HOCHSCHULE
MITTWEIDA
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

BACHELORARBEIT

Ines Dick

Die Therapie bei Demenzerkrankten

2018

Fakultät: Medien

BACHELORARBEIT

Die Therapie bei Demenzerkrankten

Autor:
Ines Dick

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM15s-P2-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Lobbach, 08.01.2018

Faculty of Media

BACHELOR THESIS

The therapy with dementia patients

author:
Ines Dick

course of studies:
Health Care Management

seminar group:
GM15s-P2-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:
Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:
Lobbach, 2018/01/08

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Dick, Ines Andrea

Die Therapie bei Demenzerkrankten

The therapy with dementia patients

41 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2018

Abstract

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Therapie bei Demenzerkrankten. Zunächst wird mit den theoretischen Grundlagen begonnen. Danach werden die Behandlungsmöglichkeiten definiert und in ihren Kernelementen beleuchtet. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem Faktor der gesundheitsfördernden Wirkung der Tiere auf die Demenzerkrankten.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis ..... **V**

Abkürzungsverzeichnis ..... **VII**

Abbildungsverzeichnis ..... **VIII**

Tabellenverzeichnis ..... **IX**

1 Einführung **1**

2 Theoretische Grundlagen zu Demenz **3**

2.1 Definition **3**

2.1.1 Definition der Demenz nach ICD – 10 3

2.2 Demenzformen **4**

2.3 Klinisches Bild und Krankheitsverlauf **6**

2.4 Ressourcen der Erkrankten **8**

2.5 Bedürfnisse der Erkrankten **9**

3 Die Behandlung bei Demenz **10**

3.1 Medikamentöse Behandlung **10**

3.1.1 Antidementiva 10

3.1.2 Antidepressiva 12

3.1.3 Neuroleptika 12

3.2 Nicht medikamentöse Therapieansätze **13**

3.2.1 Realitäts - Orientierungs - Training 13

3.2.2 Biographiearbeit / Reminiszenz Therapie (REM) 14

3.2.3 Validationstherapie 15

3.2.4 Selbsterhaltungstherapie 15

3.2.5. Milieutherapie 16

3.2.6 Verhaltenstherapie 17

3.2.7 Kognitives Training 17

3.2.8 Ergotherapie 17

3.2.9 Musiktherapie 18

3.2.10 Kunsttherapie 18

3.2.11 Clown – Arbeit 19

3.3 Kritische Betrachtung der medikamentösen und nicht - medikamentösen Therapien **19**

3.3.1 Medikamentöse Therapie 19

3.3.2 Nicht - medikamentöse Therapie 20

3.4 Pflegekonzept **20**

4 Die tiergestützte Therapie **22**

4.1 Die Entwicklung der tiergestützten Therapie **22**

4.2 Definitionen **23**

4.2.1 Animal Assisted Activities (AAA) 23

4.2.2 Animal Assisted Therapy (AAT) 23

4.3 Eingesetzte Tiere **23**

4.3.1 Hunde 24

4.3.2 Roboter Robbe Paro ... 25
4.3.3 Andere Tierarten ... 26
4.4 Mögliche Formen von Tiereinsätzen ... 27
4.4.1 Ablauf eines ambulanten TGI - Einsatzes ... 29
4.4.2 Einzel- oder Gruppentherapie ... 30

5 Die gesundheitsfördernde Wirkung der Tiere für Demenzerkrankte ... 31
5.1 Tiere als Ressourcen ... 32
5.2 Physische Auswirkungen ... 32
5.3 Psychische und Mentale Auswirkungen ... 33
5.4 Soziale Auswirkungen ... 33
... 34
5.5 Gesetzliche Grundlagen ... 35
5.6 Finanzierung ... 36
5.7 Vergleichende Gegenüberstellung der nicht-medikamentösen Therapie und der tiergestützten Therapie bei Demenzerkrankten ... 37
5.8 Studie zur tiergestützten Therapie bei Demenz ... 39

6. Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen ... 40

Literaturverzeichnis ... X

Eigenständigkeitserklärung ... XIV

Abkürzungsverzeichnis

WHO - **W**eltgesund**h**eits**o**rganisation

ROT - **R**ealitäts- **O**rientierungs – **T**raining

REM - **Rem**iniszenz Therapie

VAL - **Val**idationstherapie

SET - **S**elbst**e**rhal**t**ungstherapie

AAA - **A**nimal-**A**ssisted **A**ktivities

AAT - **A**nimal-**A**ssisted **T**herapy

TGT - **T**ier**g**estützte **T**herapie

TGF - **T**ier**g**estützte **F**örderung

TGA - **T**ier**g**estützte **A**ktivitäten

TGI - **T**ier**g**estützte **I**ntervention

MMST - **M**ini - **M**ental - **S**tate - **E**xamination

EMEA - **E**uropean **Me**dicines **A**gency

FDA - **F**ood and **D**rug **A**dministration

IQWiG - **I**nstitut für **Q**ualität und **W**irtschaftlichkeit **i**m **G**esundheitswesen

NICE - **N**ational **I**nstitute for Health and **C**linical **E**xcellence

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einteilung der Demenzen 4

Abbildung 2: Bedürfnisse und Institutionen 9

Abbildung 3: Pflegeprozess nach Bedürfnispyramide nach Maslow 21

Abbildung 4: Wirkung von Hunden bei TGI 34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ablauf eines ambulanten TGI-Einsatzes 29

Tabelle 2: Wirkungen der nicht medikamentösen Interventionen im Vergleich..... 37

Tabelle 3: Beeinflussung der Interventionen durch die Tiertherapie……38

...

1 Einführung

1,5 Millionen Demenzerkrankte leben derzeit in Deutschland, zwei Drittel der Erkrankten sind über 80 Jahre, ca. 20.000 sind unter 65 Jahre. Durch die Alterung der Gesellschaft nimmt die Anzahl der Erkrankten ständig zu. Sollte kein Durchbruch in Therapie und Prävention erfolgen, wird durch den demografischen Wandel die Zahl der Erkrankungen bis 2050 auf etwa drei Millionen ansteigen (vgl. Freter 2014, 1).

Demenz ist die fünfhäufigste Todesursache in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 2015, 1).

Demenz beginnt mit Denkausfällen, den sogenannten kognitiven Störungen. Der Gesundheitszustand verschlimmert sich kontinuierlich, sodass die Erkrankten ihr Leben nicht mehr selbst bewältigen können und auf Hilfe von Angehörigen angewiesen sind (vgl. Grond 2014, 23-24).

In Deutschland leben etwa die Hälfte der Demenzerkrankten in Privathaushalten und werden von Angehörigen betreut. Jedoch ist die Betreuung nicht einfach und die Angehörigen sind den Anforderungen oft nicht gewachsen. Demenz ist der häufigste Grund für eine Heimaufnahme. In den letzten Jahren sind die Demenzerkrankungen in Seniorenheimen kontinuerlich gestiegen, dort leben über 60% dementielle Menschen. In Deutschland werden 400.000 Demenzerkrankte in Seniorenheim gepflegt (vgl. Weyerer 2005, 7).

„Nach der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes entfielen für das Jahr 2002 10% aller Krankheitskosten auf psychische und Verhaltenstörungen 22,4 Milliarden Euro. Bezogen auf die einzelnen Diagnosen zeigte sich, dass dabei die Kosten für die Demenzen mit 5,6 Milliarden Euro einen erheblichen Anteil ausmachen und Kosten für die stationäre und teilstationäre Pflege mit 3,6 Miliarden Euro die größte Rolle spielen. Übereinstimmung besteht darin, dass Demenz zu den teuersten Krankheitsgruppen im hohen Alter gehört, wobei ein steiler Kostenanstieg mit zunehmendem Schweregrad der Erkrankten festzustellen ist“ (Weyerer 2005, 22). Die Kosten im leichten Krankheitsstadium liegen pro Patient bei ungefähr 15.000 Euro. Je stärker die Krankheit und der Pflegebebedarf vorantreibt und das späte Stadium erreicht ist sind es bis zu 42.000 Euro pro Jahr (vgl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011, 1).

Da die Demenzerkrankung nicht heilbar ist, sondern nur kurzzeitig verbessert werden kann, liegt der Kernpunkt in Interventionen. Deshalb sind vor allem medikamentöse und nicht medikamentöse Therapiekonzepte von Bedeutung. Aber auch durch die nicht medikamentösen Therapien können die demenziellen Erkrankungen nicht immer ver-

bessert werden. Das Ziel dieser Konzepte liegt darin die Lebensqualität und die Fähigkeiten der Erkrankten zu erhalten, zu fördern und auszubauen.

Da die demenziell Erkrankten in ihrer eigenen Welt leben, ist es besonders schwer für die Pflegenden und Angehörigen in diese Welt Zugang zu finden. Die Erkrankten verlieren immer mehr kognitive Fähigkeiten, das gestaltet die verbale Kommunikation problematisch und deshalb ist es besonders notwendig hier Wege zur Kontaktaufnahme zu schaffen.

Tiere spielen bei der Therapie von dementiellen Menschen eine wichtige Rolle. Sie sind Eisbrecher und können die Kommunikation stärken, außerdem haben eine positive Wirkung auf die dementen Menschen. Tiere akzeptieren ihre Gegenüber, hören zu und interagieren auf der nonverbalen Ebene, dadurch fühlen sich die Erkrankten wertgeschätzt und der Zugang für Angehörige und Pflegende wird wieder geöffnet.

2 Theoretische Grundlagen zu Demenz

2.1 Definition

Der Begriff Demenz, auch neurokongnitive Störung genannt, setzt sich aus den lateinischen Wörtern mens (= Verstand) und de (= abnehmend) zusammen. Das bedeutet abnehmender Verstand, sowie chronisch fortschreitender Hirnabbau mit früheren Denkfähigkeitsverlusten. Eine Demenz wird erst als Krankheit bezeichnet, wenn eine über sechs Monate anhaltende Störung der höheren Hirnfunktionen vorliegt (vgl. Grond 2014, 14).

Eine eindeutige Definition von Demenz ist schwer zu definieren, da nicht jede Störung, die mit einer verminderten Hirnleistung einhergeht, als Demenz diagnostiziert werden kann (vgl. Popp 2006, 13).

„In dem aktuellen internationalen Diagnosekatalog für Krankheiten ICD (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Demenz unter der Rubrik „Psychische und Verhaltensstörungen“ geführt. Demnach handelt es sich um ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns. Störungen treten in den Bereichen Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen auf. Diese Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet. Das Bewusstsein ist nicht getrübt“ (zu Bentheim 2011, 1).

2.1.1 Definition der Demenz nach ICD – 10

Nach ICD-10 werden folgende Symptome als Demenz bezeichnet:

1. **Störung des Gedächtnisses**
    - Aufnahme und Wiedergabe neuer Informationen
    - Verlust von früher Erlerntem und vertrauter Inhalte
2. **Störung des Denkvermögens**
    - Störung der Fähigkeit zum vernünftigen Urteilen
    - Verminderung des Ideenflusses
    - Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung

3. **Störungen der emotionalen Kontrolle**
    - Störungen des Sozialverhaltens
    - Störung der Motivation

Aber auch hier ist eine eindeutige Definition und Klassifikation schwer zu definieren. Diagnostiziert wird eine demenzielle Erkrankung erst, wenn die Beeinträchtigung im täglichen Leben besteht und die Symptome über mindestens sechs Monate anhalten (vgl. Popp 2006, 14-15).

„Die ICD-10 unterscheidet zwischen vier Demenz Gruppen:

1. **F00:** Demenz bei Alzheimerkrankheit
2. **F01:** Vaskuläre Demenz
3. **F02:** Demenz bei andemorts klassifizierten Erkrankungen
4. **F03:** Sonstige Demenzen“ (Demenz-Leitlinie, 2012).

