

Berufsakademie Sachsen
Staatliche Studienakademie Breitenbrunn

Gartentherapie in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung

Bachelorarbeit
zur Erlangung des Grades

Bachelor of Arts
(Soziale Arbeit)

eingereicht von:

Louisa Maier

18.02.1997

am 17.06.2019

Kurs: 2BM16-1
Matrikel- Nr.: 2001499
Praxispartner: AWO Werkstätten Sachsen-West/AWO Hauptwerkstatt Leipzig
1. Gutachter_in: Steffen Hinz
2. Gutachter_in: Lydia Szilagyi

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, um mich bei all denjenigen zu bedanken, die mich beim Schreiben dieser Arbeit fachlich und persönlich unterstützt haben.

Zunächst möchte ich Lydia Szilagyí als Praxisgutachterin und Steffen Hinz als Theoriegutachter meiner Bachelorarbeit für die wissenschaftliche Betreuung und die damit verbundenen Hinweise meinen Dank aussprechen.

Weiterhin danke ich den Interviewpartnerinnen für die Bereitschaft Interviews im Rahmen meiner Arbeit zu führen.

Bei zwei ehemaligen Deutschlehrerinnen möchte ich mich ganz herzlich für das Korrekturlesen bedanken.

Ganz besonders großer Dank gebührt vor allem meinen Eltern und meinen Großeltern, die mich während der Zeit des Schreibens aufmunterten und einfach für mich da waren.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	5
2.	Menschen mit Behinderung.....	7
2.1	Begriff der Behinderung.....	7
2.2	Formen von Behinderungen.....	9
3.	Theoretische Grundlagen der Gartentherapie.....	11
3.1	Begriffsbestimmungen.....	12
3.1.1	Green Care.....	12
3.1.2	Gartentherapie.....	13
3.1.3	Garten.....	15
3.1.4	Therapie.....	16
3.1.5	Gartentherapeut_in.....	16
3.1.6	Therapiegarten.....	17
3.2	Geschichte der Gartentherapie.....	17
3.3	Verbreitung der Gartentherapie in Deutschland.....	22
3.4	Bedeutung der Natur für den Menschen.....	23
3.4.1	Naturbegriff.....	24
3.4.2	Beziehung zwischen Mensch und Natur.....	24
3.4.3	Beziehung zwischen Mensch und Garten.....	28
3.4.4	Beziehung zwischen Mensch und Pflanze.....	29
3.4.5	Entfremdung des Menschen von der Natur.....	31
3.5	Ziele und Effekte der Gartentherapie.....	32
3.6	Sinneswahrnehmung als Element der Gartentherapie.....	37
3.7	Gartentherapieprogramme.....	42
3.8	Bedeutung der Gartentherapie für die Soziale Arbeit.....	43
4.	Gartentherapie im Berufsbildungsbereich der AWO Werkstätten Sachsen-West – AWO Hauptwerkstatt Leipzig.....	44
4.1	Werkstätten für Menschen mit Behinderung.....	44
4.2	AWO Werkstätten Sachsen-West – AWO Hauptwerkstatt Leipzig.....	51

4.2.1	Leitbild und Organisationsstruktur der AWO Werkstätten Sachsen-West	52
4.2.2	Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig.....	53
4.3	Menschen mit Behinderung als Zielgruppe der Gartentherapie	57
4.4	Gestaltung eines Therapiegartens	65
5.	Empirischer Teil	68
5.1	Empirische Sozialforschung.....	69
5.2	Zielsetzung der Untersuchung.....	69
5.3	Durchführung der Untersuchung.....	70
5.3.1	Forschungsmethode	70
5.3.2	Auswahl der Interviewpartner_innen.....	70
5.3.3	Interviewleitfaden	72
5.3.4	Durchführung der Experteninterviews.....	72
5.3.5	Auswertung der Experteninterviews.....	73
5.4	Ergebnisse	76
5.4.1	Begriff der Gartentherapie	76
5.4.2	Vorteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung	76
5.4.3	Nachteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung.....	78
5.4.4	Gestaltung eines Therapiegartens für Menschen mit Behinderung	80
6.	Handlungsempfehlung für die AWO Werkstätten Sachsen-West – AWO Hauptwerkstatt Leipzig.....	82
7.	Fazit	86
8.	Abkürzungsverzeichnis.....	91
9.	Literaturverzeichnis	92
10.	Quellenverzeichnis.....	99
11.	Abbildungsverzeichnis.....	102
	Anlagen.....	

1. Einleitung

„Letzten Endes ist das Ziel des Gärtners nicht das Ziehen von Pflanzen, sondern die Pflege und Vervollkommnung des Menschen“ (Masanobu Fukuoka o.J. zit. nach Niepel/Emmrich 2005, S. 107). Dieses Zitat verdeutlicht die Verbindung zwischen Mensch und Garten sowie die positiven Wirkungen von Elementen eines Gartens auf das menschliche Wohlbefinden und verweist auf die Kombination von Therapie und gärtnerischen Tätigkeiten. Gartentherapie knüpft an dieser Kombination an und ist auf die Verbesserung vielfältiger Bereiche bei bestimmten Zielgruppen ausgerichtet. In der Arbeit mit Menschen mit Behinderung, welche einen Bereich der Sozialen Arbeit darstellt, stehen die individuelle Förderung und die Orientierung an den Ressourcen, Stärken, Fähigkeiten sowie Interessen und Bedürfnissen der Klient_innen im Fokus. Insbesondere gilt es Menschen mit Behinderung, unabhängig von den Beeinträchtigungen, in ihrer Persönlichkeit zu stärken. Gartentherapie stellt in diesem Zusammenhang eine alternative Form der individuellen Förderung von Menschen mit Behinderung dar. Auch in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung sollten die Klient_innen in ihren Fähigkeiten gestärkt werden, um auf diese Weise am Arbeitsleben teilhaben zu können. Besonders im Berufsbildungsbereich, welcher auf die Entwicklung der Persönlichkeit und verschiedener Kompetenzen ausgerichtet ist, steht dies im Mittelpunkt.

Die Relevanz des Themas ergibt sich aus dem Aspekt, dass sich die Arbeit mit Menschen mit Handicap, auch in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, in einem ständigen Wandlungsprozess befindet und sich daraus eine Notwendigkeit neuer zukunftsorientierter Ansätze und Konzepte ableiten lässt. In Anbetracht dessen beschäftigt sich die vorliegende Bachelorarbeit mit der Gartentherapie in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung. Das fachliche Interesse der Autorin für das Thema der Gartentherapie in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung entstand während eines Seminars zur Thematik im Studium sowie während der Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigung im Rahmen der Praxisphasen des Studiums.

Das Ziel der Arbeit ist es herauszufinden, inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung durch Gartentherapie gefördert werden können und welche Chancen sich für die Werkstatt als Einrichtung ergeben. Dabei wird insbesondere auf den Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig als Praxispartner der Autorin eingegangen. Aus dieser Zielsetzung

ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche Möglichkeiten bietet die Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung?

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt über eine intensive Auseinandersetzung mit der Literatur sowie über qualitative Forschung. Der theoretische Teil der Arbeit basiert auf einer umfangreichen themenbezogenen Literaturrecherche und Literaturbearbeitung. Der empirische Teil beruht auf qualitativen Interviews, welche mit Expert_innen aus dem Bereich der Gartentherapie und der Arbeit mit Menschen mit Behinderung geführt wurden. In Bezug auf die Gartentherapie im Allgemeinen gibt es eine Vielzahl an Literatur und wissenschaftlichen Untersuchungen. Hinsichtlich der Fördermöglichkeiten von Menschen mit Behinderung durch Gartentherapie existieren einige wenige Publikationen. Eine Untersuchung, welche sich konkret auf gartentherapeutische Aktivitäten mit Klient_innen des Berufsbildungsbereiches einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung bezieht, konnte bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht gefunden werden.

Im Anschluss an die Einleitung wird zunächst auf Menschen mit Behinderung eingegangen. Dabei werden sowohl der Begriff der Behinderung, als auch verschiedene Formen von Behinderungen beschrieben. Kapitel drei ist ausschließlich der Gartentherapie gewidmet. Unter anderem werden wesentliche Begriffe definiert, die Geschichte der Gartentherapie dargestellt, die Bedeutung der Natur für den Menschen analysiert sowie Ziele und Effekte der Gartentherapie beleuchtet. Im Fokus des vierten Kapitels steht der Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig. In diesem Zusammenhang werden auch die rechtlichen Grundlagen einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschrieben. Aufbauend auf den Erkenntnissen aus Kapitel drei, wird zudem auf die Förderung von Menschen mit Behinderung im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten eingegangen. Im fünften Kapitel befindet sich der empirische Teil. In diesem wird die Zielsetzung sowie die Durchführung der Untersuchung dargestellt. Ein weiterer Bestandteil dieses Kapitels ist die Ergebnispräsentation der Experteninterviews. Im Anschluss daran wird eine Handlungsempfehlung für die AWO Hauptwerkstatt Leipzig entwickelt. Abschließend werden im siebten Kapitel die Ergebnisse der Arbeit in Hinblick auf die Forschungsfrage und die Zielsetzung zusammengefasst.

2. Menschen mit Behinderung

Zunächst ist zu erwähnen, dass in der hier vorliegenden Arbeit überwiegend von Menschen mit Behinderung gesprochen wird. Diese Formulierung wird dem sogenannten People First Prinzip gerecht (Doose 2012, S. 55 f.). People First bedeutet wörtlich übersetzt Mensch zuerst und steht für die Gleichstellung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (ebd.).

In Deutschland leben ca. 10,2 Millionen Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung (Statistisches Bundesamt 2017, S. 14). Davon sind ca. 7,5 Millionen Menschen von einer Schwerbehinderung betroffen (ebd.). Diese Zahlen verdeutlichen, dass es sich bei Menschen mit Beeinträchtigungen um einen nicht unerheblichen Teil der Bevölkerung handelt, weshalb ein vielfältiges Angebot an Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten für Menschen mit Behinderung von entscheidender Bedeutung ist. Konkret wird in diesem Kapitel der Begriff der Behinderung definiert und ein Überblick über Formen von Behinderungen gegeben.

2.1 Begriff der Behinderung

In den letzten Jahrzehnten hat sich „[...] ein Wandel des Behinderungsbegriffs von einem stark medizinisch geprägten engen Behinderungsbegriff, der Behinderung als Schädigung einer Person begreift, hin zu einem Behinderungsbegriff [...], der Behinderung als Beeinträchtigung [...]“ (Doose 2012, S. 47) verschiedener Faktoren versteht, vollzogen. Nachfolgend soll auf die Definition des Sozialgesetzbuches (Abk. SGB) sowie der Weltgesundheitsorganisation (Abk. WHO) eingegangen werden.

Im SGB IX, welches die rechtliche Grundlage für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung darstellt, wird der Begriff der Behinderung wie folgt definiert: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 3). Diese Definition bezieht sich vor allem auf die Beeinträchtigung von Menschen mit Behinderung an der uneingeschränkten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch verschiedenste Barrieren und stimmt weitgehend mit der Definition von Behinderung im Bundesteilhabegesetz sowie in der UN-

Behindertenrechtskonvention (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) überein.

Darüber hinaus bildet die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Abk. ICF), entwickelt von der Weltgesundheitsorganisation, eine weitere Bestimmung des Behinderungsbegriffes. Dabei wird „der Begriff der Behinderung [...] in einem umfassenden Sinn auf jede Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit aller Menschen bezogen“ (Biermann 2008, S. 13).

Basierend auf der ICF sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die aufgrund von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen in Wechselwirkung mit Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) in ihren Aktivitäten und in ihrer Teilhabe (Partizipation) beeinträchtigt sind (Doose 2012, S. 48). Diese Definition bezieht sich somit auf kontextabhängige und gesundheitsbezogene Einschränkungen von Menschen (Biermann/Goetze 2005, S. 18).



Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 23)

Abbildung 1 veranschaulicht die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Komponenten der ICF, welche im Folgenden erläutert werden. Körperfunktionen und -strukturen können beispielsweise durch Schädigungen aufgrund von Unfällen, genetischen Abweichungen oder chronischen Erkrankungen beeinträchtigt sein (Metzler 2011, S. 104). Unter Aktivitäten werden die Durchführung von Aufgaben sowie die „[...] Leistungsfähigkeit eines Menschen in verschiedenen Lebensbereichen und Alltagsaktivitäten [...]“ (ebd.) verstanden. Partizipation (Teilhabe) beschreibt das Einbezogenensein in

verschiedene Bereiche. Kontextfaktoren setzen sich zum einen aus sozialen, materiellen, ökonomischen und rechtlichen Aspekten der Umwelt eines Menschen, zum anderen aus personenbezogenen Faktoren, wie beispielsweise Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale, sozialer Hintergrund oder ethnische Zugehörigkeit, zusammen (ebd.). Somit wird deutlich, dass der Fokus dieser Begriffsbestimmung weniger auf der Klassifikation der ›Folgen von Krankheiten‹, sondern auf der Klassifikation der ›Komponente von Gesundheit‹ liegt. Den Überlegungen Biermann/Goetze (2005, S. 19) folgend, ist die ICF aufgrund des bio-psychozialen Modells nicht primär defizitorientiert, sondern nimmt einen neutralen Blickwinkel ein. Zudem bildet das Modell „die vielfältigen Wirkungen und Zusammenhänge zwischen Person und Umwelt ab“ (Metzler 2011, S. 104).

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass sich der Begriff der Behinderung nicht auf eine Eigenschaft, einen Zustand oder die Schädigung einer Person bezieht, sondern die Lebenssituation eines Menschen beschreibt, in der die Funktionsfähigkeit, die Aktivitäten und die gesellschaftliche Teilhabe einer Person beeinträchtigt werden.

2.2 Formen von Behinderungen

Grundsätzlich werden verschiedene Grade der Behinderung (Abk. GdB), welche die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen beschreiben, unterschieden (Mühlum/Gödecker-Geenen 2003, S. 15). „Art und Grad der Behinderung werden in Zehnerstufen gewichtet“ (Biermann 2008, S. 15). Personen, deren Grad der Behinderung weniger als 50 beträgt, gelten als Menschen mit einer leichten Behinderung. Beträgt der GdB mindestens 50, liegt nach § 2 Abs. 2 SGB IX (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 3) eine Schwerbehinderung vor, welche zu besonderen Leistungsansprüchen führt. Bei einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30 kann, unter bestimmten Voraussetzungen, eine Gleichstellung in Bezug auf Leistungen mit Schwerbehinderung erfolgen (§ 2 Abs. 3 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 3). Liegen bestimmte Voraussetzungen vor, können im Schwerbehindertenausweis zusätzlich Merkzeichen eingetragen werden, mit denen besondere Beeinträchtigungen belegt werden können.

Behinderungen können sich sowohl in ihrer Form als auch in ihren Ursachen wesentlich voneinander unterscheiden (Lahoda 2018, S. 30). Mit Blick auf die Zielsetzung der hier vorliegenden Arbeit wird davon abgesehen, detailliert auf die Formen, Ursachen sowie Merkmale von Behinderungen einzugehen. Generell können Behinderungen jedoch in nachfolgende Kategorien unterteilt werden. Unter Körperbehinderungen werden

Einschränkungen verstanden, die sich aus Schädigungen oder Dysfunktionen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie aus inneren oder äußeren Schädigungen des Körpers und der Körperfunktionen ergeben (Biermann/Goetze 2005, S. 76 ff.). Zu den Körperbehinderungen zählen beispielsweise die frühkindliche Hirnschädigung, die Querschnittslähmung sowie der Verlust oder Fehlbildungen von Gliedmaßen (ebd., S. 77). Geistige Behinderungen sind gekennzeichnet durch deutlich überdurchschnittliche und andauernde Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten, beispielsweise bezüglich der sozialen Anpassung, der Aufmerksamkeit, der Konzentration sowie der Wahrnehmung (ebd., S. 101 f.). Diese Form der Behinderung tritt vor der Vollendung des 18. Lebensjahres auf (ebd., S. 102). Zu geistigen Behinderungen zählen unter anderem das Down-Syndrom (Trisomie 21) sowie Autistische Störungen (ebd., S. 107 f.). Unter Lernbehinderungen werden schwerwiegende, lang andauernde und umfangliche Beeinträchtigungen der schulischen Lernleistungen verstanden (ebd., S. 195 ff.). Nach Ausführungen von Biermann/Goetze (2005, S. 198) „[...] steht hier der Lernprozess der betroffenen [...] [Schüler_innen im Mittelpunkt/L.M.], der sich ungünstig auf ihre Schulkarriere auswirkt und nicht der Lernort oder ein defizientes Persönlichkeitsmerkmal wie die Intelligenz“. Der Begriff Sinnesbehinderung fasst alle Sehbehinderungen (z.B. Blindheit), Hörbehinderungen (z.B. Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit) und Beeinträchtigungen des Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinnes zusammen (Niepel/Emmrich 2005, S. 16). Sprachbehinderungen sind gekennzeichnet durch Störungen, welche „[...] die gesprochene oder geschriebene Sprache betreffen, aber auch die innere Sprache [und/L.M.] das Denken in sprachlichen Strukturen“ (Biermann/Goetze 2005, S. 154). Zu den Sprachbehinderungen zählen unter anderem Störungen des Redeflusses, des Spracherwerbs, des Sprachverständnisses sowie der Sprachentwicklung (ebd.). Angesichts dessen müssen Sprachbehinderungen immer als Störungen der Kommunikation betrachtet werden. Darüber hinaus stellen psychische Behinderungen (seelische Behinderungen) eine weitere Form von Behinderungen dar. Bezugnehmend auf § 2 Abs. 1 SGB IX wird von einer Behinderung gesprochen, wenn diverse Beeinträchtigungen Menschen länger als sechs Monate an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Diesen Ausführungen folgend, geht eine psychische Behinderung mit einer psychischen Erkrankung (z.B. Burn-out, Psychose, Depression) einher, welche länger als sechs Monate anhält (Aktion Mensch e.V. Familienratgeber 2018). Jedoch führt nicht jede psychische Erkrankung zu einer psychischen Behinderung (ebd.). Zudem können Verhaltensstörungen, auch bezeichnet als emotionale Störung oder Verhaltensauffälligkeit, als Behinderung angesehen werden. Eine

Verhaltensstörung wird dabei oft als eine soziale Behinderung beschrieben, welche durch „[...] abweichende Verhaltens- oder sozial-emotionale Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen gekennzeichnet ist“ (Goetze 2001 zit. nach Biermann/Goetze 2005, S. 247). Biermann/Goetze (2005, S. 246) betonen, dass erst von Verhaltensstörungen gesprochen wird, „[...] wenn diese chronisch werden und mit großer Intensität und Häufigkeit auftreten, so dass Erziehung und Bildung gefährdet erscheinen [...]“. Weitere Formen von Behinderungen stellen Mehrfachbehinderungen sowie Schwermehrfachbehinderungen dar (ebd., S. 125). Treten mehrere Behinderungen, beispielsweise geistige Behinderung und körperliche Behinderung gemeinsam auf, wird von Mehrfachbehinderungen gesprochen (ebd.). Schwermehrfachbehinderungen beziehen sich hingegen „[...] auf sämtliche Behinderungen, die wegen des Schweregrades hinsichtlich physischer, geistiger und sozial-emotionaler Einschränkungen einer hoch spezialisierten pädagogischen Förderung bedürfen, um ein Maximum ihres Potenzials ausschöpfen zu können“ (ebd., S. 126). Angesichts dessen sind Menschen mit Schwermehrfachbehinderungen in allen Bereichen des alltäglichen Lebens schwerwiegend beeinträchtigt. Diesen Ausführungen zufolge können die Formen von Behinderungen sowie deren Auswirkungen sehr vielfältig sein.

„Sie hängen neben den individuellen Faktoren auch davon ab, wie das soziale Umfeld auf die Behinderung reagiert, welche Förderung und welche Hilfen von der Gesellschaft gestellt werden und inwieweit unterschiedlichste Barrieren (räumliche, soziale, institutionelle, politische) der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit [...] Behinderungen entgegenstehen“ (ebd., S. 77).

3. Theoretische Grundlagen der Gartentherapie

Gärten und Pflanzen als therapeutische Mittel einzusetzen und auf diese Weise Garten und Therapie zusammenführen bildet die Grundlage für gartentherapeutische Aktivitäten. Um die Zusammenhänge zwischen gärtnerischen Tätigkeiten und Therapie zu erläutern, werden in diesem Kapitel zunächst grundlegende Begriffe, wie Green Care, Gartentherapie und Therapiegarten definiert. Anschließend wird näher auf die Geschichte sowie die Verbreitung der Gartentherapie in Deutschland eingegangen. Des Weiteren wird die Bedeutung der Natur für den Menschen, als Grundlage der Beziehung zwischen Mensch und Garten, beleuchtet. Danach werden die Ziele und Effekte der Gartentherapie, die sinnliche Wahrnehmung als ein Element gartentherapeutischer Aktivitäten sowie die Planung

individueller Gartentherapieprogramme dargestellt. Schließlich wird erläutert, welche Bedeutung die Gartentherapie für die Soziale Arbeit hat.

3.1 Begriffsbestimmungen

In diesem Abschnitt werden, um Klarheit über die Begrifflichkeiten zu bekommen, die Termini Green Care, Gartentherapie und in diesem Zusammenhang die Begriffe Garten, Therapie sowie Gartentherapeut_in und Therapiegarten definiert.

3.1.1 Green Care

Der Begriff Green Care stammt aus Großbritannien und kann als grüne Pflege bezeichnet werden (Haubenhofner et al. 2013, S. 34). Green Care ist ein Sammelbegriff, der alle Maßnahmen, Aktivitäten und Interventionen zusammenfasst, die die positive Wirkung der Natur, von Tieren oder Pflanzen nutzen, um psychische, körperliche, pädagogische sowie soziale Verbesserungen bei bestimmten Zielgruppen zu erreichen (ebd., 33 f.). Dazu gehören sowohl die Garten- und tiergestützte Therapie als auch die Soziale Landwirtschaft (van Elsen 2013, S. 35). Vor diesem Hintergrund geht es bei Green Care konkret darum, die körperliche und/oder mentale Gesundheit einer Person zu fördern, das soziale Wohlbefinden, die pädagogische und persönliche Entwicklung eines Menschen sowie die Lebensqualität im Allgemeinen, durch die positive Wirkung grüner Bereiche zu verbessern (Haubenhofner et al. 2013, S. 33 f.). Kann keine Verbesserung des Zustandes einer Person erreicht werden, so gilt es, die Erhaltung des jeweiligen Ist-Zustandes zu gewährleisten (ebd., S. 33). Inhalte von Green Care Maßnahmen können zum einen belebte Naturelemente, wie beispielsweise Pflanzen und Tiere, zum anderen unbelebte Naturelemente, wie etwa Wasser oder Steine, sein (ebd.). Jedoch ist „nicht jeder Kontakt mit Elementen der Natur [...] automatisch eine Green Care Aktivität“ (ebd., S. 34). Jeder Maßnahme „[...] muss ein mehr oder weniger strukturiertes **Programm** zugrunde liegen, mit vordefinierten Zielsetzungen, die [...] dokumentiert und deren Erreichung evaluiert werden“ (ebd., S. 33/Hervorheb. i. O.). Zudem sollte jede Intervention individuell auf die Person und deren Bedürfnisse abgestimmt werden (ebd.). Darüber hinaus weisen Haubenhofner et al. (ebd., S. 35) darauf hin, dass Green Care weder ein Ersatz für andere Angebote (medizinische, pädagogische, soziale usw.) ist, noch für jeden Menschen geeignet ist. „Denn, obwohl die Einsatzmöglichkeiten sehr breit gefächert sind, gibt es **Grenzen**“ (ebd./Hervorheb. i. O.). Diese ergeben sich beispielsweise aus Allergien gegen Gräser oder Pollen, aus Tierhaarallergien, sowie aus bestimmten Ängsten oder Abneigungen (ebd.).

3.1.2 Gartentherapie

Der Begriff Gartentherapie leitet sich ursprünglich aus dem Englischen von horticultural therapy oder garden therapy ab (Lützenkirchen et al. 2013, S. 58). In der Literatur existieren unterschiedliche Definitionen des Begriffes Gartentherapie, die jedoch alle das zielgerichtete, planvolle und gartentherapeutisch begleitete Arbeiten in Gärten in den Fokus rücken (Haubehofer et al. 2013, S. 19). Denn nicht jede Aktivität in einem Garten, sei es das Pflanzen, Jäten oder Ernten, kann als gartentherapeutische Aktivität bezeichnet werden (ebd.). Haubehofer et al. (ebd.) definieren den Begriff wie folgt:

„Gartentherapie ist ein teilnehmerzentrierter Prozess, bei dem ausgebildete [...] [Expert_innen/L.M.] individuelle Ziele definieren und überprüfen und garten- oder pflanzenbezogene Aktivitäten als therapeutische Mittel planen und einsetzen, um gesundheitsrelevante Aspekte der Teilnehmenden zu fördern.“

„Bei Gartentherapie handelt es sich [somit/L.M.] um therapeutisches Arbeiten [...] mit den Mitteln des Gartens [...]“ (Neuberger 2004, S. 89). Diesen Ausführungen folgend sind Pflanzen das therapeutische Mittel der Gartentherapie (Hansen 2009, S. 4). Dabei können die therapeutischen Tätigkeiten aktiv durch die Person selbst durchgeführt werden sowie mit Hilfe passiver Erlebnisse erfolgen (Haubehofer et al. 2013, S. 19). Des Weiteren kann Gartentherapie mit anderen Therapieformen, wie Psychotherapie, kombiniert werden (ebd.). Zu den wesentlichen Zielen von Gartentherapie zählen die Erhaltung und Förderung von kognitiven, körperlichen, psychischen sowie sozialen Aspekten und somit die Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität von Menschen (Lützenkirchen et al. 2013, S. 59). Gartentherapeutische Aktivitäten setzen eine detaillierte Planung voraus, weshalb sie auch als Gartentherapieprogramme bezeichnet werden (Haubehofer et al. 2013, S. 17). Wie Haubehofer et al. (ebd.) feststellen, können sich „die verschiedenen Programme [...] in Ziel, Organisation, Einzel- oder Gruppenaktivitäten, eingesetzter Mittel, Ort, zeitliche Organisation (Routine) und Art von Aktivitäten unterscheiden“. Des Weiteren sollten die Therapieinhalte auf den natürlichen Rhythmus von Pflanzen, wie z.B. deren Wachstum, abgestimmt sein (Schneider 2012, S. 7). Darüber hinaus müssen die Programme an die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer_innen angepasst werden. Obwohl Gartentherapie vielfältig einsetzbar ist, gibt es Grenzen. Diese können beispielsweise Allergien, schlechte Witterungsbedingungen, die Erreichbarkeit des Gartens durch bestimmte Teilnehmer_innen sowie Verbote aus medizinischer Sicht

sein (Haubenhofner et al. 2013, S. 18). Jedoch können einige dieser Ausschlusskriterien umgangen werden, indem z.B. Angebote von mobiler Gartentherapie in Anspruch genommen werden (ebd.). In ebenjenem Fall können auch drinnen, beispielsweise in einem Zimmer eines Pflegeheimes, kleinere Aktivitäten durchgeführt werden (ebd.). Gartentherapeutische Angebote sind für jede Altersstufe sowie diverse Zielgruppen geeignet. Angesichts dessen können sowohl Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung und Personen mit psychischen Erkrankungen als auch Menschen mit Suchterkrankungen von Gartentherapie profitieren (ebd., S. 11). Darüber hinaus finden gartentherapeutische Aktivitäten in der Geriatrie, der Ergotherapie und der Rehabilitation Anwendung (ebd.). Zudem können Menschen mit Beziehungs- und Bindungsstörungen, mit Bewegungsstörungen sowie Menschen mit Stresserkrankungen oder Burn-out durch Gartentherapie unterstützt werden (ebd.). „Auch im Rahmen von Resozialisierungsmaßnahmen bei Kriminellen, im Strafvollzug und [...] in der Rückfallprävention werden Erfolge erzielt“ (ebd.). Lützenkirchen et al. (2013, S. 58 ff.) betonen zudem, dass gartentherapeutische Aktivitäten auch in der Integration von Bewohner_innen sozial benachteiligter Stadtgebiete, arbeitslosen Menschen oder Menschen mit Migrationshintergrund eingesetzt werden können. Den Überlegungen Haubenhofner et al. (2013, S. 11) folgend, wird Gartentherapie „[...] von selbstständigen Fachleuten, genauso wie von Institutionen, Vereinen, verschiedenen medizinischen Einrichtungen (Entwöhnungsanstalten, Pflegeheimen, Reha-Kliniken) und Krankenhäusern angeboten“.



Abbildung 2: Die Ebenen der Gartentherapie (Haubenhofner et al. 2013, S. 19)

Abbildung 2 veranschaulicht die Zusammenhänge der einzelnen Ebenen von Gartentherapie. Die Wirkungs-, Sozial- und Medienebene werden durch die teilnehmende Person, welche sich im Mittelpunkt der Ebenen befindet, verbunden (Haubenhofner et al. 2013, S. 19). Die Wirkungsebene beschreibt die Ursache der erforderlichen Unterstützung und Intervention sowie die Effekte, die sich aus gartentherapeutischen Aktivitäten ergeben. Auf der Medienebene werden Ziele festgelegt und Mittel sowie Methoden ausgewählt (ebd., S. 20). Die bereits beschriebenen Ebenen sind mit der Sozialebene verbunden. Auf dieser findet die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Beteiligten, wie beispielsweise Gartentherapeut_innen und Angehörigen, statt. „Der Garten ist umschließendes Element und summiert alle Ebenen und Elemente zur Gartentherapieebene“ (ebd.). Alle Ebenen stehen miteinander in Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig.

Der Begriff Gartentherapie ist klar abzugrenzen von den Therapieformen ›Sozialtherapeutisches Gärtnern‹ und ›Pflanzengestützte Gesundheits- und Krankenpflege‹. Beide Formen verfolgen weder konkrete und im Vorfeld festgelegte Ziele, noch werden sie von gartentherapeutischen Expert_innen professionell begleitet (ebd., S. 21).

3.1.3 Garten

In der Literatur existieren verschiedenste Definitionen des Begriffs Garten. Eine daraus resultierende Begriffsbestimmung kann wie folgt lauten: Ein Garten ist ein begrenztes Gelände, welches sich meist in unmittelbarer Nähe eines Wohnhauses befindet und sowohl zur Erholung, als auch zur Anpflanzung von Gemüse, Obst sowie Blumen etc. dient und Ausdruck der Zierde sein kann (Haubenhofner/Cervinka/Schwab 2016, S. 6). In dem Begriff des Gartens sind, „[...] aufgrund der fehlenden Möglichkeiten zum selbst gestalten [...]“ (Wolf/Haubenhofner 2015, S. 15), weder öffentliche Grünflächen, wie Parks oder Spielplätze, noch naturnahe Landschaft, wie Flussauen oder Wälder, sowie landwirtschaftlich genutzte Flächen (z.B. Ackerland) enthalten. Gärten lassen sich zum einen in Nutzgärten, dazu gehören beispielsweise Kräuter- und Gemüsebeete sowie Naschhecken und Obstbäume, zum anderen in Natur- und Ziergärten, dazu gehören Wiesen, Sträucher, Bäume, Blumen, Gartenteiche usw., unterscheiden (Wolf/Haubenhofner 2015, S. 15). Der Garten ist der eigentliche und ursprüngliche Lebensraum des Menschen (Mayer-Tasch 2004, S. 23). Jeder assoziiert mit dem Begriff Garten etwas anderes, für manche ist ein Garten ein Ort zur Erholung und Entspannung, andere denken an den Garten Eden (das Paradies) und wiederum andere verbinden mit Gärten das Anpflanzen von Obst, Gemüse und Blumen (Haubenhofner/Cervinka/Schwab 2016, S. 8). Auch ästhetische Aspekte

spielen in Gärten eine Rolle (Niepel/Emmrich 2005, S. 13). Vogel (2017, S. 18) betont: „Gärten [...] sind Freiräume, sind Erlebnisräume. Es sind Orte des Wohlbefindens und der Begegnung. Es sind grüne Inseln zum Verweilen und es sind Projektionsflächen für Sehnsüchte und Hoffnungen aller Art.“ Daran anknüpfend sind Gärten Nutz- und Erholungsorte sowie Orte für spontane Aktivitäten (Haubenhofe/Cervinka/Schwab 2016, S. 4). Zudem nehmen sie eine bedeutende Rolle für unterschiedliche Zielgruppen aller Altersstufen ein (ebd.).

3.1.4 Therapie

Therapie bedeutet im weitesten Sinne die Behandlung von Erkrankungen und somit zunächst die direkte Beseitigung von Störungen oder ihrer Symptome (Niepel 2004, S. 144). Den Überlegungen Niepel (ebd., S. 144 f.) folgend, setzt Therapie „dort [an/L.M.], wo Menschen in ihrer Motorik und Funktion, in ihrer Sensorik und Perzeption oder im psychisch-kognitiven Bereich [...] [eingeschränkt/L.M.] sind [...]“. Auch wenn durch Erkrankungen Probleme und Beeinträchtigungen zurückbleiben, sollte mit einer möglichst individuell abgestimmten therapeutischen Behandlung darauf eingegangen werden (ebd., S. 145).

3.1.5 Gartentherapeut_in

Eine optimale Begleitung von gartentherapeutischen Aktivitäten kann nur durch geschulte Gartentherapeut_innen stattfinden (Neuberger 2004, S. 96). Fachkräfte in diesem Bereich müssen sowohl über gärtnerische und botanische als auch über therapeutische und medizinische Qualifikationen verfügen (Haubenhofe et al. 2013, S. 12). Zudem „[...] sind **Kenntnisse** über Therapiegärten und deren Anforderungen, Anwendungsgebiete als auch die Potenziale und Grenzen von Gartentherapie“ (ebd./Hervorheb. i. O.) von entscheidender Bedeutung. Aufgrund des Kontakts zu verschiedensten Personengruppen sind kommunikative und soziale Kompetenzen ebenso bedeutsam, wie eine empathische Grundhaltung (Schneider 2012, S. 8). Lehrgänge im Bereich der Gartentherapie können zum einen von medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Fachkräften, zum anderen von Fachkräften des Gartenbaues sowie der Landschaftsplanung in Anspruch genommen werden (Lützenkirchen et al. 2013, S. 60). Den Ausführungen Haubenhofe et al. (2013, S. 12) folgend, handelt es sich dabei im Idealfall um akademische Expert_innen für Gartentherapie. Zu den Aufgaben von Gartentherapeut_innen zählen die Planung und Zieldefinition eines individuellen Gartentherapieprogrammes, die Organisation und Vorbereitung der gartentherapeutischen Aktivitäten, die Durchführung der

einzelnen Gartentherapie-Einheiten, sowie die Dokumentation und abschließende Evaluation der Ziele (Haubenhofers et al. 2013, S. 12). Darüber hinaus müssen Expert_innen beispielsweise die Giftigkeit bestimmter Pflanzen bedenken sowie Kenntnisse über Pflanzen besitzen, die Allergien auslösen (Schneider 2012, S. 8).

3.1.6 Therapiegärten

Den Überlegungen Niepel (2004, S. 145) folgend, dienen therapeutische Gärten „[...] als Medium bei der Wiederherstellung, der Entwicklung und Verbesserung, der Erhaltung oder Kompensation von gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen“. Somit sind Therapiegärten Raum und Medium von Gartentherapie, welche an die physischen und psychischen Fähigkeiten der jeweiligen Zielgruppe angepasst werden sollten (Haubenhofers et al. 2013, S. 13). Darüber hinaus stellen Therapiegärten Räume dar, welche aktiv genutzt und gestaltet werden sowie auch passiv erlebt werden können. Da sich Gärten im Freien befinden, sollten Witterungsbedingungen beachtet werden, indem beispielsweise bei der Planung von Gartentherapieprogrammen Alternativen für schlechte Witterung (z.B. Regen) festgelegt werden (ebd.). Eine solche Alternative könnte sein, Therapieeinheiten bei Regen in ein Gewächshaus zu verlegen. Ebendiese Spezialgärten können beispielsweise Duftgärten, Blindengärten, Gärten für Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder barrierefreie Gärten für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen sein, welche in medizinischen oder anderen Einrichtungen angelegt werden (ebd.). Jedoch kann Gartentherapie nicht nur in speziell angelegten Therapiegärten, sondern grundsätzlich überall stattfinden, denn „[...] der Ort spielt keine große Rolle“ (ebd.). Ob in einem privaten Garten, auf dem Balkon, in einem Gewächshaus oder im Krankenhaus, gartentherapeutische Tätigkeiten wirken auch außerhalb eines Therapiegartens (ebd.).

3.2 Geschichte der Gartentherapie

Die Ursprünge der Gartentherapie liegen weit in der Geschichte zurück. „Von den ersten therapeutischen Spaziergängen der alten Ägypter, bis über die mittelalterlichen Tätigkeiten von [...] [Patient_innen/L.M.] in Gärten hat sich die Gartentherapie in der Neuzeit langsam zu einer wissenschaftlich bestätigten Diagnose- und Behandlungsform entwickelt“ (Haubenhofers et al. 2013, S. 22). Im Folgenden wird die Entwicklung der Gartentherapie auf internationaler Ebene dargestellt.

Bereits vor der Jungsteinzeit gewannen die Menschen zunehmend Erkenntnisse über die Nutzung von Pflanzen (ebd.). Mit der Sesshaftwerdung des Menschen wurden erste Gärten angelegt, in denen Nahrungsmittel, wie Gemüse und Getreide für die eigene Versorgung angebaut wurden (ebd.). Einer Legende nach hat der chinesische Kaiser Shen-nung um ca. 3.700 Jahre v. Chr. den Tee und somit die Heilkraft diverser Pflanzenarten entdeckt (ebd.). „Diese Überlieferung spiegelt nicht nur die Entdeckung einer Kräuterpflanze wider, sondern zeigt, dass Entspannung und Pflanzen für den Menschen schon seit jeher eine Einheit bilden“ (ebd.). Im alten Ägypten wurden psychisch kranken Mitgliedern des Königshauses Spaziergänge in Gärten verschrieben (Schneider 2012, S. 4). Ein römischer Arzt, Galen von Pergamon (129-199 n. Chr.), erkannte, dass Arbeit und unter anderem auch Gartenarbeit, „[...] die beste Medizin [ist/L.M.], die uns die Natur gegeben hat“ (Neuberger/Putz 2016, S. 39). Im Mittelalter gab es im 7. Jahrhundert n. Chr. in Fez (Marokko) und im 12. Jahrhundert n. Chr. in Bagdad (Persien) Krankenhäuser, in denen sogenannte ›Betätigungen‹ im Garten als Heilmaßnahmen angewandt wurden (ebd.). Den Ausführungen Haubenhofer et al. (2013, S. 22) folgend, „[...] entdeckten zu dieser Zeit Mönche die Gartenkultur“ in Europa. In Klostergärten wurde zunehmend die Bedeutung des Gartens für den Menschen dokumentiert (ebd.). Nachdem Karl der Große im Jahr 812 anordnete, in Landgütern sowie Klöstern Nutz- und Heilpflanzen anzubauen, entstanden auch Zier- und Lustgärten (ebd.). Vor diesem Hintergrund dienten Gärten nicht nur dem Anbau und der Ernte von Pflanzen zur Nahrungsmittelversorgung, sondern auch der Heilung, Erholung und Entspannung. Im 14. Jahrhundert entwickelte sich in Geel (Belgien) die erste therapeutische Gemeinschaft von psychisch Erkrankten (ebd., S. 23). In ebendieser Gemeinschaft lebten und arbeiteten Familien im handwerklichen und landwirtschaftlichen Bereich (Neuberger/Putz 2016, S. 39). In spanischen Krankenhäusern findet im 15. Jahrhundert Arbeit, darunter Feldarbeit, als systematische Behandlungsmaßnahme Anwendung (ebd.). Insbesondere das Krankenhaus ›Urbis et orbis‹ in Saragossa (Spanien) gilt als „[...] Vorbild für **ganzheitliche Betreuung** [...]“ (Haubenhofer et al. 2013, S. 23/Hervoreb. i. O.). Auch in Deutschland fand die „Behandlung unter Einsatz landwirtschaftlicher Tätigkeiten in den ehemaligen [...] Klöstern von Haina, Merxhausen und Riedstadt“ (Neuberger/Putz 2016, S. 39) statt. Im Jahr 1803 sprach J. C. Reil im Zusammenhang mit ›Irren‹, die damals übliche Bezeichnung für Menschen mit psychischen Erkrankungen, erstmals von Krankheit und der Heilbarkeit dieser psychischen Erkrankungen (ebd., S. 39 f.). Er prägte den Begriff der Psychiatrie und sah eine beschäftigungstherapeutische Behandlung im Ackerbau, der Viehzucht und der Gärtnerei vor (ebd.).

Haubenhofers et al. (2013, S. 23) betonen, dass „die angeführten Beispiele [...] jedoch positive Ausnahmen“ sind, denn bis ins 19. Jahrhundert war der Umgang und die Versorgung von psychisch Erkrankten desaströs. Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden von der Gesellschaft isoliert oder in Haftanstalten, teilweise gemeinsam mit Delinquent_innen, untergebracht (Neuberger 2004, S. 76). Vor diesem Hintergrund lag der Fokus bis Ende des 19. Jahrhunderts, trotz der Betreuung mit landwirtschaftlichen und gärtnerischen Tätigkeiten, auf der Verwahrung und nicht auf der Heilung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Haubenhofers et al. 2013, S. 23). Im Jahr 1812 beschreibt „Dr. Benjamin Rush (Professor für Chemie und Medizin in Philadelphia) [...] die positive Wirkung von Gartenarbeit auf psychiatrische [...] [Patient_innen/L.M.]“ (Neuberger/Putz 2016, S. 40). Rush gilt als Begründer der amerikanischen Psychiatrie (Haubenhofers et al. 2013, S. 24). Wenige Jahre später wurde das ›Friends Hospital‹ in Philadelphia eröffnet (Neuberger/Putz 2016, S. 40). Zu dem Krankenhaus gehörte neben einem Garten, in dem die Patient_innen Obst- und Gemüse anbauten, auch ein Park mit Waldwegen und Wiesen sowie ein Gewächshaus (ebd.). „Die beruhigende Wirkung der Natur wird gezielt als passive Form der Therapie eingesetzt“ (ebd.). Auch im deutschsprachigen Raum wird in verschiedenen Heilanstalten Gartenarbeit in der Behandlung von psychischen Erkrankungen eingesetzt. Dr. Maximilian Jacobi lässt im Jahr 1825, als Leiter der ersten preussischen Anstalt in Siegburg, zur Beschäftigung der Patient_innen Obstbäume pflanzen (ebd.). Ebenso werden in Halle und Illenau Heilanstalten mit „[...] landwirtschaftlichen und gärtnerischen Anlagen errichtet [...]“ (ebd.). Durch die Arbeit mit Pflanzen bei sozial benachteiligten Kindern in New York erweiterte Helen Campbell ab dem Jahr 1896 das Spektrum des therapeutischen Einsatzes von Gartenarbeit. Zuvor fand Gartenarbeit ausschließlich in psychiatrischen Einrichtungen Anwendung. Neben dem Einsatz bei sozial benachteiligten Kindern, wurde Gärtnern auch Bestandteil des Unterrichts für Kinder mit geistiger Behinderung (ebd.). „Koeppel gründete 1876 in Altscherbitz in Sachsen die ‚erste koloniale Anstalt‘, in der geheilt und gepflegt wurde“ (Haubenhofers et al. 2013, S. 27). Diese Heilanstalt galt bis zum Ausbruch des ersten Weltkrieges als Vorzeiganstalt auf internationaler Ebene (Neuberger 2004, S. 80).

