



GARTEN- THERAPIE

IN DER STATIONÄREN PFLEGE.

Good-Practice-Leitfaden zu den Durchführungsbedingungen
von Gartentherapie in stationären Pflegeeinrichtungen

Autoren:

Jessica Bau, Michael Bau, Isabell Gurstein

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	Seite 4
1 Einleitung	Seite 6
2 Definitionen Gartentherapie	Seite 8
3 Ziele und Wirkmöglichkeiten der Gartentherapie im Rahmen der Prävention in der stationären Pflege	Seite 10
4 Anforderungen an die Einrichtung	Seite 12
4.1 Allgemeine Voraussetzungen der Einführung	Seite 12
4.2 Organisation der Einführung	Seite 12
4.2.1 Personelle Ressourcen	Seite 14
4.2.2 Infrastruktur und Mobiliar	Seite 15
4.2.3 Materialien	Seite 16
4.2.4 Anforderungen an die Sicherheit	Seite 17
4.3 Zusammenarbeit von Therapeutin, Therapeut und Einrichtung	Seite 17
4.3.1 Interne Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten	Seite 18
4.3.2 Externe Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten	Seite 19
5 Anforderungen an Therapeutinnen und Therapeuten	Seite 20
5.1 Gartentherapeutische Qualifikation	Seite 22
5.2 Konzeption von Angeboten	Seite 24
5.2.1 Bedürfniserhebung	Seite 24
5.2.2 Methodisches Vorgehen	Seite 26
5.2.3 Innen- und Außenaktivitäten	Seite 28
5.2.4 Routine und Rituale	Seite 29
5.3 Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern	Seite 30
5.4 Umgang mit zielgruppenspezifischen Herausforderungen	Seite 31
6 Evaluation gartentherapeutischer Angebote	Seite 32
7 Kurz und knapp: Ablauf der Einführung von Gartentherapie	Seite 33
8 Checkliste	Seite 36
9 Literaturverzeichnis	Seite 38

Gender-Hinweis

Die IKK classic spricht sich deutlich für die Gleichberechtigung von Frauen und Männern aus. Dies zeigen wir nach Möglichkeit auch durch unsere Wortwahl, indem wir z. B. den geschlechterneutralen Plural verwenden oder bei ausreichendem Platz beide Geschlechter nennen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir jedoch gerade bei komplexeren Texten vereinzelt die männliche Form von Personenbezeichnungen. Dies hat ausschließlich redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.



VORWORT

Wir schaffen uns mit unserem Handeln täglich neu die Strukturen, die wiederum unsere Handlungen in der Arbeitswelt – und nicht nur dort – rahmen. Diese soziologische Sichtweise, auf das Arbeitsfeld der Pflege angewendet, bedeutet genau hinzusehen, was die Arbeit im Arbeitsfeld erschwert oder erleichtert.

Wenn Neues, z. B. die Einführung einer gartentherapeutischen Maßnahme, gelingen soll, dann reicht „guter Wille“ allein nicht aus, sondern es gehört etwas mehr dazu. Dieses „etwas mehr“ wird im folgenden Good-Practice-Leitfaden beschrieben.

Ein herzlicher Dank gebührt hier den Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten, die im Rahmen einer Projekt-Arbeitsgruppe ihre Expertise und kritischen Anmerkungen eingebracht und so mitgeholfen haben, die strukturelle Rahmung, die in der Gartentherapie stattfinden sollte, aufzuzeigen.

Uns an dieser Stelle unterstützt haben: Carmen Feldhaus, Nora Hahn, Birgit Jost, Katja Schubert, Silke Walther, Bernhard Wolzen.

Dr. Michael Bau, ILAG
Projektleitung



Mit dem Präventionsgesetz aus 2016 kam erstmals der Auftrag, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen. Dies ist ein wichtiges Thema, denn unsere Gesellschaft wird immer älter.

Dahinter steht der Gedanke, dass pflegebedürftige Menschen – trotz ihrer kognitiven, körperlichen oder psychischen Einschränkungen – über Gesundheitspotenziale verfügen. Hierbei geht es nicht nur um den Erhalt von körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, sondern auch um soziale Gemeinschaft, Freude und den Erhalt von Selbstständigkeit – kurz: Lebensqualität im hohen Alter.

Im Rahmen der Forschungsarbeit DuWigata wurden in 10 Pflegeeinrichtungen über 12 Monate lang Daten und Fakten gesammelt. Im Forschungsbericht wurde nachgewiesen, dass Gartentherapie bei den Teilnehmenden in folgenden Handlungsfeldern präventiv und gesundheitsförderlich wirkt: körperliche Aktivität, kognitive Fähigkeit und psychosoziale Gesundheit. Auch nicht demenziell erkrankte Menschen profitierten von dieser Präventionsmaßnahme.

Dieser Leitfaden beschreibt die Durchführungsbedingungen zur Einführung von Gartentherapie in stationären Pflegeeinrichtungen.

Unser Dank geht an Dr. Michael Bau, Projektleiter ILAG GbR, und sein Team sowie an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen für die vertrauensvolle und engagierte Zusammenarbeit.

Wir glauben daran, mit der Förderung der Gartentherapie einen innovativen und wertvollen Beitrag zu leisten und auch für die Pflegeeinrichtungen einen langfristigen Mehrwert zu bieten.

Georg Hensel

Leiter Bereich Prävention der IKK classic



GARTENTHERAPIE IN DER STATIONÄREN PFLEGE.

1. | Einleitung

Die IKK classic fördert Projekte in stationären Pflegeeinrichtungen, die dem gesetzlichen Qualitätsanspruch des § 5 SGB XI i. V. mit dem Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen entsprechen (GKV-Spitzenverband 2018). Das Ziel präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen ist „die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Ressourcen der Pflegebedürftigen unter deren Beteiligung“ (GKV-Spitzenverband 2018, S. 13).

Das ILAG (Institut Leistung Arbeit Gesundheit) ist als sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut seit vielen Jahren mit Forschung und Umsetzung des Themas „Gesunde Arbeit und Arbeitsbedingungen“ befasst. Das gemeinsame Präventionsprojekt von ILAG und IKK classic mit dem Akronym „DuWigata“ steht für „Durchführungsbedingungen und Wirkungsanalyse von gartentherapeutischen Maßnahmen bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenpflegeheimen“.

Gesundes Teamwork: Wissenschaft und Natur

In der DuWigata-Studie wurde die Umsetzung der Handlungsfelder der körperlichen Aktivität, der kognitiven Ressourcen und der psychosozialen Gesundheit gemäß Leitfaden Prävention im Rahmen einer kontrollierten multizentrischen Studie wissenschaftlich untersucht. Untersucht wurden Kognition, Verhalten und Emotion bei demenziell erkrankten Personen in Altenpflegeheimen. Insgesamt haben über 200 demenzerkrankte Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Pflegeeinrichtungen im rheinisch-bergischen Raum an der Studie zum Einfluss gartentherapeutischer Interventionen teilgenommen. Die durchgeführten Interventionen basierten auf einem gemeinsam erarbeiteten Rahmenkonzept gartentherapeutischer Arbeit.

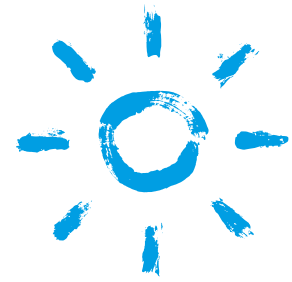
Ein Teil der Studienergebnisse ist u. a. in diesen Good-Practice-Leitfaden für Pflegeeinrichtungen eingeflossen. Der Leitfaden ersetzt ausdrücklich nicht die bereits vorhandenen guten Handbücher und Anleitungen zur

Gartentherapie (Niepel & Vef-Georg 2020; Schneiter-Ulmann & Föhn 2020 u. a.), mit deren Unterstützung gartentherapeutische Arbeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen inhaltlich umgesetzt werden kann. Dieser Leitfaden hilft vielmehr die Erfolgsfaktoren bei den Durchführungsbedingungen von Gartentherapie im Vorfeld der Ausführung und während der Ausführung zu beschreiben und im Blick zu behalten. Er richtet sich daher an die Einrichtungsleitungen und Führungskräfte in den Pflegeeinrichtungen, die Gartentherapie für ihre Bewohnerinnen und Bewohner einführen oder bestehende Ansätze verbessern wollen. Gleichzeitig ist er als „Checkliste“ zur Einschätzung der Erfolgsaussichten von geplanter Gartentherapie für unterstützende Dritte (z. B. Krankenkassen u. a.) hilfreich. Ein zusätzlicher Vorteil der in diesem Leitfaden beschriebenen Durchführungsbedingungen ist es, dass er in weiten Teilen grundsätzlich für die verschiedensten Bewohnergruppen unabhängig vom Vorliegen einer diagnostizierten Demenzerkrankung oder vom Schweregrad einer Demenzerkrankung anwendbar ist.

Schritt für Schritt in die Gartentherapie starten

Folgende Themen werden im vorliegenden Good-Practice-Leitfaden angesprochen: Nach dieser Einleitung erfolgt im 2. Abschnitt eine definitorische Grundlegung zum hier verwendeten Begriff Gartentherapie. Anschließend wird im 3. Abschnitt auf die Bedeutung der Gartentherapie für den Setting-Ansatz und die Handlungsfelder im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen eingegangen. Der 4. Abschnitt beschreibt die einrichtungsbezogenen Voraussetzungen der Umsetzung von Gartentherapie hinsichtlich der personellen Ressourcen, der Infrastruktur, der Materialausstattung sowie der Sicherheitsanforderungen. Auch die Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und externen Therapeutinnen und Therapeuten wird thematisiert. Abschnitt 5 geht auf die Qualifikation der Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten, die Konzeption von Angeboten (u. a. Bedürfniserhebung, methodisches Vorgehen, Innen- und Außenaktivitäten) und zielgruppenspezifische Herausforderungen ein. Abschnitt 6 behandelt die Evaluation von Maßnahmen. Eine Checkliste, die eine Übersicht über Muss-, Soll- und Kann-Kriterien bei der Einführung oder dem Ausbau von Gartentherapie bietet und ebenso auf Ansatzpunkte der betrieblichen Gesundheitsförderung als Mittel der Organisationsentwicklung im Zusammenhang mit der Gartentherapie verweist, rundet den Good-Practice-Leitfaden ab.





2. | Definitionen Gartentherapie

Die Beschreibung und Analyse der Beziehung des Menschen zur Natur hat eine lange Tradition. Der uns in diesem Zusammenhang interessierende Begriff „Gartentherapie“ wird von Fachleuten in unterschiedlichen kulturellen Kontexten aber auch in unserem eigenen europäischen Umfeld zum Teil recht unterschiedlich verwendet. Der in diesem Leitfaden verwendete Begriff von Gartentherapie orientiert sich an Basiselementen, die zum einen als Eckpfeiler für gartentherapeutische Interventionen dienen und zum anderen Bezug nehmen auf das lebensweltliche „Setting“ des Altenpflegeheims als Rahmung für gartentherapeutische Maßnahmen. Die hier zu benennenden Eckpfeiler sind die Art der Teilnehmenden, gartentherapeutische Expertise und vorhandene Zielsetzungen (Haubenhofner 2019).

Für die operative Verwendung des Begriffs Gartentherapie in dem hier aufgezeigten Zusammenhang mit „Good-Practice-Überlegungen“ empfiehlt sich die Definition der IGGT (Internationale Gesellschaft Gartentherapie), in welcher die Gartentherapie beschrieben ist als „eine fachliche Maßnahme, bei welcher pflanzen- und gartenorientierte Aktivitäten und Erlebnisse genutzt werden, um zielgerichtet Interaktionen zwischen Mensch und Umwelt zu initiieren und zu unterstützen, mit dem Ziel der Förderung von Lebensqualität und der Erhaltung und Wiederherstellung funktionaler Gesundheit“ (IGGT 2017, S. 11).

