnis bestätigt. Die Korrelation zwischen den Studienteilnehmern/innen mit geringeren Demenzeinschränkungen und der Häufigkeit des Hundebesuchsdienstes sagt aus, je häufiger der Hundebesuchsdienst stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität bei den Studienteilnehmern/innen mit geringeren kognitiven Funktionseinschränkungen.

Dass Menschen mit Demenz mit geringeren kognitiven Funktionseinschränkungen besonders von tiergestützten Interventionen profitieren, bestätigen ebenfalls die Ergebnisse von Görres (2006). In der Studie gibt es ebenfalls Unterschiede hinsichtlich des Schweregrads der Demenz. Bewohner/innen mit einer leichten bis mittleren Demenz profitieren am meisten von den tiergestützten Interventionen. Hingegen ist bei Bewohner/innen mit einer fortgeschrittenen Demenz die Abhängigkeit der Tagesform ausschlaggebend für die Effekte der tiergestützten Interventionen. In Zukunft könnte in weiteren Studien untersucht werden, inwiefern sich der Schweregrad der Demenz auf die Intensität der Auswirkungen von tiergestützten Interventionen auswirkt.

Im dritten Erhebungszeitraum wird eine Korrelation zwischen der Subdomäne „etwas tun“ und dem „Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft“ festgestellt. Dieses statistisch signifikante Ergebnis bedeutet, je häufiger der Hundebesuchsdienst in der Gemeinschaft stattfindet, desto höher ist die Lebensqualität im Bereich „etwas tun“. Es bestätigt auch die Ergebnisse aus der Literatur, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf die sozialen Aktivitäten auswirken, wie bereits am Anfang der Diskussion erläutert wurde.

Psychopathologie (NPI)

Verschiedene Studien, die die psychopathologischen Effekte tiergestützter Interventionen auf Menschen mit Demenz untersuchen, kommen zu unterschiedlichen Einschätzungen. In

einigen Studien werden positive Effekte festgestellt (Depressivität und Ängste: Kanamori et al. 2001, NPI-Angst: Mossello et al. 2011, Apathie: Motomura, Yagi, Ohyama 2004, potentiell positiv auf Depressivität: Travers et al. 2013). Wiederum in anderen Studien werden keine positiven Effekte auf die psychopathologischen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz nachgewiesen (vgl. Beckmann 2010; Motomura, Yagi, Ohyama 2004; Wesenberg 2015). Zudem werden in der Studie von Kanamori et al. (2001) positive Effekte auf Aggressivität, Ängste und Phobien festgestellt.

In der vorliegenden Studie zeigen die Studienteilnehmer/innen der Interventionsgruppe minimale Veränderungen der Psychopathologie zwischen den beiden Erhebungszeiträumen. Da nur wenige Studienteilnehmer/innen – im Mittel 9,0 Punkte zu t2 bzw. 10,4 Punkte zu t3 - in der vorliegenden Untersuchung psychopathologische Auffälligkeiten aufzeigen, nimmt die Forscherin diese geringe Anzahl als Grund für die nicht vorzeigbaren Effekte an.

Ebenfalls keine Effekte auf die nicht-kognitiven Symptome (NPI) werden in der Studie von Wesenberg (2015) festgestellt. Dies liegt nach der Autorin ebenfalls daran, dass nur eine Minderheit der Studienteilnehmer/innen (n=3) in der Interventionsgruppe zu allen Erhebungszeitpunkten demenzassoziierte psychische Auffälligkeiten zeigen (vgl. ebd.).

Zudem bewertet die Forscherin die minimale Veränderung der psychopathologischen Verhaltensweisen dennoch positiv, mit dem Hintergrund des Voranschreitens der Demenz bei den Studienteilnehmenden innerhalb des letzten halben Jahres.

Dagegen ist in der Studie von Wolf-Ostermann et al. (2012b) in der Interventionsgruppe in der Psychopathologie eine Verbesserung (t1: 15,2 Punkte zu t2: 12,1 Punkte) über den Zeitraum der Untersuchung von einem Jahr zu erkennen (vgl. ebd., Wolf-Ostermann et al. 2014a, Wolf-Ostermann et al. 2015).

Generell liegt in den Bereichen der beiden folgenden Forschungsfragen eine geringe Studienlage vor. In den beiden anderen Studien, die neben der tiergestützten Intervention ebenfalls die Mitarbeiter/innen der Senioreneinrichtung untersuchen (vgl. Görres 2006, Kanamori et al. 2001), wird nicht nach den Erwartungen der Mitarbeiter/innen gefragt. Vor allem werden in den bisherigen Studien keine Ehrenamtlichen interviewt, die die tiergestützten Interventionen durchführen. In der vorliegenden Pilotstudie verringern die Ergebnisse der Interviews mit den beiden Ehrenamtlichen diese Forschungslücke und werden somit als Grundlage für weitere Studien betrachtet.

Die zweite Forschungsfrage lautet:

F2: Welche Erwartungen verbinden Mitarbeiter/innen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (Pflegekräfte sowie Betreuungspersonal) mit dem Einsatz von Tierbesuchsdiensten? Welche Erfahrungen werden in Bezug auf Menschen mit Demenz aber auch auf eigene Arbeitsabläufe berichtet?

Beide Mitarbeiterinnen haben keine speziellen Erwartungen an den Hundebesuchsdienst in Bezug auf sich selbst oder die Organisation der ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Sie stehen der tiergestützten Intervention offen, flexibel und positiv gestimmt gegenüber. Eine Mitarbeiterin findet einen regelmäßigen Kontakt zu Tieren für Menschen mit Demenz grundsätzlich sinnvoll und besonders wichtig. Ihrer Meinung nach sollte der Kontakt zu Tieren am besten integriert im Alltag der ambulant betreuten Wohngemeinschaften stattfinden. Hierfür ist die artgerechte Haltung der Tiere unerlässlich, die von den Mitarbeitern/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften übernommen werden müsste. Jedoch sind hierfür die Rahmenbedingungen oftmals nicht gegeben oder nur schwer zu realisieren.

Es gibt einige Berichte aus der Praxis über den Einsatz von eigenen Tieren, die in stationären Senioreneinrichtungen leben und dadurch im alltäglichen Leben der Bewohner/innen präsent sind. Jedoch gibt es nur wenige Studien, die den alltäglichen Kontakt zu Tieren im Vergleich zu einem regelmäßigen Tierbesuchsdienst bisher untersucht haben. Beckmann (2010) vergleicht in ihrer Studie ein stationäres Seniorenheim mit eigenen Tieren mit einem anderen Seniorenheim ohne Tiere bzw. jeglichen Tierkontakt. Das Pflegepersonal kommt in seiner Fremdeinschätzung zu dem Schluss, dass die Menschen mit Demenz aufgrund des regelmäßigen Tierkontakts deutlich aktiver sind und signifikant häufiger sowohl verbal als auch nonverbal kommunizieren. Jedoch können keine eindeutigen Effekte im Alltagsverhalten, auf die psychopathologischen Auffälligkeiten, Emotionalität oder auf das Sozialverhalten festgestellt werden. Die Limitationen sieht die Autorin darin, inwiefern die Erwartungen des Pflegepersonals auf die tiergestützten Interventionen in die positive Fremdeinschätzungen einfließen. Vorstellbar ist für sie, dass die alltägliche Präsenz der Tiere das Klima der Senioreneinrichtung allgemein verbessert und sich diese Verbesserung auch auf die positive Fremdeinschätzung des Pflegepersonals auswirkt (vgl. ebd.).

Auch Wesenberg (2015) weist auf die mögliche Beeinflussung des Pflegepersonals durch den regelmäßigen Kontakt zu Tieren hin. Dadurch können die Fremdeinschätzungen über die Effekte der tiergestützten Interventionen auf die Studienteilnehmer/innen beeinflusst werden (vgl. ebd.). In der Studie von Püllen et al. (2013) werden ebenfalls positive Effekte auf die allgemeine Stimmung der Einrichtung festgestellt. Aufgrund dieser Ergebnisse ist es vorstellbar, dass auch das Pflege- und Betreuungspersonal durch den Hundebesuchsdienst positiv beeinflusst wird und sich diese positive Stimmung auf die Fremdeinschätzung auswirken kann. Ob es sich dabei wirklich um die vermutete Beeinflussung auf die Fremdeinschätzungen handelt, sollte in zukünftigen Studien Teil des Untersuchungsgegenstandes sein.

Eine Mitarbeiterin hat speziell für zwei Bewohnerinnen der Wohngemeinschaft Erwartungen an den Hundebesuchsdienst. Da sich die beiden Frauen in der Vergangenheit gemeinsam um den Hund der einen Bewohnerin kümmerten und da dieser inzwischen verstorben ist, sollten die beiden Bewohnerinnen wieder einen Hund zum Streicheln, Füttern und

Versorgen haben. Diese Erwartungen der Mitarbeiterin auf die beiden Bewohnerinnen wurde nach ihrer Aussage mithilfe des Hundebesuchsdienstes erfüllt.

In beiden ambulant betreuten Wohngemeinschaften bleibt der Hund bei den Studienteilnehmern/innen im Gedächtnis. Es finden nach dem tierischen Besuch und teilweise auch am Tag bzw. Tage danach Gespräche über den Hund statt. Zudem verspüren die Mitarbeiterinnen eine Vorfriede auf den Hund seitens der Bewohner/innen, da er zukünftig regelmäßig zu Besuch kommt.

Über die Routine, wie selbstverständlich und selbstsicher die Studienteilnehmer/innen mit den Hunden umgehen, sind beide Mitarbeiterinnen sehr überrascht. Demnach kann vermutet werden, dass durch die Interaktion mit dem Hund bei den Menschen mit Demenz eine Erinnerung hervorgerufen wird, auch wenn sie teilweise (jahre)lang keinen Kontakt zu Hunden hatten. Zwar werden keine statistisch signifikanten Effekte bzgl. des Erinnerungsvermögens festgestellt, da dies ausschließlich qualitativ und nicht quantitativ erhoben wird. Dennoch sollte dieser Effekt auf das Erinnerungsvermögen, welches offensichtlich bei der ersten Interaktion mit dem Hund geweckt wurde, in weiteren Studien gezielt untersucht werden.

Zunächst berichten beide Mitarbeiterinnen, dass sie keine Veränderungen bei den Studienteilnehmern/innen im Alltag feststellen können. Jedoch wirkt sich der Hundebesuchsdienst nach Einschätzung der beiden Mitarbeiterinnen positiv auf die sozialen Kontakte und auf die Lebensqualität aus, da durch den Hundebesuchsdienst einerseits Gespräche geführt werden und andererseits eine Erinnerung an den Hund stattfindet. Durch den regelmäßigen Besuch mit dem Hund kommt wieder „Leben“ in die Wohngemeinschaft. Der Hundebesuchsdienst wird im Laufe der Zeit in beiden ambulant betreuten Wohngemeinschaften immer öfter zum Gesprächsthema, sowohl zwischen den Mitarbeiter/innen und den Bewohner/innen als auch unter den Bewohner/innen. Immer öfter erinnern sich die Bewohner/innen an den Hund, wie bspw. an Kunststücke, die der Hund gezeigt hat, auch wenn dieser zu dem Zeitpunkt nicht körperlich anwesend ist.

Auch in der Studie von Katsinas (2001) wird eine Verbesserung auf das zeitliche Orientierungsvermögen der Studienteilnehmer/innen festgestellt, wie bspw. das Wecken von Erinnerungen an die Hundebesuche. Das Pflegepersonal beobachtet ebenfalls Gespräche über den Hund sowie darüber hinaus über eigene Erfahrungen bzw. Erlebnisse mit Hunden und/oder Tieren (vgl. ebd.).

Auch Otterstedt (2013) stellt sich die Frage, ob der Einsatz von Tieren in der Begleitung von Menschen mit Demenz auch über den Moment der Begegnung hinauswirkt. Erfahrungen zeigen, dass die Wiedererkennung des Tieres für Menschen mit Demenz zu einer positiven Stimmung führt, welche für weitere Aktivierungen wie bspw. Erzählungen, Gedächtnistraining etc. genutzt werden kann (vgl. Kap. 3.4.2: 53).

Eine Veränderung der herausfordernden Verhaltensweisen der Studienteilnehmer/innen, ausgelöst durch den Hundebesuchsdienst, können die beiden Mitarbeiterinnen nicht feststellen. Jedoch leben zum Zeitpunkt des Interviews in den ambulant betreuten

Wohngemeinschaften wenige Menschen mit Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen, die an dem Hundebesuchsdienst teilnehmen. Möglicherweise könnte dies in zukünftigen Studien weiter überprüft werden.

In der Literatur wird auf die positiven Effekte von Tieren nicht nur auf die Bewohner/innen, sondern auch auf die Mitarbeiter/innen sowie auf die Organisation der Senioreneinrichtungen berichtet. Vor allem Tierbesuchsdienste sind für alte Menschen sinnvoll, da der regelmäßige Kontakt zu Tieren ohne zusätzliche Verpflichtungen seitens der alten Menschen oder der Mitarbeitenden der Betreuungseinrichtung möglich ist. Die oftmals anfängliche Skepsis der Mitarbeiter/innen wandelt sich häufig in kurzer Zeit in einhellige Zustimmung um. Die Mitarbeiter/innen bemerken, dass die Tiere sich nicht nur auf die Bewohner/innen positiv auswirken, sondern auch auf deren Betreuer/innen: in den Einrichtungen wird häufiger gelacht und es gibt deutlich mehr Gesprächsanlässe. Somit können sich tiergestützte Interventionen auch positiv auf die alltäglichen Arbeitsanforderungen und -abläufe des Pflege- und Betreuungspersonals der Senioreneinrichtungen auswirken (vgl. Greiffenhagen 2003, Braun und Schmidt 2003, Wesenberg 2012a).

