

# Gartentherapie als ergotherapeutisches Mittel bei erwachsenen Menschen nach einem Schlaganfall in der stationären Rehabilitation

## Bachelorarbeit



Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Departement Gesundheit

**Autorin:**

Karin Raymann  
S7066  
Wiesenstr.6  
9425 Thal

Studiengang Ergotherapie ER07c  
Betreuender Dozent: Josef Adam  
Abgabetermin: 22. Mai 2010

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	1
Abstract.....	3
Vorwort.....	3
1. Einleitung.....	4
1.1 Einführung in die Thematik.....	4
1.2 Relevanz zur Praxis .....	5
1.3 Zielsetzung.....	5
1.4 Fragestellung .....	6
1.5 Hypothesen .....	6
1.6 Begriffsklärung .....	6
1.6.1 Ergotherapie .....	6
1.6.2 Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) .....	7
1.6.3 Schlaganfall .....	7
1.6.4 Gartentherapie / Horticultural Therapy (HT).....	8
1.6.5 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) .....	9
1.6.6 Aktivität und Partizipation.....	10
2. Hauptteil .....	11
2.1 Herleitung der Theorie und Abgrenzung .....	11
2.2 Methode .....	11
2.3 Ergebnisse .....	12
2.3.1 Ergotherapie bei Menschen nach einem Schlaganfall .....	12
2.3.2 Gartentherapie als Mittel.....	16
3. Diskussion .....	18
3.1 Therapie bei Menschen nach einem Schlaganfall.....	18

3.2	Gartentherapie in der Rehabilitation.....	20
3.3	Übertrag in die ICF .....	23
4.	Schlussfolgerung.....	28
4.1	Prüfen der Hypothesen .....	28
5.	Literaturverzeichnis .....	30
6.	Weiterführende Literatur.....	33
7.	Abbildungsverzeichnis.....	34
8.	Danksagung .....	34
9.	Eigenständigkeitserklärung .....	34
10.	Anhang .....	35
10.1	Glossar .....	35
10.2	Matrix.....	38

## Abstract

Diese Arbeit untersucht die bestehende Literatur zum Thema Gartentherapie als Mittel in ergotherapeutischen Therapien, bei Menschen nach einem Schlaganfall. Dabei wird die mögliche Nutzung der Gartentherapie in der ergotherapeutischen Praxis mit Hilfe der Literaturrecherche untersucht. Zudem interessiert, inwieweit der Garten als Therapiemittel genutzt wird und welche Vorteile ein Garten für die Therapie hat. Die ICF dient als interdisziplinäre Kommunikation und hilft bei der Einordnung der Ziele. Mehrere Studien belegen, dass sich die Gartentherapie positiv auf die Klienten auswirkt. Es fehlen jedoch Studien, die den Zusammenhang von Schlaganfall und Gartentherapie untersuchen. So ist es schwierig nachzuweisen, wie effektiv diese Therapieform bei Menschen nach einem Schlaganfall ist und wie sie gezielt angewendet werden kann. Jedoch wurde ersichtlich, dass einige Kapitel der ICF mit der Gartentherapie nicht abgedeckt werden können. Das bedeutet, dass die Gartentherapie bei Menschen nach einem Schlaganfall alleine für die therapeutische Rehabilitation nicht ausreicht und in Kombination mit anderen Therapieansätzen angewendet werden muss.

**Keywords:** Horticultural Therapy, Stroke, Occupational Therapy, ICF

## Vorwort

Wer einen Garten zu Hause hat oder bereits in einem Garten gearbeitet hat, weiss, welche Möglichkeiten ein Garten bieten kann. Für mich ist der Garten, neben den Erträgen, auch ein Ort an dem man abschalten und Ruhe finden kann. Wer lässt nicht gerne die Seele baumeln in einem Park in der Stadt, im Wald um die Ecke oder im eigenen Garten vor dem Haus? Im Grünen liegen und dem Gezwitscher der Vögel, dem Summen der Bienen oder dem Rauschen der Blätter im Wind lauschen zu können. Einmal das Gefühl haben, dass die Zeit still steht und das in einer Welt, die immer mehr von Hektik geprägt ist. Im Garten kann man die Pflanzen und Tiere betrachten, Gemüse sähen und ernten, Früchte pflücken, die Schnecken verjagen, den Rasen mähen und den Geruch von frisch geschnittenem Gras in die Nase aufnehmen. Wieso sollte man das nicht auch, wenn man krank ist?

## 1. Einleitung

Um eine leichtere Lesbarkeit zu gewährleisten, wird in dieser Arbeit nur die männliche Form für Therapeuten und Klienten verwendet. Damit sind auch weibliche Personen gemeint.

### 1.1 Einführung in die Thematik

Der Garten wurde bereits im 19. Jahrhundert, wie Dr. Neuhauser, Oberarzt im Geriatriezentrum am Wienerwald, in einem Interview mit Medical Tribune (2007) erklärt, zu Therapiezwecken genutzt. In Europa, erklärt Dr. Neuhauser weiter, wurde damals die Gartentherapie vor allem bei psychiatrischen Diagnosen eingesetzt. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass man meist von Gartentherapie im Zusammenhang mit der Psychiatrie spricht. In der Neurologie ist dieses Therapiemittel noch weniger bekannt.

In der Schweiz zeigt sich jedoch die Tendenz, dass immer mehr Institutionen in der Neurologie das Therapieangebot des Gartens nutzen. Dies erstaunt nicht, da in einer schwedischen Studie (Söderback, Söderström, & Schäländer, 2004) bereits mehrere Vorteile der Gartentherapie im Bereich der Neurologie erwähnt wurden. In der Schweiz wurde zum Beispiel in der RehaClinic Zurzach (RehaClinic, 2010) kürzlich ein Garten zu Therapiezwecken geplant und angelegt. Auch die Rehaklinik Valens (Klinik Valens, 2010) baut zurzeit ihren Garten zur besseren und effizienteren Nutzung um. Geht man davon aus, dass dieser Trend an Bedeutung gewinnt, wird die Gartentherapie in der Neurologie einen höheren Stellenwert erhalten. Marotzki & Reichel (2007, S.111-113) erklären, dass im Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) neben dem klientenzentrierten Ansatz und anderen Schwerpunkten auch der Kontext hervorgehoben wird. Der Kontext habe, laut dem OTPF, einen starken Einfluss auf den Behandlungsprozess. Unter Kontext verstehe man die inneren und äusseren Bedingungen des Klienten, die seine Performanz beeinflussen. Dies bedeutet, dass in der Therapie auf den Kontext Rücksicht genommen werden muss. Der Garten wäre ein solcher Kontext und kann dem zu folge ein wichtiger Bestandteil für den erfolgreichen

ergotherapeutischen Prozess sein. Das würde bedeuten, dass Ergotherapeuten ein zusätzliches Angebot für die Therapie nutzen könnten.

## 1.2 Relevanz zur Praxis

Der Garten wird aus Erfahrung bisher wenig genutzt. Einige Ergotherapeuten geben an, dass sie mit der Materie nicht vertraut sind und die Möglichkeiten, welche ein Garten bieten könnte, nicht kennen. Deshalb ist es der Autorin wichtig zu untersuchen, inwieweit der Garten als Therapiemittel bereits zum Einsatz kommt und welche Vorteile ein Garten für die Therapie bieten kann, damit Ergotherapeuten mit dem Mittel vertrauter werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, die Möglichkeit zu erhalten, mit dem Medium Garten zu arbeiten. Nur wenige Kliniken haben zur therapeutischen Nutzung einen eigenen Garten und oft sieht man, dass die Gärten nicht den Bedürfnissen der Klienten entsprechen und eine Therapie nur unter erschwerten Bedingungen stattfinden kann.

## 1.3 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Garten als Mittel in ergotherapeutischen Therapien mit erwachsenen Menschen nach einem Schlaganfall, in einer stationären rehabilitativen Institution, zu erfassen und eine mögliche Nutzung in der Ergotherapiepraxis mittels Literaturrecherche zu untersuchen. Dabei soll der Garten in der Ergotherapie verankert und die Nutzung für Ergotherapeuten erleichtert werden.

## 1.4 Fragestellung

Innerhalb welcher Kategorien der ICF-Klassifikation „Aktivitäten und Partizipation“ können Ergotherapeuten, in einer rehabilitativen Institution bei erwachsenen Menschen nach einem Schlaganfall, mögliche Ziele für die Gartentherapie formulieren?

## 1.5 Hypothesen

1. Der Garten bietet eine zusätzliche Therapiemöglichkeit, bei Menschen nach einem Schlaganfall.
2. Ziele im Bereich „Aktivitäten und Partizipation“ werden durch gärtnerische Tätigkeiten mit Menschen nach einem Schlaganfall erreicht.
3. Der Garten kann in der Ergotherapie im rehabilitativen stationären Rahmen erfolgreich eingesetzt werden.

## 1.6 Begriffsklärung

### 1.6.1 Ergotherapie

Der deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE, 2007) definiert die Ergotherapie wie folgt:

*„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Ziel ist, sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.*

*Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem*

*Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“*

Der Mensch soll in der ergotherapeutischen Behandlung eine grösstmögliche Selbständigkeit erlangen, um am Leben teilhaben zu können.

