

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützter
Interventionen auf Pflegeheimbewohner:
Der Hund als Co-Therapeut und Schlüssel in der
Pflege

Verfasserin

Christina Krompass

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Mai 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub

Kurzfassung

Die vorliegende Diplomarbeit trägt bereits vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse zu den gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützter Interventionen auf Pflegeheimbewohner zusammen. Die Darlegung wissenschaftlicher Nachweise und die vermehrte Erforschung der vom Tier ausgehenden Potentiale ist nötig, damit der gezielte Tierkontakt in Form tiergestützter Interventionen allorts zu einer öffentlich anerkannten und gängigen Maßnahme in der Förderung und Wiederherstellung des menschlichen Wohlbefindens werden kann. Das erste Kapitel dieser Arbeit zeigt, dass der pflegebedürftige alte Mensch in einer stationären Wohnform weder Abhängigkeit, Unkontrollierbarkeit noch Monotonie erfahren darf, vielmehr sollte er im Pflegeheim vielfältig gesundheitsförderliche Anregung erleben. Im zweiten Kapitel werden die verschiedenen Formen der Einsatzmöglichkeiten von Tieren im therapeutischen Kontext dargestellt, der Hund als Co-Therapeut erfährt aufgrund seiner begründbaren besonderen Eignung als Therapietier eine Hervorhebung. Vor dem Hintergrund theoretischer Grundlagen und Rahmenbedingungen des Wirkungsspektrums von Tieren, kann im dritten Kapitel unter wissenschaftlicher Begründung nachgewiesen werden, dass ein Tierkontakt in Form von Tierhaltung als auch ein gezielter Tierkontakt in Form von tiergestützten Interventionen die menschliche Gesundheit auf physischer, psychischer und sozialer Ebene fördert. Die vorhandenen Ergebnisse lassen im vierten Kapitel die Schlussfolgerung zu, dass Therapietiere einen Schlüssel zu einer professionellen Altenpflege, die auf Aktivierung und Gesundheitsförderung zielt, darstellen können, da mit ihrer Hilfe ganzheitlich gesundheitsförderliche Effekte relativ einfach erreicht werden können.

Unter der pflegewissenschaftlichen Entwicklung und Etablierung forschungsgestützter Theorien und Modelle zur tiergestützten Pflege, sowie unter der Berücksichtigung der Grenzen eines gezielten Tierkontaktes in Form von Hygienemaßnahmen und dem Schutz des Therapietieres können tiergestützte Interventionen zu einem festen und erfolgversprechenden Bestandteil der Pflegepraxis werden.

Abstract

The present diploma thesis brings together existing scientific findings in connection with beneficial health outcomes of animal-assisted interventions on residents of nursing homes. The showing of scientific evidence as well as the increased research of the potential based on the capacity of animals is a must. It is especially necessary to achieve public accepted and established measures for protection and restoration of human health by very directed animal contact using specific kinds of interventions mentioned above. The first topic of this paper makes evident that old individuals in care dependency should not experience addiction, lack of control nor monotony. Contrary they should achieve strong health promoted impulses by nurses. The second topic deals with various forms of use of animals in a therapeutic context. Especially the dog - because of his proofed special qualifications as a therapy animal - becomes an outstanding part in respect of a Co-therapist. Against the background of theoretical basics and the general conditions of the range of efficacy of animals the question was coming up what would the benefit of it? Well, as said in topic three, by using the latest and well-founded scientific arguments it was possible to prove that contacts with animals in form of animal-keeping as well as selective contacts in form of various animal-assisted interventions results in increased health benefits on physical, psychic and social level. The above mentioned findings of this paper result in topic four that therapy animals are the key to a professional geriatric care with the aim to activate and improve health. Assisted by them integral and health promotion can easily be obtained.

Under the nursing science development and establishments of theories and models for animal assisted care based on research work as well as taking under consideration of limits of a selective animal contact in form of hygienic measures and to protect the therapy animal, animal-assisted interventions will become a strong and success promising component of practice of care.

Für meine Großmutter Gerda

Therapiehunde tragen keinen weißen Kittel, stellen keine Anforderungen und haben keine Erwartungshaltung. Sie nähern sich unvoreingenommen und akzeptieren jeden Menschen ohne Vorurteile. Sie schenken Vertrauen und sind auch vertrauenswürdig.

*Sie vermitteln Nähe, Sicherheit und Geborgenheit.
Sie reagieren sensibel auf Stimmungen und Gefühle.
Sie motivieren zum Leben.*

Inge Röger-Lakenbrink



Quelle: privat

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	9
Einleitung.....	11
1 Der pflegebedürftige alte Mensch.....	15
1.1 Die Thematik Pflegebedürftigkeit im Alter.....	15
1.1.1 Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“	15
1.2 Die Thematik Altern.....	17
1.2.1 Der Altersbegriff	17
1.2.2 Der Alternsbegriff	20
1.2.3 Alternstheorien	22
1.3 Die Betreuungs- und Pflegesituation alter Menschen.....	24
1.3.1 Veränderungen im Alter	25
1.3.2 Krankheiten im Alter.....	30
1.4 Die Lebenssituation Pflegeheim	34
1.4.1 Der Heimeintritt	36
2 Tiergestützte Interventionen	42
2.1 Geschichte und Entwicklung tiergestützter Interventionen	42
2.2 Formen tiergestützter Interventionen.....	46
2.3 Der Hund als Co-Therapeut	54
2.3.1 Domestikation: Vom Gebändigten zum Therapeuten ...	55
2.3.2 Die Mensch-Hund-Beziehung.....	57
2.3.3 Voraussetzungen und Auswahlkriterien für einen Therapiehund.....	61

3	Evidenzbasierte Wirkungen tiergestützter Interventionen	68
3.1	Die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tierkontakt: Stand der Forschungs- und Studienlage	68
3.2	Die therapeutischen Wirkungen tiergestützter Interventionen mit Einschränkung auf den geriatrischen Bereich.....	82
3.3	Der Ansprechpartner Hund: Kommunikation zwischen Mensch und Tier	89
4	Tiergestützte Interventionen als Bestandteil der professionellen Pflege	94
4.1	Die Professionalisierung der Pflege	94
4.2	Die Bedeutung tiergestützter Interventionen für die Pflegepraxis, ihre Wissenschaft und Forschung	100
4.3	Kritik und Grenzen tiergestützter Interventionen in der Pflegepraxis	106
	4.3.1 <i>Hygiene</i>	107
	4.3.2 <i>Voraussetzungen für den Einsatz eines Therapiehundes</i>	111
	Zusammenfassende Schlussbetrachtung	122
	Literaturverzeichnis.....	128
	Abkürzungsverzeichnis	140
	Curriculum Vitae	141

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meinem Betreuer MMag. Dr. Ferdinand Holub bedanken, welcher mir jederzeit mit Ratschlägen zur Seite stand und mir in allen Phasen dieser Arbeit eine motivierende und beratende Stütze war.

Ebenfalls danken möchte ich meiner Mutter, meinem Freund sowie meiner Studienkollegin und Freundin, welche mich im Verlaufe meiner Arbeit immerzu ermutigt, ertragen und unterstützt haben.

Mein größter Dank gilt jedoch meiner Hündin „Cooky“, welche mir unaufhörlich ein Kraftreservoir und rastloser Ansprechpartner war. Ihr ausgeglichenes und freundliches Wesen ermöglichte mir erst auf dieses Thema aufmerksam zu werden. Ihr lebendiger Beweis für die bedingungslose Liebe und für die therapeutisch wertvolle unvoreingenommene Akzeptanz eines Hundes, gab mir den Anstoß zur Erforschung dieses Themas.

Die geschlechtsspezifischen Ausdrücke wurden ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Geschlechter gewählt. Sie stellen keine wie immer geartete Diskriminierung dar – sie dienten der Flüssigkeit der Arbeit.

Einleitung

Der Hund gilt als ältester tierischer Begleiter des Menschen, er nahm in der Geschichte der Menschen schon immer einen bedeutenden Platz ein. Ob als Jagdhilfe, Wächter, Dienstleistungsträger bei Naturkatastrophen oder Verbrechen, als Familienmitglied, Dialogpartner oder Begleiter von Menschen mit Behinderungen, als ständiger Gefährte des Menschen in Freizeit, Arbeit und Familienleben ist der Hund für viele ein nicht mehr wegzudenkender Kamerad. In den letzten Jahren erfuhr der Hund in der Rolle als Sozialkumpan jedoch eine neue Bedeutung für den Menschen. Die heilende Wirkungskraft der Tiere auf Körper und Geist, welche die Menschheit bereits seit Jahrtausenden vermutet, eröffnet heute unter ihrem wissenschaftlichen Nachweis die Möglichkeit Tiere als Co-Therapeuten einzusetzen.

Tiergestützte Interventionen stellen Maßnahmen dar, bei welchen mit Hilfe von Therapietieren positive Wirkungen auf den Menschen erzielt werden. Bei dieser bewussten Begegnung zwischen Mensch und Tier muss zwischen verschiedenen Formen des gezielten Tierkontaktes unterschieden werden. Im deutschsprachigen Raum differenziert man zwischen tiergestützter Aktivität, tiergestützter Therapie und tiergestützter Pädagogik, welche verschiedene Einsatzmöglichkeiten von Tieren mit unterschiedlich qualifizierten Personen, Zielen, Methoden und Patientengruppen darstellen.

Tiergestütztes Arbeiten im therapeutischen Kontext mit dem Ziel das menschliche Wohlbefinden auf physischer, psychischer und sozialer Ebene zu fördern, stellt jedoch außerhalb des anglo-amerikanischen Raumes noch eine Seltenheit dar. Obwohl die aktuellen gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen zunehmend nach präventiven und gesundheitsorientierten Konzepten im Gesundheitssystem verlangen, kommen immer noch viel zu wenige Therapietiere in stationären Einrichtungen zum Einsatz, um mit Hilfe von Tieren das Wohlbefinden der ansteigenden Zahl von hochbetagten, multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen fördern und sichern zu können. Die erst ansatzweise vorhandene Forschung zu den gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tieren verhinderte es, dass tiergestützte Interventionen zu einer öffentlich anerkannten

und gängigen Maßnahme in der Förderung und Wiederherstellung menschlichen Wohlbefindens geworden sind.

Als Zeuge der gesundheitsförderlichen Wirkungen meines eigenen geprüften Therapiehundes auf Pflegeheimbewohner im Zuge wöchentlich durchgeführter tiergestützter Aktivitäten, entstand das Interesse einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Stand der Forschungs- und Studienlage zu den Auswirkungen tiergestützter Interventionen und deren Relevanz für die professionelle Pflege. In meiner Literaturlarbeit werden bereits vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wirkungsspektrum von Tieren auf Pflegeheimbewohner zusammengetragen, um unter wissenschaftlicher Begründung aufzeigen zu können, ob und welche gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützte Interventionen auf Pflegeheimbewohner haben. Auf den gefundenen Ergebnissen aufbauend, wird versucht, die Bedeutung tiergestützter Interventionen für die Pflegepraxis, ihre Wissenschaft und Forschung zu klären.

Die vorliegende Diplomarbeit hat zum Ziel zur pflegewissenschaftlichen Forschung im Bereich der tiergestützten Interventionen beizutragen. Die Zusammenführung wissenschaftlicher Erkenntnisse könnte als Basis für eine darauf aufbauende empirische Forschung dienen. Die vom Tier ausgehenden Potentiale müssten vermehrt wissenschaftlich bestätigt werden, womit der Einsatz von Tieren, auch in österreichischen Pflegeheimen, öffentlich akzeptiert Einzug finden kann. Ich möchte mit dieser Arbeit für eine höhere Popularität der gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützter Interventionen sorgen und dazu beitragen, dass eine solche Form von Tierkontakt mehr Anerkennung erfährt. Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit mit der Erforschung dieses Themas stellt die Öffnung der Türen in Pflegeheimen für Therapietiere und deren Implementierung in die Pflegepraxis dar. Die Pflegewissenschaft ist gefordert die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tieren darzulegen und weiter zu erforschen, damit eine Pflegepraxis geschaffen werden kann, welche unter dem reflektierten Rückgriff auf diese Wirkungen dem Anspruch an ein ganzheitliches gesundheitsförderliches Pflegehandeln gerecht wird. In der pflegewissenschaftlichen Entwicklung und Etablierung von forschungsgestützten Theorien und Modellen zur tiergestützten Pflege von pflegebedürftigen Menschen

liegt die Chance, den Wechsel, weg von einer konservativen rein versorgenden, auf Krankheit und Defizite orientierten Betreuung, hin zu einer professionellen Pflege, die auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet ist, voranzutreiben und die Möglichkeit dazu beizutragen, dass tiergestützte Interventionen in Pflegeheimen einen endgültigen Durchbruch erfahren können.

Um der Pflege mit Hilfe meines Forschungsbeitrages Impulse für ein ganzheitliches gesundheitsförderliches Pflegehandeln zu geben und um andererseits die noch unschlüssigen Pflegeinstitutionen von den Vorteilen tiergestützter Interventionen zu überzeugen, soll folgendermaßen vorgegangen werden: Die Beantwortung der Forschungsfrage verlangt zunächst eine begriffsbestimmende Vorgangsweise. Dementsprechend dienen die ersten zwei Kapitel dieser Arbeit einer einleitenden Basisinformation zur Thematik Alter und Pflegeheimbewohner sowie zu den Charakteristika von tiergestützten Interventionen und Merkmalen von Therapiehunden. Nach diesen begrifflichen Vorklärungen werden im dritten Kapitel die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die der Beantwortung der Forschungsfrage dienen, zusammengetragen. Das vierte Kapitel stellt den Bezug zur professionellen Pflege dar, bevor eine zusammenfassende Schlussbetrachtung die Arbeit abrundet.

1 Der pflegebedürftige alte Mensch

Um in der vorliegenden Arbeit die gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützter Interventionen speziell auf Pflegeheimbewohner klären zu können, bedarf es zunächst einiger Begriffsbestimmungen und einer näheren Auseinandersetzung mit den Aspekten und Theorien zur Situation von Pflegeheimbewohnern. Im ersten Kapitel dieser Arbeit wird zunächst auf die Erscheinung des pflegebedürftigen, alten Menschen eingegangen, gefolgt von seiner Betreuungs- und Pflegesituation sowie seiner Lebenssituation im Pflegeheim.

1.1 Die Thematik Pflegebedürftigkeit im Alter

Das Leben bedeutet Altern, mit jedem Tag und für jeden Einzelnen. Wie alles Lebendige, altert auch der Mensch von Anbeginn seiner Geburt. Früher oder später müssen wir uns alle mit der Thematik auseinandersetzen, dass mit zunehmendem Alter das Risiko für Pflegebedürftigkeit steigt. Vermutungen zufolge tritt die Pflegebedürftigkeit in Zukunft erst in einem höheren Lebensalter auf, der steigenden Lebenserwartung rechnet man jedoch eine zunehmende Zahl an degenerativen Krankheiten zu (vgl. Baumann et al. 2002, S. 285). Zukünftige Bedarfsentwicklungen alter Menschen gehen mit neuen Herausforderungen an die Pflege einher. Es gilt sich also auf diese Veränderungen vorzubereiten, um in Zukunft ein hohes Maß an Unterstützungsmöglichkeiten anbieten zu können.

1.1.1 Der Begriff „Pflegebedürftigkeit“

Die Problematik eines zunehmenden Hilfebedarfs im Alter lässt sich am Begriff der Pflegebedürftigkeit festmachen. Man bedient sich diesem Begriff, um den Verlust der Alltagskompetenz und Selbstständigkeit eines Menschen, welcher mit physischen und/oder psychischen Funktionseinbußen korreliert, zu umschreiben (vgl. Hasseler 2005, S. 17). Ein pflegebedürftiger Mensch steht den Anforderungen des täglichen Lebens demnach hilflos gegenüber. Für selbstverständliche, regelmäßige Leistungen, die der Alltag erfordert, sind

Betroffene auf fremde Unterstützung angewiesen. Folgende Merkmale von Pflegebedürftigkeit lassen sich anführen:

Einschränkungen über einen dauerhaften Zeitraum betreffend

- der alltäglichen persönlichen Versorgung,
- der Führung des Haushalts,
- der Fortbewegung und der außerhäuslichen Mobilität,
- und der Kommunikationsfähigkeit (vgl. Stricker 1992, S. 5).

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist darüber hinaus in Österreich laut §4 Absatz 1 des Bundespflegegeldgesetzes rechtlich definiert und beinhaltet, dass „auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde“ (Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem 2009). Während sich die rechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit also nur auf Einschränkungen bezieht, ergibt sich Pflegebedürftigkeit aus pflegewissenschaftlicher Sicht immer aus Einschränkungen und Ressourcen (vgl. Halek 2003, S. 11). Liegen also Fähigkeiten vor, die die Beeinträchtigungen zu kompensieren vermögen, lässt sich nach pflegewissenschaftlicher Auffassung nicht von Pflegebedürftigkeit sprechen (ebd.). Diese diskrepanten Blickwinkel gilt es also zu berücksichtigen.

Neben der rechtlichen Begriffsfestlegung enthält das österreichische Bundespflegegeldgesetz laut §4 Absatz 2 sieben verschiedene Pflegestufen, nach denen eine Person je nach Ausmaß ihrer Pflegebedürftigkeit einer dieser Pflegestufen zugeteilt wird. In der untersten Stufe besteht noch weit reichende Unabhängigkeit, während in den höheren Stufen die Personen durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlicher Pflege bedürfen (Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem 2009).

Im Zusammenhang mit der Unterteilung in Pflegestufen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit stellt sich die Frage, wie Pflegebedürftigkeit messbar gemacht wird. Zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit bedarf es einem standardisierten, sowie pflegewissenschaftlich fundierten Messinstrument, welches den praxisorientierten Ansprüchen als auch den theoretischen Anforderungen an den Pflegebedürftigkeitsbegriff entspricht: Der ADL-Index nach Katz, der Barthel-Index

und die IADL-Skala nach Lawton und Brody haben sich durchgesetzt, sie zählen heute zu den populärsten Instrumenten zur Einschätzung einer selbstständigen Lebensführung im Alltag (vgl. Halek 2003, S. 27). Welches Messinstrument man auch heranzieht, im Zuge einer Einschätzung der Pflegebedürftigkeit anhand des Zustandsbildes des Pflegebedürftigen gilt letztlich: „Die hier zu erfassenden Informationen sollten sowohl die Sicht des Betroffenen und/oder seiner Angehörigen als auch die Einschätzung der Pflegenden darstellen“ (Halek 2003, S. 74).

1.2 Die Thematik Altern

Der Wunsch nach dem ewigen Leben lag immer schon im Wesen des Menschen, dennoch ist das Thema Altern in diesem Jahrhundert aktueller denn je. Historisch gesehen ist das hohe Alter „jung“, denn nur selten erreichten Menschen ein so hohes Lebensalter wie heute (vgl. Maercker 2002, S.2). Dem Fortschritt der Medizin ist es zu verdanken, dass das hohe Alter keine Ausnahme mehr darstellt. Der Wissenschaftsfortschritt ermöglicht in den entwickelten Nationen ein langes Leben mit einer immer häufigeren Lebensspanne von durchaus mehr als hundert Jahren. Die Allgegenwärtigkeit der Phänomene Altern und Alter im Alltag geht jedoch mit einer begrifflichen Unschärfe einher. Es reicht nicht aus, einen Menschen aufgrund seiner erreichten Zahl an Lebensjahren als „alt“ zu bezeichnen. Genauso wenig hat das Altern einen einheitlichen Ablauf, da der Alternsprozess niemals ausschließlich biologisch gesteuert wird, wie im Folgenden noch gezeigt werden kann. Es bedarf daher einer Differenzierung und einer näheren Auseinandersetzung mit den Begriffen Alter und Altern.

1.2.1 *Der Altersbegriff*

Bezug nehmend auf den Begriff Alter, lässt sich die Problematik der Altersbestimmung im Versuch einer Altersbegrenzung nennen. Um zwischen „alt“ und „noch nicht alt“ zu unterscheiden gilt als Abgrenzung für gewöhnlich das 65. Lebensjahr. Um jedoch die über 65-jährigen nicht homogen als „Alte“ zu kategorisieren, wird des weiteren zwischen den „jungen Alten“ und den

Hochbetagten oder „alten Alten“ unterschieden, wobei hier die Altersgrenze zwischen dem 75. und 85. Lebensjahr festgelegt wird (vgl. Maercker 2002, S. 3). Eine weitere, noch präzisere Klassifizierung nimmt die Weltgesundheits-Organisation (WHO) vor, indem diese zwischen den älteren Menschen (60- bis 75-jährigen), den alten Menschen (75- bis 90-jährigen), den sehr Alten oder Hochbetagten (den über 90-jährigen) und zuletzt den Langlebigen (den über 100-jährigen) differenziert (vgl. Rosenmayr 1988, S. 26).

Versuche einer Altersunterscheidung nach Lebensjahren blenden jedoch die Tatsache aus, dass solch kalendarische Altersabgrenzungen aufgrund biologischer, sozialer und psychologischer Alterskomponenten nicht eindeutig zu treffen sind. Schließt man sich der Auffassung des Soziologen Leopold Rosenmayr (1988, S. 26) an, so haben Altersabgrenzungen nur einen Orientierungswert, da das menschliche Altern von gesellschaftlichen Einflüssen, also kulturell, vom Handeln des Menschen und von der individuellen Lebensentwicklung des Einzelnen bestimmt wird und sich dadurch verschieden vollzieht. Daraus folgt, dass jeweils das kalendarische, biologische, soziale und psychologische Alter gemeinsam zu betrachten und zu berücksichtigen sind, um eine Altersbestimmung oder Altersunterscheidung vornehmen zu können. So sei nach Rosenmayr (1978, S. 35) die kalendarische Messung des Alters als formales Maß unerlässlich, jedoch durch andere Maßstäbe zu ergänzen.

Folgende Differenzierung des Alters ist also zu beachten:

Das *kalendarische Alter*, welches auch chronologisches Alter genannt wird, ergibt sich aus der Anzahl der Lebensjahre eines Menschen und wird somit nach dem Geburtsdatum bestimmt. „Das kalendarische Alter an sich ist eine vieldeutige, die kumulative Wirkung mehrerer Faktoren in einem Bündel messende Variable“ (Rosenmayr 1988, S. 81). Das chronologische Alter stellt eine Variable dar, die eine sofortige Unterscheidung zwischen Jung und Alt ermöglicht, mehr als einen vagen Indikator darf man sich aber nicht erhoffen (vgl. Tews 1971, S. 46). Zwar lassen sich bestimmten Lebensaltern gewisse Stereotypen zuweisen, auf das Individuum bezogene Informationen lassen sich jedoch anhand der alleinigen Fixierung auf das chronologische Alter nicht festmachen. Ausschließlich das

kalendrische Alter aus Bequemlichkeit heranzuziehen, um sich der Komplexität der Altersbestimmung zu entziehen, ist also unzureichend. Hans-Dieter Schneider (1974, S. 46) verweist auf die Problematik der Verwendung des chronologischen Alters aus Einfachheitsgründen, um Personen nach ihrer Position im Lebenslauf zu kennzeichnen: „Dabei wird jedoch vernachlässigt, daß eine sehr starke Altersstreuung hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, der Gesundheit, der Aktivitäten und übernommenen Verpflichtungen besteht, denn ein kränkelder 40jähriger ähnelt in seinem Verhalten eher einem 75jährigen als anderen 40jährigen, besonders wenn er aus Gesundheitsgründen pensioniert ist“ (Schneider 1974, S. 46).

Das *biologische Alter* lässt sich am Körperzustand eines Menschen festmachen. Der biologische Altersprozess „zeichnet“ den Menschen, indem er äußerlich sichtbare Spuren hinterlässt (vgl. Rosenmayr 1988, S. 25). Das biologische Alter ist gekennzeichnet durch eine fortschreitende, nicht verhinderbare Veränderung des Organismus - von der Geburt bis hin zum Tod. Der somit unter biologischen Aspekten vorgeschriebene Altersprozess gibt damit Aufschluss über die durchschnittliche Lebenserwartung eines Menschen. Das biologische Alter lässt sich also bestimmen, indem man den Zustand des Organismus in Beziehung zum Durchschnitt stellt.

Das *psychologische Alter* wiederum wird durch die individuelle Aktivierungs- und Reaktivierungsfähigkeit sowie durch die persönliche Interpretation des Zustandes bestimmt (vgl. Rosenmayr 1978, S. 35). Das psychologische Alter lässt sich demnach aus dem individuellen Zustandsbild sowie aus dem individuellen Zustandsgefühl ableiten. Betrachtet man die Altersprozesse aus psychologischem Kontext, so umfassen diese laut Tews (1971, S. 51) „Wandlungen im Zentralnervensystem, in sensorischen und perzeptuellen Fähigkeiten, ferner in den Fähigkeiten, Informationen zu organisieren und zu benutzen, umfassen Veränderungen in intellektuellen und motorischen Leistungen, Lernen, Gedächtnis, Fertigkeiten, Arbeitsleistung usw.“ Die Selbstwahrnehmung und Selbstbeurteilung eines Menschen auf Grundlage dieser psychologischen Kompetenzen und deren altersbedingten Veränderungen sind für die Messung des psychologischen Alters ausschlaggebend.

Das *soziale Alter* einer Person entspringt dem Vergleich mit den jeweils älteren oder den jeweils jüngeren Altersgruppen (vgl. Rosenmayr 1978, S. 35). So bestimmt das soziale Alter einer Person welcher Altersgruppe man sich zuschreibt bzw. zugehörig fühlt. Zuschreibungen des sozialen Alters werden im sozialen Handeln und in der Übernahme einer sozialen Rolle sichtbar (vgl. Rosenmayr 1978, S. 35). Damit gibt die soziale Situation eines Menschen, zum Beispiel ein bestimmter beruflicher Lebensabschnitt wie Pensionierung, Aufschluss über das soziale Alter, da damit bestimmte Rollen und bestimmte festgeschriebene Handlungen verbunden sind, die von der Gesellschaft erwartet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Biographie eines Menschen ausschlaggebend für dessen Altersbestimmung ist. Nur anhand seiner Biographie lassen sich die Dimensionen des Alters, sein kalendarisches, biologisches, psychologisches und soziales Alter, sichtbar machen. „Das Alter ist kein eigener, vom übrigen Leben losgelöster Bereich menschlicher Existenz, es wächst aus dem Vorher heraus und ist auf sein Vergehen hin ausgerichtet“ (Amann 1989, S. 136).

1.2.2 *Der Alternsbegriff*

Im direkten Zusammenhang mit den Schwierigkeiten der Wissenschaft das Phänomen „Alter“ klar und allumfassend zu definieren, steht eine wissenschaftliche Unstimmigkeit verschiedener Disziplinen in Bezug auf den Alternsbegriff. Blendet man zunächst die Alternstheorien verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen aus, kann die Gerontologie nur mit einer groben Differenzierung des Begriffes in normales, pathologisches und optimales Altern dienen.

Unter *normalem Altern* versteht man das Altern eines Menschen im Vergleich zum durchschnittlichen Altern der Gesellschaft. „Normales Altern wird insbesondere durch das demographische Kriterium des Erreichens der durchschnittlichen Lebensspanne definiert“ (Maercker 2002, S. 6). Das normale Altern eines Menschen vollzieht sich demnach aufgrund physischer und

psychischer Veränderungen, die für eine gesellschaftliche Altersgruppe typisch sind. Das heißt, dass man von normalem Altern sprechen kann, wenn alternstypische Veränderungen vorliegen, die biologischen Gesetzmäßigkeiten obliegen. Unter diesem Alternsbegriff darf jedoch kein einheitlicher Alternsprozess verstanden werden. Interindividuelle Differenzen in den Alternsprozessen sind den biologischen Gesetzen des Alterns gegenüberzustellen: „Fast alle Alternsprozesse laufen zwar entsprechend einem genetischen Programm ab, sind aber niemals nur biologisch gesteuert. Der höher entwickelte Organismus, besonders der Mensch, kann als ein durch die Beziehung zur Umwelt gesteuertes und kultur-geformtes, entwicklungs-offenes System betrachtet werden. Diese systemorientierte Betrachtungsweise darf keineswegs als die alleinige Betrachtungsweise des Menschen angesehen werden, aber sie gehört dazu, wenn vom Schnittpunkt der Kräfte im Altern die Rede ist“ (Rosenmayr 1988, S. 16).

„*Pathologisches Altern* wird durch das Auftreten von Krankheiten und erheblichen Funktionseinschränkungen mit Einbuße an Lebensqualität und mit Verkürzung der individuellen Lebensspanne bestimmt“ (Maercker 2002, S. 6). Den Alternsbegriff jedoch mit Krankheit gleichzusetzen wäre falsch. „Altern und Erkranken sind zwei verschiedene Prozesse, die jedoch in Wechselwirkung zueinander treten können. Daß Krankheit und Alter theoretisch getrennt werden müssen, läßt sich daraus begründen, daß Erkrankungen und Alterung in den gleichen Individuen voneinander abweichend auftreten und jeweils verschiedene Wahrscheinlichkeiten aufweisen“ (Rosenmayr 1988, S. 22). Altern bedeutet also nicht unausweichlich Krankheit, jedoch ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen im Alter und ein zumeist subjektiv „intensiveres“ Verspüren von Krankheit.

Optimales Altern wird synonym mit dem Begriff „erfolgreiches Altern“ verwendet, welcher von Havighurst (1963) als ein „innerer Zustand der Zufriedenheit und des Glücks“ beschrieben wird (zit. n. Lehr 2007, S. 56). „Havighurst [...] sieht erfolgreiches Altern durch erfolgreiche Anpassung (adaption) gewährleistet, wobei diese am ehesten zu erreichen ist, wenn die Persönlichkeit «stark» und flexibel ist, die Umgebung unterstützend wirkt und der Gesundheitszustand gut ist“ (Tews

1971, S. 98). Folgende sechs Dimensionen werden von Havighurst (1968) erfasst, in denen der Anpassungsprozess stattfindet:

1. Persönlichkeit,
2. soziale Interaktionen,
3. Normen und Erwartungen an die Umgebung,
4. ökonomische Sicherheit,
5. Gesundheit und Energie,
6. Unterstützung durch die Umwelt (ebd.).

1.2.3 Alternstheorien

Laut Baltes (1989) darf sich die Analyse des Alterns jedoch nicht auf eine bloße Unterscheidung von normalen, pathologischen und optimalen Altern beschränken (vgl. Lehr 2007, S. 5). Es müssen unterschiedliche wissenschaftliche Klärungsansätze verschiedener Disziplinen herangezogen werden, um der Komplexität des Alterns als Prozess gerecht zu werden. Die Alternsforschung bedient sich hierbei biologischer, psychologischer und psychosozialer Theorien zum Alternsprozess. Aufgrund der Existenz unzähliger Alternstheorien, deren Erläuterung den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen würde, soll in dieser Arbeit dem Leser lediglich ein Einblick in die psychosozialen Theorien erfolgreichen Alterns gegeben werden. Im Folgenden steht also der Versuch einer Gliederung von Alternstheorien umfangreicher Zahl, nach dem Gesichtspunkt des erfolgreichen Alterns, welcher im Gegensatz zu den Defizitmodellen des Alterns steht. Während Defizitmodelle den Alternsprozess als einen negativen Vorgang, als Verlust von Funktionsfähigkeit betrachten, soll in dieser Arbeit der Prozess des Alterns als ein positives Geschehen aufgefasst werden; welches seine Begründung in den Theorien erfolgreichen Alterns findet, indem durch gelungene Anpassung ein Zustand der Zufriedenheit erreicht wird. Theorien erfolgreichen Alterns zielen darauf „älteren Menschen zu helfen, besser zu leben“ (vgl. Havighurst 1963, zit. n. Lehr 2007, S. 46). Übergeordnetes und gemeinsames Ziel dieser Theorien besteht also in der Übermittlung von Ansätzen, die ein erfolgreiches Altern ermöglichen, wenngleich jeweils von komplett gegensätzlichen Grundansichten ausgehend.

So geht die *Aktivitätstheorie* davon aus, dass die Aufrechterhaltung von Aktivitäten und sozialen Kontakten die Grundlage für eine zufriedene Lebenssituation im Alter sei. Nur ein aktiver Mensch, der im Alter weiterhin Leistungen vollbringt und in seinem sozialen Umfeld aktiv eingebettet bleibt, erlange Zufriedenheit im Alter. Im Gegensatz dazu, erfahre ein Mensch im Alter Unzufriedenheit, wenn er von der Gesellschaft aufgrund einer tatsächlichen oder zugeschriebenen Passivität nicht mehr gebraucht wird oder sich als unnützlich einschätzt (vgl. Lehr 2007, S. 57). Daher sei nach Havighurst (1964) für ein optimales Altern einem Funktionsverlust durch Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und eines aktiven Lebensstils entgegenzuwirken (vgl. Lehr 2007, S. 57). Im Zuge dessen soll nach Havighurst (1964) für Tätigkeiten wie die Berufstätigkeit sowie für verstorbene Freunde Ersatz gesucht werden (vgl. Szimák et al. 1994, S. 21). Die Aktivitätstheorie erfährt z.B. durch Atchley (1989) jedoch Kritik, indem er darauf aufmerksam macht, dass nicht jeder einzelne ältere Mensch immer über intensive soziale Kontakte verfügt und es nicht immer möglich erscheint Verluste von nahe stehenden Menschen durch Ersatz auszugleichen (vgl. Lehr 2007, S. 58).

Im Gegensatz dazu steht die *Disengagement-Theorie* mit der Grundannahme, wonach sich mit dem Altern der „natürliche“ Wunsch nach Rückzug von Aktivitäten und sozialen Kontakten auffinden lässt. Studienergebnisse von Robert Havighurst legen dar, dass „bei einem erheblichen Anteil alter Menschen die Involviertheit, das Interesse an manchen Umweltbereichen, tatsächlich nachläßt und die Minderung der Aktivitäten und Interaktionen oft nicht bedauert wird“ (Rosenmayr 1978, S. 48). Zur gleichen Auffassung kommt auch Damianopoulos (1961), indem er Disengagement als einen unvermeidbaren Prozess beschreibt (vgl. Tews 1971, S. 110). Die Disengagement-Theorie nimmt also an, wonach erst ein Ausgliederungsprozess durch Loslösung von sozialen Beziehungen und Minderung von Aktivitäten ein zufriedenes Altern ermöglicht. Die Theorie erfuhr jedoch seit Anbeginn heftige Kritik. Unter anderem stellte Atchley (1989) zur Diskussion, dass der seither historisch beobachtete Rückzug vieler Menschen im Alter durch zeitlich geprägte Belastungssituationen beeinflusst worden ist, welche eine Anpassung an das Alter, anders als heute, erschwerten (vgl. Lehr 2007, S. 63).

Die *Kontinuitätstheorie* wiederum geht vom bisherigen Lebensstil eines Menschen aus, dessen Beibehaltung im Alter zu einem zufriedenstellenden letzten Lebensabschnitt verhelfen soll (vgl. Tews 1971, S. 99). Zur Erlangung eines erfolgreichen Übergangs ins späte Erwachsenenalter bedarf es laut Atchley (1989) der Kontinuität durch Nutzung bekannter Strategien (vgl. Lehr 2007, S. 64). Dabei unterscheidet Atchley (1989) zwischen innerer und äußerer Kontinuität: „Innere Kontinuität bezieht sich auf die Fortdauer von psychischen Einstellungen, Ideen, Eigenschaften des Temperaments und der Affektivität, der Erfahrungen, Vorlieben und Fähigkeiten. [...] Erlebnisse äußerer Kontinuität ergeben sich aus dem Leben und Verhalten in vertrauter Umgebung, aus der Ausübung vertrauter Handlungen und der Interaktion mit vertrauten Leuten“ (Lehr 2007, S. 64). Der Kontinuität im Lebenslauf ist der Diskontinuität gegenüberzustellen, letztere stelle laut Benedict (1938) eine Belastung dar, die für einen kritischen Entwicklungsverlauf sorgt (vgl. Schneider 1974, S. 172).

Mit den hier ausgewählten Theorien erfolgreichen Alterns darf jedoch kein Eindruck auf Vollständigkeit entstehen, auch aufgrund zahlreicher anderer Theorien, die den Defizitmodellen gegensätzlich sind, indem sie Altern nicht als Abbau- oder Verlustprozess betrachten. Letztlich sei erwähnt, dass die Individualität und Komplexität des Alterns, die aufgrund verschiedener biologischer, psychologischer und psychosozialer Einflüsse auf diesen Prozess zustande kommen, im Versuch einer wissenschaftlichen Deutung dieses Phänomens unaufhörlich verschiedene Theorien unter der Berücksichtigung unterschiedlicher Haupteinflüsse nach sich ziehen wird. Wie ein Mensch sein für sich erfolgreiches Altern erlangt, bestimmt aber jeder selbst, indem er ganz eigene Vorstellungen und Theorien von einem gelungenen Altern hat.

1.3 Die Betreuungs- und Pflegesituation alter Menschen

Aktuelle und zukünftige demographische Entwicklungen lassen den Schluss zu, dass der Betreuungs- und Pflegebedarf alter Menschen zunehmen wird. Während unsere Bevölkerung schon heute als „überaltert“ gilt, nehmen zukünftige demographische Prognosen noch größere Veränderungen an. So wird im Jahr

2025 die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich bei 81,7 Lebensjahren liegen, im selben Jahr wird darüber hinaus die Gruppe der über 80-Jährigen 4,3 % der Gesamtbevölkerung ausmachen, verglichen mit 1980 machte die Gruppe der Hochaltrigen 2,7% aus (vgl. Lehr 2007, S. 36). Der Strukturwandel geht also in Richtung eines stetig wachsenden Anteils Hochaltriger. Aufgrund dessen, dass diese Altersgruppe durch einen überproportionalen Anstieg an Multimorbidität gekennzeichnet ist, kann die erwartete Zunahme von hochaltrigen Menschen als Indikator für einen steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf gelten (vgl. Stricker 2002, S. 6). Das immer höhere Lebensalter, welches altersbedingte Veränderungen und Krankheiten mit sich bringt, wird in Zukunft also immer häufiger zu einer unvermeidbaren Betreuungs- und Pflegesituation alter Menschen durch Institutionen und immer weniger durch Angehörige führen. Im Folgenden soll dem Leser nun ein Einblick in mögliche altersabhängige Veränderungen und Krankheiten im Alter verschafft werden.

1.3.1 Veränderungen im Alter

Nach Fleischmann & Oswald (1983) verlangt das Altern als Vorgang der Veränderung zum einem im biologisch-physiologischen und zum anderen im psychisch- sozialen Bereich einer näheren Betrachtung (vgl. Amon et al. 1994, S. 35). Diesem Anspruch soll nachgegangen werden, indem zunächst auf altersbedingte psychologische und soziale Veränderungen eingegangen wird, bevor im nächsten Abschnitt dieser Arbeit die Veränderungen im biologisch-physiologischen Bereich unter dem Aspekt der Krankheiten im Alter im Blickfeld stehen.

Altersbedingte psychologische Veränderungen:

Altersbedingte Veränderungen psychologischer Art betreffen die *Persönlichkeit* sowie *kognitive Leistungsprozesse*, letztere umfassen nach Fröhlich (1987) Intelligenzfunktionen wie Gedächtnis und Lernen, Denken, Problemlösen und Kreativität, sowie Wahrnehmung und Aufmerksamkeit (vgl. Amon et al. 1994, S. 35).

