



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Landschaftsarchitektur, Geoinformatik,
Geodäsie und Bauingenieurwesen

Diplomarbeit

Thema:

Gartentherapie in Mecklenburg-Vorpommern

Bestandsaufnahme und Zukunftschancen von Therapiegärten in sozialen und therapeutischen
Einrichtungen einschließlich Vollzugsanstalten, Wellness- und Spa - Hotels

Zur Erlangung des akademischen Grades
Diplom-Ingenieurin (FH)

vorgelegt von: Karolin Drumm
Studiengang: Landschaftsarchitektur und Umweltplanung
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0277-9
1. Gutachter: Prof. Dipl.-Ing. Thomas Oyen
2. Gutachter: Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze
Abgabedatum: 21.09.2011

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die hier vorliegende Arbeit zum Thema *„Gartentherapie in Mecklenburg-Vorpommern - Bestandsaufnahme und Zukunftschancen von Therapiegärten in sozialen und therapeutischen Einrichtungen einschließlich Vollzugsanstalten, Wellness- und Spa – Hotels“* selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in dieser oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Rostock, den 21.09.2011

.....

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen um mich bei all denjenigen zu bedanken, die mich auf unterschiedlichste Art und Weise bei der Anfertigung dieser Diplomarbeit unterstützt haben.

Als erstes möchte ich mich bei Herrn Prof. Thomas Oyen dafür bedanken, dass ich am Forschungsprojekt: „Chancen für einen Studienschwerpunkt Gartentherapie, Gartenpädagogik, Spielplatzarchitektur an der Hochschule Neubrandenburg“ mitwirken durfte. Mit seinem ungebrochenen Interesse an der “Gartentherapie“ inspirierte er mich zu dieser Arbeit. Im Besonderen möchte ich ihm für die wissenschaftliche Betreuung und die damit verbundenen Hinweise und Anregungen meinen Dank aussprechen.

Weiterhin danke ich Herrn Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze für die Verfügungsstellung der Rohdaten für die Adressgenerierung und der Ermöglichung des Fragebogenversandes.

Herrn Prof. Dr. Marcus Köhler möchte ich meinen Dank aussprechen, da ich durch seinen Hinweis auf das Forschungsprojekt aufmerksam wurde.

Einen besonderen Dank möchte ich Frau Dipl.-Ing. (FH) Anne-Christin Gorski zukommen lassen. Sie unterstützte mich zu jeder Zeit und leistete höchste Motivationsarbeit. Auch beim Versand der 144 Fragebögen und Anschreiben war sie mir eine große Hilfe.

Für den technischen Support während des gesamten Studiums bedanke ich mich bei Herrn Carl-Philipp Gorski.

Zum Schluss möchte ich mich an dieser Stelle herzlichst bei meiner Familie für deren Unterstützungen in jeglicher Hinsicht bedanken.

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	XII
Abkürzungsverzeichnis	XIII
1. Einleitung	15
1.1. Vorwort	15
2. Definitionen	17
2.1. Therapie	17
2.2. Gartentherapie	17
2.3. Gartentherapeut	19
3. Geschichte der Gartentherapie	19
3.1. Gartentherapie in Deutschland	21
4. Wirkung des Gartens auf den Menschen	23
4.1. Wirkung von Natur und Pflanzen auf den Menschen	23
4.2. Wirkung von Gartenarbeit auf den Menschen	25
5. Therapiegärten	27
5.1. Zielgruppen von Therapiegärten	29
5.1.1. Menschen mit Körperbehinderungen	29
5.1.2. Menschen mit Sinnesbehinderungen	29
5.1.3. Menschen mit geistiger Behinderung	31
5.1.4. Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen	31
5.1.5. Menschen mit sonstigen Einschränkungen	32
5.2. Die Gestaltung eines Therapiegartens	32
5.2.1. Grundsätzliches	32
5.2.1.1. Barrierefreiheit	33
5.2.1.1.1. barrierefreie Wege	34
5.2.1.1.2. barrierefreie Treppen	37
5.2.1.1.3. barrierefreie Eingangsbereiche und Rampen	38

5.2.1.1.4.	Handläufe	39
5.2.1.1.5.	Orientierungshilfen für Sehbehinderte und Blinde	41
5.2.2.	Elemente eines Therapiegartens	42
5.2.2.1.	Planungskriterien	42
5.2.2.2.	Bepflanzungen	43
5.2.2.2.1.	Pflanzen zur olfaktorischen Stimulation	46
5.2.2.2.2.	Pflanzen zur taktilen Stimulation	49
5.2.2.2.3.	Pflanzen zur akustischen Stimulation	51
5.2.2.2.4.	Obst-, Gemüse- und Kräuterpflanzen zur gustatorischen Stimulation.....	52
5.2.2.3.	Hochbeete	56
5.2.2.4.	Erschließung	58
5.2.2.5.	Gehschulen	59
5.2.2.6.	Aufenthaltsbereiche	62
5.2.2.7.	Einfriedungen	64
5.2.2.8.	Beleuchtung	66
5.2.2.9.	Tiere	67
5.2.2.10.	Wasseranlagen	69
5.2.2.11.	Sinneselemente	70
5.2.2.12.	Spiel-und Sportgeräte	73
5.2.2.13.	Zusätzliche Einrichtungen	74
6.	Umfrage: “Gartentherapie“	75
6.1.	Begründung des Forschungsvorhabens	75
6.2.	Methoden.....	76
6.2.1.	Vorbereitung.....	76
6.2.2.	Erstellung des Fragebogens und Pretest.....	77
6.2.3.	Endfassung des Fragebogens	77
6.2.4.	Versand.....	78
6.3.	Auswertung	79
6.4.	Besichtigungen von Therapiegärten in Mecklenburg – Vorpommern.....	96
6.4.1.	Betreutes Leben und Wohnen, Seniorenwohnheim „Luisenhaus“ in Neubrandenburg.....	96
6.4.2.	ASB Pflegeheim „An der Beke“ in Schwaan.....	97
6.4.3.	Langzeittherapie in Ribnitz-Damgarten	98

6.4.4. Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen „Friedrich – Petersen – Klinik“ in Rostock.....	100
7. Diskussion	102
7.1. Methodendiskussion.....	102
7.2. Problematik Begriffsklärung	105
7.2.1. Gartentherapie	105
7.2.2. Therapiegarten.....	107
8. Zusammenfassung.....	109
Literaturverzeichnis	112

Anhang

Hilfsmittel

Ausstattungs-elemente

Adressgewinnung

Fragebogen

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Ausführliches systematisches Verzeichnis, KTL, Gartentherapie	22
Abbildung 2: Platzbedarf.....	34
Abbildung 3: Bezeichnung von Stufenteilen am Detail	37
Abbildung 5: Aufmerksamkeitsfelder vor Treppen nach DIN 18040.....	37
Abbildung 6: Sicherheitsmarkierungen und Maße von barrierefreien Türen.....	38
Abbildung 7: Platzbedarf eines Rollstuhls	38
Abbildung 8: Rampe, Maße.....	38
Abbildung 9: Handlauf, Maße der Anbringung	39
Abbildung 10: Handlauf mit Brailleschrift.....	40
Abbildung 11: Handlauf mit Tastelementen aus Kunststoffknöpfen	40
Abbildung 12: Drehbare Tastkugel aus poliertem Naturstein.....	40
Abbildung 13: Beschilderung in Braille-Blindenschrift.....	41
Abbildung 14: Pyramidenschrift	41
Abbildung 15: Geländeplan der Landesgartenschau in Bingen	41
Abbildung 16: Rollstuhlfahrerin beim Ertasten des Wollziest.....	49
Abbildung 17: Wollziest.....	49
Abbildung 18: Kastenhochbeet im Therapiegarten der RehaClinic Bad-Zurzach	56
Abbildung 19: Kastenhochbeet mit Abschrägung.....	56
Abbildung 20: unterfahrbares Hochbeet.....	57
Abbildung 21: Tischhochbeet.....	57
Abbildung 22: Gehschule im Therapiegarten des evangelischen Krankenhauses Göttingen- Weende	59
Abbildung 23: Gehschule mit Treppe in der edogap Klinik	60
Abbildung 24: altersgerechte Sitzposition.....	62
Abbildung 25: Tisch- und Sitzhöhen nach DIN ISO 5970.....	62
Abbildung 26: Weidengeflecht als Wetterschutz	63
Abbildung 27: von innen nicht zu öffnender Türknauf im Garten des Pflegeheims: An der Beeke in Schwaan	65
Abbildung 28: beleuchteter Handlauf	66
Abbildung 29: Solarleuchte	66
Abbildung 30: Sicherung einer Teichanlage im Demenzgarten in Osterwick	69
Abbildung 31: Tanzglockenspiel.....	70

Abbildung 32: Summstein im Sinnesgarten Hornburg	71
Abbildung 33: Duftorgel im Maislabyrinth.....	72
Abbildung 34: Seniorenschaukel.....	73
Abbildung 35: Umfragebeteiligung.....	79
Abbildung 36: Beantwortungen innerhalb vorgegebener Fristen.....	79
Abbildung 37: Umfragebeteiligung.....	80
Abbildung 38: Anzahl der zu betreuenden Personen	81
Abbildung 39: Therapieangebote	82
Abbildung 40: Bekanntheitsgrad der Gartentherapie	83
Abbildung 41: Zustimmung zur Aussage: "Gartentherapie" kann den Therapieverlauf positiv beeinflussen.....	83
Abbildung 42: Nutzungselemente der Außenanlagen	85
Abbildung 43: Nutzung der Außenanlagen	86
Abbildung 44: Anzahl der Einrichtungen, die die Realisierung neuer Nutzungselemente wünschen.....	89
Abbildung 45: Anzahl der Einrichtungen, die Therapien im Außenbereich durchführen	90
Abbildung 46: Anzahl der Einrichtungen, die über einen Therapiegarten verfügen.....	90
Abbildung 47: Wie werden die Therapien im Außenbereich von der Klientel angenommen?.	90
Abbildung 48: Beteiligung an der Planung der Therapiegärten	91
Abbildung 49: Erfahrungen mit der Unterhaltung des Therapiegartens	92
Abbildung 50: Anzahl der Einrichtungen, die sich die Realisierung eines Therapiegartens vorstellen könnten.....	93
Abbildung 51: Art der Einrichtungen, die sich die Realisierung eines Therapiegartens vorstellen können	94
Abbildung 52: Anzahl der Einrichtungen, die sich die Beschäftigung eines Gartentherapeuten in ihrer Einrichtung vorstellen können	95
Abbildung 53: Kaninchenkäfig	96
Abbildung 54: Anbaufläche.....	96
Abbildung 55: Gartenarbeit am Hochbeet.....	97
Abbildung 56: Hasenkäfig mit Auslauf und Sitzgruppe	98
Abbildung 57: Insektenhotel	98
Abbildung 58: Gartenbereich	99
Abbildung 59: Teichanlage mit Sitzplatz	99

Abbildung 60: Strandkorbbereich	100
Abbildung 61: Wasserlauf	101
Abbildung 62: Beispiel einer Beantwortung der Frage 6.	103
Abbildung 63: Beispiel einer Beantwortung der Frage 12.	104
Abbildung 64: Gartenschere	113
Abbildung 65: Gartensitz und Kniebank, Funktion 1	113
Abbildung 66: Gartensitz und Kniebank, Funktion 2	113
Abbildung 67: Handgriff T- Form.....	113
Abbildung 68: Handgriff T- und D-Form.....	119
Abbildung 69: Gartenschaufel.....	120
Abbildung 70: Gartenkralle	120
Abbildung 71: Hacke mit langem Stiel	120
Abbildung 72: Hand- Gartengabel	120
Abbildung 73: Hand- Gartenschaufel.....	121
Abbildung 74: Fugenkratzer	121
Abbildung 75: Fugenhaken	113
Abbildung 76: Handschaufel	113
Abbildung 77: Handgriffe	122
Abbildung 78: Fugenkratzen-Bürste	122
Abbildung 79: Straßenbesen.....	113
Abbildung 80: Schaufel I.....	113
Abbildung 81: Schaufel II	113
Abbildung 82: Spaten-Schaufel.....	113
Abbildung 83: Schneeschieber	113
Abbildung 84: Multifunktionsgerät	113
Abbildung 85: Handwagen.....	113
Abbildung 86: Balancierbalken	113
Abbildung 87: Gummi-Wackelband	113
Abbildung 88: Airwalker.....	113
Abbildung 89: Torsotrainer	113
Abbildung 90: Schwingstreifen	113
Abbildung 91: Balancier-Seilbrücke	113
Abbildung 92: Stufenturm	113
Abbildung 93: Heißer Draht	113

Abbildung 94: Schwebende Plattform.....	113
Abbildung 95: Spinnenetz	113
Abbildung 96: Oberkörper-Ergometer	113
Abbildung 97: Tai Chi Handflächenmassieur	113
Abbildung 98: Schaukelbett-Schaukel	113
Abbildung 99: Klangröhren.....	113
Abbildung 100: Tastwand	113
Abbildung 101: Summstein	113
Abbildung 102: Farben und Formen	113
Abbildung 103: Farbfächer.....	113
Abbildung 104: Klangtrommel.....	113
Abbildung 105: Guckrohr.....	113
Abbildung 106: Behindertenschaukel	113
Abbildung 107: Rollstuhlschaukel	113
Abbildung 108: Rolli - Karussell.....	113

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: auf die Symptomatik abgestimmte Tätigkeiten in der Gartentherapie.....	18
Tabelle 2: Bodenbeläge für Rollstuhlfahrer	35
Tabelle 3: Wendekreise	39
Tabelle 4: typische Pflanzen und Früchte der Jahreszeiten.....	44
Tabelle 5: Duftpflanzen	47
Tabelle 6: Pflanzen zur taktilen Stimulation	50
Tabelle 7: Pflanzen zur akustischen Stimulation.....	51
Tabelle 8: für den Therapiegarten geeignete Obstsorten.....	53
Tabelle 9: für den Therapiegarten geeignete Gemüsepflanzen	54
Tabelle 10: für den Therapiegarten geeignete Kräuterpflanzen	55
Tabelle 11: Steigungsmöglichkeiten für Übungsrampen	61
Tabelle 12: Pflanzen zur Anlockung von Tieren.....	68
Tabelle 13: Realisierung neuer / weiterer Nutzungselemente	88
Tabelle 14: Verteilung der Antworten - Beteiligung an der Planung der Therapiegärten	91

ABKÜRZUNGSVEZEICHNIS

Abb.	Abbildung
Abk.	Abkürzung
AMF	Aufmerksamkeitsfeld
Bed.	Bedeutung
Bez.	Bezeichnung
bzw.	beziehungsweise
cm	Zentimeter
DIN	Deutsches Institut für Normung
engl.	Englisch
et al.	und andere
f.	für
ff.	fortfolgend
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
gr.	griechisch
graph.	graphisch
Jhd.	Jahrhundert
Kap.	Kapitel
lat.	Latein
Lfd.	laufende
LKH	Landeskrankenhaus
m	Meter
m.	Maskulinum
m ²	Quadratmeter
mm	Millimeter
N	Nennungen
n	Neutrum
Nr.	Nummer
o.J.	ohne Jahresangabe
S.	Seite
Tab.	Tabelle
u.v.m.	und vieles mehr
V	Verb
vgl.	Vergleich
ZNS	Zentrales Nervensystem

„Ich geh in die Hocke und rupfe Radieschen, ich mach Rumpfbeugen und lese Schnecken ab. Ich schwinge die Hocke - stärke die Handmuskulatur durch den Gebrauch der Gartenschere, mein Puls steigt auf die vorgesehenen Werte und ich schwitze - die Sonne ersetzt mir das Solarium, nein, "Fit in den Frühling mit Trimm und Sport", da kann ich nur kichern. Wer also umgräbt, jätet, pflanzt, gegen Unkräuter und Schädlinge kämpft, hat sein Fitness-Programm hinter sich und fühlt sich zufrieden wie die Hausfrau nach ihrem Frühjahrshausputz.“

(STÄHLE, 1992)

1. Einleitung

1.1. Vorwort

Seit Jahrhunderten setzen die Menschen die Natur und die Pflanzen ein, um Krankheiten vorzubeugen oder zu behandeln. Zahlreiche Studien belegen, dass der Aufenthalt in der Natur zum psychischen und physischen Wohlbefinden führt. In Zeiten von Stress, andauernder Hektik und mangelnder Freizeit rückt die positive Wirkung von Natur und Pflanzen wieder mehr in den Vordergrund. Schon das Wahrnehmen von unterschiedlichen Gerüchen im Freien, das Einatmen von frischer Luft und der Blick auf unterschiedliche Landschaften regulieren den Blutdruck und senken den Puls (vgl. CALLO & HEIN, 2004). Das Erfühlen von Erde, Blättern und nassem Gras stimuliert die Sinne auf vielfältigste Art und Weise, und auch die Einnahme von bestimmten Pflanzen kann zur Linderung oder Heilung von Krankheiten führen. Eine Methode, die sich diese Eigenschaften zu Nutze macht und gezielt zur Behandlung einsetzt, ist die Gartentherapie. Die Anfänge dieser Therapieform liegen in der Antike. Schon damals verschrieben Hofärzte psychisch verwirrten Mitgliedern von Königshäusern Spaziergänge im Garten. Auch in den mittelalterlichen Klöstern verrichteten die Kranken und Behinderten leichte Gartenarbeit. Einer der ersten Ärzte, der Gartentherapie verschrieb, war der amerikanische Arzt Dr. Benjamin Rush. Durch die Erfolge, die er mit der Gartentherapie bei psychisch Kranken erzielte, überzeugte er Ärzte in den USA und Europa. Seit 1936 zählt die Gartentherapie in England zu den anerkannten Behandlungsformen bei körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen.

In Deutschland kommt die Gartentherapie vor allem in Bayern und Nordrhein-Westfalen zur Anwendung. Mit Hilfe dieser Arbeit soll ermittelt werden, ob sich diese Therapieform auch in Mecklenburg-Vorpommern etablieren kann. Da die Gartentherapie bislang nicht von den Krankenkassen anerkannt wird, soll weiterhin geklärt werden, welche Maßnahmen nötig sind, damit die Gartentherapie Bestandteil des Heilmittelkataloges wird.

Neben der Gartentherapie können auch andere Behandlungsformen im Freien stattfinden. Zu diesem Zweck werden spezielle Therapieärten geplant. Viele Einrichtungen in Deutschland verfügen inzwischen über einen solchen Garten. Welche Voraussetzungen dafür erfüllt werden müssen, und ob der Bedarf nach einem Garten zu Therapie Zwecken auch in Mecklenburg-Vorpommern besteht, wird im Laufe der Arbeit geklärt.

1.2. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in den allgemeinen, den Haupt- und den empirischen Teil. Im allgemeinen Teil werden die Begriffe Therapie und Gartentherapie definiert (Kapitel 2) sowie die geschichtliche Entwicklung von der Antike bis heute beschrieben (Kapitel 3). Das Kapitel 4 beschäftigt sich mit den positiven Eigenschaften, die ein Garten besitzt. Hier wird speziell auf die Wirkung der Natur und der Pflanzen sowie der Gartenarbeit auf den Menschen eingegangen.

Im Hauptteil werden grundlegende Informationen zu Therapiegärten, und deren Zielgruppen gegeben. Im Zusammenhang mit der Gestaltung eines Therapiegartens beschäftigt sich das Kapitel 5 mit dem Thema Barrierefreiheit. Über welche Ausstattungselemente ein Therapiegarten verfügen kann, und welche Planungskriterien nötig sind, wird im darauffolgenden Teil der Arbeit detailliert erläutert. Das Kapitel "Bepflanzungen" befasst sich mit den Eigenschaften verschiedener Pflanzen und zeigt Einsatzmöglichkeiten zur Stimulierung der Sinne auf.

Der empirische Teil (Kapitel 6) beinhaltet die Auswertung der Umfrage "Gartentherapie", die im November/Dezember 2009 durchgeführt wurde. Ein weiterer Bestandteil dieses Kapitels ist der Methodenteil. In diesem wird die Vorgehensweise beschrieben und begründet.

Im Anschluss folgt der Diskussionsteil (Kapitel 7). Das Kapitel 8 fasst die Arbeit abschließend zusammen.

Im Anhang befinden sich neben dem Fragebogen auch Hinweise auf mögliche Hilfsmittel, die die Gartenarbeit erleichtern können sowie mögliche Ausstattungselemente eines Therapiegartens.

2. Definitionen

2.1. Therapie

Als Therapie (griechisch θεραπεία, therapía, „Dienst am Kranken, Heilung, Pflege“) werden Maßnahmen in der Medizin bezeichnet, die eingesetzt werden, um Krankheiten und Verletzungen zu behandeln (vgl. STEIGER, 2007; BRUCKER & MOSBAUER, 2008). *„Ziel des Therapeuten ist es, zu heilen, Symptome zu beseitigen oder zu lindern und die körperliche oder psychische Funktion des Patienten wiederherzustellen“* (BRUCKNER & MOSBAUER, 2004, S. 77). Laut BRUCKER & MOSBAUER (2008) liegt jeder medizinischen Therapie eine behandlungsbedürftige Krankheit zugrunde. Diese muss durch spezielle Untersuchungen diagnostiziert werden. In Therapien wirken speziell ausgebildete Therapeuten direkt oder indirekt auf den Patienten ein. Nicht jede wohltuende und zuträgliche Behandlung kann als Therapie bezeichnet werden. Damit eine Behandlungsmethode als Heilmittel anerkannt wird, muss laut TEICHERT (2009) ein Antrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss¹ erfolgen. Hierzu sind der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung berechtigt.

2.2. Gartentherapie

Gartentherapie setzt die Natur zielgerichtet ein, um die Lebensqualität sowie das psychische und physische Wohlbefinden des Menschen zu erhalten, oder zu verbessern. Pflanzen können Teil des Therapiegartens sein, oder auch gezielt als therapeutisches Medium eingesetzt werden. Durch die Gartentherapie können eine Vielzahl von Behandlungen, die bisher nur im Inneren von Kliniken durchgeführt wurden, ins Freie verlagert werden. Besonders im Winter und bei schlechten Witterungsverhältnissen ist ein Gewächshaus oder Wintergarten der optimale Ersatz (vgl. SCHNEITER-ULMANN 2010).

¹ „ [...] ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [...] und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden“ (G-BA, Online: <http://www.g-ba.de/>, Stand: 02.03.2011)

Gartentherapie wird von therapeutisch, botanisch und gärtnerisch qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt. Als fester Bestandteil von Behandlungskonzepten ist diese Therapieform generell für alle Altersstufen und für eine Vielzahl von Krankheitsbildern geeignet.

Gartentherapie ist eine interdisziplinäre Behandlungsform, die ärztliche, ergotherapeutische und pflegerische Maßnahmen erfordert und miteinander verbindet. Trainiert werden zum Beispiel Grob- und Feinmotorik (Tab. 1), Sensibilität, Standfestigkeit und Gleichgewicht sowie die Fähigkeit zum Planen und Handeln. Motivation, Kreativität, Verlässlichkeit, Zielstrebigkeit, Fürsorge und Übernahme von Verantwortung lassen sich entwickeln und üben. In der Gruppenarbeit und in der Begegnung mit anderen Menschen können Selbstbewusstsein und soziale Kompetenzen verbessert werden (vgl. JURACEK, 2007).

Viele klinische Einrichtungen besitzen Sinnesgärten zur Steigerung der Wahrnehmung, Blindengärten, Gärten speziell für Wachkomapatienten, Gangschulen für Rehabilitationskliniken. Doch Gartentherapie ist mehr als das. Gartentherapie bezieht das Selber-Mitgestalten des Gartens sowie das Beobachten der Natur in die Therapie ein (vgl. Lehr, 2007).

Tabelle 1: auf die Symptomatik abgestimmte Tätigkeiten in der Gartentherapie, Quelle: NIEPEL & EMMRICH, 2005

Symptomatik	Therapieziele	Tätigkeit
Störungen der Armfunktion, des Greifens, Haltens, Hebens, Tragens	Verbesserung der Koordination von Bewegungsabläufen	<ul style="list-style-type: none"> • Eintopfen mit verschiedenen Topfgrößen • Pflanzen im Gewächshaus umräumen • Beete mit Schlauch oder Kanne bewässern
Störungen der manuellen Geschicklichkeit	Verbesserung der Muskelfunktion/-kraft	<ul style="list-style-type: none"> • Pikieren mit verschieden großen Sämlingen • Ausknipsen von verblühten oder vertrockneten Pflanzenteilen
Störungen beim Wechsel von Körperstellungen, beim Sitzen, Heben, Tragen	Verbesserung der Feinmotorik und Koordination	<ul style="list-style-type: none"> • Wechselnde Arbeiten wie Topfen im Stehen oder im Sitzen mit unterschiedlichen Arbeitsanordnungen • gezielte Veränderung der Haltung, wie beim Niederknien im Beet oder dem Wiederaufrichten • Überkopfarbeiten, z.B. beim Aufhängen von Blumenampeln

2.3. Gartentherapeut

Aufgrund des hohen Spektrums an therapeutischen Mitteln und Medien im Bereich der Gartentherapie sowie der Vielzahl an Einsatzbereichen bedarf es einer botanisch-gärtnerischen sowie medizinisch-therapeutischen Qualifikation. In Deutschland erfolgt die Ausbildung zum Gartentherapeuten zumeist über Weiterbildungen. Eine Grundausbildung im Bereich der Ergotherapie und der Physiotherapie ist hierbei dringend erforderlich. Ein Gartentherapeut sollte über Bodenarten, Pflanzenkrankheiten, die Vermehrung und den Schutz von Pflanzen, sowie deren Anbau geschult sein (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010).

3. Geschichte der Gartentherapie

Die Anfänge der Gartentherapie liegen in der Antike. Bereits zu dieser Zeit verschrieben ägyptische Hofärzte psychisch verwirrten Mitgliedern von Königshäusern Spaziergänge im Palastgarten. Während des Mittelalters nutzten Heiler die positiven Effekte der Gartenarbeit bei der Behandlung von seelisch kranken Patienten. In den Klöstern verrichteten die Kranken und Behinderten im Zuge ihres Aufenthaltes leichte Tätigkeiten im Garten. Obwohl die wohltuende Wirkung der Gartenarbeit schon sehr früh von Mönchen und Kirchenlehrern geschildert wurde, war die Gartenarbeit erst mit Beginn des 18. Jahrhunderts ein Bestandteil klinischer Behandlungskonzepte. (vgl. NIEPEL & PFISTER 2010; SCHNEITER-ULMANN, 2010).

Der französische Arzt Philippe PINEL (1801) begann 1793 Räume, in denen Geisteskranke untergebracht wurden zu ersetzen. Zur damaligen Zeit wurden psychisch Kranke als gefährliche Irre eingestuft. Sie wurden häufig in dunklen Räumen, meistens in Kellern, untergebracht. Er empfand dies als unmenschlich und setzte neue Behandlungsmethoden ein. Bestandteile seiner neuen Behandlungskonzepte waren unter anderem die ärztlich-pflegerische Betreuung, Arbeit, Hygiene, Licht und Luft. Auf die Feldarbeit legte PINEL (1801, S. 211) besonderen Wert: *„Eine erquickende Bewegung oder eine mühsame Arbeit hemmen die Ausschweifungen der Wahnsinnigen, verhindern Congestionen² im Kopfe, machen den Kreislauf gleichförmiger und bereiten einen ruhigen Schlaf.“*

² engl., Kongestion deutsch, Bez. f. arterielle Blutüberfüllung als Folge von Entzündungsreizen (HILDEBRANDT H. , 1994, S.809)

In Spanien wurden 1806 bei der Behandlung von psychisch Kranken, Gartenbau und Landwirtschaft einbezogen. Die dafür erforderlichen Einrichtungen entstanden vor allem im ländlichen Raum (vgl. NIEPEL & PFISTER, 2010).

Der Mediziner Dr. Benjamin RUSH (1812) schrieb, dass sich manische Patienten oft erholten, wenn sie in Gärten Äste schnitten, Feuer machten und Gewächse anpflanzten. Personen, deren Krankheitsgrad sie von diesen Diensten befreite, verbrachten ihr Leben dahinsiechend zwischen den Mauern des Hospitals. Er berichtet des Weiteren von einem Geisteskranken, der durch die Teilnahme an einer Heuernte geheilt wurde. Da RUSH als Erster Gartenarbeit als Therapie verschrieb, wird er auch als Vater der amerikanischen Psychiatrie und des therapeutischen Gartenbaus bezeichnet. Mit seinen Erkenntnissen überzeugte er sowohl Ärzte in den USA als auch in Europa (vgl. NIEPEL & PFISTER, 2010).

Im Jahr 1817 wurde in Philadelphia die erste psychiatrische Klinik mit angrenzender Parkanlage eröffnet. Patienten sollten durch den Gemüse- und Obstanbau sowie durch die beruhigende Wirkung der naturnahen Umgebung zur Entspannung angeregt werden.

Für die drei wichtigsten Gartenanlagen der Berliner Charité reichte der preußische Gartenkünstler Peter Joseph Lenné 1834 seinen Entwurf ein. Hierbei legte er großen Wert auf die Schaffung grüner und beschatteter Bereiche für Augenranke (vgl. KROSIGK, 2008).

Man kann durchaus sagen, dass die im Zeitalter des Biedermeier durch Lenné geschaffenen Gartenanlagen an der Charité mit reichhaltigen Schmucksträuchern sowie mit einem umfassenden Wegenetz und Ruheplätzen ausgestattet, wohl die frühesten Beispiele für die grünplanerische Bewältigung ganz, neu, hygienisch-therapeutischer Anforderungen waren, die damit weit über das Schönheitsideal der Gärten jener Zeit hinausreichen (KROSIGK, 2008, S.30).

Christian Friedrich Roller ließ nach seinen Plänen eine Heilanstalt mit Park und landwirtschaftlichen Nutzflächen bauen. In seinem Werk *Psychiatrische Zeitfragen* von 1874 beschrieb er das Arbeitstherapiekonzept seiner Klinik. An erster Stelle standen für die Männer Garten- und Feldarbeit, gefolgt von Holzhacken und Arbeiten in Werkstätten. Für die Frauen waren Wäsche waschen und kochen vorgesehen. Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die Gartentherapie vor allem bei psychisch kranken und geistig behinderten Menschen eingesetzt (vgl. CALLO & HEIN, 2004). Für die Behandlung von Kriegsveteranen in Amerika wurde im ersten Weltkrieg die Gartenarbeit in entsprechende Therapie- und Rehabilitationsprogramme integriert. Die erste Weiterbildung für Pflegepersonal mit gärtnerischen Elementen bot das Bloomingale Hospital 1917 in New York an.

In Deutschland wurden zwischen 1900 und 1920 in Zehlendorf und in Göttingen Nervenheilanstalten gegründet, die unter anderem leichte gärtnerische Arbeiten in ihre Behandlungskonzepte integrierten. Fast alle Einrichtungen besaßen bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausgedehnte Grün- und Gartenanlagen. Die „Association of Occupational Therapists“³ in England nahm 1936 die Gartenarbeit in den Katalog der Behandlungen für Personen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen auf (vgl. NIEPEL & PFISTER, 2010). Während des und nach dem zweiten Weltkrieg wurden die Menschen aufgrund der knappen Nahrungsvorräte zur Garten- und Feldarbeit angetrieben. Dies sicherte dem Gartenbau auch in Kliniken und anderen Einrichtungen einen Platz. Seit 1950 etablierte sich die Gartentherapie in England und den USA unter dem Begriff „horticultural therapy“. In den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts ging der Stellenwert des Gartenbaus hinsichtlich der Selbstversorgung zurück. Dies lag vor allem an dem Wandel der Arbeits- und Essgewohnheiten und an den damit verbundenem Wandel des klinischen Managements (vgl. CALLO & HEIN, 2004).

3.1. Gartentherapie in Deutschland

In Deutschland gibt es derzeitig viele Einrichtungen, die Gartentherapie anbieten. Jedoch ist diese Therapieform bisher kein anerkanntes Heilmittel. Im Oktober 2009 erfolgte eine online Befragung der gesetzlichen Krankenkassen. Diese sollte Aufschluss darüber geben, ob die Gartentherapie eine bei den Krankenkassen anerkannte Therapieform ist. Zu den befragten Krankenkassen zählten die AOK Mecklenburg-Vorpommern, die BARMER, die GEK⁴, die Bahn BKK sowie die TK⁵. Bei der AOK war das Thema Gartentherapie bisher nicht bekannt. Laut TEICHERT gehört diese Therapieform nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherungen (AOK Mecklenburg Vorpommern, 2009). Dies bestätigten auch die Bahn-BKK (MÖLLER, 2009) und die TK (ARPS, 2009). GALLERT bemerkte, dass es bisher keine anerkannten Studien oder Ergebnisse über positive Langzeitwirkungen beim Einsatz der Gartentherapie gibt (BARMER, 2009). Der GEK ist laut KOOS (2009) die Gartentherapie lediglich als Studiengang bekannt.

³ Vereinigung von Beschäftigungstherapeuten/Ergotherapeuten (eigene Übersetzung)

⁴ Gmünder ErsatzKasse

⁵ Techniker Krankenkasse

In der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses werden Heilmittel als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen bezeichnet. Diese sind einzelne Maßnahmen der Physikalischen, der Podologischen, der Ergo- sowie der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (vgl. HMR, II 6, BAnz. 2005, Nr. 61 S. 4995, Online: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-65/RL-Heilmittel-04-12-21.pdf>, Stand: 26.02.2011). Die Gartentherapie wird in der Heilmittelrichtlinie nicht aufgeführt.

In der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) in der medizinischen Rehabilitation, die seit 1997 besteht, wird die Gartentherapie aufgeführt. Die KTL dient zur Dokumentation von therapeutischen Leistungen in Rehabilitationsentlassungsberichten und zur Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung (vgl. REIMANN, 2007). Desweiteren dient die KTL „[...] zur Weiterentwicklung der rehabilitativen Versorgungspraxis in Form von Reha-Leitlinien, die Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung von Therapien für definierte Patientengruppen geben“ (REIMANN, 2007, S. 4). Laut DEUTSCHEM RENTENVERSICHERUNGS BUND (2007) gilt die KTL in der stationären und ambulanten Rehabilitation für erwachsene Rehabilitanden, Kinder und Jugendliche. Die Gartentherapie ist in der KTL unter der Leistungsgruppe E10⁶ mit dem Code: E100 aufgeführt (Abb. 1).

E10 Gartentherapie

Dokumentationscode

E100 Gartentherapie

Qualitätsmerkmale

Berufsgruppe:	Ergotherapeut, Werktherapeut, Freizeittherapeut, Arbeitserzieher
Zusatzausbildung bzw. Fortbildung:	
Fachgebiet:	fachgebietsübergreifend
Indikation:	sensomotorische und neuropsychologische Defizite, Defizite der Freizeitkompetenz
Therapieziel:	Beseitigung der Defizite
Dauer:	mindestens 45 Minuten
Frequenz:	individuell
Anzahl Rehabilitanden:	maximal 12 Rehabilitanden
Sonstige Qualitätsmerkmale:	Therapiegarten Gartengeräte, Gartenmaterial

Abbildung 1: Ausführliches systematisches Verzeichnis, KTL, Gartentherapie, Quelle: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) in der medizinischen Rehabilitation, Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/se>, Stand: 28.02.2011

⁶ E: Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapie (DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND, 2007, S. 7)

4. Wirkung des Gartens auf den Menschen

Sowohl der Garten selbst, als auch die Gartenarbeit tragen auf verschiedene Weise zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Menschen bei. Gärten dienen zur Stressreduktion und können die physische, psychische und soziale Gesundheit verbessern. Wer einen Garten besitzt, Besucher oder Nutzer eines solchen ist, kann sich unter anderem in diesem körperlich ertüchtigen, sich entspannen oder Kontakte zu den Gartennachbarn knüpfen (vgl. ABRAHAM et al., 2007).

4.1. Wirkung von Natur und Pflanzen auf den Menschen

In der Geschichte der Menschheit spielten die Natur und der Garten schon immer eine wichtige Rolle für die Erholung, Genesung und die Entfaltung der Persönlichkeit (vgl. PLAHL, 2004). Pflanzen werden vom Menschen über alle Sinne wahrgenommen. Der Anblick und der Duft von blühenden Rosen stimuliert sowohl die Augen als auch die Nase. Doch auch die Geschmacksnerven, der Tastsinn und das Gehör werden durch verschiedenste Pflanzen angesprochen (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010).

Zahlreiche Studien belegen, dass sowohl die Anwesenheit als auch der Umgang mit bestimmten Pflanzen, sowie deren Einnahme eine heilende Wirkung auf den Menschen haben. Roger Ulrich von der Universität Texas bestätigte in den 80er Jahren mit seinem Experiment, dass der Anblick von Pflanzen einen stressmindernden und entspannenden Effekt hat. In verschiedenen Studien verglich er den Krankheitsverlauf von Patienten nach einer Gallensteinoperation, welche von ihrem Krankenzimmer aus ins Grüne blickten mit denen, die auf eine kahle Wand schauten. Die Testpersonen, die den Ausblick ins Grüne genießen konnten, genasen deutlich schneller als die anderen (vgl. KÖHLER, 2008; NIEPEL, 2004).

Laboruntersuchungen von Lohr und Pearson-Mims (2000) sowie von Park (2004) bewiesen, dass das Vorhandensein von Zimmerpflanzen die Schmerztoleranz erhöhen kann. In beiden Versuchen mussten die Teilnehmer so lange wie möglich ihre Hände ins Eiswasser halten. Bei beiden Tests konnten diejenigen, die sich in einem Zimmer mit Pflanzen befanden, länger ihre Hand hineinhalten als die, bei denen keine Pflanzen im Raum standen.