### **1.6.2 Occupational Therapy Practice Framework (OTPF)**

Das OTPF wurde von der American Occupational Therapy Association (AOTA) in Auftrag gegeben, um eine einheitliche Terminologie der ergotherapeutischen Dokumentation zu erschaffen. Marotzki & Reichel (2007, S. 110-111) erklären das Framework:

*„Das OTPF baut auf dem professionellen Grundverständnis... der US-amerikanischen Ergotherapie auf. Dem Framework nach konzentrieren sich Ergotherapeuten darauf, Menschen in ihren für sie bedeutungsvollen und sinnvollen Alltagsaktivitäten innerhalb ihrer Lebensbezüge zu unterstützen. ... Veränderungen der Performanz sind darauf ausgerichtet, den Klienten in bedeutungsvolle Betätigungen einzubinden, was sich auf Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit auswirkt.“*

Das OTPF nimmt auf die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) und die World Health Organization (WHO) Bezug. Dies ist der Grund, weshalb die Autorin dieses Framework als Hintergrund für die Arbeit nutzt.

### **1.6.3 Schlaganfall**

Die WHO (2010) beschreibt den Schlaganfall wie folgt:

*“A stroke is caused by the interruption of the blood supply to the brain, usually because a blood vessel bursts or is blocked by a clot. This cuts off the supply of oxygen and nutrients, causing damage to the brain tissue.*

*The most common symptom of a stroke is sudden weakness or numbness of the face, arm or leg, most often on one side of the body. Other symptoms include:*



*confusion, difficulty speaking or understanding speech; difficulty seeing with one or both eyes; difficulty walking, dizziness, loss of balance or coordination; severe headache with no known cause; fainting or unconsciousness.*

*The effects of a stroke depend on which part of the brain is injured and how severely it is affected. A very severe stroke can cause sudden death.“*

Beim Schlaganfall (Apoplex, Insult, Hirnschlag) kommt es zu einer Hirnblutung oder zu einem Gefässverschluss im Hirn. Dabei sterben Nervenzellen ab. Die Bereiche sind je nach Lokalisation des Schlaganfalls im Hirn unterschiedlich. Die Folgen können zum Beispiel Seh- und Hörschwierigkeiten, Konzentrations- und Merkschwierigkeiten, Lern- und Gedächtnisschwierigkeiten, Lähmung, Spastik oder Orientierungsschwierigkeiten sein. Ein Schlaganfall kann auch zum plötzlichen Tod führen.

Laut den Angaben von Fragile Suisse (2010), erleiden jährlich 12'000 Personen in der Schweiz einen Schlaganfall. Von diesen Personen sterben innert 4 Wochen 15 – 20%. „Von den Überlebenden wird ein Drittel wieder selbstständig ohne (spürbare) Einschränkung, ein Drittel wird selbstständig in Alltagsaktivitäten und ein Drittel bleibt pflegebedürftig.“ Nach koronarer Herzkrankheit und Krebsleiden ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache in der Schweiz.

#### **1.6.4 Gartentherapie / Horticultural Therapy (HT)**

American Horticultural Therapy Association (2007):

*“Horticultural therapy (HT) is the engagement of a person in gardening-related activities, facilitated by a trained therapist, to achieve specific treatment goals.”*

Die American Horticultural Therapy Association (AHTA) beschreibt die Gartentherapie oder HT als eine Therapieform, bei der Menschen auf den Garten bezogene Aktivitäten durchführen und dabei von einem Therapeuten begleitet werden. Die Aktivitäten sind dem Klienten angepasst, so dass sie zum Erreichen der spezifischen therapeutischen Ziele beitragen.

Pfister (2010) definiert die Gartentherapie ein wenig anders:

*„Gartentherapie ist ein von einer Gartentherapeutin oder einem Gartentherapeuten gesteuerter Prozess, in welchem Pflanzen und Gartenaktivitäten dazu verwendet werden, das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden von Menschen zu stärken.“*

Beide Autoren sagen aus, dass Gartenaktivitäten für Personen mit Behinderungen förderlich sind. Pfister (2010) nimmt in seiner Definition noch mehr Bezug zum Klienten und beschreibt den Effekt der Gartentherapie. Zusammen ergeben die Begriffsbestimmungen ein Bild vom Nutzen der Gartentherapie.

### **1.6.5 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**

Die WHO (2010) beschreibt ICF wie folgt:

*“The International Classification of Functioning, Disability and Health, known more commonly as ICF, is a classification of health and health-related domains. These domains are classified from body, individual and societal perspectives by means of two lists: a list of body functions and structure, and a list of domains of activity and participation. Since an individual’s functioning and disability occurs in a context, the ICF also includes a list of environmental factors.*

*The ICF is WHO’s framework for measuring health and disability at both individual and population levels... Unlike its predecessor, which was endorsed for field trial purposes only, the ICF was endorsed for use in Member States as the international standard to describe and measure health and disability.”*

Die ICF ermöglicht eine einheitliche Gliederung der gesundheitlichen Probleme der Klienten, da das Instrument berufsübergreifend angewendet wird. Die ICF ist ein internationaler Standard und hilft bei der einheitlichen Beschreibung und Messung von Gesundheit und Krankheit. Alle Länder (191), welche der WHO angehören, arbeiten mit diesem Instrument. Die ICF hat das Ziel, „in einheitlicher und standardisierter Form eine Sprache und einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung zu stellen“ (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Information, 2005). Sie gilt als Ergänzung zur ICD-10.

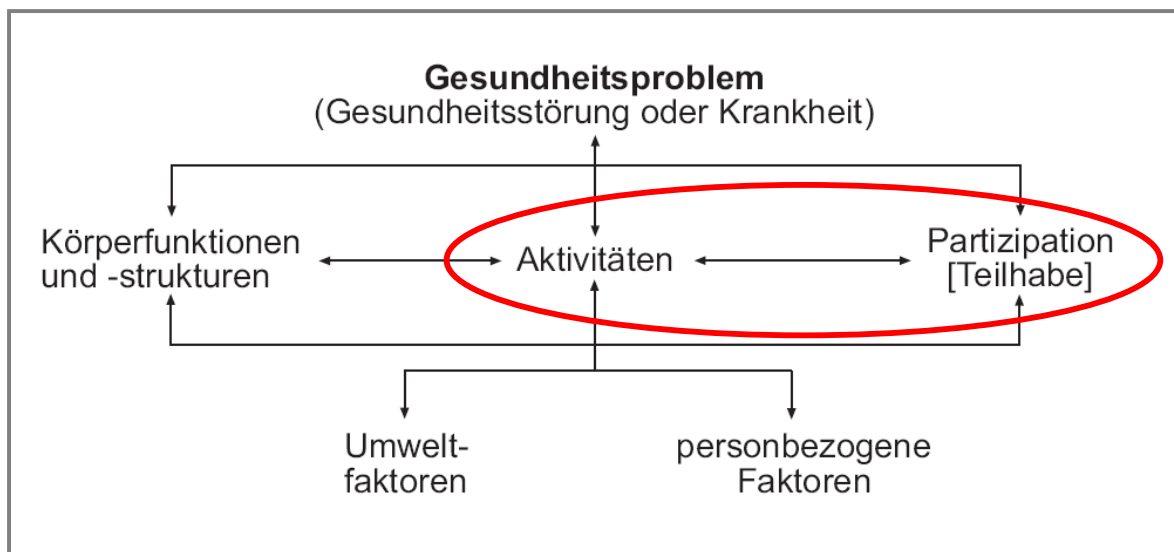


Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF

### 1.6.6 Aktivität und Partizipation

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Information (2005) hat die Aktivität und Partizipation folgendermassen definiert:

„Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen.“

„Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.“

In der ICF wird die Klassifikation „Aktivitäten und Partizipation“ in sogenannte Kapitel gegliedert:

Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche und gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Diese Klassifikation wurde ausgewählt, da es den Modellhintergrund des OTPF wiedergibt und für die Ergotherapie von Bedeutung ist, wie in der Definition des DEV beschrieben wird.

## 2. Hauptteil

### 2.1 Herleitung der Theorie und Abgrenzung

Die Fragestellung wird mittels Literaturrecherche untersucht. Dabei wird das Thema Gartentherapie auf den Bereich Neurologie abgegrenzt, um die Möglichkeiten des Gartens in einer neurologisch, stationären Rehabilitation zu untersuchen. Da die Ergotherapeuten in einer stationären Rehabilitation am häufigsten Menschen nach einem Schlaganfall (Daniëls, Winding, & Borell, 2002) behandeln, wird die Klientengruppe auf Schlaganfall begrenzt. So kann sichergestellt werden, dass die Untersuchung gezielt stattfinden kann.

### 2.2 Methode

Eine kritische Literaturübersicht soll die Frage beantworten. Die Schlagwörter „horticultural therapy“, „stroke“, „occupational therapy“ wurden zuerst einzeln, dann in Kombination für die Suche eingesetzt. Da es wenige Treffer gab, wurden Synonyme mitverwendet. Die Suche mit „garden and therapy“ ergab keine relevanten Treffer. Für die Literaturrecherche wurden die Datenbanken Medline, Cochrane Library, CINAHL, OTD Base und AMED verwendet. Im Endnote Web (Thomson Reuters, 2009) wurden die gefundenen Studien aufgelistet und verwaltet. Der angestrebte Zeitraum von 20 Jahren konnte eingehalten werden. Die Studien mussten über Gartentherapie Aufschluss geben oder die Ergotherapie mit Menschen nach einem Schlaganfall aufzeigen. Studien aus der Psychiatrie wurden aussortiert, da in der vorliegenden Untersuchung nur die Neurologie von Bedeutung ist.

Die recherchierten Studien wurden anhand der Formulare zur Auswertung von qualitativen (Law et al., 1998) und quantitativen Studien (Letts et al., 2007) analysiert und aussortiert. Weitere Studien wurden anhand der Literaturangaben aus der Liste von Wichrowski (2007) in den angegebenen Journals gesucht, so dass eine ausreichende Menge an Studien zur Verfügung stand.