Die Wirkungsfelder

Gartentherapie besteht hierbei aus zwei Komponenten: aktiven und rezeptiven Arbeitsformen („doing in the garden“ und „being in the garden“). Neben dem praktischen Tun regt bereits das bloße Sein in der Natur die Sinne an und kann heilende Wirkung auf Geist und Körper haben. Professionelle Interventionen durch ausgebildete Therapeutinnen und Therapeuten sind bei einer Vielzahl von Indikationen anwendbar und kommen im klinischen, rehabilitativen oder ambulanten Bereich zum Einsatz. Gartentherapie findet Anwendung bei Jüngeren und Älteren, bei Menschen

mit Behinderungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, bei psychischen Erkrankungen, genauso wie bei bewegungsbezogenen Einschränkungen. Gartentherapie ermöglicht einen vielfältigen Übungs- und Erfahrungsraum, gibt Anregung und Orientierung. Sie fördert Bewegung und motorische Aktivität, genauso wie auch soziale Interaktion und Teilhabe (Neuberger 2019).

Die Ziele

Primäres Ziel einer so verstandenen Gartentherapie ist die Erlebnisaktivierung zur Persönlichkeitsentfaltung. Im Vordergrund stehen die Beziehung zur Umwelt und das Erleben von Achtsamkeit, einhergehend mit bewegungs-, entspannungs- und atemtherapeutischen Elementen, aber auch gesprächstherapeutischen Anwendungen. Insbesondere in Bezug auf demenziell erkrankte Menschen ist es das Erleben eigener körperlicher, geistiger und psychischer Fähigkeiten, das zu einer Reduktion von Angst und einem gesteigerten Empfinden von Selbstwirksamkeit führt. Das eigene Erleben im ökologischen Kontext eröffnet Raum für Gedanken und Gefühle. Häufig erwachsen aus dem Austausch über Natur und Pflanzen ganz natürlich auch Gespräche über das eigene Leben, über Beziehungen zu Mitmenschen und zur Umwelt (ebd.). Das Betrachten farbenfroher Blüten, der Geruch von reifen Früchten und das Erfühlen feiner Erde setzt sensorische Reize, die im Sinne von Biografiearbeit längst vergessenen geglaubten Erinnerungen wach werden lassen. Die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Natur bietet darüber hinaus die Möglichkeit, noch erhaltenes Wissen auszutauschen, beispielsweise über den Anbau von Obst und Gemüse oder die Zubereitung von Ernteerzeugnissen. Abwechslungsreiche Arbeiten fördern den Erhalt motorischer Fähigkeiten, wie beispielsweise das feinmotorische Reiben von Kräutern.

Die Maßnahmen

In Form von Einzel- oder Gruppentherapie bieten gartentherapeutische Interventionen eine große Bandbreite von niedrigschwelligen bis hin zu anspruchsvollen



vollen Tätigkeiten. Bei Menschen mit Demenz erweisen sich vor allem einfache, weitgehend selbsterklärende Tätigkeiten, die keiner großen Erläuterung bedürfen, als effektiv. Gartentherapie kann sowohl draußen als auch drinnen stattfinden. Inhaltlich sollten Interventionen an die Fähigkeiten der Teilnehmenden angepasst und nach ihren Bedürfnissen ausgerichtet sein. Gartentherapeutische Interventionen lassen sich grob in drei Kategorien unterteilen:

1. Saisonale Pflanz- und Pflegearbeiten (z. B. aussäen, gießen, Unkraut jäten).
2. Ernten und Verarbeiten (z. B. Kräuter trocknen, Marmelade kochen).
3. Kreativ-gestalterische und handwerkliche Arbeiten (z. B. Sträußchen stecken, Vogelfutter herstellen).

Gut zu wissen:

In Deutschland wird Gartentherapie aktuell als ergotherapeutische Leistung in der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) der Deutschen Rentenversicherung erfasst. Im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit der ICF, der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ist Gartentherapie in besonderem Maße geeignet, ganzheitlich zur Förderung physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens beizutragen.



3. | Ziele und Wirkmöglichkeiten der Gartentherapie im Rahmen der Prävention in der stationären Pflege

Das Aufstellen von Zielen gartentherapeutischer Interventionen setzt voraus, dass die Wirkmöglichkeiten der Gartentherapie klar benannt werden können. Eine Reihe von Ergebniszusammenfassungen (Clathworthy et al. 2013; Gonzales & Kirkevold 2013; Haubenhofer 2019) lassen erkennen, dass bei älteren Menschen (insbesondere mit demenziellen Erkrankungen) und Menschen mit Stresssymptomatik positive Effekte beobachtet werden können. Diese sind physischer Natur (z. B. verbesserter Schlaf, verbesserte Feinmotorik und Gehfähigkeit, geringeres Sturzrisiko u. a. m.) und psychischer Natur (Steigerung von Selbstwirksamkeit, Kognition und Orientierungsfähigkeit, Verminderung von Stressanfälligkeit, Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und Reduktion von Angstempfindungen u. a. m.). Auch soziale Aspekte spielen eine wichtige Rolle, z. B. die positiven Auswirkungen auf die soziale Teilhabe und Interaktion durch die Teilnahme in gartentherapeutischen Gruppen.

Im Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ wird als Oberziel die Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen genannt. Als Handlungsfelder werden im Leitfaden genannt: Ernährung, körperliche Aktivitäten, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt. Geeignete Ansatzpunkte gartentherapeutischer Interventionen bieten die Handlungsfelder:

1. Körperliche Aktivität
2. Kognitive Ressourcen
3. Psychosoziale Gesundheit

Im Folgenden werden die entsprechenden Kernaussagen dazu zitiert.



Handlungsfeld 1: Körperliche Aktivität

„Körperliche Aktivität bei Pflegebedürftigen ist hochrelevant für den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit, für die Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens, kann kognitive Ressourcen stärken [...] und die Prävention zusätzlicher Erkrankungen unterstützen“ (GKV-Spitzenverband 2018, S. 15, zur empirischen Evidenz s. auch Wöhl et al. 2017).

Die Gartentherapie bietet u. E. hier eine Fülle von Betätigungsoptionen für Menschen mit unterschiedlichen körperlichen Bewegungsmöglichkeiten.

Handlungsfeld 2: Kognitive Ressourcen

„Aufgrund des hohen Anteils von Bewohnerinnen und Bewohnern mit demenzbedingten Einschränkungen und dem generellen Risiko kognitiver Einbußen bei hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Stärkung kognitiver Ressourcen ein relevantes Thema der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen“ (GKV-Spitzenverband 2018, S. 16).

„Kognitives Training und kognitive Stimulation erfordern ein Eingehen auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Übungen mit komplexeren mentalen Leistungsanforderungen können einen besseren Schutz vor dem Verlust kognitiver Leistungsfähigkeiten bieten als reines Gedächtnistraining“ (GKV-Spitzenverband 2018, S. 16, s. zur empirischen Evidenz auch Wöhl et al. 2018).

Die Ergebnisse der DuWigata-Studie (Bau et al. 2020) zeigen, dass gerade auch die Gartentherapie hier ihren Beitrag leisten kann, indem sie kognitive Leistungsaspekte wie Kompetenzförderung und Selbstwirksamkeitserleben mit Feinmotorik und Mobilität kombiniert erlebbar macht. Auch die im Zusammenhang mit gartentherapeutischen Maßnahmen immer wieder aufscheinenden biografischen Kontexte der Teilnehmenden sind hier positiv zu vermerken.

Gut zu wissen:

Der vorliegende Good-Practice-Leitfaden gibt weiter unten im Rahmen einer Checkliste auch hierzu geeignete Empfehlungen, damit die Einführung oder Erweiterung bestehender Gartentherapie gleichzeitig ein wirksames Instrument der Organisationsentwicklung sein kann, z. B. durch die Verbesserung der Arbeitsprozesse zwischen den verschiedenen Bereichen (u. a. Pflege, Sozialer Dienst, Hauswirtschaft).

**Handlungsfeld 3: Psychosoziale Gesundheit**

„Die psychosoziale Gesundheit pflegebedürftiger Menschen in der stationären Pflege zu erhalten, zu stärken oder wiederherzustellen ist eine besondere Herausforderung. Neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimer-Demenz und die Parkinson'sche Erkrankung sind besonders häufig mit Depressionen verbunden. Depressionen gelten als relevanteste psychische Erkrankung in der stationären Pflege“ (GKV-Spitzenverband 2018, S. 17, s. auch Richter et al. 2018).

Die Ergebnisse der DuWigata-Studie (Bau et al. 2020) belegen das Aufkommen vielfältiger Emotionen (Freude, Trauer, Ärger, Ängstlichkeit) während der Gartentherapie, wobei Freude (u. a. Lachen, Lächeln, Singen, freundliche Berührungen) die zentrale Emotion während der durchgeführten Interventionen war. Gartentherapie als Gruppenintervention fördert darüber hinaus auch die soziale Teilhabe, sodass die Potenziale der Gartentherapie hinsichtlich einer allgemeinen Resilienzverbesserung deutlich sichtbar sind.

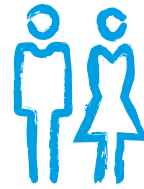
Organisationale und prozessuale Ziele

Unter Beachtung der „Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung“ (Kooperationsverbund für gesundheitliche Chancengleichheit 2015) wird in diesem Leitfaden auch den prozessualen und organisationalen Aspekten bei der Durchführung der Gartentherapie besondere Aufmerksamkeit geschenkt (s. Abschnitte 4 und 5).

Auf einen weiteren wichtigen Gesichtspunkt im Verständnis der Anwendung gartentherapeutischer Maßnahmen sei hier noch einmal besonders hingewiesen.

Da stationäre Pflegeeinrichtungen zugleich Betriebe sind, kommen für die dortigen Beschäftigten auch Aktivitäten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Betracht. Diese lassen sich unseres Erachtens gut mit den Anforderungen an die Präventionsarbeit im Rahmen von „Gesundheit im Alter“ verknüpfen. Dazu heißt es im Leitfaden Prävention: „Die starke Abhängigkeit Pflegebedürftiger vom Handeln der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen lässt es sinnvoll erscheinen, Maßnahmen der Prävention für Pflegebedürftige in der stationären Pflege mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V in der Pflegeeinrichtung zu verbinden, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen“ (GKV-Spitzenverband 2018, S. 4).

4. | Anforderungen an die Einrichtung



Das Betreuungsangebot lässt sich in den Pflegeeinrichtungen, die sich bereits durch eine gute interne Schnittstellenkommunikation auszeichnen, problemlos um die gartentherapeutische Tätigkeit erweitern. Die erfolgreiche Integration der Gartentherapie ist abhängig vom Wissen um gartentherapeutische Maßnahmen, insbesondere aus therapeutischer Sicht, und von der Bereitstellung barrierefreier Räumlichkeiten sowie von entsprechendem Mobiliar. Der Good-Practice-Leitfaden soll Pflegeeinrichtungen Orientierungshilfe bei der Umsetzung der wichtigsten Kriterien auf Basis der Erfahrungen, die im Laufe des DuWigata-Projekts gesammelt wurden, geben.

4.1 | Allgemeine Voraussetzungen der Einführung

Für eine erfolgreiche Einführung der Gartentherapie in Pflegeeinrichtungen ist es notwendig, dass eine umfassende Information der Einrichtungsleitung und der Führungskräfte zu den therapeutischen Möglichkeiten der Gartentherapie und den Voraussetzungen für gute Durchführungsbedingungen in der jeweiligen Einrichtung erfolgt. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang das Ineinandergreifen der verschiedenen Einrichtungsbereiche, bestehend aus Pflege, sozialem Dienst, aber auch der Hauswirtschaft und Haustechnik. Gartentherapie bietet ein breites Spektrum an Tätigkeiten und muss daher zu Beginn des Projekts in Rücksprache mit den Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten für alle Beteiligten konkretisiert werden. Das vielfältige Tätigkeitsprofil von Gartentherapie bietet gleichzeitig die Möglichkeit, sich flexibel am Bestand der Einrichtung zu orientieren. Ob eine Altenpflegeeinrichtung einen Garten vorweisen kann, bildet in diesem Sinne beispielsweise kein Ausschlusskriterium für die Durchführung der Gartentherapie (Knümann 2019).