Grundsätzlich wird in der Literatur von vielfältigen Effekten auf die Personal- und Organisationsstruktur von Senioreneinrichtungen gesprochen: Es kommt zu einer Verbesserung der Arbeitsatmosphäre, der Durchbrechung des gleichförmigen Arbeitsrhythmus durch die Freude und Abwechslung mit den Tieren und der Herstellung einer Motivation durch die Beobachtung der Interaktion zwischen Mensch und Tier. Außerdem entsteht eine entspannte und gute Atmosphäre zwischen den Mitarbeiter/innen der Einrichtung, den Bewohner/innen und deren Angehörigen sowie eine Entlastung der Pflegenden durch die emotionale und aktivierende Begegnung mit den Tieren auf die Bewohner/innen (vgl. MDS 2009, Otterstedt 2013).

Daher vermutet die Forscherin, dass sich positive Effekte nicht nur auf die Personal- und Organisationsstruktur von stationären Senioreneinrichtungen auswirken können, sondern auch auf die von ambulant betreuten Wohngemeinschaften.

In der vorliegenden Studie erhalten die Mitarbeiter/innen der ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach den Erfahrungen der beiden Mitarbeiterinnen eine Entlastung in der Zeit, in der der Hundebesuchsdienst stattfindet. In dieser Zeit können sich die Mitarbeiter/innen anderen Aufgaben widmen oder sie können die Bewohner/innen in der Interaktion mit dem Hund beobachten und sehen, welche Ressourcen sie außerhalb des Pflegealltags besitzen, wie bspw. das routinierte Streicheln des Hundes. Aber auch eine allgemeine positive Stimmung wird durch den Hundebesuchsdienst in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften hervorgerufen. Diese positiven Ergebnisse werden von zwei Untersuchungen bestätigt (vgl. Görres 2006, Kanamori et al. 2001).

Auch in der Untersuchung von Kanamori et al. (2001) werden positive Effekte auf die Belastung der Pflegenden festgestellt. In der Studie von Görres (2006) wird nachgewiesen, dass sich die tiergestützten Interventionen auf der Personal- und Organisationsebene in

Form von einer verbesserten Atmosphäre und der Auflockerung des Alltags ebenfalls positiv auf die Mitarbeiter/innen der Senioreneinrichtung bzw. auf deren allgemeine Umgebung auswirken. Bei den Mitarbeitern/innen wird aufgrund der regelmäßigen Erfolgserlebnisse, die durch die Wahrnehmung der positiven Effekte bei den Bewohnern/innen ausgelöst werden, eine damit verbundene Verringerung der Arbeitsbelastung und des Stresserlebens festgestellt. Es gibt keinerlei Hinweise auf Behinderungen im Arbeitsablauf des Pflegepersonals, die durch die tiergestützten Interventionen hervorgerufen werden (vgl. ebd.).

Die dritte und letzte Forschungsfrage lautet:

F3: Welche Erwartungen verbinden ehrenamtliche Mitarbeiter/innen der Tierbesuchsdienste mit ihrem Einsatz in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz? Welche Erfahrungen werden in Bezug auf Menschen mit Demenz berichtet?

Beide Ehrenamtlichen berichten, dass sie keine speziellen Erwartungen an den Hundebesuchsdienst haben. Sie wollten ursprünglich zusammen mit ihrem Hund in einem anderen Einsatzgebiet tätig sein und wurden vom Verein „Leben mit Tieren e.V.“ gefragt, ob sie auch Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften besuchen möchten. Als sie sich dazu entschlossen hatten, standen sie dem Hundebesuchsdienst offen und flexibel gegenüber. Es gab keine spezielle Erwartungshaltung seitens der Ehrenamtlichen, eine Ehrenamtliche möchte mit ihrem Hundebesuch in der Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz „etwas Gutes tun“.

Der Effekt des Türöffners bzw. sozialen Katalysators wird bereits in Kapitel 3.5.8 theoretisch erläutert und wird auch in der vorliegenden Studie festgestellt. Somit bestätigen die Ergebnisse der Studie die theoretischen Erkenntnisse. Die Ehrenamtlichen haben durch ihren Hund bereits beim ersten Kontakt mit dem (noch) fremden Menschen mit Demenz sofort ein gemeinsames Gesprächsthema. Sie berichten davon, dass sie ohne ihren Hund und diese Gemeinsamkeit eher nicht so schnell mit dem Menschen mit Demenz in Kontakt gekommen wären. Mithilfe des gemeinsamen Gesprächsthemas über den Hund entwickeln sich problemlos weitere Gesprächsinhalte.

Im Hinblick auf die Wirkungen von tiergestützten Interventionen auf die Kommunikation von Menschen mit Demenz sehen beide Ehrenamtlichen eine Verbesserung. Vor allem zwei Bewohnerinnen sind den beiden Ehrenamtlichen im Gedächtnis geblieben: Eine Frau spricht verständliche Sätze mit dem Hund ausschließlich in Anwesenheit des Hundes, hingegen kann sie sich in dessen Abwesenheit verbal nicht verständlich ausdrücken. Eine andere Frau aus der anderen ambulant betreuten Wohngemeinschaft äußert sich generell verbal sehr wenig und langsam, sie ist mit jedem Hundebesuch offener und fröhlicher geworden.

Durch die Anwesenheit des Hundes werden bei den Menschen mit Demenz Erinnerungen geweckt, wie bspw. Erinnerungen an den eigenen Hund oder den Hund des Nachbarn. Zusätzlich wird die Kommunikation aktiviert, indem die Studienteilnehmer/innen mit dem

Hund sprechen, aber es werden auch Gespräche zwischen den Ehrenamtlichen und den Bewohner/innen und auch unter den Bewohner/innen untereinander angeregt. Auch andere Studien belegen einen positiven Effekt auf die Kommunikation von Menschen mit Demenz (vgl. Beckmann 2010, Görres 2006).

Eine Ehrenamtliche verspürt eine Art Gruppengefühl in der Wohngemeinschaft, welches durch den regelmäßigen Besuch mit ihrem Hund ausgelöst wird. Auch andere Studien stellen bereits fest, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf die sozialen Kontakte von Menschen mit Demenz auswirken können. Die vorliegende Studie bestätigt somit die Ergebnisse aus den bisherigen Untersuchungen (vgl. Batson et al. 1999, Katsinas 2001, Richeson 2003, Sellers 2006, Wesenberg 2015).

Die Erfahrungen der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen nach einem halben Jahr, in dem sie die Menschen mit Demenz regelmäßig zusammen mit ihrem Hund besucht haben, zeigen zum einen in kurzer Zeit eine schnelle Alterung der Bewohner/innen und stellen trotzdem eine gewisse Sicherheit im Umgang mit dem jeweiligen Hund fest. Zudem sehen sie bei den Menschen mit Demenz eine Wiedererkennung gegenüber dem Hund, jedoch nicht gegenüber der Ehrenamtlichen, sowie ein „Wachsein“ bei speziellen Studienteilnehmern/innen. In zwei weiteren Studien werden ebenfalls diese Aufmerksamkeit bzw. das „Wachsein“ als positive Effekte der tiergestützten Intervention auf Menschen mit Demenz festgestellt (vgl. Katsinas 2001, Marx et al. 2011).

Zudem animiert der Hund viele Studienteilnehmer/innen zur Bewegung, indem sie mit ihm sowohl interagieren, bspw. beim Streicheln, Spielen etc. Einige Bewohner/innen äußern den Wunsch, gemeinsam mit dem Hund spazieren zu gehen. Dass Tiere Menschen mit Demenz zur Bewegung, Aktivität und motorischen Verhalten animieren, belegen auch andere Studien (vgl. Beckmann 2010, Mossello et al. 2011, Püllen et al. 2013). In der Studie von Olsen et al. (2016a) werden zusätzlich positive Effekte auf das Gleichgewicht und auf die Minderung des Sturzrisikos festgestellt.

7.3 Limitationen und Reflexion der Methoden

Für die Interpretation der Ergebnisse ergeben sich aus der vorliegenden Studie folgende Limitationen.

Aufgrund der kleinen Stichprobe können mögliche Zusammenhänge und Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ggf. nicht als statistisch signifikant nachgewiesen werden. Bei der ursprünglichen Planung der vorliegenden Studie mit knapp 100 Studienteilnehmern/innen wäre diese Limitation deutlich geringer ausgefallen.

Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme am Hundebesuchsdienst und an der Studie sowie aufgrund der Tatsache, dass in den untersuchten Wohngemeinschaften weniger Männer als Frauen zu Beginn der Studie lebten, können aufgrund der Zusammensetzung der Stichprobe geschlechtsspezifische Unterschiede nicht untersucht werden.

Da in bisherigen Studien häufig eine kürzere Laufzeit von drei bis sechs Monaten untersucht wird, war ein langer Untersuchungszeitraum von über zwölf Monaten für die Forscherin interessant und erstrebenswert. Zudem wird mit einem längeren Erhebungszeitraum die bestehende Forschungslücke verringert. Dennoch gestaltete sich die Durchführung und Aufrechterhaltung der Studie über den Zeitraum von zwölf Monaten für die Forscherin als sehr aufwendig. Als alleinige Forscherin ohne weitere personelle und somit zeitliche Ressourcen den Kontakt zu dem Verein und den beteiligten Wohngemeinschaften über die Laufzeit der Studie aufrechtzuerhalten sowie die einzelnen Befragungen in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften durchzuführen, nahm einen Großteil der zeitlichen Ressourcen in Anspruch. In Zukunft sollten daher weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben über einen längeren Zeitraum durch ein Forscherteam mit finanzieller Unterstützung realisiert werden.

Vorstellbar ist zudem, dass die Erwartungen des Pflege- und Betreuungspersonals auf die tiergestützten Interventionen positiv auf deren Fremdeinschätzungen über die Auswirkungen der Studienteilnehmer/innen eingeflossen sind. Auch Wesenberg (2015), Nordgren & Engström (2013) sowie Travers et al. (2013) benennen ebenfalls diese Einschränkungen in der Diskussion der eigenen Ergebnisse. Daher wäre eine Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer/innen in der vorliegenden Studie für die Forscherin sehr interessant gewesen und war zu Beginn der Studie angedacht. Jedoch wurde diese Überlegung nach Recherche und reiflicher Überlegung von der Forscherin verworfen. Die Schwierigkeit bei einer Selbsteinschätzung von Menschen mit Demenz besteht einerseits in der Überforderung der Befragten durch die Interviews und andererseits in der Validität der erhobenen Daten. Hinzu kommt der lange Erhebungszeitraum der Studie von über zwölf Monaten, in denen die unterschiedlichen Einschränkungen der Demenz bei den Studienteilnehmenden voranschreiten. Aus diesen Gründen entschied sich die Forscherin für eine ausschließliche Erhebung der Daten über Fremdeinschätzungen.

Die ausgewählten international validierten Assessments des erstellten Fragebogens fanden in den bisherigen Studien teilweise Anwendung. Das Qualidem wurde bisher außer in der WGQual-Studie in keiner der aufgeführten Studien verwendet, in denen tiergestützte Interventionen untersucht wurden. Generell fällt bei den quantitativen Designs der bisherigen Studien auf, dass unterschiedliche Assessments verwendet wurden. Es gibt in den bisherigen Studien keine eindeutige Verwendung von speziellen international validierten Assessments. Dadurch wird eine eindeutige Vergleichbarkeit der Daten nicht gewährleistet. Für zukünftige Studien sollte ein einheitlicher quantitativer Fragebogen entwickelt werden, mit dem die Auswirkungen von tiergestützten Interventionen in verschiedenen Studien untersucht und mit anderen Studien verglichen werden können.

Fazit und Empfehlungen

Auf Basis der beantworteten Forschungsfragen kommt die Forscherin zu folgenden Schlussfolgerungen und leitet Empfehlungen für zukünftige Studien sowie förderliche Rahmenbedingungen für die Praxis ab.

Das Ziel der vorliegenden Studie bestand darin, die Auswirkungen von regelmäßig stattfindenden tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, zu untersuchen. Zudem wurden die Auswirkungen der tiergestützten Interventionen auf die Mitarbeiter/innen und die Organisationsstruktur der Wohngemeinschaften untersucht.

Die vielfältigen quantitativen und qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sich tiergestützte Interventionen positiv auf Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, auswirken. Zudem bringen tiergestützte Interventionen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz ebenfalls positive Effekte auf die Mitarbeitenden und die Organisation der Wohngemeinschaften (vgl. Kap. 6: 118).