Auch die Einnahme von bestimmten Pflanzen kann zur Linderung oder Heilung von Krankheiten führen. *„Der Einsatz von Heilpflanzen ist so alt wie die Menschheit selbst: Menschen aller Kulturen haben stets Pflanzen zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten genutzt und Arzneimittel in ihren Gärten kultiviert“* (FRITZSCH, 2008, S. 12).

Der chinesische Kaiser Shen-nung beschrieb in einer seiner Aufzeichnungen um 3700 vor Christus 239 Heilpflanzen wie Sternanis und Kampfer (vgl. NIEPEL & PFISTER, 2010). Vor 4000 Jahren nutzten Ägypter die Wirkung von Rizinussamen als Abführhilfe. Über die Dosierung lagen zu dieser Zeit keine Erkenntnisse vor. Erst im 16. Jhd. fand der Arzt Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus, heraus, dass die Dosis entscheidend dafür ist, ob eine Pflanze als Arznei oder Gift wirkt. Im 19. Jhd. konnten einzelne Wirkstoffe der Pflanzen isoliert und bestimmt werden. Die Verbreitung des Kräuter- und Gemüseanbaus ist vor allem den Benediktinerorden zu verdanken. Sie waren Selbstversorger und kultivierten in den ersten Klostergärten ihre eigenen Heilpflanzen. Für die Krankenpflege von Ordensmitgliedern, der Bevölkerung und Reisenden wurden Arzneipflanzen zur Wund- und Krankenpflege angebaut (vgl. FRITZSCH, 2008). In dem Klostergedicht von 827: *„Liber de cultura hortorum“* beschrieb der Mönch Walahfried Strabo unter anderem die Wirkung und die pflegerischen Besonderheiten von 23 Kräutern (vgl. PLAHL, 2004).

FENCHEL

Auch die Ehre des Fenchels sei hier nicht verschwiegen; er hebt sich Kräftig im Sproß, und er strecket zur Seite die Arme der Zweige, Ziemlich süß von Geschmack und süßen Geruches desgleichen. Nützen soll er den Augen, wenn Schatten sie trügend befallen, Und sein Same mit Milch einer Mutterziege getrunken, Lockre, so sagt man, die Blähung des Magens und fördere lösend Alsbald den zaudernden Gang der lange verstopften Verdauung. Ferner vertreibt die Wurzel des Fenchels, vermischt mit dem Weine, Trank des Lenæus, und so genossen, den keuchenden Husten (Liber de cultura hortorum, dtsh. Übersetzung, Online: http://turba-delirantium.skyrocket.de/bibliotheca/walahfried_strabo_hortulus_deu.htm, o.J., Stand: 15.02.2011)

Die Äbtissin Hildegard von Bingen beschrieb 1150 in ihrem Buch *„Physica“* die Heileigenschaften von über 200 Pflanzenarten (vgl. FRITZSCH, 2008).

Der englische Arzt Dr. Edward Bach entwickelte in den 1930er Jahren die auf 38 Pflanzen basierende Blüentherapie (vgl. MAYER-TASCH, 2004). Er stellte seine Heilmittel durch das Abkochen der Pflanzen in Quellwasser oder durch die Sonnenmethode her. Bei der letzteren Herstellungsmethode legte er frisch gepflückte Blüten in eine Schale mit Quellwasser und stellte diese in die Sonne. Begannen die Blüten zu welken, wurden diese entfernt.

Das Wasser goss er in eine Vorratsflasche und füllte zur Konservierung einen gleichen Anteil Brandy hinzu. Die Einnahme erfolgt über Tropfen oder Kügelchen. Bach-Blüten helfen das innere Gleichgewicht eines kranken Menschen wieder herzustellen und lösen energetische Blockaden. Dies soll die Entstehung von neuen Krankheiten verhindern (vgl. GLÜCK, 2009). „*Dr. Bach spricht von „negativen Seelenzuständen“, die durch die Blüten nicht bekämpft sondern ausgeglichen und harmonisiert werden“* (GLÜCK, 2009, S. 14).

4.2. Wirkung von Gartenarbeit auf den Menschen

Schon der römische Arzt Galen von Pergamon erkannte, dass das Arbeiten im Garten und in der Landwirtschaft psychische Störungen lindern kann (vgl. KRAUSE, 2008). Der Psychiater Dr. Thomas Story Kirkbride beschrieb 1880 die Gartenarbeit als eines der besten Mittel, um die Gesundheit von Kranken zu verbessern, und die von gesunden Menschen zu erhalten (vgl. NIEPEL & PFISTER, 2010).

Die Gartenarbeit lässt den eigenen Körper wieder spüren. Sonnenschein, Regen, Hitze und Kälte werden auf der Haut fühlbar. Das Miterleben von Werden und Vergehen, von Ruhe und Aktivität im Ablauf der Jahreszeiten kann die persönliche Entwicklung und Sinnfindung fördern. Regelmäßige Gartenarbeit verbessert die körperliche Verfassung und wirkt sich positiv auf das Herzkreislaufsystem aus (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010). Der Prozess des Gärtnerns kann durch die Übernahme von Verantwortung für den Garten und das Erkennen von Erfolgen durch z.B. das Pflanzenwachstum, das Selbstbewusstsein, und somit die Zufriedenheit mit der eigenen Person erhöhen (vgl. Lewis, Effects of Plants and Gardening in Creating Interpersonal and Community Well-Being, 1992; zitiert nach ABRAHAM, 2007). Bei schweren Erkrankungen wie Krebs kann Gartenarbeit auf die erkrankte Person entspannend wirken. Der Garten selber wird dann als Zufluchtsort wahrgenommen (vgl. UNRUH & SMITH, 2000). Dies bestätigten auch zahlreiche Studien. Laut einer Umfrage von 1961 in Texas verzeichnen Personen, die gärtnern, höhere Werte bei der Einschätzung ihrer Lebenszufriedenheit, Gesundheit und körperlichen Leistungsfähigkeit als Personen, die nicht gärtnern (vgl. WALICZEK et al., 2005).

In einem Garten fallen fast das gesamte Jahr Arbeiten an. Es wird gemäht, gehackt, geharkt, gegraben, gesät und geerntet (vgl. LEPPERT, 2008). „*Man [...] muss kletternd Äpfel pflücken und .. reckend Bohnenstangen aufrichten, sich dabei dehnen und stützen, drehen und wenden*“ (LEPPERT, 2008, S. 56). In den meisten Kleingärten sind unkrautfreie Flächen wie z.B. Plattenbeläge, Rasenflächen und Teiche nur in geringem Ausmaß erlaubt (vgl. LEPPERT, 2008). Die stetige Durchführung der Gartenarbeit wie z.B. das Rasenmähen wird unter anderem durch Kleingartenordnungen oder Gartensatzungen erforderlich. „*Die Gartenordnung beinhaltet als Grundordnung die Regeln für die Gestaltung und Nutzung der Kleingärten sowie die Ordnung, Pflege und Sauberkeit [...] in den Kleingartenanlagen* (MARTEN, 2000, Online: <http://www.vgs-zumdreieck.de/rahmengartenordnung.htm>, 25.07.2011).

Dass die Gartenarbeit dem Patienten hilft sein Interesse an Entwicklungsmöglichkeiten zu intensivieren, bekräftigt NEUBERGER (1991). Er bemerkt, dass die gärtnerische Betätigung die Beschäftigung mit eigenen Unzulänglichkeiten (Defiziten) verringert und die Motivation fördert.

Während einer Forschungsarbeit 2007 in West-Schweden untersuchte Inger JONASSON (2007) mit seinen Kollegen neurologische Klienten einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung. Ziel war es hierbei herauszufinden, ob Patienten therapeutische Aktivitäten im Garten als heilsam und produktiv empfinden. An der Studie nahmen 14 Personen teil, welche sich ein Jahr an den Angeboten im Therapiegarten beteiligten. Zu den Arbeiten im Therapiegarten gehörten unter anderem das Anpflanzen von Kräutern auf Tischbeeten, die Lockerung des Bodens eines Blumenbeetes, das Umgraben sowie verschiedene Erntearbeiten. Während des gesamten Zeitraumes wurden die Teilnehmer von einem Ergotherapeuten betreut. Durch regelmäßige Befragungen der Klienten durch den Therapeuten wurden unter anderem Informationen über die persönlichen Einstellungen zur Gartenarbeit und das Wohlbefinden gewonnen. Die Studie ergab, dass Erkrankte die Arbeit in der freien Natur als sehr heilsam empfanden, und die zielgerichteten Aktivitäten die Zufriedenheit steigerten. Der Garten an sich wurde als anregend und angenehm für Körper und Geist beschrieben. Die frische Luft, das Licht und die vorhandene Vegetation spendeten Freude und Trost. Durch die Krankheit verlorengangene Fähigkeiten konnten durch die praktische Arbeit im Garten wiedererlernt werden.

In einem Artikel des *Australian Occupational Therapy Journal* zitiert JONASSON (2007) folgende Aussagen einiger Patienten:

„ [...] *when I am out in the garden among everything that's growing I get a magnificent feeling of well-being there, it is speeding up the whole process of getting well.*” (S.269)

‘When you have done a job like that and you look around [...] it looks nice and tidy [...] it is really satisfying to do things when the result is visible, it is the best form of rehabilitation.
(S.269)

5. Therapiegärten

Laut HARTIG (2005) definieren sich Gärten in erster Linie über die Räumlichkeit. Gärten sind ein eingegrenztes Stück Land, welches sich von der Umwelt unterscheidet. *„Durch das Ein- und Abgrenzen entsteht ein Innen und ein Außen [...]“* (HARTIG, 2005, S. 32).

Eine weitere Definierung besagt, dass mit dem Begriff Garten ein durch eine Hecke oder Zaun eingezäuntes, bepflanztes Stück Land zu verstehen ist, dass in unterschiedlicher Weise genutzt werden kann. (vgl. Immobilien-Fachwissen, Online: <http://www.immobilien-fachwissen.de/lexikon/lexikon.php?query=stichwort&wert3=Garten&UID=261420905>, Stand: 11.03.2011).

Da der Garten keine Decke und keine festen Wände hat, und sich über ihm der Himmel befindet, Wind hinwegweht, Regen hineinfällt, vermittelt er laut HARTIG (2005) ein Gefühl von Weite. Hecken, Zäune, Pflanzen und Büsche, die um den Garten herum gepflanzt werden, grenzen diesen ein und machen ihn so zu einem geschützten Ort. Es entsteht ein Innenraum, zu dem nur erwünschte Gäste Zugang haben und die innen befindlichen Personen schützt und ihnen Sicherheit gibt. Enge und Weite werden in den meisten Fällen als positiv und unterstützend erlebt. Die Verbindung beider trägt dazu bei, dass Gärten als Wohn- und Lebensraum wahrgenommen werden, der Geborgenheit vermitteln.

Seit der Mensch sesshaft wurde, bewirtschaftet er den Boden und gestaltet Gärten. Laut NIEPEL & EMMRICH (2005) war der früheste Garten ein von Wallhecken umzäunter Bereich. Es entwickelten sich im Laufe der Zeit immer neue Gartentypen. Die Entwicklung und Veränderung führte von den formalen Anlagen Ägyptens, der Landschaftsgestaltung des Chinesischen Gartens über die Renaissancegärten bis zu den Barockgärten Frankreichs. Auch in der Zukunft werden verschiedenste neue Formen des Gartens entstehen (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005).

Gärten dienen nicht nur zum Anbau und zur Ernte, sondern auch zum künstlerischen, spirituellen, religiösen oder therapeutischen Zweck. In Europa werden je nach schwerpunktmäßiger Anlage die Gärten in den Haus- bzw. Nutzgarten, den Gemüse-, Obst- und Kräutergarten, den Kleingarten, den Naturgarten, den botanischen Garten u.v.m. unterschieden. In der heutigen Zeit sind die meisten privaten Gärten Mischgärten. In dieser Form vereinigen sich viele Aspekte.

Zu dem wesentlichen Merkmal eines Gartens zählt die Bepflanzung. Es werden sowohl Nutzpflanzen wie Obst und Gemüse, Küchen- und Gewürzkräuter oder Heilpflanzen als auch Zierpflanzen verwendet (vgl. Der Begriff "Garten" und Ihr Gartenbauzentrum Cremlingen, Online: http://www.gartenbauzentrum-cremlingen.de/Garten_und_das_Gartenbaucentru/garten_und_das_gartenbaucentru1.html, Stand: 11.03.2011).

Aufgrund von zahlreichen Studien kann gesagt werden, dass grundsätzlich jeder Garten eine therapeutische Wirkung besitzt. Die Menschheit ist seit der Urzeit auf die Natur angewiesen und sucht in ihr Erholung und Entspannung. Therapiegärten sind zu diesem Zweck angelegte Freiräume. Sie bieten Raum für die aktive Gestaltung und Nutzung, können aber auch passiv erlebt werden (vgl. SIEDLER, 2010). Ein Therapiegarten kann mit seiner Ausstattung sowohl für die Gartentherapie als auch für andere Therapieformen ohne direkten Pflanzenbezug genutzt werden. Therapiegärten werden passend für die vorhandene Klientel der Einrichtungen entworfen. An der Planung sollten Landschaftsarchitekten, Therapeuten, Patienten und das Pflegepersonal beteiligt werden.

5.1. Zielgruppen von Therapiegärten

Therapiegärten werden für Menschen jeden Alters und mit den unterschiedlichsten Fähigkeiten, Potentialen, Bedürfnissen, Erkrankungen und Einschränkungen geplant.

5.1.1. Menschen mit Körperbehinderungen

Eine Körperbehinderung ist eine überwindbare oder dauernde Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit. Diese entsteht aufgrund von Schädigungen des Stütz- und Bewegungssystems, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Erkrankung. Sie beeinträchtigen die Betroffenen in den Verhaltensmöglichkeiten und erschweren die Selbstverwirklichung in der sozialen Interaktion (vgl. Leyendecker, Motorische Behinderungen: Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten, 2005, zitiert nach MOBILER SONDERPÄDAGOGISCHER DIENST, Online: <http://www.baylfk.com/struktur/verschie/down/msd/AusfInfo-Kb.pdf>, Stand: 12.03.2011; Bleidick, Handbuch der Sonderpädagogik. Theorie der Behindertenpädagogik, 1985, zitiert nach SCHIEFERSTEIN, 2004, Körperbehinderung, Online: <http://www.behinderung.org/koe.htm>, Stand: 13.03.2011). Laut SCHIEFERSTEIN (2004) können Erscheinungsformen von menschlichen Körperbehinderungen Schädigungen des ZNS, Schädigungen oder Fehlbildungen des Skelettsystems, Amputationen, Muskelsystemerkrankungen oder entzündliche Erkrankungen der Knochen und Gelenke sein.

5.1.2. Menschen mit Sinnesbehinderungen

Sinnesbehinderte Menschen sind wahrnehmungsbehindert und können dadurch die Umwelt nicht in ihrer vielfältigen Form erfassen (vgl. LOESCHCKE & POURAT, 1995). Zu den Sinnesbehinderungen zählen Personen mit Seh- und Hörbehinderungen sowie alle Beeinträchtigungen des Geschmack, Riech- und Tastsinns (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005). Sehbehinderungen sind unter anderem der Grüne- und der Graue Star sowie Missbildungen der Augen.

Die extremste Form der Sehbehinderung ist die Erblindung. Die Blindheit bedeutet einen hochgradigen Verlust des Visus⁷ und/oder des Gesichtsfeldes⁸. Diese Symptome können zusätzlich mit einer Farbsinn-, Lichtsinn- und Bewegungssinnstörung einhergehen (vgl. LOESCHCKE & POURAT, 1995).

Bei den Hörbehinderungen wird zwischen den Gehörlosen und den Schwerhörigen unterschieden. Erstere besitzen ein nur noch sehr geringes Hörvermögen. Menschen, bei denen trotz aller zur Verfügung stehenden Mitteln keine Hörreste nachgewiesen werden können, werden in der Medizin als taub bezeichnet. Die Schwerhörigkeit stellt einen Sammelbegriff für viele Hörbehinderungsformen da. Diese können zum Teil mit Hörgeräten oder mit Hilfe des Ablesens vom Mund ausgeglichen und unterstützt werden (vgl. LOESCHCKE & POURAT, 1995).

Zu den Geschmacksstörungen zählen die veränderte Wahrnehmung von Geschmacksreizen und die Wahrnehmung von Geschmackseindrücken, ohne dass eine Reizquelle zum Beispiel Nahrung vorhanden ist sowie die Überempfindlichkeit oder Unterempfindlichkeit gegenüber Geschmacksreizen und der vollständige Verlust des Schmeckvermögens (vgl. WEILAND, 2010, Online: <http://www.onmeda.de/symptome/dysgeusie.html>, Stand: 13.03.2011).

Beeinträchtigungen des Tastsinnes kommen vor allem bei älteren Menschen vor. Der Tastsinn wird im Alter unempfindlicher. Starke Verschlechterungen der Sensibilität sind meist auf vaskuläre⁹ Erkrankungen und nicht auf den Alterungsprozess zurückzuführen (vgl. Veränderungen im Alter: Der Prozess des Alterns, Quelle: http://www3.psychologie.hu-berlin.de/ingpsy/alte%20Verzeichnisse%20-%20Arb1/Lehrveranst/seminar/psych_technik/alte_am_automaten/ver%C3%A4nderungen%20in%20alter%20sch%C3%B6n.htm, Stand: 16.03.2011).

Als Riechstörung wird die Abnahme oder der vollständige Verlust des Riechvermögens bezeichnet. Es gibt Formen, bei denen der Betroffene nur bestimmte Duftstoffe wahrnimmt oder unter Geruchshalluzinationen leidet. Im letzteren Fall werden Gerüche wahrgenommen, ohne dass eine Reizquelle vorhanden ist. Ausschlaggebend hierfür können z.B. Infektionen, Allergien oder posttraumatische¹⁰ Ursachen sein (vgl. REIß, 2009).

⁷ (lat.) m.: Abk. V; das Sehen, der Gesichtssinn, die Sehschärfe (HILDEBRANDT, 1994, S. 1641)

⁸ Bez. für die Gesamtheit der im freien Raum vorhandenen Punkte, die bei unbewegtem Auge auf der Netzhaut abgebildet und wahrgenommen werden (vgl. LOESCHCKE, POURAT, 1995).

⁹ zu den Körpergefäßen gehörend, Gefäße enthaltend (KAEPPEL & WEIß, 1998, S. 771)

¹⁰ nach einer Verletzung entstanden (HILDEBRANDT, 1994, S. 1232)

5.1.3. Menschen mit geistiger Behinderung

Unter geistiger Behinderung wird die Beeinträchtigungen von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen z.B. der Kognition, der Sprache, der motorischen und sozialen Fähigkeiten verstanden. Mögliche Ursachen für eine geistige Behinderung können z.B. genetische Störungen, Sauerstoffmangel, Traumata¹¹ oder Gehirnentzündungen sein (vgl. RIEDERER, 2008).

5.1.4. Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen

Psychische Störungen zeichnen sich durch eine Vielzahl von Merkmalen aus. Daher fällt es nach WALTER (2009) bei psychischen Störungen schwer charakteristische Merkmale von vornherein festzulegen. Die American Psychiatric Association (APA) stellt im Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) folgende Definition auf:

In DSM-IV wird jede psychische Störung als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefaßt, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder in mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden. Zusätzlich darf dieses Syndrom oder Muster nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein bestimmtes Ereignis sein, wie z.B. den Tod eines geliebten Menschen. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muß gegenwärtig eine verhaltensmäßige, psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein. Weder normabweichendes Verhalten (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art) noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt (DSM-IV-TR, deutsche Ausgabe S. 979 zitiert nach WALTER, 2009).

Zu den psychischen Störungen gehören unter anderem Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie (vgl. WALTER, 2009).

¹¹ (gr. τραῦμα), n: Verletzung, Gewalteinwirkung in körperlicher oder psychischer Hinsicht (vgl. HILDEBRANDT, 1994, S. 1560)

5.1.5. Menschen mit sonstigen Einschränkungen

Zu den Zielgruppen von Therapiegärten gehören auch Menschen mit sonstigen Erkrankungen. Hierzu zählen laut NIEPEL & EMMRICH (2005) auch Menschen mit Lernbehinderungen und Menschen, die nicht als behindert gelten, sondern z.B. an Asthma oder Herz-Kreislauf-Beschwerden leiden.

5.2. Die Gestaltung eines Therapiegartens

5.2.1. Grundsätzliches

„Freianlagen sind nicht nur für die Bewohner, sondern auch für Personal und Angehörige Entspannungshilfe, Erholungsraum, Kraft- und Energiequelle“ (BENDLAGE et al., 2009, S. 18). Bei der Planung eines Therapiegartens müssen immer die Wünsche und Vorstellungen von allen zukünftigen Nutzern mit einbezogen werden. Nur so werden aus den Freiräumen Grünbereiche, die auf die speziellen therapeutischen Bedürfnisse abgestimmt sind.

Die Gestaltung eines Gartens zur Therapiezwecken ist abhängig von der Art der Nutzung. Ein Therapiegarten für Rollstuhlfahrer muss z.B. andere Kriterien erfüllen als ein Therapiegarten der ausschließlich für blinde und sehbehinderte Menschen entworfen wird. Weiterhin muss darauf geachtet werden, ob die Nutzung des Gartens von den Bewohnern alleine, in Begleitung oder unter Aufsicht erfolgen soll. Die Sicherung bzw. die Vermeidung möglicher Gefahrenzonen ist von großer Bedeutung. Im Vordergrund steht hierbei die barrierefreie Planung (vgl. BENDLAGE et al., 2009, S. 18).

5.2.1.1. Barrierefreiheit

Die Bedürfnisse von behinderten Menschen werden in verschiedenen Gesetzen und Normen berücksichtigt. Im Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz (GG) steht: „*Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden*“. Laut § 4 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche barrierefrei, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Gemäß § 1 Abs. 6 Nr. 3 Baugesetzbuch (BauGB) sind bei der Aufstellung von Bauleitplänen insbesondere die Bedürfnisse der behinderten Menschen zu berücksichtigen. In den Landesbauordnungen der verschiedenen Bundesländern ist die Barrierefreiheit für den Außenraum unterschiedlich umfangreich verankert und benannt.

Laut § 50 Abs. 2 Nr. 3 Landesbauordnung Mecklenburg-Vorpommern (LBauO M-V) müssen bauliche Anlagen, die öffentlich zugänglich sind, in den dem allgemeinen Besucherverkehr dienenden Teilen von Menschen mit Behinderungen sowie alten Menschen barrierefrei erreicht und ohne fremde Hilfe zweckentsprechend genutzt werden können. Diese Anforderungen gelten insbesondere für Einrichtungen des Gesundheitswesens. In der DIN 18040-1 Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen werden die Bedürfnisse von Menschen mit motorischen Einschränkungen, Sehbehinderung, Blindheit oder Hörbehinderung (Gehörlose, Ertaubte und Schwerhörige) und von Menschen, die Mobilitätshilfen und Rollstühle benutzen, berücksichtigt. Weiterhin führen die Anforderungen dieser Norm zu Nutzungserleichterungen von Groß- oder Kleinwüchsigen, Menschen mit kognitiven Einschränkungen, älteren Menschen und Kindern sowie Personen mit Kinderwagen oder Gepäck (Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen - Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude, Online: <http://nullbarriere.de/din18040-1-inhaltsverzeichnis.htm>, Stand: 19.03.2011).

5.2.1.1.1. Barrierefreie Wege

Laut DIN 18040-1 müssen Verkehrsflächen und Bewegungsflächen¹² für die Personen bemessen werden, die je nach Situation den größten Flächenbedarf haben. Zu diesen gehören Rollstuhlfahrer und Personen mit Gehhilfen wie Armstützen oder Rollator (Abb. 2) (vgl. DIN 1804-1 Flächen, Platzbedarf, Online: <http://nullbarriere.de/din18040-1-flaechen.htm>, Stand: 19.03.2011). Für Bewegungsflächen mit Richtungsänderung wird eine Breite von mindestens 1,50 m und bei Wegen ohne Richtungsänderung eine Breite von mindestens 1,20 m vorgeschrieben (vgl. DIN 18040-1 Wege, Plätze, Zugang, Quelle: <http://nullbarriere.de/din18040-1-wege-plaetze-zugang.htm>, Stand: 19.03.2011; SCHAIER, 1986). Damit die Begegnung von zwei Rollstühlen möglich ist, müssen Gehwege eine Mindestbreite von 2,00 m aufweisen. Befinden sich am Wegesrand Bänke ist ein zusätzlicher Raumbedarf von 0,50 m – 1,00 m einzuplanen.

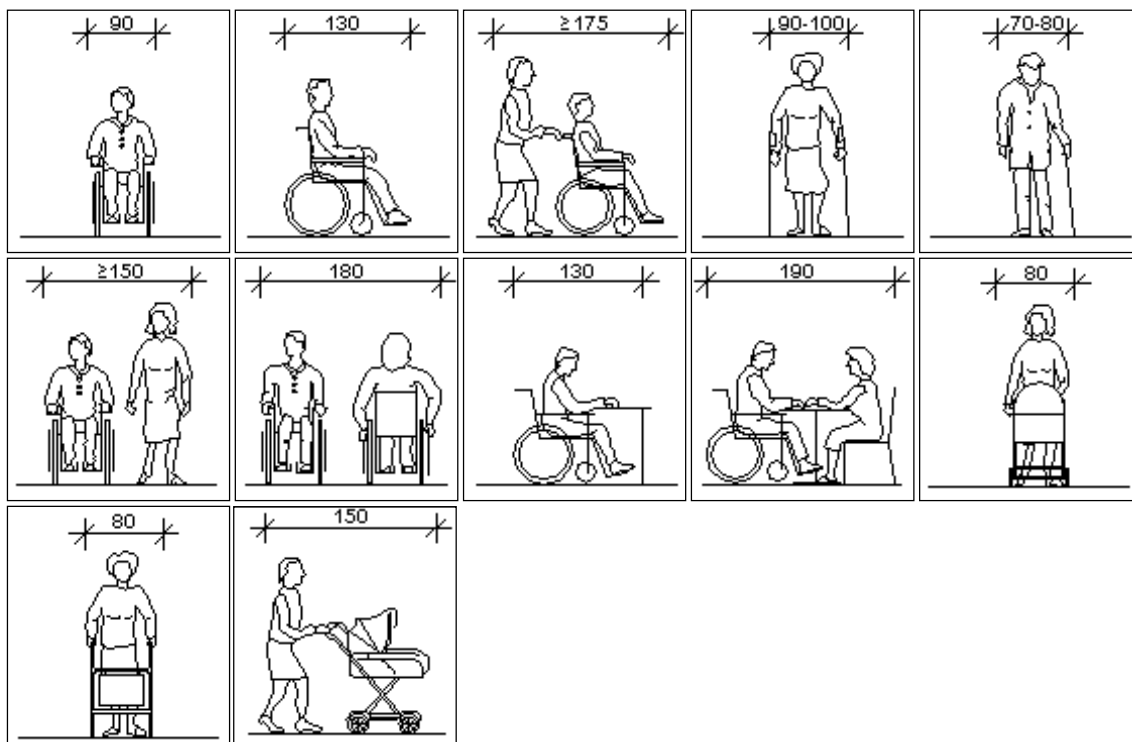


Abbildung 2: Platzbedarf, Quelle: <http://nullbarriere.de/din18040-1-flaechen.htm>, Stand: 05.02.2011

Bei Wegen mit mehr als 6 % Gefälle müssen in Abständen von 6,00 m – 10,00 m ebene Ruheplätze vorhanden sein. Damit ein müheloses passieren mit dem Rollstuhl möglich ist, sollte das Quergefälle der Wege max. 2 % betragen (vgl. LOESCHKE & POURAT, 1995).

¹² die zum Ausweichen mit dem Rollstuhl zusätzlich notwendigen Flächen (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005)

Bordsteine gehören zu den größten Hindernissen für Rollstuhlfahrer. Bei einer Absenkung auf 3,00 cm können diese bei abgerundeten oder abgeschrägten Kanten noch vom Rollstuhlfahrer bewältigt werden (vgl. STEMSHORN, 1995).

Für den Belag sind griffige und rutschhemmende Materialien zu wählen. Als griffig werden laut STEMSHORN (1995) Oberflächen bezeichnet, auf denen selbst bei Verschmutzung, Nässe, Staubeinlagerung, Schnee und Glatteis die Schuhe oder der Rollstuhl noch Halt finden. Eine Übersicht an rollstuhlgeeigneten und -ungeeigneten Bodenbelägen liefert die Tabelle 2.

Tabelle 2: Bodenbeläge für Rollstuhlfahrer, in Anlehnung an LOESCHCKE & POURAT, 1995; Richtlinien «Behindertengerechte Fusswegnetze», Schmidt & Manser, 2003, Online: http://www.fussverkehr.ch/fileadmin/redaktion/publikationen/Strassen_Wege_Plaetze__Richtlinien_fuer_behindertengerechte_Fusswegnetze.pdf, Stand: 18.09.2011

Bodenbelag	Befahrbarkeit (Rollstuhl)	
Kies/Sand		
- locker	-	
- verdichtet	+/-	
Asphalt/Betonestrich		
- glatt / besenrauh	+	
- strukturiert	+	
Natursteinpflaster, gesägt		
bruchrauh	+/-	
geflammt	+	
Verbundpflaster		
eben, schmale Fugen	+	
Natursteinplatten, dunkle Tönung		
- bruchrauh	+/-	
- gesägt	+	
- poliert	-	
Kunststeinplatten, dunkle Tönung		
- grobkörnig	+/-	
- feinkörnig	+	
- poliert	-	
Kunststoffbeläge	+	
+ geeignet	+/- weniger geeignet	- ungeeignet

Als Orientierungshilfe für Sehbehinderte und Blinde dienen z.B. Mauern und Grünflächen. Diese können markante Punkte darstellen, die dem Blinden helfen seinen derzeitigen Standpunkt sicher zu lokalisieren. Besonders gut als Orientierungshilfe in einem Garten eignen sich plätschernde Brunnen. Um Richtungsänderungen zu markieren, wie z.B. den Straßenwechsel oder den Hauseingang werden klare und deutlich wahrzunehmende Einbauten benötigt. Diese müssen durch die Formgebung mit dem Langstock sicher erkennbar sein (vgl. BOLAY, 1995). Laut LOESCHKE & POURAT (1995) sollten Gefahrenstellen wie zum Beispiel Stufen, Rinnen u.a. vermieden oder am oberen Ende des Hindernisses (vgl. BOLAY, 1995) farblich abgegrenzt sein. Zu diesem Zweck wurden Farbkombinationen standardisiert, und deren Einsatz bestimmten Bereichen bzw. Bedeutungen zugewiesen.

- Schwarz auf Gelb: Warnung
- Weiß auf Rot: Gefahr
- Weiß auf Blau: Hinweis
- Weiß auf Grün: Sicherheit

Bei hohen Objekten wie den Lichtmasten sollten die Markierungen in Augenhöhe 1,35 m – 1,65 m über dem Boden angebracht sein. Hindernisse in Köpfhöhe sind so anzubringen, dass die lichte Höhe mindestens 2,10 m beträgt. Um Verletzungen vorzubeugen, sollten scharfe Kanten und Ecken vermieden werden. Die Möblierungen wie Bänke, Papierkörbe und Lichtmasten dürfen sich nicht in der Gehachse befinden, und sollten am Wegesrand angeordnet werden (vgl. BOLAY, 1995).

5.2.1.1.2. barrierefreie Treppen

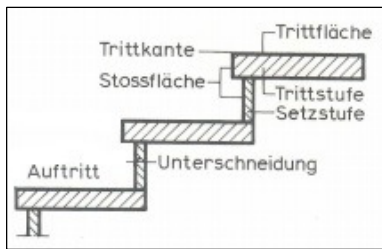


Abbildung 3: Bezeichnung von Stufeanteilen am Detail, Quelle: <http://bauleiter-lars.de/download/beleg/treppenbau.pdf>, Stand: 18.09.2011

Treppen sind gemäß DIN 18040 – 1 in öffentlich zugänglichen Gebäuden als einzige vertikale Verbindung unzulässig. Diese müssen durch Aufzüge oder Rampen ergänzt und beidseitig mit Handläufen versehen werden. Barrierefreie Treppen dürfen keine offenen Setzstufen (§ 50 Abs. 3 LBauO M-V) oder unterschrittene Trittschwellen haben. An jeder Treppenstufe von öffentlich zugänglichen Gebäuden ist das Anbringen von Stufenvorderkantenmarkierungen (Abb.

4) Pflicht. Diese müssen an jeder Stufe von Treppen mit bis zu drei Stufen und an Treppen, die frei im Raum beginnen oder enden, angebracht werden.

Bei einer größeren Anzahl an Stufen sollte auch hier jede Treppenstufe eine Markierung erhalten. In den meisten Fällen wird jedoch nur die erste und letzte Stufe gekennzeichnet. Die Markierungen müssen auf der Setzstufe eine Mindestbreite von 1,00 cm - 2,00 cm und auf der Trittschwellenstufe eine Breite von 4,00 cm – 5,00 cm besitzen. Die Farbe sollte sowohl einen Kontrast zu den Stufen als auch zu dem Podest darstellen

Um blinden Menschen den Zugang zu den Treppen zu ermöglichen, sollten Aufmerksamkeitsfelder mit einer Mindestdiefe von mindestens 60,00 cm gewählt werden. Für den Antritt sollten diese direkt vor der untersten Setzstufe liegen und für den Austritt direkt hinter der obersten Trittschwellenstufe beginnen (Abb. 4, Abb. 5). (vgl. DIN 18040-1 Treppen, Quelle: <http://nullbarriere.de/din18040-1-treppen.htm>, Stand: 19.03.2011).

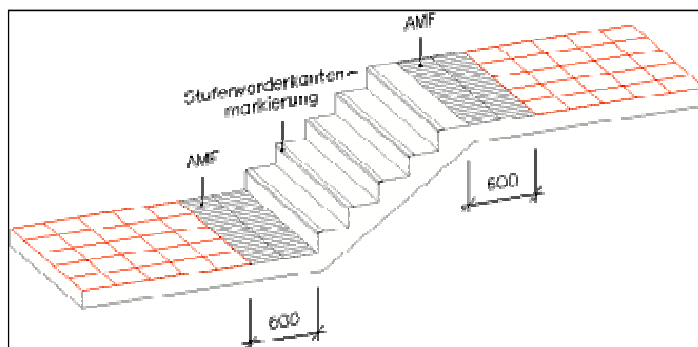


Abbildung 4: Treppenmarkierungen, Quelle: <http://www.heinze.de/hbo/medienspool/04444/images/28396840.jpg>, Stand: 29.03.2011

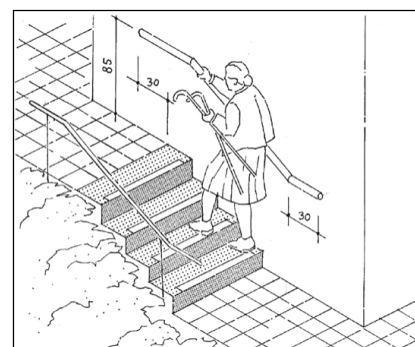


Abbildung 5: Aufmerksamkeitsfelder vor Treppen nach DIN 18040, Quelle: <http://nullbarriere.de/images/din/din18040/aufmerksamkeitsfelder-din18040.gif>, Stand: 19.03.2011

5.2.1.1.3. barrierefreie Eingangsbereiche und Rampen

Gemäß § 50 Abs. 3 LBauO M-V Abs. 2 müssen bauliche Anlagen nach durch einen Eingang mit einer lichten Durchgangsbreite von mindestens 0,90 m stufenlos erreichbar sein. Die lichte Höhe beträgt bei barrierefreien Eingängen 2,05 m. Damit Eingangsbereiche gut zu erkennen sind, müssen die Türen kontrastreich gestaltet werden. Weiterhin sollten sie leicht zu öffnen, zu schließen und sicher zu passieren sein. Großflächig verglaste Türen sollten Sicherheitsmarkierungen (Abb. 6) erhalten (vgl. DIN 18040 – 1 Türen, Quelle: <http://nullbarriere.de/din18040-1-tueren.htm>, Stand: 24.03.2011).

Weist das Außengelände einer Einrichtung Höhenunterschiede auf, so ist der Einbau von Rampen erforderlich (vgl. LAY, 2010). Diese dürfen nicht mehr als 6 % geneigt sein. In der DIN Norm wird von Mindest- und Durchschnittsmaßen ausgegangen (NIEPEL & EMMRICH, 2005). Bei der Wegeplanung muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass schon eine Steigung von 4 % für einen Rollstuhlfahrer einen erheblichen Kraftaufwand bedeutet, und dies kaum aus eigener Kraft geschafft werden kann. Ab einer Steigung von 6 % ist dieser immer auf eine Hilfsperson angewiesen.

Rampen müssen eine Mindestbreite von 1,20 m aufweisen (Abb. 7). Die geforderte Mindestrampenbreite ermöglicht kein Wenden mit dem Rollstuhl (siehe Wendekreise Tab. 3) und das Passieren zweier Rollstühle ist bei einer Breite von 1,20 m nicht möglich. Daher wäre eine ideale Rampe mindestens 1,50 m breit (vgl. nullbarriere.de, Wissenswert. Treppe, Rampe, Aufzug, Online: <http://nullbarriere.de/rampenlaenge-steigung.htm>, Stand: 20.03.2011). Eine Querneigung von Rampen ist unzulässig, da diese die Bremssicherheit gefährden und der Rollstuhl umkippen würde.