Persönlichkeitsveränderungen im Alter waren bisher nur selten Gegenstand der Psychogerontologie; Untersuchungsergebnisse zur Variabilität und Konstanz der Persönlichkeit im Alter sind daher rar. Die Annahme alterstypischer Persönlichkeitsveränderungen steht jedoch in Widerspruch zu den vorhandenen wissenschaftlichen Untersuchungen. Die einschlägige Forschung konnte keine gravierenden alterstypischen Persönlichkeitsveränderungen feststellen, hingegen zeigen Längsschnittuntersuchungen eine gewisse Konstanz von Persönlichkeitsmerkmalen im Alter auf (Costa & McCrae, 1993; Thomae, 1993; zit. n. Jenny 1996, S. 62). Betrachtet man die Zusammenfassung wissenschaftlicher Literatur von Lehr (2007, S. 135ff) lässt sich eine Konstanz von Persönlichkeitseigenschaften wie Aktivität, Neurotizismus (Stimmungsschwankungen, Unentschiedenheit, unangemessene Müdigkeit) und Extraversion (Gesprächsfreudigkeit, Offenherzigkeit, Anregbarkeit) feststellen. Es sei jedoch erwähnt, dass Querschnittuntersuchungen darauf hinweisen, dass sich Angehörige älterer Generationen von Angehörigen jüngerer Generationen in der Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale, bedingt vor allem durch generationenabhängige Umweltbedingungen, unterscheiden (vgl. Jenny 1996, S. 63). Somit lässt sich die Auffassung von Lehr (1991), wonach für Persönlichkeitsveränderungen im Alter weniger das kalendarische Alter als der biographische Lebenslauf und die momentane Lebenssituation von Bedeutung sei, nachvollziehen (vgl. Jenny 1996, S. 63).

Betrachtet man die *kognitive Leistungsfähigkeit* älterer Menschen so lassen sich in allen Leistungsaspekten Veränderungen aufzeigen. Bevor jedoch auf einzelne Aspekte wie Gedächtnis und Lernen, Denken, Problemlösen und Kreativität sowie Wahrnehmung und Aufmerksamkeit näher eingegangen werden soll, sei betont, dass intellektuelle Leistungsveränderungen im Alter nicht primär durch das kalendarische Alter bestimmt werden. Laut Magnuson (1990) ist vielmehr die gegenseitige Beeinflussung von biologischen Veränderungen, individuellen Lebensbedingungen und gesellschaftlichen Einflüssen von Bedeutung (vgl. Jenny 1996, S. 50). Daher lässt der Alternsprozess unterschiedliche Möglichkeiten geistiger Veränderungen im Alter offen. Baltes (1990) nennt in diesem Zusammenhang sowohl den Abbau als auch die Kompensationsmöglichkeit und Aktivierung von Leistungsreserven (vgl. Jenny 1996, S. 44).

In der alterspsychologischen Erforschung von Gedächtnis und Lernen, als Teil des kognitiven Leistungsbereiches zur Informationsspeicherung, dominiert das Drei-Speicher-Modell, welchem zufolge laut Fleischmann (1989) das Lernen von der Leistungsfähigkeit des Ultrakurzzeitgedächtnisses, des Kurzzeitgedächtnisses und des Langzeitgedächtnisses abhängt (vgl. Lehr 2007, S. 93). Während das Ultrakurzzeitgedächtnis (sensorische Gedächtnis) nur marginale und das Kurzzeitgedächtnis (Primärgedächtnis) nur geringe alterskorrelierte Leistungsdifferenzen zeigt, unterliegt das Langzeitgedächtnis (Sekundärgedächtnis) einem Altersabbau (vgl. Fleischmann 1984; Fleischmann & Oswald 1983, 1986; Howe 1991; zit. n. Amon et al. 1994, S. 37). Jenny (1996, S. 60) betont jedoch im Zusammenhang mit altersbedingten Gedächtniseinbußen die Möglichkeit zur Kompensation sowie die Tatsache, dass durch kontinuierliche Aktivierung des Gedächtnisses einer selbstständigen Alltagsbewältigung bis ins höchste Alter nichts im Wege steht.

Denken, Problemlösen und Kreativität zählen zu den kognitiven Leistungsprozessen der Informationsverarbeitung. Zur Verarbeitung von Informationen gilt es anhand eines Denkprozesses Informationen zunächst zu filtern. Laut Fleischmann und Oswald (1983) bereitet die Begriffsbildung im Zusammenhang mit Denken und Problemlösen älteren Menschen jedoch große Schwierigkeiten (vgl. Amon et al. 1994, S. 38). Weiters nehmen sie einfache kognitive Prozesse als ursächlich für altersunterschiedliche Denkprozesse an:

- „Begriffsbildung und Problemanalyse können durch verminderte Wahrnehmung und Aufmerksamkeit beeinträchtigt werden.
- Eine Verlangsamung des kognitiven Grundtempos kann in allen Phasen des Denkprozesses ein Handikap darstellen.
- Verminderungen der Problemlösungskapazität durch verminderten Einsatz von Lernstrategien“ (Amon et al. 1994, S. 44).

Bezüglich Kreativität zeigen unterschiedliche Längsschnittstudien sowohl Verminderung als auch Konstanz mit zunehmenden Alter (vgl. Mc-Crae, Arenberg & Costaa 1987, zit. n. Lehr 2007, S. 130).

Zuletzt sollen noch die Leistungsaspekte der Informationsaufnahme im Alter näher betrachtet werden, welche Aufmerksamkeit und Wahrnehmung umfassen. Zur Informationsaufnahme greift der Mensch auf seinen Sinnesapparat zurück, altersbedingte Defizite der Sinnesleistungen erschweren älteren Menschen somit

die Aufnahme von Informationen. Besonders Beeinträchtigungen in der optischen und akustischen Wahrnehmung reduzieren die Fähigkeit spontan Informationen aufzunehmen und folglich angemessen darauf zu reagieren (vgl. Amon et al. 1994, S. 45). Die ebenso verringerte Aufmerksamkeitsleistung im Alter beruht auf einem schlechten Differenzierungsvermögen von Reizen bzw. Signalen vor einem Reizhintergrund, welches durch Beeinträchtigungen der Sinnesleistungen zustande kommt (vgl. Amon et al. 1994, S. 41). Schneider (1974, S. 61) spricht sowohl die Möglichkeit der Kompensation akustischer und visueller Beeinträchtigungen durch Hörapparate und Brillengläser an, als auch das Problem, dass bei einem kompletten Ausfall der Sinnesleistungen im Alter Isolierung und Hilfebedürftigkeit die Folge ist.

Altersbedingte soziale Veränderungen:

Altersbedingte Veränderungen sozialer Art lassen sich anhand eines Funktions- und Rollenwandels in Bereichen wie Beruf, Familie und Gesellschaft finden. Der Mensch ist im Alter einem gesellschaftlichen Fremdbild unterworfen, welches ein Altersstereotyp umfasst, das älteren Menschen einen Funktions- und Rollenverlust zuschreibt: „Das Bild des älteren Menschen in unserer Gesellschaft ist auch heute noch durch Feststellungen von Isolation und Vereinsamung, von Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit wie auch von Abbau und Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten charakterisiert“ (Lehr 2007, S. 199). Laut Tews (1971, S. 7) findet das Stereotyp vom Alter trotz Überzeichnung dennoch eine Berechtigung. Die markantesten Veränderungen der sozialen Situation im Alter sollen demnach unter dem Aspekt eines Funktions- und Rollenwandels kurz beleuchtet werden.

Ein wesentlicher Funktions- und Rollenwandel im Alter ergibt sich aus dem Verlust der Rolle der Berufstätigkeit und der damit verbundenen Funktion der Produktivität. Der Ausstieg aus dem Berufsleben mit Eintritt der Pensionierung geht meist mit einem Pensionsschock einher, unter welchen man die Realisierung der negativen Auswirkungen der Pensionierung versteht, die von Engelmayer u. Schüller (1994, S. 58) folgendermaßen zusammengefasst werden: „Der Wegfall von Erlebnisgehalten aus der Arbeitswelt, die Verfügbarkeit wesentlich größerer

Zeiten pro Tag, der Abbau von Sozialkontakten aus der Berufswelt und ökonomische Probleme durch Reduktion des Konsumbudgets“. Neben diesen psychischen Belastungen verlangt der Verlust der beruflichen Produktivität komplexe Bewältigungsprozesse des alten Menschen. Inaktivität in Form einer „rollenlosen Rolle“ des Pensionierten kann durch Aktivitäten mit einer durch die Gesellschaft hoch bewerteten Rolle überwunden bzw. bewältigt werden (vgl. Schneider 1974, S. 136). „Entsprechend der weitgehenden ‚Entberuflichung‘ des Alters in der Gegenwart müssen nach TEWS andere Formen ‚sozial nützlichen Verhaltens‘ gefunden bzw. verstärkt werden, wie etwa das Ehrenamt bzw. das bürgerschaftliche Engagement“ (Lehr 2007, S. 246). Soziale Veränderungen dieser Art können vom alten Menschen also durch andere Aktivitäten und der damit verbundenen Rollen kompensiert werden.

Ein weiterer wesentlicher Wandel im Alter ergibt sich aus Veränderungen der familiären Rolle und der damit verbundenen Funktion der Zweisamkeit und sozialen Aktivität. So unterliegt zum Beispiel der Elternrolle, der Rolle als Versorger, Hausfrau und Ehepartner eine Veränderung im Alter. Der Verlust dieser Rollen und Funktionen kann jedoch wiederum durch andere Rollen wie etwa der Großelternrolle oder der Rolle als Teil einer neuen Lebensgemeinschaft nach dem Tod oder der Scheidung des Ehepartners kompensiert werden. Im Zusammenhang mit der sozialen Aktivität älterer Menschen sind jedoch auch Veränderungen der nicht-familiären Rollen möglich. Als Reaktion auf Veränderungen der sozialen Aktivität, im Sinne einer Reduktion der Rollenzahl und einer damit verbundenen Verminderung der sozialen Beziehungen, wird das Gefühl der Einsamkeit angesehen, welches laut dem Ansatz von Creecy, Berg & Wright (1985) „einen psychischen Zustand [darstellt], der das Produkt komplexer Wechselwirkungen ist, zwischen dem individuellen Stützsystem, einer herabgesetzten Teilnahme an sozialer Aktivität und einem eingeschränkten Erleben von sozialer Erfüllung“ (Preitler et al. 1994, S. 89).

Zusammenfassend lässt sich im Bezug auf die sozialen Veränderungen im Alter sagen, dass es einer Inaktivität und dem Gefühl der Einsamkeit zum Erhalt von Funktionen und Rollen im Alter entgegenzuwirken gilt. Gelingt es dem älteren

Menschen nicht für Rollen- und Funktionsverluste Kompensationsmöglichkeiten zu finden, gilt es ihn dahingehend zu unterstützen.

1.3.2 Krankheiten im Alter

Vielfach bestimmt zusätzlich zu den altersbedingten psychosozialen Veränderungen auch der Gesundheitszustand die Situation des älteren Menschen. Alternsprozesse stellen ab dem 28. Lebensjahr das größte Risiko für Erkrankungen und Tod dar (vgl. Weyerer 2008, S. 109). In der einschlägigen Fachliteratur finden sich Hinweise auf eine Häufung bestimmter physischer und psychischer Krankheiten im Alter. Diese psychischen und physischen Krankheiten, die sich beim alten Menschen aus seiner besonderen Gegebenheit entwickeln können, nennt man geriatrische Syndrome (vgl. Hansen 2007, S. 11).

Körperliche Krankheiten im Alter:

Das Augenmerk soll zunächst auf die körperlichen Erkrankungen im Alter gelegt werden. Diese lassen sich wie folgt nach Weyerer (2008, S. 109) in drei Gruppen einteilen:

1. Die erste Gruppe umfasst Erkrankungen, die mit dem Alternsprozess eng verbunden sind. Zu solchen altersabhängigen und altersbegleiteten Erkrankungen zählen zum Beispiel Arthrosen, Osteoporosen und Lungenemphyseme. Diese Veränderungen stellen also Alternsvorgänge dar, die durch ein Überschreiten eines bestimmten Ausmaßes als Krankheit zu Tage treten.
2. Als eine weitere Gruppe von Erkrankungen lassen sich alterstypische Krankheiten nennen, deren Vorkommen mit dem Alter zunimmt. Hierzu zählen zum Beispiel Krebserkrankungen und erhöhter Blutdruck.
3. Letztlich zeichnet sich eine weitere Gruppe Krankheiten im Alter aus, welche aufgrund begrenzter Reserven älterer Menschen zum Tode führen können, während sie für jüngere Menschen keine ernsthaften Konsequenzen nach sich ziehen. Als Beispiele lassen sich Atemwegsinfektionen, Influenza und Unfälle anführen.

Dieses weite Spektrum körperlicher Erkrankungen älterer Menschen hat sich darüber hinaus in den entwickelten Ländern von den akuten hin zu den chronischen Krankheiten verschoben, wodurch die häufigsten körperlichen Erkrankungen im Alter heute chronischer Natur sind, deren Behandlung nicht auf Heilung sondern auf eine Verbesserung der Lebensqualität zielen (vgl. Weyerer 2008, S. 107). Im Zusammenhang mit chronischen körperlichen Erkrankungen gewinnt der Begriff Multimorbidität an Bedeutung. Zumeist leidet der ältere Mensch nicht nur an einer chronischen Krankheit, vielfach bestimmt das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehreren Krankheiten die Situation der höheren Altersgruppe.

Die häufigsten körperlichen Erkrankungen des älteren Menschen, die der breiten Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Stoffwechsels zuzuordnen sind, zeichnen sich also meist durch ihren chronischen Verlauf und ihr multimorbides Vorhandensein aus. Im Folgenden sollen diese nach Weyerer (2008, S. 118ff) kurz zusammengefasst werden:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickeln sich durch Gefäßveränderungen, welche zum normalen Alternsprozess zählen, jedoch durch Begleiterkrankungen und ungesunder Lebensstilfaktoren beschleunigt werden. Hält man an einer schädigenden Lebensweise fest, schreiten die Veränderungen der Gefäße fort und beschleunigen somit das Entstehen einer Arteriosklerose. Diese wiederum ist für die Entwicklung von akuten Durchblutungsstörungen am Herzen (Herzinfarkt) und im Gehirn (Schlaganfall) maßgebend.

Die überproportionale Häufung der *Erkrankungen des Bewegungsapparates* im höheren Alter ist darauf zurückzuführen, dass mit dem Alternsprozess eine fortschreitende Degeneration und abnehmende Leistungsfähigkeit von Muskulatur und Skelettsystem einhergeht. Zu den typischen chronischen Krankheitsbildern der Erkrankungen des Bewegungsapparates im Alter zählen Osteoporose, Gelenkarthrose und rheumatoide Arthritis.

Als häufigste *Stoffwechselerkrankung* im Alter sei noch Diabetes mellitus genannt, welcher durch einen chronisch erhöhten Blutzuckerspiegel bedingt ist.

Psychische Krankheiten im Alter:

Zu den häufigsten altersassoziierten Krankheiten psychischer Art zählen Demenzen, Depressionen und akute Verwirrtheitszustände (vgl. Jenny 1996, S. 71). Im Folgenden bedarf es deren nähere Betrachtung.

Demnzerkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter, die Prävalenzraten liegen bei den 65- bis 69-Jährigen bei über 1% und verdoppeln sich etwa alle fünf Lebensjahre (vgl. Hegedusch 2007, S. 19). Erkrankungen dieser Art stellen aufgrund ihrer Symptomatik eine der häufigsten Ursachen für Pflegebedürftigkeit und Heimeinweisung dar. Laut Gunzelamnn u. Oswald (2002, S. 114) bilden diese daher einen Schwerpunkt gerontopsychologischer Diagnostik, wobei sie die diagnostischen Kriterien für demenzielle Erkrankungen nach den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 folgendermaßen zusammenfassen:

„Hierzu gehören neben Gedächtnisstörungen und Leistungsminderungen anderer höherer kognitiver Leistungen (z.B. Aufmerksamkeit, Denken, Orientierung, Rechnen, Auffassung, Lernfähigkeit, Planungs- und Urteilsvermögen) auch Störungen höherer neuropsychologischer Funktionen (z.B. Sprache, exekutive Funktionen, kognitive Flexibilität und Abstraktionsvermögen). Darüber hinaus sind Einschränkungen der Fähigkeit zur selbstständigen Ausübung von Alltagsaktivitäten sowie nichtkognitive Symptome zu erfassen (z.B. Depression, Wahn, Halluzinationen)“ (ebd.).

Die ICD-10 (International Classification of Diseases) gibt darüber hinaus Aufschluss über unterschiedliche Schweregrade von demenziellen Syndromen, wobei dabei zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer Demenz unterscheiden wird (vgl. Hegedusch 2007, S. 16). Während sich die leichte Demenz in einer Lernschwäche äußert, besteht bei der mittelgradigen Demenz bereits eine hochgradige Vergesslichkeit, verbunden mit einer Verarmung der Sprache, gefolgt von der schweren Demenz, welche mit einem Erlöschen höherer Hirnleistungen und einer Verknennung von vertrauten Personen

einhergeht. Orientierungs- und Kommunikationseinschränkungen sowie der Verlust der Alltagsbewältigung und der eigenen Körperkontrolle machen ein selbstständiges Leben unmöglich und führen meist zu einer Heimeinweisung.

Demenz als ein Zustand chronischer Verwirrtheit kann neben verschiedener Schweregrade auch in unterschiedlicher Form auftreten, wobei die Demenz vom Alzheimer-Typ die häufigste Form darstellt, gefolgt von der Demenz vom vaskulären Typ (vgl. Maercker 2002, S. 28). Charakteristisch für Demenzerkrankungen ist weiters ihr progredienter Verlauf, wobei zwischen einem schleichenden (z.B. Alzheimer Demenz) und abrupten (z.B. Vaskuläre Demenz) Beginn unterschieden wird (vgl. Hegedusch 2007, S. 20f).

Der chronischen Verwirrtheit (Demenz) ist die *akute Verwirrtheit* als vorübergehender Zustand gegenüberzustellen. Jedoch schließt eine solch vorübergehende Störung eine Persistenz kognitiver Defizite nicht aus, wenngleich ungünstige Langzeitprognosen von einem erhöhten Risiko für Mortalität, Pflegebedürftigkeit, Pflegeheimeinweisung ausgehen (vgl. Weyerer 2007, S. 114). Akute Verwirrheitszustände, auch Delirien genannt, treten unter anderem als Folge von Exsikkose, Diarrhö und/oder Erbrechen ein (vgl. Korecic 2003, S. 375). Gerade aufgrund der Tatsache, dass ältere Menschen häufig zu wenig trinken oder gar auf eine Flüssigkeitszufuhr vergessen, stellen Delirien bei älteren Menschen keine Seltenheit dar.

Unter einer *Depressiven Störung*, als eine weitere häufige psychische Erkrankung im Alter, leiden rund 27% der älteren Menschen, wobei laut Ernst (1997) Pflegeheimbewohner Werte zwischen 15 und 25% erreichen (vgl. Hautzinger 2007, S. 144). Die bereits beschriebenen altersbedingten Veränderungen und körperlichen Erkrankungen im Alter, im Zusammenhang mit einem zunehmenden Bedarf an fremder Hilfe und mit ungenügenden Bewältigungsmechanismen, können das Entstehen von Depressionen begünstigen. Nach dem Gesichtspunkt unterschiedlicher Ursachen unterscheidet man demnach zwischen psychogenen, somatogenen und endogenen Depressionen. Während psychogene Depressionen durch äußere Umstände hervorgerufen werden und endogene Depressionen genetisch bedingt sind, weisen somatogene Depressionen einen

Zusammenhang mit einer Körperkrankheit auf (vgl. Klicpera u. Schöller 1994, S. 116). Aufgrund zahlreicher Gegebenheiten, somatogener wie chronischer Krankheiten, als auch psychogener wie Verlust von Rollen, Funktionen und sozialen Beziehungen, scheint es nicht verwunderlich, wenn ein älterer Mensch diesen Belastungsfaktoren und Veränderungsprozessen nicht mehr standhalten kann und mit einer Depression auf diese Zustände reagiert. Doch nicht jede negative Verstimmtheit des älteren Menschen (als Reaktion auf den zugrunde liegenden Veränderungsprozess,) darf als depressive Störung verstanden werden. Laut DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) liegt eine schwere Depression nämlich nur dann vor, wenn die depressive Symptomatik die meiste Zeit des Tages über zwei Wochen anhält (vgl. Maercker 2002, S. 29).

Sichtbar wird eine Depression anhand des Kernsymptoms der „traurigen Verstimmung“, an einer Denk- und Willenshemmung, an Beeinträchtigungen der Konzentration, des Gedächtnisses und des Antriebs, weiters an vegetativen-, Schlaf- und Vitalstörungen sowie an Wahnbildung, Ängstlichkeit und Suizidalität (vgl. Klicpera u. Schöller 1994, S. 120). Es gilt daher den Symptomen einer Depression unter dem Aspekt ihrer Dauer besonderer Aufmerksamkeit, um eine Depression im Alter entsprechend korrekt zu diagnostizieren und um gegebenenfalls Differenzialdiagnosen anzustellen, damit adäquate Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden können.

1.4 Die Lebenssituation Pflegeheim

Der Wohnsituation im Alter kommt eine große Bedeutung zu, da mit zunehmendem Alter der räumliche Bewegungsradius schrumpft und die Wohnung somit zum Zentrum täglichen Lebens wird. In der eigenen Wohnung als personalisierter Ort, welcher durch eine individuelle Raumgestaltung mit biographischer Verankerung sowie durch ein vertrautes Wohn- und Nachbarschaftsumfeld bedingt ist, wird mit zunehmenden Alter aufgrund eines Wegfalls von „außerhäuslichen Freizeit-Lebensräumen und beruflichen Lebensräumen“ immer mehr Zeit verbracht (Lehr 2007, S. 304). Die eigene

Wohnung erfüllt im Alter neben den Kriterien der „Vertrautheit, Gewöhnung und Erinnerung“ auch Funktionen wie die der Regeneration sowie der Sicherstellung von Grundbedürfnissen wie „Geborgenheit, Schutz und Abgrenzung“ (Lehr 2007, S. 303). Diese psychosozialen Komponenten der Wohnsituation gelten als elementar für die Lebenszufriedenheit von älteren Menschen.

Das zunehmende Alter erzwingt jedoch häufig aufgrund bereits beschriebener biopsychosozialer Veränderungen und Krankheiten und der damit verbundenen Hilfsbedürftigkeit, ein selbständiges Wohnen im vertrauten Umfeld aufzugeben. Familiäre und nachbarschaftliche Unterstützung sowie ambulante Dienste (Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe, Rufhilfe, Mahlzeitendienst, Taxidienst etc.) und teilstationäre Dienste (geriatrische Tageszentren, Tageskliniken, Kurzzeitpflege) können der Lebenssituation Pflegeheim entgegenwirken, indem sie individuelle Einbußen oft über lange Zeit zu kompensieren vermögen (vgl. Baumann et al. 2002, S. 287). Stoßen jedoch diese Unterstützungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung eines selbständigen Wohnens an ihre Grenzen, bieten unterschiedliche stationäre Wohnformen wie betreute Wohngemeinschaften, Altenwohnheime, Altenheime und Pflegeheime verschiedene Möglichkeiten zur optimalen Versorgung des jeweiligen Betreuungsbedarfes sowie zur Befriedigung der jeweiligen Wohnbedürfnisse, wobei sich Bewohner von Alten- und Pflegeheimen durch den gänzlichen Verlust zur selbstständigen Haushaltsführung von Bewohnern anderer stationärer Wohnformen abgrenzen (vgl. Baumann et al. 2002, S. 288). Baumann et al. (ebd.) betonen jedoch, dass eine Trennung der Bewohner nach ihrer stationären Wohnform oft nicht mehr vorgenommen wird, da sich deren institutioneller Hilfsbedarf teilweise überschneidet. Daher versteht man im Sinne eines umfassenden Altenheimbegriffs, welcher eine übliche Unterscheidung zwischen den stationären Wohnformen ausklammert, eine Institution, „die alten Menschen in erster – und meist fast ausschließlicher – Linie Wohnung, Nahrung und im Notfall Pflege nach einem heiminternen, einheitlich organisierten Dienstleistungssystem bietet“ (Narr 1976, S. 99).

Dem Begriff des Altenheims haftet jedoch ein gesellschaftlich negativer Wert an, er signalisiert besonders für die ältere Bevölkerung das Bild einer problematischen Notsituation im Alter, einer Lebenssituation in der Werte wie

Individualismus, Freiheit und Aktivität keinen Platz finden (vgl. Majce 1978, S. 267). So lässt sich in der Bevölkerung eine generelle Ablehnung des Wohnens im Altenheim feststellen, viele Betagte verbinden mit der Vorstellung Altenheim die Endstation des Lebens mit Endgültigkeitscharakter, ein Abgeschoben werden von der Familie, ein Zeichen von familiären Zerwürfnissen, einen „Massenbetrieb“ und Autonomieverlust sowie den Verzicht auf persönliche Freiheit (vgl. Lehr 2002, S. 313ff).

Im Folgenden gilt es nun Begründungszusammenhänge für die negativen Einstellungen gegenüber Altenheimen herzustellen, als auch Ansätze aufzuzeigen, die einen Umzug ins Heim, unter dem Blickwinkel der Erlangung neuer Erlebnisinhalte sowie der Eröffnung bisher begrenzter Lebensmöglichkeiten, als weniger belastend erleben lassen.

1.4.1 Der Heimeintritt

Negative Vorstellungen vom Altenheim lassen einen Heimeintritt zu einem kritischen Lebensereignis werden. Bewertungsprozesse stellen neben den Motiven zur Notwendigkeit einer Übersiedlung ausschlaggebende Faktoren für die Entscheidung zum Heimeintritt dar. Aspekte wie ein schlechter Gesundheitszustand, Altersschwäche, Gefühle der Einsamkeit, Entlastung der Kinder sowie finanzielle Gründe und Wohnungssorgen lassen eine derartige Entscheidung bereitfälliger erscheinen, sie gelten als häufigste Motive für den Heimeintritt (vgl. Lehr 2007, S. 315).

Der Übergang in ein Heim stellt jedoch kein singuläres Entscheidungsereignis dar, er muss als komplexer Prozess verstanden werden, der nach dem transtheoretischen Modell von Prochaska fünf verschiedene Phasen enthält, die sich wie folgt nach Baumann et al. (2002, S. 294ff) darstellen lassen:

Die Präkontemplationsphase zeichnet sich durch eine fehlende Auseinandersetzung mit der Lebenssituation im Altenheim aus, während in der darauf folgenden Kontemplationsphase aufgrund innerer und äußerer Auslösereize ein Prozess des Nachdenkens einsetzt, indem negative und positive

Aspekte einer Heimübersiedlung gegenüber gestellt werden. Die dritte Phase stellt die Vorbereitungsphase dar, welche sich aus einer Heimanmeldung und einer Wartelistenphase zusammensetzt. Nachfolgend umfasst die Handlungsphase die Auflösung der eigenen Wohnung und die Übersiedlung. Zuletzt stellt die Aufrechterhaltungsphase die Situation der kurzfristigen und längerfristigen Anpassung dar.

Bezug nehmend auf die *Präkontemplationsphase* sei erwähnt, dass sich laut einer gerontologischen Längsschnittstudie nur 2,8% der über 60-Jährigen mit der Möglichkeit einer Heimübersiedlung gedanklich näher befasst haben (vgl. Lehr 2007, S. 314). Der erste Schritt, der einen Heimeintritt erleichtern kann, liegt in einer mit zunehmenden Alter vermehrten Auseinandersetzung mit der Thematik Lebenssituation Altenheim, da sich durch eine frühzeitige kognitive Befassung mit dieser Materie die Möglichkeit von einer unerwarteten Situation überrollt zu werden, nicht bietet. Es gilt aus stresstheoretischen Gründen also rechtzeitig einen etwaigen Umzug ins Altenheim in seiner Zukunftsorientierung zu berücksichtigen und diesen nicht zu verdrängen bzw. zu verleugnen (vgl. Baumann et al. 2002, S. 296).

Im Hinblick auf die *Kontemplationsphase*, als Phase der Abwägung von Vor- und Nachteilen eines Heimeintritts, lassen sich unterschiedliche Gewinn- und Verusterlebnisse, die ein Heimeintritt bedingen kann, gegenüberstellen. Laut Lehr (1966) lassen sich die Vorteile einer Übersiedlung in der Versorgung, Betreuung und Verwöhnung, in einem Wegfall von Pflichten und gelungenen Sozialkontakten auffinden, wobei diese gewinnbringenden Vorzüge einer Heimaufnahme von Ängsten befreien und entlastend wirken können (vgl. Baumann et al. 2002, S. 303). Im Gegensatz dazu lassen sich jedoch Belastungen, die ein Heimübergang mit sich bringen kann und die für eine negative Grundhaltung gegenüber Altenheime sorgen, nicht verleugnen. Zu den belastenden ökologischen Aspekten der Heimsituation zählt die Verkleinerung des Wohnbereiches und das damit verbundene Gefühl der Enge, sowie der Verlust der Privatsphäre aufgrund von Mehrbettzimmern, welche eine oft unfreiwillige Gemeinschaft zu Mitbewohnern erzwingt; während auf sozialer Ebene Gefühle der Isolation trotz hohen Bewohneranteils bedingt durch die räumliche Heimanordnung und beschränkte

soziale Kontakte aufgrund eines alters- und geschlechtshomogenen Umfeldes als belastend erlebt werden (vgl. Huber u. Schiefer 1994, S. 304). Als Belastungen psychischer Art nennt Lehr (2007, S. 319) die Reglementierungen im Heimalltag zu welchen z.B. feste Sitzordnungen und feste Zeiten für die Mahlzeiten zählen, als auch ein Aktivitäts- und Funktionsverlust in alltäglichen Bereichen. Auf diese belastenden Verlusterlebnisse soll im Zusammenhang mit den Aspekten zu einer gelungenen Heimanpassung nochmals eingegangen werden.

Im Zusammenhang mit der *Vorbereitungsphase* sei erwähnt, dass man bei einer Heimanmeldung im Zuge einer Eintragung in die Warteliste zwischen Anwärtern von Altenwohnheimen und Pflegeheimen unterscheiden muss. Bei Pflegeheimanwärtern liegt der Heimanmeldung meist eine fremdverfügte Entscheidung zugrunde. Oft erfolgt der Übergang aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes direkt aus einem Krankenhaus durch ärztliche Veranlassung, wodurch eine notwendige Vorbereitungsphase verhindert wird (vgl. Huber u. Schiefer 1994, S. 302). Altenwohnheimanwärtern verbleibt jedoch zumeist aufgrund geringerer Dringlichkeit eine Wartephase im vertrauten Zuhause, nachdem sie die Entscheidung zur Heimanmeldung häufig unter den Aspekten der Freiwilligkeit und Wahlmöglichkeit treffen konnten (ebd.). Die Wartezeit bietet sich als Möglichkeit dar, sich auf die zukünftige Situation vorbereiten zu können. Die in der Forschung diskutierten Wartezeiteffekte wie Ängstlichkeit, Depression, kognitive Abbauprozesse und degenerative affektive Reaktionen konnten durch eine Untersuchung von Saup (1990) entkräftet werden, nach der eine zu kurze Wartezeit belastender als eine zu lange Wartezeit erlebt wird (vgl. Baumann et al. 2002, S. 300). Die Wartephase kann zur Vorbereitung auf die zukünftige Lebenssituation positiv genutzt werden, indem realitätsnahe Informationen zum Heimalltag eingeholt werden um zu verhindern, dass negative Bewertungsprozesse und Erwartungshaltungen vom Heimleben durch unzureichende Kenntnis des Heimalltags entstehen (vgl. Baumann et al. 2002, S. 305). Erwartungsängste zukünftiger Heimbewohner sind also umso größer je unklarer die Vorstellungen vom Heimleben sind, daher weisen Pinquart und Devrient (1991) auf informative Vorbereitungsangebote wie „Besichtigungsmöglichkeiten des Altenheims, Tag der offenen Tür, Teilnahme an Heimmahlzeiten, Teilnahme an Heimaktivitäten, Probewohnen, Kurzzeitpflege,

Eingewöhnungsprogramm und Informationsabende“ hin (vgl. Baumann et al. 2002, S. 305). Darüber hinaus kommt ebenso den Aspekten der Freiwilligkeit und Wahlmöglichkeit zur Übersiedlung die Bedeutung einer erleichterten Anpassung an das neue Leben zu. Das Gefühl der eigenen Kontrolle über sein Leben, wie etwa wenn jemand die Entscheidung zum Heimeintritt freiwillig und unter wahrgenommenen Wahlmöglichkeiten trifft, gilt als wichtiger Faktor für eine gelungene Anpassung (vgl. Lehr 2007, S. 318).

Die *Handlungsphase*, die den Vorgang der Heimübersiedlung nach der Auflösung der eigenen Wohnung darstellt, setzt die Vorbereitungsphase auf den Prüfstand. Im Zuge einer unzureichenden Vorbereitung können in dieser Phase „Ängste und Hoffnungen der Neueintretenden bestätigt bzw. enttäuscht und bleibende Eindrücke geprägt“ werden (Majce 1978, S. 288).

In der Literatur wird die Handlungsphase vielfach als gesundheitsbedrohliche Phase dargestellt, da hohe Mortalitätsraten unter den Neuankömmlingen zu verzeichnen sind: Laut Mautner, Standl et al. (1993) sind die ersten sechs Monate als kritisch zu betrachten (vgl. Lehr 2007, S. 321). Aus der Heimübersiedlung als krisen- stress- und verlustgeprägte Situation resultieren pathologische Trauerreaktionen, die jedoch durch langfristige Planung, Vorbereitung und mentale Antizipation verhindert werden können (vgl. Baumann et al. 2002, S. 302).

Im Zuge der *Aufrechterhaltungsphase*, als Zeit der Eingewöhnung bzw. kurzfristigen Anpassung und als Zeit der längerfristigen Adaption, gewinnt das Bewältigungsverhalten an Bedeutung. Die Eingewöhnungsphase ist wiederum für diejenigen Personen schwieriger, die aufgrund fehlender Vorbereitung keine realitätsgetreuen Vorstellungen vom Heimleben haben. Darüber hinaus wird eine fehlende Freiwilligkeit, ein schlechter körperlicher Zustand, eine einengende Heimumwelt sowie soziale Isoliertheit als auch ein passiver und erdulgender Bewältigungsstil laut Pinquart und Devrient (1991) als Tatbestand für Schwierigkeiten in der Eingewöhnungsphase angesehen, einer Phase welche vier Wochen bis zu sechs Monaten anhalten kann (vgl. Baumann et al. 2002, S. 302). Der Rückgriff auf Copingstrategien in der Eingewöhnungsphase spielt aufgrund der Annahme, dass bei einer erfolgreichen Bewältigung der

Eingewöhnungsphase eine weitere Bewältigung im Sinne einer längerfristigen Adaption prognostiziert werden kann, eine große Rolle (vgl. Baumann et al. 2002, S. 304). So stellen sich Abwehrmechanismen wie Verdrängung oder Verleugnung z.B. im Zuge einer Verweigerung der Realität durch Apathie (Teilnahmslosigkeit) als problematisch dar, da sich dadurch keine Möglichkeit zur längerfristigen Adaption bietet. Unterschiedliche Bewältigungsformen von Heimbewohnern, im Versuch die neue Situation zu bewerkstelligen, konnte Saup (1984) feststellen, wobei besonders intraindividuelle Vergleichsprozesse in Form eines Gegenüberstellens von Nachteilen der gegenwärtigen Situation mit früheren Situationen, aber auch „kognitive Anpassung“ im Sinne einer Neubewertung von Belastungen, sowie Reaktionsformen des Akzeptierens von Bedeutung sind, woraus den Reaktionsformen vier Bewältigungsstile abgeleitet wurden: „Resignation, Komparation, Anpassung und Entbehnung“ (Lehr 2007, S. 320). Für den Bewältigungsstil der gelungenen Anpassung erweisen sich jedoch folgende Aspekte als bedeutsam:

- „Hohe wahrgenommene Kontrolle im Zuge der Entscheidungen vor und während der Übersiedlung.
- Vorhandensein von mindestens einer Person im Seniorenheim, der man sich nahe fühlt und mit der man häufig reden kann.
- Häufiges Erleben von positiver Affektivität“ (Baumann et al. 2002, S. 307).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich einer belastenden Heimsituation durch Aspekte des Aufbaus der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit, der Kontakte mit emotionaler Qualität und des Geschehens mit affektiv positiv erlebten Auswirkungen, entgegensteuern lässt. Fallen Aspekte negativer Affektivität, Unkontrollierbarkeit und sozialer Isolation aus, kann dies im Zuge einer gelungenen Heimanpassung zu einem positiv veränderten Stellenwert des Heimlebens beitragen. Im Zusammenhang mit dem Korrekturversuch des vorherrschenden negativen Images der Heimsituation gewinnt somit ein starker Stimulationsgrad der Umgebung an Bedeutung. Erlebte Entscheidungslosigkeit und Abhängigkeit sowie Monotonie und erlebte Nutzlosigkeit forcieren eine Einstellung, die das Leben im Heim mit erzwungener Hilfsbedürftigkeit gleichsetzt. Eine stationäre Wohnform jedoch, die auf Interaktion, Abwechslung und auf eine

vielfältige gesundheitsförderliche Anregung zielt, eröffnet die Chance zu einem glücklichen und sinnerfüllten Leben der späten Jahre. Welchen Stellenwert in diesem Zusammenhang den tiergestützten Interventionen unter dem Einsatz eines Therapiehundes zukommt, gilt es in den folgenden Kapiteln dieser Arbeit noch darzustellen.

2 Tiergestützte Interventionen

Das folgende Kapitel widmet sich den tiergestützten Interventionen. Zum einen soll ihre geschichtliche Entwicklung aufgezeigt werden, zum anderen sollen ihre unterschiedlichen Formen geklärt werden. In einem weiteren Punkt wird der Hund als Therapietier bewusst hervorgehoben. Anhand seiner Domestikation sowie seiner engen Beziehung zum Menschen soll dargestellt werden, warum sich gerade der Hund für die tiergestützte Arbeit besonders eignet. Darüber hinaus sollen konkrete Auswahlkriterien und Voraussetzungen für einen Therapiehund näher gebracht werden.

