

"Universitätslehrgang für Tiergestützte Therapien und Tiergestützte
Fördermaßnahmen"

Veranstalter: "Tiere als Therapie", Vet.Med.Universität Wien,
Veterinärplatz1,1210 Wien

**EIN BERICHT ÜBER DIE AUSWIRKUNGEN
TIERGESTÜTZTER BESUCHE BEI PATIENTEN MIT
APALLISCHEM SYNDROM**



Verfasserin: Silvia Girardoni, Matrikelnr: 6902166

Abgabetermin: 28.09.2005

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	3
Vorwort	6
Danksagung	9
1 Das Apallische Syndrom	10
1.1 Begriffsdefinition	10
1.2 Einführung	10
1.3 Vom Koma zum Wachkoma	12
1.4 Prognosen des Apallischen Syndroms	17
1.5 Die Remissionsstadien	19
1.6 Die Situation der Angehörigen	23
2 Apalliker Care Unit (ACU)	25
3 Tiergestützte Arbeit mit AS-PatientInnen und Praxis mit Hund Rita	27
4 Durchführung des Projektes	30
4.1 Patient 1	32
4.2 Patient 2	38
4.3 Patient 3	40
4.4 Patient 4	42
4.5 Patient 5	43
5 Schlussbetrachtung	45
6 Zusammenfassung	49
7 Literaturverzeichnis	50
8 Glossar	51
9 Anhang	52

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Hausarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich keiner unerlaubten Hilfe bedient habe; dass ich dieses Hausarbeitsthema bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe; dass diese Arbeit mit der von den Gutachtern beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Silvia Girardoni

Einleitung

Tiergestützte Therapien oder Fördermaßnahmen gibt es länger als man vielleicht glauben würde. Schon in der Antike haben die Menschen von guten, ja heilenden Einflüssen der Tiere berichtet. Was bewirkt ein Tier, was ein Mensch vielleicht nicht bewirken, oder nur zusammen mit einem Tier bewirken Kann?

Gut verständlich beschreibt die tiergestützte Therapie der Psychologe Dr. Gerald Gatterer, wenn er sagt:

"Unter Tiergestützter Therapie versteht man alle Maßnahmen, bei denen durch den gezielten Einsatz eines Tieres positive Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Menschen erzielt werden sollen. Das gilt für körperliche wie für seelische Erkrankungen. Das Therapiepaar Mensch & Tier fungiert hierbei als Einheit. Als therapeutische Elemente werden dabei emotionale Nähe, Wärme und unbedingte Anerkennung durch das Tier angesehen. Zusätzlich werden auch verschiedenste Techniken aus den Bereichen der Kommunikation und Interaktion, der basalen Stimulation und der Lernpsychologie eingesetzt". (Scriptum TAT, Vortrag Dr. G. Gatterer 2003).

Erfreulicherweise ist die Tiergestützte Therapie heute bereits auf dem Wege beachtet und anerkannt zu werden. Schon 1977 gab es in Wien ein privates wissenschaftliches Institut, das IEMT, Institut zur Erforschung der Mensch-Tier Beziehung. Im Jahre 2004 wurde in Wien ESAAT European Society for Animal Assisted Therapy gegründet, ein Verein zur Erforschung und Förderung der therapeutischen, pädagogischen und salutogenetischen Wirkung der Mensch/Tierbeziehung. Treibende Kraft für die Gründung dieses europäischen Dachverbandes für Tiergestützte Therapie war der Verein Tiere als Therapie. Ziel der ESAAT ist es, für die EU einheitliche Standards in den Ausbildungsrichtlinien auszuarbeiten, die Tiergestützte Therapie als anerkannte Therapieform zu etablieren und ein entsprechendes Berufsbild zu schaffen.

Der Einsatz von Therapietieren ist vielfältig, zum Beispiel in Schulen und Kindergärten, Behindertenheimen, in WG's für Behinderte oder für verhaltensauffällige

Kinder/Jugendliche, psychologischen Praxen, Naturheilpraxen, Sozialeinrichtungen, Krankenhäusern und Seniorenheimen. Auch diverse Betreuungen in Sportstätten(z.B. Reitbetrieben) oder zu Hause werden angeboten. Weiter gibt es die "City Farms", Bauernhöfe in Städten, wo Kindern und Jugendlichen durch Beschäftigung mit den Tieren wichtige Erlebnisse ermöglicht werden.

Durch gute Sozialisierung/Ausbildung eignen sich eine Fülle von verschiedenen Haustieren als Therapietiere, wobei Hunde und Pferde die häufigsten sind. Es wird aber unter anderem auch mit Schnecken und Schildkröten gearbeitet, eine Kollegin machte Besuche mit einem Hahn und eine andere mit ihrem Kater. Oft werden Kaninchen und Meerschweinchen eingesetzt und die Delphingestützte Therapie ist durch das Fernsehen schon fast allgemein bekannt.

Vorwort

Die ACU („Apalliker Care Unit“), lernte ich im Zuge meiner Ausbildung zur „Akademischen Fachkraft für Tiergestützte Therapien und Tiergestützte Fördermaßnahmen“ im Dezember des vorigen Jahres kennen.

Hierbei handelt es sich um eine spezielle Einrichtung für Patienten mit Apallischem Syndrom, auch Wachkomapatienten genannt. Diese wurde vor fünf Jahren ins Leben gerufen, um die dringlichen Anforderungen, welche die steigende Anzahl dieser PatientInnengruppe fordert, zu erfüllen. Nach einjähriger Vorbereitung konnte im Jahre 2001 der Betrieb voll aufgenommen werden. Die Station befindet sich in Pavillon XI im "Geriatrizentrum Am Wienerwald" (vgl. dazu Kap.2).

Der Besuch mit den KollegInnen bei diesen Patienten hatte mich zutiefst berührt.

Gleich dachte ich daran, dass ich dort gerne mit meinem Hund arbeiten würde.

Mein Angebot auf der Station tiergestützte Besuche zu machen und meine Hausarbeit darüber zu schreiben, wurde von Hr. Prim. Dr. Donis, Vorstand der Neurologie im GZW, und der Leitenden Stationsschwester Fr. Anita Steinbach bereitwillig angenommen.

Meine spontane Reaktion mag vielleicht verwundern, da der Umgang mit dieser PatientInnengruppe eine Auseinandersetzung mit großem persönlichem Leid darstellt und daher für alle Beteiligten belastend ist. Auch mit raschen, sichtbaren Erfolgen war nicht zu rechnen.

Da es aber in meiner Familie vor Jahren einen Fall von so erstaunlicher Genesung nach einem 3-monatigen Koma gab, ging ich voller Glauben an die Möglichkeiten dieser Patienten zur Rückkehr in ein "selbstbestimmtes Leben" an die Aufgabe heran.

Diese PatientInnen führen ein Leben, welches für gesunde Menschen nicht leicht vorstellbar ist. Meist neigt ein flüchtiger Besucher dazu, großes Mitleid zu empfinden. Wert in solch einem beeinträchtigten Leben zu erkennen, fällt schwer, auch die Vorstellung, Hilfe leisten zu können ist nicht leicht.

Nur die Nähe zu den PatientInnen lässt uns erkennen, dass sie nicht nur wahrnehmungs- und erlebensfähig sind, sondern auch, wie wir alle, das Bedürfnis haben nach Kommunikation, nach Erleben, nach Austausch mit der Umwelt. Trotz ihrer

schweren Behinderung sind sie mit psychosozialen Kompetenzen ausgestattet, was für einen außenstehenden Besucher allerdings schwer erkennbar ist. Gerade wenn wir in unserer Beziehungsfähigkeit so stark eingeschränkt sind, sind wir auf unsere Umwelt extrem angewiesen. "Der Mensch wird am Du zum Ich" (Buber 1984, S.32). Daher sollte die entscheidende Frage sein: "Wie kann ich dem anderen ein gutes Du sein?" (Feuser 1991, Zeitschrift für Heilpädagogik, 42,).

Mir hat es Freude gemacht, dort mit ein Teil zu sein der vielfältigen Versuche, in das Leben dieser Menschen ein Lachen, etwas Fröhlichkeit, eine angenehme Abwechslung hineinzubringen, auch wenn es nur Minuten oder Stunden in diesen Leben gewesen sind.

Dazu möchte ich einen Satz von M. v. Ebner- Eschenbach zitieren, sie sagte: "Nicht was wir erleben, sondern wie wir es empfinden, macht unser Schicksal aus".

Ich bin davon überzeugt, dass uns Tiere gerade im Erleben ungeheuer viel geben können. So stelle ich die Hypothese auf, dass ein Hund, der mit mir zu den PatientInnen kommt, eine Bereicherung im Erleben dieser Menschen ist.

Seit Mitte der 1960er Jahre (Prof. F. Gerstenbrand), ist bekannt, dass das Anbieten von Anregungen sowie das Ermuntern der PatientInnen zu Eigeninitiative äußerst wichtig für eine Verbesserung ihres Zustandes sind.

Die Akzeptanz meiner Bemühungen war groß, sowohl von den Angehörigen als auch von den Schwestern. Mithilfe oder auch Interesse war von den meisten anwesenden Angehörigen und von einigen Schwestern vorhanden; abgelehnt wurden wir meines Wissens von niemandem.

Meine Hündin Rita ist eine 3-jährige Balearen-Laufhündin (Podenca Ibicenca) und ich habe sie von Anfang an für recht geeignet gehalten, da sie von Natur aus ein sehr ruhiger und zartfühlender Hund ist. Außerdem ist sie nicht schwer, so konnten wir sie (Anwesenheit einer Pflegeperson war Voraussetzung), auch bei einigen PatientInnen ins Bett kommen lassen, ohne dass wir Angst haben mussten, sie könnte jemanden verletzen oder eine Sonde verschieben. Selbstverständlich durfte der Hund nur auf Silvia Girardoni

Wunsch der PatientInnen in das Bett. Rita war tatsächlich immer ganz vorsichtig, und nie ist etwas für die PatientInnen Unangenehmes passiert.

Kuschelfaktor hat sie durch ihre Größe und ihr kurzes Fell weniger, und für einige Besuche hätte ich mir sehr einen kleineren Hund mit längerem Fell zum Schoßsitzen gewünscht.

Das Arbeiten erforderte große Konzentration auf PatientInnen und Hund. So war ich zum Schluss meiner Arbeit sehr dankbar für die 3 Praktikantinnen vom Verein TAT, die mir von Fr. Widder zur Seite gestellt wurden. Sie schrieben während der letzten sechs Sitzungen fleißig mit und eröffneten mir noch tiefere Einblicke in die Reaktionen der PatientInnen.