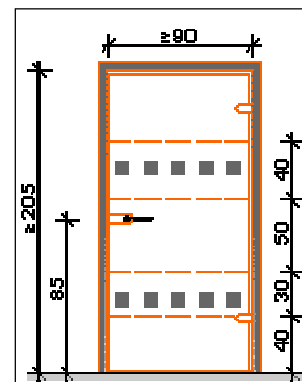


Abbildung 6: Sicherheitsmarkierungen und Maße von barrierefreien Türen, Quelle: <http://nullbarriere.de/images/din18040/glastuer-din18040-1.gif>, Stand: 24.03.2011

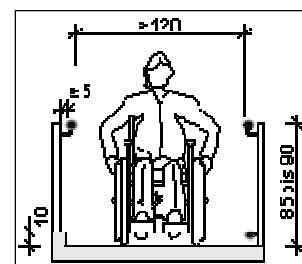


Abbildung 7: Rampe, Maße, Quelle: http://nullbarriere.de/images/din18040/rampe_quer.gif, Stand: 20.03.2011

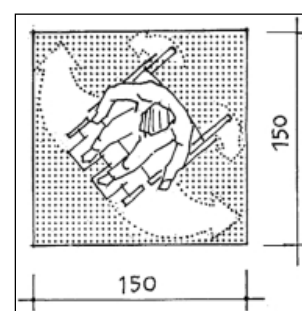


Abbildung 8: Platzbedarf eines Rollstuhls, Quelle: <http://www.heinze.de/hbo/medienpool/04444/images/2819066u16r.jpg>, Stand: 20.03.2011

Am Anfang und am Ende jeder Rampe ist ein Podest und alle 6,00 m ein Zwischenpodest von 1,50 m anzuordnen. Die Podeste müssen laut § 50 Abs. 3 LBauO M-V und DIN 18040-1, mindestens 1,50 m x 1,50 m groß sein (Abb. 8). An sich im Freien befindenden Rampen soll der Radabweiser beiderseits mindestens 10,00 cm hoch sein. Rampen müssen beidseitig mit festen und griffsicheren Handläufen versehen werden (vgl. DIN 18040-1 Rampen, Quelle: <http://nullbarriere.de/din18040-1-rampen.htm>, Stand: 20.03.2011).

Tabelle 3: Wendekreise, Quelle: <http://nullbarriere.de/rollstuhl.htm>, Stand: 19.03.2011

	Wendekreis 90° [mm]	Wendekreis 180° [mm]	Wendekreis 360° [mm]
Selbständiger Benutzer			
mit 2 Gehstöcken	1100 x 1100	1300 x 1300	1400 x 1400
mit Gehwagen	1100 x 1100	1300 x 1300	1400 x 1400
im manuellen Rollstuhl	1400 x 1400	1500 x 1500	1700 x 1700
im elektrischen Rollstuhl	1600 x 1600	1850 x 1850	2100 x 2100
Benutzer mit Helfer			
im manuellen Rollstuhl	1750 x 1750	1750 x 1750	1750 x 1750
im Komfortrollstuhl	2100 x 2100	2100 x 2100	2100 x 2100
in mobiler Pflegeliege	2100 x 2100	2100 x 2100	2100 x 2100

5.2.1.1.4. Handläufe

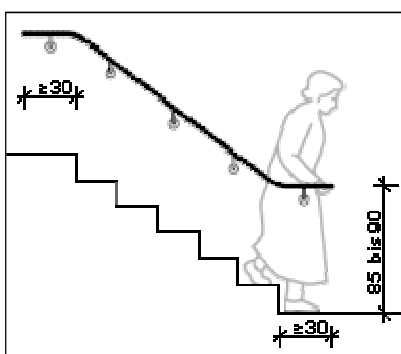


Abbildung 9: Handlauf, Maße der Anbringung, Quelle: <http://nullbarriere.de/images/din/din18040/handlauf.gif>, Stand: 19.03.2011

Im Rehabilitations- und geriatrischen Bereich sind die meisten Patienten oder Bewohner in ihrer Mobilität eingeschränkt. Handläufe sind für die Fortbewegung im Therapiegarten eine große Hilfe. Selbst wenn nur kurze Strecken der Wegeführung Handläufe aufweisen, wirkt sich das Gefühl von Sicherheit vor allem auf ängstliche Bewohner motivierend aus. Diese sollten besonders an Laufstrecken und Barfußwegen mit unebenem Untergrund angebracht werden (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

Laut § 50 Abs. 3 LBauO M-V müssen Treppen an beiden Seiten Handläufe erhalten. Sie sind in einer Höhe von 85,00 cm – 90,00 cm (vgl. DIN 1801 – 1 Treppen, Quelle: <http://nullbarriere.de/din18040-1-treppen.htm>, Stand: 20.03.2011) durchlaufend über Treppenabsätze und Fensteröffnungen sowie über die letzten Stufen anzubringen. Am Ende einer Treppe muss der Handlauf mindestens 30,00 cm auslaufen (Abb. 9) und mit einer Abrundung zur Wand oder nach unten weitergeführt werden. Das verhindert, „[...] *dass sich Ärmel, Gürtel oder sonstige Kleidungsstücke .. verfangen können.*“ (BENDLAGE et al., 2009, S. 76). Handläufe müssen griffsicher, gut umgreifbar, rund oder oval sein. Sie sollten einen Durchmesser von 0,30 cm bis 0,45 cm besitzen und mit einem Abstand von 0,50 cm an Wänden befestigt werden. Bei der Farbgestaltung sind besonders kontrastreiche Formen zu empfehlen. Diese erleichtern vor allem für Sehbehinderte die Orientierung. Als zusätzliche Orientierungshilfe dienen am Handlauf befestigte Informationen mit Brailleschrift (Abb. 10) wie z.B. der Hinweis auf den Anfang und das Ende einer Rampe (vgl. DIN 1801 – 1 Treppen, Quelle: <http://nullbarriere.de/din18040-1-treppen.htm>, Stand: 20.03.2011). Als Materialien

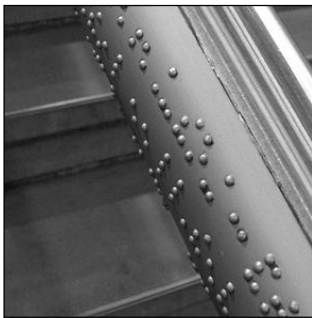


Abbildung 10: Handlauf mit Brailleschrift, Quelle: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/e/e4/Brailleschrift_01_KMJ.jpg/292px-Brailleschrift_01_KMJ.jpg, Stand: 29.03.2011

sind Stahl oder Aluminium zu empfehlen. Sie sind wetterbeständig, können an jeden Wegeverlauf angepasst werden und bilden im Gegensatz zum Holz keine Splitter. Einziger Nachteil ist, dass Nutzer diese bei kalten Temperaturen als unangenehm empfinden können.

Handläufe können neben der Funktion der Sicherheit auch die Sinne anregen. Befestigte Objekte wie Kugeln mit unterschiedlicher Struktur laden zum Tasten ein (Abb. 11, Abb. 12). Auf den Handlauf montierte Pflanztöpfe animieren zum Riechen und Fühlen (vgl. BENDLAGE et al., 2009).



Abbildung 11 Handlauf mit Tastelementen aus Kunststoffknöpfen, Quelle: BENDLAGE & NIX et al., 2009, S. 77



Abbildung 12: Drehbare Tastkugel aus poliertem Naturstein, Quelle: BENDLAGE & NIX et al., 2009, S. 77

5.2.1.1.5. Orientierungshilfen für Sehbehinderte und Blinde



Abbildung 13: Beschilderung in Braille-Blindenschrift Quelle: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/thumb/9/97/Albert-Plohnke-4.jpg/800px-Albert-Plohnke-4.jpg>, Stand: 29.03.2011



Abbildung 14: Geländeplan der Landesgartenschau in Bingen, Quelle: http://www.3d-relief.com/images/taktler_plan_1.jpg, Stand: 29.03.2011

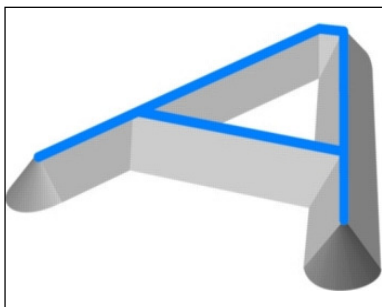


Abbildung 15: Pyramidenschrift, Quelle: <http://www.eskalade.net/exfiles/352/Bausteine/a1%20kopie.jpg>, Stand: 29.03.2011

Orientierungshilfen sind vor allem in Gärten für Blinde und Sehbehinderte unverzichtbar. Die Gestaltung eines solchen Therapiegartens ist immer abhängig von der Schwere der Beeinträchtigung der Klientel. Als Orientierungshilfen in einem Blindengarten eignen sich vor allem akustische und ertastbare Elemente wie die Beschriftung mit der Brailleschrift (Abb. 13). Diese kann sowohl am Handlauf (siehe 5.2.1.1.4) als auch an Beschilderungen oder auf Plänen angebracht werden. Bei der Beschilderung für sehbehinderte Menschen ist darauf zu achten, dass eine serifenlose¹³ Schrift verwendet wird. Diese muss eine Mindestpunktgröße von 11 besitzen. (vgl. SIEMS, 2003).

Das Aufstellen eines zu ertastenden Außenplans (Abb. 14) ist von großem Nutzen. Er gibt Auskunft über die Ein- und Ausgänge, die Anordnung der Wegeflächen, die Lage von einzelnen Therapiebereichen oder die Standorte von speziellen Pflanzenarten. Um einzelne Bereiche des Gartens auf einem Plan in taktile Elemente umzuwandeln, reichen häufig schon Flächen- und Linienbausteine. Solche Pläne sollten auch immer Piktogramme¹⁴ enthalten. Dadurch sind diese auch von Kindern und Analphabeten sowie von kognitiv eingeschränkten Personen zu lesen. Die Beschriftung erfolgt durch Brailleschrift und erhabene Kunststoffbuchstaben. Die Buchstaben müssen ungefähr so groß wie eine Fingerkuppe sein und einen pyramidalen Querschnitt (Abb. 15) besitzen.

¹³ Serife, die, engl., kleiner Abschlussstrich bei Schrifttypen (DROSDOWSKI et al, 1996, S. 678)

¹⁴ graph. Symbol [mit international festgelegter Bed.], z.B. Totenkopf für „Gift“ (DROSDOWSKI et al, 1996, S. 569)

5.2.2. Elemente eines Therapiegartens

5.2.2.1. Planungskriterien

Therapiegärten können eine Vielzahl an unterschiedlichen Ausstattungselementen besitzen. Nach BENDLAGE et al. (2009) dienen sie für die vielfältigsten bewegungs-, ziel- und nicht zielorientierten Betätigungen. Bei der Planung solcher Gärten sind die allgemeinen Gegebenheiten der Außenanlage sowie die Ziele zu sondieren und zu ermitteln. Die Wahl der einzelnen Elemente richtet sich ganz an der Bewohner- oder Patientenstruktur aus (vgl. VOGES, 2008). Von ihnen hängt ab, welche Behandlungsmethoden angewandt, und welche Nutzungselemente dafür gebraucht werden. Dabei muss unter anderem auf die Mobilität, die Orientiertheit und die Art der Einschränkungen der vorhandenen Klientel geachtet werden (vgl. BENDLAGE et al., 2009). *„Es kann also kein allgemein gültiges Rezept geben. Natürlich wird ein Garten für eine Blindenschule ganz anders aussehen, als einer für eine orthopädische Klinik, ein therapeutisch nutzbarer Spielplatz wird anders eingerichtet sein, als ein Garten für Menschen mit Demenz“* (VOGES, 2008, S. 6).

Die Wünsche und Vorstellungen der Bewohner bei der Gestaltung sollten laut BENDLAGE et al. (2009) gleichermaßen bewertet werden, wie die des Personals, der Therapeuten und der Angehörigen.

Bei der Festlegung der Größe eines Therapiegartens sind NIEPEL und EMMRICH (2005) der Auffassung, dass es wichtig ist im Vorfeld zu klären, ob die Therapien im Garten alleine, in einer Gruppe, regelmäßig oder nur gelegentlich stattfinden sollen. Bei Einzeltherapien reicht zunächst ein kleines Areal aus. Kleinere Übungsflächen bieten sich auch besonders für Praxen an, die z.B. ihren Hinterhof für therapeutische Zwecke nutzen möchten. Eine Fläche von 10 m² kann für Therapien, die im Durchschnitt nur zwei bis drei Stunden in der Woche stattfinden, genügen. Bei Seniorenheimen, in denen fünf bis sechs Bewohner jeden Tag die Übungsflächen des Therapiegartens bearbeiten, empfehlen NIEPEL und EMMRICH (2005) eine Fläche von 500 m².

„Wenn der Garten dauerhaft genutzt werden soll, muss er immer wieder neu einladen können. Er muss interessant, vielgestaltig und aufregend sein, er muss bei genauerem Hinsehen ständig Neues bieten, Geheimnisse enthüllen“ (NIEPEL & EMMRICH, 2005, S. 91) Damit der Therapiegarten diesen Ansprüchen gerecht wird, müssen zum Einen die an therapeutischen Zielen orientierten Objekte oder Elemente in das gestalterische Konzept passen, und zum Anderen müssen der Garten im Allgemeinen und die Pflanzenauswahl im Besonderen vielfältig sein (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005).

5.2.2.2. Bepflanzungen

Als eines der wichtigsten Bestandteile eines Therapiegartens ist die Bepflanzung zu nennen. In einem Garten spricht die Sinne nichts auf eine vielfältigere Art an als die Pflanzen. „Verglichen mit gebauten Sinnerfahrungselementen wie Brunnenanlage, Tastsäulen oder Klangstelen hat die Pflanze die Eigenschaft, dass sie sich im Laufe des Jahres ständig verändert und auf die Weise so ständig neu erlebbar ist“ (BENDLAGE et al. 2009, S. 47)

Damit die Gärten nicht verwildern und die Pflanzflächen ausreichende Pflege erhalten, sollte schon während der Planung der Unterhaltungsaufwand berechnet werden. Dieser ist mit den Kapazitäten des Gärtners und dem vorhanden Budget zu vergleichen. In vielen Einrichtungen spielt bei der Pflege der Außenanlagen der Zeitfaktor eine große Rolle. Daher sollte die Anzahl der Pflanzen zu Beginn eher gering gehalten werden. Das Anpflanzen von mehrjährigen Pflanzen ist zu empfehlen, da diese den Aufwand in der Unterhaltung des Gartens senken (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010). Ideal für die Pflege eines Therapiegartens „[...] ist eine Person, die gärtnerisch ausgebildet, im Gartenunterhalt erfahren und ausschließlich für den Garten zuständig ist [...]. Ein fachlich fundierter Pflegeplan erleichtert es allen Beteiligten, die Unterhaltsarbeiten im Garten zu planen und umzusetzen.“ (SCHNEITER-ULMANN, 2010, S.143 - 144). Grundsätzlich sollten in einem Therapiegarten Pflanzen zu jeder Jahreszeit zur Verfügung stehen. In Heimen und Einrichtungen, in denen sich Patienten über einen langen Zeitraum befinden, ist es wichtig, dass sich immer wieder neue Knospen öffnen und neue Blumen zu blühen beginnen. Damit in Kliniken, in denen eine kurze Verweildauer besteht, den Patienten auch während der Herbst und Wintermonate etwas geboten wird, sind Pflanzen geeignet, die für eine längere Blühperiode sorgen (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005). Dadurch wird der zu Therapierende auch im Winter aus der Klinik ins Freie gelockt (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010).

Das Erleben von Jahreszeiten mit Hilfe von Pflanzen dient dem Patienten als Orientierungshilfe. Hierfür eignen sich am besten bekannte Pflanzen und Früchte, die mit jahreszeitlichen Ereignissen zusammenhängen (Tab. 4). BENDLAGE et al. (2009) bemerken: „Ein Obstbaum kann in einem Garten für Demente eine Brücke zum Früher sein. Die Blütenpracht im Frühjahr und die Ernte von Sommer bis Herbst sowie die anschließende Verfärbung des Laubes verdeutlichen jedes Jahr aufs Neue, dass der Zyklus der Natur eng mit dem Lebenszyklus des Menschen verknüpft ist.“

Tabelle 4: typische Pflanzen und Früchte der Jahreszeiten, eigene Erhebung

Jahreszeit	Ereignis	Pflanze
Frühling	Frühlingsbeginn	Schneeglöckchen (<i>Galanthus</i> spp.)
		Krokuss (<i>Crocus</i> spp.)
		Forsythie (<i>Forsythia</i> × <i>intermedia</i>)
	Himmelfahrt	Flieder (<i>Syringa</i> spp.)
		Birke (<i>Betula</i> spp.)
	Ostern	Osterglocke /Gelbe Narzisse (<i>Narcissus pseudonarcissus</i>)
		Primeln (<i>Primula</i> spp.)
		Hyazinthen (<i>Hyacinthus</i> spp.)
	Mai	Maiglöckchen (<i>Convallaria majalis</i>)
		Waldmeister (<i>Galium odoratum</i>)
		Tulpen (<i>Tulipa</i> spp.)
Narzissen (<i>Narcissus</i> spp.)		
Sommer	Magnolien (<i>Magnolia</i> spp.)	
	Rosen (<i>Rosa</i> spp.)	
	Dahlien (<i>Dahlia</i> spp.)	
Herbst	Erntedank	Begonien (<i>Begonia</i> spp.)
		Kartoffel (<i>Solanum tuberosum</i>)
		Steckrübe (<i>Brassica napus</i> subsp. <i>rapifera</i>)
	Echte Sellerie (<i>Apium graveolens</i>)	
	Herbst-Zeitlose (<i>Colchicum autumnale</i>)	
	Gemeine Hasel (<i>Corylus avellana</i>)	
	Echte Walnuss (<i>Juglans regia</i>)	
Quitte (<i>Cydonia oblonga</i>)		
Winter	Weihnachten	Tanne (<i>Abies</i> spp.)
		Stechpalme (<i>Ilex</i> spp.)
		Christrose (<i>Helleborus niger</i>)

Bei der Auswahl von bestimmten Pflanzen sind mögliche Gefahren zu beachten. In der Geriatrie sollte das Anpflanzen von giftigen Pflanzen vermieden werden. „Eine Möglichkeit, giftige Pflanzen zu verwenden ist, diese in ein tiefer gelegenes, nicht zugängliches Gartenbeet zu setzen. So können beliebte und altbekannte Pflanzen, wie z.B. das Maiglöckchen (*Convallaria majalis*), von oben betrachtet werden, ohne eine Gefahr darzustellen.“ (SCHNEITER-ULMANN, 2010, S.154). Heruntergefallenes Obst und feuchtes Laub stellen eine Rutschgefahr dar (vgl. SCHAIER 1986). Dies ist vor allem bei Bäumen mit großen Blättern wie dem Trompetenbaum (*Catalpa bignonioides*) oder der Platane (*Platanus x hispanica*) zu beachten. Um dies zu vermeiden, sollten kleinlaubige Gehölze wie z.B. die Birke (*Betula papyrifera*) an den Rand der Wege gesetzt werden. Mit Dornen besetzte Pflanzen wie Feuerdorn (*Pyracantha coccinea*) und Berberitze (*Berberis vulgaris*) sollten in Einrichtungen, in denen sich Kinder befinden, vermieden bzw. nur in geschützten Bereichen angepflanzt werden. (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

Für einige Pflanzen mit Dornen gibt es derzeit schon Alternativen z.B. die dornlose Brombeere (*Rubus fruticosus* Navaho), die dornlose Gleditschie (*Gleditsia triacanthos inermis*) und die dornlose Herbst - Himbeere (*Rubus idaeus* Autumn First). Auch verschiedene Rosensorten wie die dornlose *Rosa Smooth Velvet* und die *Rosa corymbifera* sind im Handel erhältlich.

5.2.2.2.1. Pflanzen zur olfaktorischen Stimulation

„Schönheit, Farbe und Form von Pflanzen faszinieren uns, doch erst ihr Duft öffnet unsere Herzen“ (BERGMANN, 2009, S. 5). Düfte werden seit Jahren benutzt, um einen Zustand des Wohlbefindens zu erzielen. Dieser Zustand ist laut LAVABRE (1994) einer der wichtigsten Voraussetzungen für die Gesundheit. Aromastoffe können, wenn Sie richtig ausgewählt werden dazu beitragen, für den Menschen ein günstiges Umfeld zu schaffen. Laut BERGMANN (2009) wirken das Parfum der Maiglöckchen (*Convallaria majalis*), die kräftige Würze von Rosmarin (*Rosmarinus officinalis*), Salbei (*Salvia* spp.) und Minze (*Mentha* spp.) belebend auf die Sinne und sind Balsam für die Seele.

„Duft als gärtnerisches Mittel einzusetzen, gehört wohl noch zu den Geheimnissen der Gartenplanung. Obwohl jeder weiß, wie wohltuend und bereichernd ein duftender Garten ist, ist die gezielte Kombination und Platzierung von Düften doch ausgesprochen schwer“ (NIEPEL & EMMRICH, 2005, S. 111). Duftpflanzen sollten nach BERGMANN (2009) immer dort platziert werden, wo sie ihren Duft am besten entfalten können. BENDLAGE et al. (2009) bemerkt, dass nichtduftende Pflanzen immer zwischen duftende gesetzt werden müssen, damit auch einzelne Düfte wahrgenommen werden können. Um ein Verwehen des Duftes zu verhindern und eine Konzentration zu erreichen, bieten sich Duftpflanzungen an Hecken und Mauern an.

Den meisten Pflanzen bietet eine sonnige bis halbschattige Lage nach Südwesten oder -osten eine gute Voraussetzung für die Produktion von Aromastoffen. Die reine Südlage ist hingegen eher für mediterrane Pflanzen wie Thymian (*Thymus* spp.) und Rosmarin (*Rosmarinus* spp.) geeignet. Für Schattenplätze eignen sich Maiglöckchen (*Convallaria majalis*) oder Wald-Geißblatt (*Lonicera periclymenum*). Unterschieden werden Duftpflanzen in Blüten- und Blattdufter.

Erstere wie die Rosen (*Rosa* spp.) verströmen ihr Aroma ohne Fremdeinwirkung, wohingegen Blattdufter wie der Storchschnabel (*Geranium* spp.) ihren Duft erst durch die Berührung, das Zerschneiden oder das Zerreiben einzelner Pflanzenteile freigeben. Es gibt aber auch Pflanzen, die ihr Aroma nur durch starke Sonneneinstrahlung verströmen (BENDLAGE et al. 2009).

Duftpflanzen können das ganze Jahr über im Garten ihren Platz finden. Bei der Auswahl dieser Pflanzen kann zwischen den verschiedensten Duftrichtungen gewählt werden. In der Tabelle 5 werden einige Duftpflanzen genannt. Die Aromen gehen von schokoladig (*Cosmos atrosanguineus*) und süß (*Hesperis matronalis*) über stark-aromatisch-frisch (*Rosmarinus officinalis*) bis hin zu fruchtig-beerig (*Cephalophora aromatica*) (vgl. BERGMANN, 2009).

Tabelle 5: Duftpflanzen, in Anlehnung an BENDLAGE et al., 2009, S. 132 - 134

Blattdufter					
Pflanze	Besonderes Merkmal	Standort-anspruch	Blütezeit	Blüten-farbe	Verwendung
Bäume bis 10 m					
Kuchenbaum (<i>Cercidiphyllum japonicum</i>)	Laub duftet nach Zimt und Karamell	○ - ●	VI	dunkelrot	E
Australische Teebaum (<i>Melaleuca alternifolia</i>)	Aromatisch duftend	○	III-V	weiß	E
Stauden					
Englische-Rasenkamille (<i>Anthemis nobilis</i> Treneague)	bildet dichte, duftende Rasenpolster	○ - ●	/	/	Fl
Zitronen-Thymian (<i>Thymus x citriodorus</i> Golden Dwarf)	polsterbildend, stark duftende Blättchen	○	VI-VII	gelb	Fl
Zitronenverbene (<i>Aloysia triphylla</i>)	feiner, frisch nach Zitrone riechender Duft	○ - ●	IX	weiß	E/G
Ysop (<i>Hyssopus officinalis</i>)	würzig, warmer Duft	○	VII-VIII	blau	E/G
Bärlauch (<i>Allium ursinum</i>)	Knoblauchgeruch	●	IV-V	weiß	G/Fl
Rosenmelisse (<i>Monarda fistulosa x tetraploid</i>)	feiner Rosenduft	○	VI-VIII	violett	E/G
Currystrauch (<i>Helichrysum italicum</i>)	Curryduft	○	VI-VIII	gelb	E/G
Pfeffer-Minze (<i>Mentha x piperita</i>)	frischer, minziger Duft	○	VIII-IX	weiß	E/G
Ananassalbei (<i>Salvia rutilans</i>)	zarter Ananasduft	●	X-XI	rot	E/G
Erdberminze (<i>Mentha species</i>)	bei leichter Berührung leichter Minzeduft; bei starker Zerreibung intensives Erdbeeraroma	○ - ●	VI-IX	lila	E/G
Blütenduft					
Großbäume bis 20 m					
Winter-Linde (<i>Tilia cordata</i>)	Blüten süßlich duftend	○ - ●	VII	hellgelb	E
Silber-Linde (<i>Tilia tomentosa</i>)	stark duftend	○	VII-VIII	hellgelb	E
Bäume bis 10 m					
Traubenkirsche (<i>Prunus padus</i>)	starker Blütenduft; ganze Pflanze schwach giftig	○ - ●	IV-V	weiß	E
sonnig ○ halbschattig ◐ schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig Fl					

Blütenduft					
Pflanze	Besonderes Merkmal	Standort-anspruch	Blütezeit	Blüten-farbe	Verwendung
Großsträucher über 2 m					
Hybrid-Zaubernuss (<i>Hamamelis x intermedia</i> Feuerzauber)	Winterblüher; Blüte stark duftend	○ - ●	I-III	hellgelb	E
Kolchische Pimpernuss (<i>Staphylea colchica</i>)	Blüten duften zart nach Kokos	○ - ●	V	weiß	E
Garten-Flieder (<i>Syringa vulgaris</i> Carles Joly)	reich blühend; stark duftend	○ - ●	V-VI	rosa	E/G
Bodnant-Schneeball (<i>Viburnum bodnantense</i> Dawn)	Winterblüher; Blüte stark duftend	○ - ●	III-IV	rosa	E/G
Sträucher bis 2 m					
Pfeifenstrauch (<i>Philadelphus</i> Dame Blanche)	stark duftende Blüten	○ - ●	VI	weiß	G
Großer Federbuschstrauch (<i>Fothergilla major</i>)	Blüten duften nach Honig; außergewöhnliche Herbstfärbung	○ - ●	V	hellgelb	E
Rispen-Hortensie (<i>Hydrangea paniculata</i> Kyushu)	leicht duftend, lockt Insekten an	○	VII-IX	hellgelb	G
Vanilleblume (<i>Heliotropium arborescens</i>)	stark nach Vanille duftend	○	V-IX	violett	E
Stauden					
Zitronen-Taglilie (<i>Hemerocallis citrina</i>)	zitronengelbe, stark duftende Blüten	○ - ●	VI-VIII	hellgelb	G
Schokoladenblume (<i>Berlandiera lyrata</i>)	markanter Schokoladenduft	○ - ●	IV-V	gelb	E/G
Echter Lavendel (<i>Lavandula angustifolia</i>)	stark duftend	○	VII-VIII	violett	G
Muskatellersalbei (<i>Salvia sclarea</i> var. <i>turkestanica</i>)	herb-frischer Duft	○	VII-VIII	rosa-lila	E/G
sonnig ○ halbschattig ◐ schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig Fl					

5.2.2.2.2. Pflanzen zur taktilen Stimulation

Das größte Sinnesorgan des Menschen ist der Tastsinn. Millionen von Tastkörper senden dem Gehirn Informationen über Eigenschaften wie die Struktur, die Temperatur und die Konsistenz des Gefühlten. Durch das Gehirn werden der Körper und vor allem die Hände gelenkt um durch das Betasten, Anfassen, Greifen oder Streicheln genügend Informationen zu erhalten. Auf die Motorik wirkt sich keine andere Sinneswahrnehmung so stark aus (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005).

Der Tastsinn ist vor allem im hohen Alter, bei sehbehinderten und blinden Menschen von großer Bedeutung (vgl. BENDLAGE et al. 2009). NIEPEL und EMMRICH (2005) bemerken: „Wenn Patienten aufgrund von Störungen nicht mehr in der Lage sind, selbständig taktil-kinästhetische¹⁵ Wahrnehmungserfahrungen zu erwerben, muss eine Therapie aktiv werden.“ Laut BENDLAGE (2009) besitzen viele Pflanzen Eigenschaften, die den Betrachter geradezu dazu auffordern diese zu erfühlen und zu ertasten (Abb. 16, Tab. 6). Der Woll-Ziest (*Stachys byzantina*) besitzt z.B. pelzige Blätter (Abb. 17) und die Blütenstände des Japanischen Federborstengrases (*Pennisetum alopecuroides* Compressum) sind federborstenähnlich. Doch auch das Ertasten von unterschiedlichen Rindenarten kann zu einem eindrucksvollen Erlebnis werden. Am Boden (Erde, Moos, Wurzeln), am Stamm oder in den Zweigen ergeben sich ständig neue Möglichkeiten um die Umwelt über den Tastsinn zu erforschen und zu erfahren (vgl. BENDLAGE, 2009). Auf den Gartenboden kommt im Hinblick auf die taktile Wahrnehmung eine besondere Bedeutung zu. BENDLAGE (2009) sieht den Kontakt mit Erde als taktile Urerfahrung an. Die Feuchtigkeit, die unterschiedlichen Temperaturen und die Struktur wirken auf den Menschen beruhigend.



Ifahrerin beim Ertasten des
DLAGE et al., 2009, S. 58



ollziest,
en-24.de/for
wollziest
8.04.2011

¹⁵ Tastsinn

Tabelle 6: Pflanzen zur taktilen Stimulation, Quelle: in Anlehnung an BENDLAGE et al. 2009, S. 134-136

Pflanze	Besonderes Merkmal	Standort-anspruch	Blütezeit	Blüten-farbe	Verwendung
Großbäume bis 20 m					
Papier-Birke (<i>Betula papyrifera</i>)	weiße Rinde schält sich auffällig ab	○	IV	blassgrün	E
Chinesischer Blauglockenbaum (<i>Paulownia tomentosa</i>)	große behaarte Blätter	○ - ●	IV-V	violett	E
Gewöhnliche Tränen-Kiefer (<i>Pinus wallichiana</i>)	lange weiche Nadeln, Zapfen	○			E
Bergmammutbaum (<i>Sequoiadendron giganteum</i>)	schwammig-weiche Rinde, die eingedrückt werden können	○			E
Bäume bis 10 m					
Amur-Korkbaum (<i>Phellodendron amurense</i>)	korkige Rinde; goldgelbe Herbstfärbung	○	VIII-IX	hellgelb	E
Gewöhnliche Mehlbeere (<i>Sorbus aria</i>)	Blätter besonders im Austrieb grau-filzig	○ - ●	V-VI	weiß	E
Großsträucher über 2 m					
Samt-Hortensie (<i>Hydrangea aspera</i> subsp. <i>sargentiana</i>)	samtige bis raue Blätter	●	VIII-IX	rosa	E
Lorbeer-Glanzmispel (<i>Photinia davidiana</i>)	immergrüne, glänzend-ledrige Blätter	○ - ●	VIII-IX	weiß	E
Sträucher bis 2 m					
Mispel (<i>Mespilus germanica</i>)	Früchte essbar mit leicht korkiger, filziger Schale	○ - ●	V-VI	weiß	E
Strauch-Roskastanie (<i>Aesculus parviflora</i>)	große, raue Blätter	○ - ●	VII-VIII	weiß	E
Kletter-Hortensie (<i>Hydrangea anomala</i> subsp. <i>Petiolaris</i>)	Blatt etwas ledrig-fettig; Blüte süßlich duftend	○ - ●	VI-VII	weiß	E
Stauden					
Weicher Frauenmantel (<i>Alchemilla mollis</i>)	leicht behaarte und eingebuchtete Blätter	○ - ●	VI-VII	hellgelb	G/FI
Bergenie (<i>Bergenia</i> Admiral)	große, glatte Blätter	○ - ●	IV-V	rot	G
Schildblatt (<i>Darmera peltata</i>)	große, kreisrunde Blätter; borstig-behaarte Stiele	○ - ●	IV-V	weiß	G
Woll-Ziest (<i>Stachys byzantina</i>)	silbrig-filzige Blätter	○	VI-VII	weiß	G
Gräser					
Japanisches Federborstengras (<i>Pennisetum alopecuroides</i> Compressum)	federborstenähnliche Blütenstände	○	VII-IX		E/G
sonnig ○ halbschattig ● schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig FI					

5.2.2.2.3. Pflanzen zur akustischen Stimulation

Ein Argument für den Gang in den Garten ist das Genießen der Ruhe. Doch meist ist es nicht die absolute Stille, sondern die natürlichen Hintergrundgeräusche wie das Vogelgezwitscher, das Säuseln des Windes, in den Bäumen die entspannend wirken. Im Therapiegarten kann mit Hilfe von Geräuschen und Klängen gearbeitet und für eine natürlich erfahrene Stille gesorgt werden. NIEPEL und EMMRICH (2005) betonen, dass der Garten vor allem in Zeiten von ständiger akustischer Überreizung hier eine Oase darstellen kann.

Im therapeutischen Garten kann nicht nur die visuelle Wahrnehmung trainiert werden, sondern auch das Gehör. Durch die Anpflanzung von unterschiedlichsten Gewächsen wird das Wahrnehmen sowohl von leisen als auch von lauten Geräuschen geschult (Tab. 7). Gräser rascheln im Wind, Fruchtkapseln klappern und Äste knarren (vgl. Bendlage et al., 2009).

Tabelle 7: Pflanzen zur akustischen Stimulation, Quelle: in Anlehnung an BENDLAGE et al. 2009, S. 136 - 137

Pflanze	Besonderes Merkmal	Standort-anspruch	Blütezeit	Blüten-farbe	Verwendung
Großbäume bis 20 m					
Gewöhnliche Hainbuche (<i>Carpinus betulus</i>)	langhaftendes Laub raschelt im Winter; auch als Hecke geeignet	○ - ●	V	grün	E
Zitter-Pappel (<i>Populus tremula</i>)	Blätter rascheln im Wind	○ - ●	V	silber	E
Stiel-Eiche (<i>Quercus robur</i>)	langhaftendes Laub raschelt im Winter	○ - ●	IV		E
Großsträucher über 2 m					
Kolchische Pimpernuss (<i>Staphylea colchica</i>)	Fruchtkapsel erzeugt bei Wind Klappergeräusch; duftend	○ - ●	V	weiß	E
Gräser					
Silber-Chinaschilf (<i>Miscanthus sinensis</i> Gracillimus)	dichte, feinblättrige Horste; raschelnde Halme	○	VIII-IX	silber	E/G
Silber-Chinaschilf (<i>Miscanthus sinensis</i> Silberfeder)	silberweiße Blütenstände; raschelnde Halme	○	VIII-IX	silber	E/G
Goldrohr-Bambus (<i>Phyllostachys aurea</i>)	bei Wind aneinander reibende Halme rascheln	○ - ●			E/G
sonnig ○ halbschattig ● schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig Fl					

5.2.2.2.4. Obst-, Gemüse- und Kräuterpflanzen zur gustatorischen Stimulation

Der Geschmacksinn ist einer der am schlechtesten ausgeprägten Sinne. NIEPEL und EMMRICH (2005) bemerken, dass der Mensch nur zwischen süß, salzig, bitter und sauer unterscheiden kann. Den Rest der gustatorischen Wahrnehmung übernimmt das Riechsystem. Alle Sinnesempfindungen sind trainierbar. Der Geschmackssinn kann in Hinsicht auf die Stärke, Intensität, Reizschwelle und Differenzierung der einzelnen Geschmacksrichtungen geschult werden. Dies ist vor allem bei Patienten wichtig, die in diesem Bereich Einschränkungen haben. Es kann schlimme Folgen haben, wenn jemand nicht mehr merkt, ob etwas verdorben oder sogar giftig ist. Das kann zu Einschränkungen in der Alltagsbewältigung und der damit verbundenen Verarmung der inneren sozialen und emotionalen Welt führen.

Beeren und Früchte sind in jedem Garten beliebte Pflanzen. Das Pflücken und Naschen ist in einem Garten laut SCHNEITER-ULMANN (2010) ein wunderbares Erlebnis. Die gewonnenen Erzeugnisse können selber verarbeitet und gekostet werden. Dies weckt Erinnerungen und trainiert die Sinne. Um ungehindert an die Pflanzungen zu gelangen, sollten sich diese am Wegesrand befinden. Für Patienten mit Bewegungseinschränkungen eignen sich Pflanzungen in Hängekübeln. Bei der Auswahl der Pflanzen sollte darauf geachtet werden, dass ein Mix aus bekannten und unbekanntem Sorten gewählt wird (Tab. 8). Neue Geschmacksrichtungen sorgen für Diskussionsstoff und erweitern die Sinne. Damit das Naschen und Ernten für jeden Gartenbesucher möglich ist, müssen die Pflanzen gut zugänglich sein. Für einige Pflanzen wie Himbeeren, Brombeeren, Kiwis und Trauben sind Rankhilfen nötig. Diese können direkt am Wegesrand oder in Form eines Bogens auch direkt über den Therapieweg verlaufen. Besonders für Rollstuhlfahrer und Patienten, die sich nicht mehr gut strecken können, eignen sich Nieder- und Halbstämme. *„So bieten sie beste Zugänglichkeit und eine gute Höhe zum Ernten“* (Schneider-Ulmann, 2010, S. 150).