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde am Bloomingdale Hospital in New York das Personal im Bereich des Gartenbaus weitergebildet (Neuberger/Putz 2016, S. 40). Nur wenige Jahre später wird Gartentherapie in diverse Lehrbücher der Ergotherapie, aufgrund sichtbarer Erfolge, aufgenommen (ebd.). Während des Ersten Weltkrieges fand in den

USA Gartenarbeit in der Betreuung von Kriegsveteranen Anwendung (Haubenhofner et al. 2013, S. 24). Hermann Simon, welcher eine Anstalt in Gütersloh (Deutschland) leitete, konzentrierte sich bei der Behandlung der Patient_innen ebenfalls auf Feld- und Gartenarbeit und gilt als Begründer der Arbeitstherapie (ebd., S. 41). Auch in England wurde der Einsatz gärtnerischer Tätigkeiten als Therapiemittel großer Aufmerksamkeit zuteil (ebd.). Im Jahr 1936 werden in England gärtnerische Tätigkeiten vom Verband der Ergotherapeut_innen als Therapiemittel anerkannt (Neuberger/Putz 2016 S. 41). In den USA entstanden ab ca. 1940 „Rehabilitationseinrichtungen für Kriegsveteranen [...]“ (ebd.). Es entwickelten sich sogenannte Gartenclubs, die Kurse im Bereich des Gärtnerns anboten und diverse Einrichtungen bei Gartenaktivitäten unterstützten (Haubenhofner et al. 2013, S. 25). „Aus politischen Gründen gab es in Deutschland zwischen 1930 und 1945 einen **großen Einbruch in den Entwicklungen** der Psychiatrie“ (ebd., S. 28/Hervorheb. i. O.). Auch nach Ende des zweiten Weltkrieges wurden die modernen Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie und der Gartentherapie nur allmählich fortgeführt. Dennoch war der Aspekt der Selbstversorgung ein wesentlicher, weshalb die Menschen weiterhin am Gartenbau und an der Landwirtschaft festhielten (ebd.). In den USA hingegen gab es entscheidende Fortschritte in der Entwicklung der Gartentherapie. „Alice Burlingame startete 1951 ein Gartenbauprogramm in der geriatrischen Abteilung des Pontiac Michigan State Hospital“ (ebd., S. 25). Diese Programme gelten als die ersten gartentherapeutischen Betreuungsangebote in der Arbeit mit älteren Menschen (ebd.). Des Weiteren fand eine einwöchige Weiterbildung in Gartentherapie an der Michigan State University, unter anderem von Alice Burlingame durchgeführt, statt (ebd.). Infolgedessen „[...] wurde die Gartentherapie zu einem **Berufszweig mit eigenständiger Ausbildung** [...]“ (ebd./Hervorheb. i. O.). Von der Michigan State University wurde im Jahr 1955 erstmals der ›Master of Science‹ in Gartentherapie verliehen (ebd.). Vier Jahre später wird Rhea McCandliss zur ersten akademisch ausgebildeten Gartentherapeutin (Neuberger/Putz 2016, S. 42). Sie entwickelte diverse Gartentherapieprogramme und betonte den Mangel an qualifizierten Fachkräften, da der Bedarf an Gartentherapie stetig wuchs (ebd.). In den darauffolgenden Jahren erweiterte sich das Spektrum der Gartentherapie, indem diese Therapieform in den USA auch für Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen angeboten wurde (ebd.). Das erste Fachbuch, welches von Dr. Donald Watson und Alice Burlingame veröffentlicht wurde, erscheint im Jahr 1960 (ebd.). Ab 1972 entwickelten verschiedene Universitäten eigene Studiengänge im gartentherapeutischen Bereich (ebd.). Im Folgejahr wurde die ›American Horticultural Therapy Association‹, damals

unter einem anderen Namen, gegründet (ebd.). Diese Organisation gilt bis heute als eine der bedeutendsten auf dem Gebiet der Gartentherapie. In Europa kam es in den 1960er und 1970er Jahren, aufgrund moderner Behandlungsmethoden, darunter auch Psychopharmaka, zu einem Einbruch in der Entwicklung der Gartentherapie (Haubenhofner et al. 2013, S. 28). Erst als festgestellt wurde, dass bei Patient_innen bessere Erfolge durch eine aktive Teilhabe an der Behandlung erzielt werden, wurde Gartentherapie wieder eingesetzt (ebd.). In den Niederlanden entsteht beispielsweise „ein Demonstrations-, Schul- und Therapiegarten für Menschen mit Bewegungseinschränkungen [...]“ (Neuberger/Putz 2016, S. 43). Zudem werden, unter Leitung von Herman Berteler, erste Kurse in Gartentherapie, sowohl in niederländischer als auch in deutscher Sprache, durchgeführt (ebd.). Im Jahr 1986 wurde von Alice Schaijer das erste Buch zum Thema Gartentherapie, mit dem Titel ›Gartenarbeit für Körperbehinderte und Senioren‹, in deutscher Sprache veröffentlicht (ebd.). In den USA wurde Gartentherapie ein eigenständiges wissenschaftliches Fachgebiet (Haubenhofner et al. 2013, S. 26). In Deutschland wurden ab 1988 erste Fortbildungen im Bereich der Gartentherapie angeboten (Neuberger/Putz 2016, S. 43). Im darauffolgenden Jahr kam es zur Gründung des ›Arbeitskreises Gartenbau und Therapie‹, welcher später zur ›Gesellschaft für Gartenbau und Therapie‹ (Abk. GGüT) umbenannt wurde (ebd., S. 47). Ebenfalls im Jahr 1989 wurde auf der Insel Mainau (Bodensee) der erste Demonstrationsgarten, der gleichzeitig auch als Therapiegarten dient, im deutschsprachigen Raum eröffnet (ebd., S. 44). Anschließend werden weitere Therapiegärten, unter anderem ein Blindengarten in Radeberg bei Dresden, angelegt (ebd.). Auch diverse Kliniken bieten Gartentherapie an (ebd.). Zudem wird im Jahr 2009 die Internationale Gesellschaft Gartentherapie (Abk. IGGT) gegründet (ebd., S. 47). Fortan kommt es auch im deutschsprachigen Raum zur Weiterentwicklung der Gartentherapie. „Interessierte, Praktiker und Forscher treffen sich bei Symposien und Kongressen zum Austausch, internationale Beziehungen werden intensiviert, Fachbücher erscheinen“ (ebd., S. 44). Darüber hinaus bieten diverse Hochschulen Lehrgänge und Seminare sowie Studiengänge im Bereich des Gartenbaus und der Gartentherapie an (Haubenhofner et al. 2013, S. 29 f.). Ein Beispiel ist der Studiengang ›Green Care – pädagogische, beraterische und therapeutische Interventionen mit Tieren und Pflanzen‹ der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien (ebd., S. 30). Diesen Ausführungen folgend gilt Gartentherapie als eine eigenständige Therapieform (ebd.). Auch außerhalb Europas und den USA ist Gartentherapie beispielsweise in Asien, Australien, Neuseeland sowie Kanada weit verbreitet (ebd., S. 31).

3.3 Verbreitung der Gartentherapie in Deutschland

Zunächst ist zu erwähnen, dass in der Literatur keine eindeutigen Angaben zur Verbreitung der Gartentherapie in Deutschland existieren. Dennoch wird im Folgenden ein Überblick über verschiedene Green Care Aktivitäten gegeben. In Deutschland gibt es diverse Einrichtungen, Organisationen und Privatpersonen, welche Green Care Aktivitäten und somit auch gartentherapeutische Aktivitäten anbieten. Dennoch sind diese wenig miteinander vernetzt und arbeiten kaum zusammen (Haubenhofner et al. 2013, S. 68). Zudem „[...] gibt es keine konkreten Schwerpunktsetzungen auf die eine oder andere Green Care Disziplin“ (ebd.). Die beschriebenen Aspekte werden in Deutschland durch folgende Komponente bedingt. Aufgrund der föderalistischen Struktur des deutschen Staates agieren die einzelnen Bundesländer in bestimmten Bereichen der Politik eigenständig. „Administration, Budgets und Einrichtungen sind [...] in jedem Bundesland einzeln organisiert“ (Haubenhofner/Demattio/Geber 2012, S. 30). Dies verhindert oft eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (ebd.). Aufgrund dessen sowie „[...] der Größe des Staates und der enormen Einwohnerzahl gibt es nur wenige Green Care Aktivitäten, die sich über das gesamte Land erstrecken [...]“ (ebd., S. 29). Darüber hinaus erschweren geografische, soziale und kulturelle Unterschiede der einzelnen Bundesländer sowie die Gesetzgebung, welche die Soziale Arbeit in Deutschland äußerst streng regelt, den Zusammenschluss von gartentherapeutischen Organisationen und Expert_innen (Haubenhofner et al. 2013, S. 68). In Deutschland widmen sich die Gesellschaft für Gartenbau und Therapie (GGuT) sowie die Internationale Gesellschaft Gartentherapie (IGGT), die auch europaweit agiert, der Gartentherapie (ebd., S. 70). Diese Gesellschaften unterstützen das Gebiet der Gartentherapie, indem sie unter anderem informieren, Veranstaltungen, Weiterbildungen und Arbeitskreise organisieren. Den Überlegungen Haubenhofner et al. (ebd., S. 66) folgend ist „[...] die Anzahl jener Personen, die sich mit Gartentherapie befassen durchaus überschaubar [...]“. Dies kann die Vernetzung und die Zusammenarbeit von Akteur_innen erleichtern und schließlich dazu beitragen, dass Gartentherapie bundesweit verbreitet, bekannt und anerkannt ist.

Auch in Bezug auf die Verbreitung von Gartentherapie in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung lassen sich in der Literatur keine Angaben finden. Dennoch soll nachfolgend, in Hinblick auf die Zielsetzung der hier vorliegenden Arbeit, ein Überblick über Werkstätten für Menschen mit Behinderung gegeben werden, die Auftragsarbeiten im Bereich der Garten- und Landschaftspflege ausführen. Im gesamten deutschen

Bundesgebiet beläuft sich die Anzahl der Werkstätten für Menschen mit Behinderung, ausgenommen die der Blindenwerkstätten, auf 817 (Portal Rehadat-Werkstätten. Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. 2019). Davon bieten ca. 596 Werkstätten für Menschen mit Behinderung Arbeitsplätze im Bereich der Garten- und Landschaftspflege an (ebd.). Unter diesen Bereich zählen neben dem Garten -und Landschaftsbau auch Forstarbeiten sowie Garten-, Pflanzen- oder Landschaftspflege (ebd.). Zudem gibt es ca. 350 Kliniken, Psychiatrien sowie Sucht- und Heimeinrichtungen in denen Gartenbereiche integriert sind (Neuberger 2004, S. 86). Darüber hinaus existieren in anthroposophischen Einrichtungen ca. „[...] 200 Bereiche, die Gartenarbeit für Arbeits-, Beschäftigungs- und Rehaziele einsetzen“ (ebd.). Im überwiegenden Teil dieser Einrichtungen, „[...] ist die Bezeichnung ‚Gartentherapie‘ in diesem Zusammenhang [jedoch/L.M.] nicht üblich“ (Lützenkirchen et al. 2013, S. 64). Aufgrund dessen lässt sich nicht feststellen, wie viele Einrichtungen, vor allem für die Zielgruppe der Menschen mit Behinderung, Gärten als therapeutisches Mittel einsetzen und somit Gartentherapie anbieten.

Gartentherapie als therapeutische Leistung ist in der sogenannten Klassifikation therapeutischer Leistungen (Abk. KTL) der Deutschen Rentenversicherung, welche seit 1997 besteht, aufgeführt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015, S. 7 ff.). Die KTL bildet, mit Hilfe von Qualitätsmerkmalen und Mindestanforderungen der entsprechenden Therapieform, den Rahmen für die Leistungserbringung verschiedener Therapieformen (ebd.). Auf diese Weise findet eine Qualitätssicherung der bestehenden therapeutischen Leistungen statt (ebd.). Laut Deutscher Rentenversicherung (ebd.) gilt die KTL sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die Gartentherapie wird in der KTL nicht einzeln aufgelistet, ist jedoch entsprechend ihrer Schwerpunktsetzung unter der Leistungsgruppe E651 bis E659 (Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe) aufgeführt (ebd., S. 339). Vor diesem Hintergrund ist diese Klassifikation auch für die Erbringung von Gartentherapie als therapeutische Leistung in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung relevant.

3.4 Bedeutung der Natur für den Menschen

Der Mensch ist seit seiner Existenz mit der Natur verbunden. Er steht „[...] als Naturwesen [...] mit seinen Lebenswurzeln in der Natur“ (Löwisch 2002, S. 135). Neben dieser elementaren Naturverbundenheit beeinflussen auch andere Faktoren diverse positive Wirkungen der Natur auf den Menschen. Damit diese Zusammenhänge deutlich werden, wird in diesem Kapitel zunächst der Naturbegriff definiert, um dann die Beziehung

zwischen Mensch und Natur und die Bedeutung von Gärten sowie Pflanzen für den Menschen, als Grundlage gartentherapeutischer Aktivitäten, zu erläutern. Im Anschluss wird die zunehmende Entfremdung des Menschen von der Natur beleuchtet.

3.4.1 Naturbegriff

Da in der Gartentherapie verschiedenste Elemente der Natur als therapeutische Mittel eingesetzt und genutzt werden, wird nachfolgend der Naturbegriff näher erläutert. Aufgrund dessen, dass jeder Mensch etwas anderes mit der Natur assoziiert und die Natur somit aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet wird, kann auch der Begriff der Natur auf unterschiedliche Weise definiert werden (Flade 2010, S. 15). Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Natur das Gegebene beschreibt, da sie „[...] ohne Zutun des Menschen entstanden“ (Wöbse 2003, S. 81) ist. Gebhard (2009, S. 40) definiert den Naturbegriff auf zweifacher Ebene. Zum einen wird die Natur auf phänomenologischer Ebene, als die Gesamtheit von belebten Naturelementen, dazu zählen Tiere, Pflanzen sowie Landschaften und unbelebten Naturelementen, beispielsweise Wasser, Wolken oder Steine, beschrieben (ebd.). Zum anderen charakterisiert Gebhard (ebd., S. 40 ff.) die Natur auf ästhetisch-symbolischer Ebene, als universelles Symbol für utopische und paradiesische Zustände. Der Mensch ist immer als Teil und als Gegenüber der Natur zu begreifen (ebd., S. 40). Ohne die Natur könnte der Mensch nicht existieren (Flade 2010, S. 16). „Sie ist eine Ressource und wird vom Menschen kultiviert und genutzt“ (Lützenkirchen et al. 2013, S. 15). Vor diesem Hintergrund wird der Naturbegriff immer aus Sicht des Menschen definiert, weshalb er kulturellen Einflüssen unterliegt (ebd., S. 14). Zumeist wird mit Natur positives, wie Wald, Vögel, Weite, Ruhe und Erholung, verbunden (Zubke/Gebauer 2003, S. 37). Dennoch werden mit Natur auch unberechenbare Naturgewalten, beispielsweise „[...] Hochwasserkatastrophen, Vulkanausbrüche, Erdbeben und Orkanshäden [...]“ (ebd.) assoziiert. Diese sind für den Menschen meist negativ besetzt und lösen demnach negative Emotionen aus. Angesichts dessen kann der Naturbegriff sehr unterschiedlich verstanden werden. Hervorzuheben ist, dass der Mensch mit, in und von der Natur lebt und sich Mensch und Natur gegenseitig beeinflussen.

3.4.2 Beziehung zwischen Mensch und Natur

Die Natur ist der ursprüngliche Lebensraum des Menschen, denn „[...] 99 % der Menschheitsgeschichte hat der Mensch als Jäger und Sammler in der Natur gelebt“ (Haubenhof et al. 2013, S. 79). Bereits in der Kindheit beeinflussen der Kontakt zur Natur und die damit einhergehenden Naturerfahrungen die Entwicklung eines Kindes wesentlich

(Raith/Lude 2014, S. 7). Dabei wirkt sich die Natur positiv auf verschiedene Ebenen der Entwicklung eines Kindes aus. Die Natur hat unter anderem Auswirkungen auf die mentale Entwicklung eines Kindes. Hervorzuheben sind positive Effekte auf das Wohlbefinden, die Selbstwahrnehmung, die Selbstständigkeit sowie die Konzentrationsfähigkeit und die Sachkompetenz (ebd., S. 61). Ebenso wird die soziale Entwicklung durch Naturerfahrungen positiv beeinflusst (ebd.). Auf dieser Ebene kommt es insbesondere zu einer Verbesserung der Sozialkompetenz, dazu zählen neben der Förderung der Kooperationsfähigkeit, auch die der Kommunikationsfähigkeit sowie des Sozialverhaltens (ebd.). Darüber hinaus hat die Natur Einfluss auf die physische Entwicklung (ebd.). Dabei liegt der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernden Wirkungen (ebd.). Aufenthalte in der Natur fördern die Krankheitsresistenz, motorische Fähigkeiten und motivieren zu mehr Bewegung (ebd.). Des Weiteren fördern Naturerfahrungen das Umweltbewusstsein. Dies kann zu einem späteren Zeitpunkt zum Natur-, Umwelt- und Klimaschutz beitragen (ebd.). Darauf aufbauend lässt sich feststellen, dass der Kontakt eines Kindes zur Natur und die Verbundenheit mit der Natur unbewusst im Erwachsenenalter weiterwirken und maßgeblich für die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen sind. Vor diesem Hintergrund können Naturerfahrungen zu Selbsterfahrungen führen (Gebhard 2009, S. 112). Aufgrund dessen sind diese Ausführungen auch für die vorliegende Arbeit relevant (Lützenkirchen et al. 2013, S. 42 f.). Diverse wissenschaftliche Ansätze erklären die angeborene Verbundenheit mit der Natur und das Naturbedürfnis des Menschen (Gebhard 2009, S. 121).

Den Ausführungen Gebhard (ebd.) folgend, gehen Driver und Greene davon aus, dass der Mensch eine genetisch bedingte Tendenz besitzt, naturnahe Reize zu suchen. Diese Reize stimmen teilweise „[...] mit der psychischen Ausstattung des Menschen [...] [überein und können/L.M.] als ein Ergebnis evolutiver Anpassungsmechanismen an die [...] natürliche Umwelt verstanden werden [...]“ (ebd.). Die sogenannte Biophilie-Hypothese von Wilson (1984) beschreibt dieses Phänomen näher und „[...] liefert den für alle Mensch-Natur-Beziehungen zugrundeliegenden evolutiven Ansatz“ (Haubenhofner et al. 2013, S. 79). Wilson geht davon aus, dass jeder Mensch eine genetisch bedingte Anziehungskraft zu anderen Lebewesen, insbesondere zu Menschen, Tieren und Pflanzen hat (ebd.). Biophilie kann dabei wörtlich übersetzt werden mit der »Liebe zum Lebendigen« (Flade 2010, S. 66). Aus diesem Grund besitzen Menschen eine angeborene Verbindung zur Natur und fühlen sich zu ihr hingezogen (ebd., S. 66 ff.). Den Überlegungen Flade

(ebd., S. 66) folgend „[...] braucht [der Mensch/L.M.] den Kontakt mit der Natur, um psychisch und physisch gesund zu bleiben und im Leben einen Sinn zu finden“. Dieses Bedürfnis nach der Verbundenheit des Menschen mit der Natur hat sich im Prozess der Evolution entwickelt (Zubke/Gebauer 2003, S. 40). Demnach handelt es sich „[...] nicht um einen Instinkt, sondern um komplexe Verhaltensregeln, die sich der Mensch über Millionen von Jahren angelernt und genetisch gespeichert hat“ (Haubehofer et al. 2013, S. 79). Hervorzuheben ist, dass Kontakte mit der Natur nicht nur angenehme, sondern durchaus auch negative Emotionen, wie Angst oder Ekel, hervorrufen (ebd., S. 80). Beispiele dafür wären der Respekt vor Raubtieren oder eine Spinnenphobie.

Die Attention Restoration Theory nach Kaplan (1983) stellt einen weiteren Ansatz zur Erklärung der Beziehung zwischen Mensch und Natur dar (ebd.). Wörtlich übersetzt bedeutet Attention Restoration Theory, „[...] Theorie zur Wiederherstellung der Aufmerksamkeit“ (Plahl 2004, S. 61). In dieser wird die erholsame Wirkung der Natur anhand verschiedener Faktoren erklärt. „Grundsätzlich unterscheidet er zwei Arten von Aufmerksamkeit, die der Mensch auf etwas richten kann“ (Haubehofer et al. 2013, S. 80). Zum einen beschreibt er die willkürliche, gerichtete Aufmerksamkeit (ebd.). Diese Art beinhaltet die menschliche Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf etwas bestimmtes zu richten und dabei andere Reize auszublenden (ebd.). „Diese verbraucht Aufmerksamkeitskapazität, weil sie Energie kostet, und schlägt sich daher in mentaler Ermüdung nieder“ (ebd.). In der Natur wird die gerichtete Aufmerksamkeit wiederhergestellt, indem die Reize der Natur, die Neugier und das Interesse von Menschen wecken und auf diese Weise die zweite Art der Aufmerksamkeit, die mühelose, ungerichtete Aufmerksamkeit, entsteht (Plahl 2004, S. 61). Somit regeneriert sich die Aufmerksamkeitskapazität und die Natur trägt zur Erholung bei (Haubehofer et al. 2013, S. 80). Kaplan unterscheidet vier Faktoren, die die mühelose Aufmerksamkeit hervorrufen. Die Faszination, welche in zwei verschiedene Formen unterschieden wird, gilt dabei als der bedeutendste Faktor (ebd.). Zum einen gibt es die sogenannte milde Faszination, welche sowohl Freude als auch die mühelose Aufmerksamkeit hervorruft (ebd.). Haubehofer et al. (ebd.) merken an dieser Stelle an, dass sich dadurch die willkürliche Aufmerksamkeit erneuert und es zur Erholung kommt. Zum anderen gibt es die heftige Faszination, welche Emotionen, wie Wut oder Angst auslöst und nicht zur Erholung führt (ebd.). Die Natur bietet verschiedenste Phänomene, die Faszination auslösen können. Dies sind beispielsweise „[...] Wolken, Sonnenuntergänge, Schneemuster, das Rascheln und das Spiel der Blätter im Wind“

(Plahl 2004, S. 62 f.). Des Weiteren ist der Faktor des Weg-sein, die Distanz zum Alltag, für die mühelose Aufmerksamkeit verantwortlich (Haubehofer et al. 2013, S. 80). „Diese Trennung kann zeitlich oder räumlich erfolgen [...] [und beschreibt die/L.M.] mentale Entfernung von alltäglicher Routine“ (ebd.). Der dritte Faktor ist der der Weite und der Ausdehnung (ebd.). Dieser bezieht sich nicht auf die räumliche Weite, sondern beschreibt die Vielfalt der Natur an Eindrücken und Reizen, die die sinnliche Wahrnehmung anregen und auf diese Weise die Erholung fördern (ebd.). Darüber hinaus ist die Kompatibilität/Vereinbarkeit für die mühelose Aufmerksamkeit verantwortlich (ebd., S. 81). Diese Vereinbarkeit „[...] ist dann gegeben, wenn die vorherrschenden Gegebenheiten der Umwelt mit den Bedürfnissen des Menschen übereinstimmen. Ein Beispiel dazu ist Sonnenschein bei einem Spaziergang“ (ebd.). Diese vier Faktoren „[...] wirken sich einzeln und in Summe positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit aus“ (ebd.). Die beschriebenen Theorien verdeutlichen und belegen die besondere Beziehung zwischen Mensch und Natur.

Kontakte zur Natur haben diverse positive Effekte auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Nachfolgend werden Faktoren beschrieben, „[...] welche Natur und Gesundheit miteinander in Beziehung stellen [...]“ (ebd., S. 82). Der erste Faktor ist der Erholungseffekt. Dieser ist gekennzeichnet durch genetisch bedingte Reaktionen auf natürliche Elemente, welche physiologische Reaktionen hervorrufen und in deren Folge es zur Reduktion des Stressniveaus kommt (ebd.). Ein weiterer Faktor, der gesundheitsfördernd wirkt, ist der der Bewegung. Dabei steht nicht im Vordergrund, ob es sich um einen Waldspaziergang oder einen Radausflug handelt, denn Aufenthalte in der Natur sind meist automatisch mit Bewegung verbunden (ebd., S. 84). Ebenso spielen soziale Kontakte für das Wohlbefinden eine Rolle (ebd.). Eine Studie hat gezeigt, „[...] dass Menschen, die in wenig natürlicher Umgebung wohnen, sich einsamer fühlen und weniger soziale Bindungen erleben“ (ebd.). Darüber hinaus wirken sich Naturkontakte und Naturerfahrungen der Kindheit auf das Wohlbefinden aus (ebd., S. 85). Diese haben, wie bereits erwähnt, Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung und prägen somit den Menschen bis ins Erwachsenenalter (ebd.). Dieser Aspekt beschreibt den letzten der dargestellten Faktoren. Haubehofer et al. (ebd., S. 87) betonen, dass Mensch und Natur in einer wechselseitigen Beziehung zueinanderstehen und demnach auch der Mensch die Natur beeinflusst. Der Mensch ist somit vom Funktionieren der Natur abhängig (Job-Hoben/Erdmann 2008, S. 47). Diese Funktionsfähigkeit ist unter anderem durch die Wasser- und Luftqualität, den

Sauerstoffvorrat der Atmosphäre sowie dem Aspekt, dass den Menschen jederzeit genügend Nahrungsmittel zur Verfügung stehen, gekennzeichnet (ebd.). Die Natur stellt somit die Lebensgrundlage des Menschen dar und muss aufgrund dessen geschützt und nachhaltig genutzt werden (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Mensch eine genetisch bedingte Verbundenheit zur Natur besitzt. Daraus resultieren bis heute diverse positive Wirkungen der Natur auf den Menschen. Dabei sind insbesondere die Stressreduktion und die daraus resultierende Entspannung und Erholung, sowie die Förderung der Bewegung hervorzuheben. Die Natur hat angesichts dessen sowohl eine stabilisierende Wirkung auf die Psyche, als auch eine beruhigende und kann somit ein therapeutisches Medium darstellen (Job-Hoben/Erdmann 2008, S. 47). Haubehofer et al. (2013, S. 80/Hervorheb. i. O.) resümieren, dass „[...] **jeder Naturkontakt für den Menschen ein Gewinn**“ ist.

3.4.3 Beziehung zwischen Mensch und Garten

„Garten und Therapie in einen Zusammenhang zu setzen muss sich auf das besondere Verhältnis des Menschen zu seinen Gärten gründen“ (Niepel/Emmrich 2005, S. 10). Dieses Verhältnis wird im Folgenden beschrieben. Mit der Sesshaftwerdung des Menschen wurden Gärten angelegt und die Natur auf diese Weise kontrolliert (Niepel 2008, S. 75). Somit wurde Gartenarbeit zu einem menschlichen Urbedürfnis (Niepel/Emmrich 2005, S. 66). Gärten können, anders als die unberührte Natur, nicht „[...] ohne das menschliche Dazutun dauerhaft bestehen“ (ebd., S. 12). Vor diesem Hintergrund wird in Gärten mit den Kräften der Natur gearbeitet und der Mensch kann sich wieder als Naturwesen erleben (ebd., S. 10). Niepel (2004, S. 144) betont, dass Gärten eine Vereinfachung der Natur darstellen und sie den Menschen den Zugang zur Natur erleichtern. Die Schwerpunkte des Gärtnerns liegen auf dem Anbau und der Ernte von Gemüse und Obst als Nahrungsgrundlage, der „[...] ästhetischen Verschönerung des Wohnumfeldes [...]“ (Lützenkirchen et al. 2013, S. 40) sowie der Ruhe und Entspannung. Durch das Gestalten und Erleben eines Gartens kann die natürliche Beziehung zwischen Mensch und Garten und somit auch zwischen Mensch und Natur wahrgenommen werden (Plahl 2004, S. 47). Der Aufenthalt und diverse Tätigkeiten im Garten führen zu innerer Ruhe, Ausgeglichenheit und einer höheren Zufriedenheit, tragen zur Entspannung, Erholung, einer verbesserten Schlafqualität und zur Identitätsfindung bei und bieten Raum zur Selbstverwirklichung sowie zu selbstbestimmten Handlungen und Entscheidungen (Lützenkirchen et al. 2013, S. 40 ff.). Zudem unterstützt das Gärtnern die Sinnhaftigkeit und den Lebenswillen

(Thielking 2008, S. 6). Neben diesem Aspekt lehrt die Gartenarbeit dem Menschen Geduld und Durchhaltevermögen (Plahl 2004, S. 66). Des Weiteren tragen die Aktivitäten in einem Garten zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit bei (Mayer-Tasch 2004, S. 37). Darüber hinaus sind Gärten einerseits Ort der Begegnung und des sozialen Miteinanders, andererseits Orte des Rückzugs und der Besinnung (Lützenkirchen et al. 2013, S. 44). Ebenso können in einem Garten alle Sinne des Menschen stimuliert werden. Diesen Ausführungen folgend ermöglichen Aktivitäten im Garten „[...] den Aufbau von Vertrauen in eigene Fähigkeiten und die Stärkung eines positiven Selbstwertgefühls, um körperlich, sozial und seelisch gesund zu bleiben“ (ebd.). Zudem wird durch Gartenarbeit die Bewegung gefördert und somit einem Bewegungsmangel entgegengewirkt (ebd., S. 45). Basierend darauf können Tätigkeiten im Garten gesundheitliche Beeinträchtigungen vorbeugen (ebd.). Die gesundheitsfördernde Wirkung von Gärten konnte durch zahlreiche Studien wissenschaftlich bewiesen werden. Ein Beispiel ist die sogenannte Fensterstudie von Rogers S. Ulrich (Niepel/Emmrich 2005, S. 67). Zwei Gruppen von Personen, denen die Gallenblase entfernt wurde, hatten eine unterschiedliche Aussicht aus dem Fenster (ebd.). Eine Gruppe blickte in einen Garten, die andere auf eine Steinmauer (ebd.). Der Versuch zeigte, dass die Patient_innen mit Aussicht in den Garten eine geringere Dosis an Schmerzmitteln benötigten und es schneller zur Genesung kam, als bei den Patient_innen mit Blick auf die Steinmauer (ebd.). Bei dieser Untersuchung wurde unter anderem die Herzfrequenz, der Blutdruck, die Ausschüttung bestimmter Hormone sowie der Muskeltonus gemessen (ebd.). Ulrich kam zu dem Ergebnis, dass sich der Blick in den Garten positiv auf die genannten Faktoren auswirkt. Es konnte bewiesen werden, dass bereits der Anblick von Gärten zur Stressreduktion und zur Verringerung des Schmerzempfindens führt (ebd. S. 68). Zudem wird der Stoffwechsel und das Immunsystem angeregt (ebd.). Resümierend daraus gelten Gärten als „[...] Ressource, um Menschen zu rehabilitieren, zu therapieren oder präventiv das Wohlbefinden zu verbessern und so die Lebensqualität zu steigern“ (Plahl 2004, S. 47).

3.4.4 Beziehung zwischen Mensch und Pflanze

Vor dem Hintergrund, dass Pflanzen als ein Element von Gärten innerhalb gartentherapeutischer Aktivitäten als therapeutisches Mittel dienen, wird die Beziehung zwischen Mensch und Pflanze nachfolgend erläutert. Einerseits haben Pflanzen, in Form von diversen Wirkfaktoren und Einsatzmöglichkeiten, Einfluss auf den Menschen, andererseits beeinflusst der Mensch Pflanzen, indem er diese beispielsweise gießt oder umtopft

(Haubenhofner et al. 2013, S. 100). „Es handelt sich [...] demnach um ein fortlaufendes **Wechselspiel** aus Aktion und Reaktion, und nur wenn es sich hierbei um einen geschlossenen Wirkungskreis handelt, können sich beide Interaktionspartner konstruktiv in die Beziehung einbringen“ (ebd., S. 101/Hervorheb. i. O.). Menschen sind von Pflanzen abhängig, da sie während des Prozesses der Photosynthese Sauerstoff erzeugen, für die Regulation der Temperatur sowie des Feuchtigkeitsgehaltes der Luft verantwortlich sind, dem Menschen als grundlegende Nahrungsquelle dienen und ebenso als Material für den Bau von Gebäuden, beispielsweise Holzhäusern, genutzt werden (ebd., S. 101 f.). Darüber hinaus dienen sie, zum Beispiel in Form von Holz, als Wärmelieferant und werden für die Herstellung von Kleidung und Papier benötigt (ebd., S. 102). Zudem können Pflanzen zur Vorbeugung sowie Behandlung von Krankheiten genutzt werden (Fritzscht 2008, S. 12). Fritzscht (ebd.) betont, „der Einsatz von Heilpflanzen ist so alt wie die Menschheit selbst [...]“. Des Weiteren werden sie in Form verschiedenster Gewürze im kulinarischen Bereich verwendet (Haubenhofner et al. 2013, S. 102). Doch Pflanzen stellen nicht nur eine materielle Ressource für den Menschen dar, sie haben auch positive Auswirkungen auf die Psyche und die Emotionen von Menschen (ebd.). Blumen werden beispielsweise verschenkt, „[...] um Freude, Liebe und Anteilnahme auszudrücken“ (Gebhard 2009, S. 204). Angesichts dessen haben einige Pflanzen eine symbolische Bedeutung, so wird mit einer roten Rose meist Liebe assoziiert (ebd., S. 205). Auch können Pflanzen als Metapher, beispielsweise für Stärke oder Zerbrechlichkeit, stehen (Haubenhofner et al. 2013, S. 106). Die sogenannte Phytoresonanz-Hypothese nach Konrad Neuberger erklärt die Wirkung von Pflanzen auf die Psyche des Menschen mit Hilfe des physikalischen Vorgangs der Resonanz (ebd., S. 103). Neuberger geht davon aus, dass diverse Objekte, sowohl belebte als auch unbelebte, Einfluss auf die Psyche haben (ebd.). Diese Wirkungen, welche sich in Form von Schwingungen vom Objekt auf den Menschen übertragen, sind individuell und von der jeweiligen Person abhängig (ebd.). Nicht jeder Mensch kann demnach diese Wirkungen spüren. Basierend auf den genannten Aspekten „[...] kann eine Pflanze ihre Schwingungen auf den Menschen übertragen und so Einfluss auf sein Erleben und sein Verhalten nehmen (ebd.). Pflanzen können demzufolge die Charaktereigenschaften und die Stimmungslage eines Menschen widerspiegeln (ebd.). Haubenhofner et al. (ebd./Hervorheb. i. O.) heben hervor, dass es sich „[...] um eine Art **Selbstreflexion** [handelt/L.M.], bei der der Mensch Eigenschaften und Züge einer Pflanze erkennt, auf sich selbst überträgt und in sein eigenes Fühlen, Denken und Handeln einbaut“. Diesen Überlegungen folgend können sich Pflanzen positiv auf das

Wohlbefinden von Menschen auswirken und verschiedenste Bedürfnisse, wie das elementare Bedürfnis nach Nahrung, befriedigen.

3.4.5 Entfremdung des Menschen von der Natur

Vor dem 18. Jahrhundert kamen die Menschen alltäglich mit der Natur in Kontakt (Lützenkirchen et al. 2013, S. 27). Im 19. und 20. Jahrhundert brachten der Fortschritt, die Industrialisierung sowie die Technisierung und die damit einhergehende Urbanisierung eine Entfremdung der Natur mit sich (ebd.). Zudem führt auch die gegenwärtige Digitalisierung zu einer zunehmenden Entfremdung des Menschen von der Natur. „Mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung und mehr als drei Viertel der Bevölkerung in Europa leben inzwischen in Städten, viele in großen Ballungsräumen“ (Heudorf/Heldmann 2008, S. 82). Diese Aspekte führen dazu, dass der Mensch, vor allem in städtischen Gebieten, die natürlichen Prozesse und Rhythmen der Natur kaum noch wahrnimmt (Zubke/Gebauer 2003, S. 37). Beispielsweise erfahren Menschen die Herkunft der Rohstoffe von Nahrungsmitteln „[...] nur noch in sehr eingeschränkter Weise“ (ebd.). Die Natur wird vom Menschen beeinflusst, genutzt, gestaltet und auf diese Weise kultiviert und geprägt (ebd.). Diese Entfremdung führt jedoch nicht dazu, dass das menschliche Bedürfnis nach der Verbundenheit mit der Natur nicht mehr vorhanden ist (ebd., S. 40 f.). Vielmehr wird dieses Bedürfnis, angesichts dessen, dass sich viele Stadtbewohner in Stadtparks, Zoos, Botanischen Gärten oder auch Wochenendhäusern im Grünen aufhalten, deutlich (ebd.). Diese Naturelemente sind „[...] Ausdruck der Bezugnahme des Menschen zur Natur [...]“ (ebd., S. 37). Haubehofer et al. (2013, S. 79) stellen fest, „je distanzierter der Mensch sein Leben von der Natur führt, umso bedeutender wird diese im Gesundheits- und Freizeitbereich [...]“. Dennoch sind viele der genannten Naturelemente, vor allem in städtischen Gebieten, künstlich erschaffen. Aufgrund dessen kommen Menschen wenig mit der ursprünglichen, unkultivierten Natur in Kontakt. Die zunehmende Distanz zwischen Mensch und Natur führt einerseits zu einer „[...] Ausbeutung der Natur und die damit verbundene Gefährdung zukünftiger Generationen“ (Lützenkirchen et al. 2013, S. 27), andererseits hat diese Distanz negative Auswirkungen auf die menschlichen Gesundheit. Damit die ursprüngliche Beziehung zwischen Mensch und Natur wiederhergestellt werden kann, muss ein Umdenken in der Gesellschaft erfolgen (ebd.). Es geht dabei um „[...] die Vermittlung von Respekt, Liebe und Verantwortung für Umwelt und Natur“ (ebd.). Vor diesem Hintergrund kann der Naturentfremdung sowohl mit Natur- und Umweltpädagogik, Erlebnispädagogik, aber auch mit Green Care Aktivitäten, wie

Gartentherapie, entgegengewirkt werden (Lützenkirchen et al. 2013, S. 150). Ebenso ist darauf aufmerksam zu machen, dass die fehlende Beziehung des Menschen zur Natur und die Urbanisierung zu mehr Stress, fehlender Ruhe und damit einhergehenden psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Burn-out, führen (Heudorf/Heldmann 2008, S. 82). Zudem steigt durch den zunehmenden Bewegungsmangel, die Zahl an Menschen mit Übergewicht (ebd.). Die Wiederherstellung der angeborenen Verbundenheit von Mensch und Natur ist vor dem Hintergrund, dass sich die Distanz von der Natur negativ auf die physische, psychische und soziale Entwicklung von Kindern auswirkt und somit auch zu diversen Problemen bei Erwachsenen, in diesen drei Bereichen führen kann, von besonderer Bedeutung (Gebhard 2009, S. 74).

3.5 Ziele und Effekte der Gartentherapie

Aufgrund der Vielfalt an gartentherapeutischen Aktivitäten und Anwendungsbereichen verfolgt Gartentherapie unterschiedliche Ziele (Haubehofer et al. 2013, S. 14). Im Fokus stehen die Erhaltung und Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie der Lebensqualität von Menschen (ebd.). „Dazu zählen auch pädagogische oder sozial-integrative Aspekte“ (ebd.). Die Anzahl und Komplexität der Ziele sowie die Zeitspanne, in der die vorab definierten Ziele erreicht werden sollen, hängen von der teilnehmenden Person und der Ursache für die Gartentherapie, die beispielsweise in der Diagnose einer bestimmten Behinderung liegt, ab (ebd.). Haubehofer et al. (ebd.) heben hervor, dass die Ziele individuell auf die Klient_innen abgestimmt werden sollten.

Die Effekte der Gartentherapie können nach Maria Putz (2016, S. 83) in fünf Bereiche unterteilt werden. Der erste Bereich bezieht sich auf physiologische Effekte (ebd.). Dazu zählen die Förderung und Wiederherstellung motorischer Fähigkeiten und Funktionen, die Anregung der sinnlichen Wahrnehmung sowie das Training bestimmter Bewegungsabläufe (ebd.). Dies beinhaltet ebenso die Förderung der Mobilität und der Koordination (ebd.). Weitere gesundheitsfördernde Effekte sind beispielsweise die Senkung des Blutdrucks, die Aktivierung des Stoffwechsels sowie die Abnahme muskulärer Verspannungen (Lützenkirchen et al. 2013, S. 59). Effekte, die den kognitiven Bereich betreffen, sind die Schulung der Wahrnehmung, die Entfaltung und Förderung von Kreativität, die Verbesserung der Lese- und Schreibkompetenz sowie die Förderung der Gedächtnisleistung (Putz 2016, S. 83). Des Weiteren geht es um „[...] das Erlernen neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich Gartenbau, [...] die Verbesserung der zeitlichen und räumlichen Orientierung, der Kommunikationsfähigkeiten und des Kommunikationsverständnisses

[...]“ (Haubehofer et al. 2013, S. 16). Die Effekte im psychisch-emotionalen Bereich umfassen Komponente wie Selbst- und Fremdeinschätzung, Flexibilität und Stabilität, Selbstachtung und Selbstvertrauen, Frustrationstoleranz sowie Interesse an der Zukunft (Putz 2016, S. 83). Ebenso zählen zu diesem Bereich Aspekte, wie das Erleben positiver Gefühle, Stressabbau und somit Erholung und Entspannung, die Verminderung depressiver Verstimmungen oder negativer Einstellungen sowie die Reduzierung bestimmter Ängste (Lützenkirchen et al. 2013, S. 59). Darüber hinaus können Erfolge im sozialen Bereich erzielt werden, welche beispielsweise die „[...] Interaktion [und/L.M.] Identifikation mit der Gruppe und der Umgebung“ (Putz 2016, S. 83) und somit die Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen betreffen. Den fünften Bereich bilden Effekte die sich auf das Ich, auf das Selbstbild eines Menschen, beziehen (ebd.). Dazu zählen „[...] die Förderung der Wahrnehmung des Ich [sowie die/L.M.] Steigerung des Selbstwertes und des Selbstbewusstseins“ (Haubehofer et al. 2013, S. 17). Zudem können das Engagement, die Motivation und die Eigeninitiative gestärkt werden (Putz 2016, S. 83). Vor diesem Hintergrund wirkt Gartentherapie sowohl auf den Körper und die Psyche als auch auf das Sozialverhalten, die Emotionen und das Selbstbild eines Menschen. Aus den beschriebenen Effekten ergeben sich weitere Ziele, die sich nicht nur auf die Klient_innen sondern ebenso auf das Umfeld der teilnehmenden Personen beziehen. Dazu gehören unter anderem die Verkürzung von Rehabilitationszeiten, die Senkung von Kosten in den jeweiligen Betreuungseinrichtungen, eine „geringere Fluktuation und [die/L.M.] Reduktion von Krankenständen in medizinischen Einrichtungen“ (Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien 2014). Angesichts dessen kann es zu einer höheren Zufriedenheit des Personals sowie zu einer Förderung der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen kommen (ebd.). Ebenso kann die Beziehung zwischen Klient_innen und deren Angehörigen oder Freunden stabilisiert werden, indem beispielsweise gemeinsam garten-therapeutisch gearbeitet wird. Diese Ausführungen zeigen die Vielfalt an Fördermöglichkeiten durch garten-therapeutische Aktivitäten auf. Es „[...] wird deutlich, dass nicht die Heilung an sich das vorrangige Ziel der Gartentherapie ist, sondern dass sie vielmehr den Weg zur Heilung beschreibt“ (Schneider 2012, S. 9). Aufgrund dessen stehen, wie bereits beschrieben, die Erhaltung und Förderung des Wohlbefindens sowie der Lebensqualität von Menschen im Fokus der Gartentherapie. Damit das Wohlbefinden eines Menschen gewährleistet ist, müssen nach Grawe vier verschiedene psychologische Grundbedürfnisse befriedigt werden (Grawe 1998, S. 386).

Vor diesem Hintergrund und unter dem Aspekt, dass die Befriedigung dieser Bedürfnisse essenziell für den Erfolg von Gartentherapieprogrammen ist, sollten diese psychologischen Grundbedürfnisse in allen Bereichen, in denen Gartentherapie angewandt wird, berücksichtigt werden (Schneider 2012, S. 9 f.). Im Folgenden sollen die vier psychologischen Grundbedürfnisse, als Bestandteil der Konsistenztheorie nach Grawe, welche anhand der nachfolgenden Abbildung (Abbildung 3) verdeutlicht wird, näher erläutert werden.