4.2 | Organisation der Einführung

Wenn Möglichkeiten und Optionen der Einführung von Gartentherapie in der Einrichtung geklärt sind, kommt es darauf an, die Organisation des Einführungsprozesses zu gestalten.





4.2.1 | Personelle Ressourcen

Eine gelingende, schnittstellenübergreifende Kommunikation aller Beteiligten ist maßgeblich für den Erfolg von Gartentherapie. Die Einführung und Umsetzung der Gartentherapie erfolgt im Kern durch die Zusammenarbeit von Gartentherapeutinnen bzw. Gartentherapeuten und einer fest bestimmten Person zur Koordination. Bei Abwesenheit der Koordination (u. a. Krankheit und Urlaub) sollte eine Vertretung eingerichtet sein.

Darüber hinaus bedarf es an Assistenzkräften, die die Therapeutin bzw. den Therapeuten bei der Durchführung, aber auch in der Vor- und Nachbereitung der Gartentherapie unterstützen. Diese haben im besten Fall Interesse und Freude an gärtnerischer Betätigung. Gruppen mit bis zu sechs Teilnehmenden sollten von mindestens einer Assistenzkraft unterstützt werden. Diese werden im Rahmen einer Schulung zur Einführung der Gartentherapie über die therapeutische Zielsetzung und Durchführungsbedingungen der Interventionen informiert. Die Koordination und Assistenzkräfte wirken in den jeweiligen Einrichtungen dann als Multiplikatoren für die Belange der Gartentherapie.

Weitere an der Umsetzung von Gartentherapie Beteiligte sind Personen aus der Pflege und dem sozialen Dienst, die für den Transfer teilnehmender Bewohnerinnen und Bewohner zuständig sind. Und auch Mitarbeitende aus der Hauswirtschaft und Haustechnik tragen zu einer erfolgreichen Umsetzung von Interventionen bei, indem sie die Therapie durch Bereitstellung von Hilfsmitteln (Küchenutensilien oder Multimedia) unterstützen und zu einer reibungslosen Umsetzung der Therapie beitragen. Für Mitarbeitende, die die Gartentherapie indirekt unterstützen, genügt die Bereitstellung entsprechender Informationsmaterialien und eine einfache Einweisung.





4.2.2 | Infrastruktur und Mobiliar

Wie bereits erwähnt wurde, bildet ein Garten keine notwendige Voraussetzung für die Gartentherapie. In der warmen Jahreszeit können alternativ Terrassen und Balkone genutzt werden. In der kälteren Jahreszeit lässt sich die Gartentherapie auch in geeigneten Innenräumen durchführen.

Barrierefrei und gut erreichbar

Für Seniorinnen und Senioren als besondere Zielgruppe mit physiologischen und kognitiven Einschränkungen sollten Räumlichkeiten stets barrierefrei gestaltet sein, um auch Personen mit eingeschränkter Mobilität den gleichberechtigten Zugang zu ermöglichen (Niepel & Neuhauser 2016). Neben der Barrierefreiheit gilt es außerdem, auf die Länge der Strecke, die zum Ort zurückgelegt werden muss, zu achten. Es ist sinnvoll, einen zentralen und gut erreichbaren Ort für die Durchführung der Gartentherapie zu wählen, der sich in der Nähe der Wohnbereiche befindet. Bewohnerinnen und Bewohner mit Gehhilfen und Rollstühlen sollten im Innenraum nicht in ihrem Bewegungsradius eingeschränkt sein und beispielsweise selbstständig am Tisch Platz nehmen können.

Ausreichend Platz und kurze Wege

Für Rollatoren sollten außerdem Abstellflächen zur Verfügung stehen, um sie während der Gartentherapie wegstellen zu können. Sanitäranlagen sollten sich in unmittelbarer Nähe befinden, sodass Bewohnerinnen

und Bewohner die Möglichkeit haben sich nach dem Kontakt mit Erde und Naturmaterialien zu reinigen. Gleichzeitig garantiert der Wasseranschluss die Möglichkeit zur Bewässerung der Pflanzen. Unter diesen Rahmenbedingungen ermöglicht die Gartentherapie auch Bewohnerinnen und Bewohnern mit kognitiven oder physischen Einschränkungen eine großartige Chance, Selbstwirksamkeit zu erleben und zum Erhalt von Fähigkeiten beizutragen.

Gartentherapie nach Maß

Ist die Infrastruktur im Haus nicht barrierefrei, kann Gartentherapie in modifizierter Form stattfinden. Mobiles Gärtnern, die Bepflanzung fahrbarer Hochbeete, aber auch von Kisten, Kartons, Boxen, Kübeln etc. ermöglicht das flexible Tätigsein auf kleinstem Raum (Berting-Hüneke 2016). Kleine bepflanzte Objekte lassen sich verlagern und transportieren. An einem Ort zusammengetragen kann auf diesem Wege ein mobiler, barrierefreier Stationsgarten entstehen. Mobiles Gärtnern ist gleichermaßen zur Bepflanzung im Außenbereich geeignet. Von den gartentherapeutischen Alternativen, die im Innenbereich der Einrichtung durchgeführt werden, hierunter auch die Verarbeitung von Naturmaterialien zu essbaren oder kosmetischen Produkten (Niepel & Neuhauser 2016), profitieren insbesondere die wenig mobilen bis bettlägerigen Seniorinnen und Senioren (Haubenhofer 2019).

4.2.3 | Materialien

Vor der Durchführung der ersten Gartentherapie sollten in Rücksprache mit der Einrichtungsleitung und der Gartentherapeutin bzw. dem Gartentherapeuten die finanziellen und zeitlichen Ressourcen festgelegt werden, die für die Durchführung der Therapie aufgewendet werden können. Hierbei ist zwischen einmaligen Anschaffungen und dauerhaft anfallenden Materialkosten zu unterscheiden.

Einmalige Kosten

Einmalige Anschaffungen sind zu Beginn zu tätige dauerhafte Investitionen, wie Hochbeete, höhenverstellbare Tische und Stühle, aber auch Gartenwerkzeuge, wie Gießkannen, Laubscheren, Spaten, Hacken, Schürzen etc.

Regelmäßige Kosten

Zu den (saisonalen) Anschaffungen, die regelmäßig zu tätigen sind, zählen insbesondere Naturmaterialien wie Erden (Anzuchterde, Blumenerde), Sämereien und geeignete Pflanzen (Sinnespflanzen, jahreszeitliche Pflanzen, Gemüse, Beerenobst, Sträucher, ggf. Bäume).

Budgetierung

Es sollte ein geregeltes monatliches Budget zur Verfügung stehen, das ausschließlich für diesen Zweck gedacht ist. Nach der Bestands- und Bedarfserhebung vor Ort können die anfallenden Anschaffungskosten konkretisiert werden. Diese richten sich auch nach der Anzahl geplanter Gruppen und interessierter Teilnehmender. Alle Anschaffungen sollten sich stets am Bedarf der Zielgruppe orientieren.

Bedürfnisorientierte Materialien

Generell dürfen alle garteninteressierten Bewohnerinnen und Bewohner an der Gartentherapie teilnehmen, die aufrecht sitzen können und eine den Anforderungen entsprechend intakte Grob- und Feinmotorik aufweisen (Beck et al. 2020a). Die Anforderungen schließen daher auch stark körperlich und kognitiv eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner mit ein.



Mobiliar

Sollen vermehrt körperlich eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner an der Gartentherapie teilnehmen wollen, profitieren diese besonders von unterfahrbaren Hochbeeten, den DIN-Normen für Rollstuhlfahrer entsprechend.

Während der Arbeit am Tisch sind nach Möglichkeit ergonomische Arbeitsflächen zu nutzen. Im Idealfall sind Tische und Stühle höhenverstellbar. Für Bewohnerinnen und Bewohner, die an einer Hüft-, Knie- oder Beinversteifung leiden, kann das Sitzen z. B. durch einen Arthrodesenstuhl erleichtert werden.

Haben Bewohnerinnen und Bewohner den Wunsch, etwas zur Vorbereitung der Gartentherapie beizutragen, z. B. indem sie unter Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten helfen, Gartenwerkzeuge und andere Materialien für die nächste Einheit zusammenzutragen, sollten die Gartenmaterialien für sie erreichbar gelagert werden. Für diesen Zweck eignen sich höhenverstellbare oder abschließbare Schränke, Regale oder Paternosterschränke.

Werkzeuge

Bei der Anschaffung von Werkzeugen wie Hacken, kleinen Schüppen, ggf. Spaten, Pikierhilfen etc. für Seniorinnen und Senioren mit Defiziten eignen sich unserer Erfahrung nach am besten leichte Werkzeuge mit isolierten Griffen aus rauem Kunststoff für einen sicheren und langfristigen Halt in der Hand. Für Personen im Rollstuhl und Personen mit Rollatoren eignen sich zusätzlich Werkzeuge mit langen Griffen, mit denen sie auch weit entfernte Objekte erreichen können, ohne sich dabei übermäßig bücken zu müssen.

Generell sollten die Werkzeuge im Idealfall mit wenig Körperkraft beziehungsweise mit eingeschränkter Motorik bedienbar sein. Werkzeuge, wie Scheren und Zangen, mit zu starren oder sperrigen Schließmechanismen sollten vermieden werden, da sie bei Arthrose- und Rheumapatientinnen und -patienten Schmerzen verursachen.

Materialien wie Gießkannen sollten in mehreren Größen vorhanden sein, da einige Bewohnerinnen und Bewohner bereits mittelgroße gefüllte Gießkannen nicht mehr in den Händen halten können. Eine angebrachte Brause sorgt dafür, dass der Wasserinhalt kontrolliert zugeführt werden kann.¹ Für die Verarbeitung pflanzlicher Produkte (u. a. angepflanztes Gemüse, Kräuter) sollte Zugang zu einer Küche und Küchenutensilien (Rührschüsseln, Schneidebrettern, Messern usw.) bestehen. Alternativ können auch mobile Herdplatten eingesetzt werden.

Zeitmanagement

Ebenso wichtig wie ein finanzielles Budget ist das wöchentliche Zeitbudget, das für therapeutische und gärtnerische Arbeiten eingeplant wird. Nicht immer können alle gärtnerischen Aufgaben während der Therapieeinheiten erbracht werden. Erfahrungsgemäß entfallen in etwa 25% der Zeit auf gärtnerische Grundpflege, beispielsweise auf das Anlegen von Beeten oder großflächige Bodenbearbeitung (Umgraben, Wässern usw.). Therapie und Gartenarbeit sollten daher in Teilen entkoppelt sein, um den Bedürfnissen von Menschen und Pflanzen nachgehen zu können (Neuberger 2019).



4.2.4 | Anforderungen an die Sicherheit

Die Anforderungen an die Sicherheit bei der Durchführung gartentherapeutischer Maßnahmen unterliegen, wie alle ähnlich gelagerten Aktivangebote der Pflegeheime, den gesetzlichen Bestimmungen und den spezifischen Fürsorgepflichten der Einrichtung

für ihre Bewohnerinnen und Bewohner (z. B. hinsichtlich Pflegegraden und/oder Demenzgraden). Damit unterscheiden sie sich also nicht grundlegend von den Sicherheitsanforderungen, die auch an andere Aktivangebote gestellt werden.