Tabelle 8: für den Therapiegarten geeignete Obstsorten, Quelle: in Anlehnung an BENDLAGE et al. 2009, S. 137

Pflanze	Besonderes Merkmal	Standortanspruch	Blütezeit	Blütenfarbe	Erntezeit	Verwendung
Großbäume bis 20 m						
Kultur-Apfel (<i>Malus domestica</i> Elstar)	Ertragspflanze	○	V	weiß	IX	E
Kultur-Apfel (<i>Malus domestica</i> Cox Orangen Renette)	Ertragspflanze	○	V	weiß	IX	E
Kultur-Birne (<i>Pyrus communis</i> Clapps Liebling)	Ertragspflanze	○	V	weiß	VIII	E
Pflaume (<i>Prunus domestica</i> Hauszwetschke)	Ertragspflanze; Frühjahrsblüher Vogelnährgehölz	○	V	weiß	VIII-IX	E
Sauer-Kirsche (<i>Prunus cerasus</i> Schattenmorelle)	Ertragspflanze	○	IV	weiß	VII	E
Gewöhnliche Mehlbeere (<i>Sorbus aria</i>)	Früchte essbar	○ - ●	V-VI	weiß	IX-XI	E/G
Großsträucher über 2 m						
Kupfer-Felsenbirne (<i>Amelanchier lamarkii</i>)	Frühjahrsblüher; essbare Früchte	○ - ●	IV	weiß	VII	E/G
Große Haselnuss (<i>Corylus maxima</i> Cosford)	Ertragspflanze	○ - ●	III-IV	weiß	IX-X	G
Sträucher bis 2 m						
Gebräuchlicher Rhabarber (<i>Rheum officinale</i>)	Ertragspflanze	○	VI-VII	weiß	V-VI	G
Rote Johannisbeere (<i>Ribes</i> Rovada)	Ertragspflanze	○	VI-VII	weiß	VII	G
Weißer Johannisbeere (<i>Ribes</i> Weisse Versailler)	Ertragspflanze	○	VI-VII	weiß	VII	G
Gewöhnliche Stachelbeere (<i>Ribes</i> Hoening's Frühe)	Ertragspflanze	○	VI-VII	weiß	VI	G
Stachelbeere (<i>Ribes</i> Rote Triumph)	Ertragspflanze	○ - ●	VI-VII	weiß	VII	G
Amerikanische Heidelbeere (<i>Vaccinium corymbosum</i> Berkeley)	Ertragspflanze	○ - ●	V	weiß	VIII	G/FI
Preiselbeere (<i>Vaccinium vitis-idaea</i>)	Ertragspflanze	○ - ●	V-VI	rosa	VIII-IX	FI
Kletterpflanzen						
Kolomikta-Strahlengriffel (<i>Actinidia kolomikta</i>)	stachelbeerähnliche Früchte	○	V	weiß	VII-VIII	E/G
Wald-Erdbeere (<i>Fragaria vesca</i>)	kleine, hocharomatische Beeren	○ - ●	V-X	weiß	VI-IX	G
sonnig ○ halbschattig ● schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig FI						

Das Anlegen eines Gemüsegartens in einem Garten zu Therapiezwecken ist vor allem in Einrichtungen mit betagten Bewohnern zu empfehlen. Die meisten älteren Menschen besaßen früher selbst einen Garten. Sie wissen viel über den Anbau und die Pflege von Gemüse. Sollte das Wissen darüber in Vergessenheit geraten sein, so weckt zum Beispiel ein kleines Beet mit Radieschen und Möhren die Erinnerung an alte Zeiten (SCHNEITER-ULMANN, 2010).

Einen Gemüsegarten zu besitzen, war lange Zeit sowohl für Stadtbewohner als auch für Menschen vom Lande eine überlebenswichtige Notwendigkeit. In modernen Zeiten, in denen das Gemüse billig im Supermarkt für jeden erhältlich ist, verliert der eigene Gemüseanbau an Bedeutung. Laut HARTIG (2005) ist es in der heutigen Zeit rein rechnerisch gesehen, unrentabel. Dennoch halten viele Menschen bis heute am Gemüseanbau fest.

Gemüse zu essen, das man mit eigener Hand gesät, gepflanzt, begossen, gejätet und geerntet hat, dessen Wachsen in und aus der Erde man mit ganzer Aufmerksamkeit und Anteilnahme verfolgt hat, ist ein ungebrochener leiblicher Zyklus, bei dem man sich das Leben direkt aus der Erde einverleibt und unverwandelt (HARTIG, 2005, S. 33).

Tabelle 9: für den Therapiegarten geeignete Gemüsepflanzen, Quelle: vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010

Pflanze	Besonderes Merkmal	Standortanspruch	Blütezeit	Blütenfarbe	Erntezeit	Verwendung
Gurke (<i>Cucumis sativus</i>)	Ertragspflanze	○	VI-VIII	goldgelb	VII-IX	E
Karotte (<i>Daucus carota</i> subsp. <i>sativus</i>)	Ertragspflanze	○ - ●	VI	cremefarben	VI-X	E
Kohlrabi (<i>Brassica oleracea</i> var. <i>gongylodes</i>)	Ertragspflanze	○			V-X	E
Gartenkürbis (<i>Cucurbita pepo</i>)	Ertragspflanze	○	VI-IX	gelb	VIII-X	E
Radieschen (<i>Raphanus sativus</i> var. <i>sativus</i>)	Ertragspflanze	○			V-IX	E
Tomate (<i>Solanum lycopersicum</i>)	Ertragspflanze, Kraut und grüne Früchte giftig	○ - ●	VII-X	gelb	VI-X	E
Kartoffel (<i>Solanum tuberosum</i>)	Ertragspflanze	○	VI-VIII	weiß, rosa, lila	VI-XI	E
sonnig ○ halbschattig ● schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig Fl						

Neben dem Anbau von Obst und Gemüse sind auch Kräuter für einen Therapiegarten ideale Pflanzen. Sie sind sehr genügsam und den meisten Menschen bekannt. Aus diesem Grund sollten sie laut SCHNEITER-ULMANN (2010) in keinem Therapiegarten fehlen.

Das Anlegen eines Kräutergartens ist schon auf kleinstem Raum möglich. Diese können z.B. in Form einer Spirale als einzelne Beete oder auf einer Trockenmauer angelegt werden. In Kübeln gepflanzt und neben Sitzgelegenheiten sind sie ein Blickfang, und die Patienten können aus dem Sitzen heraus einzelne Pflanzen fühlen und an ihnen riechen (vgl. BENDLAGE et al., 2009). Kräuterpflanzen eignen sich sehr gut für den sofortigen Verzehr, können aber auch getrocknet verarbeitet werden (vgl. Schneiter-Ulmann, 2010). Für die Gartentherapie oder das Alltagstraining in der Ergotherapie sind sie von großem Nutzen. Ihre Ernte und Verarbeitung schult die Feinmotorik und durch das spätere Probieren des fertigen Produktes werden die Geschmacksnerven sensibilisiert. Eine Übersicht über verschiedene Kräuter, und deren Eigenschaften liefert die Tabelle 10.

Tabelle 10: für den Therapiegarten geeignete Kräuterpflanzen, in Anlehnung an BENDLAGE et al., 2009, S. 134

Pflanze	Besonderes Merkmal	Standort-anspruch	Blütezeit	Blüten-farbe	Verwendung
Ysop (<i>Hyssopus officinalis</i>)	lockt Bienen und Schmetterlinge an	○	VII-VIII	blau	E/G
Zitronen-Melisse (<i>Melissa officinalis</i>)	stark zitroniges Aroma	○	VI-VII	weiß	E/G
Pfeffer-Minze (<i>Mentha x piperita</i>)	stark wachsend, intensives Pfefferminzaroma	○	VIII-IX	weiß	E/G
Erdberminze (<i>Mentha species</i>)	zierlicher kompakter Wuchs	○ - ●	VI-IX	lila	E/G
Gewöhnlicher Dost, Majoran (<i>Origanum vulgare</i>)	aromatischer Duft und Geschmack	○	VII-IX	violett	E/G
Rosmarin (<i>Rosmarinus officinalis</i>)	lockt Schmetterlinge an; schwach giftig	○	V	hellblau	E
Thymian (<i>Thymus vulgaris</i>)	Bienennähpflanze, Duft vertreibt Blattläuse und Schnecken	○	VI-VIII	violett	Fl
Zitronen-Thymian (<i>Thymus x citriodorus</i> Golden Dwarf)	polsterbildend, stark duftende Blättchen	○	VI-VII	gelb	Fl
Basilikum (<i>Ocimum basilicum</i>)	robust, starkes Aroma	○	VI-IX	weiß	E/G
Sizilianischer Majoran (<i>Origanum x majoricum</i>)	Kreuzung zwischen Majoran und Oregano		VII-IX	weiß	E/G

Sonnig ○ halbschattig ◐ schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig Fl

5.2.2.3. Hochbeete

Zur Grundausrüstung eines Therapiegartens gehören in der Regel Hochbeete. In der richtigen Höhe ermöglichen sie dem Nutzer einen ungehinderten Zugang zu den vorhandenen Pflanzungen (vgl. SCHAIER, 1986). Hochbeete sollten sowohl das Arbeiten im Sitzen als auch im Stehen ermöglichen. Die Arbeitstiefe muss zwischen 1,20 m - 1,30 m und die Länge zwischen 2,00 m - 4,00 m liegen (vgl. SCHAIER, 1986; SCHNEITER-ULMANN, 2010).



Abbildung 18: Kastenhochbeet im Therapiegarten der RehaClinic Bad-Zurzach
Quelle: <http://www.stutzholzbau.ch/hochbeete.htm>, Stand:11.01.2010



Abbildung 19: Kastenhochbeet mit Abschrägung
Quelle: http://www.gruensinn.at/medien/Gartentherapie/thumbnails/unterf_Hochbeet_GZW_1.JPG 08.01.2010

Für das Arbeiten aus dem Stand heraus eignen sich Kastenhochbeete (Abb. 18). Durch eine leichte Beugung im Rumpf können die Pflanzen gut erreicht werden. Um eine optimale Arbeitshöhe zu schaffen, sollten die Hochbeete zwischen 0,75 m - 0,90 m hoch sein (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010). Ein Stoßen oder Verdrehen (vgl. SCHRAIER, 1986) der Füße wird durch eine Aussparung von mindestens 0,25 m oder durch schräg nach innen verlaufende Beetwände (Abb. 19) verhindert. Ist die Gartenarbeit im Sitzen erwünscht, so empfiehlt sich eine Höhe von 0,45 m - 0,50 m. Als Sitzauflage dient ein mindestens 0,30 m breiter Rand. Damit die Arbeit aus der sitzenden Position erfolgen kann, muss eine Drehung des Oberkörpers möglich sein.

Für Rollstuhlfahrer eignen sich Kastenhochbeete mit Abschrägungen (Abb. 19) oder Tischhochbeete (Abb. 20 und 21). Letztere sind am geeignetsten, da hier ein komplettes Unterfahren des Beetes möglich ist.

Tischbeete haben eine Tiefe von 0,20 m – 0,30 m. Für die Bepflanzung eignen sich Flachwurzler wie z.B. Kopfsalat (*Lactuca sativa* var. *capitata*), Radieschen (*Raphanus sativus* var. *sativus*), Erdbeeren (*Fragarias* spp.) und diverse Kräutersorten. Die Wegbreite zwischen den einzelnen Beeten muss so dimensioniert sein, damit ein Rollstuhlfahrer ohne Probleme rangieren kann (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

Die Einfassung eines Hochbeetes kann unter anderem aus Holz, Betonplatten, Blech, Trockenmauer- oder Ziegelsteinen bestehen. Wird Holz verwendet, so hat sich Lärchenholz als sehr widerstandsfähig erwiesen. Die Lebensdauer von naturbelassenem Holz gegenüber druckimprägnierten ist geringer. Hier besteht keine Gefahr des Auslaugens von Chemikalien in das Erdreich. Am Rand der Hochbeete besteht die Möglichkeit, Aufhängeeinrichtungen für Geräte, Eimer, Gartenhandschuhe und Papierhandtücher zu schaffen. Diese Vorrichtungen müssen so sicher angebracht werden, dass sich niemand darin verfangen kann (vgl. SCHAIER, 1986). Bei der Planung von Hochbeeten muss auch die Bewässerung berücksichtigt werden. Da im Weg liegende Schläuche zur Stolperfallen werden, sollten Wasserhähne immer in Reichweite der Beete liegen. Als Bepflanzung von Hochbeeten eignen sich sowohl essbare Pflanzen, die an Ort und Stelle genascht werden können als auch Kräuter und Schnittblumen (vgl. BENDLAGE et al., 2009; SCHNEITER-ULMANN, 2010). Für Hochbeete die von Rollstuhlfahrern genutzt werden, sollten nur Pflanzen mit einer maximalen Größe von 25,00 cm gewählt werden.



Abbildung 20: unterfahrbares Hochbeet Quelle:
http://www.gartenallerlei.de/bilder/produkte/gross/GA1177_Unterfahrbares-Hochbeet_b3.jpg, Stand: 06.01.2011



Abbildung 21: Tischhochbeet Quelle:
http://www.llh-hessen.de/gartenbau/fruezeitgartenbau/garten/gaertnern_im_alter/img/tischbeet/tischbeet_image002.jpg, Stand: 06.01.2010

5.2.2.4. Erschließung

Wege und Plätze sind wesentliche Bestandteile des Therapiegartens. Bei der Planung des Wegesystems ist darauf zu achten, dass diese sinnvoll Orte verbinden, Freiräume erschließen und als Richtungsweiser im Garten dienen. Damit ein sicheres Bewegen im Therapiegarten möglich ist, müssen auf den Benutzer zugeschnittene Gartenwege entworfen werden. Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten Wege in einem Therapiegarten zu realisieren. Sie können als zentrales Achsenkreuz, verschlungen oder mit Haupt- und Nebenwegen angeordnet werden. Die Ästhetik ist hier von großer Bedeutung, da die Optik des Therapiegartens die späteren Nutzer ansprechen soll. Nur in einem Garten, in dem sich der zu Therapierende wohl fühlt, ist die Therapie auch sinnvoll (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005). Für demente und geistig verwirrte Menschen sollten Wege angelegt werden, die immer wieder zum Eingangsbereich zurückführen (vgl. SCHNEITER-ULMANN et al., 2010; BENDLAGE et al., 2009).

Nach BENDLAGE et al. (2009) muss sich die Farbgebung des Wegebelages sowie die Struktur der Oberflächen sämtlicher Bodenbeläge in einem Therapiegarten von den angrenzenden Flächen wie z.B. dem Rasen klar abheben. Matte Flächen verhindern Blend- und Spiegelungen. Dadurch sind die Wege für den Nutzer klar erkennbar und ein unabsichtliches Abkommen vom Wege wird vermieden.

Damit sich auch sehbehinderte- und blinde Menschen gut in einem Therapiegarten zurechtfinden, müssen die Farb- und Formgebung sowie die Beleuchtungstechnik kontrastreich gestaltet sein. Der Wechsel von Wegeverläufen ist dann gut erkennbar, wenn an diesen Stellen verschiedene Bodenbeläge zum Einsatz kommen. Diese können von den Sehbehinderten über die Fußsohlen, akustisch oder über den Langstock taktil erfasst werden (vgl. LOESCHCKE & POURAT, 1995). Bei Parkinsonpatienten sollte jedoch von unterschiedlichen Bodenbelägen abgesehen werden, da schon geringe Veränderungen zu einer Erstarrung der Bewegung¹⁶ führen können (vgl. GERLACH & REICHMANN, 2001).

¹⁶ sogenanntes „Freezing“ (vgl. GERLACH & REICHMANN, 2001)

5.2.2.5. Gehschulen



Abbildung 22: Gehschule im Therapiegarten des evangelischen Krankenhauses Göttingen-Weende, Quelle: <http://www.ekweende.de/media/fachabteilungen/geriatrie/therapiegarten3.jpg>, Stand: 21.01.2011

Wege können auch so angelegt und gestaltet werden, dass Patienten durch deren Nutzung und Begehung bestimmte Funktion trainieren. In vielen Rehabilitationskliniken kommen schon häufig sogenannte Gehstrecken bzw. Gangschulen (Abb. 22) oder Barfußwege zum Einsatz. Diese speziellen Therapiewege dienen unterschiedlichen Zielen. Sie können sowohl von Gehenden als auch von Rollstuhlfahrern genutzt werden. Durch Stufen, Steigungen, Bordsteinkanten etc. werden Alltagssituationen erprobt. Ebenso können fachspezifische Übungen stattfinden. Auf angelegten Laufbahnen erlernen beispielsweise Amputationspatienten den Umgang mit der Prothese. Zur Gestaltung solcher Laufstrecken dienen die verschiedensten Materialien Die Auswahl derselben hängt von der Nutzung ab. Soll die vorhandene Strecke für Fahrübungen mit dem Rollstuhl dienen, so ist es empfehlenswert auf gängige und die im Alltag vorkommende Bodenbeläge wie z.B. Asphalt, verschiedene Pflasterarten, Rasen oder Splitt zurückzugreifen. Dient der Parcours dem Sensibilitätstraining und der Steigerung der Sinneswahrnehmung, so bieten sich Materialien wie z.B. Sand, Kieselsteine, Rindenmulch oder Holz an. Es ist sinnvoll die verschiedenen Beläge so anzuordnen, dass eine Schwierigkeitssteigerung zu erkennen ist. Um einen ausreichenden Trainingseffekt zu erzielen, sollten die einzelnen Abschnitte eine Länge von mindestens 3,00 m - 4,00 m haben. Damit sich der Nutzer auf die einzelnen Beläge einstellen und den Bewegungsablauf auf diesen durch mehrere Schritte üben kann, ist es ratsam die Länge der einzelnen Beläge größer anzulegen.

Als Standorte von Gehschulen eignen sich vor allem leicht abgeschiedene, aber dennoch gut erreichbare Plätze. Beim Gehtraining muss der Patient sich auf den eigenen Körper konzentrieren. Dies ist schwierig und wirkt oft ermüdender als die Arbeit mit den Medien Garten und Pflanzen. Aus diesem Grund empfehlen NIEPEL und EMMRICH (2005) den Hintergrund solcher Therapiebereiche durch Bepflanzungen angenehm zu gestalten. Diese darf die zu Therapierenden nicht ablenken, sondern muss so positioniert sein, dass sie ihn lenken, „[...] denn jede Bewegung ist leichter, wenn sie auf ein Ziel ausgerichtet ist. Ein Gehparcours kann bei einer Sitzbank, einem Beet oder einer schönen Pflanze enden, sozusagen als Belohnung für die Mühe“ (NIEPEL & EMMRICH, 2005, S. 53).

In den Kliniken und Einrichtungen gibt es meist nur Treppen in einer Ausführung. Damit dem Patienten und den Therapeuten genügend Übungs- und Trainingsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, empfiehlt sich der Einbau von Treppenanlagen mit verschiedenen Stufenformen und -höhen. Dadurch besteht die Möglichkeit die Physiotherapie in den Therapiegarten zu verlegen (Abb. 23). Von Nutzern, die die Gehschulen im Freien nutzen, gibt es laut NIEPEL und EMMRICH (2005) nur positive Rückmeldungen. Patienten sind im Freien viel entspannter als in den Übungsräumen der Einrichtungen und die frische Luft unterstützt die körperlichen Funktionen. Innerhalb einer Treppe sollten verschiedene Stufenmaße vermieden werden. Dies würde zu einer hohen Sturzgefahr führen. Damit sich Patienten auf den Treppenverlauf konzentrieren, sollte dieser nach Möglichkeit gerade verlaufen. Kurvige Treppen besitzen an den Innenseiten ein anderes Trittmass als an der Außenseite. Dies ist für einen routinierten Bewegungsablauf eher ungünstig. Müssen Übungstreppen aufgrund des Geländes geschwungen verlaufen, empfiehlt es sich, den Richtungswechsel immer erst ab dem nächsten Zwischenpodest einzuleiten.

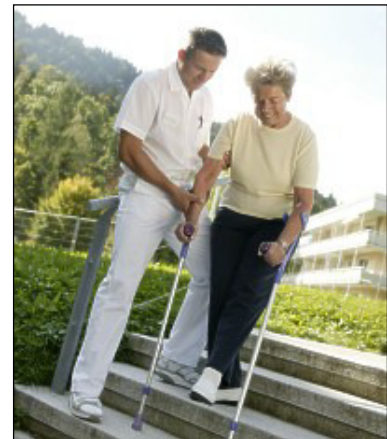


Abbildung 23: Gehschule mit Treppe in der edogap Klinik, Quelle: http://www.endogap.de/endogap/media/images/Gehschule_Treppe_1AEW8730_0000.jpg, Stand: 28.03.2011

In Gehschulen sind Handläufe unverzichtbar und finden vielseitige Einsatzmöglichkeiten. Sie haben in diesem Bereich eine Hilfefunktion, können von einer zur nächsten Station führen oder selbst als Übungsmittel fungieren. Handläufe können sowohl auf einer als auch auf beiden Seiten des Weges oder der Treppe angebracht werden. Im Bereich der Treppe kann sich der Handlauf auch in der Mitte befinden. Dies ermöglicht sowohl die Sicherheit beim Absteigen als auch beim Aufsteigen. Wird das Abstützen mit beiden Händen erwünscht, so muss der Abstand der Geländer laut NIEPEL und EMMRICH (2005) zwischen 0,70 m und 1,00 m liegen.

Für das Erlernen des sicheren Umgangs mit dem Rollstuhl eignen sich Trainingsstrecken im Außenbereich besonders gut. In Gebäuden gibt es kaum Rampen und der Platz ist für solche Übungen nur selten ausreichend. Angelegte Gefällestrecken (Tab. 11) können sowohl von Rollstuhlfahrern als auch von Hilfsmittelnutzern und -fahrern sowie von Gehenden genutzt werden.

Tabelle 11: Steigungsmöglichkeiten für Übungsrampen nach NIEPEL & EMMRICH, 2005, S. 55

Steigung	
1 – 4 %	für Anfängerübungen
5 – 7 %	die bekannte übliche Rampensituation an/in öffentlichen Bauwerken
8 – 12 %	für maximale Rollstuhlübungen (Bremsen und Kontrolle nach starker Beschleunigung, steiles Bergauffahren)
13 – 25 %	für Gehübungen an der steilen Rampe

5.2.2.6. Aufenthaltsbereiche

Besonders ältere oder geschwächte Patienten sind nur kurze Zeit in der Lage zu stehen oder zu gehen. Aus diesem Grund sollten in einem Therapiegarten immer genügend Sitzflächen zur Verfügung stehen. Sie geben die Sicherheit sich hinsetzen zu können, wenn die Kräfte schwinden (vgl. BENDLAGE et al., 2009). Gleichzeitig dienen sie aber auch zur Kontaktaufnahme. Empfehlenswert sind flexible



Abbildung 24: altersgerechte Sitzposition, Quelle: BENDLAGE et al., 2009, S. 85)

Sitzmöglichkeiten. Diese können bei Bedarf verschoben werden. So kann der Nutzer alleine sein oder sich einer Gruppe anschließen. Die Größe der Sitzflächen ist abhängig von der Art der Nutzung. Kleine Plätze dienen für Zwiegespräche und große wie Terrassen zur Durchführung von Gruppenaktivitäten. So können zum Beispiel Therapien auch im Freien durchgeführt werden.

Generell ist darauf zu achten, dass die Sitzmöbel standsicher, stabil und langlebig sind. Bänke und Stühle mit geneigter Lehne und Sitzfläche erschweren das Aufstehen für mobilitätseingeschränkte und betagte Menschen. Bei der Auswahl ist darauf zu achten, dass sich die Sitzfläche parallel zum Boden befindet (Abb. 24). Nur so ist ein unbeschwertes Aufrichten möglich. Besonders hilfreich für das Abstützen sind Armlehnen, die an jedem Sitzplatz angebracht sind. Um einen optimalen Sitzkomfort zu erreichen, sollten die Sitz- und Tischhöhen der DIN ISO 5970 angepasst werden (Abb. 25).

Durchschnittl. Körpergröße	Tischhöhe in cm	Sitzhöhe in cm
105 cm	46	26
120 cm	52	30
135 cm	58	34
150 cm	64	38
160 cm	70	42
170 cm	75	45

Abbildung 25: Tisch- und Sitzhöhen nach DIN ISO 5970, Quelle: <http://www.dusyma.de/catalog/index.php/cName/m%F6bel-und-austattung-st%FChle>, Stand: 04.02.2011

Im Kleinkinderbereich wird bei einer durchschnittlichen Körpergröße von 1,05 m eine Sitzhöhe von 26,00 cm empfohlen. Für Einrichtungen mit Erwachsenen sollten Sitzmöbel eine Höhe von 42,00 cm – 53,00 cm aufweisen.

Für Patienten mit Arthrosen und Gelenkabnutzungen der unteren Extremitäten ist die „Baumelbank“ geeignet. Durch eine Sitzhöhe von 84,00 cm können Knie- und Sprunggelenke frei und ohne Belastung in der Luft bewegt werden. Auch für Patienten mit frisch operierten Hüftgelenken eignet sich diese Bank. Besonders bei tiefen Sitzmöbeln besteht die Gefahr, dass sich Hüftgelenke ausrenken. Bei der „Baumelbank“ kann dies nicht passieren, da die Erhöhung das Hinsetzen und Aufstehen erleichtert (vgl. SIEBERT: „Expertenrat“, unter: http://www.baumelbank.de/pageID_9240934.html, Stand: 29.01.2011).

Um bettlägerigen Menschen den Zugang zum Therapiegarten zu ermöglichen, benötigen Einrichtungen mit solcher Klientel große Plätze. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Wege breit genug sind und der Belag sowie die Wegeführung ein Rangieren mit dem Bett ermöglichen.

Damit die Arbeit und der Aufenthalt im Freien und zu jeder Jahreszeit möglich sind, müssen für die Gartenbesucher immer ausreichend windgeschützte Plätze und Schattenplätze zur Verfügung stehen. Der Schutz vor direkter Sonneneinstrahlung ist besonders bei Patienten, die Medikamente zu sich nehmen, zu beachten. Bei der Einnahme von Psychopharmaka können sich zum Beispiel vorkommende Nebenwirkungen verstärken (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

Als Sonnenschutz eignen sich sowohl tragbare Sonnenschirme als auch Schirme, die in festinstallierte Bodenhülsen eingelassen werden. Bei den letzteren ist darauf zu achten, dass diese keine Stolperfallen oder Behinderungen für zum Beispiel Rollstuhlfahrer darstellen. Eine weitere Möglichkeit ist das Anbringen von Sonnensegeln. Diese sind kostengünstig und können flexibel eingesetzt werden. Am Gebäude fest installierte Markisen oder ausrollbare Segel sind besonders für Terrassenbereiche eine gute Lösung. Diese können bei Bedarf ganz oder nur teilweise ausgezogen werden. Mit Weidengeflechten (Abb. 26), die gleichzeitig als Wind- und Sonnenschutz dienen, können gezielt im Garten Akzente gesetzt werden. Das Aufstellen eines Pavillons kann zur wichtigen Kontaktzone in einem Therapiegarten werden. Hier können sich die zu Therapierenden zum Beispiel über bevorstehende Arbeiten im Garten oder die eigenen Erfahrungen austauschen. Ein Pavillon ermöglicht den Blick nach draußen, ist aber dennoch geschützt und die Nutzer fühlen sich häufig an diesem Ort sehr sicher. Als Mindestmaße empfehlen BENDLAGE et al. (2009) 4,00 m x 4,00 m und eine Höhe von mindestens 2,30 m.



Abbildung 26: Weidengeflecht als Wetterschutz, Quelle: http://www.mein-schoener-garten.de/experten/resources/rosen_und_mehr/dsc09625.jpg, Stand: 04.02.2011

5.2.2.7. Einfriedungen

Es gibt laut SCHRAIER (1986) die verschiedensten Gründe, weshalb ein Garten eingezäunt werden sollte, und wie dies geschehen kann. Einfriedungen dienen als Sichtschutz und gewähren nur Erwählten den Zutritt. Generell sollten Mauern und Zäune immer in die Gestaltung des Therapiegartens mit einbezogen werden. BENDLAGE et al. (2009) bemerken, dass sich besonders ältere Menschen in ihrer neuen Umgebung schneller zurecht finden, wenn ortstypische und bekannte Materialien verwendet werden. Dies sollte auch bei der Einfriedung des Therapiegartens Beachtung finden.

Bei der Verwendung von Metallzäunen ist darauf zu achten, dass diese keine scharfen Kanten oder Spitzen aufweisen, auch die Farbwahl ist entscheidend. Ein Grau- oder Anthrazitton lässt den Zaun beinahe optisch verschwinden. Beim Gebrauch von Holzzäunen sollten diese splitterfrei und die Pfostenabschlüsse abgerundet sein. Das Setzen von Mauern ist technisch und finanziell mit einem höheren Aufwand verbunden (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

Neben einer frostfreien Fundamentierung kann je nach Mauerart, -funktion und -höhe ein statischer Nachweis zur Standsicherheit erforderlich werden. Dennoch können Mauern oftmals eine attraktive Alternative zu Zaunanlagen sein, wenn zum Beispiel die geplante Einfriedung neben der Abgrenzungsfunktion gleichzeitig dem Lärmschutz dienen soll. [...] Darüber hinaus ist es möglich, Mauern zusätzlich als visuell und haptisch erlebbare „Tastskulptur“ zu gestalten und so deren Funktion zu erweitern (BENDLAGE et al., 2009, S. 66).

Die meisten Zäune und Mauern können durch Berankungen oder Vorpflanzungen verdeckt werden. Auf diese Weise fügen sie sich besser in das Gartenumfeld ein. Berankungen sind unter anderem mit Schlingpflanzen wie Waldrebe (*Clematis* spp.), Blauregen (*Wisteria* spp.) und Trompetenblume (*Campsis radicans*) möglich. Bei Natursteinmauern können durch das Weglassen von einzelnen Steinen kleine Öffnungen für Pflanzen z.B. Fetthennen (*Sedum* spp.) geschaffen werden. Laut SCHRAIER (1986) können sie auch als Hintergrund für Spaliere und Pflanzengruppen sowie zur Befestigung von Pflanzkörben dienen. Für Pflanzkörbe eignen sich z.B. Fuchsien (*Fuchsia*), Perlagonien (*Perlagonium*) und Petunien (*Petunia*).

Das Einfrieden eines Gartens ist auch durch Bepflanzungen, die sogenannten lebenden Hecken möglich. Hierfür eignen sich unter anderem Berberitzen (*Berberis* spp.), Hainbuchen (*Carpinus betulus*) und diverse Koniferen (*Coniferales* spp.) (vgl. SCHRAIER, 1986).

Neben den unterschiedlichsten Möglichkeiten, die Mauern und Zäune bieten, stellen diese auch einen idealen Windschutz für Mensch und Pflanze dar. Für höhere Stauden, die keinen Wind vertragen, ist die Pflanzung am Fuße einer Mauer oder eines Zaunes eine ideale Lösung. Eine weitere Lösung für das Einfrieden von Therapiegärten ist das Aufstellen einer Flechtwand. Diese kann unter Umständen von den Patienten mitgestaltet werden. Hierbei wird die Grob- und Feinmotorik sowie die Auge-Hand-Koordination geschult (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

Aufgrund der Desorientiertheit und der Fluchttendenzen von Demenzkranken ist in Einrichtungen mit dieser Klientel eine vollständige Einfriedung des Geländes notwendig. Sowohl Mauern, Zäune als auch dichte Hecken sind hierfür geeignet. Sie sollten jedoch so



Abbildung 27: von innen nicht zu öffnender Türknauf im Garten des Pflegeheims: An der Beeke in Schwaan, Quelle: eigene Erhebung 23.08.2010

unauffällig wie möglich wirken, damit bei den Nutzern kein Gefühl des Eingesperrtseins entsteht. Einfriedungen gelten ab einer Höhe von 1,50 m als nicht übersteigbar (vgl. BENDLAGE et al., 2009). Bei Patienten mit Fluchttendenz sollten die Umgrenzungen allerdings mindestens 1,80 m hoch sein. Damit Ausgänge nicht so leicht als solche wahrgenommen werden, können Türen oder Tore mit verdeckten oder von innen nicht zu öffnenden Griffen und Klinken ausgestattet sein (Abb. 27).

5.2.2.8. Beleuchtung

Im Therapiegarten werden Leuchtmittel zu dekorativen Zwecken oder für die Sicherheits- und Wegebeleuchtung eingesetzt. Damit der Gang in den Garten auch im Dunkeln gefahrlos möglich ist, muss eine ausreichende Beleuchtung gegeben sein. Diese sollte den Wegeverlauf kennzeichnen, Gefahrenstellen markieren und Ein- und Ausgänge besonders hervorheben. Beim Einsatz von Beleuchtungsmitteln müssen Schattenwurf und Blendungen ausgeschlossen werden. Vor allem sehbehinderte und demente Menschen reagieren hierauf sehr empfindlich (vgl. BENDLAGE et al., 2009).



Abbildung 28: beleuchteter Handlauf, Quelle: http://www.leccor.de/cms/cms/upload/produktbilder/lighting_design/D68-Fiaccola/500HLL042/Produktbilder/D42_handlauf_02.jpg, 28.01.2011



Abbildung 29: Solarleuchte, Quelle: <http://www.nordlaedchen.de/media/images/solarlicht-carina-blau.jpg>, 28.01.2011

Eine optimale Lösung für das gleichmäßige Ausleuchten von Wegen sind Handlaufleuchten (Abb. 28). Da die eingebauten Leuchtdioden unterhalb des Profils eingebaut werden, liegen diese nicht in Augenhöhe, und sind somit blendfrei. Eine weitere Beleuchtungsmöglichkeit sind laut BENDLAGE et al. (2009) in den Wegebelaug eingebaute Lichtfasern. Diese ergeben blendfreie und dezent leuchtende Flächen. Die Beleuchtung einzelner markanter Objekte oder Punkte in einem Therapiegarten kann die Orientierung im Dunkeln erleichtern. In den Bäumen hängende Solarlichter (Abb. 29) oder auf dem Wasser schwimmende Leuchtkugeln dienen zu Dekorationszwecken. Durch diese Leuchtmittel werden die Bewohner oder Patienten einer Einrichtung auch in den Abendstunden in den Garten gelockt. Von gezielt platzierten Sitzflächen aus kann die wohltuende und entspannende Wirkung des Lichtes genossen werden. Hierbei kann auch die Beleuchtung in unterschiedlichen Farben zum Einsatz kommen.

5.2.2.9. Tiere

Die Anwesenheit von Tieren in einem Garten erfreut die Bewohner, das Personal sowie die Angehörigen und Besucher der Einrichtungen. Kleintiere wie Kaninchen und Vögel können ein hervorragender Bestandteil des Therapiegartens sein.

Laut ERIKSSON (2006) sind Menschen, die Tiere versorgen oft aktiver und selbstbewusster. Tiere tragen zur Verbesserung des Wohlbefindens bei. Aufgrund dieser Erkenntnisse werden immer mehr Tiere als Therapiebegleiter in Einrichtungen eingesetzt. Heutige Ergebnisse der Verhaltensforschung und der Verhaltensendokrinologie zeigen immer deutlicher, dass die Gemeinsamkeiten auf der emotionalen Ebene zwischen Mensch und Tier sehr groß sind. Tiere haben in einem Therapiegarten die Aufgabe eine Entspannung zu bewirken und Ängste vor Kontakten mit Therapeuten und Mitpatienten zu überwinden. Befinden sich Tiere in einer Einrichtung führt das häufig zur vermehrten Kontaktaufnahme zwischen Pflegepersonal, Therapeuten, Besuchern und Patienten untereinander.

Wenn für einen Therapiegarten die Anschaffung von Tieren geplant ist, sollte im Vorfeld geklärt werden, wer für die Tiere zuständig ist. Dies beinhaltet unter anderem die Futtersorge, die Pflege und die Gesundheitsvorsorge (Impfungen). *„Wichtig ist, dass die ausgewählten Tiere artgerecht gehalten werden. Dafür ist eine abgeäuante, ausreichend große Fläche bereitzustellen, dazu gehören ein Unterstand und ein Stall mit Tränken und Futtereinrichtung.“* (BENDLAGE et al., 2009, S. 46).

Doch auch Tiere, die keinen zusätzlichen Unterhalt erfordern, sind gern gesehene Gäste. Das Beobachten von Schmetterlingen und Hummeln wirkt entspannend und faszinierend. Damit ausreichend Schmetterlinge angelockt werden, sollte die Pflanzenwahl auf nektarreiche Blumen fallen (Tab. 12). Da Schmetterlinge nur schwer gegen den Wind fliegen können, müssen diese Pflanzen windgeschützt und in der Sonne stehen (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

Durch die Anpflanzung von z.B. Eberesche (*Sorbus aucuparia*) und Felsenbirne (*Amelanchier lamarckii*) oder das Aufstellen von Vogeltränken werden Vögel angelockt. Letztere können sehr gut in der Nähe von Sitzplätzen platziert werden. Dies fördert die Aufmerksamkeit und die Kommunikation mit den "Mitbeobachtern". (vgl. BENDLAGE et al., 2009). Werden Einfriedungen in Form einer Hecke (siehe 5.2.2.7) vorgenommen, so dienen diese zahlreichen Singvögeln als Nistplatz (vgl. SCHAIER, 1986).

Tabelle 12: Pflanzen zur Anlockung von Tieren, Quelle: in Anlehnung an BENDLAGE et al., 2009, S. 128 ff.