Am 10. Januar des Jahres war mein erster Besuch mit Rita im Geriatriezentrum und ich bin bis Ende August fast alle Donnerstage dort gewesen. Es fällt mir schwer, nun die Station wieder verlassen zu müssen.

Danksagung

Ganz herzlich möchte ich mich bei Fr. Prim. Dr. Fuchswans für die freundliche und ganz unverhoffte Hilfe bedanken. Ebenso bei Fr. Helga Widder für die Einsetzung der drei Praktikantinnen Marisa Eberhardt, Julia van Nahmen und Marlies Hoffmann, denen ich hiermit auch danke sage.

Weiter bei Fr. Brigitte Chladek, die mich in den Hausbrauch auf der Apalliker-Station einführte und mir gestattete, mit ihrem Sohn Roman das Video zu drehen. Außerdem kochte sie auch sehr guten Kaffee.

Meinem Freund Daniel Hackenberg vielen Dank für die professionelle Arbeit mit der Kamera, und bei der Fertigstellung des Videos.

Meiner Freundin Marisa Eberhardt danke ich sehr für ihre Geduld bei der Auffrischung meiner Statistikkenntnisse. Schließlich danke ich meiner Freundin Kerstin Hofer für die Hilfe bei der Formatierung vor der Abgabe.

"Last but not least" danke ich meiner Hündin Rita, die außerordentlich sanft und geduldig mit den Patienten umging, auch wenn sie manchmal in für sie etwas belastenden Situationen arbeitete.

1 Das Apallische Syndrom

1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff leitet sich vom lateinischen „pallium“, Hirnmantel, a pallium, ohne Hirnmantel, also ohne Großhirn ab. Die Funktion des Großhirns ist demnach ganz oder teilweise ausgefallen. Es muss aber ein substantieller Schaden des Großhirnes gar nicht vorliegen, es kann sich auch um eine Schädigung der Verbindungsbahnen zwischen Hirnrinde und Hirnstamm handeln.

Im Jahre 1994 definierte die Gesellschaft „The Multi Society Task Force on PVS (Persistent Vegetative State)“, folgendermaßen:

„Das Apallische Syndrom ist ein klinischer Zustand mit Fehlen jeglicher Wahrnehmung der eigenen Person sowie der Umwelt bei erhaltenem Schlaf - Wachrhythmus und erhaltenen lebenswichtigen vegetativen Funktionen und Hirnstammfunktionen.“

(vgl. Medical aspects of the persistent vegetative state 1994. "The New England Journal of Medicine" 330, S.22).

1.2 Einführung

"Der Begriff Apallisches Syndrom bezeichnet einen der schwersten Schäden des Gehirns, die ein Mensch gerade noch überleben kann". (vgl. Prim. Dr. Donis, www.wachkoma.at).

Jährlich kommen alleine in Österreich ca. 400 bis 800 neue Fälle von PatientInnen mit Apallischem Syndrom, auch WachkomapatientInnen genannt, dazu. Eine genaue Bezifferung dieser Patientengruppe fällt schwer, da viele Erkrankte auf geriatrischen Einrichtungen oder in Wohngemeinschaften untergebracht sind, viele auch zu Hause gepflegt werden.

Gesundheit ist kein unveränderliches Gut. Wir alle wissen, dass durch einen Verkehrsunfall, Sportunfall, einen Herzinfarkt oder Hirnschlag wir selbst oder unsere Angehörigen von heute auf morgen auch in diese Lage geraten können.

Trotzdem, oder vielleicht gerade deshalb, aus einem Verdrängungsmechanismus heraus, existieren diese PatientInnen eigentlich nicht in unserem Leben, sofern wir nicht schon einmal mit solch einem Fall in Berührung gekommen sind. Auch wenn wir darüber lesen oder hören, begreifen wir nicht ganz, was das eigentlich bedeutet, "Wachkoma". Solange bis wir es gesehen haben, zuerst das Koma, dann die verschiedenen Aufwachphasen, schließlich vielleicht sogar die Reintegration.

Das Wachkoma entwickelt sich aus dem Koma. Auf der Website der Wachkomagesellschaft (<http://www.wachkoma.at>) habe ich eine sehr anschauliche Beschreibung von Koma gefunden, die ich hier gerne zitieren möchte:

"Koma ist eine ungewöhnlich tiefe Betäubung oder ein tiefer Schlaf, der entweder durch eine schwere Krankheit oder als Folge einer schweren Schädel-Hirnverletzung auftritt. Medizinisch wird Koma mit Bewusstlosigkeit gleichgesetzt. Eine Bewusstlosigkeit ist jedoch nach moderner Auffassung nicht einfach ein organischer Ausfall von Bewusstseinsfunktionen, sondern stets auch eine seelische Antwort auf Gewalteinwirkung. So ist Koma kein passiver Zustand, sondern eine aktive, bis auf tiefste Bewusstseinsstufen zurückgenommene Lebenstätigkeit. Koma hat Schutzfunktion und ermöglicht es den Betroffenen, ganz bei sich selbst zu sein. In diesem Sinne ist es eine extreme, höchst empfindsame, verletzliche und somit äußerst schutzbedürftige Lebensform am Rande des Todes. Damit ist Koma aber zugleich nicht einfach nur Ausdruck einer Krankheit, also pathologisch, sondern auch möglicher Ausgangspunkt einer neuen Lebensentwicklung, dementsprechend eine sinnvolle Lebensform" (vgl. www.wachkoma.at/informationen/was_ist_ein_koma.htm , Quelle: PD Dr. med. Andreas Zieger).

1.3 Vom Koma zum Wachkoma

Das Wachkoma oder Apallische Syndrom entwickelt sich, wenn der/die PatientIn nach dem primären Ereignis nicht nach ca. zehn bis vierzehn Tagen erwacht.

Im Wachkoma öffnet der/die PatientIn die Augen, atmet selbstständig und entwickelt Schlaf-Wachrhythmus. Es kommt zur klassischen vegetativen Symptomatik, wie Hypersalivation (starke Speichelabsonderung), starkem Schwitzen sowie Blutdruck- und Temperaturschwankungen. Motorisch findet man eine Beugstellung der oberen Extremitäten und eine Streckstellung der unteren Extremitäten. Gerichtete Äußerungen sind nicht möglich (vgl. Donis, www.wachkoma.at).

Das Apallische Syndrom im Vollbild ist die Phase 2 in der Reihe der Remissionsphasen (vgl. Seite 11). Jemand, der im Vollbild Wachkoma verbleibt, also keinerlei Kommunikationsansätze zeigt, lebt meist nicht länger als zwei Jahre (vgl. Symptome- u. Diagnosekriterien, S. 15).

Donis vergleicht das Bewusstseinsstadium eines Apallikers mit dem eines Neugeborenen. "Wer kann schon sagen, ob ein Neugeborenes ein Bewusstsein hat oder nicht", gibt Donis zu bedenken. "Bewusstsein lässt sich nicht objektivieren. Es ist daran messbar, wie weit eine Person in der Lage ist, mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten. Die Möglichkeit der Kontaktaufnahme hängt ganz extrem von der Zuwendung und Förderung durch die Betreuer ab. Der Fortschritt der Entwicklung hängt vom Angebot der Förderung ab" (vgl. Donis, www.wachkoma.at).

Auch der Mensch im Wachkoma ist unser Mitmensch, lebt mit uns und kann unsere Bemühungen um Aufnahme einer Kommunikation mit ihm nicht nur erfassen, sondern hat auch das Bedürfnis danach.

Ein kurzer Rückblick in die Geschichte

Der Begriff Wachkoma oder Apallisches Syndrom ist aus sehr verständlichen Gründen jung. Bis nach dem 2. Weltkrieg kannte man die Reanimation und Frührehabilitation, wie sie heute angewandt wird, noch gar nicht. Es gab daher auch keine Wachkomapatienten, Menschen mit so schweren Verletzungen waren damals unrettbar.

1940 wurde von E. Kretschmer erstmals ein Begriff für diese Patientengruppe geprägt: "Apallisches Durchgangssyndrom" – gleichzeitig erkannte er, dass vollständige Rückbildung im Prinzip möglich ist.

F. Gerstenbrand bezeichnete diesen Zustand dann als „Das traumatische Apallische Syndrom“. Er beschrieb genau das klinische Bild und die Remissionsstadien. Vor allem aber betonte er die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit einer konsequenten Betreuung und einer konsequenten Rehabilitation.

Im angloamerikanischen Raum bezeichneten Jennett & Plum das Apallische Syndrom „Persistent or permanent vegetative state“. Sie bezeichneten den unveränderten Zustand nach einem Monat als „persistent VS“, nach einem Jahr als „permanent VS“ und begrenzten durch die Bezeichnung "permanent", also " für immer andauernd", die prinzipielle Rückbildungsfähigkeit mit einem Jahr.

Die oben genannten Autoren begründeten daher auch den grundlegend unterschiedlichen Zugang der beiden Kulturen zum Thema "Menschen im Wachkoma":

Verschiedene Auffassungen in verschiedenen Kulturkreisen

Europäischer Kulturkreis:

Hier wird das Apallische Syndrom als ein Durchgangssyndrom gesehen. AS Patienten sind Schwerstbehinderte, die sich in einer extremen Lebenslage am Rande des Todes befinden und unter äußerst isolierten Lebensbedingungen leben. Sie sind vollständig auf die Hilfe anderer angewiesen und extrem verletzlich. Ihre menschliche Würde ist in äußerster Gefahr.

Das Ziel aller Therapien und Bemühungen um diese Patienten ist daher, ihnen ein würdevolles Leben zu ermöglichen.

Angloamerikanischer Kulturkreis:

Hier sieht man im Apallischen Syndrom einen „vegetative state“ (vegetativer Zustand). Ein auf die vegetativen Funktionen des Körpers zurückgeworfenes Leben, das mit einem Endstadium gleichgesetzt wird.

Nach dieser Auffassung ist das Ziel aller Handlungen ein würdevolles Sterben.