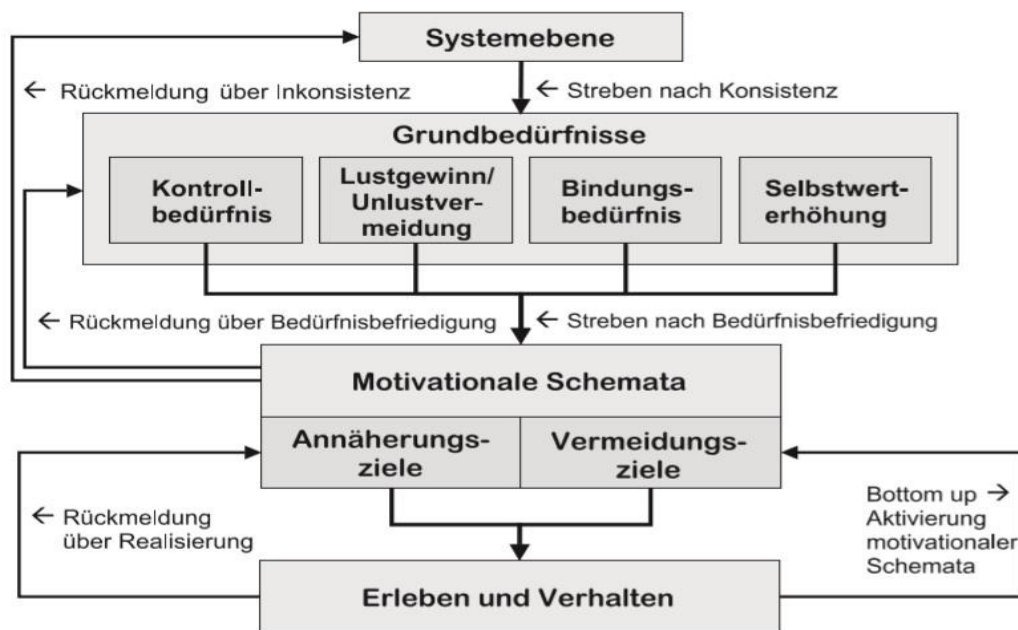


Abbildung 3: Funktionsmodell des psychischen Geschehens (Grawe 1998, S. 439)

Jeder Mensch strebt nach der Befriedigung von Grundbedürfnissen und nach Konsistenz, das bedeutet nach einem psychischen Gleichgewicht (Grawe 1998, S. 386). Das Streben nach Konsistenz findet dabei auf der sogenannten Systemebene statt. Als Konsistenz wird in diesem Zusammenhang die Übereinstimmung zwischen den Grundbedürfnissen und dem Erleben in der Realität bezeichnet (ebd., S. 421 f.). Da die Grundbedürfnisse zuvor in motivationale Schemata/Ziele operationalisiert werden, findet dieser Abgleich nicht direkt zwischen den Bedürfnissen und dem realen Erleben statt, sondern zwischen den motivationalen Schemata/Zielen und dem Erleben in der Realität (ebd., S. 337 ff.). Grawe betont, dass Konsistenz „[...] ein grundlegendes Erfordernis des Funktionierens von Systemen [...]“ (ebd., S. 421) ist. Somit ist Konsistenz kein direktes Motiv des Menschen und kann deshalb nicht mit den Grundbedürfnissen gleichgestellt werden (ebd.). Eine hohe Konsistenz bedeutet seelische Gesundheit und menschliches Glück. Im Gegensatz

dazu hat ein hohes Maß an Inkonsistenz „[...] seelisches Leiden und menschliches Unglück [...]“ (ebd.) zur Folge. Aufgrund dessen kommt es zu psychischen Störungen, wenn vorhandene Grundbedürfnisse dauerhaft verletzt werden, das heißt, eine Inkongruenz zwischen Erlebtem und Gewünschtem besteht (ebd., S. 426 f.). Die motivationalen Ziele können demnach in der Interaktion mit der Umwelt nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden (ebd.). Inkongruenz ist somit eine Form der Inkonsistenz. Eine weitere Ebene in der Konsistenztheorie nach Grawe stellt die Ebene der bereits erwähnten Grundbedürfnisse dar. Das erste Grundbedürfnis, ausgehend von Bowlbys Bindungstheorie, bezieht sich auf das angeborene Bedürfnis nach Bindung zu Bezugspersonen (ebd., S. 395 ff.). Der Mensch ist auf andere Menschen angewiesen, das Bedürfnis nach Nähe kann somit nur durch Bezugspersonen befriedigt werden (ebd.). Menschen benötigen aufgrund dessen Zuwendung, Liebe, Trost sowie Hilfe, Schutz und Halt durch andere Personen. „In der Gartentherapie ist deshalb Wert auf die Beziehungsarbeit zu legen“ (Haubenhofner et al. 2013, S. 14). Diesen Ausführungen folgend, sollten Fachkräfte jederzeit versuchen ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis aufzubauen und durch Gruppenaktivitäten das Bedürfnis nach Bindung rudimentär befriedigen (ebd.). Ein weiteres Bedürfnis stellt das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle dar. Dieses beinhaltet den Wunsch nach einer sicheren Umwelt, die hinreichend verlässlich ist und auf die der Mensch selbst Einfluss nehmen kann (Grawe 1998, S. 385 ff.). „Je nach den Lebenserfahrungen, die das Individuum bezüglich dieses Bedürfnisses [...] macht, entwickelt es eine Grundüberzeugung darüber, inwieweit das Leben einen Sinn macht, ob Vorsehbarkeit und Kontrollmöglichkeit besteht, ob es sich lohnt, sich einzusetzen und zu engagieren“ (ebd., S. 385). Demnach ist mit Kontrolle Selbstwirksamkeit gemeint und nicht die Kontrolle über andere Menschen (ebd.). Auch dieses Grundbedürfnis gilt es während der Gartentherapie zu beachten, indem „[...] Aktivitäten geplant werden, die den teilnehmenden Personen positive Kontrollerfahrungen mitgeben“ (Haubenhofner et al. 2013, S. 15). Beispielsweise können Klient_innen durch das Säen von Samen und das spätere Ernten dieser Früchte Kontrolle und Orientierung erfahren (ebd.). Zudem beschreibt Grawe das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung (Grawe 1998, S. 411 ff.). Bei diesem Grundbedürfnis geht es um Anerkennung und Wertschätzung sowie um Zutrauen und Unterstützung aus dem Umfeld eines Menschen (ebd.). Menschen streben danach, sich selbst kompetent, wertvoll und von anderen Menschen geschätzt zu fühlen (ebd.). Haubenhofner et al. (2013, S. 15) betonen, dass gartentherapeutische Aktivitäten ausgewählt werden sollten, „[...] die das Selbstbild stärken, eigene Fähigkeiten als positiv erkennen lassen und Emotionen, wie

etwa Stolz auslösen“. Beispielsweise wird Erfolg sichtbar, wenn zuvor aufgezogene Tomaten geerntet oder gepflanzte Kräuter in der Küche verwendet werden können. Das vierte „[...] Grundbedürfnis beinhaltet das Bestreben, erfreuliche (lustvolle) Erfahrungen herbeizuführen und schmerzhaft, unangenehme Erfahrungen zu vermeiden“ (Grawe 1998, S. 393). Dabei handelt es sich um das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung. Was als angenehm oder unangenehm bewertet wird, hängt insbesondere von den individuellen Erfahrungen (z.B. in der Kindheit) sowie dem aktuellen Zustand eines Menschen ab (ebd.). Innerhalb gartentherapeutischer Aktivitäten sollte den Klient_innen, beispielsweise durch eine erfolgreiche Ernte, positive Wahrnehmungen und Erfahrungen ermöglicht werden (Haubehofer et al. 2013, S. 15).

Diese vier Grundbedürfnisse sind bei jedem Menschen zu finden, jedoch sind die Mittel, diese Grundbedürfnisse zu befriedigen bei jedem Menschen unterschiedlich. Auf der nächsten Ebene befinden sich die sogenannten motivationalen Schemata/Ziele. Diese entwickeln sich in der Interaktion mit der Umwelt sowie aus biografischen Erfahrungen (Grawe 1998, S. 337 ff.). Grawe unterscheidet hierbei zwischen Annäherungs- und Vermeidungsschemata, welche als individuelle Wege angesehen werden können, um die vier Grundbedürfnisse zu befriedigen (ebd.). Annäherungsschemata sind dabei auf das aktive Herbeiführen von befriedigenden Erfahrungen ausgelegt (ebd., S. 355). Vermeidungsschemata entwickeln sich, wenn Grundbedürfnisse nicht befriedigt oder gar gravierend verletzt werden. Aufgrund dessen schützen Vermeidungsschemata davor, dass Bedürfnisse verletzt werden (ebd., S. 357). Zumeist sind bei Menschen beide Schemata gleichzeitig aktiviert. Dies beinhaltet auch, dass der menschliche Organismus versucht, ein Gleichgewicht zwischen allen aktiven motivationalen Zielen herzustellen und somit nicht nur ein Bedürfnis befriedigt wird und andere nicht (ebd., 352 ff.). Eine weitere Form der Inkonsistenz stellt die sogenannte Diskordanz dar, welche dann auftritt, wenn sich unterschiedliche motivationale Schemata gegenseitig blockieren (ebd., S. 474 ff.). Beispielsweise können Annäherungs- und Vermeidungsschemata gleichzeitig aktiviert sein und sich dadurch gegenseitig hemmen. Jedoch kann diese motivationale Konflikthaftigkeit auch untereinander bestehen (ebd.). Daraus resultierend sollten Annäherungs- und Vermeidungsschemata von Klient_innen in der gartentherapeutischen Arbeit beachtet werden. Den Überlegungen Haubehofer et al. (2013, S. 15) folgend, sollen „Vermeidungsstrategien, die auf negativer Beurteilung von Erfahrungen beruhen, [...] durch Annäherungsstrategien ersetzt werden. Dazu gehört, dass eine Aktivität, der Prozess selbst,

positiv wahrgenommen wird, nicht nur das Ergebnis“. Das Erleben und Verhalten bildet die letzte Ebene des Funktionsmodells des psychischen Geschehens. Auf dieser findet ein Abgleich zwischen den motivationalen Zielen und den realen Wahrnehmungen statt (Grawe 1998, S. 438 ff.). Es entsteht dabei eine Inkongruenz, wenn die realen Wahrnehmungen, die das Individuum macht, nicht mit den aktivierten motivationalen Zielen übereinstimmen (ebd.). Es kommt zu negativen Emotionen, da die motivationalen Ziele nicht erreicht werden. Im Gegensatz dazu kommt es zu positiven Emotionen, wenn die realen Erfahrungen mit den motivationalen Zielen übereinstimmen (Konsistenz) (ebd.).

Basierend auf diesen Erläuterungen sollten Gartentherapeut_innen die psychologischen Grundbedürfnisse sowie die Annäherungs- und Vermeidungsschemata der Klient_innen berücksichtigen, indem sie diese wahrnehmen und durch gartentherapeutische Aktivitäten auf diese eingehen und somit versuchen die Bedürfnisse so weit wie möglich zu befriedigen (Haubenhof et al. 2013, S. 15 f.). Auf diese Weise können das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Klient_innen erhalten und verbessert werden.

3.6 Sinneswahrnehmung als Element der Gartentherapie

Ein Garten ist, aufgrund des vielfältigen Wahrnehmungspotentials, eine Erlebniswelt für die menschlichen Sinne (Niepel/Emmrich 2005, S. 113). Sinne bezeichnen die menschliche Fähigkeit der Wahrnehmung mit den Sinnesorganen (Stadler 2011, S. 82 f.). Dabei werden Reize aus der Umwelt aufgenommen, individuell wahrgenommen und vom menschlichen Gehirn verarbeitet, geordnet, interpretiert und verknüpft (Niepel/Emmrich 2005, S. 108). Auf diese Information des Gehirns folgt eine Reaktion des Körpers, dies können zum einen bestimmte Handlungen oder Verhaltensweisen und zum anderen Gedanken oder Gefühle sein (ebd., S. 114). Somit werden wahrgenommene Reize durch die verschiedenen Sinnesorgane miteinander verbunden (ebd.). Dieser neurologische Prozess, der die Aufnahme und Verarbeitung von Sinnesempfindungen beschreibt, wird auch als sensorische Integration bezeichnet und ist für die Entwicklung eines Menschen von entscheidender Bedeutung (ebd.). Nachfolgend wird zunächst die klassische Unterscheidung der Sinnesorgane in fünf Sinne, wie sie bereits Aristoteles vornahm, beschrieben (Stadler 2011, S. 83 f.).

Das Sehen ist der meistgenutzte menschliche Sinn, ca. 40 Prozent der gesamten Sinnesindrücke laufen über das visuelle System ab (Vogel 2017, S. 19). Vogel (ebd.) beschreibt, „[...] dass das Auge unterschiedlichste Eindrücke sammelt und dass das Gehirn

die Informationen analysiert, um sie dann zu einem Gesamtbild zusammen zu fügen“. Das visuelle System kann Objekte aufgrund ihrer Farbe, Form, Größe sowie „[...] räumlicher Lage und Bewegung [...]“ (Niepel/Emmrich 2005, S. 108) erkennen und voneinander unterscheiden. In einem Garten werden „mit den Augen [...] die unglaubliche Farbenvielfalt und der Formenreichtum der Pflanzen wahrgenommen“ (Vogel 2017, S. 19). Jedoch können diverse Störungen des visuellen Systems, wie beispielsweise Blindheit oder Gesichtsfeldstörungen, Menschen erheblich beeinträchtigen (Niepel/Emmrich 2005, S. 108 f.). Den Überlegungen Niepel/Emmrich (ebd., S. 114) folgend muss „ein therapeutischer Garten [...] [deshalb/L.M.] auch ein Garten für geschlossene Augen sein [...]“. Das auditive System beschreibt den Hörsinn. Das Gehör verarbeitet diverse Geräusche, Töne und Klänge (ebd., S. 110). Darüber hinaus „[...] unterscheidet [es/L.M.], aus welcher Richtung ein Geräusch kommt und [...] registriert die Veränderungen des Quellenstandortes, der Lautstärke, der Tonhöhe und der Klangfarbe“ (Vogel 2017, S. 20). Aufgrund der Reizüberflutung, insbesondere im urbanen Raum, sind Gärten Orte der Ruhe und Erholung (Niepel/Emmrich 2005, S. 110). Diverse Hintergrundgeräusche, wie „[...] Vogelgezwitscher, das Säuseln des Windes im Blattwerk der Bäume und das Knistern aufplatzender Samenhüllen“ (ebd., S. 109) haben eine entspannende Wirkung. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass es durch Störungen des Hörsinns, wie beispielsweise Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit, zu zahlreichen Einschränkungen der betroffenen Personen im täglichen Leben kommt (ebd., S. 110). Die olfaktorische Wahrnehmung beschreibt den menschlichen Geruchssinn. „Über die Nase werden Düfte wahrgenommen, die blumig, fruchtig, erdig, süßlich, lieblich oder herb sind“ (Vogel 2017, S. 20). Aufgrund dessen, dass Informationen des Geruchssinns, dass „[...] im Zwischenhirn ansässige limbische System durchlaufen [...]“ (ebd.), welches unter anderem der Verarbeitung von Erinnerungen und Emotionen dient, besteht eine direkte Verbindung von Gerüchen, Gefühlen und Erinnerungen. Deshalb löst der Geruchssinn Erinnerungen, die zum Beispiel aus der Kindheit stammen, aus (Vogel 2017, S. 20). Zudem verstärken Reize, die den Geruchssinn ansprechen und gleichzeitig mit neuem Wissen verknüpft werden, die Merkfähigkeit (Niepel/Emmrich 2005, S. 111). Diese Erkenntnis kann in der gartentherapeutischen Arbeit für die Verbesserung der Gedächtnisleistung von Klient_innen genutzt werden. In einem Garten kann der beschriebene Sinn beispielsweise durch wohlduftende Kräuter, wie Salbei, Minze, Rosmarin oder Thymian, aber auch durch andere Pflanzen, wie Flieder, Rosen oder Jasmin, angeregt werden. Selbst beim Umtopfen und somit der Arbeit mit Erde wird der Geruchssinn angesprochen. Der Geschmackssinn, das

sogenannte gustatorische System, steht in direkter Verbindung zum zuvor beschriebenen Geruchssinn (ebd.). Dieser Sinn, welcher den am schlechtesten ausgebildeten Sinn darstellt, ist erst in Kombination mit dem Geruchssinn vollständig funktionstüchtig (ebd.). Unterschiedliche Geschmacksrichtungen, wie beispielsweise süß, sauer, salzig und bitter, sowie verschiedene Konsistenzen können mit dem Mund, konkret den Geschmacksknospen, der Zunge und dem Gaumen, wahrgenommen werden (Vogel 2017, S. 20). Auch bei diesem menschlichen Sinn können Störungen auftreten, die Beeinträchtigungen zur Folge haben (Niepel/Emmrich 2005, S. 111). Niepel und Emmrich (ebd.) betonen, dass Menschen, die nicht wahrnehmen können, „[...] ob etwas verdorben, giftig oder aber angenehm ist, [...] grundlegende Informationen [...]“ fehlen. In Anbetracht dessen, dass der Geruchssinn mit dem Geschmackssinn gekoppelt ist, kann mit den genannten Störungen ein Verlust an Lebensqualität einhergehen (ebd.). Im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten kann dieser Sinn zum Beispiel durch den süßen Geschmack von Beeren aus einer eigens angelegten Naschhecke angesprochen werden. Das taktile System beschreibt das Tasten und Fühlen (ebd.). Auf der Haut, dem größten Sinnesorgan, befinden sich „[...] unzählige feine Rezeptoren, die auf Berührungsreize, auf Druck, auf Kälte und auf Wärme reagieren. Die meisten dieser Rezeptoren befinden sich in den Fingerspitzen, den Handinnenflächen und den Fußsohlen“ (Vogel 2017, S. 21). Mit der Hand können durch Betasten konkrete Informationen, beispielsweise über die Beschaffenheit der Oberfläche und die Konsistenz eines Objektes gesammelt werden (Niepel/Emmrich 2005, S. 111). Niepel und Emmrich (ebd.) stellen fest, dass sich diese Sinneswahrnehmung, im Vergleich zu den bereits beschriebenen, am stärksten auf die Motorik auswirkt. Aufgrund dessen und dem Aspekt, dass Tasten und Fühlen meist mit Bewegungen (z.B. der Hand) einhergehen, kann im Rahmen von Gartentherapie die Motorik von Klient_innen erfolgreich gefördert werden (ebd.). Ein Beispiel ist das Einpflanzen. Während dieses Prozesses kann nicht nur die Pflanze mit ihren weichen Blättern und Blüten, sondern auch die Erde, die sich trocken, nass, kalt oder warm anfühlen kann, sowie das umgrenzend wachsende Gras berührt werden. Neben diesen klassischen fünf Sinnen Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Fühlen, existieren noch zwei weitere Sinne (ebd., S. 112). Zum einen gibt es den Gleichgewichtssinn, das sogenannte vestibuläre System, welcher im Innenohr sitzt (ebd.). „Dieser Sinn liefert uns Informationen über unsere Position im Raum, über eine mögliche Rotation und Beschleunigung und arbeitet darüber hinaus eng mit den anderen Sinnen zusammen“ (ebd.). Der Gleichgewichtssinn ermöglicht gezielte Bewegungen und verbindet alle Informationen des menschlichen Sinnsystems (ebd.). Barfußpfade

stellen eine Möglichkeit dar, diesen Sinn gezielt anzuregen und zu fördern. Zum anderen existiert das kinästhetische System. Dieses steht ebenso mit den anderen Sinnen in Verbindung und „[...] informiert uns über die Lage, die Bewegung und den Spannungszustand unseres Körpers“ (ebd.). Das kinästhetische System ermöglicht es beispielsweise, über den Spannungszustand der Muskeln zu erkennen, wie weich und schwer die Erde ist, die beim Umtopfen in den Händen gehalten wird (ebd.). Aufgrund dessen, dass bei diesem Sinn, wie auch beim Gleichgewichtssinn, keine Reize aus der Umwelt, sondern Reize die im Inneren des Körpers liegen wahrgenommen werden, wird er als Tiefensensibilität bezeichnet (ebd.).

Im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten sollten möglichst alle Sinne angesprochen werden, da die Wahrnehmung der Umwelt und des eigenen Körpers eine der Grundlagen des menschlichen Lebens darstellt (Niepel/Emmrich 2005, S. 115). Insbesondere bei Menschen mit Wahrnehmungsstörungen müssen sich Therapiegärten und gartentherapeutische Aktivitäten auf die sinnliche Wahrnehmung beziehen (ebd., S. 114). Dies ermöglichen insbesondere sogenannten Sinnesgärten oder Gärten der Sinne, welche speziell dafür angelegt sind, die sinnliche Wahrnehmung anzuregen und auch im Rahmen von Gartentherapie und der Gestaltung von Therapiegärten Anwendung finden können (ebd., S. 128 ff.). Hugo Kükelhaus, geboren 1900 und gestorben 1984, gilt als Begründer von Sinneserfahrungsstationen und somit von Sinnesgärten (ebd., S. 128). Kükelhaus war gelernter Tischler und hat zudem Medizin, Philosophie, Mathematik und Soziologie studiert (ebd., S. 129). Im Jahr 1982 erschien „[...] das für die Entwicklung der Sinnesgärten wesentliche Buch ‚Entfaltung der Sinne – Ein Erfahrungsfeld zur Bewegung und Besinnung‘“ (ebd.). Im Kontext des technisch-industriellen Zeitalters kritisierte Kükelhaus zum einen die Reizüberflutung aufgrund der technischen Fortschritte, zum anderen die Betonung des Intellekts und die damit einhergehende Verarmung körperlicher sowie seelischer Fähigkeiten des Menschen (ebd.). Laut Kükelhaus haben diese beiden gegensätzlichen Aspekte, mit denen ein Mangel an sinnlichen Erfahrungen und körperlicher Bewegung einhergeht, „[...] negative Auswirkungen in der geistigen Welt [...]“ (ebd.). Diese Überlegungen können ebenso im Kontext der gegenwärtigen Digitalisierung von Bedeutung sein. Damit die beschriebenen Fähigkeiten angeregt und entfaltet werden können entwickelte Kükelhaus ca. 40 Elemente, sogenannte Sinnesstationen, die Menschen bei der Wahrnehmung des eigenen Körpers, der Sinne und der Umwelt unterstützen (ebd.). Nachfolgend sollen einige dieser Sinnesstationen beschrieben werden. Der Sehsinn wird

durch Lichtphänomene angesprochen, indem die Formen des Lichtes darstellgestellt werden. „Kükelhaus schlägt schwenkbare Prismen oder kardanisch aufgehängte, das heißt nach allen Seiten drehbare Brenngläser vor“ (ebd., S. 133). Doch auch Objekte die zur optischen Täuschung dienen sind denkbare Elemente (ebd.). Auf den Hörsinn bezieht sich beispielsweise der Summstein, welchen Kükelhaus erfunden hat (ebd., S. 132). In ebenenem Stein befindet sich ein Loch, welches dafür vorgesehen ist, den Kopf hineinzustecken, um dann im Stein ein Summen zu erzeugen, wodurch Schwingungen entstehen, „[...] die sich auf den Kopf und den ganzen Körper übertragen“ (ebd.). Die Duftorgel, eine aus 32 Rohren, wobei jede Röhre einen Duftstoff enthält, bestehendes Element, spricht den Geruchssinn an. „Neben der Duftorgel empfiehlt Kükelhaus die Anlage eines Kräutergartens“ (ebd., S. 133). Obwohl bereits viele andere Stationen automatisch den Tastsinn mit ansprechen, entwickelte Kükelhaus sogenannte Tastsäulen (ebd., S. 131). In diesen Säulen befinden sich Dinge, die nur ertastet werden können (ebd.). „Das Lösen von der visuellen Wahrnehmung ist [...] das ausschlaggebende Element“ (ebd.). Zudem gibt es Tafeln aus unterschiedlichen Materialien und mit diversen Oberflächenstrukturen, die betastet werden können (ebd.). Der Gleichgewichtssinn wird unter anderem mit Schaukeln, Balancierscheiben, Kettenstegen und Trittsteinen sowie Barfußpfaden geschult (ebd.). Letzteres bezieht sich nicht nur auf den Gleichgewichtssinn, sondern ebenso auf den Tastsinn. Auf einem Kettensteg, eine Brücke ähnlich einer Hängebrücke, wird, ebenso wie auf Trittsteinen die über ein Gewässer führen, die Balance geschult (ebd.). Diese Elemente zielen, neben dem genannten Aspekt darauf ab, die Konzentration zu verbessern (ebd.). Mit Hilfe von Stationen, wie einer Sonnenuhr oder einem Labyrinth soll der Sinn für die „[...] Position in Raum und Zeit geschärft werden“ (ebd., S. 133). Auf den Geschmackssinn wird in den Beschreibungen der Sinnesstationen von Kükelhaus nicht konkret eingegangen.

In Anbetracht des bereits beschriebenen Mangels an bestimmten Reizen und die diesem Aspekt entgegenstehende Reizüberflutung in bestimmten Lebensbereichen, trifft dies auch auf diverse soziale und medizinische Einrichtungen, insbesondere Krankenhäuser, Psychiatrien oder Pflegeheime, zu (ebd., S. 135). Aufgrund dessen betonen Niepel und Emmrich (ebd., S. 130), dass Sinnesstationen, auch wenn sie nicht explizit dafür geplant wurden, eine Inspiration für Therapiegärten sein können. Jedoch müssen auch an dieser Stelle die individuelle Situation und die Bedürfnisse der teilnehmenden Personen beachtet und bei der Errichtung von Sinnesstationen berücksichtigt werden (ebd., S. 135).

3.7 Gartentherapieprogramme

Gartentherapeutische Aktivitäten sind jederzeit zielgerichtet und individuell auf die teilnehmenden Personen abgestimmt. Aufgrund dessen bedarf es der Entwicklung von Gartentherapieprogrammen, die bereits in der Definition von Gartentherapie erwähnt wurden (Kapitel 3, S. 12 ff.). Diese sind „[...] als **standardisierte Planungsgrundlage** der Aktivitäten zu verstehen“ (Haubenhof et al. 2013, S. 17/Hervorheb. i. O.). In diesen Programmen werden die geplanten gartentherapeutischen Aktivitäten detailliert beschrieben und „[...] Angaben über Anforderungen und Aufwand wiedergegeben“ (ebd.). Die Auswahl eines Programmes hängt von diversen Faktoren ab. Zum einen nehmen „[...] Ziele, Ausschlusskriterien, Fähigkeiten und Kenntnisse der Teilnehmenden, Qualifikationen der Fachkräfte [und der/L.M.] Anwendungsort [...]“ (ebd.) eine entscheidende Rolle ein. Zum anderen müssen mögliche schlechte Witterungsbedingungen beachtet werden und die Nutzung eines Ausweichortes, beispielsweise eines Gewächshauses, in die Planung einfließen (ebd.). Des Weiteren sollten die Jahreszeit, in der die Aktivitäten stattfinden, benötigte Werkzeuge und Materialien sowie zeitliche Rahmenbedingungen beachtet werden (ebd.). Den Überlegungen Haubenhof et al. (ebd., S. 18) folgend, besteht ein vollständiger Gartentherapie-Prozess aus fünf Schritten. Im ersten Schritt erfolgt das sogenannte gartentherapeutische Assessment (ebd.). Der Prozess beginnt damit, Beeinträchtigungen aufgrund von Gesundheitsproblemen, Funktionsstörungen und somit auch Behinderungen zu erkennen, um in den Therapieeinheiten gezielt auf diese eingehen zu können (ebd.). Diesen Überlegungen folgend setzt Gartentherapie bei der Ursache für die Therapie, beispielsweise der Diagnose einer Behinderung, an (ebd.). Im nächsten Schritt werden gartentherapeutische Ziele definiert, die individuell auf die Klient_innen abgestimmt sein sollten (ebd.). Anschließend wird der eigentliche gartentherapeutische Prozess geplant, indem Aktivitäten und Methoden, die zur Erreichung der Ziele nötig sind, ausgewählt werden (ebd.). Im vierten Schritt werden die Therapieeinheiten, auf Grundlage der vorab definierten Ziele und Methoden, durchgeführt (ebd.). Eine Therapieeinheit dauert meist eine Stunde bei ein bis zwei Therapieeinheiten pro Woche (Hansen 2009, S. 4). Schließlich erfolgt eine Evaluierung der Aktivitäten und die Dokumentation des Prozesses, die jedoch in jedem der beschriebenen Schritte eine Rolle spielen sollte (ebd.). Folgende Abbildung (Abbildung 4) veranschaulicht die Hauptelemente und das Ablaufschema der Gartentherapie.

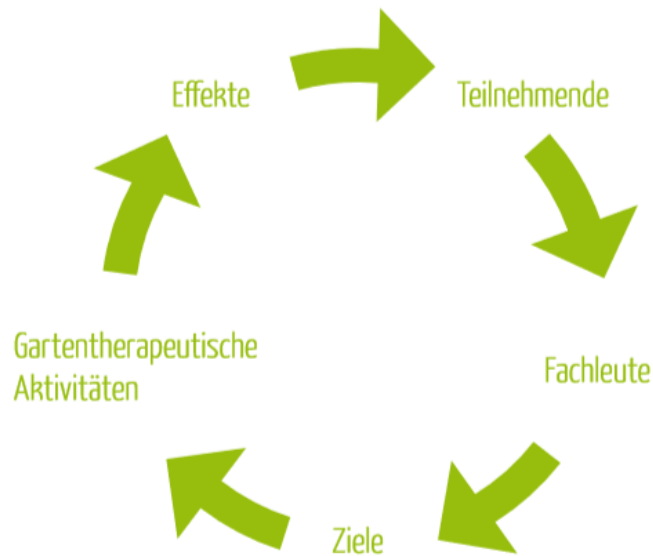


Abbildung 4: Hauptelemente und Ablaufschema der Gartentherapie (Haubehofer et al. 2013, S. 10)

„Die Teilnehmenden, mit all der benötigten Hilfestellung, treten mit den Fachleuten in Kontakt“ (Haubehofer et al. 2013, S. 11). Anschließend erfolgt eine gemeinsame Definition der Ziele und der gartentherapeutischen Aktivitäten (ebd.). In den Therapieeinheiten „[...] werden gezielt Prozesse in Gang gesetzt, die Effekte bei den Teilnehmenden bewirken sollen, und nach der Absolvierung des Therapieprogramms evaluiert werden“ (ebd.). Haubehofer et al. (ebd., S. 18) betonen, dass durch die Einhaltung der einzelnen Prozessschritte sowie des dargestellten Ablaufschemas „[...] Fehler vermieden werden und größere Erfolge erzielt werden“.

3.8 Bedeutung der Gartentherapie für die Soziale Arbeit

Der Mensch ist seit Urzeiten mit der Natur verbunden. Die Natur, Gärten und Pflanzen haben seit der Sesshaftwerdung des Menschen eine grundlegende Bedeutung für das menschliche Leben. Gärten dienen und dienen auch heute noch, vor allem angesichts des zunehmenden Trends zur gesunden Ernährung und zur Selbstversorgung, neben der Versorgung mit Nahrungsmitteln, zur Erholung und Entspannung sowie zur Heilung. Daraus resultierend ist die Beziehung zwischen Menschen und Natur und somit auch zwischen Menschen und Gärten sowie Pflanzen essenziell (Lützenkirchen et al. 2013, S. 150). Zudem führten und führen die Urbanisierung, die Industrialisierung sowie die Technisierung und die Digitalisierung zur Entfremdung des Menschen von der Natur (ebd.). „Dieses Defizit auszugleichen, ist heute auch eine Aufgabe der Sozialen Arbeit geworden [...]“ (ebd.). Dies geschieht nicht nur in Form von Erlebnispädagogik oder Umweltpädagogik,

sondern ebenso in Form von Green Care und somit auch Gartentherapie (ebd.). In Anbetracht dessen spielen die Natur und Gärten im Kontext von Sozialer Arbeit eine entscheidende Rolle (ebd.). Lützenkirchen et al. (ebd.) betonen: „Der Garten stellt eine Ressource dar, auf deren Basis der Mensch sich nicht nur ernähren, sondern auch Rehabilitation, Prävention und allgemeine Steigerung der Lebensqualität erfahren kann.“ Gartentherapeutische Aktivitäten sind für jede Altersstufe und diverse Zielgruppen, welche sich mit denen der Sozialen Arbeit decken, geeignet. Die Gartentherapie findet demnach in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit statt, weshalb an dieser Stelle ein weiterer Zusammenhang zwischen Gartentherapie und Sozialer Arbeit zu erkennen ist (ebd., S. 152). Gartentherapeutische Aktivitäten fördern zum einen das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden und verbessern somit die Lebensqualität der teilnehmenden Personen, zum anderen beinhaltet Gartentherapie pädagogisch und therapeutisch relevante Tätigkeiten (ebd.). Darüber hinaus kann Gartentherapie unter anderem die Stärkung der Eigenverantwortung, der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls bewirken (ebd.). Außerdem sind Gärten Orte der Begegnung und des sozialen Miteinanders. Diesen Ausführungen folgend wird deutlich, dass viele Ansätze und Ziele der Sozialen Arbeit mit denen der Gartentherapie übereinstimmen und somit Gartentherapie eine wesentliche Bedeutung für die Soziale Arbeit hat (ebd.).

4. Gartentherapie im Berufsbildungsbereich der AWO Werkstätten Sachsen-West – AWO Hauptwerkstatt Leipzig

Im Hinblick auf die Forschungsfrage dieser Arbeit wird in diesem Kapitel zunächst die Werkstatt für Menschen mit Behinderung als Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben beschrieben. Anschließend wird auf die AWO Werkstätten Sachsen-West und speziell auf die AWO Hauptwerkstatt Leipzig sowie den Berufsbildungsbereich dieser Werkstatt eingegangen, um auf diesen Grundlagen die Förderung von Menschen mit Behinderung durch Gartentherapie zu beleuchten.

4.1 Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Im 19. Jahrhundert wurden erstmals spezielle Einrichtungen für Menschen mit Behinderung eröffnet (Hirsch 2009, S. 33). Mit der Industrialisierung stieg, aufgrund der schlechten Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie einer mangelnden Hygiene und einer unzureichenden Nahrungsversorgung, die Zahl an Neugeborenen mit geistiger Behinderung (ebd., S. 34). „Bei Erwachsenen führten die oft unwürdigen Lebensbedingungen zu

psychischen Belastungen und Störungen [...]“ (ebd.). Nach dem ersten Weltkrieg mussten viele Menschen, insbesondere Kriegsveteranen, durch ihre Angehörigen betreut werden, da sie traumatisiert und körperlich beeinträchtigt waren (ebd.). Die zunehmende Zahl an Menschen mit Behinderung erforderte eine Betreuung dieser. Nachdem im Jahr 1920 das Preußische Krüppelfürsorgegesetz, dieser Sprachgebrauch war damals üblich, in Kraft getreten ist, existierten 1927 in Preußen bereits 78 Einrichtungen die Arbeits- und Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung anboten (ebd.). In der Zeit des Nationalsozialismus stagnierten diese Entwicklungen, aufgrund der systematischen Vernichtung sogenannten lebensunwerten Lebens (Biermann 2008, S. 60). Im Jahre 1958 wurde die Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. gegründet. Diese entwickelte in den darauffolgenden Jahren das Konzept der »Beschützenden Werkstätte« nach einem Vorbild aus den Niederlanden (Becker 2016, S. 43). Dieser Begriff wurde 1961 nach dem Bundessozialhilfegesetz durch die Bezeichnung »Werkstatt für Behinderte« ersetzt (Hirsch 2009, S. 35). Seit 2001 ist, nach SGB IX, die Bezeichnung »Werkstatt für behinderte Menschen« (Abk. WfbM) üblich (Biermann 2008, S. 61). In der vorliegenden Arbeit wird, auch wenn diese nicht gesetzlich verankert ist, nach dem bereits beschriebenen People First Prinzip (Kapitel 2, Menschen mit Behinderung, S. 7), die Bezeichnung Werkstatt für Menschen mit Behinderung verwendet. Im Bundessozialhilfegesetz, welches als „[...] die Urgroßmutter des Neunten Sozialgesetzbuches [...]“ (Hirsch 2009, S. 34) gilt, sind zunächst weder Aufnahme- und Ausschlusskriterien noch ein grundlegendes Konzept von Werkstätten für Menschen mit Behinderung beschrieben. Im Jahr „[...] 1974 verabschiedete der Deutsche Bundestag die ‚Konzeption der Werkstatt für Behinderte‘ und erkannte damit die fachliche Voraussetzung für die berufliche und die gesellschaftliche Förderung voll erwerbsgeminderter Personen an“ (ebd., S. 35). Seitdem hat jeder Mensch, der aufgrund seiner Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder erwerbsfähig sein kann, das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben (ebd.). Die Umsetzung der Konzeption erfolgte im Jahr 1978 mit der Ausgleichsabgabenverordnung und 1980 mit der Werkstättenverordnung (Abk. WVO) (Becker 2016, S. 45). Dort wurden sowohl fachliche als auch finanzielle Grundlagen beschlossen (Hirsch 2009, S. 36). Seit 1975 sind Werkstätten für Menschen mit Behinderung zu einer Bundesarbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen (Biermann 2008, S. 62). Derzeit gibt es in Deutschland 817 Werkstätten für Menschen mit Behinderung (Portal Rehadat-Werkstätten. Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. 2019). Im Jahr 2018 betrug die Zahl der Menschen, die in Werkstätten für Menschen mit Behinderung arbeiten und betreut werden 312.389

(Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen 2019). Davon waren 75,55 Prozent der Werkstattbeschäftigten von einer geistigen Behinderung betroffen, 20,97 Prozent hatten psychische Beeinträchtigungen und 3,48 Prozent waren körperlich beeinträchtigt (ebd.). Den Überlegungen Hirsch (2009, S. 31) folgend, steigt die Zahl an Werkstattbeschäftigten mit psychischen Erkrankungen und psychischen Behinderungen an. Nachfolgend wird ein Überblick über die derzeitigen rechtlichen Grundlagen gegeben.

Grundsätzlich existiert eine Vielzahl an gesetzlichen Grundlagen, welche für Werkstätten für Menschen mit Behinderung relevant sind. Zu nennen sind das SGB XII und der in § 79 Abs. 1 enthaltene Rahmenvertrag, das SGB III sowie das SGB IX und das Bundesteilhabegesetz (Abk. BTHG) (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 g). In dieser Arbeit wird besonders auf das SGB IX eingegangen, in dem seit 2001 die gesetzlichen Grundlagen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung zusammengefasst sind (Doose 2012, S. 88). Die relevanten Gesetzestexte des SGB IX befinden sich in der Anlage 1, Gesetzestexte, S. 3 bis 12. Neben dem SGB IX existiert zum einen die Werkstättenverordnung, welche Regelungen zur Organisation und zu Aufgaben von Werkstätten für Menschen mit Behinderung enthält (Lahoda 2018, S. 87). In dieser Verordnung sind die grundlegenden Regelungen des SGB IX genauer ausformuliert (ebd.). Zum anderen sind in der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (Abk. WMVO) die Mitbestimmung und Mitwirkung von Werkstattbeschäftigten geregelt (Biermann 2008, S. 62). Diese Rechtsverordnung garantiert unter anderem den Einfluss der Werkstatträte, welche die Interessen der Beschäftigten vertreten (ebd.). Das wesentliche des SGB IX ist, dass Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen erhalten, die dafür notwendig sind, die Selbstbestimmung sowie die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern und diverse Benachteiligungen zu vermeiden oder entgegenzuwirken (§ 1 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 3). In § 49 Abs. 1 SGB IX (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 4 ff.) ist der Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festgeschrieben:

„Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.“

In diesem Paragraphen sind zudem die einzelnen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgeführt. Des Weiteren definiert das SGB IX den Begriff der Werkstatt für Menschen mit Behinderung nach derzeitiger Rechtslage wie folgt:

„Die Werkstatt für behinderte Menschen ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben [...] und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie hat denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können,

1. eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten und
2. zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Sie fördert den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen. Sie verfügt über ein möglichst breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen sowie über qualifiziertes Personal und einen begleitenden Dienst [...]“ (§ 219 Abs. 1 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 7 f.).

Demnach ist es das Ziel einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, die Teilhabe am Arbeitsleben und somit an der Gesellschaft zu ermöglichen und Menschen mit Behinderung auf diese Weise zu integrieren. Dabei stehen die Erhaltung und Förderung der Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit sowie der individuellen Persönlichkeit im Vordergrund. Daraus ergibt sich die grundlegende Aufgabe von Werkstätten, welche darin besteht, „[...] geeignete Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten anzubieten [...] [und Menschen mit Behinderung, unabhängig der Art und Schwere der Behinderung,/L.M.] arbeitspädagogisch zu begleiten“ (Hirsch 2009, S. 38). Das, dem § 219 SGB IX (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 7 f.) zugrundeliegende und eigentliche Ziel einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, „[...] die Eingliederung in den ‚allgemeinen Arbeitsmarkt‘, wird fast nie erreicht“ (Becker 2016, S. 46). Nur ca. 0,17 % der Mitarbeiter_innen einer Werkstatt wechseln auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (Doose 2012, S. 95). Diese Zahl hat sich auch in den letzten Jahren kaum verändert. Ein Werkstattplatz steht nach § 219 Abs. 2 SGB IX jedem Menschen mit Behinderung offen, insofern ein Mindestmaß an

wirtschaftlich verwertbarer Arbeit erbracht werden kann. Dies gilt jedoch nur für den Arbeitsbereich, nicht aber für das Eingangsverfahren, den Berufsbildungsbereich oder den Förder- und Betreuungsbereich (ebd.). Die genannten Bereiche einer Werkstatt werden nach der Darstellung der rechtlichen Grundlagen in diesem Kapitel erläutert. Ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit wird erbracht, wenn die Arbeitsleistung des Menschen mit Behinderung zur wirtschaftlichen Betätigung der Einrichtung beiträgt und diese bereichert (Hirsch 2009, S. 46). Zudem beinhaltet § 219 Abs. 2 SGB IX drei Ausschlusskriterien, weshalb Personen nicht in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung gefördert werden. Das erste Ausschlusskriterium besteht in einer erheblichen Selbst- und Fremdgefährdung, welche selbst mit einer, der Behinderung angemessenen Betreuung, nicht abzuwenden ist (§ 219 Abs. 2 SGB IX). Des Weiteren werden Personen ausgeschlossen, bei denen eine umfassende Betreuung und Pflege die Teilnahme an Maßnahmen des Berufsbildungsbereiches nicht zulassen (ebd.). Zudem werden Menschen, die aufgrund sonstiger Umstände dauerhaft kein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit im Arbeitsbereich erbringen können, von der Aufnahme in den Arbeitsbereich einer Werkstatt ausgeschlossen (ebd.). Liegt eines dieser Ausschlusskriterien dauerhaft vor, wird eine Betreuung und Förderung im Förder- und Betreuungsbereich, auch Tagesförderstruktur oder Tagesförderstätte genannt, empfohlen (Hirsch 2009, S. 50). Den Überlegungen Hirsch (ebd., S. 40) folgend, müssen diese Kriterien individuell geprüft werden, da sie von den Ressourcen der betroffenen Person und denen der Werkstatt abhängig sind. Im Folgenden werden die verschiedenen Bereiche einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschrieben.