Aktuell kann das Fortschreiten der Symptome einer Demenz durch eine medikamentöse Behandlung nicht geheilt werden. Daher ist vor allem die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen wichtig, die durch den Einsatz von nicht-medikamentösen Therapien in Form von psychosozialen Interventionen erreicht werden kann. Auch die „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) empfiehlt für die Behandlung von Demenzen eindeutig eine Bevorzugung der nicht-medikamentösen Behandlung vor der Therapie mit Medikamenten (BMG 2015, DEGAM 2008).

Aber wie sieht es aktuell mit der Finanzierung von psychosozialen Interventionen aus? Nach dem alten Pflegegesetz gab es für Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz, abhängig von der Schwere der Einschränkungen monatlich 104 bzw. 208 Euro, die für „niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote“ verwendet werden konnten.

Nach dem Bundesgesundheitsministerium (2016a) erhöhen sich die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung durch die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG) um 20 Prozent. Mit den neuen PSG sollen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Leistungen passgenau auf ihre individuelle Situation auswählen. Insbesondere die „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ richten sich nicht mehr nur an die Pflegebedürftigen, sondern ebenfalls an deren Angehörigen, die durch diese Angebote entlastet werden sollen. Ein Ziel dabei ist für den Aufbau solcher Angebote, die möglichst vollständige Ausschöpfung des Beitrags der Pflegeversicherung von bis zu 25 Millionen Euro (vgl. ebd.).

Durch die aktuelle Reform der sozialen Pflegeversicherung erhalten nun alle Pflegebedürftigen mit einem Pflegegrad zwischen eins und fünf monatlich 125 Euro, die sie für „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ (ehemals: „niedrigschwellige Betreuungs- und

Entlastungsangebote“) verwenden können. Zusätzlich hat ein Mensch mit Demenz, der in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft lebt, Anspruch auf monatliche Leistungen in Höhe von 214 Euro (§38a SGB XI). Zudem können weitere 40% der ihm zustehenden Sachleistungsbeträge (§45a Absatz 4 SGB XI) auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden (vgl. Kap. 2.2: 23).

Die kürzlich entstandenen gesetzlichen Veränderungen des Pflegegesetzes verdeutlichen die Dynamik in dem Feld, welche sich auch auf die Kostendeckung der sozialen Begleitung von Menschen mit Demenz auswirkt. Seit der Reform können sich vor allem Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, verstärkt „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ bspw. in Form von psychosozialen Interventionen leisten. Unter den „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ fallen auch die tiergestützten Interventionen, die nun verstärkt in Auftrag gegeben und abgerechnet werden können. Zwar wurde die Finanzierung von psychosozialen Interventionen weiter ausgebaut, jedoch fehlt weiterhin eine Regelfinanzierung, die ausschließlich die Behandlung einer Demenz mit psychosozialen Interventionen abdeckt. Im Rahmen von fest finanzierten psychosozialen Interventionen wäre für Menschen mit Demenz ein vermehrter Kontakt zu Tieren möglich. Zusammenfassend wird durch die neue Pflegereform eine Stärkung des Einsatzes von psychosozialen Interventionen in Form von tiergestützten Interventionen für Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, erreicht.

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, kann der Einsatz von Tieren bei Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, spontan ein Lächeln ins Gesicht zaubern, ihre Erinnerungen wecken, sie weiches Fell spüren lassen. Zudem nehmen Tiere den Menschen ohne Vorbehalte an, so dass sich die Menschen mit Demenz von Tieren angenommen fühlen. Durch den regelmäßigen Kontakt von Menschen mit Demenz zu Tieren werden gleichzeitig die Mitarbeitenden und/oder Angehörigen entlastet und es entsteht ein gemeinsames Gesprächsthema. Zudem bringen Tiere eine positive Stimmung und „mehr Leben“ in ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Gerade für Menschen mit Demenz, bei denen eine Heilung der Krankheit nicht möglich ist, sind eine Vielzahl von solch schönen Erlebnissen für die Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität von enormer Bedeutung. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass sich tiergestützte Interventionen positiv und besonders vielfältig auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, auswirken. Die Lebensqualität ist in der Forschung von Menschen mit Demenz häufig ein zentraler Untersuchungsgegenstand. Daher sind weitere zukünftige Studien notwendig, um die Auswirkungen von tiergestützten Interventionen u.a. auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz weiter zu untersuchen.

Auch wenn abschließend wenige statistisch signifikante Effekte nachgewiesen werden können, macht die vorliegende Pilotstudie trotzdem deutlich, dass tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften verschiedene positive Effekte sowohl auf die Bewohner/innen als auch auf die

Mitarbeiter/innen- und Organisationsstruktur der ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit sich bringen können. Tiergestützte Interventionen sind demnach eine sinnvolle psychosoziale Intervention, um Menschen mit Demenz vor allem zu einer Verbesserung der Lebensqualität und der sozialen Kontakte zu verhelfen.

Aufgrund der Größe der untersuchten Stichprobe können keine generalisierenden Aussagen gemacht werden, jedoch lassen sich Tendenzen erkennen, die in weiteren Studien überprüft werden können. Die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie bieten eine Grundlage für zukünftige Studien. Insbesondere die vielfältigen qualitativen Ergebnisse geben der Praxis eine Orientierung zur Implementierung von tiergestützten Interventionen.

Im Folgenden formuliert die Forscherin Empfehlungen für zukünftige Studien sowie förderliche Rahmenbedingungen für die Implementierung tiergestützter Interventionen in die Praxis.

Empfehlungen für zukünftige Studien

Während der Durchführung der vorliegenden Studie entwickelten sich neue Forschungsfragen, die nicht Ziel der vorliegenden Studie waren und die in zukünftigen Studien untersucht werden können. Bereits in Kapitel 4.2 formuliert die Forscherin anhand der aktuellen Studienlage offene Forschungsfragen für zukünftige Studien. Daher werden an dieser Stelle die wichtigsten Schlussfolgerungen für zukünftige Studien zusammengefasst dargestellt.

In den bisherigen Studien werden tiergestützte Interventionen hauptsächlich in stationären Settings untersucht. Zudem sind in den bisherigen Studien die Auswirkungen der tiergestützten Interventionen auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der Einrichtungen selten Forschungsgegenstand. Um diese Forschungslücken zu verringern, wird in der vorliegenden Pilotstudie das Setting der ambulant betreuten Wohngemeinschaften sowie die Auswirkungen auf die Mitarbeiter/innen und die Organisation der ambulanten Einrichtungen erstmalig untersucht.

Aus den Erkenntnissen der vorliegenden Pilotstudie lassen sich folgende Empfehlungen für zukünftige Studien ableiten:

- Weitere Untersuchungen des Settings der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz,
- Untersuchung von verschiedenen Settings für Menschen mit Demenz,
- Entwicklung eines standardisierten und validierten Messinstrumentes, mit dem die Effekte von tiergestützten Interventionen auf Menschen mit Demenz erfasst werden können,
- Klärung, ob tiergestützte Interventionen für Menschen mit Demenz in Einzel- oder Gruppensitzungen effektiver sind,
- Vergleich zwischen tiergestützten Interventionen vs. anderen psychosozialen Interventionen,

- Nicht nur Hunde, sondern auch andere Tierarten sollten Forschungsgegenstand sein, evtl. ein Vergleich zwischen eigenen Haustieren vs. verschiedenen Tierarten (Nutz- und Haustiere),
- Untersuchung des alltäglichen Kontaktes mit eigenen Tieren der Einrichtungen bzw. des gemeinsamen Lebens mit Tieren vs. Tierbesuchsdienste,
- Untersuchung von langfristigen Wirkungen der tiergestützten Interventionen mit einer Studiendauer von über zwölf Monaten,
- Verwendung von geeigneten Kontrollgruppen,
- Ausschluss von anderen potentiellen Wirkfaktoren, die sich positiv auf die Studienteilnehmer/innen auswirken können,
- Untersuchung der Mitarbeiter/innen und der Organisation der Einrichtungen,
- Verwendung von verschiedenen Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie
- Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Unterschieden.

Förderliche Rahmenbedingungen für die Praxis

Tiergestützte Interventionen eignen sich ausgezeichnet für die psychosoziale Betreuung von Menschen mit Demenz und lassen sich unter Berücksichtigung von einigen Rahmenbedingungen gut in den Alltag von Pflege- und Betreuungseinrichtungen integrieren.

Aus den Ergebnissen der Expertinnen-Interviews werden folgende förderliche Rahmenbedingungen für einen regelmäßigen Kontakt zu Tieren in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz zusammengestellt. Diese können auch für die Implementierung von tiergestützten Interventionen für andere Adressaten/innen interessant sein:

- Finanzierung der tiergestützten Interventionen über die Pflegekasse.
- Unerlässlich ist eine grundsätzlich positive Haltung des Teams der Einrichtung gegenüber dem Tierbesuchsdienst.
- Zudem sind eine vorherige Abklärung einer Tierhaarallergie sowie eine vorhandene Abneigung gegenüber Tieren seitens der Bewohner/innen, der Mitarbeiter/innen der Einrichtungen und ggf. der Angehörigen notwendig.
- Nicht zu unterschätzen ist die Individualität jedes einzelnen Tieres (bspw. extreme Größe eines Hundes), welches über die schnelle oder langsame Akzeptanz des Tieres bei den Bewohnern/innen entscheidet.
- Bei eigenen Tieren in den Einrichtungen muss eine artgerechte Tierhaltung gewährleistet sein. Daher unbedingt vorherige Klärung von Überlegungen: Fachwissen im Umgang mit den Tieren, bedarf das Tier einer Bezugsperson, Übernahme der Betreuung der Tiere im Urlaubs- oder Krankheitsfall, Schutz der Tiere bspw. vor aggressivem Verhalten der Bewohner/innen etc.
- Eine kontinuierliche Unterstützung der Ehrenamtlichen durch die Mitarbeiter/innen der Einrichtungen ist für einen gelingenden Tierbesuchsdienst wichtig.

Regelmäßiger Kontakt und Austausch mit einer Ansprechperson und ggf. zweiten Ansprechperson als Vertretung zur Übermittlung von wichtigen Informationen zu den einzelnen Bewohnern/innen, bei Fragen, Problemen, Anregungen, Krankmeldung seitens der Ehrenamtlichen etc.

- Zudem ist eine gute Kommunikation und ein regelmäßiger Austausch zwischen den Mitarbeiter/innen der Einrichtung und den Ehrenamtlichen wichtig, damit der Tierbesuchsdienst gelingt (bspw. Wertschätzung der ehrenamtlichen Arbeit).
- Idealerweise erfolgt eine Anbindung der Ehrenamtlichen bspw. an einen Verein, dadurch können eine Schulung der Ehrenamtlichen sowie ein regelmäßiger Austausch stattfinden.

Literatur

Ainsworth MDS (1989): Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44: 709-716

Ainsworth MDS (1991): Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In: Parkes C, Stevson-Hinde J, Marris P (Eds.): *Attachment across the life cycle*. New York. Routledge: 33-51

Alzheimer`s Diseases International (Hrsg.) (2015): World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Online verfügbar: <http://www.worldalzreport2015.org/downloads/world-alzheimer-report-2015.pdf> [28.08.2015]

Aner K, Karl U (Hrsg.) (2010): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Aner K (2016): Soziale Arbeit, Kritische (Alters-) Wissenschaft und Partizipation. Neues aus der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen. In: *Sozial Extra* 6|2016: 36-39. DOI: 10.1007/s12054-016-0105-1

Aner K, Köster D (2016): Partizipation älterer Menschen – Kritisch gerontologische Anmerkungen: 465-483. In: Naegele G, Olbermann E, Kuhlmann A (Hrsg.) (2016): *Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden

Annerstedt L (1993): Development and Consequences of Group Living in Sweden. In: *Social Science & Medecine*, 37. Jg., Heft 12: 1529-1538

Auer S, Reisberg B (1997): The GDS/FAST Staging System. In: *International Psychogeriatrics*, Vol. 9, Suppl. 1: 167-171

Bacher J (o.J.): Statistisches Matching – Anwendungsmöglichkeiten, Verfahren und ihre praktische Umsetzung in SPSS. Online verfügbar: http://www.jku.at/soz/content/e94921/e95831/e96904/e97459/StatisticalMatching_ger.pdf [25.04.2016]

Bartholomeyczik S, Holle D, Halek M (2013): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente, Beltz Juventa Verlag, Weinheim und Basel

Batson K, McCabe B, Baun MM, Wilson C (1998): The effect of a therapy dog on socialization and physiological indicators of stress in persons diagnosed with Alzheimer`s disease. In: Wilson C, Turner D (eds.): *Companion animals in human health*. Sage: 203-2015

Becker S, Kaspar R, Kruse A (2010) *Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker*. Huber Verlag: Bern

Beckmann A (2010): Die Untersuchung psychosozialer Wirkungen tiergestützter Intervention bei dementen Menschen in stationären Einrichtungen. In: *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*. Schwerpunkt: Tiere helfen! Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. Heft: 1/2010, 42: 69-85

Beckmann A (2012): Tiere in stationären Einrichtungen der Altenhilfe – eine Studie zu den Wirkungen von Tieren auf das psychosoziale Wohlbefinden von Demenzkranken. Posterbeitrag auf der Fachtagung „Tiergestützte Intervention im Fokus der Wissenschaften“ an der TU Dresden, 07.-08.09.2012. Online verfügbar: https://tu-dresden.de/gsw/ew/issw/besp/ressourcen/dateien/mtb/poster_antje_beckmann_2012?lang=de [06.02.2013]