4.3 | Zusammenarbeit von Therapeutin, Therapeut und Einrichtung

Die Zusammenarbeit von Gartentherapeutinnen, Gartentherapeuten und Einrichtungen unterscheidet sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Arbeitsverhältnis in sozialen und organisatorischen Belangen. Die Arbeitsverhält-

nisse als interne bzw. externe Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten bringen Vor- und Nachteile mit sich, die es in Abhängigkeit von der Beschaffenheit der Pflegeeinrichtung abzuwägen gilt.

¹ Eine detaillierte Übersicht über seniorengerechte Gartenwerkzeuge liefern Schneider-Ulmann & Föhn (2020).

4.3.1 | Interne Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten

Durch die Einbindung interner Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten in den Arbeitsalltag der Einrichtung bietet sich ihnen die Möglichkeit, in intensiveren Austausch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu gehen. Das reziproke Verhältnis ermöglicht es internen Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten, unmittelbar auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen (Niepel & Neuhauser 2016) und sie auch außerhalb des gartentherapeutischen Kontextes kennenzulernen. Zusätzlich hat die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut in der Regel leichter Zugriff auf die medizinischen Akten der Bewohnerinnen und Bewohner. Daraus kann sie oder er die Biografie sowie den Krankheitsverlauf oder der Teilnehmenden einsehen und die Therapie auf individuelle Bedürfnisse anpassen.

Gut informiert und involviert

Um die Tätigkeit mit den individuellen Vorlieben der Bewohnerinnen und Bewohner zu bereichern, kann es von Vorteil sein, die relevanten Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner der jeweiligen Person, Angehörige oder gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, einzubeziehen.

Der fortdauernde Kontakt zu Bewohnerinnen und Bewohnern, die Möglichkeit zur Interaktion mit Angehörigen und die Einsicht in die Krankenakte erleichtern der Therapeutin bzw. dem Therapeuten die gesundheitliche und psychosozialen Konstitution von Bewohnerinnen und Bewohner zu erfassen (ebd.). Gleichzeitig kann sich die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut stärker in die Planung und Anlage grüner Innen- und Außenbereiche einbringen. Internen Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten gelingt es auf diesem Wege noch umfassender, ihr Tun auch für nicht teilnehmende Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Mitarbeitende sichtbar zu machen, die ebenfalls vom Aufenthalt in den anregend gestalteten Räumlichkeiten profitieren. Neben der Möglichkeit zur Mitarbeit an regelmäßigen (illustrierten) Berichten in der Hauszeitung o. Ä. trägt das Sichtbarmachen der gartentherapeutischen Arbeit zu einer positiven und transparenten Darstellung der (neuen) Therapieform bei.

Ablauf und Organisation

Neben dem sozialen Netzwerk ist die interne Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut ebenfalls in den organisatorischen Kontext und die Struktur der Einrichtung gebettet. Ansprechpartnerinnen, Ansprechpartner und Schlüsselstellen in den Einrichtungen, wie die Pflegedienstleitung, Haustechnik oder Hauswirtschaft und auch die Budgetverwaltung, sind ihr bzw. ihm gut vertraut. Daher kann der Ablauf der Gartentherapie schneller kommuniziert und reibungsloser gestaltet werden.

Hol- und Bringdienste für die Gartentherapie, das nötige Werkzeug oder Naturmaterialien, können leichter intern organisiert bzw. flexibler beschafft werden. Interne Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten sind zudem mit den Innen- und Außenräumlichkeiten der Einrichtung vertraut und sich bei der Auswahl von Räumlichkeiten über ihre Größe, Barrierefreiheit und Reinigungsmöglichkeiten bewusst. Ein selbstständiges Arbeiten ist für interne Mitarbeitende leichter umzusetzen und ermöglicht zeitliche Flexibilität.

Konflikte vermeiden

Die Beschäftigung interner Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten bringt allerdings nicht nur Vorteile mit sich. Ist die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut im sozialen Dienst tätig, ist sie oder er zwangsläufig auch in andere interne Tätigkeiten eingebunden, die über die Gartentherapie hinausgehen. Diese können im Alltag schnell in Konflikt um Prioritäten miteinander geraten. Außerdem fungiert sie oder er durch das breit aufgestellte Aufgabenfeld gleichsam als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diverse Schnittstellen. Störend ist es besonders, wenn die Therapeutin oder der Therapeut während der Sitzung zusätzlich in andere Aufgaben eingebunden wird, beispielsweise durch den Telefondienst oder anderweitige organisatorische Anfragen, und somit wiederholt aus der Gartentherapie heraustreten muss. Für den Zeitraum der Durchführung der gartentherapeutischen Interventionen sollte die Einrichtungsleitung dafür Sorge tragen, die Gartentherapeutin bzw. den Gartentherapeuten von seinen sonstigen Pflichten zu entlasten.

4.3.2 | Externe Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten

Wenn die Gartentherapie von externen Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten durchgeführt werden soll, muss zunächst der Kontakt zur der Einrichtungsleitung hergestellt werden, um das Therapiekonzept zu besprechen.

Zur besseren gegenseitigen Verständigung kann eine kurze, anschauliche Darstellung zur Gartentherapie, zu der Durchführung und den Zielen hilfreich sein. Steht die Einrichtung der Einbindung der Gartentherapie positiv gegenüber, sollte sich die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut im nächsten Schritt einen Eindruck von den zugewiesenen Räumlichkeiten machen.

Gesundes Teamwork

Da die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut nicht in den sozialen Dienst eingebunden ist, braucht sie bzw. er einen oder mehrere feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, die die Organisation der Therapie im Haus steuern.

Koordination

Die Bestimmung einer Koordination ist für den weiteren organisatorischen Ablauf und die Durchführung der Gartentherapie unerlässlich. Im Idealfall handelt es sich bei der Kontaktperson um Mitarbeitende aus dem sozialen Dienst oder der Pflege, da sie am besten über das aktuelle Beschäftigungsangebot, passende Räumlichkeiten sowie über den Materialbestand im Bilde sind. Zusätzlich sollte mit der Einrichtungsleitung vorab geklärt werden, ob Hol- und Bringdienste erforderlich sind und welche Personen mit dem Transfer im Haus beauftragt werden können. Wenn die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut für den Transfer mitverantwortlich sein soll, sollte ihr bzw. ihm dafür ein zusätzliches Zeitkontingent zur Verfügung gestellt werden, das nicht von der Zeit für die Durchführung der Gartentherapie abgezogen wird.

Dokumentation

Die externen Therapeutinnen und Therapeuten haben im Vergleich zu den Mitarbeitenden aus dem sozialen Dienst gemäß den Datenschutzrichtlinien keine Einsicht in die Akten der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie erhalten die nötigen Informationen durch die Bewohnerinnen und Bewohner selbst oder durch die Mitarbeitenden. Daher ist die Anlage einer eigenen Dokumentation personenbezogener Informationen (z. B. biografischer Hintergrund, krankheitsbedingte Einschränkungen, Allergien) umso wichtiger (s. auch Kapitel 5.2.1). Diese Informationen sind für die Ausgestaltung gartentherapeutischer Interventionen entscheidend.

Organisation

Die externe Mitarbeit erfordert eine funktionierende Organisationsstruktur in der Einrichtung. Ein regelmäßiger Austausch mit der Pflege und dem sozialen Dienst bezüglich Krankheitsverläufen der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner ist daher unerlässlich. Zusätzlich sollte die Gartentherapie stets von einer qualifizierten Assistenzkraft (z. B. aus dem sozialen Dienst, ggf. auch durch geschulte Ehrenamtliche) begleitet werden. Da externe Therapeutinnen und Therapeuten nicht Gefahr laufen, zusätzlich in andere Aufgaben eingebunden zu werden, können sie den vollen Fokus auf die Sitzungen legen und ihre Arbeitskraft vollständig in der Planung, Vor- und Nachbereitung sowie für die eigentliche Durchführung der Gartentherapie einsetzen. Das fest vereinbarte Zeitbudget für die Vor-, Nachbereitung und Durchführung der Gartentherapie kann nicht durch Nebenbeschäftigungen im Alltag erodieren. Die Durchführung gartentherapeutischer Einheiten ist somit von dem Alltagsgeschehen der Einrichtung abgegrenzt und kann in einer geschützten Arbeitsatmosphäre als Therapieform wirksam werden.



5. | Anforderungen an Therapeutinnen und Therapeuten

Zunächst sollen Anforderungen an die Gartentherapeutin bzw. den Gartentherapeuten besprochen werden, die sich auf Persönlichkeitsmerkmale beziehen, die bei der Ausübung therapeutischer und gärtnerischer Tätigkeiten vorteilhaft sind. Gärtnerische Tätigkeiten setzen selbstverständlich **gärtnerisches Vorwissen, aber auch Liebe zur Natur sowie einen verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen voraus.**

Für therapeutische Zwecke sollten Therapeutinnen und Therapeuten darüber hinaus Softskills mitbringen, die das Vertrauensverhältnis zu behandelnden Personen stärken. Dazu gehören Charaktereigenschaften wie **Geduld, Empathie und Achtsamkeit gegenüber anderen Menschen**, aber auch ein **vertrauensvolles und sicheres Auftreten**. Darüber hinaus ist es das medizinisch-therapeutische und gärtnerische Fachwissen, das während der Ausbildung erworben wird und maßgeblich für die erfolgreiche Ausübung von Gartentherapie ist (Schneiter-Ulmann & Föhn 2020).

Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten erlernen ein **breites Fachwissen in Botanik, Nutz- und Heilpflanzen** sowie den **zielgerichteten Einsatz der Pflanzen an Patientinnen und Patienten anhand psychotherapeutischer Methoden**. Zur Anamnese der behandelnden Person werden ebenso medizinische Kenntnisse zur Diagnostik vermittelt.² Insbesondere dieses Fachwissen legitimiert die Ausübung der Gartentherapie als Therapieform und bedarf daher einer formalen Qualifikation.

²Einen Überblick über erforderliche medizinisch-therapeutische und botanisch-gärtnerische Einzelkompetenzen geben Schneiter-Ulmann & Föhn (2020).



5.1 | Gartentherapeutische Qualifikation

Praktizierende Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten haben die gartentherapeutische Weiterbildung abgeschlossen und kommen häufig aus dem sozialen, medizinischen oder gärtnerischen Bereich.

Die gartentherapeutische Weiterbildung besteht aus einem Verhältnis von Präsenzunterricht, Selbststudium, Projektarbeit und gartentherapeutischer Praxis. Dabei unterscheidet sich das Verhältnis der einzelnen Ausbildungsbereiche zueinander individuell in Abhängigkeit von der Bildungseinrichtung.

Die IGGT hat ein Konzept entwickelt, das die therapeutische Ausbildung mithilfe eines Punkteindex quantifiziert (IGGT o. J.), um die Weiterbildungsmöglichkeiten international nach objektiven Standards vergleichbar zu machen. In Österreich und der Schweiz konkurrieren auch andere (einrichtungsbezogene) gartentherapeutische Konzepte mit dem IGGT-Konzept. Beispiele für

Einrichtungen, die nach den Richtlinien der IGGT im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) anerkannt sind, finden Sie nachstehend gelistet:

1. Gartenakademie Sachsen-Anhalt e. V.:
Hof Neulingen bei Arendsee
2. Institut für Naturheilkunde in Erfurt
3. Akademie für Gartentherapie (AGaThe):
Wangeliner Garten
4. Donau Universität Krems in Kooperation mit
Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien
in Österreich
5. Büssenschütts Garten in Niedersachsen
6. Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in der Schweiz
7. Bildungsstätte Gartenbau in Grünberg
8. EAG-FPI in Hückeswagen

Alle aufgeführten Einrichtungen bieten die gartentherapeutische Ausbildung als Weiterbildung an.

Grundvoraussetzungen

Die Inhalte sind so vielschichtig aufgestellt, dass die Weiterbildung nur Personen empfohlen wird, die bereits eine Grundausbildung im sozialen, medizinischen oder gärtnerischen Bereich mitbringen. In einigen Bildungseinrichtungen stellt das Fehlen einer Grundausbildung in diesem Bereich sogar ein Ausschlusskriterium dar.