Weiterführende Literatur in Form von Bücher und Fachartikel hat die Autorin aus den Bibliotheken der ZHaW Winterthur und Wädenswil sowie der ZB Zürich beschafft. Die vorhandenen Studien verwendete die Autorin für die Bearbeitung des Hauptteils. Im Diskussionsteil wird die Literatur verglichen, Lücken werden ausfindig gemacht und Übereinstimmungen oder Gegensätzliches werden festgehalten. Mit dieser Vorarbeit kann anschliessend die Schlussfolgerung notiert werden. Der Transfer, der Theorie in die Praxis, bildet den Abschluss der Arbeit.

## 2.3 Ergebnisse

### 2.3.1 *Ergotherapie bei Menschen nach einem Schlaganfall*

#### **Changing Face of Stroke: Implications for Occupational Therapy Practice**

(Wolf, Baum, & Connor, 2009)

##### Zweck:

Die Forscher wollen die Veränderungen bei Menschen nach einem Schlaganfall aufzeigen, damit eine gezielte Therapie angeboten werden kann. Mit dieser Studie erläutern sie, was Therapeuten und Institutionen anpassen müssen, um erfolgreich in der Rehabilitation zu sein.

##### Studiendesign:

Das quantitative Studiendesign wertete die Ergebnisse aus den Datenbanken des amerikanischen Spitals aus. Mit 7740 Teilnehmern ist die Studie repräsentativ und gibt ein ganzheitliches Bild über die Veränderungen der Diagnose Schlaganfall. Der Transfer der Daten auf die Schweiz scheint naheliegend.

##### Nutzen für die Ergotherapie:

Das Alter, die Überlebenschance eines Schlaganfalls und die Entlassungsorte verändern sich. Menschen erleiden heutzutage viel früher einen Schlaganfall als noch vor einigen Jahren. Dies muss bei der Therapie unbedingt berücksichtigt werden. Da die

Diagnose Schlaganfall keine akute Krankheit mehr ist, sondern zu den chronischen Krankheiten zählt, ist es wichtig, vermehrt auf die Prävention zu achten. Der Fokus der Rehabilitation, auch jener der Ergotherapie, kommt vom akuten Management weg und führt hin zur Partizipation (Arbeit, Familie und gesellschaftliches Leben). Dazu ist es notwendig, die Therapieansätze zu erneuern und passende Assessments zu erstellen. Es ist erstaunlich, dass 71% der Betroffenen direkt nach Hause entlassen wurden, aber viele dieser Personen die Reintegration ins normale Leben nicht erfolgreich meistern konnten. Hier scheint es wichtig zu sein, eine Weiterbehandlung ambulant oder zur Arbeitsreintegration vorzuschlagen. Dies kann die Integration ins Berufs- und Familienleben begünstigen.

### **Occupational Therapy Activities and Intervention Techniques for Clients With Stroke in Six Rehabilitation Hospitals**

(Latham et al., 2006)

Zweck:

Latham und seine Kollegen untersuchten die ergotherapeutischen Aktivitäten und Techniken während einer Rehabilitationsphase.

Studiendesign:

Der quantitative Ansatz nutzt die deskriptive Statistik zur Forschung. Dabei beschreiben sie Intensität, Häufigkeit und Dauer der therapeutischen Behandlungen. In verschiedenen rehabilitativen Institutionen wurden ergotherapeutische Therapien mit 954 Klienten untersucht, was eine repräsentative Anzahl ist. Die Klienten erlitten einen Schlaganfall, hatten aber unterschiedliche Beeinträchtigungen, was den Vergleich der Therapiemassnahmen erschwert. Zudem wird nicht beschrieben, ob die Therapeuten freiwillig mitgemacht haben. Das Ethik-Verfahren ist unklar. Trotz diesen kritischen Punkten gibt die Studie einen Überblick über die ergotherapeutische Anwendung bei Klienten nach einem Schlaganfall und ist für diese Arbeit von Bedeutung.

Nutzen für die Ergotherapie:

Ergotherapeuten bieten bei diesem Klientel am häufigsten ADL- Training an. Es wird ersichtlich, dass aus zeitlichen Gründen in der frühen Rehabilitationsphase vermehrt BADL's genutzt werden. Neben den ADL's werden auch weitere Therapiemöglichkeiten angeboten (Kontrolle der oberen Extremitäten, Anziehtraining). Mehrere Ansätze werden verwendet und man kommt von der Neurofazilitation weg, hin zur motorischen Kontrolle und des motorischen Lernens (der neuromuskuläre-, kognitive- und der muskuloskeletale Ansatz). Was nicht beachtet wurde und vollkommen fehlt ist die soziale Integration. Dies könnte jedoch in der Ergotherapie berücksichtigt werden.

### **Characterizing Occupational Therapy Practice in Stroke Rehabilitation**

(Richards et al., 2005)

Zweck:

Die Studie zeigt auf, wie die ergotherapeutischen Aktivitäten, bei Menschen nach einem Schlaganfall, variieren können.

Studiendesign:

Die Kohortenstudie entsprach der Studienfrage. Mit 713 Klienten und 6 Rehabilitationskliniken ist die Studie umfangreich und repräsentativ. Damit die Daten richtig erhoben wurden, sind die Ergotherapeuten vorgängig geschult worden. Dies vermindert Fehler bei der Datenerhebung. Die Validität der Messungen ist gegeben. Das nicht beschriebene Ethik-Verfahren ist ein Nachteil der Studie. Weitere Nachteile sind die nicht beschriebene Signifikanz und die Reliabilität der Ergebnisse. Auch in dieser Studie werden die gesellschaftlichen Aspekte im Ergotherapieprogramm nicht berücksichtigt.

Nutzen für die Ergotherapie:

Die Studie kommt zum Schluss, dass Ergotherapeuten eine Kombination verschiedener Ansätze nutzen sollten. Der Schwerpunkt der Ergotherapie verändert sich im Verlauf der Rehabilitation. Grundlegende, einfache Tätigkeiten werden im Verlauf des Aufenthaltes durch komplexere ersetzt und den Bedürfnissen des Klienten angepasst. Je mehr Zeit

für anspruchsvollere Aktivitäten aufgewendet werden kann, desto mehr steigt der Erfolg der Rehabilitation.

**Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation**

(Daniëls, Winding, & Borell, 2002)

Zweck:

Erfahrungen und Erlebnisse der Therapeuten mit Menschen nach einem Schlaganfall werden beschrieben, um ein besseres Verständnis für die Situation zu erhalten.

Studiendesign:

Der qualitative Ansatz ermöglicht es, die Erfahrungen zu erfassen. Dabei werden in zwei Fokus-Gruppen Interviews durchgeführt. 6 holländische und 7 belgische Ergotherapeuten konnten freiwillig rekrutiert werden. Die Anzahl der Teilnehmer ist gering und wird als nicht repräsentativ angesehen. Jedoch werden die gewonnenen Daten mit anderen Studien verglichen, was ein ganzheitliches Bild der Problematik zeigt. Diese Studie spiegelt den Standpunkt der Ergotherapeuten und ist deshalb wichtig zur Klärung der Forschungsfrage.

Nutzen für die Ergotherapie:

Die Ergotherapeuten kommen überein, dass erreichbare Ziele gesetzt werden müssen und dass Aktivitäten gewählt werden sollten, die für den Klienten positive Erfahrungen ermöglichen. In diesem Rehaprozess scheint es schwierig zu sein, mit dem Klienten Ziele festzulegen, da diesen oft noch nicht bewusst ist, was ihre Diagnose bedeutet. Deshalb ist es wichtig, mit dem Klienten eine Zukunftsplanung zu machen, um dann anschliessend realistische Ziele setzen zu können. Die Wirkung der Interventionen soll sorgfältig überwacht werden. Der Therapieschwerpunkt liegt auf den BADL's. Diese Therapien sollten, wenn möglich, in einem realistischen Kontext stattfinden, da solche Aktivitäten laut Forschungsteam die Effektivität der Ergotherapie erhöhen.

Die Forscher empfehlen weitere Untersuchungen.



### **2.3.2 Gartentherapie als Mittel**

#### **Working in a training garden: Experiences of patients with neurological damage**

(Jonasson, Marklund, & Hildingh, 2007)

##### Zweck:

Es werden Erfahrungen und Erlebnisse von Klienten nach einer neurologischen Schädigung in einem Therapiegarten erfasst. Dabei soll die Wirkung der Gartenarbeit auf die Klienten erforscht werden.

##### Studiendesign:

Die phänomenologische Studie erforscht, mittels offen geführten Interviews die Wirkung des Gartens auf die Klienten. Die korrekte Datenanalyse wurde gewährleistet. 14 Klienten wurden rekrutiert, was eine sehr geringe Anzahl ist und deshalb nur einen kleinen Einblick gibt. Die Teilnahme war freiwillig und die Daten wurden vertrauensvoll behandelt. Der Garten war nicht für jedes Klientel geeignet und für eine effektive Nutzung ist die Anordnung des Gartens entscheidend. Es ist nicht bekannt, ob die Teilnehmer die Interviews nochmals durchlasen und die Richtigkeit der Aussagen bestätigen konnten. So fehlen in dieser Studie einige Angaben, was dazu führt, dass man die Ergebnisse mit Vorsicht betrachten muss. Doch zeigen sie auf, wie die Klienten mit neurologischer Schädigung die Arbeit in einem therapeutischen Garten empfinden und hilft dabei, die Fragestellung zu bearbeiten. Da es zu diesem Thema noch wenige Studien gibt, wird sie in dieser Arbeit als Primärliteratur verwendet.

##### Nutzen für die Ergotherapie:

Die Studie bezieht sich nicht direkt auf die Ergotherapie, doch hilft sie, die Forschungsfrage dieser Arbeit zu beantworten.

Die Forscher kommen zum Schluss, dass der Therapiegarten einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Teilnehmer hat. Die Interviews sagen aus, dass die Arbeit im Therapiegarten gesundheitsförderlich, herausfordernd und produktiv ist und den Klienten Freude bereitet. Das Selbstwertgefühl steigt durch Komplimente und

Anerkennung von anderen Klienten oder Besuchern. Es braucht noch mehr Forschung, um aussagekräftige Argumente für die Nutzung des Gartens machen zu können.

### **The Meaning of Gardening and the Effects on perceived Well Being of a Gardening Project on Diverse populations of Elders**

(Heliker, Chadwick, & O'Connell, 2000)

Zweck:

Die Forscher wollen die Realisierbarkeit, die Effektivität der Gartentherapie und die Meinungen über die Gartenarbeit untersuchen.

Studiendesign:

Mit Hilfe des qualitativen und des quantitativen Ansatzes (Triangulation) werden zwei Gruppen aus unterschiedlichen Institutionen in Texas untersucht. Die Gruppen unterscheiden sich stark voneinander (sozialer Status, Schulbildung). Die Teilnahme war freiwillig und somit sind die ethischen Aspekte berücksichtigt worden. Insgesamt konnten 24 Teilnehmer für die Studie rekrutiert werden. Dies ist wenig repräsentativ. Die Gruppen führten die Gartenarbeit in ihrem eigenen Setting durch, so dass die Unterschiede der Gruppen aufgezeigt werden konnten. Die Messungen waren reliabel und valide. Die Triangulation erhöht die Aussagekraft der Studie. Über das „Member Checking“ bei den Interviews ist nichts bekannt. So ist nicht auszuschliessen, dass Fehler entstanden sind. Zudem fehlen Angaben zur Transformation der Interviewdaten. Trotz all dieser Kritikpunkte können für die Forschungsfrage Aussagen gemacht werden.

Nutzen für die Ergotherapie:

Das Projekt ist in einem solchen Setting realisierbar und zugleich für die Klienten bedeutungsvoll. Die Gruppe zeigten keine signifikanten Unterschiede trotz unterschiedlicher Voraussetzungen. Dies zeigt, dass der Garten für verschiedenste Menschen genutzt werden kann. Das Gartenprojekt bietet eine Gelegenheit, spirituell und kreativ innerhalb der Therapie zu arbeiten, was auch in der Ergotherapie vorstellbar ist. In den Interviews kam heraus, dass sich der Garten positiv auf die Vitalität, die Gedanken und das Wohlbefinden auswirkt. Die Teilnehmer arbeiten gerne im Garten und haben Freude daran. Weitere Forschung wird empfohlen.

### 3. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Garten in der Ergotherapie zu verankern und die Nutzung für Ergotherapeuten zu erleichtern. Die Menge der gefundenen Studien ist jedoch zu gering, um eine wirklich aussagekräftige Empfehlung abgeben zu können. Über eine mögliche Wirkung auf Menschen nach einem Schlaganfall findet die Autorin keine Studien. Die gefundene Literatur gibt aber einen Hinweis darauf, was der Garten in der Therapie alles bieten kann.

#### 3.1 Therapie bei Menschen nach einem Schlaganfall

In der Ergotherapie sollen klientenzentrierte und realistische Ziele gesetzt werden (Daniëls et al., 2002). Dies entspricht auch den Vorstellungen des OTPF (Marotzki & Reichel, 2007). Am Anfang des Rehabilitationsprozesses scheint dies laut Daniëls et al. (2002) jedoch schwierig zu sein, da das Bewusstsein der Klienten getrübt ist. In diesem Fall sei es wichtig, mit dem Klienten eine Zukunftsplanung zu machen, um dann anschliessend erreichbare Ziele zu formulieren (Daniëls et al., 2002). Damit die Therapie erfolgreich ist, sollte die Intervention in einem realen Kontext stattfinden. Mattingly und Fleming (1994) fanden heraus, dass die Effektivität der Ergotherapie durch die realistische Umgebung erhöht wird. In der Institution stösst man jedoch an Grenzen und aus finanziellen und organisatorischen Gründen ist es oft nicht möglich, die Therapie beim Klienten zu Hause durchzuführen (Daniëls et al., 2002). Inwiefern der Kontext die Effektivität beeinflusst, ist nicht beschrieben und lässt Vermutungen zu. Der Fokus der Rehabilitation kommt vom akuten Management weg und verlagert sich hin zur Partizipation (Arbeit, Familie und gesellschaftliches Leben) (Wolf et al., 2009). Dies ist verständlich und sinnvoll, da die Menschen mit der Diagnose Schlaganfall immer jünger werden (Wolf et al., 2009) und die Wiedereingliederung somit ein wichtiger Bestandteil und auch ein Wunsch des Klienten ist.

In der Ergotherapie werden verschiedene Ansätze genutzt (Richards et al., 2005 & Latham et al., 2006), jedoch verändern sich die Ansätze und werden den Bedürfnissen der Klienten angepasst. Zurzeit wenden Ergotherapeuten den neuromuskulären-, den kognitiven- und den muskuloskeletalen Ansatz bei Schlaganfall an (Latham et al., 2006). Was erstaunt, ist der Bereich der sozialen Integration, der nicht berücksichtigt wird (Latham et al., 2006). Nach der OTPF (Marotzki & Reichel, 2007) sollte dieser Bereich jedoch auch beachtet werden. Den Grund für die Nichtberücksichtigung erwähnt Daniëls et al. (2002). Sie zeigen auf, dass die Zeit in der Rehabilitation gering ist und nicht alle Bereiche abgedeckt werden können, so müssen Schwerpunkte gesetzt werden. In den gefundenen Studien wird die Effektivität der Ansätze nicht angegeben, dies lässt nicht nachvollziehen, inwieweit die Ergotherapie mit ihren Methoden Wirkung zeigt. Jedoch kann man davon ausgehen, dass die Häufigkeit der Anwendung dieser Ansätze die Effektivität unterstreicht.

Aufgrund der Tatsache, dass die Klienten immer jünger werden (Wolf et al., 2009) verändern sich auch die Bedürfnisse der Klienten. Die Arbeitsreintegration wird immer wichtiger, da die jüngeren Klienten wieder ins Berufsleben einsteigen wollen. Bei der Arbeitsreintegration liegt der Fokus auf der kognitiven Verhaltenstherapie (SGVT, 2008), den präventiven Massnahmen, dem Strategietraining (Horst, 2005) und unter Umständen auch auf dem Fahrtraining. Neben den Massnahmen für die Arbeitsreintegration fokussieren sich die Ergotherapeuten auf die Körperfunktionen (Kontrolle der oberen Extremitäten, Gleichgewichtstraining...) und die ADL's (Waschen, Anziehen, Essen...) (Richards et al., 2005). Daniëls et al. (2002) und Latham et al. (2006) unterstützen in ihren Studien diesen Trend. Latham et al. (2006) fanden heraus, dass 40,2 % der Therapiezeit für ADL-Training genutzt wird und etwa 50% für die Verbesserung der Körperfunktionen. Zur Verbesserung der Körperfunktionen wenden Ergotherapeuten Krafttraining, motorisches Lernen und Aktivitäten für die körperliche Wahrnehmung an. Hauptmann (2007, S.28) konkretisiert die Anwendung des motorischen Lernens bei Menschen nach einem Schlaganfall. Dabei geht es „einerseits [um] die Anpassung des vorhandenen motorischen Repertoires an die Umwelt, andererseits [um] die Erweiterung des motorischen Repertoires durch das Lernen neuer Bewegungseinheiten“. Hierbei muss beachtet werden, dass Hauptmann (2007) von einem physiotherapeutischen Gesichtspunkt ausgeht und nicht den Standpunkt der

Ergotherapie vertritt. Dennoch ergänzen sich die Aussagen von Hauptmann(2007) und Latham et al. (2006). Das IADL-Training wird aufgrund des Settings (stationäre Rehabilitation) nur am Rande berücksichtigt (Latham et al., 2006). Was in den Studien nicht erwähnt wird, ist das mentale Training sowie die Spiegeltherapie, die nach Dohle (2007) bei Menschen nach einem Schlaganfall eingesetzt werden können. Er fügt aber an, dass das mentale Training als Ergänzung zu motorischen Übungen hinzugezogen werden soll und nicht einzeln stattfinden darf. Der Einsatz der Spiegeltherapie muss genau abgeklärt werden und kann nicht mit jedem Klienten durchgeführt werden. Die Forschungsarbeit von Richards et al. (2005) zeigt auf, dass sich der Schwerpunkt der Ergotherapie im Verlauf der Rehabilitation verändert. Grundlegende, einfache Tätigkeiten werden durch komplexere ersetzt, damit der Erfolg gewährleistet wird. Dies wird durch keine Studie widerlegt. Richards et al. (2005) fügen an, dass der Erfolg der Rehabilitation steigt, je mehr Zeit für komplexere Aktivitäten aufgewendet werden kann. Dies scheint logisch, da solche Aktivitäten nur bei Klienten, die bereits bessere Funktionen zeigen, eingesetzt werden können (Richards et al., 2005).

### 3.2 Gartentherapie in der Rehabilitation

Hazen (1997) schreibt, dass Gartentherapie einen wichtigen Beitrag im Rehabilitationsprogramm leistet. Sie bietet viele Möglichkeiten, um den Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten von älteren Personen in einer Rehabilitation gerecht zu werden. Neuberger et al. (2006) gehen noch weiter. Der Vorteil der Gartentherapie sei, dass sie bei unterschiedlichen Diagnosen und bei Menschen mit unterschiedlichem Alter eingesetzt werden kann. Man könnte davon ausgehen, dass aufgrund der Veränderung des Klientels (Wolf et al., 2009) der Garten an Bedeutung verliert. Jedoch hat das BAT Freizeitforschungsinstitut, zitiert nach dem Bundesverband Deutscher Gartenfreunde e.V. (2004), herausgefunden, dass 43% der über 14-Jährigen Gartenarbeit zu den beliebtesten Hobbys zählen. So kann davon ausgegangen werden, dass der Garten die Motivation in der Rehabilitationsphase steigern kann.

Dass die Effizienz der Therapie durch einen realistischen Kontext erhöht wird, ist ein Argument für den Einsatz des Gartens (Daniëls et al., 2002 & Richards et al., 2005). Neuberger (2006) und seine Forschungskollegen fanden heraus, dass Gartenarbeit für Personen mit Beeinträchtigungen etwas Bedeutungsvolles ist. Nicht zu vergessen ist, dass die Bedürfnisse der Klienten abgeklärt werden müssen, um den Einsatz des Gartens begründen zu können.

Kurz (2008) hat entdeckt, „dass der Garten als Therapiemittel bzw. als therapeutische Umgebung eine heilsame Wirkung auf Patienten ausübt. Es wird sichtbar, dass Patienten im Freien aufblühen, sich emotional öffnen, motorisch hohe Leistungen vollbringen, ruhiger und kognitiv orientierter werden...“ Dr. Fritz Neuhauser unterstreicht in einem Interview die positive Wirkung der Natur auf den Menschen. „Nur wenige Minuten in der Natur reichen aus, damit sich Kreislauf und Herzfrequenz normalisieren, die Muskeln entspannen, Stress abgebaut und die generelle Lebenszufriedenheit gesteigert wird.“ Jonasson et al. (2007), Söderback et al. (2004) und Heliker et al. (2000) bestätigen in ihrer Literaturrecherche, dass der Garten einen Effekt auf das Wohlbefinden der Klienten hat, Stress reduzierend wirkt und die Lebensqualität erhöht. Die Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) (2004) unterstreicht, dass Klienten nach einem Schlaganfall, die Gartenarbeit, als eine von wenigen Aktivitäten mit hoher Lebenszufriedenheit ansehen. Dies könnten Gründe dafür sein, dass viele Personen Gartentätigkeiten mit Freude ausführen (von 160 Studienteilnehmer 96,5 %) (Heath, & Gifford, 2001). Dank diesem Phänomen scheint es für Ergotherapeuten relativ einfach, die Klienten für die Therapie zu motivieren (Kennedy & Haller, 2006, S.71).

### 3.3 Einsatz der Gartentherapie bei Menschen nach einem Schlaganfall

Oberauer (2004) erklärt die möglichen Gründe für die positive Auswirkung des Gartens auf Menschen nach einem Schlaganfall. „Gartenarbeit macht es Schlaganfallklienten leichter, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Dinge zu richten und die Konzentration zu halten. Sie bietet viele sinnliche Informationen und vermittelt, dass Neues heranwächst und das Leben weitergeht – gerade nach einer schweren Erkrankung eine wichtige Botschaft.“ Zudem ermöglicht es der Garten, dass Menschen aus der Isolation der Wohnung, sich nach draussen begeben und so in Kontakt mit der Aussenwelt treten können (Oberauer, 2004).

Der Einsatz einer Gruppen- oder Einzeltherapie ist je nach Zielsetzung möglich (Catlin, 2006 und Wichrowski, Chambers & Ciccantelli, 1998, S.83). Da die Arbeit im Garten für viele Menschen positive Einflüsse hat, sind sie in der Therapie motivierter, die gesteckten Ziele zu erreichen. Durch die gesteigerte Motivation der Klienten ist es naheliegend, dass diese auch leichter errungen werden. Der Garten erlaubt es dem Therapeuten Ziele im physischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen, sozialen und kommunikativen Bereich zu setzen (Catlin, 2006, S.41). Söderback et al. (2004) belegen diese Aussage mit der Untersuchung der „Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic“. Das dort durchgeführte Gartenprogramm enthält die oben genannten Bereiche. Auch Wichrowski, Chambers & Ciccantelli (1998, S.87) gehen unabhängig von den anderen Forschern, von den gleichen Zielen aus. Beim Vergleich der Zielbereiche mit den Symptomen wird ersichtlich, dass diese Bereiche alle Symptome eines Schlaganfalls abdecken und in der ergotherapeutischen Rehabilitation beachtet werden (Odier & Michel, 2010 und Lang, 2010). Hoffmann (2008) geht weiter auf die Therapie durch Gartenarbeit ein. „...So können bei Schlaganfallpatienten z.B. durch Aussaat verschiedener Samengrößen die Funktionen und Kontrolle der Bewegungen geübt und gefördert werden, beim Bepflanzen des Hochbeetes wird die Muskelkraft und Muskelausdauer unterstützt, aber auch die Mobilität. Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Wahrnehmung können durch das Wiederholen von gleichen Tätigkeiten geschult werden...“. Damit wird der Therapieschwerpunkt (Körperfunktionen) bei Schlaganfall

auch in der Gartentherapie aufgegriffen und zeigt die Anwendung des motorischen Lernens in der Gartentherapie. Die untersuchte Literatur über Gartentherapie macht keine Angaben darüber, welche Ansätze eingesetzt werden können.

Die Studie der DGPMR (2004) empfiehlt, in der Rehabilitation von Menschen nach einem Schlaganfall, gärtnerische Aktivitäten zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass der Garten als Setting in der Rehabilitation mit diesem Klientel eingesetzt werden könnte. Studien, die diese Aussage widerlegen, sind nicht vorhanden.

Wie oben beschrieben, werden die betroffenen Menschen immer jünger und die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt ist entscheidend. Der Garten bietet im stationären Rahmen eine exzellente Möglichkeit, Gärtner auf ihr Berufsleben vorzubereiten. Dieses realistische Setting erleichtert Gärtner den Transfer des Gelernten in ihre Arbeitswelt.

### 3.3 Übertrag in die ICF

Der Transfer in die ICF ist durchaus angebracht. Die Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation beinhaltet folgende Kapitel: Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Aufgrund der Tatsache, dass die Gartentherapie Ziele in den physischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen, sozialen und kommunikativen Bereichen bei Klienten nach einem Schlaganfall formuliert (Catlin, 2006, S.41), können in der ICF mehrere Kapitel berücksichtigt werden. Das KTI<sup>1</sup>-Projekt „Therapie- und Erlebnispark RehaClinic Zurzach“ zeigt auf, welche Ziele für Menschen nach einem Schlaganfall im Garten erreicht werden können (Beck et al., 2010). Beck et al. listen auf, dass Richtziele in allen Kapitel der Klassifikation Aktivitäten und Partizipation gesetzt werden können, ausschliesslich den Kapiteln „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“, „Häusliches Leben“, „Bedeutende Lebensbereiche“ und „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“. Es ist anzunehmen, dass



diese vier Kapitel für Menschen nach einem Schlaganfall nicht relevant sind, oder im Garten nicht beachtet werden können. Jedoch ist unklar weshalb das Kapitel „Allgemeine Aufgaben und Anforderungen“ ausgeschlossen wurde, obwohl Menschen nach einem Schlaganfall kognitive Defizite aufweisen können und Schwierigkeiten bei Mehrfachaufgaben zeigen. Auch aufgrund der Gedächtnisprobleme, welche bei den Symptomen aufgelistet sind, ist der Ausschluss unklar.

Die folgende Tabelle soll als Idee dienen und zeigt mögliche Massnahmen in Kombination mit den gärtnerischen Aktivitäten bei Menschen nach einem Schlaganfall. Dieses Tabelle basiert auf den in dieser Arbeit verwendeten Fachbüchern und Artikel und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

<b>Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung</b>		
<b><i>Bewusste sinnliche Wahrnehmungen (d110–d129)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garten besichtigen</li> <li>• Blumen riechen</li> <li>• Aroma schmecken</li> <li>• Pflanzen betrachten</li> <li>• Aufträge aufnehmen durch zuschauen oder zuhören</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akustische und visuelle Reize wahrnehmen</li> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> <li>• Lernstrategien entwickeln</li> <li>• Gedächtnisfunktionen wiedererlangen</li> </ul>
<b><i>Elementares Lernen (d130–d159)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufträge nachmachen</li> <li>• Blumenstrauss machen</li> <li>• Umpflanzen</li> <li>• Etiketten schreiben</li> <li>• Etiketten lesen lernen</li> <li>• Werkzeuge nutzen</li> <li>• Aussaat von groben und feinen Samen</li> <li>• Stecklinge schneiden</li> <li>• Ernten und Pflücken von Pflanzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> <li>• Gedächtnisfunktionen wiedererlangen</li> <li>• Feinmotorische Fertigkeiten verbessern</li> <li>• repetitive Handlungen ausführen</li> <li>• nonverbale Kommunikationsfertigkeiten üben</li> </ul>
<b><i>Wissensanwendung (d160–d179)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umpflanzen</li> <li>• Blumenstrauss machen</li> <li>• Auswahl der Behälter und Pflanzen</li> <li>• Etiketten lesen</li> <li>• Buch für gepresste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> <li>• Problemlösungsstrategien entwickeln</li> <li>• Orientierung verbessern</li> <li>• Entscheidungen treffen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Blumen machen</li> <li>• Beschriftung der Pflanzen</li> <li>• Planung des Gartens</li> <li>• Aussaat von groben und feinen Samen</li> <li>• Stecklinge schneiden</li> <li>• Ernten und Pflücken von Pflanzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nonverbale Kommunikationsfertigkeiten üben</li> </ul>
<b>Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b>		
<b>(d210–d240)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blumenstrauss machen</li> <li>• Umtopfen</li> <li>• Setzlinge pflanzen</li> <li>• Buch für gepresste Blumen machen</li> <li>• Etiketten schreiben</li> <li>• Etiketten lesen lernen</li> <li>• Werkzeuge nutzen</li> <li>• Blumen giessen</li> <li>• Aussaat von groben und feinen Samen</li> <li>• Stecklinge schneiden</li> <li>• Ernten und Pflücken von Pflanzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> <li>• Gedächtnisfunktionen wiedererlangen</li> <li>• Planung von Aufgaben</li> <li>• Entscheidungen treffen</li> </ul>
<b>Kapitel 3: Kommunikation</b>		
<b><i>Kommunizieren als Empfänger (d310–d329)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenaktivitäten (Umtopfen, Hochbeete bepflanzen, Unkraut jäten...)</li> <li>• Buch für gepresste Blumen machen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> <li>• Akustische Reize wahrnehmen und verarbeiten</li> </ul>
<b><i>Kommunizieren als Sender (d330–d349)</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenaktivitäten (Umtopfen, Hochbeete bepflanzen, Unkraut jäten...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> <li>• Aufträge aufnehmen</li> <li>• Sprechen üben</li> </ul>

<p><b>Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und -techniken (d350–d369)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenaktivitäten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> </ul>
<p><b>Kapitel 4: Mobilität</b></p>		
<p><b>Die Körperposition ändern und aufrecht erhalten (d410–d429)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garten besichtigen</li> <li>• Blumen schneiden</li> <li>• Töpfe waschen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausrichten auf Tätigkeit</li> <li>• Grobmotorische Fertigkeiten verbessern</li> <li>• Gleichgewichtstraining</li> </ul>
<p><b>Gegenstände tragen, bewegen und handhaben (d430–d449)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garten besichtigen</li> <li>• Blumen schneiden</li> <li>• Töpfe waschen</li> <li>• Blumenstrauß machen</li> <li>• Blumen pressen,</li> <li>• Setzlinge pflanzen</li> <li>• Umtopfen</li> <li>• Blumen giessen</li> <li>• Pikieren</li> <li>• Aussaat von groben und feinen Samen</li> <li>• Stecklinge schneiden</li> <li>• Ernten und Pflücken von Pflanzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hand- Armgebrauch üben</li> <li>• Koordinierte Bewegungsabläufe trainieren</li> <li>• Fein- und grobmotorische Fertigkeiten verbessern</li> <li>• Gleichgewichtstraining</li> <li>• Körperpositionen wechseln</li> <li>• Muskelaufbau</li> </ul>
<p><b>Gehen und sich fortbewegen (d450–d469)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garten besichtigen</li> <li>• Pflanzen am Boden</li> <li>• Aufräumen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grobmotorische Fertigkeiten verbessern</li> <li>• Gehen lernen</li> <li>• Gleichgewichtstraining</li> <li>• Kreislauftraining</li> </ul>
<p><b>Sich mit Transportmitteln fortbewegen (d470–d489)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garten besichtigen</li> <li>• Weg zum Garten absolvieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollstuhlhandling</li> </ul>
<p><b>Kapitel 5: Selbstversorgung</b></p>		
<p><b>(d510–d570)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Töpfe waschen</li> <li>• Hände waschen</li> <li>• Schütze anziehen</li> <li>• Handschuhe anziehen</li> <li>• Schuhe anziehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit fokussieren</li> <li>• Konzentrationsfähigkeit verbessern</li> <li>• Koordinierte Bewegungsabläufe trainieren</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hände eincremen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hand- Armgebrauch üben</li> <li>• Fein- und grobmotorische Fertigkeiten verbessern</li> <li>• Koordination verbessern</li> <li>• Sensorische Fertigkeiten trainieren</li> </ul>
<b>Kapitel 6: Häusliches Leben</b>		
<i>Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten (d610–d629)</i>		
<i>Haushaltsaufgaben (d630–d649)</i>		
<i>Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen (d650–d669)</i>		
<b>Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</b>		
<i>Allgemeine interpersonelle Interaktionen (d710–d729)</i>		
<i>Besondere interpersonelle Beziehungen (d730–d779)</i>		
<b>Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche</b>		
<i>Erziehung/Bildung (d810–d839)</i>		
<i>Arbeit und Beschäftigung (d840–d859)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitgeber kontaktieren</li> <li>• Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiedereingliederungsmassnahmen</li> </ul>
<i>Wirtschaftliches Leben (d860–d879)</i>		
<b>Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</b>		
<i>Erziehung/Bildung (d910–d950)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hobbys</li> <li>• Freizeit</li> <li>• Gesellschaft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hobby finden</li> <li>• Fein- und grobmotorische Fertigkeiten verbessern</li> <li>• Gleichgewichtstraining</li> </ul>

## 4. Schlussfolgerung

### 4.1 Prüfen der Hypothesen

#### **1. Der Garten bietet eine zusätzliche Therapiemöglichkeit bei Menschen nach einem Schlaganfall.**

Über Gartentherapie bei Schlaganfall wurde keine Literatur gefunden. Ein Übertrag von anderen Studien, mit anderen Krankheitsbildern ist zweifellos heikel, da die physischen und psychischen Voraussetzungen der Personen zu unterschiedlich sind. In Fachbüchern findet man einzelne Gartenprogramme für Menschen nach einem Schlaganfall. In Amerika wird diese Form der Therapie beim beschriebenen Klientel angewendet, jedoch nur auf klinischen Beobachtungen begründet. Die Hypothese kann somit weder widerlegt noch belegt werden.

➔ Forscht man hier weiter, wird sich der Einsatz der Gartentherapie bei Menschen nach einem Schlaganfall wissenschaftlich fundiert belegen lassen.

#### **2. Ziele im Bereich “Aktivitäten und Partizipation“ werden durch gärtnerische Tätigkeiten mit Menschen nach einem Schlaganfall erreicht.**

Es können mehrere Ziele in diesem Bereich gesetzt und in der Gartentherapie trainiert werden. Was aber ersichtlich wurde, ist, dass allein durch Gartentätigkeiten nicht alle Kapitel berücksichtigt werden können. Der Grund dafür ist nicht wissenschaftlich belegt und lässt Spekulationen zu. Aufgrund der Tatsache, dass jedoch nicht alle Kapitel hinzugezogen werden können, kann die Gartentherapie nicht alleine als Therapiemethode durchgeführt werden. Damit

weitere Kapitel der ICF abgedeckt werden können, ist eine Ergänzung durch andere Therapieansätze notwendig.

→ Die Forschung kann diese Wissenslücke stopfen und die Spekulationen werden reduziert.

### **3. Der Garten kann in die Ergotherapie im rehabilitativen stationären Rahmen erfolgreich eingesetzt werden.**

Über die Effektivität und den Erfolg der Gartentherapie können ausschliesslich klinische Erfahrungen etwas aussagen. Die wissenschaftliche Literatur ist sehr dürftig. Die Aussagen von Klienten sind jedoch sehr positiv und lassen erahnen, welchen Einfluss die Gartentherapie auf Menschen in der Rehabilitation haben kann.

→ Mehr Forschung ist nötig, um die Effektivität von Gartentherapie in der Neurologie, speziell bei Menschen nach einem Schlaganfall zu erfassen.

Aufgrund der Tatsache, dass einige Bereiche nicht mit der Gartentherapie abgedeckt werden können, kommt die Autorin zum Schluss, dass die Gartentherapie bei Menschen nach einem Schlaganfall alleine für die therapeutische Rehabilitation nicht ausreicht und in Kombination mit anderen Therapieansätzen angewendet werden muss. Die Gartentherapie bietet eine Möglichkeit, um in einem realistischen Kontext in der Rehabilitationsphase zu arbeiten. Der organisatorische und finanzielle Aufwand ist geringer als bei einem Hausbesuch und kann so als Alternative genutzt werden. Durch bedeutungsvolle Aktivitäten kann die Motivation der Klienten gesteigert werden und somit die Ziele besser erreicht werden. Viele wissenschaftliche Studien oder Fachbücher stammen aus dem amerikanischen Setting und können nicht ohne weiteres

Eins zu Eins ins europäische übernommen werden. In anderen Ländern ist die Gartentherapie bereits verankert. In Mitteleuropa beginnt sie sich durchzusetzen und wird von ausgebildeten Gartentherapeuten genutzt. So ist es möglich, dass mit der Zeit ausschliesslich Gartentherapeuten für diese Art der Therapie eingesetzt werden und die Ergotherapeuten auf alt bewährte Therapieformen zurückgreifen müssen.

## 5. Literaturverzeichnis

American Horticultural Therapy Association. (2007). *Frequently Asked Questions* [On-Line]. Available: <http://www.ahta.org/content.cfm?id=faq> (27.01.2010).

Beck, T., Föhn, M., Hoffmann, R., Karn, S., Schneiter-Ulmann, R. & Verra, M. (2010). Das KTI<sup>1</sup>-Projekt „Therapie- und Erlebnispfad RehaClinic Zurzach“. In R. Schneiter-Ulmann (Hrsg.), *Lehrbuch Gartentherapie* (S.211-298). Bern: Hans Huber.

Bundesverband Deutscher Gartenfreunde e.V. (2004). *Der Garten ist der beste Arzt*. [On-Line]. Available: [http://www.gartenundtherapie.ch/pdf/Der\\_Garten\\_ist\\_der\\_beste\\_Arzt.pdf](http://www.gartenundtherapie.ch/pdf/Der_Garten_ist_der_beste_Arzt.pdf) (02.02.2010).

Catlin, P. (2006). Activity Planning: Developing Horticultural Therapy Sessions. In R. Haller & Ch. Kramer (Hrsg.), *Horticultural Therapy Methods* (S.33-57). Binghamton: Haworth.

Daniëls, R., Winding, K. & Borell, L. (2002). Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(16), 167-175.

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO.

Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR). (2004). Nach Schlaganfall: Gärtnern bringt am meisten Lebensfreude. Presse-Service Physikalische Medizin und Rehabilitation; *Oktober*,1-2.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE). (2007). *Definition der Ergotherapie*. [On-Line]. Available: <http://www.dve.info/fachthemen/definition-ergotherapie.html#498> (28.01.2010).

Dohle, Ch. (2007). Mentales Training und Spiegeltherapie. In Ch. Dettmers, P. Bülow & C. Weiller (Hrsg.), *Schlaganfall Rehabilitation* (S.53-63). Bad Honnef: Hippocampus.

- FRAGILE Suisse. (n.d.). *Zahlen und Fakten Schlaganfall* [On-Line]. Available: <http://www.fragile.ch/index.cfm?nav=1,48,438&SID=1&DID=1> (25.01.2010).
- Gesellschaft für Gartenbau und Therapie. (2009). *Definitionen - Was ist Gartentherapie? Was ist ihre Aufgabe?* [On-Line]. Available: <http://www.gartenbau-und-therapie.org/deutsch/therapie-1.html> (28.01.2010).
- Hauptmann, B. (2007). Von der Theorie zur Praxis: Grundlagen präduralen und motorischen Lernens. In Ch. Dettmers, P. Bülow & C. Weiller (Hrsg.), *Schlaganfall Rehabilitation* (S.25-45). Bad Honnef: Hippocampus.
- Hazen, T. (1997). Horticultural Therapy in the Skilled Nursing Facility. *Activities, Adaptation & Aging*, 22(1&2), 39-60.
- Heath, Y. & Gifford, R. (2001). Post-Occupancy Evaluation of Therapeutic Gardens in a Multi-Level Care Facility for the Aged. *Activities, Adaptation & Aging*, 25(2), 21-43.
- Heliker, D., Chadwick, A. & O'Connell, T. (2000). The Meaning of Gardening and the Effects on perceived Well Being of a Gardening Project on Diverse populations of Elders. *Activities, Adaptation & Aging*, 24(3), 35-56.
- Hoffmann, R. (2008). Gartentherapie für Rehabilitations-Patienten. *Die Gärtner-Fachzeitschrift*, 7, 44-45.
- Horst, R. (2005). *Motorisches Strategietraining und PNF*. Stuttgart: Thieme.
- Jonasson, I., Marklund, B., & Hildingh, C. (2007). Working in a training garden: experiences of patients with neurological damage. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(4), 266-272.
- Kennedy, K. & Haller, R. (2006). Working with Program Participants: Techniques for Therapists, Trainers, and Program Facilitators. In R. Haller & Ch. Kramer (Hrsg.), *Horticultural Therapy Methods* (S.59-85). Binghamton: Haworth.
- Klinik Valens (n.d.). Klinik Valens: In guten Händen sein [On-Line]. Available: <http://www.klinik-valens.ch/index.php> (20.03.2010).
- Kurz, R. (2008). Ein Garten für ALLE: Gestaltung eines Therapiegartens im Neurologischen Therapiezentrum Kapfenberg. Wien: Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik.
- Lang, W. (2010). Less common stroke syndromes. In R. Haller & Ch. Kramer (Hrsg.), *Horticultural Therapy Methods* (S.135-153). England: Cambridge.
- Latham, N., Jette, D., Coster, W., Richards, L., Smout, R., James, R., Gassaway, J. & Horn, S. (2006). Occupational Therapy Activities and Intervention Techniques for Clients With Stroke in Six Rehabilitation Hospitals. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 369-378.



Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J. & Westermorland, M. (1998). *Guidelines for Critical Review Form- Qualitative Studies* [On-Line]. Available: <http://www.fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp/pdf/qualguidelines.pdf> (1.9.2009).

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies (Version 2.0)* [On-Line]. Available: [http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines\\_version2.0.pdf](http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf) (1.9.2009)

Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie vom Behandeln zum Handeln* (S.110-120). Stuttgart: Thieme.

Medical Tribune (2007). *Die Natur als Therapeut. Über Sinn und Nutzen der Gartentherapie* [On-Line]. Available: <http://www.medizin-medien.at/dynasite.cfm?dsmid=81099&dspaid=632765> (25.9.2009).

Neuberger, K. (1993). Die Arbeit im Garten als Metapher und Ausschnitt der Wirklichkeit. *Praxis Ergotherapie*, 6(2), 88-92.

Neuberger, K., Stephan, I., Hermanowski, R., Flake, A., Post, F. & van Elsen, T. (2006) Farming for Health: Aspects from Germany. In J. Hassink & M. van Dijk (Hrsg.), *Farming for Health. Green Care Farming across Europe and the United States of America. Wageningen UR Frontis Sries* (S.193-211). Dordrecht: Springer.

Oberauer, B. (2004). Nach Schlaganfall: Gärtnern bringt am meisten Lebensfreude. *Presse-Service Physikalische Medizin und Rehabilitation*, Oktober, 1-2.

Odier, C. & Michel, P. (2010). Common stroke syndromes. In R. Haller & Ch. Kramer (Hrsg.), *Horticultural Therapy Methods* (S.121-133). England: Cambridge.

Pfister, T. (2009). *Garten und Therapie* [On-Line]. Available: <http://www.gartenundtherapie.ch/gartentherapie/index.html> (25.01.2010).

RehaClinic. (n.d.). *RehaClinic Zurzach* [On-Line]. Available: <http://www.reha-clinic.ch/cms/standorte/rehaclinic/zurzach.html> (05.04.2010).

Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären- das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Richards, L., Latham, N., Jette, D., Rosenberg, L., Smout, R. & DeJong, G. (2005). Characterizing Occupational Therapy Practice in Stroke Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(2), 51-60.

Söderback, I., Söderström, M., & Schäländer, E. (2004). Horticultural therapy: the 'healing garden' and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric Rehabilitation*, 7(4), 245-260.

SGVT. (2008). Was ist Verhaltens- und Kognitive Therapie? [On-Line]. Available: <http://www.sgvt-sstcc.ch/de/ratgeber-fuer-patientinnen/was-ist-verhaltenstherapie/index.html> (07.04.2010).

Thomson Reuters (2009). *EndNote Web* [On-Line]. Available: <http://www.myendnoteweb.com> (30.9.2009).

Wichrowski, M., Chambers, N. & Ciccantelli, L. (1998). Stroke, Spinal Cord, and Physical Disabilities and Horticultural Therapy Practice. In S. Simson & M. Straus (Hrsg.), *Horticulture as Therapy: Principles and Practice* (S.71-93). Binghamton: Haworth.

Wolf, T., Baum, C., & Connor, L. (2009). Changing Face of Stroke: Implications for Occupational Therapy Practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 621-625.

World Health Organisation. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: DIMDI.

World Health Organisation. (2010). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* [On-Line]. Available: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (15.03.2010).

World Health Organisation. (2010). *Stroke, Cerebrovascular accident* [On-Line]. Available: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/) (26.02.2010).

Wichrowski, M. (2007). The list – horticultural therapy bibliography [On-Line]. Available: [https://www.amrms.com/ssl/ahta/publications/documents/HT\\_Bibliography.pdf](https://www.amrms.com/ssl/ahta/publications/documents/HT_Bibliography.pdf) (05.03.2010).

## 6. Weiterführende Literatur

Schneiter-Ulmann, R. (2010). *Lehrbuch Gartentherapie*. Bern: Hans Huber.

Niepel, A. & Pfister, T. (2010). *Praxisbuch Gartentherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

## 7. **Abbildungsverzeichnis**

Abb1: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO.

## 8. **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen, die mich unterstützt haben bedanken.

- Ganz herzlich möchte ich mich bei Herr Andreas Niepel und Frau Renata Schneiter bedanken für einen spannenden Austausch und die reizvollen Anregungen.
- Bei meinem Mentor Josef Adam möchte ich mich für seine Engagement, sein konstruktives Feedback und die tolle Unterstützung während dem Prozess bedanken.
- Ein weiterer Dank geht an die ganze Familie und Freunde und natürlich an diejenigen, die mich beim Korrekturlesen unterstützt haben.
- Bei der Druckerei Jochumdruck möchte ich mich für das Drucken und die Spontanität bedanken.
- Der letzte Dank geht an all diejenigen, die mich in irgendeiner Weise in dieser Zeit begleitet haben.

## 9. **Eigenständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit, das ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Thal, 20. Mai 2010

Karin Raymann

Karin Raymann

34

## 10. Anhang

### 10.1 Glossar

ADL (activity of daily living) = ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens):

Dazu zählen alle Aktivitäten, die wir im täglichen Leben durchführen und zur Selbstversorgung zählen.

BADL (basic activity of daily living):

Grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens.

Deskriptive Statistik:

Ist eine Methode, um Daten zu erheben. Dabei werden untersuchte Ereignisse oder Phänomene lebhaft beschrieben, um dem Leser ein Gesamtbild zu ermöglichen.

IADL (instrumental activity of daily living) = IATL (Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens)

Aktivitäten, die im Zusammenhang mit der Umwelt stehen, wie Einkaufen, Telefonieren, Kochen und Hausarbeit.

Institution:

Eine Institution ist eine Einrichtung.

Klientenzentriertheit:

Der Klient steht im Mittelpunkt, das heißt, die Therapie richtet sich nach dem Klienten und seinen Bedürfnissen.

Kognitiv:

Allgemeine Bezeichnung für Prozesse der Wahrnehmung, des Erkennens, des Denkens usw.

Kohortenstudie:

Sie ist eine wissenschaftliche Form der Forschung. Dabei werden Gruppen von Menschen mit ähnlichen Diagnosen, Krankheiten oder Behandlungsprogrammen zukunftsgerichtet untersucht und verglichen.

Kontext:

Umweltfaktoren, die Einfluss auf die Betätigung des Klienten haben.

Member-Checking:

Die Ergebnisse aus einem Interview werden von den Teilnehmern überprüft.

Mobilität:

Synonym für Beweglichkeit.

Motorisch:

Den Bewegungsablauf betreffend.

Muskuloskeletal:

Die Muskulatur und das Skelett betreffend.

Neurologie:

Ist ein Fachgebiet der Medizin und beschäftigt sich mit den Erkrankungen des Nervensystems und der Muskulatur.

Neuromuskulär:

Die Nerven und die Muskeln betreffend.

Phänomenologisch:

Beschreiben von Erfahrung und Gefühlen.

Physisch:

Synonym für körperlich.

Qualitativer Ansatz:

Dabei geht es um die Beschaffung subjektiver Daten mittels Interviews, Fragebögen oder Diskussionen.

Quantitativer Ansatz:

Der quantitative Ansatz erforscht objektiv.

Rehabilitation:

Synonym für Wiederherstellung, Eingliederung.

Reliabel:

Synonym für zuverlässig.

Sensorisch:

Über die Sinne wahrnehmen.

Setting:

Das Setting besteht aus zwei Komponenten. Einerseits aus der Sozialform der Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie) und andererseits aus der räumlichen-situativen Umgebung, diese kann realen Ursprungs sein, aber auch simuliert sein.

Spiegeltherapie:

Die Spiegeltherapie ist eine Therapieform, die vor allem bei Amputationen oder Phantomschmerzen eingesetzt wird. Dabei spiegelt sich der nicht betroffene Arm oder das nicht betroffene Bein im Spiegel und macht den betroffenen Arm oder das betroffene Bein wieder voll funktionsfähig. Dabei wird das Hirn manipuliert. Mittlerweile wird die Spiegeltherapie auch bei Lähmungen eingesetzt.

Triangulation:

Verschieden Quellen oder Perspektiven werden in der Studie berücksichtigt, um die Vertrauenswürdigkeit der Daten zu erhöhen.

Valide:

Synonym für gültig.

## 10.2 Matrix

Schlaganfall						
Autor	Jahr	Titel	Design / Methode	Probanden	Outcome	Bemerkung
Daniels, R., Winding, K. & Borell, L.	2002	Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation: Dilemmas of Some Occupational Therapists in Inpatient Stroke Rehabilitation	Qualitative Studie: phänomenologischer Ansatz, Interviews	13	Garten als Therapiemittel hat durch seine Vielfältigkeit einen Einfluss hat auf das Wohlbefinden und die Gesundheit. Die Arbeiten in einem Therapiegarten sind gesundheitsförderlich, produktiv, und bereitet Freude. Der Garten stellt eine Herausforderung für die Klienten dar. Das Selbstwertgefühl steigt.	Kleine Probandenzahl, mehr Forschung ist nötig
Latham, N., Jette, D., Coster, W., Richards, L., Smout, R., James, R., Gassaway, J. & Horn, S.	2006	Occupational Therapy Activities and Intervention Techniques for Clients With Stroke in Six Rehabilitation Hospitals	Quantitative Studie: deskriptive Statistik	954 Klienten & 180 Ergotherapeuten	Am häufigsten wird ADL-Training eingesetzt. Es werden mehrere Ansätze verwendet. Man kommt von Ansatz der Neurofaszilitation weg, zum Ansatz der motorischen Kontrolle und des motorischen Lernens	Für die Studienfrage relevant
Richards, L., Latham, N., Jette, D., Rosenberg, L., Smout, R. & DeJong, G.	2005	Characterizing Occupational Therapy Practice in Stroke Rehabilitation	Quantitativ Studie: Kohortenstudie	713	Ergotherapeuten nutzen eine Kombination verschiedener Ansätze. Der Schwerpunkt der Ergotherapie verändert sich im Verlauf der Rehabilitation, die Aktivitäten werden immer komplexer.	repräsentativ

Wolf, T., Baum, C. & Connor, L.	2009	Changing Face of Stroke: Implications for Occupational Therapy Practice	Quantitative Studie	7740	Menschen erleiden heute zu Tage viel früher einen Schlaganfall also noch vor einigen Jahren. Der Fokus der Rehabilitation, auch der Ergotherapie, kommt vom akuten Management weg und hin zur Partizipation.	Studie aus den USA, Outcomes aber auch auf die Schweiz übertragbar
Dettmers, Ch., Bülaus, P. & Weiller C.	2007	Schlaganfall Rehabilitation	Fachbuch	-	Motorisches Lernen, Plasizität, Effektivität und Evidenzen, Kreislauftraining, Komplikationen, Komorbidität	Physiotherapeutischer Hintergrund
Brainin, M. & Heiss, W.	2010	Texbook of Stroke Medicine	Fachbuch	-	Ätiologie, Pathophysiologie, Epidemiologie und Risikofaktoren, Diagnostik und Syndrome, Therapeutische Strategien und Neurorehabilitation	Sehr medizinisch, viel Fachwissen



Gartentherapie							
Autor	Jahr	Titel	Design / Methode	Probanden	Outcome	Bemerkung	
Hazen, T.	1997	Horticultural Therapy in the Skilled Nursing Facility	Quantitative Studie: Fallstudie	2	Ergotherapeuten wenden am häufigsten ADL- Training an, bei Menschen nach einem Schlaganfall.	Wenig aussagekräftig	
Heath, Y. & Gifford, R.	2001	Post-Occupancy Evaluation of Therapeutic Gardens in a Multi-Level Care Facility for the Aged	Qualitative Studie: Phänomenologisch, Interviews	14		Nicht repräsentativ	
Heiker, D., Chadwick, A. & O'Connell, T.	2000	The Meaning of Gardening and the Effects on Perceived Well Being of a Gardening Project on Diverse Populations of Elders	Qualitative Studie: phänomenologisch, Interviews	24	Der Garten kann für unterschiedliche Menschen/Klienten genutzt werden. Das Gartenprojekt bietet eine Gelegenheit spirituell und kreativ innerhalb der Therapie zu arbeiten. Der Garten wirkt sich positiv auf die Vitalität, die Gedanken und das Wohlbefinden aus. Die Teilnehmer haben Freude daran.	Weitere Forschung ist nötig!	

Jonasson, I., Marklund, B. & Hildingh, C.	2007	Working in a training garden: Experiences of patients with neurological damage	Qualitative Studie: phänomenologisch, Interviews	14	Der Garten als Therapiemittel hat durch seine vielfältige Anwendbarkeit einen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Teilnehmer. Der Therapie -Garten ist förderlich, ertragreich aber auch kompliziert.	Weitere Forschung ist nötig!
Söderback, I., Söderström, M. & Schäländer, E.	2004	Horticultural Therapy: the healing garden and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden	Review (gardening, healing garden, horticultural therapy) & Beschreibung des schwedischen Spitals	46	Gartenherapie verbessert emotionale, kognitive und sensomotorische Funktionen. Sie steigert die soziale Partizipation, die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebensqualität.	
Kurz, R.	2008	"Ein Garten für Alle"	Abschlussarbeit	-	Verschiedene Therapieärten werden analysiert. Ein Therapiegarten anhand der Erkenntnisse geplant	Deutscher Hintergrund
Haller, R. & Kramer, Ch.	2006	Horticultural Therapy Methods	Fachbuch	-	Instruktionen für Therapeuten, Therapieprogramme und Zielsetzung in der Gartenherapie	Allgemeines über Gartenherapie und seine Anwendungsmöglichkeiten
Simson, S. & Straus, M. (Hrsg.) Wichrowski, M., Chambers, N. & Ciccantelli, L.	1998	Horticulture as Therapy Chapter 4: Stroke, Spinal Cord, and Physical Disabilities and Horticultural Therapy Practice	Fachbuch	-	Horticultural Therapy and Treatment: Umgebungsfaktoren, Therapiemöglichkeiten, Zielsetzung	Fallbeispiel

Föhn, M.	2009	Neue Wege in der Gartentherapie	Artikel	-	Therapiegarten RehaClinic Bad Zurzach	Schweizer Artikel, für die Forschungsfrage nicht relevant
Gartenakademie		Therapiegarten - Gartentherapie	Artikel	-	Bericht über das Freizeitgartenforum in Baden-Württemberg	Deutscher Hintergrund, für die Forschungsfrage nicht relevant
Hoffmann, R.	2004	Therapeutische Gärten	Artikel		Projektvorstellung (Alterszentrum Gibeleich)	Schweizer Artikel
Hoffmann, R.	2008	Gartentherapie für Rehabilitations-Patienten	Artikel	-	Vorstellung des KIT-Forschungsprojektes	Schweizer Artikel
Neuberger, K.	1993	Die Arbeit im Garten als Metapher und Ausschnitt der Wirklichkeit	Artikel	-	Im Garten kann man den Gefühlen freien Lauf lassen. Die Gefühle können mit der Gartenaktivität verarbeitet werden. Garten bietet Nahrung für Augen, Nase, Ohren, Geist und Seele.	Mit psychiatrischem Hintergrund
BDG: Bundesverband Deutscher Gartenfreunde e.V.	2004	Der Garten ist der beste Arzt	Presseninformation	-	BAT gibt an, dass 43% der über 14 jährigen Gartenarbeit zu den beliebtesten Hobbys zählt. Der Garten als die beste Vorbeugung gegen zahlreiche Zivilkrankheiten	Deutscher Hintergrund
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR)	2004	Nach Schlaganfall: Gärtnern bringt am meisten Lebensfreude	Presse-Service	-	Gartenarbeit ist eine von wenigen Aktivitäten, die mit hoher Lebenszufriedenheit einhergeht.	Deutscher Hintergrund