2.1 Geschichte und Entwicklung tiergestützter Interventionen

Bereits seit Jahrhunderten versucht der Mensch mit Hilfe von Tieren gesundheitsförderliche Wirkungen zu erzielen. Schon früh schrieb man Tieren in vielen Kulturen therapeutische Effekte zu, so vermuteten bereits die alten Ägypter, Griechen und Römer einen positiven Einfluss von Tieren auf kranke Menschen. Die Annahme, dass das Lecken von Hunden Wunden und Entzündungen heilen kann, lässt sich bis in die christliche Zeit zurückverfolgen. Überlieferungen zufolge wurde der heilige Rochus durch das Ablecken eines Hundes von seinen Pestbeulen befreit (vgl. Serpell 1990, S. 96). Aber auch die Vorstellung, dass durch einen engen Körperkontakt mit einem Hund Krankheiten und Gebrechen auf das Tier als Abnehmer überspringen, hielt lange Zeit an (vgl. Kusztrich 1988, S. 43). Bereits aus dem achten Jahrhundert ist aus Gheel in England der therapeutische Einsatz von Tieren bekannt (vgl. McCulloch 1985, S. 26). Die ersten institutionellen Einsätze von Tieren für therapeutische Zwecke gehen bis ins 18. Jahrhundert zurück. Quäker gründeten in England eine Anstalt für Geisteskranke, in welcher die Möglichkeit geboten wurde verschiedene Kleintiere zu halten. Denn die Mönche dieses Klosters waren bereits vor 200 Jahren der Meinung: „Den in der Seele und am Körper Beladenen hilft ein Gebet und ein Tier“ (Greiffenhagen 2007, S. 14). Im Bereich der Krankenpflege wurden bereits im 19. Jahrhundert unter Florence Nightingale Tiere zum Nutzen für den Heilungsprozess eingesetzt (vgl. Röger-Lakenbrink 2006, S. 13). Seit Ende des

19. Jahrhunderts existiert bis heute ein Zentrum für Epileptiker in Deutschland, bei welchem die Therapie schon damals Tätigkeiten mit Haus- und Nutztieren umfasste (vgl. Serpell 1990, S.98). Erwähnenswert gilt darüber hinaus das im zweiten Weltkrieg errichtete „Convalescent Hospital“ in den USA, wo Tiere einen wesentlichen Platz zur Aufarbeitung von psychischen Traumata einnahmen (vgl. Olbrich 2002, S. 63).

Erst im letzten Jahrhundert sorgte Boris M. Levinson für einen wissenschaftlichen Nachweis der therapeutischen Wirkungen von Tieren. „Es ist sicher richtig, daß die Vorstellung, daß Tiere einen sozialisierenden oder therapeutischen Einfluß ausüben können, nicht neu ist, aber bis zu Levinson war sie kaum mehr als eine reizvolle Idee mit wenig vernünftigem theoretischen Unterbau und ohne jede wissenschaftliche Fundierung“ (Serpell 1990, S. 98). Der amerikanische Kinderpsychiater Levinson entdeckte zufällig die Wirkung von Haustieren als Katalysatoren für menschliche Interaktionen, indem sein Hund Jingles als „Übertragungsobjekt“ durch spontane Kontaktaufnahme mit einem therapieresistenten und unzugänglichen Jungen dazu verhalf, den jungen Patienten für die Therapie leichter zugänglich zu machen, da der Junge die Beziehung mit dem Tier auf zwischenmenschliche Beziehungen generalisierte (vgl. McCulloch 1985, S. 26). Levinson erkannte die bedeutende Rolle des Hundes als, wie Niepel (1998, S.14) diese beschreibt, „Eisbrecher“ und „Kontaktbrücke“ und begann daraufhin seinen Hund bewusst in Therapiesitzungen einzusetzen. Um die Wissenschaft auf den therapeutischen Wert von Tieren aufmerksam zu machen, publizierte Levinson seine Erfahrungen. Diese Veröffentlichungen „The dog as a Co-Therapist“ (1962), „Pet oriented Child Psychiatry“ (1969), „Pets, child development and mental illness“ (1970) gelten als wissenschaftliche Pionierarbeiten im Bereich der tiergestützten Interventionen (vgl. Vernooij 2008, S.26).

Nach Überwindung anfänglicher Skepsis an Levinsons Publikationen folgten weitere wissenschaftliche Untersuchungen, welche von den Psychologen Sam und Elizabeth Corson ausgingen. Ihre Studien an einer psychiatrischen Abteilung kamen ebenfalls zu dem Ergebnis einer „Katalysatorwirkung“. Neben der Verbesserung des Allgemeinzustandes zeichneten sich die Patienten, denen ein

regelmäßiger Tierkontakt ermöglicht wurde, durch eine positiv veränderte Beziehung zu Therapeuten und Pflegepersonal aus (vgl. McCulloch 1985, S.27). Die Fachwelt aus verschiedenen Disziplinen ließ sich nach und nach durch die wissenschaftlich belegbaren Erkenntnisse stärker beeindrucken, wobei die Arbeiten der Soziologin Erika Friedman und des Mediziners Aaron Katcher wesentlich dazu beitrugen: Sie konnten direkte physiologische Wirkungen von Tieren nachweisen, indem diese durch ihre bloße Anwesenheit oder durch Körperkontakt mit dem Menschen in Form von „streicheln“ den Blutdruck senkten und den Herzschlag verlangsamten (vgl. Niepel 1998, S. 15).

Moderne Wissenschaftler mussten also laut Greiffenhagen (2007, S. 14) die Weisheit der Alten aus den vergangenen Jahrhunderten wieder neu entdecken. Doch obwohl die zugrunde liegende wissenschaftliche Theorie der Praxis in diesem Wissenschaftszweig hinterher folgte, lässt sich in der Praxis von einer Revolution sprechen, „[...] die weite Gebiete von Pädagogik, Therapie und Resozialisation erfasste: Die Einsicht, dass Tiere den Menschen nicht nur Fleisch liefern, Lasten tragen und Gesellschaft leisten, sondern helfen und heilen können, führte zu einer weltweiten Bewegung [...]“ (ebd.). So begann die USA schon 1973 Besuchstiere in „Petmobiles“ zu Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen zu bringen und andere Länder zogen mit dieser Idee nach (vgl. Olbrich 2002, S.64). 1977 wurde in den USA die Organisation „Delta Society“ unter der Leitung Michael McCullochs ins Leben gerufen, welche im Zuge des „Pet Partners Programm“ seit 1990 erfolgreich tiergestützte Interventionen in Spitälern, Pflegeheimen, Rehabilitationszentren, Schulen und anderen Einrichtungen durchführt und bis heute das Ziel einer Verbesserung der menschlichen Gesundheit durch Therapietiere verfolgt (vgl. Delta Society 2008). Die „Delta Society“ verdankt ihren Durchbruch einer anerkannten Durchführung von tiergestützten Interventionen in den Vereinigten Staaten, vor allem ihrem großen Beitrag zum aktuellen Forschungsstand sowie ihrer Ausarbeitung von Standards und Richtlinien für tiergestützte Interventionen (siehe 2.2). Neben der Evaluation tiergestützter Interventionsprogramme durch die „Delta Society“ sorgt der Dachverband „International Association of Human Animal Interaction Organisations“ (IAHAIO) mit Sitz bei der „Delta Society“, für regelmäßige

interdisziplinäre wissenschaftliche Kongresse, die dem Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse dienen (vgl. Olbrich 2002, S. 64).

In der Republik Österreich haben sich zwei Institutionen, mit vergleichbaren Symposien und Kongressen, der Zielsetzung einer Implementierung von Tieren als therapeutische Begleiter in die Praxis zugewandt: Der Verein „Tiere als Therapie“ (TAT) der Veterinärmedizinischen Universität Wien und das „Institut für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung“ (IEMT). Darüber hinaus lässt sich in den letzten Jahren in Österreich, aber auch in Deutschland und in der Schweiz, eine wachsende Anzahl von Vereinen beobachten, die als „Einzelkämpfer“ jeweils unterschiedliche Richtlinien zur Prüfungsanforderung und Ausbildung von „Therapie-Teams“ aufstellen. Folglich bestehen aktuell unzählige kleine Verbände ohne einheitliche Basis nebeneinander, sodass mit dem Fehlen von allgemein gültigen Qualitätsstandards ein unqualifizierter Einsatz von Therapietieren unbehindert möglich wird (vgl. Röger-Lakenbrink 2006, S. 16). Mit der Gründung des europäischen Dachverbandes „European Society for Animal Assisted Therapy“ (ESAAT) im Jahre 2005 setzte man den ersten Schritt dieser aktuellen Entwicklung entgegenzutreten, indem der Verband auf gemeinsame Qualifikationsstandards und Ausbildungsanforderungen innerhalb Europas zielt (vgl. Röger-Lakenbrink 2006, S. 17).

Es bedarf der Anmerkung, dass darüber hinaus neben gemeinsamen Standards und Richtlinien in Europa vermehrt weitere eigenständige wissenschaftliche Publikationen von Nöten sind, welche die erfolgreiche und stetig wachsende Praxisergebnisse von tiergestützten Interventionen zu festigen vermögen. Tiergestützte Interventionen blieben der österreichischen Bevölkerung aufgrund mangelnder Öffentlichkeitsarbeit weitgehend verborgen. Obwohl sich in den letzten Jahren eine enorme Entwicklung vollzogen hat, besteht vielerorts immer noch eine unbegründete Hemmschwelle gegenüber tiergestützten Maßnahmen, sodass in Österreich noch lange nicht von einem weitreichenden, öffentlich akzeptierten und praxisimplementierten therapeutischen Einsatz von Therapietieren gesprochen werden kann. Die weitere Entwicklung wird zeigen, ob tiergestützte Interventionen in Österreich weiterhin eine Ausnahme darstellen werden.

2.2 Formen tiergestützter Interventionen

Im Zuge der geschichtlichen Entwicklung tiergestützter Interventionen wurde der Begriff „pet facilitated therapy“ zum Schlagwort dieses neuen Wissenschaftszweiges (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 14). Diesem Begriff unterlag jedoch im angloamerikanischen Raum seit Beginn der wissenschaftlichen Erforschung eine Vielzahl anderer Fachausdrücke, welche es im Folgenden nach Niepel (1998, S. 60f) zunächst abzugrenzen gilt, bevor eine Klärung der Begriffe bzw. Formen tiergestützter Interventionen für den deutschsprachigen Raum vorgenommen wird:

1. *Pet Therapy (PT)*: Therapie mit Haustieren

Dieser Begriff gilt als älteste Bezeichnung für jegliche Form des Einsatzes von (Haus-)Tieren in der Therapie.

2. *Pet facilitated Therapy (PFT)*: (Haus)tiergestützte Therapie

Der Zusatz der „gestützten“ Therapie bringt zum Ausdruck, dass Tiere therapeutische Maßnahmen nicht ersetzen, sondern ergänzen. Tiere fungieren nicht als Therapeuten, sondern als Co-Therapeuten, die den professionellen menschlichen Helfern als zusätzliche Helfer mit besonderen Qualitäten unterstützen.

3. *Pet facilitated Psychotherapy (PFP)*: (Haus)tiergestützte Psychotherapie

Die Begriffsveränderung von „Therapy“ auf „Psychotherapy“ betont die Wirkung der Tiere unter psychologischen Aspekten.

4. *Animal facilitated Therapy (AFT)*: tiergestützte Therapie

Mit dem Begriff „animal“ soll deutlich gemacht werden, dass nicht nur Haustiere zur tiergestützten Therapie erfolgreich eingesetzt werden können, sondern auch nicht gezähmte bzw. domestizierte Tiere wie zum Beispiel Delfine.

Diese Fülle an Bezeichnungen verursachte Verwirrung und Chaos bis von der Delta Society zwei standardisierte Begriffe offiziell eingeführt wurden und bis heute allgemein gültige Verwendung erfahren (vgl. Niepel 1998, S. 61; Vernooij 2008, S. 30):

- *Animal Assisted Activities (AAA)*
- *Animal Assisted Therapy (AAT)*

Die AAA bieten unterstützende Einwirkungsmöglichkeiten, um positive Wirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen zu erzielen. Tier und Tierhalter suchen dabei unterschiedliche Institutionen auf, wobei das Geschehen durch gemeinsame Aktivitäten zwischen dem Tier und einer Einzelperson oder auch Gruppen und/ oder durch die bloße Anwesenheit des Therapietieres bestimmt wird. In den „Standards of Practice for Animal-Assisted Activities and Therapy“ ist folgende Definition der Delta Society enthalten: *"AAA provides opportunities for motivational, educational, recreational, and/or therapeutic benefits to enhance quality of life. AAA are delivered in a variety of environments by specially trained professionals, paraprofessionals, and/or volunteers, in association with animals that meet specific criteria"* (Delta Society 2008b).

Im Gegensatz dazu wird die AAT definiert als eine *„...goal-directed intervention in which an animal that meets specific criteria is an integral part of the treatment process. AAT is directed and/or delivered by a health/human service professional with specialized expertise, and within the scope of practice of his/her profession. AAT is designed to promote improvement in human physical, social, emotional, and/or cognitive functioning [cognitive functioning refers to thinking and intellectual skills]. AAT is provided in a variety of settings and may be group or individual in nature. This process is documented and evaluated“* (ebd.). Die AAT stellt also eine Maßnahme dar, welche durch einen integrierten tierischen Einsatz ein festgelegtes und begründetes Behandlungsziel verfolgt, wobei der Prozessverlauf und die Effektivität der Befindlichkeitsverbesserung bzw. -förderung zu dokumentieren ist. Laut der Delta Society (2008b) bedeutet dies, dass tiergestützte Interventionen nur dann als Therapie bezeichnet werden können, wenn erstens der Arbeit eine präzise und begründete Zielsetzung zu Grunde liegt, zweitens, wenn die Arbeit ein Bestandteil in der professionellen Arbeit qualifizierter Fachkräfte ist und drittens, wenn der Behandlungsprozess dokumentiert und evaluiert wird.

Im deutschsprachigen Raum lassen sich keine derartigen standardisierten Begriffe finden. Vielmehr trifft man in der Literatur im Zusammenhang mit tiergestützten Interventionen auf folgende drei Oberbegriffe, die unterschiedliche

Formen tiergestützter Interventionen darstellen und jeweils wiederum verschiedene Formen subsumieren:

- *Tiergestützte Aktivität (TG A)*

„Unter tiergestützter Aktivität sind Interventionen im Zusammenhang mit Tieren zu verstehen, welche die Möglichkeit bieten, erzieherische, rehabilitative und soziale Prozesse zu unterstützen und das Wohlbefinden von Menschen zu verbessern. Sie werden durchgeführt von mehr oder weniger ausgebildeten Personen unter Einbezug eines Tieres, welches für den Einsatz geeignet sein sollte, das heißt welches spezifische Merkmale aufweisen sollte. [...] Ziel der Tiergestützten Aktivität ist die allgemeine Verbesserung des Wohlbefindens“ (Vernooij 2008, S. 34). Tiergestützte Aktivitäten werden zum größten Teil in Form von so genannten *Tierbesuchsprogrammen* durchgeführt, welche daher einer näheren Betrachtung bedürfen.

In der Regel sind Tierbesuchsprogramme in allen Institutionen denkbar, die einen Besuchsdienst aufweisen wie z.B. Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Schulen und Kindergärten, soziale Einrichtungen, betreute Wohnungen, Hospize und Gefängnisse (vgl. Otterstedt 2001, S. 193). Bisweilen erfolgt die größte Nachfrage im deutschsprachigen Raum jedoch aus Alten- und Pflegeheimen, wodurch auch ein Großteil der Studienergebnisse aus diesem Bereich stammt.

Bei dieser Form der tiergestützten Intervention handelt es sich meist um ehrenamtlich arbeitende Personen, die mit ihrem Tier Bewohner einer Institution in unterschiedlicher Häufigkeit und Dauer besuchen, wobei der Ablauf ihres gebotenen Programms weder zielgesetzt und überlegt noch strukturiert und dokumentiert sein muss (vgl. Vernooij 2008, S. 35). „In dieser Form des Einsatzes geht es nicht um die Integration des Hundes [bzw. Tieres] in ein Therapiekonzept, sondern einfach um die bloße Anwesenheit des Hundes [bzw. Tieres]“ (Niepel 1998, S. 79).

Die Gegenwart des Tieres stellt also die Grundlage dieser Form der tiergestützten Arbeit dar, während ihre Aktivitäten (mit ihren unterschiedlichen

gesundheitsförderlichen Wirkungsbereichen, auf welche im dritten Kapitel noch ausführlich eingegangen wird) wie beispielsweise streicheln, füttern, bürsten, spielen und ausführen zweitrangig sind.

Letztlich gilt festzuhalten: „Aus der Begegnung zwischen Mensch und Tier im Tierbesuchsdienst können Impulse mit pädagogisch und therapeutisch förderlichen Charakter entstehen. Der Erfolg der Tierbesuchsdienste jedoch liegt in einem viel grundlegenden Ziel. *Das Ziel der Begegnung ist die Begegnung selber*“ (Rauschenfels und Otterstedt 2003, S. 404).

- *Tiergestützte Pädagogik (TG P)*

„Unter Tiergestützter Pädagogik werden Interventionen im Zusammenhang mit Tieren subsumiert, welche auf der Basis eines (individuellen) Förderplans oder auf der Basis konkreter Lernziele vorhandene Ressourcen des Kindes stärken, weniger gut ausgebildete Fähigkeiten, insbesondere im emotionalen und sozialen Bereich, fördern und unterstützen sowie die Kompetenzen eines Kindes insgesamt verbessern sollen. [...] Ziele der Tiergestützten Pädagogik sind

- die Unterstützung von Entwicklungsfortschritten,
- die Initiierung von Lernprozessen in unterschiedlichen Bereichen“ (Vernooij 2008, S. 49).

Diese Definition macht deutlich, dass TG P als ein Oberbegriff zu verstehen ist, welcher anhand des Zieles eines Entwicklungsfortschrittes *Tiergestützte Förderung* und anhand des Zieles eines Lernfortschrittes *Tiergestützte Didaktik* umfasst (ebd.). Bei diesen zu differenzierenden Formen müssen anhand anderer Zielsetzungen verschiedene Zielgruppen und Durchführende unterschieden werden. Während in Form von Tiergestützter Förderung für junge Kinder, Kinder mit Beeinträchtigungen und Patienten in der Rehabilitation (z.B. nach einem Schlaganfall) Durchführende mit unterschiedlichen Berufsqualifikationen (z.B. Sozialpädagogen, Sprachheil- und Physiotherapeuten) und mit einem spezifisch trainierten Tier erforderlich sind, verlangt Tiergestützte Didaktik für Schulkinder mit Problemen im emotionalen und sozialen Bereich neben einem trainierten Tier qualifizierte Experten (in der Regel Lehrpersonal) im pädagogisch-

sonderpädagogischen Bereich (vgl. Vernooij 2008, S. 37ff). Darüber hinaus unterscheiden sich diese Formen im Gegensatz zur Tiergestützten Aktivität durch die Erfordernis zur Dokumentation.

- *Tiergestützte Therapie (TG T)*

„Unter Tiergestützter Therapie werden zielgerichtete Interventionen im Zusammenhang mit Tieren subsumiert, welche auf der Basis einer sorgfältigen Situations- und Problemanalyse sowohl das Therapieziel als auch den Therapieplan unter Einbezug eines Tieres festlegen. Sie sind auf eine gezielte Einwirkung auf bestimmte Leistungs- und/oder Persönlichkeitsbereiche, oder auf die umfassende Be- und Verarbeitung von konfliktreichem Erleben ausgerichtet. [...] Ziel der Tiergestützten Therapie ist die Verhaltens-, Erlebnis- und Konfliktbearbeitung zur Stärkung und Verbesserung der Lebensgestaltungskompetenz“ (Vernooij 2008, S. 44). Diese Definition beschreibt TG T als einen Oberbegriff, welcher *tiergestützte Fokalthérapien* im Sinne bereichsspezifischer Therapien wie Ergo-, Physio-, oder Sprachtherapien etc. als auch *tiergestützte Psychotherapien* umfasst, jeweils für Zielgruppen unterschiedlichen Alters, die in Folge einer psycho-physischen Störung oder Erkrankung eine Behandlung benötigen (vgl. Vernooij 2008, S.43ff).

Über diese Begrifflichkeiten hinaus betont Vernooij (2008, S. 51f) die in jüngster Zeit vorherrschende Kontroverse bezüglich des Begriffs Tiertherapie und seiner Abgrenzung zu Tiergestützter Therapie:

Unter Tiertherapie wird ein Therapieprozess verstanden, welcher ohne das Tier als Trägerfunktion (im Gegensatz zur TG T als integraler Bestandteil) grundsätzlich nicht durchführbar ist, sehr wohl aber ohne menschlichen Therapeuten wie beispielsweise bei der Hippo- oder Delfintherapie. Ohne fachkompetente Planung eines Therapiekonzeptes durch einen qualifiziert ausgebildeten Menschen können jedoch die Wirkungen, die das Tier allein erzielt, nicht als therapeutisch betrachtet werden. Daher sollte aufgrund eigener Indikationen, Behandlungsziele und -methoden eher von einer Sonderform der

Tiergestützten Therapie (TG T) und aufgrund der bestimmenden Position des Tieres eher von *Tiergetragener Therapie (TG T+)* gesprochen werden.

Im Unterschied zur TG T+ zeichnet sich TG T also dadurch aus, dass sich ihre Durchführenden aus einem Therapietier (als einem integralen Behandlungsbestandteil!) **und** einer therapeutisch qualifizierten Person zusammensetzen, welche Person zugleich den Hundeführer bzw. Tierhalter darstellen kann aber nicht muss. „Der Besitzer des Tieres – sofern er nicht selbst eine professionelle Ausbildung hat – darf nur in Anwesenheit des jeweiligen Spezialisten und unter dessen Anleitung sein Tier in den Behandlungsprozess integrieren“ (Röger-Lakenbrink 2006, S. 27).

Diese eben aufgezeigten unterschiedlichen Formen tiergestützter Interventionen unterliegen aber nicht nur ihren wesentlichen Abgrenzungskriterien sondern auch unterschiedlichen *methodischen Ansätzen*, welche verschiedene Formen der Begegnung darstellen um Tiere in die Intervention einzubeziehen. Grundsätzlich lassen sich bei allen tiergestützten Interventionsformen folgende Begegnungsformen nach Vernooij (2008, S. 146ff) unterscheiden:

- Die freie Interaktion

Unter dieser Form der Begegnung ist eine Interaktion zwischen Proband und Tier zu verstehen, welche ohne Anweisungen des Durchführenden (z.B. Tierhalter/Hundeführer oder Therapeut) erfolgt und so wenig wie möglich beeinflusst wird. Für die an der Interaktion Beteiligten entstehen daher breite Entfaltungsmöglichkeiten bezüglich ihres Verhaltens, ihrer Aktionen und Reaktionen.

- Die gelenkte Interaktion

Diese Begegnungsform stellt eine geplante Situation dar, wobei dem Tier und dem Probanden nur begrenzte Verhaltensmöglichkeiten gewährt werden, indem der Durchführende die Situation auf eine präzise Zielsetzung hin lenkt bzw. auf einen bestimmten Einwirkungsbereich fokussiert. Im Zuge der zielüberlegten

Intervention wird jedoch vom Durchführenden ein flexibles Reagieren abverlangt, weil häufig nichtvorhersehbare oder ungeplante Effekte bzw. (Verhaltens-) Äußerungen des Probanden und des Tieres zu berücksichtigen sind.

- Die ritualisierte Interaktion

Diese Form der Interaktion in der tiergestützten Intervention beruht auf einem Ritual, welches es im Sinne einer Konstanz oder einer immer wiederkehrenden Handlung vom Tier als auch vom Proband zu erlernen gilt. So kann z.B. das Anlegen eines bestimmten Halsbandes dem Hund signalisieren, dass die Zeit zu einem neuerlichen Einsatz gekommen ist. Dementsprechend können bestimmte Begrüßungs- oder Abschlussrituale als feste Bestandteile der Interaktion den Beteiligten gleichbleibende Rahmen- und Ablaufregeln bieten, welche aufgrund ihrer Beständigkeit und Vertrautheit das Gefühl von Sicherheit bewirken. Mensch und Tier kennen in der ritualisierten Interaktion den Situationsablauf und wissen was zu tun ist.

Otterstedt (2007, S. 343ff) hingegen unterscheidet fünf Grundmethoden der Begegnung zwischen Tier und Proband in der tiergestützten Arbeit, die es zu ergänzen gilt:

- Die Methode der freien Begegnung

Diese Methode stellt die Grundlage aller Methoden der tiergestützten Arbeit dar, eine freie Begegnung bedeutet eine selbstbestimmte Begegnung zwischen Mensch und Tier. Um sich aus freien Impulsen begegnen zu können, benötigen Mensch und Tier viel Raum, um Annäherung und Rückzug jederzeit zu gewährleisten. Dennoch stellt ein noch so großer Therapieraum einen begrenzten Ort der Begegnung dar, sodass eine freie Begegnung im Grunde genommen nur in der freien Natur gegeben ist, wenn sich die Begegnung aus gegenseitigem Interesse füreinander vollzieht. In den nachfolgend zu klärenden Methoden lassen sich jedoch Impulse der freien Begegnung integrieren.

- Die Hort-Methode

Im Zuge dieser Methode erfolgt die Begegnung zwischen Proband und Tier in einem klar abgegrenzten, beschützten Raum (Hort). Der begrenzte Kontaktraum ermöglicht sowohl eine Beobachtung des Tieres als auch eine beschützende Kontaktaufnahme. Die Begegnung im Hort (z.B. Gehege, Laufstall, Therapieraum) verlangt jedoch einen definierten Kontaktumgang, da sich im Hort nur begrenzte Rückzugsmöglichkeiten auffinden lassen.

- Die Brücken-Methode

Diese Methode umfasst die Überbrückung von direktem körperlichen Kontakt zwischen Proband und Tier mit Hilfe eines Gegenstandes (als sog. *verlängerter Arm* wie z.B. Leine, Leckerli, Bürste als auch die *geborgte Hand* des Therapeuten etc.) bis ggf. ein direkter taktiler Kontakt möglich wird. Aus Gründen körperlicher oder emotionaler Einschränkungen (z.B. Rollstuhlfahrer oder Berührungssängste) ist meist keine andere Form der Annäherung durchführbar. Wenn möglich sollten Brücken allerdings nur kurzfristig eingesetzt werden, da durch einen permanenten Fokus auf den eingesetzten Gegenstand wichtige Annäherungsphasen zwischen Mensch und Tier übersprungen werden, sodass eine gegenseitige Wahrnehmung und die Entwicklung einer Beziehung nur schlecht möglich sind.

- Die Präsenz-Methode

Der Inhalt dieser Methode umfasst das direkte Vorsetzen des Tieres, wodurch dem Probanden ein unmittelbarer Kontakt zum Tier ermöglicht wird. Eine direkte Präsentation ist immer dann erforderlich, wenn einerseits der Proband aufgrund einer starken körperlichen Einschränkung (z.B. Bettlägerige, Rollstuhlfahrer) und andererseits das Tier aufgrund seiner Körpergröße keinen direkten Kontakt aus eigenen Kräften aufsuchen kann. Um auch in dieser Methode Impulse der freien Begegnung gewährleisten zu können, bedarf es einem verantwortungsbewussten professionellen Durchführenden, welcher jederzeit eingreift, wenn es die Situation aus Sicherheitsgründen oder aus der Notwendigkeit einer Rückzugsmöglichkeit verlangt.

- Die Methode der Integration

Diese Methode zeichnet sich durch eine zielgesetzte Integration des Tieres in ein bestehendes therapeutisches bzw. pädagogisches Konzept aus. Sich der Instrumentalisierung bewusst, stellt das Tier als „lebendiges Hilfsmittel“ und als Teil einer fachlich professionellen Methode einen aktiven Part dar. Da diese Form der Begegnung mit Abstand den geringsten Freiraum für Mensch und Tier bietet, sei wiederum auf die Erfordernis eines verantwortungsbewussten Durchführenden verwiesen.

Für alle Formen tiergestützter Interventionen und für alle ihren möglichen zugrunde liegenden Begegnungsformen gilt, dass es sich um *tiergestützte* Arbeiten handelt und dass grundsätzlich unterschiedliche Tierarten wie Hunde, Katzen, Vögel, Kaninchen, Meerschweinchen als auch Pferde und Lamas sowie Nutztiere erfolgreich eingesetzt werden können (vgl. Vernooij 2008, S. 45).

2.3 Der Hund als Co-Therapeut

Anders als jedes andere Haustier ist der Hund in vielen Kulturen ständiger Begleiter des Menschen in allen Lebensbereichen. Der Hund als Gefährte in der Freizeit, Arbeit und im Familienleben ist für viele Menschen ein nicht mehr wegzudenkender Kamerad. Der innigen Beziehung zwischen Mensch und Hund liegt eine lange gemeinsame Geschichte zugrunde: einst schloss sich Mensch und Wolf zusammen. Aus ihrem gemeinsamen Zusammenleben, zugunsten gegenseitiger Vorteile, entsprang ein Bündnis, welches man ansonsten zwischen dem Menschen und einem anderen Tier nicht vorfindet. Als domestiziertes Tier übernahm der Hund die Rolle des Jagdgehilfen, des Hirten, des Wächters bis hin zu die des Freundes und des Dialogpartners. Als ältester Gefährte des Menschen übertrifft der Hund heute unsere Vorstellung von Freundschaft und Treue. Neben seinen traditionellen Dienstleistungsfunktionen zeichnet sich der Hund heute in der Rolle als Sozialpartner, als besonders geeigneter Co-Therapeut aus. Die bewusste Begegnung mit dem Hund im therapeutischen Kontext eröffnet neue Möglichkeiten in der Zusammenarbeit mit dem helfenden Kumpanen Hund:

gesundheitsförderliche Wirkungen in der Interaktion zwischen Mensch und Tier. „Der Hund kann eine wesentliche Stütze des Menschen sein – es wäre vielleicht angebracht, mehr darüber nachzudenken, wie wir unseren Hunden auch etwas zurückgeben können“ (Niepel 1998, S. 9)

2.3.1 Domestikation: Vom Gebändigten zum Therapeuten

Der Hund (*Canis familiaris*) ist das vom Menschen älteste domestizierte Tier. Archäologische Funde beweisen, dass bereits vor 14 000 Jahren v. Chr. Haushunde als Freund und Helfer existiert haben (vgl. Clutton-Brock 1995, S. 10). Laut Schleidt u. Shalter (2003, S. 57ff) lässt sich jedoch nicht einfach von einer Domestikation des Hundes durch den Menschen sprechen, vielmehr handelt es sich um eine Koevolution zwischen Mensch und Hund: Da ein Kontakt zwischen Mensch und Wolf (*Canis lupus*) schon vor 50 000 Jahren v. Chr. stattfand, war der Wolf als Vorfahre des Hundes ständiger Begleiter der menschlichen Kulturentwicklung. Aufgrund ihrer gemeinsamen Geschichte müssen die entwicklungsgeschichtlichen Veränderungen von Wolf und Mensch als Prozess einer Koevolution betrachtet werden. Somit fand nach Reed (1969) die gezielte Domestikation des Hundes im Sinne der Haustierwerdung erst mit Beginn der Sesshaftigkeit der Menschen statt, als man Hunde bzw. Wölfe und folglich auch andere Tiere auf bestimmte Merkmale hin, zu Nutzen des Menschen als Haus-, und Nutztiere, zu züchten begann (vgl. Beckmann 1994, S. 105).

In Anlehnung an Beckmann (1994, S. 102) soll Domestikation als eine „allmähliche Umwandlung von Wildtieren in Haustiere durch den Menschen“ verstanden werden: „Der Mensch [...] hält zu seinem Nutzen über Generationen hinweg Tiere, die veränderten Lebensbedingungen, z.B. durch die Ernährung oder die Beeinflussung der Partnerwahl, unterworfen sind. Durch letzteres ersetzt er die natürliche Selektion durch eine künstliche, nach bestimmten Richtlinien vorgenommene Auslese. Als Folge davon ergeben sich physiologische und morphologische Veränderungen, die sich im Laufe der Generationen genetisch fixieren [...]“. Unter Anbetracht dieser Begriffsklärung wird deutlich, dass der Wolf sich als Folge der Domestikation zum Hund mit veränderten Merkmalen wie z.B. einer erhöhten Kooperations- und Sozialbereitschaft entwickelt hat. „Als der wilde Wolf zum Haushund wurde, machte er seinen Herrn und dessen Familie zu

seinem Ersatzrudel. Der Urinstinkt des Wolfes, nämlich seinem Rudel treu zu bleiben, ist dem Hund geblieben, er hat ihn auf die Menschenfamilie übertragen“ (Forman u. Niederwieder 2000, S. 56). Mensch und Hund zogen aus ihrer geschlossenen Gemeinschaft gegenseitig Nutzen und Vorteile, ihr Zusammenhalt als Einheit hält bis heute an. Der Haushund nahm in der Geschichte der Menschen immer einen bedeutenden Platz ein. Hunde gewährleisteten dem Menschen Unterstützung und Entlastung: „Sie ‚erleichterten‘ ihm die Jagd, gaben ihm Schutz vor Fremden und Feindseligen, machten körperliche Arbeit nicht nur leichter, sondern auch effizienter und vermittelten nicht zuletzt Gefühle des Vertrautseins, der Geborgenheit, der sympathischen Nähe“ (Bergler 1986, S. 12). Anfangs fand der Hund seine Funktion als Abfallverwerter und Gefährte bei der Jagd, nach und nach erhielt er seine heute traditionellen Funktionen wie etwa als Schutzhund, als auch als Hüte-, Wach-, und Spürhund sowie als Rettungs- und Servicehund. Dennoch war der Hund nie ausschließlich Dienstleistungsträger bzw. reines Nutztier, als Partner und Seelentröster der so eng mit dem Menschen zusammenlebt, findet sich kaum ein anderes Tier (vgl. Niepel 1998, S. 7). Die Rolle des Hundes als Sozialkumpan liegt der besonderen Beziehungsqualität zwischen Mensch und Hund zugrunde, welche Gegenstand des nächsten Abschnittes dieser Arbeit (siehe 2.3.2) sein wird, in dem auf die Beziehung zwischen Mensch und Tier eingegangen wird.

Wir Menschen haben also durch künstliche Selektion Hunde mit bestimmten Verhaltenseigenschaften für bestimmte Aufgaben gezüchtet. Neben der Vergesellschaftung des Wolfes zum Hund und der Domestikation im Sinne der Züchtung von Gebrauchshunden nach den für den Menschen nützlichen Gesichtspunkten, gelang dem Menschen darüber hinaus ein weiterer Schritt, indem Hunde heute durchaus mehr als nur eine traditionelle Funktion zu leisten vermögen. „Tiergestütztes Helfen und Heilen bedeutet eine neue und vermutlich die intensivste Stufe tierischer Domestikation: Tiere sollen nicht nur für diese oder jene Funktion im Dienste des Menschen ausgebildet werden, sondern durch ihre bloße Existenz selbst hilfreich sein“ (Greiffenhagen 2007, S. 20). Tiergestütztes Arbeiten stellt ein neues Aufgabenfeld dar, bei welchem der Hund als Co-Therapeut seine besonderen Talente unter Beweis stellen kann. Der Teamarbeit zwischen Mensch und Hund liegt eine jahrtausendlange Geschichte zugrunde, als bedingungsloses Unterstützungsangebot gilt es auch das Arbeiten des Co-

Therapeuten zu erkennen. Der Beruf des Therapiehundes darf weder unterschätzt noch belächelt werden. Es gilt das aufrichtige tiergestützte Arbeiten des Hundes wertzuschätzen und anzuerkennen, sodass es gleichsam wie die geachteten traditionellen Berufsfelder des Hundes allorts seinen Platz und Nachfrage findet. „Hunde haben ein spezifisch tierisches und spezifisch hundliches Therapiepotential – finden wir uns doch damit ab, daß Hunde uns in manchen Bereichen etwas voraus haben“ (Niepel 1998, S. 94).

2.3.2 Die Mensch-Hund-Beziehung

Neben konkreten Dienstleistungen bieten Hunde eine wertvolle Freundschaft, die einer innigen Beziehung zum Menschen zugrunde liegt. Der Hund in der Rolle des Co-Therapeuten erhält seine Funktion als Sozialpartner, niemals sollte er in der tiergestützten Arbeit ein „Werkzeug“ zu Nutzen des Menschen darstellen. Daher soll nun neben dem bereits skizzierten Aspekt des Hundes als Dienstleistungsträger, welcher der wirtschaftlichen Kategorie der Mensch-Tier-Beziehung zuzuordnen ist, auf den kulturell-sozialen Aspekt der Beziehung eingegangen werden, der je nach Kultur unterschiedliche soziale, religiöse, symbolische, philosophische und wissenschaftliche Haltungen gegenüber Tieren impliziert. „Die Geschichte der Beziehung zwischen Mensch und Tier bewegt sich zwischen diesen beiden Polen: der Verwendung, der Kontrolle einerseits und der Sehnsucht nach dem ‚Bruder-Tier‘, der Hingabe andererseits“ (Körner 1996, S. 32).

In Anbetracht der kulturell gesellschaftlichen Bedingungen der Mensch-Tier-Beziehung lässt sich von den frühen Jäger-Sammlerkulturen bis hin zu den modernen westlichen Gesellschaften ein sozialer Bedeutungswandel von Hunden bzw. Tieren zurückverfolgen. Die soziale Haltung der Jäger-Sammlerkulturen gegenüber Tieren war von Mythen beeinflusst, das Tier galt in der Frühzeit als Gottheit bzw. als Vermittler zwischen Menschen und Göttern (vgl. Otterstedt 2003, S. 16). Die Frühmenschen sahen den Hund in der Rolle des Schöpfers und Überbringers, als Wächter und Richter wurde er geachtet, dem Menschen hatte er sein beseeltes Wesen gleich. (vgl. Kusztrich 1988, S. 177f).

Mit der Zivilisierung der Menschen festigte sich als Folge eines zunehmenden engeren Zusammenlebens im Zuge der Domestikation eine soziale Beziehung zum Hund. Mit der Kultivierung entfernte sich der Mensch jedoch gleichzeitig aus der gemeinsamen Geschichte als Tier unter Tieren, indem er die Kontrolle über den Hund übernahm und ihn für sich zu verwenden lernte (vgl. Körner 1996, S. 46). Die durch die Domestikation stattfindende Distanz zwischen Mensch und Tier gilt als Voraussetzung für einen entscheidenden Einschnitt in der Geschichte der Beziehung zwischen Mensch und Tier durch die Kultur der Buchreligionen. Der Eingottglaube ordnet dem Tier zunächst eine untergeordnete Stelle zu, indem unter der Überlegenheit des Menschen das Tier zum Nutzen der Menschen geschaffen worden sei, später erlebt diese Anschauung unter René Descartes (1596-1650) mit der Überzeugung tierischer Schmerz-, Verstands-, Gefühls-, und Seelenlosigkeit ihren Höhepunkt (vgl. Otterstedt 2003, S. 18ff).