Eine Werkstatt gliedert sich in das Eingangsverfahren, den Berufsbildungsbereich sowie den Arbeitsbereich und den Förder- und Betreuungsbereich (ebd., S. 41). Bevor eine Person in eine Werkstatt aufgenommen wird und diese Aufnahme vom jeweils zuständigen Leistungsträger bewilligt wird, ist ein Eingangsverfahren durchzuführen (ebd., S. 42). Diese Eingangsstufe dauert in der Regel drei Monate (§ 57 Abs. 2 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 9 f.). Im Eingangsverfahren wird geprüft, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist und welche Leistungen sowie Bereiche und Arbeitsfelder der Werkstatt für ebendiese Teilhabe in Betracht kommen (§ 57 Abs. 1 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 9 f.). Basierend auf diesen Richtlinien soll ein Eingliederungsplan erstellt werden, „[...] der Aufschluss über berufliche und soziale Förderziele geben soll“ (Hirsch 2009, S. 42). Wird bereits vor der Aufnahme in das

Eingangsverfahren davon ausgegangen, dass Betroffene aufgrund von Schwermehrfachbehinderungen später nicht im Arbeitsbereich tätig sein können, wird die Aufnahme in den Förder- und Betreuungsbereich empfohlen (ebd., S. 43). Trotz, dass diese Vorgehensweise den Vorgaben widerspricht, wird in der Praxis in Einzelfällen so verfahren (ebd.). Ist die jeweilige Person für die Beschäftigung in einer Werkstatt geeignet, schließt der zweijährige Berufsbildungsbereich, welcher sich in eine Grund- und Aufbaustufe gliedert, an (Doose 2012, S. 112). Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden zunächst für ein Jahr bewilligt (§ 57 Abs. 3 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 9 f.). Wird die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung weiterentwickelt oder wiedergewonnen, so bewilligt der zuständige Rehabilitationsträger das zweite Jahr der Förderung im Berufsbildungsbereich (ebd.). Die Bundesagentur für Arbeit ist in den meisten Fällen für die Finanzierung des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereiches zuständig (Doose 2012, S. 89). Der Inhalt und die Förderziele des Berufsbildungsbereiches sind im »Rahmenprogramm für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen« der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. festgelegt (ebd., S. 112). Die Maßnahmen des Berufsbildungsbereiches zielen insbesondere auf das Erlernen und die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Vermittlung von Wissen in verschiedenen Arbeitsfeldern sowie die Entwicklung von Selbst- und Sozialkompetenz ab (Hirsch 2009, S. 44). Zudem soll die Persönlichkeitsentwicklung gefördert werden, da die Teilnehmer_innen „[...] angeleitet werden sollen, ihr Leben selbstständig und eigenverantwortlich führen zu können“ (ebd.). Auf diese Weise sollen die Maßnahmeteilnehmer_innen auf den Arbeitsbereich in der Werkstatt oder den allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden (ebd.). „Im Grundkurs sollen [zunächst/L.M.] Fertigkeiten und Grundkenntnisse verschiedener Arbeitsabläufe vermittelt werden, darunter manuelle Fertigkeiten im Umgang mit verschiedenen Werkstoffen und Werkzeugen“ (ebd., S. 45). Zudem werden die Selbstständigkeit und das Selbstwertgefühl gefördert und die Eignung sowie das Interessengebiet der Teilnehmer_innen festgestellt (ebd.). „Im Aufbaukurs sollen Fertigkeiten mit höherem Schwierigkeitsgrad [...]“ erlernt werden (ebd.). Unter anderem werden die bereits erworbenen Kenntnisse vertieft und eine erhöhte Belastungs- und Konzentrationsfähigkeit geübt (ebd.). Die Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches erhalten ein Ausbildungsgeld, welches im ersten Jahr 67 Euro pro Monat und im zweiten Jahr des Berufsbildungsbereiches 80 Euro pro Monat beträgt (§ 125 SGB III) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 10). Der Personalschlüssel im

Berufsbildungsbereich beträgt 1:6 (Becker 2016, S. 44). Nach Beendigung des Berufsbildungsbereiches schließt sich zumeist der Arbeitsbereich an. Dieser ermöglicht es, Menschen mit Behinderung mindestens 35 Stunden und höchstens 40 Stunden am Arbeitsleben teilzuhaben (Hirsch 2009, S. 46). Auch Teilzeitbeschäftigungen sind im Rahmen individueller Regelungen möglich (ebd.). Nach § 219 Abs. 1 SGB IX sollte eine Werkstatt über ein möglichst breites Angebot an Arbeitsplätzen verfügen, dies gilt auch für Plätze im Berufsbildungsbereich. Den Ausführungen Doose (2012, S. 127) folgend, liegen „[...] typische Arbeitsfelder einer [...] [Werkstatt für Menschen mit Behinderung/L.M.] in den Bereichen Montage, Verpackung, Versand, Druck, Holzverarbeitung, Garten- und Landschaftspflege, Küchenservice und Wäscherei“. Die Wahl des Arbeitsfeldes richtet sich dabei nach der jeweiligen Leistungsfähigkeit, den Entwicklungsmöglichkeiten, der Eignung und dem Interesse der Mitarbeiter_innen sowie den freien Plätzen im jeweilig bevorzugten Arbeitsbereich. Hirsch (2009, S. 48) betont, dass „die Arbeit der Beschäftigten immer [...] pädagogisch angeleitet, individuell gestaltet und therapeutisch kompensiert“ ist. Nach § 221 Abs. 2 SGB IX (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 8 f.) sind Werkstätten für Menschen mit Behinderung verpflichtet, den Beschäftigten im Arbeitsbereich ein Arbeitsentgelt zu zahlen. Dieses beträgt durchschnittlich etwa 180 Euro pro Monat (Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen 2018). Für die Leistungen im Arbeitsbereich ist der Träger der Sozialhilfe, beispielsweise der Kommunale Sozialverband, im Rahmen der Eingliederungshilfe zuständig (Doose 2012, S. 89). Um die Entlohnungssituation der Mitarbeiter_innen zu verbessern, erhalten sie zusätzlich ein Arbeitsförderungsgeld (§ 59 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 12). Der Personalschlüssel im Arbeitsbereich beträgt 1:12 (Becker 2016, S. 44). Neben der Tätigkeit im Arbeitsbereich können Mitarbeiter_innen „[...] zur Erhaltung und Verbesserung der [...] Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit [...]“ (§ 58 Abs. 2 SGB IX) (Anlage 1, Gesetzestexte, S. 10 f.) arbeitsbegleitende Maßnahmen in Anspruch nehmen. Das können beispielsweise arbeitsplatzbezogene Qualifikationen, Kurse zur Förderung der Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen), Physiotherapie und Ergotherapie aber auch Rückenschule sowie Nordic Walking sein. Obwohl diese Maßnahmen in § 58 Abs. 2 SGB IX und somit unter den Leistungen im Arbeitsbereich geregelt sind, können auch Teilnehmer_innen aus dem Berufsbildungsbereich oder dem Förder- und Betreuungsbereich von den Maßnahmen profitieren. Zu den Leistungen einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung gehören zudem Außenarbeitsgruppen (§ 219 Abs. 1 SGB IX). Diese Gruppen befinden sich in eigenständigen Erwerbsbetrieben, welche jedoch fachlich und

arbeitspädagogisch durch die Werkstatt begleitet werden. Auch hier liegt der Betreuungsschlüssel bei 1:12 (Doose 2012, S. 128). Darüber hinaus haben Werkstätten teilweise sogenannte ausgelagerte Einzelarbeitsplätze in Betrieben (ebd., S. 129). Diese Arbeitsplätze sowie die Arbeitsplätze in den Außenarbeitsgruppen sind für leistungsfähige Mitarbeiter_innen vorgesehen (Hirsch 2009, S. 49). Sie werden dem eigentlichen Ziel einer Werkstatt, den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern, eher gerecht, als Arbeitsplätze im Arbeitsbereich einer Werkstatt (ebd.). Menschen mit Schwermehrfachbehinderungen, welche nicht im Arbeitsbereich der Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt werden können, werden im Förder- und Betreuungsbereich unterstützt (ebd., S. 133). Doose (2012, S. 133) betont, dass im Förder- und Betreuungsbereich „[...] tagesstrukturierende Maßnahmen und Pflege im Vordergrund“ stehen. Die zu Betreuenden haben keinen Anspruch auf Arbeitsentgelt (ebd.).

Die verschiedenen Bereiche einer Werkstatt erfordern ein breites Spektrum an qualifiziertem Personal. Für die Leitungstätigkeit einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung ist, neben kaufmännischem Wissen auch technisches und sonderpädagogisches Wissen nötig (Hirsch 2009, S. 48). Die Fachkräfte im Eingangsverfahren, im Berufsbildungsbereich und im Arbeitsbereich verfügen meist über eine abgeschlossene Berufsausbildung im jeweiligen Arbeitsfeld sowie über eine sonderpädagogische Zusatzqualifikation (ebd.). Im Förder- und Betreuungsbereich sind meist Ergotherapeut_innen oder Heilerziehungspfleger_innen beschäftigt (ebd.). Der Begleitende Dienst/Soziale Dienst einer Werkstatt stellt die pädagogische, psychologische und medizinische Unterstützung der Beschäftigten sicher (ebd.). Der durchschnittliche Personalschlüssel beträgt dabei 1:120 (Becker 2016, S. 44). Zudem verfügt eine Werkstatt über „[...] weiteres Zusatzpersonal für pflegerische und therapeutische Angebote“ (Hirsch 2009, S. 48).

4.2 AWO Werkstätten Sachsen-West – AWO Hauptwerkstatt Leipzig

Im Folgenden wird das Leitbild der Arbeiterwohlfahrt (Abk. AWO) sowie die Organisationsstruktur der AWO Werkstätten Sachsen-West beschrieben. Darüber hinaus wird der Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig beleuchtet, indem insbesondere auf die Teilnehmer_innen und die Bildungsinhalte sowie Förderziele des Berufsbildungsbereiches eingegangen wird.

4.2.1 Leitbild und Organisationsstruktur der AWO Werkstätten Sachsen-West

Die Arbeiterwohlfahrt gehört zu den führenden Wohlfahrtsverbänden in Deutschland (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 a). In 7500 Einrichtungen und Diensten ist die AWO in der Betreuung und Beratung diverser Personengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen, Senioren und Menschen mit Behinderung, tätig (ebd.). Im Mitgliederverband der AWO sind sowohl hauptamtliche als auch ehrenamtliche Beschäftigte tätig, die alle nach dem Leitbild der AWO arbeiten (ebd.). Der Wohlfahrtsverband handelt nach den Werten des freiheitlich-demokratischen Sozialismus und setzt sich für Toleranz, Freiheit, Solidarität sowie Gleichheit und Gerechtigkeit ein (ebd.). Die AWO steht Menschen, die in Not geraten und Hilfe benötigen unterstützend zur Seite (ebd.). Sie toleriert Minderheiten und Andersdenkende, unabhängig davon, welcher Religion sie angehören und welche Weltanschauung sie vertreten (ebd.). Zudem setzt sich die AWO für den Schutz der Freiheit eines jeden Menschen, für gleiche Chancen und gleiche Rechte sowie für die gesellschaftliche Gleichstellung aller Geschlechter ein (ebd.). Darüber hinaus engagiert sich die Arbeiterwohlfahrt für eine gerechte Verteilung von Arbeit und Einkommen, Macht und Eigentum sowie einem uneingeschränkten Zugang zu Bildung und Kultur (ebd.).

Die AWO Werkstätten Sachsen-West sind in Trägerschaft der AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West, welche 1997 gegründet wurde (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 b). Die AWO Sachsen-West unterhält Einrichtungen der Stationären Altenhilfe und der Behindertenhilfe in der Region Westsachsen (ebd.). Diese Einrichtungen arbeiten nach dem Qualitätsmanagementsystem DIN EN ISO 9001:2015 und werden regelmäßig geprüft und zertifiziert (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 c). Die Mitarbeiter_innen aller Einrichtungen orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen, Lebenslagen und Erwartungen der zu Betreuenden (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 b). Zu den AWO Werkstätten Sachsen-West gehören fünf Werkstätten für Menschen mit Behinderung, dazu zählen die AWO Hauptwerkstatt Leipzig und die vier Zweigwerkstätten an den Standorten Eilenburg, Grimma, Markkleeberg und Wurzen (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 d). Insgesamt gibt es 13 verschiedene Arbeitsbereiche, beispielsweise Montage/Verpackung, Metallbearbeitung, Tischlerei/Schreinerei sowie Druckerei, Garten- und Landschaftspflege, Wäscherei und Keramik (AWO

Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 e). In allen fünf Werkstätten sind ca. 900 Menschen mit körperlichen-, geistigen- und psychischen Behinderungen sowie Sinnesbehinderungen, Lernbehinderungen, Sprachbehinderungen und Verhaltensstörungen sowie Mehrfachbehinderungen und Schwermehrfachbehinderungen tätig (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 d). Die ca. 150 angestellten Fachkräfte der Werkstätten arbeiten nach dem Leitbild der Arbeiterwohlfahrt (ebd.). Angesichts dessen stehen auch in der Eingliederungshilfe, neben dem Aspekt der beruflichen Rehabilitation, die Stärkung des Selbstvertrauens, des Selbstbewusstseins und der Selbstständigkeit sowie die Bedürfnisse der Werkstattbeschäftigten im Vordergrund.

In der AWO Hauptwerkstatt Leipzig, welche in der hier vorliegenden Arbeit beispielhaft für die Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beleuchtet wird, stehen im Arbeitsbereich 246, im Berufsbildungsbereich einschließlich Eingangsverfahren 26 und im Förder- und Betreuungsbereich 24 Plätze zur Verfügung (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 f). Die Mitarbeiter_innen im Arbeitsbereich können in den Abteilungen Druckerei, Elektromontage, Hauswirtschaft, Küche/Kantine/Catering, Metallbearbeitung sowie Montage/Verpackung, Tischlerei/Schreinerei und Wäscherei tätig sein (ebd.). Darüber hinaus stellt die Werkstatt Außenarbeitsplätze sowie ausgelagerte Einzelarbeitsplätze zur Verfügung (ebd.).

4.2.2 Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig

Zunächst ist zu erwähnen, dass alle fünf Werkstätten der AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West derzeit separate Berufsbildungsbereiche anbieten. Die Konzeption der Berufsbildungsbereiche der AWO Werkstätten Sachsen-West orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben, welche bereits beschrieben wurden (Kapitel 4, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, S. 45 ff.). In diesem Abschnitt wird näher auf den Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig und dessen Bildungsinhalte sowie Förderziele eingegangen, da diese Aspekte für die Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich eine entscheidende Rolle spielen.

Aus der aktuellen Statistik der AWO Werkstatt Leipzig sowie aus der Akteneinsicht der Autorin geht hervor, dass zurzeit 25 Teilnehmer_innen im Berufsbildungsbereich gefördert werden. Davon haben 13 Maßnahmeteilnehmer_innen eine geistige Behinderung, 10 Teilnehmer_innen eine psychische Behinderung und zwei Teilnehmer_innen sind

aufgrund einer Mehrfachbehinderung (geistige und körperliche Behinderung, geistige und psychische Behinderung) beeinträchtigt. Im Berufsbildungsbereich können Menschen mit Behinderung ab 16 Jahren in das Eingangsverfahren aufgenommen werden. Die Mehrzahl der Teilnehmer_innen ist jedoch 18 Jahre alt, da die meisten 12 Jahre eine Förderschule besuchen und anschließend in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung aufgenommen werden. Darüber hinaus ist auch der Quereinstieg in eine Werkstatt möglich. Aufgrund dessen können grundsätzlich Menschen mit Behinderung jeden Alters aufgenommen werden. Derzeit sind einige der Maßnahmeteilnehmer_innen im Berufsbildungsbereich der Werkstatt Leipzig 20 bis 30 Jahre alt. Diesen Ausführungen folgend weist der Berufsbildungsbereich zurzeit eine gemischte Altersstruktur auf. Die Teilnehmer_innen des Eingangsverfahrens und des Berufsbildungsbereiches werden in der Werkstatt Leipzig gemeinsam betreut und gefördert. Dies geschieht in drei verschiedenen Gruppen und separaten Räumlichkeiten (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 g). Basierend auf dem vorgegebenen Betreuungsschlüssel von 1:6 sind die einzelnen Gruppen des Berufsbildungsbereiches jeweils mit ein bis zwei Bildungsbegleiter_innen, abhängig von der aktuellen Belegungszahl des Berufsbildungsbereiches, besetzt (ebd.). Die kleine Gruppengröße ermöglicht eine individuelle und bedürfnisorientierte Betreuung. Für diese sowie die Förderung und Bildung der Maßnahmeteilnehmer_innen sind die Bildungsbegleiter_innen verantwortlich (ebd.). Ein detailliertes Gesamtkonzept bildet die Grundlage für die berufliche Bildung im Berufsbildungsbereich (ebd.). Im Vordergrund der Maßnahme im Berufsbildungsbereich stehen dabei die Entwicklung und Förderung von Schlüsselkompetenzen, der Persönlichkeit sowie des Leistungspotentials der Teilnehmer_innen (ebd.). Zudem werden die Bedürfnisse, Interessen und Wünsche sowie die Ressourcen, Stärken und Schwächen der Maßnahmeteilnehmer_innen berücksichtigt. Die Bildungsbegleiter_innen legen, mit Hilfe eines Eingliederungsplanes, eines individuellen Bildungsplanes sowie Rahmenbildungsplänen, die individuellen Förderziele sowie Bildungsinhalte fest und dokumentieren die Entwicklungen der Teilnehmer_innen (ebd.). In Hinblick auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit wird nicht näher auf die Dokumentation eingegangen. Während der Maßnahme im Berufsbildungsbereich werden, entsprechend der Eignung und den Interessen der Teilnehmer_innen, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt, die den Arbeitsfeldern der Werkstatt entsprechen (ebd.). Grundsätzlich stellen die bereits beschriebenen Arbeitsbereiche der AWO Hauptwerkstatt Leipzig (Kapitel 4, Leitbild und Organisationsstruktur der AWO Werkstätten Sachsen-West, S. 53) die Grundlage für die Bildungsschwerpunkte im

Berufsbildungsbereich dar. Dennoch sind die drei Gruppen des Berufsbildungsbereiches schwerpunktmäßig in die Arbeitsfelder Küche/Hauswirtschaft, Montage/Verpackung und Metallbearbeitung sowie Montage/Verpackung und Holzbearbeitung unterteilt. Nachfolgend wird ein Überblick über grundlegende Bildungsinhalte, welche gleichzeitig als Förderziele fungieren, gegeben. Die Ziele können dabei den Kompetenzbereichen der Sozialkompetenz, der Selbstkompetenz sowie der Sachkompetenz zugeordnet werden.

Der Bereich der Sozialkompetenz beschreibt das Verhalten von Menschen in der Interaktion mit anderen Menschen. Dazu zählen die Förderung der Kommunikationsfähigkeit, die Förderung der Integration in die Gruppe und der Interaktion mit der Gruppe sowie des Aufbaus von zwischenmenschlichen Beziehungen, beispielsweise zu Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches. Ebenso beinhaltet der Bereich der Sozialkompetenz die Verbesserung der Kooperationsfähigkeit sowie der Teamfähigkeit (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 g). Zudem sollen die Maßnahmeteilnehmer_innen dazu befähigt werden, mögliche Konflikte innerhalb der Gruppe zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren (ebd.). Weitere Aspekte sind die Übernahme von Verantwortung, ein respektvoller Umgang mit den Gruppenmitgliedern sowie den Vorgesetzten, das Verständnis und die Toleranz für andere Kulturen sowie ein angemessener Umgang mit ungewohnten Verhaltensweisen anderer Gruppenmitglieder (ebd.). Die Selbstkompetenz bezieht sich auf selbstständiges und reflektiertes Handeln sowie auf das Selbstbild eines Menschen. Dieser Kompetenzbereich ist angesichts dessen für die Persönlichkeitsentwicklung von entscheidender Bedeutung. Förderziele, die die Selbstkompetenz betreffen, sind die Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, die Förderung der Selbstständigkeit (z.B. selbständiges Arbeiten, selbstständige Organisation des Tagesablaufes), die Förderung der Kreativität sowie die Steigerung der Motivation, des Durchhaltevermögens, der Arbeitsgeschwindigkeit und der Frustrationstoleranz (ebd.). Zudem sollen die Maßnahmeteilnehmer_innen in ihrem Selbstvertrauen, ihrer Selbstwirksamkeit und ihrem Selbstwertgefühl gestärkt werden (ebd.). Darüber hinaus spielt die Förderung der Flexibilität, der Kritikfähigkeit sowie der Selbsteinschätzung eine Rolle (ebd.). Des Weiteren sollen die Teilnehmer_innen zu einer gesunden Ernährung und Lebensweise sowie zur bewussten Wahrnehmung des eigenen Körpers, dazu zählt auch die Sinneswahrnehmung, angeregt werden (ebd.). Ebenso sind die Weiterentwicklung motorischer Fähigkeiten, das selbstständige Erkennen eigener Interessen und die Vertretung ebendieser Interessen wesentlicher Bestandteil der Förderung im

Berufsbildungsbereich (ebd.). Die Sachkompetenz beschreibt den Erwerb und die Weiterentwicklung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen. Die Schwerpunkte dieser Kompetenz liegen auf der Stimulation sowie einer möglichen Verbesserung von Lernprozessen. Einerseits sollen Fähigkeiten im Bereich der Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen, andererseits lebenspraktische Fähigkeiten, wie der Umgang mit Geld oder das Verhalten im Straßenverkehr, gefördert werden (ebd.). Außerdem sollen die Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches lernen, Strukturen und Regeln (z.B. Arbeitszeiten, Pausenzeiten) in der Werkstatt zu erkennen und einzuhalten (ebd.). Vor diesem Hintergrund geht es um die Verbesserung der zeitlichen und räumlichen Orientierung (ebd.). Zudem spielt der Erwerb von Medienkompetenz, das heißt, die bewusste und sachkundige Nutzung von Medien und ihren Inhalten, für die Maßnahmeteilnehmer_innen eine Rolle. Besonders hervorzuheben ist zudem die Vermittlung arbeitsplatzrelevanter Fähigkeiten (ebd.). Diese beziehen sich auf das Erlernen von Fertigkeiten und Kenntnissen in den verschiedenen Arbeitsfeldern, welche die AWO Werkstatt Leipzig anbietet (ebd.). Hierbei sollen die Teilnehmer_innen Grundkenntnisse über den Umgang mit Werkzeugen, Maschinen und Werkstoffen erwerben und im Rahmen des Arbeitsschutzes lernen, Gefahren zu erkennen und angemessen auf diese zu reagieren (ebd.). Neben diesem Aspekt soll die Sorgfalt und das Qualitätsbewusstsein, ein strukturiertes Arbeiten sowie die Einhaltung von Arbeitsabläufen, gefördert werden (ebd.). Dazu zählt auch, dass die Maßnahmeteilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches lernen, Arbeitsanweisungen zu verstehen und umzusetzen (ebd.). Diese Bildungsinhalte werden individuell auf die Teilnehmer_innen abgestimmt und methodisch-didaktisch vermittelt (ebd.). Auf diese Weise kann die Werkstatt eine zielgerichtete, systematische Planung und Umsetzung der beruflichen Bildung gewährleisten (ebd.). Zur Erreichung der Förderziele und der Vermittlung der Bildungsinhalte werden verschiedene arbeits- und sonderpädagogische Methoden angewandt (ebd.). Von besonderer Bedeutung ist, im Hinblick auf die Einschränkungen der Maßnahmeteilnehmer_innen, eine leichte Sprache, welche eine barrierefreie Kommunikation ermöglicht (ebd.). Zudem werden Lernmethoden, wie das Lernen durch Wiederholung oder das Modelllernen, welches sich auf die Imitation von Vorbildern sowie das Lernen durch Beobachtung bezieht, angewandt (ebd.). Obwohl die Betreuung der Teilnehmer_innen überwiegend in der Gruppe stattfindet, werden, um eine individuelle Förderung zu gewährleisten, vorübergehende Möglichkeiten der Einzelförderung geschaffen (ebd.). Des Weiteren werden die Teilnehmer_innen systematisch durch die Bildungsbegleiter_innen angeleitet und unterstützt (ebd.). Ebenso bildet die Förderung mit

Hilfe theoretischen Unterrichtes und praktischen Lehrunterweisungen einen wesentlichen Bestandteil der beruflichen Bildung (ebd.). Ferner können die Bildungsbegleiter_innen durch das Schaffen von Erfolgserlebnissen zur Erreichung von Förderzielen beitragen (ebd.). Diese Ausführungen verdeutlichen die Vielfalt an Bildungsinhalten und Förderzielen sowie an Methoden zur Vermittlung und Erreichung dieser, innerhalb des Berufsbildungsbereiches.

4.3 Menschen mit Behinderung als Zielgruppe der Gartentherapie

Die vielfältigen positiven Effekte gartentherapeutischer Aktivitäten ermöglichen es, dass zum einen vorhandene Fähigkeiten von Menschen mit Behinderung gestärkt und Ressourcen aktiviert werden, zum anderen Defizite vermindert werden (Haubenhofer et al. 2013, S. 118). Gartentherapie kann einerseits bei den Beeinträchtigungen, welche „[...] Ziel des Trainings werden und damit verringert werden sollen [...]“ (ebd.), andererseits bei den Fähigkeiten und Stärken von Menschen mit Behinderung, welche mit Hilfe gartentherapeutischer Aktivitäten gefördert und weiterentwickelt werden sollen, ansetzen. Somit kann die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben verbessert werden. Diesen Überlegungen folgend ist Gartentherapie grundsätzlich für Menschen mit jeglichen Formen von Behinderungen geeignet (Hansen 2009, S. 4). Aufgrund dessen, dass im Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig vor allem Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung sowie psychischen Erkrankungen gefördert werden, wird nachfolgend insbesondere auf die Fördermöglichkeiten von Menschen mit diesen Formen von Behinderungen durch Gartentherapie eingegangen. Zunächst werden gartentherapeutische Ziele bei Menschen mit geistigen Behinderungen beschrieben.

Scholz und Sieber (2016, S. 131) betonten, dass die grundlegende Aufgabe von Gartentherapeut_innen darin besteht, „[...] den Menschen im Dialog mit der Natur so zu begegnen und anzuregen, dass er seine Persönlichkeit entfalten kann.“ Menschen mit geistigen Behinderungen sollen vor allem dazu befähigt werden, eigene Kompetenzen zu erkennen und weiterzuentwickeln. Auf diese Weise können Gartentherapeut_innen zur Identitätsbildung der Teilnehmer_innen beitragen (ebd.). Bei der gartentherapeutischen Unterstützung dieser Zielgruppe sind, den Überlegungen Scholz und Sieber (ebd., S. 132) folgend, sechs Grundprinzipien entscheidend. Zum einen ist ein dialogisches Bezugsverhältnis zwischen gartentherapeutischen Fachkräften und Teilnehmenden entscheidend (ebd.). Dieses „[...] fördert den individuellen Lern- und Veränderungsprozess und erweitert die

Entwicklungsmöglichkeiten“ (ebd.). Im Dialog werden die Arbeitsschritte, Ziele sowie Ideen, beispielsweise für den Anbau neuer Gemüsesorten, besprochen (ebd.). Zum anderen sollten die Arbeitsprozesse in verschiedene Arbeitsphasen unterteilt werden, damit die Teilnehmer_innen die Tätigkeiten kognitiv erfassen können (ebd.). Scholz und Sieber schlagen vor, den Prozess in vier Phasen zu gliedern. Diese sind das Entdecken und die Planung einer Aufgabe, der Entschluss zur Arbeit, das anschließende Ausführen der gärtnerischen Tätigkeit und letztendlich die Überprüfung des Ergebnisses der Aufgabe, welches gegebenenfalls korrigiert wird (ebd.). „Abhängig von den Fähigkeiten und dem Förderbedarf werden die einzelnen [...] [Klient_innen/L.M.] gezielt an die jeweilige Phase herangeführt [...]“ (ebd., S. 133). Zudem sollen den Klient_innen Entscheidungsmöglichkeiten angeboten werden, wodurch das Selbstbewusstsein gestärkt wird (ebd.). Die zu Betreuenden sollen sich, entsprechend ihrer Wünsche und Interessen, selbst gärtnerische Tätigkeiten auswählen können (ebd.). Des Weiteren besteht insbesondere bei Klient_innen, die geringe Eigenimpulse zeigen, ein Motivations- und Stärkungsbedarf (ebd., S. 134). Fortschritte und Erfolge der Teilnehmenden müssen durch die Gartentherapeut_innen bestätigt und anerkannt werden (ebd.). Auf diese Weise können die Selbstwirksamkeit, das Selbstvertrauen sowie das Engagement und die Eigeninitiative gestärkt werden. Darüber hinaus spielt Kontinuität eine entscheidende Rolle (ebd.). Die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung erfordert „[...] eine größtmögliche Ordnung und Gleichmäßigkeit, durch klare Umgangsweisen und Tätigkeitsabläufe und durch die Konstanz einer Bezugsperson“ (ebd.). Dennoch sollten Arbeitsabläufe auch verändert werden, damit eine Unterforderung der Teilnehmenden vermieden wird (ebd.). Ein weiteres Grundprinzip „[...] ist die Verminderung von störenden Außenreizen [...], sodass eine Konzentration auf das Hauptvorhaben leichter möglich wird“ (ebd.). Beispielsweise ist es sinnvoll Ruhezeiten im Garten von Gemüsebeeten räumlich (z.B. durch eine Hecke) abzugrenzen, um die Aufmerksamkeit auf die jeweilige therapeutische Aktivität zu lenken (ebd., S. 135). „Diese Grundprinzipien lassen sich von niederschweligen Angeboten bis hin zu anspruchsvollen Verantwortungsfeldern in allen Aktivitätsfeldern der Gartentherapie, [beispielsweise/L.M.] im Anbau von Gemüse und Obst [...] für die [...] [Klient_innen/L.M.] unterstützend anwenden“ (ebd.). Die gartentherapeutische Begleitung sollte zu jederzeit sowohl zielorientiert als auch personenorientiert erfolgen und auf den individuellen Menschen abgestimmt sein (ebd.). Ebenso spielen die Aktivierung von Ressourcen, die Schulung der Wahrnehmung und des Gestaltungswillens von Klient_innen eine entscheidende Rolle (ebd., S. 135 f.). Auf diese Weise können „unentwickelte,

gehemmte, verdrängte, physiologische und psychologische Prozesse und Fähigkeiten [...] im Umgang mit Pflanzen, Erden, etc. angeregt, aktiviert, entwickelt und gefördert werden“ (ebd., S. 135). Auch bei Menschen mit psychischen Behinderungen bietet die Gartentherapie diverse Fördermöglichkeiten. Anhand des Modells zur Handlungsperformanz nach Chapparo und Ranka (1997), welches nachfolgend beschrieben wird, können die Effekte gartentherapeutischer Aktivitäten „[...] mit den besonderen Anforderungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen [und Behinderungen/L.M.] verknüpft werden“ (Kellner 2016, S. 145).

Psychische Behinderungen sowie Erkrankungen gehen mit diversen Schwierigkeiten, beispielsweise mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Durchhaltevermögens sowie Problemen im sozialen und motivationalen Bereich, einher (ebd.). Das Modell der Handlungsperformanz beschreibt fünf Handlungskomponenten, die sich gegenseitig beeinflussen. Diese sind die Biomechanik, die Sensomotorik, die Kognition sowie intrapersonale und interpersonale Komponente (ebd.). Diese Komponenten „[...] beschreiben die Fähigkeiten, die ein Mensch mitbringen sollte, um eine Handlung erfolgreich zu bewältigen. Fehlen eine oder mehrere dieser Fähigkeiten, so werden in diesem Bereich möglicherweise Schwierigkeiten bei der Durchführung von Handlungen auftreten“ (ebd.). Sind bestimmte Bereiche jedoch durch positive Fähigkeiten gekennzeichnet, stellen diese eine entscheidende Ressource für das menschliche Handeln dar (ebd., S. 145 f.). Menschen mit psychischen Behinderungen und Erkrankungen können in allen fünf Bereichen beeinträchtigt sein (ebd., S. 146). Gartentherapeutische Aktivitäten stärken und fördern die beeinträchtigten Bereiche und tragen zur Entwicklung von Lebensbewältigungsmöglichkeiten bei (Scholz/Sieber 2016, S. 136). Der erste Bereich der Biomechanik bezieht sich auf Bewegungsmöglichkeiten, die Muskelkraft sowie das Herz-Kreislauf-System (Kellner 2016, S. 146). Obwohl sich psychische Behinderungen und Erkrankungen nicht direkt auf diesen Bereich auswirken, können zum Beispiel eine andauernde körperliche Inaktivität oder eine Gewichtszunahme diesen Bereich negativ beeinflussen (ebd.). Tätigkeiten im Garten, beispielsweise das Umgraben von Beeten oder das Schneiden von Obstbäumen, „[...] können zu einer physiologischen Steigerung von Muskelkraft und Ausdauer beitragen“ (ebd.). Somit können dem Bewegungsmangel und der Gewichtszunahme entgegengewirkt und motorische Fähigkeiten gefördert werden (ebd.). Im Gegensatz dazu können Tätigkeiten im Garten den „[...] Bewegungsdrang von psychomotorisch unruhigen [...]“ (ebd.) Klient_innen ausgleichen. Die

zweite Handlungskomponente ist die der Sensomotorik. „Diese [...] bezieht sich aus Sicht des Handelnden auf das Zusammenspiel zwischen sensorischem Input und motorischer Reaktion des Körpers“ (ebd., S. 147). Der Kontakt zur Natur und die sinnliche Wahrnehmung von Pflanzen führen dazu, dass der eigene Körper bewusst und intensiv wahrgenommen wird (ebd.). Auf diese Weise werden alle Sinne angeregt, die Motivation gesteigert und innere Spannungen abgebaut (ebd.). Somit sind gartentherapeutische Aktivitäten auch als Maßnahmen zur Krisenintervention geeignet (ebd.). Darüber hinaus beschreiben Chapparo und Ranka die Kognitive Komponente (ebd., S. 148). Dabei spielen die Wahrnehmung, Planung und Durchführung sowie Erinnerungen, als Teile kognitiver Prozesse, eine Rolle (ebd.). Menschen mit psychischen Behinderungen und Erkrankungen leiden häufig an Problemen beim Organisieren des Tagesablaufes sowie an Störungen in der Konzentration und der Aufmerksamkeit (ebd.). Den Überlegungen Kellner (ebd.) folgend können Tätigkeiten im Garten „in allen vier Teilbereichen der Kognition (Wahrnehmung, Erinnerung, Planung, Durchführung) [...] sowohl als diagnostische Maßnahme als auch zielgerichtet therapeutisch eingesetzt werden“. Die Wahrnehmung der unmittelbaren Umgebung sowie die des eigenen Körpers kann beispielsweise durch Arbeiten, bei denen die Klient_innen kaum abgelenkt werden, gefördert werden (ebd.). „Arbeiten, die dafür geeignet sind, sind z.B. das Umtopfen von Jungpflanzen, das Pikieren der Ansaat sowie Unkrautarbeiten“ (ebd., S. 149). Gärten wecken beispielsweise mit ihren Düften Erinnerungen aus der Kindheit (ebd.). Diese Erinnerungen können Wahrnehmungsstörungen und Probleme bei der Planung von Handlungen ausgleichen und somit diese Bereiche gezielt fördern (ebd.). Damit eine Aufgabe im Garten bewältigt werden kann, muss diese geplant und das zu erreichende Ziel definiert werden (ebd.). „Klare Strukturen und Handlungsvorgaben sind notwendig [...]“ (ebd., S. 150), damit eine Aufgabe erfolgreich bewältigt werden kann. Letztendlich kann die gartentherapeutische Aktivität auf Grundlage der Planung dieser sowie der Unterstützung seitens der Expert_innen, beispielsweise durch die Vorgabe von Arbeitspausen, durchgeführt werden (ebd.). Zudem kann die Frustrationstoleranz durch eine individuelle Begleitung und die zugleich motivierende und beruhigende Wirkung des gärtnerischen Umfeldes gesteigert werden (ebd.). Neben den bereits beschriebenen Handlungskomponenten sind auch die intrapersonale sowie die interpersonale Komponente in der Begleitung von Menschen mit psychischen Behinderungen und Erkrankungen von entscheidender Bedeutung. Die intrapersonale Komponente beschreibt interne psychologische Prozesse, die während einer Handlung benötigt werden (ebd.). Dies sind beispielsweise Gefühle, Abwehrmechanismen und Affekte

(ebd.). Zudem können durch Tätigkeiten in der Natur „[...] intrapersonale Eigenschaften wie Wertschätzung, Befriedigung und Motivation stimuliert werden“ (ebd.). Insbesondere sollten Menschen mit psychischen Behinderungen und Erkrankungen in ihrem Selbstwert, ihrer Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein sowie in ihrer Selbsteinschätzung und Selbstverantwortung gefördert werden (ebd., S. 150 f.). Diese Aspekte spielen auch im Rahmen der Förderziele gartentherapeutischer Aktivitäten eine Rolle. Auch negative Gefühle wie Angst und Kontrollverlust, unter denen diese Zielgruppe häufig leidet, können mit Hilfe von Gartentherapie kompensiert werden (ebd., S. 151). Im Vergleich zur intrapersonalen Komponente bezieht sich die interpersonale Komponente „[...] auf die fortlaufende und sich verändernde Interaktion zwischen einer Person und einer anderen während der Durchführung einer Aufgabe“ (ebd., S. 152). Bei Klient_innen mit psychischen Beeinträchtigungen finden sich häufig Störungen der Kontaktfähigkeit sowie der Krisenbewältigung (ebd.). Aufgrund dessen, dass der Kontakt zu Mitmenschen über den Kontakt zu Naturelementen „[...] als emotional weniger belastend erlebt“ (ebd.) wird, können soziale Beziehungen leichter aufgebaut und die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden (ebd.). Tätigkeiten in der Gruppe schaffen die Voraussetzung für „[...] das Erproben und Erlernen von sozialen Fähigkeiten“ (ebd.). Auf diese Weise können die Teamfähigkeit und die Konfliktlösungsfähigkeit der Klient_innen gefördert werden (Scholz/Sieber 2016, S. 136). „Beim Aussetzen von Salatpflanzen z.B. kann eine Person das Loch in der Erde vorbereiten, eine zweite Person reicht die Pflanze einer dritten, die sie dann tatsächlich einpflanzt. So können Menschen [...] durch ihre aktive Mitarbeit Teil einer Gruppe werden“ (Kellner 2016, S. 153). Das gemeinsame Arbeiten schafft Vertrauen und Zusammengehörigkeit (ebd.). Doch auch der Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen Gartentherapeut_innen und Klient_innen kann durch gartentherapeutische Aktivitäten erleichtert werden. So bietet zum Beispiel das gemeinsame Pflanzen von Kartoffeln einen geeigneteren Rahmen für den Aufbau einer Beziehung, als ein Gespräch im Büro (ebd.). Den Ausführungen Kellner (ebd.) folgend, zeigen „die beschriebenen fünf Komponenten der Handlungsperformanz [...] die Vielfalt des Einsatzes gärtnerischer Tätigkeiten und gärtnerischer Umgebung [...]“ in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen, insbesondere psychischen Behinderungen und Erkrankungen.

Darüber hinaus sind gartentherapeutische Aktivitäten für Menschen mit Behinderung geeignet, da sich der Mensch den Pflanzen annimmt und somit trotz der Beeinträchtigung etwas beeinflussen und geben kann (Hansen 2009, S. 4). Zudem bietet Gartentherapie die

Möglichkeit, die zeitliche Orientierung zu fördern, indem die Teilnehmer_innen mit Hilfe des Mediums Garten in Prozesse und Rhythmen (z.B. Jahreszeiten, Zeitpunkt der Aussaat, Zeitpunkt der Ernte) eingebunden werden (Niepel 2008, S. 71). Des Weiteren werden die Klient_innen ermutigt, sich selbst anzunehmen. Außerdem erwerben die Teilnehmer_innen im Rahmen der Gartentherapie beispielsweise Kenntnisse über die Pflanzenkunde (z.B. Kennenlernen verschiedener Gemüse- und Obstsorten, Unterscheiden zwischen Unkräutern und Nutzpflanzen), die Pflanzenvermehrung (z.B. Aussaat, Pikieren, Pflanzen, Ernten) sowie die Bodenbearbeitung (z.B. Vorbereitung des Bodens für die Aussaat) und die benötigten Geräte (z.B. Spaten, Hacke, Gießkanne) (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 g). Von entscheidender Bedeutung ist, dass die Förderziele jederzeit auf die individuelle Person, deren Bedürfnisse und Beeinträchtigungen sowie auf deren Stärken und Ressourcen abgestimmt werden müssen. Nur auf diese Weise können gartentherapeutische Aktivitäten der jeweiligen Person gerecht werden und sie angemessen und sinnvoll fördern. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass sich die Förderziele im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten bei Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen teilweise überschneiden. Festzuhalten ist, dass bei dieser Zielgruppe die Person und deren individuelle Bedürfnisse und Fähigkeiten im Vordergrund stehen sollten. Angesichts dessen werden im Folgenden drei Ansätze beleuchtet, die diese Aspekte aufgreifen und genauer beschreiben. Sie stellen, unabhängig davon, um welche Form von Behinderung es sich handelt, eine der Grundlagen in der Betreuung und Förderung von Menschen mit Behinderung dar. Vor diesem Hintergrund können und sollten sie auch im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten mit Menschen mit Behinderung Anwendung finden.

Das Konzept des Empowerments stellt das erste maßgebliche Konzept in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung dar. Der Begriff Empowerment stammt aus den USA und kann übersetzt werden „[...] mit ‚Selbst-Bemächtigung‘, ‚Selbst-Ermächtigung‘ oder ‚Selbstbefähigung‘“ (Theunissen 2007, S. 23). Im Mittelpunkt des Empowerment-Konzepts steht, dass sowohl Fachkräfte als auch Angehörige und Freunde von beeinträchtigten und benachteiligten Menschen Vertrauen in die Stärken und die Fähigkeiten dieser Menschen haben sollten (ebd., S. 23 f.). Somit richtet sich dieses Konzept gegen Fremdbestimmung und für die Verbesserung der Lebensverhältnisse von Menschen (Ehrhardt 2013, S. 35). Zudem steht Empowerment dafür, dass Menschen aus Randgruppen der Gesellschaft „[...] ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer

eigenen Fähigkeiten bewusst werden, sich selbst Wissen und Handlungskompetenz aneignen, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen“ (Theunissen 2007, S. 24). Empowerment erfordert demnach bei Professionellen einen alternativen Blick auf die Klient_innen. Es gilt nicht die Defizite (z.B. eine Behinderung), sondern Stärken, Fähigkeiten, Ressourcen und Wünsche der Klient_innen in den Fokus zu rücken (Ehrhardt 2013, S. 36). Des Weiteren sollte Klient_innen keine Hilfebedürftigkeit zugeschrieben werden. Vielmehr geht es um eine Begegnung auf Augenhöhe, bei der gemeinsam ausgehandelt und verhandelt wird (Theunissen 2007, S. 25). Zudem sollten Menschen mit Behinderung „[...] angeregt, befähigt oder in die Lage versetzt werden [...], Vertrauen in eigene Ressourcen zu entwickeln, eigene Angelegenheiten selbst zu regeln und sich gegenüber anderen zu behaupten“ (ebd.). Darüber hinaus sollten Klient_innen in ihrer individuellen Persönlichkeit akzeptiert und respektiert werden (Ehrhardt 2013, S. 36). Zudem ist der personenzentrierte Ansatz nach Carl R. Rogers in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung von entscheidender Bedeutung. Nach diesem Ansatz spielt ein an der Person, ihren Ressourcen und ihrem Veränderungspotential orientiertes Vorgehen eine zentrale Rolle (Weinberger 2013, S. 35 ff.). Somit steht nicht das Problem, sondern das Individuum im Mittelpunkt. Ziel ist es weniger ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern mehr, dem Menschen zu helfen sich weiterzuentwickeln, damit das momentane Problem, aber auch zukünftige Probleme besser bewältigt werden können (Wendt 2015, S. 180 f.). Daher ist dieser Ansatz auf die Stärkung der Ressourcen sowie eine größere Unabhängigkeit des Individuums gerichtet (ebd.). Das personenzentrierte Alltagskonzept (Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen) nach Marlis Pörtner greift den Ansatz von Rogers auf und erweitert diesen. Es ist auf Menschen mit diversen Beeinträchtigungen, wie Menschen mit Behinderung oder Menschen mit psychischen Erkrankungen, zugeschnitten (Pörtner 2010, S. 16 ff.). Im Allgemeinen sollen Lebensräume für Menschen mit Beeinträchtigungen geschaffen werden, damit sie ein selbstbestimmtes und weitgehend unabhängiges Leben führen können (ebd., S. 16). Es gilt „[...] den speziellen Bedürfnissen der betroffenen Menschen gerecht [zu/L.M.] werden und sie soweit wie möglich in ihren Fähigkeiten, ihrer Eigenständigkeit und ihrer Selbstverantwortung [zu/L.M.] fördern“ (ebd.). Im Vordergrund dieses Konzeptes steht das personenzentrierte Arbeiten (ebd., S. 20). Das bedeutet, Menschen in ihrer Eigenart und mit ihren Stärken und Schwächen zu respektieren, zu akzeptieren und ernst zu nehmen (ebd.). Des Weiteren sollten Professionelle wie Laien versuchen die Ausdrucksweise der Menschen zu verstehen und auf diese angemessen zu reagieren (ebd.). Zudem ist es entscheidend, nicht von Vorstellungen auszugehen, wie

Menschen sein sollten. Vielmehr gilt es, die Möglichkeiten, Stärken und Ressourcen der Menschen in den Fokus zu rücken und diese als Basis für eine Entwicklung anzusehen. Darüber hinaus sollen die Bedürfnisse und Ressourcen sowie Ziele eines Menschen ernstgenommen werden. Dies beinhaltet auch die Förderung der Möglichkeiten und Fähigkeiten sowie der Selbstständigkeit und der Selbstverantwortung eines Menschen (ebd.). Weiterhin betrachtet sollen Probleme nicht nur an der betroffenen Person festgemacht, sondern die Lebenswelt der Person (z.B. Familie, Freunde, Institutionen, Lebensbedingungen) betrachtet werden (ebd.). Aufgrund dessen steht in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung eine ganzheitliche Betrachtungsweise im Vordergrund (ebd.). Den Rahmen des personenzentrierten Alltagskonzepts bilden verschiedene Handlungsgrundlagen (ebd., S. 3). Zum einen geht es um das Vertrauen auf die Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung (ebd., S. 46). Das bedeutet, dass Menschen dabei unterstützt werden sollten, ihre Ressourcen zu mobilisieren um ihre Entwicklung in verschiedensten Bereichen zu fördern (ebd.). Zum anderen betont Pörtner, dass nicht was fehlt entscheidend ist, sondern was da ist (ebd., S. 41 f.). Diese Handlungsgrundlage basiert auf der bereits mehrfach erwähnten Ansicht, dass nicht die Defizite von Menschen mit Beeinträchtigungen, sondern die Ressourcen in den Fokus gerückt werden sollten (ebd.). Darüber hinaus sind die Stärkung der Selbstverantwortung, die Klarheit im Umgang (z.B. in Gesprächen) mit Menschen mit Behinderung sowie die Überzeugung, dass kleine Schritte in der Entwicklung gewürdigt werden sollten, entscheidend (ebd.). Des Weiteren beschreibt Pörtner diverse Richtlinien für den Alltag, welche die Schwerpunkte der personenzentrierten Arbeitsweise bilden (ebd., S. 50). Einige dieser Richtlinien sind nachfolgend aufgeführt (ebd.). Zuhören gilt als „[...] *die zentrale Grundlage personenzentrierten Arbeitens*“ (ebd., S. 51/Hervorheb. i. O.). Es gilt mit allen Sinnen auf Reaktionen, Gefühle und Empfindungen zu achten, welche „[...] Hinweise für Veränderung, für eigenständige Impulse, Bedürfnisse oder Wünsche“ (ebd.) sind. Zudem sollten Menschen mit Behinderung, in Anbetracht dessen, dass sie im Laufe ihres Lebens viele Hürden überwinden müssen, Diskriminierung erfahren und häufig an Selbstvertrauen verlieren, im Rahmen einer individuellen Unterstützung, ermutigt und bestärkt werden (ebd., S. 63).