Pflanze	Besonderes Merkmal	Standortanspruch	Blütezeit	Blütenfarbe	Verwendung
Großbäume bis 20 m					
Gewöhnliche Eberesche (<i>Sorbus aucuparia</i> Edulis)	Vogelnährgehölz	○ - ●	V-VI	weiß	E
Kultur-Apfel (<i>Malus domestica</i> Elstar)	Vogelnährgehölz	○	V	weiß	E
Kultur-Apfel (<i>Malus domestica</i> Cox Orangen Renette)	Vogelnährgehölz	○	V	weiß	E
Kultur-Birne (<i>Pyrus communis</i> Clapps Liebling)	Vogelnährgehölz	○	V	weiß	E
Pflaume (<i>Prunus domestica</i> Hauszwetschke)	Vogelnährgehölz	○	V	weiß	E
Sauer-Kirsche (<i>Prunus cerasus</i> Schattenmorelle)	Vogelnährgehölz	○	IV	weiß	E
Gewöhnliche Mehlbeere (<i>Sorbus aria</i>)	Vogelnährgehölz	○ - ●	V-VI	weiß	E/G
Bäume bis 10 m					
Schmalblättrige Ölweide (<i>Elaeagnus angustifolia</i>)	Vogelnährgehölz	○	V-VI	gelb	E
Großsträucher über 2 m					
Schwarzer Holunder (<i>Sambucus nigra</i>)	Vogelnährgehölz	○ - ●	VI-VII	weiß	E/G
Sträucher bis 2 m					
Schmalblättrige Berberitze (<i>Berberis x stenophylla</i>)	Vogelnährgehölz	○ - ●	V-VI	gelb	E/G
Clandon-Bartblume (<i>Caryopteris x clandonensis</i> Heavenly Blue)	Insektennährgehölz	○	VIII-IX	blau	E/G
Säckelblume (<i>Ceanothus x delilianus</i> Gloire de Versailles)	Insektennährgehölz	○	VII-X	blau	G
Rispen-Hortensie (<i>Hydrangea paniculata</i> Kyushu)	Insektenanflug	○	VII-IX	hellgelb	G
Stauden					
Echter Lavendel (<i>Lavandula angustifolia</i>)	lockt Schmetterlinge an	○	VII-VIII	violett	G
Glattblatt-Aster (<i>Aster novi- belgii</i> Dauerblau)	Vogelnährgehölz	○	IX-X	dunkelblau	G
Purpur-Fetthenne (<i>Sedum telephium</i> Herbstfreude)	lockt Schmetterlinge an	○	IX-X	rosa	G
Gewürzpflanzen					
Rosmarin (<i>Rosmarinus officinalis</i>)	lockt Schmetterlinge an	○	V	hellblau	E
sonnig ○ halbschattig ● schattig ● Einzelstellung E in Gruppen G Flächig Fl					

5.2.2.10. Wasseranlagen

Die heilende Wirkung von Wasser kennen die Menschen schon seit der Antike. Im Jahr 1814 wandte Vinzenz Prißnitz, „der Wasserdoktor“, mit Erfolg kaltes Wasser in Form von Kompressen bei eigenen Verletzungen an. Er entwickelte kurz darauf die Hydrotherapie und führte diese in seinem Therapiezentrum ein. Inhalt der Therapie waren unter anderem längere kalte Bäder bei Blutstürzen, Fuß- und Beinbäder bei Schwellungen sowie Bäder und Waschungen bei Gicht (vgl. ROTHSCUH, 1983). Sebastian Kneipp war von dieser neuen Behandlungsmethode angetan, und empfahl in seinem ersten Buch „Meine Wasserkur“ das Wassertreten, um den Körper zu stärken und abzuhärten.

Auch in einem Therapiegarten ist Wasser ein wichtiges Element. Ob als Kneippbecken für das Wassertreten oder in Form eines Wasserlaufes, der durch das leise Plätschern das Gehör sensibilisiert und zur Entspannung anregt. Wasseranlagen in Greifhöhe wie z.B. Minitische laden zum Tasten ein. Und mit Trinkwasser gespeiste Wasserstellen wie Brunnen ermöglichen die Erfrischung während der Gartenarbeit.

Sind Teichanlagen mit tiefen Wasserflächen oder -becken für einen Therapiegarten vorgesehen, müssen diese durch Geländer oder stabile, begehbare Gitterroste gesichert werden (Abb. 30). Letztere sollten 0,50 cm - 10,00 cm unter dem Wasserspiegel liegen, die gesamte Fläche abdecken und gut befestigt sein. (vgl. BENDLAGE et al., 2009).

„Wandbrunnen und Wasserspiele bieten sich an, wenn keine größere Wasseranlage möglich



Abbildung 30: Sicherung einer Teichanlage im Demenzgarten in Osterwick, Quelle: <http://www.der-demenzgarten.de/bildergalerie/slides/18sinnesgarten.jpg>, Stand: 21.01.2011

oder gewünscht ist. Hierbei ist darauf zu achten, dass die Wasserqualität immer einwandfrei ist.“ (BENDLAGE et al., 2009, S. 38) Vor allem im geriatrischen Bereich ist darauf zu achten. Demente Bewohner tauchen gerne ihre Hände ins Wasser und führen sie danach zum Mund. Infektionsgefahren können vermieden werden, indem die Wasserflächen nicht zugänglich sind oder durch Trinkwasser gespeist werden.

5.2.2.11. Sinneselemente

Ein Leben ist laut SCHNEITER-ULMANN (2010) nur durch vielfältige Interaktionen mit der Umwelt möglich. Diese erfolgen über die Sinneswahrnehmungen. Damit sich das Gehirn ausreichend positiv entwickeln kann, müssen die Sinne von außen angeregt werden.

In einem Therapiegarten kann dies unter anderem durch die Pflanzen, die Naturgeräusche oder durch zusätzlich installierte Sinneselemente erfolgen. Diese Elemente wurden speziell entwickelt, um die unterschiedlichen Sinne zu schärfen und/oder bewusst zu erleben. Desweiteren sollen sie „[...] jeden, der sich auf sie einlässt, bei der Wahrnehmung seiner Umwelt, ihrer Phänomene und nicht zuletzt bei der Wahrnehmung seines eigenen Körpers unterstützen“ (NIEPEL & EMMRICH, 2005, S.130). Hugo Kükelhaus, Schriftsteller, Graphiker und Bildhauer entwickelte für die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und seinen Sinneswahrnehmungen in den 60er Jahren rund vierzig Stationen. Die ersten Sinneselemente wurden im Jahr 1967 auf der Weltausstellung in Montreal präsentiert. 1975 präsentierte Kükelhaus sein „Erfahrungsfeld zur Entfaltung der Sinne“. In Deutschland sind diese Erfahrungsfelder häufig unter dem Begriff „Garten der Sinne“ zu finden (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005).

Klangobjekte wie Windspiele und Orgeln sensibilisieren das Gehör. Erstere erzeugen schon bei leichtem Wind verschiedene Töne. Klangröhren aus Edelstahl oder Holz können durch aktives Nutzen von Klangstäben oder Klöppeln zum Erklingen gebracht werden. Ein beeindruckendes und tiefgehendes Klangerlebnis stellt der Gong dar. Das Klangspektrum reicht vom Flüstern über Singen bis hin zum lauten Donnergrollen (vgl. Klanghütte. Klangerlebnis Schellerhau, Quelle: <http://www.klanghuette.de/schellerhau.html>, Stand: 10.04.2011).



Abbildung 31: Tanzglockenspiel,
Quelle: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/4/47/Tanzglockenspiel.jpg/791px-Tanzglockenspiel.jpg>, Stand: 10.04.2011

Das Erzeugen von Klängen durch die eigene Beinbewegung ermöglicht das Tanzglockenspiel (Abb. 31). Es besteht aus neun Bronzeplatten, die zu einem Quadrat (1,20 m x 1,20 m) angeordnet sind. Unter jeder Platte befindet sich ein Tonelement, welches durch Bewegung zum Schwingen gebracht wird und Töne erzeugt (vgl. Leggelo, richter-spielgeräte, Tanzglockenspiel, 2007, Quelle: <http://www.richter-spielgeraete.de/akustik-spiel/23.html>, Stand: 10.04.2011).



Abbildung 32: Summstein im Sinnesgarten Hornburg,
Quelle: http://www.raymond-faure.com/Hornburg/Hornburg_Altstadt/Garten_Sinne_26A.JPG, 09.04.2011

Der menschliche Körper nimmt Geräusche und Klänge nicht nur über das Gehör wahr, sondern auch über die Druckwahrnehmung der Haut. Schallwellen dringen mit feinsten Schwingungen bis ins innerste Gewebe ein. Dort erzeugen sie eine angenehme und entspannende Wirkung. Kükelhaus erfand zur Steigerung der Körperwahrnehmung den Summstein (Abb. 32). Summsteine besitzen eine Öffnung/Höhhlung, in die der Kopf gesteckt wird. Durch das Erzeugen von verschiedenen tiefen Tönen wie summen, schnallzen, pfeifen, singen und murmeln werden Vibrationen erzeugt. Mit der eigenen Stimmlage muss so lange experimentiert werden bis die Töne in ein körperlich leichtes Dröhnen übergehen. Aufgrund der Echowirkung im Stein werden diese vielfach zurückgeworfen und verstärkt. Das entstandene Dröhnen (die

Schwingungen) des erzeugten Tons treffen intensiv auf den Kopf sowie die Trommelfelle und setzen sich durch den Körper bis in die Beine hinein fort (vgl. der Summstein im botanischen Garten Münster, Quelle: <http://www.uni-muenster.de/BotanischerGarten/info/PDF/FaltblattSummstein.pdf>, Stand: 10.04.2011).

Für den Bereich der taktilen Wahrnehmung eignen sich unter anderem Tastwände, die mit unterschiedlichen Materialien gestaltet sind oder Tastboxen. BENDLAGE et al. (2009) beschreiben Nistkästen, die als Tastelemente umfunktioniert wurden. Diese sollten immer in Greifhöhe angebracht sein, damit auch Rollstuhlfahrer bequem in die Öffnungen fassen können. Damit die Kästen vor Wind geschützt sind, empfiehlt sich das Anbringen von Klappen aus z.B. Holz oder Gummi. Aber auch offene Schalen können sehr effektiv sein. Allerdings benötigen diese einen Wasserablauf in Form eines Lochs am Boden der Schale. In diese Schalen können unter anderem Pflanzenteile der sich im Beet befindenden Blumen gelegt werden. So können auch Menschen, die sich nur noch schlecht oder gar nicht mehr bücken können, die Proben erfühlen und beschnuppern.

Riechtraining kann einen positiven Effekt auf das Riechvermögen haben. Der olfaktorische Sinn kann durch Duftpflanzen (Kap. 5.2.2.2.1) oder sogenannte Duftorgeln (Abb. 33) sensibilisiert werden. An der Duftorgel müssen unterschiedliche Aromen erkannt und benannt werden. In der Therapieeinheit wird dann z.B. die Aufgabe gestellt, den Duft einer Pflanze im



Abbildung 33: Duftorgel im Maislabyrinth,
Quelle: <http://www.bioleka.de/domaene/duftorgel-kl.jpg>, Stand: 10.04.2011

Garten zuzuordnen. Das steigert die Konzentrationsfähigkeit und schafft Verknüpfungen zwischen dem Duft und der Duftquelle und lässt sich so besser verinnerlichen. Diese Verknüpfungen sind vor allem bei Patienten mit Aphasie¹⁷ hilfreich. Über den Duft und das dazugehörige Bild der Pflanze lassen sich Wörter häufig schneller finden.

Zur Stimulierung des visuellen Sinnes gibt es eine Vielzahl an Elementen. Durch Farbscheiben, -kreisel, Prismen, und Kaleidoskope eröffnen sich dem Betrachter Sinneseindrücke, die durch das "normale" Sehen nicht möglich sind. Durch Drehscheiben mit aufgezeichneten Spiralen können z.B. optische Täuschungen erzeugt werden. Wird die Scheibe im Uhrzeigersinn gedreht, so scheint es, als würde sich die Spirale bei der Betrachtung nach außen hin erweitern. Bei Drehung gegen den Uhrzeigersinn wird ein optisch immer tiefer werdender Trichter gebildet. Wird der Blick nach einigen Sekunden von der Scheibe abgewandt, so scheint sich die gesamte Umgebung wie im Zeitraffer zu verengen bzw. zu erweitern (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005). Weitere Sinneselemente sind im Anhang aufgeführt.

¹⁷ zentrale Sprachstörung nach (weitgehend) abgeschlossener Sprachentwicklung (HILDEBRANDT H. , 1994, S.92)

5.2.2.12. Spiel- und Sportgeräte

Neben Pflanzen und Sinneselementen können auch speziell entwickelte Sport- und Spielgeräte ihren Einsatz in einem Therapiegarten finden. Bisher gibt es eine Vielzahl an Herstellern, die sich auf die Bereiche: Senioren-, Sport-, Spiel- und Fitnessgeräte spezialisiert haben (Anhang). Durch diese Geräte ist es möglich viele der Therapien, die bisher nur in den Einrichtungen stattgefunden haben ins Freie zu verlagern. Das motiviert sowohl die Patienten als auch die Therapeuten. In Rehabilitationskliniken z.B. kann das Muskeltraining für Arme und Beine an Übungselementen wie der Beinpresse oder dem Rudergerät unter freiem Himmel stattfinden. Balancierelemente ermöglichen die Förderung des Gleichgewichts, der Konzentration sowie der Ausdauer. Ein Stürzen wird durch vorhandene Handläufe und niedrige Höhen vermieden (vgl. Generationen Aktiv - Park, Quelle: <http://www.generationen-aktiv-park.at/index.html>, Stand: 11.04.2011). Zur Entspannung und zur Weiterentwicklung und Förderung der motorischen Fähigkeiten eignen sich Schaukeln. Das Schaukeln ist eine Urbewegung des Menschen und kann besonders auf unruhige Menschen sehr beruhigend



Abbildung 34: Seniorenschaukel, Quelle: http://www.wz-newsline.de/polopoly_fs/1.27095!/httpImage/onlineImage.jpeg_gen/derivatives/landscape_550/onlineImage.jpeg, Stand: 11.04.2011

wirken. (vgl. BENDLAGE et al., 2008). Nicht nur Kinder lieben es zu schaukeln, auch die ältere Generation erlebt gerne das Gefühl des Freischwingens. Sie sind in den verschiedensten Größen und Ausführungen erhältlich. Für den Seniorenbereich wurden Schaukeln entwickelt, die ein leichtes Ein- und Aussteigen ermöglichen (Abb. 34). Schaukeln mit Sitzschalen (Anhang) eignen sich vor allem für den Behindertenbereich.

5.2.2.13. Zusätzliche Einrichtungen

Damit die Gartentherapie auch bei niedrigen Temperaturen angeboten werden kann, empfiehlt sich die Anschaffung eines Gewächshauses. Hier können Pflanzen hervorragend keimen, wachsen, blühen und überwintern. Ein Gewächshaus wird von Nutzern als geschützt und ruhig wahrgenommen (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010). Gewächshäuser sollten in der Nähe der Einrichtung liegen und über rollstuhlgerechte Wege erreichbar sein. Damit auch motorisch eingeschränkte Personen Zugang zum Gewächshaus haben, müssen diese elektronisch geregelte Türen besitzen. Arbeits- und Kulturtische in unterschiedlichen Höhen ermöglichen sowohl die Arbeit im Stehen als auch im Sitzen.

Für Gemüseärten bietet sich das Einrichten von Gartenlauben an. *„Lauben sind auch heute noch ein ganz wichtiges Element. Alten Menschen sind sie aus den Schrebergärten bekannt, und man holt sich mit ihnen immer ein bisschen Romantik in den Garten.“* (BENDLAGE et al., 2009, S. 88). Sie können z.B. für die Gartentherapie als Therapieort oder als Lagerstätte für diverse Gartenmaterialien dienen. Weitere Möglichkeiten der Aufbewahrung von Gartengeräten sind Geräteschuppen oder installierte Haken. Gartengeräte, die für jeden frei zugänglich sind, animieren zur selbständigen Arbeit. So kann z.B. eine an den Baum angelehnte Harke zum Laubfegen anregen (vgl. NIEPEL & EMMRICH, 2005; BENDLAGE et al. 2009).

In Wohnheimen sollte ein Grillplatz nicht fehlen. Hierfür eignen sich sowohl flexible als auch gemauerte Grills. Als abendlicher Treffpunkt für z.B. Geselligkeit, Gitarrenspiel oder das Kochen dient die Lagerfeuerstelle. Die Wärme und das Lichtspiel steigern das Wohlbefinden und das Knistern stimuliert die Sinne. Eine Ausbreitung des Feuers verhindert die Einfassung mit Steinen. Bei den Steinen ist darauf zu achten, dass diese gleichmäßig geformt und nicht nass sind. Ansonsten kann es passieren, dass die Steine bei Hitze zerplatzen und das abgesplitterte Material jemanden verletzen kann. Das Holz kann während der Therapie bearbeitet und die Feuerstelle vorbereitet werden.

6. Umfrage: "Gartentherapie"

6.1. Begründung des Forschungsvorhabens

Wie bereits in Kapitel 6 erläutert, gibt es eine Vielzahl an Studien und Arbeiten, die die positiven Wirkungen von Pflanzen, Gärten und Arbeit auf den Menschen bestätigen. Die Gartentherapie nutzt diese Wirkungen, und setzt diese gezielt für die Behandlung von verschiedenen Krankheitsbildern (Kap. 5.1) und Symptomen (Kap. 2.2) ein. Im Gegensatz zu den USA und England, in denen sich die Gartentherapie seit 1950 etabliert hat (Kap. 3), ist diese Therapieform in Deutschland bislang kein anerkanntes Heilmittel. Um den Bedarf und das Interesse an der Gartentherapie und den Therapiegärten zu ermitteln, werden Studien benötigt. Nur so ist es möglich Aussagen über die Zukunftschancen treffen zu können. Mit diesen Ergebnissen soll eine Basis geschaffen werden, damit auch in Deutschland Gartentherapie als eine Therapieform mit nachweisbarem therapeutischem Nutzen von den Krankenkassen anerkannt wird.

In Deutschland gibt es laut Literatur und Online-Veröffentlichungen eine Vielzahl an Therapiegärten, in denen Gartentherapie bereits angewandt wird. Diese beschränken sich zumeist auf die alten Bundesländer. Vor allem in Bayern und in Nordrhein-Westfalen findet diese Therapieform Anwendung. Um den aktuellen Wissensstand, das Interesse und die Anwendung von Gartentherapie in Mecklenburg-Vorpommern zu ermitteln, wurde im November/Dezember 2009 eine Umfrage mit dem Titel: "Gartentherapie" durchgeführt.

Die Fragebögen wurden an soziale und therapeutische Einrichtungen einschließlich Vollzugsanstalten verschickt.

In Mecklenburg-Vorpommern werden seit Mitte der 90er Jahre die deutschlandweiten Trends im Gesundheitstourismus mitbestimmt. Das Bundesland gehört zu den leistungsfähigsten und modernsten Regionen für Tourismus und Gesundheitstourismus in Europa und setzt sich zum Ziel Gesundheitsland Nummer 1 zu werden. In Deutschland gibt es gegenwärtig mehr als 350 staatlich anerkannte Kurorte. Mecklenburg-Vorpommern verfügt alleine über 58 Heilbäder, Seeheilbäder, Seebäder, Luftkurorte und Erholungsorte. Derzeit gibt es 120 Wellnesshotels, von denen bisher 50 zertifiziert¹⁸ sind (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus, Online: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/wm/Themen/Tourismus/Gesundheitsland_MV/index.jsp, Stand: 19.04.2011). Um zu ermitteln, ob die Etablierung der Gartentherapie auch in diesem Gesundheitsbereich möglich ist, wurden Wellness- und Spa-Hotels an der Umfrage mit beteiligt.

6.2. Methoden

6.2.1. Vorbereitung

Als Grundlage für die Adressgewinnung dienten Datenlisten, die Herr Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze zur Verfügung stellte. In diesen waren die Anschriften von Hospizen, Pflegeheimen, Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken enthalten. Aufgrund des Datenstandes vom Januar und Februar 2008 wurden alle Adressen, Telefon- und Faxnummern aktualisiert und mit den E-Mail-Adressen ergänzt. Die Aktualisierung und die Ermittlung weiterer Daten von Integrativen Kindertagesstätten, Förder- und Körperbehindertenschulen, Justizvollzugsanstalten, Wellness- und Spa-Hotels erfolgte über die im Anhang genannten Internetseiten. Die Speicherung der 432 Adressen wurde in Windows Excel vorgenommen.

¹⁸ „Mit der Zertifizierung werden Angebote und Anwendungen in medizinischen Einrichtungen und Wellness-Hotels, fachkundiges Personal und hohe Qualitätsstandards in der Ausstattung bewertet“ ((Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus, Online: http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/wm/Themen/Tourismus/Gesundheitsland_MV/index.jsp, Stand: 19.04.2011).

6.2.2. Erstellung des Fragebogens und Pretest

Die erste Version des Fragebogens wurde in Microsoft Word 2007 und mit Hilfe der Software GrafStat4 erstellt. Der Fragebogen enthielt 14 Fragen. Diese bestanden zum Großteil aus offenen Fragestellungen. Bei einigen der Fragen wurden Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Diesen konnte durch Ergänzungsoptionen wie z.B. "Andere" oder "Sonstige" ergänzt werden. Im Juli 2009 erfolgte der Pretest der Paper & Pencil Version per Postversand an 5 Einrichtungen. Die Umfrageteilnehmer wurden gebeten den Fragebogen auf die Klarheit der Fragestellungen zu prüfen und gegebenenfalls Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge zu machen. Nach einer 2 wöchigen Frist wurden die ausgefüllten Fragebögen überprüft und überarbeitet. Die Länge des Fragebogens wurde von allen als sehr positiv bewertet. Für die Beantwortung benötigten die Teilnehmer im Durchschnitt 10 Minuten.

6.2.3. Endfassung des Fragebogens

Im Pretest war auffallend, dass viele der offenen Fragestellungen nicht oder unvollständig beantwortet und Ergänzungsoptionen nur selten genutzt wurden. Daraufhin wurden alle Fragen noch einmal überarbeitet. Um möglichst alle Antwortmöglichkeiten abzudecken, wurden die offenen Fragen durch geschlossene Fragestellungen mit Mehrfachauswahl ersetzt. Um die persönliche Einstellung der Teilnehmer zu der Aussage: "Gartentherapie kann den Therapieverlauf positiv beeinflussen." messen zu können, wurde die Lickert-Skala verwendet. Durch die 6 Antwortmöglichkeiten war es den Teilnehmern möglich durch verschiedene Abstufungen der Aussage z.B. "sehr", "weder zu noch nicht zu" oder „gar nicht“ zuzustimmen. Die Abfolge der Fragen wurde so verändert, dass der Teilnehmer die Möglichkeit hat bei einer Verneinung zur nächsten für ihn zutreffenden Antwort über Nummern und Pfeile weitergeleitet zu werden. Das erspart Zeit und vermeidet Missverständnisse. Die Endfassung des Fragebogens war 4 Seiten lang und beinhaltete 15 Fragen.

Der Fragebogen: "Gartentherapie" (Anhang) bestand aus offenen (1., 15.) und geschlossenen Fragenstellungen (2. - 14.). Zu den geschlossenen Fragen zählten Ja/Nein Fragen (3., 7., 9.), die Likert- Skala (4.) sowie Fragen mit Einfach- (4., 6., 7., 11., 12., 13., 14.) und Mehrfachauswahl (2., 5., 8., 10.), denen zum Teil Ergänzungsoptionen (2., 5., 6., 10., 12.) zur Verfügung standen. Allen Fragebögen wurde ein Anschreiben hinzugefügt, in dem der Begriff "Gartentherapie" kurz erklärt und die Teilnehmer zur Umfrage eingeladen wurden.

6.2.4. Versand

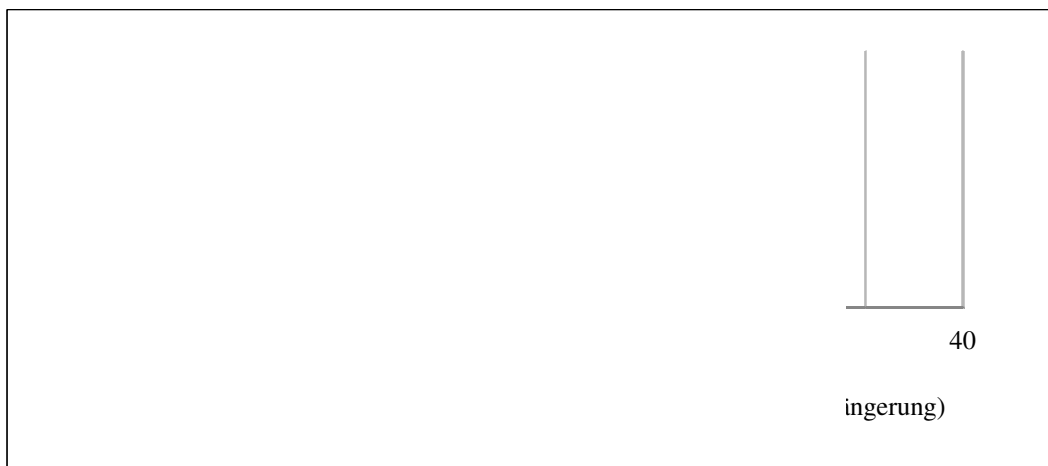
Um ermitteln zu können über welche Versandart die 432 Fragebögen am ehesten beantwortet werden, wurden diese zu gleichen Teilen per Post, Fax (Paper & Pencil Version) und Online (computergestützt) versandt. Die Onlinebefragungen sollten durch das Programm GraftStat4 erfolgen. Aufgrund der nicht ausreichenden Bearbeitungsmöglichkeiten und Serverprobleme der Software erfolgte ein Wechsel zu dem Online-Programm: Q-Set.de. Auf der Homepage: <http://www.q-set.de/> wurde ein Profil erstellt und der Fragebogen veröffentlicht. Die Einrichtungen wurden per E-Mail zu der Umfrage eingeladen. In dieser befand sich neben der Erläuterung zum Umfragevorhaben auch der passende Link zur Befragung. Jeder der Teilnehmer erhielt hierzu einen individuellen Link. Die Fragebögen wurden im November 2009 mit einer 14-tägigen Frist versandt. Nach dieser Zeit erfolgte ein Erinnerungsschreiben mit einer Fristverlängerung von einer Woche. Die Auswertung wurde in Microsoft Excel vorgenommen.

6.3. Auswertung

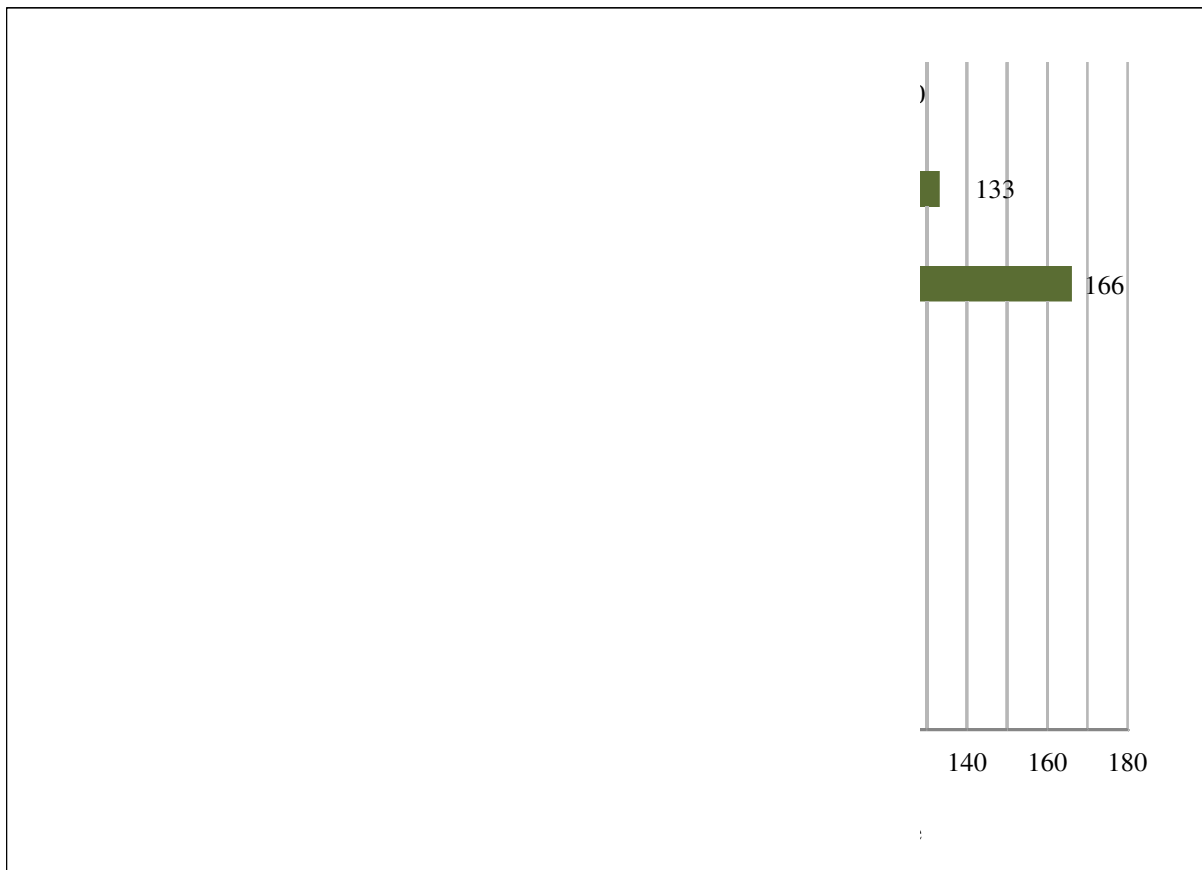
Von 432 verschickten Fragebögen wurden 92 beantwortet (Abb. 35), dies entspricht einer Rücklaufquote von 21,3 %. Die höchste Rücklaufquote erzielte der Briefversand mit 34 ausgefüllten Bögen (23.61 %). 31 Teilnehmer sendeten die Daten innerhalb der zweiwöchigen Frist zu (Abb. 36). Nach der einwöchigen Fristverlängerung sind weitere 3 ausgefüllte Fragebögen eingegangen. Neunundzwanzig Beantwortungen wurden über den Faxversand verschickt. Dies entspricht einer Quote von 20,14 %. Die gleiche Anzahl von 29 ausgefüllten Bögen konnten durch die Onlinebefragung erzielt werden. Die zweiwöchige Frist wurde von 23 Umfrageteilnehmern, die die Unterlagen per Fax erhielten, eingehalten. Nach dem Erinnerungsschreiben gingen 6 weitere Fragebögen ein. Innerhalb der ersten Frist wurden 27 Fragebögen online beantwortet. Die 2 restlichen erfolgten nach Nennung der Fristverlängerung.



eiligung, eigene Erhebung



Zu der Umfrage wurden 110 Behinderten- und Altenpflegeheime eingeladen (Abb. 37). Von diesen gingen 32 beantwortete Fragebögen ein. Sechszwanzig von 133 angeschriebenen Fachkliniken, 26 von 166 Förderschulen und integrativen Kindertagesstätten und eins von 4 Hospizen des Landes antworteten. Von den Justizvollzugsanstalten beteiligten sich 2 von 6 und von 13 Wellness- und Spa-Hotels reagierten 2 auf das Schreiben. Da 3 der Umfragebögen ohne Absender zurückgesandt wurden, konnten diese nicht den Einrichtungen zugeordnet werden.



eigene Erhebung

Zu Beginn der Umfrage wurden allgemeine Daten über die Klientelgröße und die angebotenen Therapien gewonnen. Die Anzahl der in den Einrichtungen betreuten Klientel ist sehr variabel und reicht von mindestens 10 bis maximal 280 Personen. Von den 92 Teilnehmern beantworteten 17 Einrichtungen diese Frage nicht. Die 75 Beantwortungen wurden hinsichtlich der genannten Anzahl in folgende Kategorien unterteilt: < 50, 50 - 99, 100 - 199, > 200. In den meisten Einrichtungen (35 – 41,77 %) werden zwischen 50 und 99 Personen betreut. Die Klientelanzahl von 100 bis 199 wurde von 22 (27,85 %) Umfrageteilnehmer genannt. In 15 (18,99 %) der Einrichtungen werden weniger als 50 Personen betreut (Abb. 38).



Abbildung 38: Anzahl der zu betreuenden Personen, eigene Erhebung

Zu den am häufigsten angewandten Therapieformen zählen die Ergotherapie mit 69 (75 %), die Physiotherapie mit 52 (56,5 %) und die Bewegungstherapie mit 47 (51,1 %) Nennungen (Abb. 39). Die Gartentherapie wird in 12 der 92 teilnehmenden Einrichtungen angewandt, dies entspricht 13 %. Zu diesen Einrichtungen zählen 6 Behinderten- und Altenpflegeheime und 6 Fachkliniken. Zwei Einrichtungen gaben an, dass die Gartentherapie im Rahmen der Ergo- und Arbeitstherapie stattfindet. Am wenigsten, mit nur 2 Nennungen (2,2 %), findet die Phytotherapie¹⁹ Anwendung. In 6 Einrichtungen finden keine Therapieangebote statt. Zu diesen Einrichtungen zählen 2 integrative Kindertagesstätten, 2 Förderschulen und 2 Altenpflegeheime. Von einem Pflegeheim wurde angegeben, dass während der sozialen Betreuung Elemente aus den verschiedenen Therapiebereichen angeboten werden. Unter der Ergänzungsoption "Andere" wurden die Familien- und Entspannungstherapie genannt.

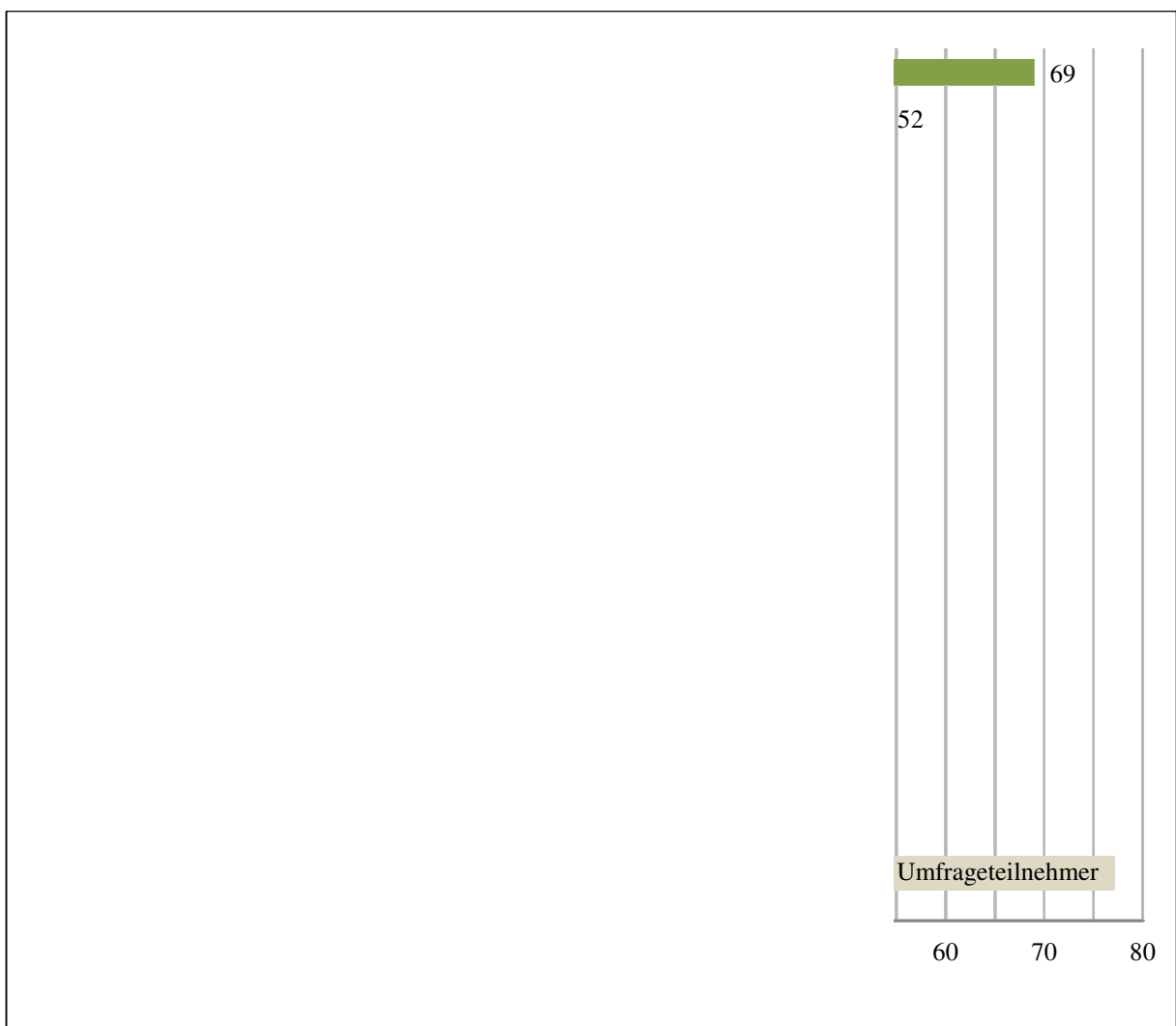


Abbildung 39: Therapieangebote, eigene Erhebung

¹⁹ Pflanzenheilkunde (DROSDOWSKI et al, 1996, S. 567)

In den Einladungen zur Umfrage wurde der Begriff Gartentherapie kurz erläutert. Es wurde darauf hingewiesen, dass es zahlreiche Untersuchungen gibt, die bestätigen, dass Gärten eine therapeutische Wirkung besitzen. Damit für jeden Teilnehmer der Begriff Gartentherapie geklärt wird, erfolgte eine kurze Definition:

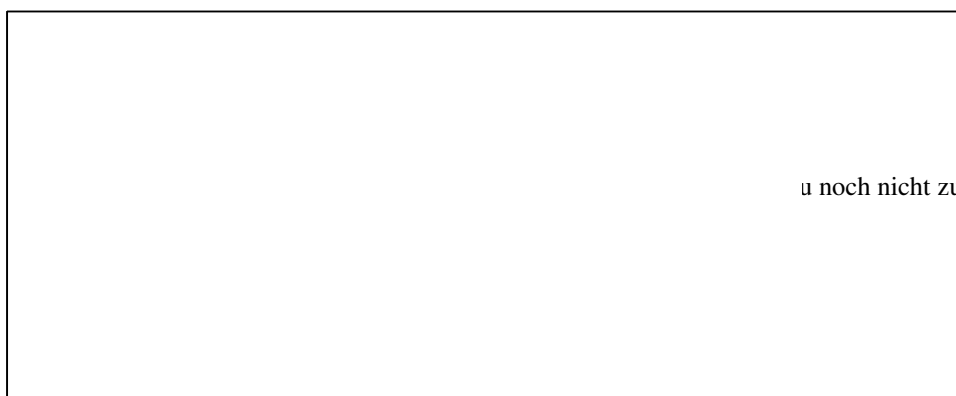
„Die Gartentherapie setzt die Natur zielgerichtet zur Steigerung des psychischen und physischen Wohlbefindens des Menschen ein. Als fester Bestandteil von Behandlungskonzepten ist sie generell für alle Altersstufen und für eine Vielzahl von Krankheitsbildern geeignet“ (Drumm, Definition Gartentherapie, In: Einladung zur Umfrage: "Gartentherapie", 2009).