2.2 Demenzformen

Das Krankheitsbild der Demenz geht mit unterschiedlicher Genese einher, deshalb müssen die Demenzformen nach verschiedenen Punkten gegliedert werden. Es werden bei der Demenz in primäre (hirnorganische) und sekundäre (nicht-hirnorganische) Krankheitszeichen unterschieden.

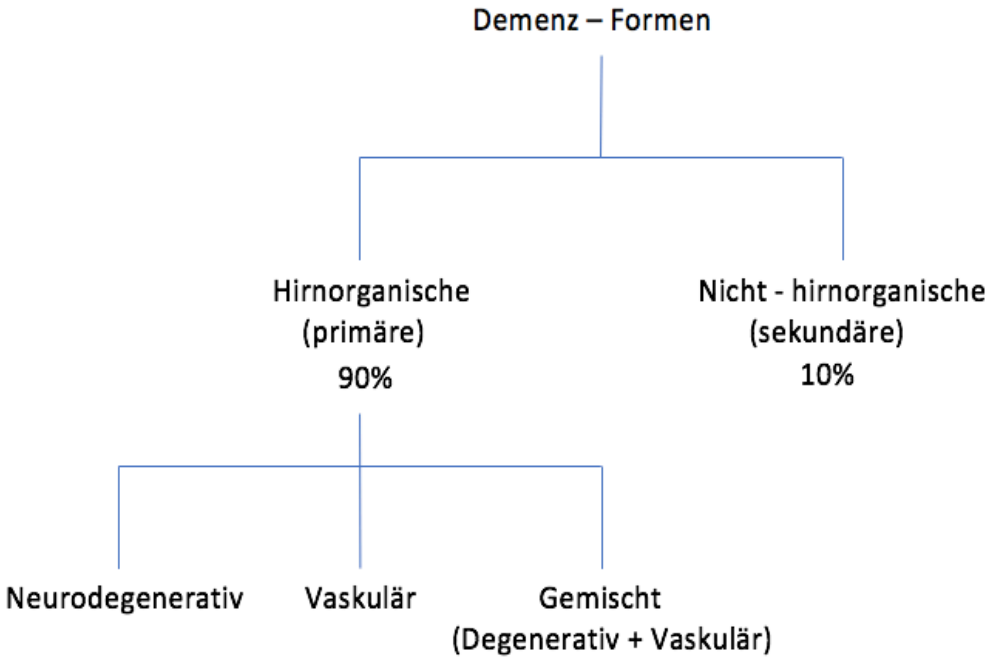

Abbildung 1: Einteilung der Demenzen [Quelle nach: Leistungsvergleich 1]

Primär demenzielle Erkrankungen:

Bei den primären Demenzformen liegen neurogenerative oder vaskuläre Veränderungen vor. Dabei wird unterschieden ob es neurodegenerativ, also absterben von Nervenzellen des Gehirns, oder starke Schäden des Gehirns durch die vaskuläre Form erlitten hat. Eine Mischform der neurogenerativen und vaskulären Demenz tritt besonders mit zunehmenden Alter auf (vgl. Merz Pharmaceuticals 2016, 1).

Zu den primären demenziellen Erkrankungen gehören:

- Alzheimer Demenz
- Vaskuläre Demenz
- Lewy - Körperchen - Krankheit
- Morbus Parkinson
- Pick - Krankheit (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2017, 1).

Sekundär demenzielle Erkrankungen:

Die Krankheitsursache bei der sekundären Demenz liegt an anderen organischen Krankheiten. Durch eine wirksame Behandlung der sekundären Erkrankung kann meistens die geistige Leistungsfähigkeit normalisisiert werden (vgl. Merz Pharmaceuticals 2016, 1).

- Creutzfeld - Jacob Krankheit
- Korsakow - Syndrom
- Stoffwechselerkrankungen
- Infektionen des Gehirns
- Vergiftungserscheinungen durch Medikamentenmissbrauch
- Vitaminmangelzustände
- Schädel - Hirn Verletzungen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2017, 1).

2.3 Klinisches Bild und Krankheitsverlauf

Die Demenz beginnt in einem schleichenden Prozess und unterscheidet sich in Verhaltensstörungen und kognitiven Störungen.

Häufige Verhaltensstörungen sind:

- Apathie
- Rückzug bei Depression
- Essensverweigerung

Nach Grond werden kognitive Störungen in den 7 A´s beschrieben:

- Amnesie
- Altgedächtnis
- Agnosi
- Aphasie
- Abstraktionsstörungen
- Assessmentstörungen
- Apraxie

Diese sieben Symptome schwanken während des Krankheitsverlaufes (vgl. Grond 2014, 23-25).

„Schweregradeinteilung: Die Demenz lässt sich in drei Schweregrade einteilen. Zur Orientierung kann der MMST eingesetzt werden, der in klinischen Studien als Kriterium für die Schweregraddefinition verwendet wird. Die untenstehende Einteilung der Schweregrade anhand des MMST richtet sich u. a. nach der Einteilung der Zulassungsbehörden EMEA und FDA sowie der IQWiG und des NICE, wobei das IQWiG die Schwierigkeit der unscharfen Abgrenzbarkeit der einzelnen Stadien hervorhebt:

- MMST 20 – 26 Punkte: leichte Alzheimer - Demenz
- MMST 10 – 19 Punkte: mittlere Alzheimer - Demenz
- MMST weniger als 10 Punkte: schwere Alzheimer - Demenz“ (DGPPN 2016, 48).

Krankheitsverlauf: Der Krankheitsverlauf wird in 3 Stadien gegliedert.

Vorstadium und frühes Stadium

Im Vorstadium sind Gedächtnisstörungen und eine Minderung der Alltagskompetenzen zu verzeichnen. Wenn sich die Selbständigkeit und alltagsrelevante Tätigkeiten reduzieren ist eine Demenz erst manifest. Laut der Clinical - Dementia - Rating - Skala entsprechen im frühen Demenzstadium folgende Merkmale.

Es besteht ein schwacher Gedächtnisverlust besonders bemerkbar bei kurz vorhergegangenen Ereignissen, das Alltagsleben ist durch den Gedächtnisverlust beeinträchtigt. Das Orientierungsvermögen ist leicht geschwächt, der Patient hat Schwierigkeiten mit Zeitzusammenhängen und hat geographischen Orientierungsverlust. Das Urteilsvermögen macht sich durch Schwierigkeiten bei dem Lösen von Problemen und im Beurteilen von Unterschieden und Ähnlichkeiten bemerkbar. Der Erkrankte kann selbständig keine Aktivitäten mehr im Gemeinschaftsleben leisten, hat Beeinträchtigungen im Haushalt, kann keinen komplizierten Hobbys oder Interessen mehr nachgehen und muss zur Körperflege erinnert werden.

Patienten die sich in diesem Stadium befinden, haben noch ein intaktes Wesen mit reduzierten Fähigkeiten. Ein einziger somatischer Defizit liegt vor, der Gersuchssinn ist manchmal schon früh und deutlich gestört.

Mittleres Stadium

In diesem Stadium sind die kognitiven Defizite nicht mehr übersehbar und haben folgende Symptome:

- ausgeprägter Gedächtnisverlust
- deutliche Störungen des visuell - räumlichen Denkens
- zunehmende Störung des Ausdruckvermögens
- Defizite der manuellen Geschicklichkeit

Anhand der Clinical - Dementia - Rating - Skala entsprechen im mittleren Demenzstadium folgende Merkmale:

Es kommt zu einem schweren Gedächtnisverlust, da nur mehrmals wiederholte neue Inhalte aufgenommen werden können. Das Orientierungsvermögen ist geschwächt, deshalb ist die zeitliche und räumliche Orientierung gestört. Das Urteilsvermögen und die Problemlösung sind ausgeprägt und das Einschätzungsvermögen ist geschädigt. Es besteht keine Selbständigkeit außer Haus, im Haushalt sind nur noch bedingt Tätigkeiten ausführbar, Hobbys nehmen stark ab und bei der Körperflege brauchen die Erkrankten Hilfe.

Somatische und vegetative Defizite sind Störung des Schlaf - Wach - Rhytmus mit Unruhe und der Verlust über die Kontrolle der Harnausscheidung.

Spätes Stadium

Erkrankte in diesem Stadium können einfache Aktivitäten des Lebens nicht mehr ohne Hilfe bewältigen und sind ganz auf Pflege und Betreuung angewiesen. Die Persistenz des Erlebten ist aufgehoben, der Sprachverlust schreitet fort und die Angehörigen werden nicht mehr erkannt. Ein normaler Tagesablauf und eine Betreuung zu Hause kann aufgrund von Angst, Unruhe, Gereiztheit und Schlafstörungen des Erkrankten nicht mehr stattfinden. Defizite wie Urininkontinenz, Gangunsicherheit und Schluckstörung können auftreten, durch die Schluckstörung verlieren viele Erkrankte den Appetit und nehmen stark an Gewicht ab. Für das Endstadium sind Immobilität, Apathie, Mutismus und Kachexie symptomatisch. Durch die Folgen der Kachexie oder durch interkurrente Erkrankungen tritt der Tod ein (vgl. Schmidtke & Otto 2012, 208-210).

2.4 Ressourcen der Erkrankten

Demenzerkrankte haben trotz aller oben beschriebenen Einschränkungen und Störungen, die die Krankheit mit sich bringt, positive Aspekte, die den Erkrankten erhalten bleiben und als Ressourcen genutzt werden.

Demenzbetroffene können trotz sprachlicher Einschränkungen Gefühle spüren und drücken diese durch Mimik, Körperhaltung und Gestik aus. Die Erkrankten erfreuen sich sehr an vertrautem Besuch, Kuscheltieren, Körperkontakt, Düften, Natur oder Musik. Sie wollen geachtet, getröstet, verstanden und besucht werden. Viele Demenzerkrankte offenbaren wortlos aber ausdrucksstark ihre Gefühle, vor allem Trauer, Ärger, Angst und Wut (vgl. Grond 2014, 26).

2.5 Bedürfnisse der Erkrankten

Demenzerkrankte haben das besondere Bedürfnis ihr Leben weitestgehend normal zu leben, von der Gesellschaft akzeptiert zu werden und am sozialen Leben teilzunehmen.

Die wichtigsten Bedürfnisse sind:

- soziale Bindung
- Kommunikation
- Zugehörigkeit
- Beschäftigung
- Identität

Die Bedürfnisse und Wünsche der Demenzerkrankten unterscheiden sich kaum von den gesunden Menschen (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 60).