Beetz A (2003): Bindung als Basis sozialer und emotionaler Kompetenzen. in: Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Kosmos, Stuttgart: 76-84

Beetz A (2006): Wissenschaftliche Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung: Von der Biophilie-Hypothese bis zur Bindungstheorie. Lernen konkret, 1 (25): 27-29

Beetz A (2009): Psychologie und Physiologie der Bindung zwischen Mensch und Tier. In: Otterstedt C, Rosenberger M (Hrsg.) (2009): Gefährten – Konkurrenten – Verwandte. Die Mensch-Tier-Beziehung im wissenschaftlichen Diskurs. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag: 133-152

Beetz A, Uvnäs-Moberg K, Julius H, Kotrschal K (2012): Psychosocial and Psychophysiological Effects of Human-Animal Interactions: The Possible Role of Oxytocin. Frontiers in Psychology, 3: 234. Online verfügbar: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2012.00234/full> [07.12.2015]

Bergler R (o.J.): Wellensittiche in Altenheimen. Die Veränderung des Lebensstils und der Lebensqualität durch Heimtiere

Berliner Senatsverwaltung (2005): Rundschreiben Nr. 20/2005 über Tagespauschalen für Wohngemeinschaften mit an Demenz erkrankten Menschen vom 8. September 2005. Online verfügbar: https://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rdschr/2005_20.html#1.2 [02.04.2016]

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.) (2011): Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können, Erste Auflage. Online verfügbar: http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf [28.10.2015]

Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, Ferrari B, Forlani M, Atti A (2013): Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: A review. Journal of Psychiatric Research, 47: 762-773

Bickel H (2012): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In Wallesch C, Förstl H (Hrsg.): Demenzen (RRR – Referenz-Reihe Neurologie). Thieme Verlag, Stuttgart. 2. Auflage: 18-35

Blesch KS (2012): Tiere versus Musik Eine empirische Untersuchung zum Vergleich von tiergestützter mit musiktherapeutischer Aktivität. Präsentation zur Fachtagung „Tiergestützte Intervention im Fokus der Wissenschaften“ an der TU Dresden, 07.-08.09.2012. Online verfügbar: https://tu-dresden.de/gsw/ew/issw/besp/ressourcen/dateien/mtb/vortrag_katharina_blesch_2012?lang=de [25.07.2016]

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013): Demenz: Lebensqualität verbessern und Pflegende unterstützen. Online verfügbar: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/demenz.html> [27.08.2015]

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2014): Daten zum Demografischen Wandel in Deutschland. Bevölkerungsentwicklung und -struktur, Geburten, Lebenserwartung und Pflege. Online verfügbar: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/daten-zum-demografischen-wandel-praesentation,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [27.08.2015]

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (o.J.): Wegweiser Demenz. Demenzformen. Online verfügbar: [176](http://www.wegweiser-</p></div><div data-bbox=)

demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/weitere-demenzformen.html [18.03.2016]

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Witten

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2013): Treffen der Gesundheitsminister der G8 Staaten- Demenzerkrankungen besser erforschen und therapieren. Online verfügbar: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/archiv/2013-4-quartal/gemeinsam-gegen-demenz.html> [11.02.2017]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015): Demenz. Informationen zu den Krankheiten. Online verfügbar: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/infos-zu-den-krankheiten.html#> [27.08.2015]

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015a): Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/p-q/pflege-neuausrichtungsgesetz.html>, Abruf: 24.08.2015

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2016): Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG). Online verfügbar: <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/p-q/pflege-neuausrichtungsgesetz.html> [14.09.2016]

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Meldungen. Drittes Pflegestärkungsgesetz im Kabinett beschlossen. Online verfügbar: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/psg-iii-kabinett.html> [07.02.2017]

Bowlby J (2014): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. Reinhardt Verlag. München

Braun C, Schmidt M (2003): Das Hundebesuchsprogramm in der Altenpflege, in: Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart: 325-333

Brody H, Green A, Koschera A (2003): Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. Journal of the American Geriatrics Society 51: 657–664

Buchner-Fus J, Rose L (Hrsg.) (2012): Tierische Sozialarbeit. Ein Lesebuch für die Profession zum Leben und Arbeiten mit Tieren, Wiesbaden

Buchner-Fuhs J, Rose L (2012): Warum ein Buch zu Tieren in der Sozialen Arbeit? Eine kritische Bestandsaufnahme zur Thematisierung der Tiere in diesem Berufsfeld. In: Buchner-Fuhs J, Rose L (Hrsg.) (2012): Tierische Sozialarbeit. Ein Lesebuch für die Profession zum Leben und Arbeiten mit Tieren: 9-27

Bühler K (1922): Die geistige Entwicklung des Kindes. Jena

Burbaum J (2001): Die Wiederkehr des Alltags. Ist die Wohngemeinschaft eine Alternative zum Pflegeheim? In: Altenheim, 40. Jg., Heft 5: 21-24

Chung JA, Cummings JL (2000): Neurobehavioral and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: characteristics and treatment. In: Neurologic Clinics 2000 Nov; 18(4): 829-46

Churchill M, Safaoui J, McCabe BW, Baun MM (1999): Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1999 Apr; 37(4): 16-22

Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS (1989): A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*; 44(3): M77–M84

Cohen-Mansfield J (1991): Instruction Manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. Rockville, Maryland, USA

Cohen–Mansfield J, Marx M, Werner P (1992): Agitation in Elderly Persons: An Integrative Report of Findings in a Nursing Home. *International Psychogeriatrics*, 4(2): 221-240

Coolibri (2016): Reportage: Unterwegs mit den Besuchstierchen. Online verfügbar: <http://www.coolibri.de/redaktion/karriere/besuchstiere-ponys-seniorenheim.html> [08.01.2017]

Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994): The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. In: *Neurology*; 44: 2308-2314

Cusack O, Smith E (1984): Pets and the Elderly. *The Therapeutic Bond*. Sonderheft 2/3. Activities, Adaption and Aging

Delta Society (heute: Pet Partners) (o.J.): Terminology. Online verfügbar: <https://petpartners.org/learn/terminology/> [07.03.2016]

Demografie Portal des Bundes und der Länder (2015): Zahlen und Fakten. Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten. Online verfügbar: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html [12.11.2015]

Demografie Portal des Bundes und der Länder (2015a): Zahlen und Fakten. Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten. Online verfügbar: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegequote_Alter_Geschlecht.html [12.11.2015]

Demografie Portal des Bundes und der Länder (2015b): Zahlen und Fakten. Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten. Online verfügbar: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Versorgung.html [12.11.2015]

DerWesten (2016): Ruhrgebiet. Wie Therapieschwein Felix Menschen mit Demenz hilft. Online verfügbar: <http://www.derwesten.de/staedte/bochum/wie-therapieschwein-felix-menschen-mit-demenz-hilft-id11463439.html> [05.01.2017]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2008): Das Wichtigste. Die Epidemiologie der Demenz. Selbsthilfe Demenz. Online verfügbar: <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf> [24.11.2012]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2012): Stellungnahme der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zum Gesetzentwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (Stand 23.04.2012) und den Anträgen der Fraktionen von Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke. Online verfügbar: <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/stellungnahmen/stellungnahme-zum-gesetzentwurf-eines-pflege-neuausrichtungsgesetzes.html> [26.08.2015]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.) (2014): Das Wichtigste. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online verfügbar: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [28.08.2015]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2016): Informationsblatt 8. Die Pflegeversicherung. Online verfügbar: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt8_pflegeversicherung.pdf [07.02.2017]

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (o.J.): Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit. Online verfügbar: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/die-alzheimer-krankheit.html> [01.04.2016]

Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Online verfügbar: https://www.siebter-altenbericht.de/der-siebte-altenbericht/index.php?eID=tx_securedownloads&p=3&u=0&g=0&t=1512999120&hash=5c80f2cdfec2be3f6029613bdc20f65785acb7c6&file=/fileadmin/altenbericht/pdf/Der_Siebte_Altenbericht.pdf [03.11.2017]

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008): Demenz. DEGAM – Leitlinie Nr. 12. Online verfügbar: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf [03.11.2015]

DGPPN und DGN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2009): S3-Leitlinie „Demenzen“ (Kurzversion). Online verfügbar: http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf [02.11.2015]

DGPPN und DGN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2015): S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion – 1. Revision, August 2015) – Konsultationsfassung für öffentliche Kommentierung – Online verfügbar: http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2015/PDFs_Download/Konsultationsfassung_Idiopathisches_Parkinson-Syndrom/Demenz/REV_S3-leitlinie-demenzen.pdf [03.11.2015]

Dichter M, Bartholomeyczik S, Nordheim J, Achterberg W, Halek M (2011): Validity, reliability, and feasibility of a quality of life questionnaire for people with dementia. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44(6): 405-410. doi:10.1007/s00391-011-0235-9

Dichter MN, Ettema TP, Schwab CGG, Meyer G, Bartholomeyczik S, Halek M (2016): Benutzerhandbuch für die deutschsprachige QUALIDEM Version 2.0. Witten

DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - (1999): ICD- 10 WHO-Ausgabe Version 1.3. Kapitel V. Online verfügbar: <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gf00.htm> [18.02.2012]

Döbele M, Schmidt S (2014): Informationen und Hilfen für den Alltag. Demenzbegleiter für Betroffene und Angehörige. Springer-Verlag

Döring N, Bortz J (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer-Lehrbuch. Heidelberg

Duden o.J.: die Evidenz. Online verfügbar: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Evidenz> [07.03.2016]

ESAAT (o.J.): Online verfügbar: <http://www.esaat.org/> [01.02.2016]

Eschweiler GW, Leyhe T, Klöppel S, Hüll M (2010): Neue Entwicklungen in der Demenzdiagnostik. Deutsches Ärzteblatt, 107: 677-683. Online verfügbar: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/78530/Neue-Entwicklungen-in-der-Demenzdiagnostik> [28.10.2015]

Ettema TP (2007): Development and Evaluation of a Dementia-specific Quality of Life Instrument: Validation. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22 (5): 424-430

Ettema TP, Dröes RM, de Lange J, Mellenbergh GJ, Ribbe MW (2007): QUALIDEM: Development and evaluation of a Dementia Specific Quality of Life Instrument. Scalability, reliability and internal structure. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 2007; 22: 549–556. doi: 10.1002/gps.1713

Filan SL, Llewellyn-Jones RH (2006): Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. International Psychogeriatrics, 18: 597-612

Fischer T, Worch A, Nordheim J, Wulff I, Gräske J, Meyer S (2010): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren.

Fischer T, Worch A, Nordheim J (2011): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen – Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren. Pflege 23: 97–109

Flick U (2011): Triangulation. Eine Einführung. 3., aktualisierte Auflage. VS Verlag Wiesbaden

Forschungskreis Heimtiere in der Gesellschaft (2017): Österreich. Mit Eseltraining erfolgreich im Spitzensport. Online verfügbar: <http://www.mensch-heimtier.de/magazin-menschtier/beitrag-menschtier/news/detail/News/mit-eseltraining-erfolgreich-im-spitzensport.html> [08.01.2017]

Forschungskreis Heimtiere in der Gesellschaft (2017a): Rheinland-Pfalz. Mit tierischer Hilfe zurück ins Leben. Online verfügbar: <http://www.mensch-heimtier.de/magazin-menschtier/beitrag-menschtier/news/detail/News/mit-tierischer-hilfe-zurueck-ins-leben.html> [08.01.2017]

Förstl H (2000): What is Alzheimer`s disease? In O`Brien J, Ames D, Burns A (Eds.), Dementia (Vol. 2, pp. 371-382). London: Arnold

Fraley RC, Shaver PR (2000): Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4: 132-154

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2016): Alzheimer-Antikörper. Ein großer Hoffnungsträger floppt. 23.11.2016, von Joachim Müller-Jung. Online verfügbar: <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/ein-schmerzhafter-flop-fuer-die-alzheimer-forschung-14541369.html> [11.02.2017]

Friedmann E, Galik E, Thomas SA, Hall PS, Chung AY, McCune S (2014): Evaluation of a Pet-Assisted Living Intervention for Improving Functional Status in Assisted Living Residents With Mild to Moderate Cognitive Impairment: A Pilot Study. In: *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2015, Vol. 30(3): 276-289

Geiger T (1931): Das Tier als geselliges Subjekt. *Forschungen zur Völkerpsychologie und Soziologie*, 10: 283-307

Germann-Tillmann T, Merklin L, Stamm Näf A (2014): Tiergestützte Interventionen. Der multiprofessionelle Ansatz. Hans Huber Verlag, Bern

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): Personal in ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen (absolut und in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Beschäftigungsverhältnis. Online verfügbar: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=5136180&nummer=569&p_sprache=D&p_indsp=5090&p_aid=51952325 [13.11.2015]

Gläser J, Laudel G (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Springer Verlag Wiesbaden

Gräske J, Wulff I, Fischer T, Meye S, Worch A, Wolf-Ostermann K (2011): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für ältere, pflegebedürftige Menschen. Unterstützung von Angehörigen und Ehrenamtlichen. In: *Pflegezeitschrift*, 64 Jg., Heft 11: 666-671

Gräske J, Verbeek H, Gellert P, Fischer T, Kuhlmeij A, Wolf-Ostermann K (2014): How to measure quality of life in shared-housing arrangements? A comparison of dementia-specific instruments. In: *Qual Life Res* (2014) 23: 549–559. DOI 10.1007/s11136-013-0504-8

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

Greiffenhagen S (2003): Tiere in der Sozialen Arbeit. In: *Sozialmagazin* 28.Jg. 7-8: 22-29

Greiffenhagen S, Buck-Werner O (2007): Tiere als Therapie. Mürtenbach

Grossmann KE, Grossmann K (Hrsg.) (2009): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart

Große-Siestrup C (2005): Leben mit Tieren – Tiergestützte Therapie: Möglichkeiten der Tierhaltung in Alten und Pflegeheimen sowie in gerontologischen und gerontopsychiatrischen Krankenhäusern. Tiere helfen Menschen e.V. – Ein Bericht.