Laut Fragebogen war der Begriff "Gartentherapie" vor dem Start der Umfrage 28 der 92 Umfrageteilnehmer geläufig (Abb. 40). Dies entspricht einem Anteil von 30,43 %. Von diesen 28 bieten 12 die Gartentherapie in ihrer Einrichtung an.

Der Aussage, dass Gartentherapie den Therapieverlauf positiv beeinflussen kann, stimmten 16 sehr zu, 45 stimmten zu und 12 Teilnehmer stimmten weder zu, noch nicht zu. Eine der Einrichtungen stimmte dieser Aussage nicht zu. Von 15 Einrichtungen wurde die Auswahloption „weiß nicht“ angekreuzt und 3 der 92 Teilnehmer ließen diese Frage aus.



Abbildung 40: Bekanntheitsgrad der Gartentherapie, eigene Erhebung



erapie"

erapie" nicht

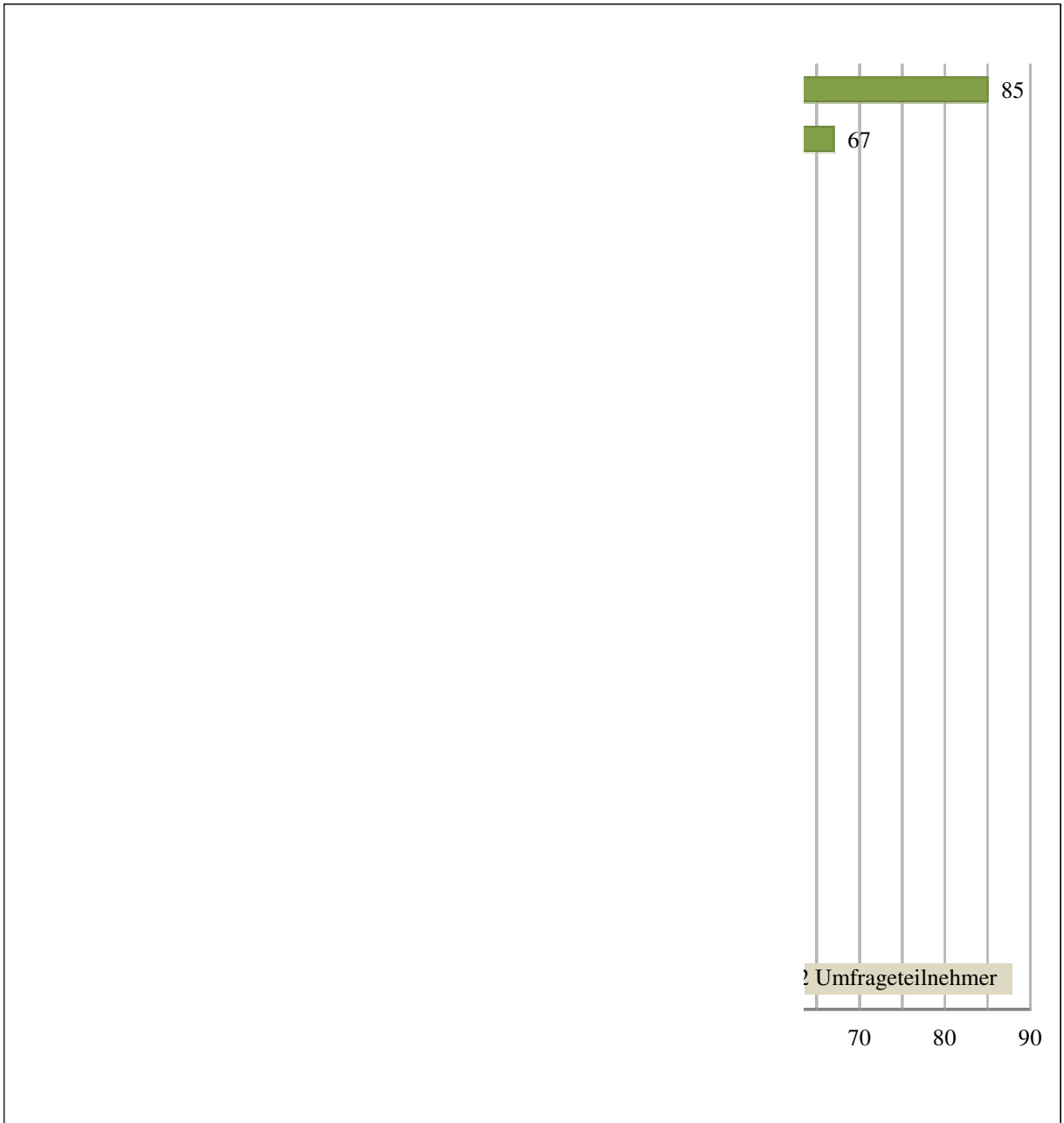
u noch nicht zu

uf positiv

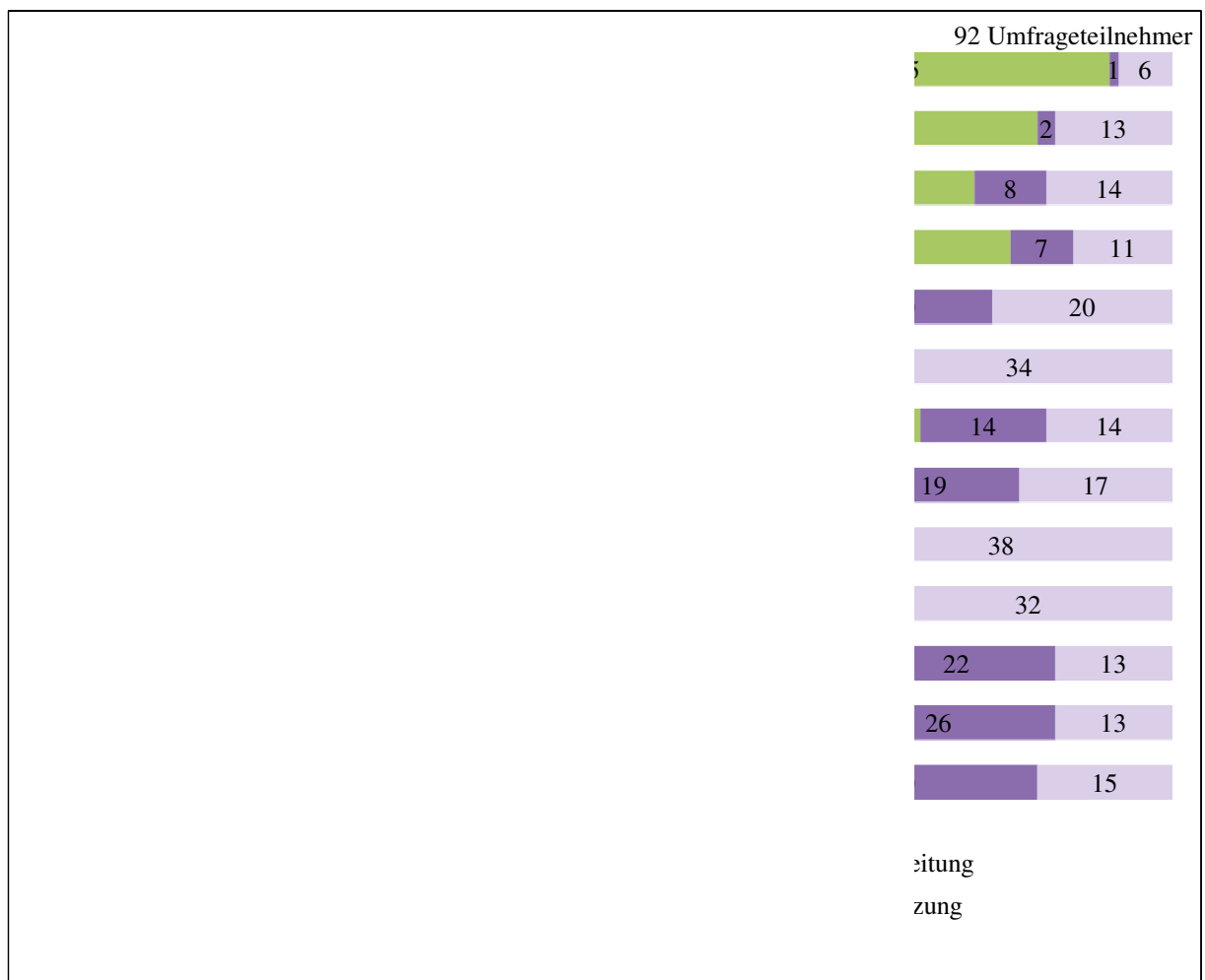
Von 20 Teilnehmern²⁰, denen der Begriff „Gartentherapie“ schon vor der Umfrage bekannt war, stimmten 10 der Aussage, dass Gartentherapie den Therapieverlauf positiv beeinflussen kann sehr zu, 9 stimmten zu und einer kreuzte die Aussage „weiß nicht“ an. Von den 43 Befragten¹⁹, denen „Gartentherapie“ bisher nicht bekannt war, stimmten 5 der Aussage sehr zu, 20 stimmten zu, 6 stimmten weder zu noch nicht zu, einer stimmte nicht zu und 8 beantworteten diese Frage mit „weiß nicht“. 3 Einrichtungen ließen die Beantwortung aus (Abb. 41).

Für die Beantwortung der Frage, nach der Gestaltung des Außengeländes, standen 17 typische Elemente von Gärten und Therapiegärten zur Auswahl (Abb. 42). Am häufigsten wurden mit 85 Nennungen Sitzplätze genannt. Siebenundsechzig Teilnehmer gaben das Vorhandensein von Terrassen an. In 56 Außengeländen befinden sich Beete und 46 der 92 Umfrageteilnehmer verfügen über ein Gerätehaus. Spielgerätebereiche sind in 43 Einrichtungen vorhanden und 39 Außenanlagen besitzen einen Grillplatz. Fünfunddreißig der Befragten gaben an, dass sich Wasser- und Parkanlagen in ihrem Außenbereich befinden. Pavillons sind in 24 und Hochbeete in 23 Einrichtungen zu finden. Das Einsetzen eines Tastpfades erfolgt in 16 Einrichtungen und in 15 sind Duftpfade / Dufthecken und Tiergehege vorhanden. Als Elemente eines Therapiegartens wurden weiterhin Naschhecken o.ä. (N=14), Gehschule (N=13), Barfußweg (N=13) und Klangkörper (N=11) ausgewählt. Unter der Ergänzungsoption „Andere“ fügten die Umfrageteilnehmer eine Minigolfanlage, eine Kegelbahn, einen Freistundenhof, einen Fußballplatz, eine Lagerfeuerstelle, Holzbungalows und ein Gewächshaus hinzu. Ein Umfrageteilnehmer ließ die Beantwortung dieser Frage aus.

²⁰ Ohne Onlineteilnehmer (Gesamtanzahl der Antworten: 63)



Von den Nutzungsmöglichkeiten in den Außenanlagen wurden von 85 Einrichtungen die Nutzung des Ruhe- und Rückzugsbereichs ausgewählt. Mit 77 Nennungen erfolgt die Kontaktaufnahme und mit 74 der Spaziergang. Am wenigsten Stimmen erhielt das offene Klassenzimmer (N=13), das Baden und Planschen (N=24) und die Umweltbildung (N=30). Die Nutzung der Außenanlagen erfolgt in den meisten Fällen (N=302) sowohl eigenständig als auch unter Anleitung. Als ausschließlich eigenständige Nutzung wurden am häufigsten die Kontaktaufnahme (N=35) und der Ruhe und Rückzugsbereich (N=33) genannt. Nur selten finden in den Einrichtungen folgende Beschäftigungsmöglichkeiten selbständig statt: kreative Aktivitäten, Blumen pflücken (je: N=5); Ernte und sportliche Aktivitäten (N=4); baden und planschen, offenes Klassenzimmer, Umweltbildung und Gartenarbeit (je: N=3). Das Grillen und Feiern erfolgt in den Einrichtungen am häufigsten unter Anleitung (N=39). An zweiter Stelle wurde die Gartenarbeit (N=37) genannt (Abb. 43).

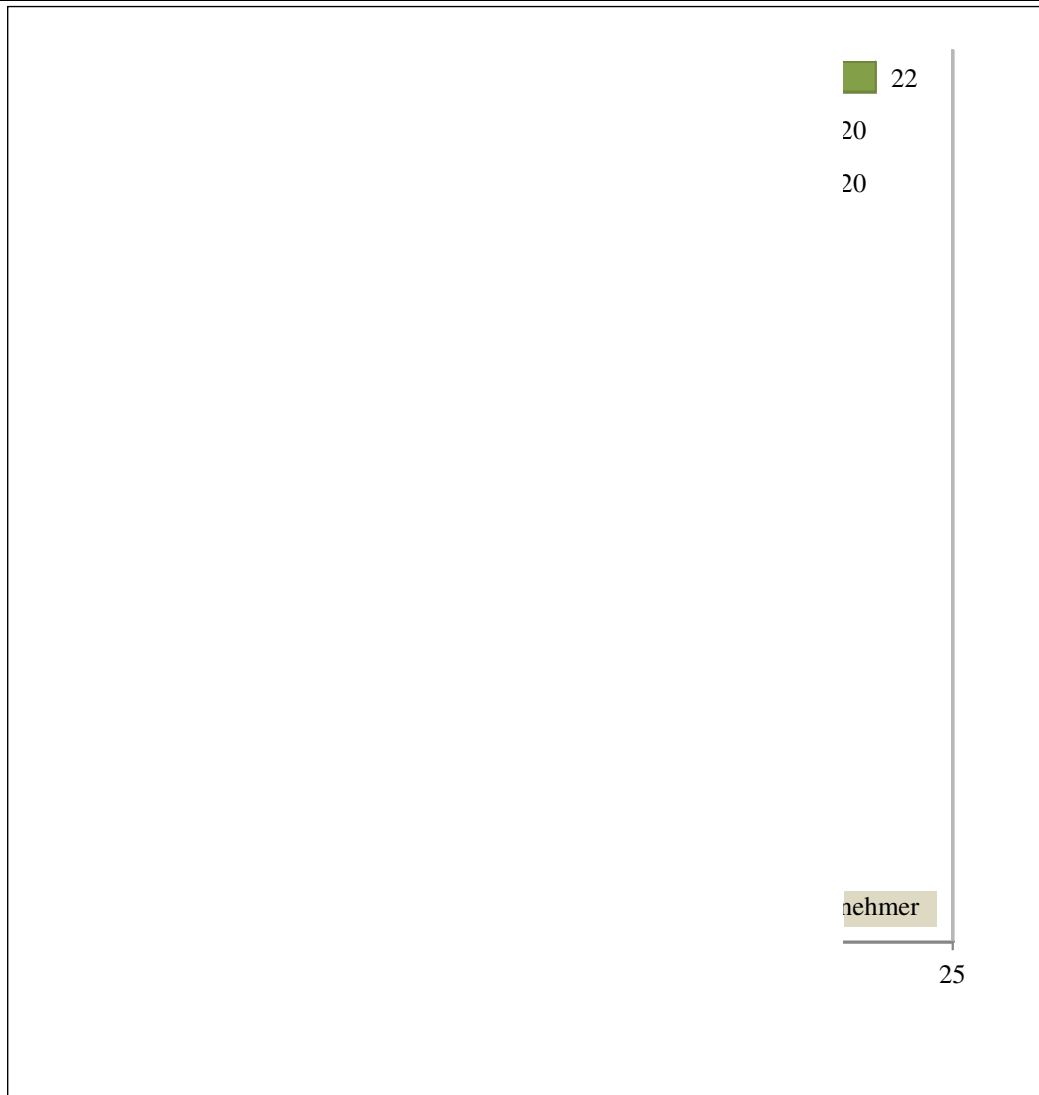


Einige der Umfrageteilnehmer beabsichtigen die Anschaffung neuer bzw. weiterer Nutzungselemente für ihre Außenanlagen (Tab. 13). Der meiste Bedarf besteht an Duftpfaden / Duftecken, Sitzplätzen und Wasseranlagen. Zweiundzwanzig Einrichtungen beabsichtigen die Realisierung von speziellen Duftbereichen in ihrer Außenanlage (Abb. 44). Von den 22 Befragten befand sich zum Umfragezeitpunkt in 5 Einrichtungen der Duftbereich in der Planung bzw. Ausführung. Zwanzig Teilnehmer beabsichtigen die Realisierung von Sitzplätzen und Wasseranlagen. Die Wasseranlagen (N=11) sind neben dem Tastpfad (N=11) jedoch erst in ferner Zukunft gewünscht. Zwölf Einrichtungen planen weitere oder neue Beete. Die Anschaffung eines Hochbeetes planen 19 Teilnehmer, einer innerhalb der nächsten Monate, 8 in naher und 4 in ferner Zukunft. In 6 Einrichtungen befindet sich die Anschaffung eines Hochbeetes bereits in der Planung bzw. Ausführung. Weiterhin wurden von den Einrichtungen die innerhalb der nächsten Monate geplanten Geräte für das Krafttraining, die in naher Zukunft geplante Beleuchtung sowie, die bereits in der Planung befindenden Tannenbäume, Bauwagen und Spielhaus genannt. Am wenigsten wird die Anschaffung eines Tiergeheges (N=41), einer Naschecke und eines Grillplatzes (je: N=39) gewünscht. Rund 33,7 % (Durchschnitt N=31) ließen die Beantwortung der Frage aus.

Tabelle 13: Realisierung neuer / weiterer Nutzungselemente, eigene Erhebung

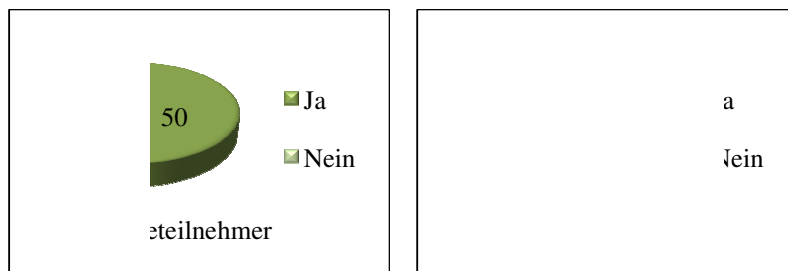
92 Umfrageteilnehmer

Nutzungselement	ja, bereits in der Planung bzw. Ausführung	ja, innerhalb der nächsten Monate	ja, in naher Zukunft (6 bis 24 Monate)	ja, in ferner Zukunft	nein, nicht erwünscht	weiß nicht	keine Angabe
Sitzplatz	6	3	6	5	32	7	33
Terrasse	2	0	1	5	37	11	36
Grillplatz	1	1	2	2	39	9	38
Pavillon	4	3	1	4	37	10	33
Gerätehaus	3	0	0	2	37	7	43
Beet	6	1	3	2	29	11	40
Hochbeet	6	1	8	4	29	12	32
Naschecke o.ä.	5	1	2	3	39	10	32
Barfußweg	4	1	6	6	36	14	25
Tastpfad	2	0	5	11	32	13	29
Duftpfade / Duftecke	5	2	6	9	29	15	26
Gehschule	3	0	3	3	32	19	32
Klangkörper	6	1	3	8	32	18	24
Wasseranlage	3	1	5	11	29	10	33
Parkanlage	1	1	0	5	36	12	37
Spielgeräte	5	1	4	4	37	11	30
Tiergehege	1	0	4	2	41	15	29
andere:	Beleuchtung	0	0	1	0	0	-
	Tannenbäume	1	0	0	0	0	-
	Geräte für Krafttraining	0	1	0	0	0	-
	Bauwagen	1	0	0	0	0	-
	Spielhaus	1	0	0	0	0	-



› wünschen, eigene

Fünzig der 92 Umfrageteilnehmer führen in ihrer Einrichtung Therapien im Außenbereich durch (Abb. 45). Diese werden von den Patienten „sehr gut“ (N=24) bis „gut“ (N=22) angenommen (Abb. 47). Zwei der Einrichtungen gaben an, dass die zu Therapierenden die Therapien im Freien „weder gut noch schlecht“ finden und in einer Einrichtung wird diese Therapie von der behandelnden Klientel abgelehnt. Die Antwortoption „weiß nicht“ kreuzte ein Teilnehmer an. Über einen Therapiegarten verfügen 34 % (N=17) der Einrichtungen (Abb. 46).



Anzahl der
die Therapien im
durchführen, eigene



tel

An der Planung der 17 Therapiegärten waren meist nicht nur Vertreter eines Zweiges beteiligt (Tab. 14). Die Beteiligten setzten sich häufig aus Fachleuten und Interessierten zusammen. An der Planung wirkten Therapeuten (N=10), Klienten und Bewohner (N=8), Landschaftsarchitekten und Betreuer (je: N=7) sowie Architekten (N=5) mit. In nur 2 Einrichtungen wurden die Angehörigen in die Planung mit einbezogen. In einem Fall plante der Eigentümer der Einrichtung den Therapiegarten (Abb. 48).

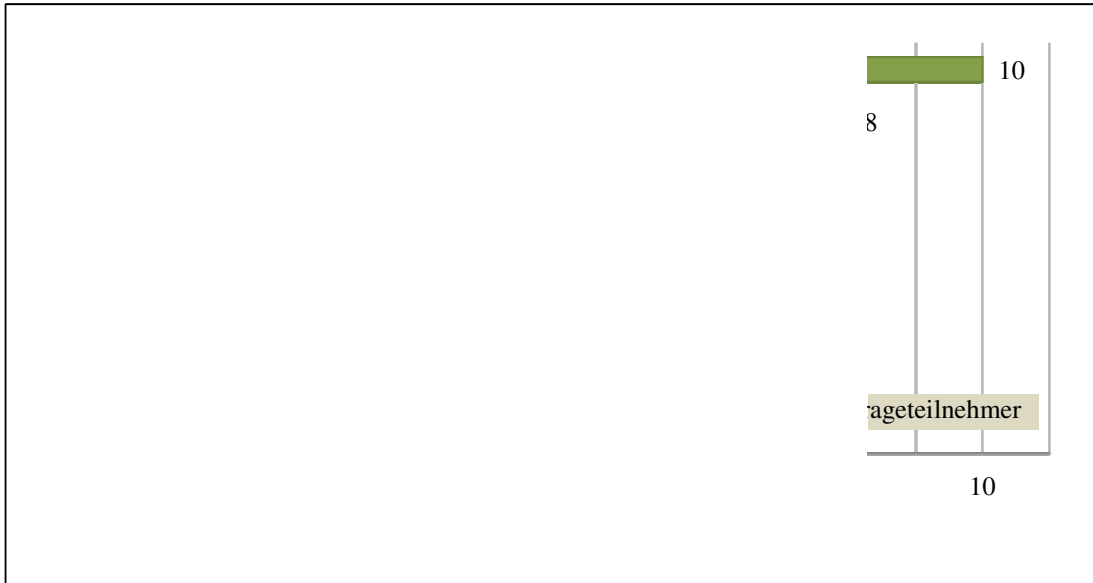
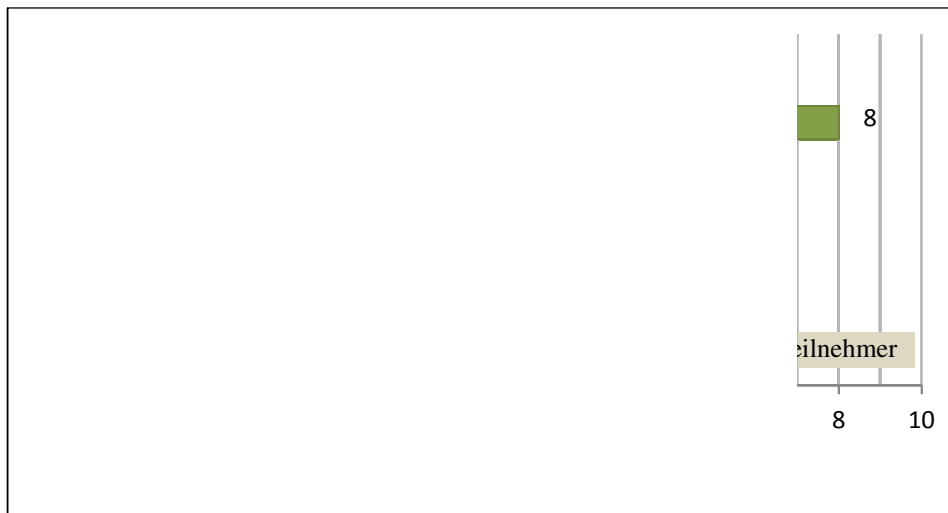


Tabelle 14: Verteilung der Antworten - Beteiligung an der Planung der Therapiegärten, eigene Erhebung

Umfrageteilnehmer Lfd. Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Landschaftsarchitekten	x	x	x	x	x	x	x										
Architekten	x	x						x	x	x							
Therapeuten	x	x	x					x			x	x	x	x	x	x	
Betreuer	x			x	x				x	x	x	x					
Klienten, Bewohner	x	x		x		x			x		x		x	x			
Angehörige	x								x								
Studenten																	
andere:																	x

Von Siebzehn der Umfrageteilnehmer, in deren Einrichtung sich ein Therapiegarten befindet, haben 47 % (N=8) geringe Probleme mit der Unterhaltung ihres Gartens. Nach Angaben eines Umfrageteilnehmers ist die aufwändige Pflege des Therapiegartens häufig nur schwierig personell abzudecken. Keine Probleme mit der Pflege besaßen 35 % (N=6) der Teilnehmer. Eine Einrichtung gab an, dass sie zum Zeitpunkt der Umfrage noch keine ausreichenden Erfahrungen mit der Unterhaltung des Therapiegartens besitzen. Zwei der 17 Teilnehmer ließen die Beantwortung der Frage aus (Abb. 49).



Abbildung

Von 92 Umfrageteilnehmern beabsichtigen 48 % (N=44) die Realisierung eines Therapiegartens in ferner Zukunft (Abb. 50). Jeweils 8 Einrichtungen würden einen Therapiegarten in naher (6 – 24 Monate) und ferner Zukunft planen. Drei Teilnehmer gaben zum Umfragezeitpunkt an, dass die Planung bereits realisiert wird. In 15 Einrichtungen ist die Anschaffung eines Therapiegartens nicht erwünscht und 10 der Teilnehmer sind sich nicht sicher. Eine der befragten Einrichtungen hat sich gegen die Planung eines Therapiegartens entschieden, weil diese konzeptionell nicht vorgesehen ist. Von vielen Einrichtungen wurde darauf hingewiesen, dass häufig die finanziellen bzw. die personellen Mittel fehlen, um einen Therapiegarten zu realisieren bzw. unterhalten zu können. Zwei Teilnehmer der Umfrage fänden es sinnvoll, wenn von der Regierung ein gesetzlicher Rahmen geschaffen werden würde, um die Finanzierung eines solchen Gartens abzusichern. Drei Umfrageteilnehmer wünschten weitere Informationen zu dem Thema "Gartentherapie" und "Therapiegärten".

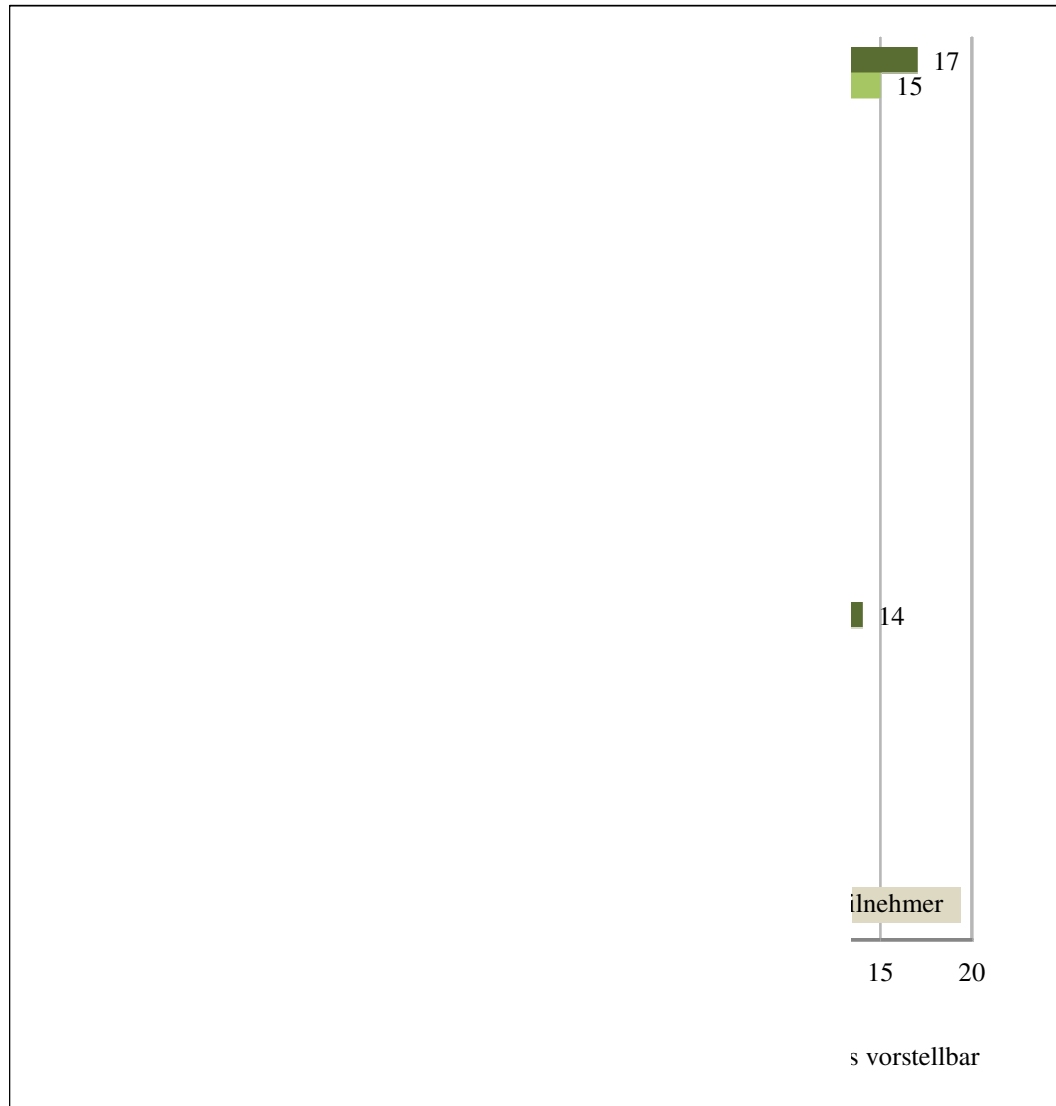


7. Ausführung
 onate
 Monate)

gartens vorstellen

Um herauszufinden, welche der Einrichtungen sich die Planung eines Therapiegartens vorstellen können wurden die 63 Paper & Pencil Antworten differenzierter ausgewertet. Diese ergab, dass sich 15 von 17 Teilnehmern der Altenpflegeheime und 8 von 14 Teilnehmern der integrativen Kindertagesstätten sich die Realisierung eines solchen Gartens vorstellen können. Die 2 übrigen Pflegeheime sind genauso wie 3 der Kindertagesstätten gegen eine Planung. Letztere sind sich in 3 Fällen zum Umfragezeitpunkt noch unsicher. Die 2 Behindertenheime und Rehabilitationseinrichtungen sowie das Hospiz, welche sich an der Umfrage beteiligten, können sich die Planung eines Therapiegartens in deren Einrichtung vorstellen. Von 5 Krankenhäusern ist für 3 ein Therapiegarten vorstellbar, ebenso für alle 6 Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen. Die Mutter-Kind-Kureinrichtungen sind größtenteils gegen einen Therapiegarten (N=3), eine Einrichtung wählte die Option „weiß nicht“.

Lediglich eine Kurklinik kann sich die Realisierung zum Zeitpunkt der Befragung innerhalb der nächsten Monate vorstellen. Die 2 Wellness- und Spa-Hotels, die sich an der Umfrage beteiligten wählten die Auswahloption „weiß nicht“. Eine Einrichtung ließ die Beantwortung der Frage aus und 3 weitere sind ohne Absender eingegangen (Abb. 51).



vorstellen können,

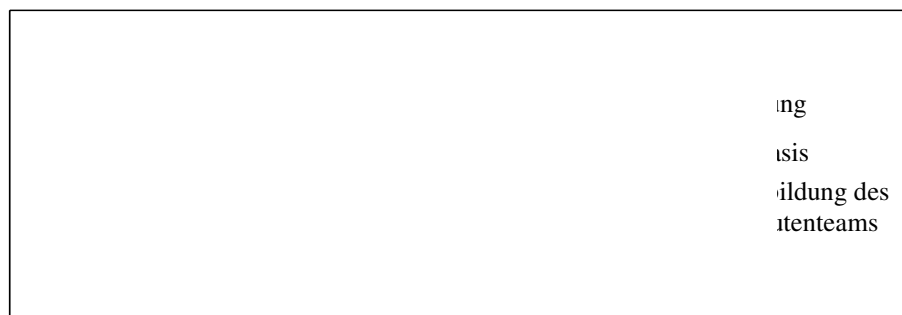
Von den 15 Teilnehmern²¹, die sehr überzeugt sind, dass die Gartentherapie eine positive Wirkung hat (Abb. 41), planen bereits 4 einen Therapiegarten. Zwei Teilnehmer können sich die Realisierung innerhalb der nächsten Monate vorstellen, einer in 6 - 24 Monaten und 6 in ferner Zukunft. Von der Planung eines Therapiegartens sieht trotz Überzeugung ein Teilnehmer ab. Von den 29 Teilnehmern²⁰, die der Aussage zustimmten, planen zum Zeitpunkt der Umfrage 2 der Befragten einen Therapiegarten.

²¹ Ohne Onlineteilnehmer (Gesamtanzahl der Antworten: 63)

Drei Einrichtungen sehen die Planung in naher und 15 in ferner Zukunft vor. Die Auswahloption: „weiß nicht“ wählten 6 Teilnehmer aus und 3 entschieden sich gegen einen Therapiegarten.

Weiterhin sollte der Bezug zwischen der Größe der Einrichtung (Anzahl der Klientel) und dem Realisierungsgedanken eines Therapiegartens ermittelt werden. Demnach können sich von 10 Einrichtungen (Klientelgröße < 50) 8 (80 %) die Realisierung eines Therapiegartens vorstellen. Von den 23 Einrichtungen (Klientelgröße 50 - 99) entscheiden sich 16 (70 %) dafür, von 18 (Klientelgröße 100 – 199) können sich 13 (72 %) die Planung eines solchen Gartens vorstellen. Von den 5 großen Einrichtungen (Klientelgröße >200) sind 3 (60 %) für die Realisierung eines Therapiegartens.

In der vorletzten Frage ging es um die Beschäftigung / Anstellung eines Gartentherapeuten. Die Umfrageteilnehmer sollten angeben, ob sich in deren Einrichtung schon ein ausgebildeter Gartentherapeut befindet, und wenn nicht, ob sie sich eine Festanstellung oder die Anstellung auf Honorarbasis vorstellen könnten. Sind Neuanstellungen nicht gewünscht, kann die Qualifizierung zum Gartentherapeuten auch durch die Weiterbildung des eigenen Therapeutenteams erfolgen. Für diese Möglichkeit haben sich 31 Einrichtungen entschieden (Abb. 52). Nur 2 Einrichtungen können sich zum Umfragezeitpunkt eine Festanstellung eines Gartentherapeuten vorstellen. Für 12 kommt die Anstellung auf Honorarbasis in Frage und 39 Einrichtungen sind generell gegen eine Anstellung bzw. Weiterbildung. Die Anstellung eines Gartentherapeuten kommt für eine Einrichtung nicht in Frage, da eine Finanzierung hierfür in absehbarer Zeit nicht möglich ist. In einer weiteren Einrichtung ist die Anstellung nicht möglich, da der Personalschlüssel der Einrichtung dies nicht zulässt. Einer der befragten Teilnehmer sieht die Anstellung eines Gartentherapeuten als nicht notwendig an, da die Gartenarbeit bisher von den Ergotherapeuten begleitet und beaufsichtigt wurde.



ing
 isis
 ildung des
 itentteams

entherapeuten in

6.4. Besichtigungen von Therapiegärten in Mecklenburg – Vorpommern

Im Anschluss an die Umfrage erfolgten Besichtigungen einzelner Einrichtungen, in denen sich laut Aussage der Umfrageteilnehmer ein Therapiegarten befindet. Kriterien zur Auswahl waren die Bereitschaft der Einrichtung zur Besichtigung und die maximale Entfernung von 150 km zum eigenen Wohnort. Weiterhin spielte die Beantwortung der Frage fünf („Über welche der genannten Nutzungselemente verfügt Ihre Außenanlage?“) des Fragebogens eine wichtige Rolle. Es wurden Einrichtungen bevorzugt ausgewählt, deren Therapiegarten eine Vielzahl an unterschiedlichen Nutzungselementen aufweist.