Es lässt sich feststellen, dass sich die Ziele und Effekte von Gartentherapie im Allgemeinen, mit den Zielen gartentherapeutischer Aktivitäten bei Menschen mit Behinderung, insbesondere bei Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen, im Speziellen

und mit den Bildungsinhalten sowie Förderzielen im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung größtenteils überschneiden.

4.4 Gestaltung eines Therapiegartens

Die folgenden Ausführungen sollen einen Überblick über die zu berücksichtigenden Aspekte bei der Gestaltung eines Therapiegartens für Menschen mit Behinderung geben. Im Hinblick auf die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit wird dabei nicht auf eine detaillierte Pflanzenauswahl oder auf vergleichbare Maßnahmen zur konkreten Planung und Umsetzung eines Therapiegartens eingegangen.

Die Gestaltung eines zu therapeutischen Zwecken genutzten Gartens hängt von diversen Faktoren ab und bedarf einer detaillierten und sorgfältig durchdachten Planung. Dabei sollten Wünsche, Vorstellungen und individuelle Bedürfnisse der Zielgruppe einbezogen werden. Die Planung eines Therapiegartens ist demnach von den zukünftigen Nutzer_innen und somit von der Art der Nutzung abhängig. Beispielsweise muss ein Garten für Menschen mit Sehbehinderung andere Voraussetzungen erfüllen als ein Garten für Menschen mit psychischen Behinderungen oder Erkrankungen. Des Weiteren müssen „[...] personelle und finanzielle Möglichkeiten sowie inhaltliche Aspekte bzw. Vorgaben der Institution oder der Kostenträger [...]“ (Berting-Hüneke 2016, S. 182) in die Planung einfließen. Von entscheidender Bedeutung bei der Planung eines Therapiegartens sind drei wesentliche Aspekte (Haubenhof et al. 2013, S. 20). Bevor der Bau eines Therapiegartens beginnen kann, muss das Ziel eindeutig definiert werden (ebd.). Zu diesem Aspekt zählen sowohl Therapieziele als auch die Zielgruppe, welche den Garten zukünftig nutzen soll (ebd.). Wird beispielsweise ein Garten zu therapeutischen Zwecken für Menschen mit körperlichen Behinderungen angelegt, muss dieser barrierefrei gestaltet sein (ebd.). Ist es das Ziel, die sozialen Kompetenzen der Nutzer_innen zu stärken, sollten Gemeinschaftsplätze, Sitzgelegenheiten und größere Beete vorhanden sein, damit die Förderung innerhalb einer Gruppe möglich ist (ebd.). Nachdem die Ziele definiert wurden, müssen die Maßnahmen, welche zur Erreichung der Ziele notwendig sind, festgelegt werden (ebd.). Hierbei ist die Planung der zukünftigen Gegebenheiten im Garten, welche zur Umsetzung der Maßnahmen und letztendlich zur Erreichung der vorab definierten Ziele nötig sind, von entscheidender Bedeutung. Im Anschluss werden die Gestaltung und der Bau des Gartens konkret geplant (ebd.). „Das Ziel und die Maßnahmen geben vor, welche **Strukturen** im Garten vorhanden sein sollen und wie diese miteinander kombiniert werden sollen“ (ebd./Hervorheb. i. O.). Bezogen auf das Beispiel eines

Therapiegartens für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, müssen in diesem Planungsschritt beispielsweise die Breite von Wegen oder Beeten sowie die Abstände zwischen diesen bedacht werden (Niepel/Emmrich 2005, S. 13 ff.). Grundsätzlich kann ein Therapiegarten aus folgenden Elementen bestehen. Zum einen ist eine Pflanzenauswahl, welche die sinnliche Wahrnehmung anspricht, bedeutsam (Hölscher 2015). Dabei spielen die Farbe, die Form, der Geruch und gegebenenfalls der Geschmack der Pflanzen eine Rolle. Zum anderen sollten Pflanzen ausgewählt werden, welche der Nutzung des Therapiegartens entsprechen (ebd.). Dies bezieht sich auf „essbare Pflanzen wie Obst, Gemüse oder Wildkräuter [sowie auf/L.M.] Teepflanzen [und/L.M.] Pflanzen, die sich floristisch verarbeiten lassen“ (ebd.). Des Weiteren können Elemente, die im Rahmen von Mobilitätstraining (z.B. Barfußpfad) genutzt werden, Bestandteil eines Therapiegartens sein (ebd.). Ebenso können verschiedene Rückzugs- und Ruhebereiche Therapiegärten sinnvoll ergänzen (Niepel/Emmrich 2005, S. 151).

In Hinblick auf die Förderziele im Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig sollte bei einer möglichen Gestaltung eines Therapiegartens für die Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches folgendes in die Planung einfließen. Zum einen sind Pflanzen, welche die Sinne anregen, erforderlich. Beispielsweise kann der Geruchssinn in Form von Duftpflanzen, wie Jasmin, Lavendel, Flieder, und Kräutern angeregt werden (Niepel/Emmrich 2005, S. 111). Zum anderen können mit blühenden Pflanzen ästhetische Akzente gesetzt und gleichzeitig der Sehsinn angeregt werden (ebd., S. 136). Des Weiteren können sogenannte Fühlpflanzen (z.B. Wollziest) den Tastsinn stimulieren (Meixner-Katzmann 2014, S. 29). Ebenso besteht die Möglichkeit bestimmte Sinneserfahrungsstationen nach Hugo Kükelhaus, welche bereits in Kapitel 3, S. 40 ff. beschrieben wurden, bei der Planung eines Therapiegartens zu berücksichtigen (Niepel/Emmrich 2005, S. 128). Dies ist jedoch nicht zwingend erforderlich, da bereits mit speziellen Pflanzen und anderen Naturelementen die Sinne angeregt werden können. Zudem sollte der Anbau verschiedener Gemüse- und Obstsorten sowie das Pflanzen von Naschhecken in die Planung einfließen. Weitere essbare Pflanzen sind zum Beispiel die Blüten der Kapuzinerkresse oder des Gurkenkrautes (Meixner-Katzmann 2014, S. 29). Bei der Bepflanzung des Gartens sollte bedacht werden, dass Pflanzen möglichst zu jeder Jahreszeit zur Verfügung stehen und somit im Jahresrhythmus gearbeitet werden kann (Niepel 2016, S. 226 ff.). Darüber hinaus sollten Ruhebereiche, Sitzgelegenheiten und Gemeinschaftsplätze fester Bestandteil eines Therapiegartens für diese Zielgruppe sein

(Niepel/Emmrich 2005, S. 115). Damit auch im Winter gartentherapeutische Aktivitäten möglich sind, ist die Planung eines Arbeitsraumes und eines Gewächshauses von Vorteil (ebd., S. 48). Ein Arbeitsraum kann sowohl für die Aussaat oder das Vereinzeln von Sämlingen als auch für Gruppenbesprechungen genutzt werden (ebd.). Mit Hilfe dieser Elemente entspricht ein Therapiegarten den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches. Somit können gartentherapeutische Aktivitäten auf die Förderziele und die Bildungsinhalte des Berufsbildungsbereiches abgestimmt werden. Beispielsweise können, bezüglich des Bereiches der Sachkompetenz, sowohl theoretische als auch praktische Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich des Anbaus, der Pflege und der Ernte von Pflanzen erlangt werden. Ebenso ist die Förderung der Selbst- und Sozialkompetenz uneingeschränkt möglich.

Neben den benannten Elementen eines Therapiegartens ist die Barrierefreiheit von entscheidender Bedeutung (Meixner-Katzmann 2014, S. 27). Berting-Hüneke (2016, S. 173) betont, dass sich Einschränkungen unter anderem durch eine fehlende Barrierefreiheit ergeben. Diesen Überlegungen folgend sollte, auch wenn nur ein geringer Teil der Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches körperlich eingeschränkt ist, der Therapiegarten barrierefrei geplant und gestaltet werden. Die Barrierefreiheit im Garten ermöglicht es, dass alle Mitarbeiter_innen der Werkstatt, unabhängig von der Form der Einschränkung, den Therapiegarten nutzen können (Niepel/Emmrich 2005, S. 17). Somit kann dieser auch von Menschen mit körperlichen Behinderungen aus dem Arbeitsbereich sowie von Menschen mit Schwermehrfachbehinderungen aus dem Förder- und Betreuungsbereich der Werkstatt genutzt werden. Zudem können beispielsweise Angehörige, die den Garten besichtigen, seien es „Eltern mit [...] [Kinderwagen/L.M.], ältere Menschen [...] [oder Menschen/L.M.] mit einer temporären Beeinträchtigung (Gips, Krücken) [...]“ (Meixner-Katzmann 2014, S. 27) von der Barrierefreiheit des Gartens profitieren. Bei der Planung eines barrierefreien Therapiegartens sollten nachfolgend beschriebene Aspekte beachtet werden. Grundsätzlich sollte ein Therapiegarten den Anforderungen der DIN-Norm für barrierefreie Außenräume gerecht werden (Niepel/Emmrich 2005, S. 21 ff.). Um die Barrierefreiheit in einem Garten gewährleisten zu können, sind „[...] vor allem Wegbeläge und Wegbreiten ausschlaggebend“ (Meixner-Katzmann 2014, S. 28). Für den Belag sind, zum Befahren mit Rollstühlen oder rollenden Gehhilfen, griffige Materialien, welche eine gewisse Rutschsicherheit bieten, zu wählen (Niepel/Emmrich 2005, S. 45). Als geeignet gelten insbesondere Pflastersteine oder Steinplatten (ebd.). „Damit sich zwei Rollstühle

[...] begegnen können und der entsprechende Wenderadius gegeben ist, wird eine minimale Breite von 1,80 bis 2 m benötigt“ (ebd.). Gehwege sollten ein möglichst geringes Gefälle (ca. 6 %) aufweisen. Nur auf diese Weise können Steigungen ohne Assistenz bewältigt werden (Meixner-Katzmann 2014, S. 28). Des Weiteren gilt es, Treppen, Stufen und Schwellen zu vermeiden (ebd.). Ist dies nicht möglich, müssen die Höhenunterschiede durch Rampen überwunden werden können (ebd.). Darüber hinaus sind Handläufe für eine uneingeschränkte Mobilität im Therapiegarten eine große Hilfe (ebd.). Für Menschen mit Sehbehinderung „[...] können zusätzlich Zeichen in Braille-Schrift an der Unterseite des Handlaufs eingraviert sein, um auf besondere Gefahren bzw. besondere Attraktionen hinzuweisen“ (ebd.). Ebenso kann Brailleschrift auf Pflanzschildern zum Einsatz kommen (Niepel/Emmrich 2005, S. 21). Vor dem Hintergrund, dass herkömmliche Beete, insbesondere für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, schwer erreichbar sind, gehören Hochbeete zur Grundausstattung eines Therapiegartens (Meixner-Katzmann 2014, S. 29). Diese ermöglichen sowohl das Arbeiten im Stehen als auch im Sitzen (Niepel/Emmrich 2005, S. 46). Für Arbeiten aus dem Rollstuhl ist eine Höhe von 0,50 bis 0,70 m und eine Tiefe von maximal 0,60 m geeignet (ebd.). Wird im Stehen gearbeitet, sollte ein Hochbeet ca. 1,0 m hoch und 0,80 m tief sein (ebd.). Für Rollstuhlfahrer_innen sind vor allem unterfahrbare Hochbeete oder sogenannte Tischbeete, auch als unterfahrbare Pflanztische bezeichnet, geeignet (ebd., S. 46 f.). Letztere ermöglichen ein vollständiges Unterfahren des Beetes (ebd.). Mit Hilfe der beschriebenen Aspekte wird die Barrierefreiheit und somit ein uneingeschränkter Zugang zum Therapiegarten für alle potentiellen Nutzer_innen gewährleistet.

5. Empirischer Teil

Neben der ausführlichen Auseinandersetzung mit der Literatur und den daraus resultierend beschriebenen theoretischen Grundlagen zur Thematik, wurden zur vollständigen Beantwortung der Forschungsfrage Experteninterviews geführt. Vor diesem Hintergrund wird in diesem Kapitel zunächst der Begriff der empirischen Sozialforschung beleuchtet. Darüber hinaus befasst sich dieser Abschnitt mit der Zielsetzung, der Durchführung sowie der darin enthaltenen Auswertung der Untersuchung. Im Anschluss an diese Darstellung erfolgt die Präsentation der Ergebnisse.

In diesem Kapitel werden für die Experteninterviews folgende Abkürzungen verwendet: Experteninterview mit Frau Prof.in Dipl.-Ing.in Birgit Steininger (Abk. Interview 1) (Anlage 5, Transkript Experteninterview 1, S. 18 ff.), Experteninterview mit Frau Imke

Drewitz (Abk. Interview 2) (Anlage 6, Transkript Experteninterview 2, S. 24 ff.), Experteninterview mit Frau Mag.a Dr.in Dorit Haubenhofner (verh. Van Meel) (Abk. Interview 3) (Anlage 7, Transkript Experteninterview 3, S. 32 ff.).

5.1 Empirische Sozialforschung

Als empirische Sozialforschung werden Untersuchungen beschrieben, die Daten über soziale Sachverhalte erheben und auswerten (Gläser/Laudel 2010, S. 24). Diese Forschungsprozesse werden als empirisch, das heißt auf Beobachtungen und Erfahrungen beruhend, bezeichnet (ebd.). Zum einen wird dabei von Theorien ausgegangen, zum anderen werden Theorien mit Hilfe der Untersuchungen weiterentwickelt (ebd.). Dies geschieht, indem die soziale Realität auf Basis vorhandener Theorien beobachtet wird und aus diesen Beobachtungen theoretische Schlüsse gezogen werden (ebd.). Die Beobachtung, das Experiment, das Interview sowie die Inhaltsanalyse finden in der empirischen Sozialforschung als zentrale Forschungsmethoden Anwendung (Hussy 2013, S. 9 f.). Die empirische Sozialforschung wird in die quantitative und qualitative Sozialforschung unterschieden (Gläser/Laudel 2010, S. 24). „In der quantitativen Forschung werden [...] statistische Methoden zur Analyse numerischer Daten eingesetzt“ (Dempster/Hanna 2017, S. 30). Bei der qualitativen Forschung hingegen liegen „[...] die erhobenen Daten nicht in Zahlenform, sondern als gesprochener oder geschriebener Text [...]“ (ebd., S. 31) vor. Somit kann unter der qualitativen Forschung „[...] eine sinnverstehende, interpretative wissenschaftliche Verfahrensweise bei der Erhebung und Aufbereitung sozial relevanter Daten“ (Hussy 2013, S. 20) verstanden werden.

5.2 Zielsetzung der Untersuchung

Ziel der empirischen Untersuchung ist es, Erkenntnisse darüber zu erlangen, welche Möglichkeiten sich sowohl für Menschen mit Behinderung als auch für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung aus der Integration gartentherapeutischer Aktivitäten in den Berufsbildungsbereich ergeben. Im Zentrum der Erhebung steht somit die forschungsleitende Frage der hier vorliegenden Arbeit: Welche Möglichkeiten bietet die Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung? Dabei wurden insbesondere die Anwendbarkeit von Gartentherapie bei Menschen mit Behinderung sowie die Vorteile und Nachteile, die sich aus einer Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich ergeben, eruiert. Im besten Fall werden die grundlegenden Erkenntnisse, welche sich aus der ausführlichen Auseinandersetzung mit der Literatur ergaben, von den Expert_innen wiedergegeben und bekräftigt. Zudem

ist es von entscheidender Bedeutung, mittels der Untersuchung neue Erkenntnisse und Sichtweisen zum Thema Gartentherapie in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung zu gewinnen.

5.3 Durchführung der Untersuchung

In diesem Abschnitt wird zunächst auf die Forschungsmethode des Experteninterviews eingegangen. Anschließend wird die Auswahl der Interviewpartner_innen, der Interviewleitfaden sowie die Durchführung der Experteninterviews beschrieben.

5.3.1 Forschungsmethode

Als angemessenes Datenerhebungs-Instrument wurde das leitfadengestützte Experteninterview gewählt. Qualitative Experteninterviews „[...] können definiert werden als ein systematisches und theoriegeleitetes Verfahren der Datenerhebung in Form der Befragung von Personen, die [...]“ (Kaiser 2014, S.6) über spezifisches Wissen in einem bestimmten Bereich verfügen. Ein leitfadengestütztes Experteninterview ist ein halbstandardisiertes Interview, bei dem mit einer Liste an Fragen, dem Leitfaden, gearbeitet wird (Gläser/Laudel 2010, S. 41 f.). „Mittels des Interviewleitfadens erfolgt die Befragung mit dem klaren Ziel der Abfrage spezifischen Wissens, das zur Beantwortung einer bereits präzisen (und theoretisch eingebetteten) Forschungsfrage notwendig ist“ (Kaiser 2014, S. 35). Einerseits wird durch den Interviewleitfaden sichergestellt, dass alle relevanten Aspekte während des Interviews angesprochen werden, andererseits ist die Reihenfolge der Fragen variabel und die Antworten sind nicht vorgegeben (Gläser/Laudel 2010, S. 42). Somit lässt diese Erhebungsmethode genügend Spielraum, um vom Leitfaden abweichen zu können und auf diese Weise bestimmte Themen anzusprechen, die zuvor im Leitfaden nicht bedacht wurden (ebd.). Zudem erleichtert das halbstandardisierte Interview die Auswertung und die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten (ebd.).

5.3.2 Auswahl der Interviewpartner_innen

Aufgrund dessen, dass der Inhalt der Interviews und somit auch die Ergebnisse der Untersuchung maßgeblich durch die Interviewpartner_innen beeinflusst werden, ist es von entscheidender Bedeutung Vorüberlegungen anzustellen, welche Expert_innen über die notwendigen Informationen verfügen (Gläser/Laudel 2010, S. 117). Zu Beginn sollte eine realistische Anzahl an Interviewpartner_innen gewählt werden. Diese hängt in den meisten Fällen von der verfügbaren Zeit ab, die Interviews vorzubereiten, durchzuführen und auszuwerten (ebd., S. 118). Dennoch sollten mehrere Expert_innen befragt werden, da

sie jeweils über andere Informationen verfügen (ebd., S. 117). Auf Empfehlung des Theoriegutachters dieser Arbeit nahm die Autorin im März 2018 Kontakt zu Frau Haubehofer und Frau Steininger auf, die im wissenschaftlichen Bereich, zum Thema Green Care und Gartentherapie, tätig sind. Im Zuge der Internetrecherche wurde die Autorin auf Frau Drewitz, die gartentherapeutisch mit Menschen mit Behinderung arbeitet, aufmerksam. Somit konnten drei Expertinnen akquiriert werden. Diese verfügen sowohl über theoretisches als auch praktisches Wissen zur Thematik.

Frau Steininger hat Landwirtschaft mit dem Schwerpunkt Gartenbau studiert und war nach einem Aufenthalt in den USA und einer pädagogischen Ausbildung selbstständig im Bereich der Gartentherapie tätig (Interview 1, Z. 10-20). Sie hat unter anderem Einrichtungen bezüglich der Planung von Therapiegärten beraten und als Gartentherapeutin in einer Rehaklinik gearbeitet (ebd., Z. 19-20, 32-33). Zurzeit ist Frau Steininger als Professorin an der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien tätig und leitet sowohl den Universitätslehrgang Gartentherapie als auch den Masterlehrgang Green Care (ebd., Z. 21-26). Somit verfügt Frau Steininger über Erfahrungen im wissenschaftlichen und praktischen Bereich der Gartentherapie. Frau Drewitz ist Heilerziehungspflegerin und hat aufgrund dessen professionelle Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung (Interview 2, Z. 12-13). Darüber hinaus hat sie Landschaftsplanung studiert und ist in der Umweltbildung sowie als Naturpädagogin tätig (ebd., Z. 13-15). Zudem arbeitet sie in einer Tagesförderstätte, wo sie Menschen mit Behinderung gartentherapeutisch betreut und fördert (ebd., Z. 15-17). Zurzeit befindet sich Frau Drewitz in der Ausbildung zur Gartentherapeutin (ebd., Z. 21-22). Vor diesem Hintergrund hat sie sowohl theoretisches als auch praktisches Wissen im Bereich gartentherapeutischer Aktivitäten mit Menschen mit Behinderung. Frau Haubehofer ist Biologin und hat sich nach ihrem Studium mit den Themen Tiergestützte Interventionen und Soziale Landwirtschaft auseinandergesetzt (Interview 3, Z. 17-21). Seit 2010 ist sie an der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien im Bereich von Green Care tätig (ebd., Z. 22-23). In diesem Zusammenhang beschäftigt sie sich auch mit Gartenpädagogik und Gartentherapie (ebd., Z. 32-34). Zudem ist sie Fachbuchautorin und Chefredakteurin der Fachzeitschrift »GREEN CARE«, die von der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien herausgegeben wird (ebd., Z. 27-28). Somit verfügt Frau Haubehofer über vielfältiges Wissen im Forschungsbereich Green Care.

5.3.3 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden ergab sich zum einen aus der Umwandlung der zentralen Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit in konkrete Interviewfragen, zum anderen aus den ausgearbeiteten theoretischen Grundlagen zur Thematik. Offene Fragen, welche während der intensiven Auseinandersetzung mit der Literatur entstanden, wurden somit zum Hauptgegenstand des Leitfadens. Zunächst sollte den drei Expertinnen die Möglichkeit gegeben werden sich vorzustellen und sich anhand allgemeiner Fragen zum Thema Gartentherapie in das Gespräch einzufinden. Im Anschluss wurden konkrete Fragen zu den Fördermöglichkeiten von Menschen mit Behinderung im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten gestellt. Unter Berücksichtigung der Teilnehmer_innen des Berufsbereiches der AWO Hauptwerksatt Leipzig, sollten die Expertinnen vor allem auf Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen und Erkrankungen eingehen. Zudem war es von entscheidender Bedeutung, die Gestaltung von Therapiegärten für Menschen mit Behinderung zu thematisieren. Es wurde beispielsweise eruiert, ob ein Therapiegarten eine bestimmte Größe haben sollte und welche Arten von Pflanzen wesentlicher Bestandteil eines zu therapeutischen Zwecken genutzten Gartens sein sollten. In Hinblick auf die Forschungsfrage wurde auf die Chancen und Herausforderungen, welche mit einer Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung verbunden sind, eingegangen. Abschließend sollten die Expertinnen die Möglichkeit bekommen, das Interview mit relevanten Aspekten, die während des Gespräches nicht angesprochen wurden, zu ergänzen. Den drei Expertinnen wurden annähernd die gleichen Interviewfragen gestellt. Im Vorfeld erhielten sie den Interviewleitfaden. Auf diese Weise hatten sie die Möglichkeit, sich effektiv auf das Interview vorzubereiten. Der Leitfaden ist in Anlage 2, Interviewleitfaden, S. 13 f. zu finden.

5.3.4 Durchführung der Experteninterviews

Nachdem geeignete Interviewpartnerinnen ausgewählt wurden, erfolgte die Kontaktaufnahme mit allen drei Expertinnen per E-Mail. Eingangs wurde geklärt, ob die Expertinnen dazu bereit sind, im Rahmen der Bachelorarbeit Interviews zu führen. Zudem erhielten sie Informationen über das Thema der Bachelorarbeit und die damit einhergehenden Schwerpunkte des Interviews. Im Anschluss wurden Termine für die Interviews vereinbart. Diese fanden Ende April/Anfang Mai 2019 statt. Aufgrund dessen, dass Frau Haubenhofer sowie Frau Steininger in Österreich tätig sind und Frau Drewitz in Bremen arbeitet, wurden die Interviews per Telefon geführt. Auf diese Weise konnten Zeit und

Kosten, für die Anreise und mögliche Übernachtungen, gespart werden. Die Dauer der Interviews betrug durchschnittlich 15 bis 30 Minuten. Zu Beginn des Interviews informierte die Autorin die jeweilige Interviewpartnerin darüber, dass das Gespräch aufgezeichnet wird. Zudem gaben die Expertinnen die Erlaubnis dafür, ihren Namen im Rahmen der Arbeit verwenden zu dürfen. Somit ist eine Anonymisierung nicht notwendig. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet und anschließend vollständig transkribiert. Somit wurden die Inhalte der einzelnen Experteninterviews verschriftlicht und standen für die Auswertung zur Verfügung. Die Transkription der Interviews erfolgte in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2014, S. 136 f.). Die Regeln befinden sich in Anlage 4, Transkriptionsregeln, S. 16 bis S. 17. Die transkribierten Interviews stehen in den Anlagen 5 bis 7, S. 18 ff. zur Verfügung.

5.3.5 Auswertung der Experteninterviews

In diesem Abschnitt wird die Art und Weise der Auswertung beschrieben. Aufgrund dessen, dass es sich um die Auswertung von Texten in Form von transkribierten Interviews handelt, wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz durchgeführt. Dieses Verfahren gilt als systematische wissenschaftliche Methode zur Analyse von Textinhalten (Kuckartz 2014, S. 76). Die qualitative Inhaltsanalyse orientiert sich am Text und dessen Kernaussagen (ebd., S. 73). Auch nach der Bildung von Kategorien, die im Folgenden erläutert wird, bleibt der Inhalt des Textes für die Darstellung der Ergebnisse relevant (ebd.). Dabei werden drei Basismethoden der qualitativen Inhaltsanalyse unterschieden: die „inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse“, die „evaluative qualitative Inhaltsanalyse“ und die „typenbildende Inhaltsanalyse“ (ebd., S. 77 ff.). Vor dem Hintergrund, dass bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz „[...] die Identifizierung von Themen und Subthemen, deren Systematisierung und Analyse der wechselseitigen Relationen im Mittelpunkt stehen [...]“ (ebd., S. 98), ist diese Methode für die Auswertung der im Rahmen der vorliegenden Arbeit geführten Interviews geeignet. Im Folgenden wird der Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, welcher in Abbildung 5 dargestellt ist, erläutert.

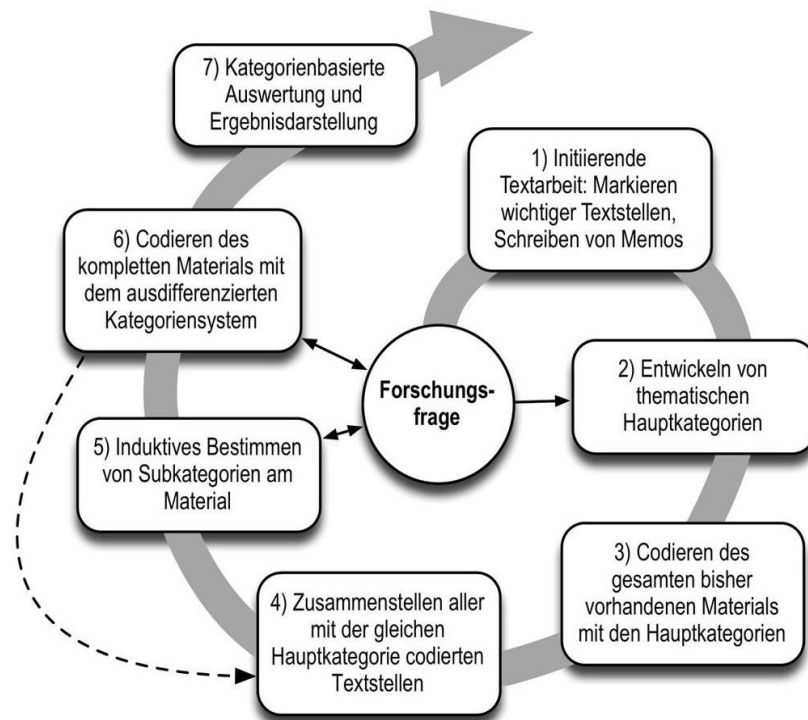


Abbildung 5: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014, S. 78)

In der ersten Phase wird der Text, in diesem Fall die einzelnen transkribierten Interviews, sorgfältig gelesen und die für die zu bearbeitenden Thematik besonders relevanten Textpassagen markiert (ebd., S. 79). Zudem werden Bemerkungen, Gedanken, Vermutungen und Ideen in Form von sogenannten Memos, festgehalten (ebd.). Im Anschluss werden thematische Hauptkategorien entwickelt (ebd.). Diese können häufig „[...] direkt aus der Forschungsfrage abgeleitet werden [...]“ (ebd.). In Phase drei findet der erste Codierungsprozess statt (ebd., S. 80). In diesem wird der jeweilige Text Zeile für Zeile untersucht und Textabschnitte den gebildeten Hauptkategorien zugewiesen (ebd.). „Nicht sinntragende Textstellen oder Textpassagen, die für die Forschungsfrage nicht relevant sind, bleiben uncodiert“ (ebd.). In den zwei darauffolgenden Phasen werden alle Textstellen, die mit der gleichen Hauptkategorie codiert sind, zusammengestellt (ebd., S. 83). Anschließend steht die Bildung von Subkategorien, zu den meist allgemein formulierten Hauptkategorien im Fokus (ebd., S. 84). Dabei kann jede dieser Subkategorien durch die Formulierung einer adäquaten Definition näher beschrieben werden (ebd.). Die zu diesen Kategorien codierten Textpassagen sowie die Definitionen werden anschließend in einer Liste oder Tabelle, die auch als »Text-Retrieval« bezeichnet wird, zusammengestellt (ebd.). Die sechste Phase ist durch einen zweiten Codierungsprozess gekennzeichnet, bei dem „[...] die verfeinerten Kategorien den bislang mit der Hauptkategorie codierten

Textstellen zugeordnet werden“ (ebd., S. 88). Den Überlegungen Kuckartz (ebd., S. 89) folgend, ist an dieser Stelle „[...] die [...] Systematisierung und Strukturierung des Materials zunächst einmal abgeschlossen [...]“. Dennoch ist es möglich einen Zwischenschritt durchzuführen, bei dem Zusammenfassungen zu den Themen und Unterthemen verfasst werden (ebd.). Darüber hinaus werden die einzelnen Texte beziehungsweise „[...] Interviews in Bezug auf ausgewählte Kategorien gegenübergestellt [...]“ (ebd., S. 92). Dieser Arbeitsschritt ist insbesondere dann durchzuführen, wenn die Inhalte der Texte umfangreich sind und innerhalb des Textes in unstrukturierter Weise erscheinen (ebd., S. 89). Aufgrund dessen wird dieser Schritt bei der Analyse der vorliegenden transkribierten Interviews nur dann vorgenommen, wenn der zu einer Kategorie (Haupt- und Subkategorie) zugeordnete Inhalt besonders umfassend ist. „An den zweiten Codierungsprozess und den eventuellen Zwischenschritt der fall- und themenbezogenen Zusammenfassung schließt sich die [...] [siebente/L.M.] Phase, die eigentliche Auswertung und Ergebnispräsentation, an“ (ebd., S. 93). Im Zentrum dieses Auswertungsprozesses stehen die entwickelten Haupt- und Subkategorien (ebd.). Damit die einzelnen Kategorien sowie die dazugehörigen Textstellen strukturiert werden können, ist eine sogenannte Profilmatrix, auch als Themenmatrix bezeichnet, anzulegen (ebd., S. 73). In dieser Matrix sind auf horizontaler Ebene die einzelnen Expert_innen mit den entsprechenden Äußerungen und auf vertikaler Ebene die Kategorien abgebildet (ebd., S. 74). Somit kann sowohl eine fallorientierte als auch eine themenorientierte Perspektive eingenommen werden (ebd.). Auf diese Weise ist eine detaillierte Analyse des aus den Interviews gewonnenen Materials möglich (ebd.). Kuckartz unterscheidet sieben Formen der Auswertung (ebd., S. 93). Von besonderer Relevanz für die Auswertung der drei Experteninterviews sind folgende Formen. Zum einen werden die Ergebnisse jeder thematischen Hauptkategorie dargestellt (ebd., S. 94). Zum anderen erfolgt eine Analyse der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Subkategorien einer Hauptkategorie (ebd., S. 95). Außerdem ist es möglich, Zusammenhänge zwischen den Hauptkategorien herzustellen (ebd.). Des Weiteren können die Interviews auf mögliche „[...] Ähnlichkeiten und Differenzen hin untersucht werden“ (ebd., S. 74). Schließlich werden die wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung in Hinblick auf die Forschungsfrage zusammenfassend dargestellt (ebd., S. 97). Das Kategoriensystem liegt in der Anlage 3, Kategoriensystem, S. 15 vor.

5.4 Ergebnisse

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung ist in die gebildeten Haupt- und Subkategorien gegliedert.

5.4.1 Begriff der Gartentherapie

Zunächst werden die Ergebnisse der Experteninterviews, bezogen auf den Begriff der Gartentherapie, vorgestellt. Generell lässt sich feststellen, dass die Expertinnen den Zusammenhang der Begriffe Garten und Therapie in der Kombination therapeutischer Ansätze mit Elementen eines Gartens sehen (Interview 3, Z. 47-50). Frau Steininger verdeutlicht dies wie folgt: „Im Sinne der Gartentherapie [...] gibt es den Zusammenhang, dass [...] das Gärtnern als therapeutisches Mittel genutzt wird, genutzt werden kann“ (Interview 1, Z. 37-38). Diese Aspekte untermauern die im Theorieteil dargestellte Erläuterung des Begriffs der Gartentherapie.

5.4.2 Vorteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Die Vorteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung beziehen sich einerseits auf die Vorteile, die sich für die Klient_innen einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, andererseits auf die Vorteile, die sich für eine Werkstatt als Einrichtung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben ergeben. Grundsätzlich bestätigen die Expertinnen, dass Gartentherapie geeignet ist, um Klient_innen in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung zu fördern und zu therapieren. Die Anwendbarkeit gartentherapeutischer Aktivitäten in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung resultiert vor allem aus der Vielfalt an Tätigkeiten, Zielen und Effekten von Gartentherapie (Interview 3, Z. 82-86). Die Expertinnen heben besonders die individuelle, an den Bedürfnissen, Zielen und Wünschen der Klient_innen orientierte Förderung hervor (Interview 1, Z. 55). Frau Haubenhofer sieht in dieser gezielten Förderung der Klient_innen die Stärke der Gartentherapie (Interview 3, Z. 88-90). Von entscheidender Bedeutung ist, dass die gartentherapeutischen Aktivitäten an die jeweiligen Förderziele angepasst werden (Interview 2, Z. 46). Nur auf diese Weise ist eine adäquate Unterstützung der Klient_innen möglich. Bezüglich der Ziele und Effekte von Gartentherapie bei Menschen mit Behinderung, insbesondere bei Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen, wird eine Vielzahl an Fördermöglichkeiten beschrieben. Neben der allgemeinen positiven Wirkung auf die körperliche, geistige und psychische Gesundheit eines Menschen wird vor allem die Förderung der Sinneswahrnehmung betont (ebd.,

Z. 48-51). Die in den Interviews benannten Ziele und Effekte betreffen den physiologischen, kognitiven, psychisch-emotionalen und den sozialen Bereich, sowie den Bereich, der sich auf das Ich eines Menschen bezieht (Interview 3, Z. 132-141). Frau Haubenhof er beschreibt dabei auch den Erwerb von Fachwissen, welcher im Rahmen der Betreuung von Klient_innen im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt maßgeblich ist (ebd., Z. 138-140). Ein weiterer Vorteil ergibt sich daraus, dass gartentherapeutische Aktivitäten meist im Freien stattfinden (Interview 2, Z. 48-51). „[...] Das ist einfach das, was gerade Menschen mit Behinderung [...] ganz oft [...] abhandenkommt, dass sie gar nicht die Möglichkeit haben raus zu kommen“ (ebd., Z. 51-53). Die Aussagen der Expertinnen zu den Vorteilen gartentherapeutischer Aktivitäten für Menschen mit Behinderung und den darin enthaltenen Zielen und Effekten von Gartentherapie bekräftigen die ausgearbeiteten theoretischen Grundlagen bezüglich dieser Thematik.

Die Vorteile für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung ergeben sich unter anderem aus den beschriebenen Fördermöglichkeiten. Frau Steininger betont, dass Klient_innen mit Hilfe gartentherapeutischer Aktivitäten gestärkt und stabilisiert werden, sich dadurch der Gesundheitszustand der Klient_innen verbessert und davon letztendlich die Werkstatt profitiert (Interview 1, Z. 135-138). Beispielsweise können die Leistungsfähigkeit der Klient_innen und das Arbeitsklima verbessert werden (ebd., Z. 136-138). Zudem wird betont, dass der Fokus nicht vorrangig auf der Produktion liegt, sondern gezielt auf die Förderung der Klient_innen eingegangen werden kann (ebd., Z. 121-122). Insbesondere der Aspekt, dass im Rahmen von Gartentherapie in Gruppen mit einer relativ geringen Anzahl an Gruppenmitgliedern und innerhalb einer Einzelförderung gearbeitet werden kann, spricht für den Einsatz gartentherapeutischer Aktivitäten im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt (ebd., Z. 158-159). Frau Drewitz betont, dass mit Hilfe von Gartentherapie Ruhe in hektischen, angespannten und lauten Situationen erzeugt werden kann (Interview 2, Z. 168-173). Wird im Rahmen der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt ein Therapiegarten angelegt, haben nicht nur die Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches, sondern alle Klient_innen der Werkstatt die Möglichkeit den Garten zu nutzen und somit bewusst die positiven Eigenschaften eines Gartens zu erleben (ebd., Z. 144-149). Außerdem steht der Therapiegarten auch dem Personal der Werkstatt, beispielsweise zur Entspannung in den Pausen, zur Verfügung (Interview 3, Z. 318-324). Darüber hinaus können auch Angehörige von Klient_innen der Werkstatt den Garten aufsuchen (ebd., Z. 324-326). Diesen Überlegungen folgend erweitert sich das

Leistungsportfolio der Einrichtung. Es ist davon auszugehen, dass sich die Werkstatt von anderen Einrichtungen für Menschen mit Behinderung positiv abgrenzt und aufgrund dessen ein Alleinstellungsmerkmal aufweist (ebd., Z. 313-316). Diesen Aspekten zu Folge ist Gartentherapie „[...] natürlich [...] auch ein gutes Aushängeschild [...] für die jeweilige Einrichtung“ (ebd., Z. 313-314). Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit kann auf diese Weise für die Einrichtung geworben und neue Klient_innen akquiriert werden (ebd., Z. 314-331). Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die Werkstatt mit Einrichtungen, welche ebenfalls Green Care Aktivitäten anbieten, zusammenarbeitet und somit neue Kooperationspartner gewinnt. Vor diesem Hintergrund stellt Gartentherapie eine zusätzliche Ressource für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung dar (Interview 1, Z. 157-158).

5.4.3 Nachteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Ebenso wie die beschriebenen Vorteile gliedern sich die Nachteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung in die Nachteile für die Klient_innen einer Werkstatt und in die Nachteile bzw. Herausforderungen für die Einrichtung. Weder Frau Steininger noch Frau Drewitz erwähnen im Interview Nachteile von gartentherapeutischen Aktivitäten für die Teilnehmenden. Frau Haubenhofner betont hingegen, dass Gartentherapie nicht für jeden geeignet ist (Interview 3, Z. 109-115). Beispielsweise können Klient_innen, welche unter einer Pollenallergie leiden, nur in eingeschränkter Weise an gartentherapeutischen Aktivitäten teilnehmen (ebd., Z. 110). Zudem ist Gartentherapie für Menschen, die kein Interesse an der Natur, Gärten und Pflanzen zeigen, oftmals nicht die geeignete Therapieform (ebd., Z. 110-115). Weitere Nachteile von Gartentherapie für Menschen mit Behinderung konnten nicht eruiert werden.

Mit der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung können jedoch Nachteile bzw. Herausforderungen für die Einrichtung einhergehen, welche im Folgenden beleuchtet werden. Zum einen heben die Expertinnen hervor, dass mit der Vielfalt gartentherapeutischer Aktivitäten eine Komplexität einhergeht, welche eine individuelle Abstimmung der gartentherapeutischen Aktivitäten auf die Person und die jeweiligen Zielsetzungen erfordert (Interview 1, Z. 91-92). Aufgrund ebendieser Komplexität und der gezielten Förderung der Klient_innen wird ein hoher Personalschlüssel benötigt (Interview 2, Z. 179-181). Frau Drewitz betont, dass der hohe Personalschlüssel die größte Herausforderung darstellt (ebd., Z. 181). Zudem ist es notwendig,

gartentherapeutische Fachkräfte zu beschäftigen (Interview 3, Z. 293-294). Frau Haubehofer beschreibt, dass nur auf diese Weise qualitativ hochwertige Gartentherapie durchgeführt werden kann, die den Qualitätsstandards gartentherapeutischer Aktivitäten entspricht (ebd., Z. 293-297). Frau Drewitz erläutert hingegen, dass Gartentherapeut_innen die bestehenden pädagogischen Mitarbeiter_innen der Werkstatt anleiten können, damit diese dazu befähigt werden, selbst gartentherapeutische Aktivitäten durchzuführen (Interview 2, Z. 198-202). In diesem Punkt weichen die Meinungen der Expertinnen voneinander ab. Frau Steininger erklärt: „Es ist ein zusätzlicher Kostenfaktor für die Werkstätten und das ist immer die Frage, ob sie bereit sind den zu tragen oder nicht“ (Interview 1, Z. 149-150). Festzuhalten ist, dass neben personellen auch zeitliche und finanzielle Ressourcen benötigt werden. Frau Haubehofer sieht „[...] weniger inhaltliche Nachteile, sondern mehr Nachteile, die [...] die Rahmenbedingungen betreffen, die Administration, die Bürokratie, den Aufwand [...], so etwas in der Richtung“ (Interview 3, Z. 300-302). Den Aussagen von Frau Drewitz folgend, können Kosten verringert werden, indem beispielsweise mit dem Rollstuhl unterfahrbare Hochbeete eigenhändig durch die Werkstatt angefertigt werden (Interview 2, Z. 185-187). Neben den benannten Herausforderungen kann ein Spannungsfeld zwischen dem Bereich der Therapie und dem der Produktion in einer Werkstatt entstehen: „Also das kann eine Schwierigkeit sein, dass da sozusagen kein Spannungsfeld auftritt von wegen, welcher Teil ist Arbeit, welcher Teil ist Therapie und ob jemand bevorzugt oder benachteiligt wird [...]“ (Interview 1, Z. 129-131). Darüber hinaus stellt die mögliche Schädigung von Pflanzen eine Schwierigkeit dar (Interview 2, Z. 153):

„Also gerade [...] bei unseren Menschen, da kann ich es halt haben, dass eben Menschen aus Versehen dann auch einmal eine für mich sehr wertvolle Pflanze rauszupfen oder in ein Beet trampeln [...]. Ich finde, da muss man sich jedes Mal wieder entscheiden, bin ich jetzt eigentlich als Gärtnerin unterwegs oder als [...] pädagogische Mitarbeiterin oder als Therapeutin“ (ebd., Z. 154-159).

Wie in diesen Ausführungen deutlich wurde, unterscheiden sich die Meinungen der Interviewpartnerinnen bezüglich der Nachteile bzw. Herausforderungen für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung teilweise. Zusammenfassend ist zu sagen, dass zusätzliche Kosten und ein erhöhter Personalbedarf die Integration von Gartentherapie in eine

Werkstatt und somit auch in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt erschweren können.