Görres S (2006): Anregende Gesellschaft Kleintiere in Einrichtungen der Altenpflege. Sonderdruck aus: *Altenpflege* 07/2006: 35-38

Görres S, Hasseler M, Mittnacht B (2009): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.

(Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen No. 02/2009). Bremen

Halek M, Bartholomeyczik S (2006): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche

Halek M, Bartholomeyczik S (2010): Umgang mit herausforderndem Verhalten in der professionellen Pflege – IdA als Instrument zur Klärung der Gründe. In: Psychotherapie im Alter 4(7): 507-519

Handlin L, Hydbring-Sandberg E, Nilsson A, Ejdebäck M, Jansson A, Uvnäs-Moberg K (2011): Short-Term Interaction between Dogs and Their Owners: Effects on Oxytocin, Cortisol, Insulin and Heart Rate-An Exploratory Study. Anthrozoos; Sep2011, Vol. 24 Issue 3: 301-316

Hegedusch E, Hegedusch L (2007): Tiergestützte Therapie bei Demenz. Die gesundheitsförderliche Wirkung von Tieren auf demenziell erkrankte Menschen, Hannover

Hurley AC, Volicer BJ, Hanrahan PA, Houde S, Volicer L (1992): Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. Research in Nursing & Health, 15: 369–377

IAHAIO (o.J.): IAHAIO Deklarationen. Online verfügbar: http://www.iemt.at/?i_ca_id=382 [19.02.2016]

ISAAT (o.J.): Online verfügbar: <http://www.aat-isaat.org/> [07.03.2016]

IVH – Industrieverband Heimtierbedarf (IVH) e.V. (2015): Deutscher Heimtiermarkt 2015. Umsatzplus von mehr als zwei Prozent – Heimtierpopulation weiter auf hohem Niveau. Online verfügbar: <http://www.ivh-online.de/de/der-verband/daten-fakten.html> [30.11.2016]

Jahn T, Werheid K (2015): Demenzen. Fortschritte der Neuropsychologie, Hogrefe Verlag, Göttingen

Jessen F (2014): Behandlungsstrategien im Alter. Therapie von Demenzerkrankungen. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin; 66 (10): 16-21

Julius H, Beetz A, Kotrschal K, Turner D.C., Uvnäs-Moberg K (2014): Bindung zu Tieren. Psychologische und neurobiologische Grundlagen tiergestützter Interventionen. Hogrefe Verlag, Göttingen

Kahlisch A (2010): Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen: Ein Wegweiser mit Praxisbeispielen für Besuchshundeteams. Nerdlen/Dauen: Kynos Verlag

Kanamori M, Suzuki M, Yamamoto K, Kanda M, Matsui Y, Kojima E, Fukawa H, Sugita T, Oshiro H (2001): A day care program and evaluation of animal-assisted therapy (AAT) for the elderly with senile dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias, 16: 234-239

Katsinas RP (2001): The use and implications of a canine companion in a therapeutic day program for nursing home residents with dementia. Activities, Adaptation and Aging, 25: 13-30

Kellert SR (1993): The biological basis for human values of nature. In: Kellert SR, Wilson EO (eds.): The Biophilia Hypothesis. Island Press: 42-69

Kitwood T (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber

Klie T (2012): Ambulant betreute Wohngemeinschaften, Probleme und Perspektiven der Finanzierung. Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaften, Hamburg: 7–11

Köster D (2012): Thesen zur kritischen Gerontologie und die Wertfrage des Alter(n)s. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 7: 603-607

Kricheldorf C (2010): Ausbildung und Weiterbildung von Fachkräften Sozialer (Alten-) Arbeit in: Aner K, Karl U (Hrsg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 67-74

Kricheldorf C (2015): Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: van Rießen A, Bleck C, Knopp R (2015): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden, Springer Verlag: 15-30

Kricheldorf C, Oswald F (2015): Gelingendes Altern in Sozialraum und Quartier. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48: 399–400

Kruse J (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Beltz Juventa Weinheim Basel

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2007): Tiere öffnen Welten. Ideen-Projekte-Leitlinien zum fachgerechten Einsatz von Hunden, Katzen und Kaninchen in der Altenhilfe, Köln

Kurdek L (2008): Pet dogs as attachment figures. Journal of Social and Personal Relationships, 25: 247-266

Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen (o.J.): Angebote zur Unterstützung im Alltag. Online verfügbar: <https://www.demenz-service-nrw.de/angebotsverzeichnis/niedrigschwellige-hilfe-und-betreuungsangebote.html?q=> [07.02.2017]

Lawlor B (2002): Managing behavioural and psychological symptoms in dementia. In: The British Journal of Psychiatry Dec 2002, 181 (6): 463-465. Online verfügbar: <http://bjp.rcpsych.org/content/181/6/463.full-text.pdf+html> [28.03.2016]

Leben mit Tieren e.V. (o.J. a): Online verfügbar: <http://www.lebenmittieren.de/senioren/qualitaetsstandards/> [09.11.2012]

Leben mit Tieren e.V. (o.J. b): Online verfügbar: <http://www.lebenmittieren.de/besuchsdienste/hundebesuchsdienstsenioren/> [13.01.2015]

Leben mit Tieren e.V. (o.J. c): Ein Eignungstest für das Hundebesuchsprogramm in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Online verfügbar: http://www.lebenmittieren.de/wp-content/uploads/2014/03/Leben_mit_Tieren_e.V._Informationen_zum_Eignungstest.pdf [16.09.2016]

Levinson BM (1962): The dog as a "co-therapist". In: Mental Hygiene; 46: 59-65

Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L (1999): Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. Journal of Mental Health and Aging, 5(1): 21–32

Lorenz K (1965): Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. Gesammelte Abhandlungen Band II. München

Ludwig-Mayerhofer W (o.J.): ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung Theoretical Sampling. Online verfügbar: http://www.lrz.de/~wlm/ilm_t8.htm [14.02.2012]

Mahoney FI, Barthel D (1965): Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal; 14: 56-61

Marx MS, Cohen-Mansfield J, Regier NG, Dakheel-Ali M, Srihari A, Thein K (2010): The impact of different dog-related stimuli on engagement of persons with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(1): 37-45

Mayring P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Aufl., Beltz Verlag, Weinheim und Basel

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Köln. Online verfügbar: <https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/Grundsatzst-Demenz.pdf> [05.11.2015]

Messent P (1983): Social facilitation of contact with other people by pet dogs. In: Katcher A, Beck (Eds.), *New perspectives on our lives with companion animals*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Messer B (2004): Pflegeplanung für Menschen mit Demenz. Was sie schreiben können und wie sie es schreiben sollten; Hannover: Schlütersche

Meuser M, Nagel U (1991): ExpertInneninterviews. Vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*: 441–471. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Meuser M, Nagel U (2009): Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Pickel G, Lauth H-J, Jahn D (Hrsg.): *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen*. Springer VS: 465-479

Miller SC, Kennedy C, DeVoe D, Hickey M, Nelson T, Kogan L (2009): An examination of changes in oxytocin levels in men and women before and after interaction with a bonded dog. *Anthrozoös*, 22: 31-42

Moise P, Schwarzinger M, Um M (2004): Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis (OECD Health Working Papers, No. 13). OECD Publishing. Online verfügbar: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/dementia-care-in-9-oecd-countries_485700737071 [25.08.2015]

Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods R, Verhey F, Chattat R, DE Vugt M, Mountain G, O'Connell M, Harrison J, Vasse E, Dröes RM & Orrell M for the INTERDEM group (2008): A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging & Mental Health* 12: 14 - 29

Mossello E, Ridolfi A, Mello AM, Lorenzini G, Mugnai F, Piccini C, Barone D, Peruzzi A, Masotti G, Marchionni N (2011): Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *International Psychogeriatrics*, 23:6: 899-905

Motomura N, Yagi T, Ohyama H (2004): Animal assisted therapy for people with dementia. *Psychogeriatrics*, 4: 40-42

Naber S (2016): Tiere und Menschen mit Demenz. Tierbesuche in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. In: *Sozial Extra* 6|16: 55-58. DOI: 10.1007/s12054-016-0108-y

Naegele G, Olbermann E, Kuhlmann A (Hrsg.) (2016): Teilhabe im Alter gestalten. Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. *Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden

NICE & SCIE – National Institute for Health and Clinical Excellence, Social Care Institute for Excellence (2007): Dementia. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. Online verfügbar: <http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-fullguideline.pdf?res=true> [05.11.2015]

Nestmann F (2005): Haarige Helfer, gefiederte Gefährten und schuppige Freunde, in: Gruppendynamik und Organisationsberatung, 36. Jahrg., Heft 4: 443-469

Netzwerk Begegnungshöfe eine Initiative der Stiftung Bündnis Mensch & Tier (o.J.): Die Höfe. Begegnungshöfe in Deutschland und Österreich. Online verfügbar: <https://begegnungshoefe.de/die-hoefe/> [17.11.2017]

Nordgren L, Engström G (2013): Animal-assisted intervention in dementia: Effects on quality of life. *Clinical Nursing Research*, 23: 7-19

Odendaal JS (2000): Animal-assisted-therapy – magic or medicine? In: *Journal of Psychosomatic Research*, 49: 275-280

Odendaal JS, Meintjes RA (2003): Neurophysiological correlates of affiliative behavior between humans and dogs. In: *Veterinary Journal*, 165: 296-301

Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.) (2003): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart

Olbrich E (2003a): Kommunikation zwischen Mensch und Tier. In: Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart: 84-90

Olbrich E (2003b): Biophilie: Die archaischen Wurzeln der Mensch-Tier-Beziehung, in: Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart: 68-76

Olbrich E, Ford G (2003): Alte Menschen und Tiere: Zum Verstehen einer hilfreichen Beziehung. In: Olbrich E / Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart: 304-318

Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers MJ, Ihlebæk C (2016): Effect of animal-assisted activity on balance and quality of life in home-dwelling persons with dementia. *Geriatric Nursing*. *Geriatric Nursing*. 2016;37(4): 284-91. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.04.002

Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers MJ, Patil G, Ihlebaek C (2016a): Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Volume 31, Issue 12 December 2016: 1312–1321 DOI: 10.1002/gps.4436

Otterstedt C (2001): Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere – eine praktische Anleitung, Stuttgart

Otterstedt C (2003): Der heilende Prozess in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. In: Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart: 58-68

Otterstedt C (2007): Mensch und Tier im Dialog. Kommunikation und artgerechter Umgang mit Haus- und Nutztieren. Methoden der tiergestützten Arbeit und Therapie

Otterstedt C, Rosenberger M (Hrsg.) (2009): Gefährten – Konkurrenten – Verwandte. Die Mensch-Tier-Beziehung im wissenschaftlichen Diskurs. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag

Otterstedt C (Hrsg.) (2013): Demenz – Ein neuer Weg der Aktivierung. Tiergestützte Intervention. Hannover, Vincentz Verlag

Pawletko KW (2004): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen. Berlin. Online verfügbar: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-23994-Broschure-Ambulant-betreute...property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [25.08.2015]

Perkins J, Bartlett H, Travers C, Rand J (2008): Dog-assisted therapy for older people with dementia: A review. Australasian Journal on Ageing, 27: 177-182

Philipp-Metzen H (2015): Soziale Arbeit mit Menschen mit Demenz. Grundwissen und Handlungsorientierung für die Praxis, Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Prosiegel M, Böttger S, Schenk T, König N, Marolf M, Vaney C, Garner C, Yassouridis A (1996): Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. Neurologie & Rehabilitation 1: 7-13

Prothmann A (2007): Tiergestützte Kinderpsychotherapie. Theorie und Praxis der tiergestützten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Frankfurt am Main

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

Rabins PV, Kasper JD, Kleinman L, Black BS, Patrick DL (1999). Concepts and methods in the development of the ADRQL: An instrument for assessing health-related quality of life in persons with Alzheimer disease. Journal of Mental Health and Aging, 5(1): 33–48

Richeson NE (2003): Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias, 18: 353-358. Online verfügbar: <http://www.pawsforpeople.org/wp-content/uploads/2012/10/Effects-of-AAT-on-Agitated-Behaviors-and-Social-Interactions-of-Older-Adults-with-Dementia.pdf> [08.08.2016]

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 19: Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit. Statistisches Bundesamt, Berlin

Rose L (2006): Tiere und Soziale Arbeit – Versuch einer kritischen Thematisierung. In: Neue Praxis 2/2006: 208-224

Rothgang H, Müller R, Unger R (2012): Themenreport „Pflege 2030“ Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. Zusammenfassung online verfügbar: http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/Studien/Bertelsmann_Pflege_2030.html [13.11.2015]

Rückemann K, Künzel A (2009): Ergebnisse Erhebung im Rahmen des Modellprojektes zur Sicherung der Transparenz und der geteilten Verantwortung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften von Menschen mit Demenz. SWA e.V., Berlin.