Symptome – Diagnosekriterien

Das erste Stadium von Wachkoma, das sogenannte "Vollbild", wird folgendermaßen beschrieben:

Fehlende Bewusstseinstätigkeit und Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Person sowie der Umwelt. Augen öffnen – spontan oder nach Stimulation. Schlaf-Wachrhythmus ist vorhanden

Fehlen aller wiederholbaren, sinnvollen adäquaten oder willentlichen Reaktionen auf optische, akustische oder taktile Reize sowie auf Reize aus dem Körperinneren

Fehlen jeglichen Sprachverständnisses und jeglicher Sprachproduktion

Fehlen willkürlicher Bewegungen bei typischer Körperhaltung

Vorhandensein enthemmter vegetativer ("hypothalamischer") Funktionen

Vorhandensein autonomer Hirnstammfunktionen (Atmung, Kreislauf, Temperatur)

Blasen- und Mastdarminkontinenz

Erhaltene Hirnstamm- und Primitivreflexe

Dieser Zustand kann permanent bestehen bleiben oder sich über mehrere Stadien rückbilden, wobei die Rückbildung in jedem Stadium zum Stillstand kommen kann.

80 Prozent aller PatientInnen kommen in einen Remissionszustand. Dieser kann jedoch jederzeit zum Stillstand kommen.

Ursachen für das Apallische Syndrom

Als Ursachen unterscheiden wir traumatische und nicht traumatische Ereignisse.

Traumatisch:

Schwere Unfälle mit Schädel- Hirn Trauma (SHT), das sind Verletzungen von Kopfschwarte, knöchernem Schädel und Gehirn durch äußere Gewalt.

Nicht traumatisch:

Hypoxische (vgl. Glossar) Hirnschädigungen

Herz-Kreislaufstillstand

Pulmonale Erkrankungen

Prolongierte hypotone Episoden

Beinahe Ertrinkungstod

Beinahe Strangulationstod

Cerebrovasculäre (d.Hirngefäße betreffende) Ursachen

Ausgedehnter Schlaganfall

Hirnblutung

Subarachnoidalblutung (vgl. Glossar)

ZNS-Infektionen

ZNS-Tumore

Intoxikationen

1.4 Prognosen des Apallischen Syndroms

Hinsichtlich der Prognosen muss man sagen, dass die Vorhersagevalidität nur bei 60% liegt. Das bedeutet, dass nur 60% aller Vorhersagen zutreffen. Etwa 80% aller PatientInnen erreichen eine Remission. Die durchschnittliche Überlebensdauer beträgt drei bis fünf Jahre. Es werden aber auch Überlebenszeiten von bis zu vierzig Jahren beschrieben. Nach drei Jahren sind 82% der PatientInnen verstorben, nach fünf Jahren 95%. Es gibt prognostische Faktoren, die einen Unterschied machen in Hinblick auf die voraussichtliche Genesung:

Prognostische Faktoren

Generell kann man sagen, dass eine traumatische Ursache günstiger ist als eine nicht traumatische, da jede Krankheit schon eine Vorschädigung des Körpers bedeutet. Auch haben jüngere PatientInnen allgemein eine bessere Prognose. Ungünstig wirken sich cerebrale Vorschädigungen und überhaupt jegliche Komplikationen, aber auch eine längere Dauer des Wachkomazustandes aus.

Die Geschwindigkeit der anfänglichen Rückbildung spielt ebenfalls eine Rolle, je schneller diese ist, desto besser ist die Prognose.

Aufschlussreich sind ebenso die Untersuchung mit Hilfe der Glasgow Coma Scale (vgl.S.12), sowie die initiale Okulomotorik

Zur Prognose dienen auch Untersuchungen der SSEP (Somato-sensorisch evozierte Potentiale), beidseitiges Fehlen ist ein ungünstiger Faktor, und der Läsionen (vgl. Glossar) im Corpus Callosum (vgl. Glossar); ist der dorsolaterale Hirnstamm (vgl. Glossar) betroffen, ist die Prognose ungünstiger





GCS – Die Glasgow Coma Scale

Die Glasgow Coma Scale beinhaltet ein Punkte-Schema, mit dessen Hilfe eine Bewertung von Hirnfunktionsstörungen nach einer Schädel-Hirn-Verletzung möglich ist.

- 13 - 15 Punkte: leichtes Schädel-Hirn-Trauma
- 9 - 12 Punkte: mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma
- 3 - 8 Punkte: schweres Schädel-Hirn-Trauma

Durch Addition sind 3 - 15 Punkte möglich, weniger als 5 Punkte sind ungünstig.

Als Kriterien werden Augen öffnen, verbale Reaktion auf Ansprache und motorische Reaktion herangezogen: Quelle: www.wachkoma.at

Augen öffnen	Anzahl der Punkte	Größe der Pupillen
spontan	4 Punkte	 eng
auf Anruf	3 Punkte	
auf Schmerz	2 Punkte	 mittel
auf Schmerz nicht	1 Punkt	
Beste motorische Antwort	Anzahl der Punkte	 weit
auf Aufforderung	6 Punkte	
auf Schmerz gezielt	5 Punkte	 entrundet
auf Schmerz ungezielt	4 Punkte	
Beugesynergismen	3 Punkte	
Strecksynergismen	2 Punkte	
keine Schmerzabwehr	1 Punkt	
Verbale Antwort	Anzahl der Punkte	Reaktion
koordiniertes Gespräch	5 Punkte	+ prompt
unkoordiniertes Gespräch	4 Punkte	(+) verlangsamt
einzelne Wörter	3 Punkte	- keine
unverständliche Laute	2 Punkte	
keine Antwort	1 Punkt	

Todesursachen

Als häufige Todesursachen werden festgestellt:

Aspirationspneumonie, Urosepsis (vgl. Glossar)

Herz – Kreislaufversagen (30%)

Unklarer "sudden death" (9%)

Asphyxie (vgl. Glossar)(6%)

Rezidiv (Rückfall) der auslösenden Erkrankung

1.5 Die Remissionsstadien

Als Remission wird der Verlauf einer Entwicklung zurück in das bewusste Erleben bezeichnet. Die PatientInnen nehmen wieder Kontakt zu ihrer Umwelt auf. Mittels Gesten, Blicken oder Berührungen kommunizieren sie mit ihrer Umgebung. Die Remission durchläuft vom Koma über das Wachkoma bis zum Integrationsstadium sieben Remissionsphasen. Die Dauer der einzelnen Phasen ist unterschiedlich und die Übergänge sind fließend. Nicht alle PatientInnen erreichen alle Stadien, manche bleiben in einer Phase stehen. Dieser Stillstand kann sich aber auch wieder auflösen. Auch kann der Anfang der Rückbildung in sehr unterschiedlichen Zeiträumen verlaufen.

Phase 1: Koma

Tiefe Bewusstlosigkeit

Kein Augenöffnen auf Schmerz

Phase 2: Wachkoma – Apallisches Syndrom

Keine emotionalen Reaktionen

Lange Schlaf- und kurze Wachphasen

Augen sind länger geöffnet

Reflektorische Primitivmotorik auf Schmerzreize und pflegerische Maßnahmen.

Motorische Primitivschablonen – Massenbewegungen auf verschiedenste äußere Reize

Wischbewegungen und orale Mechanismen

Ausgedehnter Hypertonus (Spastik)

Phase 3: Primitiv – psychomotorische Phase

Undifferenziertes ängstliches Verhalten

Ängstlicher Ausdruck wird zunehmend differenzierter in Augen und Mimik

Schwitzen

Wachphasen beginnen sich an der Tageszeit zu orientieren

Blickkontakt ist für kurze Zeit möglich

Optisches Fixieren ist möglich, aber kein Erkennen. PatientIn beginnt den Kopf zu drehen

Psychomotorische Unruhe-, Abwend-, -Wisch und Strampelbewegungen

Esstraining wird möglich

Lockerung des rigiden Haltungstonus

Phase 4: Phase des Nachgreifens

Ungeduld bei der Pflege und Therapie (Augenschließen und Kopfwegdrehen)

Erste mimische Reaktionen

Sicheres optisches Fixieren und Verfolgen von Personen und Gegenständen, die sich im Gesichtsfeld befinden. Außerhalb des Gesichtsfeldes noch nicht möglich

Alles wird in den Mund gesteckt, aber ohne Absicht dahinter

“Unmutsbrummen“, ein Lallen wird beobachtet

Gezielte motorische Fähigkeiten – Hand öffnen und schließen, Kraftdosierung fehlt noch, vor allem beim Festhalten und Loslassen

PatientIn greift gezielt nach Gegenständen, aber auch gerne in das Essen

Hypertonus lässt nach

Fehlendes Verständnis der Situation

Phase 5: Klüver-Bucy-Phase

Rasch wechselndes Affektverhalten – Zorn wechselt mit Schmeicheln und Streichelverhalten

Gefühle wie Trauer oder Freude werden differenzierter

Code –Sprache (z.B.: Augen einmal schließen = ja), ist möglich, auch bedingtes Sprach- und Situationsverständnis

Personen werden wieder erkannt und unterschieden

Sprache kommt zurück, bei einigen Patienten innerhalb kürzester Zeit

Beherrschte Fähigkeiten setzen wieder ein

Koordination und Kraftdosierung werden sicherer und gezielter (Hand geben, Löffel halten, Rumpf- und Kopfkontrolle, Gehen mit Hilfe)

Willkürmotorik (oft spastische Bewegungen) und motorische Schablonen(z.B. Handkuss) setzen ein

Ess-Sucht

Fehlendes Schamgefühl

Inkontinenz

Phase 6: Korsakow–Phase

Bewusstwerden der eigenen Gefühle (z.B. Trauer)

Euphorische wechselt mit depressiver Stimmungslage

Aufbau der Sprache (Logopädie wichtig)

Orientierung beginnt, auch werden erste Wünsche konkret benannt

Bewusstwerden der eigenen Person (Suizidgefahr tritt ein)

Koordinierte und komplexe Bewegungsabläufe werden möglich

Ansatzweise eigeninitiiertes Handeln möglich

Freies Gehen

Ausfälle im Kurz– und Mittelzeitgedächtnis kommen vor

Häufig erhebliche Beuge– und Streckspasmen, dadurch starke Diskrepanz zwischen geistiger und motorischer Leistungsfähigkeit

Phase 7: Integrationsstadium

Orientierung und sinnvolles Handeln möglich

Gute Mitarbeit in der Therapie

Auseinandersetzung mit Umwelt

Tagesablauf kann geplant werden

Berufs- und Zukunftswünsche werden geäußert

PatientIn wird motorisch zunehmend unabhängiger

In den meisten Fällen ist PatientIn Harn- und Stuhlkontinent

Einstellung zur eigenen Behinderung und zu sich selbst wird positiver

Es kann aber eine Reihe von Problemen bestehen bleiben, die beträchtliche Behinderungen darstellen:

Gedächtnis und Merkfähigkeitsstörungen

Konzentrationsschwäche

Sehstörungen bis zur Blindheit

Körperliche Behinderungen

Distanz - und Kritikschwäche

Reizbarkeit und Ablenkbarkeit

Mangelnder Antrieb

Geringe Flexibilität

Für die Angehörigen und Freunde bedeutet all das eine dauernde Belastung.