5.4.4 Gestaltung eines Therapiegartens für Menschen mit Behinderung

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Experteninterviews bezüglich der Gestaltung eines Therapiegartens für Menschen mit Behinderung, insbesondere für Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen, dargestellt. Zunächst wurde erfragt, welche Pflanzen und gartentherapeutischen Aktivitäten für Menschen mit Behinderung besonders geeignet sind. Es stellte sich heraus, dass dies von der Person, deren Beeinträchtigung und den jeweiligen Zielsetzungen abhängt (Interview 1, Z. 77-82, 86-87). Frau Drewitz und Frau Haubehofer beschreiben, dass Pflanzen, welche die Sinne anregen, für gartentherapeutische Aktivitäten mit Menschen mit Behinderung von entscheidender Bedeutung sind (Interview 2, Z. 78-92/Interview 3, Z. 168-182). Frau Drewitz spricht insbesondere essbare Pflanzen an und schildert: „[...] also, wenn ich mit dem gustatorischen Bereich arbeiten kann, dann habe ich schon einmal gewonnen“ (Interview 2, Z. 82-83). Frau Haubehofer bezieht sich auf Pflanzen, die den Tastsinn anregen und betont, dass vor allem mit Menschen mit einer geistigen Behinderung gearbeitet werden kann, „[...] indem man sie Blattoberflächen oder Pflanzenstrukturen fühlen lässt“ (Interview 3, Z. 171-175). Darüber hinaus sind Duftpflanzen für gartentherapeutische Aktivitäten mit Menschen mit Beeinträchtigungen essentiell (Interview 2, Z. 83-88). Zierpflanzen spielen hingegen eine untergeordnete Rolle (ebd., Z. 89-91). Zudem sollten in einem Therapiegarten keine Giftpflanzen vorkommen, da diese Thematik vor allem Menschen mit einer geistigen Behinderung schwer vermittelt werden kann (Interview 3, Z. 161-166).

Des Weiteren wurde eruiert, welche Aspekte bei der Gestaltung eines Therapiegartens für Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden sollten. Bei dieser Fragestellung betonen die Expertinnen, dass ein Therapiegarten grundsätzlich ein funktioneller Garten sein sollte, der auf die Bedürfnisse der Nutzer_innen abgestimmt ist, damit er für die jeweilige Zielgruppe optimal eingesetzt werden kann (Interview 1, Z. 97/Interview 2, Z. 91-92/Interview 3, Z. 227-230). Zudem sollte ein Therapiegarten eine Vielzahl an gartentherapeutischen Aktivitäten ermöglichen (Interview 1, Z. 97-99). Darüber hinaus spielt die Barrierefreiheit eine entscheidende Rolle (ebd., Z. 92-93). Weitere wesentliche Bestandteile eines Therapiegartens sind Rückzugs- und Ruhebereiche sowie Gemeinschaftsplätze (Interview 1, Z. 99-100/Interview 2, Z. 104-107). Damit die Nutzer_innen vor Niederschlag oder Sonneneinstrahlung geschützt sind, sollten die Sitzgelegenheiten über

schattenspende Elemente oder Überdachungen verfügen (Interview 2, Z. 104-107). Außerdem können Wasserelemente einen Therapiegarten sinnvoll ergänzen (ebd., Z. 105-106). Frau Haubehofer betont, dass ein Garten, der zu therapeutischen Zwecken genutzt wird, professionell geplant und angelegt werden sollte (Interview 3, Z. 221-226). Es ist nicht ausreichend, Fachkräfte aus dem Bereich des Garten- und Landschaftsbaus mit der Planung eines Therapiegartens zu beauftragen (ebd.). Nur mit Hilfe gartentherapeutischer Fachkräfte kann ein Therapiegarten den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe gerecht werden (ebd.).

Die Größe eines Therapiegartens wird durch die Anzahl der zukünftigen Nutzer_innen, die für die gartentherapeutischen Aktivitäten zur Verfügung stehende Zeit, sowie die Therapieziele bestimmt (Interview 1, Z. 108-111/Interview 2, Z. 120). Darüber hinaus ist festzuhalten, dass bereits mit einem Hochbeet oder bepflanzten Blumentöpfen gartentherapeutische Aktivitäten möglich sind (Interview 2, Z. 117-124/Interview 3, Z. 237-245). Frau Haubehofer erklärt: „Im Prinzip kann Gartentherapie auch stattfinden, ohne dass es tatsächlich einen Garten gibt. Das hängt [...] von den Rahmenbedingungen des jeweiligen Ortes ab“ (Interview 3, Z. 237-239). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Größe eines Therapiegartens nicht festgelegt ist, sondern von diversen Faktoren abhängt. Zudem kann Gartentherapie auch außerhalb eines Gartens stattfinden, indem beispielsweise in einem geschlossenen Raum mit Pflanzen gearbeitet wird (ebd., Z. 239-245).

Die Untersuchungsergebnisse belegen die vielfältigen Möglichkeiten, die sich sowohl für Menschen mit Behinderung als auch für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung aus der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt und somit auch in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt ergeben. Sind die Nachteile bzw. Herausforderungen der Integration von Gartentherapie überwunden, können gartentherapeutische Aktivitäten einen entscheidenden Beitrag zur Bildung und Förderung aller Klient_innen sowie zum Ansehen einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung leisten. Neue Erkenntnisse konnten vor allem bezüglich der Vorteile und Nachteile bzw. Herausforderungen, die sich aus der Integration von Gartentherapie für eine Werkstatt ergeben, sowie hinsichtlich der Gestaltung eines Therapiegartens (z.B. Vermeidung von Giftpflanzen, Planung eines Therapiegartens durch gartentherapeutische Fachkräfte), gewonnen werden. Darüber hinaus stützen die Experteninterviews die im Hinblick auf die Forschungsfrage ausgearbeiteten theoretischen Grundlagen.

6. Handlungsempfehlung für die AWO Werkstätten Sachsen-West – AWO Hauptwerkstatt Leipzig

Die Basis der Handlungsempfehlung für die Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig sowie für die Gestaltung eines Therapiegartens auf dem Gelände der Werkstatt bilden die theoretischen Grundlagen zur Thematik, die Ergebnisse der empirischen Untersuchung sowie die eigenen Überlegungen der Autorin. Diese Empfehlung kann in eine mögliche Konzeptionierung der Integration von Gartentherapie in die AWO Hauptwerkstatt Leipzig einfließen und als Ausgangspunkt für die Realisierung gartentherapeutischer Aktivitäten in weiteren Werkstätten für Menschen mit Behinderung verwendet werden.

Angesichts dessen, dass mit Hilfe gartentherapeutischer Aktivitäten eine Vielzahl der Förderziele des Berufsbildungsbereiches erreicht werden kann und der Fokus auf den individuellen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Stärken der Teilnehmer_innen liegt, sind gartentherapeutische Aktivitäten für diese Zielgruppe optimal geeignet. Im Arbeitsbereich steht vor allem die Produktion im Fokus, im Berufsbildungsbereich steht jedoch eine individuelle und bedürfnisorientierte Betreuung, die Entwicklung und Förderung der Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz sowie des Leistungspotentials der Teilnehmer_innen im Vordergrund. Zudem wirkt sich die kleine Gruppengröße vorteilhaft darauf aus, gartentherapeutische Aktivitäten in ebendiesem Bereich der Werkstatt einzugliedern und Gartentherapie somit in das Leistungsportfolio der AWO Hauptwerkstatt Leipzig aufzunehmen. Diesen Überlegungen folgend ist es empfehlenswert Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich der AWO Werkstatt Leipzig zu integrieren. Bevor Gartentherapie tatsächlich im Berufsbildungsbereich realisiert wird, sollte eine Befragung zum Interesse an gärtnerischen Tätigkeiten mit den Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches durchgeführt werden (Interview 3, Z. 263-266). In Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen von Werkstätten für Menschen mit Behinderung, vor allem hinsichtlich § 49 Abs. 1 SGB IX und § 219 Abs. 1 SGB IX, ist es das Ziel einer Werkstatt, die Leistungsfähigkeit der Klient_innen zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und die individuelle Persönlichkeit der Klient_innen zu stärken. Zur Erreichung dieser Ziele kann Gartentherapie einen entscheidenden Beitrag leisten.

Mit Hilfe der Experteninterviews konnte eruiert werden, dass gartentherapeutische Aktivitäten nicht zwingend in einem Garten stattfinden müssen (Interview 2, Z. 117-

124/Interview 3, Z. 237-245). Die Tatsache, dass die Werkstatt über eine großzügige, bereits begrünte Freifläche von ca. 5000 Quadratmetern verfügt, ermöglicht es jedoch, einen zu therapeutischen Zwecken genutzten Garten zu gestalten. Auf diese Weise kann eine Vielzahl an gartentherapeutischen Aktivitäten durchgeführt und von den Nutzer_innen bewusst die positiven Wirkungen von Natur und Gärten wahrgenommen werden (Interview 2, Z. 48-53). Die bei der Gestaltung eines Therapiegartens zu berücksichtigenden Aspekte sind bereits in Kapitel 4, S. 65 ff. sowie in Kapitel 5, S. 80 ff. näher beschrieben worden. Die Räume des Berufsbildungsbereiches befinden sich in unmittelbarer Nähe zum Außenbereich der Werkstatt, wodurch ein freier Zugang zum Garten gewährleistet ist. Des Weiteren steht bereits ein Gewächshaus zur Verfügung. Dieses bietet ausreichend Platz für die Arbeit in der Gruppe und kann somit für gärtnerische Tätigkeiten, beispielsweise im Winter, genutzt werden. Zudem befindet sich bereits ein Teich auf dem Gelände. Angesichts dessen müssen bei der Planung des Therapiegartens keine zusätzlichen Wasserelemente berücksichtigt werden (Interview 2, Z. 105-106). Der gärtnerische Pflegeaufwand, welcher mit einem Garten verbunden ist, kann nicht ausschließlich im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten bewältigt werden. Aufgrund dessen, dass die Arbeitsgruppe Hauswirtschaft ohnehin für die Außenanlage zuständig ist, kann die Gartenpflege teilweise von ebendieser Arbeitsgruppe übernommen werden. Die Kosten für den Bau des Therapiegartens können gesenkt werden, indem beispielsweise die Tischlerei der Werkstatt barrierefreie Hochbeete eigenhändig anfertigt (Interview 2, Z. 185-187). Diesen Ausführungen folgend sind in der AWO Hauptwerkstatt Leipzig bereits günstige Rahmenbedingungen für die Gestaltung eines Therapiegartens gegeben. Die Größe des Therapiegartens sollte aufgrund der Gesamtanzahl der Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches von 25 sowie der möglichen Nutzung durch andere Bereiche der Werkstatt mindestens 1000 Quadratmeter betragen. In jedem Fall sollte im Rahmen der Gestaltung des Therapiegartens ein Kräuterbeet angelegt werden. Kräuter regen nicht nur alle Sinne an und haben oftmals eine heilsame Wirkung, sondern können vielfältig verwendet und weiterverarbeitet werden (Interview 2, Z. 91-93). Neben dem Anbau, der Pflege und Ernte der Kräuter besteht die Möglichkeit Tees (z.B. Pfefferminztee, Thymiantee, Salbeitee), diverse Salben (z.B. Ringelblumen-Salbe, Spitzwegerich-Salbe), Kräuterole, Kräutersalz sowie Brotaufstriche oder Kräuter-Pesto herzustellen und die Kräuter als Gewürze in der Küche des Berufsbildungsbereiches zu verwenden. Vor dem Hintergrund, dass die Räumlichkeiten des Berufsbildungsbereiches, insbesondere der Raum, in dem eine Küche vorhanden ist, einen geeigneten Rahmen zur Weiterverarbeitung von

Erzeugnissen aus dem Therapiegarten bilden, ist auch im Winter die Arbeit mit Pflanzen, beispielsweise mit getrockneten Kräutern, möglich. Zudem kann angebautes Gemüse und Obst in der Küche des Berufsbildungsbereiches Verwendung finden (z.B. Herstellung von Marmelade, Kochen von Gerichten mit Gemüse). In Bezug auf die Herstellung verschiedener Produkte aus Kräutern kann ein Erfahrungs- und Informationsaustausch mit der AWO Wohnstätte Bad Lausick, welche ebenfalls zur AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West gehört, stattfinden. Die Wohnstätte für Menschen mit psychischen Erkrankungen besitzt eine eigene Kräutermanufaktur und fertigt diverse Produkte aus Kräutern an (AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West 2019 h). Sollten die Kräuterprodukte in einem größeren Umfang hergestellt werden, kann zukünftig auch über einen Verkauf dieser, beispielsweise in einem Werkstattladen, nachgedacht werden. Weiterhin betrachtet ist es von Vorteil, die in dem Therapiegarten vorkommenden Pflanzen mit witterungsbeständigen Pflanzschildern zu versehen, um beispielsweise ausgesäte Pflanzen zu markieren. Darüber hinaus können Pflegehinweise durch Piktogramme (z.B. Gießkanne, verschiedene Gartengeräte) verdeutlicht werden. Ebenso ist es möglich in Form von Hinweisschildern, die Aufmerksamkeit der Nutzer_innen des Gartens bewusst auf die Sinneswahrnehmung zu lenken, indem zum Beispiel bei einer Duftpflanze eine Nase auf einem Schild abgebildet ist, um auf den Geruchssinn zu verweisen. Mit Hilfe dieser Pflanzschilder und Pflegehinweise können die Lesekompetenz der Nutzer_innen gefördert und botanische Kenntnisse erworben werden.

Die Mitarbeiter_innen des Arbeitsbereiches sowie die zu Betreuenden des Förder- und Betreuungsbereiches der Werkstatt können ebenfalls von der Gartentherapie profitieren, indem gartentherapeutische Aktivitäten als neue arbeitsbegleitende Maßnahme in der Werkstatt angeboten werden und sie den Garten, beispielsweise in den Pausen, aufsuchen können. Zudem kommt der Therapiegarten auch dem Personal der Werkstatt zugute und kann im Rahmen der Weiterentwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements der Einrichtung genutzt werden. Damit gartentherapeutische Angebote erfolgreich in der AWO Werkstatt Leipzig realisiert werden können, muss der Konflikt zwischen betriebswirtschaftlichen und sozialtherapeutischen Zielen, welcher auch in den Experteninterviews angesprochen wurde (Interview 1, Z. 129-131), überwunden werden. Weiterhin betrachtet muss sich die Werkstatt mit den Herausforderungen bei der Integration von Gartentherapie auseinandersetzen (Kapitel 5, S. 78 ff.). Dabei geht es insbesondere darum, finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um

Gartentherapie auf professioneller Ebene durchführen zu können (Interview 1, Z. 149-150/Interview 2, Z. 179-181/Interview 3, Z. 293-297). Grundvoraussetzung für die professionelle Planung eines Therapiegartens und die Durchführung von Gartentherapie ist, einen_e Gartentherapeuten_in in der Werkstatt zu beschäftigen (Interview 3, Z. 221-226, 293-297). Zusätzlich kann bestehendes Personal, beispielsweise die Bildungsbegleiter_innen des Berufsbildungsbereiches, eine gartentherapeutische Ausbildung absolvieren (Interview 2, Z. 198-202). Dies ermöglicht es, dem hohen Personalschlüssel im Berufsbildungsbereich (1:6) gerecht zu werden und die Teilnehmer_innen individuell zu fördern. Die gartentherapeutische Fachkraft soll einerseits für die Gartentherapie mit den Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches, andererseits für gartentherapeutische Aktivitäten im Rahmen arbeitsbegleitender Maßnahmen zuständig sein. In der gartentherapeutischen Arbeit mit den Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches wird die Fachkraft von den Bildungsbegleiter_innen unterstützt. Für die Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches sollten regelmäßig ca. zwei bis drei Therapieeinheiten pro Woche bei ca. ein bis zwei Stunden pro Therapieeinheit stattfinden. Auf diese Weise kann der Fokus im Berufsbildungsbereich weiterhin auf dem Erwerb arbeitsplatzrelevanter Fähigkeiten in den Bereichen Küche/Hauswirtschaft, Montage/Verpackung und Metallbearbeitung sowie Montage/Verpackung und Holzbearbeitung liegen. Die gartentherapeutischen Aktivitäten sind angesichts dessen als Maßnahmen zur individuellen und bedürfnisorientierten Förderung der Klient_innen zu verstehen. Natürlich müssen, neben den regelmäßig stattfindenden Therapieeinheiten ebenso spontane gartentherapeutische Tätigkeiten möglich sein. Damit eine individuelle Förderung der Teilnehmer_innen gegeben ist und auch die Möglichkeit der Einzelförderung besteht, sollten die drei Gruppen des Berufsbildungsbereiches überwiegend getrennt gartentherapeutisch gefördert werden. Dennoch könnten einige der gartentherapeutischen Aktivitäten von allen drei Gruppen gemeinsam durchgeführt werden. In der verbleibenden Zeit, in der der Garten nicht durch den Berufsbildungsbereich genutzt wird, können arbeitsbegleitende Maßnahmen mit den anderen Mitarbeiter_innen der Werkstatt stattfinden. Daraus ergibt sich eine Notwendigkeit für einen detaillierten und durchdachten Plan, welche Gruppe den Garten zu welcher Zeit nutzt beziehungsweise welche Maßnahmen zu welcher Zeit stattfinden.

Diese Überlegungen verdeutlichen die vielfältigen Möglichkeiten, welche sich aus der Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt, insbesondere in die AWO Hauptwerkstatt Leipzig, ergeben.

7. Fazit

Ziel dieser Arbeit war es zu untersuchen, welche Möglichkeiten sich aus der Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung ergeben. Dabei wurde sowohl auf die Möglichkeiten für die Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches, als auch für die Werkstatt als Einrichtung eingegangen. Um diese Zielsetzung zu erreichen, stand die AWO Hauptwerkstatt Leipzig, als Praxispartner der Autorin im Fokus der Untersuchung. Mit Hilfe der umfangreichen Literaturbearbeitung und qualitativen Experteninterviews konnten vielfältige Möglichkeiten einer Realisierung gartentherapeutischer Aktivitäten im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt, speziell bezüglich des Berufsbildungsbereiches der AWO Werkstatt Leipzig, eruiert werden.

Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Begriff und den Formen von Behinderungen. Es stellte sich heraus, dass Menschen mit Beeinträchtigungen an der gleichberechtigten und uneingeschränkten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch verschiedenste Barrieren gehindert werden. Dabei können sich Behinderungen in ihrer Art und Schwere voneinander unterscheiden. Neben körperlichen Behinderungen treten häufig auch geistige und zunehmend psychische Behinderungen und Erkrankungen auf. Die Auswirkungen von Beeinträchtigungen hängen, neben individuellen Faktoren, auch von der sozialen Unterstützung und den zur Verfügung stehenden Fördermöglichkeiten ab.

Im darauffolgenden Kapitel wurde auf die Gartentherapie, welche zum Bereich Green Care gehört, Bezug genommen. Anhand der Begriffsdefinition gartentherapeutischer Aktivitäten konnte herausgefunden werden, dass Gartentherapie ein Prozess ist, bei dem individuell auf die Teilnehmer_innen eingegangen wird und konkrete Förderziele, welche sich an den Bedürfnissen der Teilnehmer_innen orientieren, festgelegt werden. Zudem ist Gartentherapie für die unterschiedlichsten Zielgruppen geeignet. Von entscheidender Bedeutung ist es, dass gartentherapeutische Aktivitäten von ausgebildeten Gartentherapeut_innen durchgeführt werden. Therapiegärten dienen dabei als Medium der Gartentherapie. Jedoch wirken gartentherapeutische Aktivitäten auch außerhalb eines Gartens. Diese Erkenntnisse konnten durch die qualitativen Experteninterviews bestätigt werden. Weiterhin betrachtet ging aus der Literaturbearbeitung hervor, dass die Ursprünge der Gartentherapie in der Antike liegen. Heute ist Gartentherapie eine eigenständige Therapieform, die weltweit angewandt wird. Bezüglich der Verbreitung von Gartentherapie in Deutschland, insbesondere hinsichtlich gartentherapeutischer Aktivitäten mit Menschen mit Behinderung, konnten, aufgrund eines geringen Umfangs an Publikationen, nur

wenige Informationen eruiert werden. Es stellte sich heraus, dass viele Werkstätten für Menschen mit Behinderung über Arbeitsplätze im Bereich der Garten- und Landschaftspflege verfügen, in diesem Zusammenhang jedoch oftmals keine therapeutische Gartenarbeit angeboten wird. Verbreiteter sind gartentherapeutische Aktivitäten in psychiatrischen Einrichtungen, Rehakliniken sowie Einrichtungen der Suchthilfe. An dieser Stelle empfiehlt sich die Erstellung einer Landkarte, auf der sowohl Einrichtungen als auch Selbstständige, die Gartentherapie anbieten, erfasst sind. Zudem sollte es zu einer verstärkten Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen sowie Privatpersonen, die im Bereich der Gartentherapie tätig sind, kommen.

Die Verbundenheit des Menschen mit der Natur spielt seit jeher eine entscheidende Rolle. Im Zuge der vorliegenden Arbeit konnte anhand zahlreicher Ansätze und Studien die positive Wirkung der Natur (z.B. Biophilie-Hypothese von Wilson und Attention Restoration Theory nach Kaplan), von Gärten und Gartenarbeit (Fensterstudie von Ulrich) sowie von Pflanzen (Phytoresonanz-Hypothese von Neuberger) bewiesen werden. Durch den Aufenthalt in der Natur und in Gärten können Körper und Geist des Menschen Erholung finden. Besonders in Zeiten der Digitalisierung, in der sich der Mensch zunehmend von der Natur distanziert, ist die Wiederherstellung der genetisch bedingten Verbundenheit mit der Natur für die menschliche Gesundheit maßgeblich. Gartentherapie kann dazu einen entscheidenden Beitrag leisten. Angesichts dessen, dass Gartentherapie in verschiedensten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit stattfindet, konnte zudem ein Zusammenhang zwischen Sozialer Arbeit und Gartentherapie hergestellt werden.

Besonders hervorzuheben ist die Vielfalt an Zielen und Effekten, welche mit Gartentherapie erreicht werden können. Das Hauptziel gartentherapeutischer Aktivitäten besteht darin die Gesundheit, das Wohlbefinden und somit die Lebensqualität von Menschen zu fördern. Die Effekte können in den physiologischen, kognitiven, sozialen und psychisch-emotionalen Bereich sowie in den Bereich, der sich auf das Selbstbild eines Menschen bezieht, unterteilt werden. Die gartentherapeutischen Tätigkeiten und Ziele hängen von den individuellen Bedürfnissen, den Stärken und Beeinträchtigungen sowie den Wünschen der jeweiligen Person ab. Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, die Förderziele individuell auf die Klient_innen abzustimmen. Unter Berücksichtigung der vier psychologischen Grundbedürfnisse nach Grawe können gartentherapeutische Programme entwickelt werden. Des Weiteren stellte sich heraus, dass im Rahmen

gartentherapeutischer Aktivitäten die Sinneswahrnehmung besonders relevant ist. Diese Ergebnisse konnten anhand der Experteninterviews belegt werden.

In Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen von Werkstätten für Menschen mit Behinderung ist festzuhalten, dass das grundlegende Ziel von Werkstätten darin besteht, Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen und die Leistungsfähigkeit sowie die individuelle Persönlichkeit der Klient_innen zu fördern. Im Fokus der Maßnahmen des Berufsbildungsbereiches stehen vor allem die Förderung der Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz sowie eine den individuellen Bedürfnissen, Ressourcen, Stärken und Beeinträchtigungen, angepasste Förderung und Betreuung. Nachdem sich herausstellte, dass im Berufsbildungsbereich der AWO Hauptwerkstatt Leipzig zurzeit 25 Teilnehmer_innen, überwiegend mit geistigen und psychischen Behinderungen gefördert werden, erfolgte eine Analyse konkreter Förderziele und Bildungsinhalte des Berufsbildungsbereiches der Werkstatt. Diese Ziele wurden in weiterer Folge mit gartentherapeutischen Zielen und Effekten bei Menschen mit Behinderung, insbesondere bei Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen, verglichen. Anhand dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sich die Förderziele von Gartentherapie sowohl im Allgemeinen als auch speziell auf Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen bezogen, mit denen des Berufsbildungsbereiches weitgehend überschneiden. Aufgrund dessen kann mit Hilfe von gartentherapeutischen Tätigkeiten eine Vielzahl an Förderzielen des Berufsbildungsbereiches erreicht werden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass gartentherapeutische Aktivitäten für die Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches optimal geeignet sind. Die Anwendbarkeit von Gartentherapie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung wurde im Rahmen der Experteninterviews bestätigt. Vor dem Hintergrund, dass keine Publikationen zum Einsatz von Gartentherapie im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt gefunden werden konnten, traten Schwierigkeiten bei der Bearbeitung dieser Thematik auf. Damit dies endgültig untersucht werden kann, müssten konkrete Studien, die sich auf die Anwendbarkeit gartentherapeutischer Aktivitäten im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Handicap beziehen, durchgeführt werden.

Des Weiteren konnte sowohl mit Hilfe der Literaturbearbeitung als auch anhand der qualitativen Forschung verdeutlicht werden, dass die Gestaltung eines Therapiegartens von den zukünftigen Nutzer_innen, den Zielsetzungen und somit von der Art der Nutzung abhängt. Bei Menschen mit Behinderung sollte der Garten barrierefrei gestaltet und auf

die Formen der Beeinträchtigungen der Nutzer_innen abgestimmt sein. In Hinblick auf die Gestaltung eines Therapiegartens für die AWO Werkstatt Leipzig, konnten die zu berücksichtigenden Aspekte ebenso anhand der Literaturbearbeitung und der Experteninterviews untersucht werden.

Die Vorteile und Nachteile der Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich für die Klient_innen ergeben sich aus der Literaturbearbeitung und den Experteninterviews. Besonders bezeichnend ist in diesem Zusammenhang die Möglichkeit der individuellen und bedürfnisorientierten Förderung der Teilnehmer_innen sowie die Vielfalt an Zielen, Effekten und gartentherapeutischen Tätigkeiten. Die Vorteile und Nachteile bzw. Herausforderungen für die Werkstatt als Einrichtung gingen insbesondere aus den Experteninterviews hervor. Für die Werkstatt ergeben sich die Vorteile und Chancen insbesondere aus einer Verbesserung des Wohlbefindens, der Leistungsfähigkeit und des Gesundheitszustandes der Klient_innen sowie des Personals der Werkstatt. Ein maßgeblicher Vorteil für die Werkstatt ist zudem, dass Gartentherapie als Marketinginstrument genutzt werden kann. Zusätzliche Kosten sowie ein erhöhter Personalbedarf stellen die wesentlichen Herausforderungen für die Werkstatt dar. Diesen Ausführungen folgend zeigen die Ergebnisse der Untersuchung einerseits Stärken und Chancen andererseits Herausforderungen und Nachteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung auf.

Mittels der Handlungsempfehlung für die AWO Hauptwerkstatt Leipzig wurde deutlich, dass es empfehlenswert ist, Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich der Werkstatt zu integrieren und einen Therapiegarten anzulegen. Dieser kann sowohl von den Teilnehmer_innen des Berufsbildungsbereiches als auch von allen anderen Mitarbeiter_innen der Werkstatt, beispielsweise im Rahmen arbeitsbegleitender Maßnahmen, sowie vom Personal der Einrichtung und Angehörigen der Klient_innen genutzt werden. Bevor Gartentherapie in der Werkstatt Leipzig realisiert wird, kann, wie in der Handlungsempfehlung bereits erwähnt (Kapitel 6, S. 82), eine Befragung, die sich auf das Interesse der Mitarbeiter_innen der Werkstatt Leipzig an gärtnerischen Tätigkeiten bezieht, durchgeführt werden.

Angesichts dessen, dass die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit überwiegend am Beispiel der AWO Hauptwerkstatt Leipzig untersucht wurde, ist die Untersuchung nur in eingeschränktem Maß auf Berufsbildungsbereiche anderer Werkstätten übertragbar.

Insbesondere hinsichtlich der Gestaltung eines Therapiegartens weist jede Einrichtung andere Rahmenbedingungen auf. Das Ergebnis, dass gartentherapeutische Ziele und Förderziele des Berufsbildungsbereiches der AWO Hauptwerkstatt Leipzig größtenteils übereinstimmen, kann, aufgrund der gleichen gesetzlichen Vorgaben für Werkstätten für Menschen mit Behinderung in Deutschland, auch auf Berufsbildungsbereiche anderer Werkstätten übertragen werden.

Anhand dieser Arbeit konnte, sowohl mit dem theoretischen als auch mit dem empirischen Teil, verdeutlicht werden, dass Gartentherapie ein vielfältiges Spektrum an Fördermöglichkeiten für Teilnehmer_innen eines Berufsbildungsbereiches, besonders des Berufsbildungsbereiches der AWO Hauptwerkstatt Leipzig, bietet. Zudem stellen gartentherapeutische Aktivitäten eine sinnvolle Ergänzung zu den derzeit durchgeführten Maßnahmen im Berufsbildungsbereich und zum gesamten Angebotsspektrum der AWO Werkstatt Leipzig dar. Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit belegen die Vielfalt an Möglichkeiten einer Integration von Gartentherapie in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Aufgrund dessen ist es denkbar, dass es zukünftig zu einem verstärkten Einsatz von Gartentherapie in Werkstätten kommt. Die forschungsleitende Fragestellung konnte vollständig beantwortet werden. Die Arbeit kann als Grundlage zur Integration gartentherapeutischer Aktivitäten in den Berufsbildungsbereich von Werkstätten für Menschen mit Behinderung dienen.

8. Abkürzungsverzeichnis

AWO	Arbeiterwohlfahrt
BTHG	Bundesteilhabegesetz
GdB	Grad der Behinderung
GGuT	Gesellschaft für Gartenbau und Therapie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health/ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IGGT	Internationale Gesellschaft Gartentherapie
Interview 1	Experteninterview mit Frau Prof.in Dipl.-Ing.in Birgit Steininger
Interview 2	Experteninterview mit Frau Imke Drewitz
Interview 3	Experteninterview mit Frau Mag.a Dr.in Dorit Haubenhofer (verh. Van Meel)
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
WMVO	Werkstätten-Mitwirkungsverordnung
WVO	Werkstättenverordnung

9. Literaturverzeichnis

Becker, H. (2016). ...inklusive Arbeit! Das Recht auf Teilhabe an der Arbeitswelt auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Berting-Hüneke, C. (2016). Gärtnerische Betätigung bei Bewegungsstörungen. In: Berting-Hüneke, C. et al. (Hrsg.). Gartentherapie. Buchreihe Neue Reihe Ergotherapie Allgemeine Themen Band 5. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 173-200.

Biermann, A./Goetze, H. (2005). Sonderpädagogik. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Biermann, H. (2008). Pädagogik der beruflichen Rehabilitation. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Dempster, M./Hanna, D. (2017). Forschungsmethoden der Psychologie und Sozialwissenschaften für Dummies. Weinheim: Wiley-VCH Verlag.

Doose, S. (2012). Unterstützte Beschäftigung: Berufliche Integration auf lange Sicht. Theorie, Methodik und Nachhaltigkeit der Unterstützung von Menschen mit Lernschwierigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Verbleibs- und Verlaufsstudie. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Ehrhardt, A. (2013). Methoden der Sozialen Arbeit. Schwalbach am Taunus: Wochenschau-Verlag.

Flade, A. (2010). Natur-psychologisch betrachtet. Bern: Verlag Hans Huber.

Fritsch, K. (2008). Flower Power – Kraft der Pflanzen. Heilkräuterwissen und -anbau im Wandel der Zeit. In: Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur e.V. (Hrsg.). Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. München: Verlag Georg D. W. Callwey, S. 12-14.

Gebhard, U. (2009). Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gläser, J./Laudel, G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Goetze, H. (2001). Grundriß der Verhaltensgestörtenpädagogik. Berlin: Wissenschaftsverlag Spiess, zit. nach Biermann, A./Goetze, H. (2005). Sonderpädagogik. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Hansen, R. (2009). Renata Schneiter leitet vom Bund geförderte Forschungsprojekte. «Mit Gartentherapie wird das Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen verbessert». In: Curaviva. Garten (09/7-8), S. 4-7.

Haubehofer, D. et al. (2013). Gartentherapie. Theorie – Wissenschaft – Praxis. Abgerufen am 26. März 2019 von http://www.greencare.at/wp-content/uploads/2015/10/gartentherapie_theorie-wissenschaft-praxis.pdf

Haubehofer, D./Cervinka, R./Schwab, M. (2016). Gesundheitsfördernde Wirkung von Gärten. Abgerufen am 26. März 2019 von <http://www.greencare.at/wp-content/uploads/2016/05/Publikation-Gesundheitsfördernde-Wirkung-Gärten.pdf>

Haubehofer, D./Demattio, L./Geber, S. (2012). Analyse unterschiedlicher Green Care Finanzierungsmodelle in Österreich und dem europäischen Ausland. Ein Bericht für das Ländliche Fortbildungsinstitut und die Landwirtschaftskammer Wien. Abgerufen am 05. April 2019 von http://www.greencare.at/wp-content/uploads/2016/09/abschlussbericht_finanzierungsmodelle_12.042012_absolutdef.pdf

Heudorf, U./Heldmann, S. (2008). Parks und Grünanlagen als Therapieräume. Was ist bewiesen? In: Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur e.V. (Hrsg.). Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. München: Verlag Georg D. W. Callwey, S. 82-86.

Hirsch, S. (2009). Werkstätten für Behinderte Menschen. In: Stein, R./Orthmann Bless, D. (Hrsg.). Integration in Arbeit und Beruf bei Behinderungen und Benachteiligungen. Buchreihe Basiswissen Sonderpädagogik Band 4. Stein, R./Orthmann Bless, D. (Hrsg.). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 31-57.

Hölscher, B. (2015). Was ist ein Therapiegarten? Abgerufen am 02. April 2019 von <http://www.gruenreich.de/2015/07/14/was-ist-therapiegarten/>

Hussy, W. (2013). Psychologie als eine empirische Wissenschaft. In: Hussy, W./Schreier, M./Echterhoff, G. (Hrsg.). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag, S. 1-54.

Job-Hoben, B./Erdmann, K.-H. (2008). Naturschutz und Gesundheit. Strategische Partner in der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. In: Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur e.V. (Hrsg.). Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. München: Verlag Georg D. W. Callwey, S. 47-53.

Kaiser, R. (2014). Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Buchreihe Elemente der Politik. Ehrhart, H.-G. et al. (Hrsg.). Wiesbaden: Springer VS.

Kellner, G. (2016). Gartenarbeit als therapeutisches Medium mit psychisch erkrankten Menschen. In: Berting-Hüneke, C. et al. (Hrsg.). Gartentherapie. Buchreihe Neue Reihe Ergotherapie Allgemeine Themen Band 5. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 145-157.

Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Lahoda, K. (2018). Arbeitsalltag in Werkstätten für behinderte Menschen. Zur Bedeutung von Arbeit, sozialen Interaktionen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Buchreihe der Regensburger Schriften zur Volkskunde/Vergleichende Kulturwissenschaft Band 33. Drascek, D. et al. (Hrsg.). Münster und New York: Waxmann. 1. Aufl.

Löwisch, D.-J. (2002). Johann Heinrich Pestalozzi. Meine Nachforschungen über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Lützenkirchen, A. et al. (2013). Natur, Gärten und Soziale Arbeit. Theorie und Praxis naturgestützter Intervention. Lage: Jacobs Verlag.

Mayer-Tasch, P. C. (2004). Der Garten – Lebensraum des Menschen. In: Callo, C./Hein, A./Plahl, C. (Hrsg.). Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau. Norderstedt: Books on Demand, S. 23-46.

Meixner-Katzmann, K. (2014). Therapieraum Garten. Kinder fördern in und mit der Natur. Abgerufen am 06. Mai 2019 von http://www.agrarumweltpaedagogik.ac.at/cms/upload/pdf/Gartentherapie_Folder_Therapieraum_Garten_fr_Kinder.pdf

Metzler, H. (2011). Behinderung. In: Otto, H.-U./Thiersch, H. (Hrsg.) Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. München: Ernst Reinhardt, S. 101-108.

Mühlum, A./Gödecker-Geenen, N. (2003). Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Buchreihe Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Band 1. Homfeldt, H.-G./Mühlum, A. (Hrsg.). München: Ernst Reinhardt.

Neuberger, K. (2004). Geschichte der Gartentherapie. In: Callo, C./Hein, A./Plahl, C. (Hrsg.). Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau. Norderstedt: Books on Demand, S. 74-99.

Neuberger, K./Putz, M. (2016). Zu den Wurzeln der Gartentherapie im internationalen Kontext – ausgewählte Daten. In: Berting-Hüneke, C. et al. (Hrsg.). Gartentherapie. Buchreihe Neue Reihe Ergotherapie Allgemeine Themen Band 5. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 39-49.

Niepel, A. (2004). Therapeutische Dimensionen von Gärten. In: Callo, C./Hein, A./Plahl, C. (Hrsg.). Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau. Norderstedt: Books on Demand, S. 142-154.

Niepel, A. (2008). Heilende Gärten. Garten und Therapie wachsen zusammen. In: Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur e.V. (Hrsg.). Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. München: Verlag Georg D. W. Callwey, S. 71-76.

Niepel, A. (2016). Das Gärtnern in der Therapie. Grundwissen des Gärtnerns. In: Berting-Hüneke, C. et al. (Hrsg.). Gartentherapie. Buchreihe Neue Reihe Ergotherapie Allgemeine Themen Band 5. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 201-248.

Niepel, A./Emmrich, S. (2005). Garten und Therapie. Wege zur Barrierefreiheit. Stuttgart: Eugen Ulmer.

Plahl, C. (2004). Psychologie des Gartens. Anmerkungen zu einer natürlichen Beziehung. In: Callo, C./Hein, A./Plahl, C. (Hrsg.). Mensch und Garten. Ein Dialog zwischen Sozialer Arbeit und Gartenbau. Norderstedt: Books on Demand, S. 47-73.

Pörtner, M. (2010). Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Buchreihe der Konzepte der Humanwissenschaften. Stuttgart: Klett-Cotta.

Putz, M. (2016). Natur und Garten als ergotherapeutisches Medium. In: Berting-Hüneke, C. et al. (Hrsg.). Gartentherapie. Buchreihe Neue Reihe Ergotherapie Allgemeine Themen Band 5. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 75-91.

Raith, A./Lude, A. (2014). Startkapital Natur. Wie Naturerfahrung die kindliche Entwicklung fördert. München: Oekom.

Schneider, E. (2012). Gartenbau in der Therapie. Produktionsgärtnerische Anbauverfahren in der Gartentherapie. Saarbrücken: AV Akademikerverlag.

Scholz, S./Sieber, A. (2016). Mit Pflanzen wachsen – Arbeit im grünen Bereich mit Menschen mit mentalen Beeinträchtigungen. In: Berting-Hüneke, C. et al. (Hrsg.). Gartentherapie. Buchreihe Neue Reihe Ergotherapie Allgemeine Themen Band 5. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 129-136.

Stadler, M. (2011). Sinne und Wahrnehmungstätigkeit. In: Dederich, M./Jantzen, W./Walthes, R. (Hrsg.). Sinne, Körper und Bewegung. Buchreihe Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik Band 9. Beck, I. et al. (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer, S. 82-92.

Theunissen, G. (2007). Empowerment behinderter Menschen. Inklusion, Bildung, Heilpädagogik, Soziale Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Thielking, S. (2008). Sanitas statt Vanitas. Vom Wohlbefinden in Gärten und Flur. In: Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur e.V. (Hrsg.). Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden. München: Verlag Georg D. W. Callwey, S. 6-11.

van Elsen, T. (2013). Social Farming, Green Care, Farming for Health – Soziale Landwirtschaft in Europa. In: Limbrunner, A./van Elsen, T. (Hrsg.). Boden unter den Füßen. Grüne Sozialarbeit – Soziale Landwirtschaft – Social Farming. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 33-41.

Vogel, B. (2017). Grün für die Seele. Menschen aufblühen lassen. Bern: Hogrefe.

Weinberger, S. (2013). Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Wendt, P.-U. (2015). Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Wöbse, H. H. (2003). Grundlagen ästhetischer Praxis – Zur Theorie kultureller Aufgaben des Naturschutzes. In: Siebner, B. S. (Hrsg.). Der Blick auf Mensch und Umwelt. Ein Lesebuch zum Komplement 'Kultur-Natur'. Buchreihe Schriften zur Kulturwissenschaft Band 50. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, S. 79-89.

Wolf, R./Haubehofer, D. (2015). Lernen und Lehren im Garten. Analyse über Ursprung, Definition, Abgrenzung und Wirkung von Gartenpädagogik. Abgerufen am 26. März 2019 von http://www.greencare.at/wp-content/uploads/2015/07/Analyse-Lernen-und-Lehren-im-Garten_Wolf-Haubehofer.pdf

Zubke, G./Gebauer, M. (2003). Urbane Biophilie – Stadtnatur als Ausdruck menschlicher Affinität zur Natur. In: Siebner, B. S. (Hrsg.). Der Blick auf Mensch und Umwelt. Ein Lesebuch zum Komplement 'Kultur-Natur'. Buchreihe Schriften zur Kulturwissenschaft Band 50. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, S. 37-52.

10. Quellenverzeichnis

Aktion Mensch e.V. Familienratgeber (2018). Psychische Behinderung. Abgerufen am 29. März 2019 von <https://www.familienratgeber.de/beratung-hilfe/weitere-hilfen/psychische-behinderung.php>

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 a). Über uns. Was ist die AWO? Abgerufen am 06. Mai 2019 von <https://awo-sachsen-west.de/index.php/was-ist-die-awo>

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 b). AWO Sachsen-West. Über uns. AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West. Abgerufen am 06. Mai 2019 von <https://awo-sachsen-west.de/index.php/ueber-uns>

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 c). Über uns. Qualitätsmanagement. Abgerufen am 06. Mai 2019 von <https://awo-sachsen-west.de/index.php/ueber-uns/qualitaet>

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 d). Arbeiten in Werkstätten. AWO Werkstätten Sachsen-West. Abgerufen am 06. Mai 2019 von <https://awo-sachsen-west.de/index.php/menschen-mit-behinderung/arbeiten-in-werkstaetten/werkstaetten>

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 e). Arbeiten in Werkstätten. Unsere Produktionsbereiche. Abgerufen am 06. Mai 2019 von <https://awo-sachsen-west.de/index.php/menschen-mit-behinderung/arbeiten-in-werkstaetten/produktionsbereiche>

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 f). Werkstätten. Werkstatt Leipzig. Abgerufen am 06. Mai 2019 <https://awo-sachsen-west.de/index.php/menschen-mit-behinderung/arbeiten-in-werkstaetten/werkstatt-leipzig>

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 g). Qualitätsmanagement Handbuch der AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West.

AWO Senioren- und Sozialzentrum gGmbH Sachsen-West (2019 h). Wohnstätten Bad Lausick. Abgerufen am 20. Mai 2019 von <https://awo-sachsen-west.de/index.php/menschen-mit-behinderung/wohnen-in-wohnheimen/menschen-mit-psychischer-erkrankung/wohnstaetten-bad-lausick/ergotherapie-vormitta>

Broschüre: Deutsche Rentenversicherung Bund. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 2015. Berlin.

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (2019). Menschen in Werkstätten. Abgerufen am 17. April 2019 von <https://www.bagwfbm.de/page/25>

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (2018). Verdienst in Werkstätten. Abgerufen am 20. April 2019 von <https://www.bagwfbm.de/page/101>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Abgerufen am 27. März 2019 von <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>

Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien (2014). Folder Gartentherapie. Garten und Pflanzen als therapeutische Mittel. Universitätslehrgang Akademische/r Experte/in, 4 Semester, berufsbegleitend. Abgerufen am 06. April 2019 von <http://www.agrarumweltpaedagogik.ac.at/cms/upload/pdf/HAUP-Gartentherapie-2014.pdf>

Portal Rehadat-Werkstätten. Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (2019). Werkstätten für behinderte Menschen. Abgerufen am 11. April 2019 von <https://www.rehadat-wfbm.de>

Sozialgesetzbuch (2018). München: DTV.

Statistisches Bundesamt (2017). Öffentliche Sozialleistungen. Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnis des Mikrozensus 2013. Abgerufen am 28. März 2019 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publikationen/Downloads-Behinderte-Menschen/lebenslagen-behinderter-menschen-5122123139004.pdf?__blob=publicationFile&v=4

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF	8
Abbildung 2: Die Ebenen der Gartentherapie.....	14
Abbildung 3: Funktionsmodell des psychischen Geschehens	34
Abbildung 4: Hauptelemente und Ablaufschema der Gartentherapie	43
Abbildung 5: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	74

Anlagen

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Gesetzestexte.....	3
Anlage 2: Interviewleitfaden.....	13
Anlage 3: Kategoriensystem.....	15
Anlage 4: Transkriptionsregeln.....	16
Anlage 5: Transkript Experteninterview 1.....	18
Anlage 6: Transkript Experteninterview 2.....	24
Anlage 7: Transkript Experteninterview 3.....	32

Anlage 1: Gesetzestexte

§ 2 SGB IX – Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 3 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen Menschen mit Behinderungen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

§ 1 SGB IX – Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.

§ 49 SGB IX - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

(2) Frauen mit Behinderungen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben zugesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.

(3) Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
2. eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
4. die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
5. die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
6. die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 5 und
7. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um Menschen mit Behinderungen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.

(4) Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit

erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § 73 sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 74 übernommen.

(5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.

(6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,
4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. das Training motorischer Fähigkeiten,
8. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
9. die Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 193).

(7) Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen

Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe am Arbeitsleben notwendig ist sowie

2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung.

(8) Leistungen nach Absatz 3 Nummer 1 und 7 umfassen auch

1. die Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich für unvermeidbare Verdienstauffälle des Leistungsberechtigten oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, bei einem Träger oder einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen, durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 5,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. die Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind
 - a) zur Berufsausübung,
 - b) zur Teilhabe an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz selbst, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
5. die Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
6. die Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Die Leistung nach Satz 1 Nummer 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren bewilligt und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 5

durch das Integrationsamt nach § 185 Absatz 4 ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 185 Absatz 4 bleibt unberührt.

(9) Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über Voraussetzungen, Gegenstand und Umfang der Leistungen der Kraftfahrzeughilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben regeln.

§ 219 SGB IX – Begriff und Aufgaben der Werkstatt für behinderte Menschen

(1) Die Werkstatt für behinderte Menschen ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben im Sinne des Kapitels 10 des Teils 1 und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie hat denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können,

1. eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten und
2. zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Sie fördert den Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen. Sie verfügt über ein möglichst breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen sowie über qualifiziertes Personal und einen begleitenden Dienst. Zum Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen gehören ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die ausgelagerten Arbeitsplätze werden zum Zwecke des Übergangs und als dauerhaft ausgelagerte Plätze angeboten.

(2) Die Werkstatt steht allen behinderten Menschen im Sinne des Absatzes 1 unabhängig von Art oder Schwere der Behinderung offen, sofern erwartet werden kann, dass sie spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen werden. Dies ist nicht der Fall bei behinderten Menschen, bei denen trotz einer der Behinderung angemessenen Betreuung eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung zu erwarten ist oder das Ausmaß

der erforderlichen Betreuung und Pflege die Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich oder sonstige Umstände ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Arbeitsbereich dauerhaft nicht zulassen.

(3) Behinderte Menschen, die die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt nicht erfüllen, sollen in Einrichtungen oder Gruppen betreut und gefördert werden, die der Werkstatt angegliedert sind. Die Betreuung und Förderung kann auch gemeinsam mit den Werkstattbeschäftigten in der Werkstatt erfolgen. Die Betreuung und Förderung soll auch Angebote zur Orientierung auf Beschäftigung enthalten.

§ 221 SGB IX – Rechtsstellung und Arbeitsentgelt behinderter Menschen

(1) Behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten stehen, wenn sie nicht Arbeitnehmer sind, zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis, soweit sich aus dem zugrunde liegenden Sozialleistungsverhältnis nichts anderes ergibt.

(2) Die Werkstätten zahlen aus ihrem Arbeitsergebnis an die im Arbeitsbereich beschäftigten behinderten Menschen ein Arbeitsentgelt, das sich aus einem Grundbetrag in Höhe des Ausbildungsgeldes, das die Bundesagentur für Arbeit nach den für sie geltenden Vorschriften behinderten Menschen im Berufsbildungsbereich zuletzt leistet, und einem leistungsangemessenen Steigerungsbetrag zusammensetzt. Der Steigerungsbetrag bemisst sich nach der individuellen Arbeitsleistung der behinderten Menschen, insbesondere unter Berücksichtigung von Arbeitsmenge und Arbeitsgüte.

(3) Der Inhalt des arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisses wird unter Berücksichtigung des zwischen den behinderten Menschen und dem Rehabilitationsträger bestehenden Sozialleistungsverhältnisses durch Werkstattverträge zwischen den behinderten Menschen und dem Träger der Werkstatt näher geregelt.

(4) Hinsichtlich der Rechtsstellung der Teilnehmer an Maßnahmen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich gilt § 52 entsprechend.

(5) Ist ein volljähriger behinderter Mensch gemäß Absatz 1 in den Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen im Sinne des § 219 aufgenommen worden und war er zu diesem Zeitpunkt geschäftsunfähig, so gilt der von ihm geschlossene

Werkstattvertrag in Ansehung einer bereits bewirkten Leistung und deren Gegenleistung, soweit diese in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen, als wirksam.

(6) War der volljährige behinderte Mensch bei Abschluss eines Werkstattvertrages geschäftsunfähig, so kann der Träger einer Werkstatt das Werkstattverhältnis nur unter den Voraussetzungen für gelöst erklären, unter denen ein wirksamer Vertrag seitens des Trägers einer Werkstatt gekündigt werden kann.

(7) Die Lösungserklärung durch den Träger einer Werkstatt bedarf der schriftlichen Form und ist zu begründen.

§ 57 SGB IX – Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich

(1) Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten Menschen mit Behinderungen

1. im Eingangsverfahren zur Feststellung, ob die Werkstatt die geeignete Einrichtung für die Teilhabe des Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben ist sowie welche Bereiche der Werkstatt und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die Menschen mit Behinderungen in Betracht kommen, und um einen Eingliederungsplan zu erstellen;
2. im Berufsbildungsbereich, wenn die Leistungen erforderlich sind, um die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen und erwartet werden kann, dass der Mensch mit Behinderungen nach Teilnahme an diesen Leistungen in der Lage ist, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung im Sinne des § 219 zu erbringen.

(2) Die Leistungen im Eingangsverfahren werden für drei Monate erbracht. Die Leistungsdauer kann auf bis zu vier Wochen verkürzt werden, wenn während des Eingangsverfahrens im Einzelfall festgestellt wird, dass eine kürzere Leistungsdauer ausreichend ist.

(3) Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden für zwei Jahre erbracht. Sie werden in der Regel zunächst für ein Jahr bewilligt. Sie werden für ein weiteres Jahr bewilligt, wenn auf Grund einer fachlichen Stellungnahme, die rechtzeitig vor Ablauf des

Förderzeitraums nach Satz 2 abzugeben ist, angenommen wird, dass die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.

(4) Zeiten der individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen einer Unterstützten Beschäftigung nach § 55 werden zur Hälfte auf die Dauer des Berufsbildungsbereichs angerechnet. Allerdings dürfen die Zeiten individueller betrieblicher Qualifizierung und die Zeiten des Berufsbildungsbereichs insgesamt nicht mehr als 36 Monate betragen.

§ 125 SGB III – Bedarf bei Maßnahmen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches

Als Bedarf werden bei Maßnahmen in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches im ersten Jahr 67 Euro monatlich und danach 80 Euro monatlich zugrunde gelegt.

§ 58 SGB IX – Leistungen im Arbeitsbereich

(1) Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten Menschen mit Behinderungen, bei denen wegen Art oder Schwere der Behinderung

1. eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einschließlich einer Beschäftigung in einem Inklusionsbetrieb (§ 215) oder
2. eine Berufsvorbereitung, eine individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung, eine berufliche Anpassung und Weiterbildung oder eine berufliche Ausbildung (§ 49 Absatz 3 Nummer 2 bis 6)

nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommt und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Leistungen im Arbeitsbereich werden im Anschluss an Leistungen im Berufsbildungsbereich (§ 57) oder an entsprechende Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter (§ 60) erbracht; hiervon kann abgewichen werden, wenn der Mensch mit Behinderungen bereits über die für die in Aussicht genommene Beschäftigung erforderliche Leistungsfähigkeit verfügt, die er durch eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erworben hat. Die Leistungen sollen in der Regel längstens bis zum Ablauf des Monats

erbracht werden, in dem das für die Regelaltersrente im Sinne des Sechsten Buches erforderliche Lebensalter erreicht wird.

(2) Die Leistungen im Arbeitsbereich sind gerichtet auf

1. die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung des Menschen mit Behinderungen entsprechenden Beschäftigung,
2. die Teilnahme an arbeitsbegleitenden Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der im Berufsbildungsbereich erworbenen Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit sowie
3. die Förderung des Übergangs geeigneter Menschen mit Behinderungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen.

(3) Die Werkstätten erhalten für die Leistungen nach Absatz 2 vom zuständigen Rehabilitationsträger angemessene Vergütungen, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Die Vergütungen berücksichtigen

1. alle für die Erfüllung der Aufgaben und der fachlichen Anforderungen der Werkstatt notwendigen Kosten sowie
2. die mit der wirtschaftlichen Betätigung der Werkstatt in Zusammenhang stehenden Kosten, soweit diese unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse in der Werkstatt und der dort beschäftigten Menschen mit Behinderungen nach Art und Umfang über die in einem Wirtschaftsunternehmen üblicherweise entstehenden Kosten hinausgehen.

Können die Kosten der Werkstatt nach Satz 2 Nummer 2 im Einzelfall nicht ermittelt werden, kann eine Vergütungspauschale für diese werkstattsspezifischen Kosten der wirtschaftlichen Betätigung der Werkstatt vereinbart werden.

(4) Bei der Ermittlung des Arbeitsergebnisses der Werkstatt nach § 12 Absatz 4 der Werkstättenverordnung werden die Auswirkungen der Vergütungen auf die Höhe des Arbeitsergebnisses dargestellt. Dabei wird getrennt ausgewiesen, ob sich durch die Vergütung Verluste oder Gewinne ergeben. Das Arbeitsergebnis der Werkstatt darf nicht zur Minderung der Vergütungen nach Absatz 3 verwendet werden.

§ 59 SGB IX – Arbeitsförderungsgeld

(1) Die Werkstätten für behinderte Menschen erhalten von dem zuständigen Rehabilitationsträger zur Auszahlung an die im Arbeitsbereich beschäftigten Menschen mit Behinderungen zusätzlich zu den Vergütungen nach § 58 Absatz 3 ein Arbeitsförderungsgeld. Das Arbeitsförderungsgeld beträgt monatlich 52 Euro für jeden im Arbeitsbereich beschäftigten Menschen mit Behinderungen, dessen Arbeitsentgelt zusammen mit dem Arbeitsförderungsgeld den Betrag von 351 Euro nicht übersteigt. Ist das Arbeitsentgelt höher als 299 Euro, beträgt das Arbeitsförderungsgeld monatlich den Differenzbetrag zwischen dem Arbeitsentgelt und 351 Euro.

(2) Das Arbeitsförderungsgeld bleibt bei Sozialleistungen, deren Zahlung von anderen Einkommen abhängig ist, als Einkommen unberücksichtigt.

Anlage 2: Interviewleitfaden

- Zunächst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich im Rahmen meiner Bachelorarbeit für das Interview Zeit nehmen. Ich möchte mich kurz vorstellen, mein Name ist Louisa Maier, ich bin Studentin der Sozialen Arbeit an der Berufsakademie Breitenbrunn und beschäftige mich mit dem Thema „Gartentherapie in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung“.
- Sind Sie damit einverstanden, dass ich unser Telefongespräch aufzeichne und Ihren Namen in der Bachelorarbeit verwende?
- Könnten Sie ein paar Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem beruflichen Werdegang machen?
- Wie sind Sie dazu gekommen, sich mit dem Thema Gartentherapie zu beschäftigen?
- In welchem Zusammenhang stehen Ihrer Meinung nach die Begriffe Garten und Therapie?
- Sind Sie der Meinung, dass Gartentherapie im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderung anwendbar ist?
- Wovon können Menschen mit Behinderung (insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischer Behinderung) im Rahmen gartentherapeutischer Aktivitäten profitieren?
- Welche Effekte können bei Menschen mit Behinderung erzielt werden?
- Gibt es Erkenntnisse, welche gartentherapeutischen Aktivitäten und Pflanzen sich für Menschen mit Behinderung besonders eignen?
- Was sollte bei der Gestaltung eines Therapiegarten für Menschen mit Behinderung (insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischer Behinderung) beachtet werden?
- Sollte ein Therapiegarten eine bestimmte Größe haben oder können beispielsweise bereits mit zwei Hochbeeten sichtbare Effekte erzielt werden?
- Ist es Ihrer Meinung nach empfehlenswert Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung zu integrieren?
- Gibt es Nachteile beim Einsatz von Gartentherapie in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung? Wenn ja, welche?
- Inwiefern kann die Einrichtung (Werkstatt für Menschen mit Behinderung) von gartentherapeutischen Angeboten profitieren?

- Wo sehen Sie die Herausforderungen für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Gartentherapie in die Betreuung und Unterstützung einzubinden? (bestehendes Personal der Werkstatt, Beschaffung gartentherapeutischer Fachkräfte, Kosten)
- Gibt es aus Ihrer Sicht noch wichtige Aspekte zum Thema, die Sie nennen möchten, weil sie Ihrer Meinung nach im Interview noch zu wenig berücksichtigt wurden?
- Ich bedanke mich recht herzlich für das Interview. Auf Wiedersehen.

Anlage 3: Kategoriensystem

Hauptkategorien	Subkategorien
Begriff der Gartentherapie – Zusammenhang zwischen den Begriffen Garten und Therapie	
Vorteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung	Vorteile für Menschen mit Behinderung (insbesondere für Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen)
	Vorteile für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung
Nachteile der Integration von Gartentherapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung	Nachteile für Menschen mit Behinderung (insbesondere für Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen)
	Nachteile bzw. Herausforderungen für eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung
Gestaltung eines Therapiegartens für Menschen mit Behinderung (insbesondere für Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen)	besonders geeignete Pflanzen und garten-therapeutische Aktivitäten für Menschen mit Behinderung
	zu berücksichtigende Aspekte bei der Gestaltung eines Therapiegartens für Menschen mit Behinderung
	Größe eines Therapiegartens

Anlage 4: Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln in Anlehnung an Kuckartz (2014, S. 136 f.)

1. Es wird wörtlich, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend, transkribiert. Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst in Hochdeutsch übersetzt.
2. Es erfolgt eine leichte Sprachglättung, das heißt, die Sprache sowie die Interpunktion wird an das Schriftdeutsche angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“, „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Umgangssprachliche Ausdrucksweisen, fehlerhafte Ausdrücke und ein fehlerhafter Satzbau werden beibehalten.
3. Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Je nach Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Auslassungspunkte gesetzt – (.), (..), (...). Längere Pausen werden mit Hilfe einer Zahl entsprechend der Dauer der Pause in Sekunden in Klammern gesetzt – z.B. (4), (6).
4. Betonte Begriffe oder Wortgruppen werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großbuchstaben dargestellt.
6. Lautäußerungen der Interviewer_innen (z.B. mhm, aha) werden, sofern sie den Redefluss der Interviewpartner_innen nicht unterbrechen, nicht mit transkribiert.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt – z.B. (I: Ja), (B: Genau).
8. Lautäußerungen der Interviewpartner_innen werden in Klammern notiert – z.B. (lacht), (seufzt).
9. Die Interviewer_innen werden durch ein „I:“, die Interviewpartner_innen (befragten Personen) durch ein „B:“ gekennzeichnet.

10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Das heißt, Sprecherwechsel werden durch eine Leerzeile gekennzeichnet, um auf diese Weise die Lesbarkeit zu erhöhen. Hinter jeden Absatz werden Zeitmarken eingefügt – z.B. #00:10:30-5#
11. Hintergrundgeräusche und Störungen werden in Klammern notiert – z.B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Äußerungen und Aktivitäten der Interviewer_innen sowie der Interviewpartner_innen werden in Doppelklammern notiert – z.B. ((lacht)), ((stöhnt)).
13. Unverständliche Wörter und Wortgruppen werden durch ein (unv.) dargestellt.
14. Angaben, durch die Rückschlüsse auf die Interviewpartner_innen gezogen werden können, werden anonymisiert, sofern keine Einwilligung der Interviewpartner_innen vorliegt, Namen usw. nennen zu dürfen.

Anlage 5: Transkript Experteninterview 1

Interview-Nr.:	1
Interviewpartner_in:	Frau Prof.in Dipl.-Ing.in Birgit Steininger
Interviewer_in:	Louisa Maier
Datum/Uhrzeit der Aufnahme:	30.04.2019/9:00 Uhr
Ort der Aufnahme:	Frohburg
Ort Interviewpartner_in:	Wien
Dauer der Aufnahme:	13:40 Minuten
Transkribiert von:	Louisa Maier
Datenerhebung:	leitfadengestütztes Experteninterview, telefonisch
Informierte Einwilligung:	liegt vor
Anonymisierung:	nein (Name darf in der vorliegenden Arbeit verwendet werden)

Die Kontaktaufnahme mit Frau Steininger erfolgte per E-Mail. Im Vorfeld erhielt sie einen Leitfaden mit Fragen, welche innerhalb des Interviews gestellt wurden. Die Dauer des Interviews betrug 13 Minuten und 40 Sekunden. Als Erhebungsmethode für das vorliegende Interview wurde das leitfadengestützte Experteninterview gewählt.

Kennzeichnung des Interviews:

I = Interviewer_in

B = Interviewpartner_in

1 I: Zunächst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich im Rahmen meiner Ba-
2 chelorarbeit Zeit für das Interview nehmen. Sind Sie damit einverstanden, dass ich das
3 Telefongespräch aufzeichne? #00:00:11-8#

4 B: Ja, natürlich. #00:00:13-2#

5 I: Und darf ich dann auch in der Bachelorarbeit Ihren Namen verwenden? #00:00:16-5#

6 B: Ja, das können Sie auch. #00:00:18-4#

7 I: Okay, sehr gut. Ja dann würde ich gern erst einmal beginnen. Können Sie erst einmal
8 paar Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem beruflichen Werdegang machen? #00:00:26-
9 2#

10 B: Mhm (bejahend), gerne. Also ich habe Landwirtschaft mit Schwerpunkt Gartenbau
11 studiert an der Universität für Bodenkultur in Wien. Und habe meine ähm Diplomarbeit
12 eben über Schulgärten für ähm Kinder mit Körperbehinderungen geschrieben. Und bin
13 dann im Zuge meiner Recherchen auf die Gartentherapie gestoßen und das Thema hat
14 mich dann nicht losgelassen. Ich bin dann auch nach Abschluss meines Studiums, wie ich
15 dann schon zu arbeiten begonnen hatte, in die USA gegangen und hab dort eben praktisch
16 die Gartentherapie ähm am Institute for Rehabilitation erlernt. Und war auch in ähm Kan-
17 sas auf der Kansas State University, wo es ein Master Studium gibt, als Visiting Scientist.
18 Und ja, dann bin ich nach Österreich zurück und hab dann hier eine pädagogische Aus-
19 bildung noch gemacht und war dann selbstständig im Bereich der Gartentherapie, hab
20 Einrichtungen beraten bezüglich Therapiegartenplanung und auch Mitarbeiterinnen ge-
21 schult. Und gemeinsam mit einem Arbeitskreis von der ÖGG haben wir dann den Lehr-
22 gang Gartentherapie entwickelt, den Universitätslehrgang, akademischer Experte für
23 Gartentherapie, der seit 2006 läuft. Und in weiterer Folge bin ich dann an die Hochschule
24 für Agrar- und Umweltpädagogik gekommen als Lehrgangsführung und hab hier auch den
25 Master Lehrgang Green Care pädagogische/therapeutische/beraterische Interventionen
26 mit Tieren und Pflanzen ähm entwickelt und der läuft seit 2012. Und zertifizierte Erwach-
27 senbildnerin bin ich auch noch. #00:02:17-0#

28 I: Ja, das ist ja sehr vielseitig. Und da haben Sie eigentlich schon die nächste Frage be-
29 antwortet, wie Sie denn dazu gekommen sind, also sich mit dem Thema Gartentherapie
30 zu beschäftigen, weil Sie es einfach (B: Mhm) nicht losgelassen hat und sie das so span-
31 nend fanden. #00:02:29-7#

32 B: Genau, ich habe vier Jahre lang in einer Rehaklinik (..) praktisch als Gartentherapeutin
33 gearbeitet in Österreich. #00:02:35-1#

34 I: Ja, (..) okay ähm. In welchem Zusammenhang stehen Ihrer Meinung nach die Begriffe
35 Garten und Therapie? #00:02:40-1#

36 B: (...) Naja das ist eine weite Frage (lacht). Im Sinne der Gartentherapie stehen sie, gibt
37 es den Zusammenhang, dass einfach das Gärtnern als therapeutisches Mittel genutzt wird,
38 genutzt werden kann. Also, dass die gärtnerischen Aktivitäten äh zielgerecht äh eingesetzt
39 werden, um einen therapeutischen äh ein therapeutisches Ziel zu erreichen. #00:03:06-4#

40 I: Okay, ähm, da würde ich jetzt mit den Menschen mit Behinderung sozusagen weiter
41 machen. Sind Sie der Meinung, dass Gartentherapie im Bereich der Arbeit mit Menschen
42 mit Behinderung anwendbar ist, grundsätzlich? #00:03:18-9#

43 B: Auf jeden Fall (..). Äh grundsätzlich ja. Es gibt ja sehr viele Beispiele im Bereich der
44 Sozialen Landwirtschaft oder äh Arbeitstrainings, Arbeitstherapieprojekten und Werk-
45 stätten. #00:03:29-8#

46 I: Okay, ähm. Wovon können Ihrer Meinung nach Menschen mit Behinderung, also ins-
47 besondere aber Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung, im Rahmen von
48 den gartentherapeutischen Aktivitäten profitieren? #00:03:43-5#

49 B: (...) Äh es ist so, dass äh das für alle Menschen sozusagen oder der Garten eben ein
50 (..) tolles ähm, ein toller Bereich ist, wo man eben eine Vielfalt an Tätigkeiten hat. Weil
51 man eben also die Behinderungen sind sehr unterschiedlich, jeder Mensch mit Behinde-
52 rung ist anders und hat andere Fähigkeiten. Und äh der Garten ist eben ein Medium, das
53 äh wirklich äh dermaßen viele Tätigkeiten anbietet, dass wirklich sehr gut, also von den
54 Betreuern und Therapeuten eine große Palette an Tätigkeiten da ist, um das eben genau
55 auf die Fähigkeiten und Vorlieben der Personen abzustimmen. #00:04:27-3#

56 I: Ja. Und welche Effekte können dann direkt bei Menschen mit Behinderung erzielt wer-
57 den? Also (..) ja. #00:04:35-3#

58 B: Ja, ganz unterschiedlich, wo halt das Ziel ist. Es kann die Feinmotorik verbessert wer-
59 den, es kann die Ausdauer verbessert werden, es kann die soziale Kompetenz verbessert
60 werden. Äh es kann das Selbstwertgefühl verbessert werden, indem dass sie eine sinn-
61 volle Aufgabe hat und (unv.) etwas produziert, was dann vielleicht von einem Anderen

62 auch geschätzt wird. Ähm und der große Vorteil ist eben auch, dass man sozusagen raus
63 kann, dass man nicht jetzt bei einer Beschäftigung äh in einer Gruppe immer auf einen
64 Raum beschränkt ist oder so, sondern dass es verschiedene Plätze gibt und dass man sich
65 auch entweder zurückziehen kann oder auch äh einen Raum hat, wo man vielleicht laut
66 sein kann, was vielleicht im Inneren störend wäre und ja. #00:05:23-2#

67 I: Ja, okay. Also sehen Sie da vor allem, dass es einfach um das Draußen sein geht und
68 nicht nur eine Arbeit im Raum zu machen, sondern wirklich die Verbundenheit mit der
69 Natur dann zu erleben. #00:05:33-0#

70 B: Genau, also einerseits dieses äh Draußen sein ist eine Möglichkeit und natürlich auch
71 dieses Gärtnern an sich, dass da etwas äh produziert wird, was dann auch zum Beispiel
72 verzehrt werden kann oder so. Oder wo eben schöne Blumen entstehen oder so, dass das
73 dann so wirksam ist. #00:05:52-4#

74 I: Ja, ähm. Gibt es denn therapeutische oder überhaupt Erkenntnisse, welche Aktivitäten
75 im Garten oder auch welche Pflanzen sich besonders für die Arbeit mit Menschen mit
76 Behinderung eignen? #00:06:05-3#

77 B: Das kann man so pauschal überhaupt nicht sagen, weil ja die Menschen mit Behinde-
78 rung sehr unterschiedlich sind. Und äh (..) ja, also (..) natürlich gibt es gärtnerische Tä-
79 tigkeiten, die die Konzentration fördern, gärtnerische Tätigkeiten, die die Feinmotorik
80 fördern oder die Grobmotorik fördern. Also (...) von dem her ja, aber jetzt speziell auf
81 die ähm Behinderungen eingehen, würde ich das nicht äh (..) professionell finden zu sa-
82 gen, diese Pflanze bei dieser Beeinträchtigung. #00:06:42-9#

83 I: Also es muss immer, es kommt immer auf den individuellen Fall an und dann wird die
84 gartentherapeutische Aktivität auf den Menschen dann abgestimmt. #00:06:50-3#

85 B: Genau, darum ist es ja Gartentherapie und nicht einfach so Gärtnern ähm aus Freude
86 (lacht) oder Gärtnern (unv.), sondern die Gartentherapie, da steht eben ein therapeutisches
87 Ziel dahinter und der Therapeut sucht dann entsprechend des Ziels die Tätigkeit aus.
88 #00:07:07-7#

89 I: Ja, ähm (..). Was sollte bei der Gestaltung von einem Therapiegarten für Menschen mit
90 Behinderung beachtet werden, grundsätzlich? #00:07:16-3#

91 B: Also grundsätzlich soll bei Therapiegärten immer beachtet werden, dass der Garten
92 genau auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen abgestimmt ist. Wenn jetzt Menschen sind,
93 die ähm (..) quasi motorisch beeinträchtigt sind, da muss der Garten barrierefrei sein.
94 Wenn Menschen, die äh geistig beeinträchtigt sind äh (..) so muss der Garten zum Bei-
95 spiel sein, dass man sich nicht leicht verirrt. Also äh es gibt auch hier nicht diesen pau-
96 schalen Therapiegarten für behinderte Menschen. Es gibt ja nicht nur den behinderten
97 Menschen, die sind ja auch sehr vielfältig. Wichtig bei der Gestaltung eines Therapiegar-
98 tens ist, dass er auf die Nutzer abgestimmt ist und dass er eine möglichst große Vielzahl
99 von Tätigkeiten ähm anbietet, über das ganze Jahr sozusagen. Es soll Rückzugsorte ge-
100 ben, es soll Gemeinschaftsplätze geben, Pflanzen sollen die Jahreszeiten anzeigen und es
101 soll eben eine Vielfalt von Tätigkeiten vorhanden sein. #00:08:18-4#

102 I: Okay, ähm (...). Sollte ein Therapiegarten Ihrer Meinung nach, eine bestimmte Größe
103 haben (B: Nein) oder können beispielsweise schon mit zwei Hochbeeten sichtbare Effekte
104 erzielt werden? #00:08:30-0#

105 B: Das kann man überhaupt nicht so sagen. Hochbeet ist auch nicht (..) extra erforderlich,
106 wenn es eben für die Zielgruppe nicht passt. Äh ein Therapiegarten äh also es gibt nicht
107 diese drei Elemente, die man hat und dann sagt man, das ist ein Therapiegarten (I: Okay)
108 (...). Sondern es hängt von den Nutzern ab und es hängt einfach auch von der äh (...) ob
109 ich jetzt äh Gemüsebeet, ein Hochbeet hab oder äh 500 Quadratmeter, hängt einfach auch
110 davon ab wie viele Leute sind dort tätig, welche Fähigkeiten haben sie, wie viel Zeit ha-
111 ben die überhaupt zur Verfügung äh den Garten zu bearbeiten. #00:09:18-6#

112 I: Ja, dann würde ich nochmal auf die Menschen mit Behinderung zurückgehen und spe-
113 ziell auf eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Ist es denn Ihrer Meinung nach
114 empfehlenswert, Gartentherapie in eine Werkstatt zu integrieren, so als Angebot neben
115 der täglichen Arbeit? #00:09:33-8#

116 B: Ja, die Werkstatt ist ja das, was die tägliche Arbeit ist. #00:09:38-8#

117 I: Ja und die Gartentherapie, denken Sie, dass es das sinnvoll ergänzen kann? #00:09:43-
118 2#

119 B: Natürlich, ja genau. Wenn dann zusätzlich zum Arbeitstraining sozusagen, also bei der
120 Arbeitstherapie in der Werkstatt mit durchgeführt wird, dann ist das äh sehr hilfreich.

121 Weil dann auch dieser Fokus von der Produktion wegkommt und äh eben gezielt auf die
122 Förderung der Klienten eingegangen werden kann. #00:10:05-4#

123 I: Ja (.). Gibt es denn Ihrer Meinung nach Nachteile ähm, also die Gartentherapie einzu-
124 setzen in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung? #00:10:14-1#

125 B: Hm, naja es kann ein Spannungsfeld entstehen, wenn äh sozusagen die äh das klar
126 kommuniziert wird, was ist Therapie und was ist äh Arbeit sozusagen. Weil, äh warum
127 quasi muss der eine oder wird versucht, dass der eine äh Klient äh (...) die ganze Reihe
128 jätet am Vormittag und äh der andere, bei denen Therapie ist und andere Ziele verfolgt,
129 jetzt nur drei Pflanzen umsetzt. Also das kann eine Schwierigkeit sein, dass da sozusagen
130 kein Spannungsfeld auftritt von wegen, welcher Teil ist Arbeit, welcher Teil ist Therapie
131 und ob jemand bevorzugt oder benachteiligt wird sozusagen. #00:11:00-3#

132 I: Okay (..). Und inwiefern kann dann die Einrichtung, also nicht die Menschen mit Be-
133 hinderung, sondern direkt die Einrichtung, die Werkstatt, von der Gartentherapie profi-
134 tieren? #00:11:09-6#

135 B: Naja durch die Gartentherapie werden natürlich die Menschen äh gestärkt, gefestigt
136 und ähm es können Therapieziele erreicht werden und davon profitiert natürlich auch
137 dann die Werkstatt, wenn (..) besseres soziales Klima herrscht unter den Klientinnen oder
138 äh, wenn eben die Klientinnen auch natürlich körperlich gesünder sind. #00:11:36-4#

139 I: Okay (..). Und sehen Sie noch irgendwelche Herausforderungen, wenn man jetzt wirk-
140 lich ähm Gartentherapie in eine Werkstatt integrieren möchte? Also zum Beispiel bezüg-
141 lich der Kosten oder wenn man neue gartentherapeutische Fachkräfte beschaffen muss.
142 #00:11:53-0#

143 B: Also in Österreich ist die Situation so, dass es sehr viele gut ausgebildete Gartenthera-
144 peuten gibt, weil wir eben jetzt schon acht Mal den Lehrgang, Universitätslehrgang Gar-
145 tentherapie durchgeführt haben. Äh, wie immer, also das Problem ist wie immer, dass
146 diese äh die Anstellungen finanziert werden müssen. #00:12:12-1#

147 I: Okay, also das hängt dann sozusagen von der Finanzierung ab ähm, ob die Gartenthera-
148 peuten zum Beispiel selbstständig sind, oder? #00:12:20-4#

149 B: Ja, sozusagen. Es ist ein zusätzlicher Kostenfaktor für die Werkstätten und das ist im-
150 mer die Frage, ob sie bereit sind den zu tragen oder nicht. #00:12:29-8#

151 I: Ja. Und warum sollten sie Ihrer Meinung nach bereit sein, den Kostenfaktor zu tragen?
152 #00:12:35-4#

153 B: Weil, (...) wegen den Punkten das eben, dass die Klienten ähm in einer besseren Ge-
154 sundheit sind, körperlich und geistig, also psychischen Gesundheitszustand sind und
155 dadurch bestimmte Krisen auch abgefangen werden können oder die Klientinnen auch
156 stabilisiert werden können. Und damit dann sozusagen der Ablauf in der Werkstatt (...)
157 quasi das ist dann gut für die gesamte Werkstatt, wenn man diese zusätzliche Ressource
158 hat. Und eben auch äh therapeutisch, dann mit kleineren Gruppen oder eins zu eins mit
159 den Klientinnen zu arbeiten. #00:13:18-5#

160 I: Okay, ja da habe ich jetzt nur noch eine Frage. Habe ich beim Interview aus Ihrer Sicht
161 noch irgendwelche wichtigen Aspekte vergessen, die Sie noch berücksichtigen würden
162 im Interview? #00:13:29-7#

163 B: Mhm (verneinend), nein. Meiner Meinung nach nicht. #00:13:34-9#

164 I: Okay, dann bedanke ich mich für das Interview. #00:13:38-7#

165 B: Gerne. #00:13:40-9#

Anlage 6: Transkript Experteninterview 2

Interview-Nr.:	2
Interviewpartner_in:	Frau Imke Drewitz
Interviewer_in:	Louisa Maier
Datum/Uhrzeit der Aufnahme:	30.04.2019/15:15 Uhr
Ort der Aufnahme:	Frohburg
Ort Interviewpartner_in:	Bremen
Dauer der Aufnahme:	15:55 Minuten
Transkribiert von:	Louisa Maier
Datenerhebung:	leitfadengestütztes Experteninterview, telefonisch
Informierte Einwilligung:	liegt vor
Anonymisierung:	nein (Name darf in der vorliegenden Arbeit verwendet werden)

Die Kontaktaufnahme mit Frau Drewitz erfolgte per E-Mail. Im Vorfeld erhielt sie einen Leitfaden mit Fragen, welche innerhalb des Interviews gestellt wurden. Die Dauer des Interviews betrug 15 Minuten und 55 Sekunden. Als Erhebungsmethode für das vorliegende Interview wurde das leitfadengestützte Experteninterview gewählt.

Kennzeichnung des Interviews:

I = Interviewer_in

B = Interviewpartner_in

1 I: Erst mal möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich im Rahmen meiner Ba-
2 chelorarbeit Zeit für das Interview nehmen. #00:00:04-3#

3 B: Imke heiße ich, falls ich duzen darf? #00:00:06-3#

4 I: Ja klar, gerne. Bist du damit einverstanden, dass ich das Gespräch aufzeichne?
5 #00:00:10-2#

6 B: Ja, das ist in Ordnung. #00:00:11-8#

7 I: Okay und darf ich dann auch in der Bachelorarbeit deinen Namen verwenden oder soll
8 ich das alles anonymisieren? #00:00:16-7#

9 B: Ja, das kannst du auch machen. #00:00:18-6#

10 I: Dann erstmal zur ersten Frage (...). Könntest du ein paar Angaben zu deiner Person und
11 deinem beruflichen Werdegang machen? #00:00:27-1#

12 B: Äh genau. Ich bin also ursprünglich Heilerziehungspflegerin (...). Bin so in die Arbeit
13 mit behinderten Menschen gekommen und äh hab dann noch studiert, Landschaftspla-
14 nung, also äh das ist die Fachplanung für den Naturschutz. Und ich habe dann äh, also
15 ich arbeite parallel auch in der Umweltbildung und äh bin Naturpädagogin, genau. Und
16 ich bin hier bei uns, also wir sind ja eine Tagesförderstätte, in der Tagesförderstätte bin
17 ich mit einer halben Stelle angestellt und mach halt die Umweltbildung nebenbei privat.
18 #00:01:05-3#

19 I: Ja und dann hast du jetzt sozusagen die Ausbildung zur Gartentherapeutin? #00:01:10-
20 7#

21 B: Genau, da sind wir jetzt drin. Wir sind noch keine fertigen Gartentherapeutinnen,
22 meine Kollegin und ich, wir sind halt jetzt mitten in der Weiterbildung. #00:01:21-2#

23 I: Okay. Und ähm wie bist du dazu gekommen, dich mit dem Thema Gartentherapie zu
24 beschäftigen? #00:01:27-0#

25 B: Wir haben halt hier in der Tagesförderstätte die Gartengruppe. Wir haben also in der
26 Tagesförderstätte unterschiedliche Arbeitsgruppen. Und äh ich bin (...) halt schon länger
27 in der Gartengruppe tätig mit meiner Kollegin und äh wir hatten halt das Gefühl, dass wir
28 uns gerne da noch weiterbilden würden um einfach zu überprüfen, ob man das noch

29 qualitativ hochwertiger auch angehen kann diese Arbeit. Und dann hat meine Kollegin
30 halt mal gesucht nach Angeboten und ist dabei auf die Gartentherapie gestoßen. Und äh
31 wir haben das einmalige Glück eigentlich, dass wir das beide von einem Arbeitgeber ma-
32 chen dürfen, zusammen, und das ist natürlich sehr gut für die Arbeit. #00:02:12-6#

33 I: Okay. Und in welchem Zusammenhang stehen die Begriffe Garten und Therapie für
34 dich? #00:02:18-6#

35 B: Äh, ich finde das ist ein ganz, ganz enger Bezug. Also zum einen ist ja einfach Garten
36 oder Natur überhaupt sehr, sehr wichtig für die Gesundheit. Ähm also da gibt es ja auch
37 ganz viele wissenschaftliche Untersuchungen halt, wie wichtig Natur und Grün für die
38 Gesundheit ist. Und ähm bei mir ganz persönlich ist es so, wenn es mir schlecht geht, da
39 muss ich auch raus in die Natur und deswegen finde ich, dass Garten erstmal per se oder
40 Natur eben auch per se sehr wichtig ist. Und ähm, dass ich in so einer Atmosphäre dann
41 auch therapeutische Einheiten machen kann, finde ich ähm eigentlich sehr naheliegend.
42 #00:02:58-6#

43 I: Ja, okay (...). Da würde ich jetzt erstmal bisschen mehr zu den Menschen mit Behinde-
44 rung kommen ähm. Ist es grundsätzlich deiner Meinung nach so, dass Gartentherapie im
45 Bereich der Arbeit mit Menschen mit Behinderung anwendbar ist? #00:03:10-5#

46 B: Auf jeden Fall. Man muss halt die Therapieziele anwenden. Ähm, aber erstmal die äh
47 therapeutischen Einheiten sind da sehr sinnvoll und dann ist es ja auch einfach diese, was
48 ich vorhin auch schon hatte, mit der äh Natur, die gesundheitlichen Einflüsse alleine, die
49 Kälte, die Sinneseindrücke, so Kälte, Wärme, dadurch das überhaupt zu erleben (...). Äh
50 alleine das schon, selbst, wenn man keine einzelnen Therapieeinheiten machen würde,
51 wäre das schon sehr, sehr wichtig (I: Ja). Weil das ist einfach das, was gerade Menschen
52 mit Behinderung ja ganz oft äh abhandenkommt, dass sie gar nicht die Möglichkeit haben
53 raus zu kommen. #00:03:49-7#

54 I: Okay (...). Und wovon können dann Menschen mit Behinderung, also vor allem, bei mir
55 geht es vor allem um Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen, profitie-
56 ren von der Gartentherapie? #00:04:01-4#

57 B: Ähm (...) ich finde das geht halt in alle Bereiche. Also, das ist die Gesundheitsförde-
58 rung, das ist die Selbstwirksamkeit ähm, also wenn ich Pflanzen sehe, äh ernte und dann
59 auch Essen daraus herstelle, dann ist es ja einfach, dass man sich überhaupt äh empfindet,

60 selbstwirksam. Es kann aber auch die Ruhe sein oder eben das Erleben mit allen Sinnen,
61 das was ich eben schon mal genannt hatte. Ich finde das sind einfach ja so die äh Sachen,
62 wo auch gerade Menschen mit geistigen Behinderungen profitieren können. Und was ich
63 auch noch finde, das ist halt dieser äh starke Zugang zu den Emotionen, also diese emo-
64 tionale Verbundenheit. Gerade mit solchen Menschen arbeitet man ja sehr oft nicht über
65 den kognitiven Ansatz, sondern eher über den affektiven. Und da finde ich einfach ähm
66 ja, also das als eine sehr geeignete Methode. #00:04:58-5#

67 I: Ja, also ist das sehr vielfältig, wovon die Menschen einfach profitieren können und das
68 muss dann individuell abgestimmt werden (B: Ja). Okay. Also meine nächste Frage
69 knüpft eigentlich daran an. Welche Effekte können bei Menschen mit Behinderung erzielt
70 werden? Aber das hast du ja eigentlich schon so beantwortet. #00:05:16-2#

71 B: Ja, das war für mich so ziemlich ähnlich auch, die Fragestellung. #00:05:21-3#

72 I: Okay, dann würde ich jetzt zur nächsten Rubrik kommen und zwar bei den Therapiegär-
73 ten ähm (...). Gibt es Erkenntnisse, welche gartentherapeutischen Aktivitäten und Pflanzen
74 für Menschen mit Behinderung besonders geeignet sind? #00:05:36-4#

75 B: (...) Ähm, also jetzt aus unserem Erfahrungsschatz war die Frage wahrscheinlich ge-
76 meint oder? #00:05:42-9#

77 I: Ja, genau. #00:05:45-5#

78 B: Ähm also was ich ganz sinnvoll immer finde sind essbare Pflanzen. Und da auch ganz,
79 ganz oft eben ähm (..) weiche Pflanzen, also so etwas wie Erbsen zum Beispiel oder
80 Naschbeeren, Himbeeren, Johannisbeeren. Weil eben sehr viele Menschen, mit denen wir
81 zusammenarbeiten, auch gerade Probleme mit dem Gebiss haben oder teilweise gar keine
82 Zähne haben. Also das ist immer ein was, also wenn ich mit dem gustatorischen Bereich
83 arbeiten kann, dann habe ich schon einmal gewonnen. Duftpflanzen finde ich immer sehr
84 wichtig und das auch selbst, wenn nicht bewusst gerochen wird ähm einfach, dass diese
85 Atmosphäre entsteht. Also wir stellen zum Beispiel Kräutersalz her und wenn wir im
86 Winter im Arbeitsraum sind und die Kräuter mahlen müssen, da ist einfach äh gleich so
87 ein schöner Geruch im Raum. Selbst Kollegen, die dann reinkommen ähm und sagen bei
88 euch riecht es ja toll, ich finde das ist ein ganz, ganz wichtiger Einfluss, also Duftpflanzen.
89 Was bei uns (..) nicht so nachweisbar sinnvoll ist, das sind Zierpflanzen. Also so die Op-
90 tik, wo ja gerade viel in Seniorenheimen damit gearbeitet wird, ähm das würde ich so

91 zweitrangig beurteilen. Ähm also es sind eher Pflanzen, die man weiterverarbeiten kann,
92 also die man essen kann, wo man Produkte daraus herstellen kann, die man riechen kann.
93 #00:07:05-7#

94 I: Ja, also ist das sozusagen auch sehr vielfältig und besonders sind Pflanzen geeignet, die
95 die Sinne anregen (B: Genau, richtig). Okay ähm (...). Was sollte deiner Meinung nach
96 bei der Gestaltung von einem Therapiegarten beachtet werden? #00:07:21-7#

97 B: Ähm also das eine ist natürlich, dass es ein nutzbarer Garten ist. Nämlich, dass man
98 zupfen kann, dass man reißen kann, ähm ja, dass eben nicht solche Elemente da sind, wo
99 ich sofort aufschrecke, wenn jemand mir in meine schöne Blumenrabatte reintritt und
100 langstielige Blumen kaputt macht oder so was. Ich finde, die müssen einfach nutzbar sein,
101 die müssen die Sinne anregen, das hatten wir ja eben schon. Ähm Giftpflanzen sollten
102 natürlich möglichst vermieden werden. Ähm ja und dann eigentlich genau die gleichen
103 äh Bedürfnisse, wie jeder Therapiegarten oder das, was man bei jedem Therapiegarten
104 berücksichtigen muss, dass man halt Schattenbereiche auch hat, gerade Menschen mit
105 Epilepsie können nicht die ganze Zeit in der Sonne sitzen. Dass ich Wasserelemente mit
106 einbaue, auf der anderen Seite vielleicht einen Regenschutz habe, weil, es kann ja auch
107 bei angenehmen Temperaturen mal regnen ähm genau. #00:08:19-6#

108 I: Also sozusagen ganz vielfältige Elemente, also einfach mal Ruhezone zu schaffen und
109 so (...). #00:08:24-6#

110 B: Genau. Also im Grunde genommen, also da gibt es ja wirklich Konzepte für Thera-
111 piegärten und die, denke ich, ähm müssen alle bei uns auch äh genauso eingehalten wer-
112 den. #00:08:37-9#

113 I: Ja, okay (...). Und wenn man jetzt einen Garten anlegt, sollte der deiner Meinung nach
114 eine bestimmte Größe haben oder können, also wenn man nur wenig Platz hat in der
115 Einrichtung, können da auch schon mit zwei Hochbeeten therapeutische Ziele erreicht
116 werden? #00:08:55-6#

117 B: Äh finde ich auf jeden Fall. Also ich finde sogar der kleinste Blumentopf der tut schon
118 was (lacht) und wenn ich einen Rollstuhlfahrer habe, der nicht sehen kann, nicht hören
119 kann äh aber riechen kann, dann tut es auch schon ein kleiner Strauß Lavendel (...). Und
120 dann kommt es natürlich darauf an, was will ich denn für Therapieziele erreichen. Wenn
121 ich zum Beispiel die Motorik fördern will, dann brauche ich natürlich einen größeren

122 Garten mit Rasenflächen und auch unwegsamem Gelände, ähm (...) dann brauch ich halt
123 mehr Fläche (.). Aber ansonsten bin ich immer der Meinung, dass auch schon die kleinste
124 Einheit einfach sehr wertvoll ist. #00:09:36-2#