Rüßler H, Köster D, Heite E, Stiel J (2013): Soziale Ungleichheit und Partizipation in alternden Stadtgesellschaften. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Heft 4: 306-311

Saumweber K (2007): Wirkmechanismen Tiergestützter Pädagogik bei Verhaltensauffälligen – Ergebnisse einer explorativen Studie. Workshop V – Tiere in der Pädagogik. In: Kongress Mensch und Tier. Tiere in Prävention und Therapie. 17. Bis 19. Mai 2007. Humboldt-Universität Berlin: 37-40. Online verfügbar: <http://www.mensch-tier-kongress.de/archiv/2007/Mensch-Tier-Kongress-2007.pdf> [03.12.2015]

Sclan S, Reisberg B (1992): Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality. In: International Psychogeriatrics, Vol. 4, Supp. I: 55-69

Scheu B, Atrata O (2013): Partizipation und Soziale Arbeit. Einflussnahme auf das subjektiv Ganze. Springer VS, Wiesbaden.

Schmidt R (2008): Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz. Sonderdruck aus der Neuropsychiatrie, Band 22, Nr. 1/2008: 1–15

Schwarzkopf A (2003): Hygiene: Voraussetzung für Therapie mit Tieren. In: Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart: 106-115

Sellers DM (2006): The evaluation of an animal assisted therapy intervention for elders with dementia in long-term care. Activities, Adaptation and Aging, 30: 61-77. Online verfügbar: <http://www.pawsforpeople.org/wp-content/uploads/2013/03/Evaluation-of-AAT-for-Elders-with-Dementia-in-Long-Term-Care.pdf> [08.08.2016]

SGB XI §3 - Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung (2016): § 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege. Online verfügbar: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/3.html> [07.02.2017]

SGB XI §14 - Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung (2016): § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit. Online verfügbar: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html> [06.02.2016]

SGB XI §36 - Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung (2016): § 36 SGB XI Pflegesachleistung. Online verfügbar: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/36.html> [07.02.2017]

SGB XI §38a - Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung (2016): § 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen. Online verfügbar: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/38a.html> [07.02.2017]

SGB XI §45a - Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung (2016): §45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung. Online verfügbar: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/45a.html> [07.02.2017]

Spiegel Online (2016): Kriegstraumata Ein Hund für die schwersten Stunden. Online verfügbar: <http://www.spiegel.de/politik/ausland/irak-krieg-und-posttraumatische-belastungsstoerung-hunde-helfen-a-1082438.html> [08.01.2017]

Spies A (2012): Faszination und Emotion – Tiere als Gegenstand von Abschlussarbeiten in pädagogischen Studiengängen. In: Buchner-Fuhs J / Rose L (Hrsg.) (2012): Tierische Sozialarbeit. Ein Lesebuch für die Profession zum Leben und Arbeiten mit Tieren: 115-128

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015): Pressemitteilung Nr. 094 vom 12.03.2015. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html#Tabellen> [27.08.2015]

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015a): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> [27.08.2015]

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017): Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015. Online verfügbar: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html [30.06.2017]

Stoll S (2010): Der Zauber von Hogewey. In: Berliner Zeitung. Online verfügbar: <http://www.berliner-zeitung.de/archiv/in-den-niederlanden-leben-152-demenz-krank-in-einem-kuenstlichen-dorf--dort-haben-sie-das-gefuehl--noch-ganz-normal-zu-leben--und-deshalb-geht-es-ihnen-besser--sagen-die-aerzte-der-zauber-von-hogewey,10810590,10750876.html> [12.11.2015]

Stone RI (2000): Long-Term Care for the Elderly with Disabilities. Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century. Online verfügbar: http://www.milbank.org/uploads/documents/0008stone/LongTermCare_Mech5.pdf [24.08.2015]

Thiele C, Feichtinger L, Baumann U, Mitmansgruber H, Somweber M (2002): Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35: 556-564

Travers C, Perkins J, Rand J, Bartlett H, Morton J (2013): An evaluation of dog-assisted therapy for residents of aged care facilities with dementia. Anthrozoös, 26: 213-225. Online verfügbar: http://eprints.qut.edu.au/64988/3/Dog_assisted_therapy_Anthrozoos_2013.pdf [08.08.2016]

Turner D, Filomena R, Yokoyama A (2002): Ein Vergleich der sozialen Interaktionen von Kindern mit einem Roboterhund und einem echten Hund. Online verfügbar: <http://www.iemt.ch/forschung-projekte/national/81-ein-vergleich-der-sozialen-interaktionen-von-kindern-mit-einem-roboterhund-und-einem-echten-hund> [13.02.2016]

Turner D (2003): Die Ethologie der Mensch-Heimtier-Beziehung, in: Olbrich E, Otterstedt C (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie, Stuttgart: 378-384

Türke Anne (2014): „4 Pfoten für Sie“ – Hunde-Besuchsdienst für Menschen mit Demenz. Ein Konzept macht Schule. In: 8. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Selbsthilfe Demenz „Demenz – jeder kann etwas tun“. Programm. Gütersloh, 23. – 25. Oktober 2014: 85 online verfügbar: http://www.demenz-kongress.de/downloads/dalzg2014_hauptprogramm.pdf [15.11.2015]

Van Rießen A, Bleck C, Knopp R (2015): Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung. Wiesbaden, Springer Verlag

Vasse E, Vernooij-Dassen M, Cantegreil I, Franco M, Dorenlot P, Woods B, Moins-Cook E (2012): Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. International Journal of Geriatric Psychiatry, 27: 40-48

Verbeek H, Zwakhalen SMG, van Rossum E, Kempen GIJM, Hamers JPH (2011): Small homelike care environments for older people with dementia: A Literature Review. In: International Psychogeriatrics, 21. Jg., Heft 2: 252-264

Vernooij M, Schneider S (2008): Handbuch der Tiergestützten Intervention. Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder, Wiebelsheim, 1. Auflage

Vernooij M, Schneider S (2010): Handbuch der Tiergestützten Intervention. Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder, Wiebelsheim, 2. Auflage

Vernooij M (2013): Handbuch der Tiergestützten Intervention. Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder, Wiebelsheim, 3. Auflage

Voges W, Zinke M (2010): Wohnen im Alter. In: Aner K, Karl U (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 301-308

Volicer L (2007): Goals of care in advanced: quality of life, dignity and comfort. In: The Journal of Nutrition, Health & Aging, 11. Jg., Heft 6: 481

Waiblinger S, Otterstedt C (2012): Positionspapier "Haltung und Einsatz zur Tiergestützten Intervention", Stiftung Bündnis Mensch & Tier, München. Online verfügbar: http://buendnis-mensch-und-tier.de/fileadmin/user_upload/buendnis/veranstaltungen/Tagung_Dresden_09_2012/2012_09_Positionspapier_Haltung_und_Einsatz_von_Tieren_im_Rahmen_der_TIERGESTÜTZTE_INTERVENTIONEN_Stand_3_2015.pdf [11.02.2016]

Walsh PG, Mertin PG, Verlander DF, Pollard CF (1995): The effects of a 'pets as therapy' dog on persons with dementia in a psychiatric ward. Australian Occupational Therapy Journal, 42: 161-166

Watzlawick P, Beavin J, Jackson D (2007): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 11., unveränd. Auflage

Watzlawick P, Beavin J, Jackson D (1972): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 3., unveränd. Auflage

Watzlawick P (o.J.): Paul Watzlawick. Paul Watzlawick über menschliche Kommunikation... Online verfügbar: <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html> [07.12.2015]

Weidekamp-Maicher M (2013): Nichtpharmakologische Therapieansätze: ihr Einfluss auf die Lebensqualität Demenzkranker und die Rolle der Messinstrumente. Ergebnisse eines Literaturreviews. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, February 2013, Volume 46, Issue 2: 134-143

Weiss A (2012): Technik in animalischer Gestalt. Tierroboter zur Assistenz, Überwachung und als Gefährten in der Altenhilfe. In: Buchner-Fuhs J / Rose L (Hrsg.) (2012): Tierische Sozialarbeit. Ein Lesebuch für die Profession zum Leben und Arbeiten mit Tieren: 429-442

Wesenberg S (2012): Positive Effekte eines tiergestützten Interventionsprogrammes auf Sozialverhalten & Emotionen demenzkranker PflegeheimbewohnerInnen. Vortrag auf der Fachtagung „Tiergestützte Intervention im Fokus der Wissenschaften“ an der TU Dresden vom 07.09.2012

Wesenberg S (2012a): Wirkungen tiergestützter Interventionen auf demenziell erkrankte Pflegeheimbewohner. In: Buchner-Fuhs J, Rose L (Hrsg.): Tierische Sozialarbeit. Springer: 383-397

Wesenberg S (2015): Tiergestützte Interventionen in der Demenzbetreuung. Springer VS, Wiesbaden

WGQual (2015): Forschungsbasierte Qualitätsentwicklung zur Stärkung von Lebensqualität und präventiven Potenzialen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für pflegebedürftige ältere Menschen. Zusammenfassung. Online verfügbar: <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte/wgqual/> [17.04.2016]

Williams E, Jenkins R (2008): Dog visitation therapy in dementia care: a literature review. *Nursing Older People*. 20: 31–35

Wilson E (1984): Biophilia: The Human Bond with Other Species. Harvard University Press

Wißmann P (2010): Demenz – ein soziales und zivilgesellschaftliches Phänomen. In: Aner K, Karl U (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 339-346

WMA (2013): Deklaration von Helsinki - Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. Online verfügbar: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/DeklHelsinki2013.pdf [10.04.2016]

Wohlfarth R, Mutschler B, Bitzer E (2013): Wirkmechanismen tiergestützter Therapie. Freiburger Institut für tiergestützte Therapie – Forschungsbericht 4/2013. Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Freiburger Instituts für tiergestützte Therapie.

Online verfügbar: http://www.tiere-begleiten-leben.de/fileadmin/medien/tiere-begleiten-leben/Forschung/Forschungsbericht_4_Wirkmechanismend_Tgt.pdf [01.12.2015]

Wolf-Ostermann K, Worch A, Gräske J (2012): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz: Entwicklung, Struktur und Versorgungsergebnisse. Schibri, Berlin

Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S, Gräske J (2012a): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – eine Versorgungsform mit Zukunft? In: *Monitor Versorgungsforschung* Jahrgang 5, Heft 4: 32–37

Wolf-Ostermann K, Gräske J, Worch A, Meyer S (2012b): Expertise zur Bewertung des Versorgungssettings ambulant betreute Wohngemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, Berlin

Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S, Gräske J (2013): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Versorgungsangebote und gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Springer-Verlag

Wolf-Ostermann K, Gräske J (Hrsg.) (2014): Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Wolf-Ostermann K, Worch A, Meyer S, Gräske J (2014a): Quality of Care and Its Impact on Quality of Life for Care-Dependent Persons With Dementia in Shared-Housing Arrangements: Results of the Berlin WGQual-Study. In: *Applied Nursing Research* 27: 33-40

Wolf-Ostermann K, Meyer S, Worch A, Gräske J (2015): Physical and Psychosocial Outcomes of People with Dementia in Shared Housing Arrangements – A Cluster-Randomized Study on Long-Term Progression. In: *Jacobs Journal of Gerontology* 1(2): 007

Worch A, Gräske J, Dierich K, Wolf-Ostermann K (2011): Wissensbasierte Qualitätsindikatoren zur Verbesserung gesundheitsbezogener Zielgrößen für Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 24 Jahrgang, Heft 89: 137-151

Anhang

Anhang A: Studien zu Effekten tiergestützter Interventionen bei Menschen mit Demenz (eigene Darstellung, angelehnt an Wesenberg 2015)

I-Gruppe=Interventions-Gruppe, K-Gruppe=Kontroll-Gruppe, TGI=Tiergestützte Interventionen, stat.=stationär

Autoren/innen und Jahr	N	Setting	Studiendesign	Instrumente	Tiergestützte Intervention	Effekte tiergestützter Interventionen
Batson et al. 1998	22	Stat. Seniorenheim	Cross-Over-Design Vergleich I-Gruppe mit K-Gruppe (ohne Hund)	Videoaufzeichnung und -analyse (jeweils 10- minütiger Sequenzen); Kodierung versch. Verhaltensweisen mit eigenem Beobachtungsschema Blutdruck- und Herzfrequenzmessung Hauttemperaturmessung	Einzelsetting mit Hund, einmalig für 10 Minuten	Positive Effekte: Sozialverhalten, Keine physiologischen Effekte
Beckmann 2010, 2012	55	Stat. Seniorenheim	Nicht-teilnehmende Beobachtung und Fremdeinschätzung des Pflegepersonals über 21 Monate	Beobachtungsbogen MTU Fragebogen zur Erfassung der Selbstständigkeit in Alltagsaktivitäten	Stations-/einrichtungseigene Tiere (Meerschweinchen, Katzen, Kaninchen, Schildkröten, Alpakas),	Positive Effekte: Erhöhung der Kommunikation, Aktivitätsgrad Keine Effekte: Sozialverhalten, psychopathologische Auffälligkeiten oder emotionales Wohlbefinden

				<p>und zum Kommunikationsverhalten</p> <p>(FSAK)</p> <p>Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)</p> <p>Narrativ fokussierte Interviews</p>	Tierbesuchsdienste	
Blesch 2012	36	Stat. Seniorenheim	<p>Experimental-Kontroll-Intervention-Design, K-Gruppe (Musiktherapeutische Aktivität), prä-post (vor und während der Intervention), Gruppensetting 14-tägig für 1,5 Stunden über 2 Monate</p>	<p>OERS (Observed Emotion Rating Scale, Lawton 1996), Beobachtungsbogen Hundekontakt, Fragebogen Ergotherapeutinnen, qualitative Beobachtung (n=4)</p>	Hundebesuchsprogramm vs. Gemeinsames Singen	<p>Positive Effekte: emotionales Wohlbefinden</p>
Friedmann et al. 2014	40	Stat. Seniorenheim	<p>Experimental-Kontroll-Intervention-Design, K-Gruppe (Reminiszenztherapie), prä-post</p>	<p>Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), Apathy Evaluation Scale (AES), Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), Activities of Daily Living (Barthel-Index), Physical Movement (Actigraph)</p>	TGI mit Hund, zweimal wöchentlich á 60-90 Minuten über 12 Wochen	<p>Positive Effekte: Depressivität und Alltagsfähigkeiten,</p> <p>Keine Effekte: agitiertes Verhalten, Aktivitätsgrad und Apathie</p>

Görres 2006	27	Stat. Seniorenheim	Prospektive Studie mit follow-up	<p>schriftliche Bewohnerbefragung</p> <p>offene, teilnehmende, nicht-strukturierte Beobachtung</p> <p>zwei leitfadengestützte Gruppendiskussionen</p> <p>qualitative Interviews</p>	2 x wöchentlich über 12 Wochen mit Kleintieren	<p>Keine statistisch signifikanten Effekte,</p> <p>positive Effekte: Erhöhung & Anregung der Kommunikation,</p> <p>Zunahme der Interaktionen, verbesserte Atmosphäre, Auflockerung des Alltags</p>
Kanamori et al. 2001	27	Tagestätte	Experimental-Kontrollgruppen-Design	<p>Mini-Mental State Examination (MMSE), Nishimura's ADL (N-ADL), Behavioral pathology in Alzheimer's Disease (Behave AD); Messung v. Chromogranin A</p>	TGI mit Hund, über 12 Wochen einmal alle 14 Tage	<p>Positive Effekte: Aggressivität, Ängste und Phobien, Belastung der Pflegenden,</p> <p>Keine Effekte: kognitive Leistungen und Alltagsaktivitäten; keine eindeutigen Effekte auf Chromogranin A</p>
Katsinas 2001	12	Stat. Seniorenheim	Qualitative Inhaltsanalyse	<p>Material aus: Sekundärquellen wie Berichte und Aufzeichnungen des Personals, eigene Aufzeichnungen</p>	TGI mit Hund über 1,5 Jahre (2x wöchentlich)	<p>Positive Effekte: Sozialverhalten, allgemeine Aufmerksamkeit bzw. „Wachsein“, zeitliche Orientierungsvermögen</p>
Marx et al. 2010	52	Stat. Seniorenheime	Cross-Over-Design	<p>Observational Measurement of Engagement (OME)</p>	versch. Stimuli: Hund in 3 Größen, Roboter- und Plüschhund, Ausmal-Hunde-Bild, Welpenvideo	<p>Keine Effekte: Aufmerksamkeit bzw. Interesse zwischen den verschiedenen Stimuli</p>

<p>Mossello et al. 2011</p>	<p>10</p>	<p>Tagesstätte</p>	<p>Cross-Over-Design; Prä- Post-Test (direkt in Intervention und einige Stunden danach)</p>	<p>Severe Impairment Battery (SIB) Activities of Daily Living (ADL) Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Neuropsychiatric Inventory (NPI) Observed Emotion Rating Scale (OERS) Agitated Behavior Mapping Instrument (ABMI) Motor Behavior Observation Form (MoBOF)</p>	<p>TGI mit Hund und Plüschhund (über 3 Wochen, 3 mal wöchentlich á 100 Minuten)</p>	<p>Positive Effekte: emotionales Wohlbefinden, Aktivität bzw. motorisches Verhalten, Angst (NPI), Keine Effekte: Alltagsfähigkeiten, kognitives oder agitiertes Verhalten</p>
<p>Motomura, Yagi, Ohya 2004</p>	<p>8</p>	<p>Stat. Seniorenheim</p>	<p>Prä-Post-Desgin</p>	<p>Mini Mental Status Examination (MMSE), Apathy Scale Geriatric Depression Screening Scale (GDS), Physical Self- maintenance Scale (PSMS)</p>	<p>TGI mit Hund über 4 aufeinanderfolgende Tage á 60 Minuten</p>	<p>Positive Effekte: Apathie, Keine Effekte: Depressivität, Reizbarkeit, kognitive Fähigkeiten und Alltagsfähigkeiten</p>

Nordgren, Engström 2013	20	Stat. Seniorenheim	Prä-Post-Design (n=9)	Swedish Version of the Quality of Life in Latestage Dementia Questionnaire (QUALID)	TGI mit Hund im Einzelsetting (10 Sitzungen) über 45-60 Minuten, 1-2 x wöchentlich	Positive Effekte: Lebensqualität
Olsen et al. 2016	79	Tagesbetreuung	Prospektive, randomisierte Studie mit follow-up, vor, direkt nach Intervention (12 Wochen) und 3 Monate nach Ende der TGI	Berg Balance Scale (BBS), Norwegian version of QUALID, Clinical Dementia Rating (CDR)	30 Minuten AAA mit qualifiziertem Hundehalter zweimal wöchentlich über 12 Wochen in 3er-7er Gruppen mit Hund	Positive Effekte: Gleichgewichtsverhalten (T0-T1), nicht von T0-T2, mindert Sturzrisiko, Keine Effekte: Lebensqualität
Olsen et al. 2016a	58	Stat. Seniorenheim	Prospektive, randomisierte Studie mit follow-up, vor, direkt nach Intervention (12 Wochen) und 3 Monate nach Ende der TGI	Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), Brief Agitation Rating Scale (BARS) and Quality of Life in Latestage Dementia scale (QUALID)	AAA mit qualifiziertem Hundehalter zweimal wöchentlich über 12 Wochen, 30 Minuten in 3er-6er Gruppen mit Hund	Positive Effekte: zwischen Depression und QoL beim follow-up, QoL direkt nach der AAA Keine Effekte: Agitation
Püllen et al. 2013	105	Demenzbereich Akutkrankenhaus	Beobachtung, Qualitative Interviews mit Pflegenden (n=5)	Beobachtungsbogen zu Stimmung & Verhalten, narrative Interviews zu Auswirkungen auf die Patienten & auf die Pflege	TGI mit Hund im Gruppensetting á 30 Minuten alle 14 Tage (max. 10 TN)	Positive Effekte: Stimmung (58%) und Aktivität (54%)

Richeson 2003	15	Stat. Seniorenheim	Quasiexperimental Zeit-Serien-Design (prä-post-follow-up) Beginn der Intervention, nach den 3 Wochen TGI und 3 Wochen nach Ende der TGI	Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), Beurteilung Sozialverhalten (AAT flow sheet)	TGI mit Hund über 3 Wochen, werktäglich á 1 Stunde	Positive Effekte: agitiertes Verhalten (CMAI), Sozialverhalten
Sellers 2006	4	Stat. Seniorenheim	Cross-Over-Design (A-B-A-B)	Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI), Social Behavior Observation Scale (SBOC), Videoaufzeichnung des Sozialverhaltens (3-minütige Sequenzen)	TGI mit Hund im Einzelsetting über 5 Tage á 15 Min	Positive Effekte: Sozialverhalten, agitiertes Verhalten
Travers et al. 2013	55	Stat. Seniorenheim	Experimental-Kontrollgruppen-Design	Quality of Life – Alzheimer´s Disease (QoL-AD), Short Form Health Survey (SF-36), Geriatric Depression Scale, Short Form (GDS-SF), Multidimensional Observational Scale for	TGI mit Hund im Gruppensetting über 11 Wochen, zweimal pro Woche á 40-50 Min	Potentiell positive Effekte: Depressivität, Keine Effekte: (gesundheitsbezogene) Lebensqualität, Alltagsfähigkeiten und Verhalten

				Elderly Subjects (MOSES)		
Walsh et al. 1995	13	Gerontopsychiatrie	Experimental- Kontrollgruppen-Design, Prä-Post-Test kurz- bzw. langfristig (vor/nach TGI bzw. I-Phase)	London-Psycho Geriatric Rating Scale (LPRS), Brighton Clinic Adaptive Behavior Scale (BCABS), Messung von Lautstärke, Blutdruck und Herzfrequenz	TGI mit Hund über 12 Wochen, zweimal pro Woche á 3 Std.	Positive Effekte: Herzfrequenz und Laustärkepegel, Keine Effekte: Alltagsaktivitäten oder Verhaltensauffälligkeiten
Wesenberg 2015	17	Stat. Seniorenheim	Follow-up, (Beginn, nach 3 und 6 Monaten),	Technisch-vermittelte Beobachtungen schriftliche Befragung der Hundehalter/innen bzw. der Trainingsleiter/innen	45 Minuten einmal wöchentlich mit Hund	Positive Effekte: Sozialverhalten, vermehrte Interaktionen in TGI-Gruppe; in beiden Gruppen emotionales Wohlbefinden Keine Effekte: nicht-kognitive Symptome

Anhang B: Kennzahlen der univariaten Kovarianzanalysen zu t2

Zielvariable	p-Wert Model	Gesamt-P	R-Quadrat	Unabhängige (Co-)Variablen	p-Wert
Alltagsfähigkeiten (EBI)	<0,001	0,886	0,030	Alter	0,832
				FAST	0,741
QUALIDEM Gesamtscore (GDS<7)	<0,001	0,605	0,284	Alter	0,388
				FAST	0,551
QUALIDEM Gesamtscore (GDS=7)	<0,001	0,753	0,038	Alter	0,753
				FAST	--
QUALIDEM Pflegebeziehung	<0,001	0,246	0,295	Alter	0,255
				FAST	0,128
QUALIDEM Positiver Affekt	<0,001	0,925	0,019	Alter	0,837
				FAST	0,815
QUALIDEM Negativer Affekt	<0,001	0,299	0,261	Alter	0,132
				FAST	0,657
QUALIDEM Ruhelos	<0,001	0,413	0,198	Alter	0,247
				FAST	0,331
QUALIDEM Positives Selbstbild	<0,001	0,602	0,119	Alter	0,329
				FAST	0,746
QUALIDEM Soziale Beziehung	<0,001	0,030	0,585	Alter	0,361
				FAST	0,028

QUALIDEM Soziale Isolation	<0,001	0,912	0,023	Alter	0,734
				FAST	0,731
QUALIDEM sich zu Hause fühlen	<0,001	0,667	0,096	Alter	0,919
				FAST	0,395
QUALIDEM etwas tun	<0,001	0,371	0,220	Alter	0,737
				FAST	0,246
Psychopathologie (NPI)	<0,001	0,417	0,354	Alter	0,363
				FAST	0,916

Anhang C: Kennzahlen der univariaten Kovarianzanalysen zu t3

Zielvariable	p-Wert Model	Gesamt-P	R-Quadrat	Unabhängige (Co-)Variablen	p-Wert
Alltagsfähigkeiten (EBI)	<0,001	0,861	0,020	Alter	0,597
				FAST	0,778
QUALIDEM Gesamtscore (GDS<7)	<0,001	0,419	0,134	Alter	0,419
				FAST	--
QUALIDEM Gesamtscore (GDS=7)	<0,001	0,178	0,192	Alter	0,178
				FAST	--
QUALIDEM Pflegebeziehung	<0,001	0,893	0,015	Alter	0,848
				FAST	0,641
	<0,001	0,367	0,008	Alter	0,800

QUALIDEM Positiver Affekt				FAST	0,227
QUALIDEM Negativer Affekt	<0,001	0,951	0,007	Alter	0,763
				FAST	0,970
QUALIDEM Ruhelos	<0,001	0,517	0,084	Alter	0,957
				FAST	0,297
QUALIDEM Positives Selbstbild	<0,001	0,386	0,119	Alter	0,776
				FAST	0,180
QUALIDEM Soziale Beziehung	<0,001	0,165	0,213	Alter	0,302
				FAST	0,239
QUALIDEM Soziale Isolation	<0,001	0,549	0,077	Alter	0,337
				FAST	0,896
QUALIDEM sich zu Hause fühlen	<0,001	0,893	0,015	Alter	0,963
				FAST	0,674
QUALIDEM etwas tun	<0,001	0,107	0,258	Alter	0,510
				FAST	0,038
Psychopathologie (NPI)	<0,001	0,127	0,313	Alter	0,363
				FAST	0,047

Anhang D: Korrelationen zu t2 nach ¹ Spearman, ² Pearson, ³ Cramer-V, ⁴ Chi-Quadrat-Test, ⁵ exakter Test nach Fisher

QUALIDEM	Alter		FAST		Hundebesuchsdienst Häufigkeit		Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft		In Vergangenheit eigenes Haustier
	Korrelations- koeffizient	p-Wert	Korrelations- koeffizient	p-Wert	Korrelations- koeffizient	p-Wert	Korrelations- koeffizient	p-Wert	p-Wert
Alltagsfähigkeiten (EBI)	0,125 ²	0,715	0,282 ¹	0,401	-0,030 ¹	0,930	-0,087 ¹	0,800	0,276 ⁴
Unangemessenes Verhalten (CMAI)		0,358 ⁴	0,671 ³	0,084	0,463 ³	0,125	0,149 ³	0,621	0,491 ⁵
Agitiertes Verhalten (CMAI)		0,358 ⁴	0,516 ³	0,231	0,356 ³	0,237	0,043 ³	0,887	0,345 ⁵
Aggressives Verhalten (CMAI)		0,358 ⁴	0,346 ³	0,517	0,239 ³	0,428	0,289 ³	0,338	0,818 ⁵
min. 1 herausforderndes Verhalten (CMAI)		0,358 ⁴	0,828³	0,023	0,571³	0,058	0,311 ³	0,303	0,618 ⁵
Gesamtscore (GDS<7)	0,421 ²	0,406	-0,133 ¹	0,802	0,840¹	0,036	-0,840¹	0,036	0,199 ⁴
Gesamtscore (GDS=7)	-0,195 ²	0,753	--	--	--	--	0,707 ¹	0,182	0,287 ⁴
Pflegebeziehung	0,204 ²	0,548	-0,384 ¹	0,244	0,630¹	0,038	-0,319 ¹	0,339	0,202 ⁴
Positiver Affekt	0,110 ²	0,748	0,137 ¹	0,689	-0,030 ¹	0,930	0,320 ¹	0,338	0,366 ⁴
Negativer Affekt	-0,491 ²	0,125	-0,128 ¹	0,708	0,426 ¹	0,191	-0,265 ¹	0,432	0,532 ⁴
Ruhelos	0,302 ²	0,367	-0,226 ¹	0,504	0,336 ¹	0,313	-,0147 ¹	0,665	0,051⁴
Positives Selbstbild	-0,327 ²	0,327	0,036 ¹	0,915	0,402 ¹	0,220	-0,120 ¹	0,726	0,106 ⁴

Soziale Beziehung	0,458 ²	0,157	0,811¹	0,002	-0,366 ¹	0,268	0,118 ¹	0,730	0,259 ⁴
Soziale Isolation	0,086 ²	0,803	-0,079 ¹	0,817	0,503 ¹	0,115	-0,577¹	0,063	0,233 ⁴
sich zu Hause fühlen	-0,072 ²	0,832	-0,195 ¹	0,565	0,193 ¹	0,569	0,093 ¹	0,785	0,273 ⁴
etwas tun	0,258 ²	0,444	0,580¹	0,062	-0,345 ¹	0,299	0,182 ¹	0,593	0,202 ⁴
Psychopathologie (NPI)	0,593 ²	0,160	0,506 ¹	0,247	-0,364 ¹	0,422	-0,073 ¹	0,877	0,221 ⁴

Anhang E: Korrelationen zum Qualidem zu t3 nach ¹ Spearman, ² Pearson, ³ Cramer-V, ⁴ Chi-Quadrat-Test, ⁵ exakter Test nach Fisher

QUALIDEM	Alter		FAST		Hundebesuchsdienst Häufigkeit		Hundebesuchsdienst in Gemeinschaft		In Vergangenheit eigenes Haustier
	Korrelationskoeffizient	p-Wert	Korrelationskoeffizient	p-Wert	Korrelationskoeffizient	p-Wert	Korrelationskoeffizient	p-Wert	p-Wert
Alltagsfähigkeiten (EBI)	-0,120 ²	0,636	-0,099 ¹	0,695	-0,217 ¹	0,388	-0,032 ¹	0,900	0,479 ⁴
Unangemessenes Verhalten (CMAI)		0,505 ⁴	0,025 ³	0,914	0,125 ²	0,596	0,228 ³	0,627	0,147 ⁵
Agitiertes Verhalten (CMAI)		0,401 ⁴	0,014 ³	0,952	0,055 ²	0,814	0,151 ³	0,814	0,650 ⁵
Aggressives Verhalten (CMAI)		0,401 ⁴	0,014 ³	0,952	0,305 ²	0,196	0,313 ³	0,414	0,350 ⁵
min. 1 herausforderndes Verhalten (CMAI)		0,519 ⁴	0,169 ³	0,474	0,433²	0,066	0,329 ³	0,377	0,326 ⁵
Gesamtscore (GDS<7)	0,434 ²	0,419	--	--	0,437 ¹	0,327	-0,319 ¹	0,485	0,713 ⁴

Gesamtscore (GDS=7)	-0,438 ²	0,178	--	--	-0,151 ¹	0,657	-0,241 ¹	0,475	0,639 ⁴
Pflegebeziehung	-0,008 ²	0,976	0,078 ¹	0,758	0,525¹	0,025	-0,346 ¹	0,159	0,871 ⁴
Positiver Affekt	0,180 ²	0,474	0,324 ¹	0,190	0,252 ¹	0,314	-0,316 ¹	0,202	0,280 ⁴
Negativer Affekt	-0,081 ²	0,750	0,011 ¹	0,965	-0,174 ¹	0,489	-0,354 ¹	0,149	0,212 ⁴
Ruhelos	-0,114 ²	0,652	-0,234 ¹	0,351	0,022 ¹	0,931	-0,042 ¹	0,868	0,072⁴
Positives Selbstbild	0,053 ²	0,835	0,496¹	0,036	-0,081 ¹	0,749	0,169 ¹	0,502	0,525 ⁴
Soziale Beziehung	0,367 ²	0,134	0,346 ¹	0,159	0,033 ¹	0,897	0,141 ¹	0,577	0,280 ⁴
Soziale Isolation	-0,275 ²	0,269	-0,045 ¹	0,858	-0,067 ¹	0,793	-0,055 ¹	0,828	0,558 ⁴
sich zu Hause fühlen	-0,054 ²	0,831	-0,126 ¹	0,617	-0,113 ¹	0,656	0,134 ¹	0,596	0,737 ⁴
etwas tun	0,029 ²	0,908	0,474¹	0,047	-0,387 ¹	0,112	0,489¹	0,040	0,700 ⁴
Psychopathologie (NPI)	0,034 ²	0,907	-0,481 ¹	0,082	0,198 ¹	0,497	-0,594¹	0,025	0,173 ⁴

Basisleitfaden – Expert/innen-Interviews zum Thema: Hundebesuchsdienst – Auswirkungen auf MmD in WG (EA)

Einleitende Worte und Eingangsfrage

Danke, dass Sie sich Zeit nehmen und dass ich hier sein darf! Wie Sie ja bereits wissen, erforsche ich, wie sich der regelmäßige Kontakt zu Hunden auf Menschen mit Demenz, die in Wohngemeinschaften leben, auswirkt. Ich möchte jetzt mit Ihnen ein Expert/innen-Interview durchführen. D.h., ich stelle Ihnen einige Fragen, die Sie ganz frei beantworten können, evtl. frage ich an einigen Stellen noch mal nach. Wir hatten ja schon vereinbart, dass ich das Interview aufzeichnen darf, können Sie mir das bitte kurz bestätigen? [Bestätigung] Selbstverständlich werde ich alle Namen im Forschungsbericht anonymisieren. Haben Sie bis hierher Fragen zum Ablauf?

Eröffnungsfrage

Ich interessiere mich für Ihre Erfahrungen mit dem Hundebesuchsdienst. Erinnern Sie sich bitte mal zurück: Wie war das, als Sie und Ihr Hund das erste Mal in der WG zu Besuch waren? Erzählen Sie mir davon! (Dran bleiben, Zeit geben, Erzählen Sie genauer!)

Erzählen Sie mir von Ihren Erlebnissen, als Sie mit Ihrem Hund das erste Mal die WG besucht haben:

- Wie haben Sie die erste Begegnung der Bewohner/innen mit dem Hund in Erinnerung? Welche Szenen haben Sie da noch im Kopf?
- Wie haben die Bewohner/innen den Hund aufgenommen?
- Wie hat der Hund die Bewohner/innen aufgenommen?
- Gab es Verhaltensweisen oder Reaktionen von Bewohner/innen, die Sie überrascht haben?
- Wie war das als sie Ihren ersten Besuch gemacht hatten? Welchen Eindruck haben die Bewohner/innen und die WG bei Ihnen hinterlassen?
- Haben Sie sich und Ihren Hund auf den Hundebesuchsdienst vorbereitet? Und wie?

Sehen Sie Veränderungen in der WG, die Sie nun seit einem halben Jahr mit Ihrem Hund besuchen?

- Gibt es Veränderungen bei den Bewohner/innen?
- Bei den Mitarbeiter/innen der WG?
- Bei Ihnen?
- Bei Ihrem Hund?

Welche Erwartungen hatten Sie am Anfang von Ihrem Besuch in der WG für Menschen mit Demenz? (Evtl. Was wollten Sie bewirken?)

- Für die Bewohner/innen der WG?
- Für Sie persönlich?
- Für Ihren Hund?

Mögen Sie mir etwas über Ihre persönliche Befindlichkeit nach einem halben Jahr Hundebesuchsdienst erzählen?

- Wie ist Ihre Motivation?
- Wie ist Ihr Kontakt zum Verein?
- Haben Sie irgendwo die Möglichkeit, schwierige Themen zu besprechen?

Abschlussfrage:

Sie hatten ja schon viel Positives zu berichten. Sehen Sie Rahmenbedingungen, dass Menschen mit Demenz häufiger professionell von Tieren besucht werden können? Welche müsste es dafür geben?

Fällt Ihnen noch etwas ein, das Ihnen wichtig ist, wonach ich Sie aber nicht gefragt habe?

Herzlichen Dank für das Interview!

Basisleitfaden: Expert/innen-Interviews zum Thema: Hundebesuchsdienst – Auswirkungen auf Menschen mit Demenz in WG (MA)

Danke, dass Sie sich Zeit nehmen und dass ich hier sein darf! Wie Sie ja bereits wissen, erforsche ich, wie sich der regelmäßige Kontakt zu Hunden auf Menschen mit Demenz, die in Wohngemeinschaften leben, auswirkt. Ich möchte jetzt mit Ihnen ein Expert/innen-Interview durchführen. Das heißt, ich stelle Ihnen einige Fragen, die Sie ganz frei beantworten können, evtl. frage ich an einigen Stellen noch mal nach. Wir hatten ja schon vereinbart, dass ich das Interview aufzeichnen darf, können Sie mir das bitte kurz bestätigen? [Bestätigung] Selbstverständlich werde ich alle Namen im Forschungsbericht anonymisieren. Haben Sie bis hierher Fragen zum Ablauf?

Eröffnungsfrage

Ich interessiere mich für Ihre Erfahrungen mit dem Hundebesuchsdienst. Erinnern Sie sich bitte mal zurück: Wie war das, als der Hund das erste Mal in der WG zu Besuch war? Erzählen Sie mir davon! (Dran bleiben, Zeit geben, Erzählen Sie genauer!)

Erzählen Sie mir von Ihren Erlebnissen, als der Hundebesuchsdienst begonnen hat:

- Wie haben Sie die erste Begegnung der Bewohner/innen mit dem Hund in Erinnerung? Welche Szenen haben Sie da noch im Kopf?
- Wie haben die Bewohner/innen den Hund aufgenommen?
- Wie hat der Hund die Bewohner/innen aufgenommen?
- Gab es Verhaltensweisen oder Reaktionen von Bewohner/innen, die Sie überrascht haben?
- Wie war das als der Hund wieder weg war? Welchen Eindruck hat der Hund bei den Bewohner/innen und bei Ihnen hinterlassen?
- Wie war das beim zweiten Besuch?
- Haben Sie die Bewohner/innen auf den Hundebesuchsdienst vorbereitet? Wenn ja, wie?

Sehen Sie Veränderungen seitdem der Hundebesuchsdienst stattfindet?

- Allgemein im Alltag z.B. bei der Pflege, alltägliche Aktivitäten
- In den sozialen Kontakten der Bewohner/innen,
- Deren Lebensqualität,
- In deren herausfordernden Verhalten oder
- Haben Sie den Eindruck, dass sich der Hundebesuchsdienst auf die „allgemeine Stimmung“ in der WG bzw. im Team auswirkt? Und wie?
- Gibt es sonstige Veränderungen?

Welche Erwartungen hatten Sie als Mitarbeiter/in einer WG an den Hundebesuchsdienst?

- In Bezug auf die Bewohner/innen der WG
- In Bezug auf Sie selbst als Mitarbeiter/in
- In Bezug auf die WG allgemein

Abschlussfrage:

Sehen Sie ganz allgemein förderliche oder hemmende Rahmenbedingungen für eine tiergestützte Arbeit in einer ambulant betreuten WG für Menschen mit Demenz?

Fällt Ihnen noch etwas ein, das Ihnen wichtig ist, wonach ich Sie aber nicht gefragt habe?

Herzlichen Dank für das Interview!