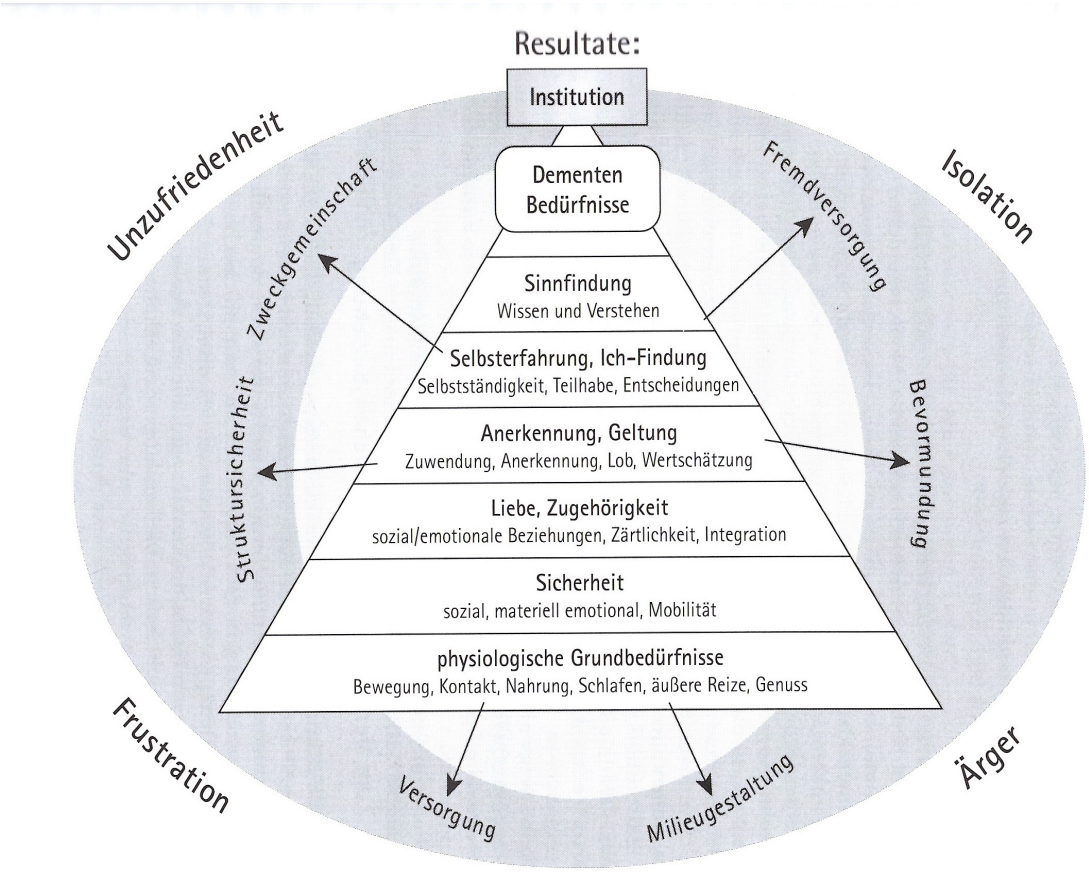

Abbildung 2: Bedürfnisse und Institutionen (Quelle: Hegedusch & Hegedusch 2007, 61)

3 Die Behandlung bei Demenz

Die Behandlung der Demenz besteht aus zwei Positionen, der medikamentösen und der nicht medikamentösen Therapie.

Demenz kann bis heute nicht geheilen werden, deshalb werden die Symptome versucht mit therapeutischen Maßnahmen zu lindern oder hinauszuzögern.

Ein breites Spektrum steht für beide Therapien bereit. Während bei der medikamentösen Behandlung auf Präparate zurückgegriffen wird, geht die nicht medikamentöse Therapie mit Training des Gehirns einher (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 21).

3.1 Medikamentöse Behandlung

Medikamente spielen bei der Therapie von Demenzerkrankten eine wichtige Rolle. Sie werden eingesetzt um die geistige Leistungsfähigkeit, die Alltagsbewältigung, Verminderung von Verhaltensstörungen zu stabilisieren und beugen weiteren Schädigungen des Gehirns vor. Die Erkrankten leiden unter einem Überschuss von Glutamat und einem Mangel an Acetylcholin, dieser kann durch Medikamente ausgeglichen, die Demenzkrankheit wird aber weiter bestehen und niemals geheilt werden.

Durch diese Medikamente werden die Beschwerden bis zu einem Jahr aufgehalten, der Verlust von Nervenzellen wird aber nicht gestoppt (Kurz & Grimmer 2017, 1).

In den nachfolgenden Kapiteln werden medikamentöse Behandlungskonzepte erläutert.

3.1.1 Antidementiva

Antidementiva wie Acetylcholinesterasehemmer oder Glutamat-Antiagonisten sind Medikamente, die während der Therapie verschiedene Botenstoffe im Gehirn beeinflussen und die geistige Leistungsfähigkeit der Demenzerkrankten erhalten. Ein großer Nachteil der Antidementiva Therapie ist, dass sie meistens nur eine begrenzte Zeit wirken.

Acetylcholinesterasehemmer:

Medikamente wie Donepezil und Rivastigmin sind Cholinesterase-Hemmer und halten im Gehirn ein Enzym, das den Nervenbotenstoff Acetylcholin abbaut, auf. Bei Alzheimer wird dieser Botenstoff, der wichtig für die Kommunikation der Nervenzellen untereinander ist, nicht mehr ausreichend produziert und die Sypmtome verstärken sich. Dieser Botenstoffmangel kann sich im frühen und mittleren Stadium durch Acetylcholinesterasehemmer einpendeln.

Durch die Acetylcholinesterasehemmer bleiben Hirnleistungen wie Denken, Lernen und Erinnern länger aufrecht erhalten. Demenzkranke können so ihr Alltagsleben besser bewältigen (vgl. Feichter 2016).

Cholinesterase-Hemmer können Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Verhaltensstörungen verbessern, die Pflegebedürftigkeit wird hinausgezögert und verhindert den weiteren Abbau von Acetylcholin. Aber auch bei einer frühen Behandlung ist das keine Garantie, dass die Medikamente anschlagen und die Demenz kurzzeitig stoppen.

Nebenwirkungen der Medikamente sind bei Donepezil Übelkeit, Durchfall, Unruhe und Erregung. Bei Rivastigmin sind es Übelkeit, Durchfall, Unruhe und Schwindel (Grond 2014, 76 - 77).

Glutamat - Antiagonisten:

Im Gehirn wird die Andockstelle für den Botenstoff Glutamat durch Memantine blockiert. Bei Alzheimer kann diese Konzentration erhöht sein, was langfristig die Nervenzellen zerstört. Memantine halten von der irreversiblen Nervenschädigung ab. Angewendet werden Glutamat - Antiagonisten im mittleren und späten Stadium (vgl. Feichter 2016).

Memantine in Kombination wird nicht von jedem Erkrankten vertragen. Nebenwirkungen können Schwindel, Bluthochdruck und Schläfrigkeit sein (vgl. Grond 2014, 76 - 77**).**

Ginkgo biloba:

Ginkgo biloba hat den Ursprung aus der Heilpflanze, diese Präperate werden oft bei der Demenzbehandlung eingesetzt (vgl. Feichter 2016). Sie können ergänzend eingesetzt werden, durch ihre schwache Wirksamkeit. Nebenwirkungen sind selten entstehende Kopf- und Magenschmerzen (vgl. Grond 2014, 76 - 77).

3.1.2 Antidepressiva

Eine depressive Verstimmung kann eintreten, wenn der Patient merkt, dass er viel vergisst und an einer Demenz erkrankt ist. Für eine Depression kann auch das Absterben von Hirnzellen verantwortlich sein. Antidepressiva wirken bei Depressionen stimmungsaufhellend und antriebssteigernd (vgl. Feichter 2016). Wirksame und für Demenzerkrankte verträgliche Antidepressiva, wie Citalprom und Mirtazapin, können während der Therapie mit Antidementiva kombiniert werden (vgl. Grond 2014, 78).

Bei dieser Medikation sind Appetitlosigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen häufige Nebenwirkungen (vgl. Kurz und Grimmer 2016, 3).

3.1.3 Neuroleptika

Neuroleptika werden eingesetzt, wenn die Patienten an Unruhe, Aggressivität, wirklichkeitsfernen Überzeugungen, Sinnestäuschungen und Schlafstörungen leiden. Sind die Verhaltensstörungen ausgeprägt und für den Patienten oder andere Personen eine starke Belastung oder Gefährdung, ist die Medikation mit Neuroleptika unbedingt erforderlich.

Die Behandlung muss sehr präzise erfolgen, deshalb ist es unumgänglich Neuroleptika unter strenger Kontrolle, möglichst kurzfristig und niedrig dosiert zu verabreichen (vgl. Kurz und Grimmer 2016, 2-3). Neuroleptika haben für Demenzerkrankte starke Nebenwirkungen wie Sitz- und Stehunruhe, parkinsonähnliche Bewegungstörungen mit Sturzgefahr, Krämpfe im Zungen-, Schlund- oder Augenbereich und Inkontinenz (vgl. Grond 2014, 77). In Deutschland sind nur die Neuroleptika Risperidon und die Alternative Aripiprazol für die Behandlung zugelassen (vgl. Kurz und Grimmer 2016, 3).

3.2 Nicht medikamentöse Therapieansätze

Für Menschen mit Demenz sind die nicht – medikamentösen Therapieansätze von großer Bedeutung. Durch diese Behandlungsformen sollen kognitive Fähigkeiten, Alltagskompetenzen, das seelische Wohlbefinden und die körperliche Fitness trainiert und aufrechterhalten bleiben.

Zudem dient diese Therapieform der Unterstützung und Entlastung der Angehörigen. Einige der unten erläuterten Behandlungsformen, wie z.B. Ergotherapie, können durch einen Arzt verordnet und von der Krankenkasse erstattet werden (Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2016, 1).

3.2.1 Realitäts - Orientierungs - Training

Das Realitäts - Orientierungs – Training, auch ROT genannt, wurde 1960 von dem amerikanischen Psychiater Folson für die Versorgung und Betreuung von Demenzkranken und verwirrten Personen entwickelt.

Das ROT ist ein besonderes Verfahren zu einer bewusst durchdachten Förderung der zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung von Demenzkranken. Ziel des Trainings ist, verlorene Informationen und Zusammenhänge der Wirklichkeit näher zu bringen und soll so Sicherheit und Orientierung bewirken.

Durch folgende Komponenten erfolgt das ROT methodisch:

- Gruppensitzungen sollen täglich stattfinden.
- ein klar definierter Tagesablauf, der durch die Vorgaben des qualifizierten Personals erfolgt.
- dauerhafte Vermittlung von optischen, akustischen und olfaktorischen Realitätsreizen (24 - Stunden ROT).

Das 24 - Stunden ROT findet vor allem in stationären Einrichtungen statt. Durch die Kommunikation des Personals sollen Erkrankte sich selbst einbringen, indem sie sprechen, Ereignisse kommentieren oder ihren Humor einsetzen (vgl. Grond 2014, 70). Ziel des Trainings ist Gedächtnis, Orientierung, persönliche Identität und durch die Kommunikation soziale Bindungen zu verbessern. Dieses Verfahren ist die meist angewendete Therapie bei demenziellen Erkrankungen und wird stets weiterentwickelt (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 26).

Das ROT gehörte zu den ersten Therapien, die zur kognitiven Leistungssteigerung bei Demenzerkrankten angewendet wurde. Jedoch gibt es methodische Probleme, die die Wirksamkeit des Realitätsorientierungstrainings nicht schlüssig beurteilen lässt (vgl. Romero & Förstl 2012, 374).

3.2.2 Biographiearbeit / Reminiszenz Therapie (REM)

Um eine Biographiearbeit - Therapie zu beginnen, ist es wichtig den Lebenslauf des Erkrankten zu kennen. Das ist die Basis, um dem Patienten individuell helfen zu können. Reminiszenz, die Rückerinnerung an bedeutende Ereignisse im Leben, dient dem strukturierten Lebensrückblick (vgl. Grond 2014, 152).

Durch die Therapie werden demenziell Erkrankte in ihre Kindheit und ihr früheres Leben begleitet. Verhaltensweisen der früheren Lebensgeschichte und gleichzeitig die Identität wird durch die Biographiearbeit erhalten. Die Biographiearbeit geht mit Gruppengesprächen über vergangene Zeiten einher und wird z.B. mit Fotos unterstützt. Die individuelle Therapie legt ein besonderes Augenmerk auf die persönlichen Erinnerungen, dieses wird mit unterstützenden Lernprogrammen wie einem interakitven Tonband, Video- oder Computerprogramm unterstützt und zielt darauf ab biographische Fakten zu behalten bzw. auswendig zu lernen. Gruppensitzungen haben demnach nur beschränkte autobiographische Gedächtnisinhalte, dennoch wird bei der Gruppensitzung auch kommuniziert, was bei der Einzelsitzung ein ungünstig therapeutisches Setting ist (vgl. Romero & Förstl 2012, 374).

Ziele der Biographiearbeit sind, die Erhaltung des Identitätsgefühls, Vertrauensaufbau, Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls und Verbesserung des Wohlbefindens. Die Therapie findet einzeln oder in Gruppen statt, manchmal werden auch Angehörige mit einbezogen (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 27).