6.4.1. Betreutes Leben und Wohnen ,Seniorenwohnheim „Luisenhaus“ in Neubrandenburg



Abbildung 53: Kaninchenkäfig, eigene Erhebung: 17.12.2009



Abbildung 54: Anbaufläche, eigene Erhebung: 17.12.2009

Das Seniorenwohnheim „Luisenhaus“ in Neubrandenburg verfügt über eine Tagespflege für fünfzehn und eine Wohngemeinschaft für vier Senioren. Im Nebengebäude befindet sich das Betreute Wohnen mit zwölf altersgerechten Zweiraumwohnungen. Das Außengelände ist großflächig angelegt und kann von allen Bewohnern frei genutzt werden. Im Sommer werden die Terrassen- und Rasenflächen für Gymnastikübungen genutzt. Gezielte Therapien finden im Außenbereich nicht statt. Für Grillabende und Feste steht ein in der Nähe des Oberbachs hinter der Einrichtung liegendes reetgedecktes Häuschen zur Verfügung. Ein beliebter Anlaufpunkt des Gartens ist ein Kaninchenkäfig (Abb. 53). Die Versorgung der vier Tiere übernimmt vorwiegend eine Bewohnerin. Ein ca. 30 m² großes Beet (Abb. 54) neben dem Hauptgebäude wird im Frühling und Sommer mit verschiedenen Obst-, Gemüse- und Kräutersorten wie z.B. Tomaten, Möhren und Petersilie bepflanzt.

Die geernteten Produkte werden in den einzelnen Küchenbereichen verarbeitet. Durch einen direkt neben dem Beet liegenden Wasseranschluss können die verschiedenen Obst- und Gemüsesorten direkt vor Ort verzerrt werden. Weiterhin laden verschiedene Obstbäume zum Naschen ein.

Für die Anleitung und Hilfestellung während der Gartenarbeit ist das Pflegepersonal verantwortlich. Zu der Rasenpflege lassen sich die Bewohner nur selten motivieren. Diese Arbeit wird ebenfalls vom Pflegepersonal übernommen. Ausgebildete Gartentherapeuten oder Gärtner sind im Seniorenwohnheim „Luisenhaus“ nicht angestellt.

6.4.2. ASB Pflegeheim „An der Beke“ in Schwaan

Im Pflegeheim „An der Beke“ in Schwaan leben 90 Senioren. Für die Beschäftigung der Senioren stehen fünf Betreuungsassistenten, eine Ergotherapeutin und eine Gerontopädagogin zur Verfügung. Der Beschäftigungsbedarf wird durch den § 87b SGB XI geregelt. Achtundzwanzig der Bewohner haben diesen Paragraphen nicht. Auf fünfundzwanzig Bewohner mit Paragraphen kommt ein Assistent. Somit betreut jeder Assistent fünf Senioren. Die physiotherapeutische Behandlung findet durch externe Therapeuten statt.

Im hinteren Bereich der Einrichtung befindet sich eine großflächig angelegte Außenanlage mit einem zentral gelegenen Pavillon. Von diesem führen vier Wege zu den einzelnen Bereichen des Gartens. Zum Gemüse- und Kräuternbau dienen neben einzelnen kleinen Beeten auch zehn Hochbeete. Die Hochbeete sind 1,80 m breit, 0,61 m tief, 0,58 m hoch und aus Stahl gefertigt (Abb. 55). Nach Aussagen der Ergotherapeutin Frau Grünwald ist ein Arbeiten an den Beeten im Stehen nicht möglich, da die zu niedrige Höhe keine ergonomische Körperhaltung ermöglicht. Schon nach kurzer Zeit klagen die Senioren über



Abbildung 55: Gartenarbeit am Hochbeet, eigene Erhebung: 23.08.2010

Rückenschmerzen und die Arbeit muss nach wenigen Minuten beendet werden. Sinnvoll wäre eine Höhe von mindestens 0,75 m – 0,85 m. Alle Hochbeete sind nicht unterfahrbar. Dies macht das Arbeiten für Rollstuhlfahrer schwierig. Um nahe genug an die Beete zu gelangen, müssen sie seitlich heranfahren. Aufgrund der Verdrehung des Oberkörpers kommt es schnell zu Schmerzen im Rückenbereich.

Weiterhin befindet sich in der Außenanlage ein Insektenhotel (Abb. 56), welches die Bewohner zum Beobachten einlädt. Neben dem Pavillon ist der Hasenkäfig mit dazugehörigem Auslauf und einer Sitzgruppe ein beliebter Treffpunkt der Senioren (Abb. 57). Die Pflege der Tiere und der Außenanlagen übernehmen größtenteils das Betreuungspersonal sowie der Haustechniker der Einrichtung. Kleinere Arbeiten wie Unkraut zupfen oder Löwenzahn pflücken, werden mit den Bewohnern zusammen durchgeführt (Abb. 55).



Abbildung 56: Insektenhotel, eigene Erhebung: 23.08.2010



Abbildung 57: Hasenkäfig mit Auslauf und Sitzgruppe, eigene Erhebung: 23.08.2010

6.4.3. Langzeittherapie in Ribnitz-Damgarten

Die Langzeittherapieeinrichtung gehört zu den Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH. In der Einrichtung werden 40 mehrfach geschädigte alkoholranke Menschen betreut. Als mehrfach geschädigt werden abhängigkeiterkrankte Menschen bezeichnet, dessen Alkoholkonsum zu schweren fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen sowie zu überdurchschnittlicher bzw. fortschreitender sozialer Desintegration geführt hat bzw. führt. Dadurch ist eine Lebensbewältigung nicht mehr in eigener Initiative möglich. Den Betroffenen stehen nicht genügend familiäre oder andere personelle Hilfe zur Verfügung, wodurch die Erkrankten auf institutionelle Hilfe angewiesen sind (vgl. GESELLSCHAFT GEGEN ALKOHOL- UND DROGENGEFAHREN, Online: http://www.uni-leipzig.de/~sozio/mitarbeiter/m15/content/eigene_site/paper3.pdf, Stand: 07.06.2011).

Die Dauer des Aufenthaltes in der Einrichtung beträgt mindestens ein halbes Jahr. Zu den Therapieangeboten gehören Einzel- und Gruppengespräche, Entspannungs-, Ergo- und Bewegungstherapie, Kognitives Training sowie Arbeitstherapie. Die Arbeitstherapie findet Montag bis Freitag von 8.30 Uhr bis 11.30 Uhr statt. Alle anfallenden Arbeiten werden durch die Ergotherapeutin aufgeteilt und betreut. In der Arbeitstherapie gibt es einen Innen- und Außendienst. Im Außendienst werden fünfzehn Bewohner im Bereich der Pflege der Außenanlagen und auf dem extern gelegenen Tierhof eingesetzt.



Abbildung 58: Gartenbereich, eigene Erhebung:
31.08.2010

Die Einrichtung verfügt über vier Wohnbereiche und eine großräumig angelegte Außenanlage. Auf dem Außengelände befinden sich zwei separat eingezäunte Gartenbereiche (Abb. 58). In jedem Garten ist neben einer Laube auch ein gepflasterter Sitzbereich mit Sonnenschirm zu finden. Diese werden von den zu Therapierenden gerne als Rückzugsbereich gewählt. Eine der Gartenlauben dient zur Aufbewahrung von Gartengeräten und Arbeitsmaterialien. In einer weiteren betreibt einer der Bewohner eine Hasen- und Vogelzucht. In den Gärten werden alle typischen Obst- und Gemüsesorten wie z.B. Tomaten, Mohrrüben, Kürbisse, Erdbeeren und Kräuter angepflanzt. Aus dem geernteten Obst und Gemüse kochen die Bewohner unter anderem Marmelade oder Eintopf. Auch das Krankenhaus der Bodden-Kliniken erhält einen Teil der Ernte und verarbeitet diese. Von den Bewohnern gekochte Marmelade und andere angefertigten Produkte werden ca. viermal im Jahr an einem Verkaufstand im Krankenhaus angeboten.

Zum Grillen dient eine Feuerstelle mit Sitzgruppe. Die Vorbereitungen hierfür wie z.B. das Holzhacken erfolgen während der Arbeitstherapie. Für sportliche Aktivitäten können die Basketball- und die Volleanlage genutzt werden. Weiterhin lädt eine Teichanlage mit Sitzplatz zum Entspannen ein (Abb. 59).

Viele der einzelnen Bereiche des Außengeländes wurden zusammen mit den zu Therapierenden entworfen und konstruiert. So wurde unter anderem der Wunsch nach einem Sitzplatz am Teich zu dem der Nutzer über eine Holzbrücke gelangt geäußert. Diese Ideen wurden mit einigen der Bewohner umgesetzt.



Abbildung 59: Teichanlage mit Sitzplatz, eigene Erhebung: 31.08.2010

Laut Aussage von Frau SCHUHMACHER (2010), der Suchtberaterin des Hauses, ist es schwierig die Bewohner dauerhaft zur Gartenarbeit und sonstigen Aktivitäten zu bewegen. Aufgrund von fehlender Motivation und Ausdauer müssen sie ständig neu motiviert und auch kontrolliert werden. Viele der Bewohner werden außerdem mit Doppeldiagnosen wie z.B. psychischen Störungen aufgenommen. Dies mindert zusätzlich die Antriebskraft. Die meisten der Alkoholkranken leiden unter Polyneuropathie²². Aufgrund der Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen, die durch die Erkrankung entstehen, werden sportliche Betätigungen kaum wahrgenommen.

6.4.4. Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen „Friedrich – Petersen – Klinik“ in Rostock

In der Friedrich-Petersen-Klinik in Rostock werden abhängigkeiterkrankte Menschen ab 18 Jahren therapiert und behandelt. Die Klinik verfügt über 6 individuell gestaltete Wohnhäuser mit 68 Einzel- und 6 Doppelzimmern. Auf dem großzügigen Klinikgelände geben eine Turnhalle mit Krafraum sowie ein Volleyballplatz im Freien die Möglichkeit zur sportlichen Betätigung. Unterstützt wird dies durch Sporttherapeuten. Zur



Abbildung 60: Strandkorbbereich, eigene Erhebung: 28.10.2010

Gesundheitsförderung kann die Sauna in der Turnhalle genutzt werden. Als Entspannungs- und Ruhebereiche werden von den Patienten sehr häufig die überdachte Sitzmöglichkeit, der Grillplatz und der Teich mit Strandkorbbereich (Abb. 60) aufgesucht.

Neben der Suchterkrankung leiden viele der Patienten zusätzlich an psychischen Störungen. Während des 12- bis 16- wöchigen Aufenthaltes finden unter anderem Gruppenpsychotherapie, Einzelgespräche, Gestaltungs-, Sozial-, Schwimm- Entspannungs- sowie Sport- und Ergotherapie statt. Die Dauer des Aufenthaltes kann bei gegebener Indikation auch verlängert werden. Im Bereich der Ergotherapie findet die Arbeitstherapie statt. Ab der zweiten bis dritten Woche ist diese Therapieform ein fester Bestandteil des Behandlungsplanes.

²² Erkrankung der peripheren Nerven aus nichttraumatischer Ursache, Symptome sind unter anderem Sensibilitätsstörung, Bewegungsunruhe, Muskelschwäche, Gangunsicherheit



Abbildung 61: Wasserlauf, eigene Erhebung:
28.10.2010

Die Arbeitstherapie beinhaltet unter anderem das Arbeiten in der Holzwerkstatt sowie das Pflegen und Gestalten der Grünanlagen des Klinikgeländes. Neben den routinemäßig anfallenden Tätigkeiten werden immer wieder größere Projekte durchgeführt. In der Vergangenheit wurden Projekte wie das Anlegen von Wegen, die Gestaltung eines Strandkorbbereiches und der Bau eines Wasserlaufes (Abb. 61) realisiert.

Die Patienten werden bereits in der Planungsphase aktiv mit einbezogen. Dies fördert das Kontakt- und Sozialverhalten. Durch die Arbeit im Freien werden die Patienten aktiviert, motiviert und handeln laut Aussage von Herrn KUPELLUSCH (2010) bei der Durchführung ihrer Tätigkeiten eigenverantwortlich. Die Arbeitsanforderungen werden für jeden einzelnen Patienten individuell festgelegt. Damit soll die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit für jeden selbst sichtbar und erlebbar werden.

7. Diskussion

7.1. Methodendiskussion

Die Befragungen wurden personalisiert durchgeführt, um unter anderem herauszufinden, welche Einrichtungen die Planung eines Therapiegartens wünschen. Da jedes Fax beim Versand automatisch mit einem Absender in der Kopfzeile verschickt wurde, war die Zuordnung der Faxe unproblematisch. Bei der Onlinebefragung wurden auf der Homepage: <http://www.q-set.de> unterschiedliche Linkadressen generiert und den Teilnehmern per E-Mail zugesandt. Dadurch war eine spätere Zuordnung zu den Teilnehmern problemlos möglich. Die Beantwortungen per Postversand gingen in der Poststelle der Hochschule Neubrandenburg ein. Die Briefe wurden dort geöffnet, gesammelt und zur Auswertung weitergeleitet. Am Ende des Fragebogens bestand für jeden Umfrageteilnehmer die Möglichkeit seinen Absender anzugeben. Dies wurde von drei Teilnehmern nicht wahrgenommen. Um dies zu verhindern und alle Fragebögen den Absendern zuordnen zu können, hätten alle Fragebögen mit der Anschrift des Umfrageteilnehmers versehen werden müssen.

Durch die geschlossenen Fragen und den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gestaltete sich die Auswertung der Fragen zum Großteil unkompliziert. Als problematisch muss die Frage 6. („Wie werden Ihre Außenanlagen von Ihrem Klientel genutzt?“) bewertet werden. Diese Frage wurde von vielen Umfrageteilnehmern unvollständig beantwortet (Abb. 62). Das könnte an den umfangreichen Antwortmöglichkeiten liegen. Zu 13 vorgegebenen Nutzungsmöglichkeiten einer Außenanlage sollte angekreuzt werden, ob diese Nutzung der eigenen Außenanlage „eigenständig“, „unter Anleitung“ oder „sowohl eigenständig als auch unter Anleitung“ erfolgt. Wird die Außenanlage nicht für z.B. die Gartenarbeit oder als offenes Klassenzimmer genutzt, konnte das Feld: „keine Nutzung“ angekreuzt werden. Diese Antwortmöglichkeit wurde nur sehr selten genutzt. In diesem Fall wurde von den Teilnehmern eine vollständige Nichtbeantwortung der jeweiligen Nutzungsmöglichkeit vorgezogen. Hätten alle Umfrageteilnehmer die Beantwortung der Frage 6. durchgängig vorgenommen, hätte die Auswertung detaillierter erfolgen können.

6. Wie werden Ihre Außenanlagen von Ihrem Klientel genutzt?

	eigenständig	unter Anleitung	eigenständig sowie unter Anleitung	keine Nutzung
Ruhe- und Rückzugsbereich	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktaufnahme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffpunkt zum Grillen und Feiern	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spielen und toben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
baden und planschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sportliche Aktivitäten (Tanz, Gymnastik etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kreative Aktivitäten (basteln, malen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offenes Klassenzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenarbeit (hacken, harken, pflanzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernte z.B. Obst, Gemüse, Kräuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blumen pflücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 62: Beispiel einer Beantwortung der Frage 6., eigene Erhebung

Ein ähnliches Problem stellte die Frage 12. („Beabsichtigen Sie die Realisierung neuer/weiterer Nutzungselemente“?) dar. Nur wenige der Umfrageteilnehmer füllten diese Frage komplett aus (Abb. 63). Auch hier lässt sich vermuten, dass es an der Komplexität der Beantwortung liegt. Die Antwortoption: „ja bereits in der Planung bzw. Ausführung“ führte zu Missverständnissen. Einige der Umfrageteilnehmer kreuzten dieses Feld nicht an, sondern schrieben neben die Antwortmöglichkeit: „schon vorhanden“.

12. Beabsichtigen Sie die Realisierung neuer / weiterer Nutzungselemente?

	ja, bereits in der Planung bzw. Ausführung	ja, innerhalb der nächsten Monate	ja, in naher Zukunft (6 bis 24 Monate)	ja, in ferner Zukunft	nein, nicht erwünscht	weiß nicht
Sitzplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terrasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grillplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pavillon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerätehaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochbeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naschecke o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barfußweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastpfad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duftpfade / Duftecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehschule mit z.B. unterschiedlichem Untergrund, Treppen und Stufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klangkörper (Summstein, Gong etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasseranlage (Teich, Wasserlauf etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiergehege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 63: Beispiel einer Beantwortung der Frage 12., eigene Erhebung

Viele der Umfrageteilnehmer sind sich unschlüssig, ob sie sich die Beschäftigung eines Gartentherapeuten in ihrer Einrichtung vorstellen können. In den Beantwortungsmöglichkeiten der Frage 14 fiel durch die Ergänzungen einzelner Teilnehmer auf, dass die Antwortoption: „weiß nicht“ fehlte.

7.2. Problematik Begriffsklärung

7.2.1. Gartentherapie

Im Vorfeld der Befragung sollten Unklarheiten, die mit dem Begriff “Gartentherapie“ entstehen könnten, beseitigt werden. Zu diesem Zweck erhielt jede Einrichtung mit der Einladung zur Umfrageteilnahme eine kurze Definition von “Gartentherapie“.

„Die Gartentherapie setzt die Natur zielgerichtet zur Steigerung des psychischen und physischen Wohlbefindens des Menschen ein. Als fester Bestandteil von Behandlungskonzepten ist sie generell für alle Altersstufen und für eine Vielzahl von Krankheitsbildern geeignet“ (Drumm, Definition Gartentherapie, In: Einladung zur Umfrage: “Gartentherapie“, 2009).

In den Fragebögen gaben 12 der Einrichtungen an, dass in ihrer Einrichtung Gartentherapie zum Einsatz kommt. Bei Besichtigungen und Rücksprachen mit den Therapeuten der Einrichtungen wurde festgestellt, dass es sich bei den genannten Aktivitäten im Garten nicht um Gartentherapie handelt. Eine Einrichtung, in der sich ein Bewohner befindet, der ab und zu Löwenzahn für die Kaninchen im Garten pflückt, bietet nicht automatisch Gartentherapie an. Ebenso ist das Einsäen von Gartenkräutern im Beisein des Pflegepersonals keine Gartentherapieeinheit. Jede Tätigkeit im Garten kann theoretisch mit einem therapeutischen Hintergrund gerechtfertigt werden. Die Annahme, dass alle Aktivitäten im Garten einen therapeutischen Nutzen haben, und somit als Gartentherapie bezeichnet werden können, muss kritisch betrachtet werden.

Gartentherapie ist mehr als nur angeleitete Gartenarbeit. Diese Therapieform bezieht das selber Mitgestalten des Gartens sowie das Beobachten der Natur in die Therapie ein (vgl. LEHR, 2007). Die Pflanzen des Gartens dienen dabei als therapeutisches Mittel, um bei den Patienten und Klienten überprüfbare therapeutische Ziele zu erreichen (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010).

In lediglich 3 Einrichtungen wird die Gartentherapie von einem Gartentherapeuten geleitet. Therapien, die im Freien stattfinden, werden bislang von den Ergo- und Physiotherapeuten durchgeführt. Bisher findet die Gartenarbeit nach Aussagen der Umfrageteilnehmer häufig im Rahmen der Arbeitstherapie statt. Neben den vorhandenen Therapeuten leitet vielfach das Pflegepersonal die Bewohner bei der "Gartenarbeit" an. JURACEK (2007) macht deutlich, dass die Gartentherapie von therapeutisch, botanisch und gärtnerisch qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt werden muss. Da die Gartentherapie ein hohes Spektrum an therapeutischen Mitteln und Medien besitzt, muss nach SCHNEITER-ULMANN (2010) der Therapeut sowohl eine botanische und gärtnerische Ausbildung besitzen, als auch über medizinisch-therapeutische Qualifikation verfügen. Dies ist bei der Vielzahl an Einsatzmöglichkeiten unerlässlich.

Zu den möglichen Ursachen der falschen Benennung vorhandener Aktivitäten im Garten der Einrichtungen, zählen fehlende Kenntnisse. Vielen der Umfrageteilnehmer ist nicht bekannt, dass Gartentherapie ausschließlich von qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt werden muss. Dieses Problem hätte vermieden werden können, wenn in der Definition, die jede Einrichtung erhielt darauf eingegangen wäre. Eine Aufschlüsselung der Fähigkeiten über die ein Gartentherapeut verfügen muss, wäre sinnvoll gewesen.

Zu den Fähigkeiten, die ein Gartentherapeut im botanischen Bereich besitzen muss, zählt unter anderem die Kenntnis wichtiger Nutz-, Zier- und Heilpflanzen, sowie deren Einsatzmöglichkeiten. Ein Gartentherapeut muss in der Lage sein adäquate Gartentherapieprogramme auszuwählen, zu planen und durchzuführen. Er sollte Aktivitäten mit Pflanzen zielgerichtet mit Klienten in der Therapie einsetzen können. Dabei muss der Gartentherapeut die zu Therapierenden informieren und instruieren können. Eine von einem Gartentherapeuten angeleitete Gartentherapiestunde wird speziell für jeden zu Therapierenden geplant. Zu Beginn der Behandlung wird der Ist Zustand des Klienten erfasst und eingeschätzt. Aufgrund dieser Einschätzungen werden z.B. vorliegende Gesundheitsprobleme, Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivität diagnostiziert. Aufgrund dieser Diagnostik werden vom Gartentherapeuten Ziele definiert und dokumentiert. Passend zu diesen Zielen werden Aktivitäten ausgewählt und das Therapieprogramm mit einzelnen Therapieeinheiten geplant (vgl. SCHNEITER-ULMANN, 2010). Bei diesem Ablauf wird ersichtlich wie umfangreich und speziell die Planung einer Gartentherapiestunde ist. Um diese und weitere notwendige Fähigkeiten zu besitzen, ist die Ausbildung zum Gartentherapeuten unerlässlich.

In den befragten Einrichtungen findet sich vielfach jemand von den Angestellten, der nach eigenen Aussagen "einen grünen Daumen hat". Es wird versucht mit Bewohnern Staudenbeete anzulegen und Plätze für ein Kräuterbeet zu schaffen. Diese Bereitschaft und die Freude an der Gartenarbeit und der Arbeit mit den Patienten könnte in den Einrichtungen genutzt werden, um das eigene Personal an Weiterbildungen zum Gartentherapeuten teilnehmen zu lassen. Von den Einrichtungen, in denen bisher "Gartentherapie" stattfindet, können sich 5 die Weiterbildung des eigenen Therapeutenteams vorstellen. Vier Einrichtungen sind gegen die Anstellung eines Gartentherapeuten. In einer der Einrichtungen fehlen die finanziellen Mittel und einer der Umfrageteilnehmer sieht die Anstellung eines Gartentherapeuten als nicht notwendig an. In dieser Einrichtung ist die Anstellung aufgrund des niedrigen Personalschlüssels nicht möglich. Von den gesamt 92 Umfrageteilnehmern lehnen 39 (42,4 %) die Anstellung eines Gartentherapeuten ab. Auch hier hätte eventuell eine umfangreiche Aufklärung im Vorfeld zum Thema „Gartentherapie“, und den damit verbundenen Einsatzmöglichkeiten und nötigen Qualifikationen, zu einem anderen Ergebnis geführt.

7.2.2. Therapiegarten

Genauso problematisch ist die Bezeichnung "Therapiegarten" zu betrachten. Siebzehn der 92 teilnehmenden Einrichtungen verfügen nach eigenen Aussagen über einen Therapiegarten. Diese sind unter anderem mit Hochbeeten, Naschecken, Wasserläufen und Tastpfaden ausgestattet. Bei den einzelnen Besichtigungen und Recherchen im Internet wurde deutlich, dass nicht jeder von dem Umfrageteilnehmer bezeichneter Garten auch ein Therapiegarten ist. In einer der Einrichtungen befinden sich nur ein Beet und eine Rasenfläche auf der Gymnastik stattfindet. In einer weiteren Einrichtung gibt es zwar mehrere Hochbeete, doch diese sind zu niedrig, um im Stehen daran arbeiten zu können, Rückenbeschwerden sind die Folge. Rollstuhlfahrer können an den Beeten nicht arbeiten, da diese nicht unterfahrbar sind. Bei der Planung eines Therapiegartens für Menschen mit funktionellen Einschränkungen steht die barrierefreie Planung immer im Vordergrund (vgl. BENDLAGE et al., 2009, S. 18).

Die Gestaltung und die Ausstattung müssen individuell auf die vorhandene Klientel zugeschnitten werden. Befinden sich z.B. in der Einrichtung Rollstuhlfahrer sollten im Therapiegarten alle Wege rollstuhlgerecht ausgestattet sein (5.2.1.1.1). Die Höhen für z.B. Hochbeete müssen der DIN-Norm entsprechen. Vor allem in Einrichtungen mit Betagten und Rollstuhlfahrern wurden die Bedürfnisse der vorhandenen Klientel nicht ausreichend während der Planung berücksichtigt.

Auch SCHNEITER-ULMANN (2010) bestätigt, dass viele soziale und therapeutische Einrichtungen ihre Außenanlagen mit Hochbeeten, Kräuterspiralen, Tastpfaden, Spielgeräten und Wasserspielen ausgestattet haben. Einige dieser Objekte sind teuer und wurden von Künstlern gestaltet. Es stellt sich nicht immer die gewünschte Nutzung dieser Geräte oder der gesamten Anlage ein. *„In Gesprächen mit Vertretern dieser Institutionen wird die Enttäuschung über diese Situation teilweise laut ausgesprochen“* (SCHNEITER-ULMANN, 2010, S.101). Andreas Niepel (Gartentherapeut) berichtete außerdem auf einer Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Gartenkultur im Mai 2007 von Gärten in Deutschland, die bereits zum zweiten Mal umgestaltet wurden. Die Gärten erwiesen sich als zu wenig bedürfnisgerecht und funktional und wurden in Folge dessen zu wenig genutzt (SCHNEITER-ULMANN, 2010).

Als Therapiegarten sollten nur dann Gärten bezeichnet werden, wenn deren Gestaltung auch zu Therapiezwecken dient. In den meisten Einrichtungen wurde der Garten zwar als Therapieraum gewählt, doch mit dem Garten und den Pflanzen als Therapiemittel nur selten gearbeitet. Ebenso fanden keine spezifischen Therapiestunden an den einzelnen Ausstattungselementen statt. Den Leitern der Einrichtung und den Therapeuten ist vielfach nicht bewusst oder bekannt, welche Möglichkeiten ein Therapiegarten bieten kann. Mit einer zusätzlichen Definition des Begriffs "Therapiegarten" hätten gegebenenfalls Unklarheiten im Vorfeld beseitigt werden können.

8. Zusammenfassung

Im Zuge dieser Arbeit konnte mit Hilfe von zahlreichen Studien und Arbeiten von z.B. PINEL (1801), RUSH (1812) und ROLLER (1874) bewiesen werden, dass die positive Wirkung von Natur, Pflanzen, Gärten und Arbeit auf den Menschen seit Jahrhunderten bekannt ist. Eine Therapieform, die seit der Antike die Natur zielgerichtet einsetzt, um die Lebensqualität und das Wohlbefinden des Menschen zu erhalten oder zu verbessern, ist die Gartentherapie. Sie wird aufgrund des hohen Spektrums an therapeutischen Mitteln und Medien sowie der Vielzahl an Einsatzbereichen von ausgebildeten Gartentherapeuten durchgeführt. Diese müssen sowohl über botanisch-gärtnerische als auch medizinisch-therapeutische Qualifikation verfügen. In Deutschland bieten viele Einrichtungen Gartentherapie an. Bislang gehört laut Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses diese Therapieform nicht zu den anerkannten Heilmitteln. In der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) wird die Gartentherapie hingegen aufgeführt. Im Zuge dieser Arbeit erfolgte 2009 eine Befragung bei den Krankenkassen. Mitarbeiter der AOK Mecklenburg-Vorpommern, der BARMER, der GEK, der Bahn BKK sowie der TK bestätigten, dass die Gartentherapie nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen zählt. Die BARMER begründete dies mit dem fehlenden Vorliegen anerkannter Studien oder Ergebnissen über positive Langzeitwirkungen beim Einsatz von Gartentherapie.

Durch die Gartentherapie besteht die Möglichkeit eine Vielzahl an Therapien, die bisher im Inneren einer Einrichtung stattfanden ins Freie zu verlagern. Zu diesem Zweck können für die vorhandene Klientel spezielle Therapiegärten entworfen werden. Therapiegärten werden für Menschen jeden Alters und mit den unterschiedlichsten Fähigkeiten, Potentialen, Bedürfnissen, Erkrankungen und Einschränkungen geplant. Sie schaffen Räume für die aktive Gestaltung und Nutzung des Gartens. Weiterhin bietet ein Therapiegarten Platz, um die Natur passiv erleben zu können. In einem Therapiegarten befinden sich Ausstattungselemente, die zu Therapiezwecken dienen. Sie dienen für die vielfältigsten Bewegungs-, ziel- und nicht zielorientierten Betätigungen Neben der Gartentherapie können diese Elemente auch für Therapieformen ohne Pflanzenbezug genutzt werden. Die Wahl der einzelnen Elemente und Pflanzen richtet sich ganz an der Bewohner- oder Patientenstruktur aus. An der Planung eines Therapiegartens sollten Landschaftsarchitekten, Therapeuten, Patienten und das Pflegepersonal beteiligt werden. Es gibt für die Gestaltung und Ausstattung eines solchen Gartens kein allgemein gültiges Planungsmuster.

Ein Garten für Blinde muss andere Kriterien erfüllen als ein Garten der ausschließlich für Rollstuhlfahrer oder für psychisch Kranke gedacht ist. Im Vordergrund einer jeden Planung steht die Barrierefreiheit mit der Sicherung bzw. der Vermeidung möglicher Gefahrenzonen. Die Barrierefreiheit für den Außenraum ist in den Landesbauordnungen der verschiedenen Bundesländer unterschiedlich umfangreich verankert und benannt. Ein Therapiegarten darf laut § 4 BGG nur dann als barrierefrei bezeichnet werden, wenn die baulichen und sonstigen Anlagen für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.

Die meisten der Therapiegärten in Deutschland liegen in den alten Bundesländern. Um zu ermitteln, ob die Etablierung der Gartentherapie auch in Mecklenburg-Vorpommern möglich ist, wurde im Zuge dieser Arbeit eine Umfrage mit dem Titel: "Gartentherapie" durchgeführt. Im Anschluss an die Umfrage erfolgten Besichtigungen einzelner Einrichtungen, in denen sich laut Aussage der Umfrageteilnehmer ein Garten zu Therapie Zwecken befindet. Die 432 Fragebögen wurden an soziale und therapeutische Einrichtungen einschließlich Vollzugsanstalten verschickt. Der Versand erfolgte zu gleichen Teilen per Post, Fax (Paper & Pencil Version) und Online (computergestützt).

Die Umfrage ergab, dass die Ergotherapie, neben der Physiotherapie, die am häufigsten angewandte Therapieform ist. Zwölf Umfrageteilnehmer gaben an, dass in ihrer Einrichtung die Gartentherapie eingesetzt wird. Bei den Besichtigungen der Einrichtungen wurde festgestellt, dass es sich bei der Art und dem Umfang der Nutzungen der Außenanlagen nicht um Gartentherapie handelt. Die Therapien, die im Freien stattfinden, werden in den meisten Fällen von den Ergo- und Physiotherapeuten durchgeführt und finden größtenteils im Rahmen der Arbeitstherapie statt. In einigen Einrichtungen werden die Bewohner bei der "Gartenarbeit" vom Pflegepersonal angeleitet. Die Anstellung eines Gartentherapeuten oder die Weiterbildung des eigenen Therapeutenteams kommt für 39 Umfrageteilnehmer nicht in Frage. Neben den 3 Einrichtungen, die bisher einen Gartentherapeuten beschäftigen, können sich 2 weitere die Anstellung in ihrer Einrichtung vorstellen. Obwohl 64 der Teilnehmer diese Therapieform bislang nicht bekannt war, stimmten dennoch 66 % der Aussage zu, dass Gartentherapie den Therapieverlauf positiv beeinflussen kann.

Neben der Frage, ob die Einrichtungen über einen Therapiegarten verfügen, wurde auch nach den Ausstattungselementen, und deren Nutzung gefragt. In 50 Einrichtungen werden Therapien im Außenbereich durchgeführt. Im Allgemeinen werden die Therapien sehr gut bis gut von der Klientel angenommen. Siebzehn der Teilnehmer verfügen laut Beantwortung über einen Therapiegarten. An der Planung waren meist mehrere Vertreter unterschiedlicher Zweige beteiligt. Die Nutzung der Außenanlagen erfolgt in den meisten Fällen sowohl eigenständig als auch unter Anleitung. Am häufigsten findet die Gartenarbeit unter Anleitung statt. Als Anschaffung neuer bzw. weiterer Nutzungselemente werden Duftpfade / Duftecken sowie Sitzplätze und Wasseranlagen gewünscht. Zwölf Einrichtungen planen weitere oder neue Beete. Durch die einzelnen Besichtigungen und Recherchen im Internet wurde festgestellt, dass nicht jeder von den Umfrageteilnehmern bezeichneter Garten auch ein Therapiegarten ist. In einzelnen Einrichtungen befindet sich nur ein Beet oder eine Rasenfläche für die Gymnastikgruppe. Installierte Hochbeete sind zu niedrig, um im Stehen daran arbeiten zu können, und Rollstuhlfahrer haben keine Möglichkeit unter das Beet zu fahren.

Laut Umfrage ist der Bedarf an Therapiegärten in Mecklenburg-Vorpommern groß. Von den 92 Teilnehmern können sich 60 % die Planung eines solchen Gartens vorstellen. Die Realisierung eines Therapiegartens wünschen sich Mutter-Kind-Kureinrichtungen, Schulen für Mehrfachbehinderte und integrative Kindertagestätten am wenigsten.

In den sozialen und therapeutischen Einrichtungen besteht noch eine Menge an Aufklärungsbedarf, was die Gartentherapie und die Gestaltung eines Therapiegartens betrifft. Was erforderlich ist, um einen Therapiegarten sinnvoll für die vorhandene Klientel zu planen, ist nur wenigen bekannt. Ebenso fehlen Kenntnisse über mögliche Hilfsmittel, die den Patienten und Klienten die Gartenarbeit erleichtern können. Weiterhin muss den Leitern und Therapeuten der Einrichtungen bewusst werden, dass eine Vielzahl an Qualifikationen nötig sind, um Gartentherapie durchführen zu können. Damit die Gartentherapie auch in Deutschland zu einer anerkannten Therapieform wird, müssen Langzeitstudien über die Erfolge, die mit der Gartentherapie erzielt werden, erfolgen.

LITERATURVERZEICHNIS**ABRAHAM A. et al. (Hrsg.) (2007):**

Landschaft und Gesundheit. Das Potential einer Verbindung zweier Konzepte, Online: www.sl-fp.ch/getdatei.php?datei_id=367, Stand: 08.03.2011.

BENDLAGE R. et al. (Hrsg.) (2009):

Gärten für Menschen mit Demenz, Ulmer Verlag: Stuttgart.

BERGMANN H. (2009):

Duftpflanzen auf Balkon und Terrasse, GU (Hrsg.), Gräfe und Unzer Verlag GmbH: München.

BOLAY F. (1995):

Hindernisse und Gefährdungen für Blinde und Sehbehinderte. In: Barrierefrei Bauen für Behinderte und Betagte. Stemshorn A. (Hrsg.). 3. Auflage. 1. Nachdruck, Verlagsanstalt Alexander Koch GmbH: Leinfelden-Echterdingen

BRUCKER U., MOSBAUER A. (2004):

Ist der Garten therapeutisch? Inhalt und Grenzen des Therapiebegriffs. In: Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur (DGGL) (Hrsg.), Verlag Georg D.W. Callwey GmbH & Co. KG., 2008: München.

CALLO C., HEIN A. et al. (Hrsg.) (2004):

Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau. Tagungsdokumentation, Books on Demand GmbH: Norderstedt

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND (DRV)(Hrsg.) (2007):

KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Ausgabe 2007, Druckerei Buck: Berlin. Online: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35530/publicationFile/17939/ctl_2007_.pdf. Stand: 28.02.2011

DROSDOWSKI G. et al. (1996):

DUDEN. Die deutsche Rechtschreibung. Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.). 21. Auflage, Dudenverlag: Mannheim; Leipzig; Wien; Zürich.

FRITZSCH K. (2008):

Flower Power – Kraft der Pflanzen. In: Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur (DGGL) (Hrsg.), Verlag Georg D.W. Callwey GmbH & Co. KG., 2008: München.

GERLACH M., REICHMANN H. et al. (Hrsg.) (2001):

Die Parkinson-Krankheit. Grundlagen, Klinik, Therapie, Springer Verlag Wien New York: Wien.

GLÜCK H. (Hrsg.) (2009):

Bach-Blüten. Die sanften Helfer. Das praktische Handbuch für Anwender und Berater, Books on Demand GmbH: Norderstedt.

HARTIG N. (2005):

Kreative Soziotherapie im Garten. In: therapie kreativ. Heft 41. Baer U. (Hrsg.), Affenkönig Verlag: Neukirchen-Vluyn.

HASSINK J., VAN DIJK (2006):

Farming for Health. Green-Care Farming Across Europe and the United States of America. Wageningen UR Frontis Series. Volume 13, Springer Verlag, Dordrecht, Niederlande.