Erst in der jüngsten Gegenwart, auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, entstand wieder eine zunehmende Gleichstellung zwischen Mensch und Tier. „Im Umweg über Wissenschaften, die der Mensch selbst in Gang gesetzt hat, werden uns heute die Augen geöffnet für Verbindungen, die eine tiefe Gemeinschaft zwischen Tier und Mensch vermuten lassen“ (Greiffenhagen 2007, S. 20). Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Ähnlichkeiten zwischen Mensch und Tier führten zunehmend zu Tierrechten und zum Tierschutz. Betrachtet man die gesetzlichen Bemühungen für das „Bruder-Tier“ als „Zeichen für menschliche Tierliebe, dann ist die Tierliebe ein modernes, in der Mensch-Tier-Beziehung sehr spät auftauchendes Phänomen“ (Körner 1996, S.46). Mittlerweile scheint die moderne westliche Kultur Gefahr zu laufen mit der Tierliebe gegenüber dem Hund als Sozialpartner zu übertreiben: Dem Hund als Familienmitglied, Kinderersatz oder Lebenspartner werden Geburtstagsfeste unter Artgenossen sowie Frisörtermine gewährt, er schläft im Bett des Menschen und erhält seinen Regenmantel bei schlechtem Wetter. Wenngleich es dieses moderne Phänomen der Vermenschlichung zu kritisieren gilt, sei auf die natürliche Affinität zwischen Mensch und Hund verwiesen, welche Jahrtausende bemerkenswert überdauern konnte, sodass auf ihrer Basis der Hund neben seinem Nutzaspekt heute besonders unter dem Beziehungsaspekt als menschlicher Gefährte und Partner seine Beachtung erfährt (vgl. Vernooij 2008, S. 25).

Diesem Hinweis entsprechend soll nun geklärt werden, auf welchen generellen Modellen die Beziehung zwischen Mensch und Hund aufbaut bzw. welchen wissenschaftlichen Konzepten die besondere Verbindung zwischen Mensch und Hund zugrunde liegt. Die Biophilie-Hypothese sowie das Konzept der Du-Evidenz gelten unter anderen zur Klärung der Mensch-Tier-Beziehung sowie zum Verständnis der positiv auslösenden Wirkungen von Tieren auf den Menschen als elementar.

Die *Biophilie-Hypothese* von Wilson (1996) und Kellert (1997) basiert auf der Evolutionslehre und geht davon aus, dass sich vor dem Hintergrund einer biologischen Fundiertheit und Angeborenheit eine Affinität des Menschen zur Vielfalt des Lebens und zur Natur entwickelt hat (vgl. Beetz 2003, S. 80). In dem von den Autoren gemeinsam herausgegebenen Sammelwerk (1993) wird Biophilie als eine Verbundenheit zu anderen Lebewesen beschrieben, als Bedürfnis des Menschen „[...] mit anderen Formen des Lebens in Verbindung zu sein, sowohl mit der Vielfalt von Lebewesen selbst als auch mit Landschaften, Ökosystemen oder Habitanten [...]“ (Olbrich 2002, S.38). Bezug nehmend auf die These einer physischen, emotionalen und kognitiven Hinwendung zu Leben und zu Natur unterscheidet Kellert (1993) folgende neun Perspektiven der Bezugnahme von Menschen zur Natur, welche mannigfaltige Formen der Verbundenheit zwischen Mensch und Natur bzw. Tier darstellen und jeweils in der Evolutionsgeschichte adaptiven Wert besitzen: die utilitaristische, naturalistische, ökologisch-wissenschaftliche, ästhetische, symbolische, humanistische, moralische, dominierende und negativistische Perspektive (vgl. Olbrich 2003, S. 70ff). Diese unterschiedlichen Formen der Anziehungskraft zwischen dem Mensch und anderen Lebewesen lassen sich wie in allen Gesellschaftsebenen auch in der tiergestützten Intervention auffinden, indem durch die Anwesenheit des Tieres „evolutionär bekannte“ Situationen geschaffen werden, die sozial heilsame Effekte auslösen (vgl. Olbrich 2003, S. 76). „Wer Tiere an sich bindet, wird mit einer Gefühlsintensität und Stabilität der Beziehung belohnt, die in der Welt der Erwachsenen kaum mehr anzutreffen ist“ (Rhein 1994, S.94).

Eine weitere Grundlage der Beziehung zwischen Mensch und Tier stellt die *Du-Evidenz* dar. Die Du-Evidenz findet ihren Erwährungsbedarf in dieser Arbeit

aufgrund der Tatsache, dass laut Greiffenhagen (2007, S. 22ff) dieses Phänomen für das tiergestützte Arbeiten von Tieren ein unumgängliches Erfordernis darstellt, indem das Konzept der Du-Evidenz davon ausgeht, „dass zwischen Menschen und höheren Tieren Beziehungen möglich sind, die denen entsprechen, die Menschen unter sich beziehungsweise Tiere unter sich kennen“. Sobald der Mensch ein Tier als „Du“ evident wahrnimmt ist der Grundstock für eine Partnerschaft gelegt, einer sozialen Beziehung welche aufgrund gewisser Ähnlichkeiten zwischen Mensch und Tier einer zwischenmenschlichen Beziehung sehr nahe kommt: „Ideale Haustiere ähneln uns in Geschwindigkeit und Bewegung und bewohnen den selben Wahrnehmungsraum. Hier erkennen wir ihre Körpersprache, Furcht, Wut, Neugierde und Freude als unsere eigene“ (Rheinze 1994, S. 27). Der deutlichste Beweis für die Entschlossenheit des Menschen ein Tier als Partner wahrzunehmen liegt in der Namensgebung des Tieres. „Mit dem Namen wird das Tier aus der Menge seiner Artgenossen herausgehoben, bekommt Individualität. Die Namensgebung macht das Tier zum Teil der Familie, zum Adressanten von Ansprache und Zuwendung, zum Subjekt mit Bedürfnissen und Rechten, denen ebenso entsprochen wird wie im Falle der menschlichen Mitglieder“ (Greiffenhagen 2007, S. 23).

Der Beziehung zwischen Mensch und Hund liegt also eine besondere Verbundenheit zugrunde, die durch wissenschaftliche Konzepte begründbar ist. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der therapeutische Nutzen des Hundes aus der besonderen sozialen Beziehung zum Menschen, auf dem Hintergrund seiner Domestikation und seiner fortwährenden Begleitung der menschlichen Kulturentwicklung entspringt (vgl. Otterstedt 2001, S. 138; Serpell 1990, S.109). Zahlreiche Argumente sprechen dafür den Hund in der tiergestützten Arbeit gegenüber anderen Tieren Vorzug zu gewähren. Unter allen Tierarten ist der Hund der einzige, der den Menschen seiner Gattung vorzieht, anders als viele Haustiere muss er weder festgebunden noch eingesperrt werden, der Hund bleibt freiwillig in der Nähe seiner Bezugsperson (vgl. Kusztrich 1988, S.86ff). Diese besondere Bindung zum Menschen ermöglicht den Einsatz des Hundes auf vielfältige Art und Weise, wenngleich sein tierisches Unterstützungsangebot in nahezu allen Lebensbereichen des Menschen als auch in allen Formen tiergestützter Interventionen Brauchbarkeit erfährt (vgl. Vernooij

2008, S. 185). Der vielfältigen Einsatzfähigkeit des Hundes liegt darüber hinaus seinem breiten Repertoire an Verhaltenseigenschaften zugrunde. Der Hund bietet als anhänglicher, ansprechbarer, lenkbarer, kooperativer und lernfähiger Partner eine optimale soziale Voraussetzung, um als menschlicher Begleiter Erfolg zu haben, seine Talente zeichnen ihn als besonderen Begleiter aus, zu welchem der Mensch im Vergleich zu anderen Tieren den „aktivsten“ Dialog und die tiefste Verbundenheit findet (vgl. Otterstedt 2001, S.138ff; Ochsenbein 1992, S. 65f). Das vielfältige Verhaltensrepertoire des Hundes ermöglicht die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse: „Dem Wunsch, geliebt zu werden und sich für andere und für sich selbst wertvoll zu fühlen. Hunde besitzen die Fähigkeit, Liebe und beruhigende Berührungen zu schenken, ohne dabei herablassend, kritisch oder verletzend zu wirken und ein Gefühl der Dankesschuld zu erzeugen“ (Calabrò 1999, S. 332, zit. n. Pohlheim 2006, S. 71).

Der Hund stellt eine Besonderheit unter den Haustieren dar. Seine natürlichen Fähigkeiten lassen eine Beziehung zum Menschen auf der Basis emotionaler Zugewandtheit zu, sodass sich der Hund zum besonders geeigneten therapeutischen Begleiter befähigt (vgl. Vernooij 2008, S. 185). Es sei jedoch nach Niepel (1998, S.92) darauf aufmerksam gemacht, wonach Hunde im Vergleich zum Menschen keine besseren Therapeuten darstellen. Vielmehr ist der Hund aufgrund seiner besonderen tierischen Qualitäten ein anderer Therapeut, welcher bestimmte Dinge zu leisten vermag, die selbst vom therapeutisch geschulten Menschen nicht leistbar sind. Als Team Mensch und Hund auf der Grundlage ihrer besonderen Beziehung vermögen sie gemeinsam allerdings Außerordentliches zu erzielen.

2.3.3 Voraussetzungen und Auswahlkriterien für einen Therapiehund

„Die wichtigste Voraussetzung für die Ausbildung und den späteren Einsatz des Therapiehundes ist die Bindung zu ‚seinem Menschen‘“ (Röger-Lakenbrink 2006, S. 34). Um von einem Therapiehund sprechen zu können, muss dieser jedoch neben einer festen und vertrauensvollen Beziehung zu seinem Menschen bzw. Hundeführer, gewissen Kriterien entsprechen und bestimmte Anforderungen erfüllen. Denn nicht einfach jeder freundlich gesinnter Hund eignet sich für die

besondere Aufgabe eines Therapierieres, sich dem Menschen bedingungslos zuzuwenden, um geistiges und körperliches Wohlergehen zu fördern. Bevor jedoch auf das breite Spektrum von Anforderungen wie bestimmte Wesens- und Verhaltenseigenschaften, Gehorsam, Gesundheitszustand und äußerliche Merkmale eingegangen werden soll, muss zunächst auf eine wesentliche Divergenz von sozialen Unterstützungsfunktionen von Hunden und den dafür unterschiedlichen Erfordernissen hingewiesen werden: die der Service- und die der Therapiehunde.

Therapiehunde werden hierzulande häufig aufgrund ihres geringen Bekanntheitsgrades mit Servicehunden, zu denen Blindenführ-, Behindertenbegleit-, Signal-, und Epilepsiehunde zählen, verwechselt, obwohl sie sich jedoch in ihrer Funktion grundlegend voneinander unterscheiden. Während Therapiehunde für therapeutische Zwecke eingesetzt werden, erbringen Servicehunde Dienste, die menschliche Beeinträchtigungen zu kompensieren vermögen, sodass unter anderem der Blindenführhund seine Aufgabe in der Orientierungshilfe, der Behindertenbegleithund im Öffnen von Türen und Aufheben von Gegenständen bei motorisch beeinträchtigten Menschen (z.B. Rollstuhlfahrer), der Signalhund im Melden von Geräuschquellen bei hörbehinderten Menschen und der Epilepsiehund in der Vorhersage und Frühwarnung von epileptischen Anfällen findet (vgl. Hornsby 2000, S. 5ff). Bei Therapiehunden lassen sich, im Vergleich zu Servicehunden mit unterschiedlichen Serviceleistungen, verschiedene soziale Dienste in Form von unterschiedlichen tiergestützten Einsätzen unterscheiden, welche von Niepel (1998, S. 89) folgendermaßen zusammengefasst werden:

- „Der Hund wird als Institutions-/Sozialhund gehalten, „arbeitet“ sozusagen selbstständig und ganztägig, lebt in den Räumlichkeiten der Institution.
- Der Hund wird ebenfalls als Institutionshund gehalten, lebt jedoch im Zwinger, aus dem er zeitweise zwecks therapeutischem Einsatz herausgeholt wird.

- Mitarbeiter einer Institution bringen ihren eigenen Hund mit an ihren Arbeitsplatz, wo er quasi „mitläuft“, also keine gezielte Funktion zu erfüllen hat.
- Mitarbeiter einer Institution (bzw. selbstständig Tätige) setzen ihren eigenen Hund (stundenweise) gezielt in ihrer Tätigkeit ein
- Einem Patient/Klient wird ein Hund zur (stundenweise) Pflege überlassen.
- Ausgebildete Therapiehunde werden von außerhalb in eine Institution für gezielte therapeutische Sitzungen gebracht.
- Ehrenamtliche Helfer besuchen mit ihren eigenen Hunden Institutionen.“ (Niepel 1998, S. 89)

Betrachtet man diese Auflistung genauer, wird deutlich, dass man grundsätzlich zwischen drei Formen des tiergestützten Einsatzes eines Therapiehundes unterscheiden muss, wobei die beiden erstgenannten Formen zu den tiergestützten Aktivitäten zählen:

- Hunde als Bestandteil einer Einrichtung
- Tierbesuchsprogramme
- Tiergestützte Interventionen im therapeutischen bzw. pädagogischen Bereich (vgl. Vernooij 2008, S. 151).

Im Hinblick auf diese unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten ist es wichtig anzumerken, dass man nach dem jeweiligen Einsatz eines Therapiehundes von einem Therapiebegleithund bzw. Sozialhund spricht. Während Therapiebegleithunde „in begleitender und unterstützender Funktion in therapeutische Prozesse oder Konzepte eingebunden werden“, kennzeichnen sich Sozialhunde dadurch aus, dass sie „zeitweilig für die Begegnung mit Menschen eingesetzt werden, um deren Wohlbefinden zu erhöhen oder bei der Entwicklung bestimmter Kompetenzen als hilfreiches Medium fungieren“ (Vernooij 2008, S. 191). Folgende Tätigkeitsfelder lassen sich daher nach Vernooij (2008, S. 193) unterscheiden:

Therapiebegleithunde (tiergestützte Therapie):

- Psychiatrische Einrichtungen
- Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken
- Therapeutische und psychotherapeutische Verfahren

Sozialhunde (tiergestützte Aktivität und/ oder Pädagogik):

- Senioren- und Pflegeheime
- Hospize
- Krankenhäuser und Rehabilitationszentren
- Kindergärten, Schulen und Förderschulen/ -zentren
- Strafvollzug

Darüber hinaus kann ein Therapiehund immer nur im Team mit seinem Hundeführer in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern eingesetzt werden, denn Hund und Hundeführer bilden im Einsatz das Therapiehundeteam, welches aufeinander angewiesen und voneinander abhängig ist (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 394). Die Tatsache, dass der Therapiehund seine Arbeit ausschließlich nur in Kooperation mit seinem geschulten Hundeführer erfolgreich ausführen kann, wird Gegenstand des Abschnittes 4.3.2 in dieser Arbeit sein, in welchem auf die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einsatz ausführlich eingegangen werden soll.

Unter dem Aspekt des Hundeführers lässt sich eine weitere Differenzierung zwischen Therapiehund und Servicehund vornehmen. Beim Servicehund stellt der betroffene Mensch selbst den Hundeführer dar, im Vergleich dazu entspricht der Hundeführer eines Therapiehundes zugleich seinen Besitzer und Ausbilder von Welpenalter an. Im Zusammenhang damit unterliegt den Hunden auch jeweils eine unterschiedliche Ausbildung. Servicehunde werden als Welpen für ihren Besitzer gezielt ausgewählt und auf eine spezielle Dienstleistung hin – im Hinblick auf die Behinderungsart seines zukünftigen Besitzers - durch Spezialisten ausgebildet (vgl. Vernooij 2008, S. 187). Im Gegensatz dazu besteht die

Ausbildung von Therapiehunden „eher in einer gezielten Auswahl bezüglich ihres Wesens und ihrer gezielten Aufzucht, Prägung, Sozialisierung und Vorbereitung im Hinblick auf ihre späteren möglichen Einsatzfelder“ (Niepel 1998, S. 89).

Demzufolge kommt der Wesenseigenschaft eines zukünftigen Therapiehundes eine große Bedeutung zu, da ein Therapiehund im Zuge seines Einsatzes Belastungen ausgesetzt ist, die es nur durch „eine Wesensstärke, die sich durch ein hohes Maß an Ausgeglichenheit auszeichnet“ unbeschadet zu bewältigen gilt, „wenn Tier und Tierhalter unbekanntem Gegenständen, Geräuschen, Verhaltensweisen etc. begegnen, z.B. laute Essenswägen, Schreie von Menschen, ausgeprägte Körpersprache, Gehstock, Rollator und elektrischer Rollstuhl“ (Otterstedt 2007, S. 464). Es werden von einem Therapiehund Wesens- und Verhaltenseigenschaften abverlangt, die ihn befähigen z.B. in möglicher Bedrängnis oder sogar bei Schmerzzufügung motorisch ungeschickter Personen, durch eine hohe Reizschwelle gegenüber ungewohnten optischen, akustischen, olfaktorischen und taktilen Reizen und durch eine absolut niedrige Aggressionsneigung, die Ruhe bewahren zu lassen (vgl. Niepel 1998, S. 97). Der Mensch kann den Aufbau solcher Eigenschaften durch eine gute Sozialisierung und Prägung unterstützen, indem er den Hund schon früh an Personengruppen und Reizen, die sein zukünftiges Einsatzfeld umfassen, gewöhnt und vorbereitet. Die Fähigkeit, selbstständig auf fremde Menschen zuzugehen, aktiv menschliche Zuwendung einzufordern und Körperkontakt regelrecht zu genießen, muss ein Therapiehund jedoch selbst mitbringen (vgl. Niepel 1998, S. 100).

Diese erforderliche Eigenständigkeit eines Therapiehundes (in Form einer freien Begegnung zwischen Mensch und Tier), steht in einer scheinbaren Gegensätzlichkeit zur Intention des Gehorsams, da vom gehorsamen Hund eine geringe Eigeninitiative erwartet wird (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 392). Die Gehorsamsausbildung des Hundes stellt jedoch eine zentrale Voraussetzung für dessen tiergestützten Einsatz dar. Kontrollierbarkeit, Kommando- und Regelsicherheit müssen im Zuge einer Gehorsamsausbildung trainiert worden sein, sodass „das Tier von seinem Besitzer problemlos geführt, gelenkt und von unerwünschten Verhalten abgehalten werden kann“ (Vernooij 2007, S. 100). Ohne auf die vielfältigen und anspruchsvollen

Gehorsamsanforderungen näher einzugehen sei nach Niepel (1998, S. 102) betont, wonach deren Erfordernis den Schutz des Klienten als auch den Selbstschutz des Hundes gewährleisten soll.

Neben den bereits angeführten Voraussetzungen gilt ein optimaler Gesundheitszustand des Tieres als Selbstverständlichkeit. Die Anforderungen an den Gesundheitszustand des Therapiehundes in Form regelmäßiger Impfungen, Entwurmung und Pflege, einer stetigen Kontrolle auf Parasitenbefall und einer tierärztlichen Gesundheitsüberwachung erfahren nicht nur hinsichtlich einer möglichen Krankheitsübertragung ihre Bedeutung. Sie dienen zum Schutz des Menschen, da ein kranker, schmerzgeplagter Hund in seinem Verhalten nicht mehr vorhersagbar bzw. einschätzbar ist (vgl. Niepel 1998, S.105).

Darüber hinaus kommt den äußeren Merkmalen eines Therapiehundes ebenso Bedeutung zu, wenngleich äußerliche Aspekte im Gegensatz zum typischen Verhaltensprofil eine untergeordnete Rolle spielen. Merkmale wie eine mittlere Größe, eine helle Fellfarbe und eine lange, seidige und leicht wuschelige Fellbeschaffenheit des Hundes stellen zwar keine Vorbedingung dar, erfahren jedoch großer Beliebtheit (vgl. Niepel 1998, S. 108). Die Tatsache, wonach Hunde aller Größen und Formen eingesetzt werden können, bedeutet zugleich, dass zwischen Rassenhunden und Mischlingen kein Unterschied gemacht wird. „Für einen Einsatz in der tiergestützten Arbeit werden nicht so sehr besondere Zuchttiere oder sog. Modehunde benötigt, sondern vielmehr Tiere, die wesensstark und kommunikationsoffen sind, die eine hohe soziale Intelligenz besitzen“ (Otterstedt 2007, S. 103). Dennoch sei darauf hingewiesen, dass durch jahrhundertlange Zucht und Selektion nach Wesenseigenschaften Hunderassen entsprungen sind, von deren Vertretern (z.B. aus der Gruppe der Retriever) rassenspezifische und zuchtbedingte Eigenschaften erwartet werden, die sich für tiergestützte Einsätze anbieten (vgl. Zähler 2003, S. 373).

Aus jeder Zuchtrasse und ihren Mischlingen entspringen jedoch Individuen, von denen die einen sich gut für tiergestützte Einsätze eignen, die anderen wiederum nicht. Gewissheit bringt die sogenannte Eignungsprüfung für Therapiehunde, bei welcher alle erforderlichen Voraussetzungen geprüft werden. Die

Eignungsprüfung gilt wiederum als Voraussetzung für den Ausbildungskurs zum Therapiehund-Team mit praktischer und theoretischer Abschlussprüfung. An dieser Stelle sei auf Inge Röger-Lakenbrink (2006) verwiesen, welche in Anlehnung an die Empfehlungen und Vorgaben der „Delta Society“ Schwerpunkte der Eignungsprüfung, Ausbildung und Abschlussprüfung klar und ausführlich darstellt.

Letztlich gilt: „Der gute Therapiebegleithund wird nicht nur gezüchtet, er wird geformt, gefördert und ausgebildet. Trotzdem lässt man ihm seine Selbstständigkeit, fordert keine strenge Unterordnung. Für diese Arbeit braucht er Fähigkeiten (Sensibilität, Empathie, Fähigkeiten zu Kommunikation), die wir ihm nicht beibringen können. Wir spielen bei diesem Team die zweite Geige, der Hund ist der Star“ (Zähner 2003, S. 377).

3 Evidenzbasierte Wirkungen tiergestützter Interventionen

Im Blickfeld dieses Kapitels stehen die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tieren auf den Menschen. Demzufolge sollen unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung präventive, rehabilitative als auch therapeutische Wirkungen von Tieren dargestellt werden. Während im ersten Abschnitt das präventive und rehabilitative Wirkungsspektrum von Tierkontakt verdeutlicht wird, sollen im zweiten Abschnitt ausschließlich wissenschaftliche Studien, mit Einschränkung auf den geriatrischen Bereich herangezogen werden, um die therapeutischen Auswirkungen eines gezielten Tierkontaktes in Form von tiergestützten Interventionen speziell auf den pflegebedürftigen alten Menschen klären zu können. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit dem Dialog zwischen Mensch und Tier als Grundlage der therapeutischen Wirkungen am Beispiel des Hundes.

3.1 Die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tierkontakt: Stand der Forschungs- und Studienlage

Der Kontakt mit Tieren in Form von Tierhaltung sowie ein regelmäßiger, gezielter Tierkontakt in Form tiergestützter Interventionen vermag die menschliche Gesundheit nachweisbar zu fördern. Welche vielfältigen Einwirkungsmöglichkeiten Tiere auf die Gesundheit des Menschen haben können, gilt es anhand evidenzbasierter Untersuchungen aufzuzeigen. Zunächst soll jedoch angeführt werden, was unter Gesundheit überhaupt zu verstehen ist.

Das Verständnis von Gesundheit ist komplex und in ständiger Bewegung. Vielfach wird noch immer die medizinisch-wissenschaftliche Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit herangezogen, ohne der Multidimensionalität dieses Begriffes gerecht zu werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird Gesundheit in Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ verstanden (Meyers Taschenlexikon 1999, S. 1262). Darüber hinaus soll in dieser Arbeit auch der

Begriff der Gesundheitsförderung ganzheitlich erfasst werden, so lautet die Ottawa-Charta der WHO (1986): „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können [...]“.

Zunehmend wachsen jene Gesundheitskonzepte, welche Gesundheit als ganzheitliche Form, zusammengesetzt aus physischen, psychischen und sozialen Indikatoren, festlegen. Laut Otterstedt (2003, S. 61) bedarf es im Sinne eines heilenden Prozesses einer ganzheitlichen Entwicklung, welche in der Begegnung mit einem Tier entspringen kann, indem Impulse zur Stärkung unserer körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Kräfte freigesetzt werden. Begründung findet diese Behauptung nicht beim Tier an sich sondern vielmehr anhand einer *freien* Begegnung zwischen Mensch und Tier (ebd.). Im Zuge einer bedingungslosen und unvoreingenommenen Interaktion begegnen sich Mensch und Tier frei in einem gemeinsamen Aktionskreis, wobei der heilende Prozess der Begegnung bereits im Moment des ersten Kontaktes entspringt und umso stärker ausfällt, je unerwarteter die Begegnung geschieht (vgl. Otterstedt 2001, S. 26f). Otterstedt (2001, S. 24) beschreibt den heilenden Prozess im Kontakt zwischen Mensch und Tier als eine wirkungsvolle Bewegung in uns:

„[...] Wir werden in uns heil: Wir wenden uns einem Du (dem Tier) zu, welches uns so annimmt, wie wir sind. Das Gefühl des Angenommenwerdens öffnet uns für das Du. 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“.

Dieser Prozess der inneren Heilung befähigt den Menschen seine individuelle Gesundheit anzunehmen sowie auch gesundheitliche Einschränkungen leichter akzeptieren zu lernen (vgl. Otterstedt 2002, S. 73). Bevor jedoch auf die in der Tierbegegnung gesetzten Impulse für einen heilenden Prozess auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene eingegangen wird, sollen zunächst Bedingungen sowie theoretische Grundlagen der Wirkungen aufgezeigt werden.

Im Zusammenhang mit den gesundheitsförderlichen Effekten von Tierkontakt bedarf es der Anmerkung, dass deren empirische Nachweisbarkeit keine universelle Bedeutung hat, da die positiven Wirkungen von Tieren von bestimmten **Rahmenbedingungen** abhängig sind. Folgendes Zitat von Otterstedt (2002, S. 73) verdeutlicht die Grundbedingung, die es in der Begegnung mit Tieren zu berücksichtigen gilt, sofern positive Effekte erreicht werden wollen: „Ein Tier kann empfohlen, aber nicht *verschrieben* oder *verordnet* werden“. Die Tatsache, dass manchen Menschen eine generelle Neigung bzw. Sympathie zu Tieren fehlt, darf nicht außer Acht gelassen werden, wenngleich eine Affinität zu Tieren nicht erzwungen werden kann (vgl. Niepel 1998, S. 18).

Hart (2006, S. 89f) betont, dass die Wirkungen von Tieren stark von der Individualität einer Person abhängig sind, sie unterscheiden sich je nach Person und individuellen Kontext. Demgemäß werden als maßgebliche Bedingungen, damit eine Person auf ein Tier ansprechen kann, Aspekte einer persönlichen Erfahrung, einer Bindung und Kompatibilität zum Tier genannt. Umso früher und öfter man positive Erfahrungen mit Tieren gemacht hat, auf welche man später zurückgreifen kann und je stärker die Bindung und Kompatibilität zum tierischen Genossen ist, desto besser kann ein gesundheitsförderlicher Nutzen aus dem Tierkontakt gezogen werden. Aus Erlebnissen mit meist einer bestimmten Tierart ergibt sich häufig auch eine starke Präferenz für eine bestimmte Spezies von Tier, wodurch manche Menschen auf bestimmte Tiere eher ansprechen als auf andere Tiere.

Bergler (2000, S. 51ff) fasst die Bedingungen für einen gesundheitsförderlichen Profit von Tieren mit den Stichworten soziale Akzeptanz, Beherrschbarkeit und Bindungsqualität zum Tier zusammen: Zum einen benötigt das Heimtier ein soziales Umfeld welches es bedingungslos akzeptiert, um positive Effekte auf den Menschen entfalten zu können. Die *soziale Akzeptanz* eines Tieres gründet

jedoch nicht alleine auf Sympathie, sondern vielmehr in „vielschichtigen Motivationslagen und spezifischen biographischen Faktoren“ (Bergler 2000, S. 53). Zum anderen bedarf es einem Tierhalter der das Tier zu beherrschen vermag. Unzureichende *Beherrschbarkeit* des Tieres führt zu menschlicher Überforderung, womit dem Tier die Chance auf den Menschen positiv einzuwirken verwehrt wird. Darüber hinaus stellt die persönliche *Bindungsqualität* an ein Tier eine entscheidende Voraussetzung dafür dar, inwieweit das Tier in individuellen gesundheitsbeeinträchtigenden Belangen zu unterstützen vermag.

Neben den Grundvoraussetzungen der Wirkungen von Tieren müssen auch einige der den Wirkungen zugrunde liegenden **theoretischen Grundlagen** Beachtung erfahren, um der Komplexität der Tiereffekte gerecht zu werden. Da sich ein Großteil des Wirkungsspektrums von Tierkontakt auf psychosozialer Ebene finden lässt, sollen demnach in dieser Arbeit vorwiegend psychologische Theorien ihre Erwähnung finden. So stammen die hier ausgewählten Theorien aus der Tiefen-, Entwicklungs- und Sozialpsychologie, um die gesundheitsförderlichen Effekte von Tieren auf den Menschen erklären zu können. „Eine ganzheitliche Theorie des ‚Phänomens heilender Wirkung von Tieren auf Menschen‘ steht immer noch aus. Dafür ist es, angesichts der immer noch jungen Forschungsgeschichte, noch zu früh“ (Greiffenhagen 2007, S. 173). Einen Erklärungsansatz stellt die von A. Katcher (1987) entwickelte *Theorie der erweiterten Kinderversorgung* dar: Die Versorgung der Nachkommenschaft wurde bereits bei den Primaten durch gesundheitsförderliche Auswirkungen „belohnt“, damit trägt auch Heimtierhaltung in ihrer Entsprechung als Kinderersatz zur eigenen Gesundheit bei (vgl. Claus 2000, S. 43).

Der entwicklungspsychologische Ansatz der *Bindungstheorie* bzw. *Attachment-Theorie* nimmt an, dass die frühen Bindungserfahrungen eines Kindes an eine Bezugsperson von Bedeutung für die Ausbildung sozial-emotionaler Qualitäten sind, wobei die Psychologin Beetz diesen Ansatz auf die Mensch-Tier-Beziehung überträgt, indem Tiere als Bindungsobjekte ebenso das Bedürfnis nach Bindung zu erfüllen vermögen (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 176). Ein Tier bietet ein sicheres Bindungsmuster, dieses kann demnach „Ausgangspunkt für die Entwicklung von Kompetenzen (z.B. Sozialkompetenz) sein; kann als ‚Risikopuffer‘ gesehen werden, in dem Sinne, dass die sichere

Bindungsorganisation die Bewältigungsfähigkeit bezogen auf belastende Lebensbedingungen und -ereignisse erhöht; kann die Fähigkeit zur raschen Veränderung bei Störungen oder an Wendepunkten stärken“ (Spangler u. Zimmermann 1999, S.181, zit. n. Vernooij 2008, S. 70). Die emotionale Bindung zum Heimtier bildet also nicht nur eine Rahmenbedingung der positiven Tiereffekte, laut Bergler (2000, S. 12) stellt die emotionale Qualität der Mensch-Tier-Beziehung die theoretische Basis zur Erklärung der therapeutischen Wirkungen von Tieren dar.

Der *Milieutherapeutische Ansatz* gewinnt besonders im geriatrischen Bereich seine Bedeutung, da von einem institutionellen Milieu ausgegangen wird, welches einen therapeutischen Rahmen zur Erhaltung bzw. Förderung von Umweltkompetenzen bildet: „Tiere stellen, einschlägigen Konzepten zufolge, ideale Medien dafür dar, zum Beispiel den Tag sinnvoll zu strukturieren, die Einhaltung von Regeln zu lernen und durch ihre Zuneigung und Lebendigkeit für förderliche Umweltbedingungen zu sorgen“ (Greiffenhagen 2007, S. 179).

Darüber hinaus lässt sich das *Modell der analogen Kommunikation* von Erhard Olbrich nennen, welches den tiefenpsychologischen Ansätzen zuzuordnen ist. Teilt man Olbrichs Auffassung, so vermag dieses theoretische Modell die grundlegende Erklärung vieler therapeutischen Wirkungen von Tieren zu liefern (vgl. Olbrich 2002, S. 47). Demzufolge soll diesem Ansatz aufgrund seiner denkbar elementaren Bedeutung für die tiergestützte Arbeit ein eigener Abschnitt (siehe 3.3) gewidmet werden.

In Anlehnung an das Modell des „*Social support*“ wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung ein beachtliches Kriterium für Gesundheit und Krankheit darstellt, indem Faktoren wie Zugehörigkeit zu einem sozialen Netzwerk, das Gefühl geliebt zu werden und „der Gegenstand von Fürsorge zu sein“, eine Krankheitsbewältigung begünstigen (Greiffenhagen 2007, S.174). Laut Collis u. McNicholas (2006, S.65) vermögen Heimtiere durch ihre enge soziale Beziehung zum Menschen, welche sie zu einem Bestandteil des sozialen Netzwerkes eines Menschen macht, in akuten Stresssituation unterstützend zu wirken, zum anderen erhalten sie darüber hinaus ihre Bedeutung als soziale Katalysatoren, als Vermittler von sozialer Interaktionen zwischen Menschen.

In Bezug auf die Kausalität des Zusammenhangs zwischen Tierkontakt und menschlicher Gesundheit unterscheiden Collis & McNicholas (1995) zwischen **direkt kausalen Effekten** und **indirekt kausalen Effekten** von Tieren auf die menschliche Gesundheit. Zu den direkt kausalen Effekten zählt z.B. die direkte Stressreduktion durch Tiere, zu den indirekt kausalen Effekten die Katalysatorfunktion von Tieren, welche indirekt durch eine Erweiterung von sozialen Kontakten gesundheitsförderlich wirkt (vgl. Claus 2000, S.42). Um noch weitere Wirkungen diesen zu differenzierenden Formen der Tiereffekte zuweisen zu können, sollen nun die vielfältigen Wirkungen von Tierkontakt auf physischer, psychischer und sozialer Ebene Gegenstand dieser Arbeit sein. Dabei sei nach Vernooij (2008, S.117f) das Prinzip der Ganzheitlichkeit in der tiergestützten Intervention betont, nach dem die Wirkungen von Tieren auf verschiedenen Ebenen in einem interdependenten Zusammenhang stehen, indem Veränderungen in einem Bereich Veränderungen auf einem anderen Bereich bewirken: „Diese Wirkungszusammenhänge gilt es bei jeder Intervention zu beachten. Bedeutsam ist dabei die Tatsache, dass Einwirkungen nicht in jedem Fall direkt am gegebenen Problemfeld ansetzen müssen“.

Wirkungen auf physischer/ physiologischer Ebene:

Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen schreibt Heimtieren, vor allem Hunden, positive Wirkungen auf das physische Wohlbefinden des Menschen zu. So können Studienergebnisse nachweisen, dass ein Tierkontakt nachhaltig positiv *kardiovaskuläre Veränderungen* im Zusammenhang mit stressbedingten Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bewirkt. Studienergebnisse räumen Heimtierbesitz eine rehabilitative bzw. eine gewisse lebensverlängernde Bedeutung ein, nach der z.B. Besitzer eines Heimtieres ein Jahr nach Erleiden eines Herzinfarktes eine bessere Überlebensrate als Nichttierbesitzer haben (vgl. Fiedmann u. Thomas 1995, zit. n. Claus 2000, S. 29; Friedmann et al. 1980, S. 310). Heimtierbesitz erhöht jedoch nicht allein die Überlebenschance nach einem Herzinfarkt, vielmehr reduziert ein regelmäßiger Tierkontakt auch das Herzinfarkttrisiko (vgl. Schlappach 1998, S. 15). Die Längsschnittstudie von Anderson et al. (1992, S. 298) über die Risikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen belegt, dass Heimtierbesitzer im Vergleich zu

Nichttierbesitzer einen niedrigeren systolischen Blutdruck, niedrigere Plasmacholesterinwerte und eine geringere Plasma-Triglycerid-Konzentration besitzen. Doch nicht nur Heimtierbesitz vermag präventiv zu wirken, schon allein die bloße Anwesenheit bzw. das Beobachten eines Tieres bewirkt eine Reduktion physiologischer Reaktionen, z.B. führt das Betrachten eines Aquariums zu einer Verringerung des Blutdrucks, der Pulsfrequenz und der Muskelspannung (vgl. Katcher et al. 1983, zit. n. Friedmann u. Tsai 2007, S. 104; DeSchrive u. Riddick 1990, S. 5).

Im Zusammenhang mit der Prophylaxe stressbedingter Krankheiten lassen sich weitere Forschungsergebnisse anführen, welche die physische Gesundheit eines Menschen auf eine *Stressreduktion* durch Tierkontakt zurückführen lassen. So konnte man feststellen, dass Heimtierbesitzer aufgrund der tierischen psychosozialen Stütze in akuten Stresssituationen, weniger ärztliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen als Nichttierbesitzer, welche besonders bei kritischen Lebensereignissen, im Versuch ihr Bedürfnis nach Stressreduktion zu kompensieren, vermehrt ärztliche Hilfe aufsuchen (vgl. Siegel 1990, S. 4ff). Eine deutsche Längsschnittuntersuchung kam zu einem ähnlichen Ergebnis, wonach sich Haustierbesitzer im Gegensatz zu Nichttierbesitzer gesünder einschätzen und daher weniger häufig ärztliche Hilfe aufsuchen (vgl. Heady u. Grabka 2004, S.9). Allgemein scheinen Menschen, die eine enge Beziehung zu Tieren pflegen „gepuffert“ gegen die Herausforderungen des Alltags, Stressfaktoren haben weniger Einfluss und der allgemeine Gesundheitszustand zeugt von mehr Stabilität (vgl. Hart 1995, S. 171). Diese Behauptung stützt Bergler (2000, S. 58ff), indem er in seiner Untersuchung über die stressreduzierende Wirkung von Hunden nachweisen konnte, dass Hundehalter, welche eine natürlich-partnerschaftliche Beziehung zum Hund eingehen im Gegensatz zu den sogenannten „Nichthundefreunden“, (1) Alltagsängernisse signifikant besser verarbeiten, (2) mehr Alltagsfreuden erleben, (3) in ihrem Hund eine wesentliche Unterstützung in der Bewältigung von Alltagsstress sehen, (4) und daher einen aktiven Bewältigungsstil von Alltagsstress sowie einen spezifisch natürlichen Stil des persönlichen Gesundheitsverhaltens entwickeln. Damit gelang es den Zusammenhang einer Entwicklung von einem aktivem, gesundheitsorientierten Lebensstil sowie einer allgemeinen Lebenszufriedenheit durch eine positive Mensch-Hund-Beziehung zu bestätigen.

Weitere Studien zeigen auf, wonach Tierkontakt eine allgemeine *Kreislaufstabilisierung durch körperliche Aktivität* zu bewirken vermag. Tiere, insbesondere Hunde, fordern regelmäßigen Auslauf und Spielgefährten, sodass sie für den Menschen einen Bewegungsmotor darstellen. Der Besitz eines Hundes zwingt regelrecht zu mehrfachen Spaziergängen pro Tag, die Bewegung im Freien wird aufgrund ihrer Unabhängigkeit von der Wetterwitterung zur Quelle von Kondition und Abhärtung gegen Erkältungskrankheiten bzw. einer Stärkung des Immunsystems (vgl. Niepel 1998, S. 18f). Wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse räumen dem regelmäßigen Spaziergehen von Hundebesitzern einen präventiven Wert zur Abwehr kardiovaskulärer Erkrankungen sowie kleinerer Gesundheitsprobleme zu (vgl. Anderson et al. 1992, S. 298; Serpell 1991, S. 717).

Im Zusammenhang mit der Förderung des Bewegungsapparates durch Tierkontakte zählen Verbesserungen im Bereich der *Motorik und Muskelspannung*. Im Zuge einer Förderung der Bewegungsfreudigkeit durch Tiere wird die Muskulatur trainiert und entspannt sowie motorische Fähigkeiten aktiviert, insgesamt verbessert sich das Gesundheitsverhalten durch die Mobilisierung verschiedener Körperregionen indem der „Bewegungsmotor Tier“ gleichzeitig zu einer tieferen Atmung, einem gesunden Appetit und einer Regelmäßigkeit bzw. Tagesstrukturierung anregt (vgl. Otterstedt 2001, S. 31f).

Mit der Normalisierung von Palsamacholestorol- und Triglyceridwerten wurde bereits indirekt auf den Nachweis von *biochemischen Veränderungen und neuroendoriken Wirkungen* mittels Tierkontakt verwiesen. Im hemmungslosen Spiel, übermütigen Herumtollen und heiterem Lachen mit einem Tier werden erregungssenkende Wirkungen frei, welche durch die Freisetzung von Beta-Endorphinen eine Verringerung des Schmerzempfindens, Stabilisierung des Immunsystems, Beruhigung und euphorisierende Effekte ausrichten können (vgl. Otterstedt 2003, S. 66).

Schließlich erhalten Heimtiere auch als *Kontakt- bzw. Berührungsobjekt* ihre Bedeutung im physiologischen Kontext menschlicher Gesundheit. Günther Griebel betont die Wirkungsmechanismen, die durch das Streicheln eines Tieres in Gang gesetzt werden: „Biochemische Reaktionen von ca. fünf Millionen Sinneszellen auf der Haut – besonders viele und besonders sensitive davon an Händen, Lippen und Zunge – erzeugen Signale im Gehirn und im ganzen Körper.

Das vegetative Nervensystem und unser Kreislauf werden stimuliert, die Funktionen aller Organe angeregt. Vor allem aber werden unser ganzer Hormonhaushalt und das Immunsystem positiv beeinflusst“ (zit. n. Klimke 2002, S. 22).

Wirkungen auf psychischer Ebene:

Die Gesellschaft eines Tieres beeinflusst laut einer Vielzahl von Studienergebnissen das psychische Wohlbefinden des Menschen positiv. Katcher u. Beck (1985, S. 131ff) kamen in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass ruhig verhaltende Tiere ein *Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit* vermitteln und daher zur *seelischen Entspannung* anregen: Ein Hund wird aufgrund seiner unverwechselbaren und klaren Körpersprache, wie z.B. bei der Meldung von Gefahren aber auch bei seiner unterwürfigen Annäherung als Sicherheits-, und Schutzfaktor gewertet. Die Umwelt wird durch die ruhige Anwesenheit des Tieres als weniger bedrohlich erlebt. Die ganze Aufmerksamkeit des Menschen richtet sich nun auf das Tier, wodurch es zu einem verminderten Erregungszustand kommt. Der beruhigende Einfluss eines Tieres im Fokus der Aufmerksamkeit kann folglich Ängste verringern, von trüben Gedanken oder Schmerzen ablenken, aber auch eine Umbewertung und Wahrnehmungsveränderung von seelischen Belastungen in Gang setzen (vgl. Otterstedt 2003, S. 67).

Darüber hinaus gelingt es Tieren das *Gefühl der Selbstsicherheit* zu fördern bzw. *Selbstvertrauen und Akzeptanz* zu vermitteln, denn in der Begegnung mit einem Tier erfährt der Mensch offenbarte Gefühle der Liebe, Zuwendung und kritikfreien Akzeptanz (vgl. Corson et al. 1975, zit. n. Claus 2000, S. 13). Bergler (1986, S. 113ff) kam in seiner Untersuchung zu den psychologischen Nutzensfaktoren der Hundehaltung unter anderem zu dem Ergebnis, dass der Hund als Wesen ohne Launen durch sein konstantes und situationsunabhängiges Verhalten sowie seiner gleich bleibenden emotionalen Zuneigung Verlässlichkeit und Akzeptanz zum Ausdruck bringt. Der Hund vermittelt dem Menschen Selbstvertrauen, indem er als authentisches Wesen gesellschaftliche Wertansprüche unbeachtet lässt und folglich die Persönlichkeit eines Menschen stärkt bzw. stabilisiert. Bergler (ebd.) betont die Fähigkeit des Hundes positiv zur Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes beizutragen. „Es [das Tier] ist insofern der bessere Mensch, oder es

ist, anders gesagt, das gute Tier unter bösen Menschen, weil es die menschlichen Konflikte, Beschämungen, Enttäuschungen oder Befürchtungen nicht kennt“ (Körner 1996, S. 204).

Weiters zählt zu den Auswirkungen auf psychischer Ebene die *Kognitive Anregung und Aktivierung* durch Tiere, denn im Lernen über Tiere und Tierhaltung sowie im Austausch und in der Unterhaltung mit anderen Tierhaltern wird das Gedächtnis angeregt (vgl. Otterstedt 2003, S. 66). „Die Reaktionen des Tieres sind spontan und fordern den Menschen auf, sich mit ihm auseinanderzusetzen“ (Gäng 1992, S. 9). Ein Tier, besonders ein Hund, fordert jedoch nicht nur spontane Aktionen sondern vor allem regelmäßige Zuwendung in Form täglicher Fütterung, Bewegung, Fellpflege und regelmäßigen Spiel- und Streicheleinheiten. Diese gemeinsamen Aktionen gewinnen unter dem Aspekt eines freudvollen Freizeiterlebens, einer Umwelteroberung und Erweiterung des Lebensraumes, einer Erfahrung von Selbstständigkeit und Lebenssinn, ferner vor allem unter den Gesichtspunkten einer Verantwortungsübernahme und einer Strukturierung des Tagesablaufes ihre Bedeutung im psychischen Kontext (vgl. Niepel 1998, S. 36).

In der Selbstverantwortlichkeit, Aktivierungsmotivation und im Pflichtbewusstsein gegenüber einem Tier kommen weitere psychologische Auswirkungen in Form der *Förderung eines positiven Selbstbildes, Selbstwertgefühls und Selbstbewusstseins* durch Tiere zum Tragen: Ein Tier vermittelt dem Menschen Kompetenz-, Nützlichkeits-, Erfolgs- und Umweltkontrollerfahrungen und es beweist den pflichtbewussten Menschen seine Dankbarkeit durch unkritische Bewunderung und kontinuierliche Zuneigung mit dem Gefühl gebraucht und geliebt zu werden (vgl. Otterstedt 2001, S. 37; Otterstedt 2003, S. 66).

Laut der Untersuchung von Bergler (2000, S. 162) vermögen Hunde psychische Rehabilitationshilfen für den Menschen darzustellen. Das *Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Körperkontakt* körperbehinderter Menschen war unter anderem Gegenstand seiner Forschungsarbeit. Die Befunde dieser Untersuchung räumen der Zärtlichkeit und Liebe, der Wärme und dem taktilen Körperkontakt durch Hunde ihre Bedeutung als zentrales Element menschlicher Lebensfreude und emotionalen Wohlbefindens ein. Dabei sei nach Greiffenhagen (2007, S. 39) hinzugefügt, dass das menschliche Grundbedürfnis nach zärtlichem Körperkontakt wie Schmusen, Streicheln oder Liebkosen in der Begegnung mit

einem Tier unverpönt befriedigt werden kann, wenngleich das Gefühl der Sinnlichkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen unterdrückt wird bzw. aufgrund gesellschaftlicher Tabuisierung unbefriedigt bleibt. „Liebe ist in unserer Gesellschaft ein kostbares und sehr vergängliches Gut. Die Liebe eines Hundes bleibt bis zu dessen Tod“ (Niepel 1998, S. 25).

Schließlich erhalten Haustiere auch als *Regressions-, Protektions- und Entlastungsobjekt* ihre Bedeutung im psychologischen Kontext: Tiere bieten eine Identifikationsmöglichkeit und Projektionsfläche für Gefühle, als stille, geduldige und nicht beurteilende Zuhörer erlauben sie dem Menschen affektive Entladungen und einen offenen emotionalen Ausdruck (vgl. Otterstedt 2003, S. 67). So führt zum Beispiel die Projektion eigener Ängste auf das Tier dazu, dass der Proband tröstend und unter dem Zuflüstern ermutigender Worte auf das Tier einwirkt und damit folglich seine eigene Angst verringert (vgl. Vernooij 2008, S. 149). „Die meisten Tierhalter sind der Meinung, daß ihre Tiere empfänglich für ihre Stimmungen und Gefühle sind, und viele vertrauen sich ihnen verbal an. Anders ausgedrückt heißt das, daß das Tier als einfühlsam und unterstützend empfunden wird. Es scheint zuzuhören und zu verstehen, aber es stellt keine Fragen und fällt keine Werturteile“ (Serpell 1990, S. 144).

Insgesamt lässt sich auf psychischer Ebene eine *antidepressive und antisuizidale Wirkung* von Tieren auf den Menschen feststellen: Indem tierische Geschöpfe als Trostpflaster, Aktivitätsmotor, Empfänger und Spender von Zuwendung, Liebe und Zärtlichkeit, als Aufgabe und Verantwortung, Stimmungskatalysator, Spaßvermittler, Frustableiter, Beschützer, als Erfolgsvermittler, Entspannungsreserve, Freizeitobjekt, vertrauter Freund und Dialogpartner fungieren, bieten sie dem Menschen einen sicheren seelischen Halt (vgl. Otterstedt 2001, S. 37).

Wirkungen auf sozialer Ebene:

Studienergebnisse schreiben Tieren auch auf sozialer Ebene positive Wirkungen zu. In der Studie von Lockwood (1983) wurde empirisch erhoben, dass Tiere zur *Erhöhung der sozialen Attraktivität* eines Menschen beitragen: Menschen mit Tier werden als kontaktfreudiger, sympathischer, freundlicher, ausgeglichener, gelassener und unerschrockener wahrgenommen als Menschen ohne tierische

Begleitung (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 42f). „Die Eigenschaft der Tiere, ihre Besitzer freundlicher und weniger bedrohlich erscheinen zu lassen, kann den Heimtierbesitzern soziale Vorteile bringen“ (Serpell 1990, S. 107). Der Mensch kann von einer attraktiven Wirkung des Tieres profitieren, indem das Tier als Mittler sozialer Attribute zu einer Erweiterung des sozialen Horizontes verhilft und dem Menschen Freunde schafft (vgl. Otterstedt 2001, S. 39ff).

Darüber hinaus erhalten Tiere ihre Bedeutung als *direkte soziale Unterstützung in der Konfliktbearbeitung*. Die Longitudinalstudie von Raina et al. (1999) belegt, dass die Auseinandersetzung mit Krisensituationen durch Tiere verbessert werden kann. „Das Tier ist eine Quelle des Interesses und der Freude und kann in dramatischen Situationen auch zum treuen Helfer und wunderbaren Tröster werden, der durch seine kostbare, besänftigende Anwesenheit dazu beiträgt, Kummer und Schmerz zu mindern“ (Bercovitch 2001, S. 55). Krisen, wie die Belastung durch den Verlust einer Bezugsperson, sowie Lebensübergänge oder auch die Diagnose einer schweren Krankheit, stellen nicht selten den Beginn von Störungen und Erkrankungen dar. Die Forderung des Tieres nach einer Tagesstrukturierung vermag jedoch einen Anhaltspunkt und eine ritualisierte Beständigkeit zu geben (vgl. Gäng 1992, S. 10). Hunde lassen die Herausforderungen des Lebens leichter bewältigen, sie spüren die Gefühlslagen des Menschen und wirken sozial unterstützend: „Hunde merken, wenn ihr Besitzer traurig ist und trösten auf ihre Weise. In der Regel kommen sie dann heran, suchen Körperkontakt, lecken ihren Besitzer ab, tatschen ihn mit der Pfote“ (Niepel 1998, S. 29). Die enge Beziehung zum Tier stellt eine direkte Quelle sozialer Unterstützung dar, in Krisensituationen kann der Mensch beim Tier ohne Verlegenheitsgefühle Unterstützung suchen. Das Tier bietet Zuflucht von der Komplexität menschlicher Interaktionen, eine Erleichterung von relationalen Verpflichtungen und eine Möglichkeit heftigen Emotionen freien Lauf zu lassen (vgl. Collis u. McNicholas 2007, S. 58).

Weiters ermöglicht die soziale Gemeinschaft zwischen Mensch und Tier ein *Erleben von Zuneigung und Beständigkeit*. Im Widerfahren einer emotionalen Beziehung zum Sozialpartner Tier liegt der Garant für das Gefühl einer ständigen Erreichbarkeit, Nähe, Wärme und Geselligkeit man braucht niemals mehr völlig allein zu sein. Dennoch können Tiere zwischenmenschliche Kontakte nicht ersetzen, vielmehr werden zwischenmenschliche Beziehungen durch Tiere

gefördert und ergänzt, manchmal sogar auch erst ermöglicht (vgl. Gäng 1992, S. 12).

In diesem Sinne wirken Tiere *indirekt als Sozialkatalysatoren für zwischenmenschliche Beziehungen* sozial unterstützend. Die Wirkung von Tieren in der Rolle als Kontaktbrücke für zwischenmenschliche Beziehungen konnte durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt werden. Dieser Effekt eines erleichterten zwischenmenschlichen Zugangs durch die Pioniere Levinson und Corsons zählen zu den ersten Erkenntnissen im Bereich der wissenschaftlichen Erforschung positiver Tiereffekte (siehe 2.1). Als Beispiel soll die Studie von Collis und McNicholas (2000) herangezogen werden, nach der Tiere als Kontaktstifter fungieren: Die Begleitung eines Tieres löst Kontaktbarrieren und fördert soziale Interaktionen (vgl. Collis u. McNicholas 2006, S. 65). Die Untersuchungsergebnisse von Wood et al. (2007, S. 43) stellen mit Tierbesitz positive Auswirkungen bezüglich sozialer Interaktionen, gesellschaftliches Engagement, Gefälligkeitshandlungen, Wahrnehmung nachbarschaftlicher Freundlichkeit und Gemeinschaftserlebnisse in Verbindung. An dieser Stelle sei auch auf die Untersuchung von Bergler (2000, S. 155ff) verwiesen, in welcher der Wert eines Hundes für die Qualität und den Umfang sozialer Kontakte körperbehinderter Menschen erfasst wurde. Auch die soziale Kontaktbereitschaft zu behinderten Menschen erhöht sich durch die Anwesenheit eines Hundes, da die Konzentration auf die Behinderung mit Hilfe des Hundes durchbrochen wird. Im Zusammenhang mit dem Tier als Übergangsobjekt sozialer Kontaktbereitschaft gewinnt auch der sozial-kommunikative Aspekt in der Begegnung mit Tieren in Form einer *Erleichterung der Kommunikationsfähigkeit* an Bedeutung. Die Studie von Messent (1984) ergab, dass Spaziergänger in Begleitung eines Hundes deutlich höhere Chancen haben mit Unbekannten ins Gespräch zu kommen als ohne Hund (vgl. Hart 1995, S. 166). Niepel (1998, S. 37) spricht hierbei von der Rolle des Hundes als „Eisbrecher verbaler Kontaktaufnahme“, indem sich über das Tier Anknüpfungspunkte für Gespräche ergeben.

Eine weitere, in der Literatur häufig zitierte, soziale Wirkung von Tieren ist die als *Streitschlichter und Versöhnungstifter*. Indem Tiere zu gemeinsamer Beschäftigung anregen, fördern sie dadurch das Zusammengehörigkeitsgefühl (vgl. Niepel 1998, S. 40). Darüber hinaus ist es auch häufig das Tier, welches

aufgrund seiner Existenz, Zuwendung und seiner Versorgungsnotwendigkeit bei familiären Streitsituationen oder bei partnerschaftlichen Trennungsabsichten nach alternativen Wegen verlangt (vgl. Otterstedt 2001, S. 41).

Insgesamt lassen sich die Wirkungen von Tieren auf sozialer Ebene mit einer *Verringerung von Isolation und sozialer Einsamkeit* zusammenfassen, indem der Tierkontakt selbst, als auch das Tier indirekt als sozialer Katalysator und Eisbrecher zur Herstellung und Förderung von sozialen Kontakten, emotionale Lücken füllt, die durch mangelnde Sozialkontakte entstanden sind. (vgl. Otterstedt 2003, S. 67; De Smet 1992, S. 16). „Sie [Heimtiere] fügen dem menschlichen Sozialleben eine neue, einzigartige Dimension hinzu und tragen dazu bei, ihre Besitzer von den möglicherweise lähmenden und schwächenden Folgen von Einsamkeit und sozialer Isolation abzuschirmen“ (Serpell 1990, S. 147).

Zusammenfassend sollen nach Vernooij (2008, S. 110ff) folgende Einwirkungsbereiche tiergestützter Interventionen zwecks Übersicht resümiert werden:

- Motorik und Körpergefühl:

Einwirkungen auf die Gesamtbeweglichkeit und Bewegungsfreudigkeit, Verbesserung der Motorik und Psychomotorik

- Kognition und Lernen:

Ermöglichung einer Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Emotionen durch die hohe Emotionsladung in der Begegnung mit dem Tier, der Abbau sozialer Ängste und die Entwicklung neuer Umgangsformen mit Menschen wird erlernt, Übertragung von Erkenntnissen in der Tierbegegnung auf menschliche Situationen, Förderung der Analyse sozialer Situationen

- Wahrnehmung:

Verbesserung der Wahrnehmungsdifferenziertheit, Wahrnehmungsqualität, Konzentration und Aufmerksamkeit

- **Soziabilität:**

Abbau sozialer Ängste, Reaktivierung verdrängter Bedürfnisse nach Nähe und Kontakt, Erlernen sozialer Sensibilität und sozial-antizipierendes Denken, Stärkung des Selbstwertgefühls, Übertragung sozialer Erfahrungen mit Tieren auf soziale Situationen mit Menschen

- **Emotionalität:**

Auslösung positiver Gefühle, Beruhigung, Förderung emotionaler Selbststeuerung, Überwindung von Kontaktsperre

- **Sprache und Kommunikation:**

Tiere als Kommunikationspartner, Anregung von Laut- und Wortproduktion, Erhöhung der Sprachfähigkeit und Sprachfreude, Unterstützung digitaler und analoger Kommunikation, Erlernen analoger Ausdrucksformen emotionaler Befindlichkeiten.

3.2 Die therapeutischen Wirkungen tiergestützter Interventionen mit Einschränkung auf den geriatrischen Bereich

Die zuvor beschriebenen vielfältigen Impulse eines Tierkontaktes für einen heilenden Prozess auf bio-psycho-sozialer Ebene lassen sich im Rahmen einer tiergestützten Intervention bewusst durch eine gezielte Begegnung zwischen Proband und Tier hervorrufen. Demzufolge sollen nun speziell im geriatrischen Bereich die therapeutischen Wirkungen von Tieren im Blickfeld stehen, welche durch eine bewusste Tierbegegnung im therapeutischen Kontext hervorgerufen werden, wenngleich sich die zuvor beschriebenen präventiven als auch rehabilitativen Effekte mit großer Wahrscheinlichkeit auf Pflegeheimbewohner übertragen lassen.

In der wissenschaftlichen Forschung zu tiergestützten Interventionen stehen jene Bevölkerungsgruppen im Blickfeld, welche am stärksten aus der Begegnung mit Tieren Profit erzielen: Kinder, Betagte und Benachteiligte (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 67). Menschen, welche sich diesen Gruppen zuteilen lassen,

kennzeichnen sich aufgrund ihrer Hilfsbedürftigkeit durch vermehrte Forderung nach Fürsorge und Bedürfnisbefriedigung aus. Tiere vermögen die Bedürfnisse alter Menschen nach Nähe, Geborgenheit und Körperkontakt, bedingungsloser Akzeptanz, sozialer Anregung und Abwechslung zu stillen. Bedürfnisse welche vor allem im Heimalltag oft untergehen. Tiergestützte Interventionen erfahren daher besonders für die Gruppe der älteren Pflegeheimbewohner ihre Bedeutung. Der Heimeintritt stellt wie bereits geschildert, ein krisenhaftes Ereignis dar. Der alte Mensch wird mit zahlreichen Belastungen konfrontiert. Er hat mit dem Verlust seines vertrauten Umfelds, seiner Rollenfunktion, seines Alltagsablaufes, seiner Kontroll- und Handlungsfähigkeit, dem Abbruch sozialer Beziehungen sowie mit Angst und Trauer zu kämpfen. Für viele ältere Menschen bedeutet der Heimübergang zugleich auch das Abschied nehmen von ihrem geliebten Heimtier. Die Begegnung mit einem Tier im therapeutischen Kontext eröffnet bei einem solch verlustgeprägten und stressauslösenden Lebensereignis neue Perspektiven. Das Therapietier erleichtert das Einleben in den Heimalltag, es ermöglicht neuen Lebensmut, einen Anhaltspunkt und wird zum Ansprechpartner (vgl. Gäng 1992, S. 10f).

Bevor nun wissenschaftliche Studienergebnisse zum Nachweis effizienter Effekte tiergestützter Interventionen für Pflegeheimbewohner herangezogen werden sollen, bedarf es angesichts der zunehmenden Anzahl von Ergebnissen jedoch der kritischen Anmerkung, dass viele dieser Studien keine wissenschaftlichen Beweise sondern mehr Vermutungen und Evidenzen liefern (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 39). Eine Reihe von Untersuchungen entspricht nicht wissenschaftlichen Ansprüchen, da ihre qualitativen Falldokumentation, ihre kleinen Stichproben und unsauberer Forschungsdesigns nur beschränkte Aussagekraft besitzen (vgl. Katcher u. Beck 2007, S. 40). Bergler (2000, S. 10) verweist auf vier verschiedene Fehlerquellen bei der wissenschaftlichen Untersuchung der Mensch-Tier-Beziehung: „(1) Die Willkür der vielfältigen impliziten naiven Theorien zur Erklärung und Vorhersage der Mensch-Heimtier-Beziehung. (2) Die Willkür der Auswahl subjektiv plausibler theoretischer Konstrukte und Variablen. (3) Die Willkür der praktisch nie dokumentierten Genese der Operationalisierung von Variablen. (4) Die Willkür der Stichprobenszusammensetzung, ihres Umfangs und damit die Grenzen der Aussagefähigkeit der Untersuchung.“ Olbrich und

Otterstedt (2003) räumen jedoch auch unexakten Erkenntnissen einen Wert zu, in ihnen liegt der Reiz und die Chance dieser jungen Disziplin, sich der Herausforderung einer Erbringung verlässlicher Wirkungsnachweise mit ganzem Einsatz zu stellen und daran zu wachsen (vgl. Hegedusch 2007, S. 94). „Die Wirkung von Tieren ist wesentlich komplexer, als dies vielfach auch heute noch angenommen wird“ (Bergler 2000, S. 38).

Perelle u. Granville (1993) führten eine Untersuchung hinsichtlich des sozialen und selbstständigen Verhaltens von Pflegeheimbewohner durch. Sie konnten feststellen, dass sich die soziale Interaktionsbereitschaft sowie die Selbstständigkeit der Bewohner im Rahmen eines zehnwöchigen Tierbesuchsdienstes mit Hunden, Katzen und einem Kaninchen deutlich positiv veränderte. Beobachtungen zeigten, dass einige der Bewohner zum ersten Mal lachten und sprachen, sich selbstständig für den Tierbesuchsdienst anzogen und Gespräche mit den Mitbewohnern führten. Diese Studie macht besonders den Wert eines Therapietieres als Ansatzpunkt für Gespräche, soziale Anregung, Aufmunterung und als Motivation selbstständiger Handlungsfähigkeit von Heimbewohnern deutlich.

Die Studie von Bardill u. Hutchinson (1997) konnte aufzeigen, wonach ein zur Einrichtung gehörender Therapiehund das Milieu einer stationären Einrichtung positiv beeinflusste, wodurch sowohl Bewohner als auch ihr Personal Bereicherung im Stationsalltag erfuhren. Der Institutionshund belebte die Stationsatmosphäre, machte sie heimischer, sicherer und freundlicher und strukturierte durch seine Bedürfnisse zugleich den Tagesablauf aller Beteiligten. Darüber hinaus konnte die Studie feststellen, dass der Institutionshund unter den Bewohnern als Berührungsbjekt, Tröster, Freund und Zuhörer wertgeschätzt wurde. Anhand seiner unterschiedlichen Rollen befriedigte der Hund die grundlegenden Bedürfnisse der Bewohner, welchen im gewöhnlichen Heimalltag häufig nicht gerecht werden konnte. Die Pflegenden betrachten den Hund als wertvolle Unterstützung bei Pflegehandlungen und therapeutischen Maßnahmen, da die Anwesenheit des Hundes die Bewohner entspannte und Ängste abbaute. Bergler (2000) untersuchte, ob die Anwesenheit eines Wellensittichs die Lebensqualität von Altenheimbewohner zu verbessern vermag. Die Platzierung eines Vogelhauses führte zu lebensqualitätsteigenden Veränderungen bezüglich

des Erlebens kleiner „Alltagsfreuden“, persönlichen Wohlbefindens und einer Kontaktintensivierung. Ebenso bewirkte das Tier Veränderungen im Lebensstil der Heimbewohner: Die Fürsorge für das Tier verlangte von den Bewohnern Verantwortung gegenüber dem Geschöpf zu übernehmen. Sie bekamen Gelegenheit zum Erleben eigener Nützlichkeit und zur Ausübung emotionaler Zuwendung als ihnen die Möglichkeit zur Selbstbestimmung geboten wurde. Das Gefühl gebraucht zu werden, stärkte folglich das Selbstwertgefühl. Die Bewohner berichteten von lebendiger Abwechslung und neu erlebten Lebenssinn. Auch konnte ein Wechsel in der Monotonie der alltäglichen Gesprächsthemen zwischen den Bewohnern beobachtet werden. Der Vogel lenkte von Alltagsproblemen und Krankheit ab und stimulierte zur Unterhaltung, Aktivität und Reagibilität. Diese Studie konnte deutlich machen, dass die Anwesenheit eines Vogels positiv auf das biopsychosoziale Wohlbefinden von Heimbewohnern Einfluss nimmt.

Die Studie von Jessen et al. (1996) zeigte in einem Rehabilitationszentrum für ältere Menschen bestimmte depressionslindernde Wirkungen durch die Gesellschaft eines Vogels auf. Einsamkeitsreduzierende Effekte durch das Tier konnten jedoch nicht festgestellt werden.

Kawamura et al. (2007) konnten anhand einer Langzeitstudie feststellen, dass tiergestützte Therapie mit Hunden besonders mentale Funktionen von Pflegeheimbewohnern verbesserten. Innerhalb eines Jahres bewirkte der Tierbesuch Verbesserungen im Bereich der Konzentration, Motivation, Ängstlichkeit, Konversation, Wachsamkeit und Schläfrigkeit der Heimbewohner. Laut Studie kam es zu einer Verbesserung der motorischen Funktionen, insbesondere der Feinmotorik. Die Autoren schließen aus dem Anstieg von spontanen Aktionen, intellektuellen und emotionalen Funktionen auf die besondere Bedeutung dieser Ergebnisse für die aktivierende Pflege von Demenzbetroffenen.

Die Studie von McCabe et al. (2002) bestätigte die besondere Bedeutung eines zur Einrichtung gehörenden Therapiehundes für institutionalisierte Demenzerkrankte vom Typ Alzheimer. Es konnten positiv veränderte Langzeiteffekte bezüglich psychosozialer Verhaltensmuster, insbesondere eines aggressiven, unkooperativen, irrationalen und ruhelosen Verhaltens, festgestellt werden.

Banks et al. (2008) untersuchten den Einfluss tiergestützter Therapie auf Einsamkeitsgefühle von Pflegeheimbewohner. Dabei setzten sie Therapiehunde als auch computergesteuerte Roboterhunde (Sony AIBO) ein. Die Autoren gingen von der Hypothese aus, dass die erlebte Bindung zum Tier einsamkeitsverminderte Auswirkungen zeigt und zwar in Unabhängigkeit davon, ob es sich um ein lebendiges oder lebloses Tier handelt. Nachdem die Probanden des Pflegeheims über acht Wochen tiergestützte Therapie erhielten ließ sich statistisch feststellen, dass sich bei jenen Bewohnern die regelmäßig Tierbesuch erhielten im Gegensatz zur Kontrollgruppe der Hang zur Einsamkeit signifikant verringerte. Für die Untersucher überraschend ergab die Untersuchung keine Unterschiede im Zusammenhang mit der einsamkeitsverminderten Wirksamkeit der Therapiehunde und der Roboterhunde durch AAT, lediglich konnten die Bewohner zum Therapiehund eine gering höhere Bindung aufbauen.

Die einsamkeitsvermindernde Wirkung von Tieren wurde in der Studie von Kause-Parello (2008) bestätigt. Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der Haltung von Tieren in Seniorenwohnheimen und dem Rückgang von Einsamkeitsgefühlen bei weiblichen Bewohnern festgestellt werden. Die Bindung zum Tier wurde als ein Bewältigungsmechanismus für den Stressor Vereinsamung bewertet. Aus dem Ergebnis, dass sich Einsamkeit ungünstig auf den allgemeinen Gesundheitszustand auswirkt, schloss man den gesundheitsförderlichen Wert einer Bindung zum Tier. Die Ergebnisse bekräftigen die gewinnbringenden Konsequenzen einer Haltung von Tieren in Altenheimen, sodass die Autoren zu einer vermehrten Integration von Tieren in den Heimalltag älterer Bewohner aufrufen.

Die Studie von Crowley-Robinson et al. (1996) prüfte, ob Pflegeheimbewohner von Besuchshunden und Stationshunden unterschiedlich Nutzen ziehen. Positive Einflüsse in Bezug auf die Verwirrtheit, Anspannung, Erschöpfung, Vitalität sowie auf depressive und ruhelose Zustände von Pflegeheimbewohnern konnten unabhängig von der Einsatzform der Hunde nachgewiesen werden, wobei die Stationshunde im Bereich der Merkmale Verwirrtheit, Anspannung und Depression eine gering bessere Wirkung zeigten. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass Tiere eine wichtige Rolle in der Bewältigungs- und Anpassungsphase an die Heimumgebung spielen, deshalb appellieren sie an die

Pflegeheime Stationshunde in den Heimalltag zu integrieren. Bei Verzicht dieser Option sollten zumindest Besuchshunde regelmäßig Zutritt finden dürfen.

Perkins et al. (2008) führten eine wissenschaftliche Abhandlung tiergestützter Interventionen für Demenzerkrankte in geriatrischen Institutionen durch. Ihre Literaturrecherche erfasste neun aktuelle Studien, welche nachhaltig förderliche Wirkungen durch tiergestützte Therapie mit Hunden für Demenzbetroffene nachwiesen. Die Ergebnisse umfassen Verbesserungen im Bereich des sozialen Verhaltens (Verbalisierungen, Blickkontakt, Lächeln, Berührungen), der Ruhelosigkeit und Teilnahmslosigkeit sowie der physiologischen Funktionen (Blutdruck, Herzfrequenz, Hauttemperatur) von Demenzerkrankten. Gleichzeitig kritisieren die Autoren jedoch die methodologische Vielfältigkeit der Studien. Sie sehen Kontrollvariablen wie biographisch vorausgehende Beziehungen der Probanden zu Tieren, Angaben zum Tier, zur Dauer und Form der tiergestützten Intervention, Einflussfaktoren durch den Anbietenden der tiergestützten Intervention oder durch den Halo-Effekt des Hundes für die Vergleichbarkeit zukünftiger Studien als unabdingbar.

Die Studie von Churchill et al. (1999) konnte ebenfalls Verbesserungen im Bereich der Ruhelosigkeit und des Sozialverhaltens von Demenzerkrankten durch tiergestützte Therapie, jedoch unabhängig vom Schweregrad der Demenz, feststellen. Sowohl Probanden mit geringer Beeinträchtigung als auch Probanden mit schwerer Alzheimerdemenz profitierten durch die beruhigenden Interventionen mit einem Therapiehund durch eine Steigerung des Kommunikationsverhaltens und einer Verbesserung physiologischer Funktionen. Die Untersuchung betont vor allem aber den Wert eines Therapietieres für das Bedürfnis nach Ausübung taktilen Körperkontaktes sowie für den Wunsch selbst berührt zu werden, da Berührungen für Demenzerkrankte eine bedeutende Kommunikationsform darstellen. Der Hund vermittelt durch analoge Kommunikation das Gefühl geliebt und verstanden zu werden. Dem Tier stört weder das von Krankheit gezeichnete Erscheinungsbild des Pflegeheimbewohners, noch kümmert es ihn, wenn der Betroffene immer wieder dieselben Geschichten erzählt.

Baun et al. (2003) betonen den Effekt tierischer Therapiebegleiter unter dem Aspekt ihrer Wirksamkeit auf alle Beteiligten im Umfeld von Demenzerkrankten. Während Verbesserungen im Bereich der Ruhelosigkeit, des Sozialverhaltens und der kognitiven Fähigkeiten von Alzheimer Betroffenen nachgewiesen sind,

darf auch die nicht zu vernachlässigende Unterstützungsfunktion der Tiere auf Angehörige und Pflegepersonal übersehen werden. Werden die Beteiligten eines von Demenz Betroffenen während dessen kontinuierlich verschlechterten Krankheitsverlaufes von einem Tier begleitet, lassen sich lebensqualitätssteigernde Effekte auf alle Beteiligten nachweisen. Familienangehörige als auch Pflegekräfte profitieren vor allem von der physiologischen Stressreduktion durch das Tier.

Ptak u. Howie (2005) verweisen auf den Einsatz von Therapietieren in Hospizen. Therapietiere fördern Freude und Lebenswillen, sie schenken Kraft in der Auseinandersetzung mit der Realität und regen Kindheitserinnerungen an. Die Autoren zeigen den Wert eines Therapietieres als Hilfe bei der Trauerarbeit und als soziale Unterstützung für Menschen in der letzten Lebensphase und deren Angehörigen auf.

Wohlfahrt (1995) verglich im Geriatriezentrum am Wienerwald der Stadt Wien die Wirksamkeit eines Tierbesuchsprogrammes mit der eines Musikprogrammes auf die Tagesgestaltung und Kommunikation von dementen Pflegeheimbewohnern. Bei beiden Versuchsgruppen konnten Verbesserungen im Bereich des Kommunikationsverhaltens, der Teilnahmeaktivierung und Motivation nachgewiesen werden. Die Fremdbeurteilungen wiesen auf vermehrte Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnisleistungen, Selbstversorgungsfähigkeiten und Dialogfähigkeiten hin. Die Autorin deutet dies als eine stärkere sensorische, emotionale und non-verbale Aktivierung durch Tierbesuchsprogramme.

Palla (2002) führte ebenfalls im Geriatriezentrum am Wienerwald eine Studie zu tiergestützten Interventionen durch. Dabei wurde die Effektivität eines Tierbesuchsprogrammes im Vergleich zu der eines Besuchsprogrammes auf die Depression von Pflegeheimbewohnern untersucht, wobei sich beide Besuchsprogramme positiv auf die Depression und Lebenszufriedenheit der Bewohner auswirkten. Die Autorin kam zu dem Schluss, dass sich der Therapieeffekt von Mensch und Tier positiv auf den Gesamtzustand der Patienten auswirkt.

Abschließend sei auf Eva Fuchswans verwiesen, welche auf eine langjährige Erfahrung im Bereich der tiergestützten Therapie in Wiener Pflegeheimen zurückgreifen kann. Als leitende Direktorin des Geriatriezentrums am Wienerwald

sowie als Prüfungsrichterin in der Abschlussprüfung von Therapiehundeteams geht sie mit gutem Beispiel für eine Implementierung von Therapietieren in die Wiener Pflegepraxis voran. Eva Fuchswans gelang es ihre langjährigen Erfahrungswerte im Zusammenhang mit den positiven Auswirkungen tiergestützter Therapie auf geriatrische Patienten mittels ihrer Studie zu bestätigen. Die im Geriatriezentrum am Wienerwald eingesetzten Stationstiere und Besuchstiere verbesserten die soziale Kontaktfähigkeit, Mobilität, motorischen Sprachstörungen, Muskelkontrakturen sowie die depressiven Stimmungen der meisten Testpersonen (vgl. Mansfeld 2002, S. 207f).

3.3 Der Ansprechpartner Hund: Kommunikation zwischen Mensch und Tier

Um mit einem Tier in Beziehung treten zu können und um folglich gesundheitsförderliche Effekte daraus zu ziehen, ist eine Kommunikation zwischen Mensch und Tier erforderlich. „Nicht das Tier an sich – der Dialog mit ihm ist hilfreich und spricht unmittelbar unsere Gefühle an“ (Otterstedt 2001, S. 183).

Begegnen sich Mensch und Tier, zwei verschiedene Arten mit unterschiedlichen Sprachen, bedarf es einem zwischenartlichen Verständnis, damit die artübergreifende Beziehung zum Tier wirksam werden kann. „Die Suche und das Finden einer gemeinsamen Sprache unterstützten den heilenden Prozess, der durch die gemeinsame Aktion und das gemeinsame Erleben zwischen Mensch und Tier angeregt wird“ (Otterstedt 2001, S. 24). Die gemeinsame Sprache in der Kommunikation zwischen Mensch und Tier findet in der Differenzierung von Watzlawick, Beavin und Jackson (1969) in digitale (verbale) und analoge (nonverbale) Kommunikation ihre Klärung:

Digitale Kommunikation nutzt Worte, um Informationen über Sachverhalte mitzuteilen und richtet sich nach den Regeln der Grammatik, Logik und Syntax (vgl. Olbrich 2002, S. 44). Verbale Kommunikation setzt von den Dialogführenden dieselbe Sprache voraus, um den Inhalt eines Wortes zu verstehen. Digitale

Kommunikation erfährt jedoch nicht nur durch unterschiedliche Sprachen ihre Einschränkung, vielmehr lässt diese Kommunikationsform auch keine wahren Rückschlüsse auf Gefühle und Bezogenheit zu, da Worte lediglich einen Inhaltsaspekt vermitteln (vgl. Hegedusch 2007, S. 45).

Analoge Kommunikation stellt die älteste Form der Kommunikation dar, sie wird bis heute von jedem Lebewesen beherrscht. Diese Form der Kommunikation erfordert keine Worte, vielmehr werden zur Verständigung nonverbale Elemente, wie Blicke und Gesten, Körperhaltung und Distanzverhalten, Stimmlage und nichtsprachliche Laute, Gerüche und Berührungen eingesetzt. „Analoge Kommunikation, das ist übrigens die ganz frühe Sprache der Beziehungen, die schon das Baby mit seiner Mutter ‚gesprochen‘ hat; analoge Kommunikation ist die Sprache der Liebenden, sie ist aber auch die Sprache des Kampfes, sie wird immer dann ‚gesprochen‘ wenn intensives Erleben relativ ungebrochen ausgedrückt wird“ (Olbrich 2003b, S. 85). In dieser Form der Kommunikation dominiert also im Gegensatz zur digitalen Kommunikation der Beziehungsaspekt, die Übereinstimmung von Signal und aufrichtiger Mitteilung des mit dem Signal verbundenen Gefühls, d.h. die kongruente Auffassung von Signal und entsprechender Empfindung. Analoge Kommunikation ist nach Watzlawick et al. (1969, zit. n. Vernooij 2007, S. 19) somit ehrlicher: „Es ist leicht, etwas mit Worten zu beteuern, aber schwer, eine Unaufrichtigkeit auch analogisch glaubhaft zu kommunizieren [...]“.