3.2.3 Validationstherapie

Validieren bei demenziell Erkrankten bedeutet Verhaltensweisen und Äußerungen wertschätzend und einfühlsam zu akzeptieren (vgl. Popp 2006, 89).

Validationsschwerpunkte:

- Eigene Gefühle zeigen, wenn sie sich auf das Leben der Menschen beziehen.
- Demenzkranke genau beobachten und Gefühle, die er mit seiner Reaktion zeigt, mit Worten ausdrücken.
- Das jetzige Leben mit der erlebten Vergangenheit verbinden.

Bis zuletzt bleibt bei der Validation die Menschenwürde, Autonomie und das Wohlbefinden der Demenzerkranken bestehen (vgl. Grond 2014, 146-147).

Die VAL nach Feil wurde zwischen 1963 und 1980 entwickelt und ist mit viel Einfühlungsvermögen verbunden.

Validationstherapie achtet besonders darauf, die Menschen so zu akzeptieren wie sie sind, Gefühle zu erkennen und ihnen die Gewissheit zu geben, dass ihre Gefühle wahr sind. Wichtig ist die Unterstützung durch die Betreuer, sodass die Patienten ihre Ziele erreichen.

Ziele nach Feil sind, das Selbstwertgefühl der Erkrankten wieder herzustellen, Stressreduktion, Konflikte aus der Vergangenheit zu lösen, Verbesserung der Kommunikation und das Wohlbefinden zu verbessern (vgl. Popp 2006, 89-91).

3.2.4 Selbsterhaltungstherapie

1990 entwickelte Romero die Selbsterhaltungstherapie auch SET genannt. Bei dieser Therapie soll möglichst langfristig das personelle Selbst erhalten bleiben. Verfügt der Demenzerkrankte länger über ein stabiles Selbst, wird sich das positiv auf sein Selbstwertgefühl und seine Stimmung auswirken. Durch diesen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl ist der Demenzkranke bei Konflikten oder negativen Ereignissen weniger aggressiv oder ängstlich.

Ziele der Selbsterhaltungstherapie untergliedern sich in vier Punkte.

1. Kontinuität bewahren: Veränderungen im Umfeld sollten vermieden werden z.B. Wohnumfeld oder Betreuer dürfen nicht gewechselt werden.
2. Identitätsgefühl bewahren: Besondere Erlebnisse wie z.B. etwas aus seinem früheren Leben, das ihm Freude bereitet.
3. Kohärenzsinn bewahren: Verstehen, Zuversicht und Sinn
4. Selbst-nahes Wissen bewahren: Man bezieht Video- und Tontechnik in die Therapie mit ein, wie z.B. Fotos, die als Gedächtnisstütze dienen (vgl. Popp 2006, 114 - 115).

3.2.5. Milieutherapie

Die Milieutherapie setzt einfühlsame Bezugspersonen, die biografisch arbeiten, einen strukturierten Tagesablauf für individuelle Bedürfnisse und wohnliche Lebensräume voraus. Deshalb ist es für demenziell Erkrankte wichtig, eine gut durchschaubare Umgebung, sowie auch Freiraum zu haben. Diese Bedingungen sind anzupassen, deshalb sollte man eine Reizüberflutung durch Radio, Fernsehen oder glatten Bodenoberflächen vermeiden.

Zu der persönlichen Orientierung können Angehörige oder Pflegende die Erinnerungen des Patienten mit Familienfotos stärken, die Identität durch Kleidung und gleicher Frisur erhalten und durch Besuche von Kleinkindern Freude und Heiterkeit fördern.

Vertraute Bilder, das Benutzen von Parfüm und Namensschildern an Türen und Kleidung sind hilfreich für die situative Orientierung.

Zur räumlichen Orientierung helfen Teppiche und Vorhänge ohne Muster, um Halluzinationen zu vermeiden. Gute Beleuchtung in Räumen und Gängen verbessern Angst, Aggressionen und normalisieren den Schlaf – Wach – Rhythmus.

Alte Uhren, Speisepläne, Orientierungstafeln mit Wochentag, große Kalender und Pflanzen der Jahreszeiten dienen der zeitlichen Orientierung (vgl. Romero & Förstl 2012, 375-377).

3.2.6 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie beeinflusst das Verhalten und die Gefühle von demenziell Erkrankten, besonders in der Frühphase und bei Depressionen eignet sich diese Therapie. Techniken, die Anreize wie Belohnungen setzen haben sich bewährt, um das Verhalten zu verändern. Ist das Verhalten des Demenzerkrankten störend und belastend für Angehörige und Pflegekräfte sollte diese Therapie in Erwägung gezogen werden.

Am Anfang der Therapie wird mit den Demenzkranken selbst gearbeitet, später werden die Angehörige oder Pfleger mit in die Therapie einbezogen. Diese müssen dann nach Anleitung die Förderung des Erkrankten wie selbstständige Körperpflege oder Nahrungsaufnahme überwachen (vgl. Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2016, 1).

3.2.7 Kognitives Training

Gedächtnistraining ist dafür da, geistige Fähigkeiten wie Denken, Erinnern und Aufmerksamkeit zu erhalten und zu fördern. Diese Therapie wird besonders bei leichtem und mittlerem Stadium empfohlen.

Trainiert wird oft in Gruppen und spielerisch, dabei werden vor allem Denken, Merkfähigkeit und Konzentration beeinflusst. Besser ist das kognitive Training, wenn es verbunden mit Bewegung und alltagsnah ist, da mehrere Kanäle angesprochen werden (vgl. Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2016, 1).

3.2.8 Ergotherapie

Ziele der Ergotherapie sind Fähigkeiten wie Essen, Waschen und andere alltägliche Bedürfnisse, die Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern. Hauswirtschaftliche oder technische Arbeiten können Demenzerkrankten das Gefühl geben gebraucht zu werden. Das stärkt das Selbstwertgefühl, Erfahrung und Feinmotorik.

Nach Schmitt - Hackenberg hat sich die 10 - Minuten - Aktivierung bewährt. So können Freizeitaktivitäten und Bewegung, Gedächtnis, Kommunikation und Stimmung verbessern und Verhaltensstörungen mindern (vgl. Grond 2014, 72-73).

3.2.9 Musiktherapie

Spielen, Hören oder Singen von Liedern und Musikstücken zeichnet die therapeutische Musiktherapie aus. Diese Therapie kann auch bei fortgeschrittenem Stadium und Erkrankten, die sich nicht mehr artikulieren können, angewendet werden. Die Musiktherapie wird individuell und in Gruppen gestaltet, biographisch bedeutende Musik von früher wird dabei abgespielt (vgl. Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2016, 2).

Bei der Musiktherapie sind vor allem die psychotherapeutischen und alltäglichen Aspekte von Bedeutung. Musik die dem demenziell Erkrankten gefällt und an die Vergangenheit erinnert, kann symptomlindernd wirken. Zudem kann das Musikhören zur Reduktion von Unruhe, Angst, Stress und sozialen Konflikten beitragen, auch essen und schlafen werden positiv verändert (vgl. Romero & Förstl 2012, 378).

Ziele sind Erinnerungen wecken, Gefühle auszudrücken und Kreativität fördern, auch Verhaltensstörungen und depressive Verstimmungen können gelindert werden (vgl. Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2016, 2).

3.2.10 Kunsttherapie

Bei der Kunsttherapie geht es um zeichnen, malen und gestalten von Objekten. Dabei können Wahrnehmung, Erinnerung und Kommunikation gefördert werden. Durch diese kreative Therapie entstehen oftmals künstlerische Ergebnisse auf die die Demenzerkrankten stolz sind und die ihr Selbstvertrauen steigern (vgl. Geschäftsstelle der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2016, 2).

Die Kunsttherapie ist eine wichtige psychotherapeutische Intervention und kann in jedem Stadium angewendet werden. Die Therapie kann bei Demenzerkrankten von entscheidender Bedeutung sein und das Malen zu einer wichtigen Selbstbestätigung werden. Durch die verschiedenen neuropsychologischen Störungen der Erkrankten ist es wichtig die unterschiedlichen gestalterischen Tätigkeiten für den Menschen herauszufinden. Von großem Vorteil bei der Kunsttherapie ist eine neuropsychologische Kompetenz (vgl. Romero & Förstl 2012, 377).

3.2.11 Clown – Arbeit

Die Betriebskrankenkassen und der Verein Rote Nasen Deutschland haben die Vereinbarung getroffen, dass Clowns in Seniorenheimen zum Einsatz kommen dürfen.

Die demenziell Erkrankten werden durch die humorvolle Weise der Clowns zum Mitmachen motiviert um vorhandene Ressourcen gezielt zu fördern (vgl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2017, 1). Die Clowns werden auf die Arbeit mit dementen Menschen geschult und gut vorbereitet. Die Clown Therapie kann die Demenz nicht aufhalten, jedoch kann mit Gesang, Spiel und Musik der oft einsame Alltag der Erkrankten schöner gestaltet werden. Zudem schenken die Clowns den Erkrankten Zuneigung, Freude und Lächeln (vgl. Klinkhammer 2015, 1).

3.3 Kritische Betrachtung der medikamentösen und nicht - medikamentösen Therapien

3.3.1 Medikamentöse Therapie

Bevor man eine medikamentöse Behandlung in Betracht zieht, sollte man vorher mit einem Arzt, der den Gesundheitszustand des Erkrankten kennt und auf Risiken hinweist, sprechen. Die Entscheidung, ob die oben genannten Medikamente sinnvoll sind, ist schwierig, denn die individuelle Verträglichkeit ist der ausschlaggebende Punkt.

Dabei sind besonders die medizinischen Fakten, die persönliche Einstellung und der Gesundheitszustand des dementiell Erkrankten wichtig. Hat der Patient eine Vorerkrankung und nimmt deswegen Medikamente, kann das gefährliche Neben- und Wechselwirkungen hervorrufen.

Durch die Medikamenteneinnahme können die Symptome eine Zeit lang gemindert und der Krankheitsverlauf verlangsamt werden, aber trotzdem kann die Demenz nicht aufgehalten werden. Eine medikamentöse Therapie schlägt nicht bei jedem Erkrankten an, bei manchen wirkt sie und bei anderen nicht (vgl. Universitätskliniken Freiburg und Hamburg-Eppendorf 2013, 1-4).

Während der Erkrankung lässt das Denk- und Erinnerungsvermögen nach, Psyche und Verhalten verändern sich, dort unterstützen die oben genannten Präparate das Aufhal-

ten der Symptome. Richtig wirken können die Medikamente nur, wenn sie richtig und vorschriftsgemäß eingenommen werden. Deshalb brauchen demenziell Erkrankte Angehörige oder Pfleger, die sich mit der Therapie auseinandersetzen und ihnen helfen die Präparate einzunehmen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2017).

3.3.2 Nicht - medikamentöse Therapie

Die nicht - medikamentöse Therapie kann dazu beitragen den demenziell Erkrankten länger Selbständigkeit zu schenken und durch positive Erfahrungen zufriedener sein Leben zu genießen. Die Behandlung verspricht keine Garantie auf Wirksamkeit oder Verbesserung. (vgl. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2017).

Bei den oben genannten Therapien gibt es einige Behandlungsaspekte, die eher nicht für Demenzerkrankte geeignet sind. Bei dem ROT z.B. werden sie öfter mit ihrer Vergangenheit konfrontiert und traumatische, verdrängte Erlebnisse hervorgerufen, außerdem werden sie ständig korrigiert. Da diese Menschen in ihrer eigenen Welt leben ist es für sie unverständlich. Die Gefahr ihrer Unzufriedenheit und der Überforderung steigt. Besser ist es über positive Erinnerungen zu reden, durch diese verschieden eingesetzten Interventionen profitieren einzelne Erkrankten. So entstehen leichte Verbesserungen im Alltag und die Steigerung des Wohlbefindens (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2014, 27-30).

3.4 Pflegekonzept

Ausschlaggebend ist das Leitbild einer Pflegeeinrichtung, es müssen die Philosophie und die Zielrichtung übereinstimmen (vgl. Popp 2006, 50). Können sich Heimleitung und alle Mitarbeiter mit dem Leitbild identifizieren, ist die Grundlage der Betreuung für das Pflegekonzept gegeben (vgl. Popp 2006, 52). So wird sich nicht nur auf die körperliche Pflege dementer Heimbewohner konzentriert, außerdem wird ein Augenmerk auf die allumfassende Lebenspflege gelegt. Zum Pflegealltag gehören somit auch Grund- und Behandlungspflege, Aktivitätenpflege, Selbständigkeitspflege, Informationspflege und Seelenpflege (vgl. Popp 2006, 50).

Abbildung 3: Pflegeprozess nach Bedürfnispyramide nach Maslow (Quelle: Grond 2014, 112)

4 Die tiergestützte Therapie

4.1 Die Entwicklung der tiergestützten Therapie

Wir Menschen sind seit Beginn unserer Existenz von Tieren umgeben. Früher haben die Menschen Tiere wegen des ökonomischen und materiellen Nutzens gehalten. Seither besitzen Tiere eine große emotionale und symbolische Bedeutung für den Menschen.

Mit Beginn der Entwicklung vom Wildtier zum Haustier durch zähmen und züchten, entwickelte sich eine neue Art der Mensch-Tier-Beziehung, die große Auswirkungen auf die Entwicklung und Alltagsstrukturen der Menschen hatte. Durch die Übernahme gezielter Aufgaben wie die Verantwortung, den Schutz und die Versorgung machte der Mensch die Tiere von sich abhängig. Auch wurde durch die Tiere eine gefährliche Jagd verhindert, da Tiere z. B. Schweine, Geflügel oder Rinder für die Nahrung essentiell waren. Da Menschen und Tiere zusammenlebten hat dies zu einer Weiterentwicklung der eigenen und artenübergreifenden, sozialen Kommunikations- und Beziehungsstruktur geführt. Wildtiere, die zu Haustieren wurden, waren und sind Bestandteil des menschlichen Lebens und erhöhen die Lebensqualität.

William Tuke gründete 1792 in England eine Einrichtung für Geisteskranke, dort hatten die Patienten die Möglichkeit sich um kleine Tiere zu kümmern und Gärten zu pflegen. Sein Ziel war es den Kranken, Verantwortung, Selbstwertgefühl und Selbstkontrolle durch die Tiere beizubringen. 1867 wurde in Bielefeld ein Behandlungszentrum für Epileptiker gegründet, dort wurden Tiere eingesetzt und spielten eine wichtige Rolle. Die Patienten mit neurologischen und psychologischen Erkrankungen kümmerten sich um Tiere und Pflanzen. Während des Zweiten Weltkrieges wurde auch bei der Army Air Force in den USA mit Tieren gearbeitet. Die Soldaten konnten ein durch die Kriegserlebnisse bedingtes Trauma auf einem Bauernhof mit Tieren verarbeiten. Im Jahr 1961 begann eine systematische wissenschaftliche Untersuchung von hilfreichen Einflüssen durch Tiere auf den Menschen. Der Therapeut Levinson beobachtete dies bei der Arbeit mit einem sozial gestörten Jungen und seinem eigenen Hund. Dadurch erkannte er die positive Wirkung von Tieren als Co–Therapeuten. Damit begann die wissenschaftliche Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung.

Die tiergestützte Therapie bedeutet, dass Tiere als zusätzliche Helfer die Therapeuten unterstützen, aber nicht ersetzen (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 34-35).

4.2 Definitionen

In den 1980er Jahren sorgte der Begriff Einsatz von Tieren am Menschen in der Wissenschaft und der Praxis für Verwirrung und Missverständnis. Deshalb wurden Standards und Richtlinien eingeführt. Die Delta Society unterscheidet in zwei Bereiche (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 35-36).

4.2.1 Animal Assisted Activities (AAA)

Im Vordergrund der AAA steht die bloße Anwesenheit und die gemeinsame Aktivität des Erkrankten mit dem Tier. Spontane, ungezwungene Zusammentreffen von Mensch und Tier, ohne ein bestimmtes Ziel zu verfolgen, zeichnet die AAA aus (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 36).

Ehrenamtlich tätige Tierhalter suchen Einrichtungen wie z. B. Seniorenheime auf, um die Bewohner ohne gezielte Behandlung zu unterstützen und ihnen eine Freude zu bereiten. Dabei stehen vor allem positive Abwechslungen und eine Steigerung des Wohlbefindens im Vordergrund (vgl. Kahlisch 2014, 10).

4.2.2 Animal Assisted Therapy (AAT)

Bei der AAT ist das Tier der wichtigste Bestandteil des therapeutischen Konzeptes und des Behandlungsprozesses. Die Therapie geht professionell von statten. Ziel der AAT soll es sein, wünschenswerte Verhaltensweisen zu unterstützen und zu fördern und unerwünschte abzuwenden (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 36).

Fachleute müssen die AAT genau eingrenzen. Der individuelle Therapieplan muss genau auf den Patienten abgestimmt sein und dokumentiert werden. Die AAT unterstützt den Patienten bei der Überwindung von Problemen (vgl. Kahlisch 2014, 11).

4.3 Eingesetzte Tiere

An die Tiere, die für die Therapie eingesetzt werden, sind spezielle Anforderungen gestellt. Deshalb sind besonders domestizierte Tiere in der Lage mit verschiedenen Menschen und deren Verhaltensweisen umzugehen. Hat das Tier Stress, muss der Tierführer das sofort erkennen. Es gibt aber auch eine Alternative zu lebenden Tieren, nämlich Paro. Paro ist ein weicher Roboter in Form einer Sattelbabyrobbe (vgl. Kouba 2015, 1).

Durch Menschenfreundlichkeit, Intelligenz, Anpassungsfähigkeit und der langen Domestikation ist besonders der Hund mit seinem Wesen für eine tiergestützte Therapie geeignet.

Auffallend ist, dass Hunde eine weite Spannbreite an Einsatzmöglichkeiten haben. Sie sind Diensthunde bei der Polizei, Zoll oder Rettungsdiensten. Servicehunde wie Blindenführung oder Begleiter für Epileptiker und Therapie- und Sozialhunde für die oben definierten Therapien AAA und AAT (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 36-37).

4.3.1 Hunde

Die Erkrankten können das Sozialverhalten des Hundes beobachten und werden durch spazieren gehen oder spielen zur körperlichen Mobilisierung motiviert. Streicheln fördert die Sinneswahrnehmung des Patienten. Hunde können auch das Gedächtnis durch mentales Training aktivieren (vgl. Otterstedt 2013, 30).

In Einrichtungen wie Seniorenheimen werden Therapiehunde eingesetzt. Diese Form nennt man Kynotherapie, die eine Kombination aus der Therapie von Krankheiten beim Menschen und aus der wissenschaftlichen Lehre vom Hund ist. Die Kynotherapie setzt geschulte Hunde ein um die Demenzerkrankten zu erreichen. Durch diese aktive Kommunikation zwischen Patient und Hund erreichen auch oft andere Therapeuten wieder eine Verbindung zu den Erkrankten. Noch vorhandene körperliche und geistige Fähigkeiten und Ressourcen können durch die Therapie gefördert werden und längerfristig erhalten bleiben (vgl. Curendo 2015, 1).

Um ein sozialverträgliches Verhalten zu garantieren muss der Hund in den ersten 12 Lebenswochen viel positiven Kontakt mit Artgenossen, Menschen, Umweltreizen und anderen Tieren gehabt haben. Ein Hund muss dauerhaft durch einen Mikrochip gekennzeichnet sein (vgl. European Society for Animal Assisted Therapy 2017).

Für die Therapie mit einem Hund stehen besonders viele abwechslungsreiche und fördernde therapeutische Spiele bereit.

Praxisbeispiel bei leicht dementen Patienten: Versteckspiel

Die Patienten sitzen im Kreis und jeder der möchte hat ein Leckerli in der zusammengefalteten Hand oder unter dem Schuh. Der Hund darf nicht bemerken wo sich das Leckerli befindet. Er hat nun die Aufgabe die Leckerlis zu suchen. Dabei ist wichtig, dass er das selbständig tut. Findet er das Versteck muss der Patient die Hand öffnen oder den Schuh beiseite nehmen. Die Patienten können auch die Leckerlis in dem Raum verstecken, hier ist aber wichtig, dass die Patienten sich das Versteck merken können. Bei diesem Versteckspiel wird vor allem die Feinmotorik und das Gedächtnistraining gefördert (vgl. Kahlisch 2014, 44-45).

Praxisbeispiel bei bettlägerischen Patienten: Bettenbesuch

Bevor man so einen Besuch durchführt, muss man erstmal erfahren ob der Patient Tiere schätzt und diese Therapie gewünscht ist. Am besten ist es, dass man zu Beginn eine Fachkraft der Einrichtung mit einbezieht, da diese die Reaktion des Patienten kennt und deuten kann. Bevor man den Hund einsetzt, sollte man sich der bettlägerischen Person nähern, sie begrüßen und sanft an Hand, Arm oder Schulter berühren. Bevor der Hund zu dem Patienten ins Bett darf, ist es wichtig eine Decke hineinzulegen. Bettlägerische Patienten sind oft stark versteift, hier hilft am Anfang die Hand des Erkrankten über das Hundefell zu führen. Wird der Besuch des Hundes angenehm empfunden, findet eine bemerkbare Entkrampfung statt. Akzeptiert der Patient den Hund, können sogar Leckerlis oder Spielzeuge nah am Körper versteckt werden.

Durch diese Therapie werden die auditive, olfaktorische, visuelle und taktile Sinne angesprochen (vgl. Kahlisch 2014, 87-91).

4.3.2 Roboter Robbe Paro

Paro ist ein weißer flauschiger Babyrobbenroboter. Er wiegt ca. 3 Kilo und besitzt 32 bit Prozessoren, Mikrofone, taktile Sensoren und ein antibakterielles Fell (vgl. Kouba 2015, 1). Durch die eingebauten Sensoren kann der Roboter Helligkeit, Geräusche, und Berührungen deuten und darauf reagieren. Die Robbe reagiert mit Bewegungen und Tönen, wenn mit ihr kommuniziert wird. Ein wohliges brummen hört man sobald sie gekrault wird und wenn man sie schlägt reagiert sie mit Protest. Die Robbe wird als Instrument in der Pflege eingesetzt um depressive Verstimmungen zu verbessern oder wieder einen Kontakt zu den Patienten herzustellen. Durch das Aussehen der Robbe entspricht sie dem Kindchenschema und erobert so das Interesse der Demenzerkrankten. Zudem dürfte kaum ein Patient Kontakt zu einem Robbenbaby gehabt haben und somit kann eine negative gedankliche Verknüpfung ausgeschlossen werden (vgl. Jehle 2014, 1).

Durch die verschiedenen Interaktionen mit der Robbe können demenziell Erkrankte ihr soziales Verhalten anregen und Stress und Angst abbauen. Die Erkrankten werden durch Paro aus ihrer Versunkenheit geholt, verbessern ihre Motorik und die Beweglichkeit (vgl. Linara 2017, 1). Künstliche Intelligenz soll keinen Ersatz für die menschliche Zuwendung sein, sondern durch Paro sollen Pflegende wieder mehr Zeit für das Zwischenmenschliche gewinnen. Jedoch wird diese Form von der Pflegehilfe auch kritisch betrachtet, die Robbe wird niemals eine echte soziale Verbundenheit ersetzten (vgl. Hammer 2016, 1).

4.3.3 Andere Tierarten

Für die tiergestützte Therapie eignen sich alle Heim- und Nutztierarten sowie auch heimische Kriechtiere und Insekten. Spezifische Fähigkeiten hat jede Tierart, das hat unterschiedliche Wirkungen auf den Erkrankten.

Katzen ermöglichen einen ständigen Beziehungsaufbau bei Erkrankten als Mitbewohner im Heim. Sie fördern das Sozialverhalten und die Sinneswahrnehmung durch streicheln. Patienten können durch Katzen leichter zur Ruhe kommen und ihr Gedächtnis durch mentales Training auffrischen (vgl. Otterstedt 2013, 31 - 32). Wichtig bei der tiergestützten Arbeit ist, dass die Katzen schon in den ersten zwei Lebensmonaten viel Kontakt zu Artgenossen, Menschen, anderen Tieren und Umweltreizen haben, um ein sozialverträgliches Verhalten zu sichern. Jede Katze muss durch einen Mikrochip gekennzeichnet sein (vgl. European Society for Animal Assisted Therapy 2017).

Meerschweinchen und Kaninchen erreichen die demenziell Erkrankten durch das Beobachten des Sozialverhaltens, Mobilisierung durch füttern und die Sinneswahrnehmung durch streicheln. Das Gedächtnis wird trainiert, weil sich die Erkrankten die Namen der Tiere merken sollen (vgl. Otterstedt 2013, 31 - 32). Meerschweinchen sind nur dann bei der tiergestützten Therapie zulässig, wenn sie von Geburt an Streichelkontakt gewöhnt sind. Durch eine genaue Beschreibung und Foto muss ein Meerschweinchen identifizierbar sein. Das Kaninchen muss ein Gesundheitszeugnis und einen Impfnachweis erbringen. Außerdem muss das Kaninchen durch einen Mikrochip gekennzeichnet sein (vgl. European Society for Animal Assisted Therapy 2017).

Rinder und Schweine erreichen durch füttern von Äpfeln und pflegen durch Striegeln die demenziell Erkrankten. Der Duft von frischem Heu oder Mist fördert die Sinneswahrnehmung. Esel, Pferde, Lamas und Alpakas fördern durch spazieren gehen mit den Tieren die körperliche Aktivität. Das Fell, die Größe und die Kraft der Tiere regt das Selbstbewusstsein an. Das Beobachten des Sozialverhaltens der Tiere erreicht die Erkrankten. Schafe und Ziegen fördern die Sinneswahrnehmungen durch streicheln und den Duft der Tiere. Durch füttern und pflegen erhalten sie die Mobilität der Erkrankten. Mit der Schafswolle können Demente basteln oder filzen.

Hühner mobilisieren durch füttern oder halten eines Huhns auf dem Arm. Sinneswahrnehmungen werden durch streicheln gefördert. Die Erkrankten können den Hühnern Lieder vorsingen und unterstützen so ihr Gedächtnis, auch das Selbstbewusstsein wird gefördert, wenn man den Hühnern Futter aus der Hand gibt.

Bei Fischen können die Erkrankten aktiv an der Gestaltung des Aquariums oder des Teiches mitwirken und somit das Sozialverhalten der Fische beobachten. Durch Namensvergabe einzelner Fische kann das Gedächtnis trainiert werden. Den demenziell Erkrankten gefällt es besonders Insekten, Kriechtiere und Wildvögel zu beobachten, sie mobilisieren die Patienten und fördern die Sinneswahrnehmung (vgl. Otterstedt 2013, 31 - 32).

4.4 Mögliche Formen von Tiereinsätzen

Die tiergestützte Intervention hat Zugang in soziale, pädagogische oder therapeutische Bereiche gefunden und können ambulant oder stationär erfolgen. Positive Effekte auf physische, psychische, mentale und soziale Fähigkeiten werden durch den methodischen Einsatz von heimischen Heim- und Nutztieren gefördert (vgl. Otterstedt 2013, 22).

Der Begriff tiergestützte Therapie (TGT) wird umfassend als Überbegriff für alle tiergestützten Therapien benutzt, dazu gehören:

- Tiergestützte Intervention (TGI)
- Tiergestützte Förderung (TGF)
- Tiergestützte Aktivität (TGA)

Die Therapie wird unter einer professionellen Helferbeziehung mit Einflussnahme auf den Menschen verstanden. Tiereinsätze können in Gruppen oder Einzelsitzungen stattfinden (vgl. European Society for Animal-Assisted Therapy 2012, 1).

Tiergestützte Therapie (TGT)

Die tiergestützte Therapie umfasst bewusst geplante Angebote mit Tieren für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, sowohl auch ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Verhaltensstörungen.

Die Beziehungs- und Prozessgestaltung im Beziehungsdreieck Klient–Tier–Bezugsperson ist die Basis der TGT. Die Methode der TGT ist, dass die Klienten über die Tiere mit den Menschen kommunizieren, für die Tiere tätig sind oder mit den Tieren agieren. Es wird strikt nach einer klaren Prozess- und Themenorientierung unter Beachtung der tierethischen Grundsätze mit folgender Dokumentation und fundierter Reflexion durchgeführt.

Ziele der tiergestützten Therapie sind:

- emotionale, körperliche und kognitive Funktionen wiederherzustellen und zu erhalten
- Förderung von Fähigkeit und Fertigkeit zur Durchführung von Aktivitäten und Handlungen
- Förderung von Einbezogenheit in die jeweilige Lebenssituation
- Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens

Der Mensch soll dadurch in unterschiedlichen Lebensbereichen seinen Fähigkeiten entsprechend agieren und partizipieren können. Die TGT darf nur von einer Fachkraft mit einer Fachausbildung für die tiergestützte Therapie und aktuellen Weiterbildung durchgeführt werden. Als Fachausbildung werden nur die von der European Society for Animal-Assisted Therapy (ESAAT) akzeptiert. Die Aufgabe der Fachkraft und ihrem Therapiebegleitertier liegt darin den Menschen zu unterstützen (vgl. European Society for Animal-Assisted Therapy 2012, 2-3).

4.4.1 Ablauf eines ambulanten TGI - Einsatzes

Ankündigung des TGI Termins
Bewohner bilden Stuhlkreis
Wasserschale für Tier bereitstellen
Tier erreicht das Heim mit dem Auto, Auto ausladen
Begrüßung der Bewohner (Lied singen)
Begrüßung des Tieres
Aufbau einer Insel in der Mitte des Stuhlkreises
Vorstellen der Tierpersönlichkeit
Bewohner beobachten auf Distanz
Hilfsmittel zur Verfügung stellen
Kontaktaufbau mit den Tieren
Fürsorge geben
TGI bietet Unterstützung an
Dialog zwischen Bewohnern
Dialog zwischen TGI und Bewohnern
Dialog zwischen Pfleger und Bewohnern
Sensible Wahrnehmung (Hühnerfedern an Wange spüren)
Gezielte Aktivität (Hundefell bürsten)
Alternativ: Stofftier
Abschied gestalten (Lied singen)
Einzelverabschiedung des Tieres
Tier geht in die Transportbox
Hilfe beim Einpacken durch Bewohner
Pfleger helfen beim Säubern des Bodens
Bewohner werden evtl. durch das Pflegepersonal auf ihre Zimmer begleitet
Abfahrt vom Heim

Tabelle 1: Ablauf eines ambulanten TGI-Einsatzes (Quelle nach: Otterstedt 2013, 66)

4.4.2 Einzel- oder Gruppentherapie

Bei Demenzerkrankten, die körperliche oder geistige Beeinträchtigungen haben, sind Einzelbesuche vorgesehen. Bei diesen Einzelbesuchen wird exklusiv und individuell auf die Bedürfnisse des Erkrankten eingegangen.

Gruppenbesuche sind vor allem bei leicht Demenzerkrankten, die noch im Stande einer sinnvollen Kommunikation sind, besser. Um sich intensiv mit den Tieren zu beschäftigen ist es wichtig, dass die Gruppe nicht so groß ist und klein gehalten wird. Drei bis sechs Personen sind optimal, damit sich jeder mit dem Tier beschäftigen kann.

Sinnvoll ist eine Sitzordnung im Halbkreis, so kann jeder das Tier beobachten und niemand muss in zweiter Reihe sitzen und deprimiert sein, das Tier nicht richtig gesehen zu haben (vgl. Kahlisch 2014, 26).

Um die Gesundheit des Tieres nicht negativ zu beeinflussen, sollten Therapien nicht länger als eine Stunde gehen. Maximal zwei bis drei Therapien in der Woche dürfen stattfinden (vgl. Kahlisch 2014, 17).

5 Die gesundheitsfördernde Wirkung der Tiere für Demenzerkrankte

Menschen erkunden die Welt durch sehen, hören, riechen, schmecken und fühlen. Wo Therapiemöglichkeiten nicht den Nutzen bringen, der erhofft wird und die Kommunikation immer schwieriger wird, können Tiere in der Lage sein in Kontakt mit den Erkrankten zu treten. Tiere bringen Lebensfreude zurück und öffnen die Welt der Demenzerkrankten. Tieren fällt es leicht durch die nonverbale Ebene mit den Erkrankten in Kontakt zu treten. Das Tier vermittelt dem Demenzerkrankten Nähe, Zuwendung und Körperkontakt, sodass der Patient sich als wertvoll und liebenswert empfindet.

Erfahrungen haben gezeigt, dass sich Tiere positiv auf den gesundheitlichen, sozialen, emotionalen, kognitiven Status und das Wohlbefinden der Erkrankten auswirken und damit auf die gesamte Lebensqualität. Diese positiven Aspekte erbringen, durch Tiere, die Chance für Angehörige und Pflegepersonal mit den Erkrankten in Interaktion zu treten. Natürlich können Tiere allein niemals die menschliche Zuwendung und Betreuung ersetzten aber für Demenzerkrankte sind Tiere besonders profitabel, da sie die Bedürfnisse der Erkrankten erfüllen können (vgl. Braun 2009, 1-2).

Forschungen haben ergeben, dass Menschen die mit Heimtieren interagieren, geringere Blutdruckwerte und bessere Cholesterin- und Blutfettwerte haben. Außerdem haben die Erkrankten mehr körperliche Bewegung und einen geringeren Medikamentenkonsum (vgl. Weber & Schwarzkopf 2003, 8).

„Beispielhaft für zahlreiche Veröffentlichungen mit ähnlichen Ergebnissen sei auf eine Studie mit an Alzheimer Erkrankten hingewiesen. Diese vergleicht Gruppen von Erkrankten mit und ohne Heimtier und kommt zu dem Schluss, dass die Gruppe mit Tieren weniger unter Aggressionen und Depressionen litt, als die Kontrollgruppe ohne Tiere“ (Weber & Schwarzkopf 2003, 8-9).

5.1 Tiere als Ressourcen

Zwischen Mensch und Tier steht eine grundlegende Bindung. Kommunikation und Interaktion zwischen Demenzerkrankten und Tieren braucht keine verbale Sprache, sie kommunizieren über die Gefühlsebene.

Tiere haben besondere Ressourcen gegenüber Demenzerkrankten:

- es stört sie nicht, wenn ständig das gleiche erzählt wird
- Worte unverständlich sind und keinen Sinn ergeben
- hören durch nonverbale Signale zu
- menschliche Gefühle werden intuitiv verstanden
- keine Urteile

Für das Tier ist der Demenzerkrankte sein Freund und Begleiter. Vermittelt werden durch Tiere das Gefühl von Bedeutsamkeit, Stärkung des Selbstbewusstseins, die eigene Identität, Vertrautheit, Zuneigung, emotionale Bindung und Wärme (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 63,64).

5.2 Physische Auswirkungen

Positive physische Auswirkungen sind besonders durch die Stabilisierung des Herz-Kreislauf-Systems zu verzeichnen. Herzfrequenz und Blutdruck sinken durch die bloße Anwesenheit eines Tieres. Das Zusammenspiel von Körperkontakt und entspannter Interaktion führt zur Muskelentspannung. Mit Tieren spielen und lachen fördert die Verringerung des Schmerzempfindens.