125 I: Ja (.). Also kann man das nicht pauschal sagen, sondern muss einfach schauen, wo die
126 Therapieziele liegen und was dafür gebraucht wird. #00:09:44-3#

127 B: Richtig, genau. #00:09:46-1#

128 I: Ähm (.). Dann komme ich jetzt noch zum nächsten Bereich. Kann man denn Garten-
129 therapie überhaupt in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung integrieren? Also ist
130 es deiner Meinung nach empfehlenswert? #00:09:56-9#

131 B: Auf jeden Fall, finde ich ganz, ganz wichtig. Ich habe da so ein Beispiel (.). Also wie
132 gesagt, wir sind ja keine Werkstatt, wir sind ja eine Tagesförderstätte, ähm aber ich habe
133 teilweise Menschen begleitet, die sollten in eine Werkstatt wechseln und da zum Beispiel
134 äh so in ganz unruhigen Zeiten oder in der Halle ist es dann halt sehr, sehr unruhig und
135 äh die haben sich angewöhnt, nach dem Mittagessen zum Beispiel, so Gymnastik zu ma-
136 chen für 10 Minuten, viertel Stunde und machen das immer draußen im Garten. Und das
137 ist immer gleich eine ganz, ganz andere Atmosphäre ähm, da ist da das Lavendelfeld das
138 riecht, man hat den Wind auf einmal, die Sonne und die Leute, die werden sofort viel,
139 viel ruhiger, als wenn man den ganzen Tag drinnen ist. Äh die Akustik ist ja auch eine
140 komplett andere, deswegen finde ich, dass das auf jeden Fall sehr, sehr wichtig ist, dass
141 man einfach zwischendurch auch mal raus kann und Rückzugräume hat. #00:10:57-0#

142 I: Ja, also dass nicht nur die Arbeit im Fokus steht, sondern einfach mal etwas anderes
143 wieder in den Blick genommen wird. #00:11:03-5#

144 B: Genau, weil, es gibt ja eigentlich in jeder Einrichtung, in jeder Werkstatt Gartengrup-
145 pen, die halt für die Außengelände zuständig sind und das ist ja auch eine tolle Arbeit,
146 aber da können ja nicht alle arbeiten (lacht). Und äh andere, die dann zum Beispiel in der
147 Metallverarbeitung tätig sind, denen kann man nicht das Recht absprechen auch raus zu
148 können und einfach auch die positiven Eigenschaften da zu erfahren. Deswegen finde ich
149 es einfach ganz, ganz wichtig, dass jeder zwischendurch die Gelegenheit hat. #00:11:27-
150 8#

151 I: Okay (...). Gibt es Nachteile, Gartentherapie in eine Werkstatt zu integrieren? Ähm,
152 siehst du da welche? #00:11:35-9#

153 B: Also das einzige, was ich halt schwierig finde, ist immer diese Schädigung der Pflan-
154 zen. Also gerade eben jetzt bei unseren Menschen, da kann ich es halt haben, dass eben
155 Menschen aus Versehen dann auch einmal eine für mich sehr wertvolle Pflanze rauszup-
156 fen oder in ein Beet trampeln oder äh ja sich sogar setzten. Wo gerade frische Pflanzen
157 waren, die mir wertvoll waren, ich finde, da muss man sich jedes Mal wieder entscheiden,
158 bin ich jetzt eigentlich als Gärtnerin unterwegs oder als äh pädagogische Mitarbeiterin
159 oder als Therapeutin (...). Da muss ich halt andere Ziele setzen und da habe ich dann halt
160 wirklich das Wohl des einzelnen Menschen gerade im Vordergrund (...). Und das ist für
161 mich so das einzige ähm (...) ja, wo man einfach dann (...) wo es dann für mich persönlich
162 Nachteile haben kann (lacht), weil ich eigentlich die Pflanzen ja gerade schützen wollte
163 und das geht jetzt aber nicht. Aber ansonsten sehe ich keine. #00:12:30-3#

164 I: Okay (...). Und inwiefern kann dann die Einrichtung, also wir haben ja schon davon
165 geredet, dass die Menschen sehr gut profitieren können, und inwiefern kann die Einrich-
166 tung, also eben eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung, profitieren von der Gar-
167 tentherapie? #00:12:42-7#

168 B: Das ist für mich ähm, dass ich dadurch wirklich laute, unruhige Situationen aufbrechen
169 kann und Beruhigung reinbringen kann in diese ganze Gruppe, ich kann so ein bisschen
170 äh (...) Gruppen entzerren. Also jetzt zum Beispiel heute, wir haben hier auch einen sehr
171 unruhigen Tag heute und jetzt ist gerade die Hälfte draußen im Garten und arbeitet da und
172 macht was ähm und dadurch kann ich einfach Ruhe in das Haus bringen (...). Das finde
173 ich sehr, sehr wichtig. Ganz abgesehen davon, von den einzelnen Zielen für die Men-
174 schen, was natürlich für die Einrichtung dann auch wieder wertvoll ist. #00:13:21-8#

175 I: Okay, gut (...). Wo siehst du die Herausforderungen, wenn man Gartentherapie in eine
176 Werkstatt einbindet? Also auch bezüglich der Kosten oder der Beschaffung von Garten-
177 therapeuten und Gartentherapeutinnen. #00:13:34-9#

178 B: Ähm (...). Da sehe ich eigentlich hauptsächlich die Schwierigkeit oder die Herausfor-
179 derung darin, dass bei uns zumindest sind alle Tätigkeiten, die wir machen, meistens 1:1
180 Betreuung (...). Das heißt ich brauche einen sehr, sehr hohen Personalschlüssel (...). Ähm
181 und das ist eigentlich die größte Herausforderung, die wir haben. Ansonsten auch gerade

182 ähm, dass man jetzt wirklich gartentherapeutisch ausgebildete Fachkräfte für jeden ein-
183 zelnem Teilnehmenden braucht sehe ich nicht so. Weil ich glaube schon, dass ich auch,
184 also wir haben viele junge Praktikanten, die kann ich gut anleiten und dann können die
185 auch sehr gut therapeutische Arbeiten leisten (...). Ähm und von den Kosten, also zum
186 Beispiel für unterfahrbare Hochbeete oder ähnliches, also für das Inventar, denke ich,
187 kann man ganz, ganz viel auch selber machen (...). Also das Problem sehe ich auch nicht
188 so groß. Also es ist eigentlich wirklich, dass eine 1:1 Betreuung gefordert ist und dem-
189 entsprechend muss der Personalschlüssel sein. #00:14:34-3#

190 I: Okay, also du sagst, man muss nicht unbedingt einen Gartentherapeuten von außen mit
191 rein holen in die Werkstatt, sondern es kann auch schon, wenn die pädagogischen Fach-
192 kräfte zum Beispiel Praktikanten anleiten, dann kann da auch schon therapeutisch gear-
193 beitet werden. #00:14:47-6#

194 B: Ähm also ich spreche jetzt gerade für uns und wir sind ja nun einmal beide gerade. Ich
195 bin Naturpädagogin und wir sind beide in der Gartentherapieausbildung und äh da würde
196 ich immer sagen, dass eben nicht nur meine Kollegin und ich gartentherapeutisch arbeiten
197 können, sondern, dass wir auch unsere Praktikanten anleiten können, dass die auch solche
198 Arbeiten übernehmen (...). Wenn jetzt gar kein Gartentherapeut in einer Einrichtung ist,
199 dann äh könnte ich mir das gut vorstellen, dass halt einer von extern rein genommen wird,
200 aber eben dann wirklich auch die vorhandenen pädagogischen Mitarbeiter anleitet und
201 eigentlich immer vielleicht mit dem Ziel auch, dass man sich im Grunde genommen sel-
202 ber später einmal überflüssig macht. #00:15:30-9#

203 I: Ja, dann sind wir eigentlich schon soweit am Ende ähm (...). Gibt es jetzt aus deiner
204 Sicht noch irgendwelche Aspekte, die ich jetzt so noch nicht erfragt habe, aber die noch
205 wichtig wären deiner Meinung nach? #00:15:42-2#

206 B: Nein, also ich fand den Bogen schon sehr ausführlich, nein eigentlich nicht (lacht).
207 #00:15:47-8#

208 I: Ja, super (...). Also dann bedanke ich mich erst einmal. Es war wirklich sehr gut und ich
209 kann es super für meine Arbeit verwenden. #00:15:55-5#

Anlage 7: Transkript Experteninterview 3

Interview-Nr.:	3
Interviewpartner_in:	Frau Mag.a Dr.in Dorit Haubehofer (verh. Van Meel)
Interviewer_in:	Louisa Maier
Datum/Uhrzeit der Aufnahme:	02.05.2019/09:30 Uhr
Ort der Aufnahme:	Frohburg
Ort Interviewpartner_in:	Wien
Dauer der Aufnahme:	32:08 Minuten
Transkribiert von:	Louisa Maier
Datenerhebung:	leitfadengestütztes Experteninterview, telefonisch
Informierte Einwilligung:	liegt vor
Anonymisierung:	nein (Name darf in der vorliegenden Arbeit verwendet werden)

Die Kontaktaufnahme mit Frau Haubehofer erfolgte per E-Mail. Im Vorfeld erhielt sie einen Leitfaden mit Fragen, welche innerhalb des Interviews gestellt wurden. Die Dauer des Interviews betrug 32 Minuten und 8 Sekunden. Als Erhebungsmethode für das vorliegende Interview wurde das leitfadengestützte Experteninterview gewählt.

Kennzeichnung des Interviews:

I = Interviewer_in

B = Interviewpartner_in

1 I: Zunächst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich im Rahmen meiner Ba-
2 chelorarbeit Zeit für das Interview nehmen (...). Und ähm Sie haben ja schon sozusagen
3 in der E-Mail das beantwortet, aber einfach nochmal für das Protokoll. Sind Sie damit
4 einverstanden, dass ich unser Telefongespräch aufzeichne? #00:00:15-5#

5 B: (...) Selbstverständlich, das können Sie gerne machen. #00:00:18-9#

6 I: Okay, sehr gut. Und kann ich dann auch Ihren Namen in der Bachelorarbeit verwenden?
7 #00:00:23-7#

8 B: (...) Auch das können Sie natürlich sehr gerne tun. #00:00:26-9#

9 I: Okay, super (...). Dann würde ich zu unserer ersten Rubrik kommen. Können Sie erst
10 einmal ein paar Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem beruflichen Werdegang machen?
11 #00:00:36-1#

12 B: Kann ich natürlich gerne machen ähm. Mein Name ist Dorit Haubenhofer ähm, wobei
13 das sozusagen mein Mädchename beziehungsweise mein Wissenschafts-Synonym ist.
14 Ich bin zwar inzwischen auf den Namen Van Meel verheiratet, aber Haubenhofer ist ein-
15 fach der Name, unter dem ich äh unter dem mich jeder kennt. Zu meinem beruflichen
16 Werdegang. Ich habe zuerst in Graz, also in Österreich, zuerst in Graz und dann in Wien
17 Biologie studiert. Und habe mich nach Abschluss meines Studiums äh (...) wissenschaft-
18 lich mit der Thematik tiergestützte Interventionen beschäftigt, um dann die nächsten Jahre
19 in den Niederlanden zu arbeiten an der Universität Wageningen, das war von 2006 bis
20 2010. Äh um mich dort äh auf die Soziale Landwirtschaft zu fokussieren mit den Themen
21 Care Farming beziehungsweise ähm Lernort Bauernhof. Und seit 2010 bin ich wieder
22 zurück in Wien, in Österreich. Arbeite an der Hochschule für Agrar- und Umweltpäda-
23 gogik auch wieder zum oder noch immer im Bereich von Green Care. Ähm wobei die
24 Schwerpunkte jetzt eher im Bereich der Gartenpädagogik liegen. Aber ich unterrichte
25 auch generell zum Thema Green Care (..) ich lehre sozusagen zum Thema Green Care,
26 forsche wissenschaftlich zu dem Thema Green Care und da in den letzten Jahren vermehrt
27 zum Thema Gartenpädagogik. Und äh bin auch die Chefredakteurin der Zeitschrift Green
28 Care, die auch an der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik herausgegeben wird.
29 #00:02:22-1#

30 I: Okay, also sind Sie sozusagen über Ihr Biologiestudium und die Soziale Landwirtschaft
31 zum Thema Gartentherapie dann gelangt. #00:02:30-7#

32 B: Genau, Gartentherapie und dann äh also zu einem Zeitpunkt als Gartentherapie, Gar-
33 tenpädagogik noch zumindest in Österreich zusammengefasst war, wobei es im Moment
34 jetzt mehr tatsächlich jetzt Pädagogik im Garten sozusagen ist. #00:02:48-2#

35 I: Ja (...). Also haben Sie sozusagen schon die nächste Frage beantwortet, wie Sie dazu
36 gekommen sind, sich mit dem Thema Gartentherapie zu beschäftigen (...). Genau.
37 #00:02:58-8#

38 B: Mhm (bejahend), genau. #00:02:58-6#

39 I: Dann würde ich zum nächsten Bereich kommen, erst einmal zum Begriff der Garten-
40 therapie. In welchem Zusammenhang stehen Ihrer Meinung nach die Begriffe Garten und
41 Therapie? #00:03:09-1#

42 B: Ja (...). Ähm also ich muss dazu sagen, ich sehe es natürlich hauptsächlich aus einem
43 wissenschaftlichen Bereich heraus, weil ich ja keine ausgebildete Gartentherapeutin bin.
44 Äh im Zusammenhang ähm, also einen Zusammenhang sehe ich natürlicherweise trotz-
45 dem (lacht). Es mag sein, dass es ein anderer ist vielleicht als jemand, der tatsächlich
46 praktisch in der Thematik arbeitet (...). Den Zusammenhang sehe ich darin äh, dass es
47 natürlich sehr gut möglich ist, therapeutische Ansätze mit äh Natur zu kombinieren. Äh
48 und das kann natürlich vielfältige Natur sein, das kann der Wald sein, das kann ein land-
49 wirtschaftlicher Betrieb sein, das kann aber eben natürlicherweise auch ähm ein Garten
50 sein (...). Wichtig in diesem Zusammenhang, denke ich mir zu betonen, ist, dass ähm
51 Gartentherapie nicht unbedingt oder Therapie und Garten sozusagen vom Zusammen-
52 hang her äh nicht unbedingt nur in einem Garten stattfinden muss, äh aus meiner Sicht
53 heraus. Sondern, dass äh es sehr viele, viele Elemente eines Gartens gibt, die therapeu-
54 tisch von Bedeutung sein können (.). Das können die Aktivitäten sein äh, die gesetzt wer-
55 den oder die stattfinden, das können die Personen sein, die in dem Garten sind, das können
56 aber auch die äh die Pflanzen sein beziehungsweise auch Dinge, wie äh (..) Luft und
57 Raum und äh Jahreszeiten et cetera, also ganz viele unterschiedliche Aspekte. Und ähm
58 oftmals, gerade im therapeutischen Setting, ist es hier aber auch so, dass viele Leute ent-
59 weder nicht die Möglichkeit haben einen Garten aufzusuchen oder, dass der Garten als
60 solcher eben nicht zur Verfügung steht. Und äh da kann man, denke ich, gut einzelne
61 Teilbereiche davon herausnehmen, zum Beispiel äh dann auch in einen geschlossenen
62 Raum hineinbringen um Gartentherapie anzubieten, die vielleicht gar nicht dann in einem
63 Garten stattfindet. Also ich denke Gartentherapie ist mehr als tatsächlich das Arbeiten

64 oder äh eine therapeutische Handlung in einem Garten. Äh das, denke ich mir, ist für mich
65 ein ganz persönlich wichtiges, äh ein wichtiger Punkt. #00:05:40-5#

66 I: Ja, okay (...). Dann würde ich gleich mal zum nächsten Thema kommen und zwar, wie
67 man sozusagen Gartentherapie bei Menschen mit Behinderung anwenden kann (...). Also
68 sind Sie der Meinung, dass Gartentherapie im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Be-
69 hinderung anwendbar ist? #00:05:55-9#

70 B: (...) Äh absolut. Äh wobei also bei Behinderungen denke ich mir muss man sich ja
71 immer überlegen, äh ob Sie jetzt näher eine körperliche Behinderung oder eine kognitive
72 Behinderung oder beide äh ansprechen. Aber ich gehe mal jetzt eher von einer geistigen
73 Behinderung bei Ihnen aus. Sehe ich das richtig? #00:06:18-5#

74 I: Genau, also von geistigen und psychischen Behinderungen und Erkrankungen sozusa-
75 gen. #00:06:23-9#

76 B: Okay, mhm (bejahend), also definitiv. Ich finde, dass äh Gartentherapie gerade auch
77 für Menschen mit einer eben kognitiven oder psychischen äh Erkrankung ähm (...) sehr
78 vorteilhaft sein kann und auch gut anwendbar ist. Und ähm je nachdem natürlicherweise
79 also generell sagen wir mal so, dass jegliche Green Care Interventionen und da gehört die
80 Gartentherapie natürlicherweise auch dazu, ähm eine sehr individuelle Angelegenheit ist.
81 Und das ähm auch viele, viele Vorteile natürlicherweise auch bietet. Das heißt, ein Garten
82 ist ja oder ein Gartensetting ist, wie ich es vorhin schon versucht habe ein bisschen an-
83 klingen zu lassen, ist ja unglaublich divers. Da gibt es ganz viele Sachen in einem Garten,
84 ganz viele Orte in einem Garten, viele mögliche Aktivitäten, die man setzen kann. Ähm
85 Dinge, die man erleben, erfahren kann, die man dann insofern natürlich auch therapieren
86 kann. Das heißt, man kann äh mit Hilfe von Gartentherapie, egal ob die jetzt in einem
87 Garten stattfindet oder ob bestimmte Elemente davon rausgenommen werden, um zum
88 Beispiel dann in einem geschlossenen Raum oder so damit zu arbeiten ähm (...). Das lässt
89 sich sehr konkret, sehr gut zuschneiden auf individuelle Bedürfnisse von den Patientinnen
90 und auch Zielsetzungen. Und äh ich finde, das ist eben genau die Stärke daran. Ähm
91 insofern natürlich auch die Komplexität, weil man sich im Vorfeld gut überlegen muss,
92 okay passt das jetzt. Das passt natürlicherweise, so wie jeder therapeutische Ansatz, auch
93 Gartentherapie, nicht für jeden. Auch das, denke ich, muss klar sein, es ist kein Allheil-
94 mittel. Ähm man muss sich im Vorfeld gut überlegen okay, passt das für die jeweilige
95 Person und wenn ja äh, was will ich damit erreichen, was sind meine konkreten

96 Zielsetzungen oder meine individuellen Zielsetzungen und dann sollte man laufend wäh-
97 rend der Therapie schauen okay, werden diese Zielsetzungen erreicht, müssen sie viel-
98 leicht angepasst werden, adaptiert werden, dokumentiert, evaluiert, um dann schlussend-
99 lich auch dieses Ziel zu erreichen. Also ja, ich bin der Meinung, das ist sehr gut machbar.
100 Ähm eben, weil es viele, sehr viele unterschiedliche Möglichkeiten bietet. Und man muss
101 sich aber auch bewusst sein, dass das Ganze eine sehr individuelle Angelegenheit ist und
102 wenn es aber dementsprechend zugeschnitten wird, also individuell angepasst wird an die
103 Bedürfnisse, an die Zielsetzungen der jeweiligen Person und auch dementsprechend do-
104 kumentiert und evaluiert wird, ähm dann kann das, denke ich, eine sehr erfolgreiche, gute
105 Sache sein. #00:09:10-2#

106 I: Okay, also ist das sozusagen immer vom individuellen Fall abhängig, das Ganze.
107 #00:09:15-1#

108 B: Genau, das fängt eben schon damit an, dass man sich ganz zu Beginn einfach mal
109 überlegt, also passt das sozusagen für die jeweilige Person. Wenn jemand, äh ich hab
110 keine Ahnung, furchtbare äh Heuschnupfenallergie hat oder einfach keine Empathie hat
111 für Natur und Pflanzen, das kann ja auch sein, oder wenn die Rahmenbedingungen, aus
112 welchen Gründen heraus, nicht passen oder wenn es sonst irgendetwas gibt, was einfach
113 zum Beispiel äh ja äh aus welchen Gründen auch immer halt nicht passt, dann ist das halt
114 nicht die passende Therapieform oder für den Moment nicht die entsprechende Therapie-
115 form, auch das kann natürlich sein. Aber wenn man grundsätzlich erst einmal der Mei-
116 nung ist, okay das passt, das könnte funktionieren, das ist eine gute Sache, das ist für alle
117 freiwillig sozusagen, alle sind damit einverstanden. Äh dann im nächsten Schritt, muss
118 man sich konkret überlegen okay, wenn die grundsätzlichen Rahmenbedingungen sozu-
119 sagen einmal passen (lacht), dann kann man sich individuell überlegen, okay, was sind
120 die Zielsetzungen der Person, also der Patientinnen oder des Patienten, was sind die Be-
121 dürfnisse, die Wünsche äh der jeweiligen Person. Und wenn das dann dementsprechend
122 gut zugeschnitten und abgestimmt wird äh ja, dann denke ich, kann es auch sehr gut funk-
123 tionieren. #00:10:35-4#

124 I: Ja, also da stimme ich Ihnen auf alle Fälle zu ähm (..). Wovon können dann Menschen
125 mit Behinderung, also wir haben ja schon gesagt, insbesondere Menschen mit geistigen
126 und psychischen Behinderungen, profitieren von der Gartentherapie? (..) Also, welche
127 Effekte können erzielt werden? #00:10:51-8#

128 B: Also, ich denke, ähm wie gesagt, das hängt einfach komplett von den jeweiligen Ziel-
129 setzungen ab, die erreicht werden soll von der jeweiligen Wirkungsweise (..) äh, die die
130 eben äh gewünscht ist. Generell denke ich, kann im Rahmen einer Gartentherapie äh sehr
131 viel gefördert werden. Es muss eben individuell abgestimmt werden auf das, was halt
132 gerade notwendig ist zu fördern bei dieser Person. Das können motorische Fähigkeiten
133 sein ähm, wie Grobmotorik oder natürlicherweise auch die Feinmotorik. Das können ähm
134 halt Dinge sein, wie die Konzentration, Gedächtnis äh, Erinnerung, also alles, was sich
135 sozusagen im Rahmen von äh, wie sagt man da, kognitiven Fähigkeiten äh abspielt. Das
136 kann natürlicherweise äh im Bereich von äh jeglichen Kompetenzen sein, also egal ob
137 das jetzt soziale Fähigkeiten oder soziale Kompetenzen sind, Persönlichkeit also die Ent-
138 wicklung der eigenen Persönlichkeit, also persönliche Kompetenzen sozusagen. Äh das
139 kann ähm natürlich sein der Erwerb von Fachwissen, also fachliche Kompetenzen sein,
140 das können methodische Kompetenzen sein. Also im Prinzip sozusagen das komplette
141 Paket von Kompetenzen können gefördert werden, wenn äh wenn das, je nachdem was
142 gewünscht ist. Gerade im Bereich der äh der psychischen Belastungen, also wenn man in
143 Richtung Depression, Burnout zum Beispiel denkt, Stressreduktion, äh kann da sehr viel
144 erreicht werden und gearbeitet werden. Also das hängt tatsächlich davon ab, was eben
145 das äh die Indikation bei der jeweiligen Person ist und was halt auch dementsprechend
146 gefördert werden soll. #00:12:57-6#

147 I: Ja, also sozusagen auf der ja auf der Ebene von einem selber, von der Sozialkompetenz
148 und aber auch von der Sachkompetenz, also die ganzen Lerneffekte (B: genau, genau).
149 Okay, sehr gut. #00:13:10-4#

150 B: Also im Prinzip ist da der Kreativität eigentlich kein Riegel vorgeschoben (..) ähm ja
151 (lacht). Es hängt eben davon ab, wo halt sozusagen äh die Förderung ansetzen soll oder
152 die Unterstützung ansetzen soll. #00:13:25-3#

153 I: Ja gut. Ähm da würde ich jetzt weiter zu den Therapiegärten kommen. Also, gibt es
154 Erkenntnisse, welche gartentherapeutischen Aktivitäten und auch insbesondere Pflanzen
155 sich für Menschen mit Behinderung besonders eignen? #00:13:38-8#

156 B: Gibt es sicher, ich fürchte nur, dass ich vielleicht da nicht die exakte Fachfrau bin, weil
157 ich eben nicht in der Praxis in dem Bereich arbeite. Äh generell, also was ich generell
158 dazu sagen kann, wobei es sicher sinnvoll ist eben die Frage mit jemanden zu besprechen,
159 der in der Praxis mehr drinnen ist als ich. Äh es gibt Pflanzen ähm die, also auch wieder

160 natürlich je nachdem um was für eine Art von Patienten es sich handelt. Zum Beispiel,
161 das Thema Giftigkeit spielt eine Rolle, sind das giftige Pflanzen oder nicht giftige Pflan-
162 zen. Wenn es sich zum Beispiel um jemanden mit einer geistigen Behinderung handelt
163 oder jemand, dem man zum Beispiel das Thema Giftigkeit äh schwer vermitteln kann
164 oder Vorsichtsmaßnahmen diesbezüglich, dann macht es natürlich Sinn, dass dort keine
165 Pflanzen sind, die irgendwie giftig sind oder wo es nichts macht, wenn die auch verzehrt
166 werden, als Beispiel. Es eignen sich natürlicherweise auch Pflanzen sehr gut äh, die ähm
167 (...). Sagen wir mal so, generell denke ich spielt es hier auch wieder eine Rolle, was die
168 jeweilige Zielsetzung ist. Wenn es zum Beispiel darum geht, mit der Motorik etwas zu
169 verbessern oder motorisch zu arbeiten, dann eignen sich zum Beispiel Pflanzen gut, die
170 haptisch ähm vielfältig sind. Also wo zum Beispiel Oberflächenstrukturen, Formen schon
171 einmal die Möglichkeit geben, da das Haptische, das Taktile zu reizen. Gerade zum Bei-
172 spiel Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung etwa, mit denen man vielleicht
173 nicht so viel tatsächlich jetzt gärtnerisch ähm arbeiten kann, wenn Sie verstehen, was ich
174 meine (I: Ja). Kann man zum Beispiel gut arbeiten indem man sie Blattoberflächen oder
175 Pflanzenstrukturen fühlen lässt. Äh eine raue Oberfläche oder eine behaarte Oberfläche
176 im Vergleich zu einer glatten oder ein gezackter Blattrand im Vergleich zu einem eher
177 glatten oder so. Also wenn es Personen sind mit schweren geistigen Behinderungen, da
178 kann man ja nicht damit rechnen, dass man großartig mit denen im Garten tatsächlich
179 arbeiten kann, aber man kann sie Oberflächen spüren lassen, ähm verschiedene Blattfor-
180 men, verschiedene Blütenformen. Zum Beispiel der Duft kann auch eine wichtige Rolle
181 spielen. Manche Pflanzen riechen ja sehr stark, seien es jetzt Kräuter oder Duftblumen
182 zum Beispiel. Also, da hängt es tatsächlich wieder davon ab, um welche Zielsetzung geht
183 es äh von der jeweiligen Person. Wenn es tatsächlich dann in das Arbeiten hineingeht, in
184 das Gärtnern selber, sind Dinge wie Erde sehr wichtig. Äh gerade, wenn es auch etwas
185 ist, was draußen stattfindet äh Witterung, Wetter, Jahreszeiten ähm also all diese Ein-
186 flüsse natürlicherweise. Wenn es Personen sind mit einer psychischen Erkrankung äh, wo
187 es darum geht äh Ruhe zu finden zum Beispiel, runter zu kommen im Sinne einer Stress-
188 reduktion oder Burnout äh Therapie kann es vielleicht sein, dass es ein ruhiger Garten ist
189 oder sein soll, wo es äh nicht zu viele Reize sozusagen gibt, dass die halt gut runterkom-
190 men kann. Wenn jemand depressiv ist, dann sind vielleicht viele Farben und etwas fröh-
191 lich, lockeres, also ein fröhlich lockerer bunt gestalteter Garten äh vorteilhaft. Also ja, je
192 nachdem, sozusagen auch in dem Fall dann wieder, äh was die jeweilige Zielsetzung und
193 Indikation der Person ist. #00:17:14-2#

194 I: Ja also sagen Sie auch, dass es vor allem ähm die Sinne ansprechen soll, also besonders
195 bei Menschen mit geistigen Behinderungen, und bei Menschen mit psychischen Erkrän-
196 kungen und Behinderungen vor allem, dass äh Ruhe geschaffen wird und ja (..).
197 #00:17:29-1#

198 B: Je nachdem was die psychische Erkrankung ist logischerweise. Also wenn es sich zum
199 Beispiel um einen Burnout-Patienten handelt, der runterkommen muss, der Ruhe finden
200 muss, dann bieten sich natürlich ruhige Aktivitäten oder eher ein ruhig gestalteter Garten
201 sozusagen an. Wenn es eher etwas Aufmunterndes sein soll, dann natürlich eher ein bun-
202 ter, fröhlicher Garten zum Beispiel äh (...), ja genau. Und natürlicherweise wie eben mit
203 steigender geistiger Behinderung, wo sozusagen Arbeiten immer weniger möglich ist.
204 Oder tatsächlich (unv.) Gartenarbeit geht mehr in die sinnliche Anregung, also in die An-
205 regung der Sinne hinein. Wobei die Anregung der Sinne natürlicherweise auch gerade bei
206 psychischen Patienten auch wieder sehr wichtig sein kann. Wenn jemand mit einer
207 schweren Depression äh belastet ist oder einem schweren Burnout, da kann man auch mit
208 dieser Person nicht gleich direkt mit Arbeit anfangen, sondern man muss vielleicht auch
209 zuerst überhaupt die Sinne anregen, um einen Zugang zu dieser Person zu finden. Ähm
210 wie gesagt, das denke ich ist immer auch eine Frage der jeweiligen Indikation. #00:18:47-
211 5#

212 I: Ja, das denke ich auch, genau. Ähm da komme ich jetzt erst einmal mehr zu der Gestal-
213 tung eines Therapiegartens. Was sollte da grundsätzlich beachtet werden? #00:18:56-5#

214 B: Also grundsätzlich beachtet werden, denke ich, sollte, dass der Therapiegarten zuge-
215 schnitten ist auf die jeweilige Zielgruppe (..), logischerweise. Also ein Demenzgarten
216 zum Beispiel, also ich weiß nicht, ein Garten für Personen mit demenziellen Syndromen,
217 sollte (..) also muss andere Anforderungen haben, als ein Garten für Menschen mit äh
218 Depressionen oder für Menschen mit schweren geistigen Behinderungen. Also das muss
219 einfach auch hier wieder angepasst sein an die jeweilige Zielsetzung. Und äh es ist inso-
220 fern natürlicherweise auch wichtig sowie bei allen natürlicherweise, worüber wir bisher
221 gesprochen haben (lacht), äh dass der Therapiegarten gestaltet und umgesetzt wird von
222 jemandem, der sich dementsprechend halt auch gut auskennt. Also es reicht nicht einen
223 Therapiegarten machen zu lassen von jemandem, der sich mit Gartengestaltung alleine
224 gut auskennt, sondern es muss jemand sein, der eben diese Zusatzqualifikation hat ähm
225 um eben zu wissen, was sind die Bedürfnisse äh der jeweiligen Zielgruppe, für die dieser

226 Garten dann auch genutzt werden soll (...). Um halt nicht nur, in Anführungszeichen,
227 einen schönen Garten anzulegen, sondern, dass das auch ein funktioneller Garten ist. Ein
228 Garten, der nicht nur ein Garten sozusagen ist, schön aussieht für Besucher oder für
229 sonst jemand, sondern der gleichzeitig so funktionell gestaltet ist, dass er für die jeweilige
230 Zielgruppe auch optimal eingesetzt werden kann. Das, denke ich, ist das Schwierige da-
231 ran, dieser Spagat ähm auch für diejenigen, die den Garten dann gestalten und anlegen.
232 #00:20:42-0#

233 I: Ja, das stimmt. Und sollte dann der Therapiegarten eine bestimmte Größe haben oder
234 können, beispielsweise bereits mit zwei Hochbeeten, sichtbare Effekte erzielt werden?
235 #00:20:52-9#

236 B: Generell natürlich absolut. Also, wie gesagt, das war mir auch wichtig am Anfang zu
237 betonen. Im Prinzip kann Gartentherapie auch stattfinden, ohne dass es tatsächlich einen
238 Garten gibt. Das hängt auch wieder von den Rahmenbedingungen des jeweiligen Ortes
239 ab. Äh man kann ja Gartentherapie auch machen, ohne dass man sich überhaupt in einem
240 Garten aufhält. Äh das kann sein, dass ein mobiles, also ein mobiler Wagen zum Beispiel,
241 wo halt verschiedene ähm Bestandteile, Pflanzen, wie auch immer, da darauf stehen und
242 man fährt damit in die einzelnen Zimmer zum Beispiel auf einer Krankenstation oder
243 Pflegestation oder einem Krankenhaus, oder einer Rehaklinik oder wo auch immer man
244 halt gerade ist. Äh das können aber auch auf der Terrasse, so wie Sie sagen, zum Beispiel
245 Hochbeete sein oder Töpfe und Balkonkästen, die man hat. Ähm bis hin dann tatsächlich
246 zu einem dementsprechenden Garten, der dann, ja je nachdem was halt sozusagen die
247 Größe (..), die die möglich ist ähm, dann halt hergibt. Also da gibt es keine Richtlinien
248 meiner Meinung nach, dass man sagt, es muss ein Garten in einer bestimmten Größe sein
249 oder, das auf keinen Fall. #00:22:10-2#

250 I: Gut ähm (...). Ist es denn Ihrer Meinung nach grundsätzlich empfehlenswert Gartenthe-
251 rapie in eine Werkstatt für Menschen mit Behinderung zu integrieren? #00:22:18-4#

252 B: Ähm (...), Sie meinen, also ob sozusagen prinzipiell jede Werkstatt für Menschen mit
253 Behinderung ein gartentherapeutisches Angebot haben sollte? #00:22:34-8#

254 I: Ja, also nicht unbedingt jede Werkstatt. Aber ob es grundsätzlich für die Menschen als
255 auch für die Werkstatt gut wäre, wenn Gartentherapie angeboten wird? #00:22:44-2#

256 B: Also ich denke schon. Sagen wir mal so, dass das sinnvoll ist auf jeden Fall es anzu-
257 bieten. Also, ich kann es in dem Fall auch nur nochmal betonen, Gartentherapie ist so wie
258 jeder therapeutische Ansatz sicher nicht etwas, was automatisch für jeden passt. Also
259 Gartentherapie ist kein Allheilmittel. Genauso wenig wie, keine Ahnung, Musiktherapie
260 oder Tanztherapie oder (unv.) was auch immer auch nicht automatisch für jeden passt.
261 Äh insofern kann man natürlich schwer generalisieren und sagen, es sollte Gartentherapie
262 automatisch in jeder Werkstatt für Menschen mit Behinderung geben. Ähm ich denke
263 aber schon, dass äh Gartentherapie für viele Menschen hilfreich sein kann. Insofern denke
264 ich kann es nicht schaden ähm eben für Menschen mit Behinderung, die sich in einer
265 Werkstatt aufhalten, mal nachzufragen oder zu ergründen, ob das jetzt was wäre, was
266 eben sinnvoll wäre. Ähm eben wie gesagt aber mit der Einschränkung äh (..), dass es eben
267 nicht automatisch für jeden äh passt. #00:23:58-1#

268 I: Ja, also sozusagen dann als individuelles Angebot, was angenommen werden kann,
269 aber nicht muss. #00:24:04-8#

270 B: Genau, genau. Also wichtig ist tatsächlich immer die Freiwilligkeit, äh die Freiwillig-
271 keit der Patienten. Äh weil, eine Therapie kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Be-
272 teiligten sozusagen freiwillig äh an der Sache teilnehmen. Und eben auch persönlich mo-
273 tiviert sind daran teilzunehmen und das hängt ja mit Freiwilligkeit zusammen, weil äh ja
274 sonst kann man sich die Therapie gleich sparen. #00:24:34-3#

275 I: Ja okay, dann komme ich zur nächsten Frage. Gibt es Nachteile bei dem Einsatz von
276 Gartentherapie in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung? #00:24:44-4#

277 B: Äh also ich denke auch, das ist wahrscheinlich eine Frage, die bei jemandem, der tat-
278 sächlich in der Praxis diesbezüglich arbeitet, im Detail besser aufgehoben ist. Was ich
279 generell dazu sagen kann ist im Prinzip das, was ich vorhin schon ein bisschen gesagt
280 habe. Äh es ist eine individuelle Angelegenheit, das heißt, man muss im Vorfeld abklären,
281 ob das überhaupt für das Individuum passt äh und eben auch, man muss bedenken, dass
282 es auch gut sein kann, dass es jetzt vielleicht nicht passt für die Person oder vielleicht
283 zum jetzigen Zeitpunkt vielleicht gerade nicht passt, aus welchen Gründen auch immer,
284 vielleicht später einmal, aber jetzt im Moment halt gerade nicht. Und gerade deshalb na-
285 türlich, weil es so eine individuelle Angelegenheit ist, ähm ist es auch mit einem hohen
286 Aufwand verbunden, logischerweise. Also es gibt da keine Checklisten oder (unv.) oder
287 wie immer man es nennen möchte, die da vielleicht von dem einen auf den anderen

288 übertragbar sind, man muss sich mit jedem einzelnen Patienten oder potentiellen Patien-
289 ten auseinandersetzen, beschäftigen, schauen, ob es passen kann oder nicht, und falls ja,
290 was sind die individuellen Zielsetzungen. Und das ist natürlich mit einem recht hohen
291 Aufwand, auch für den Therapeuten, verbunden oder für die Werkstatt oder die äh Klinik
292 oder das Krankenhaus, je nachdem, wer das halt anbietet, braucht einen dementsprechend
293 hohen Personalschlüssel (...). Äh die Personen, Therapeuten, die das anbieten, brauchen
294 entsprechende Zusatzqualifikationen, also einfach sozusagen der Aufwand ist ein relativ
295 hoher. Äh der aber einfach, meiner Meinung nach, gegeben sein muss, um die nötigen
296 Qualitätsstandards zu erfüllen und zu erreichen. Ähm wenn das Ganze nicht qualitativ
297 hochwertig durchgeführt wird, auch da bin ich der Meinung, sollte man es lieber von
298 vornherein lassen. Ähm, das wären, denke ich, ein paar Nachteile diesbezüglich, die ich
299 sehe. Der Aufwand, der damit verbunden ist, die Kosten, die logischerweise auch damit
300 verbunden sind, äh zeitliche Ressourcen ähm ja solche Dinge, denke ich am ehesten. Also
301 weniger inhaltliche Nachteile, sondern mehr Nachteile, die irgendwie die Rahmenbedin-
302 gungen betreffen, die Administration, die Bürokratie, den Aufwand äh ja, so etwas in der
303 Richtung. #00:27:17-1#

304 I: Ja. Und inwiefern kann die Werkstatt, also wenn Sie jetzt den ganzen Aufwand sozu-
305 sagen betreibt, dann von den gartentherapeutischen Angeboten profitieren, also direkt
306 jetzt die Einrichtung? #00:27:29-1#

307 B: Mhm (bejahend). Ich denke, die Einrichtung selber profitiert davon, äh indem es, wenn
308 es eben dementsprechend qualitativ hochwertig und gut durchgesetzt wird, sehr schöne
309 äh gute Erfolge geben kann, bei den Patientinnen. Ähm also das alleine ist ja schon, denke
310 ich mir, sollte eigentlich das Ziel einer jeden Einrichtung sein, egal ob es jetzt eine Werk-
311 statt oder ein Krankenhaus oder was auch immer ist, dass das eben gut ist für den Patien-
312 ten und ihnen dementsprechend hilft. Also man kann sehr schöne, gute Erfolge damit
313 erzielen (...). Äh insofern ist das natürlich dann auch ein gutes Aushängeschild wiederum
314 für die jeweilige Einrichtung. Dass man zeigen kann, wir haben das und es funktioniert
315 gut und äh es ist sozusagen von der PR Seite her ähm auch wieder gut, dass man damit
316 gut, unter Führungszeichen, positive Werbung machen kann ähm (...). Gerade wenn es
317 jetzt im Bereich zum Beispiel in Gartengestaltung oder dahingehende Angebote sind,
318 können ja auch, profitieren ja oftmals nicht nur die Patientinnen selbst davon, sondern
319 tatsächlich auch andere, also Mitarbeiterinnen, die das dann auch nutzen können, die sich
320 vielleicht auch freuen, wenn sie einen schönen Garten zur Verfügung haben äh oder

321 Pflanzen, mit denen sie arbeiten können, einen Garten den sie selber auch nutzen können.
322 Dass es eben nicht die Patientinnen sind, sondern die Mitarbeiter. Das hört man eben auch
323 sehr oft, dass sich sozusagen die Mitarbeiter der Einrichtung selber auch freuen, wenn sie
324 diesen Garten für sich selber zum Entspannen und Ausruhen nutzen können. Oder Ange-
325 hörige zum Beispiel, die zu Besuch kommen, wenn es einen schönen Garten gibt, den
326 man verwenden kann und äh den man aufsuchen kann. Also da gibt es eigentlich, denke
327 ich, auch viele Möglichkeiten, äh wie die Einrichtung selber davon profitieren kann. Ei-
328 gentlich sind das die Wirkungen, die positiven Effekte auf die Patienten, äh die Werbung
329 äh damit dann natürlicherweise auch, dann die Akquirierung neuer Patienten oder Sub-
330 ventionen, die man bekommen kann und äh die dann, dass der Garten selbst nicht nur
331 Patienten zur Verfügung steht, sondern auch Mitarbeitern oder Angehörigen und so wei-
332 ter. #00:29:49-9#

333 I: Okay, also wenn sozusagen die Herausforderungen mit dem Personalschlüssel, die Zu-
334 satzqualifikationen, die Kosten überwunden sind, können ähm die Werkstatt und auch die
335 Klienten sehr gut profitieren und es wirkt sich eigentlich auf alle Bereiche positiv aus.
336 #00:30:04-9#

337 B: Genauso ist das. Und eben nicht nur auf die Patientinnen, sondern es hat eben auch
338 positive Auswirkungen auf die Einrichtung selbst, auf die Mitarbeiter, auf die Angehöri-
339 gen und so weiter, genau mhm (bejahend) #00:30:16-8#

340 I: Okay, sehr gut. Dann habe ich eigentlich nur noch eine Frage. Gibt es denn jetzt aus
341 Ihrer Sicht noch wichtige Aspekte zum Thema, die Sie nennen möchten, weil sie einfach
342 noch nicht beantwortet wurden oder beachtet wurden? #00:30:30-2#

343 B: Äh (lacht) (...). Ich denke, da müsste ich die Frage ein bisschen an Sie zurückschicken,
344 wenn ich darf, weil, Sie wissen ja genauer als ich, wo Sie mit Ihrer Arbeit sozusagen
345 hinwollen. Haben Sie das Gefühl, dass wir noch etwas nicht angesprochen haben, wo Sie
346 jetzt aber das Gefühl haben, nein das wird irgendwie, das würde ich noch gerne wissen
347 oder da habe ich mich zu schwammig ausgedrückt oder das war mir nicht äh detailreich
348 genug, da hätte ich gerne mehr Informationen dazu? Halt, ich muss nur kurz mein Handy
349 an das Ladegerät anschließen (...), so. Ähm ob sozusagen alle Fragen, die für Ihre Arbeit
350 wichtig sind, äh ausführlich genug und klar genug beantwortet worden sind oder ob Sie
351 diesbezüglich noch etwas von mir wissen möchten? #00:31:25-1#

352 I: Also nein, auf alle Fälle. Also Sie haben das wirklich sehr gut beantwortet, vor allem
353 wie das für die Werkstatt, also wie die Werkstatt davon profitieren kann und genau das
354 ist es, was ich für meine Arbeit brauche. Also von meiner Seite sind alle Fragen beant-
355 wortet und auch ausreichend beantwortet (..), genau. #00:31:43-5#

356 B: Okay, in dem Fall bin ich dann auch zufrieden weil, äh es ist ja Ihre Arbeit und nicht
357 meine (lacht). Also, es ging hauptsächlich darum, dass Sie damit zufrieden sind mit den
358 Antworten und genügend Material und Auskunft von mir haben, um mit diesem Inter-
359 view, diesem Gespräch auch tatsächlich etwas anfangen zu können. #00:32:01-0#

360 I: Genau ähm ja. Dann bedanke ich mich recht herzlich für das Interview. #00:32:08-2#

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die Zustimmung des Praxispartners zur Verwendung interner Unterlagen habe ich eingeholt. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder veröffentlicht noch einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Friedburg, 17.06.19

Ort, Datum

L. Maier

Unterschrift