Tiere kommunizieren mit dem Menschen vorwiegend analog, in der Sprache des Körpers und der Gefühle und sie nehmen auch hauptsächlich die menschlichen analog gesendeten Anteile wahr und reagieren auf diese, sofern ihr Gegenüber eine stimmige Bezogenheit vorlegt (vgl. Hegedusch 2007, S. 46). „Eine stimmige Kommunikation, wie sie beispielsweise zwischen Menschen und Tieren abläuft, vermeidet nicht nur solche grundlegenden Diskrepanzen zwischen Sender und Empfänger, sie hilft auch, dass eine Person sich selbst einfach und wahr erfahren und sich einfach und wahr mit ihrem Gegenüber austauschen kann. Schon das ist therapeutisch wertvoll“ (Olbrich 2003b, S. 87). Darüber hinaus findet der Mensch durch den nonverbalen Dialog mit einem Tier auch Alternativen im Dialog mit seinen Mitmenschen, da seine Wahrnehmung für analoge Prozesse erweitert

bzw. geschärft wird (vgl. Vernooij 2007, S. 21). Vielfach wird eine Kommunikation mit Tieren bevorzugt, da ihre analoge Weise zu kommunizieren immer echt, aufrichtig, rein situationsbezogen und kritiklos ist (ebd.). „Die Sprache ist auch die Waffe der Kritik. [...] Da ihnen [den Tieren] die Fähigkeit zu sprechen abgeht [...] fällen sie auch keine Urteile über uns, sie kritisieren und belügen uns nicht und enttäuschen auch nicht das in uns gesetzte Vertrauen. Weil sie stumm und ohne Urteil sind, ist ihre Zuneigung aufrichtig, unschuldig und ohne Falsch, sie ist von grundlegender Zuverlässigkeit und absolut vertrauenswürdig“ (Serpell 1990, S.145).

Der Hund gilt als Meister der Kommunikation mit dem Menschen, kein anderes Tier hat die menschlichen kommunikativen Signale so gut zu verstehen gelernt wie der Hund (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 46). „Die nichtsprachliche Kommunikation zwischen Mensch und Hund ist einer der aktivsten Dialoge zwischen Mensch und Tier überhaupt. Der Hund ist sehr anpassungsfähig, versucht innerhalb kurzer Zeit die individuelle körpereigene Sprache eines Menschen zu erkennen und folgt somit dessen Bedürfnissen (Kommandos). Der Mensch fühlt sich verstanden und bestätigt“ (Ottersteadt 2001, S. 138). In der tiergestützten Intervention erfährt die feinfühlig Wahrnehmung und Reaktion des Therapietieres auf menschliche Signale ihre Bedeutung beim Kontaktaufbau: „Die sensiblen unmittelbaren Reaktionen des (trainierten) Tieres ermutigen das Kind / den Menschen, sich auf das Tier einzulassen, sich ihm zuzuwenden und eine Beziehung zu ihm aufzubauen“ (Vernooij 2008, S. 18). Darüber hinaus kommt speziell dem Hund eine entscheidende Rolle im therapeutischen Kontext zu, da der Hund aufgrund seines bereiten Ausdrucksrepertoires vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten besitzt um menschliche Stimmungen und Gefühle anzusprechen sowie darauf zu reagieren (vgl. Feddersen-Petersen 2003, S. 350). Daher sollen nun folgende mögliche Dialogebenen zwischen Mensch und Hund näher angeführt werden, auf welche im therapeutischen Kontext mithilfe eines Therapiehundes zurückgegriffen werden kann, um sich mit dem Menschen auch dann verständigen zu können, wenn verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist:

In der *optischen Kommunikation* gelten Mimik, Gestik und Körperhaltung als tragende Kommunikationselemente im Dialog zwischen Mensch und Hund. Diese nonverbalen Elemente stellen die Basis für eine Verständigung zwischen Mensch und Tier dar. Sie geben dem Hund wichtige Anhaltspunkte, um den Menschen auszulegen und seine Mitteilungen verstehen zu können: „Der Hund beispielsweise ‚versteht‘ nicht den Menschen und seine Gefühle, aber er kann dessen Stimmungen anhand der körpersprachlichen Zeichen erkennen. Je klarer und eindeutiger diese Zeichen sind, umso besser werden Tier und Mensch sich verstehen, vor allem dann, wenn auch der Mensch dem Bedürfnis des Tieres nachkommt“ (Otterstedt 2001, S. 170). Als Kommunikationsverstärker sei der Blickkontakt zwischen Mensch und Tier erwähnt, welcher vom Menschen als positive Antwort auf die zwischenartliche Kommunikationsaufforderung verstanden wird: „*Der Hund nimmt mit mir Kontakt auf!*“ „*Der Hund mag mich!*“ (vgl. Otterstedt 2003b, S.101).

Die *akustische Kommunikation* erhält ihre Bedeutung im Dialog zwischen Mensch und Tier durch die Kommunikationselemente der Lautäußerung, Stimmlage, -qualität und -charakter (vgl. Otterstedt 2003b, S. 99). Der Hund versteht nicht den Inhalt der gesprochenen Worte bzw. Laute eines Menschen. Jedoch kann er den unterschiedlichen Klang seiner Stimme deuten, indem differenzierte Stimmlagen unterschiedliche Stimmungen vermitteln, welche einerseits vom Tier verstanden werden und andererseits eine Vielfalt an verbaler Ansprache des Tieres ermöglichen (vgl. Otterstedt 2001, S. 181).

Darüber hinaus werden auch Gerüche als Ausdrucksmöglichkeit im Mensch-Tier-Dialog eingesetzt im Sinne einer *olfaktorischen Kommunikation*. Der Geruchssinn stellt für die Langzeitkommunikation eine Obligation dar, indem der Hund am Individualgeruch eines Menschen Informationen über Alter, Befindlichkeiten, Gesundheitszustand und Emotionen entnimmt, sodass zum Beispiel der Atemgeruch dem Tier eine vertraute Kommunikationsebene sowie einen Vertrauensaufbau zwischen Mensch und Tier erlaubt (vgl. Feddersen-Petersen 2003, S. 356; Otterstedt 2007, S. 39).

Taktile Kommunikation stellt eine bedeutende Rolle in der Festigung einer Beziehung zwischen Mensch und Tier dar. Die Berührung stellt nach Olbrich (2002) eine „fühlbare Sprache“ dar, da das Berühren eines kuscheligen Fells und die damit verbundene Wahrnehmung von Körperwärme, Atmung, Geruch und

Herzschlag dem Menschen nonverbal Zuneigung, Nähe, Wärme, seelische Entspannung und Vertrautheit vermittelt (vgl. Hegedusch 2007, S. 64).

Schließlich sei noch die *thermische* und *chemische Kommunikation* erwähnt. Die ausgeprägten Sinnesorgane erlauben dem Hund Temperaturdifferenzen sowie unterschiedliche chemische Substanzen (Stoffwechselprodukte, Schweiß, Urin, Pheromone) wahrzunehmen, Fähigkeiten welche beim Menschen nur mehr unterbewusst ablaufen. Zum einen vermag die Körpertemperatur zum Beispiel Hinweise auf einen bestimmten Erregungszustand zu geben, zum anderen reagiert der Hund auf veränderte Hautgerüche bei Epileptikern oder auch Diabetikern, wie der Mensch hormonell gesteuerte Körpergeruchsentwicklungen (jedoch unbewusst) zu bewerten versteht (vgl. Otterstedt 2007, S. 40).

Zusammenfassend gilt für den Ansprechpartner Tier in der tiergestützten Intervention: „Wenn physische, psychische, mentale und soziale Einschränkungen nach alternativen Kommunikationsformen verlangen, dann haben wir als Begleiter die Möglichkeit, mit Tieren mehr als nur den Betroffenen zu motivieren. Wir können gemeinsam mit ihm eine geeignete *Brücke*, eine gemeinsame Sprachebene entdecken. Das Tier hat sich bereits heute im Bereich der tiergestützten Pädagogik/Therapie als wichtiger und hilfreicher Brückenpfeiler in der Begleitung und Kommunikation mit Menschen bewährt“ (Otterstedt 2003b, S. 105).

4 Tiergestützte Interventionen als Bestandteil der professionellen Pflege

Dieses Kapitel behandelt die Relevanz tiergestützter Intervention für die professionelle Pflege. Es gilt zu klären, inwieweit die bereits angeführten positiven Auswirkungen tiergestützter Interventionen auf Pflegeheimbewohner die professionelle Pflegepraxis, ihre Wissenschaft und Forschung bereichern. Schließlich bedarf es in Österreich Aufholarbeit was diese Frage betrifft, denn immer noch viel zu wenigen Institutionen sind die Möglichkeiten, die ein regelmäßiger Tierkontakt für Heimbewohner und Pflegepersonal bietet, bekannt und sie ergreifen daher auch nicht die Chance einer Implementierung von Therapietieren in die Pflegepraxis. Folglich soll im ersten Punkt dieses Kapitels die professionelle Pflege, ihre Ziele und Charakteristika vorgestellt werden, bevor im zweiten Punkt den Einflussmöglichkeiten tiergestützter Interventionen auf die Pflege Rechnung getragen wird. Damit eine tiergestützte Intervention jedoch für alle Beteiligten Erfolg versprechen kann, muss in einem weiteren Abschnitt ganz bewusst auf die Grenzen tiergestützter Interventionen in der Pflegepraxis eingegangen werden.

4.1 Die Professionalisierung der Pflege

Die aktuellen gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen bewirken einen steigenden Bedarf an pflegerischem Handeln. Die ansteigende Zahl der alten Menschen, chronisch Kranken und Pflegebedürftigen erfordert darüber hinaus zunehmend eine Pflege, welche sich weg von krankheitsorientierten hin zu präventiven und gesundheitsorientierten Konzepten bewegt. „Vielfältige Aufgaben, wie bei der Bewältigung von Erkrankungen, bei der Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörigen und bei der Aufrechterhaltung ihrer Selbstständigkeit werden zunehmend den eigenständigen Tätigkeitsbereich der Pflege und ihren ganz spezifischen Beitrag im Bereich der Gesundheitsversorgung und -förderung ausmachen“ (Seidl 1994, S. 173). Die wachsenden Herausforderungen an das Gesundheitssystem verlangen daher zukünftig professionelle Pflegeleistungen auf der Basis eigenständiger

wissenschaftlicher Qualitätsstandards. Haas (2007, S. 6) macht demographische Veränderungen (steigende Hochaltrigkeit, Singularisierung, Individualisierung), epidemiologische Veränderungen (vermehrtes Auftreten von Zivilisationskrankheiten, chronischen Krankheiten, neuartiger Erkrankungen und Multimorbidität) sowie strukturelle Veränderungen (steigende Komplexität der Pflege, Qualitätsansprüche sowie steigendes Arbeitspensum) für erhöhte Pflegeanforderungen verantwortlich, sodass er eine Verwissenschaftlichung der Pflege als unabdingbar betrachtet. Erst eine Pflegepraxis auf eigenem wissenschaftlichen Niveau kann den aktuellen Ansprüchen der Gesellschaft nach zunehmender Pflegequalität entsprechen. Die Pflege benötigt daher eine eigene Forschung, für welche wissenschaftlich ausgebildete Pflegekräfte erforderlich sind.

In den USA ging man mit Advanced Nursing Practice (ANP) als Paradebeispiel für Europa voran, einer fortgeschrittenen Pflegepraxis basierend auf akademischem Niveau und eigenen Forschungsergebnissen. Rebecca Spirig (2002, S. 20ff) von der Universität Basel übersetzt ANP als „erweiterte, vertiefte Pflegepraxis“: Unter einer erweiterten Pflegepraxis versteht sie die Tätigkeit von spezialisierten Pflegenden in Beratungs- und Bildungsfunktionen auf der Basis einer intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Ziel eine Pflege auf höchstem Niveau durch gemeinsam abgestimmte Dienstleistungen zu erreichen. Vertiefte Pflegepraxis umschließt wiederum ein pflegerisches Handeln von professionellen Pflegenden, welches auf dem fortlaufenden Studieren neuester Erkenntnisse ihres Spezialgebietes sowie auf dessen Integration in die Praxis basiert, um eine professionelle Expertenberatung und -begleitung zu ermöglichen (ebd.).

Santo (2001, S. 7ff) fasst die Inhalte, Merkmale und Praxisfelder der Advanced Nurse Practitioners folgendermaßen zusammen: Die Qualität dieser professionellen Pflegekräfte leitet sich ab von den Kriterien eines hohen Bildungsgrades (Mastergrad), einem direkten klinischen Praxisbezug, einer Expertenkompetenz in Form von besonderen Fähigkeiten und Wissen, einer Integration von Forschung in die Pflegepraxis sowie einer Spezialisierung in der Pflege. Zu den Einsatzgebieten der begleitenden und beratenden Pflegepraktiker zählt sie Praxisfelder wie hochspezialisierte Bereiche (Krankenhäuser), Bereiche der Primären Gesundheitsfürsorge (Gesundheitszentren) sowie Bereiche der

Gemeindepflege, als einer Mischung aus Public Health und Primary Health Care (vgl. Santo 2001, S. 7ff).

Spirig (2002, S.16ff) verdeutlicht in ihrem Artikel das Handlungsfeld der ANP im Bereich der Beratung und Begleitung von HIV- und Aidskranken. Als ein Beispiel für eine erweiterte und vertiefte Pflegepraxis schildert sie, inwiefern man HIV-Patienten und dessen Angehörige mittels partizipativer Aktionsforschung (eine auf interdisziplinäre Zusammenarbeit basierendes Methode, in der Praxisprobleme erfasst und notwendige Veränderungen umgesetzt werden), einer patientenorientierten Langzeitbetreuung sowie mittels Expertenberatung (Gesundheitsförderung, Umgang mit Medikamenten und Beschwerden) eine auf der besten verfügbaren Evidenz basierende Dienstleistung anbieten kann, sodass mit der Pflegequalität die Lebensqualität der Betroffenen steigt (ebd.).

In Österreich bedarf es noch jenem Berufsfeld der hochqualifizierten Pflegeperson mit spezialisierter Handlungskompetenz. Den ersten Schritt hin zu einer Entwicklung von ANP trat man 1999 mit Einführung des Individuellen Diplomstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien an, um zukünftige Pflegeexperten für eine Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, als auch für den Bereich der Lehre, des Managements von Pflegeinstitutionen und der Forschung an Universitäten auszubilden. „Sie [die Pflegewissenschaft] verlangt ihren eigenen Stellenwert im Gesundheitssystem, neben der medizinischen aber auch der der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung“ (Krüger 1996, S. 39). Die Disziplin der Pflegewissenschaft muss daher bewusst von anderen Disziplinen abgegrenzt werden, wenngleich sie die Anlässe ihres Handelns mit der Medizin, ihre Ziele mit den Gesundheitswissenschaften und ihre Konzentration auf Interaktionsprozesse mit den Sozialwissenschaften teilt (vgl. Krüger 1996, S. 41). Die besondere Aufgabe der Pflegewissenschaft, durch welche sie sich von anderen Disziplinen abgrenzt, ist die grundlegende Lieferung von Wissen, welches die Pflegepraxis unterstützt und im Sinne einer Qualitätssicherung verbessert (vgl. Kirkevold 2002, S. 18). „Hierfür werden professionelle Fachleute der Pflege gebraucht. Professionelle Fachkräfte, die die Komplexität der Pflege erfassen, verstehen und erklären können, die praktische Erfahrungen mit theoretischen Erkenntnissen verbinden können und die den Transfer von der Theorie in die Praxis auf einer breiten Basis leisten können. [...]

Professionelle Fachkräfte, die neue Instrumente, Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung in der Pflege entwickeln können. Dafür wird die Pflegewissenschaft [...] gebraucht“ (Biederbeck 1996, S. 271f). Als eigenständige Wissenschaft kann die professionelle Pflege auf akademischer Basis mittels folgender Gegenstandsbereiche als Grundlagen des theoretischen Denkens in der Pflege umschrieben werden, die es nun nach Görres (1996, S. 69f) näher zu betrachten gilt:

- Person

Das Augenmerk der Pflege liegt auf der Person und ihrer Biographie. Im Prinzip ist diese Person der pflegebedürftige Mensch, das Pflegeinteresse schließt aber im Sinner einer Interaktion auch die Pflegeperson mit ein.

- Umwelt

Die Umwelt wird bedeutungsgleich als physisches, psychisches, soziales und ökologisches Milieu im Sinne der wichtigsten externen Komponente für gesundheitliches Wohlbefinden begriffen. Mensch und Umwelt stehen als interagierende Systeme miteinander in Beziehung, sie können nicht getrennt voneinander betrachtet werden.

- Wohlbefinden

Gesundheit bzw. Wohlbefinden und Krankheit werden ganzheitlich erfasst, das heißt nicht als Zustand sondern als dynamischer Prozess. Der Erhalt eines bio-psycho-sozialen Wohlbefindens gilt als zentrale Aufgabe der Pflegenden.

- Pflegerisches Handeln

Der pflegerische Handlungsprozess geht von den Bedürfnissen und Kompetenzen des pflegebedürftigen Menschen aus. Die Pflegesituation wird dabei als interaktiver Aushandlungsprozess verstanden, in welcher die Wiedererlangung von Handlungskompetenz, die Unterstützung von Kompetenzerhaltung sowie die Förderung von Selbstpflege und Alltagskompetenz als zentrale Anliegen gelten.

Auf dem Hintergrund dieser Gegenstandsbereiche hat die Pflegewissenschaft nach Haas (2007, S. 6) folgende Ziele:

- “die **Theorieentwicklung** in der Pflege voranzutreiben, um so
- die **Pflegepraxis** beschreiben und Hilfen zu ihrer Bewältigung bereitstellen zu können, mit dem Ziel, die pflegerische Versorgung zunehmend zu optimieren,
- durch gezielte (eigene) **Forschung** vorhandenes Wissen beschreiben und neues pflegerisches Wissen entwickeln,
- gleichzeitig im Rahmen der Pflegebildungsforschung Möglichkeiten zur Verbesserung der Vermittlung pflegerischen Wissens untersuchen (**Lehre**)“.

Im Zuge einer *Theorieentwicklung* bedient sich die Pflege zweierlei Verfahren, der induktiven Theoriebildung (die Schlussfolgerung aus einer Einzelfallbeobachtung zu einer Verallgemeinerung) oder der deduktiven Theoriebildung (die Ableitung von einer allgemeingültigen Aussage (Theorie) auf Aussagen für den Einzelfall) (vgl. Haas 2007, S. 7). Dabei entstehen Pflegetheorien, welche definiert werden können als „Theorien, die die Pflegewirklichkeit als Ganzes oder in Teilen beschreiben, d.h. das, was den Patienten aus einer Pflegeperspektive charakterisiert, sowie die Pflegepraxis und Ziel und Kontext der Pflege, wie sie den Patienten und die Ausübung der Pflege beeinflussen“ (Kirkevold 2002, S. 25). In der Entwicklung von Pflegetheorien greift man auch auf strukturierte Wissensquellen anderer Wissenschaften zurück wie z.B. aus der Psychologie, Medizin oder Pädagogik (vgl. Mayer 2002, S. 25). Die vermehrte Bildung von Pflegetheorien gilt als grundlegende Voraussetzung für einen Paradigmenwechsel hin zu einer professionellen Pflege, denn erst Pflegetheorien vermögen die Pflegepraxis auf wissenschaftlicher Basis zu untermauern, sodass eine zunehmende Pflegequalität gesichert werden kann.

Die *Pflegepraxis* stellt den Ausgangspunkt für wissenschaftliche Fragen dar. Sie kann nicht getrennt von ihrer Wissenschaft betrachtet werden, da Wissenschaft und Praxis in wechselseitiger Beziehung und Abhängigkeit stehen (vgl. Mayer 2002, S. 26). Um in der Praxis bestmögliche Pflegeleistungen zu erbringen,

verlangt es daher einem pflegerischen Handeln, welches auf den Theorien und Begründungen ihrer Wissenschaft aufbaut.

Die *Pflegeforschung* stellt das Mittel zum Erkenntnisgewinn dar (vgl. Schrems 2002, S.156). Sie ist das Mittel der Pflegewissenschaft, um

- „Theorien zu überprüfen;
- Fragestellungen aus der Praxis aufzugreifen und zu beantworten;
- Grundlagen für die Entwicklung **neuer Theorien** zu liefern“ (Mayer 2002, S. 34f).

Die Pflegeforschung als Arbeitsprozess arbeitet dabei entweder mit dem qualitativen oder quantitativen Forschungsansatz. Indem also die Pflege mit ihrer eigenen Forschung fundiertes pflegerisches Fachwissen schafft, vermag sie die Pflegequalität langfristig zu verbessern.

Schließlich gewinnt auch die *Pflegebildung bzw. Lehre* ihren Stellenwert für die Festigung einer professionellen Pflege auf akademisierter Basis. Der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn, welcher auf eigener Forschung und Theoriebildung basiert, muss anhand von Universitätsvorlesungen, wissenschaftlichen Tagungen oder Kongressen vermittelt werden, sodass neues pflegerisches Wissen in die Pflegepraxis Einzug finden kann (vgl. Mayer 2002, S.41).

Zusammenfassend gilt, dass das Berufsfeld der Pflegewissenschaft in Österreich Zukunftsvision bleiben wird, solange gesundheitspolitische und bildungspolitische Bemühungen weiterhin ausstehen (vgl. Seidl 1994, S.183). Der Durchbruch einer akademisierten Pflegepraxis in Österreich erfordert rasche politische Initiativen, um der Pflegequalität hierzulande zu nachhaltigen Veränderungen zu verhelfen. Schließlich setzt eine Qualitätssicherung in der Pflege die Förderung einer Verwissenschaftlichung der Pflege voraus, anstatt sich weiter vorwiegend auf „intuitiver, erfahrungsgeliteter Handlungssicherheit und Orientierungsfähigkeit“ in der Pflege zu stützen (vgl. Görres 1996, S. 67).

4.2 Die Bedeutung tiergestützter Interventionen für die Pflegepraxis, ihre Wissenschaft und Forschung

Damit die Pflegepraxis den Gesundheitsansprüchen des 21. Jahrhunderts entsprechen kann, ist anstatt einer rein versorgenden und somit abhängigkeitsfördernden Pflege, eine ganzheitlich aktivierende und fachübergreifende Pflege auf wissenschaftlichem Qualitätsniveau nötig (siehe 4.1). In diesem Zusammenhang, nämlich den pflegebedürftigen Menschen zu eigener Aktivität aufzufordern, kommt den tiergestützten Interventionen in der Pflege ihre besondere Bedeutung zu. Erhard Olbrich bezeichnete den Einsatz von Therapietieren einst als „*aktivierende Altenpflege*“ (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 116). „Unter ‚Aktivierender Pflege‘ versteht man eine Pflegepraxis, die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen fördern, d.h. wiedergewinnen und erhalten will und dabei die Ressourcen des zu pflegenden Menschen berücksichtigt, so daß er unter Beaufsichtigung und Anleitung selbst aktiv sein kann. Grundlage ist eine für alle Beteiligten nachvollziehbare Planung und Dokumentation dieser Pflege“ (Waßmuth et al. 2000, S. 23). Therapietiere fungieren somit *als Schlüssel* in der aktivierenden Pflege von Pflegebedürftigen, da mit Hilfe von Therapietieren im Sinne einer rehabilitierenden Pflege ganzheitlich gesundheitsförderliche Effekte mühelos erreicht werden können. Tiere *eröffnen* den Pflegenden daher die Möglichkeit dem Qualitätsanspruch an eine professionelle Pflege, die auf Motivierung, Aktivierung sowie auf Ressourcenförderung ausgerichtet ist, zu entsprechen. Leider wird diese bedeutende Rolle der Tiere im Sinne einer aktivierenden Pflege noch von den wenigsten Pflegeinstitutionen erkannt, sodass der Rückgriff auf die gesundheitsförderlichen Wirkungen der Tiere auf bio-psycho-sozialer Ebene noch eine Seltenheit darstellt. Die besondere Bedeutung tiergestützter Interventionen für die Pflegepraxis, ihre Wissenschaft und Forschung soll daher im Folgenden zusammengefasst werden, wenngleich es die noch ungeschlossenen bzw. unwissenden Pflegeinstitutionen von den Vorzügen eines Therapietieres noch zu überzeugen bzw. aufzuklären gilt.

Die *Relevanz tiergestützter Interventionen für die Pflegepraxis* ergibt sich aus den Dimensionen einer erleichterten (a) physischen und (b) psychosozialen

Einflussmöglichkeit der Heimbewohner sowie (c) einer positiven Einflussnahme auf den Heimalltag durch Therapietiere.

(a) Einfluss auf die körperliche Gesundheit:

Betrachtet man die Wirkungen tiergestützter Interventionen auf physischer Ebene unter dem Aspekt ihrer Relevanz für die Pflegepraxis, so lassen sich entscheidende Vorteile anführen aus denen die Berufsgruppe der Pflegenden profitieren kann. Ein bedeutender Nutzen für die Pflegepraxis lässt sich zum Beispiel aus einer *erhöhten Mobilitätsmotivation der Heimbewohner* durch die Gegenwart eines Therapietieres ableiten, denn das leitende Ziel der Pflegeperson, den Betroffenen körperlich zu aktivieren, wird mithilfe eines Therapietieres erheblich erleichtert. Ob sich nun ein Rollstuhlfahrer selbstständig mit dem Therapiehund an der Leine durch den Flur bewegt, ein multimorbider Bewohner dem Tier mit aller Kraft einen Ball zuwirft, oder ob sich ein Bettlägeriger aufrichtet, um das Tier zu streicheln, „[...] sie alle trainieren Gleichgewicht, die Koordination von Wahrnehmung und fein abgestimmten motorischen Aktionen, die Muskeln, den Stützapparat aber auch die neurologische Steuerungen und Regelungen betreffen. Und mehr noch: Dies alles geschieht in einer selbstverständlichen Verbundenheit, in der keine fordernde oder gar bewertende Instanz erlebt wird, es geschieht heiter und wird mehr als angenehme Abwechslung denn als ein schwieriges therapeutisches Programm erlebt“ (Olbrich 2003c, S. 198). Die Intension der Pflegeperson, die selbstständige Handlungsfähigkeit der Bewohner zu fördern, lässt sich mit Hilfe eines Therapietieres also einfach umsetzen, vor allem da sich die Beschäftigung mit dem Tier für gewöhnlich unter dem Aspekt der Freiwilligkeit und Selbstverständlichkeit vollzieht. Die aktive Betreuung und Auseinandersetzung mit dem Therapietier unterbricht zudem die belastende Rolle eines Pflegeheimbewohners, stets die „Versorgungsbemühung“ Dritter zu sein (vgl. Claus 2003, S. 205). Das bedeutet für den Pflegenden auch die Möglichkeit den Betroffenen auf gleicher Ebene zu begegnen. Einer Ebene in der der Bewohner die Rolle des Hilfsbedürftigen und Gefühle der Nutzlosigkeit abgibt, indem er durch die Selbstversorgung des Therapietieres anhand von Bürsten, Füttern, Anlegen und Halten der Leine usw., Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit

sowie Verantwortung beweisen kann. Ein weiterer Nutzen für die Pflegepraxis resultiert aus der tierischen *Unterstützung von Pflegehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen* der Betroffenen: Die Gegenwart eines Therapietieres erleichtert insofern die Pflege, da die Motivation zur Rehabilitation aber auch die Akzeptanz für pflegerische Handlungen steigt (vgl. Otterstedt 2003c, S. 228f). Einen Hund zu bürsten, ihn mit offener Hand zu streicheln oder unterschiedlich große Futterstücke aus verschiedenen Behältern zu ziehen ist abwechslungsreicher und attraktiver als das Training mit unbelebten Übungsgeräten ohne Belohnungscharakter (vgl. Claus 2003, 205f). Bedeutsam erscheint auch die Erkenntnis, dass Tiere den Betroffenen bei schmerzhaften und angstbesetzten Diagnostik- und Therapieverfahren ablenken (vgl. Otterstedt 2001, S. 110). Darüber hinaus findet die *Reduzierung von Beschwerden* der Bewohner durch eine vom Tier ausgelöste Entspannung ihre Bedeutung für die Pflegepraxis: Bewohner einer stationären Einrichtung klagen während eines Tierbesuchs weniger über körperliche Erschöpfung, Beschwerden oder Einschränkungen, sodass der Bedarf pflegerischer Hilfe signifikant nachlässt (vgl. Otterstedt 2001, S. 68). Claus (2003, S. 206) betont in dem Zusammenhang, dass Heimbewohner ihre Pflegenden weniger um Medikamentendosen bitten, wenn ihre Aufmerksamkeit auf das Therapietier gerichtet ist. Letztlich sorgt ein *Stressabbau* durch tiergestützte Interventionen auf Seiten aller Beteiligten für entspannte Pflegesituationen. Die Arbeit der Pflegenden ist häufig gekennzeichnet durch extreme Auslastung, Kraftanstrengung und Überbelastung, Situationen die unaufhörlich Stressbewältigungsstrategien erfordern. In diesem Zusammenhang kommt dem Therapietier ein nicht zu unterschätzender Stellenwert für das Pflegepersonal zu. Seine Anwesenheit lässt Stress mindern und anstrengende Arbeitsphasen leichter erdulden (vgl. Jorgenson 1997, S. 253).

(b) Einfluss auf die seelische Gesundheit:

Nimmt man die psychosozialen Wirkungen tiergestützter Interventionen unter dem Aspekt ihrer Bedeutung für die Pflegepraxis ins Blickfeld, so lassen sich gewinnbringende Einflussmöglichkeiten feststellen. So bietet zum Beispiel die aus tiergestützten Interventionen resultierende *wachsende Kommunikationsbereitschaft* der Pflegeheimbewohner den Pflegenden die

Möglichkeit, mit ihnen stärker in Beziehung zu treten: Das Therapietier wird zum Kommunikationsinhalt. Es schafft alternativen Gesprächsstoff zwischen den zu Pflegenden und dem Pflegepersonal, sodass im Mittelpunkt ihrer Kommunikation nicht mehr nur die auf Beschwerden beruhenden Pflegehandlungen stehen (vgl. Klare 2003, S. 322). In der Betreuung von Menschen, bei welchen verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, ergibt sich für die Pflegenden mit Hilfe der analogen Dialogfähigkeit des Tieres darüber hinaus die Chance eines erleichterten Kontaktaufbaus (siehe 3.3). Bereicherung erfährt die Pflegepraxis weiters durch die Möglichkeit zur *Aktivierung und Förderung geistiger Aktivität* mittels tiergestützter Interventionen. Dem Anliegen der Pflegenden die kognitiven Leistungen der Heimbewohner zu trainieren kann regelmäßig anhand von Gedächtnisleistungen (wie z.B. Erinnerung des Hundenamens oder der Kommandos, auf welche der Hund reagiert) die tiergestützte Interventionen vom Betroffenen erfordern, nachgegangen werden (vgl. Otterstedt 2001, S. 61). Um Gedächtnisleistungen in Form zu halten muss das Therapietier jedoch nicht zwangsläufig anwesend sein. Das Pflegepersonal kann die Gelegenheit nach einem Tierbesuch nutzen, um die Bewohner auf das Erlebnis mit dem Tier anzusprechen und so den Tierbesuch „Revue“ passieren zu lassen (vgl. Vernooij 2008, S. 159). Darüber hinaus kann die bloße Anwesenheit eines Tieres den alten Menschen dazu anregen „sich mit der eigenen Biographie auseinanderzusetzen, weil es [das Tier] Erinnerungen an frühe Phasen heraufruft und so das Gedächtnis im ganzen wieder in Gang setzen kann“ (Greiffenhagen 2007, S. 112). Für die Pflegepraxis bedeutet dies zugleich, dass die Pflegeperson aus den biographischen Hintergrundinformationen einer Person zum einen eine bessere Beziehung zum Bewohner aufbauen und zum anderen ihre Pflegehandlungen am biographischen Hintergrundwissen orientieren kann. Ferner finden *sozial-emotionale Interaktionen* durch die Anwesenheit eines Tieres ihre Bedeutung für die Pflegepraxis: Durch die Beobachtung, Erforschung, Berührung und Fürsorge eines Tieres wird der Betroffene zunehmend bereit sich zu öffnen und sich mitzuteilen, wodurch das Pflegepersonal die Möglichkeit zum unverfänglichen taktilen Kontakt erhält (vgl. Otterstedt 2003c, S. 235).

(c) Einfluss auf den Heimalltag:

Eine Implementierung von Therapietieren in die Pflegepraxis beeinflusst den Heimalltag für Bewohner und Pflegenden deutlich positiv. Begründung findet diese Schlussfolgerung zum einen aufgrund einer *belebten Heimatmosphäre*, die durch die Anwesenheit eines Therapietieres geschaffen wird: Das Tier bringt eine lebendige und naturnahe Abwechslung in die oftmals sterile Pflegeinstitution und schafft somit einen Alltagsbezug zur außerklinischen Welt (vgl. Vernooij 2008, S. 160). Ein Tierbesuch stellt gleichermaßen eine freundliche, warme und familiäre Atmosphäre im Sinne eines angenehmen und aufgelockerten Lebens- und Arbeitsmilieus für Bewohner und Personal her (vgl. Fine 2006, S. 178f). Zum anderen lässt sich ein *stärkeres Teambewusstsein* auf einer Pflegestation feststellen, wenn diese regelmäßigen Tierbesuch erhält. Gemeinsame Beschäftigung und Erlebnisse abseits des ritualisierten Heimalltags fördern das Zusammengehörigkeits- bzw. „Wir-Gefühl“: „Wir von der Station IV haben unseren Therapiehund Bobby!“ (vgl. Otterstedt 2001, S. 61). Einen weiteren Nutzen für das Pflegepersonal bietet der aus tiergestützten Interventionen resultierende *ritualisierte Tages- oder Wochenablauf*. Therapietiere vermögen den Heimalltag aller Beteiligten durch eine alternative Tages- bzw. Arbeitsgestaltung zu strukturieren und ritualisieren, sodass der oftmals monotone Heimalltag unter dem Aspekt der Schaffung von Abwechslung durch neue Inhalte und Erlebnisse positiv beeinflusst werden kann (vgl. Vernooij 2008, S. 157). „Schließlich erzielen aus der *wachsenden Zahl von Besuchern* im Zusammenhang mit tiergestützten Interventionen sowohl Pflegeheimbewohner als auch ihre Betreuer Gewinn. Die Attraktivität des Therapietieres motiviert oftmals Angehörige dazu ein Pflegeheim aufzusuchen (vgl. Vernooij 2008, S. 161). Der Tatsache, dass Verwandte mit Pflegeheimen häufig eine traurige und bedrückende Atmosphäre verbinden und depressive „Schwingungen“ als belastend empfinden, kann mit Hilfe eines Tieres entgegengewirkt werden, da Tiere durch ihre Lebendigkeit und Natürlichkeit Gefühle von Unbehagen auf Seiten der Besucher abfangen und neutralisieren können (ebd.). Aus erhöhten Besuchshäufigkeiten ergibt sich die Chance für die Pflegenden, die Angehörigen intensiver in den Heimalltag einzubinden, sowie mehr Hintergrundinformationen zum Betroffenen zu erhalten, sodass auf dessen

Bedürfnisse besser individuell eingegangen werden kann (vgl. Hegedusch 2007, S. 102).

Die eben angeführten Beispiele als Veranschaulichung der Bedeutung tiergestützter Interventionen für die Pflegepraxis machen letztlich deutlich, wie groß und weitgreifend der Beitrag von Tieren im Sinne einer aktivierenden Pflege sein kann. Tiere eröffnen Pflegeheimbewohnern die Chance, das Leben im Heim als Möglichkeit zur Förderung und Wiederherstellung von Selbstständigkeit und Wohlbefinden zu betrachten. Die Pflegewissenschaft zielt darauf ab von der rein versorgenden hin zur aktivierenden Pflege abzuweichen, diese Abkehr hat sich in der Pflegepraxis jedoch noch nicht vollständig vollzogen (vgl. Waßmuth 2000, S. 40). Therapietiere stellen jedoch den Schlüssel dazu dar, die Theorie der aktivierenden Pflege kurzerhand in die Praxis umzusetzen, woraus sich die *Relevanz tiergestützter Interventionen für die Pflegewissenschaft* ergibt. Professionelle Pfleger müssen im Sinne der Pflegewissenschaft vermehrtes Wissen zu tiergestützten Interventionen schaffen, wodurch dieses in die Pflegepraxis weitreichend und öffentlich akzeptiert Einzug finden kann. Eine Pflegepraxis, die im Sinne einer Sicherung der Pflegequalität auf eine ganzheitlich gesundheitsförderliche Pflege zielt, gehört dazu „ermuntert“ die gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützter Interventionen durchdacht einzusetzen. Dafür benötigt die Pflegepraxis jedoch professionelle Pflegeexperten, die sich auf diesem Gebiet durch notwendige Qualifikationskompetenzen spezialisiert haben. Durch eine akademische Pflegeausbildung mit Spezialisierung auf den Bereich der tiergestützten Interventionen kann man „[...] Pflegekräfte dazu befähigen, reflektiert zu handeln. Dies ist entscheidend für den Erfolg! Nachhaltige positive Effekte beim Einsatz von Tieren können nur dann entstehen, wenn dieser Einsatz individuell und konsequent umgesetzt sowie langfristig angewandt und wissenschaftlich fundiert erfolgt. [...] Damit kann ein entscheidender Beitrag und ein weiterer Schritt zur Professionalisierung des Berufsfeldes Pflege geleistet werden“ (Hegedusch 2007, S. 118).

Pflegeexperten haben eine dominante Position inne, um die wissenschaftliche Forschung im Bereich der tiergestützten Interventionen in der Pflege

voranzutreiben (vgl. Jorgenson 1997, S. 254). Die *Relevanz tiergestützter Interventionen für die Pflegeforschung* liegt daher darin, das Erfahrungswissen zu den gesundheitsförderlichen Effekten tiergestützter Interventionen vermehrt wissenschaftlich zu untersuchen und zu überprüfen; wodurch sie zu einem begründeten Handeln im Sinne einer aktivierenden Pflege gelangt, welches wiederum den Paradigmenwechsel hin zu professioneller Pflege verschärft: „Die Aufgabe und die Chance der Pflegewissenschaft bestehen darin, dieses Erfahrungswissen aufzugreifen und zu systematisieren, um daraus Theorien und Konzepte für die Pflegepraxis zu entwickeln, die dazu führen können, den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden und gleichzeitig eine Anhebung des pflegerischen Qualitätsniveaus zu erreichen“ (Hegedusch 2007, S. 112).