Körperliche Mobilität in der Natur fördert zudem eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens. Außerdem werden Verdauungsregulierung, Muskulaturstärkung, Tagesstrukturierung und Reduktion von Risikofaktoren durch Tiere verbessert (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 48) Zudem wurde nachgewiesen, dass Demenzerkrankte, die mit Tieren behandelt werden öfter lachen. Durch das vermehrte Lachen werden Endorphine im Organismus freigesetzt und diese führen zu Glücksgefühlen und Schmerzverringerung. Die Wachheit und die Konzentration werden auch gesteigert (vgl. Kautz 2007, 35).

5.3 Psychische und Mentale Auswirkungen

Positive psychische und mentale Auswirkungen sind Zuneigung, Bestätigung, Trost, und Ermunterung, sie beeinflussen das Wohlbefinden. Durch die Übernahme von Verantwortung können Tiere das Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein fördern. Stressreduktion, Entspannung, Beruhigung, Selbstsicherheit und Reduktion von Angst können unterstützt werden. Tiere bringen Nähe und Geborgenheit zusammen, deshalb werden die positiven Gefühle wie Vertrauen, Verbundenheit, Freude, Spontanität und Lebendigkeit aktiviert und depressive und suizidale Gefühle werden deaktiviert (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 48).

Auf die menschliche Psyche haben Tiere einen großen Einfluss, der Mensch zeigt sich dadurch psychisch beruhigt. Während der Patient das Tier streichelt oder berührt geschehen auch im Gesicht und in der Stimme Veränderungen, die Stimme wird weicher und die Gesichtszüge entspannen sich. Um die Reaktion der Tiere zu merken, werden die Satzmuster der Demenzerkrankten häufig mit Pausen gestaltet (vgl. Kautz 2007, 35).

5.4 Soziale Auswirkungen

Tiere haben die Wirkung eines Eisbrechers und sind deshalb der zentrale Aspekt der sozialen Auswirkung. Durch die Tiere wird die Einsamkeit und Isolation aufgehoben, sie beeinflussen den Zusammenhalt und den Demenzerkrankten wird Offenheit und Sympathie entgegenbracht (vgl. Kautz 2007, 36).

Positive soziale Auswirkungen zeigen sich in der verbesserten Kommunikation und Interaktion, besonders die Interaktionen wie das Tier zu beobachten, zu streicheln oder zu füttern. Tiere steigern die Kommunikationsfähigkeit, Menschen öffnen sich, sie sind bereit sich auf andere einzustellen und etwas zu erzählen. Tiere vermitteln das Gefühl gebraucht zu werden (vgl. Kahlisch 2014, 14).

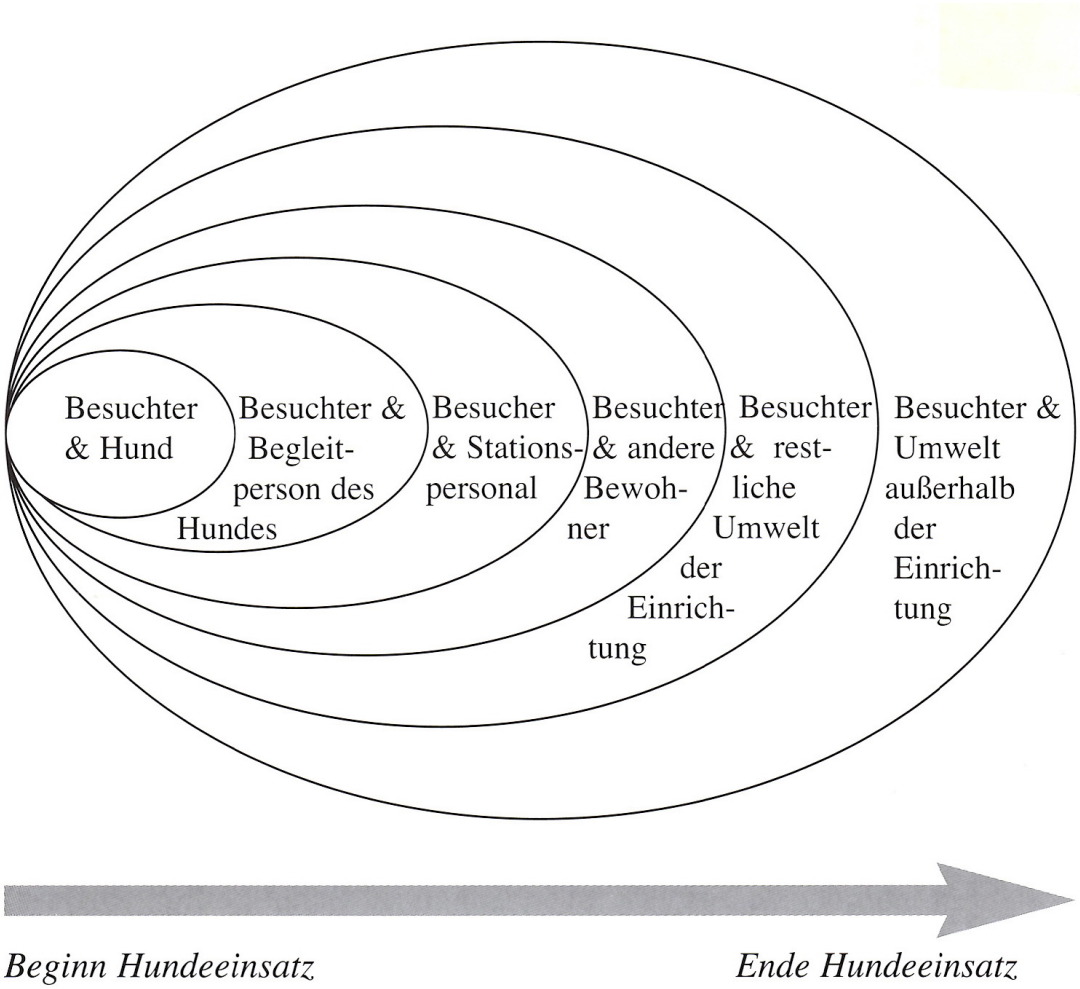

Abbildung 4: Wirkung von Hunden bei TGI (Quelle: Kahlisch 2014, 15)

5.5 Gesetzliche Grundlagen

Nach deutschem Recht ist das Tierschutzgesetz in der Fassung vom 25. Mai 1998 anzuwenden und das besagt nach Absatz 2 §2 folgendes:

„Wer ein Tier hält, betreut oder zu betreuen hat,

1. muss das Tier seiner Art und seinen Bedürfnissen entsprechend angemessen ernähren, pflegen und verhaltensgerecht unterbringen,
2. darf die Möglichkeit des Tieres zu artgemäßer Bewegung nicht so einschränken, dass ihm Schmerzen oder vermeidbare Leiden oder Schäden zugefügt werden,
3. muss über die für eine angemessene Ernährung, Pflege und verhaltensgerechte Unterbringung des Tieres erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen“ (Tierschutzgesetz 1998).

Von der International Assocation of Human-Animal Interaction Organisation gibt es Richtlinien. Diese legen fest, dass in Gesundheitseinrichtungen nur Tiere eingesetzt werden, die in Lage sind sich neu anzupassen und eine artgerechte Betreuung und Unterbringung gewährleisten. Einrichtungen wie Seniorenheime müssen zudem die Hygienemaßnahmen und die Infektionsprävention beachten (vgl. Weber & Schwarzkopf 2003, 8). Durch Schutzimpfungen der Tiere und Einhaltung der hygienischen Richtlinien kann das Risiko von viralen, bakteriellen oder parasitären Zoonosenerreger erheblich reduziert werden (vgl. Kautz 2007, 52).

Ein Hygieneplan könnte nach Schwarzkopf so aussehen:

1. „Allgemeine Anforderungen, die das Tier stellt: Artgerechte Unterbringung, Futter, Pflege.
2. Impf- und Entwurmungskalender für das Tier.
3. Auflistung der Bewohner bzw. Patienten, die mit dem Tier Kontakt haben dürfen (Indikationen, Kontraindikationen).
4. Spektrum der durch das jeweilige Tier eventuell übertragbaren Erreger mit Gegenmaßnahmen (bei gesunden Tieren ist Reinigungsstandard ausreichend, „Pfoten = Schuhe“. Soll das Tier auf das Bett, muss eine geeignete textile Unterlage (Laken, Handtuch) den direkten Kontakt mit der Bettwäsche vermeiden.
5. Erforderliche Dokumentation
6. Anhang z.B. mit Genehmigungsschreiben von der Aufsichtsbehörde sowie Literaturstellen für besondere Hinweise und Hinweise auf Symptomatik von eventuell möglichen Zooanthroponosen“ (Schwarzkopf 2006).

5.6 Finanzierung

Die tiergestützte Therapie wird als alternative Heilmethode in Deutschland bezeichnet, deshalb werden die Kosten nicht von einer Krankenkasse getragen. Die Kosten der Therapie müssen daher selbst bezahlt werden. Die Höhe der Therapiekosten hängt von der Tierart, der Behandlung und der vorliegenden Problematik ab.

Demenziell Erkrankte können im Rahmen niederschwelliger Angebote nach § 45b SGB XI (Pflegeersatzleistungsgesetz) einen Antrag stellen und die Kosten erstattet bekommen (vgl. Wohlfarth 2015, 8).

5.7 Vergleichende Gegenüberstellung der nicht-medikamentösen Therapie und der tiergestützten Therapie bei Demenzerkrankten

Nachfolgend werden die Therapieansätze ROT, REM und VAL auf ihre Wirkung im Allgemeinen (Tabelle 1) und der Wirkung auf die sozio-emotional beeinflussbaren Faktoren dargestellt (Tabelle 2).

Therapieart	ROT	REM	VAL
Wirkung	• marginale, kurzzeitige Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten • milieubeeinflussend z. T. negativ auf Lebenszufriedenheit durch Defizitkorrektur • demotivierend durch häufige Wiederholungen	• Frustrationsabbau innerhalb der Betreuungsbeziehung • Verbesserung im Sozialverhalten • Auslösung von Assoziationen	• Verlangsamung des Verwirrtheitsprozesses • Verhaltensverbesserung • Einfluss auf den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen
Therapieart	AAA	AAT	
Wirkung	• motivierend • Steigerung der Vigilanz • Förderung des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens • anregend	• sensibilisierend • motivierend • aktivierend • beruhigend • begleitend • entspannend • Ressourcen fördernd • vermittelnd • kommunikativ	

Tabelle 2: Wirkungen der nicht medikamentösen Interventionen im Vergleich (Quelle nach: Hegedusch & Hegedusch 2007, 67)

Die Tabelle 1 zeigt das die Therapieformen REM und VAL positive Effekte bei den demenziell Erkrankten erzielen. Das ROT dagegen kann eine negative Beeinflussung bewirken.

Interventionsspektrum / Therapieformen	Kognitiv	Identität	Trost	Beschäftigung	Einbeziehung	Bindung
ROT	++	+	-	+	-	-
REM	+	+	(+)	(+)	+	+
VAL	+	++	++	+	+	++
AAA	+ (+)	++	+++	++(+)	++	+++
AAT	+ (+)	++	+++	++(+)	++	+++

Tabelle 3: Beeinflussung der Interventionen durch die Tiertherapie (Quelle nach: Hegedusch & Hegedusch 2007, 70)

Bedeutungen:

+++ große Wirkung / Beeinflussung

++ evidente Tendenz

+ mögliche positive Beeinflussung

(+) indirekte Beeinflussung möglich

- negative Beeinflussung

Für die Therapie bei demenziell Erkrankten ist es wichtig Voraussetzungen wie konsequentes Vorgehen, kontinuierliche Anwendung und kombinieren von verschiedenen Therapiemethoden einzuhalten. Das bedeutendste Potenzial in der Tiertherapie besteht darin, eine medikamentöse Therapie mit psychosozialer und ergotherapeutischen Behandlung zu kombinieren. Die Therapie sollte sinnvoll miteinander vereint werden um positive und wirkungsvolle Effekte zu erzeugen (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 70-71).

5.8 Studie zur tiergestützten Therapie bei Demenz

Hintergrund:

Zur Förderung von Menschen mit Demenz gibt es verschiedene nichtmedikamentöse Maßnahmen. Häufig wird die tiergestützte Therapie eingesetzt. Die tiergestützte Therapie wird in der folgenden Studie im Krankenhaus in einer gerontopsychiatrischen Abteilung durchgeführt. Jedoch konnte nur von 14 Personen das vollständige Datenmaterial genutzt werden, da einige Patienten während des Untersuchungszeitraums in ein Heim eingewiesen wurden.

Methode:

Es wurde eine einfache Studie mit einer 8-wöchig dauernden Interventionsphase durchgeführt, dabei nahmen 27 Menschen mit Alzheimerdemenz einer Abteilung teil. Die Erkrankten wurden zweimal pro Woche für jeweils zwei Stunden von Studenten und ihren Tieren besucht. Parallel zu den Tierbesuchen hatten sie noch dreimal in der Woche kognitives Gedächtnistraining für jeweils 30-45 Minuten. Die Hypothese war die Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf von Demenzerkranken durch einen Besuch mit Tieren zu überprüfen. Die Patienten wurden mittels standardisierten Tests, den Alzheimer Disease Assesment Scale (ADAS-Test) und Mini - Mental - State (MMS-Test), zu Beginn und am Ende geprüft.

Ergebnisse:

Signifikante Verbesserungen ergaben bei einigen Studienteilnehmern die depressiven Verstimmungen, das Abzeichnen von vorgegebenen Figuren, Konzentrationsschwierigkeiten und das Wiedererkennen von vorgegebenen Begriffen. Die wichtigste und therapiespezifische Veränderung war die depressive Verstimmtheit. Keine signifikante Verbesserung zeigten Sprachausdruck, Orientierung, freie Reproduktion und Weinerlichkeit, jedoch wird ein dahingehender Trend erahnt. Es wird vermutet, dass die Bereitschaft der Teilnehmer zum kognitiven Gedächtnistraining steigt.

Anmerkung:

Die Studienteilnehmerzahl war sehr gering und es gab keine Kontrollgruppe, zudem war der Zeitraum der Studie von 8 Wochen sehr kurz. Trotzdem lassen einige Ergebnisse Möglichkeiten erkennen, dass Tiere für Demenzerkrankte gut sind (vgl. Hegedusch & Hegedusch 2007, 92).

6. Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit den Therapiemöglichkeiten von Menschen mit Demenz. Es gilt herausfinden, ob das Leben der Erkrankten, trotz der nicht aufhaltenden Demenzerkrankung, mit den verschiedenen Behandlungen besser gestaltet werden kann.

Die Krankheit gliedert sich in verschiedene Demenzformen, durch das Krankheitsbild konnte festgestellt werden, dass die Erkrankten bis in das schwere Krankheitsstadium wahrnehmungsfähig sind. Die Demenzerkrankten können sich trotz Einschränkungen in der Sprache ausdrücken. Die Bedürfnisse der dementiell Erkrankten bleiben erhalten und sind mit denen von gesunden Menschen gleichzustellen. Bis ins späte Krankheitsstadium sind die Erkrankten in der Lage mit ihren Sinnen die Umgebung wahrzunehmen und auf Reize von außen zu reagieren. Sie spüren zudem, wenn Angehörige oder Pflegende ein nicht passendes Verhalten gegenüber ihnen anwendet, das führt zu einem stetigen Rückzug in ihre eigene Welt.

Für alle Behandlungsmöglichkeiten gilt, Demenz kann nicht geheilt werden, jedoch kann in manchen Fällen eine kurzzeitige Stagnierung der Erkrankung erzielt werden. Bei der medikamentösen Behandlung werden Medikamente eingesetzt, um den Glutamat-Überschuss und den Acetylcholin-Mangel auszugleichen. Jedoch ist die Medikamenteneinnahme mit Risiken verbunden. Die nicht medikamentöse Behandlung besteht aus verschiedenen Interventionen, die die kognitiven Fähigkeiten und andere körperliche Funktionen trainieren soll. Wichtig ist aber die Patienten nicht zu überfordern, denn so entsteht ein Rückzug in die eigene Welt.

Die nichtmedikamentösen Therapiekonzepte legen alle den Fokus auf die verbale Kommunikation, jedoch funktioniert das nur so lange bis der Krankheitsverlauf fortschreitet und keine Kommunikation mehr möglich ist. Dadurch können Tiere als eine unterstützende Bereicherung wirken.

Bei der tiergestützten Therapie werden Tiere als Co-Therapeuten eingesetzt. Tiere werden zur Hilfe eingesetzt und sollen Menschen und andere Therapien nicht verdrängen oder ersetzen, sondern ergänzen und erweitern. Die Tiere dienen als Türöffner zu der Welt der Dementen. Tiere treten auf der nonverbalen Ebene mit den Menschen in Kontakt. Um überhaupt Tiere bei Therapien mit einzubeziehen, müssen die Erkrankten in ihrem biographischen Hintergrund einen positiven Bezug zu Tieren gehabt haben. Tiere haben die besondere Eigenschaft, trotz der kognitiven Einschränkungen der Erkrankten, Kontakt zu ihnen aufzunehmen. Die Mensch-Tier-Beziehung belegt, dass vor allem Demenzerkrankte und Tiere schnell Kommunikation durch das Unterbewusstsein aufbauen können.

Tiere stärken die Bedürfnisse der Erkrankten nach Nähe, Liebe, Zuneigung und Zugehörigkeit, ebenso können sie bis in den Tod der Demenzerkrankten die Beziehung verbessern.

Es ist erwiesen, dass Tiere eine besondere gesundheitsförderliche Wirkung auf den Menschen haben. Diese Wirkung ist auch bei Demenzerkrankungen zweifellos zu erkennen (vgl. Braun 2009, 1-2).

Tiere sind in der Betreuung von Dementen ein wirkungsvolles Bindeglied, da sie als Eisbrecher in der Beziehungs- und Kontaktaufnahme gelten.

Ziel der genannten Therapiekonzepte ist vor allem die Verbesserung der Lebensqualität der Erkrankten. Für jeden Menschen ist Lebensqualität individuell, da aber Demenzerkrankte im fortgeschrittenen Stadium nicht mehr ihre eigene Definition von Lebensqualität äußern können, müssen das Angehörige oder Pfleger übernehmen. Hier wird nur interpretiert was für den Erkrankten gut ist, ob es aber seinem Willen entspricht kann man nicht wissen.

Abschließend gilt, dass alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Demenzerkrankten zu erreichen. Jedoch muss noch viel erforscht werden, vor allem bei der Prävention und den Therapiemöglichkeiten.

Literaturverzeichnis

Braun, Claudia
https://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Demenzen/Praevention__Diagnose__Therapie/Tiere%20und%20demenzkranke%20Menschen.pdf (07.12.2017)

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung
https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47162/Demenz-kann-jaehrliche-Kosten-von-mehr-als-40-000-Euro-verursachen (09.12.2017)

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/behandlung-und-therapie/medikamentoes.html (22.11.2017)

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/behandlung-und-therapie/nicht-medikamentoes.html (22.11.2017)

Bundestag
http:/www.bundestag.de/blob/192028/e1a6df8f6c0122d29742ff259adb3e5/demenz-data.pdf (07.11.2017)

Curendo
https://www.curendo.de/pflege/die-bedeutung-von-tieren-fuer-menschen-mit-demenz/ (06.12.2017)

Demenz Leitlinie
http:/www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/ICD10.html (07.11.2017)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft
http:/www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheet/Infoblatt5_Medikamente.pdf (20.11.2017)

Deutsche Alzheimer Gesellschaft
http:/www.deutsche-alzhei-mer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheet/Infoblatt6_nichtmedikamentöse_behandlung.pdf (21.11.2017)

DGPPN
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf (14.12.2017)

European Society for Animal Assisted Therapy
http://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die_Definition_TgT-20.2.2012.pdf (07.12.2017)

European Society for Animal Assisted Therapy
http://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Grundsaetze_ESAAT.pdf (13.12.2017)

Freter, Hans – Jürgen
https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/aktuelles/artikelansicht/artikel/die-zahl-der-demenzkranken-steigt-jaehrlich-um-40000.html (30.11.2017)

Grond, Erich (2014): Pflege Demenzerkrankter. 5. Auflage. Hannover

Hammer, Nina
https://www.besser-leben.de/spektrum/wissenswertes/detail/news/kuenstliche-intelligenz-in-der-pflege/ (08.12.2017)

Hegedusch, Eileen/ Hegedusch, Lars (2007): Die Tiergestützte Therapie bei Demenz. Hannover

Jehle, Christoph
https://www.heise.de/tp/features/Die-Pflegerobbe-Paro-ein-unmoralisches-Angebot-3368674.html (07.12.2017)

Kahlisch, Anne (2014); Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen. 3. Auflage. Nerdlen

Kautz, Bianca (2007): Demenzkranke und Tiere - eine besondere Beziehung. Hannover

Kitwood, Tom (2016), Demenz. 7. Auflage. Bern

Klinkhammer, Gisela
https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=167283&s=clown (09.12.2017)

Kouba, Trixi
http://www.supermed.at/gesundheit/therapeutische-roboter-robbe-paro/ (07.12.2017)

Kurz, Prof. Dr. Alexander / Grimmer Dr. Timo
https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/Infoblatt5_Medikamente.pdf (20.12.2017)

Leistungsvergleich 1
https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen.html (02.12.2017)

Linara
https://www.linara.de/pflegerobbe-paro (07.12.2017)

Merz Pharmaceuticals
http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/formen/index.jsp (02.12.2017)

Netdoktor
http:/www.netdoktor.de/krankheiten/demenz/ (20.11.2017)

Otterstedt, Carola (2013): Demenz – Ein neuer Weg der Aktivierung. Hannover

Popp, Ingrid (2007): Pflege dementer Menschen. 3. Auflage. Stuttgart

Romero, Barbara/ **Förstl**, Hans (2012): Therapie und Betreuung von Demenzkranken. In: **Wallesch**, Claus-Werner/ **Förstl**, Hans (Hrsg.): Demenzen. Stuttgart. Seite 370-381

Schmidtke, Klaus / **Otto**, Markus (2012): Krankheiten mit Demenz. In: **Wallesch**, Claus Werner/ **Förstl**, Hans (Hrsg.): Demenzen. Stuttgart. Seite 203-232

Schwarzkopf, Andreas
http://www.tiergestuetzte-therapie.de/pages/texte/wissenschaft/schwarzkopf/schwarzkopf.htm (08.12.2017)

Statistisches Bundesamt
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/HaeufigsteTodesursachen.html (10.12.2017)

Tierschutzgesetzt
http://www.westmünsterlandverband.de/dokumente/wmv_tierschutzgesetz.pdf (08.12.2017)

Universitätskliniken Freiburg und Hamburg-Eppendorf
http://www.demenz-leitlinie.de/Entscheidungshilfe-Medikamente.pdf (22.11.2017)

Weber, Albert / Schwarzkopf, Andreas
http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53Jx9JI/PDF/25uDLpnVUj7Y_53.pdf (07.12.2017)

Wegweiser Demenz
http:/www.wegweiser-demenz.de/informationen/medizinischer-hintergrund-demenz/behandlung-und-therapie/medikamentoes.html (22.11.2017)

Weyerer, Siegfried
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/altersdemenz.pdf?__blob=publicationFile (09.12.2017)

Wohlfarth, Dr. Rainer
http://www.tiere-begleiten-leben.de/fileadmin/medien/tiere-begleiten-leben/Aktuell/FAQ_zu_tiergestützter_Therapie.pdf (08.12.2017)

Zu Bentheim, Alexandra
https://www.bundestag.de/blob/192028/e1a6df8f6c0122d29742ff259adb3e5b/demenz-data.pdf (07.11.2017)

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum Vorname Nachname