1.6 Die Situation der Angehörigen

Akutsituation

Die Angehörigen erleben einen massiven Schock bei Information durch den behandelnden Arzt. Die Aufklärung durch die Ärzte ist auch oft mangelhaft, und die medizinischen Fachausdrücke erleichtern ein Verstehen sicher nicht. Es gilt die folgenden, schwer zu verkräftenden Tatsachen zur Kenntnis zu nehmen:

Akutes Ereignis

Unklarheit der Prognose

Unbestimmtheit der Krankheitsdauer

Fremdes, unfassbares Krankheitsbild

Unverständliche Verhaltensweise der PatientInnen

Unfähigkeit zur Kommunikation

Die Angehörigen müssen zur Kenntnis nehmen, dass nichts je wieder so sein wird, wie es einmal war.

Am Anfang ist es sicherlich am allerschwierigsten, überhaupt zu begreifen, in was für einen Zustand der/die Angehörige oder FreundIn geraten ist. Dass er/sie zwar lebt, aber niemand weiß, wie lange; es keine Möglichkeit zu kommunizieren gibt, sodass man vom Kranken selber nichts über seine Gefühle erfahren kann und wie er/sie den momentanen Zustand selbst erlebt.

Die Angehörigen verfallen meist in eine Reihe von Abwehrreaktionen. Verleugnen und Verdrängen wechselt mit aufgeregten Aktionen und auch Ablehnung des/der Angehörigen bis zu Schuldzuweisungen und Selbstvorwürfen. Es ist oft nötig, die Angehörigen professionell zu betreuen, da in so einem Krankheitsfall meist die Familie und auch die engen Freunde, die sonst vielleicht gute Hilfe leisten könnten, überfordert sind.

Umgang mit der Krankheit

Erst mit der Zeit und mit professioneller Hilfe (Coping Strategien, gruppendynamische Arbeit), gelangen betroffene Freunde und Verwandte im glücklichen Falle zu einer reifen Verarbeitung und können mit Hilfe der Trauerarbeit beginnen, die Situation zu bewältigen. Sobald dann nach einiger Zeit die Akzeptanz der Situation eingesetzt hat, können die Angehörigen ausgesprochen gute Arbeit bei der Hilfe zur Rehabilitation leisten.

Meiner Meinung nach ist die menschliche Zuwendung ein sehr wesentlicher, wenn nicht der wichtigste Teil der langwierigen Arbeit, die PatientInnen wieder in die bewusste Welt des Erlebens zurückzuholen. Ich möchte damit zum Ausdruck bringen, dass trotz höchst effizienter medizinischer und therapeutischer Verfahren, die den PatientInnen unbedingt in jedem möglichen Maße zukommen sollten, leider noch nicht alles getan ist.

Die ganz persönliche, liebevolle Zuwendung von vertrauten Menschen und PflegerInnen, die nicht aufgegeben haben, ist ein unverzichtbarer Faktor, ohne welchen, meiner persönlichen Ansicht nach, kein durchschlagender Erfolg erzielt werden kann. (vgl. dazu S. 21 ff)

Daher ist die Einrichtung der "Österreichischen Wachkomagesellschaft" ein großer Schritt zur Hilfe für Angehörige und Betroffene gewesen.

Hier findet man die nötigen Adressen und Hinweise, wo man fachgerechte Hilfe bekommen kann. Die Ziele der österreichischen Wachkomagesellschaft sind breit gestreut: Sie betreibt Öffentlichkeitsarbeit und setzt sich für die umfassende Information sowohl der Institutionen als auch des professionellen Pflegepersonals ein. Weiter bemüht sie sich um Kooperation mit politisch Verantwortlichen, organisiert den österreichweiten Aufbau und die Verbesserung der Betreuungsstrukturen. Sie betreibt die Errichtung einer Plattform zum Thema Wachkoma, Beratung und Information sowie psychologische Betreuung der Angehörigen. Ebenso wird der Aufbau einer durchgängigen und flächendeckenden Rehabilitation für Betroffene vorangetrieben. Die Hilfe für die Pflege zu Hause und betreute Wohnmöglichkeiten mit aktiver Einbindung durch die Angehörigen werden gefördert.

2 Apalliker Care Unit (ACU)

Die Betreuung von WachkomapatientInnen unterscheidet sich durch die Schwere der Erkrankung und das erhöhte Betreuungsausmaß grundsätzlich von der Pflege anderer PatientInnen. Rund ein Drittel aller WachkomapatientInnen bedarf stationärer Langzeitbetreuung. Dafür gab es in Wiens Gesundheitseinrichtungen bis 2001 keine Strukturen.

In Österreich gab es für AS-PatientInnen wohl einige Wochen intensiv-medizinische Pflege und danach die Betreuung in einem Neurologischen Krankenhaus bzw. einer Rehabilitationsklinik. Dann aber beginnen die weiteren Versorgungsmöglichkeiten problematisch zu werden.

Die Leistungen der jeweiligen Krankenkassen entfallen und so werden Apalliker in geriatrischen Institutionen untergebracht. Diese sind wiederum für die speziellen Anforderungen nicht ausgerüstet und auch nicht geschaffen. Ganz abgesehen davon, dass rund die Hälfte der PatientInnen mit Apallischem Syndrom unter 40 Jahre alt ist.

Der Vorstand der Neurologischen Abteilung im Geriatriezentrum Wienerwald, Prim. Dr. Johann Donis, startete im Herbst 2000 ein Projekt zur Installierung einer Langzeit-Betreuungseinheit (ACU) für diese PatientInnengruppe.

Diese haben nur Möglichkeiten zur Rückbildung ihrer schweren Defizite, wenn sie spezielle, auf das Wahrnehmen feinsten Reaktionen abgestimmte Zuwendung durch Betreuungspersonen erfahren. Das Ziel war und ist es, die bestmögliche Lebensqualität für WachkomapatientInnen zu erreichen.

Zunächst war es notwendig, diese PatientInnen auf einer eigenen Station zu zentrieren und ärztliches sowie pflegerisches Betreuungspersonal speziell für diese PatientInnen auszubilden.

Die Aufgaben sind, das klinische Bild zu stabilisieren und zu verbessern, Rückbildungen sofort zu erkennen und weiter zu fördern, Sekundärkomplikationen zu verhindern und diese Menschen langsam wieder in ein Leben in der Gesellschaft zu reintegrieren.

Es dauerte ein Jahr, bis Österreichs erste auf WachkomapatientInnen spezialisierte Langzeitpflegestation errichtet war.

Das Betreuungsteam erfuhr eine umfassende Ausbildung in Pflegekonzepten, die darauf gerichtet sind, Wahrnehmung zu fördern. Dies sind vor allem Kinästhetik, Affolter (vgl. Glossar) und Basale Stimulation (vgl. Glossar).

Außerdem wurden die Angehörigen stark mit einbezogen und angeleitet, sodass sie als Co-Therapeuten betrachtet werden können. Neben Medizinerinnen und pflegerischen Fachkräften sind auch die verschiedenen interdisziplinären Berufsgruppen, wie LogopädInnen und PhysiotherapeutInnen, unverzichtbarer Bestandteil der Langzeitbetreuung. Zusätzliche wirkungsvolle Therapien sind Ergotherapie, Musik- und Kunsttherapie, Feldenkraistherapie und Kraniosakraltherapie.

2001 war die erste auf hochprofessionelle Betreuung von Wachkomapatienten spezialisierte Einrichtung, die Apalliker Care Unit, geschaffen. Das Modell der ACU wurde im Jahre 2002 mit dem "Golden Helix Award", einer europäischen Qualitätsauszeichnung im Gesundheitswesen, ausgezeichnet.

Es gibt heute bereits messbare Unterschiede in der Zufriedenheit der Mitarbeiter und der Angehörigen, sowie messbare Verbesserungen der Remissionsscores der PatientInnen.

Quelle: Internet, <http://traumland.web.med.uni-muenchen.de/index>

Quelle: Internet, <http://www.magwien.gv.at/vtx/vtx-rk-xlink?>

3 Tiergestützte Arbeit mit AS-PatientInnen und Praxis mit Hund Rita

Ich besuchte mit meinem Hund das Geriatriezentrum am Wienerwald, und zwar die Abteilung Neurologie auf Pavillon 11. Dort befindet sich im ersten Stock die sogenannte Wachkomastation, eine Einrichtung, die speziell zur Pflege und Langzeitbetreuung von PatientInnen im Wachkomazustand bzw. den darauffolgenden Stadien der Rehabilitation errichtet wurde. Die Besuchsdauer betrug ca. acht Monate, bei einem Besuch pro Woche. Der Besuch an sich dauerte etwa zwei Stunden, manchmal auch drei und mehr Stunden, abhängig von der Anzahl der PatientInnen, die anwesend sein konnten. Zu Anfang waren es acht und mehr, ich musste die Zahl einschränken. Sie schwankte meist zwischen sechs und vier. Fünf PatientInnen konnte ich statistisch auswerten.

Für die Arbeit mit WachkomapatientInnen kommt der basalen Stimulation eine übergeordnete Stellung zu.

Basale (lat: die Basis bildend) Stimulation bedeutet, dass wir uns der einfachsten und elementarsten Möglichkeiten bedienen, um mit einem Menschen in Kontakt zu treten.

In diesem Zusammenhang darf man nicht unerwähnt lassen, dass diese PatientInnen ein ebensolches Bedürfnis nach Kommunikation, Wärme und Umweltkontakten haben, wie ein gesunder Mensch. Dies entdeckten v.a. Christel Bienstein und Andreas Fröhlich, die die "Eltern" des Konzeptes der Basalen Stimulation und deren Anwendung auf apallische und komatöse PatientInnen sind. Da diese in ihrem Erleben so stark eingeschränkt sind, brauchen sie gezielte Anregung von außen. Ohne diese äußeren Einflüsse können sich weitere Schädigungen einstellen. Die Anregungen sind an das Erleben, die Biographie und die aktuellen Möglichkeiten der PatientInnen angepasst. Sie sollen einfach, verständlich und für die Betroffenen interessant sein, sodass sie sich eingeladen fühlen, aktiv zu werden

Ziel ist vor allem die Ermöglichung von Selbstwahrnehmung, sowohl psychisch als physisch, die Wahrnehmung und aktive Veränderung ihrer Umwelt sowie das Begreifen von Sinneszusammenhängen. Quelle: Internet, <http://www.basale.stimulation.de>

Wir wollen also in Kontakt treten und zurückgreifen auf die Basis, das Fundament allen menschlichen Handelns und Empfindens. Dass dabei gerade ein Tier einen Beitrag leisten kann, ist vielleicht nur auf den zweiten Blick zu erkennen. Aber sind Säugetiere nicht unsere nächsten Verwandten hier auf der Erde? Und könnten nicht gerade sie, die sie das fundamentale Leben auf natürlichste Weise repräsentieren, uns Menschen zu unseren existentiellen Wurzeln zurückbringen? Ich bin davon ausgegangen, dass dies möglich sein könnte.

Wann immer ich eine/n PatientIn alleine im Rollstuhl auf dem Gang oder im Aufenthaltsraum antraf, bemerkte ich dieselbe Haltung. Meist war der Kopf in extremer Seitenlage auf der Schulter gelagert, oder mit Hilfe einer Schlaufe an der Kopfstütze befestigt. Der Gesichtsausdruck war vollkommen leer, die Augen ausdruckslos.

Meist stellte sich ein erstes Erfolgserlebnis bereits bei der Ansprache ein: ich wurde angesehen! Als mich dann alle kannten, bekam ich auch ein spontanes Lächeln, von einigen sogar Antworten, oder zumindest Sprechversuche. Bei der Kontaktaufnahme mit Rita war eine gesteigerte allgemeine Aufmerksamkeit und ein Zuwachs an Eigeninitiative ganz deutlich.

Andere wiederum haben nie deutlich gezeigt, ob ihnen unser Besuch gefallen hatte.

Zur Schaffung möglichst objektiver Bedingungen befolgte ich ein kleines "Ritual". Es wurden alle PatientInnen von mir vorerst ohne Hund besucht, etwas später darauf mit Rita zusammengebracht.

Der praktische Teil der Arbeit soll im folgenden kurz beschrieben werden:

Der/die PatientIn wird als erstes von mir mittels einfacher Handlungen (Hand geben, streicheln, sanfte Ansprache....) darauf aufmerksam gemacht, dass jemand zu Besuch ist. In der Regel nehmen die PatientInnen diese Aufforderung zur Kommunikation gerne

an. Ich versuche einen Austausch (Kopfnicken, Handdrücken, eventuell Sprechversuche, etc) herbeizuführen und bringe sodann die Rede auf den Hund. Zumeist wird auf meinen Vorschlag den Hund zu begrüßen gerne eingegangen.

Wir bewegen den Rollstuhl in Richtung des Tisches, auf dem Rita wartet. Ich biete den PatientInnen verschiedene Möglichkeiten an mit dem Hund in Kontakt zu treten, etwa ihn zu streicheln, zu füttern oder auch nur anzusehen.

Die letzten sechs Besuche wurde ich von Praktikantinnen begleitet, die uns genau beobachteten und jede Reaktion schriftlich festhielten. Diese Aufzeichnungen übertrug ich in von mir angefertigte Tabellen (siehe unten).

Darin legte ich fest, welche Reaktionen die PatientInnen in den letzten acht Monaten zeigten, und welche Reaktionen positiv, welche negativ zu bewerten waren. Je nach Ausmaß ihres Auftretens wurden diesen mehr oder weniger Punkte zugeordnet.

Positive Kriterien

	Gar nicht 5	Wenig 10	Deutlich 15	Stark 20
Blickkontakt/Ansprache Ansicht d. H.				
Sprechversuch				
Sprachäußerung allg.				
Mimikänderung pos.				
Koordinierte Beweg. Extremitäten				
Entspannung allg.				
Lächeln/Lachen				
Σ				

Negative Kriterien:

	Gar nicht 5	Wenig 10	Deutlich 15	Stark 20
Angst				
Aggression				
Mimikänderung negativ				
Anspannung allg.				
Abwehr				
Trauer				
Erschrecken				
Σ				

4 Durchführung des Projektes

Die Fragestellung meines Projektes lautete:

Wirken sich Tiergestützte Besuche positiv auf den Fortschritt einer Rehabilitation von WachkomapatientInnen aus?

Bei der Durchführung meines Projektes ergaben sich einige Schwierigkeiten.

Ein fixer Termin konnte schnell vereinbart werden, dafür bot sich nur ein Tag in der Woche wirklich an, da viel Zeit der PatientInnen ausgefüllt war mit verschiedenen anderen Therapien.

Zuallererst musste ich damit zurechtkommen, dass ich von den PatientInnen nichts wusste und sie auch nach nichts fragen konnte. So fragte ich die Stationsschwester, wer denn ihrer Meinung nach von einem solchen Tiergestützten Besuch profitieren könne. Dabei wollte ich aus der Vorgeschichte der PatientInnen herausfinden, wer denn überhaupt schon einmal Tiere hatte.

Ich war der Meinung, dass ein von früher bestehender Bezug zu Tieren, in unserem Falle speziell Hunden, von Bedeutung wäre. Es gibt aber auch einige Schwestern auf der Station, die diesen Umstand nicht für unbedingt relevant halten

Ein bisschen Information gab es bei einigen - nämlich die im Hintergrund ihres Bettes aufgehängten Fotos. Dort hinter dem Bett hängt auch bei allen eine Tafel mit dem Namen und einer Anleitung, wie man den/die Betreffende/n ansprechen möge.

Auch von der/dem einen oder anderen Schwester/Pfleger war etwas über das frühere Leben zu erfahren. Am Leichtesten war es naturgemäß dort, wo regelmäßig Angehörige zu Besuch kamen, sie waren meist gerne bereit, zu erzählen.

Auch von der Leitung der Station bekam ich die fehlenden Auskünfte auf meine Bitte hin.

Nun kam ich acht Monate lang fast jede Woche zu Besuch. Dabei stellte sich heraus, dass nicht jeder Patient jeden Donnerstag im Aufenthaltsraum sein konnte. So haben wir auch PatientInnen in ihren Betten besucht, was manchmal sehr gute Ergebnisse gab. Ein/e Schwester/Pfleger waren da selbstverständlich immer mit dabei.

Manchmal gelang ein Besuch überhaupt nicht, weil es jemandem sehr schlecht ging, und manchmal, weil jemand spazieren gefahren wurde oder Eis essen war. Daraus erklären sich die unterschiedlichen Besuchszahlen in der Statistik, denn an den sechs Tagen, als mich die Praktikantinnen begleiteten und mitschrieben, waren nicht immer alle Patienten, mit denen ich schon vorher gearbeitet hatte, anwesend.

Anfangs kamen so viele PatientInnen in den für die Besuche vorgesehenen Aufenthaltsraum, dass sowohl meine Hündin als auch ich kapitulieren mussten, die Ermüdungserscheinungen waren zu groß. Nach und nach haben wir uns dann auf 5 Patienten eingearbeitet. Die wachsende Erfahrung half uns dabei enorm.

Der Raum wurde auch als Fernsehraum für geriatrische PatientInnen genutzt, sodass ziemlicher Lärm herrschte.

Auf meine Bitte hin wurde das viel besser und im Frühjahr bekamen die Apalliker dann das ganze Stockwerk für sich alleine.

Da die PatientInnen sämtlich im Rollstuhl saßen, war es gar nicht einfach, ihren Blick auf den Hund zu lenken. Der räumliche Abstand war etwas zu groß, sodass allein die Arbeit, den Hund in die Aufmerksamkeit des Patienten zu bringen, viel Zeit kostete.

Also begann ich nach einiger Zeit auf einem Tisch zu arbeiten, was sich als sehr vorteilhaft herausstellte. Gott sei Dank hatten die PflegerInnen nichts dagegen. Die PatientInnen hatten den Hund nun auf Augenhöhe, was die für sie oft sehr schwierige Steuerung der Blickrichtung und Drehung des Kopfes erleichterte.

Bald waren meine Besuche auf der Station gewohnte Routine und ich wurde sehr freundlich empfangen. Obwohl ich ja keine Therapie machte, freute ich mich, als ich einmal quer durch den Gang rufen hörte: "Herrn X, --- fertig machen zur Tiertherapie"!

In den folgenden Darstellungen möchte ich nun konkret auf die Auswirkungen der Tiergestützten Besuche auf die einzelnen PatientInnen eingehen.

Ich habe 5 PatientInnen statistisch ausgewertet.

Am Beispiel von Patient 1 führe ich jeden Rechenschritt bei einer Reaktion (Blickkontakt) im Detail an. Sämtliche genaue Auswertungen von Patient 1 – 5 sind der Arbeit als Anhang angeschlossen.

4.1 Patient 1

Vorgeschichte:

Patient 1 ist Herr R., 25 Jahre alt, Schädel-Hirntrauma durch Verkehrsunfall im Jahre 1999, seit 2003 im ACU. Remissionsstadium Phase 6 – 7. In der Familie des Patienten gab es früher 3 Hunde (hintereinander). Er bekommt fünf Mal in der Woche Besuch von seiner Mutter, die verschiedene Übungen mit ihm durchführt.

Erfahrungen bei den Besuchen

Hr. R. war vom ersten Besuch an sehr aufgeschlossen und kommunikativ. Blickkontakt war spontan da, optisches Fixieren war möglich. Er saß im Rollstuhl, konnte die rechte Hand gezielt bewegen, die linke Hand war permanent in Beugestellung, und nur schwer zu lockern. Personen wurden von ihm immer erkannt, Sprechversuche waren häufig,

vor allem mit der Mutter. Verständlichkeit der Sprache war nicht gegeben (außer für die Mutter).

Die Kraftdosierung rechts war anfangs schlechter möglich als gegen Ende der Besuche. Auch die Zielgenauigkeit der Arm- und Handbewegungen besserte sich, sowie die Entspannung im Bereich Hand/Finger. Bewegungen der unteren Extremitäten traten häufiger auf. Die Sprachäußerungen besserten sich sowohl qualitativ als auch quantitativ. Durch sein Allgemeinverhalten zeigte Hr. R. nicht nur Freude über meinen Besuch, sondern ganz deutlich auch Vorfreude auf den Hund, was er durch laute "Rufe" nach dem Hund und die Handbewegungen des Fütterns ausdrückte. Hr. R. lachte generell gerne und so freut es mich, dass der Hund auch hier eine signifikante Verbesserung brachte.

Die Auswertungen im Detail

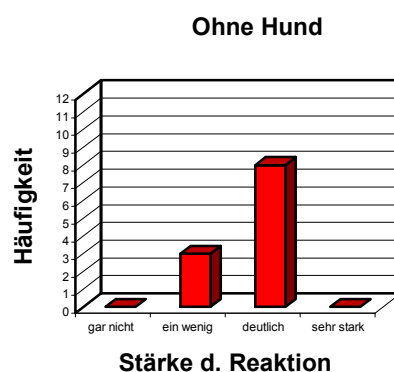
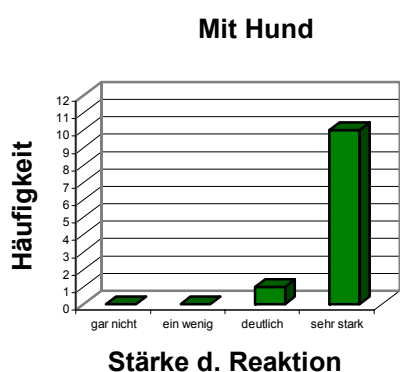
Patient R	
	Datum
1. Sitzung	07.07.2005
2. Sitzung	21.07.2005
3. Sitzung	04.08.2005
4. Sitzung	18.08.2005
5. Sitzung	25.08.2005

MH ... Mit Hund
 OH ... Ohne Hund
 x y z ... Anzahl der beobachtenden Personen

positive Reaktionen

Name	MH/OH	Reaktion			
Patient R	MH	Blickkontakt b. Ansprache / Bsp. Ansicht d. H.			
Sitzung	x y z	Reaktion			
		Gar nicht 5	Ein wenig 10	Deutlich 15	Sehr stark 20
1. Sitzung	xyz				xyz
2. Sitzung	xyz				xyz
3. Sitzung	xy				xy
4. Sitzung	xy				xy
5. Sitzung	x			x	
6. Sitzung					
Name	MH/OH	Reaktion			
Patient R	OH	Blickkontakt b. Ansprache / Bp. Ansicht d. H.			

Sitzung	x y z	Reaktion			
		Gar nicht 5	Ein wenig 10	Deutlich 15	Sehr stark 20
1. Sitzung	xyz			xyz	
2. Sitzung	xyz			xyz	
3. Sitzung	xy			xy	
4. Sitzung	xy		xy		
5. Sitzung	x		x		
6. Sitzung					



Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest zu Prüfung auf Normalverteilung:	
Mit Hund	
Um ein genaueres Ergebnis zu erhalten wurden die Werte verfünffacht in SPSS eingegeben	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,004
	$0,004 < 0,05 \rightarrow$ signifikant
d.h. es liegt keine Normalverteilung vor	

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest zu Prüfung auf Normalverteilung:	
Ohne Hund	
Um ein genaueres Ergebnis zu erhalten wurden die Werte verfünffacht in SPSS eingegeben	
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,024
	$0,024 < 0,05 \rightarrow$ signifikant
d.h. es liegt keine Normalverteilung vor	

Als geeignetes Verfahren um 2 Mittelwerte miteinander zu vergleichen habe ich mich für den t-Test bei unabhängigen Stichproben entschieden.

Voraussetzungen für den t-Test bei unabhängigen Stichproben:

1. Natürlich müssen die Stichproben unabhängig sein
2. Da das Berechnen der Stichprobenmittelwerte sinnvoll möglich sein muss, müssen die Messungen mindestens Intervallskalenniveau aufweisen.
3. Weiter wird in beiden Stichproben Normalverteilung des untersuchten Merkmals vorausgesetzt.
4. Schließlich müssen die Varianzen homogen sein.

Da bereits die Voraussetzung der Normalverteilung in allen Stichproben verletzt wird musste ich auf ein parameterfreies Ersatzverfahren, den sogenannten U-Test ausweichen.

Ziel des U-Tests:

Analog zum t-Test ist der Zweck des U-Tests der Vergleich von zwei Stichproben dahingehend, ob sie sich in der Größe der Messwerte signifikant unterscheiden.

Da der U-Test 95% der Macht¹ des t-Tests hat, ist der Verlust von 5% verschwindend gering. Ich entscheide mich daher für die gängige Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 0,05$

¹) Als Testmacht wird die Wahrscheinlichkeit bezeichnet, mit der ein Test eine falsche Nullhypothese entlarvt. Je größer α , umso größer auch $1 - \beta$ (Macht) und umgekehrt. Man muss also einen geeigneten Kompromiss zwischen möglichst großer Testmacht einerseits, damit möglichst viele falsche Nullhypothesen verworfen werden können, und möglichst kleiner Irrtumswahrscheinlichkeit andererseits finden.

Voraussetzung für den U-Test:

1. Die Daten müssen mindestens rangskaliert sein
2. Die Stichproben müssen unabhängig sein.

Aufstellung der Hypothesen:

H_0 = Nullhypothese

Es besteht kein Unterschied zwischen der Bedingung "Mit Hund" und "Ohne Hund"

H_1 = Alternativhypothese

Es besteht ein Unterschied zwischen der Bedingung "Mit Hund" und "Ohne Hund"

Wert	Rangplatz	Wert	Rangplatz
15	8	10	2
20	17,5	10	2
20	17,5	10	2
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
20	17,5	15	8
$n_1=11$	$r_1=183$	$n_2=11$	$r_2=70$

Prüfgröße: $U_{emp} = \min(u, u')$

$$U_{emp} = n_1 * n_2 + \frac{n_1 * (n_1 + 1)}{2} - r_1$$

$$U_{emp} = 11 * 11 + \frac{11 * 12}{2} - 183 = 4$$

$$U'_{emp} = n_1 * n_2 + \frac{n_2 * (n_2 + 1)}{2} - r_2 = n_1 * n_2 - U$$

$$U'_{emp} = 11 * 11 - 4 = 117$$

Da U_{emp} der kleinere Wert ist, ist es nicht erforderlich, U_{emp} und U'_{emp} zu vertauschen. Eigentlich dürfen keine identischen Messwerte ("Bindungen") auftreten, allerdings ist dies in der Praxis nicht vermeidbar, deshalb werden den Werten die mittleren Rangzahlen zugewiesen. Da in beiden Bedingungen ("Mit Hund" und "Ohne Hund") mehr als 10 Werte vorliegen, muss eine Normalverteilungs-Approximation durchgeführt werden! Dabei muss außerdem die Varianz korrigiert werden!!!

Die Formel lautet:

$$\delta^2_{korr}(U) = \frac{n_1 * n_2}{12 * N * (N - 1)} * \left[N^3 - N - \sum_{l=1}^k (t_l^3 - t_l) \right]$$

Erläuterungen zu dieser Formel:

$N = n_1 + n_2 \dots$ Gesamtzahl der Messwerte

k ... Anzahl der Bedingungen
 t_i... Anzahl der Werte innerhalb der I-ten Bindung

Bindungen	Messwert	t _i	t _i ³
1	10	3	27
2	15	9	729
3	20	10	1000
		22	1756

$$E(U) = \frac{n_1 * n_2}{2} = 60,5$$

$$\delta^2(U) = \frac{11*11}{12*22*21} * [22^3 - 22 - (1756 - 22)] = \underline{194,0714}$$

$$z_{emp} = \frac{U - E(U)}{\sqrt{\delta}} = \frac{117 - 60,5}{\sqrt{194,0714}} = \underline{4,0557}$$

$\alpha = 0,05$
zweiseitig
 $z_{krit} = 1,96$
 $4,0557 > 1,96 \Rightarrow \text{signifikant}$

Ergebnis:

Es liegt ein signifikanter Unterschied in der Reaktion "Blickkontakt bei Ansprache" zwischen MH und OH vor. Die H0 wird verworfen und die H1 angenommen!

Die signifikanten Unterschiede, die der Tiergestützte Besuch im Unterschied zum Besuch ohne Tier brachte, zeigt die untenstehende Tabelle:

positive Reaktionen	Signifikanz
Blickkontakt b. Ansprache	sign. +
Sprechversuch	o
Sprachäußerungen allgemein	sign. +
Mimikänderung positiv	sign. +
Koordinierte Bewegungen	sign. +
Entspannung allgemein	o
Lächeln / Lachen	sign. +
negative Reaktionen	Signifikanz
Aggression	/
Mimikänderung negativ	o
Anspannung allgemein	o
Abwehr	/
Trauer	o
Ablehnung Besuch	
Erschrecken	/

o	...keinerlei Unterschiede
sign. +	...signifikant positiver Unterschied
sign. -	...signifikant negativer Unterschied
/	...Reaktion ist überhaupt nie aufgetreten

Zusammenfassung Patient 1

Zusammenfassend betrachtet hat Rita für Hr. R. bei den letzten fünf Sitzungen jeweils mit Hund in fünf Kriterien positive Veränderungen gezeigt. Meine Hypothese, dass ein Tiergestützter Besuch für eine/n WachkomapatientIn positive Veränderungen seiner gegenwärtigen Situation bewirken kann, hat sich damit bei Patient 1 bestätigt.

4.2 Patient 2

Vorgeschichte

Patient 2 ist Hr. W., 57 Jahre alt, Schädel-Hirntrauma nach Verkehrsunfall im Jahre 1984, seit 1994 in Lainz, seit 2003 im ACU. Remissionsstadium Phase 6. Ein Pfleger berichtet von. Hundehaltung in früherer Zeit.

Er wird nicht besucht, seit seine Mutter vor Jahren verstorben ist.

Erfahrungen bei den Besuchen:

Die Besuche bei Hr. W. waren immer für eine Überraschung gut. Hr. W. spricht ausgesprochen deutlich und laut falls er dazu Lust hat. Das bescherte mir und dem Hund manche Beschimpfung am Beginn unserer Besuche. Schon bald aber verzichtete Hr. W. auf Schimpfworte, was die Frequenz der Sprachäußerungen allgemein allerdings minderte. Er antwortete aber immer deutlich mit ja oder nein und fütterte und streichelte Rita sehr geschickt. Mich hat Hr. W. einige wenige Male nicht beachtet, den Hund wollte er immer sehen. Auch seine aggressiven Reaktionen waren bei mir häufiger als bei Rita, wo es nur zweimal insgesamt zur Beschimpfung kam. Hr. W. fand unsere Besuche jedes Mal äußerst interessant. Obwohl wir ihm nie ein Lächeln hervorlocken konnten, betrachtete er das Geschehen mit äußerster Aufmerksamkeit. Dabei wirkte er ganz entspannt, eigentlich angenehm berührt. Eine Fortsetzung möchte ich unbedingt empfehlen.

Positive Reaktionen	Signifikanz
Blickkontakt b. Ansprache	o
Sprechversuch	sign. -
Sprachäußerungen allgemein	o
Mimikänderung positiv	o
Koordinierte Bewegungen	sign. +
Entspannung allgemein	sign. +
Lächeln / Lachen	/

Negative Reaktionen	Signifikanz
Aggression	sign. -
Mimikänderung negativ	o
Anspannung allgemein	o
Abwehr	o
Trauer	/
Ablehnung Besuch	?
Erschrecken	/

o	...keinerlei Unterschiede
sign. +	...signifikant positiver Unterschied
sign. -	...signifikant negativer Unterschied
/	...Reaktion ist überhaupt nie aufgetreten

Zusammenfassung Patient 2

Da es zu zwei signifikant positiven und zu zwei signifikant negativen Auswirkungen in seinen Reaktionen kam, wurde meine Hypothese nicht bestätigt.

4.3 Patient 3

Vorgeschichte

Patient 3 ist Herr P, 53 Jahre alt, Schädel-Hirntrauma durch Sturz im Jahre 1997, seit 1998 in Lainz, Neurologie, Pav. XI, seit 2000 im ACU. Remissionsstadium Phase 5. Ich bekam vom Pflegepersonal die Auskunft, dass er Hunde liebt. Er wird äußerst selten besucht.

Erfahrungen bei den Besuchen:

Hr. P hatte während der Besuchsmonate öfter mit gesundheitlichen Störungen zu kämpfen. Verständlicher Weise hing die Kontaktfähigkeit und Bereitschaft stark mit seinem subjektiven Wohlbefinden zusammen.

Hr. P konnte einige Male nicht im Aufenthaltsraum sein, sodass wir ihn einmal im Bett besuchten. Dieser Besuch brachte eine nie zuvor da gewesene Entspannung in Hr. P.'s Gesichtsausdruck und Körperhaltung.

Der Hund ermunterte ihn zu mehr gezielten Bewegungen der Arme und Hände; und allein der Anblick Ritas brachte Hr. P. zu herzlichem Lachen

Leider sind bei Hr. P viele Besuche krankheitshalber nicht zustande gekommen. Für ihn wäre es sehr von Vorteil, wenn die Besuche zwei mal wöchentlich stattfänden, da die Verfassung fast täglich wechselt

Positive Reaktionen	Signifikanz
Blickkontakt b. Ansprache	o
Sprechversuch	o
Sprachäußerungen allgemein	o
Mimikänderung positiv	o
Koordinierte Bewegungen	sign. +
Entspannung allgemein	o
Lächeln / Lachen	sign. +
Negative Reaktionen	Signifikanz
Aggression	/
Mimikänderung negativ	o
Anspannung allgemein	o
Abwehr	/
Trauer	o
Angst	o
Ablehnung Besuch	
Erschrecken	/

o	...keinerlei Unterschiede
sign. +	...signifikant positiver Unterschied
sign. -	...signifikant negativer Unterschied
/	...Reaktion ist überhaupt nie aufgetreten

Zusammenfassung Patient 3

Zusammenfassend hat Hr. P. während der Hundebesuche mehr gelacht und seine oberen Extremitäten mehr gezielt bewegt. als ohne Hund. Meine Hypothese wurde bestätigt.

4.4 Patient 4

Vorgeschichte

Patientin 4 ist Fr. SH., 51 Jahre alt, Hypoxischer Hirnschaden nach interzerebraler Blutung im Jahre 2001, seit 2003 im ACU. Remissions- stadium Phase 4 – 5. In ihrem Elterhaus gab es Hunde, Sie wird regelmäßig von ihrem Mann, ihrer Mutter und den Enkeln besucht.

Erfahrungen bei den Besuchen:

Bei Fr. SH waren die Besuche leider unregelmäßig. Oft fehlte sie im Aufenthaltsraum, und ob sie in ihrem Zimmer Hundebesuche wünschte, konnte ich nicht eruieren.

Sie zeigte minimale Fingerbewegungen, als ihr die Hand auf das Hundefell gelegt wurde. Bei Begrüßung bekamen sowohl ich als auch Rita selten Blickkontakt, gesprochen hat Fr. SH kein einziges Mal.

Sie wirkte immer traurig, und das konnte keiner unserer Besuche, weder mit noch ohne Hund, ändern.

Zusammenfassung Patientin 4

Signifikante Unterschiede gab es bei Fr. SH in keiner Reaktion, daher wurde meine Hypothese nicht bestätigt.

Positive Reaktionen	Signifikanz
Blickkontakt b. Ansprache	o
Sprechversuch	o
Sprachäußerungen allgemein	/
Mimikänderung positiv	/
Koordinierte Bewegungen	o
Entspannung allgemein	o

Lächeln / Lachen	/
Negative Reaktionen	Signifikanz
Aggression	/
Mimikänderung negativ	o
Anspannung allgemein	o
Abwehr	o
Trauer	/
Ablehnung Besuch	
Erschrecken	o

o	...keinerlei Unterschiede
sign. +	...signifikant positiver Unterschied
sign. -	...signifikant negativer Unterschied
/	...Reaktion ist überhaupt nie aufgetreten

4.5 Patient 5

Vorgeschichte

Patientin 5 ist Fr. S., 53 Jahre alt, Schädel- Hirntrauma durch Gewaltverbrechen im Jahre 2001, seit 2003 im ACU. Remissionsstadium Phase 5 – 6. Fr. S. hatte früher zwei Hunde, deren Fotos hinter ihrem Bett angebracht sind. Sie wird selten besucht.

Erfahrungen bei den Besuchen:

Fr. S. war anfangs mir gegenüber etwas zurückhaltend, den Hund hat sie schon das erste Mal mit Lachen begrüßt. Nach einigen Besuchen kannte sie mich und lächelte auch mich an. Fr. S. litt öfter unter Missstimmungen, die sie auch deutlich äußerte. Der Anblick des Hundes konnte sie meist versöhnlicher stimmen. Besondere Freude zeigte sie, wenn Rita zu ihr in das Bett durfte. Sprachäußerungen waren deutlich besser und

häufiger mit Hund als ohne Hund. Die Anwesenheit von Rita hat Fr. S. sichtlich entspannt.

Fr. S. konnten Besuche von vertrauten Personen allgemein Freude bereiten. An Tagen, an denen sie in schlechter Stimmung war, konnte der Hund sie fast immer aufheitern, mir war das meist nicht möglich. Sie würde sicher von mehrmaligen Hundebesuchen in der Woche profitieren.

Positive Reaktionen	Signifikanz
Blickkontakt b. Ansprache	o
Sprechversuch	sign.+
Sprachäußerungen allgemein	sign.+
Mimikänderung positiv	sign.+
Koordinierte Bewegungen	/
Entspannung allgemein	sign.+
Lächeln / Lachen	o
Negative Reaktionen	Signifikanz
Aggression	/
Mimikänderung negativ	o
Anspannung allgemein	o
Abwehr	o
Trauer	o
Ablehnung Besuch	
Erschrecken	/

o	...keinerlei Unterschiede
sign. +	...signifikant positiver Unterschied
sign. -	...signifikant negativer Unterschied

/	...Reaktion ist überhaupt nie aufgetreten
---	---

Zusammenfassung Patientin 5

Durch die vermehrten Sprechversuche mit Hund, die allgemein stärkere Stimmungsbesserung und die größere Entspannung durch den Hundebesuch wurde meine Hypothese bestätigt.

5 Schlussbetrachtung

Die Fragestellungen meiner Arbeit waren: Wirken sich Tiergestützte Besuche bei Wachkomapatienten positiv auf ihre temporäre Verfassung aus? Wenn ja, sind diese positiven Veränderungen messbar und statistisch nachweisbar? Sind diese Veränderungen auch in der Lage, weiterführend einen Rehabilitationsprozess positiv zu unterstützen?

Die Aufgaben, die ich mir stellte, waren die für diese PatientInnengruppe so wichtigen Anregungen zur Kontaktaufnahme, sowohl zur ihrer Umwelt als auch zu sich selbst. Durch das Lesen von Arbeiten über WachkomapatientInnen und durch eigene Erfahrungen war mir bewusst, dass diese Kontakte von den PatientInnen auf ihrem Weg zurück in das Leben unbedingt benötigt und auch von ihnen gewünscht werden. Dabei war klar, dass AS-PatientInnen stark auf das Anbieten verschiedenster Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme angewiesen sind. Durch ihre starke Behinderung sind sie nicht oder nur beschränkt dazu in der Lage, von sich aus Aktivitäten zu starten.

Seit meiner Kindheit hatte ich Umgang mit Tieren, ihre positive Wirkung auf meine Entwicklung wurde mir allerdings erst als Erwachsene, vor allem durch meine Beschäftigung mit diesen Auswirkungen bei dem Verein Tiere als Therapie, bewusst. Für mich lag der Wunsch nahe, diese positiven Wirkungen von Tieren einer PatientInnengruppe zukommen zu lassen, die durch ihr Schicksal gezwungen ist, eine Entwicklung ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten von Anfang an wieder in Angriff nehmen zu müssen.

Alle meine Besuche bei den AS PatientInnen stellten Anregungen zu Förderung ihrer Kontaktaufnahme dar. Sie hatten das Ziel, für diese Menschen Wahrnehmungen ihrer selbst und ihrer Umwelt zu fördern, ebenso die in ihrer Umwelt vor sich gehenden Veränderungen und verschiedene Sinnzusammenhänge. Das Berühren einer kalten Hundeschnauze oder des warmen Felles bewirken zum Beispiel Sinneswahrnehmungen auf der Haut (Kalt, feucht, warm, weich, unangenehm, angenehm). Durch den Anblick, den Geruch, das typische Verhalten eines Hundes werden Erinnerungen an den eigenen Hund geweckt (z.B. sein Name, Begebenheiten, die mit ihm erlebt wurden), welche wiederum weitere Erinnerungen aus der eigenen Vergangenheit auszulösen vermögen. Das Gefühl, etwas bewirken zu können (aktive Veränderung der eigenen Umwelt), bringt beispielsweise das Füttern des Hundes. Durch das Bereithalten von Futter in der Hand kann der/die PatientIn den Hund ganz nahe zu sich locken. Der Hund kommt so nahe heran mit der Absicht, das Futter zu verspeisen (Sinnzusammenhänge werden wahrgenommen). Durch seine Nähe zur/zum PatientIn kann diese/r ihn berühren und liebkosen, wenn ihr/ihm dies Freude bereitet.

Meist war deutlich zu bemerken, dass meine Hündin Freude in das Leben dieser schwerstbehinderten Menschen bringen konnte. Freude bedeutet an sich eine Verbesserung der Lebensqualität. Eine Verbesserung der Lebensqualität ist eine positive Veränderung. Leider konnte ich nur beweisen, dass für die Zeit meiner Besuche positive Veränderungen stattfanden, diese also temporär waren. Meine weitere Hypothese ist, dass sich diese kurzzeitigen positiven Veränderungen auch langfristig auf einen langandauernden Vorgang wie eine Rehabilitation positiv auswirken können. Diese Hypothese muss ich hier unbewiesen stehen lassen. Da es sich bei Apallikern um LangzeitpatientInnen handelt, müsste jedenfalls auch die Tiergestützte Förderung eine Langzeitförderung sein. Dieser Forderung konnte ich in meiner Hausarbeit nicht nachkommen. Ich hoffe aber, dass die erfreulichen Ergebnisse meinen KollegInnen etwas Mut zur Sache geben.

Meine Besuchszeit dauerte etwa 8 Monate, mit einem Besuch in der Woche. Der Anfang war manchmal sogar ein bisschen entmutigend. Ich fand die Kontaktaufnahme schwierig, da ich auch gewisse Ängste - etwa den PatientInnen zu nahe zu treten - überwinden musste. Meine Hündin hatte diese Ängste von sich aus nicht, und sie hat

mir eigentlich gezeigt, gemeinsam mit den anderen Anwesenden, dass wir uns ganz natürlich benehmen konnten. Angehörige und Schwestern/Pfleger waren eine große Hilfe, und nach und nach konnte ich die Reaktionen der verschiedenen PatientInnen besser verstehen. Wir lernten einander kennen und mit einigen hatten wir sogar richtig Spaß.

Bei PatientInnen in einem fortgeschrittenen Remissionsstadium erscheint mir der persönliche Bezug zu dem Besuchstier wichtig zu sein. Wenn jemand einst seine Hunde liebte, kommen diese lieben Erinnerungen und Gefühle auch durch einen zunächst noch fremden Hund zurück.

PatientInnen im Vollbild des Wachkomas oder im Koma würden wahrscheinlich auch von einem Tierbesuch profitieren, gleichgültig ob sie früher Tiere hatten, da ein Tier so unmittelbar und vorurteilsfrei Nähe und Wärme zu geben vermag. Ich habe diesbezüglich aber leider noch keine Erfahrung.

Als die ersten Hürden überwunden schienen, kamen andere: was und wie viel an Reaktion konnte ich erwarten? Wiederum befragte ich die Angehörigen und das Pflegepersonal, welche Reaktionen der/die PatientIn schon zeigte, und wann und wie oft er/sie dies tat. Und je öfter ich zu Besuch war, desto mehr Stücke fand ich für mein Puzzle. Schlussendlich hatte ich selber auch viele verschiedene Reaktionen auf meine Besuche mit Hund bekommen, sodass ich damit eine Tabelle aufstellen konnte.

Bei den letzten sechs Besuchen hatte ich Praktikantinnen dabei. Durch ihre Mitarbeit wurden alle Reaktionen genau dokumentiert. Diese "Mitschriften" übertrug ich zu Hause in meine Tabellen. Mit Hilfe dieser erstellte ich eine Statistik, welche nun folgende Hypothese prüfen sollte: Ein Tiergestützter Besuch (in diesem Falle ein Hundebesuch) kann mehr positive Reaktionen bei PatientInnen mit Apallischem Syndrom auslösen als ein Besuch ohne ein Tier(ohne einen Hund). Da wir auch negative Reaktionen erhielten, prüfte ich auch diese.

Die Ergebnisse waren folgende:

Bei drei PatientInnen ergaben sich ausschließlich signifikant positive Veränderungen durch den Hundebesuch. Bei Patient 1 waren es fünf Kriterien, die sich positiv verändert hatten. Diese waren vermehrter Blickkontakt bei Ansicht des Hundes, mehr allgemeine Sprachäußerungen bei Anwesenheit des Hundes, häufigere positive Mimikänderungen, häufigere gezielte Bewegungen und mehr Lachen durch die Anwesenheit des Hundes. Dieser Erfolg freute mich besonders, da Patient 1 auch generell mit "uns Menschen" gerne lacht. Bei Patient 3 erzielten wir bei den Reaktionen Lachen und koordinierte Bewegungen der Arme und Hände eine signifikante Verbesserung mit dem Hundebesuch. Bei Patientin 5 konnten wir vier positive Reaktionen beobachten, die mit dem Hund häufiger auftraten. Es waren dies die Sprechversuche, allgemeine Sprachäußerungen, positive Mimikänderungen und eine allgemeine Entspannung.

Bei Patient 2 erhielt ich zwei signifikant negative Veränderungen, das waren die Sprechversuche und die Aggression, beide waren mit Hund häufiger. Bei den positiven Reaktionen koordinierte Bewegungen und allgemeine Entspannung hatte er sich mit Hundebesuch verbessert. Sein deutliches großes Interesse an den Hundebesuchen lässt zukünftige Erfolge erwarten.

Die Patientin 4 zeigte bei keiner Reaktion Unterschiede, leider zeigte sie fast überhaupt keine deutlichen Reaktionen.

6 Zusammenfassung

In dieser Arbeit befasste ich mich mit der Möglichkeit, bei PatientInnen mit Apallischem Syndrom den Tiergestützten Besuch als Fördermaßnahme einzusetzen. Es schien mir sinnvoll, da ich hoffte, bei dieser PatientInnengruppe mit körperlicher Nähe und Zuwendung vieles zu erreichen. Das vertrauensvolle Verhalten eines Tieres, im konkreten Fall eines Hundes, seine absolute Vorurteilsfreiheit und Fähigkeit zur Empathie, ließen mich erwarten, dass dieser rasch und komplikationslos Kontakte zu diesen schwerstkranken Menschen aufzubauen imstande wäre. Diese Kontakte brauchen diese PatientInnen unbedingt, um den Weg zurück zu sich selber und zu ihrer Umwelt zu finden. Für meine Hausarbeit fehlte es mir an Zeit und Möglichkeit, solche Tiergestützten Besuche über einen langen Zeitraum hinweg durchzuführen, was sicherlich bei dieser PatientInnengruppe nötig wäre. Trotzdem sind die Ergebnisse sehr vielversprechend und fordern uns auf, in dieser Richtung weiterzuarbeiten. Die Hundebesuche haben bei drei von fünf statistisch ausgewerteten Ergebnissen/PatientInnen mehrere(3 bis 5) signifikant positive Veränderungen während der Besuche mit Hund bewirkt. Ein Patient hatte zwei positive und zwei negative Veränderungen, zeigte sich aber immer sehr interessiert während der Besuche, was eine weitere Entwicklung erwarten lässt.

Zu diesen Ergebnissen muss man unbedingt hinzufügen, wie relativ kurz die Zeit der Tiergestützten Besuche war. WachkomapatientInnen entwickeln Fortschritte auf Grund der Schwere ihrer Behinderung sehr langsam. Wenn wir dies berücksichtigen, können die Erfolge der einzelnen PatientInnen die Tiergestützten Fördermaßnahmen als sinnvolle Ergänzung zu den anderen Therapien für Apalliker bestätigen.

7 Literaturverzeichnis

Aus dem Internet:

Webservice der Stadt Wien	www.maqwien.gv.at	24.08.05	18 :00
Österr, Wachkomagesellschaft	www.wachkoma.at	09.08.05	14:25
Internation. Förderverein Basale Stimulation e.V.	www.basale-stimulation.de	01.09.05	15:45

Multi-Society Task Force on PVS.(1994), Medical aspects of the persistent vegetative state(Second of 2 parts). New England Journal of Medicine, 330(22), 1572-1579.

Buber, M.(1984), Das dialogische Prinzip (5.Auflage),Darmstadt, Lambert-Schneider.

Feuser, G. (1991), Entwicklungspsychologische Grundlagen und Abweichungen der Entwicklung. Zeitschrift für Heilpädagogik, 42, 424-441.

Folder: Projektbericht d. ACU anlässl. d. Golden Helix Award 2002

8 Glossar

Asphyxie: Erstickungszustand durch Absinken des Sauerstoffes(S.94)

Aspiration : Ansaugen, Eindringen flüssiger oder fester Stoffe i. d. Atemwege(S.94)

Hypertonus: Gewebespannung, Bluthochdruck(S.524)

Hypoxie: Herabsetzung d. Sauerstoffpartialdrucks i. Blut bzw. i. Körpergeweben(S.532)

Hypothalamus: Teil d. Zwischenhirns, unterhalb d. Thalamus gelegen(S.530)

Subarachnoidalblutung: Akute Blutung i. d. Nervenwasserraum, spontan od. provoziert durch Blutdrucksteigerung(S1154)

(Alle vgl. Pschyrembel, 1982, 254. Auflage, de Gruyter Verlag)

Corpus Callosum: Ein Balken zur Verbindung v. Gehirnbezirken mit den gleichen Aufgaben

Dorsolateral : Rückwärts u. seitlich gelegener Hirnstamm

Läsion: Gewebeverletzung o. Funktionsschädigung

Urosepsis: Von einer Infektion d. Harnwege ausgehende Verschleppung v. Keimen i.d. Blutbahn

(Alle vgl. www.wachkoma.at/Fachbegriffe)

9 Anhang

Als Anhang angeschlossen sind sämtliche Auswertungen der PatientInnen 1-5.

In der Online-Version sind diese Auswertungen nicht enthalten. Bei Interesse lassen wir Ihnen diese jedoch gerne zukommen. Kontaktieren sie uns bitte

per E-Mail an office@hund4u.at

oder

über unsere Webseite <http://www.hund4you.at>