HILDEBRANDT H. (Hrsg.) (1994):

Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, Walter de Gryter: Berlin; New York.

JONASSON I. et al. (2007):

Working in a training garden: Experiences of patients with neurological damage. In: Australian Occupational Therapy Journal (Hrsg.). Ausgabe 54, S. 266 - 272: Richmond, Australien.

JURACEK P., LANDESAKADEMIE ZUKUNFTSAKADEMIE FÜR NIEDERÖSTERREICH (Hrsg.):

Pflege Orientierung. Gartentherapie in einer Langzeitpflegeeinrichtung, 14. Jhg. 2/2007.

KAEPPEL V., WEIß J. (1998):

DUDEN. Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke. Redaktion Naturwissenschaft und Medizin (Hrsg.), Dudenverlag: Mannheim; Leipzig; Wien; Zürich.

KÖHLER M. (2008):

Viel Grün lässt Patienten besser genesen. In: Dach + Grün (Hrsg.) Fachmagazin für Bauwerksbegrünung. Dach – Fassade – Innenraum, Ausgabe Nr. 1: März 2008, Verlag Dieter A. Kuberski, 2008

KRAUSE G. (2004):

Therapiegartenplanung versus Gartentherapie. Forschung und Lehre an der Fachhochschule Erfurt. In: Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur (DGGL) (Hrsg.), Verlag Georg D.W. Callwey GmbH & Co. KG., 2008: München.

KROSIGK K.-H. (Hrsg.) (2004):

Krankenhausgärten des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts. In: Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur (DGGL) (Hrsg.), Verlag Georg D.W. Callwey GmbH & Co. KG., 2008: München.

LAVABRE M. (Hrsg.) (1994):

Mit Düften heilen. Das praktische Buch der Aromatherapie. 2. Auflage, Verlag Hermann Bauer KG: Freiburg im Breisgau.

LOESCHKE G., POURAT D. (Hrsg.) (1995):

Wohnungsbau für alte und behinderte Menschen, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart; Berlin; Köln: Stuttgart

Lay B.-H., Niesel A. et al. (Hrsg.) (1989):

Bauen mit Grün. Die Bau- und Vegetationstechnik des Garten- und Landschaftsbaus. Fachbibliothek Grün. 4. Auflage, Ulmer Eugen Verlag, 2010: Stuttgart

Leppert S. (2004):

Der Garten ist gesund, der Kleingarten ist gesünder. Ein Plädoyer. In: Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur (DGGL) (Hrsg.), Verlag Georg D.W. Callwey GmbH & Co. KG., 2008: München.

MAYER-TASCH (2004):

Der Garten – Lebensraum der Menschen. In: Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau. Tagungsdokumentation. Callo C. et al. (Hrsg.), Books on Demand GmbH: Norderstedt.

NEUBERGER K. (1991):

Eine Verbindung von Therapie und Gartenarbeit. In: Praxis Ergotherapie 6/91 (Hrsg.), S. 89-93, Online: http://www.konrad-neuberger.de/deutsch/pdf/Verbindung_pr_ergotherapie_6_1991.pdf

NEUHAUSER F. (2007):

Therapie im Garten. In: Gartentherapie. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) (Hrsg.). Reihe 9: Fachbereich Allgemeine Themen Band 5, Schulz-Kirchner Verlag: Idstein.

NIEPEL A., EMMRICH S. (Hrsg.) (2005):

Garten und Therapie. Wege zur Barrierefreiheit, Ulmer Eugen Verlag.

NIEPEL A., PFISTER T. (Hrsg.) (2010):

Praxisbuch Gartentherapie. Materialien zur Therapie, Schulz-Kirchner Verlag GmbH: Idstein.

PINEL PH. (1801):

Philosophisch medizinische Abhandlung über Geistesverirrungen oder Manie. Aus dem Französischen von Wagner M. übersetzt, Carl Schaumburg und Compagnie 1803: Wien.

PLAHL CH. et al. (Hrsg.) (2004):

Psychologie des Gartens. Anmerkungen zu einer natürlichen Beziehung. In: Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau. Tagungsdokumentation, Books on Demand GmbH: Norderstedt.

REIMANN A. (2007):

Vorwort. KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.). Ausgabe 2007. 5. Auflage, Druckerei Buck: Berlin. Online: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/35530/publicationFile/17939/ctl_2007_.pdf. Stand: 28.02.2011.

REIB M. (Hrsg.) (2009):

Facharztwissen HNO-Heilkunde. Differenzierte Diagnostik und Therapie, Springer Medizin Verlag: Heidelberg.

RIEDERER B. (Hrsg.) (2008):

Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Studienarbeit. FHS St. Gallen, GRIN Verlag: Norderstedt.

ROTHSCHUH K. E. (Hrsg.) (1983):

Naturheilbewegung – Reformbewegung – Alternativbewegung, Hippokrates Verlag : Stuttgart.

RUSH B. (Hrsg.) (1812):

Medical Inquiries and Observations, upon the diseases of the mind, Published by Kimber & Richardson, 1812: Philadelphia.

SCHAIER A. (Hrsg.) (1986):

Gartenarbeit für Körperbehinderte und Senioren, Verlag Modernes Lernen: Dortmund.

SCHNEITER-ULMANN R. (Hrsg.) et al. (2010):

Lehrbuch Gartentherapie, Hans Huber Verlag, Hofgrete AG: Bern.

SEMPIK J. (2007):

Researching Social and Therapeutic Horticulture for People with Mental ill Health. a study of methodology. Reading (UK): Thrive and Loughborough: Centre for Child and Family Research.

SIEMS S. (2003):

Erfahrungsberichte von Betroffenen (1). In: Barrierefreies Bauen und Gestalten für sehbehinderte Menschen. Wahrnehmung – Orientierung – Sicherheit. Böhringer D. (Hrsg.) (2003). Arbeitskreis Umwelt und Verkehr der Arbeitsgemeinschaft Orientierung und Mobilität im Verband der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen und –pädagoginnen: Verein zur Förderung der Blindenbildung (VzFB), Hannover.

STEHLE R. (Hrsg.) (1992):

Balduin, der Gartenfreund. Erfahrungen und Tipps für die vier Jahreszeiten, Braun Verlag: Karlsruhe.

STEIGER R. (Hrsg.) (2007):

Therapien. Was Therapien eigentlich bedeutet. Online: <http://www.kleopas.de/allgemein/therapien-was-therapien-eigentlich-bedeutet.htm>, Stand: 02.03.2011

UNRUH A. M., SMITH N. et al. (2000):

The occupation of gardening in life-threatening illness. A qualitative pilot study. In: Canadian Journal of Occupational Therapy. Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (Hrsg.). Ausgabe 67, Number 1, S. 70-77, Februar 2000: Ottawa, Kanada.

VOGES K. (Hrsg.) (2008):

Draußen auf Rezept... Ein Therapiegarten für die neue Rems-Murr-Klinik Winnenden. Diplomarbeit. Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen-Geislingen. Fakultät V. Landschaftsarchitektur, Umwelt- und Stadtplanung (LUS). Studiengang Landschaftsarchitektur, unveröffentlicht, Quelle: <http://opus.bsz-bw.de/fhnu/volltexte/2008/888/pdf/Diplomarbeit.pdf>, Stand: 29.03.2011

Internetquellen:**ERIKSSON H. (Hrsg.) (2006):**

Garten- und Hühnertherapie. im Krankenhaus St. Laurentius Stift Waltrop - Hochstraße 20 45731 Waltrop, Online: <http://www.garten-therapie.de/gartenundhuehnertherapie.html>, Stand: 09.04.2011

GESELLSCHAFT GEGEN ALKOHOL- UND DROGENGEFAHREN (GAD e.V.) (Hrsg.) (1999)

CMA - Zur Definition und Therapie, Online: http://www.uni-leipzig.de/~sozio/mitarbeiter/m15/content/eigene_site/paper3.pdf, Stand: 07.06.2011

MOBILER SONDERPÄDAGOGISCHER DIENST (Hrsg.):

Ausführlichere Informationen zum Thema Körperbehinderungen. Zusammengestellt vom Mobilen Sonderpädagogischen Dienst. Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung. Oberbayern: München, Online: <http://www.baylfk.com/struktur/verschie/down/msd/AusfInfo-Kb.pdf>, Stand: 12.03.2011

SIEBERT W. (2011):

Baumelbank. Ewald E. (Hrsg.), Online: <http://www.baumelbank.de/>, Stand: 29.01.2011

SIEDLER S. (2010):

Grünsinn. Gartentherapie. Online: <http://www.gruensinn.at/gartentherapie.asp>, Stand: 26.08.2010

SCHIEFERSTEIN T. (2004):

Körperbehinderung, Online: <http://www.behinderung.org/koe.htm>, Stand: 13.03.2011

WEILAND F. (Hrsg.) (2010):

Geschmacksstörung (Dysgeusie), Gesundheitsportal Onmeda. Für meine Gesundheit, Online: <http://www.onmeda.de/symptome/dysgeusie.html>, Stand: 13.03.2011: Köln.

WALICZEK T. et al. (2005):

The Influence of Gardening Activities on Consumer Perceptions of Life Satisfaction. In: HortScience (Hrsg.) 40 (5): 1360-1365, Online: <http://aggie-horticulture.tamu.edu/syllabi/435/articles/waliczek.pdf>, Stand: 09.03.2011.

Weitere Quellen:

mündlich:

Frau **GRÜNWALD** (2010) Ergotherapeutin, ASB Pflegeheim „An der Beeke“ Schwaan

Frau **SCHUMACHER** (2010) Suchtberaterin, „Langzeittherapie“ Ribnitz-Damgarten

Herr **KUPELLUSCH** (2010) leitender Ergotherapeut, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen „Friedrich – Petersen – Klinik“ Rostock

Mail:

ARPS D. (2009)

Ihre E-Mail vom 20.Mai 2009. Techniker Krankenkasse. TK-Service Team. service@tk-online.de. 20.05.2009

GALLERT M. (2009):

Gartentherapie. BARMER Naubrandenburg. Mirko.gallert@barmer.de. 25.05.2009

KOOS J. (2009):

Gartentherapie. Gmünder ErsatzKasse (GEK) Neubrandenburg. jana.koos@gek.de. 25.05.2009





MÖLLER S. (2009):


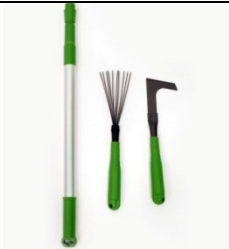


AW: Gartentherapie. Bahn-BKK. service@bahn-bkk.de. 20.05.2009

TEICHERT S. (2009):


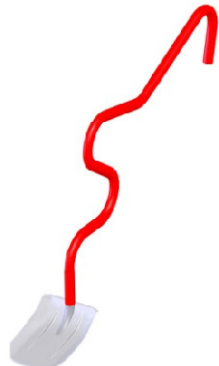
Ihre Anfrage zur Gartentherapie vom 20.05.2009. Kundenberaterin AOK Mecklenburg-Vorpommern. Servicecenter Neubrandenburg. Anne.zurKammer@mv.aok.de. 06.10.2009


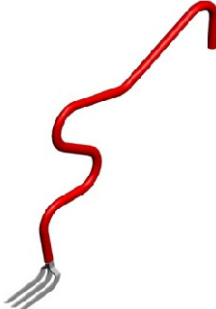

Hilfsmittel	Abbildung	Funktion	Anbieter	
Gartenschere		<p>Abbildung 64: Gartenschere, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Greifhilfen/Schere/Garten/20,5cm.html, 12.10.2010</p>	<p>Einfache Handhabung ohne Druckausübung. Ideal zum Schneiden von Blumen und Zweigen. Die Klängen öffnen sich durch den Selbstöffnungsmechanismus automatisch.</p>	<p>www.barrierefrei.de, www.rehavita24.de</p>
Gartensitz und Kniebank		<p>Abbildung 65: Gartensitz und Kniebank, Funktion 1, Quelle: http://www.rehavita24.de/alltagshilfen_rehabedarf/gartenhilfsmittel/gartensitz-und-kniekissen.html, 12.10.2010</p> <p>Abbildung 66: Gartensitz und Kniebank, Funktion 2, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Gartensitz/Kniebank.html, 12.10.2010</p>	<p>Schützt Gelenke vor hartem Untergrund. Ermöglicht die Gartenarbeit im Sitzen.</p>	<p>www.barrierefrei.de, www.rehavita24.de</p>
Handgriff T- Form		<p>Abbildung 67: Handgriff T-Form, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Greifhilfen/Handgriff/T-Foermig.html, 12.10.2010</p> <p>Abbildung 68: Handgriff T- und D- Form; Befestigung, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Greifhilfen/Handgriff/T-Foermig.html, 12.10.2010</p>	<p>Einfache Befestigung an typischen Gartengeräten wie Harke, Besen, Schaufel etc.. Beugt Ermüdungserscheinungen in Armen und Schulter vor.</p>	<p>www.barrierefrei.de</p>
Hilfsmittel	Abbildung	Funktion	Anbieter	





Gartenschaufel		<p>Abbildung 69: Gartenschaufel, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Gartenschaufel/87cm.html, 12.10.2010</p>	<p>Bei verminderter Hand- und Handgelenksfunktionen geeignet. Kombinierbar mit Armstütze. Für die Bedienung ist geringer Kraftaufwand notwendig. Schonung der Arm und Unterarme.</p>	<p>www.barrierefrei.de</p>
Gartenkralle		<p>Abbildung 70: Gartenkralle, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Gartenkralle/81cm.html, 12.10.2010</p>	<p>Ideal für Rollstuhlfahrer und Personen mit Rückenbeschwerden geeignet.</p>	<p>www.barrierefrei.de</p>
Gartenhacke		<p>Abbildung 71: Hacke mit langem Stiel, Quelle: http://barrierefrei.de/barrierefrei-shop/garten-hacke-langer-stiel-79cm.html, 12.10.2010</p>	<p>Die Gartenhacke kann mit einer zusätzlichen Armstütze verbunden werden. Dadurch werden verminderte Hand- und Handgelenksfunktionen ausgeglichen.</p>	<p>www.barrierefrei.de</p>
Hand- Gartengabel		<p>Abbildung 72: Hand-Gartengabel, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Garten/Freizeit/Gartengabel.html, 12.10.2010</p>	<p>Durch den speziell geformten Griff wird für eine anatomisch richtige Haltung gesorgt.</p>	<p>www.barrierefrei.de, www.rehavita24.de</p>




Hilfsmittel	Abbildung	Funktion	Anbieter
Hand-Gartenschaufel	 <p>Abbildung 73: Hand-Gartenschaufel, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Freizeit/Garten/Handgartenschaufel.html, 12.10.2010</p>	Bei verminderter Hand-und Handgelenksfunktion ist mit der Hand-Gartenschaufel die Gartenarbeit möglich.	www.barrierefrei.de , www.rehavita24.de
Fugenkratzer mit Teleskopstiel	 <p>Abbildung 74: Fugenkratzer mit Teleskopstiel, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Fugenkratzer/Teleskopstiel.html, 12.10.2010</p>	Der Teleskopstiel kann von 0,30 m auf 1,50 m verlängert werden. Somit ist die Entfernung von Unkraut in den Fugen auch im Stand möglich.	www.barrierefrei.de
Fugenhaken	 <p>Abbildung 75: Fugenhaken, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/Fugenhaken-s.jpg, 30.01.2011</p>	<i>„Der Fugenhaken ist sowohl zum Lockern von festen Böden geeignet als auch zum Beschneiden von Graskanten etc. [...]. Der ergonomisch gebogene Griff trägt zusätzlich zu einer geringeren Verletzungsgefahr der Hände bei.“</i> (Dickhaus: „Ergobase“, unter: http://www.ergobase.com/produkte/index.php?pid=7 , Stand: 30.01.2011)	www.ergobase.com
Handschaufel	 <p>Abbildung 76: Handschaufel, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/Handschaufel-s.jpg, 30.01.2011</p>	<i>„Die gebogene Griffform und trapezförmige Grifffläche sowie die gefräste Schnittkante ermöglichen rücken- und kraftschonendes Arbeiten bei allen Anwendungen.“</i> („Ergobase“, unter: http://www.ergobase.com/produkte/index.php?pid=5 , Stand: 30.01.2011)	www.ergobase.com

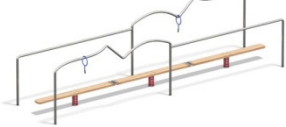


Hilfsmittel	Abbildung	Funktion	Anbieter
Handgriffe	 <p>Abbildung 77: Handgriffe, Quelle: http://barrierefrei.de/shop/produktarten/Alltagshilfen/Griff/gel, 12.11.2010b /Garten.html, 12.10.2010</p>	Die Handgriffe können an Gartengeräten befestigt werden. Die spezielle Griffform sorgt für eine anatomisch korrekte Körperhaltung. Die Griffe sind für Links- und Rechtshänder geeignet.	www.barrierefrei.de
Fugenkratzen-Bürste	 <p>Abbildung 78: Fugenkratzen-Bürste, Quelle: http://www.seniorenangebote24.de/Garten-Balkon/Gartengerate/Fugenkratzen-Buerste::2216.html, 12.10.2010</p>	Mit diesem Gartengerät ist das Reinigen der Fugen im Stand möglich.	www.seniorenangebote24.de
Straßenbesen	 <p>Abbildung 79: Straßenbesen, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/Strassenbesen.jpg, 30.01.2011</p>	„Der Ergobase-Straßenbesen ist ein Gerät für Kehrarbeiten. Die S-förmige Griffgestaltung dient als optimaler Krafthebel bei allen Bewegungsabläufen und trägt so zu einer rückschonenden Haltung bei.“ (Dickhaus: „Ergobase“, unter: http://www.ergobase.com/produkte/index.pph?pid=22 , Stand: 30.01.2011)	www.ergobase.com




Hilfsmittel	Abbildung	Funktion	Anbieter
Schaufel	 <p>Abbildung 80: Schaufel I, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/FrankfurterSchaufel.jpg, 30.01.2011</p> <p>Abbildung 81: Schaufel II, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/HolsteinerSchaufel.jpg, 30.01.2011</p>	<p>„Die Ergobase-Holsteiner-Schaufel ist ein Gerät für Schaufel- und Grabarbeiten. Die S-förmige Griffgestaltung dient als optimaler Krafthebel bei allen Bewegungsabläufen und trägt so zu einer rückschonenden Haltung bei. Zusätzlich wirkt dieser S-förmige Griff dämpfend bei Schlag- und Stoßbewegungen und verringert damit auch die Verletzungsgefahr.“ (Dickhaus: „Ergobase“, unter: http://www.ergobase.com/produkte/index.php?pid=19, Stand: 30.01.2011)</p>	www.ergobase.com
Spaten-Schaufel	 <p>Abbildung82: Spaten-Schaufel, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/Schaufel-s.jpg, 31.01.2011</p>	<p>„Die Ergobase-Spaten-Schaufel ist ein Gerät für Schaufel- und Grabarbeiten.“ (Dickhaus: „Ergobase“, unter: http://www.ergobase.com/produkte/index.php?pid=11, Stand: 30.01.2011)</p>	www.ergobase.com


Hilfsmittel	Abbildung	Funktion	Anbieter
Schneeschieber	 <p>Abbildung 83: Schneeschieber, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/Schneeschieber_2.1.jpg?PHPSESSID=fd830eae327347333200a24b97b6de1, 30.01.2011</p>	<p>„Die optimalen Arbeits- und Lasthebel verringern den Kraftaufwand beim Schneeschaukeln.“ <i>Es kann ohne Beugen des Rückens und ohne Verdrehen des Oberkörpers gearbeitet werden. Wegen der optimalen Winkel braucht bei gleicher Schneemenge weniger Last bewegt werden.“</i> (Dickhaus: „Ergobase“, unter: http://www.ergobase.com/produkte/index.php?pid=17, Stand: 30.01.2011)</p>	www.ergobase.com
Multifunktion	 <p>Abbildung 84: Multifunktionsgerät, Quelle: http://www.ergobase.com/media/produkte/Gartenboy-s.jpg, 30.01.2011</p>	<p>„[...] Multifunktionsgerät für Gabel-, Hack- und Hackarbeiten. [...] geeignet zum kraft- und rüchenschonenden Lockern der Erde und Unkraut jäten auch in festen, lehmigen und steinigen Böden.“ (Dickhaus: „Ergobase“, unter: http://www.ergobase.com/produkte/index.php?pid=13, Stand: 30.01.2011)</p>	www.ergobase.com
Handwagen	 <p>Abbildung 85: Handwagen, Quelle: http://www.bts-europe.de/produkte/gif/handwagen-atze.jpg, 02.08.2011</p>	<p>Bis zu 50 % weniger Kraftaufwand beim Heben. Ermöglicht rüchenschonendes und krätesparendes Arbeiten. Schieben oder Ziehen möglich.</p>	www.bts-europe.de

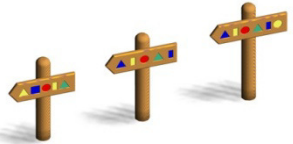

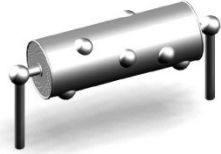
Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Balancierbalken	 <p>Abbildung 86: Balancierbalken, Quelle: http://www.neospiel-shop.de/popup_image.php?pID=298&imgID=0, 30.01.2011</p>	<p>Slackline besteht aus einem 8,00 cm breiten Gummiband.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilisierung des Gleichgewichtssinnes</i> ✓ <i>Auge-Fuß-Koordination</i> 	<p>www.neospiel-shop.de www.sport-thieme.de</p>
Gummi-Wackelband	 <p>Abbildung 87: Gummi-Wackelband, Quelle: http://www.neospiel-shop.de/popup_image.php?pID=77&imgID=0, 30.01.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilisierung des Gleichgewichtssinnes</i> ✓ <i>Auge-Fuß-Koordination</i> ✓ <i>Orientierungs- und Umstellungsfähigkeit</i> 	<p>www.neospiel-shop.de</p>
Airwalker	 <p>Abbildung 88: Airwalker, Quelle: http://www.sport-thieme.de/spielplatzgeraete/generationenspielplatzoutdoorfitness/art=2253507/RL/r=020216282000131354/-2004023038/, 02.02.2011</p>	<p>Der Nutzer stellt sich mit den Füßen auf die Platten und hält sich an dem Griff fest. Durch das vor- und zurückgleiten wird ein gelenkschonendes Training gewährleistet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Herz-Kreislauf-Training</i> ✓ <i>Koordinationstraining</i> ✓ <i>Kräftigung der Bein- und Hüftmuskulatur</i> 	<p>www.sport-thieme.de</p>
Torsotrainer	 <p>Abbildung 89: Torsotrainer, Quelle: http://www.sport-thieme.de/spielplatzgeraete/generationenspielplatzoutdoorfitness/art=2253800/RL/r=020216282000131354/-2008024027/, 02.02.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Koordinationstraining</i> ✓ <i>Sensibilisierung des Gleichgewichtssinnes</i> ✓ <i>Förderung der Hüftgelenks- und Lendenwirbelbeweglichkeit</i> ✓ <i>Stärkung der schrägen Bauchmuskulatur</i> 	<p>www.sport-thieme.de</p>

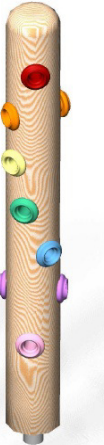

Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Schwingstreifen	 <p>Abbildung 90: Schwingstreifen, Quelle: http://www.playparc.de/deutsch/media/4Fcircle-Bilder/4Fcircle_Datenblatt_Schwingstreifen.pdf, 30.01.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilisierung des Gleichgewichtssinnes</i> ✓ <i>Orientierungs- und</i> ✓ <i>Umstellungsfähigkeit</i> 	www.playparc.de
Balancier-Seilbrücke	 <p>Abbildung 91: Balancier-Seilbrücke, Quelle: http://www.neospiel-shop.de/pop_up_image.php?plID=85&imgID=0, 30.01.2011</p>	<p>Balancierstrecke</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilisierung des Gleichgewichtssinnes</i> 	www.neospiel-shop.de
Stufenturm	 <p>Abbildung 92: Stufenturm, Quelle: http://www.playparc.de/deutsch/media/4Fcircle-Bilder/4Fcircle_Datenblatt_Stufenturm.pdf, 30.01.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Stärkung der Hüftstreck- und Beinmuskulatur</i> 	www.playparc.de



Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Heißer Draht	 <p>Abbildung 93: Heißer Draht, Quelle: http://www.playparc.de/deutsch/media/4Fcircle-Bilder/1204030_Heisser-Draht.jpg, 30.01.2011</p>	<p>Eine mit Gelenken verbundene, auf Federn gelagerte Balancierstrecke muss überwunden werden. Zeitgleich ist (wechselseitig) ein Führungsring entlang eines Edelstahlhandlaufes zu führen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilisierung des Gleichgewichtssinnes</i> ✓ <i>Training der Auge-Fuß-Koordination</i> ✓ <i>Training der Orientierungs- und Umstellungsfähigkeit</i> 	www.playparc.de
Schwebende Plattform	 <p>Abbildung 94: Schwebende Plattform, Quelle: http://www.playparc.de/deutsch/media/4Fcircle-Bilder/1204029_Schwebende-Plattform.jpg, 31.01.2011</p>	<p>Der Nutzer muss versuchen auf der beweglichen Plattform die Balance zu halten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilisierung des Gleichgewichtssinnes</i> ✓ <i>Steigerung der Reaktionsfähigkeit</i> 	www.playparc.de
Spinnennetz	 <p>Abbildung 95: Spinnennetz, Quelle: http://www.playparc.de/deutsch/media/4Fcircle-Bilder/1204031_Spinnennetz.jpg, 31.01.2011</p>	<p>Die Strecke muss ohne Berührung der Schnüre durchlaufen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Steigerung der Orientierungsfähigkeit</i> ✓ <i>Training der Auge-Fuß-Koordination</i> 	www.playparc.de

Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Oberkörper- Ergometer	 <p>Abbildung 96: Oberkörper-Ergometer, Quelle: http://www.playparc.de/deutsch/media/4Fcircle-Bilder/4Fcircle_Datenblatt_Oberkoerper-Ergometer.pdf, 01.02.2011</p>	<p>An den drei verschiedenen Ebenen, werden Drehbewegungen in verschiedene Richtungen trainiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Kräftigung der Arm- und Schultermuskulatur</i> 	<p>www.playparc.de www.sport-thieme.de</p>
Tai Chi Handflächen- masseur	 <p>Abbildung 97: Tai Chi Handflächenmasseur, Quelle: http://www.sport-thieme.de/spielplatzgeraete/generationenspielplatzoutdoorfitness/art=2253709/RL/r=020216282000131354/-2004023038/, 02.02.2011</p>	<p>Durch die kreisenden Bewegungen der Drehteller werden die Handinnenflächen von den Noppen sanft massiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Kräftigung der Arm- und Schultermuskulatur</i> ✓ <i>Massage</i> ✓ <i>Durchblutungsförderung</i> 	<p>www.sport-thieme.de</p>
Schaukelbett- Schaukel	 <p>Abbildung 98: Schaukelbett-Schaukel, Quelle: http://www.playparc.de/deutsch/media/4Fcircle-Bilder/4Fcircle_Datenblatt_Schaukelbett(1).pdf, 01.02.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Entspannung</i> 	<p>www.playparc.de</p>

Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Klangröhren	 <p>Abbildung 99: Klangröhren, Quelle: http://www.spielgeraeteparkbauten.de/Produkte/Barrierefreies_Spielen/Klangroehren/, 26.01.2011</p>		www.spielgeraeteparkbauten.de
Tastwand	 <p>Abbildung 100: Tastwand, Quelle: http://www.spielgeraeteparkbauten.de/Produkte/Barrierefreies_Spielen/Tastwand_Gero/, 26.01.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilität</i> ✓ <i>Tastsinn</i> 	www.spielgeraeteparkbauten.de
Summstein	 <p>Abbildung 101: Summstein, Quelle: http://www.archplay.it/de/spielplaetze/ergaenzungselemente/summstein/, 01.02.2011</p>	<p>Durch das Hineinsummen in das Loch des Steines kommt es zur Resonanzbildung. Diese Töne erzeugen Vibrationen, die im gesamten Körper spürbar sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Wahrnehmung</i> 	

Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Farben und Formen	 <p>Abbildung 102: Farben und Formen, Quelle: http://www.hst-spielgeraete.de/pics/artikel/farben-formen-labyrinth.jpg, 02.02.2011</p>	<p>Die auf den Holzpfeilen dargestellten Formen können mit den Fingern abgefahren und ertastet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sensibilität</i> ✓ <i>Tastsinn</i> 	www.hst-spielgeraete.de
Farbfächer	 <p>Abbildung 103: Farbfächer, Quelle: http://www.hst-spielgeraete.de/pics/artikel/farbfacherwald3.jpg, 02.02.2011</p>	<p>Der Farbfächer ist drehbar und für Kinder unter 3 Jahren geeignet. Durch das hindurchschauen wird das betrachtete Umfeld in unterschiedliche Farben getaucht.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Wahrnehmung</i> ✓ <i>Anregung zur Experimentierfreude</i> ✓ <i>Phantasiesteigerung</i> ✓ <i>kindliche Entwicklung</i> 	www.hst-spielgeraete.de
Klangtrommel	 <p>Abbildung 104: Klangtrommel Quelle: http://www.hst-spielgeraete.de/pics/artikel/klangtrommel2.jpg, 02.02.2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Wahrnehmung</i> ✓ <i>Kindliche Entwicklung</i> ✓ <i>Anregung zur Experimentierfreude</i> 	www.hst-spielgeraete.de

Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Guckrohr	 <p data-bbox="824 256 1115 368">Abbildung 105: Guckrohr, Quelle: http://www.hst-spielgeraete.de/pics/artikel/guckrohr4.jpg, 02.02.2011</p>	<p data-bbox="1144 252 1675 355">Beim Hindurchsehen der drehbaren Säule fällt der Fokus auf einzelne Objekte oder Pflanzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1193 400 1503 432">✓ <i>Phantasiesteigerung</i> <li data-bbox="1193 435 1525 467">✓ <i>kindliche Entwicklung</i> 	<p data-bbox="1709 256 2029 284">www.hst-spielgeraete.de</p>
Behindertenschaukel	 <p data-bbox="824 775 1115 935">Abbildung 106: Behindertenschaukel, Quelle: http://www.hst-spielgeraete.de/pics/artikel/Behindertenschaukel.jpg, 02.02.2011</p>		<p data-bbox="1709 770 2029 834">www.hst-spielgeraete.de www.sport-thieme.de</p>

Modul	Abbildung	Funktion / Training	Anbieter
Rollstuhlschaukel	 <p>Abbildung 107: Rollstuhlschaukel, http://www.sport-thieme.de/spielplatzgeraete/schaukeln/schaukelanlagen/einzelschaukeln/art=1608609/RL/r=020216282000131354/-2001242359/, 02.02.2011</p>	✓ vestibuläre Wahrnehmung	www.sport-thieme.de
Rolli - Karussell	 <p>Abbildung 108: Rolli - Karussell, Quelle: http://www.sport-thieme.de/spielplatzgeraete/karussells/art=3066401/RL/r=020216282000131354/-2009894628/, 02.02.2011</p>		www.sport-thieme.de

Adressgewinnung	Name der Homepage	URL:
Rehabilitations- und Kurkliniken	Reha Mecklenburg-Vorpommern Internetportal	http://www.reha-verzeichnis.de/
	m-vp.de	http://www.m-vp.de/karten/kur.htm
	kliniken.de	http://www.kliniken.de/pflegeheime/a-z/altenheim/pflegeplz_17.htm
Krankenhäuser	KGMV Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.	http://www.kgmv.de/krankenhaeuser.html?no_cache=1
	hotfrog Das Krankenhäuser Firmen-Portal	http://www.hotfrog.de/Produkte/Krankenhaeuser/MV
	klick.Tel.	http://www.klicktel.de/branchen/krankenhaeuser-und-kliniken-3200097/mv.html
Pflegeheime	Wohnen-im-Alter.de	http://www.wohnen-im-alter.de/altenpflege-betreutes-wohnen-in-mecklenburg-vorpommern.html
	kliniken.de	http://www.kliniken.de/pflegeheime/a-z/altenheim/pflegeplz_17.htm
	hotfrog Das Pflegeheime Firmen-Portal	http://www.hotfrog.de/Produkte/Pflegeheime/MV
	m-vp.de	http://www.m-vp.de/gesundheit/pflegeheime-betreutes-wohnen.htm
	Deutsches Rotes Kreuz	http://www.drk-mv.de/index.php?id=57
	Arbeiterwohlfahrt Mecklenburg - Vorpommern	http://www.awo-mv.de/index.php?id=130
Kindertagesstätten	Kita-Portal-MV	http://www.kita-portal-mv.de/de/tageseinrichtungen/kitas_in_m_v
	hotfrog Das Kindergärten Firmen-Portal	http://www.hotfrog.de/Produkte/Kindergaerten/MV
	Arbeiterwohlfahrt Mecklenburg - Vorpommern	http://www.awo-mv.de/index.php?id=128

Adressgewinnung	Name der Homepage	URL:
Justizvollzugsanstalten	Justizministerium Regierungsportal	http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/jm/Behoerden__Institutionen/index.jsp
Wellness- und Spa Hotels	LuxusHotels Mecklenburg-Vorpommerns.de	http://www.luxushotels-mecklenburg-vorpommerns.de/index.php
	Ostsee-und-Wellness.de	http://www.ostsee-und-wellness.de/ostsee.html
Schulen	Bildungsserver Mecklenburg-Vorpommern	http://www.bildung-mv.de/de/schule/foerderschulen/
Psychiatrische Einrichtungen	Psychiatriewegweiser	http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/Psychiatriewegweiser2006/mstrelitz2.html

Fragebogen ‘‘Gartentherapie‘‘

1. Wie viele Personen werden in Ihrer Einrichtung betreut?

2. Welche Therapien finden in Ihrer Einrichtung statt?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> tiergestützte-Ther. | <input type="checkbox"/> Phytotherapie | <input type="checkbox"/> Farbtherapie |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Musiktherapie | <input type="checkbox"/> Klimatherapie |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Soziotherapie | <input type="checkbox"/> Kunsttherapie | <input type="checkbox"/> Gartentherapie |
| <input type="checkbox"/> Bewegungstherapie | <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie | <input type="checkbox"/> Kneipptherapie | |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Entzugstherapie | <input type="checkbox"/> Aromatherapie | |

andere: _____

3. Haben Sie vor diesem Fragebogen schon einmal von ‘‘Gartentherapie‘‘ gehört?

- Ja Nein

4. Bitte bewerten Sie folgende Aussage!

	stimme sehr zu	stimme zu	stimme weder zu noch nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu	weiß nicht
"Gartentherapie" kann den Therapieverlauf positiv beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Über welche der genannten Nutzungselemente verfügt Ihre Außenanlage?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sitzplatz | <input type="checkbox"/> Tastpfad |
| <input type="checkbox"/> Terrasse | <input type="checkbox"/> Duftpfade / Duftecke |
| <input type="checkbox"/> Grillplatz | <input type="checkbox"/> Gehschule mit z.B. unterschiedlichem Untergrund, Treppen etc. |
| <input type="checkbox"/> Pavillon | <input type="checkbox"/> Klangkörper |
| <input type="checkbox"/> Gerätehaus | <input type="checkbox"/> Wasseranlage (Teich, Wasserlauf, Brunnen etc.) |
| <input type="checkbox"/> Beet | <input type="checkbox"/> Parkanlage |
| <input type="checkbox"/> Hochbeet | <input type="checkbox"/> Spielgerätebereich |
| <input type="checkbox"/> Naschecke o.ä. | <input type="checkbox"/> Tiergehege |
| <input type="checkbox"/> Barfußweg | <input type="checkbox"/> keine der genannten |

andere: _____

6. Wie werden Ihre Außenanlagen von Ihrem Klientel genutzt?

	eigenständig	unter Anleitung	eigenständig sowie unter Anleitung	keine Nutzung
Ruhe- und Rückzugsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffpunkt zum Grillen und Feiern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spielen und toben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
baden und planschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sportliche Aktivitäten (Tanz, Gymnastik etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kreative Aktivitäten (basteln, malen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offenes Klassenzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gartenarbeit (hacken, harken, pflanzen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernte z.B. Obst, Gemüse, Kräuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blumen pflücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Führen Sie Therapien im Außenbereich durch?

- Ja Nein → **weiter mit Frage 12!**

8. Wie werden die Therapie im Außenbereich von Ihrem Klientel angenommen?

- sehr gut weder gut noch schlecht zeigen Ablehnung
 gut kein Interesse weiß nicht

9. Verfügen Sie über einen Therapiegarten?

- Ja Nein → **weiter mit Frage 12!**

10. Wer war an der Planung Ihres Therapiegartens beteiligt?

- Landschaftsarchitekten Therapeuten Klienten, Bewohner Studenten
 Architekten Betreuer Angehörige
andere: _____

13. Können Sie sich die Realisierung eines speziell auf Ihr Klientel abgestimmten Therapiegartens vorstellen?

- ja, bereits in der Planung bzw. Ausführung
- ja, innerhalb der nächsten Monate
- ja, in naher Zukunft (6 bis 24 Monate)
- ja, in ferner Zukunft
- nein, nicht erwünscht
- weiß nicht

14. Eine Qualifizierung zum Gartentherapeuten ist durch Weiterbildungen möglich. Könnten Sie sich die Beschäftigung eines Gartentherapeuten vorstellen?

- bereits angestellt
- ja, in Festanstellung
- ja, auf Honorarbasis
- ja, durch Weiterbildungen des eigenen Therapeutenteams
- nein

15. Haben Sie Anregungen, Fragen etc.?

Absender:

Ansprechpartner/in: