

Bauernhöfe als alternatives Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FERNFH

Alexandra Janze, MA
09227177

Begutachter*in: MMag.^a Tanja Adamcik

Kindberg, November 2024

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

24. November 2024

Unterschrift

Abstract

Schätzungen zufolge sind rund 5 bis 8 Prozent der über 60-Jährigen von einer demenziellen Erkrankung betroffen. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich die Anzahl an Demenz erkrankter Menschen bis 2050 verdoppeln. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung steigt auch der Pflege- und Betreuungsbedarf. Traditionelle Pflegeeinrichtungen sind oftmals nicht auf die speziellen Bedürfnisse demenzerkrankter Menschen ausgerichtet, daher wird zunehmend nach alternativen Versorgungsformen gesucht. Ziel der Bachelorarbeit ist, das Konzept des Green Care Farming, welches eine Versorgung auf Bauernhöfen vorsieht, zu untersuchen. Dabei sollen mittels Literaturrecherche die Fragen beantwortet werden, inwieweit Bauernhöfe ein adäquates Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz bieten und welche nichtmedikamentösen therapeutischen Potenziale Bauernhöfe aufweisen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Aktivitäten auf den Bauernhöfen die individuellen Ressourcen der Betroffenen berücksichtigen und als sinnstiftend empfunden werden. Dies führt zu einer höheren Beteiligung und gesteigerten körperlichen Aktivität, was sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung ist eine personenzentrierte Pflegephilosophie.

Schlüsselbegriffe: Demenzversorgung, Green Care Farming, Pflegebauernhof, nichtmedikamentöse Therapie bei Demenz

Abstract

It is estimated that around 5 to 8 percent of people over the age of 60 are affected by dementia. The risk of developing dementia increases with age. Due to demographic trends, the number of people suffering from dementia will therefore double by 2050. As the disease progresses, the need for care and support also increases. Traditional care facilities are often not oriented towards the specific needs of people with dementia, which is why alternative forms of care are increasingly being examined. The aim of the bachelor thesis is to investigate the concept of green care farming, which provides care for affected people on farms. The aim is to use literature research to answer the questions of the extent to which farms offer an adequate care concept for people with dementia and what non-pharmacological therapeutic potential farms have. The results have shown that the activities on the farms respect the individual resources and are perceived as meaningful. This leads to greater participation and increased physical activity, which has a positive effect on the well-being. The prerequisite for successful implementation is a person-centered care philosophy.

Keywords: dementia care, green care farming, care farm, non-pharmacological therapy for dementia

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2	Forschungsfragen und Zielsetzung	4
1.3	Aufbau der Arbeit und Methodik	4
2	Das Leben mit Demenz.....	6
2.1	Krankheitsbild und Formen der Demenz	6
2.1.1	Alzheimer-Demenz	7
2.1.2	Lewy-Body-Demenz.....	8
2.1.3	Frontotemporale Demenz (FTD).....	9
2.1.4	Parkinson-Demenz	10
2.1.5	Vaskuläre Demenz.....	10
2.1.6	Sekundäre Demenzformen	11
2.2	Demenzstadien und deren Charakteristika	11
2.2.1	Schweregrad der Demenz	11
2.2.2	Demenzstadien nach Reisberg	13
2.3	Nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen zur Behandlung demenzieller Erkrankungen.....	14
2.3.1	Verbesserung und Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit	15
2.3.2	Förderung des psychischen Wohlbefindens	16
2.3.3	Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten	18
2.3.4	Förderung der Alltagsfunktionen.....	21
2.4	Versorgungsformen für Menschen mit Demenz	23
3	Green Care Farming als Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz.....	27
3.1	Das Konzept des Green Care Farming	27
3.2	Versorgungsformen auf Bauernhöfen für Menschen mit Demenz	31
3.3	Das Leben auf dem Bauernhof und dessen nichtmedikamentöse therapeutische Potenziale	34
3.3.1	Bewegung und körperliche Aktivität.....	36
3.3.2	Ernährung	36
3.3.3	Tier-Mensch Interaktionen	37
3.3.4	Die Wirkung der Natur und die Gartentherapie.....	38
3.4	Das Demenzmanagement auf Bauernhöfen	39
4	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen.....	43

4.1	Beantwortung Forschungsfrage 1	43
4.2	Beantwortung Forschungsfrage 2	44
5	Schlussfolgerung und Ausblick	47
	Literaturverzeichnis.....	49
	Abbildungsverzeichnis.....	58
	Tabellenverzeichnis.....	59

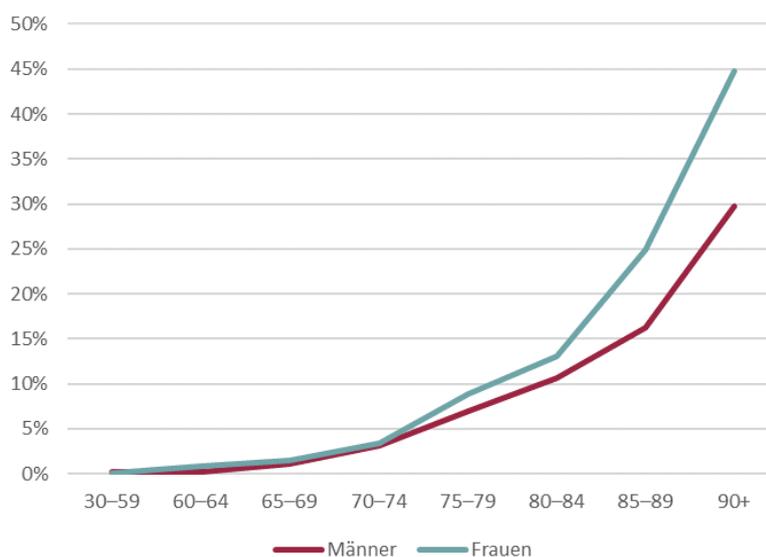
1 Einleitung

Aufgrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung wird prognostiziert, dass die Zahl der hochaltrigen Menschen in Österreich überproportional wachsen und sich damit auch die Anzahl der an Demenz erkrankten Menschen bis 2050 verdoppeln wird. Expert:innen prognostizieren zudem einen Rückgang der Pflege durch Angehörige aufgrund veränderter Familienstrukturen, Kinderlosigkeit der Betroffenen und einer höheren Erwerbstätigkeit der Frauen. Für die Pflege und Betreuung bedeutet dies, neue Betreuungsformen, die auf demenzerkrankte Menschen ausgerichtet sind, zu entwickeln (Schneider & Bengough, 2015, S. 1f.).

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Der demografische Wandel zeigt eine deutliche Alterung der Bevölkerung in Österreich. Anfang des Jahres 2024 waren 19,9 Prozent der Bevölkerung in Österreich 65 Jahre und älter. Laut Prognosen wird sich der Anteil der älteren Bevölkerung bis 2030 auf rund 25 Prozent erhöhen (www.statistik.at, 24.05.2024). Darüber hinaus wird erwartet, dass auch die Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 bei Frauen von 84,2 Jahren im Jahr 2023 auf 89,1 Jahre und bei Männern von 79,3 auf 85,6 Jahre steigen wird (<https://de.statista.com/>, 25.05.2024). Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an einer Demenz zu erkranken. Schätzungen der WHO zur Folge, leiden etwa 5 bis 8 Prozent der über 60-Jährigen an einer demenziellen Erkrankung. In Österreich wird angenommen, dass derzeit rund 130.000 bis 150.000 Menschen von einer demenziellen Erkrankung betroffen sind.

Abbildung 1: Geschätzte Prävalenz von Demenz in Österreich nach Alter und Geschlecht

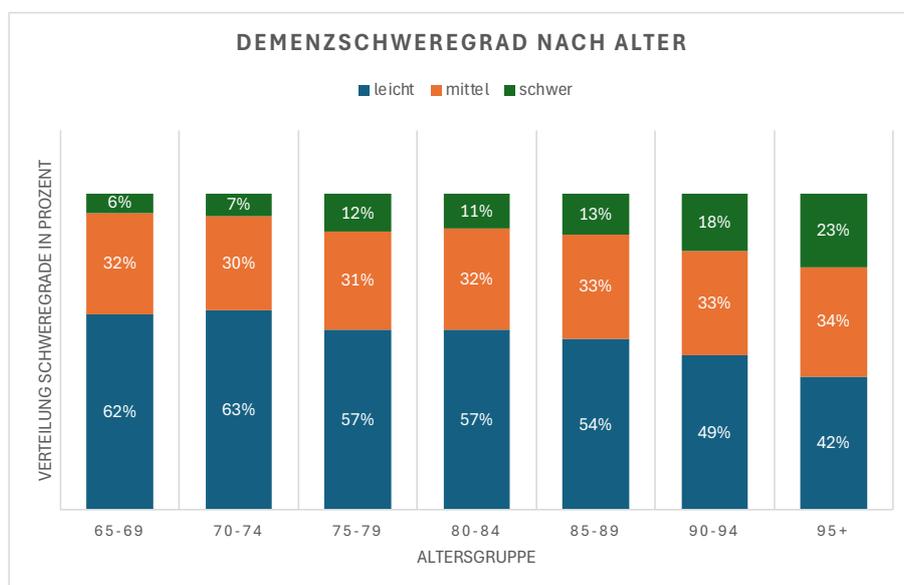


Quelle: Cypionka et al. (2021, S. 14)

In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass die Prävalenz der Demenzerkrankung mit dem Alter zunimmt. Studien haben gezeigt, dass in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen nur rund 1 Prozent an einer demenziellen Erkrankung leiden, wohingegen in der Gruppe der über 90-Jährigen bereits 40 Prozent betroffen sind. Frauen sind häufiger von Demenz betroffen als Männer, wobei die prozentuelle Anzahl mit dem Alter zunimmt (Czypionka et al., 2021, S. 7 und 13f.; www.sozialministerium.at, 25.05.2024).

Bei einer demenziellen Erkrankung leiden Betroffene an kognitiven und motorischen Einschränkungen, begleitet von Vergesslichkeit, Gedächtnis- oder Sprachstörungen. Es kommt zu einer Veränderung der Persönlichkeit und es treten Schwierigkeiten bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens auf. Mit dem Voranschreiten der demenziellen Erkrankung erhöht sich der Bedarf an Pflege und Unterstützung (Czypionka et al., 2021, S. 9). Die größte Gruppe der an Demenz erkrankten Menschen ist über 80 Jahre alt und leidet aufgrund des Alters neben der Demenz an mehreren chronischen Krankheiten. Die Multimorbidität der Demenzerkrankten in dieser Altersgruppe erhöht zusätzlich die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit (Schneider & Bengough, 2015, S. 1f.). Abbildung 2 stellt anhand der Verteilung der Schweregrade bei demenzerkrankten Personen dar, dass rund die Hälfte der Betroffenen an einer leichten Form der Demenz leiden, etwa 30 Prozent einen mittleren Schweregrad aufweisen und zwischen 6 und 23 Prozent der 65- bis über 90-Jährigen von einer schweren Demenz betroffen sind, wobei die Anzahl der Schwereerkrankten mit dem Alter steigt (Czypionka et al., 2021, S. 15f.).

Abbildung 2: Verteilung der Schweregrade bei demenzerkrankten Menschen nach Alter



Quelle: In Anlehnung an Czypionka et al. (2021, S. 16)

In Österreich und Deutschland durchgeführte Studien haben ergeben, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Selbstversorgung im Eigenheim bei demenzerkrankten Menschen um das Zweifache vermindert und das Risiko der Pflegebedürftigkeit um das Dreifache steigt. In Österreich und in Deutschland werden rund 60 Prozent der Erkrankten von Familienangehörigen gepflegt. Mit dem Schweregrad der Demenz steigt die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme in ein Pflegeheim. Eine in Österreich durchgeführte Prävalenzstudie hat ergeben, dass bei 63,5 Prozent aufgenommener Pflegeheimbewohner:innen eine demenzielle Erkrankung vorliegt (Wan-cata, 2015, S. 79ff.). Die Pflege von demenzerkrankten Menschen stellt für Angehörige, aber auch Pflegeeinrichtungen aufgrund der mit der Krankheit einhergehenden Veränderungen des Verhaltens, das geprägt ist von Unruhe, Aggression oder psychotischen Störungen, eine große Herausforderung dar (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2019, S. 9f.). Die Versorgung demenzerkrankter Menschen ist komplex und bedarf einer multidisziplinären Versorgungsstruktur, die sowohl an die Bedürfnisse der Betroffenen als auch der pflegenden Angehörigen angepasst ist. Konventionelle Versorgungsstrukturen sind oftmals unzureichend auf die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen ausgerichtet. Da die Anzahl der demenzerkrankten Menschen in den kommenden Jahren stark steigen wird, erhöht sich der Bedarf, neue Versorgungskonzepte und Wohnmöglichkeiten zu entwickeln, die mehr Selbstbestimmtheit und Lebensqualität trotz der Besonderheiten der Erkrankung zulassen (Gräske et al., 2018, S. 14).

Ein vielversprechendes Konzept stellt das Green Care Farming dar, das eine Versorgung demenzerkrankter Menschen auf Bauernhöfen vorsieht. Dabei werden landwirtschaftliche, pflegerische und soziale Aspekte in einer natürlichen Umgebung integriert. In den Niederlanden und Norwegen wurde das Konzept bereits erfolgreich implementiert. Studien aus den Niederlanden berichten einen positiven Zusammenhang zwischen der Versorgung auf Bauernhöfen und der Lebensqualität im Vergleich zu traditionellen Pflegeeinrichtungen. Positive Aspekte ergeben sich dadurch, dass sich die zu Pflegenden durch die Tätigkeiten auf Bauernhöfen zugehörig und verantwortlich fühlen, mit der Natur verbunden sind, in den Alltag integriert werden und damit das Gefühl entwickeln, etwas zurückgeben zu können (Gräske et al., 2018, S. 14ff.). Die österreichische Green Care Strategie „Wo Menschen aufblühen“ verfolgt das Ziel, soziale Dienstleistungsangebote zu entwickeln, neue Einkommensmöglichkeiten in der Land- und Forstwirtschaft zu generieren und zusätzlich zu traditionellen pflegerischen und therapeutischen Versorgungsformen ein Angebot zu schaffen. Im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen wird eine Tagesstruktur in einer naturnahen Umgebung geschaffen, wodurch die Lebensqualität gefördert wird. Auch in Österreich wird mit Green Care Farming das Ziel verfolgt, den steigenden Versorgungsbedarf pflegebedürftiger Menschen mit alternativen Konzepten zu begegnen. Damit der Ausbau von Green Care Farming als Versorgungs-

konzept gelingt, bedarf es jedoch noch einer besseren Koordination und Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteur:innen im Pflege- und Gesundheitsbereich (Green Care Österreich, 2015, S. 3).

Die Versorgung auf Bauernhöfen weist zudem einen therapeutischen Aspekt auf, indem soziale Interaktionen, Mobilisation, tiergestützte Therapie oder Gartentherapie auf eine natürliche Art in den Alltag und das Versorgungskonzept integriert werden. Diese Art der Therapie wird auf Bauernhöfen als alternative Form der Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit physischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Beeinträchtigungen eingesetzt (Gräske, 2018, S. 14; Green Care Österreich, 2015, S. 1 f.). Nichtmedikamentöse Therapien spielen für ein erfolgreiches Demenzmanagement eine wesentliche Rolle und zielen auf die Verringerung der mit der Demenz assoziierten psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten ab. Darüber hinaus kann die Funktionalität bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens durch körperliche Aktivierungsmaßnahmen verbessert werden (Kressig, 2017).

1.2 Forschungsfragen und Zielsetzung

Aus der zuvor erläuterten Problemstellung der demografischen Entwicklung hin zu einer alternden Gesellschaft und einer steigenden Anzahl an Menschen mit demenziellen Erkrankungen sowie den Herausforderungen der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen in traditionellen Pflegeeinrichtungen und der häuslichen Pflege lassen sich nachfolgende Forschungsfragen ableiten:

- Inwieweit können Bauernhöfe ein adäquates Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz bieten?
- Welche nichtmedikamentösen therapeutischen Potenziale weisen Bauernhöfe auf?

Ziel der Arbeit ist es, zu untersuchen, unter welchen Voraussetzungen das alltagsnahe Leben auf Bauernhöfen ein alternatives Versorgungskonzept für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Vergleich zu traditionellen Pflegeeinrichtungen sein kann. Es soll aufgezeigt werden, ob die Bedürfnisse nach mehr Selbstbestimmung und Lebensqualität durch das naturnahe Umfeld erfüllt werden können. Ein weiteres Ziel ist es, aufzuzeigen, welche nichtmedikamentösen therapeutischen Potenziale die Aktivitäten am Bauernhof, die auf natürliche Weise in den Alltag integriert werden, aufweisen.

1.3 Aufbau der Arbeit und Methodik

Für das Verfassen der Bachelorarbeit I wird eine Literaturrecherche durchgeführt. Für das Auffinden geeigneter Literatur werden Datenbanken wie SpringerLink, ResearchGate, ScienceDirect, GoogleScholar oder Elsevier durchsucht. Es werden anhand gewählter Schlüsselbegriffe, „Demenz“, „Demenzmanagement“, „Pflege bei Demenz“, „Pflegevorsorge Demenz“,

„Green Care Farming“, „Bauernhöfe als Versorgungskonzept“, „nichtmedikamentöse Therapie bei Demenz“, „Demenzstadien“ passende Titel herausgefiltert und auf ihre Relevanz für die Arbeit geprüft. Darüber hinaus werden die Literaturverzeichnisse geeigneter Forschungsbeiträge für die Literaturrecherche herangezogen.

Einleitend wird das Krankheitsbild der Demenz beschrieben, um einen Überblick über Demenzformen, Demenzstadien und deren Besonderheiten zu schaffen. Des Weiteren werden nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen für die Versorgung demenzerkrankter Menschen erläutert. Es werden aktuelle Versorgungsformen, die für demenzerkrankte Menschen in Österreich zur Verfügung stehen, dargestellt.

Darauffolgend wird der Bauernhof als Versorgungsform für Menschen mit Demenz näher betrachtet. Dabei wird das Konzept des Green Care Farming beleuchtet und es werden Beispiele aus Österreich aufgezeigt. Darüber hinaus wird analysiert, welche nichtmedikamentösen therapeutischen Aspekte das Leben auf den Bauernhöfen aufweist, da angenommen wird, dass durch die Aktivitäten des täglichen Lebens auf den Bauernhöfen und durch die Umfeldfaktoren nichtmedikamentöse Therapieerfolge erzielt werden können.

In der anschließenden Diskussion werden die zuvor definierten Forschungsfragen erläutert und beantwortet. Es wird die Frage beantwortet, ob Bauernhöfe ein adäquates Versorgungskonzept für demenzerkrankte Menschen bieten und eine Alternative zu herkömmlichen Versorgungsformen sein können. Des Weiteren wird auf das nichtmedikamentöse Potenzial Bezug genommen und evaluiert, welche Therapieformen auf den Bauernhöfen angeboten werden.

Abschließend werden die wesentlichen Schlussfolgerungen abgeleitet und ein Ausblick über weiterführende Forschungsempfehlungen gegeben.

In der vorliegenden Arbeit wird nicht auf medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten einer Demenzerkrankung eingegangen, sondern der Fokus auf nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen gelegt. Es werden ausschließlich nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen für Betroffene und nicht für Angehörige erläutert.

2 Das Leben mit Demenz

Die Demenzerkrankung wird nach der „Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen“ der WHO (ICD-10) als klinisches Syndrom klassifiziert, das aufgrund einer progressiven Erkrankung des Gehirns auftritt. Im diagnostischen und statistischen Leitfadens für psychische Störungen der American Psychiatric Association (DMS) wird die Demenzerkrankung als „neurokognitive Störung“ geführt. Charakteristisch für eine Demenzerkrankung sind der fortschreitende Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit, Einschränkungen bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens und die Veränderung der Persönlichkeit und des sozialen Verhaltens durch eine verminderte emotionale Kontrolle (Rieder et al., 2020, S. 21ff.; Sepandj, 2015, S. 4f.).

2.1 Krankheitsbild und Formen der Demenz

Die Erkrankung führt zunehmend zu Vergesslichkeit und Gedächtnisverlust, zu Problemen in der Orientierung, einer verminderten Auffassungsgabe sowie einer Verschlechterung der Lernfähigkeit. Häufig beginnt die Demenzerkrankung mit einer gestörten Leistung des Kurzzeitgedächtnisses und einer verminderten Merkfähigkeit (Rieder et al., 2020, S. 22ff.; Sepandj, 2015, S. 4). Studien haben ergeben, dass bei 70 bis 80 Prozent der Personen, die an einer Demenz erkranken, zu Beginn eine leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment – MCI) auftritt, die ein Anzeichen für eine demenzielle Erkrankung sein kann, aber auch altersbedingt auftritt. Betroffene haben Probleme sich zu konzentrieren, Rechenaufgaben zu lösen, bei der Aufnahme neuer Informationen oder bei der Orientierung, die anfangs nur nahestehenden Personen auffallen. Da die Ursachen für diese leichte kognitive Störung vielfältig sein können, sind für eine Demenzdiagnose unterschiedliche Untersuchungen anzuwenden. Vor allem können mit bildgebenden Verfahren (MRT/CT), wie beispielsweise eine Positronen-Emissionen-Tomografie (PET) Ablagerung im Gehirn festgestellt werden, welche als typische Anzeigen einer Alzheimer-Demenz gelten. Neben den bildgebenden Verfahren sind für die Feststellung einer Demenzerkrankung zusätzliche körperliche Untersuchungen, Labordiagnostik und neuropsychiatrische Testungen vorzunehmen. Als Kriterien für die Demenzdiagnose nach ICD-10 gilt, dass die Symptome seit mindestens 6 Monaten vorhanden sind und die Gedächtnisleistung und das Denkvermögen bei klarem Bewusstsein abnehmen (Sepandj, 2023; www.alzheimer-forschung.de, 26.06.2024).

Mit dem Fortschreiten der Erkrankung ergeben sich aufgrund der verminderten kognitiven Leistungsfähigkeit Probleme bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens, wie die Führung des Haushalts, die Besorgung von Lebensmitteln, die Zubereitung von Mahlzeiten

oder die Körperhygiene. Zumeist verschlechtert sich der Gesundheitszustand mit dem Fortschreiten der Krankheit und mit steigendem Schweregrad erhöht sich der Bedarf an Unterstützung bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten (Cypionka et al., 2021, S. 9; Sepandj, 2015, S. 4).

Neben der kognitiven Symptomatik treten nicht-kognitive Symptome auf, die aufgrund einer verminderten Kontrolle der Emotionen zu einer Veränderung des sozialen Verhaltens führen. Etwa zwei Drittel der Betroffenen weisen Veränderungen im Verhalten auf, was für die Angehörigen von demenzerkrankten Menschen meistens eine enorme Belastung bedeutet. Häufig ist das veränderte Verhalten assoziiert mit einem gestörten Tag-Nacht-Rhythmus, Unruhe, Psychosen, einhergehend mit Misstrauen und Schuldzuweisungen gegenüber den pflegenden Angehörigen, Depressionen, aber auch Aggressionen. Oftmals führen diese Verhaltensweisen zu Konflikten innerhalb der Familie, die nicht zuletzt mit einem Einzug in einer Pflegeeinrichtung enden (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2019, S. 9f.; Sepandj, 2015, S. 4).

Demenzielle Erkrankungen basieren auf unterschiedlichen Ursachen und werden in primäre und sekundäre Demenzerkrankungen unterteilt. Bei 90 Prozent der Demenzerkrankungen handelt es sich um primäre Demenzformen, bei denen eine Schädigung des Gehirngewebes zugrunde liegt, die nicht behoben werden kann. In 10 Prozent der Fälle handelt es sich um sekundäre Demenzformen, die in Folge von anderen Erkrankungen auftreten können und zum Teil reversibel sind. Zu den primären Formen zählen neurodegenerative Typen, wie die Alzheimer-Demenz, die Lewy-Body-Demenz, die Frontotemporale Demenz oder die Parkinson Demenz. Darüber hinaus treten vaskuläre Demenzen auf, die aufgrund von Durchblutungsstörungen im Gehirn verursacht werden und gemischte Formen der zuvor genannten Typen. Als Ursache von Demenzerkrankungen werden Risikofaktoren genannt, die vermeidbar sind, wie beispielsweise Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Adipositas sowie zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung, Alkoholkonsum und das Rauchen. Zu den nicht zu vermeidenden Faktoren zählen Ursachen, die dem Alter zugeschrieben werden oder genetisch bedingt sind (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2019, S. 7f; Pertl, 2015, S. 9ff.; Sepandj, 2023). Unter dem Demenzbegriff fallen über 50 verschiedene Krankheitsformen, wobei in rund 65 Prozent der Fälle eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert wird, gefolgt von vaskulären Demenzen mit etwa 15 Prozent. Bei weiteren 15 Prozent tritt eine Mischform der Alzheimer-Demenz und vaskulären Demenz auf. Darüber hinaus kommen seltenere Formen, wie die Lewy-Body-Demenz oder die Frontotemporale Demenz vor (www.alzheimer-forschung.de, 28.06.2024).

2.1.1 Alzheimer-Demenz

Mit über 65 Prozent ist die Alzheimer-Demenz die am häufigsten diagnostizierte Form der Demenz, die vorwiegend im höheren Alter auftritt. Die Entstehung der Erkrankung ist bis heute

nicht eindeutig geklärt, jedoch ist bekannt, dass die Eiweiß-Ablagerungen „Beta-Amyloid-Plaques“ und „Tau-Protein Fibrillen“ zu krankhaften Veränderungen im Gehirn führen. Durch die Ablagerungen wird die Kommunikation der Nervenzellen beeinträchtigt. Der Prozess der Proteinablagerung beginnt bereits lange bevor die ersten Symptome auftreten. Betroffen sind die Großhirnrinde und der Hippocampus, jene Gehirnareale, die für das Sprechen, Denken und die Gedächtnisleistung verantwortlich sind. Im Verlauf der Erkrankung degenerieren aufgrund dieser Prozesse und Ablagerungen die Nervenzellen im Gehirn, daher werden die Merkfähigkeit, das Erinnerungsvermögen oder das logische Denken sowie das Verhalten beeinträchtigt. Benannt wurde die Alzheimer-Demenz nach dem Neurologen Alois Alzheimer, der über die Symptomatik der Erkrankung erstmals im Jahr 1906 berichtet. Für die Erkrankung typisch ist der kaum bemerkbare Beginn, der oftmals mit normalen altersbedingten kognitiven Störungen (Mild Cognitive Impairment – MCI) assoziiert wird und der fortschreitende Verlauf über mehrere Jahre. Nach anfänglichen leichten Einschränkungen kommt es in einem frühen Stadium zu leichten Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, gefolgt von depressiven Verstimmungen, Gereiztheit oder Schwankungen des Gemütszustandes. Bei Fortschreiten der Erkrankung kommt es zunehmend zu zeitlichen und örtlichen Orientierungsstörungen, zu Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen sowie motorischen Einschränkungen, zudem ist zunehmend auch das Langzeitgedächtnis betroffen (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2019, S. 8; Cypionka et al., 2021, S. 9; Sepandj, 2015, S. 5; www.gesundheit.gv.at, 24.05.2024).

2.1.2 Lewy-Body-Demenz

Die Lewy-Body-Demenz zählt wie die Alzheimer-Demenz zu den neurodegenerativen Demenzformen und betrifft rund 5 Prozent der an Demenz erkrankten Menschen. „Neurodegenerativ“ bedeutet, dass Nervenzellen absterben und dadurch Funktionen des Nervensystems gestört werden. Verursacht wird die Lewy-Body-Demenz durch Ablagerungen von Proteinen in den Nervenzellen der Großhirnrinde. Die Eiweißablagerungen, auch „Lewy-Körperchen“ genannt, wurden nach dem Neurologen Friedrich Lewy benannt, der im Zuge seiner Forschungsarbeit über die Parkinson Erkrankung auf die Proteinablagerungen gestoßen ist. Bei der Parkinson Erkrankung befinden sich die Lewy-Körperchen bei Betroffenen im Mittelhirn und bei der Lewy-Body-Demenz in der Großhirnrinde. Bis heute sind keine Risikofaktoren der Lewy-Body-Demenz bekannt (www.pflege.de, 10.07.2024). In manchen Fällen wird die Lewy-Body-Demenz wie die Parkinson Erkrankung durch Mutationen bestimmter Gene ausgelöst. Als typische Symptome werden psychotische Zustände, wie beispielsweise visuelle und akustische Halluzinationen, die bereits in einem frühen Stadium auftreten, genannt. Beispielsweise sehen Betroffene nicht vorhandene Personen und Tiere oder hören Stimmen. Es kommt zudem zu motorischen Einschränkungen durch Muskelsteifheit oder Zittern, zu einer Verlangsamung der Bewegungen und zu Gangstörungen, ähnlich wie bei einer Parkinson Erkrankung (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2018; www.pflege.de, 10.07.2024). Bereits

zu Beginn der Erkrankung besteht aufgrund von Kreislaufstörungen und einem zu niedrigen Blutdruck eine hohe Sturzgefahr nach langem Sitzen oder Stehen und häufig verlieren Betroffene auch für mehrere Minuten das Bewusstsein. Charakteristisch für die Erkrankung sind die raschen Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit während des Tages. Bei Betroffenen wechselt der Zustand schlagartig von wach und orientiert zu verwirrt und nicht ansprechbar. Vor allem für Angehörige herausfordernd sind neben den psychotischen Zuständen auftretende Störungen im Traumschlaf, da Betroffene oftmals im Traum aufgrund der gestörten Motorik Träume ausleben und um sich schlagen (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2019, S. 8f.; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz, 2018; www.pflege.de, 10.07.2024).

2.1.3 Frontotemporale Demenz (FTD)

Bei der Frontotemporalen Demenz handelt es sich ebenfalls um eine neurodegenerative Demenzform, bei der Nervenzellen vorwiegend im Bereich der Schläfe und der Stirn degenerieren. Die genauen Ursachen und Risikofaktoren konnten noch nicht vollständig geklärt werden. Angenommen wird, dass Proteinablagerungen in den Nervenzellen des Frontal- und Temporallobenbereichs des Gehirns für das Absterben der Nervenzellen verantwortlich sind. Diese Gehirnareale sind für das soziale Verhalten, die Persönlichkeit und für die emotionalen Vorgänge zuständig. Anders als bei der Alzheimer-Demenz sind häufig Personen bereits vor dem 65. Lebensjahr von der Erkrankung betroffen. Auch diese Form der Demenz, die rund 3 bis 9 Prozent der Demenzerkrankungen ausmacht, ist bislang nicht heilbar (www.pflege.de, 11.07.2024). Beim Auftreten erster Symptome kann die Diagnosestellung schwierig sein, da die Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen, die durch die Krankheit ausgelöst werden, oftmals mit anderen psychischen Erkrankungen und Störungen, wie Depressionen, Burn-Out oder Schizophrenie verwechselt werden. Es wird zwischen zwei Hauptvarianten der Frontotemporalen Demenz unterschieden. Bei der Variante, bei der vorwiegend das Verhalten betroffen ist, zeigen Erkrankte vorwiegend Veränderungen in der Persönlichkeit. Sie sind zumeist gereizt, aggressiv, können sich schwer konzentrieren, handeln sorglos und sind oft unordentlich. Oftmals ziehen sich betroffene Personen vom sozialen Leben komplett zurück, interessieren sich nicht mehr für ihre Hobbies und wirken teilnahmslos. Für Angehörige stellt dieses Verhalten eine große Herausforderung dar, da erkrankte Personen häufig enthemmt handeln, ein zwanghaftes Verhalten entwickeln oder das Gefühl für ein adäquates soziales Verhalten verlieren (www.deutsche-alzheimer.de, 11.07.2024; www.pflege.de, 11.07.2024). Charakteristisch für die zweite Variante sind Sprachstörungen, die als „progressive Aphasien“ bezeichnet werden und die Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen. Die Sprachstörungen betreffen das Sprechen, Schreiben, Lesen und Verstehen und verschlechtern sich im Verlauf der Erkrankung. Es kommt vor, dass manche Betroffene aufgrund der zunehmenden Sprachprobleme vollkommen verstummen (www.pflege.de, 11.07.2024).

2.1.4 Parkinson-Demenz

Rund 30 bis 40 Prozent der an Parkinson erkrankten Menschen entwickeln in einem späteren Stadium eine Demenz. Hierbei treten zusätzlich zu den Parkinson-Symptomen, wie verlangsamte Bewegungsabläufe, Zittern, Steifheit der Muskeln oder Störungen des Gleichgewichtes, psychische Störungen auf. Betroffene leiden an Konzentrations- und Orientierungsstörungen, haben Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, Pläne zu schmieden oder Erinnerungen abzurufen. Zudem können depressive Verstimmungen, Halluzinationen oder Angstzustände auftreten. Es wird vermutet, dass ein Dopamin- und Acetylcholinmangel im Gehirn die Folge einer Parkinson-Demenz sind. Forscher:innen gehen davon aus, dass der Dopaminmangel im Mittelhirn das Parkinson-Syndrom auslöst, der auch die Acetylcholinmenge im Gehirn beeinflusst. Ein Mangel an Acetylcholin, das Funktionen im Körper, wie das Gedächtnis, die Atmung oder den Herzschlag steuert, kann zu einer Demenz führen. Im Gegensatz zu Betroffenen, die an einer Alzheimer-Demenz leiden, sind an Parkinson-Demenz erkrankte Menschen in der Lage, in frühen Stadien neu erworbene Inhalte zu erlernen und zu speichern. Die Gedächtnisstörungen, die bei Alzheimer-Patient:innen schon sehr früh auftreten, treten bei der Parkinson-Demenz erst in einem späteren Stadium auf (www.deutsche-alzheimer.de, 10.07.2024; www.pflege.de, 12.07.2024).

2.1.5 Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist mit rund 15 Prozent die zweithäufigste Demenzform, welche durch unterschiedliche Gefäßerkrankungen und Durchblutungsstörungen im Gehirn hervorgerufen wird. Verengte oder verstopfte Blutgefäße führen zu einer verminderten Durchblutung im Gehirn, wodurch Gehirnzellen beschädigt werden oder absterben. Je nach Art und Ort der geschädigten Areale im Gehirn wird zwischen verschiedenen Formen der vaskulären Demenz unterschieden. Die „subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE)“ oder auch nach dem Neurologen Otto Ludwig Binswanger „Morbus Binswanger Demenz“ genannt und die Multi-Infarkt-Demenz sind die häufigsten Unterformen der vaskulären Demenz. Ursächlich für die Morbus Binswanger Demenz sind Verdickungen in den Blutgefäßwänden im Gehirn, die für die Blutversorgung in den tiefen Gehirnstrukturen sorgen und zu kleinen Infarkten führen, welche die Nervenfasern schädigen. Als größtes Risiko an dieser Demenzform zu erkranken, gilt Bluthochdruck, der über viele Jahre unbehandelt bleibt. Die Multi-Infarkt-Demenz wird hingegen durch kleinere oder größere Schlaganfälle verursacht. Auch hier gelten Bluthochdruck, Herz- Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Adipositas, wenig Bewegung, hoher Alkoholkonsum und Rauchen als Risikofaktoren (www.deutsche-alzheimer.de, 10.07.2024; www.gesundheit.gv.at, 24.05.2024; www.pflege.de, 09.07.2024). Je nachdem, welche Bereiche im Gehirn von den Durchblutungsstörungen betroffen sind und um welche Form der vaskulären

Demenz es sich handelt, unterscheiden sich die Symptome. Bei der Morbus Binswanger Demenz ist der Verlauf zumeist schleichend und weist Ähnlichkeiten zur Alzheimer-Demenz auf. Es treten verstärkt Schwierigkeiten beim Denken oder der Orientierung auf und Gedächtnisstörungen nehmen zumeist erst im Laufe der Erkrankung zu. Zudem wird häufig über Stimmungsschwankungen und einer allgemeinen Verlangsamung des Denkvermögens sowie über Blasen- und Gangstörungen berichtet. Die Multi-Infarkt-Demenz kann plötzlich oder auch allmählich auftreten, zumeist wird sie durch eine Häufung von mehreren kleinen Infarkten im Gehirngewebe ausgelöst. Eine vaskuläre Demenz mit akutem Beginn ist zumeist die Folge von mehreren aufeinanderfolgenden Schlaganfällen, die durch Thrombosen, Embolien oder Blutungen ausgelöst werden. Neben den kognitiven Beeinträchtigungen können bei der vaskulären Demenz auch physische Symptome, wie Lähmungserscheinungen oder Epilepsie vorkommen (Bucheberner-Ferstl & Geserick, 2019, S. 8; Cypionka et al., 2021, S. 10; Rieder et al., 2020, S. 23f.; www.deutsche-alzheimer.de, 10.07.2024; www.gesundheit.gv.at, 24.05.2024; www.pflege.de, 09.07.2024).

2.1.6 Sekundäre Demenzformen

Im Gegensatz zu den primären Demenzformen bestehen bei sekundären Demenzen gute Heilungschancen, da die Demenz durch äußere Einflüsse und Grunderkrankungen verursacht wird. Als Einflussfaktoren gelten beispielsweise übermäßiger Alkoholkonsum, Erkrankungen der Schilddrüse, mangelhafte Ernährung, Depressionen, Missbrauch von Medikamenten, Störungen innerer Organe oder Herzinsuffizienz. Werden diese Einflussfaktoren und Ursachen frühzeitig und bevor diese einen chronischen Verlauf nehmen, behandelt, kann die sekundäre Demenz rückgebildet werden (www.pflege.de, 01.07.2024; www.ppm-online.org, 12.07.2024).

2.2 Demenzstadien und deren Charakteristika

Die Demenzerkrankung weist einen progredienten Verlauf auf, was bedeutet, dass die Einschränkungen und Beschwerden mit dem Fortschreiten der Erkrankung stetig zunehmen. Dies bedingt, dass der Unterstützungs- und Pflegebedarf kontinuierlich steigt. Im Verlauf der Erkrankung ändern sich die Symptome und es sind neben den Störungen des Kurzzeitgedächtnisses individuell unterschiedliche kognitive und nicht-kognitive Störungen zu beobachten (Rieder et al., 2020, S. 25; Sepandj, 2015, S. 6).

2.2.1 Schweregrad der Demenz

In der Demenzdiagnostik wird zur Bestimmung des Schweregrades der Demenzerkrankung der Alzheimer-Demenz der Mini-Mental-Status-Test (Mini-Mental State Examination - MMSE), der im Jahr 1975 von Marshal F. Folstein entwickelt wurde, angewendet. Getestet wird mit 30 Fragestellungen die Merk- und Konzentrationsfähigkeit, die Orientierung und Aufmerksamkeit

sowie das sprachliche und rechnerische Verständnis und das Erinnerungsvermögen. Der Schweregrad der Demenzerkrankung wird nach der erreichten Punkteanzahl bestimmt. Bei einem Ergebnis von 27 bis 30 Punkten liegt keine Demenzerkrankung vor, eine Punkteanzahl von 20 bis 26 deutet auf eine leichte Demenz hin, bei 10 bis 19 Punkten wird eine mittelschwere Demenz diagnostiziert und bei einem Ergebnis von 10 Punkten und darunter liegt eine schwere Demenz vor (Rieder et al., 2020, S. 25; Sepandj, 2015, S. 6ff.; www.pflege.de, 13.07.2024). Die Einteilung in Schweregrade bietet eine Übersicht über die Symptome, die in den unterschiedlichen Phasen auftreten. Die Phasen werden in drei Schweregrade eingeteilt, die sich an der Selbständigkeit der Betroffenen und den Einschränkungen orientieren (Sepandj, 2015, S. 6f.; www.gesundheit.gv.at, 13.07.2024; www.pflege.de, 01.07.2024).

In der ersten Phase setzt die beginnende oder leichte Demenz ein, in der die Betroffenen häufig bemerken, dass die Merkfähigkeit oder die zeitliche und örtliche Orientierungsfähigkeit beeinträchtigt sind. Das Speichern neuer Informationen und das logische Denken lassen nach, womit das Lösen komplexer Aufgaben Schwierigkeiten bereitet. Zumeist können die erkrankten Personen mit kleinen Hilfestellungen noch selbstständig die Aktivitäten des täglichen Lebens verrichten, reagieren aber durch die bemerkbaren Veränderungen ängstlich, gereizt oder deprimiert. Die zweite Phase leitet die mittelschwere Demenz ein, die charakterisiert ist durch eine zunehmende Einschränkung des Erinnerungsvermögens, bei der nunmehr auch das Langzeitgedächtnis betroffen ist. Sprachstörungen nehmen zu und die Bewegungsfähigkeit nimmt ab, was dazu führt, dass die Aktivitäten des täglichen Lebens, wie das Ankleiden, die Körperpflege oder die Essenszubereitung ohne Hilfeleistung nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können. Häufiger treten nunmehr auch Sinnestäuschungen, paranoide Zustände und zwanghaftes Agieren auf. Herausfordernd sind in diesem Stadium vor allem ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, Unruhezustände oder aggressives Verhalten. Die schwere Demenz in der dritten Phase ist gekennzeichnet durch das nicht mehr Erkennen nahestehender Personen, eine sehr lückenhafte Erinnerungsfähigkeit, Schluckstörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz und dem Verlust der Sprache und der Mobilität. Zudem verstärken sich die Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen der vorangegangenen Phasen. Betroffene in diesem letzten Stadium sind vollkommen auf Hilfe angewiesen und müssen zumeist in einer stationären Pflegeeinrichtung aufgenommen werden (Gatterer & Croy, 2020, S. 36ff.; Sepandj, 2015, S. 6f.; www.gesundheit.gv.at, 13.07.2024). In Abbildung 3 werden die Charakteristiken der einzelnen Schweregrade dargestellt.

Abbildung 3: Demenzstadien und deren Pflegebedarf



Quellen: eigene Darstellung nach Sepandj (2015, S. 6f.; www.gesundheit.gv.at, 13.07.2024)

2.2.2 Demenzstadien nach Reisberg

Für die Pflege von demenzerkrankten Menschen und zur Einschätzung des Verlaufs der Erkrankung wird unter anderem auch die vom US-amerikanischen Psychiater Barry Reisberg entwickelte Demenzskala, die den Verlauf der Alzheimer-Demenz in 7 Stadien beschreibt, angewendet. Die Retrogenese wird als Prozess definiert, der durch degenerative Vorgänge bei der Alzheimer-Demenz zu einer Rückentwicklung führt. In der Skala wurde von Reisberg anhand der „Retrogenese“ die umgekehrte kindliche Entwicklung beschrieben, was bedeutet, dass Betroffene sich vom Erwachsenen zum Säugling zurückentwickeln (Reisberg et al., 2002, zitiert nach Gatterer & Croy, 2020, S. 26f.; www.gesundheit.gv.at, 13.07.2024).

Die Skala bietet Pflegepersonen einen Überblick, welche Betreuungsformen und Fördermaßnahmen in welchem Stadium eingesetzt werden sollen. Die Demenzerkrankung beginnt mit einem normalen kognitiven Leistungsniveau erwachsener Personen (Stadium 1), gefolgt von subjektiven Defiziten bei der Gedächtnisleistung (Stadium 2). Erste Symptome einer Demenzerkrankung werden erst im weiteren Verlauf in Form von leichten kognitiven Einschränkungen (MCI) sichtbar (Stadium 3). Die Diagnose einer leichten Demenz wird erst ab dem 4. Stadium gestellt, wenn bereits eine deutliche Symptomatik vorhanden ist. Das 5. Stadium entspricht dem Krankheitsbild der mittelschweren Demenz und das 6. Stadium dem einer schweren Demenz. Im 7. und letzten Stadium der sehr schweren Demenz ist die Fähigkeit zu sprechen, zu gehen, zu lachen oder den Kopf zu heben, massiv eingeschränkt, was dem Stadium eines Säuglings gemäß der Theorie der Retrogenese entspricht (Gatterer & Croy, 2020, S. 26f.; www.gesundheit.gv.at, 13.07.2024).

Tabelle 1: Retrogenese-Theorie nach Barry Reisberg

Entwicklung des Menschen (Dauer ca. 20 Jahre)				Alzheimer-Krankheit (Dauer ca. 20 Jahre)				
	Ungefähres Alter	Dauer bei der Entwicklung	Erworbene Fähigkeiten	Verlorene Fähigkeiten	Alzheimer Stadium (FAST)	Dauer bei der Alzheimer Kht.	Entwicklungsalter des Patienten	Notwendige Betreuung
Erwachsener	Erwachsener	Weitere Ausformung	Beruf ausüben	Kein Problem	1		Erwachsen	keine
Erwachsener	Erwachsener	Weitere Ausformung	Beruf ausüben	Leichte subj. Probleme	2		Erwachsen	keine
Erwachsener	13–19	7 Jahre	Beruf ausüben	Beruf ausüben	3 (MCI)	7 Jahre	19–13 Jahre (Erwachsener)	keine
Späte Kindheit	8–12	5 Jahre	Einfache Finanzaktionen	Einfache Finanzaktionen	4 (leicht)	2 Jahre	12–8 Jahre (späte Kindheit)	Unabhängiges Überleben möglich
Mittlere Kindheit	5–7	2,5 Jahre	Kleidung auswählen	Kleidung auswählen	5 (mäßig)	1,5 Jahre	7–5 Jahre (mittlere Kindheit)	Person braucht Unterstützung um zu überleben
Frühe Kindheit	5 4 4 3–4,5 2–3	4 Jahre	Anziehen Waschen Toilette Urinkontrolle Darmkontrolle	Anziehen Waschen Toilette Urinkontrolle Darmkontrolle	6a (mittelschw.) 6b 6c 6d e	2,5 Jahre	5–2 Jahre (frühe Kindheit)	Person braucht vollzeitliche Begleitung
Säuglingsalter	15 Monate 1 Jahr 1 Jahr 6–10 Monate 1–3 Monate	1,5 Jahre	5–6 Worte sprechen 1 Wort sprechen Gehen Sitzen Lächeln Kopf aufrecht halten	5–6 Worte sprechen 1 Wort sprechen Gehen Sitzen Lächeln Kopf aufrecht halten	7a (schwer) 7b 7c 7d 7e	7 Jahre	15 Monate bis Geburt (Geburt bis Säuglingsalter)	Person benötigt vollzeitliche Pflege und Betreuung

Quelle: Reisberg et al. (2002, zitiert nach Gatterer & Croy 2020, S. 32)

Wesentlich für die erfolgreiche Behandlung und Pflege demenzerkrankter Menschen ist der Einsatz eines multiprofessionellen Teams, das über unterschiedliche Kompetenzen verfügt und das Involvieren der pflegenden Angehörigen. Idealerweise besteht das Team aus Ärzt:innen, Psycholog:innen, unterschiedlichen Therapeut:innen, den Pflegenden, Ernährungsexpert:innen und Sozialarbeiter:innen, die in regelmäßigen Besprechungen Therapieziele festlegen und diese an die Bedürfnisse der erkrankten Personen anpassen (Rainer & Krüger-Rainer, 2007, S. 352f.). Welche nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten in welchen Demenzstadien angewendet werden, wird in Kapitel 2.3 erläutert.

2.3 Nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen zur Behandlung demenzieller Erkrankungen

Neben der medikamentösen Behandlung bei einer Demenzerkrankung werden von Expert:innen nichtmedikamentöse und psychosoziale Therapieformen als Begleitmaßnahmen vor allem zur Verbesserung der mit der Demenz assoziierten psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten (BPSD = Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) wie Apathie, Depression, Agitation, Aggressivität, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, herausfordernde Verhaltensweisen oder psychotische Störungen, die im Laufe der Erkrankung bei fast 80 Prozent der Betroffenen auftreten, empfohlen. Mit den Maßnahmen kann sowohl die Lebensqualität der Betroffenen als auch der pflegenden Angehörigen wesentlich gesteigert werden. Nichtmedikamentöse psychosoziale Interventionen zielen darauf ab, kognitive Fähigkeiten und

Ressourcen, Alltagskompetenzen sowie die Teilhabe am sozialen Leben so lange als möglich aufrecht zu erhalten, aber auch Betreuungspersonen zu entlasten. Wichtig dabei ist, die Therapiemaßnahmen sowohl an die individuellen Bedürfnisse als auch an den Demenzschweregrad auszurichten. Die Basis für nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen bilden psychotherapeutische, ergotherapeutische, physiotherapeutische und pflegewissenschaftliche Grundlagen (Bohlken & Kurz, 2013, S. 32; Durwen, 2012, S. 162; Kressig, 2017, S. 116ff.; Wiltfang et al., 2017, S. 1400). Da die Betroffenen meistens aufgrund des hohen Alters bereits multimorbid sind und damit an mehreren chronischen Erkrankungen leiden, führt der Einsatz von Psychopharmaka bei BPSD oftmals zu einer geringen Wirkung und unerwünschten Nebenwirkungen. Daher empfehlen Fachgesellschaften zur Behandlung der neuropsychiatrischen Begleitsymptome, nichtmedikamentösen Therapiemaßnahmen den Vorrang zu geben. Aufgrund der Heterogenität und unterschiedlichen Erhebungsmethoden in Studien zur Wirksamkeit nichtmedikamentöser Interventionen ist die Aussagekraft geringer als bei pharmakologischen Studien. Dennoch zeigen Erfahrungen in klinischen Settings positive Effekte und die Relevanz der nichtmedikamentösen Therapien (Durwen, 2012, S. 162; Kressig, 2017, S. 116f.; Savaskan, 2018, S. 18). Nachfolgend werden ausgewählte nichtmedikamentöse Therapieformen vorgestellt.

2.3.1 Verbesserung und Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit

Kognitive Interventionen orientieren sich an der Verbesserung und dem Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit. Zur Anwendung kommen kognitive Stimulationen und kognitive Trainings (Bohlken & Kurz, 2013, S. 32f.).

2.3.1.1 Kognitive Stimulation

Bei der kognitiven Stimulation werden das Gedächtnis, die Konzentrationsfähigkeit, die Problemlösungskompetenz und die kommunikativen Fähigkeiten durch die Stimulation vorhandener Gedächtnisinhalte in Gruppensettings oder gemeinsam mit pflegenden Angehörigen trainiert. Dabei wird über Erlebnisse in der Kindheit, über Hobbies oder das Tagesgeschehen berichtet und somit werden Gedächtnisinhalte aktiviert. In unterschiedlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass bei einer leichten und mittelschweren Demenz die kognitive Leistung sowie die Lebensqualität der Betroffenen im Vergleich zu Personen, die keine oder eine Standardtherapie erhielten, gesteigert werden konnte (Bohlken & Kurz, 2013, S. 32f.; Durwen, 2012, S. 163; Kurz, 2013, S. 95f.). Eine Form der kognitiven Stimulation stellt die Realitätsorientierungstherapie (ROT) dar. Durch Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung bei an Demenz erkrankten Personen kommt es zu Einschränkungen der Alltagsfunktionen. Das Realitätsorientierungstraining fußt auf lerntheoretischen Grundsätzen und wird vor allem in Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Orientierung, der Gedächtnisleistung und zur Förderung der sozialen Teilhabe bei leichter und mittelschwerer Demenz angewendet. Ziel der

Therapie ist es, Orientierungshilfen durch Beschilderungen, Tagespläne oder gezielte Informationen zu schaffen. Dabei wird auf noch vorhandene kognitive Ressourcen der Betroffenen zurückgegriffen. Die ursprüngliche Form des Realitätsorientierungstraining wird insofern kritisiert, dass der Therapieansatz durch die Konfrontation mit der Realität häufig Stress bei Betroffenen auslöst und durch die regelmäßige Aufklärung über das Krankheitsbild und deren Auswirkungen belehrend und zum Teil demütigend wirkt. Daher wird bei der aktuellen Anwendung auf individuelle Bedürfnisse und Überforderungstendenzen geachtet (Durwen, 2012, S. 163; Kurz, 2013, S. 96; www.ppm-online.de, 26.07.2024).

2.3.1.2 Kognitives Training

Das kognitive Training zielt darauf ab, die Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Reaktionsfähigkeit zu verbessern. In der Therapie werden kognitive Aufgaben, wie Rechen- und Merkaufgaben, Erkennung von Objekten, Puzzlespiele oder die Navigation in einem Labyrinth wiederholt angewendet. Zumeist werden zur Durchführung der Aufgaben und zur Messung der kognitiven Leistungsfähigkeit computerunterstützte Programme eingesetzt. Des Weiteren werden Mnemotechniken für das kognitive Training verwendet, deren Ziel es ist, Gedächtnisinhalte leichter abzuspeichern und später in Form von Eselsbrücken wieder abzurufen. Angewendet wird das kognitive Training vorwiegend in der Prävention und bei leichter bis mittelschwerer Demenz (Bohlken & Kurz, 2013, S. 33f.; Durwen, 2012, S. 163; Kurz, 2013, S. 96f.; Simon et al., 2018). Die Überprüfung der Wirksamkeit kognitiver Trainings ist aufgrund der vielfältigen Trainingsvarianten und der Heterogenität der vielzähligen durchgeführten Studien schwierig messbar. In einer Metaanalyse von Marczak (2019) wurde die Wirkung computerunterstützter kognitiver Trainings in drei unterschiedlichen Zielgruppen untersucht. Die Analyse hat ergeben, dass die Effekte bei gesunden Personen und Personen mit leichten kognitiven Einschränkungen (MCI) gering bis moderat ausfielen. Die größte Wirkung wurde erzielt, wenn ein bis dreimal pro Woche in einem Gruppensetting trainiert wurde. Die Studienergebnisse bei demenzerkrankten Personen waren insgesamt nicht signifikant, jedoch konnte nachgewiesen werden, dass durch die Anwendung von Touchscreens und virtuellen Brillen im Training bessere Ergebnisse erzielt werden (Marczak, 2019).

2.3.2 Förderung des psychischen Wohlbefindens

Zur Verbesserung des emotionalen Zustandes werden psychoedukative, psychosoziale und psychotherapeutische Ansätze angewendet (Kurz, 2013, S. 95).

2.3.2.1 Psychoedukation

In psychoedukativen Interventionen werden Betroffene in einem frühen Stadium über das Krankheitsbild der Demenz, über Therapieformen oder Selbsthilfestrategien aufgeklärt. In Ein-

zelsettings ist es zielführend, Angehörige und Betreuungspersonen in die Therapie zu involvieren. In Gruppeninterventionen haben Mitglieder die Möglichkeit, mit Gleichgesinnten Erfahrungen auszutauschen, was bewirkt, dass innerhalb der Gruppe gegenseitiges Verständnis, Solidarität und Unterstützung aufgebaut wird. Durch die emotionale und soziale Unterstützung können depressive Verstimmungen und Angstzustände reduziert werden. Zudem wird ein sozialer Rückzug vermieden (Kurz, 2013, S. 97; Savaskan, 2018, S. 19).

2.3.2.2 Reminiszenztherapie

Die Reminiszenztherapie oder auch Erinnerungstherapie genannt, wird zur Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls und zur Stärkung der Identität eingesetzt. Zumeist wird die Therapie in der Gruppe durchgeführt, indem persönliche Erinnerungen mithilfe von Fotos, Zeitungsartikeln, bekannten Liedern oder Gegenständen aus dem Haushalt ins Gedächtnis gerufen werden. Das Ziel der Therapie ist es, das Gedächtnis zu stimulieren, um positive Erinnerungen aus der persönlichen Biografie hervorzubringen. Studien haben ergeben, dass durch die Anwendung der Erinnerungstherapie die Selbständigkeit Betroffener sowie die Kommunikationskompetenz signifikant zugenommen haben. Ebenfalls konnten die Stimmung und die kognitive Leistungsfähigkeit gesteigert werden. Angewendet wird die Therapie vorwiegend in Pflegeeinrichtungen bei leichten bis mittelschweren Demenzen (Bohlken & Kurz, 2013, S. 33; Kurz, 2013, S. 98; Savaskan, 2018, S. 20).

2.3.2.3 Validation

Die Theorie der Validation wurde von Naomi Feil entwickelt und stellt eine Kommunikationsmethode dar, die sich an der Gefühlswelt und Realität der Betroffenen orientiert. Durch die Akzeptanz der Erlebnisswelt, der an Demenz erkrankten Menschen, wird deren Selbstwertgefühl gestärkt, da die Gesprächspartner:innen dafür sorgen, dass sich die Betroffenen wertgeschätzt und verstanden fühlen. Es wird zwischen vier Stadien in der Validation unterschieden, dazu zählen die mangelhafte Orientierung an der Wirklichkeit und Akzeptanz der drohenden Verluste, die Zeitverwirrtheit, bei der die Kommunikationsfähigkeit schwindet, die Phase der wiederholenden Bewegungen, bei der die Sprachfähigkeit durch Bewegungen kompensiert wird und das Vegetieren, ein Stadium, in dem sich die Betroffenen völlig zurückziehen und unzugänglich werden. Das Ziel der Validation ist, die Verarbeitung der Vergangenheit, das Ausdrücken von Gefühlen und die Vermeidung des persönlichen Rückzugs (Kojer et al, 2007, S. 434; Rainer & Krüger-Rainer, 2007, S. 359). Anwendung findet die Validation vorwiegend bei mittelschwerer und schwerer Demenz. Die Studienergebnisse zur Wirksamkeit der Validationsmethode sind inkonsistent und nicht ausreichend erforscht (Kurz, 2013, S. 98; Savaskan, 2018, S. 20).

2.3.2.4 Selbsterhaltungstherapie

Bei der Selbsterhaltungstherapie werden Methoden aus der Validation, der Reminiszenztherapie und der Psychotherapie kombiniert. Diese Therapieform zielt darauf ab, die Identität und das Selbstwertgefühl der Betroffenen weitgehend zu bewahren, indem das „Selbst“ als System verstanden wird, das sich aufgrund neuer Erfahrungen verändert. Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden, zweifeln oft an ihrem „Selbst“, da Betroffene damit konfrontiert werden, dass aufgrund der Erkrankung alte Gewohnheiten nicht mehr ausgeführt werden können und mit den neuen Gegebenheiten nicht kompatibel sind. In der Selbsterhaltungstherapie kommen Methoden zum Einsatz, welche die Anpassungsfähigkeit fördern. Dabei werden noch vorhandene Sozialkompetenzen und kognitive Fähigkeiten durch Gesprächstechniken, Kunsttherapie, sportliche Aktivitäten, Berührungs- und Erinnerungstherapie, Übungen zu Alltagsfertigkeiten und soziale Übungen trainiert. Bei der Konzeption der Aktivitäten wird auf die vorhandenen Ressourcen zurückgegriffen und nicht auf Defizite fokussiert. Zur erfolgreichen Umsetzung ist es wesentlich, die Pflegenden miteinzubeziehen. In Studien zur Wirksamkeit der Selbsterhaltungstherapie konnte die Verbesserung psychiatrischer Störungen und der Alltagsfunktionen sowie die Reduktion depressiver Stimmungen nachgewiesen werden (Kurz, 2013, S. 98; Romero & Geschke, 2019).

2.3.2.5 Aktivierungstherapie (MAKS-Therapie)

Die Aktivierungstherapie orientiert sich an den Defiziten einer Demenzerkrankung, wie der Reduktion der kognitiven Leistung und den Einschränkungen der Alltagsfähigkeiten. Die Therapie fokussiert daher auf Trainingseinheiten zur Förderung der Motorik (M), der Alltagsfähigkeiten (A), der kognitiven Leistungsfähigkeit und der sozialen Kompetenzen (S). Diese Therapieform wird bei leichter und mittelschwerer Demenz angewendet und ist in modifizierter Form auch bei einer schweren Demenz einsetzbar (Schmidt & Gräßel, 2023). In einer Studie von Gräßel et al. (2011) wurde die Wirksamkeit der MAKS-Therapie untersucht. Diese hat ergeben, dass sich im Zeitraum der Therapie die Gedächtnisleistung nicht weiter verschlechtert hat, die Alltagsfertigkeiten nicht weiter nachgelassen haben, die depressive Stimmung verbessert wurde oder herausforderndes Verhalten reduziert werden konnte (Gräßel et al., 2011).

2.3.3 Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten

Die Probleme, die im Alltag durch Verhaltensauffälligkeiten auftreten, sind vielfältig und individuell unterschiedlich. Zu den Verhaltenssymptomen zählen Unruhe, Angstzustände, Ruhelosigkeit, Agitation oder Aggressivität. Die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren, Psychoedukation und die Unterstützung von Angehörigen und Betreuungspersonen können dazu beitragen, Auslöser für herausforderndes Verhalten zu reduzieren (Kurz, 2013, S. 99; Savaskan, 2018, S. 18).

2.3.3.1 Snoezelen

Snoezelen baut auf einer multisensorischen Stimulation der Sinneseindrücke anhand von Berührungen, Düften, Licht oder Klängen auf, wodurch positive Erinnerungen und Stimmungen erzeugt werden, die bei den Betroffenen Entspannung hervorrufen und die Aufmerksamkeit erhöhen sollen. Snoezelen beruht auf der Annahme, dass unerwünschtes Verhalten und psychotische Störungen oder ein gestörter Tag-Nacht-Rhythmus aufgrund einer „sensorischen Deprivation“ entstehen. Sensorische Deprivation bedeutet, dass sich aufgrund fehlender Sinneseindrücke und Isolation Verhaltensauffälligkeiten entwickeln. Die Therapie wird in speziell ausgestatteten Räumlichkeiten durchgeführt. Einige Studien haben ergeben, dass sich die Therapie positiv auf Depressivität, Aggression, Apathie oder Agitation auswirkt. Angewendet wird diese Therapieform häufig im Stadium der schweren Demenz (Kurz, 2013, S. 99; Savaskan, 2018, S. 20).

2.3.3.2 Aromatherapie

Die Aromatherapie wirkt beruhigend und wird bei mittelschweren und schweren Demenzstadien angewendet. Eingesetzt werden ätherische Öle unterschiedlicher Pflanzen, die über den Geruchssinn aufgenommen werden und über den olfaktorischen Kortex und dem limbischen System Emotionen auslösen. Gute Erfahrungswerte wurden mit Ölen aus Lavendel und Melisse gesammelt. Die Aromatherapie wird mittels Massagen oder basaler Stimulation, Duftapplikationen oder Bädern angewendet. Untersuchungen konnten eine Verbesserung vor allem des agitierten Verhaltens nach einer Therapie von vier Wochen feststellen (Kurz, 2013, S. 99; Savaskan, 2018, S. 20).

2.3.3.3 Musiktherapie

Musikinterventionen erzeugen bei demenzerkrankten Menschen eine emotionale Wirkung, regen das Erinnerungsvermögen und Gedächtnis an und verbessern das Sozialleben. Die Wirkung der Therapie kann in Verbindung mit rhythmischen Bewegungen und Tanzen verstärkt werden. Angewendet wird diese Therapieform sowohl in der Prävention als auch in fortgeschrittenen Demenzstadien. In Studien zur Wirkung von Musiktherapien konnte eine deutliche Reduktion herausfordernder Verhaltensweisen, vorwiegend der Agitiertheit nachgewiesen werden. Zudem hat sich das Wohlbefinden der Studienteilnehmer:innen signifikant verbessert (Kressig, 2017, S. 119f.; Kurz, 2013, S. 99; Savaskan, 2018, S. 19).

2.3.3.4 Tiergestützte Interventionen

Unter tiergestützten Interventionen werden gezielte und strukturierte Maßnahmen zusammengefasst, bei denen Tiere zur therapeutischen Förderung bei sozialen, emotionalen oder motorischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt werden. Gearbeitet wird mit den Tieren in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation (Kahlisch, 2023, S. 24ff.).

Bei Menschen mit einer Demenzerkrankung wird durch den Einsatz der Tiere der Zugang zu deren Gefühlswelt gefördert, es werden Erinnerung hervorgerufen und Verhaltensstörungen positiv beeinflusst. Die Tiere erzeugen Entspannung, fördern die Motivation und wirken aktivierend. Der Einsatz von Hunden in der Therapie eignet sich sehr gut, um soziale Kontakte in der Gruppe zu knüpfen und zur Förderung der Fein- und Grobmotorik. Vögel werden bei Betroffenen mit Kontaktstörungen eingesetzt und Tiere mit Fell haben eine positive Wirkung bei Depressionen. Sie werden zudem im Schmerzmanagement und zur Förderung der Mobilisation oder Motivation eingebunden. Insbesondere Katzen haben in der Therapie eine beruhigende und stresslösende Wirkung. Insgesamt kann das psychische und physische Wohlbefinden gesteigert werden. Vor allem für Besuchsdienste und im Rahmen der tiergestützten Aktivitäten werden auch Nutztiere, wie Ziegen, Schafe, Pferde oder Alpakas eingesetzt. Die Tiere vermitteln Zuneigung, verbessern die Aufmerksamkeit und fördern die Selbständigkeit (Fuchswans, 2007, S. 475f.). Die Streicheleinheiten, die Berührungen und das Beobachten der Tiere erzeugen kameradschaftliche, intime Gefühle und vermitteln eine sichere und beständige Umgebung, wodurch sich das allgemeine Wohlbefinden steigert. Durch die Übernahme von Aufgaben, wie beispielsweise das Versorgen und Füttern der Tiere, können sich an Demenz erkrankte Menschen in ihren noch vorhandenen Fähigkeiten bestärkt fühlen. Die Aufgaben werden als sinnstiftend empfunden. Diese Tätigkeiten und die übertragene Verantwortung geben dem Tagesablauf eine Struktur und erhöhen zusätzlich die kognitive Leistungsfähigkeit, wodurch depressive Stimmungen oder Aggressivität reduziert werden können (www.demenz-hilfe.at, 02.08.2024). Beobachtungsstudien weisen auf eine Verminderung von Unruhezuständen und Verhaltensstörungen hin (Kurz, 2013; S. 100).

2.3.3.5 Körperliche Aktivität

Die meisten Studien zu nichtmedikamentösen Therapien und deren Wirksamkeit bei Demenzerkrankungen wurden zu körperlicher Aktivität durchgeführt. Dabei konnte gezeigt werden, dass durch regelmäßiges physisches Training Verhaltensauffälligkeiten reduziert werden, sich der Schlafrythmus verbessert, das Immunsystem gestärkt wird und die Sturzgefahr durch die verbesserte Beweglichkeit und die gestärkte Muskulatur reduziert wird. Das Bewegungstraining kann in allen Demenzstadien durchgeführt werden. Die Motivation zur Teilnahme hängt jedoch stark von Rahmenbedingungen wie dem Trainingsort, dem Zeitpunkt, der Intensität der Übungen, den Betreuungspersonen sowie sozialer Austauschmöglichkeiten ab (Durwen, 2012, S. 163; Kressig, 2017, S. 119; Savaskan, 2018, S. 19).

2.3.3.6 Gartentherapie

Die Gartentherapie rückt die Natur in den Mittelpunkt, um das Wohlbefinden demenzerkrankter Menschen zu fördern. Durch die regelmäßige Arbeit im Garten können die körperliche Fitness und das Selbstwertgefühl gestärkt sowie der Schlafrythmus verbessert werden. Die Düfte

und Farben regen die Sinneswahrnehmung an und steigern das psychische Wohlbefinden. Die gemeinschaftliche Arbeit im Garten forciert darüber hinaus soziale Interaktionen und wirkt durch die körperliche Aktivität, die Aktivierung der Sinne und das soziale Miteinander appetitanregend. Oftmals werden durch die Eindrücke im Garten alte Erinnerungen geweckt, die sich positiv auf die Stimmung auswirken. Wichtig ist, den Garten so zu konzipieren, dass eine sichere Umgebung geschaffen wird, die sich an die Bedürfnisse der Betroffenen orientiert. Durch die Gartentherapie lassen sich beispielsweise wiederkehrende Ereignisse im Jahreslauf mitverfolgen und erzielte Ergebnisse in der Gemeinschaft begutachten (Neuhauser, 2007, S. 461f.; <https://aurea-pflegevermittlung.de/>, 31.07.2024; www.demenz-hilfe.at, 31.07.2024).

2.3.4 Förderung der Alltagsfunktionen

2.3.4.1 Kognitive Rehabilitation

In der kognitiven Rehabilitation werden unter Einbezug der Pflegepersonen individuelle Bewältigungsstrategien zur Kompensation von Gedächtnisdefiziten und Aufmerksamkeitschwierigkeiten erlernt. Dabei kommen Hilfsmittel wie Notizhefte, Kalender, Listen oder seniorentaugliche Telefone zum Einsatz. Es werden wiederkehrende Routinen, das Aufbewahren von Gegenständen an denselben Orten oder feste Tagesabläufe trainiert. In Studien konnte eine Verbesserung bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens aufgezeigt werden (Kurz, 2013, S. 100).

2.3.4.2 Ergotherapie

Die Ergotherapie zielt auf eine ganzheitliche Behandlung ab und kombiniert unterschiedliche Therapieverfahren zur Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens und dem weitgehenden Erhalt der Selbständigkeit. Im Rahmen der Therapie werden zur Verbesserung der Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Störungen psychisch-funktionelle Interventionen angewendet. Zum Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit werden kognitive Trainings in das Therapieprogramm integriert. Die Sinneseindrücke werden durch sensomotorisch-perzeptive Behandlungsmethoden aktiviert und zum Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit werden motorisch-funktionelle Bewegungsförderungsmaßnahmen angewendet. Analysen haben gezeigt, dass durch eine Anpassung der häuslichen Umgebung im Rahmen der Ergotherapie durch die Kennzeichnung von Gegenständen, Erinnerungsfunktionen oder die Entfernung gefährlicher Utensilien der Pflegeaufwand für betreuende Personen signifikant reduziert werden konnte (Fröschl et al., 2015, S. 16; Kurz, 2013, S.100f.).

2.3.4.3 Physiotherapie

Für die Fortbewegung sind kognitive, sensorische und motorische Prozesse erforderlich, die bei einer Demenzerkrankung nicht vollständig abrufbar und funktionsfähig sind, was bedingt, dass bei an Demenz erkrankten Menschen die Reaktionsfähigkeit reduziert ist, die Muskeln

geschwächt sind und der Gleichgewichtssinn gestört ist. Diese Bedingungen erhöhen die Sturzgefahr erheblich. Durch eine gezielte und individuell abgestimmte Physiotherapie kann die körperliche Fitness maßgeblich positiv beeinflusst werden. Ein regelmäßiges Ausdauer-, Muskel- und Koordinationstraining stärkt die körperliche Leistungsfähigkeit, was sich positiv auf die Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens auswirkt. In aktuellen Forschungen konnte darüber hinaus nachgewiesen werden, dass körperliches Training das Fortschreiten einer Demenzerkrankung verzögern kann (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2016; Kemper & Emicke, 2024, S. 36f.).

2.3.4.4 Ernährung

Im Laufe der Demenzerkrankung kommt es häufig zu Problemen bei der Ernährung und dem Essverhalten, was oftmals zu einer Mangelernährung und Sarkopenie führt. Das Essverhalten stellt für das Betreuungspersonal oder für pflegende Angehörige eine besondere Herausforderung dar. Eine adäquate Essensversorgung und eine fortlaufende Kontrolle des Gewichtes und der Nahrungsaufnahme, sind für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen jedoch wesentliche Voraussetzungen. Die gestörten Ess- und Trinkgewohnheiten bei demenzerkrankten Menschen führen bei rund 20 Prozent der Betroffenen zu einer Gewichtszunahme und bei rund 40 Prozent zu einer ungewollten Gewichtsabnahme. Im Anfangsstadium, wenn an Demenz erkrankte Menschen noch selbständig im Eigenheim wohnen, kommt es häufig zu Schwierigkeiten bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens, wie dem Einkaufen oder Zubereiten von Mahlzeiten, was zu einer Mangelernährung führen kann. Später führen Unruhezustände, motorische Störungen, Probleme beim Schlucken oder die Wirkung von Medikamenten zu einer gestörten Nahrungsaufnahme. Die Mangelernährung führt zu einer Schwächung der Muskulatur, einem Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und führt häufig zu Folgeerkrankungen. Ernährungstherapien zielen darauf ab, den Bedarf an bestimmten Nährstoffen, genügend Nahrung und Flüssigkeit zu gewährleisten und Ursachen, die zu Problemen beim Essen führen, weitgehend zu beseitigen. Das Essverhalten kann durch unterschiedliche Maßnahmen positiv beeinflusst werden. Beispielsweise können die Gestaltung des Umfeldes, das gemeinsame Zubereiten der Speisen, das gemeinschaftliche Decken des Tisches oder das Aktivieren der Sinne mit Farben und Gerüchen den Appetit anregen und einen positiven Beitrag leisten. Regelmäßige Mahlzeiten können auch zu einem strukturierten Tagesablauf und erlernten Gewohnheiten beitragen, welche die soziale Teilhabe stärken und Orientierung bieten. Bei späteren Demenzstadien, bei denen oft Probleme beim Kauen oder Schlucken auftreten, sollte besonders auf eine Aktivierung der Sinne durch geschmacksintensive Speisen und farbliche Akzente geachtet werden. Bei den Mahlzeiten ist es wesentlich, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen und Verhaltensauffälligkeiten zu berücksichtigen. Beispielsweise kann Finger Food angeboten werden, wenn die Motorik bereits eingeschränkt ist

oder bei Unruhezuständen ein Umhergehen beim Essen ermöglicht werden (Sieber et al., 2018).

Bei nichtmedikamentösen Therapien spielen auch die Unterstützung und Entlastung der Angehörigen eine wichtige Rolle. Daher ist es wesentlich, auch für Betreuungspersonen psychoedukative Maßnahmen oder Entlastungsstrategien anzubieten. Durch diese Begleittherapien wird Wissen über Demenzerkrankungen aufgebaut, werden Depressionen und Aggressionen bei Angehörigen abgebaut und Strategien zur Bewältigung der Belastungen erlernt. Aufgrund der Fokussierung in der vorliegenden Arbeit auf die Betroffenen, wird an dieser Stelle nicht näher auf die nichtmedikamentösen Therapien für Betreuende und pflegende Angehörige eingegangen (Kurz, 2013, S. 101f.; Savaskan, 2018, S. 19). Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Anwendung nichtmedikamentöser Maßnahmen nach Schweregrad der Demenz.

Tabelle 2: Nichtmedikamentöse Therapien nach Stadien

Ziel	Therapiemaßnahme	Demenzschweregrad
Verbesserung und Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit	Kognitive Stimulation	leicht - mittelschwer
	Kognitives Training	leicht - mittelschwer
Förderung des psychischen Wohlbefindens	Psychoedukation	leicht
	Reminiszenztherapie	leicht - mittelschwer
	Validation	mittelschwer - schwer
	Selbsterhaltungstherapie	mittelschwer - schwer
	Aktivierungstherapie	leicht - mittelschwer
Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten	Snoezelen	schwer
	Aromatherapie	mittelschwer - schwer
	Musiktherapie	mittelschwer - schwer
	Tiergestützte Interventionen	mittelschwer - schwer
	körperliche Aktivität	leicht - mittelschwer - schwer
	Gartentherapie	leicht - mittelschwer
Förderung der Alltagsfunktionen	Kognitive Rehabilitation	leicht - mittelschwer
	Ergotherapie	leicht - mittelschwer - schwer
	Physiotherapie	leicht - mittelschwer - schwer
	Ernährung	leicht - mittelschwer - schwer

Quelle: In Anlehnung an Kurz (2013, S. 95)

2.4 Versorgungsformen für Menschen mit Demenz

Rund 85 Prozent pflegebedürftiger Personen in Österreich werden zuhause von Angehörigen betreut (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023, S. 45). Zumeist besteht der Wunsch, so lange wie möglich selbstbestimmt zuhause zu leben und von nahestehenden Personen in vertrauter Umgebung betreut zu werden. Vor allem bei demenzerkrankten Menschen ist eine Übersiedelung in eine stationäre Einrichtung häufig von Unsicherheit und Angst begleitet. Da die Pflege von demenzerkrankten Menschen aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen eine große Herausforderung dar-

stellt, sind pflegende Angehörige und Betreuungspersonen oftmals starken Belastungen ausgesetzt. Zur Unterstützung und Entlastung werden unterschiedliche externe Dienste angeboten, die jedoch nur von rund 25 Prozent der Pflegenden beansprucht werden. Neben den mobilen Diensten und der Hauskrankenpflege, den Besuchsdiensten durch Freiwillige, stehen ambulante Einrichtungen, Kurzzeitpflegeangebote oder teilstationäre Betreuungsformen in Form von Tageszentren, Betreuungsgruppen und Nachtpflegeeinrichtungen zur Verfügung. Darüber hinaus werden zur medizinisch-therapeutischen Versorgung gerontopsychiatrische Dienste, Hospizdienste oder die mobile Palliativversorgung angeboten. Wesentlich bei der Versorgung demenzerkrankter Menschen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der Austausch zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen. Pflegende Angehörige finden in Gesprächs- und Selbsthilfegruppen Entlastung und Unterstützung. Die genannten Dienste stehen in Österreich jedoch nicht flächendeckend zur Verfügung und die professionelle Betreuung von demenzerkrankten Menschen stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar (Harm & Hoschek 2015, S. 56ff.; Rieder et al., 2020, S. 33; Schneider & Deufert, 2015, S. 70). Mit dem Schweregrad der Erkrankung steigt der Unterstützungs- und Pflegebedarf, der zumeist in den letzten Demenzstadien von den Angehörigen im häuslichen Umfeld nicht mehr erbracht werden kann und eine stationäre Versorgung notwendig macht. Viele stationäre Einrichtungen sind aufgrund unflexibler Tagesstrukturen nicht auf die speziellen Bedürfnisse demenzerkrankter Menschen ausgerichtet und erschweren die Pflege. In der nachfolgenden Abbildung 4 werden die Unterscheidungsmerkmale herkömmlicher und spezieller Pflegeeinrichtungen gegenübergestellt.

Abbildung 4: Unterschiede in der Betreuung demenzerkrankter Menschen



Quelle: In Anlehnung an Gatterer & Croy (2020, S. 178)

Auch wenn in Österreich bereits in allen Bundesländern Versorgungseinrichtungen mit speziellen Demenzstationen und Betreuungsangeboten implementiert wurden, wird der Betreuungsbedarf demenzerkrankter Menschen nach wie vor nicht gedeckt (Rieder et al., 2020, S. 33; Schneider & Deufert, 2015, S. 70f.). Aufgrund des steigenden Bedarfs und den speziellen Bedürfnissen ist dennoch ein Umdenken in der Pflege und Versorgung demenzerkrankter Menschen nötig. Daher orientieren sich österreichische Modelle vermehrt an den „Special Care Units“, die in Schweden, den Niederlanden, Frankreich oder Großbritannien bereits erprobt wurden. Dabei handelt es sich um spezielle Demenzstationen, Wohnformen und Hausgemeinschaften, die auf die Bedürfnisse demenzerkrankter Menschen ausgerichtet sind und in den 1980-iger Jahren entwickelt wurden. Diese Pflegeeinrichtungen nutzen die verbliebenen Ressourcen der Betroffenen und wahren nach Möglichkeit deren Autonomie und Selbstständigkeit. Es wird eine Umgebung geschaffen, die sich an den biografischen und vertrauten Lebenswelten der erkrankten Menschen orientieren, was Stabilität vermittelt und Ängste reduziert. Wohngruppen weisen familienähnliche Strukturen auf und ermöglichen den Bewohner:innen, das Leben in der Gruppe trotz der Einschränkungen gemeinsam zu gestalten. Diese Wohnform bietet sich aufgrund der sozialen Strukturen speziell für die Erstaufnahme in eine Pflegeinstitution für alleinstehende Personen an (Gatterer & Croy, 2020, S. 180; Schneider & Deufert, 2015, S. 71f.). Die Einrichtungen mit Demenzschwerpunkt ziehen häufig das Retrogenesemodell von Reisberg heran, welches sich an den Stadien der Erkrankung und dem damit verbundenen stufenweisen Nachlassen der Fähigkeiten und der Rückentwicklung vom Erwachsenen zum Kleinkind orientiert (Gatterer & Croy, 2020, S. 178). Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz eignen sich spezielle Betreuungs- und Pflegegruppen, in denen versucht wird, die durch die Krankheit ausgelösten Verhaltensstörungen durch nichtmedikamentöse Interventionen und architektonische Maßnahmen einzudämmen. Da Regeln und Normen für die Bewohner:innen an Bedeutung verlieren, wird auf einen möglichst konfliktfreien wertschätzenden Umgang Bedacht genommen und mithilfe der Validation oder basaler Stimulation mit den Betroffenen kommuniziert. Darüber hinaus werden sogenannte „Pflegeoasen“ bei schwerer Demenz angeboten. Entstanden sind Pflegeoasen für demenzerkrankte Menschen aufgrund von Beobachtungen, die nahelegen, dass Betroffene im fortgeschrittenen Demenzstadium soziale Kontakte suchen und nicht gerne allein sind. Die Räumlichkeiten mit rund 100 Quadratmetern bieten für etwa sieben Personen einen Lebensraum, der Gemeinschaft und Geborgenheit vermittelt, was sich gemäß dem Retrogenesemodell nach Reisberg auf das kindhafte Verhalten in späteren Demenzstadien positiv auswirkt. Es werden Licht- und Farbelemente verwendet, um je nach Bedarf eine stimulierende oder beruhigende Wirkung zu erzeugen (Gatterer & Croy, 2020, S. 180f.). In Deutschland und den Niederlanden wurden „Demenzdörfer“ etabliert, die als Wohnviertel für demenzerkrankte Menschen konzipiert sind,

bei denen psychosoziale Faktoren im Vordergrund stehen. Die Bewohner:innen leben in Gruppen in einer realitätsnahen Umgebung, die Restaurant- und Kaffeehausbesuche, Spaziergänge in Gärten und Parks oder Einkaufsmöglichkeiten bietet. Die ursprüngliche Idee stammt aus den Niederlanden, wo das Demenzdorf „De Hogeweyk“ für 150 Bewohner:innen entwickelt wurde. Kritiker:innen sehen Demenzdörfer aufgrund der Einzäunung als freiheitsberaubende, sozial isolierte Einrichtungen. Erfahrungsberichte aus den Demenzdörfern haben jedoch gezeigt, dass Bewohner:innen weniger oft an Unruhezuständen oder Depressionen leiden als Betroffene in traditionellen Pflegeeinrichtungen. Evidenzbasierte wissenschaftliche Ergebnisse zur Wirksamkeit von Demenzdörfern fehlen bis dato. Aktuell werden in einigen Demenzdörfern wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt, wie beispielsweise im „Village Landais Alzheimer“ in Südfrankreich durch die Universität Bordeaux oder im Demenzdorf „Il Paese Ritrovato“ in Italien durch die Universität Mailand (Gatterer & Croy, 2020, S. 182; Kirstein et al., 2021, S. 54ff.; <https://demenz-portal.at>, 11.08.2024). Eine weitere Versorgungsform für Menschen mit Demenz stellt im Rahmen des „Green Care Farming“ die Betreuung demenzerkrankter Menschen auf Bauernhöfen dar, die im folgenden Kapitel 3 erläutert wird (Gräske et al., 2018, S. 14).

3 Green Care Farming als Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz

Bei der Betreuung demenzerkrankter Menschen handelt es sich nicht ausschließlich um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, sondern um eine gesellschaftliche Grundhaltung, die einige Bedingungen bei der Pflege voraussetzt. Zur Wahrung der Identität der Betroffenen ist die Anwendung eines personenzentrierten Pflegeansatzes zu verfolgen, dabei steht die zu betreuende Person im Mittelpunkt. Eine weitere Prämisse ist die Beibehaltung der Autonomie und Förderung der Selbständigkeit trotz der mit der Krankheit verbundenen Funktionseinschränkungen. Nicht zuletzt wird empfohlen, demenzfreundliche Umgebungen zu schaffen, die eine Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen (Kricheldorf & Aner, 2021, S. 633f.).

3.1 Das Konzept des Green Care Farming

Das Konzept des Green Care Farming wurde in den Niederlanden und in Norwegen aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen und dem Bedarf neuer Konzepte sowohl in der Landwirtschaft als auch in der Langzeitpflege bereits in den 1990-iger Jahren etabliert. Ursprünglich dienten die Bauernhöfe als betreute Arbeitsstätten für Personen mit psychischen Störungen und Lernschwächen und wurden nach und nach für weitere Zielgruppen ausgerichtet. Auch die wirtschaftliche Ausrichtung ist sehr heterogen. Bei allen Konzepten wird ein Teil der kommerziellen Landwirtschaft gewidmet und der andere Teil mit pädagogischen sowie sozialen Elementen kombiniert. Dabei kann der Schwerpunkt auf der landwirtschaftlichen oder pflegerischen Komponente liegen, bei der eine der Komponenten nur maximal 25 Prozent ausmacht oder Pflege und Landwirtschaft werden in einem ausgewogenen Verhältnis betrieben. Für demenzerkrankte Menschen wurde mit dem Green Care Farming ein innovatives naturnahes Versorgungskonzept entwickelt, das landwirtschaftliche Aktivitäten mit der Gesundheitsförderung und Pflege vereint. Dabei werden die an Demenz erkrankten Menschen in den Mittelpunkt gerückt und im Fokus stehen deren psychosoziale Bedürfnisse (de Bruin et al., 2020, S. 11ff.; Gräske et al., 2018, S. 14f.). Das Besondere an den Bauernhöfen als Versorgungseinrichtung ist, dass sie eine große Anzahl an gesundheitsfördernden Bedingungen bieten, wie beispielsweise großzügige Außenbereiche mit Grünflächen, Gärten oder Wäldern, Tierhaltung, Pflanzen sowie heimelige und alltagsnahe Umgebungen, die sich positiv auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der erkrankten Menschen auswirken (de Bruin et al., 2020, S. 13f.; Gräske et al., 2018, S. 15).

In den Niederlanden werden heutzutage über 1.000 Green Care Bauernhöfe betrieben, von denen rund 250 für Menschen mit einer Demenzerkrankung zur Verfügung stehen. In Norwegen wurde im Jahr 2012 ein Zertifizierungssystem zur Qualitätssicherung eingeführt, bei dem von etwa 1.100 Pflegebauernhöfen rund 400 Betriebe registriert sind. Zertifizierte Bauernhöfe erhalten das Gütesiegel „Inn pa tunet“. In Deutschland existieren schätzungsweise 160 Bauernhöfe, die eine Form des Green Care Farming Konzeptes anbieten. (de Bruin et al., 2020, S. 11ff.; Gräske et al., 2018, S. 14f.; <https://inn-pa-tunet.no/>, 12.08.2024). In einer Studie von Gräske et al. (2020) wurden 34 Bauernhöfe identifiziert, die in Deutschland ein Angebot für die Versorgung von Menschen mit Demenz bieten.

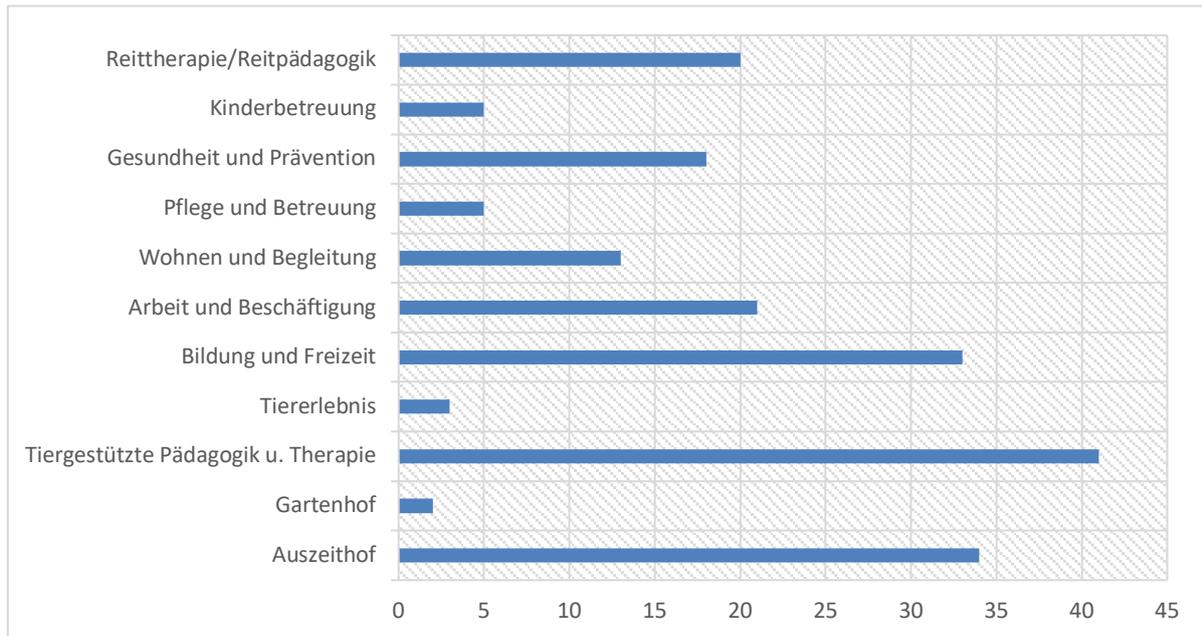
Auch in Österreich ist die Landwirtschaft von strukturellen Veränderungen, wie dem rückläufigen Anteil an Beschäftigten, der gemessen an der gesamten Volkswirtschaft nur 2,9 Prozent ausmacht oder einem veränderten Produktportfolio gekennzeichnet. Eine Möglichkeit die geringe Arbeitsauslastung in der Landwirtschaft zu kompensieren, besteht in der Diversifizierung der Leistungen oder Produkte und die Ausweitung des Arbeitseinsatzes auf weitere Bereiche. Beispiele dafür sind die direkte Vermarktung von Produkten, das Betreiben von Buschenschänken oder Urlaube auf dem Bauernhof sowie das neu etablierte Konzept des Green Care Farming, das die Einbindung sozialer Dienstleistungen auf dem Bauernhof vorsieht. Insgesamt wurde eine Steigerung der Erlöse von 5,6 Prozent auf 6,2 Prozent im Jahr 2020 in diesem Segment verzeichnet. Darüber hinaus wird das Nachfragepotenzial für Green Care-Betriebe aufgrund der demographischen Entwicklung und der Zunahme an älteren Personen im Bereich der Pflege und Betreuung vor allem in ländlichen Regionen hoch eingeschätzt. Für die Regionalentwicklung ergeben sich durch das Green Care Farming mehrere Vorteile. Einerseits kann die Versorgung älterer Menschen in ländlichen Gebieten ausgebaut werden und andererseits bieten Green Care-Betriebe neue Arbeitsplätze, wodurch die Abwanderung potenzieller Arbeitskräfte in ländlichen Regionen reduziert werden kann (Famira-Mühlberger et al., 2021, S. 1ff.). Aus diesem Anlass wurde auch in Österreich das Projekt „Green Care – Wo Menschen aufblühen“ im Förderprogramm ELER (Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums) mit dem Ziel, das Green Care Konzept in der Landwirtschaft zu etablieren, eingereicht und umgesetzt. 2014 wurde die Netzwerk- und Interessenspartnerschaft „ARGE Green Care Österreich“ mit Partner:innen aus dem Agrar-, Bildungs-, Gesundheit-, Sozial- und Wirtschaftssektor eingerichtet und hat die Aufgabe, das Konzept politisch zu positionieren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu forcieren. Im Folgejahr 2015 wurde der Verein „Green Care Österreich“ gegründet, dem die österreichischen Landwirtschaftskammern angehören und der interessierte Landwirt:innen, Sozialversicherungsträger oder Kommunen gemeinsam mit der Green Entwicklungs- und Beratungs-GmbH, gegründet 2023, bei der Umsetzung von Green Care Angeboten unterstützt. Zur Implementierung

des Green Care Projektes wurden vier Schwerpunkte gesetzt (Green Care Österreich, 2019, S. 4ff.):

- **Der Bauernhof als Arbeitsort:** Bauernhöfe fungieren in diesem Bereich als soziale Arbeitsorte für Menschen mit Einschränkungen oder für erwerbslose Menschen und bieten die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sowie sinnstiftende Beschäftigungsmöglichkeiten, die das Selbstbewusstsein und die soziale Integration fördern.
- **Der Bauernhof als Bildungsort:** Diese Bauernhöfe kombinieren Betreuungsangebote vorwiegend für Kinder mit pädagogischen Elementen und liefern den Bezug zur Natur durch landwirtschaftliche Komponenten.
- **Der Bauernhof als Gesundheitsort:** Bauernhöfe, die sich auf die Gesundheitsförderung oder Rehabilitation spezialisieren, werden als „Green Care Auszeithof“ geführt. Dabei werden Menschen mit physischen und psychischen Störungen durch therapeutische Maßnahmen, wie tiergestützte Therapien oder Gartentherapien unterstützt.
- **Der Bauernhof als Lebensort:** Der Fokus auf diesen Bauernhöfen liegt in der Pflege und Betreuung älterer Menschen. Die Höfe bieten ein familiennahes Umfeld in der Natur, in dem ältere Menschen mit Einschränkungen in eine Tagesstruktur integriert und durch landwirtschaftliche Aktivitäten zur Mitarbeit animiert werden. Angeboten werden sowohl stundenweise Betreuung, Wohngemeinschaften, Tageszentren als auch Wohnheime. Ab dem Jahr 2022 wird darüber hinaus die stundenweise Betreuung älterer Menschen auf dem Bauernhof, die als „Hofzeit“ (davor Demenzhof) bezeichnet wird, angeboten. Für teilnehmende Landwirtschaftsbetriebe steht zum Kompetenzerwerb, der vom Sozialministerium eingeführte Lehrgang „Senior:innenbetreuung“, der von Pflegeexpert:innen durchgeführt wird, zur Verfügung. Das Angebot der „Hofzeit“ soll eine Entlastung für pflegende Angehörige bieten und die Selbstständigkeit älterer Menschen durch gesundheitsfördernde Aktivitäten fördern. Das Angebot umfasst eine begleitete Betreuung in Kleingruppen für Personen mit oder ohne demenzieller Erkrankung. (Green Care Österreich, 2022, S. 9; Green Care Österreich, 2021, S. 9; Green Care Österreich, 2019, S. 4; Green Care Österreich, 2015, S. 1f.)

In Abbildung 5 ist ersichtlich, auf welche Bereiche sich die Green Care Angebote im Jahr 2022 verteilen. Der Bereich der Pflege und Betreuung ist mit 5 Angeboten gegenüber der tiergestützten Pädagogik und Therapie, dem Auszeithof und der Angebote im Bildungs- und Freizeitbereich unterrepräsentiert. Das könnte auf die Einhaltung gesetzlicher Rahmenbedingungen und den umfassenden Qualitätsstandards in der Pflege zurückzuführen sein.

Abbildung 5: Green Care Angebote 2022



Quelle: eigene Darstellung nach Green Care Österreich (2022, S. 8)

In Österreich standen im Jahr 2022 195 Versorgungsangebote in 114 Green Care-Betrieben zur Verfügung, davon wurden 83 Betriebe nach dem Green Care Label – „Wo Menschen aufblühen“ zertifiziert. Im Jahr 2023 wurden bereits 111 zertifizierte Green Care-Betriebe registriert (Green Care Österreich, 2023, S. 3; Green Care Österreich, 2022, S. 8). Wesentlich für ein qualitativ hochwertiges und rechtskonformes Angebot sind die Qualifizierung der Betreiber:innen sowie die Zertifizierung der Betriebe. Häufig werden die Leistungen in Kooperation mit Sozialträgern oder Institutionen angeboten. Landwirt:innen verfügen jedoch oftmals auch über pädagogische, pflegerische, therapeutische oder soziale Ausbildungen und haben zusätzlich die Möglichkeit, Qualifizierungsmaßnahmen über Green Care Österreich zu absolvieren (www.greencare-oe.at, 21.08.2024). Interessierte Betriebe werden von Green Care Österreich bei der Entwicklung des Betriebes und der externen Zertifizierung individuell beraten und unterstützt. Die Zertifizierung ist nicht verpflichtend und beinhaltet die Einhaltung definierter Qualitätsstandards bei der Durchführung der therapeutischen, pädagogischen und sozialen Dienstleistungen, aber auch beim Einsatz der Tiere. Die Zertifizierung ist vier Jahre gültig und wird extern durch die Zertifizierungsstelle SystemCERT vergeben. Werden tiergestützte Interventionen angeboten, erfolgt darüber hinaus eine Nutztierprüfung. Eine Zertifizierung kann für die Angebotsbereiche Bildung und Freizeit, Gesundheit und Auszeit, tiergestützte Intervention oder Aktivität, Kinderbetreuung, Betreuung und Pflege sowie Arbeit und Beschäftigung beantragt werden. Die Re-Zertifizierung erfolgt nach vier Jahren (Green Care Österreich, 2019, S. 5f; www.greencare-oe.at, 22.08.2024).

3.2 Versorgungsformen auf Bauernhöfen für Menschen mit Demenz

Auf den Bauernhöfen werden unterschiedliche Versorgungsformen für Menschen mit Demenz angeboten. Einige landwirtschaftliche Betriebe bieten eine 24-Stunden Betreuung mit ähnlichen Strukturen wie in der Langzeitpflege, andere setzen den Schwerpunkt auf betreute Wohneinheiten, Kurzzeitpflege, Tageszentren oder Urlaubsangebote für demenzerkrankte Menschen (Gräske et al, 2020, S. 25; Gräske et al, 2018, S. 15). De Boer et al. (2017) haben in einer Studie die Qualitätsunterschiede in der Pflege und der Lebensqualität der Bewohner:innen in unterschiedlichen Pflegesettings untersucht. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Qualität der Pflege auf Green Care-Bauernhöfen vergleichbar ist mit jener von traditionellen Pflegeheimen und kleineren Wohngemeinschaften. Die Arbeitsstunden des Pflegepersonals für die Betreuung der Bewohner:innen sowie die Dokumentation waren in den untersuchten Einrichtungen vergleichbar. Die Studie hat auch ergeben, dass die Lebensqualität der Bewohner:innen auf Green Care-Bauernhöfen höher eingestuft wurde als in traditionellen Pflegeeinrichtungen, was wahrscheinlich auf den abwechslungsreicheren Alltag auf den Bauernhöfen zurückgeführt werden kann. Dort werden Bewohner:innen häufiger in Alltagstätigkeiten integriert und sie haben mehr soziale Kontakte. Beide Faktoren können die Lebensqualität von demenzerkrankten Menschen positiv beeinflussen. Durch den personenzentrierten Ansatz auf den Bauernhöfen werden die noch vorhandenen Ressourcen der erkrankten Menschen genutzt und den Bewohner:innen werden individuelle Aktivitäten zugeteilt, die auf natürliche Weise in den Tagesablauf integriert werden. Diese Tätigkeiten umfassen das Ausmisten der Ställe, die Verpflegung der Tiere, das Sammeln von Eiern, Gartenarbeit oder gemeinsames Zubereiten von Speisen sowie andere landwirtschaftliche Tätigkeiten. Zudem tragen die naturnahe Umgebung und die Möglichkeit den Außenbereich, Gärten oder Stallungen zu besuchen positiv zur Lebensqualität demenzerkrankter Menschen bei. Die Versorgungsform auf dem Bauernhof ermöglicht zudem eine „umgekehrte Inklusion“, was bedeutet, dass auch Personen, die den Hof besuchen, wie beispielsweise Schulklassen, Tierärzt:innen, Lieferant:innen oder Gäste durch gemeinsame Interaktionen, Gespräche oder zufällige Begegnungen in die Versorgung eingebunden werden (de Boer et al., 2017, S. 6ff.; Gräske et al., 2018, S. 14).

Studien haben gezeigt, dass die Aktivitäten auf dem Bauernhof, die in den Alltag integriert werden, bei Bewohner:innen ein Gefühl der Verantwortung und Zugehörigkeit auslösen. Zudem wird das Selbstwertgefühl gestärkt, da die erkrankten Menschen sich nicht lediglich als Pflegeempfänger:innen verstehen, sondern durch ihre bedeutungsvolle Tätigkeit etwas an die Gemeinschaft zurückgeben können. Die Arbeiten motivieren die Bewohner:innen körperlich und geistig aktiv zu bleiben, was sich positiv auf deren Gesundheit auswirkt (Buist et al., 2018, S. 5; Gräske et al., 2020, S. 26). Der Anbau von Obst und Gemüse sowie die Verarbeitung und Zubereitung der geernteten Lebensmittel stimuliert unterschiedliche Sinnesorgane,

wodurch die Bewohner:innen mehr Appetit entwickeln. Zwar wird in einer Studie von de Boer et al. (2017) aufgezeigt, dass Bewohner:innen auf Bauernhöfen mit 18 Prozent gegenüber 10 Prozent häufiger von Stürzen betroffen sind als Bewohner:innen in traditionellen Pflegeeinrichtungen. Demenzerkrankte Menschen auf Bauernhöfen sind jedoch körperlich aktiver und öfter in Haushaltsaktivitäten involviert. Generell wird die Lebensqualität aufgrund der sinnstiftenden Tätigkeiten auf Bauernhöfen höher eingeschätzt als in traditionellen Einrichtungen (Gräske et al., 2020, S. 26). Weitere Studien, in denen die Wirkung von Natur, Wäldern oder Gärten untersucht wurden, haben ergeben, dass der Kontakt mit der Natur Identität stiftet, ein Gefühl der Autonomie vermittelt, Agitation reduziert sowie die Stimmung und den Schlafrhythmus verbessern (de Bruin et al., 2020, S. 12). In niederländischen und norwegischen Studien wurden die Vorteile von Pflegebauernhöfen untersucht und die Analysen haben ergeben, dass sich die Bewohner:innen aufgrund der Tätigkeiten, die sie verrichten, wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen. Sie sehen sich als Freiwillige oder Angestellte, die trotz ihrer Erkrankung einen wertvollen Beitrag in der Gesellschaft leisten. Durch die Betreuung auf den Bauernhöfen und die soziale Teilhabe erfahren Betroffene und deren Angehörige weniger Stigmatisierung (de Bruin et al., 2020, S. 14).

Zumeist stehen die Angebote auf den Bauernhöfen für Menschen mit leichter oder mittelschwerer Demenz zur Verfügung. In den Niederlanden hat sich gezeigt, dass Tageszentren für demenzerkrankte Menschen vorwiegend von Männern, die zwischen 71 und 85 Jahre alt sind, besucht werden. In Norwegen hingegen wurden keine altersbedingten oder geschlechterspezifischen Unterschiede identifiziert (de Bruin et al., 2020, S. 14). In Deutschland hat die von Gräske et al. (2020) durchgeführte Erhebung ergeben, dass die Klient:innen zumeist weiblich und im Durchschnitt 80 Jahre alt sind. Von den befragten Bauernhöfen in Deutschland bieten die meisten ein niederschwelliges Betreuungsangebot an, gefolgt von einer stationären Betreuung. Oftmals werden im Rahmen einer integrierten Versorgung sowohl an Demenz erkrankte Menschen in allen Demenzstadien als auch Menschen ohne Demenzerkrankung gemeinsam versorgt. Mit der Befragung wurden auch Gründe für die Nichtaufnahme von Klient:innen erhoben, dabei wurden eingeschränkte Mobilität und Eigenständigkeit sowie gefährdendes Verhalten oder Suchtverhalten als Ausschlusskriterien genannt (Gräske et al., 2020, S. 28f.).

In Österreich wurden die nachfolgenden fünf Betriebe gefunden, die im Rahmen von „Green Care – Wo Menschen aufblühen“ ein Angebot für demenzerkrankte Menschen bieten. Auf den Bauernhöfen werden Menschen betreut, die eine Pflegestufe zwischen 1 und 4 aufweisen (www.greencare-oe.at, 23.08.2024).

Alpakapoint Pointner

Der Alpakapoint in Oberösterreich bietet ein Tageszentrum für Senior:innen mit speziellen Bedürfnissen. Die Tagesstätte wird in Zusammenarbeit mit einem Sozialträger geführt. Der gesamte Hof befindet sich auf 38 Hektar Land, davon werden 150 m² für das Tageszentrum, ausgestattet mit einem Gemeinschaftsraum, Ruheraum, Sanitäranlagen und einer Küche, bereitgestellt. Die Räumlichkeiten sind barrierefrei und bieten den direkten Sichtkontakt mit dem Außenbereich und den Tieren. Des Weiteren umfasst das Tageszentrum eine Terrasse sowie einen Sinnesgarten speziell für demenzerkrankte Menschen, der durch Sträucher begrenzt ist oder Hochbeete, die auch mit einem Rollstuhl genutzt werden können. Gefördert werden die Bewegung und das Gedächtnis sowie die Motorik durch Bewegung in der Natur oder die Gartenarbeit. Darüber hinaus wird gemeinsam gekocht und gegessen und die Tagesgäste haben Kontakt mit den Tieren (Alpakas, Kaninchen, Ochsen, Ziegen), aber auch mit anderen Besucher:innen. Die Betreiberin ist seit 20 Jahren als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) tätig und leitet gemeinsam mit zwei weiteren Betreuer:innen das Tageszentrum (www.alpakapoint.at, 26.08.2024).

Sonnenplutzerl

Das Sonnenplutzerl Maria Roggendorf in Niederösterreich bietet auf rund 90 Hektar Landwirtschaft mit Ackerbau ein Tageszentrum für 14 Tagesgäste mit Pflegestufe 1 - 4 und eine Senior:innen Hausgemeinschaft mit 9 Einzelzimmern für Personen mit keiner oder einer niedrigen Pflegestufe. Im Tageszentrum werden aktivierende Tätigkeiten, wie gemeinsames Zubereiten von Mahlzeiten, gemeinsame Ausflüge oder das Trainieren von Fertigkeiten durch die Interaktion mit den Tieren und der Natur geboten. Die Senior:innen-Wohngemeinschaft ist für Personen ausgerichtet, die noch wenig Betreuung benötigen, jedoch in ihrem Tagesablauf mit unterschiedlichen externen und internen Leistungen unterstützt werden. Die Betreiberin der beiden Einrichtungen ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) und wird von zwei Heimhelferinnen unterstützt (<http://greencaremariaroggendorf.at>, 26.08.2024).

Rabingerhof

Der Rabingerhof ist ein Biobauernhof in Kärnten mit Mutterkuhhaltung, Direktvermarktung, 30 Hektar Forstwirtschaft, 40 Hektar Grünland und Ackerland, der neben der Landwirtschaft einen alternativen Lebensraum für maximal 6 Personen mit Pflegestufe 0 - 3 bietet. Im Vordergrund steht der Erhalt oder das Wiedererlangen von Fähigkeiten durch das Angebot einer geregelten Tagesstruktur und einer fachspezifischen stationären Versorgung, bei der die Bewohner:innen in den familiären Alltag integriert werden. Dies beinhaltet Arbeiten im Garten, im Stall oder im Haushalt, die Versorgung der Tiere, gemeinsames Musizieren, geführte Ausflüge und Ein-

käufe. Darüber hinaus werden Massagen und andere Angebote organisiert. Für das Musizieren steht eine Musiktherapeutin zur Verfügung und die stationäre Betreuung ist eine vom Kärntner Heimgesetz bewilligte Pflege- und Betreuungsleistung. Die Hofbesitzerin verfügt über eine langjährige Erfahrung in der Pflege und wird von zwei Pflegerinnen sowie an den Wochenenden von einer Heimhelferin und alle zwei Wochen von einer DGKP für die Medikamentenvergabe unterstützt. Zudem wird die Möglichkeit der Physiotherapie durch eine externe Kooperation organisiert. Das Wohl der Bewohner:innen wird darüber hinaus durch die Verpflegung mit Biolebensmitteln gefördert (www.rabingerhof.at, 26.08.2024).

Hof Granitzer

Ein weiterer Bauernhof in Kärnten, der im Rahmen des vom Land Kärnten geförderten Projektes „Alternativer Lebensraum“ eine Einrichtung zur Langzeitbetreuung und -pflege für 5 ältere Personen mit Pflegestufe 0 - 3 bietet, ist der Hof Granitzer. Der Hof wird im Nebenerwerb bewirtschaftet, verfügt über 12 Hektar Grünland und Wiesen sowie über 13 Kühe und 3 Pferde. Die Einrichtung wurde ebenfalls gemäß dem Kärntner Heimgesetz bewilligt. Bewohner:innen haben die Möglichkeit, sich an den Arbeiten am Hof zu beteiligen, im Garten mitzuwirken oder ihre eigenen Haustiere mitzubringen. Sie entscheiden selbst über die ärztliche Betreuung. Die Hofbesitzerin ist ebenfalls eine ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP), die von weiteren 3 Personen bei der Betreuung der Bewohner:innen unterstützt wird (www.greencare-oe.at, 26.08.2024).

Gipflerhof

Auch der Gipflerhof ist ein Bauernhof, der im Rahmen des Kärntner Projektes „Alternativer Lebensraum“ ein nach dem Heimgesetz bewilligtes Pflege- und Betreuungsangebot in familiärer Umgebung für 3 ältere Menschen mit Pflegestufe 0 - 3 bietet. Auf dem Biobauernhof, der 14 Hektar Grünland und 15,5 Hektar Forstlandschaft besitzt, befinden sich 55 Milchziegen, 2 Pferde, Hunde, Katzen und Hasen. Die Landwirt:innen verfügen über eine Ausbildung in der Pflege und Altenarbeit, womit die Betreuung auf dem Hof gewährleistet wird. Den Bewohner:innen wird ermöglicht, am Hofleben aktiv teilzunehmen und bei der Versorgung der Tiere, der Gartenarbeit oder bei der Zubereitung der Mahlzeiten zu helfen. Ziel der Versorgung ist, durch die aktive Beteiligung am Hof und in der naturnahen Umgebung vorhandene Fertigkeiten zu fördern und verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen (www.greencare-oe.at, 26.08.2024).

3.3 Das Leben auf dem Bauernhof und dessen nichtmedikamentöse therapeutische Potenziale

Auf den Bauernhöfen werden die therapeutische Aktivierung und Versorgung der an Demenz erkrankten Menschen auf natürliche Weise in den Tagesablauf integriert. Durch die vielfältigen

Tätigkeiten auf den Bauernhöfen, kann auf die individuellen Ressourcen der an Demenz erkrankten Menschen eingegangen werden und es können personenzentrierte Aktivitäten angeboten werden. Oftmals werden freiwillige Helfer hinzugezogen, um auf die individuellen Bedürfnisse flexibler eingehen zu können. (Gräske et al., 2018, S. 14; Ibsen et al., 2018, S. 353f.). Eine Studie von Ibsen et al. (2018) in Norwegen hat ergeben, dass die Tagesgäste auf den Bauernhöfen zwischen einer bis zu vier Stunden in der Natur und den Außenbereichen des Hofes verbringen. Als häufigste Aktivitäten wurden Spaziergänge in der Umgebung und soziale Interaktionen in den Innenräumen genannt, wobei die Indoor-Aktivitäten oftmals mit der Zubereitung von Mahlzeiten, gefolgt von gemeinsam musizieren, spielen oder handarbeiten in Zusammenhang stehen. Auf 90 Prozent der Höfe wird die Mitarbeit im Garten und das Pflanzen oder Ernten von Obst und Gemüse angeboten und 87 Prozent ermöglichen die Interaktion mit Tieren, von der bloßen Beobachtung bis hin zur Zubereitung des Futters und das Füttern der Tiere (Ibsen et al., 2018, S. 353).

In einer weiteren Studie von Ellingsen-Dalskau et al. (2020), in der die Betreuung auf Green Care-Bauernhöfen mit traditionellen Tageszentren verglichen wurde, konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Tagesgäste auf den Bauernhöfen körperlich aktiver sind, mehr Zeit in der Natur verbringen, mehr soziale Kontakte pflegen und eine positivere Stimmung aufweisen. Dies ist wiederum darauf zurückzuführen, dass sich die an Demenz erkrankten Menschen bei der Verrichtung bekannter, sinnstiftender Aktivitäten zugehörig und wertgeschätzt fühlen und die Aktivitäten in der naturnahen, familiären Umgebung positiv zur körperlichen Fitness, Entspannung und dem psychischem Wohlbefinden beitragen.

In einer Studie von Ibsen & Eriksen (2020a), bei der an Demenz erkrankte Menschen über ihre Erfahrungen auf Green Care-Bauernhöfen berichten, wurden bei der Analyse der Ergebnisse Rückschlüsse zur Theorie der „Salutogenese“ gezogen, die darauf basiert, zu erklären, wie Gesundheit entsteht und im Laufe eines Lebens gefördert werden kann. Dabei spielen die Komponenten der Sinnhaftigkeit, Bewältigbarkeit und Verständlichkeit eine wesentliche Rolle. Zurückführend auf die Befragung wurde daher postuliert, dass an Demenz erkrankte Menschen es als sinnvoll empfinden, mit Gleichgesinnten Zeit zu verbringen, was Zugehörigkeit und Akzeptanz verleiht, nachdem sie sich im eigenen häuslichen Umfeld aufgrund der Erkrankung oftmals nicht verstanden und wertgeschätzt fühlen. Analysen zeigen, dass Tagesgäste in traditionellen Einrichtungen oft eine passive Haltung einnehmen. Auf Green Care-Bauernhöfen übernehmen die an Demenz erkrankten Menschen eine bedeutungsvolle Rolle, indem sie aktiv im Tagesgeschehen eingebunden werden und erfahren dadurch Sinnhaftigkeit, was zu positiven Emotionen und Motivation führt. Durch den personenzentrierten Ansatz und den Fokus auf verbliebene Ressourcen, machen die an Demenz erkrankten Menschen die positive

Erfahrung, dass sie die ihnen zugeteilten Aufgaben bewältigen können, was gemäß der Theorie der Salutogenese bedeutet, dass Menschen Einfluss auf ihre Situation und Umgebung haben, was die Autonomie und das Gefühl der Anerkennung fördert (Ibsen & Eriksen, 2020a, S. 15f.). Nachfolgend werden die einzelnen nichtmedikamentösen therapeutischen Potenziale näher beschrieben.

3.3.1 Bewegung und körperliche Aktivität

In Kapitel 2.3.3.5 wurde die positive Wirkung von regelmäßiger körperlicher Betätigung auf das Verhalten, den Schlafrhythmus, das Immunsystem und die Beweglichkeit erläutert. Die Motivation, der an Demenz erkrankten Menschen zur physischen Aktivität, hängt jedoch stark von den Rahmenbedingungen ab (Kressig, 2017, S. 119; Savaskan, 2018, S. 19). In Studien, in denen die körperliche Aktivität in Tageszentren für demenzerkrankte Menschen auf Bauernhöfen und in traditionellen Einrichtungen untersucht wurde, konnte gezeigt werden, dass Bauernhöfe optimale Voraussetzungen und Bedingungen für die Förderung körperlicher Aktivität mit sich bringen, da die landwirtschaftlichen Betriebe zumeist über mehrere Gebäude, Stallungen, unterschiedliche Außenbereiche, wie Grünflächen, landwirtschaftliche Nutzflächen oder Wälder verfügen, die von den Tagesgästen genutzt werden können. Zudem sind die Tagesgäste auf Bauernhöfen im Gegensatz zu konventionellen Tageszentren häufiger in Aktivitäten eingebunden, die körperlicher Anstrengungen bedürfen. In konventionellen Einrichtungen werden viele Aktivitäten im Sitzen angeboten, wohingegen auf den Bauernhöfen die meisten Interaktionen in Bewegung oder stehend passieren. Die Studie von Finnanger Garshol et al. (2020) hat ergeben, dass an Demenz erkrankte Menschen in Tageszentren auf Bauernhöfen um 3,33 Prozent länger in einem moderaten Aktivitätslevel verweilen und mehr Schritte pro Tag zurücklegen als Tagesgäste in herkömmlichen Einrichtungen. Die Aktivitäten werden von den Tagesgästen oder Bewohner:innen auf Bauernhöfen, als sinnstiftend empfunden, was sich positiv auf die Beteiligung und Motivation bei körperlichen Aktivitäten auswirkt. Auch die Interaktion mit Tieren zeigt eine stimulierende Wirkung auf die körperliche Aktivität (Finnanger Garshol et al., 2020, S. 6f.; Ibsen et al., 2018, S. 353). Basierend auf den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und nationalen Richtlinien zum erforderlichen Ausmaß körperlicher Aktivität zur Förderung der Funktionalität und Gesundheit im Alter kann gesagt werden, dass ein regelmäßiger Besuch eines Tageszentrums für demenzerkrankte Menschen auf Bauernhöfen das Potenzial innehat, die physische Funktionalität durch die höhere körperliche Aktivität und Auslastung zu verbessern (Finnanger Garshol et al., 2020, S. 8).

3.3.2 Ernährung

In Kapitel 2.3.4.4 wurde aufgezeigt, dass es im Laufe der Demenzerkrankung häufig zu Problemen bei der Ernährung und dem Essverhalten kommt, was für das Betreuungspersonal

oder für pflegende Angehörige eine besondere Herausforderung darstellt. Eine adäquate Essensversorgung ist für den Erhalt der Gesundheit und das Wohlbefinden der erkrankten Menschen jedoch eine wesentliche Voraussetzung (Sieber et al., 2018). Die meisten Bauernhöfe bieten mehrere Mahlzeiten am Tag, die häufig gemeinsam mit den an Demenz erkrankten Menschen zubereitet werden. Dadurch wird einerseits die soziale Interaktion gefördert und andererseits werden die Sinnesorgane aktiviert, wodurch der Appetit angeregt wird (Gräske et al., 2020, S. 26). In einer niederländischen Studie von de Bruin et al. (2010), in der die Nahrungsaufnahme von demenzerkrankten Menschen auf Bauernhöfen und traditionellen Tageszentren verglichen wurde, konnte gezeigt werden, dass die Nahrungsaufnahme in den Tageszentren auf den Bauernhöfen signifikant höher war als in den traditionellen Einrichtungen. Die Zufuhr von Kohlenhydraten und Proteinen, aber auch die Trinkmenge waren deutlich höher in der Gruppe der Tagesgäste auf Bauernhöfen. Es wird angenommen, dass sich die familiäre Umgebung, das Ambiente am Bauernhof und die Zusammenarbeit in der Gruppe positiv auf den Appetit und die Nahrungsaufnahme auswirken. Darüber hinaus könnte auch die erhöhte körperliche Aktivität appetitfördernd wirken, dies wurde jedoch in der Studie nicht ausreichend untersucht. Da viele ältere Menschen von Mangelernährung und Gewichtsverlust betroffen sind, spricht das Potenzial der Bauernhöfe für eine bessere Nahrungsaufnahme (de Bruin et al., 2010, S. 356f.).

3.3.3 Tier-Mensch Interaktionen

Die Bedeutung der tiergestützten Intervention und Therapie bei demenzerkrankten Menschen wurde in Kapitel 2.3.3.4 näher beschrieben. In unterschiedlichen Studien wird über die positiven Effekte der Tier-Mensch-Interaktionen berichtet. Durch die Anwesenheit von Tieren können positive soziale Effekte, wie die Reduktion von Einsamkeit, das Empfinden von Nähe, Rücksichtnahme oder die Übernahme von Verantwortung erzeugt werden. Tiere ziehen die Aufmerksamkeit auf sich und bieten dadurch Ablenkung bei Stress, Angstzuständen, negativen Verstimmungen und auch Schmerzen. In wenigen Studien wurde zudem dokumentiert, dass die Interaktion mit Tieren empathisches Verhalten auslöst und Aggressivität reduzieren kann. Darüber hinaus fördert der Kontakt mit Tieren die Motivation, aber auch Konzentration, was sich positiv auf die Lernbereitschaft auswirkt. Es werden auch positive körperliche Effekte, wie die Senkung des Blutdrucks und der Herzfrequenz berichtet (Beetz, 2014). Die Tiere auf den Bauernhöfen tragen dazu bei, dass die Menschen aktiviert werden und die Tätigkeiten als sinnstiftend empfunden werden, Beziehungen und Nähe aufgebaut und die erkrankten Personen von ihren Problemen abgelenkt werden. Auch die Bewohner:innen und Tagesgäste, die nicht direkt mit den Tieren in Kontakt treten, sondern nur beobachten, empfinden die Anwesenheit der Tiere als positive Stimulation. Auf den meisten Bauernhöfen leben unterschiedliche Tierarten, die in den täglichen Aktivitäten, die auf den Höfen für demenzerkrankte Menschen angeboten werden, integriert werden. Generell wird durch die am Bauernhof lebenden Tiere

eine wohlwollende Umgebung geschaffen, die durch die Mensch-Tier-Interaktionen ein nicht-medikamentöses therapeutisches Potenzial aufweist (Ibsen et al., 2018, S. 353ff.).

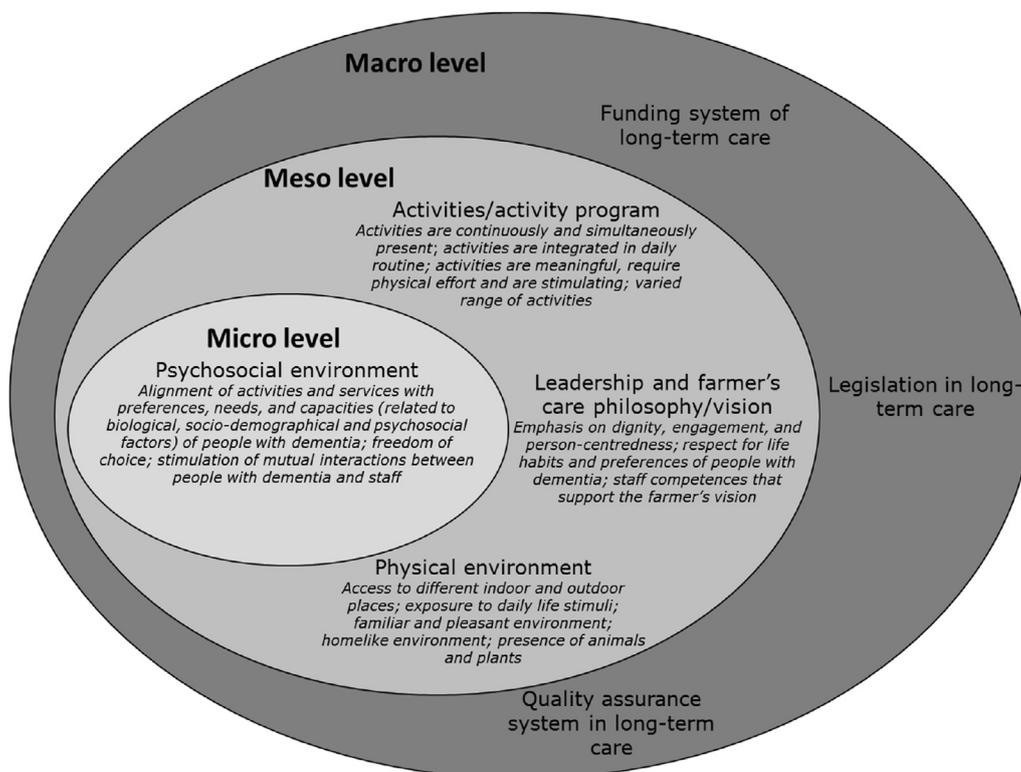
3.3.4 Die Wirkung der Natur und die Gartentherapie

Bereits seit den 1980er Jahren wurden zahlreiche Studien, basierend auf biologischen und psychologischen Theorien zu den positiven Effekten der Natur auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen durchgeführt. Eine dieser Theorien ist die Biophilia-Hypothese von Wilson, die besagt, dass der Mensch sich instinktiv zur Natur hingezogen fühlt. Ulrich entwickelte die Theorie der Stressreduktion, gemäß derer das Betrachten der Natur nach stressvollen Situationen psychische und physische Erholung und Entspannung bringt. Der Effekt tritt durch Reize in der Natur, wie beispielsweise das Betrachten der Pflanzenvielfalt oder Gewässer sowie die Anwesenheit von Tieren ein. Es wurde nachgewiesen, dass dadurch ein physiologischer Mechanismus ausgelöst wird, der den Cortisolspiegel, den Herzschlag und den Blutdruck ins Gleichgewicht bringt. Es werden positive Emotionen erzeugt, welche die negativen Erfahrungen schwinden lassen. Eine weitere Theorie, welche die positiven Effekte der Natur erklärt, ist die Attention Restoration Theory, die postuliert, dass die Natur das Potenzial besitzt, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Die Faszination, die von der Natur ausgeht, ermöglicht es dem Menschen Abstand vom Alltag zu gewinnen (Murrone et al., 2021, S. 1f.). Das Verweilen in der Natur oder in Therapiegärten sowie die Aktivitäten im Rahmen der Gartentherapie werden häufig als nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen für demenzerkrankte Menschen empfohlen. Sowohl Betroffene als auch Angehörige und Pflegepersonen berichten über die positiven Effekte, da Gärten die Sinne aktivieren und Erinnerungen hervorrufen. Darüber hinaus können alte Gewohnheiten und verbliebene Fähigkeiten beibehalten werden. Dabei werden die Gärten und Grünräume sowohl für aktivierende Maßnahmen als auch für Spaziergänge oder als Erholungsräume genutzt. Generell haben Therapiegärten oder Gartentherapien zum Ziel, das Wohlbefinden erkrankter Menschen zu fördern und die physische und mentale Gesundheit durch Stressabbau zu verbessern. Auch wenn die Wirkung von Therapiegärten und der Gartentherapie noch wenig erforscht ist, haben einige Studien gezeigt, dass Therapiegärten bei demenzerkrankten Menschen aggressives Verhalten, depressive Verstimmungen oder Agitation positiv beeinflussen und das Selbstbewusstsein stärken. In Zusammenhang mit Gartentherapien wurde eine Verbesserung des emotionalen Zustandes, der Motivation sowie der kognitiven Funktionalität nachgewiesen. In einer Studie, in der die Wirkung von Gartenaktivitäten bei Menschen, die an der Alzheimer-Demenz erkrankt sind, untersucht wurde, hat ergeben, dass durch die Gartenarbeit die Sinne stimuliert, die Kreativität gefördert und die Grob- und Feinmotorik verbessert wurden (Murrone et al., 2021, S. 2f.; Whear et al., 2014, S. 703).

3.4 Das Demenzmanagement auf Bauernhöfen

Green Care-Bauernhöfe weisen besondere Eigenschaften auf, die sie von traditionellen Pflegeeinrichtungen unterscheiden. Die Makroebene entspricht dem nationalen Gesundheits- und Pflegesystem. Auf der Mesoebene befindet sich das Management mit der angewendeten Pflegephilosophie und auf der Mikroebene werden die speziellen Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Menschen beschrieben. Die speziellen Unterscheidungsmerkmale von Green Care Bauernhöfen zu traditionellen Pflegeeinrichtungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene werden in Abbildung 6 dargestellt (de Bruin et al., 2017, S. 201).

Abbildung 6: Merkmale von Green Care Bauernhöfen



Quelle: de Bruin et al. (2017, S. 201)

Auf der Makroebene befinden sich Green Care-Bauernhöfe zumeist im selben Finanzierungs- und Qualitätsmanagementsystem des Gesundheitswesens wie die konventionellen Pflegeeinrichtungen. Dies kann jedoch von Staat zu Staat unterschiedlich sein. Auch für die Versorgung und Pflege müssen auf den Bauernhöfen dieselben gesetzlichen Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards eingehalten werden. Die Mesoebene bezieht sich auf die Organisation, die Unternehmensphilosophie und die Ausstattung, die Bauernhöfe insofern von traditionellen Einrichtungen unterscheiden, indem die Pflege und Aktivitäten personenzentriert ausgerichtet werden und die naturnahen Umfeldbedingungen mit großzügigen Außenbereichen zahlreiche Anreize für unterschiedliche Interaktionen schaffen. Die Mikroebene umfasst psychosoziale

Komponenten, wie die Rücksichtnahme auf individuelle Präferenzen und Ressourcen der demenzerkrankten Menschen und die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und dem Pflegepersonal (de Bruin et al., 2017, S. 201).

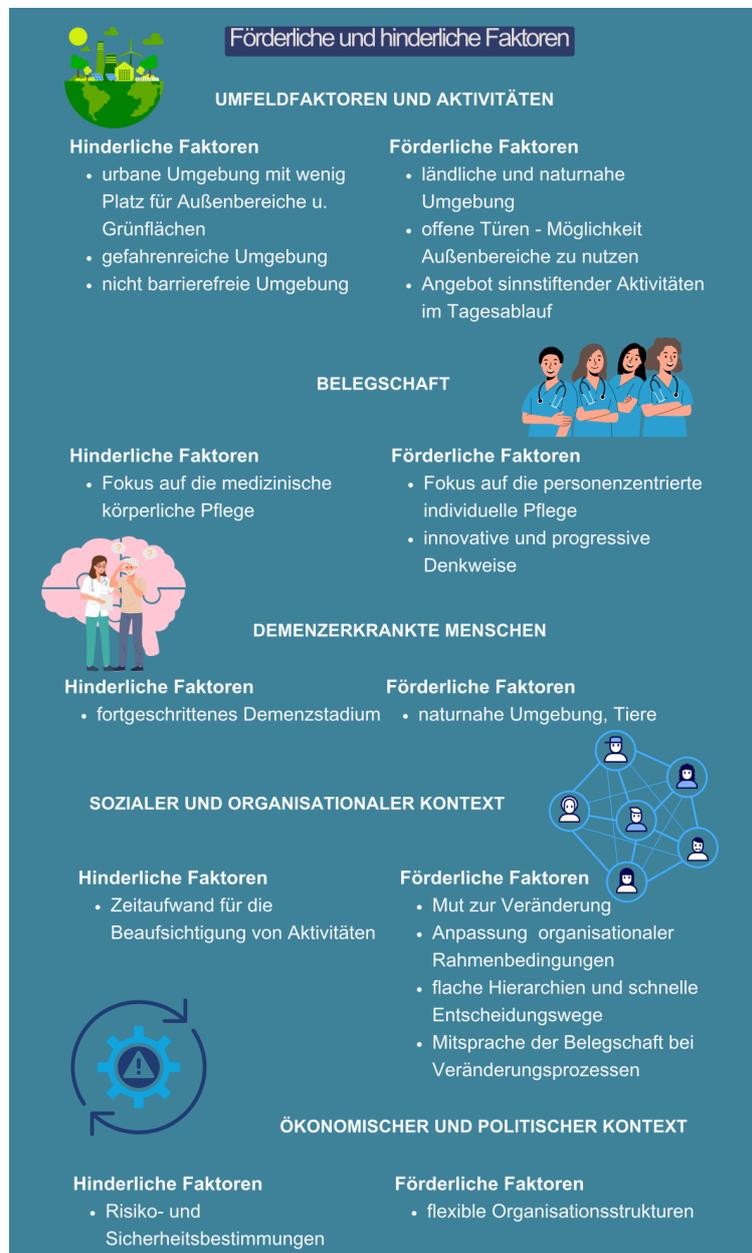
Für die erfolgreiche Implementierung wurden von de Bruin et al. (2017) drei Voraussetzungen aus den bisherigen Erfahrungen von Green Care-Bauernhöfen formuliert:

- Als Ausgangspunkt für alle Aktivitäten sollen die noch vorhandenen Fähigkeiten und nicht die Einschränkungen der demenzerkrankten Menschen herangezogen werden. Die Betroffenen sollen die Möglichkeiten haben, Interaktionen gemäß ihren Präferenzen auszuwählen. Dies kann die höhere Teilnahme an Aktivitäten auf Bauernhöfen im Vergleich zu traditionellen Einrichtungen erklären.
- Es soll sichergestellt werden, dass im Pflege-Setting stimulierende Elemente in den Tagesablauf integriert werden. Auf Bauernhöfen werden die Aktivitäten auf natürliche Weise in die tägliche Routine integriert, im Gegensatz zu traditionellen Pflegeinstitutionen, in denen die angebotenen Aktivitäten einen institutionellen Charakter aufweisen und nicht rund um die Aktivitäten des täglichen Lebens organisiert werden.
- Die Pflege auf Bauernhöfen bedarf den Mut und die Vision einer neuen Pflegephilosophie. Die Landwirt:innen verfügen zumeist über eine Ausbildung in der Pflege und haben in traditionellen Pflegeeinrichtungen, die nicht ihren Werten und ihrer Pflegephilosophie entsprachen, gearbeitet. Auf Grund dessen implementieren sie auf ihren Höfen eine neue Pflegekultur, sind aktiv in die Pflege eingebunden und gehen mit gutem Beispiel voran.

Buist et al. (2018) haben förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung von Green Care-Bauernhöfen erfasst, die in Abbildung 7 zusammengefasst sind. Dabei spielen der Innovationsgrad in Zusammenhang mit den angebotenen Aktivitäten und der Infrastruktur, die Belegschaft, die an Demenz erkrankten Menschen, die Organisation und Rahmenbedingungen sowie wirtschaftliche und politische Faktoren eine wesentliche Rolle. Förderlich für eine erfolgreiche Umsetzung ist vor allem eine naturnahe ländliche Umgebung, in der sich demenzerkrankte Personen möglichst frei bewegen können. Als Erfolgsfaktor hat sich zudem eine flexible und für neue Konzepte offene Belegschaft herausgestellt, die eine personenzentrierte Pflege praktiziert und auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingeht. Dies setzt ein Management voraus, das Mut zur Veränderung besitzt und durch flache Hierarchien kurze Entscheidungswege ermöglicht. Hinderlich erweist sich in der Pflege demenzerkrankter

Menschen ein Fokus auf die rein medizinische und körperliche Pflege, aber auch der Schweregrad der Demenz, der eine aktive Teilhabe an den Aktivitäten negativ beeinflussen kann (Buist et al., 2018, S. 6ff.).

Abbildung 7: Förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung von Green Care Bauernhöfen



Quelle: eigene Darstellung nach Buist et al. (2018, S. 1063)

De Boer et al. (2021) haben in einer Studie untersucht, welche speziellen Kompetenzen Mitarbeiter:innen auf Bauernhöfen für die Pflege von demenzerkrankten Menschen benötigen. Die Analyse hat ergeben, dass das Pflegepersonal auf Bauernhöfen in der Lage sein muss, Aktivitäten in den Tagesablauf zu integrieren und selbstständig zu agieren. Diese Kompetenzen wurden genannt, da das Pflegepersonal auf Bauernhöfen mit den an Demenz erkrankten

Menschen neben den herkömmlichen Pflegeaktivitäten einen Haushalt bilden, in dem gemeinsam gekocht oder gereinigt wird. Dieses Konstrukt erfordert mehr Flexibilität auf den Bauernhöfen als in traditionellen Pflegeeinrichtungen. Mitarbeiter:innen auf Bauernhöfen und kleinen Pflegeheimen treffen häufiger eigene Entscheidungen, da weniger Personal anwesend ist als in großen Langzeitpflegeeinrichtungen. In allen Einrichtungen waren sich Untersuchungsteilnehmer:innen einig, dass gute Kommunikationsfähigkeit und ein empathischer respektvoller Umgang mit demenzerkrankten Menschen eine wesentliche Voraussetzung darstellen (de Boer et al., 2021, S. 5ff.).

4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Zahlreiche Länder bekennen sich dazu „age-friendly cities“ zu etablieren. „Age-friendly cities“ ist ein Konzept der WHO, das vorsieht, inklusive, barrierefreie Räume zu entwickeln, die eine soziale Teilhabe für ältere Menschen und Personen mit einer Demenzerkrankung ermöglichen. Gerade für an Demenz erkrankte Menschen sind aufgrund der kognitiven und körperlichen Funktionseinschränkungen und dem progredienten Verlauf solche Räume und Rahmenbedingungen von wesentlicher Bedeutung, damit sie auch mit der Erkrankung ein sinnerfülltes und würdevolles Leben führen können (de Boer et al., 2021, S. 1). Die Anzahl an Demenz erkrankter Menschen weltweit wird auf rund 46,8 Mio. geschätzt und wird voraussichtlich bis zum Jahr 2030 auf 74,7 Mio. steigen. Aus diesem Anlass wurden unterschiedliche Einrichtungen für Betroffene in Form von Tageszentren, speziellen Pflegeheimen oder Stationen in Krankenanstalten eingerichtet, deren Fokus jedoch primär auf die medizinische Versorgung und die Defizite der Erkrankung ausgerichtet ist. Diese Form der Versorgung ist für die Pflege und Betreuung an Demenz erkrankter Menschen und deren Bedürfnisse unzureichend. Die Demenzversorgung sollte nicht auf die Einschränkungen der betroffenen Personen reduziert werden, sondern personenzentriert unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und vorhandener Ressourcen durchgeführt werden, sodass ein sinnstiftendes Leben in Würde ermöglicht wird. In traditionellen Pflegeinstitutionen hat sich gezeigt, dass die personenzentrierte individuelle Versorgung aufgrund fehlender Rahmenbedingungen zumeist unzureichend ist. Daher wird nach innovativen Formen für die Pflege und Betreuung an Demenz erkrankter Menschen gesucht, bei denen neben den physischen Faktoren auch psychosoziale Komponenten berücksichtigt werden. Eine Alternative stellt das Green Care Farming - die Versorgung auf Bauernhöfen - dar (de Bruin et al., 2017, S. 200).

4.1 Beantwortung Forschungsfrage 1

Auf die Forschungsfrage der vorliegenden Bachelorarbeit, inwieweit Bauernhöfe ein adäquates Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz bieten können, kann gesagt werden, dass in zahlreichen Studien belegt wurde, dass Bauernhöfe eine geeignete Alternative zu herkömmlichen Versorgungsformen leisten können. Im Gegensatz zu traditionellen Pflegeeinrichtungen bieten Bauernhöfe eine familiäre Umgebung mit einer einzigartigen Kombination aus großzügigen Außenbereichen in der Natur, kombiniert mit Gärten, Tieren und sinnstiftenden Aktivitäten für Menschen mit Demenz, die je nach vorhandenen Ressourcen individuell genutzt werden können. Diese Bedingungen bieten die optimalen Voraussetzungen für eine höhere Beteiligung, eine gesteigerte körperliche Aktivität, das Gefühl, gebraucht zu werden, die Förderung sozialer Interaktionen und mehr Autonomie der Betroffenen, was sich positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirkt. Der Fokus bei der Betreuung und Pflege liegt auf

der Aufrechterhaltung der vorhandenen Fähigkeiten und nicht auf den Einschränkungen. Bauernhöfe bieten mit ihren Gegebenheiten und der innovativen Pflegephilosophie der Betreiber:innen die geeigneten Rahmenbedingungen für eine personenzentrierte Versorgung. Die Qualität der Pflege auf Bauernhöfen kann mit jener traditioneller Pflegeeinrichtungen verglichen werden, dies gilt sowohl für das Führen von Protokollen, das Qualitätsmanagement, das Medikamentenmanagement und die geleisteten Pflegestunden pro Bewohner:innen. Durch die personenzentrierte Betreuung können die individuellen Bedürfnisse demenzerkrankter Menschen besser unterstützt werden als in traditionellen Einrichtungen (de Boer et al., 2017, S. 6f.; de Bruin et al., 2017, S. 200f.).

Die erfolgreiche Implementierung hängt jedoch von unterschiedlichen Faktoren ab. Pflegepersonen auf Bauernhöfen und in alternativen Einrichtungen benötigen neben den pflegerisch-medizinischen Kompetenzen einen offenen Zugang für innovative Pflegemodelle. Darüber hinaus wird ihnen mehr Flexibilität abverlangt, da neben der Pflege die Integration der an Demenz erkrankten Menschen in den Tagesablauf konzipiert werden muss. Zusätzlich benötigt das Pflegepersonal die Fähigkeit, selbständig zu arbeiten und Verantwortung zu übernehmen, da auf den Bauernhöfen weniger Personal vorhanden ist als in traditionellen Pflegeeinrichtungen, in denen zumeist in Teams gearbeitet wird (de Boer et al., 2021, S. 5f.). Aufgrund der großzügigen Außenbereiche und zahlreichen Aktivitäten, wie das Arbeiten mit unterschiedlichen Maschinen, Holzarbeiten, Kochen oder die Versorgung von Tieren existieren mehr potenzielle Gefahrenquellen als in herkömmlichen Langzeitpflegeeinrichtungen, daher muss darauf geachtet werden, dass auch auf den Bauernhöfen Sicherheitsmaßnahmen und Qualitätsstandards eingehalten werden. Auch freiwillige Helfer spielen bei der Versorgung demenzerkrankter Menschen auf Bauernhöfen eine wichtige Rolle, da die Aktivitäten und die individuelle Betreuung viel Zeit in Anspruch nehmen. Für die adäquate Versorgung ist es notwendig, dass auch die freiwilligen Personen im Umgang mit demenzerkrankten Menschen entsprechend geschult und gecoacht werden. Auf politischer Ebene ist es wesentlich, die nötigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten für Green Care-Bauernhöfe zu schaffen (Buist et al., 2018, S. 6f.; de Bruin et al., 2020, S. 14).

4.2 Beantwortung Forschungsfrage 2

Die zweite Forschungsfrage, welche nichtmedikamentösen therapeutischen Potenziale Bauernhöfe aufweisen, kann damit beantwortet werden, dass sich durch die Vielzahl körperlicher Aktivitäten, die Interaktion mit Tieren, das Arbeiten im Garten, das Verweilen in der Natur und die Tätigkeiten in der Gemeinschaft ein großes Potenzial für nichtmedikamentöse Therapien ergibt. In unterschiedlichen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich an Demenz er-

krankte Menschen innerhalb der Gemeinschaft auf den Bauernhöfen zugehörig fühlen. Aufgrund der ihnen übertragenen Tätigkeiten übernehmen sie Verantwortung und entwickeln dadurch ein gesteigertes Selbstwertgefühl, sehen sich wertgeschätzt und fühlen sich gebraucht (de Bruin et al., 2020, S. 12ff.; Gräske et al., 2020, S. 26). Bauernhöfe bieten zahlreiche Reize, welche die Haptik, den Geruchs- oder Geschmackssinn anregen. Untersuchungen haben gezeigt, dass durch das gemeinsame Zubereiten von Mahlzeiten oder das Ernten von Obst und Gemüse unterschiedliche Sinne angesprochen werden und dadurch eine appetitanregende Wirkung erzielt wird. Die Tiere auf den Bauernhöfen motivieren die an Demenz erkrankten Menschen nach draußen zu gehen, vermitteln Zuneigung und lenken von den Sorgen der Erkrankung ab. Der Kontakt mit der Natur steigert das Autonomiegefühl, verbessert die Stimmung und reduziert Verhaltensstörungen. Neben den Tätigkeiten, die auf die Betroffenen zugeschnitten werden, trägt die familiäre und naturnahe Umgebung dazu bei, dass Betroffene mehr Zeit draußen verbringen, sich öfter an Aktivitäten beteiligen und insgesamt körperlich aktiver sind. Die Gemeinschaft und das Zugehörigkeitsgefühl auf dem Bauernhof reduzieren Einsamkeit und vermitteln emotionale Stabilität. Diese Faktoren ermöglichen einen sinnerfüllten Lebensalltag, der sich positiv auf das Wohlbefinden demenzerkrankter Menschen auswirkt und zu einer höheren Lebensqualität beiträgt (Buist et al., 2018, S. 6; de Boer et al., 2017, S. 7; de Bruin et al., 2020, S. 12ff.; Gräske et al., 2020, S. 26; Ibsen et al., 2018, S. 355).

Mit dem Schweregrad der Erkrankung schwindet jedoch die Fähigkeit, an Aktivitäten teilzunehmen, was hinderlich für die Ausübung der Tätigkeiten auf den Bauernhöfen sein kann. Dennoch können Betroffene auf den Bauernhöfen bei tiergestützten Interaktionen und kleinen Spaziergängen mitwirken oder einfach die Natur und die familiäre Umgebung genießen (Buist et al., 2018, S. 7). Viele Landwirt:innen verfügen selbst über eine Qualifikation aus dem Pflege- und Gesundheitssektor und bringen Kompetenzen mit, um nichtmedikamentöse Therapien anzubieten. Einige Bauernhöfe kooperieren mit Gesundheitsanbieter:innen, um eine entsprechende Betreuung und Pflege zu gewährleisten. Oftmals werden neben den Alltagstätigkeiten, wie Gartenarbeiten, die Zubereitung von Mahlzeiten, die Verpflegung der Tiere und andere Hausarbeiten auch gemeinsames Singen und Musizieren oder Handarbeitsarbeiten und Spiele angeboten. Wesentlich ist, dass die Betroffenen aus einer Vielzahl von Aktivitäten wählen können, die ihren Fähigkeiten und Präferenzen entsprechen (Ibsen et al., 2018, S. 352ff.). Damit eine personenzentrierte Versorgung möglich ist und mit den Aktivitäten der gewünschte therapeutische Erfolg erzielt werden kann, hat sich bewährt, biografische Daten über die demenzerkrankten Menschen sowie deren Bedürfnisse einzuholen und schriftliche Informationen über die täglichen Aktivitäten am Bauernhof an die Angehörigen weiterzugeben. Dies kann die

Kommunikation mit den Angehörigen verbessern, da aufgrund der kognitiven Einschränkungen und Sprachprobleme, Konversationen erschwert sein können. Dadurch soll die Identität der Betroffenen gegenüber ihrer Angehörigen gestärkt werden (Ibsen et al., 2018, S. 356).

Zu klären bleibt, welche Personen in Hinblick auf Alter, Geschlecht oder kultureller Herkunft sich vom Angebot der Versorgung auf dem Bauernhof angesprochen fühlen. In den meisten Studien wurden Personen befragt, die den Bauernhof als Ort der Versorgung gewählt haben, nicht jedoch Personen, die sich dagegen entschieden haben. Für eine hinreichende Spezifikation der Leistung sollte eine breitere Personengruppe befragt werden. Offen bleibt auch die Frage, ob die Aktivitäten und Bedingungen auf Bauernhöfen positiv dazu beitragen, den Verlauf der Demenzerkrankung zu verlangsamen und die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Aufgrund des Fachkräftemangels, wäre auch die Möglichkeit des verstärkten Einsatzes von Freiwilligen bei der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen näher zu untersuchen (de Bruin et al., 2020, S. 16).

Aufgrund des höheren Aufwandes bei der Untersuchung der Wirksamkeit nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen, die zumeist qualitativ durchgeführt werden und nur eine kleine Anzahl an Proband:innen einschließen, existieren nur wenige vergleichbare Studien. Im Gegensatz dazu werden zahlreiche quantitative Medikamentenstudien durchgeführt. Die Vergleichbarkeit der Studien zu nichtmedikamentösen Interventionen ist auch insofern schwierig, da die Maßnahmen nicht bei allen demenzerkrankten Menschen die gleiche Wirkung zeigen (Kressig, 2017, S. 116f.). Für eine höhere Aussagekraft ist es wesentlich effizientere, Untersuchungsmethoden anzuwenden, welche die Dauer der Wirksamkeit und Langzeiteffekte der Therapie oder das individuelle Ansprechen auf die Intervention in einer ausreichend großen Stichprobe untersuchen (Kurz, 2013, S. 102).

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Bauernhöfe ein hohes Potenzial für die Versorgung und Betreuung für an Demenz erkrankte Menschen bieten. Voraussetzung sind eine innovative Pflegephilosophie der Betreiber:innen sowie Flexibilität und Offenheit des Pflegepersonals. Die personenzentrierte Pflege, die am Erhalt der Ressourcen und Fähigkeiten ansetzt und nicht bloß an der Behandlung der Erkrankung, ist ein vielversprechendes Konzept, das auch in traditionellen Pflegeeinrichtungen übernommen werden sollte. Mit dem personenzentrierten Ansatz kann besser auf die Bedürfnisse an Demenz erkrankter Menschen eingegangen werden (de Bruin et al., 2020, S. 15). Daher kann festgestellt werden, dass die von Kricheldorf & Aner (2021) formulierten Grundhaltungen der personenzentrierten Betreuung, der Sicherung der Autonomie und der Ermöglichung der sozialen Teilhabe in der Versorgung demenzerkrankter Menschen auf den Bauernhöfen als Ort der Pflege und Betreuung erfüllt werden können.

Die meisten Bauernhöfe bieten eine Tagesbetreuung für demenzerkrankte Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz. Eine Herausforderung ist daher, den Betreuungsübergang zwischen den Demenzstadien zu organisieren, da die Aktivitäten auf den Bauernhöfen eine gewisse körperliche Fitness und kognitive Funktionalität voraussetzen. Das Fortschreiten der Erkrankung führt häufig zu einer Verstärkung neuropsychiatrischer Symptome und einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, welcher die Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens erschwert und damit auch die Versorgung auf den Bauernhöfen. Da Veränderungen für demenzerkrankte Menschen eine Belastung darstellen, ist ein wichtiger Faktor, den Übergang zu angemessenen Pflege- und Betreuungsformen bei Fortschreiten der Erkrankung frühzeitig zu planen und bei Bedarf mit anderen Pflegeinstitutionen abzustimmen, damit die bedarfsgerechte Versorgung demenzerkrankter Menschen bis zum Lebensende gewährleistet ist (Ibsen et al., 2020b, S. 2ff.). Für die zukünftige Versorgungssicherheit wird es daher wesentlich sein, einerseits Bauernhöfe bei der Implementierung eines Green Care-Betriebes mit den nötigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und Finanzierungsmöglichkeiten zu unterstützen und andererseits im Rahmen eines umfassenden Demenzmanagements je nach Schweregrad pflegerische und therapeutische Angebote optimal aufeinander abzustimmen. Das bedeutet, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung im Pflege- und Gesundheitswesen zu verbessern und vorhandene Strukturen auf die Bedürfnisse und Demenzstadien der Betroffenen sektorübergreifend abzustimmen (Durwen, 2012, S. 164; Green Care Österreich, 2015, S. 5). Empfehlenswert wäre zudem auch, in traditionellen Einrichtungen Charakteristika von Bauernhöfen zu implementieren und Erfahrungen auszutauschen. Ein Umdenken in traditionellen Einrichtungen in Hinblick auf eine personenzentrierte Pflege und eine modernere

Pflegephilosophie kann nicht nur die Versorgung für demenzerkrankte Menschen verbessern, sondern auch die Arbeitsplatzattraktivität für Pflegekräfte erhöhen.

Neben weiterführenden verbesserten Studien zur Wirksamkeit nichtmedikamentöser Therapien bleibt unbeantwortet, wie auf den Bauernhöfen generell mit schwierigem Verhalten als Begleiterscheinung der Demenzerkrankung umgegangen wird, wie sich der progrediente Verlauf der Erkrankung auf die Teilnahme an den Aktivitäten auf den Bauernhöfen auswirkt und welche Herausforderungen sich bei der Versorgung demenzerkrankter Menschen in fortgeschrittenen Demenzstadien ergeben.

Literaturverzeichnis

- Beetz, A.M. (2014). Handout zur Einführung in die Weiterbildung Tiergestützte Pädagogik und Therapie – *Tiere in der Therapie – Wissenschaftliche Grundlagen*. Europäische Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit. Fritz Perls Institut. <https://eag-fpi.com/wp-content/uploads/2014/10/Tiere-in-der-Therapie-%E2%80%93-Wissenschaftliche-Grundlagen.pdf>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2022*. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:788ac2e7-9238-47a6-9125-d6f49d6a896a/BMSGPK_Pflegevorsorgebericht_2022.pdf
- Bohlken, J. & Kurz, A. (2013). Psychosoziale Therapieverfahren für Patienten mit Demenz. *NeuroTransmitter*, 24(11), 32-36. <https://doi.org/10.1007/s15016-013-0435-1>
- Buchebner-Ferstl, S. & Geserick, C. (2019). *Forschungsbericht – Demenz und Familie*. Österreichisches Institut für Familienforschung. <https://doi.org/10.25365/phaidra.116>
- Buist, Y., Verbeek, H., de Boer, B. & de Bruin, S. R. (2018). Innovating dementia care; implementing characteristics of green care farms in other long-term care settings. *International psychogeriatrics*, 30(7), 1057-1068. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002848>
- Czypionka, T., Reiss, M., Reitzinger, S., Riedel, M. & Heimerl, N. (2021). *Volkswirtschaftliche Kosten von Demenz in Österreich* [Projektbericht]. Institut für höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/6003/>
- de Boer, B., Buist, Y., de Bruin, S. R., Backhaus, R. & Verbeek, H. (2021). Working at Green Care Farms and Other Innovative Small-Scale Long-Term Dementia Care Facilities Requires Different Competencies of Care Staff. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20) 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010747>
- de Boer, B., Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S. & Verbeek, H. (2017). Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0550-0>

- de Bruin, S. R., Pedersen, I., Eriksen, S., Hassink, J., Vaandrager, L. & Patil, G. G. (2020). Care Farming for People with Dementia; What Can Healthcare Leaders Learn from This Innovative Care Concept? *Journal of healthcare leadership*, 12, 11-18. <https://doi.org/10.2147/JHL.S202988>
- de Bruin, S. R., de Boer, B., Beerens, H., Buist, Y. & Verbeek, H. (2017). Rethinking Dementia Care: The Value of Green Care Farming. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(3), 2000-2003. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.018>
- de Bruin, S. R., Oosting, S. J., Tobi, H., Blauw, Y. H., Schols, J. M. & De Groot, S. P. (2010). Day Care at Green Care Farms: a novel way to stimulate dietary intake of community-dwelling older people with dementia? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(5), 352-357. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0079-9>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. (2018). *Infoblatt 14 – Die Lewy-Körperchen-Demenz*. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt14_lewy-koerperchen-demenz_dalzg.pdf
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. (2016). *Informationsblatt 6 – nicht-medikamentöse Behandlungen von Demenzerkrankungen*. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt6_nichtmedikamentoese_behandlung.pdf
- Durwen, H. F. (2012). Demenzerkrankung in der hausärztlichen Praxis. *Neurogeriatrie* 9(4), 165-170. https://www.hippocampus.de/media/316/cms_50d41f105f9d5.pdf
- Ellingsen-Dalskau, L. H., de Boer, B. & Pedersen, I. (2020). Comparing the care environment at farm-based and regular day care for people with dementia in Norway—An observational study. *Health Soc Care Community*, 29(2), 506-514. <https://doi.org/10.1111/hsc.13113>
- Famira-Mühlberger, U., Sinabell, F. & Streicher, G. (2021). *Green Care in Österreich: Regionalwirtschaftliche Bedeutung und Zukunftsperspektiven*. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <https://www.wifo.ac.at/publication/55982/>
- Finnanger Garshol, B., Ellingsen-Dalskau, L. H. & Pedersen, I. (2020). Physical activity in people with dementia attending farm-based dementia day care – a comparative actigraphy study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01618-4>

- Fröschl, B., Antony, K., Pertl, D. & Scheider, P. (2015). *Nicht-medikamentöse Prävention und Therapie bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz* [wissenschaftlicher Ergebnisbericht]. Gesundheit Österreich GmbH.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2754.5202>
- Fuchswans, E. (2007). Tierunterstützte Therapie. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S. 459-470). Springer-Verlag.
- Gatterer, G. & Croy, A. (2020). *Leben mit Demenz - Ratgeber für Pflege und Betreuung* (2. Aufl.). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58267-1>
- Gräßel, E., Stemmer, R., Abt, S. M., Eichenseer, B. & Luttenberger, K. (2011). Zweifel ausgeräumt. *Pflegezeitschrift* 64(4), 201-204. https://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Graessel_Zweifel_ausgeraeumt_2161_1.pdf
- Gräske, J., Nisius, K. & Renaud, D. (2020). Bauernhöfe für Menschen mit Demenz – IST-Analyse zu Verteilung und Strukturen in Deutschland. *Monitor Pflege*, 02, 25-31.
<https://www.monitor-pflege.de/kurzfassungen/kurzfassungen-2020/mopf-02-2020-graeske>
- Gräske, J., Renaud, D., Nisius, K. & Graffe, J. (2018). Bauernhöfe für Menschen mit Demenz – Green Care Farming als Versorgungskonzept. *Pflegezeitschrift*, 71(11), 14-17.
<https://doi.org/10.1007/s41906-018-0754-8>
- Green Care Österreich. (2023). *Green Care - Wo Menschen aufblühen - Tätigkeitsbericht 2023* [Tätigkeitsbericht]. Green Care Entwicklungs- und Beratungs-GmbH.
<https://www.greencare-oe.at/media.php?filename=download%3D%2F2024.07.25%2F1721892016237373.pdf&rn=Green%20Care%20T%C3%A4tigkeitsbericht%202023.pdf>
- Green Care Österreich. (2022). *Green Care in der Land- und Forstwirtschaft 2022 – Soziale Innovation und Wertschöpfung für den ländlichen Raum* [Tätigkeitsbericht].
<https://www.greencare-oe.at/media.php?filename=download%3D%2F2023.05.16%2F1684225063236162.pdf&rn=Green%20Care%20T%C3%A4tigkeitsbericht%202022.pdf>

Green Care Österreich. (2021). *Green Care in der Land- und Forstwirtschaft 2021 - Soziale Innovation und Wertschöpfung für den ländlichen Raum* [Tätigkeitsbericht].

<https://www.greencare-oe.at/media.php?filename=download%3D%2F2022.05.12%2F1652365023978678.pdf&rn=Green%20Care%20T%C3%A4tigkeit%20bericht%202021.pdf>

Green Care Österreich. (2019). *Green Care in der Land- und Forstwirtschaft – Soziale Innovation und Wertschöpfung für den ländlichen Raum* [Tätigkeitsbericht]. Ländliches Fortbildungsinstitut Niederösterreich.

<https://www.greencare-oe.at/media.php?filename=download%3D%2F2016.08.04%2F1470292829017634.pdf&rn=Green%20Care%20Imagefolder.pdf>

Green Care Österreich. (2015). *Green Care – Wo Menschen aufblühen. Green Care Strategie in der Land- und Forstwirtschaft*.

https://www.greencare-oe.at/media.php?filename=download%3D%2F2016.08.04%2F1470293363503887.pdf&rn=Green%20Care%20Strategie_lang.pdf

Harm, A. & Hoschek, M. (2015). Betreuung durch Familie und Vertraute. In Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.

https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf

Ibsen, T. L. & Eriksen, S. (2020a). The experience of attending a farm-based day care service from the perspective of people with dementia: A qualitative study. *Dementia* 20(4), 1356-1374. <https://doi.org/10.1177/1471301220940107>

Ibsen, T. L., Kirkevold, Ø., Patil, G. G. & Eriksen, S. (2020b). Dropout from farm-based day care for people with dementia in Norway: a follow-up study. *BMC geriatrics* 20(1), 428. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01826-y>

Ibsen, T. L., Eriksen, S. & Patil, G. G. (2018). Farm-based day care in Norway - a complementary service for people with dementia. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, 349-358. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S167135>

Kahlisch, A. (2023). *Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheimen*. Kynos Verlag.

- Kemper, C. & Emicke, R. (2024). Aktiv Gegen das Vergessen. *physiopraxis*, 22(5), 34-38.
<https://doi.org/10.1055/a-2273-1602>
- Kirstein, K., Seidel, J., Stehle, E., Friedrich, D., Hertel, B., Müller, N. & Schulte-Coerne, N. (2021). *Literaturstudie zu innovativen Versorgungsansätzen für Menschen mit Demenz*. IEGUS - Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/Literaturstudie_Demenzversorgung_IEGUS_barrierefrei_bf.pdf
- Kricheldorf, C. & Aner, K. (2021). Facetten der Versorgungsrealität von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54, 633-635.
<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01965-w>
- Kojer, M., Gutenthaler, U. & Schmidl, M. (2007). Validation nach Naomi Feil. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S. 427-445). Springer-Verlag.
- Kressig, R. W. (2017). Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz. *internistische praxis*, 58(1), 116-122. https://www.memoryclinic.ch/fileadmin/user_upload/internistische_praxis_58-1_Kressig.pdf
- Kurz, A. (2013). Psychosoziale Interventionen bei Demenz. *Nervenarzt*, 84, 93-105.
<https://doi.org/10.1007/s00115-012-3655-x>
- Marczak, A. (2019). Kognitive Trainings zur Demenzprävention. *Nervenheilkunde*, 38(11), 809-812. <https://doi.org/10.1055/a-0998-5432>
- Murroni, V., Cavalli, R., Basso, A., Borella, E., Meneghetti, C., Melendugno, A. & Pazzaglia, F. (2021). Effectiveness of Therapeutic Gardens for People with Dementia: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 2-24.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18189595>
- Neuhauser, F. (2007). Garten, Therapie und Pflege. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S. 459-470). Springer-Verlag.

- Rainer, M. & Krüger-Rainer, C. (2007). Multiprofessionelles Demenzmanagement – Allgemeine Aspekte. In G. Gatterer (Hrsg.), *Multiprofessionelle Altenbetreuung – Ein praxisbezogenes Handbuch* (2. Aufl., S. 351-372). Springer-Verlag.
- Reisberg, B., Franssen, E. H., Souren, L. E. M., Auer, S. R., Akram, I. & Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of retrogenesis in Alzheimer's and other dementias: Management and treatment import. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17(4), 202-212. <https://doi.org/10.1177/153331750201700411>
- Rieder, A., Dorner, T., Grabovac, I., Haidinger, G., Ilic, L., Sönnichsen, A., Hochwallner, C. & Reitter-Pfoertner, S. (2020). *Demenz im Alter – Empfehlungen medizinischer Leitlinien für die hausärztliche Praxis - eine Übersicht*. Competence Center Integrierte Versorgung. https://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzungen/Umsetzung/implId_147.htm
- Romero, B. & Geschke, K. (2019). Selbsterhaltungstherapie für Menschen mit Demenz. *InFo Neurologie – Psychiatrie*, 21(3), 28-36. https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/ps/Dokumente/Stationen/InFo_Neurologie_Psychiatrie_2019_21_28_33.pdf
- Pertl, D. (2015). Ursachen, Risiken- und Schutzfaktoren. In Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf
- Savaskan, E. (2018). Nicht medikamentöse Therapieoptionen bei behavioralen und psychologischen Symptomen der Demenz (BPSD). *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie + Neurologie*, 3, 18-21. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2018/03/Nicht-medikamentose-Therapieoptionen-bei-behavioralen-und-psychologischen-Symptomen-der-Demenz-BPSD.pdf>
- Schmidt, R. & Gräßel, E. (2023). Nicht-medikamentöse Behandlung bei Demenz. *Pflegezeitschrift*, 76, 60-63. <https://doi.org/10.1007/s41906-023-2120-8>
- Schneider, C. & Bengough, T. (2015). Einleitung. In Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf

Schneider, C. & Deufert, D. (2015). Professionelle Pflege und Betreuung. In Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.

https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf

Sepandj, A. (27.11.2023). *Gerontopsychiatrische Erkrankungen - Demenz, Depression, Delir* [Vortrag]. Community Nursing Webinar.

Sepandj, A. (2015). Krankheitsbild Demenz. In Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf

Sieber, G., Kolb, C. & Volkert, D. (2018). *Ernährung bei Demenz*. Bundeszentrum für Ernährung. https://www.bzfe.de/fileadmin/resources/import/pdf/eifonline_ernaehrung_bei_demenz.pdf

Simon, S. S., Hampstead, B. M., Nucci, M. P., Duran, F. L. S., Fonseca, L. M., Martin, M. M., Avila, R., Porto, F. H. G., Brucki, S. M. D., Martins, C. B., Tascone, L. S., Amaro, E., Busatto, G. F. & Bottino, C. M. C. (2018). Cognitive and Brain Activity Changes After Mnemonic Strategy Training in Amnesic Mild Cognitive Impairment: Evidence From a Randomized Controlled Trial. *Front Aging Neurosci*, 10, 1-17.

<https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00342>

Wancata, J. (2015). Ort der Versorgung – Eine integrierende Betrachtung. In Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium (Hrsg.), *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium.

https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/oesterreichischer_demenzbericht_2014.pdf

Whear, R., Thompson Coon, J., Bethel, A., Abbott, R., Stein, K. & Garside, R. (2014). What is the Impact of Using Outdoor Spaces Such as Gardens on the Physical and Mental Well-Being of Those With Dementia? A Systematic Review of Quantitative and Qualitative Evidence. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(10), 697-705.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.05.013>

Wiltfang, J., Trost, S. & Hampel, H. J. (2017). Demenz. In H. J. Möller, G. Laux & H. P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (5. Aufl., S. 1377-1465). Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49295-6>

Internetquellen

<https://www.alpakapoint.at> [Abruf am 26.08.2024]

<https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/alzheimer-demenz/> [Abruf am 28.06.2024]

<https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/wasistalzheimer/alzheimer-demenz/mci/> [Abruf am 26.06.2024]

<https://aurea-pflegevermittlung.de/demenzbetreuung-was-ist-eine-gartentherapie-und-wie-sie-in-der-demenzbetreuung-helfen-kann/> [Abruf am 31.07.2024]

<https://www.demenz-hilfe.at/ueber-demenz/therapieformen/pet-therapie/> [Abruf am 02.08.2024]

<https://www.demenz-hilfe.at/ueber-demenz/therapieformen/gartentherapie/#:~:text=Dekorative%20Bepflanzungen%2C%20Wasserelemente%2C%20Steinobjekte%20oder,in%20einen%20Privatgarten%20integriert%20werden> [Abruf am 31.07.2024]

<https://demenz-portal.at/aktuelles/leben-im-demenzdorf/> [Abruf am 11.08.2024]

<https://www.deutsche-alzheimer.de/demenz-wissen/frontotemporale-demenz> [Abruf am 11.07.2024]

<https://www.deutsche-alzheimer.de/demenz-wissen/andere-demenzformen> [Abruf am 10.07.2024]

<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/verlauf.html> [Abruf am 13.07.2024]

<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz.html> [Abruf am 24.05.2024]

<http://greencaremariaroggendorf.at> [Abruf am 26.08.2024]

<https://www.greencare-oe.at/hof-granitzer+2500+2443911?filter=0%2C-1%2C2%2C0> [Abruf am 26.08.2024]

<https://www.greencare-oe.at/gipflerhof+2500+2443195?filter=0%2C-1%2C2%2C0> [Abruf am 26.08.2024]

<https://www.greencare-oe.at/green-care-betriebe+2500+2489360?filter=7%2C-1%2C7%2C0> [Abruf am 23.08.2024]

<https://www.greencare-oe.at/green-care-zertifizierung-ein-zeichen-fuer-qualitaet+2500+2489369#absatz3> [Abruf am 22.08.2021]

<https://www.greencare-oe.at/fort-und-weiterbildung+2500+2489383> [Abruf am 21.08.2024]

<https://inn-pa-tunet.no/> [Abruf am 12.08.2024]

<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/test/mmst/> [Abruf am 13.07.2024]

<https://www.pflege.de/krankheiten/parkinson/demenz/> [Abruf am 12.07.2024]

<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/frontotemporale-demenz/> [Abruf am 11.07.2024]

<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/lewy-koerper-demenz/> [Abruf am 10.07.2024]

<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/vaskulaere-demenz/> [Abruf am 09.07.2024]

<https://www.pflege.de/krankheiten/demenz/> [Abruf am 01.07.2024]

<https://www.ppm-online.org/stationaere-pflege/betreuungsangebote/realitaets-orientierungs-training/> [Abruf am 26.07.2024]

<https://www.ppm-online.org/krankheitsbilder-senioren/demenz/primaere-und-sekundaere-demenz/> [Abruf am 12.07.2024]

<https://www.rabingerhof.at/alternativer-lebensraum/> [Abruf am 26.08.2024]

[https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Demenz.html#:~:text=In%20Osterreich%20leben%20aktuellen%20Schätzungen,Anstieg%20dieser%20Zahl%20auszuziehen%20ist](https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Demenz.html#:~:text=In%20Osterreich%20leben%20aktuellen%20Sch%C3%A4tzungen,Anstieg%20dieser%20Zahl%20auszuziehen%20ist) [Abruf am 25.05.2024]

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/688438/umfrage/prognose-zur-lebenserwartung-in-oesterreich-nach-geschlecht/> [Abruf am 25.05.2024]

<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender> [Abruf am 24.05.2024]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschätzte Prävalenz von Demenz in Österreich nach Alter und Geschlecht..	1
Abbildung 2: Verteilung der Schweregrade bei demenzerkrankten Menschen nach Alter.....	2
Abbildung 3: Demenzstadien und deren Pflegebedarf	13
Abbildung 4: Unterschiede in der Betreuung demenzerkrankter Menschen	24
Abbildung 5: Green Care Angebote 2022.....	30
Abbildung 6: Merkmale von Green Care Bauernhöfen.....	39
Abbildung 7: Förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung von Green Care Bauernhöfen	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Retrogenese-Theorie nach Barry Reisberg	14
Tabelle 2: Nichtmedikamentöse Therapien nach Stadien	23