Die Gartenakademie Sachsen-Anhalt, die Donau-Universität Krems und die Bildungsstätte Gartenbau Grünberg setzen neben der Grundausbildung aus dem sozialen beziehungsweise gärtnerischen Bereich eine zusätzliche Leistung in Form eines Praktikums oder einer Hospitation voraus.

Ausbildungsdauer

Die Ausbildungszeit beläuft sich in den meisten Fällen auf ein Jahr, wobei ein größerer Teil der Ausbildung aus dem Selbststudium besteht. In regelmäßigen Abständen treffen sich die angehenden Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten sowie deren Lehrkräfte an insgesamt zwischen 15 bis 36 Präsenztagen, um einzelne thematische Module gemeinsam zu vertiefen. Die Präsenztage finden meistens monatlich an drei vollen Tagen von Freitag bis Sonntag statt. Somit kann die Weiterbildung auch berufsbegleitend erfolgen. Nach einem Ausbildungsjahr endet die Weiterbildung in den meisten Ausbildungseinrichtungen mit einer Abschlussprüfung in Form einer Hausarbeit und gegebenenfalls mit einer zusätzlichen mündlichen Prüfung.

Kosten

Die Kosten der Ausbildung belaufen sich in Deutschland auf ca. 2.000 bis 3.000 €, wobei sich die Höhe der Summe nicht an den Präsenztagen orientiert. Wer die Weiterbildung in der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften in der Schweiz absolvieren möchte, sollte mit Kosten in Höhe von umgerechnet ca. 6.500 €³ rechnen. Die teuerste gartentherapeutische Weiterbildung bietet die Donau-Universität Krems in Kooperation mit der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik in Wien an (7.500 €)⁴, die sich allerdings auf eine zweijährige Ausbildungsdauer beläuft.

Module

Insgesamt werden in allen acht Ausbildungsstätten einrichtungsübergreifende Kerninhalte angeboten, die aus folgenden Modulen bestehen:

- Methodische und inhaltliche Grundlagen der Gartentherapie
- Grundlagen der Ergo- und Physiotherapie
- Grundlagen der Psychologie
- Botanik, Pflanzen- und Heilpflanzenkunde sowie die Produktverarbeitung
- Nachhaltige Planung von Therapiegärten und Gartenanlagen
- Nachhaltige Planung der (ganzjährigen) Gartentherapie
- Methoden und Didaktik
- Notfallmanagement

Nach erfolgreicher Weiterbildung sind die Absolventinnen und Absolventen in der Lage, bedürfnisorientiert Gartentherapieprogramme zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. In ihrer Ausbildung werden die Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten hierbei auch für die Arbeit mit Menschen mit unterschiedlichem kulturellem und sozialem Hintergrund sensibilisiert, um diesen in ihrer Arbeit zu berücksichtigen (Knümann 2019).

Je nach Ausbildungsstätte werden die Basismodule mit einrichtungsspezifischen Themen ergänzt:

- Nachhaltige Gartentherapie in Innenräumen
- Gerontologie
- Präventionsmaßnahme Trauerbewältigung
- Gartentherapie mit Kindern
- Grundlagen Ernährungswissenschaft
- Öffentlichkeitsarbeit und Marketing
- Gartentherapie und Recht

Das weiterführende Angebot richtet sich nach dem angestrebten beruflichen Tätigkeitsfeld der Therapeutin bzw. des Therapeuten.

³Stand: 30.06.2020

⁴Stand: 30.06.2020

5.2 | Konzeption von Angeboten

Der Erfolg von Gartentherapie ist maßgeblich durch eine sorgfältige Konzeption therapeutischer Interventionen bestimmt. Hierzu gehören neben einer vorausgehenden Erhebung von Bedürfnissen der Teilnehmenden auch eine detaillierte Planung des methodischen Vorgehens

im Jahresverlauf mit Blick auf die Umsetzung zielgruppenspezifischer Innen- und Außenaktivitäten sowie das Einhalten von Routinen, die dem Alltag demenziell erkrankter Menschen Orientierung verleihen.

5.2.1 | Bedürfniserhebung

Gartentherapeutische Arbeit sollte systematisch, klientenzentriert und zielgerichtet sein.

Im ersten Schritt gilt es, das Behandlungssetting zu erfassen. Es sollte ein Profil aller Teilnehmenden erstellt werden, in dem neben Ressourcen und Fähigkeiten, auch gesundheitliche Einschränkungen sowie biografische Bezüge zu Natur und Pflanzen erfasst werden. Es geht um die Ermittlung des Istzustandes, auf Basis dessen gezielte Interventionen geplant und umgesetzt werden sollen.

Im zweiten Schritt werden Möglichkeiten der individuellen Gesundheitsförderung besprochen und gartentherapeutische Ziele vereinbart. Gartentherapie hat den Anspruch, aktuelle gesundheitliche Beschwerden von Teilnehmenden zu lindern und im Sinne von Prävention potenziellen Gesundheitsproblemen vorzubeugen. Hierbei sollen individuelle Ressourcen genutzt und unter Berücksichtigung von Schweregrad und Akuität bestehender Behinderungen und Funktionsstörungen Entwicklungspotenziale der Gesundheit identifiziert werden.

Im Fokus der Gartentherapie steht der Erhalt von Lebensqualität. Gartentherapeutische Ziele können auf kognitiver, emotionaler, psychosozialer und sensomotorischer Ebene angeordnet sein. Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) dient der Zuordnung von Richt- und Feinzielen, die sich in ihrer Formulierung an der SMART-Formel (spezifisch, messbar, aktiv beeinflussbar, relevant, terminiert) orientieren sollten (Georg 2020).

Die Gruppeneinteilung

Bevor in Kapitel 5.2.2 „Methodisches Vorgehen“ genauer auf die der Bedürfniserhebung folgende Planung und Durchführung gartentherapeutischer Arbeit eingegangen wird, soll zunächst dargestellt werden, wie Teilnehmende mit unterschiedlichen Voraussetzungen (Ressourcen und Einschränkungen) als Gruppe im Rahmen von Gartentherapie zusammengebracht werden können.

Gruppen fördern soziale Teilhabe und bieten eine große Bandbreite sozialer Interaktionsmöglichkeiten. Ausgehend vom Schweregrad der Demenz können homo- und heterogene Gruppen gebildet werden. Beide Varianten haben Vor- und Nachteile.

Heterogene Gruppen

Grundsätzlich gilt es, starke Unter- und Überforderung zu vermeiden. Zu große Unterschiede in den individuellen Einschränkungen können dazu führen, dass sich insbesondere stärker eingeschränkte Personen überfordert und ausgegrenzt fühlen. Besonders komplexe Tätigkeiten (z. B. Pflege größerer Pflanzen, kleinteilige Gestecke, künstlerische Arbeiten) und gesprächstherapeutische Anwendungen (z. B. Erfahrungsaustausch, Tier- oder Pflanzenquiz) können in einer heterogenen Gruppe bei stärker eingeschränkten Personen zu Frustration führen. Dem sollte bewusst begegnet werden, indem es allen Teilnehmenden durch kleinschrittige Tätigkeiten mit unterschiedlichem Anforderungsniveau ermöglicht wird, tätig zu werden und etwas zu einem gemeinsamen Ziel beizutragen.



Das Aufeinandertreffen verschiedener Charaktere erfordert, dass ruhigeren Teilnehmenden ausreichend Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten geboten werden. Die Unterstützung der Gartentherapeutin bzw. des Gartentherapeuten durch Personal der Einrichtung ermöglicht gezielte individuelle Betreuung. Häufig reicht eine kleine Ermunterung oder Handreichung bei Bewegungsabläufen aus, um Überforderung zu vermeiden und ein positives Erleben zu ermöglichen. Umgekehrt ist darauf zu achten, auch den körperlichen und geistigen Aktivitätsbedürfnissen von leichter dementen und orientierten Teilnehmenden gerecht zu werden.

Bei Tätigkeiten im Freien muss auf ein unterschiedliches Empfinden von Wetterverhältnissen reagiert werden. Besonders immobile Teilnehmende frieren schnell und reagieren empfindlich auf Regen. Werden Draußen-Aktivitäten daraufhin gemieden, ist dies zum Nachteil leichter Erkrankter, die den Aufenthalt im Freien auch bei wechselnder Witterung genießen könnten.

Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten stehen der Herausforderung gegenüber, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Teilnehmenden gerecht zu werden. Dies ist nicht immer einfach und kann letztlich nur durch die zusätzliche Unterstützung von Assistenzkräften erreicht werden. Doch es kann lohnend sein, sich der Herausforderung zu stellen, da sowohl die fitteren als auch die durch ihre Krankheit stärker eingeschränkten Teilnehmenden voneinander profitieren können.

Nach dem Motto „Jeder kann und soll mitmachen“ trägt eine heterogene Gruppe zu Geselligkeit und Toleranz gegenüber Beeinträchtigungen bei. Beide Seiten können durch die gemeinsame gärtnerische Betätigung und den Austausch von Erfahrungen profitieren, z. B. auch indem sie sich gegenseitig unterstützen. Die Diversität von Teilnehmenden sorgt für eine größere emotionale Bandbreite, die auch als erfrischend und auflockernd erlebt werden kann.

Homogene Gruppen

Homogene Gruppen erleichtern die Planung und Durchführung von Interventionen, da sich die Ressourcen und Einschränkungen der Teilnehmenden ähneln. Es fällt der Gartentherapeutin bzw. dem Gartentherapeuten leichter, intensiv in die Auseinandersetzung mit einzelnen Personen einzusteigen. Schutz- und Ruhebedürfnisse sind leichter zu sichern. Nachteilig ist jedoch, dass der Fokus in der Arbeit mit stark beeinträchtigten Personen auf simplen Tätigkeiten liegt, sodass den Teilnehmenden kaum Anreiz geboten werden kann, herausfordernde Aufgaben anzunehmen und sich etwas von den noch agileren Teilnehmenden abzuschauen.

Eine Fokussierung auf die Arbeit mit ausschließlich leicht beeinträchtigten Personen grenzt diese von den stärker beeinträchtigten Personen innerhalb der Einrichtung ab und birgt darüber hinaus die Gefahr, dass Teilnehmende bei einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes einen Gesichts- und Selbstwertverlust erleben. In letzter Konsequenz sind diese mit zunehmendem Demenzgrad gezwungen, die vertraute Gruppe zu verlassen.

Heterogene Gruppen können flexibler auf den natürlichen Krankheitsverlauf der Demenz reagieren, sind jedoch deutlich planungsintensiver. Erfahrungsgemäß lassen sich leicht bis mittelschwer demente Personen in heterogenen Gruppen vereinen. Auch schwer demente Personen können bei ausreichend zusätzlicher Unterstützung von einem Beisein innerhalb der Gruppe profitieren. Insbesondere bei immobilen, multimorbiden und schwer dementen Personen eignen sich eher auch einzeltherapeutische Interventionen.

Grundsätzlich sollte eine Demenzgruppe aus nicht mehr als sechs Teilnehmenden bestehen und durch mindestens eine Assistenzkraft unterstützt werden. Unabhängig davon, ob mit einer homogenen oder einer heterogenen Gruppe gearbeitet wird, muss tagesaktuell auf die Form und das Befinden der Teilnehmenden Rücksicht genommen werden.



5.2.2 | Methodisches Vorgehen

Ausgehend von Bedürfniserhebung und Gruppenzusammensetzung plant die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut Interventionen und Aktivitäten in Therapieeinheiten.