Zusammenfassend lässt sich nach Klare (2003, S. 324f) feststellen:

„Wenn Haustierhaltung als Variable der Lebensqualität im Alter anerkannt wird, welche sich entwicklungs- und gesundheitsfördernd auswirkt, sollten Pflegende sich für eine Tierhaltung in Altersinstitutionen einsetzen. Es kann somit als pflegerische Aufgabe begriffen werden, alte Menschen bei der Mitnahme ihrer Tiere in Alteneinrichtungen zu unterstützen. Auch der gezielte Einsatz von Tieren, z.B. in der Arbeit mit Dementen, birgt Chancen, welche es zu nutzen gilt. Pflegewissenschaftliche Fundierung und Konzeptentwicklung für die praktische Arbeit müssen in diesem Zusammenhang als Voraussetzung für eine tiergestützte Pflege angesehen werden“.

4.3 Kritik und Grenzen tiergestützter Interventionen in der Pflegepraxis

Nicht immer werden mit tiergestützten Interventionen positive Auswirkungen auf den Menschen assoziiert. Vielmehr dominiert vielerorts immer noch Skepsis und Kritik. Vorbehalte betreffen Hygiene- und Unfallbedenken, Belästigungen durch Gebell und Schmutz und eine eventuelle Mehrbelastung des Personals; antizipierte Probleme, die, wie die Praxis zeigt, meist leicht lösbar sind (vgl. Niepel

1998, S. 134). Daher soll auf das vermeintliche Hygieneproblem Tier eingegangen werden, Infektionsrisiken als auch entsprechende Hygienemaßnahmen, welche eine Krankheitsübertragung vermeiden können, sollen aufgezeigt werden. Dennoch stellen nicht nur Hygienemaßnahmen eine unabdingbare Voraussetzung für den Einsatz eines Therapietieres dar. Es muss ausdrücklich auf die Grenzen tiergestützter Interventionen aufmerksam gemacht werden: ein erfolgreicher Einsatz eines Therapietieres erfordert Voraussetzungen beim Anbietenden/Tierhalter, beim Empfänger sowie bei den Mitarbeitern, denn das Tier kann nur unter der Sicherstellung seines Wohlergehens auf alle Beteiligten positiv wirken.

4.3.1 Hygiene

Die Implementierung von Therapietieren in die Pflegepraxis wird durch eine Vielzahl von Gegenargumenten erschwert. Kritiker tiergestützter Interventionen sehen im tierischen Therapeuten vor allem ein Hygieneproblem. Das Tier stelle für den Patienten eine Infektionsquelle und ein Hygienearisiko durch Krankheitsübertragungen (Zoonosen) oder Verletzungen (Unfälle, Bisse) dar. Letzteres Bedenken stellt insofern einen unberechtigten Vorbehalt dar, da durch die sorgfältige Auswahl des Tieres im Sinne eines gutmütigen, ruhigen Wesens sowie durch seine Ausbildung zum therapeutischen Begleiter (das Tier hat gelernt zu freudiges Hochspringen, hastiges Aufnehmen von Leckerbissen, unruhiges Schoßsitzen usw. zu unterlassen) Sicherheit gewährleistet wird (siehe 2.3.3). Otterstedt (2001, S. 124) betont darüber hinaus, dass im fachgerechten Umgang mit dem Tier der Garant für ein vorhersehbar verlässliches Verhalten des Tieres liegt. Die statistische Erhebung der Delta Society bestätigt das geringe Unfallrisiko im Umgang mit Therapietieren: Bei 10. 000 Besuchsdienst-Einsätzen in Gesundheitsinstitutionen kam es nur zu 19 Unfällen, das entspricht 1,9 Promille (vgl. Schwarzkopf 2002, S. 84). Die Tatsache jedoch, dass Tiere Krankheitserreger übertragen können, darf nicht negiert werden.

Laut Definition der Europäischen Union versteht man unter Zoonosen „sämtliche Krankheiten und/oder sämtliche Infektionen, die auf natürlichen Weg zwischen Tier und Mensch übertragbar sind“ (zit. n. Granzberger 2002, S. 102). Die

Übertragung der Erregergruppen Bakterien, Viren, Pilze und Parasiten vom Tier auf den Menschen ist prinzipiell auf vielfache Art möglich, am leichtesten jedoch durch unmittelbaren Kontakt mit dem Tier wie Streicheln, Kuss auf die Schnauze des Tieres oder Lecken durch das Tier (vgl. Schwarzkopf 2003, S. 106). Die wichtigsten übertragbaren Krankheiten sollen daher nach Meier (1992, S. 28ff) kurz zusammengefasst werden:

- Viren

Die bekannteste virale Infektionskrankheit zwischen Tier und Mensch stellt die *Tollwut* dar. Die zum Tode führende Krankheit befällt das Nervensystem und ist über den Speichel eines kranken Tieres übertragbar. Die *Hirnhautentzündung* (Meningitis) wird durch Zecken übertragen. Das zeckenbefallene Tier stellt daher nur indirekt eine Infektionsquelle dar, da ein erkranktes Tier die Viren nicht direkt auf den Menschen übertragen kann. Letztlich seien noch *Grippeerkrankungen* (Influenza) über das Ansteckungsmedium Luft erwähnt, wenngleich sie nur in sehr seltenen Fällen auf den Menschen übertragbar sind.

- Bakterien

Die *Papageienkrankheit* und der *Kaninchenschnupfen* zählen zu den bakteriell übertragbaren Krankheiten zwischen Mensch und Tier, welche zu einer Infektion der Atemwege führen. Die *Salmonellose* ist eine Durchfallerkrankung, die Ansteckung erfolgt jedoch nicht durch direkten Kontakt mit dem Tier, sondern über verschmutzte Nahrungsmittel. Daher sollen dem Therapietier keine Schlachtabfälle gefüttert werden. Weiters können bakterielle Infektionen wie *Abszesse* anhand von Strepto- und Staphylokokken durch innigen Hautkontakt zwischen Mensch und Tier übertragen werden.

- Pilze

Bei den Pilzinfektionen ist die *Hautpilzkrankung* (Dermatomykose) von Bedeutung, welche sich als ringförmige, haarlose und juckende Hautveränderung äußert und durch intensiven Hautkontakt auf den Menschen übertragbar ist.

- Parasiten

Zur letzten Erregergruppe zählt das Krankheitsbild der *Toxoplasmose*, welche durch den Kot einer infizierten Katze hervorgerufen wird. Während die Erkrankung bei Mensch und Tier symptomlos verläuft, besteht jedoch die Gefahr einer Fehlgeburt oder einer Missbildung beim Kind für Frauen, die sich während der Schwangerschaft mit dem Erreger anstecken. Weiters sind *Milben*, *Flöhe* und *Läuse* Hautparasiten, welche in Ausnahmefällen ihren Wirt wechseln und so beim Menschen starken Juckreiz hervorrufen können. Darmparasiten wie *Band- und Spulwürmer* stellen für den Menschen eine Gefahr dar, da ihre Larven innere Organe wie Leber, Lunge oder Gehirn befallen. Die Ansteckung erfolgt, wenn der Mensch über den Mund die Eier der Würmer aus dem Kot eines Tieres aufnimmt.

„Um den Menschen vor Krankheitserregern zu schützen, schützt man am besten zunächst das Tier selbst vor den Erregern“ (Otterstedt 2001, S. 128). Laut dem Robert-Koch-Institut umfasst die konkrete Gesundheitsfürsorge für Tiere folgende Punkte:

- „eine vollständige Impfung gemäß aktuellem ortsbezogenem Impfkalender,
- zeitnahes Entfernen von Ektoparasiten wie Flöhen, Zecken, Läusen und Milben,
- Tierarztbesuch bei Krankheitsanzeichen
- regelmäßige Maßnahmen zur Entfernung von Endoparasiten (z.B. Würmer),
- artgerechte Haltung mit ausreichend Auslauf und Frischluft sowie
- regelmäßige Reinigung des Aufenthaltsbereiches des Tieres“ (zit. n. Vernooij 2008, S. 108).

Zur Minimierung des Infektionsrisikos erfordert es jedoch nicht nur einen verantwortungsbewussten Tierhalter, welcher für eine artgerechte Haltung und eine regelmäßige Gesundheitsüberwachung des Tieres sorgt, sondern auch einen Hygieneplan der Institution, in welcher die tiergestützte Intervention angeboten wird. Schwarzkopf (2003, S. 112ff) schlägt folgendes *Hygienekonzept für Einrichtungen des Gesundheitsdienstes* vor:

A) Dokumentation zum Tier:

Folgende Dokumente müssen immer aktuell nachweisbar sein:

- Impfzeugnis
- Entwurmungsprotokoll
- Versicherungsnachweis

B) Zugangsbeschränkungen für Tiere:

Folgende Bereiche dürfen vom Tier nicht betreten werden:

- Küche, Tee- bzw. Verteilerküchen
- Wäscherei und Wäschelager
- Zimmer und Aufenthaltsräume von Bewohnern mit Tierallergie, akuten Krankheiten, ausgedehnten Ekzemen, Infektionen oder starker Abwehrschwäche

C) Anforderungen an das Personal:

Eine entsprechende Informationsveranstaltung bzw. Schulung soll das beteiligte Pflegepersonal sowie das hauswirtschaftliche Personal auf den Tierbesuch vorbereiten

D) Reinigung und Desinfektion:

Der Tierbesuch erfordert keine Änderung der üblichen Reinigungs- bzw. Desinfektionsmaßnahmen.

Durch eine Einhaltung der dargestellten Gesundheitsfürsorge des Tieres und entsprechenden Hygienevorschriften ist das Infektionsrisiko durch Tiere auf ein Minimum reduziert (vgl. Vernooij 2008, S. 107). Die Studie von Waltner-Toews (1993, S. 551) ergab jedoch, dass von 150 US-amerikanischen und 74 kanadischen ausgewählten Institutionen, welche tiergestützte Therapie und Tierbesuchsprogramme anbieten, nur 10% ein Hygienekonzept vorweisen können und weniger als 50% Angehörige der Gesundheitsberufe konsultieren. Die Studie kritisiert in diesem Zusammenhang vor allem die geringe Aufklärung bzw. fehlende Schulungsangebote der Beteiligten sowie die geringe Zusammenarbeit mit Human- und Veterinärmedizinern. Schließlich verlangen bestimmte Krankheitsbilder eine Einzelfallentscheidung durch einen Mediziner: Bei Patienten

mit Störungen des Immunsystems (Allergien, Asthma, Neurodermitis), mit jeglichen Formen von stark immunsupprimierenden Erkrankungen (Leukämie, Krebs, Kortisontherapie) sowie mit akuten Infektionskrankheiten gilt es einen Tierkontakt abzuwägen, da diese so genannten Risikogruppen empfindlicher auf Zoonosen reagieren können (vgl. Schwarzkopf 2003, S. 112). Niepel (1998, S. 105) betont in diesem Zusammenhang jedoch, wonach vielmehr der Mensch eine Infektionsquelle für das Tier darstellt, sodass auch „der Mensch der größte Ansteckungsherd des Menschen ist“.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der positive Nutzen tierischer Gesellschaft für den Menschen mögliche Risiken übersteigt (vgl. Gorczyca et al. 2007, S. 330). „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 dass die meisten Infektionen heute relativ problemlos therapiert werden können“ (Schwarzkopf 2003, S. 115).

4.3.2 Voraussetzungen für den Einsatz eines Therapiehundes

Nach der Darstellung vielfältiger positiver Wirkungen der tierischen Co-Therapeuten auf das menschliche Wohlbefinden soll nun bewusst das Wohl des Tieres im Blickfeld stehen, denn der therapeutische Einsatz eines Tieres unter dem Blickwinkel positiver Effekte für den Menschen birgt die Gefahr die artspezifischen Bedürfnisse des Tieres zu vernachlässigen. Während der Mensch aus der Begegnung mit dem Tier auf vielfache Weise seinen Nutzen zieht, darf das Wohlbefinden des Therapietieres nicht vergessen werden. Schließlich ist der Einsatz eines Tieres im therapeutischen Kontext nur dann zu verantworten, wenn auch das Tier selbst davon Nutzen zieht bzw. zumindest keinen Schaden nimmt (vgl. Niepel 1998, S. 137). „Tiere in menschlicher Obhut haben einen Anspruch auf tierschutz- und tierartgerechte Behandlung. Dies auch und besonders dann, wenn sie für uns arbeiten. Sie müssen als Mitgeschöpfe behandelt werden. Wenn sie nicht als solche behandelt werden, können sie auch nicht eine positive Wirkung im Bereich der Mensch-Tier-Beziehung entfalten“ (Große-Siestrup 2003, S. 115).

Der Tierschutz stellt einen wichtigen Bestandteil tiergestützter Interventionen dar. Das Tierschutzgesetz als gesetzliche Grundlage regelt das Verbot jeglicher Zufuhr von Schmerzen, Leiden oder Schäden am Tier (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 233f). Darüber hinaus ist im österreichischen Tierschutzgesetz laut §13, §14 und §15 festgelegt, dass der Tierhalter zu einer artgerechten Unterbringung, Pflege, Ernährung und entsprechender Sachkenntnis sowie einer veterinärmedizinischen Versorgung bei Krankheit des Tieres verpflichtet ist (Österr. Tierschutzgesetz 2004). Jedes Tier, besonders aber auch Therapietiere, welche im Dienste des Menschen Tätigkeiten verrichten, sollten ein Recht darauf haben in ihrem Hauptalltag einfach nur *Tier* zu sein sowie einen Ausgleich zu den tiergestützten Einheiten mit Menschen zu erfahren wie anhand regelmäßiger Möglichkeiten zum freien Auslauf und zum Kontakt mit Artgenossen als auch ausreichende Entspannungspausen sowie Möglichkeiten des Rückzugs (vgl. Vernooij 2008, S. 102). Das bedeutet, dass Tiere nicht nur vor physischer und psychischer Gewalt sowie vor verantwortungslosen Haltern zu schützen sind, sondern auch vor Instrumentalisierung und Vermenschlichung (ebd.). „Eine tier- und artgerechte Haltung von Hunden respektiert den Hund als Hund, vermeidet es, ihn zu vermenschlichen, und setzt das Bewusstsein der Verantwortung für das Mitgeschöpf ‚Hund‘ voraus“ (Bergler 2000, S. 75).

Die Tatsache, wonach Therapietiere durch ausreichende Kenntnisse über ihr Wesen und Verhalten vor einem stressbelasteten tiergestützten Einsatz geschützt werden müssen, soll am Beispiel des Hundes verdeutlicht werden. Der Hund als Co-Therapeut unterliegt im Zuge seines Einsatzes einer Vielzahl von Gefahren der Überforderung und nicht artgerechter Behandlung. Situationen, welche vom Hund aufgrund ihrer Unkontrollierbarkeit und fehlender Einflussmöglichkeit als *Stressoren* bewertet werden, wie zum Beispiel ausweglos empfundene Situationserlebnisse durch ungewohnte und bedrohliche Reize, durch ungeschickte motorische Fähigkeiten der Probanden sowie durch Bedrängung und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten (vgl. Niepel 1998, S. 131ff). Die auf die empfundene Belastung (*Stressbewertung*) folgende *Stressreaktion* des Hundes lässt sich anhand verbaler und nonverbaler sowie somatischer Stresssymptome erkennen. Rugaas (2001, S. 91f) zählt zu den häufigsten Stresssymptomen beim Hund unter anderem (a) somatische Symptome wie Appetitlosigkeit, Durchfall,

Erbrechen, unangenehmer Körpergeruch, übler Geruch aus dem Maul, plötzliches Auftreten von Schuppen, Hecheln und Zittern (b) verbale Reaktionen wie Bellen, Jaulen, Winseln, Heulen und (c) nonverbale Reaktionen wie übertriebene Körperpflege (ständiges Lecken, beißen, Kratzen), Dinge zerbeißen, sich schütteln und den eigenen Schwanz hinterher jagen. Um den Hund vor Stresssymptomen zu bewahren gilt es seine *Stresssignale* richtig abzulesen, entsprechend zu deuten und dementsprechend auf sie zu reagieren. Hierbei sind ausreichend Erfahrung sowie Wesens- und Verhaltenskenntnisse über Hunde gefragt. Für die tiergestützte Intervention stellen die Stresssignale des Hundes wichtige Kommunikationshinweise zur Vorbeugung von Konflikten dar, wobei grundsätzlich zwischen *Beschwichtigungssignalen* und *Distanzsignalen* unterschieden werden muss (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 399).

Distanzsignale stellen ein wichtiges Alarmzeichen des Hundes dar, da der Hund mithilfe dieser Signale deutlich macht, dass er sich bereits in einer ausweglos unertragbaren Situation befindet, welche er nicht zu entschärfen vermag (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 401). Die auch als Drohgebärden bezeichneten distanzfordernden Signale wie Zähnefletschen, Knurren, Bellen, Scheinangriff und Schnappen haben das Ziel den Stressor auf Abstand zu halten bzw. zu vertreiben, wenngleich der Hund mit Ausnahme einer völlig unerwarteten Bedrohung (z.B. plötzliches Zupacken des Hundes von hinten, Fallen auf den schlafenden Hund) immer zuerst versucht den Bedroher zu beschwichtigen (vgl. Rugaas 2001, S. 22). Daher gilt: „Falls entscheidende Augenblicke übersehen werden, in denen der Hund klare Signale einer negativen Belastung sendet, können sich Stressreaktionen steigern und zur Verweigerung oder – im ungünstigsten Falle - auch zu einem Angriff des Hundes führen“ (Röger-Lakenbrink 2006, S. 48).

Beschwichtigungssignale können im Gegensatz zu den Drohgebärden des Hundes als „weiße Fahne“ betrachtet werden, sie signalisieren das Unbehagen des Hundes ohne dass noch eine vom Hund ausgehende Gefahr zu befürchten ist (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 401). Die beschwichtigenden Signale haben zum Ziel „zu beruhigen und Angst, Streß, Zorn und andere Gemütszustände abzubauen, die irgendwie zu einem Konflikt führen könnten. Wir

können sie als friedentiftend, konfliktlösend, besänftigend bezeichnen, und ihr Zweck wird immer sein, Ruhe zu schaffen und Ärger zu vermeiden“ (Rugaas 2001, S. 65). Der Konfliktlöser Hund versucht also, eine Bedrohung stets zu beschwichtigen. Falls das bedrohende Gegenüber jedoch nicht reagiert, wird der Hund versuchen die Bedrohung mithilfe von Drohgebärden fernzuhalten. Damit der Mensch zum Wohle seines Hundes und seiner selbst auf die Beschwichtigungssignale des Hundes sofort reagieren kann, muss er zunächst die Signale richtig zu erkennen lernen. Daher sollen nun nach Rugaas (2001, S. 25ff) einige der häufigsten Beschwichtigungssignale aus der Welt der Hundesprache kurz vorgestellt werden:

Das Ablecken des Gegenübers/ der eigenen Schnauze stellt ein deutliches Beschwichtigungssignal des Hundes dar. Es wird in bedrohlich bewerteten Situationen eingesetzt wie zum Beispiel, wenn man sich über den Hund beugt, ihn zwanghaft festhält oder derb nach ihm greift. Das Lecken der Schnauze stellt somit ein Zeichen für den Hundeführer dar einzugreifen und den Hund aus seiner unangenehmen Lage herauszuholen.

Das Gähnen eines Hundes deutet oftmals eher auf Beschwichtigung als auf Müdigkeit hin. In Situation der Aufregung, der Angst, des Streites, der Einengung oder auch des Lärmes lässt sich der Hund häufig beim Gähnen ertappen. Das Gähnen des Hundes als ein Zeichen der Verunsicherung verrät dem Menschen, dass er sich selbst sowie die Beteiligten der Situation zu beruhigen und entspannen versucht. Der Einsatz dieses Beschwichtigungssignals zielt darauf ab eine anbahnende Auseinandersetzung zu stoppen.

Das Wegdrehen/ das Abwenden von Blick und Kopf ist ein leicht erkennbares Zeichen der Beschwichtigung. Hat man das Signal einmal zu deuten gelernt, fällt es schwer es misszuverstehen. Der Gebrauch der Augen wie etwa in Form von Blinzeln, das Zudrehen des Hinterteils als auch das zur Seite Drehen des Kopfes sind deutliche Signale für den Wunsch des Hundes sich aus der Lage zu entfernen.

Das Schwanzwedeln deutet nicht immer nur auf Freude des Hundes hin. Vielmehr stellt das Wedeln des Hundes ein beschwichtigendes Signal dar, sofern es zusammen mit anderen Beruhigungssignalen auftritt. So versucht der Hund zum Beispiel den Zorn und die schlechte Laune seines Besitzers mit der Kombination

von Signalen des Ausdrucksverhaltens aus Schwanzwedeln, Blickabwendung und Schnüffeln am Boden zu beschwichtigen.

Das Erstarren/ Einfrieren stellt ein vollkommen passives Verhalten des Hundes dar, um einen anbahnenden Konflikt vorzubeugen. Wenn die Bewegungen des Hundes immer langsamer werden oder der Hund wie eingefroren in seiner Position erstarrt, dann ist dies ein Zeichen großer Bedrohung und Verunsicherung. Es gilt daher diese beschwichtigende Körpersprache sehr ernst zu nehmen.

Zusammenfassend gilt, dass der Hund immer in seinem gesamten Erscheinungsbild beobachtet werden muss, da er mit mehreren Signalen gleichzeitig kommuniziert – „vom Ohrenspiel über die Art der Blicke, die Form der Lefzen bis hin zur Haltung der Rute“ (Röger-Lakenbrink 2006, S. 49). Es bedarf der Verantwortung aller Beteiligten der tiergestützten Intervention Voraussetzungen zu schaffen, die den Therapiehund vor Stressbelastung und Überforderung im Zuge seines Einsatzes bewahren. Folgende Voraussetzungen stellen daher die Bedingungen für ein tiergestütztes Arbeiten dar:

- *Voraussetzungen beim Anbietenden*

Tiergestützte Interventionen setzen eine *vertrauensvolle und starke Bindung* zwischen Tier und Tierhalter voraus, denn „ihre Arbeit ist nur so gut wie Ihr Team: Mensch und Tier“ (Otterstedt 2007, S. 461). Das Therapietier muss sich in Stresssituationen an seinen Besitzer orientieren können, dies setzt das Vertrauen und die Gewissheit voraus, dass sein Besitzer seine Bedürfnisse versteht und somit für sein Wohlergehen sorgt (vgl. Vernooij 2008, S. 99). Der für das Tier verantwortliche Mensch muss das Tier aus unangenehmen Situationen rechtzeitig herausführen, dafür benötigt er die aus der starken Bindung resultierende „Vorhersagbarkeit, Zuverlässigkeit und Orientierung“ seines Tieres (ebd.). „Denn: Er [der Hund] wird nicht plötzlich knurren oder beißen – er hat gelernt, dass seine Fein-Signale wahrgenommen und seine Bedürfnisse ernst genommen werden“ (Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 401). Dem Tierhalter kommt also eine besondere Verantwortung zu, wobei Niepel (1998, S. 115) zwischen zwei

grundlegenden Anforderungen an den Anbietenden der tiergestützten Intervention unterscheidet:

Zum einen trägt der Anbietende die *Verantwortung für die besuchten Personen*. Dies verlangt vom Anbietenden ein hoch konzentriertes Beobachten des Geschehens, um kritischen Situationen zuvorzukommen. Um die Situation stets unter Kontrolle zu haben, muss der Anbietende daher sein Tier sehr gut einschätzen können wie es sich in einer bestimmten Lage höchstwahrscheinlich verhält. Zum anderen ist der Anbietende *für den unentbehrlichen Schutz seines Tieres verantwortlich*. Das bedeutet, dass der Anbietende nichts vom Therapietier verlangen darf, was es nicht will. So muss eine eventuelle Verweigerung des Tieres akzeptiert werden, dies umfasst auch den Verzicht auf einen Einsatz, wenn es dem Tier nicht gut geht. Die Aufgabe des Anbietenden besteht ebenfalls darin einen Einsatz jederzeit rechtzeitig abubrechen, wenn die Gefahr einer Überforderung des Therapietieres droht. Damit dem Tier kein Schaden zugefügt wird, muss der Anbietende bestimmten Personen einen Tierkontakt verwehren können. Somit ist auch ein klares „Nein“ zu bestimmten Erwartungen oder Wünschen des Probanden nötig.

Zu diesen eindeutigen Verantwortungszuweisungen sei ergänzt, wonach im Falle möglicher Verunsicherung seitens des Anbietenden stets dem Tier aus der vermeintlichen Überforderung herauszuhelfen ist. Schließlich möchte man nicht riskieren, dass das Tier seine freiwillige Bereitschaft zur tiergestützten Arbeit verliert, indem es negative Assoziationen mit den Einsätzen verknüpft. „Sowohl die Bedürfnisse der betroffenen Hunde als auch die der betroffenen Menschen zu erkennen und auf sie verantwortungsvoll eingehen zu können – das ist der Schlüssel zum Erfolg für die Arbeit eines Therapiehundeteams“ (Röger-Lakenbrink 2006, S. 51).

Darüber hinaus muss der Anbietende bestimmte persönliche *Talente* besitzen, um für die Aufgabe einer tiergestützten Intervention geeignet zu sein. Zum einen muss er wie bereits erwähnt, über *tierartspezifische Kenntnisse* verfügen um die Körpersprache seines Tieres richtig deuten zu können, zum anderen muss der Anbietende *Souveränität im Umgang und Dialogaufbau mit dem zu besuchenden Patientenkreis* besitzen (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 391). Neben diesen erworbenen Kenntnissen anhand langjähriger Erfahrungen und Weiterbildungsveranstaltungen muss der Anbietende jedoch auch *emphatische*

Begabung und eine gewisse *psychische Stabilität* mitbringen: Die Fähigkeit zum Mitgefühl, Einfühlungsvermögen, zur Geduld und Selbstreflexion ist unabdingbar, der Anbietende muss in der Lage sein, seinen Blick stets auf die vorhandenen Stärken und Potentiale des Empfängers zu richten (vgl. Vernooij 2008, S. 105). So erfordert die soziale Kompetenz des Anbietenden gleichzeitig eine gewisse psychische Belastbarkeit, da der Anbietende im Umgang mit hochbetagten, kranken oder beeinträchtigten Menschen mit schwierigen Situationen, erlebten Leiden und belastenden Lebensumständen konfrontiert wird (vgl. Niepel 1998, S. 113f). Schließlich zeichnet sich ein professioneller Anbietender durch *sorgfältige Vorbereitung* auf jeden einzelnen Einsatz aus. Der Verlauf jeder tiergestützten Einheit wird einerseits geplant, andererseits auf eine situationsabhängige Dauer begrenzt und beinhaltet ein Ersatzprogramm. Der Anbietende sorgt für einen optimalen Verlauf des tiergestützten Einsatzes, indem er die zeitliche Dauer des tiergestützten Programms an die Signale beginnender Erschöpfung des Empfängers und des Tieres anpasst und die Einheit dementsprechend rechtzeitig beendet, anstatt von einer beliebigen Belastbarkeit auszugehen (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 397ff). In diesem Zusammenhang kommt auch dem Ersatzprogramm Bedeutung zu, denn eine mögliche Verweigerung oder drohende Überforderung des Therapietieres verlangt vom Tierhalter den flexiblen Rückgriff auf vorbereitete Programme ohne das Tier mit einzubeziehen (z.B. Gedächtnistraining, indem Arbeitsblätter zur Spezies Hund bearbeitet und wiederholt werden; Informationen zu Rassen-Charakteristika, Pflege und Verhaltensweisen des Tieres; Beschreiben der Gefühle, die das Tier auslöst usw.).

- *Voraussetzungen beim Empfänger*

Die grundlegende Voraussetzung im Zusammenhang mit dem Empfänger der tiergestützten Intervention stellt seine *generelle Verbundenheit* zu Tieren dar. Greiffenhagen (2007, S. 97f) betont, dass Personen die im Kindesalter keine Bindung zu Tieren gefunden oder eine negative Beziehung entwickelt haben, folglich auch im Alter wenig von tiergestützten Interventionen profitieren, anders als Personen welche schon in frühen Lebensphasen positive Erfahrungen und Erlebnisse mit Tieren gesammelt haben. Gleichzeitig weist sie aber auch darauf

hin, dass Tierliebe auch noch im Alter entdeckt werden kann (vgl. Greiffenhagen 2007, S. 98). Neben der Eruierung einer möglichen prinzipiellen Ablehnung des Probanden gegenüber dem Tier, müssen im Vorfeld der Intervention auch *allergische Reaktionen und Phobien* Berücksichtigung finden, da das Therapietier den individuellen Bedürfnissen und Vorlieben des Empfängers entsprechen muss (vgl. Vernooij 2008, S. 106). Darüber hinaus gilt es dem Bedürfnis des meist älteren Probanden nach regelmäßigen Tages- und Wochenstrukturen nachzugehen, sodass es die *Vereinbarung eines fixen Wochentages* für die tiergestützte Intervention gewissenhaft beizubehalten gilt und die Tageszeit so zu wählen ist, wonach sie sich nicht mit anderen festen Terminen (z.B. Essenszeiten, Ruhezeiten) überschneidet (vgl. Niepel 1998, S. 117). Zudem wird als Voraussetzung vom Empfänger insbesondere ein *artgerechter Umgang* mit dem Tier abverlangt. Es liegt daher in der Verantwortung des Empfängers *Hilfen und Ratschläge* des Anbietenden im Umgang mit dem Tier, so weit es ihm möglich ist, *anzunehmen* (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 386).

Otterstedt (2007, S. 113ff) stellt praxisbezogene Hilfestellungen vor, um einen artgerechten und sinnvollen Umgang des Probanden mit dem Tier zu gewährleisten: So stellt bei der Zusammenführung von Proband und Tier eine seitliche Annäherung des Menschen unter dem Hinhalten seines Handrückens sowie eine Begegnung auf gleicher Ebene ein entspanntes und angenehmes Geschehnis für das Tier dar. Nach dem Prinzip der freien Begegnung sollte der Hund folglich ohne Befehl und ohne Leine selbstständig und freiwillig den Kontakt zum Probanden suchen dürfen. Dem Hund muss zu jeder Zeit ein Rückzug gewährleistet werden. Niemals darf er festgehalten werden, da man das Tier somit zur tiergestützten Arbeit zwingen würde. Vielmehr zeigt der Hund durch Anschmiegen seines Körpers deutlich, wenn er sich einen näheren Kontakt zum Menschen wünscht. Dies vorausgesetzt, muss das Tier folglich beim Hochheben, Tragen und Überreichen gut stabilisiert werden. Um der Gefahr einer Überforderung des Tieres durch den Empfänger zu entgehen, sollte beim Heranführen des Tieres zum bettlägerigen Probanden eine entspannte Lagerung des Tieres unter der Möglichkeit zur freien Bewegung im Krankenbett garantiert sein.

- *Voraussetzungen bei Mitbeteiligten*

Ein sachkundiges, erfahrenes und begeistertes Institutionspersonal bildet das Fundament für die Langlebigkeit einer erfolgreichen tiergestützten Intervention in der Pflegepraxis (vgl. Mallon et al. 2006, S. 153). Die erforderliche Sachkundigkeit des Personals bezieht sich einerseits auf die *Aufgeklärtheit* bezüglich Möglichkeiten und Grenzen der tiergestützten Intervention, andererseits auf die Fähigkeit zur fachgemäßen *Organisation*. Niepel (1998, S. 116ff) schlägt zur Aufklärung des Personals über das Vorhaben einer tiergestützten Intervention einen Rundbrief sowie eine Mitarbeiterversammlung zur Erhebung von Erwartungen als auch zur Eindämmung möglicher überzogener Erwartungshaltungen vor. Organisatorische Voraussetzungen stellen sich in Form einer *gemeinsamen Begleitung des Therapiehundeteams*, einer *geschlossenen Absprache* und *Vorbereitung* an das Personal. Vor allem in der Eingewöhnungsphase kommt dem Personal große Bedeutung zu, wengleich die Anwesenheit und Betreuung durch Fachpersonal prinzipiell immer als unerlässlich gilt (vgl. Röger-Lakenbrink 2006, S. 43). Nachdem das Personal mit dem Anbietenden über Gruppengröße und Akzeptanz unter den Probanden, Ablauf und Dauer des Einsatzes sowie über die Fixierung eines regelmäßigen Termins Absprache halten muss, gilt es ihn bei seinem ersten Besuch zu begleiten und ihn den Probanden vorzustellen, um ihm die Kontaktherstellung zu erleichtern (vgl. Rauschenfels u. Otterstedt 2003, S. 388). Vorbereitende Maßnahmen betreffen nicht nur *hygienische und haftungsrechtliche Fragen* sondern auch die *Sicherstellung eines geeigneten Raumes* für die tiergestützte Arbeit, wobei ruhige und separate Räumlichkeiten zu bevorzugen sind, damit der Gruppenprozess nicht gestört und der Hund nicht abgelenkt werden kann (vgl. Röger-Lakenbrink 2006, S. 44). Schließlich stellt die *geschlossene Überzeugung* des gesamten Personals von der Zielsetzung der tiergestützten Intervention die Grundbedingung dafür dar, dass die Effektivität der Intervention voll genutzt werden kann (vgl. Vernooij 2008, S. 107). Anstatt die Arbeit des Therapiehundeteams als zeitliche Entlastung im Institutionsalltag aufzufassen, sollte die tiergestützte Intervention als ein gemeinsames Unterfangen in Angriff genommen werden, als ergänzende und bereichernde Variante in der Arbeit der Institution und unter der Bereitschaft aller Beteiligten zur Kooperation und Akzeptanz soll die Intervention ihre

Bedeutung finden (vgl. Niepel 1998, S. 117f). Andernfalls gilt es der Institution den Rücken zu kehren. Fehlende Voraussetzungen der Mitarbeiter zwingen das Therapiehundeteam regelrecht ihre Arbeit andersorts anzubieten.

Der internationale Dachverband IAHAIO, welcher von der WHO anerkannt wurde, schuf mit den Prager Richtlinien (1998) zum Einsatz von Tieren als therapeutische Begleiter folgende Grundsätze, die den Schutz des Therapietieres in tiergestützten Interventionen unter der Verantwortung des Menschen gewährleisten:

1. „Es werden nur Heimtiere eingesetzt, die durch Methoden der positiven Verstärkung ausgebildet wurden und artgerecht untergebracht und betreut werden.
2. Es werden alle Vorkehrungen getroffen, damit die betroffenen Tiere keinen negativen Einflüssen ausgesetzt sind.
3. Der Einsatz von Tieren in helfender bzw. therapeutischer Funktion sollte in jedem Einzelfall begründete Erfolgsaussichten haben.
4. Es sollte die Einhaltung von Mindestvoraussetzungen garantiert sein, und zwar im Hinblick auf Sicherheit, Risiko-Management, körperliches und psychisches Wohlbefinden, Gesundheit, Vertraulichkeit sowie Entscheidungsfreiheit. Ein angemessenes Arbeitspensum, eine eindeutig auf Vertrauen ausgerichtete Aufgabenverteilung sowie Kommunikations- und Ausbildungsmaßnahmen sollten für alle beteiligten Personen klar definiert sein.
5. Organisationen, die sich verpflichten den vorgenannten vier Richtlinien zu folgen, können als assoziierte Mitglieder in die IAHAIO aufgenommen werden“

(IEMT, 2008).

Zusammenfassend gilt, dass der Hund nicht als Therapieobjekt missbraucht bzw. als Mittel zum Zweck ausgebeutet werden darf. Sein Wohlbefinden unter der Verantwortung und dem Schutz des Menschen stellt ein unabdingbares Erfordernis dafür dar, dass das Therapietier seine Tätigkeit freiwillig und mit Freude verrichtet. Denn nur wenn der Einsatz auch das Interesse des Hundes

darstellt, können positive Wirkungen auf alle Beteiligten gewährleistet werden. Den Hund zu schützen - hier liegen eindeutig die Grenzen tiergestützter Interventionen. „Das Wohl des Hundes muß im Zweifelsfall über den Bedürfnissen der besuchten Personen stehen. Andernfalls wäre der Hund nur ein lebendes Therapieinstrument, das bestimmte Zecke zu erfüllen hat“ (Niepel 1998, S. 115).

Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Die vorliegende Diplomarbeit wollte herausfinden, welche gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützte Interventionen auf Pflegeheimbewohner haben, insbesondere sollten die Effekte eines Therapiehundes auf den pflegebedürftigen Menschen untersucht werden. In Form einer Literaturlarbeit wurden bereits vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Thema zusammengetragen. Auf diesen Ergebnissen aufbauend, wurde versucht die Bedeutung tiergestützter Interventionen für die Pflegepraxis, ihre Wissenschaft und Forschung zu klären.

Die Beantwortung der Forschungsfrage erforderte zunächst Begriffsbestimmungen und eine nähere Auseinandersetzung mit den Aspekten und Theorien zur Situation von Pflegeheimbewohnern. Indem im *ersten Kapitel* auf die Erscheinung des pflegebedürftigen, alten Menschen eingegangen wurde, konnte dem Leser näher gebracht werden, was Pflegebedürftigkeit im Alter, sowie das Alter selbst als auch den Alternsprozess kennzeichnet. Die Auseinandersetzung mit diesen Begriffen verdeutlichte, dass die Allgegenwertigkeit dieser Phänomene mit einer begrifflichen Unschärfe einhergeht. So darf die Differenzierung in die kalendarische, biologische, psychologische und soziale Dimension des Alters, als auch die Unterscheidung von normalen, pathologischen und optimalen Alternsprozessen, die unterschiedlichen Alternstheorien zugrunde liegen, nicht vernachlässigt werden. Mithilfe der Darstellung der Betreuungs- und Pflegesituation des alten Menschen konnte aufgezeigt werden, dass der Mensch im Alter altersbedingten Veränderungen und Krankheiten unterliegt, die oftmals eine stationäre Betreuung im Pflegeheim erforderlich machen. Dies stellt ein verlustgeprägtes und stressauslösendes Lebensereignis dar, welches vom pflegebedürftigen Menschen bestimmte Anpassungsprozesse verlangt. In dem Kapitel wurde aufgezeigt, dass man dem vorherrschenden negativen Image einer belastenden Heimsituation entgegensteuern kann, sofern das Leben im Heim weder Abhängigkeit, Unkontrollierbarkeit noch Monotonie fördert. Vielmehr sollten Pflegeheimbewohner im Sinne einer Förderung und Wiederherstellung ihres Wohlbefindens in einer stationären Wohnform vielfältige gesundheitsförderliche Anregungen erfahren.

Ebenso erforderte die Erforschung dieses Themas einleitende Basisgrundlagen zur geschichtlichen Entwicklung, zur Begriffsklärung sowie zu den unterschiedlichen Formen tiergestützter Interventionen. Das *zweite Kapitel* sollte begründen, warum sich gerade der Hund als Therapietier für die tiergestützte Arbeit besonders eignet. Anhand der Hervorhebung des Hundes als Co-Therapeut konnte festgestellt werden, dass sich der Hund aufgrund seiner engen sozialen Beziehung zum Menschen, vor dem Hintergrund seiner Domestikation und seiner fortwährenden Begleitung der menschlichen Kulturentwicklung, als besonders geeigneter Co-Therapeut auszeichnet. Gleichzeitig wurde jedoch auch darauf hingewiesen, wonach sich nicht jeder Hund für die Aufgabe eines Therapietieres, sich dem Menschen bedingungslos zuzuwenden, um körperliches und geistiges Wohlbefinden zu fördern, eignet. Ein Therapiehund benötigt Voraussetzungen, die in bestimmten Wesens- und Verhaltenseigenschaften, in einem guten Gesundheitszustand und in äußerlichen Merkmalen sowie in einer Gehorsamsausbildung des Hundes begründet sind.

Im *dritten Kapitel* wurden die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tieren auf den Menschen zusammengetragen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage dienten. Vor dem Hintergrund theoretischer Grundlagen und Rahmenbedingungen der positiven Wirkungen von Tieren, konnte festgestellt werden, dass ein Tierkontakt in Form von Tierhaltung als auch ein gezielter Tierkontakt in Form von tiergestützten Interventionen die menschliche Gesundheit auf physischer, psychischer und sozialer Ebene fördert. Der dargestellte aktuelle Stand der Forschungs- und Studienlage bestätigte zunächst das **präventive und rehabilitative Wirkungsspektrum eines generellen Tierkontaktes**: Tiere beeinflussen zum einen das physische Wohlbefinden des Menschen durch *positive kardiovaskuläre Veränderungen, Stressreduktion, Kreislaufstabilisierung anhand von körperlicher Aktivität, verbesserte Motorik und Muskelspannung, biochemische und neuroendokrine Veränderungen sowie durch Kontakt- und Berührungsimpulse* nachweisbar positiv. Zum anderen lassen sich in der Tierbegegnung gesetzte Impulse für einen heilenden Prozess auf psychischer Ebene feststellen, indem Tiere *Gefühle der Sicherheit, Geborgenheit und Selbstsicherheit fördern, Selbstvertrauen und Akzeptanz vermitteln, kognitiv anregen und aktivieren, ein positives Selbstbild, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein fördern, das*

Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Körperkontakt befriedigen, als Regressions-, Protektions- und Entlastungsobjekt fungieren, als auch antidepressiv und antisuizidal wirken. Darüber hinaus schreiben Studienergebnisse Tieren auch auf sozialer Ebene positive Wirkungen zu, indem Tiere die *soziale Attraktivität eines Menschen erhöhen, in der Konfliktbearbeitung direkt sozial unterstützen, ein Erleben von Nähe und Verbundenheit ermöglichen, indirekt als Sozialkatalysatoren für zwischenmenschliche Beziehungen fungieren, die Kommunikationsfähigkeit erleichtern, als Streitschlichter und Versöhnungsstifter wirken sowie Isolation und soziale Einsamkeit verringern.* Diese Ergebnisse können direkt auf Pflegeheimbewohner übertragen werden, da sich die präventiven und rehabilitativen Wirkungen eines Tierkontaktes bewusst im Rahmen einer gezielten tiergestützten Intervention als therapeutische Wirkungen im therapeutischen Kontext hervorrufen lassen. Um diese Behauptung wissenschaftlich zu untermauern, wurden daher wissenschaftliche Studien zu tiergestützten Interventionen speziell aus dem geriatrischen Bereich herangezogen und zusammengeführt, mit dem Ziel die **therapeutischen Wirkungen eines gezielten Tierkontaktes in Form von tiergestützten Interventionen** auf Pflegeheimbewohner zu belegen. Die dargestellten Studien bestätigten, dass eine bewusste und gezielte Tierbegegnung im therapeutischen Kontext durch tiergestützte Interventionen auf Pflegeheimbewohner im Sinne einer Förderung und Wiederherstellung von Wohlbefinden ganzheitlich gesundheitsförderlich wirkt. Therapietiere stellen für Pflegeheimbewohner eine Möglichkeit dar ihre Bedürfnisse nach Nähe und Geborgenheit, bedingungsloser Akzeptanz, sozialer Anregung und Abwechslung zu stillen. Bedürfnisse welche im Heimalltag oft unterzugehen drohen. Die gezielte Begegnung zwischen Proband und Tier im Zuge tiergestützter Interventionen erleichtert dem Pflegeheimbewohner den verlustgeprägten und stressauslösenden Heimeintritt, ermöglicht im belastenden Heimalltag neuen Lebensmut, einen Anhaltspunkt und Ansprechpartner. Indem zusätzlich auf die Kommunikation zwischen Mensch und Hund, als Grundlage der therapeutischen Wirkungen, näher eingegangen wurde, konnte gezeigt werden, dass Therapiehunde über vielfältige Dialogmöglichkeiten auf unterschiedlichen Kommunikationsebenen verfügen, welche es ermöglichen sich mit dem pflegebedürftigen Menschen auch dann verständigen zu können, wenn verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist.

Das *vierte Kapitel* setzte die vorhandenen Ergebnisse in Bezug zur professionellen Pflege. Um den Stellenwert tiergestützter Interventionen für die professionelle Pflegepraxis, ihre Wissenschaft und Forschung zu klären, verlangte dies zunächst einleitende Grundinformationen zum Bedarf sowie zu den Charakteristika und Zielen einer professionalisierten Pflege auf akademischem Niveau. Es konnte gezeigt werden, dass eine ganzheitlich aktivierende und gesundheitsförderliche Pflege auf akademischen Qualitätsniveau nötig ist, welche auf den Theorien und Begründungen ihrer Wissenschaft aufbaut, um die Pflegequalität langfristig zu sichern und zu verbessern sowie um der Pflegepraxis, im Sinne einer Entsprechung an die Gesundheitsansprüche des 21. Jahrhunderts, zu nachhaltigen Veränderungen zu verhelfen. Aus diesem Erkenntnisgewinn konnte der Rückschluss gezogen werden, dass den tiergestützten Interventionen im Zusammenhang mit einer aktivierenden Pflege ihre besondere Bedeutung für die Pflegepraxis zukommt, da Therapietiere als Schlüssel in der aktivierenden Pflege von Pflegebedürftigen fungieren indem mit ihrer Hilfe ganzheitlich gesundheitsförderliche Effekte relativ mühelos erreicht werden können. Die Zusammenfassung vieler Beispiele von positiven Auswirkungen tiergestützter Interventionen auf das Pflegepersonal und ihre Pflegepraxis diente der Veranschaulichung. Tiere eröffnen Pflegenden daher nachweisbar die Möglichkeit den Qualitätsanspruch an eine professionelle Pflege, die auf Motivierung, Aktivierung sowie Ressourcenförderung ausgerichtet ist, zu entsprechen, woraus sich die Relevanz tiergestützter Interventionen für die Pflege bzw. Pflegewissenschaft ableiten lässt. Therapietiere stellen, im Sinne der Zielsetzung der Pflegewissenschaft, den geeigneten Schlüssel dazu dar, die Theorie der aktivierenden Pflege kurzerhand in die Praxis umsetzen zu können. Folglich liegt die Relevanz tiergestützter Interventionen für die Pflegeforschung darin, den Paradigmenwechsel hin zu einer professionellen Pflege unterstützen zu können, indem man mithilfe vermehrter Forschung zu tiergestützten Interventionen zu einem begründeten Handeln im Sinne einer aktivierenden und gesundheitsförderlichen Pflege gelangt. Es musste aber auch ganz bewusst auf die Grenzen tiergestützter Interventionen in der Pflegepraxis aufmerksam gemacht werden. Hygienemaßnahmen sowie der Schutz des Tieres unter der Sicherstellung seines Wohlbefindens gelten als unabdingbare Voraussetzungen dafür, dass eine tiergestützte Intervention auch für alle Beteiligten Erfolg versprechen kann.

Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit lassen letztlich folgende Schlussfolgerungen zu:

1. Die vorhandenen Belege für die gesundheitsförderlichen Wirkungen tiergestützter Interventionen auf Pflegeheimbewohner, die in dieser Arbeit ausführlich dargestellt und interpretiert wurden, lassen die Feststellung zu, dass tiergestützte Interventionen vermehrt in die Praxis zu integrieren sind, damit der pflegebedürftige Mensch von den Vorteilen eines Therapietieres Nutzen ziehen kann. Pflegeheime, die Tieren den Zutritt verweigern, verwehren damit ihren Bewohnern die Möglichkeit einer gesundheitsförderlichen Lebensgestaltung, die vom unverfälschten Gefühl gebraucht zu werden, von bedingungsloser Akzeptanz, sozialer Anregung und Abwechslung gekennzeichnet ist. Die gezielte Begegnung mit einem Therapietier erhält und fördert Unabhängigkeit und Wohlbefinden im Heimaltag. Die wissenschaftlichen Evidenzen für die gesundheitsförderlichen Effekte durch die Begegnung mit Tieren erklären das im Zuge der Tokio Deklaration formulierte „universelle, natürliche und grundlegende Menschenrecht“, von der Anwesenheit von Tieren profitieren zu dürfen. Dieses Recht erfordert Maßnahmen, um den Zugang von Therapietieren zu Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen (vgl. IAHAIO, 2007).
2. Die vorliegende Arbeit lässt des weiteren die Aussage zu, dass tiergestützte Maßnahmen in Pflegeheimen zukünftig von professionellen Pflegekräften angeboten werden sollten. Akademisch gebildete Pflegenden, die dann Experten im Bereich der tiergestützten Interventionen sein würden, vermögen somit die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tieren reflektiert einzusetzen, wodurch eine Pflegepraxis geschaffen werden kann, welche dem Anspruch an ein ganzheitlich aktivierendes Pflegehandeln entsprechen könnte. Die Implementierung von Therapietieren in die Pflegepraxis unter der Durchführung von professionellen Pflegeexperten wäre eine Chance in Österreich, pflegebedürftigen Menschen Pflegeleistungen anbieten zu können, welche mit hoher Pflegequalität im Sinne eines Beitrages an Lebensqualität verbunden sind.
3. Überdies lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass tiergestützte Maßnahmen auch in Österreich einen endgültigen Durchbruch erfahren

könnten, sofern sich Pflegewissenschaftler finden, die sich vermehrt auf tiergestützte Interventionen spezialisieren würden und somit ihren Forschungsfokus auf diesen Gegenstandsbereich zentrieren könnten. Eine Pflegeforschung, welche ihr Forschungsinteresse z.B. auf die gesundheitsförderlichen Wirkungen von Tieren richtet, erreicht mithilfe eigenständiger wissenschaftlicher Publikationen einen wahrscheinlich wesentlichen Beitrag zum aktuellen Forschungsstand der tiergestützten Interventionen. Die vom Tier ausgehenden Potentiale müssen vermehrt wissenschaftlich belegt werden, sodass der Einsatz von Tieren unter wissenschaftlicher Begründung öffentlich akzeptiert Einzug finden kann. In der wissenschaftlichen Erforschung liegt die Kraft dem Tier als Co-Therapeut zu einer flächendeckenden Anerkennung im Sinne einer nicht mehr wegzudenkenden Stütze in der Förderung des menschlichen Wohlbefindens zu verhelfen.

Zusammenfassend gilt, dass es vor allem zum Inhalt der geriatrischen Pflegepraxis werden soll, eine ganzheitlich gesundheitsförderliche und aktivierende Pflege mit Hilfe von Therapietieren durchzuführen. Um dies umzusetzen ist die Pflegewissenschaft aufgefordert für die Praxis forschungsgestützte Theorien und Modelle zur tiergestützten Pflege von pflegebedürftigen Menschen zu entwickeln und zu etablieren, damit der Wechsel, weg von einer konservativen rein versorgenden, auf Krankheit und Defizite orientierten Betreuung, hin zu einer professionellen Pflege, die auf Aktivierung und Gesundheitsförderung ausgerichtet ist, vorangetrieben werden kann und damit tiergestützte Interventionen in Pflegeheimen einen endgültigen Durchbruch erfahren.

*Tiere in unserem Leben sollten nicht die Ausnahme von der Regel,
vielmehr gelebte Selbstverständlichkeit sein,
auch und gerade in Pflegeheimen und Kliniken.*

Carola Otterstedt

Literaturverzeichnis

- ANDERSON W. P.; RIED C. M.; JENNINGS G. L. (1992): Pet ownership and risk factors for cardiovascular disease. In: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1435469?ordinalpos=8&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum (Stand 16.11.2008)
- AMANN Anton (1989): Die vielen Gesichter des Alters. Tatsachen – Fragen – Kritiken. Verlag der österreichischen Staatsdruckerei: Wien
- AMON G.; LIST F.; MÜLLER U. (1994): Kognitive Fähigkeiten im Alter. In: KLICPERA Ch.; SCHABMANN A.; AL-ROUBAIE A.; SCHUSTER B.; WEBER G.; BERAN H. (Hrsg.): Psychosoziale Probleme im Alter. WUV-Universitätsverlag: Wien (S. 34-49)
- BANKS M. R. u. W. A.; WILLOUGHBY L. M. (2008): Animal-Assisted Therapy and Loneliness in Nursing Homes: Use of Robotic versus Living Dogs. In: Journal of the American Medical Directors Association, 9 (S. 173-177)
- BARDILL N.; HUTCHINSON S. (1997): Animal-Assisted Therapy with Hospitalized Adolescents. In: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 10(1) (S. 17-24)
- BAUMANN U.; MITMANSGRUBER H.; THIELE C.; FEICHTINGER L. (2002): Übergang ins Seniorenheim: eine Herausforderung für Senioren- und für Psychologen. In: MAERCKER Andreas (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio (S. 283-318)
- BAUN M. M.; MCCABE B. W. (2003): Companion Animals and Persons With Demantia of the Alzheimer's Type. In: American Behavioral Scientist, 47(1) (S. 42-51)
- BECKMANN Gudrun und Susanne (1994): Vom Aufrechten Menschen zum Hundehalter: 500.000 Jahre Ko-Evolution und Kulturgeschichte von Mensch und Hund. TG-Verlag Ulrike Beuing: Gießen
- BEETZ Andrea (2003): Bindung als Basis sozialer und emotionaler Kompetenzen. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co: Stuttgart (S. 76-84)
- BERCOVITCH Pascale Noa (2001): Die Botschaft der Tiere: wie sie unser Leben bereichern. Ullstein Verlag: München
- BERGLER Reinhold (1986): Mensch und Hund. Psychologie einer Beziehung. Ed. Agrippa: Köln

- BERGLER Reinhold (2000): Gesund durch Heimtiere. Beiträge zur Prävention und Therapie gesundheitlicher und seelischer Risikofaktoren. Deutscher Instituts-Verlag GmbH: Köln
- BIEDERBECK Marliese (1996): Qualitätssicherung in der Pflege: Chance zur Entwicklung. In: GÖRRES S.; KOCH-ZADI D.; VAN MAANEN H.; SCHÖLLER-STINDT M. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Reihe: Forum Pflegewissenschaft 2. Altera Verlag: Bremen (S. 261-273)
- BUNDESKANZLERAMT Rechtsinformationssystem (2009): In: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> (Stand: 15.04.2009)
- CHURCHILL M.; SAFAOUI J.; MCCABE B.; BAUN M. M. (1999): Using a Therapy Dog to Alleviate the Agitation and Desocialization of People With Alzheimer's Disease. In: Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 37(4) (S. 16-22)
- CLAUS Armin (2000): Tierbesuch und Tierhaltung im Krankenhaus. Eine Untersuchung zu Verbreitung, Chancen und Grenzen von Tierkontakt als therapieflankierender Möglichkeit für Patienten der Psychiatrie, Pädiatrie, Geriatrie und Psychosomatik. Dissertation: München
- CLAUS Armin (2003): Tierbesuch und Tierhaltung als Therapiehilfe im Krankenhaus. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co: Stuttgart (S. 199-213)
- CLUTTON-BROCK Juliet (1995): Origins of the dog: domestication and early history. In: SERPELL James (Hrsg.): The domestic dog: its evolution, behaviour, and interactions with people. Cambridge Univ. Press: Cambridge (S. 7-20)
- COLLIS G.; MCNICHOLAS J. (2006): Animals as Social Supports: Insights for Understanding Animal-Assisted Therapy. In: FINE Aubrey H. (Hrsg.): Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press: San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo (S. 49-71)
- CROWLEY-ROBINSON P.; FENWICK D.C.; BLACKSHAW J. K. (1996): A long-term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dogs. In: Applied Animal Behaviour Science, 47 (S. 137-148)
- DELTA SOCIETY (2008): In: www.deltasociety.org/AboutAboutMission.htm#history (Stand 12.09.2008)
- DELTA SOCIETY (2008b): In: www.deltasociety.org/AnimalsAAAAbout.htm (Stand 24.09.2008)

- DESCHRIEVER M.M.; RIDDICK C.C. (1990): Effects of watching aquariums on elders' stress. In: www.deltasociety.org/AnimalsHealthSeniorsSeniors.htm (Stand 19.11.2008)
- DE SMET Simone (1992): Die Bedeutung von Haustieren für das seelische Erleben von älteren Menschen. In: GÄNG Marianne (1992): Mit Tieren leben im Alten- und Pflegeheim. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel (S. 15-27)
- ENGELMAJER E.; SCHÜLLER I. (1994): Vorbereitung auf das Alter/ Anpassung an die Pensionierung. In: KLICPERA Ch.; SCHABMANN A.; AL-ROUBAIE A.; SCHUSTER B.; WEBER G.; BERAN H. (Hrsg.): Psychosoziale Probleme im Alter. WUV-Universitätsverlag: Wien (S. 50-68)
- FEDDERSEN-PETERSEN Dorit Urd (2003): Das Ausdrucksverhalten und die Kommunikation von Hunden in ihrer Bedeutung im therapeutischen Kontext. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. Stuttgart (S. 348-359)
- FINE Aubrey H. (2006): Incorporating Animal-Assisted Therapy into Psychotherapy: Guidelines and Suggestions for Therapists. In: FINE Aubrey H. (Hrsg.): Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press: San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo (S. 167-206)
- FORMAN Alan; NIEDERWIESER Stephan (2000): Die heilende Kraft der Tiere. Was sie uns lehren und wie sie uns gut tun. Visualisierungen, Meditationen und andere Übungen. Wilhelm Goldmann Verlag: München
- FRIEDMANN E.; KATCHER A. H.; LYNCH J. J.; THOMAS S. A (1980): Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. In: Public Health Rep., 95 (S. 307-312)
- FRIEDMANN E.; TSAI Ch. (2006): The Animal-Human Bond: Health and Wellness. In: FINE Aubrey H. (Hrsg.): Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press: San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo (S. 95-117)
- GÄNG Marianne (1992): Ein Tier im Alter: Beziehungshilfe – Neubeginn. In: GÄNG Marianne (Hrsg.): Mit Tieren leben im Alten- und Pflegeheim. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel (S. 9-14)
- GANZBERGER Kurt (2002): Heile Hunde --- Heilende Hunde. Ein Überblick über Zoonosen, die vom Hund auf Patienten übertragen werden. In: Tiere als Therapie: 1. Internationales TAT-Symposium „Tiere als Therapie-Theorie und Praxis“. Proceedings: Wien (S. 102-105)

- GORCZYCA K.; Fine A. H.; SPAIN C. V.; CALLAGHAN D.; NELSON L.; POPEYOY L.; WONG B. u. S. (2006): History, Development, and Theory of Human-Animal Support Services for People with AIDS/HIV and other Disabling/Chronic Conditions. In: FINE Aubrey H. (Hrsg.): Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press: San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo (S. 303-354)
- GÖRRES Stefan (1996): Pflegewissenschaft: Herausforderung für die Forschung – Innovation für die Praxis. In GÖRRES S.; KOCH-ZADI D.; VAN MAANEN H.; SCHÖLLER-STINDT M. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Reihe: Forum Pflegewissenschaft 2. Altera Verlag: Bremen (S. 62-76)
- GREIFFENHAGEN Silvia; BUCK-WERNER Oliver N. (2007): Tiere als Therapie. Neue Wege in Erziehung und Heilung. Kynos Verlag: Mürlenbach
- GROßE-SIESTRUP Christian (2003): Tierschutzgerechte Arbeit mit Tieren. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. Stuttgart (S. 115-120)
- GRUSS Peter (2007): Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft. Verlag C. H. Beck oHG: München
- GUNZELMANN T.; OSWALD W. D. (2002): Gerontopsychologische Diagnostik. In: MAERCKER Andreas (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio (S. 111-123)
- HAAS Michael (2007): Pflegewissenschaftliche Grundlagen Altenpflegerischen Handelns. In: KÖTHER Ilka (Hrsg.): THIEMEs Altenpflege. Altenpflege professionell. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York (S. 5-18)
- HALEK Margareta (2003): Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit. Schlütersche Verlag und Druckerei GmbH & Co. KG: Hannover
- HANSEN Werner (2007): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Schattauer GmbH: Stuttgart
- HART Lynette A. (1995): Dogs as human companions: a review of the relationship. In: SERPELL James (Hrsg.): The domestic dog: its evolution, behaviour, and interactions with people. Cambridge Univ. Press: Cambridge (S. 161-178)

- HART Lynette A. (2006): Community Context and Psychosocial Benefits of Animal Companionship. In: FINE Aubrey H. (Hrsg.): Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press: San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo (S. 73-94)
- HASSELER Martina; GÖRRES Stefan (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen...Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG: Hannover
- HAUTZINGER M. (2002): Depressive Störungen. In: MAERCKER Andreas (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio (S. 141-165)
- HEADY B.; GRABKA M. (2004): The relationship between pet ownership and health outcome: German longitudinal evidence, Discussion Papers 434. DIW Berlin.
In:http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/jahrangang_2004/29986.html (Stand 19.11.2008)
- HEGEDUSCH Eileen und Lars (2007): Tiergestützte Therapie bei Demenz. Die gesundheitsförderliche Wirkung von Tieren auf demenziell erkrankte Menschen. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG: Hannover
- HORNSBY Alison (2000): Hunde helfen Menschen. Kynos Verlag: Mürlenbach/Eifel
- HUBER G.; SCHIEFER L. (1994): Altenheime. In: KLICPERA Ch.; SCHABMANN A.; AL-ROUBAIE A.; SCHUSTER B.; WEBER G.; BERAN H. (Hrsg.): Psychosoziale Probleme im Alter. WUV-Universitätsverlag: Wien (S. 294-309)
- IAHAIO (2007): In http://www.jaha.or.jp/iahaio2007/pdf/tokyo_j_e.pdf (Stand 25.03.2009)
- IEMT (2008): In http://www.iemt.at/forschung/deklarationen/prager_iahaio_richtlinien_eb9_c.htm (Stand 28.12.2008)
- JENNY Michaela (1996): Psychische Veränderungen im Alter. Mythos – Realität – Psychologische Interventionen. Fakultas-Universitätsverlag: Wien
- JESSEN J.; CARDIELLO F.; BAUN M. M. (1996): Avian companionship in alleviation of depression, loneliness, and low morale of older adults in skilled rehabilitation units. In: Psychological Reports, 78 (S. 339-348)
- JORGENSON Jennifer (1997): Therapeutic use of companion Animals in Health Care. In: Journal of Nursing Scholarship, 29(3) (S. 249-254)

- KATCHER A. H.; BECK A. M. (1985): Sicherheit und Vertrautheit. Physiologische und Verhaltensreaktionen auf die Interaktion mit Haustieren. In: IEMT (Hrsg.): Die Mensch- Tier Beziehung. Internationales Symposium aus Anlaß des 80. Geburtstages von Nobelpreisträger Prof. DDr. Konrad Lorenz. Dokumentation. Selbstverlag: Wien (S. 131-138)
- KATCHER A. H.; BECK A. M. (2006): New and Old Perspectives on the Therapeutic Effects of Animals and Nature. In: FINE Aubrey H. (Hrsg.): Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press: San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo (S. 39- 48)
- KAWAMURA N.; NIIYAMA M. u. H. (2007): Long-term evaluation of animal-assisted therapy for institutionalized elderly people: a preliminary result. In: Psychogeriatrics, 7 (S. 8-13)
- KIRKEVOLD Marit (2002): Pflegewissenschaft als Praxisdisziplin. Hans Huber Verlag: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- KLARE Karl-Josef (2003): Heimtiere als begleitende Hilfen bei der aktivierenden und fördernden Pflege alter Menschen. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. Stuttgart (S. 318-325)
- KLICPERA Ch.; SCHÖLLER J. (1994): Depressionen im Alter. In: KLICPERA Ch.; SCHABMANN A.; AL-ROUBAIE A.; SCHUSTER B.; WEBER G.; BERAN H. (Hrsg.): Psychosoziale Probleme im Alter. WUV-Universitätsverlag: Wien (S. 112-126)
- KLIMKE Vivienne (2002): Gruppenbild mit Dackel. Warum wir Tiere brauchen. Hirzel Verlag: Stuttgart
- KORECIC Jasenka (2003): Pflegestandards Altenpflege. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio
- KÖRNER Jürgen (1996): Bruder Hund & Schwester Katze: Tierliebe - die Sehnsucht des Menschen nach dem verlorenen Paradies. Kiepenheuer & Witsch: Köln
- KRAUSE-PARELLO Ch. A. (2008): The Mediating Effect of Pet Attachment Support Between Loneliness and General Health in Older Females Living in the Community. In: Journal of Community Health Nursing, 25 (S. 1-14)
- KRÜGER Helga (1996): Pflegewissenschaft – Ausbildung an der Universität. In: GÖRRES S.; KOCH-ZADI D.; VAN MAANEN H.; SCHÖLLER-STINDT M. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Reihe: Forum Pflegewissenschaft 2. Altera Verlag: Bremen (S. 37-61)
- KUSZTRICH Imre (1988): Haustiere helfen heilen. Tierliebe als Medizin. Aristin Verlag: Genf

- LEHR Ursula (2007): Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer Verlag GmbH & Co: Wiebelsheim
- MAERCKER Andreas (2002): Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In: MAERCKER Andreas (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio (S. 1-58)
- MAJCE G. (1978): „Geschlossene“ Altenhilfe – Probleme der Heimunterbringung. In: ROSENMAYR Leopold und Hilde (Hrsg.): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH: Reinbek bei Hamburg (S. 261-297)
- MALLON G. P.; ROSS S. B.; KLEE S.; ROSS L. (2006): Designing and Implementing Animal-Assisted Therapy Programs in Health and Mental Health Organizations. In: FINE Aubrey H. (Hrsg.): Handbook on animal-assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice. Academic Press: San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo (S. 149-163)
- MANSFELD Katharina (2002): Metaanalyse zur tiergestützten Therapie. Eine Literaturübersicht unter der besonderen Berücksichtigung potentieller Wirkfaktoren sowie der therapeutischen Indikation. Dissertation: Wien
- MAYER Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Universitätsverlag: Wien
- MCCABE B. W.; BAUN M. M.; SPEICH D.; AGRAWAL S. (2002): Resident Dog in the Alzheimer's Special Care Unit. In: Western Journal of Nursing Research, 24(6) (S. 684-696)
- MCCULLOCH M. J. (1985): Therapie mit Haustieren – Eine Übersicht. In: IEMT (Hrsg.): Die Mensch- Tier Beziehung. Internationales Symposium aus Anlaß des 80. Geburtstages von Nobelpreisträger Prof. DDr. Konrad Lorenz. Dokumentation. Selbstverlag: Wien (S. 26-33)
- MEIER Jürg (1992): Gibt es Krankheiten, die vom Haustier auf den Menschen übertragen werden können? In: GÄNG Marianne (Hrsg.): Mit Tieren leben im Alten- und Pflegeheim. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel (S. 28-37)
- MEYERS Taschenlexikon (1999): Band 4. B. I. – Taschenbuchverlag: Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich
- NARR Hannelore (1976): Soziale Probleme des Alters. Altenhilfe – Altenheim. Verlag W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz
- NIEPEL Gabriele (1998): Mein Hund hält mich gesund. Der Hund als Therapeut für Körper und Seele. Naturbuch Verlag: Augsburg

- OCHSENBEIN Urs (1992): Der Haushund. In: GÄNG Marianne (Hrsg.): Mit Tieren leben im Alten- und Pflegeheim. Ernst Reinhardt Verlag: München, Basel (S. 64-74)
- OLBRICH Erhard (2002): Psychologie der Mensch-Tier Beziehung. In: LEIBETSEDER Josef (Hrsg.): Tiere als Therapie: 1. Internationales TAT-Symposium „Tiere als Therapie-Theorie und Praxis“. Proceedings. Selbstverlag: Wien (S. 33-68)
- OLBRICH Erhard (2003): Biophilie: Die archaischen Wurzeln der Mensch-Tier-Beziehung. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. Stuttgart (S. 68-76)
- OLBRICH Erhard (2003b): Kommunikation zwischen Mensch und Tier. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. Stuttgart (S. 84-90)
- OLBRICH Erhard (2003c): Tiere in der Klinik und Therapie. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. Stuttgart (S. 197-198)
- OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (2003): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co: Stuttgart
- ÖSTERREICHISCHES TIERSCHUTZGESETZ (2004): In: http://bkacms.bka.gv.at/2004/10/7/animalprotectionact_neu.pdf (Stand: 15.04.2009)
- OTTERSTEDT Carola (2001): Tiere als therapeutische Begleiter. Gesundheit und Lebensfreude durch Tiere- eine praktische Anleitung. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co.: Stuttgart
- OTTERSTEDT Carola (2002): Der Dialog zwischen Mensch und Tier als Impuls für einen heilenden Prozess. In: LEIBETSEDER Josef (Hrsg.): Tiere als Therapie: 1. Internationales TAT-Symposium „Tiere als Therapie-Theorie und Praxis“. Proceedings. Selbstverlag: Wien (S. 69-74)
- OTTERSTEDT Carola (2003): Kultur- und religionsphilosophische Gedanken zur Mensch-Tier-Beziehung. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co: Stuttgart (S. 15-31)

- OTTERSTEDT Carola (2003b): Der Dialog zwischen Mensch und Tier. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co: Stuttgart (S. 90-105)
- OTTERSTEDT Carola (2003c): Zum Einsatz von Tieren in Kliniken. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co: Stuttgart (S. 227-236)
- OTTERSTEDT Carola (2007): Mensch und Tier im Dialog. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. KG: Stuttgart
- PALLA Clarissa (2002): Auswirkung einer tiergestützten Therapie auf die Depression geriatrischer depressiver Pflegeheimpatienten. Diplomarbeit: Wien
- PERELLE I. B; GRANVILLE D. A. (1993): Assessment of the effectiveness of a pet facilitated therapy program in a nursing home setting. In: Society and Animals: Social Scientific Studies, 1 (S. 91-100)
- PERKINS J.; TRAVERS H. B. u. C.; RAND J. (2008): Dog-assisted therapy for older people with dementia: A review. In: Australasian Journal on Ageing, 27(4) (S. 177-182)
- POHLHEIM Katja (2006): Vom Gezähmten zum Therapeuten: Die Soziologie der Mensch-Tier-Beziehung am Beispiel des Hundes. Lit Verlag: Hamburg
- PREITLER B.; BERGER W.; SCHWEIGHOFER M. (1994): Einsamkeit im Alter. In: KLICPERA Ch.; SCHABMANN A.; AL-ROUBAIE A.; SCHUSTER B.; WEBER G.; BERAN H. (Hrsg.): Psychosoziale Probleme im Alter. WUV-Universitätsverlag: Wien (S. 83-93)
- PTAK A. L.; HOWIE A. R. (2005): Providing the Best Quality of Life during a difficult time: Pet Partners Helping Hospice Patients. In: Interactions, 23(1) (S. 4-13)
- RAINA P.; WALTNER-TOEWS D.; BONNETT B.; WOODWARD C.; ALBERNATHY T. (1999): Influence of Companion Animals on the Physical and Psychological Health of Older People: An Analysis of a One-Year Longitudinal Study. In: <http://www.deltasociety.org/AnimalsHealthSeniorsInfluence.htm> (Stand 27.11.2008)
- RAUSCHENFELS Ch.; OTTERSTEDT C. (2003): Chancen und Verantwortung im Tierbesuchsdienst. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co.: Stuttgart (S. 385-404)

- RHEINZ Hanna (1994): Eine tierische Liebe: zur Psychologie der Beziehung zwischen Menschen und Tier. Kösel: München
- ROSENMAYR Leopold und Hilde (1978): Der alte Mensch in der Gesellschaft. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH: Reinbek bei Hamburg
- ROSENMAYR Leopold (1988): Älterwerden als Erlebnis. Herausforderung und Erfüllung. Wiener Journal Zeitschriftenverlag Ges. m. b. H.: Wien
- RÖGER-LAKENBRINK Inge (2006): Das Therapiehund-Team. Ein praktischer Wegweiser. Kynos Verlag: Mürlenbach
- RUGAAS Turid (2001): Calming Signals. Die Beschwichtigungssignale der Hunde. Animal Learn Verlag: Bernau
- SANTO Juliana (2001): Advanced Nursing Practice. What is advanced about Advanced Nursing Practice? In: Pflegezeitschrift, 12 (S. 2-12)
- SCHLAPPACK Otto (1998): G'sund mit Hund. Die gesundheitsfördernden Effekte der Beziehung zwischen Mensch und Tier. Verlag des Österreichischen Kneippbundes Ges. m. b. H.: Leoben
- SCHLEIDT Wolfgang M.; SHALTER Michael D. (2003): Co-evolution of Humans and Canids. An Alternative View of Dog Domestication: Homo Homini Lupus? In: Evolution and Cognition, 9(1) (S. 57-72)
- SCHNEIDER Hans-Dieter (1974): Aspekte des Alterns. Ergebnisse sozialpsychologischer Forschung. Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag GmbH & Co: Frankfurt am Main
- SCHREMS Berta (2002): Perspektiven der Pflegeforschung in Österreich. Zwischen Grenzziehung und Grenzüberschreitung. In: SEIDL Elisabeth; WALTER Ilsemarie (Hrsg.): Pflegewissenschaft heute Band 7: Pflegeforschung aktuell. Studien – Kommentare – Berichte. Zum 10jährigen Bestand der Abteilung Pflegeforschung. Verlag Wilhelm Maudrich: Wien, München, Bern (S. 151-175)
- SCHWARZKOPF Andreas (2002): Tiere als Therapeuten – Ein Hygieneproblem? In: LEIBETSEDER Josef (Hrsg.): Tiere als Therapie: 1. Internationales TAT-Symposium „Tiere als Therapie-Theorie und Praxis“. Proceedings. Selbstverlag: Wien (S. 84-86)
- SCHWARZKOPF Andreas (2003): Hygiene: Voraussetzungen für Therapie mit Tieren. In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co.: Stuttgart (S. 106-115)
- SEIDL Elisabeth (1994): Pflege in Österreich – Gegenwart und Zukunft. Berufspolitische Konsequenzen. In: SEIDL Elisabeth; STANKOVA Marta (Hrsg.): Pflegewissenschaft heute Band 2: Ende der Pflegekrise? Ein interkultureller Vergleich zur Arbeitssituation im Krankenhaus. Verlag Wilhelm Maudrich: Wien, München, Bern (S. 166-186)

- SERPELL James (1990): Das Tier und wir. Eine Beziehungsstudie. Albert Müller Verlag: Rüslikon-Zürich, Stuttgart, Wien
- SERPELL James (1991): Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behaviour. In: Journal of the Royal Society of Medicine, 84 (S. 717-720)
- SIEGEL J. M. (1990): Stressful Life Events and Use of Physician Service Among Elderly: The Moderating Role of Pet Ownership. In: <http://www.deltasociety.org/download/siegel.rtf> (Stand 15.11.2008)
- SPIRIG Rebecca (2004): Die Einführung von erweiterter, wirksamer Pflege im Bereich HIV/ AIDS. In: Österreichische Pflegezeitschrift, 6(7) (S. 16-21)
- STRICKER Johanna (1992): Pflegebedürftigkeit in Österreich. Universitätsverlag Rudolf Trauner: Linz
- SZIMAK N.; EDER Ch.; JANDL A. (1994): Alterstheorien. In: KLICPERA Ch.; SCHABMANN A.; AL-ROUBAIE A.; SCHUSTER B.; WEBER G.; BERAN H. (Hrsg.): Psychosoziale Probleme im Alter. WUV-Universitätsverlag: Wien (S. 11-33)
- TEWS Hans Peter (1971): Soziologie des Alterns 1. Quelle und Meyer: Heidelberg
- VERNOOIJ Monika A.; SCHNEIDER Silke (2008): Handbuch tiergestützter Interventionen. Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder. Quelle & Meyer Verlag: Wiebelsheim.
- WALTNER-TOEWS David (1993): Zoonotic disease concerns in animal-assisted therapy and animal visitation programs. In: The Canadian Veterinary Journal, 34 (S. 549-551)
- WAßMUTH A. R.; SAHMLAND S.; KIEPER G. (2000): Aktivierende Pflege in einer Pflegeeinrichtung unter den aktuellen Einflußfaktoren. In: DIBELIUS O.; PTAK H.; UZAREWICZ Ch. (Hrsg.): Pflegemanagement aktuell. Beiträge aus der praxisorientierten Forschung. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main (S. 21-43)
- WEYERER Siegfried; BICKEL Horst (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- WEYERER Siegfried; DING-GREINER Christina; MARWEDEL Ulrike; KAUFELER Teresa (2008): Epidemiologie körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen im Alter. W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- WHO (1986): In: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (Stand 12. 03. 2009)

- WOHLFAHRT Elisabeth (1995): Tiere als Therapie. Die Auswirkungen auf die Tagesgestaltung, die Kommunikation und den Demenzzustand von weiblichen, dementen Pflegeheimbewohnern. Diplomarbeit: Wien
- WOOD L. J.; GILES-CORTI B.; BULSARA M. K.; BOSCH D. A. (2007): More Than a Furry Companion: The Ripple Effect of Companion Animals on Neighborhood Interactions and Sense of Community. In: Society and Animals, 15 (S. 43-56)
- ZÄHNER Marlene (2003): Kann man den Therapiebegleithund züchten? In: OLBRICH Erhard; OTTERSTEDT Carola (Hrsg.): Menschen brauchen Tiere. Grundlagen und Praxis der tiergestützten Pädagogik und Therapie. Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. Stuttgart (S. 367-377)

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Animal-Assisted Activities
AAT	Animal-Assisted Therapy
AFT	Animal facilitated Therapy
ANP	Advanced Nursing Practice
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ebd.	ebenda
ESAAT	European Society for Animal Assisted Therapy
et al.	und andere
etc.	et cetera
ggf.	gegebenfalls
ICD 10	International Classification of Diseases
IAHAIO	International Association of Human-Animal Interaction Organization
IEMT	Institut für interdisziplinäre Erforschung der Mensch-Tier-Beziehung
PFT	Pet facilitated Therapy
PFP	Pet facilitated Psychotherapy
PT	Pet Therapy
WHO	World Health Organization
TAT	Verein „Tiere als Therapie“
TG A	Tiergestützte Aktivität
TG P	Tiergestützte Pädagogik
TG T	Tiergestützte Therapie
TG T+	Tiergetragene Therapie
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z.B	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

Curriculum Vitae

Vorname: Christina
Nachname: Krompass
Geburtsdatum: 06. Oktober 1985
Staatsbürgerschaft: Österreich
Eltern: Werner Krompass, Angestellter
Andrea Dietersdorfer, geb. Chaloupka, Angestellte
Schulbildung: 1992 bis 1996:
Volkschule Petrusgasse, Wien
1996 bis 2004:
Bundesgymnasium Gottschalkgasse, Wien
Berufliche Bildung: 2004 bis 2009:
Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften
an der Universität Wien
2007 bis 2008:
Ausbildung zum Therapiehundeteam
Ehrenamtliche Tätigkeiten: seit März 2008:
Tiergestützte Aktivität im Landespflegeheim
Mödling
Hundebreitensport für Menschen mit Behinderung