Eine Therapieeinheit ist definiert als „Teil eines Therapieprogramms, die zu einem festgelegten Termin während einer festgelegten Zeitspanne stattfindet“ (Beck et al. 2020b, S. 171). In der Planung stellt sich die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut die folgenden Fragen:

1. Was soll getan werden? (Festlegung des Themas der Therapieeinheit)
2. Wo soll die geplante Intervention stattfinden? (Außen- oder Innenaktivität)
3. Wie ist die Intervention durchzuführen? (inhaltlicher Ablauf)
4. Wie oft ist die Intervention auszuführen? (ganzjährige Planung)
5. Was wird bei der Umsetzung der Intervention benötigt? (Materialien)⁵

Beck et al. (2020b) veranschaulichen beispielhaft das Therapieprogramm „Herstellung von Ringelblumensalbe“, das aus vier Therapieeinheiten besteht.

Beispiel: Herstellung von Ringelblumensalbe

Die erste Intervention dient dem Kennenlernen der Pflanze und dem Ernten der Blüten, die anschließend trocknen müssen, damit die Teilnehmenden beim nächsten Treffen die Blütenblätter zur Weiterverarbeitung abzupfen können. In der dritten Therapieeinheit wird dann die Salbe hergestellt, die in der vierten Einheit in Salbendöschen gefüllt und beschriftet wird.

Das Therapieprogramm umfasst sowohl Außen- als auch Innenaktivitäten und kann in der Zeit von Juni bis Oktober durchgeführt werden. Benötigt werden im Garten oder in Töpfen gepflanzte Ringelblumen, ein Raum mit Arbeitstisch und Stühlen, ein Wasseranschluss, eine (mobile) Herdplatte, Küchenutensilien, ein Kühlschrank und Salbendöschen.

Das Therapieprogramm spricht verschiedene Ziele nach ICF an:

- Verbesserung und Erhalt mentaler Funktionen durch die Anregung sensomotorischer Ressourcen (ICF b156)
- Verbesserung und Erhalt von Mobilität durch den Einsatz grob- und feinmotorischer Fähigkeiten (ICF d440, d445)
- Verbesserung und Erhalt interpersoneller Interaktionen durch die Erfahrung von Bestätigung und Wertschätzung (ICF d710)

⁵Anlehnung an Heering 2018 (Das Pflegevisiten-Buch).



Dokumentation

Während der Durchführung eines Therapieprogramms ist die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut angehalten, den Ablauf und das Erreichen therapeutischer Ziele zu dokumentieren. Für jede Therapieeinheit ist daher Zeit zur Vor- und Nachbereitung einzuplanen (Georg 2020).

Positive Effekte

Gartentherapie fördert den Erhalt funktionaler Gesundheit, indem es den Teilnehmenden auf ganz natürliche Weise ermöglicht wird, individuelle Ressourcen und Fähigkeiten einzubringen. Personen mit beeinträchtigter körperlicher Mobilität führen bei der Beschäftigung im Garten häufig spontan natürliche Bewegungsabläufe aus, ohne durch vorheriges Nachdenken blockiert zu sein.

Bei akuten und chronischen Schmerzen helfen der Aufenthalt in der Natur und die Beschäftigung mit Pflanzen den Aufmerksamkeitsfokus zu verschieben und den Schmerz in den Hintergrund zu drängen.

Menschen mit Beschäftigungsdefizit erleben durch die sinnstiftende Tätigkeit im Garten ein Gefühl von Selbstwirksamkeit. Sie erhalten die Möglichkeit, sich nützlich zu machen und selbst etwas zu schaffen (pflanzen, ernten, verarbeiten). Gefühle von Machtlosigkeit weichen dem Erleben von Einfluss, Kontrolle und Selbstwert (Vef-Georg 2020).

Die Reize eingesetzter Sinnespflanzen regen Verarbeitungsprozesse im Gehirn an. Der Duft altbekannter Pflanzen, die harmonischen Formen und Farben der Blüten, das Ertasten samtiger Blätter und stacheliger Stängel und der Geschmack von reifen Beeren und Tomaten lassen auch bei fortgeschrittener Demenz Erinnerungen wach werden (Schneiter-Ulmann & Föhn 2020). Die Anregung der Sinne und das Tätigsein in der Natur fördern den Erhalt und die Verbesserung kognitiver Leistungsfähigkeit.

Die Anpassung des Therapieprogramms an saisonale Gegebenheiten ermöglicht das bewusste Erleben der Jahreszeiten. Aufeinander aufbauende Therapieeinheiten fördern das Erinnern an vorhergehende Interventionen. Ein zielgerichtetes Therapieprogramm verlangt die regelmäßige Teilnahme von Patienten. Routine und Rituale (Kapitel 5.2.4) geben dem Alltag der Teilnehmenden Orientierung.

5.2.3 | Innen- und Außenaktivitäten

Eine Vielzahl an Studien belegt, dass der Aufenthalt im Grünen nachweislich zu psychischer und physischer Gesundheit beiträgt.⁶ Mit Blick auf gartentherapeutische Interventionen, die sowohl draußen als auch drinnen stattfinden können, ist ein Garten wünschenswerte Ergänzung zu Räumlichkeiten im Gebäude.

Innerhalb von Institutionen, wie Pflegeeinrichtungen, sind Räume häufig nutzungsdefiniert, d. h., sie erfüllen einen konkreten Zweck (Wohnbereich, Aufenthalts- und Speiseraum usw.). Nutzungsoffen bieten Gärten ergänzende Erlebnissräume. Sie dienen Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeitenden, Besucherinnen und Besuchern als Ort des Zusammenkommens und der Erholung.

Im Vergleich von drinnen und draußen eröffnen Gärten „in höherem Maße einen Wechsel von visuellen und sinnlichen Eindrücken, die zu unterschiedlichen Stimmungen führen“ (Karn 2020, S. 118). Gärten ermöglichen das Empfinden von Weite, die Sicht in den Himmel, ein Gespür für das Ganze, das Faszination weckt und zum Nachdenken anregt (Niepel & Emmrich 2005).

Der Therapiegarten

Ein zu gartentherapeutischen Zwecken angelegter Therapiegarten ist „eine Anlage im Freien, die Raum und Ausstattung für Gartentherapien und andere Aktivitäten mit Pflanzen sowie für Therapieformen ohne direkten Bezug zu Pflanzen bietet“ (Schneiter-Ulmann 2020, S. 29). Die Planung und Anlage von Therapiegärten erfolgt in Zusammenarbeit von Landschaftsarchitekten und Beteiligten vor Ort.

Aufteilung

Denkbar ist eine Unterteilung des Therapiegartens in einen Nutzgarten zum Anbau von Obst und Gemüse, einen Lustgarten mit duftenden Sträuchern und farbenfrohen Blumen, einen Ruhebereich, einen Work-out-Bereich, der einfache Übungsgeräte zum Krafttraining bereithält, eine wilde Ecke mit wild wachsenden Pflanzen und Funktionsräumen, wie Lager- und Geräteschuppen (Petzold 2019).

Ausstattung

Zur Grundausrüstung gehören Hochbeete, Arbeitstische sowie gut zugängliche Erdbeete, sofern diese von noch agileren Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt werden können. Der Therapiegarten sollte auch für Bewohnerinnen und Bewohner mit Mobilitätseinschränkungen barrierefrei zugänglich sein und nahe dem Gebäude liegen.

Es ist darauf zu achten, dass ausreichend Wasseranschlüsse zur Bewässerung von Pflanzen gelegt sind, der Garten gut besonnt ist, er zudem jedoch auch über beschattete Bereiche mit ausreichend Sitzmöglichkeiten verfügt, die Gelegenheit zum Ausruhen und Verweilen bieten. Als optimale Ergänzung ermöglicht ein Gewächshaus den Aufenthalt bei widrigen Witterungsbedürfnissen (Karn 2020).



⁶Für eine Zusammenfassung von Forschungsergebnissen s. Schneiter-Ulmann 2020.

Gartentherapie auf Balkon oder Terrasse

Die Erfahrung zeigt, dass Gartentherapie anpassungsfähig ist. Erfahrenen Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten gelingt es häufig, auch auf kleinem Raum und mit wenig Materialien den Garten nach drinnen zu holen. Ein Balkon oder eine Terrasse reichen bereits aus, um in Hochbeeten und Kübeln bunte Blumen, aber auch Obst und Gemüse anzupflanzen. Ein aufwändig angelegter Therapiegarten ist somit nicht zwangsweise Voraussetzung für den Erfolg gartentherapeutischer Interventionen.

Indoor-Aktivitäten

In der Arbeit mit Demenzerkrankten sind Außenaktivitäten stark witterungsabhängig. Umso wichtiger ist es, dass Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten auch im Inneren Räumlichkeiten zu Therapie Zwecken zur Verfügung stehen. Denn auch hier gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten, gemeinsam aktiv zu werden.

Das Beisammensitzen an einem großen Tisch fördert den gegenseitigen Austausch unter den Bewohnerinnen und Bewohnern. In Gesprächsrunden können biografische Erlebnisse mit Bezug zur Natur aufgearbeitet werden. Beim gemeinsamen Tun am Tisch können Bewohnerinnen und Bewohner mit Mobilitätseinschränkung leichter aktiv eingebunden werden.

Auch bei Innenaktivitäten ist eine entsprechende Materialausstattung (z. B. Pflanz- und Aussaatschalen, Multi-Topfplatten, Vasen, s. Kapitel 4.1.3) zu berücksichtigen. Neben Pflanz- und Pflegearbeiten können insbesondere kreativ-gestalterische und handwerkliche Arbeiten im Inneren umgesetzt werden. Insbesondere in den Wintermonaten ermöglichen Innenaktivitäten Arbeiten mit saisonalem Bezug, wie z. B. das Herstellen von Vogelfutter oder das Bauen von Vogelhäuschen.



5.2.4 | Routine und Rituale

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass Gartentherapie z. B. bei demenziell erkrankten Menschen erst dann ihr volles Potenzial ausschöpfen kann, wenn Bewohnerinnen und Bewohner regelmäßig an therapeutischen Interventionen teilnehmen.

Eine regelmäßige Teilnahme fördert den Wiedererkennungswert von Therapeutin bzw. Therapeut und Tätigkeit. Routinen unterstützen die Gedächtnisleistung und das Erinnern an vorhergehende Therapieeinheiten. Es wird ermöglicht, dass Bewohnerinnen und Bewohner die Zusammenhänge ihres Tuns innerhalb eines Therapieprogramms begreifen (z. B. letzte Woche habe ich die Kartoffeln geerntet, diese Woche bereite ich sie zu). Genauso dienen auch Rituale den Bewohnerinnen und

Bewohnern zur Orientierung, wie ein immer gleicher Treffpunkt, von dem aus man gemeinsam in den Garten geht, oder ein Lied, das zu Beginn einer jeden Therapieeinheit gemeinsam gesungen wird.

Auch bei fortschreitender Demenz kann dann beobachtet werden, dass der Treffpunkt der „Gartengruppe“ wiedererkannt wird. Auch wenn häufig keine konkreten Erinnerungen ins Bewusstsein gerufen werden können, äußert sich das Wiedererkennen in einer positiven Grundhaltung, einem freudigen Lächeln oder einer aufkommenden Frage, wie: „War ich hier nicht schon einmal, wo wir das mit den bunten Blumen gemacht haben?“



5.3 | Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern



Voraussetzung für eine zielorientierte gartentherapeutische Arbeit ist eine gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeutin bzw. Therapeut und den Bewohnerinnen und Bewohnern.

Interne Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten haben es zu Beginn etwas leichter, da sie auch über die Zeit der Intervention hinaus Möglichkeiten haben, die Beziehung zu einzelnen Personen zu stärken. Dies kann jedoch auch von externen Therapeutinnen und Therapeuten im Laufe der Zeit und durch längere Präsenz vor Ort über die Intervention hinaus (zuvor und danach, an mehreren Wochentagen) kompensiert werden. Hierdurch ergibt sich die Möglichkeit, auch mal auf dem Flur mit Bewohnerinnen und Bewohnern in kurzen Austausch zu treten.

Durch regelmäßigen Kontakt und Gespräche sowie die Auseinandersetzung mit der Biografie der Bewohnerinnen und Bewohner gelingt es Therapeutinnen und Therapeuten, individuell auf Einschränkungen, Fähigkeiten und Vorlieben zu reagieren. Die Arbeit in Kleingruppen ermöglicht es, individuell auch auf aktuelle Befindlichkeiten von Bewohnerinnen und Bewohnern einzugehen.

Emotionen wahrnehmen und besprechen

Die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut sollte die Teilnehmenden ermutigen, über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen. Wünsche, Abneigungen und Veränderungen der Bewohnerinnen und Bewohner sollten respektiert und in die Gartentherapie eingebunden werden. „Saure-Gurken-Zeiten“ (Winterkälte, Krankheit, Abschiede etc.) sollten genauso thematisiert werden können wie freudvolle Momente.

Die Gartentherapie bietet vielfältig Möglichkeiten, negative Emotionen zu bewältigen (z. B. die Sorgen von der Seele reden, Gedenksteine gestalten, Körper und Seele durch die Verarbeitung von Heilkräutern etwas Gutes tun usw.).

Eine gute Beziehung zeichnet sich auch dadurch aus, dass Teilnehmende durch Therapeutinnen und Therapeuten zwar zur aktiven Teilnahme am gemeinsamen Tun und Gesprächen motiviert werden, Verweigerung und Rückzug jedoch respektiert werden. Und die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut darf sich menschlich zeigen und negative Emotionen zugeben, solange sie oder er dies konstruktiv tut. Das gegenseitige Trösten und Stärken innerhalb der Gruppe fördert eine ehrliche und gute Beziehung.

5.4 | Umgang mit zielgruppenspezifischen Herausforderungen

Der Anteil der Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Altenpflegeheimen nimmt stetig zu. Bei der Gartentherapie mit demenzerkrankten Personen stehen Therapeutinnen und Therapeuten einigen zielgruppenspezifischen Herausforderungen gegenüber.

Die richtige Mischung

Wie in Kapitel 5.2.1 besprochen, muss bei der Gruppenzusammensetzung darauf geachtet werden, dass starke Unter- und Überforderung einzelner Teilnehmender vermieden wird. Tätigkeiten sollten entsprechend den Fähigkeiten, Einschränkungen und biografisch bedingten Vorlieben der Teilnehmenden ausgewählt werden. Innerhalb einer Gruppe können Therapeutinnen und Therapeuten hierbei sicherlich nicht immer allen Teilnehmenden in gleichem Maße gerecht werden.

Bei der Gruppenzusammensetzung ist darüber hinaus auf Sympathien und Antipathien zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern zu achten. Verstehen sich zwei Bewohnerinnen bzw. Bewohner partout nicht miteinander, sollten sie unterschiedlichen Gruppen zugewiesen werden, um die positive Grundstimmung während der Therapie nicht zu gefährden. Auffälliges, herausforderndes oder aggressives Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern sollte mit den Mitarbeitenden der Einrichtung besprochen werden. Im Notfall müssen einzelne Teilnehmende aus der Gruppe ausgeschlossen werden.

Mit Freude und Neugier teilnehmen

Die Teilnahme der Bewohnerinnen und Bewohner sollte freiwillig und nicht auf Druck von Angehörigen oder Mitarbeitenden der Einrichtung erfolgen. Dies setzt das grundsätzliche Interesse der Teilnehmenden an Natur, Pflanzen und gärtnerischer Betätigung voraus. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Teilnehmende in ihrer Biografie zwangsläufig schon einmal gärtnerisch tätig gewesen sein müssen. Es gibt auch Bewohnerinnen und Bewohner, die erst im Alter einen „grünen Daumen“ entwickeln und sich für das neue Hobby „Gärtnern“ begeistern können.

Hilfskräfte

Die Arbeit mit Demenzerkrankten setzt voraus, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut mit dem Krankheitsbild vertraut ist und darüber hinaus während der Intervention von Mitarbeitenden des Hauses unterstützt wird. Um die Qualität der Unterstützung zu sichern, sollten Assistenzkräfte im Voraus eine Weiterbildung zum Thema Gartentherapie bei Demenzerkrankung erhalten.

Unterstützend tätig werden können sowohl hauptberuflich als auch ehrenamtlich Mitarbeitende. Bereits der Transfer immobiler Teilnehmender erfordert helfende Hände. Das Beisein von Hilfskräften während der Intervention garantiert, dass auf individuelle Bedürfnisse von Teilnehmenden und plötzlich auftretende gesundheitliche Beschwerden angemessen reagiert werden kann. Nur so ist sichergestellt, dass Bewohnerinnen und Bewohner bei Toilettengängen begleitet werden können und angemessen auf Lauff Tendenzen oder Unwohlsein reagiert werden kann. Die Therapeutin bzw. der Therapeut sollte niemals gezwungen sein, die Gruppe allein zu lassen. Bei Inkontinenz von Teilnehmenden sollte das Pflegepersonal Toilettengänge vor Beginn der Intervention einplanen und während der Intervention Inkontinenzmaterial einsetzen.

Gemeinsam mehr erreichen

Der Erfolg von Gartentherapie in Pflegeeinrichtungen ist von einer guten Zusammenarbeit von Gartentherapeutinnen und Gartentherapeuten, Einrichtungsleitung und den Mitarbeitenden des Hauses aus den Bereichen Pflege, sozialer Dienst, Hauswirtschaft und Haustechnik abhängig.

Um Störungen während der Intervention zu vermeiden, sollten die Interventionszeiten mit Angehörigen und externen Dienstleistern, wie Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten abgestimmt werden. Berichte über die Gartentherapie in Hauszeitung und Lokalblatt und das Sichtbarmachen gartentherapeutischer Arbeit (z. B. bepflanzte Beete und Kübel, Gestecke und Vasen im Speiseraum) tragen dazu bei, dass Gartentherapie zu einem festen und wertgeschätzten Bestandteil innerhalb der Einrichtung wird.

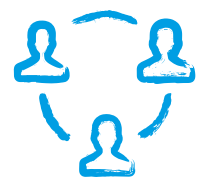
6. | Evaluation gartentherapeutischer Angebote

Um die Qualität gartentherapeutischer Arbeit sicherzustellen, sollten Therapeutinnen und Therapeuten ihre Arbeit regelmäßig selbst reflektieren, Fort- und Weiterbildungen nutzen und sich regelmäßig mit Kolleginnen und Kollegen aus der Gartentherapie austauschen. Indem gartentherapeutische Interventionen systematisch dokumentiert werden, kann ihre Wirksamkeit eingeschätzt und bewertet werden.

Die Evaluation von Gartentherapie bezieht sich in erster Linie auf das Erreichen therapeutischer Ziele. Zur Evaluation von Fein- und Richtzielen nach Abschluss eines Therapieprogramms kann die Gartentherapeutin bzw. der Gartentherapeut dabei geeignete Evaluationsinstrumente einsetzen. Der Abgleich des aktuellen Istzustandes mit dem zuvor festgelegten Sollzustand

sollte im Optimalfall durch das Feedback der Teilnehmenden ergänzt werden (Georg 2020). Auch der Austausch mit Mitarbeitenden aus anderen Bereichen und Angehörigen liefert wertvolle Informationen über den Erfolg von Therapiemaßnahmen.

Nach der Einführung von Gartentherapie in einer Einrichtung, sollte die Durchführung und Organisation nach einer Einführungsphase von etwa 10–12 Monaten durch ein leitfadengestütztes Gespräch aller Beteiligten (Einrichtungsleitung, Gartentherapeutin bzw. Gartentherapeut, Vertretende des unterstützenden Partners IKK classic und, falls möglich, Vertretende der Teilnehmenden) summativ evaluiert werden. Dies dient der Qualitätssicherung, Verstetigung und Nachhaltigkeit des Angebotes.





7. | Kurz und knapp: Ablauf der Einführung von Gartentherapie

Ein guter Einführungsprozess ist wichtig für das Gelingen der Aktivitäten zur Gartentherapie. Hierzu wird folgender Ablauf empfohlen, bei dem die Phasen 1, 2 und 5 aktiv durch die IKK classic gefördert werden:

Phase 1 – Vorbereitungsphase und Analyse:

- Auswahl geeigneter und interessierter Pflegeeinrichtungen über die Checkliste (s. Kapitel 8)

Phase 2 – Nutzung und Aufbau von Strukturen:

- Durchführung eines halbtägigen Informationsworkshops für die Einrichtungsleitung und Führungskräfte zu den therapeutischen Möglichkeiten von Gartentherapie und ihren Durchführungsbedingungen
- Bildung eines begleitenden Gremiums (z. B. Steuerkreis, falls noch nicht vorhanden) oder Bestellung eines Koordinators bzw. einer Koordinatorin zur Einführung und Umsetzung der Gartentherapie
- Durchführung einer systematischen Weiterbildung für Assistenzkräfte (interessierte Mitarbeitende, inkl. Betreuungsassistentinnen bzw. Betreuungsassistenten nach §43b und 53b SGB XI)
- Information der Angehörigen und interessierten Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner mit dem Ziel der Qualifikation zur selbstständigen Durchführung von gartentherapeutischen Maßnahmen

Phase 3 – Maßnahmenplanung:

- Absprachen zwischen Koordination und Therapeutin bzw. Therapeut (u. a. Bestands- und Bedarfserhebung von Materialien)
- Kennenlernen von Therapeutin bzw. Therapeut, Assistenzkräften und Bewohnerinnen und Bewohnern

Phase 4 – Umsetzung und Dokumentation:

- Umsetzung gartentherapeutischer Interventionen
- Regelmäßige Dokumentation der Therapieprogramme, gesetzter therapeutischer Ziele und ihrer Erreichung (z. B. durch Einsatz von geeigneten Dokumentations- und Evaluationsbögen)

Phase 5 – Evaluation:

- Leitfadengestütztes Gespräch der Beteiligten nach ca. 10–12 Monaten Umsetzung zur Prozess- und Ergebnisevaluation durchgeführter Interventionen

Ablauf der Einführung von Gartentherapie in Pflegeeinrichtungen

Phase 1 – Vorbereitungsphase und Analyse

Auswahl geeigneter
Pflegeeinrichtungen auf
Basis der Checkliste

Phase 2 – Nutzung und Aufbau von Strukturen

Informations-
workshop für
Leitung und
Führungskräfte

Bildung eines
begleitenden
Gremiums

Schulung für
Assistenzkräfte

Bereitstellung
von Informa-
tionen für
Angehörige

Phase 3 – Maßnahmenplanung

Absprache
zwischen
Koordination
und Therapeut

Kennenlernen
von Therapeut,
Assistenzkräften
und Bewohnern

Phase 4 – Umsetzung und Dokumentation

Gartentherapeutische
Interventionen und
Dokumentationen

Phase 5 – Evaluation

Prozess-
und Ergebnis-
evaluation

Start

Ziel

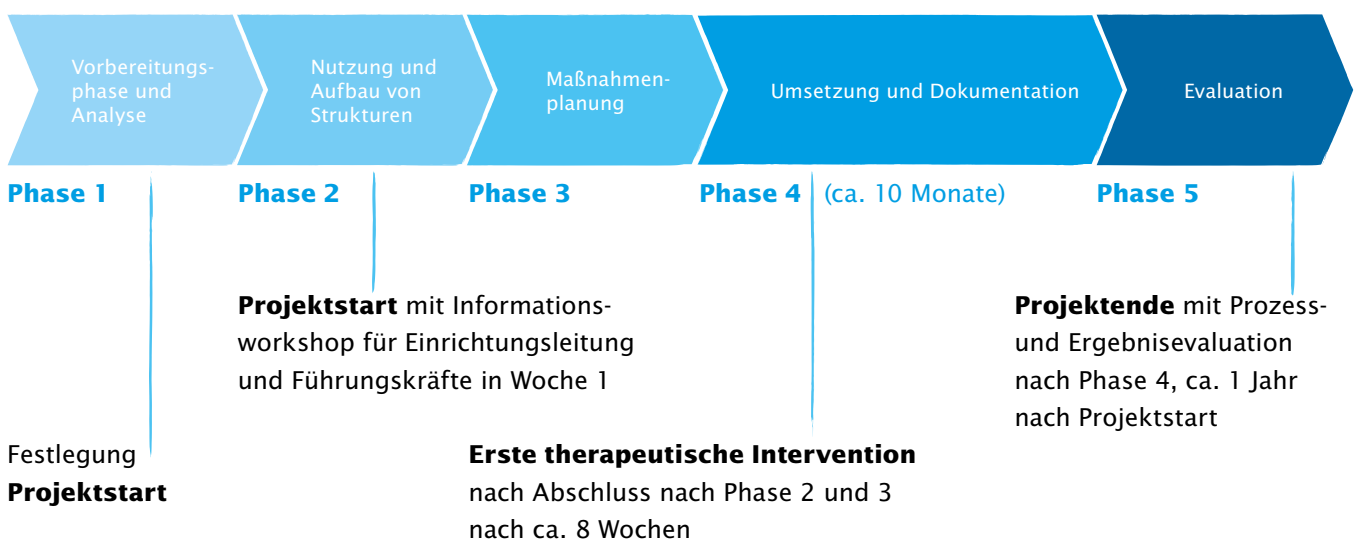
Die Tabellen visualisieren den Ablauf der Einführung von Gartentherapie in Pflegeeinrichtungen und bieten eine Stütze zur zeitlichen Orientierung innerhalb der ca. einjährigen Einführungsphase.





Zeitstrahl

Dauer: 1 Jahr



CHECKLISTE



Muss-
Anforderungen

Soll-
Anforderungen

Kann-
Anforderungen

Es gibt voraussichtlich ...

... am Angebot interessierte Bewohnerinnen und Bewohner, die Freude an gartentherapeutischen Gruppenaktivitäten haben.

Die Einrichtungsleitung ...

... ist grundsätzlich bereit, die Umsetzung von Gartentherapie zu unterstützen.

... ist bereit, entweder einen Steuerungskreis (falls vorhanden, z. B. BGM-Steuerungskreis o. Ä.) oder eine verantwortliche Koordinatorin bzw. Koordinator für die Umsetzung der Gartentherapie zu bestellen.

Die Einrichtungsleitung und ihre Führungskräfte ...

... sind bereit, an einem halbtägigen Informationsworkshop teilzunehmen, der über die Durchführungsbedingungen gelingender Gartentherapie sowie die Phasen der Weiterbildung zur „Gartentherapeutischen Assistentkraft“ aufklärt.

Die Koordinatorin bzw. der Koordinator für die Gartentherapie ...

... ist bereit, die Zusammenarbeit beteiligter Akteure zu steuern.

... ist bereit, gemeinsam mit der Gartentherapeutin bzw. dem Gartentherapeuten eine Bestands- und Bedarfserhebung der (benötigten) Materialien durchzuführen.

... ist bereit, die Umsetzung gartentherapeutischer Interventionen in engem Austausch mit der Gartentherapeutin bzw. dem Gartentherapeuten zu planen.

... kann eine Stellvertretung bei Abwesenheit (Krankheit, Urlaub etc.) benennen.

... hat einen persönlichen Bezug zum Thema Garten und Freude an Gartenarbeiten.

Muss-
AnforderungenSoll-
AnforderungenKann-
Anforderungen

In der Einrichtung gibt es voraussichtlich interessierte Mitarbeitende (z. B. Betreuungsassistentinnen, Betreuungsassistenten o.A.) ...

... die bereit sind, im Rahmen des Projekts eine Weiterbildung zur „Gartentherapeutischen Assistenzkraft“ zu absolvieren.	<input type="checkbox"/>		
... die einen persönlichen Bezug zum Thema Garten und Freude an Gartenarbeiten haben.			<input type="checkbox"/>

Es stehen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung ...

... für Innenaktivitäten.	<input type="checkbox"/>		
... für Außenaktivitäten.	<input type="checkbox"/>		
Es gibt einen extra für gartentherapeutische Zwecke angelegten Therapiegarten.			<input type="checkbox"/>

Für die Umsetzung von Gartentherapie benötigte Materialien (z. B. Hochbeete, Gartenwerkzeuge, Schutzkleidung etc.) stehen bereits zur Verfügung.

Ja			<input type="checkbox"/>
Nein			<input type="checkbox"/>
Teilweise			<input type="checkbox"/>

Die Einrichtung ist bereit, finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, um ...

... Einmalanschaffungen zu tätigen (z. B. Hochbeete, Gartenwerkzeug, Schutzkleidung; falls nicht vorhanden) ≈ 500–1.000 Euro.	<input type="checkbox"/>		
... die regelmäßig anfallenden Materialkosten zu tragen (z. B. Erde, Saatgut ...). Durchschnittlich 25 € pro Monat.	<input type="checkbox"/>		

Die Einrichtung ist bereit, bei Einführung der Gartentherapie ...

... eine Informationsveranstaltung für Angehörige durchzuführen.			<input type="checkbox"/>
... Angehörige über einen Newsletter/Flyer über das neue Therapieangebot zu informieren.			<input type="checkbox"/>

LITERATURVERZEICHNIS

Quellen

Bau, Michael, Andrea Altepost, Jessica Bau und Isabell Gurstein, 2020: Durchführungsbedingungen und Wirkungsanalyse von gartentherapeutischen Maßnahmen bei demenziell erkrankten Bewohner*innen in Altenpflegeheimen. Plön: ILAG (Hg.).

Beck, Trudi, Martina Föhn, Regina Hoffmann, Susanne Karn, Renata Schneider-Ulmann und Martin Verra, 2020a: Das KTI-Projekt Therapie- und Erlebnispfad RehaClinic Zurzach. S. 231 – 324 in: Schneider-Ulmann, Renata und Martina Föhn (Hg.): Lehrbuch Gartentherapie. Bern: Hogrefe Verlag.

Beck, Trudi, Regina Hoffmann, Karin Höchli, Susanne Karn und Renata Schneider-Ulmann, 2020b: KTI-Projekt Therapeutische Gärten für Alterszentren. S. 149 – 230 in: Schneider-Ulmann, Renata und Martina Föhn (Hg.): Lehrbuch Gartentherapie. Bern: Hogrefe Verlag.

Berting-Hüneke, Christa, 2016: Gärtnerische Betätigung bei Bewegungsstörungen. S. 173 – 200 in: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hg.): Gartentherapie, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Clathworthy, Jane, Joe Hinds und Paul Camic, 2013: Gardening as a mental health intervention: a review, *Mental Health Review Journal* 18(4): 214 – 225.

Georg, Jürgen, 2020: Gartentherapeutischer Prozess und Evaluation. S. 75 – 88 in: Schneider-Ulmann, Renata und Martina Föhn (Hg.): Lehrbuch Gartentherapie. Bern: Hogrefe Verlag.

GKV-Spitzenverband, 2018: Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V & Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Online-Dokument: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf, Stand: 10.09.2020.

Gonzales, Marianne und Marit Kirkevold, 2013: Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review, *Journal of Clinical Nursing* 23: 2698–2715.

Haubehofer, Dorit, 2019: Wissen-schaf(f)t-Garten-Therapie. Was wissen wir bisher über die Wirkung von Gartentherapie? S. 159 – 178 in: Hilarion Petzold, Bettina Ellerbrock und Ralf Hömberg (Hg.): Die Neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. 1: Grundlagen – Garten und Landschaftstherapie. Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Internationale Gesellschaft GartenTherapie (IGGT), 2017: Das IGGT-Konzept der GartenTherapie. Version 5.3a. Online-Dokument: <https://www.iggt.eu/konzept.html>, Stand: 10.09.2020.

Internationale Gesellschaft GartenTherapie (IGGT), o. J.: Information zu Anerkennung von Bildungsveranstaltungen für die Registrierung zum Gartentherapeuten/tin nach IGGT. Online-Dokument: https://www.iggt.eu/tl_files/iggt/download/Info_Registrierung_von_Gartentherapeuten.pdf, Stand: 10.09.2020.

Karn, Susanne, 2020: Der Garten als Raum für therapeutische Angebote. S. 117 – 132 in: Schneider-Ulmann, Renata und Martina Föhn (Hg.): Lehrbuch Gartentherapie. Bern: Hogrefe Verlag.

Knümann, Sandra, 2019: Naturtherapie. Mit Naturerfahrungen Beratung und Psychotherapie bereichern. Weinheim: Beltz.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hg.), 2015: Gute Praxis für gesundheitliche Chancengleichheit – Die Good-Practice-Kriterien und Praxisbeispiele, Köln und Berlin.

Neuberger, Konrad, 2019: Ansätze zu einer Integrativen Gartentherapie. S. 449 – 510 in: Hilarion Petzold, Bettina Ellerbrock und Ralf Hömberg (Hg.): Die Neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. 1: Grundlagen – Garten und Landschaftstherapie. Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Niepel, Andreas und Gabriele Vef-Georg, 2020: Praxishandbuch Gartentherapie: Gartentherapie für Ergo- und Gartentherapeuten, Pflegenden und Gärtner. Bern: Hogrefe Verlag.

Niepel, Andreas und Fritz Neuhauser, 2016: Die Rolle der Gartentherapie. S. 32 – 38 in: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (Hg.): Gartentherapie, Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Niepel, Andreas und Silke Emmrich, 2005: Garten und Therapie. Wege zur Barrierefreiheit. Stuttgart: Ulmer Eugen Verlag.

Petzold, Hilarion, 2019: Zur Qualitätssicherung und Dokumentation gartentherapeutischer Prozesse in der Praxis. S. 689 – 702 in: Hilarion Petzold, Bettina Ellerbrock und Ralf Hömberg (Hg.): Die Neuen Naturtherapien. Handbuch der Garten-, Landschafts-, Wald- und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation. Bd. 1: Grundlagen – Garten und Landschaftstherapie. Bielefeld: Aisthesis Verlag.

Richter, Simone, Julia Glöckner und Beate Blättner, 2018: Psychosoziale Interventionen in der stationären Pflege. Systematische Übersicht des Effekts universeller und selektiver Prävention auf die psychische Gesundheit, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 51(6): 666–674.

Schneiter-Ulmann, Renata, 2020: Gartentherapie – Begriffe, Entwicklung, Anwendung. S. 25–44 in Schneiter-Ulmann, Renata und Martina Föhn (Hg.): Lehrbuch Gartentherapie. Bern: Hogrefe Verlag.

Schneiter-Ulmann, Renata und Martina Föhn, 2020: Lehrbuch Gartentherapie. Bern: Hogrefe Verlag.

Vef-Georg, Gabriele, 2020: Pflanzengestützte Gesundheits- und Krankenpflege in der Langzeit- und Spitexpflege Betagter in Schneiter-Ulmann, Renata und Martina Föhn (Hg.): Lehrbuch Gartentherapie. Bern: Hogrefe Verlag.

Wöhl, Caroline, Hendrik Siebert und Beate Blättner, 2017: Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit universeller Prävention, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 50(6): 475–482.

Wöhl, Caroline, Simone Richter und Beate Blättner, 2018: Kognitive Interventionen in Pflegeheimen. Systematische Übersicht der präventiven Wirksamkeit auf die kognitive Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 51(3): 656–665.

Immer für Sie da

Sie haben Fragen oder möchten zur IKK classic wechseln?

Sie erreichen uns telefonisch rund um die Uhr:

Kostenlose IKK Service-Hotline

0800 455 1111



IKK classic-App



Facebook



Twitter



Instagram

