

Im Takt der Gesundheit
Einsatzmöglichkeiten, Chancen und Herausforderungen von
Musiktherapie bei Menschen mit Demenz

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Michelle RENZ

52006035

Begutachterin: MMag.^a Tanja Adamcik

Bischofstetten, Mai 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

19. Mai 2023

Unterschrift

Abstract

Die stetig steigende Zahl demenzieller Erkrankungen zeigt die Notwendigkeit, sich mit nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten zu befassen, welche den Menschen und seine Bedürfnisse in den Fokus stellen. Musiktherapie ist eine psychosoziale Therapie, die individuell auf den Menschen und seine körperlichen, sozialen und vor allem psychischen Grundbedürfnisse eingehen kann. Von den 161 in Österreich eingetragenen Musiktherapeut*innen (Stand 11.02.2023) setzen nur 8,7 % einen Arbeitsschwerpunkt auf Menschen mit Demenz. Es gibt somit kein flächendeckendes freiberufliches oder institutionelles Versorgungssystem. Auch fehlt es an einer finanziellen Unterstützung seitens der Krankenkassen für diese Form der psychosozialen Therapie.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es aufzuzeigen, in welcher Weise Veränderungen bei Menschen mit Demenz mit Hilfe der Musiktherapie herbeigeführt werden können und wie sich diese äußern. Es sollen sowohl die Chancen als auch Herausforderungen der Musiktherapie dieser Zielgruppe betrachtet werden.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden Expert*inneninterviews mit sieben Musiktherapeut*innen zu ihren musiktherapeutischen Methoden und Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz befragt. Die Interviewaufnahmen werden anschließend transkribiert und mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Musik schafft Lebensqualität, Selbstvertrauen und ein Zugehörigkeitsgefühl. Die Therapie konzentriert sich auf die körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnisse der Beteiligten. Allerdings haben die befragten Therapeut*innen keine Behandlung in Form von Schmerzlinderung oder Herstellung eines hormonellen Gleichgewichts bewusst angesteuert. Musiktherapeutische Arbeit wirkt sich nicht nur positiv auf den*die Betroffene*n aus, sondern auch auf die Angehörigen und den*die Therapeut*in selbst sowie die Arbeit von Pflegepersonen und Therapeut*innen weiterer Fachgruppen.

Schlüsselwörter: Demenz, Psychosoziale Intervention, Psychosoziale Therapie Demenz, Nicht-medikamentöse Therapie Demenz, Musiktherapie, Musiktherapie bei Demenz

Abstract

The rising number of people with dementia shows a need for non-pharmacological treatment options focused on the people and their needs. Music therapy is a psychosocial therapy that can address people's individual physical, social and particular psychological needs. From the 161 music therapists registered in Austria (as of 11 February 2023), only 8.7 % focus on people with dementia. There is no national freelance or institutional supply system. With the lack of financial support from health insurance companies, it's difficult for people with dementia to take advantage of this form of psychosocial therapy.

The purpose of this graduation thesis is to show in which way changes for people with dementia can be achieved with the help of music therapy and how they are expressed. The opportunities as well as the challenges of music therapy for this target groups should be considered.

To answer the research questions, expert interviews with seven music therapists are conducted to inquire their therapy methods and their experience with people with dementia. The interview recordings are transcribed and evaluated, using the content analysis of Mayring.

Music improves the quality of life, confidence and the sense of belonging. The therapy focuses on the physical, emotional and social needs of the clients. However, the therapists surveyed did not consciously initiate treatment in the form of pain relief or the control of hormonal balance. Music therapy has a positive impact not only on the clients, but also on the families, the therapists themselves, the work life of the nursing staff and other professional groups of therapists.

Key words: dementia, psychosocial intervention, psychosocial therapy dementia, non-drug intervention dementia, music therapy, music intervention with dementia

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und aktueller Forschungsstand	1
1.2	Forschungsfrage, Zielsetzung und Aufbau	2
1.3	Methode	3
2	Qualitatives Forschungsdesign	4
2.1	Auswahl der Musiktherapeut*innen	4
2.2	Vorstellung der Interviewfragen	6
2.3	Transkription	7
2.4	Analysemethode und Kategorien	7
3	Forschungsergebnisse	10
3.1	Beruflicher Kontext	10
3.2	Methoden der Musiktherapie für Menschen mit Demenz	11
3.3	Biografiearbeit	17
3.4	Auswirkungen und Veränderungen	19
3.5	Chancen und Herausforderungen der Musiktherapie bei Menschen mit Demenz	26
3.6	Wesentliche Unterschiede zu anderen Zielgruppen und Therapieformen	29
3.7	Veränderungspotenziale der Musiktherapie	32
3.8	Wichtigkeit	33
4	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage	34
5	Schlussfolgerung und Ausblick	37
	Literaturverzeichnis	39
	Online-Quellen	40
	Abbildungsverzeichnis	41
	Tabellenverzeichnis	41
	Anhang	42

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und aktueller Forschungsstand

Musik ist wie Lachen und erweckt das „Gleichgewicht der Lebenskräfte im Körper“ (Kant, 1913, S. 226). Schon der deutsche Philosoph Immanuel Kant stellte fest, dass das Erleben von Musik eine gesundheitsfördernde Wirkung auf den Menschen hat. Lieder und Melodien verändern die Gehirnwellen und beeinflussen die Aktivitäten der Gehirnhälften, wodurch die Verbindung zwischen ihnen gestärkt wird. Dies kann Alternsprozesse und die kognitiven und körperlichen Funktionen beeinflussen (Trappe, 2017). Auch wenn ein Teil der Kognition durch eine Demenzerkrankung eingeschränkt und verändert wird, kann mit Hilfe der unterschiedlichen Musikstrukturen eine Aktivierung aller Gehirn- und vieler Körperregionen angeregt werden (Schaade, 2009, S. 20ff.).

Die Anzahl an Menschen, bei welchen eine Demenzerkrankung diagnostiziert wird, nimmt stetig zu. Der prozentuale Anteil der Menschen mit Demenz über 65 Jahren liegt bei 5 bis 10 %. Diese Anzahl steigt exponentiell und liegt bei Personen über 90 Jahren bereits bei 60 % der Gesamtbevölkerung (Poeck & Hacke, 2006, S. 547). Im Verlauf einer Demenzerkrankung werden unter anderem Fähigkeiten wie die Orientierung, Aufmerksamkeit und Konzentration, Reizleitungs- bzw. Reaktionsgeschwindigkeit, Sprache, das abstrakte und logische Denken sowie verschiedene Kulturtechniken und das Gedächtnis beeinträchtigt (Schaade, 2009, S. 20ff.). Abgesehen von den medizinischen Veränderungen werden auch oftmals die Lebensqualität und Wertschätzung eingeschränkt und Wünsche vernachlässigt (Sutter, 2015, S. 16). Die Verlangen eines Menschen mit Demenz unterscheiden sich kaum von denen anderer Menschen. Zu den Grundbedürfnissen zählen vor allem das Gefühl von Sicherheit, ein geregeltes Sozialleben, die Wahrung der Individualität, sowie eine kognitive Herausforderung. Zusätzlich zur Erfüllung dieser ist es essenziell die Menschen zu hören, zu respektieren und deren Autonomie zu wahren (Gatterer, 2015). Viele Symptome und Verhaltensweisen von Menschen mit einer Demenzerkrankung werden jedoch vorzugsweise mit Medikamenten therapiert. Diese können zwar die Symptome stabilisieren, allerdings werden die Bedürfnisse und Begleiterscheinungen meist in den Hintergrund gerückt und vernachlässigt. Psychosoziale Maßnahmen hingegen fokussieren sich auf den Erhalt und die Förderung der Lebensqualität (Sutter, 2015, S. 15f.). Musik kann helfen, mit alters- und krankheitsbedingten Veränderungen, Trauer, Krankheiten sowie psychischen und sozialen Veränderungen besser umzugehen. Die Melodien unterstützen den*die Klient*in dabei, Verbindungen zwischen dem Innen und Außen, der Vergangenheit und dem Jetzt herzustellen sowie zwischen die Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in zu stärken (Tüpker & Keller, 2020, S. 341). Die Ziele von musiktherapeutischen Einheiten sind je nach Klient*in unterschiedlich, daher ist es notwendig, die Methoden

und Strategien individuell auf den*die Klient*in abzustimmen, wobei sich die Frage stellt, welche Hilfsmittel bei Menschen mit einer Demenzerkrankung sinnvoll sind und ob sich die Methoden der Musiktherapie zu denen anderer Zielgruppen unterscheiden.

Obwohl sich im Verlauf einer Demenzerkrankung einige Teile der Kognition verändern, ist es dennoch möglich, mit der Unterstützung von Musik in der Therapie Erinnerungen und Emotionen zu aktivieren sowie auf das vegetative Nervensystem Einfluss zu nehmen (Muthesius et al., 2019, S. 29). Es werden grundsätzlich drei Wirkungsweisen von Musiktherapien definiert. Sie können zur Stimulierung des Körpers, zur Beeinflussung der psychischen Gesundheit sowie zur Aktivierung geistiger Fähigkeiten eingesetzt werden. Darüber hinaus können durch die Musiktherapie auch Veränderungen in der Beziehungsqualität angestrebt werden. Es soll mit Hilfe von Musiktherapieeinheiten das Selbstbild und das Bild auf die eigenen Fähigkeiten gestärkt werden (Trappe, 2009).

Außerhalb eines institutionellen Settings wird Musiktherapie in Österreich von insgesamt 161 Therapeut*innen angeboten. Lediglich 14 davon haben einen Arbeitsschwerpunkt auf „Demenz“ (www.musiktherapie.at, 11.02.2023; www.oebm.org, 11.02.2023). Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen es nur wenige Anlaufstellen für diese Art der Therapie gibt und welche Barrieren einer Inanspruchnahme im Wege stehen. Da in den meisten wissenschaftlichen Literaturen ausschließlich auf die positiven Wirkungsweisen von Musik hingewiesen wird, gilt es zu hinterfragen, ob in der Praxis auch negative Erfahrungen im Rahmen einer Musiktherapie stattfinden.

1.2 Forschungsfrage, Zielsetzung und Aufbau

Wie kann Musiktherapie bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden und welche Chancen und Herausforderungen sind damit verbunden?

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist es aufzuzeigen, in welcher Weise Veränderungen bei Menschen mit Demenz mithilfe von Musiktherapie bewirkt werden können und wie sich diese äußern. Es soll beantwortet werden, welche Chancen und Herausforderungen Musiktherapie dieser Zielgruppe bieten kann und wie sich diese im Vergleich zu anderen Klient*innengruppen unterscheiden. Ebenso soll ermittelt werden, mit welchen Veränderungen das Angebot und die Bedeutung von Musiktherapie für Menschen mit Demenz verbessert werden kann.

Der Problemaufriss wurde im ersten Kapitel erläutert. Im nächsten Kapitel folgt die Darstellung des Forschungsdesigns. Im Kapitel 3 werden die Ergebnisse der Expert*inneninterviews dar-

gestellt. Darauf folgt die Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage. Die Schlussfolgerung und der Ausblick befinden sich im folgenden Kapitel 5. Im Anhang werden anschließend noch der verwendete Interviewleitfaden sowie die Vorlage der Einverständniserklärung für die Interviewpartner*innen beigelegt.

1.3 Methode

Die Problemstellung für die Bachelorarbeit II wurde zum einen auf Basis der Bachelorarbeit I sowie mit den Schlagwörtern „Musiktherapie“, „Musiktherapie bei Demenz“, „Psychosoziale Intervention Demenz“, „Psychosoziale Therapie Demenz“ in den Recherchedatenbanken Springer, PubMed, Elektronische Zeitschriftenbibliothek der FernFH und Google Scholar sowie aus den E-Book-Bibliotheken von Kindle Unlimited, Skoobe und Scribd gebildet.

Als methodisches Vorgehen dient eine qualitative Untersuchung anhand von leitfadengestützten Interviews mit Musiktherapeut*innen, welche laut der österreichischen Musiktherapeut*innenliste die Zielgruppe „Demenz“ behandeln. Auch werden zwei persönlich bekannte Musiktherapeut*innen, welche mit der zu untersuchenden Zielgruppe arbeiten hinzugezogen. Diese Teilnehmer*innengruppe bietet ein weitreichendes Blickfeld für die Möglichkeiten, Chancen und Barrieren einer Musiktherapie aus Sicht der Therapeut*innen. Der Kontakt zu den Interviewpartner*innen wurde über E-Mail-Anfragen und Telefonate hergestellt. Da es in Österreich nur eine geringe Anzahl von Therapeut*innen mit der gewählten Zielgruppe gibt, sind die potenziellen Interviewpartner*innen in ganz Österreich verteilt. Aufgrund der örtlichen Verteilung konnten zwei Treffen persönlich stattfinden. Die restlichen Interviews wurden über Zoom geführt und aufgezeichnet.

Nach der Transkription der Interviews (Fuß & Karbach, 2014) wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) angewendet. Diese Form der Inhaltsanalyse wurde gewählt, da eine systematische Aufarbeitung der transkribierten Interviews notwendig ist, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und die Ergebnisse der Interviews miteinander vergleichen zu können. Der Gesprächsleitfaden für das leitfadengestützte Interview wurde im Anhang beigelegt.

2 Qualitatives Forschungsdesign

Als Forschungsdesign wurde die Durchführung von Expert*inneninterviews gewählt. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, die konkreten Methoden und Veränderungspotenziale der Musiktherapie bei Menschen mit Demenz zu definieren. Daher wurden als Interviewpartner*innen Musiktherapeut*innen gewählt.

Als Hilfestellung zur Umsetzung der Interviews wurde ein Interviewleitfaden erstellt, welcher das Interview strukturiert und eine Orientierung bei der Durchführung gegeben hat. Es handelt sich um teilstrukturierte Interviews, bei welchen den Interviewpartner*innen identisch ausformulierte Fragen gestellt wurden. Durch die Fragestellung konnten die Expert*innen diese frei beantworten und so deren Wissen und seine*ihre Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz erzählen. Die Analyse der transkribierten Interviews (Fuß & Karbach, 2014) erfolgte über eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022).

2.1 Auswahl der Musiktherapeut*innen

Zur Auswahl der Interviewpartner*innen wurden jene Musiktherapeut*innen ausgewählt, welche auf den Webseiten von www.musiktherapie.at sowie die Website www.oebm.org mit dem Schwerpunkt „Demenz“ zum Zeitpunkt der Vorbereitungen (Stand 11.02.2023) gelistet waren. Auf der Homepage des österreichischen Berufsverbandes (www.oebm.org) für Musiktherapeut*innen waren zwölf Therapeut*innen gelistet. Wobei drei Therapeut*innen lt. Eintragung und weiteren Informationen auf deren Homepage aktuell nicht mehr aktiv in der Musiktherapie für Menschen mit Demenz tätig sind.

In der freiwilligen Liste von www.musiktherapie.at waren acht Therapeut*innen gelistet. Die nähere Recherche ergab jedoch, dass zwei dieser Therapeut*innen nicht mehr im gesuchten Bereich tätig waren. Eine Therapeutin war in beiden Listen vertreten. Die fünf Therapeut*innen sind ebenfalls in der Berufsverbandliste eingetragen, allerdings wurde beim österreichischen Berufsverband Schwerpunkt Demenz nicht angegeben. Und die übrigen zwei Therapeut*innen waren nur in der Liste www.musiktherapie.at gelistet.

Für das Interview wurden somit alle 14 österreichischen Musiktherapeut*innen, welche entweder auf der Website www.oebm.org oder www.musiktherapie.at den Schwerpunkt der Therapie mit demenziell erkrankten Menschen angegeben haben und auch noch in diesem Bereich tätig sind, per Mail kontaktiert. Da auf beiden Webseiten nur weibliche Therapeut*innen mit der gesuchten Zielgruppe gelistet sind, nahmen auch nur weibliche Interviewpartner*innen an den Expert*inneninterviews teil. Zusätzlich wurden zwei persönlich bekannte Musiktherapeut*innen zum Interview eingeladen.

Von den insgesamt 16 Anfragen, ist von vier Therapeut*innen keine Rückmeldung gekommen. Drei Therapeut*innen waren früher im Bereich Demenz tätig, behandeln aktuell jedoch andere Zielgruppen. Mit zwei Musiktherapeut*innen wurde kein passender Termin im Interviewzeitraum gefunden. Es wurden somit Expert*inneninterviews mit sieben Musiktherapeut*innen geführt.

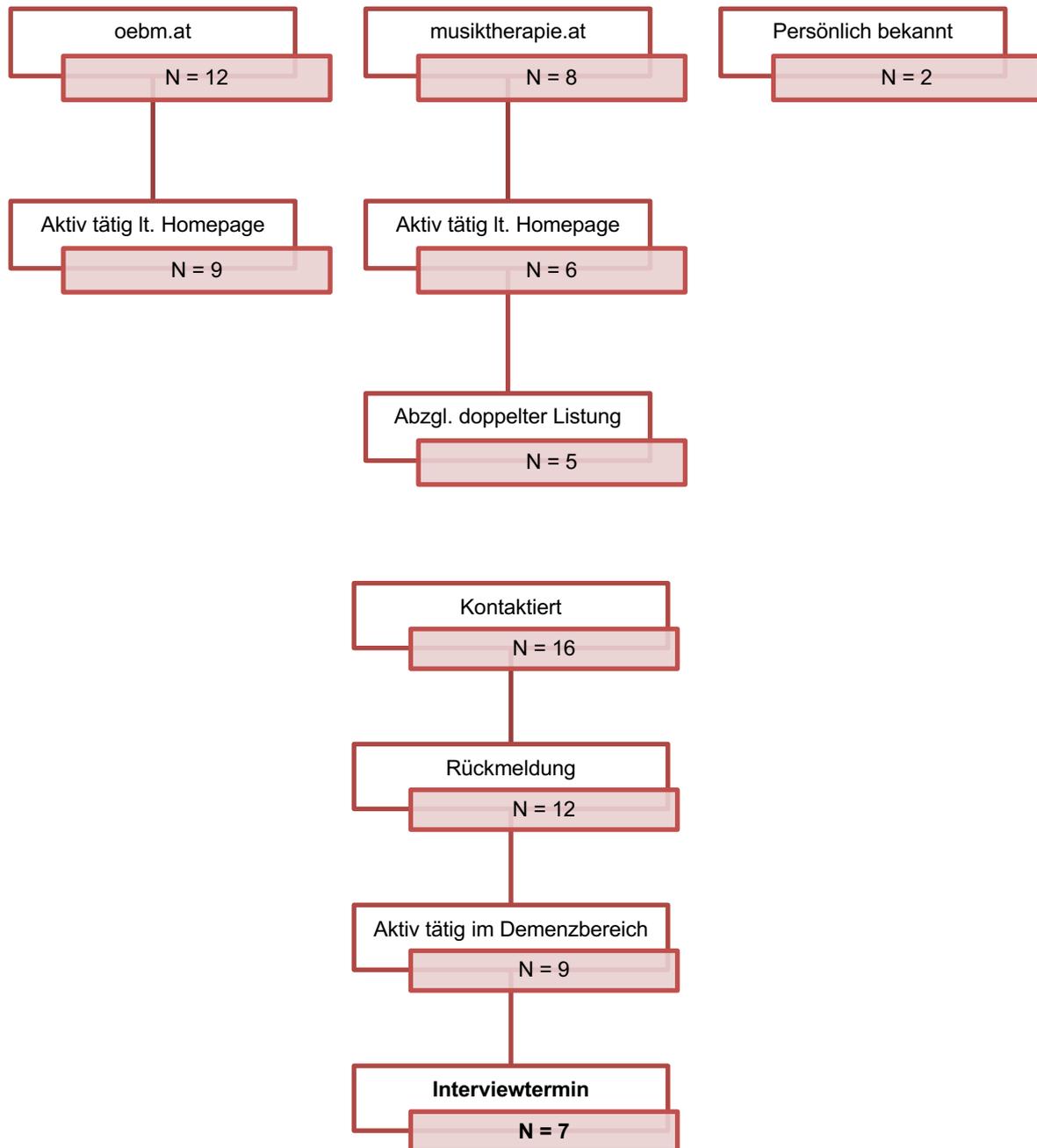


Abbildung 1: Darstellung der Musiktherapeut*innenauswahl

2.2 Vorstellung der Interviewfragen

Der verwendete Interviewleitfaden wurde in sechs Kategorien eingeteilt: Beruflicher Kontext, Therapiemethoden, Veränderungen, Vergleich dieser Therapieform, Ausblick und Rückblick. Die Fragen im Interviewleitfaden wurden offen formuliert und Suggestivfragen wurden vermieden, um den Interviewpartner*innen eine Freiheit in der Beantwortung der Fragen zu ermöglichen.

In der Kategorie des beruflichen Kontextes wird auf die Aus- und Weiterbildungen des*der Therapeut*in eingegangen sowie der Frage, warum dieser Beruf und die Zielgruppe der Menschen mit Demenz gewählt wurden. Hiermit soll unter anderem der Hintergrund und die persönliche Motivation dargestellt werden.

Bei den folgenden Fragen in der Kategorie „Therapiemethoden“ liegt der Schwerpunkt auf den Methoden, Materialien und den Zielen einer aktiven und rezeptiven Therapie. Die bevorzugten Methoden und die Hintergründe dazu sollen dazu aus der Therapeut*innensicht beschrieben werden. Insbesondere wird auch auf die Durchführung von Biografiearbeit sowie die Einflussmöglichkeiten der Klient*innen in den Therapieeinheiten eingegangen.

Die Fragen neun bis zwölf hinterfragen die Veränderungen, welche sowohl bei den Klient*innen als auch bei den Angehörigen und dem*der Therapeut*in selbst hervorgerufen werden können. Das Ziel ist sowohl die positiven als auch die negativen Auswirkungen der Musiktherapie bei allen Beteiligten aufzuzeigen.

Die Kategorie „Vergleich“ beschäftigt sich mit den Chancen der Musiktherapie für Menschen mit Demenz im Rahmen der Therapie sowie mit den speziellen Herausforderungen für den*die Therapeut*in mit dieser Zielgruppe. Zusätzlich soll ein Vergleich zu anderen psychosozialen Therapieformen hergestellt und die wahrgenommenen Angehörigenmeinungen einbezogen werden. Da die Inanspruchnahme von Musiktherapieeinheiten für Menschen mit Demenz durchaus mit Barrieren verbunden ist, werden auch diese hinterfragt.

Im „Ausblick“ wird auf die Maßnahmen und die notwendigen Veränderungen, welche es für eine höhere Anzahl an Anbieter*innen sowie Klient*innen braucht, aus Sicht des*der Musiktherapeut*in, eingegangen.

Die Abschlussfrage richtet sich an die persönlichen Erfahrungen des*der Therapeut*in mit der Musiktherapie bei Menschen mit einer Demenzerkrankung.

Der gesamte Interviewleitfaden ist im Anhang beigefügt.

2.3 Transkription

Die Interviews wurden entweder persönlich, oder mittels Video-Call über die Software Zoom geführt. Die Aufzeichnung erfolgte einerseits über die Aufnahmefunktion des Handys sowie über jene der Zoom-Software.

Zur Transkription der Interviewaufnahmen wurde die Software Sonix (www.sonix.io) verwendet. Es wurden die Interviewtexte nach dem Import automatisch von der Software transkribiert und anschließend manuell nach den Transkriptionsregeln der Ferdinand Porsche FernFH nach Fuß & Karbach (2014) korrigiert, überarbeitet und pseudonymisiert. Das Datenmaterial wurde wörtlich transkribiert, wobei Ausdrücke eines breiten Dialektes sowie Wortverdoppelungen korrigiert wurden. Im Rahmen der Analyse wurde jedem Interview ein pseudonymisierter Code zugeschrieben (z.B. INT1 für Interview 1). Die Textzeilen wurden nummeriert und die Sprecher*innen gekennzeichnet mit „I“ für die Interviewerin und „B“ für die befragte Person.

2.4 Analysemethode und Kategorien

Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) herangezogen. Diese Vorgehensweise ist gezeichnet durch eine strukturierte Teilung der Interviewergebnisse und nachvollziehbaren und intersubjektiv überprüfbaren Ergebnissen und für die gewählte Forschungsfrage passend. Diese Auswertungsmethode bietet die Möglichkeit, zentrale Aussagen zu codieren, zusammenzufassen und in einem Überblick zentrale Ergebnisse zu bündeln. Zur Unterstützung der Auswertung wurde die Software Maxqda (www.maxqda.com) verwendet.

Die Inhaltsanalyse nach Mayring unterstützt dabei, Interviewrohmaterial systematisch und schrittweise zu analysieren und zu interpretieren. Der strukturierte Ablauf bietet den Vorteil, dass die Auswertung übersichtlich, nachvollziehbar und überprüfbar ist.

Das Prinzip der Inhaltsanalyse beruht darauf, das transkribierte Material so weit zu reduzieren, damit nur die wesentlichen Inhalte zurückbleiben, ohne Verlust der Grundaussagen. Durch die Erstellung eines Categoriesystems und die Analyse der Rohdaten in fünf Schritten können jene Informationen hervorgehoben werden, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind (Mayring, 2022).

Im ersten Schritt werden die Interviews durchgesehen und Auffälligkeiten oder Ideen hervorgehoben, damit bereits zu Beginn Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Ideen generiert werden können. Es folgt die Bildung eines Categoriesystems mit Ober- und Unterkategorien, um die Analyse und den Vergleich der Interviews zu vereinfachen. Anschließend werden die Interviewtranskripte den gebildeten Kategorien zugeordnet. Es folgt die Auswertung der codierten Textstellen durch die Paraphrasierung, Generalisierung und Reduzierung der markierten

Aussagen. Im Rahmen der Paraphrasierung werden alle Textstellen gestrichen, welche nicht relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage sind. Anschließend werden ausschmückende Worte weggelassen und die übrig gebliebenen Textstellen generalisiert und verallgemeinert. In der ersten Reduktion werden alle Aussagen mit gleichem Inhalt gestrichen und nur die direkt mit der Forschungsfrage verbundene Textstellen übernommen. Durch die zweite Reduktionsphase werden ähnlich Paraphrasen Kategorieübergreifend verglichen und reduziert. Wichtig ist es zu beachten, dass durch die Reduktion der Textstellen der ursprüngliche Inhalt nicht verändert werden darf. Im letzten Schritt der Auswertung folgt die Interpretation der Ergebnisse. Ziel ist es, die Bedeutung der gebildeten Kategorien und Aussagen zu verstehen und diese in einen größeren Zusammenhang zu setzen (Mayring, 2022).

Die Inhaltsanalyse nach Mayring ist ein systematisches und methodisches Vorgehen, um Interviewdaten zu analysieren und interpretieren. Die Auswertung kann dazu beitragen, komplexe Zusammenhänge zu verstehen und detaillierte Einblicke zu gewinnen.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden die Oberkategorien und Unterkategorien deduktiv erstellt und im Rahmen der Auswertung geringfügig an die erhaltenen Informationen angepasst. Die transkribierten Interviewtexte wurden in die Software Maxqda importiert und anhand der gebildeten Kategorien codiert. Anschließend erfolgte die einzelne Betrachtung der jeweiligen Unterkategorien und die Paraphrasierung und Generalisierung der Schlüsselsätze. Die generalisierten Aussagen aller Interviews wurden anhand der jeweiligen Unterkategorien verglichen, und gleiche oder ähnliche Aussagen gekürzt. Es folgte die Reduktion und Löschung von ähnlichen oder doppelten Aussagen. Nach der Reduzierungsphase wurden die Unter- und Oberkategorien in Excel-Dokument zusammengefasst, damit die Daten auch nach Ablauf der Softwarelizenz betrachtet und in dieser Bachelorarbeit analysiert werden können.

Kategorie	Kategorienbezeichnung
OK 1	Beruflicher Kontext
UK 1.1	Kontext
UK 1.2	Ausbildung
UK 1.3	Gründe
OK 2	Therapiemethoden
UK 2.1	Aktive Methoden
UK 2.2	Passive Methoden
UK 2.3	Ziele
UK 2.4	Lieblingsmethoden der Kund*innen
UK 2.5	Einfluss auf Methoden
UK 2.6	Biographiearbeit
OK 3	Veränderungen
UK 3.1	Negative Veränderungen
UK 3.2	Positive Veränderungen
UK 3.3	Veränderungen bei Angehörigen
UK 3.4	Veränderungen bei Therapeut*innen
OK 4	Vergleich
UK 4.1	Chancen
UK 4.2	Herausforderungen der Therapie
UK 4.3	Vergleich Therapieform
UK 4.4	Angehörigenmeinung
UK 4.5	Barrieren zur Therapie
OK 5	Ausblick
UK 5.1	Mehr Anbieter*innen
UK 5.2	Mehr Kund*innen
UK 5.3	Wichtigkeit
OK 6	Rückblick

Tabelle 1: Gebildete Kategorien; eigene Darstellung

3 Forschungsergebnisse

3.1 Beruflicher Kontext

In Österreich kann eine staatlich geförderte Ausbildung zum*zur Musiktherapeut*in an der Kunstuniversität in Graz, der Fachhochschule in Krems und der Universität für Musik und darstellende Kunst in Wien absolviert werden ([https://aha-bildungsberatung.at/musiktherapeut-werden/#Ausbildungsanbieter in Oesterreich](https://aha-bildungsberatung.at/musiktherapeut-werden/#Ausbildungsanbieter%20in%20Oesterreich) [Abruf am 13.03.2023]). Von den sieben im Rahmen dieser Bachelorarbeit befragten Musiktherapeut*innen, haben vier die Universität in Wien, zwei die Fachhochschule Krems und eine weitere Therapeutin ein Privatstudium absolviert. Für die Arbeit mit der Zielgruppe „Menschen mit Demenz“ sind keine zusätzlichen Qualifikationen erforderlich, allerdings absolvierten einige der befragten Therapeut*innen Zusatzausbildungen im Bereich Schmerz, eigneten sich Qualifikationen im Bereich Erwachsenenpädagogik an und besuchten Trainings im Bereich Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim. Zusätzliche Ausbildungen der Interviewpartner*innen, welche im Umgang bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterstützend wirken, sind die Ausbildung zum*zur Psychotherapeut*in und jene des*der Sozialpädagog*in.

Die beruflichen Erfahrungen der Interviewpartner*innen sind weitreichend. Unter anderem sind einige auf freiberuflicher Basis, aber auch in psychiatrischen Abteilungen, Pflegewohnheimen und Förderzentren tätig. Die aktuellen und bisherigen Arbeitsbereiche und Zielgruppen lagen vor allem im psychiatrischen Kontext, Demenzbereich und der Langzeitpflege, allerdings auch in Hospiz- und Kinderstationen sowie im Behindertenbereich und Strafvollzug.

Der Wunsch den Beruf des*der Musiktherapeut*in auszuüben war bei den Expert*innen sehr ähnlich. Alle hatten eine große Bindung zur Musik und sind mit ihr aufgewachsen. *„Musiktherapeutin bin ich genau aus dem Grund geworden, warum es Musiktherapie gibt. Ich liebe Musik und hab einfach gemerkt, dass wenn ich belastet bin oder auch wenn ich fröhlich bin, dass das einfach das Ausdrucksmittel ist für mich“* (INT2, Z. 32-35). Musik kann als Universalsprache eingesetzt werden, und man kann allen Menschen auch nonverbal begegnen und mit ihnen in Kontakt treten, unabhängig von Handicaps oder Krankheiten.

Die Zielgruppe der Menschen mit Demenz wurde von drei Therapeut*innen bewusst gewählt, während die anderen Expert*innen aufgrund deren Tätigkeiten im Neurorehabilitations-, Geriatrie- und Behindertenbereich mit dieser Zielgruppe in Kontakt gekommen sind. Auch wenn die Zielgruppe bei den meisten Befragten durch Zufall zustande gekommen ist, stellt die Arbeit mit Menschen mit Demenz eine wertvolle Bereicherung für alle dar. *„Je mehr Sprache verloren geht, desto wichtiger ist der nonverbale Bereich“* (INT6, Z. 41-42). Geschätzt wird an der Arbeit mit dieser Zielgruppe vor allem *„diese ehrliche, direkte Arbeit. Ich merke einfach oft, da geht es nicht mehr darum, sich zu verstellen oder etwas sein zu wollen, was man nicht ist, sondern*

es ist eine sehr direkte Arbeit und eben auch sehr ehrlich. [...] Und was mich auch immer so fasziniert und interessiert, sind auch die Geschichten hinter den Personen. Also meistens sind es ja doch dann schon ältere Personen und die haben alle so viel erlebt. Und ihre Geschichten formen Sie, haben sie zu dem gemacht, was sie heute sind“ (INT7, Z. 47-55).

3.2 Methoden der Musiktherapie für Menschen mit Demenz

Um näher auf die in der Praxis angewendeten Therapiemethoden eingehen zu können, wurde im nächsten Schritt unterschieden zwischen den aktiven und rezeptiven (passiven) Methoden.

3.2.1 Aktive Musiktherapie

Begleitetes Singen wird von allen befragten Musiktherapeut*innen als aktive Therapie angeboten. Die Musikauswahl ist breit gefächert und reicht von alten Volksliedern, über Soldaten- und Kriegslieder bis hin zu Operetten. Die Auswahl der Lieder erfolgt individuell für jede Therapieeinheit und variiert je nach Tag und Situation. Es wird nur selten ein genauer Ablaufplan erstellt, da in den meisten Fällen Improvisation und Spontaneität eine zentrale Rolle spielen. Die Therapeut*innen begleiten sich selbst meist mit einer Gitarre, Harfe, Klavier, Trommeln, Xylophon, Klangspielen oder auch Klangschalen. Der Vorteil der Musik ist jedoch, dass man auch ohne Instrumente musizieren kann, da die *„Bodypakasche oder so hobi immer dabei“* (INT2, Z. 275). Somit ist es auch möglich, dass *„wenns hart auf hart kommt, kann [...] auch im Spaziergehen quasi Musiktherapie“* (INT3, Z. 258-259) durchgeführt werden, um die Klient*innen zu beruhigen und in Bewegung zu kommen. Hierbei wird darauf geachtet, dass der Rhythmus dem Takt des Ganges angepasst wird.

Ein großer Bereich der Musiktherapie beinhaltet auch das Reden und das Singen über das persönliche Leben. Dazu werden eigene Liedtexte mit den Klient*innen erfunden. Schlüsselwörter aus bekannten Liedern können auch verwendet werden, um Gespräche zwischen den Klient*innen in der Gruppentherapie anzuregen. *„Da kommen dann ganz super Antworten. Bis zu eine Dame hat einmal gesagt: Ja, i hab an Puma kobt (lachen) und das war der volle Burner in der Gruppe, weil alle sind aufgewacht. Du hast was kabt? Und die hat dann die Geschichte erzählt [...]. Die hat ein Foto mitm Puma im Autorücksitz und sie mit so einem coolen Hut“* (INT2, Z. 92-96).

Bei der Verwendung von Instrumenten zum eigenen Musizieren sind die Erfahrungen geteilter Meinung. Für Personen, welche bereits in ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter Erfahrungen mit Musikinstrumenten hatten, ist diese Therapieform gut geeignet, um auch die Erinnerungen an das Musizieren zu fördern. Dazu werden leicht zu spielende Instrumente, wie Rasseln, Trommeln, Xylophon oder Instrumente aus der persönlichen Vergangenheit verwendet.

Jedoch kann der gleichzeitige Einsatz von Singen und Instrumenten auch zu einer Überforderung führen, da es den Klient*innen schwerer fällt, in einen Rhythmus zu kommen und diesen auch beizubehalten. Einen Kritikpunkt stellt auch die Tatsache dar, dass durch das parallele Musizieren das Erfolgsgefühl der Klient*innen nicht so groß ist, als wenn sie zeigen können, dass sie noch alle Strophen eines Liedes auswendig wissen. Diese Methode wird daher hauptsächlich im Einzelsetting eingesetzt. *„Ich hab's a a bissi probiert mit Musikinstrumenten, also so ganz klassisch. Ja, ist auch gelungen. Für mich persönlich, mein Eindruck war, die Leute können entweder nur singen oder nur spielen, was ja an und für sich kein Problem ist. Aber dadurch, dass sie ja wirklich keine Musiker sind, es ist schwierig an Rhythmus zu bekommen und wenn das eh schon so verwirrend ist. Do wenig Rhythmus finden zu können, halten zu können, das finde ich, Ich will ned sagen kontraproduktiv, aber die Befriedigung ist bei Weitem nicht so hoch wie beim aktiven Singen.“* (INT2, Z. 62-69)

Eine Möglichkeit der aktiven Musiktherapie ist auch das Bewegen zur Musik. Hierbei ist es nicht notwendig aufzustehen und zu tanzen, sondern einfach die Arme, Beine oder auch nur den Rollstuhl im Rhythmus der Melodie zu bewegen.

Weitere Materialien, welche in der aktiven Musiktherapie bei Menschen mit einer Demenzerkrankung unter anderem verwendet werden, sind alte Liederbücher, Kinderbücher, Fingerreime, Massagebälle oder auch Puppen und Stofftiere. Um die Fähigkeiten der Klient*innen weiter zu erhalten und besser zu verknüpfen wird auch viel mit den Sinnen gearbeitet, *„um so die Erlebnisse, die wir halt wahrnehmen von der Umwelt, um das verbinden zu können“* (INT7, Z. 142-143).

Vor allem bei der aktiven Musiktherapie im Gruppensetting ist auch darauf zu achten, dass den Betroffenen ein sicherer Raum geboten wird. Damit sich die Teilnehmer*innen auch fallen lassen können und wissen, dass sie frei singen können, auch wenn die eigene Stimme schambesetzt ist. Ein eigener Therapieraum hat auch den Vorteil, dass die Aufmerksamkeit der Teilnehmer*innen bei der Musik bleibt und nicht auf Geräusche oder vorbeigehende Personen gelenkt wird. Dieser geschützte Raum ist auch bei einer Musiktherapie im privaten Setting von großer Bedeutung. Sind die Angehörigen der Klient*innen bei der Therapie dabei, *„dann sind alle Akteure oder Akteurinnen. Und in dem Moment, wo ich sie natürlich einbinde und sie mitdrin sind, ist es ja auch irgendwie was Gemeinsames, und damit hat es auch Einfluss auf sie“* (INT5, Z. 283-286).

3.2.2 Rezeptive Musiktherapie

Die Theorie dieser Bachelorarbeit bezieht sich zum großen Teil auf die Ausarbeitungen der Bachelorarbeit I. In dieser wurde unterschieden zwischen aktiver und passiver Musiktherapie. Durch die Expert*inneninterviews hat sich die Bedeutung der passiven Musiktherapie allerdings geändert. *„Es gibt keine passive Musiktherapie, weil rezeptive Musiktherapie ganz aktiv*

ist. Weil die Verarbeitung des Eindrucks, etwas ganz Aktives ist“ (INT6, Z. 155-157). Daher wird in der Bachelorarbeit II nicht mehr von „passiver Musiktherapie“, sondern von „rezeptiver Musiktherapie“ gesprochen.

Bei rezeptiven Therapiemethoden wird der Fokus auf die musikalische Berührung der an Demenz erkrankten Person durch den*die Musiktherapeut*in gelegt. Die Musik wird hier entweder von dem*der Therapeut*in selbst erzeugt oder über einen Tonträger abgespielt und dem*der Klient*in vorgespielt. Bei allen Musikstücken werden Lieder aus der jeweiligen Biografie gewählt. Beliebt hierfür sind vor allem klassische Lieder, Volksmusik oder auch Schlagerlieder und Lieder aus der Kindheit des*der Klient*in.

Von den befragten Expert*innen wird das persönliche Fürspiel bevorzugt, da *„ich das Gefühl habe, man ist einfach anders im Kontakt, wenn ich direkt singen, als wenn wir uns da gemeinsam was anhören. [...] Es schafft auch eine gemeinsame Basis, aber ich kann auch anders dann eingehen, ich kann zwischendurch aufhören, ich kann Zeilen wiederholen, das ist halt beim Anhören alles ein bisschen schwieriger“* (INT3, Z. 78-82). Lieder und Songtexte können an den Gemütszustand und auch an die zum Vorschein tretenden Emotionen des*der Klient*in angepasst werden. Auf diese Weise können die Personen aus ihren Gedanken abgeholt und auch bei negativen Emotionen und Erinnerungen besser aufgefangen werden. Bei schwer kontaktfähigen Personen ist es auch möglich, improvisatorisch mit den Klient*innen zu arbeiten. Hierbei wird die Melodie an basale Körperreaktionen, wie beispielsweise an die Atemfrequenz, Zuckungen oder dem Puls angepasst. Wenn das Fürspiel mit Instrumenten gestaltet wird, ist die Harfe besonders beliebt. Sie bietet die Möglichkeit, während des Spielens, die freie Hand bei dem*der Klient*in zu haben und sie zu berühren. Denn *„manche Personen brauchen wirklich die Berührung, dass sie sich angesprochen fühlen, und dann halte ich wirklich manchmal nur ihre Hand oder such den Blickkontakt, und dann singen wir gemeinsam und bewegen zum Beispiel die Arme im Rhythmus“* (INT7, Z. 111-114).

Bei Personen, welche bereits ein höheres Demenzstadium erreicht haben, kann hingegen das Abspielen der Musik über einen Tonträger auch besser auf das Erinnerungsvermögen wirken. *„Das Abspielen von Tonträgern [ist] insofern vielleicht nur ein bisschen intensiver, weil sie [die Klient*innen] diese Art der Musik ja kennen. Wenn ich diese Lieder singe, ist es ja anders. Beim Tonträger gehts a um die Stimme des Sängers und um die Musikbegleitung im Hintergrund“* (INT1, Z. 92-95). Zu beachten ist hierbei jedoch auch eine Abwechslung, da nach *„drei, vier Lieder, [...] driften die dann a so weg“* (INT2, Z. 61).

Zur aktiven Beteiligung der Klient*innen in der rezeptiven Gruppentherapie werden unter anderem Materialien wie Kletterseile, Jongliertücher oder auch Bastelpapier eingesetzt, um eine Bewegung zwischen den Klient*innen aufzubauen. In der Therapie *„halten wir uns alle an dem Kletterseil fest und bewegen uns zur Musik und spüren gleichzeitig den Nachbarn, weil der zieht dann [...]. Da geht es mir einerseits um die Gemeinschaft, andererseits um das Spüren*

von Gemeinschaft. Und es geht mir auch um das Erleben von: *Musik berührt mich emotional und diese emotionale Berührung bringen wir in eine körperliche Bewegung*“ (INT6, Z. 200-205).

In der Einzeltherapie werden zur rezeptiven Stimulation oftmals Klangschalen verwendet, *„weil es so vibrierend auch ist, wenn die Personen es selber anschlagen müssen, [...] dann merken sie schnell, es tut sich was, ich muss nur anschlagen und ich spür gleich recht viel“* (INT7, Z. 82-85).

3.2.3 Ziele

Die Ziele der aktiven und rezeptiven Therapie sind sehr ähnlich. Alle Maßnahmen beabsichtigen, die Lebensqualität und Lebensfreude der Demenzerkrankten zu verbessern.

In der Therapie selbst legen alle befragten Musiktherapeut*innen einen Wert darauf, Ängste und Sorgen abzubauen und einfach für die Klient*innen da zu sein. Den Klient*innen soll ermöglicht werden, die Musik, die Melodie und das Miteinander zu spüren. In der Arbeit mit dieser Zielgruppe werden auch die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen konzipiert. Damit sich die Klient*innen dem*der Therapeut*in öffnen können, ist es jedoch wichtig, im Vorfeld ein grundlegendes Vertrauensverhältnis aufzubauen und eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Von der körperlichen Seite her werden vor allem die Aktivierung und Mobilisierung des*der Klient*in in den Vordergrund gestellt. Vor allem bei Therapien in Betreuungseinrichtungen bietet die Musiktherapie die Möglichkeit, eine Abwechslung zum Heimalltag zu schaffen. *„Es sind oft wirklich grad in der Demenz eben, dass die hald wirklich irgendwo alleine sitzen und nur herumwischen und nur auf sich fokussiert sind, auf den Fleck, der gerade vor ihnen ist. Und dann sinds in der Musiktherapie aufgestrahlt. Da seh ich einen Bewohner genau von mir, der wirklich dann aufgestrahlt hat und dann erinnert er sich an die silberne Hochzeit, wo er dann gesagt hat, wo sie da waren und wo sie da gefeiert haben und wo a dann erzählt hat und dann die anderen auch eingestiegen sind“* (INT4, Z. 62-69).

Eine Demenzerkrankung ist unter anderem mit Einschränkungen der Kognition, wie beispielsweise des Gedächtnisses, der Orientierung, der Aufmerksamkeit oder der Konzentrationsfähigkeit verbunden. Hierbei kann Musiktherapie zur Aktivierung aller Gehirnareale beitragen. Das Langzeitgedächtnis wird unter anderem durch das Erinnern und Anknüpfen an Erlebnisse und Erfahrungen aktiviert. Und auch das Textverständnis und die Sprache können mithilfe von Liedtexten verbessert werden. Da eine Demenzerkrankung und das Altern an sich das Leben der Betroffenen beeinflussen, kann die Therapie dabei unterstützen, den Gesundheitszustand und die damit verbundenen körperlichen und seelischen Veränderungen zu akzeptieren und zu bewältigen.

Je weiter eine Demenzerkrankung fortschreitet, desto mehr verschiebt sich die Realität der Betroffenen in die Vergangenheit und „wenn ich mit den Liedern wo anknüpfe, was sie kennen, auch wenn sie gar nicht mitsingen, das schafft einfach Vertrauen gibt ein bisschen Sicherheit, nimmt Angst, was ja doch bei Demenz oft ein großes Thema ist, wenn so alles zerfällt in einem und man sich einfach nicht mehr auskennt, wenn dann irgendwo was Vertrautes auftaucht, ein bisschen Sicherheit zu schaffen. Und ich finde einfach, ja, das ist diese annehmende Atmosphäre. Ich habe diesen Begriff so gern, weil es einfach sehr stark verdeutlicht, was da passiert. Das ist jetzt kein hochgestochenes Ziel oder irgendwie, aber es ist das, was die Leute einfach ganz oft brauchen. Die sind irgendwo und kennen sich nicht aus, und dann ist da wer der vermittelt man irgendwie ein Gefühl von Sicherheit, und der ist einfach da, und so wie ich gerade bin, nimmt er mich an und er nimmt meine Angst ernst und nimmt das andere auch alles ernst. Und ja, ist einfach da“ (INT3, Z. 91-103).

3.2.4 Bevorzugte Methoden

„Das kommt auf die Person drauf an. Also zum Beispiel ganz ein klassisches Beispiel ist jetzt, ich sag mal die kultivierte Wiener alte Lady, die ihr Leben lang nur in Opern und Operetten war, die wird nicht selber singen, die wird einmal hören und dann sagen: Ja, so wars ja, [...] während zum Beispiel der schwer Demente, [der] sonst quasi in sich versunken sitzt, nichts sagt, aber bei den Kinderliedern oder auch Volksliedern laut mitsingt“ (INT2, Z. 148-155).

Ob und inwieweit eine Vorliebe zu einer aktiven oder einer rezeptiven Therapie gegeben ist, ist bei jedem*jeder Klient*in unterschiedlich. Insbesondere die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen mit einer Demenzerkrankung variieren rasch. Daher werden die angewendeten Therapiemethoden und Materialien je nach Tages- und Stimmungslage ausgewählt. In der Regel wird jedoch die aktive Therapie von den Kund*innen in den Behandlungseinheiten bevorzugt, die Grenze zwischen aktiv und rezeptiv ist jedoch oft fließend. Es wird mit dem Vorsingen eines Liedes begonnen, und nach der Zeit beginnen die Klient*innen oftmals mitzusummen oder Teile mitzusingen.

Die individuellen Erfahrungen der befragten Musiktherapeut*innen bezüglich der bevorzugten Methoden ihrer Kund*innen sind sehr unterschiedlich und teilweise auch widersprüchlich. Einerseits sind die Erfahrungen, dass „je weiter fortgeschritten die Demenz, ist schon das Rezeptive [...] im Vordergrund. Es kann dann bald sein, wenn sie durch das Rezeptive vielleicht ein bisschen aktiviert werden, dass sie dann eventuell, wenns motorisch noch möglich ist, vielleicht auch dann aktiv mitspielen möchten“ (INT1, Z. 121-125). Andererseits ist auch die Erfahrung, dass „je fortgeschrittener die Demenz ist, desto wichtiger ist diese [aktive] therapeutische Beziehung“ (INT1, Z. 103-104) und die persönliche Therapie mit dem*der Klient*in. In der Therapie ist es nur „in der Gruppe [...] ganz selten, dass ich irgendwie rezeptiv was rein gebe. Das nur

einzelnen, nur bei der Langzeitpatienten, aber Demenz eigentlich wirklich hauptsächlich aktives Singen“ (INT4, Z. 92-95).

Von den verwendeten Instrumenten her wird von allen Therapeut*innen die Gitarre angeboten. Weitere Instrumente werden je nach der persönlichen Erfahrung und den Wünschen der Klient*innen herangezogen. Sehr beliebt ist auch die Harfe, „weil die Harfe einfach so einen ganz besonderen Klang hat. Man verbindet das oft mit etwas sehr Reinen, sehr Unschuldigen, mit etwas Engelhaften, mit etwas, was entspannt. Ja, die Harfe hat auch so einen weichen Klang, dass sie oft sehr entspannend und regulierend ist“ (INT7, Z. 151-154).

3.2.5 Einflussmöglichkeiten der Klient*innen auf die Musiktherapie

Der persönliche Einfluss auf die einzelnen Therapieeinheiten und Lieder steht bei allen befragten Musiktherapeut*innen an oberster Priorität.

Da die meisten Therapieeinheiten nicht im Voraus geplant werden, sind die Einheiten sehr flexibel und ergeben sich oftmals von selbst. Bei einigen Therapeut*innen gibt es Rituale, wie beispielsweise fixe Eröffnungs- und Schlusslieder. In der Liederwahl dazwischen können anschließend alle Beteiligten Wünsche einbringen. Die meisten gängigen Lieder haben die Therapeut*innen vorbereitet, und wenn ein komplett neues Lied vorgeschlagen wird, werden die Noten hierzu für die nächste Einheit vorbereitet.

Bei wenig Kommunikation seitens des*der Klient*innen, stellt der*die Therapeut*in meist aktiv Fragen und binden sie in die Gestaltung der Therapie mit ein. Zu Beginn der Therapie werden daher mehr Methoden und Materialien geboten, um herauszufinden, welche von den Klient*innen bevorzugt werden. Der große Vorteil der aktiven Therapie liegt vor allem darin, dass auch Liedtexte an spezifische Situationen angepasst werden können. Die Vorzüge der Musikart ist allerdings auch von der Region abhängig, in welcher die Kund*innen aufgewachsen sind. „Ich habe in [Ort] gearbeitet, dort sind natürlich die Wienerlieder der Klassiker, die im [Ort] zum Beispiel, [...] weniger dann bekannt sind, duad san mehr dann Volkslieder beliebter oder Gstanzeln. [...] oder eben nach Jahreszeit, nach Anlass. Wenn man sieht, da ist wer traurig, werd i ned mit einem lustigen Lied anfangen“ (INT2, Z. 158-165). Von den Therapeut*innen ist viel Improvisation und Repertoire an Melodien und Liedtexten notwendig, da Sie besonders bei Menschen mit einer Demenzerkrankung sehr reaktions- und situationsabhängig handeln. Es geht vor allem um „das Spüren, im Gespräch herausfinden, was passt gerade, was brauchts grad, wenn die Person gerade auch gar nicht so kontaktfähig ist, [...] dann merke ich, okay, dass eben das aktive Tun, das ist hald einfach nicht angesagt, nicht angebracht und dann wird einfach für denjenigen gespielt, gesungen. Einfach eben auch aus der Situation ein bisschen schauen, was brauchts“ (INT3, Z. 124-130).

Es ist bei allen Therapieeinheiten essenziell, einen offenen Raum für alle Meinungen zu schaffen und den Klient*innen zu ermöglichen, jederzeit Lieder zu unterbrechen oder den Raum

jederzeit verlassen zu können, wenn sie sich nicht wohl fühlen. Möchte ein*e Klient*in im Rahmen eines Einzelsettings weggehen, so ergreifen die Therapeut*innen dies meist als Chance, mit den Betroffenen durch das gemeinsame Gehen und Singen den Gemütszustand zu verbessern.

3.3 Biografiearbeit

Menschen verbinden unterschiedliche Erlebnisse und Erinnerungen mit Liedern und Melodien. Da die Kindheit der heute älteren Generation oftmals mit traumatischen Erlebnissen und Kriegserfahrung besetzt ist, widmet sich dieser Bereich der Forschungsarbeit der Vorarbeit zur persönlichen Biografie.

Die befragten Therapeut*innen bestätigen zwar, dass Biografiearbeit wichtig in der Musiktherapie und im Leben eines älteren Menschen im Allgemeinen ist, jedoch wird sie nicht oder nur kaum durchgeführt. Dies liegt nicht nur am Zeitmangel, sondern auch daran, dass im Rahmen des Singens und Redens die Vergangenheit und die Erinnerungen sowieso einen Platz haben und eine eigene Aufarbeitung daher nicht notwendig ist. Besonders bei Kund*innen in einem höheren Stadium der Demenz fällt es schwer Biografiearbeit zu leisten, da die Kommunikation bereits eingeschränkt ist. Die Therapeut*innen sind daher auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen angewiesen. Findet die Therapie in einem Pflege- oder Betreuungszentrum statt, so besteht zu den Angehörigen meist kein oder nur wenig Kontakt. In manchen Fällen wird jedoch auch vom Pflegepersonal vor Ort die Biografie aufgearbeitet und die Informationen an den*die Therapeut*in weitergegeben.

Zwei der interviewten Therapeut*innen sind der Meinung, dass es nicht wesentlich ist, *„mit ihnen die ganze Vergangenheit aufzuarbeiten. Aber gerade demente Menschen leben [...] oft sehr viel in der Vergangenheit und sind in ihrer Selbstwahrnehmung, in ihrem Bewusstsein einfach ganz viel auch da dann drin wieder verankert. Und diese Erlebnisse sind oft sehr plastisch, sehr präsent. Und sie haben auch ein Bedürfnis, sich damit zu beschäftigen oder das zu erzählen oder das zu teilen auch. Und dem gebe ich Raum. Aber ich versuche natürlich immer auch ins Hier und Jetzt wieder zu kommen und zu schauen, was ist jetzt und wie kann man jetzt irgendwie Möglichkeiten von Wohlbefinden schaffen, sich fokussieren, sich Gutes tun“* (INT5, Z. 153-161). Der Fokus liegt daher nicht in der bewussten Arbeit mit der persönlichen Vergangenheit, sondern darin, über Vergangenes zu sprechen, aber die Aufmerksamkeit auch wieder auf die Gegenwart zu ziehen.

Der Zweck einer Biografiearbeit in der Musiktherapie besteht in erster Linie darin, negative Erinnerungen, Erfahrungen und Emotionen zu vermeiden. Die Erfahrung der Therapeut*innen zeigt jedoch, dass der Umgang mit negativen Emotionen und Erinnerungen wichtig ist, *„weil*

das gehört einfach dazu, die Auseinandersetzung auch mit den negativen Sachen ist einfach Teil des Lebens. Und auch wenn ich ganz viel [von dem Menschen] weiß, weiß ich nicht, was die Musik dann in dem Moment macht. Also es gibt natürlich, wenn ich von [...] Kriegstraumatisierungen weiß, dann schaue ich natürlich, dass das nicht irgendwie dann da Platz hat. Ich will kein Trauma auslösen in der Musiktherapie, aber oft löst es dann irgendwas aus. Das kann ich vorher gar nicht vorhersehen. Und dann muss ich mit dem einfach dann arbeiten und sagen, wie kann ich wieder da ein bisschen die Angst reduzieren, wenn Angst auftaucht, wie kann ich wieder irgendwie das regulieren“ (INT3, Z. 166-175). Die Therapeut*innen sehen die Wichtigkeit in der Biografiearbeit dahingegen, dass sie, sofern die Musik etwas Negatives bei dem*der Klient*in auslöst, für den*die Betroffene*n einfach da sind und mit ihnen gemeinsam über diese Emotionen und Erinnerungen zu sprechen. Eine Erfahrung zeigt auch, dass „zum Beispiel, kann von den Angehörigen jetzt der Vorschlag kommen, ja dieses Lied hat der Papa oder die Mama oder der Opa immer gern gehört, aber es kann dann passieren, wenn ich das dann vorspiele, dass das wirklich in die andere Richtung geht, dass eben Trauer hochkommt oder Wut oder alles Mögliche. Also [...] man muss ja immer sehr am Patienten dran sein und dann schauen, wie er reagiert, damit man dann eben wieder drauf reagieren kann“ (INT1, Z. 143-148). Selbst mit einer gründlichen Biografiearbeit können unvorhergesehene Emotionen ausgelöst werden. Daher ist es für die Therapeut*innen in der Therapie wichtig, mit negativen Emotionen und Erinnerungen umgehen zu lernen, als sie vermeiden zu wollen. Es ist auch möglich, dass sich die gesamte Einstellung zur Musik aufgrund eines Ereignisses ändert, wie es bei einer Klientin einer Musiktherapeutin war. Die Patientin „hatte eigentlich [...] ein sehr schönes Verhältnis zur Musik, war dann lebensbedrohlich erkrankt, musste Gliedmaßen amputiert bekommen und ist dann sehr lange im Tiefschlaf gelegen. Sie haben ihr Ö3 immer auf der Intensivstation aufgelegt, glaube ich. Auf jeden Fall Musik, die sie überhaupt nicht gepackt hat. Und es war danach so, dass sie überhaupt keine Musik mehr aushalten konnte. Also keinen Ton eigentlich. Also sie hat gesagt, Musik ist der Inbegriff des Horrors. Das ist wie Vergewaltigung, weil das so massiv war, so vermischt war mit Alpträumen. Und da ist einfach eine massive Traumatisierung passiert in dieser Phase. Nicht böse gemeint, aber einfach kontraproduktiv“ (INT5, Z. 418-426).

3.4 Auswirkungen und Veränderungen

Musik wirkt je nach Situation und Tagesverfassung unterschiedlich auf einen Menschen. Es wird im Folgenden sowohl auf die positiven als auch auf die negativen Veränderungen der Klient*innen eingegangen, sowie auf den Einfluss der Therapie auf die Angehörigen und den*die Therapeut*in selbst.

3.4.1 Negative Auswirkungen auf die Klient*innen

Treten negative Veränderungen bei den Klient*innen im Rahmen einer Musiktherapie auf, haben diese meist einen psychischen Ursprung. Gründe dafür können sowohl eine belastende Erfahrung mit Musik an sich, aber auch die Erinnerungen an eine negative oder belastende Situation der Vergangenheit sein. Manche Reaktionen hätte man *„vermeiden können, aber dann ist wahrscheinlich auch kein Risiko, also muss man auch was wagen, damit man was erreicht. Also ich gehe ja bewusst auf die Emotionen der Personen ein, um sie zu erreichen, um Kontakt aufzubauen“* (INT7, Z. 243-245).

Menschen mit einer Demenzerkrankung leben oft in der Vergangenheit. Einer der positiven Effekte der Musiktherapie ist, dass die Klient*innen wacher sind und wieder zurück in die Gegenwart kommen. Allerdings birgt dieser Zustand aufgrund der aktiven Wahrnehmung auch das Risiko der Trauer. Die Betroffenen nehmen ihren persönlichen Gesundheits- / Krankheitszustand aktiv wahr und bemerken womöglich auch die Nähe zum Tod. Mit dem aktiven Erinnern werden Erinnerungen an vergangene Erlebnisse und Personen hervorgerufen. Besonders im höheren Alter ist der Familien- und Freundeskreis auch oftmals mit Verlusten verbunden, was zu Wut, Trauer oder depressiven Gefühlen führen kann. Tritt ein solcher Zustand auf, ist es wichtig für den*die Therapeut*in, *„diese Trauer einfach mitzugehen und ja und auch zu fragen was kann ich jetzt tun? Was würden Sie jetzt brauchen? Gibt es ein Lied, wo Sie wissen, das hilft in diesen Momenten, also dass Sie getröstet werden?“* (INT1, Z. 188-190).

Ein schwieriger Bereich der Musik ist auch, dass viele der Meinung sind, Musiktherapie passt für alle Menschen gleichermaßen. Musik wird von den Angehörigen oft als Hintergrundbeschallung eingesetzt, mit dem Hintergrund dem*der Betroffenen etwas Gutes zu tun. Dies kann jedoch oftmals zu einer Reizüberflutung führen und die Personen nur noch mehr aufwühlen und einen Verwirrtheitszustand hervorrufen. Sind die Personen mit Demenz in einem Gesundheitszustand, bei welchem sie nicht mehr mobil sind oder sich verbal äußern können, ist ein weiteres Problem, dass *„die Menschen können sich ja auch nicht wehren. Also Akustisches kommt an, ob sie wollen oder nicht, Augen kann man zumachen, die Nase kann man sich zuhalten oder so, aber die Ohren kann man nicht wirklich zusperren“* (INT5, Z. 341-344). Sie können sich somit nicht gegen die durchgehende Beschallung von Musik wehren.

Körperliche Reaktionen der Musik und Trauer- / Wutgefühle ist unter anderem ein aufgewühltes oder agiertes Verhalten. Die Reaktionen sind je nach Klient*in unterschiedlich. Einerseits

kann es vorkommen, dass sich die Klient*innen bei einem Auftreten von negativen Erinnerungen oder Gefühlen wegdrehen *„wenn man im Bett liegt. Aber das ist eh eindeutig. Danke, mag ich nicht, oder mag ich jetzt gerade nicht. Die die gehen können, gehen e weg. Und bei anderen muss man es halt beobachten. Ja, und dann muss man schauen, ob ein Gespräch möglich ist. Aber wahrscheinlich dann nicht, weil wenn sie sich nur mehr durch Wegdrehen äußern können, das ist es vielleicht auch ned ihre Art, die die dann wollen“* (INT2, Z. 174-179).

Musik kann allerdings auch zu Übergriffs- oder Aggressionshandlungen führen. *„Eine Bewohnerin ist dann mal ganz aggressiv und wirr, [...] die wollt dann einfach Mama und Papa da haben und war einfach. Die wollt mit der Musik dann gar nichts mehr. Sonst habe ich sie immer erreicht. Und da war es dann ganz ganz schwer, weil sie nur zu Mama und Papa wollte und nicht verstanden hat, warum die nicht zu ihr kommen können und so. Also das, da muss man dann hald, da muss man dann aufpassen“* (INT4, Z. 140-145).

Musiktherapie kann im Rahmen eines Einzelsettings oder auch in einer Gruppentherapie angewendet werden. Abgesehen von den negativen Veränderungen des*der Einzelnen, gibt es noch weitere Schwierigkeiten, welche in einer Gruppentherapie mit anderen demenziell erkrankten Menschen oder in der Therapie mit den Angehörigen auftreten können. Es kann vorkommen, dass *„die Aufmerksamkeit abgezogen von dem Patienten oder Klienten [wird]. Und Angehörige können auch manchmal sehr übergriffig sein. Da brauchts die Antworten dann schnell und [...] wenn er eine Sprachstörung hat, erklären sie [die Angehörigen] das statt ihm und reden über ihn. Und das ist natürlich auch sehr problematisch“* (INT5, Z. 306-311).

Auch wenn es die Intention von Therapeut*innen und Angehörigen ist, negative Erinnerungen und Erfahrungen zu vermeiden, können diese plötzlich und unvorhersehbar auftreten. Die Erfahrung der Therapeut*innen zeigt jedoch, dass *„ich will gar nicht vermeiden, dass was Negatives auftritt. Weil ich denk ma, des was kommt kommt, das ist im Menschen und es wird dann sowieso früher oder später außer kema, wens ned i bin, ists wer anderes, der das sozusagen triggert. Und do machs lieber i, weil i ma dann denke, ich versuch es dann aufzufangen und ich bin do und hab dann Zeit“* (INT2, Z. 184-188).

Wichtiger ist daher für den*die Therapeut*in mit den Reaktionen der Klient*innen und den Situationen umgehen zu können. Die Personen sowie deren Angst, Trauer und Wut müssen ernst genommen werden. Man *„validiert sie in dem, was da jetzt gerade ist und nimmt sie ernst und kann dann aber meistens gut den Weg auch wieder schaffen“* (INT3, Z. 150-152). Auch kann der*die Therapeut*in durch das Singen in der Musiktherapie die Liedtexte situationsbedingt anpassen. Wenn die Situation *„sozusagen a bissl schwerer wird, sprich Trauer, Verlust, Sterben, Tod etc. dann sing i entsprechende Strophen a so, dass man den Namen dann von der Person einsetzt. Also man lernt es dann e abzuschätzen, für wen es auch gut ist, dass der vielleicht einmal auch ein bisschen weinen kann, wo das auch sein darf“* (INT2, Z. 107-111).

3.4.2 Positive Auswirkungen auf die Klient*innen

Der große Vorteil von Musiktherapie ist, „dass es eben keine Sprache braucht und man so im Miteinander Musik hören, Musik machen, ins Singen reinkommen, was auch immer, dass da irgendwie was entsteht, was noch über mich und diese Person hinaus existiert. Also so was Gemeinsames halt, ein gemeinsames Erleben, ein Flow, eine Energie“ (INT5, Z. 237-241).

Auf der psychischen Ebene lässt sich vor allem Beobachten, dass die Klient*innen durch die musiktherapeutische Arbeit aktiviert und bewegt werden. Die Musik bietet den Klient*innen die Möglichkeit den eigenen Körper und sich selbst wieder spüren zu können. Die Therapie erzeugt das Gefühl, dass die Personen mit Demenz „während der Therapie und danach präsenter sind. Es wird eben einiges an Sprache aktiviert, reaktiviert, was vielleicht vorher grad nicht so da war. Es ist schon das stimmungsaufhellende Element. [...] Manchmal ist es natürlich auch so, [...] dass die Leute einschlafen, dass die sich so entspannen oder hald sich, also ich interpretiere es als, ich fühle mich wohl und sicher genug, dass ich da jetzt sein darf und einfach einschlafen darf. Es wird mir nichts passieren“ (INT3, Z. 180-187). Diese Entspannung ermöglicht es den Klient*innen Abstand vom Alltag zu nehmen und ihre persönlichen und gesundheitlichen Probleme in den Hintergrund zu rücken. Die häufigste positive Reaktion nach und während der Therapie ist, dass die Beteiligten wacher und klarer werden. Sie finden wieder den Bezug zur Gegenwart und können sich selbst und ihr Leben wieder besser einordnen und strukturieren. Man singt Lieder, „die sie irgendwie mit irgendetwas verbinden, dann auf einmal erreicht man sie und davor sind sie irgendwo. Und dann schauen sie her, sind vielleicht auch berührt und fangen zum Weinen an“ (INT7, Z. 229-232). Es werden in der Therapie diverse Gehirnareale beansprucht. Neben dem Langzeitgedächtnis, Sprach- und Textverständnis werden auch die Motorik und Mimik aktiviert. Es sind vor allem die „Lieder, die einerseits Sicherheit geben, ich kenn mich aus, ich kenn mich eigentlich gar nicht mal gut aus, und es ist alles so komisch, es ist alles beängstigend verunsichernd, aber da ist diese Melodie und die kenne ich und die kann ich auch noch. Es ist diese Struktur, dieses Haltgebende. Es ist die Ressource, ich kann da was und ich kann es mitunter besser als sogar die Musiktherapeutin“ (INT6, Z. 83-88). Die Klient*innen werden durch das Erfahren der eigenen Fähigkeiten motivierter und lebendiger.

Die Erinnerung an Liedtexte „gibt auch wieder Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein, wenn [...] der Text richtig war, den Sie da gesungen haben und das ist oft genug, dass ich mir denke puh, zweite Strophe, ich habe keine Ahnung mehr. Und die zweite Strophe ist [bei den Klient*innen] trotzdem noch voll da“ (INT4, Z. 188-191).

Wenn das Demenzstadium bereits ein hohes Stadium erreicht hat und die Klient*innen Angstgefühle vor dem Tod zeigen, kann auch hier die Musiktherapie helfen, da „Musik Angst hemmend ist. Es wirkt einfach auch neuronal und stößt einige Hormone aus. Und man weiß, dass

bei Musik die Angst vermindert ist. Also es kommt zu einer Verminderung der Ängstlichkeit“ (INT7, Z. 277-279).

Ebenso lassen sich auch körperliche Verbesserungen feststellen. Besonders bei „schwer betroffenen Klientinnen. Da erlebe ich zum Beispiel bei einer immer wieder, dass sie ein sehr ausdrucksleeres Gesicht hat, und durch die Musiktherapie, durch das selber Spielen auf Instrumenten, die spielt selber auf einem Körpertempura, [...] dass die Gesichtszüge weicher werden, dass sie dann manchmal sogar so ein bisschen ein verschmitztes Lächeln zeigt, wo sie sonst so ein versteinertes Gesicht hat. Sie wirken bewegter, sie wirken fröhlicher und sie wirken teilweise weniger rastlos“ (INT6, Z. 327-334). Oftmals ist es für die Betroffenen jedoch nicht relevant, was tatsächlich gemacht wird, solange jemand da ist und sich für sie interessiert. „Und ich habe ein Lied mitgebracht, dass er davor mal erwähnt hat und ich mache es dann auf und wir singen das so, und irgendwann schaut er mich an und sagt: Haben Sie das extra für mich mitgenommen? Ja! Es ist extra für mich vorbereitet? Ja! Und er hat sich so irrsinnig gefreut. Es ist so schön, vielen Dank! Weil es war hald einfach [...] ein Stück, das ihm sehr wichtig ist und sehr berührt und. Ja, und es ist hald so, ich befasse mich ja doch mit einem Stück von ihm und etwas, was ihm wichtig ist und was für ihn wertvoll ist“ (INT7, Z. 460-467).

Musiktherapie wird aufgrund fehlender finanzieller Unterstützungen in Pflege- und Betreuungszentren fast ausschließlich im Rahmen einer Gruppentherapie angeboten. Diese Therapien mit mehreren Personen gleichzeitig bietet unter anderem die Möglichkeit zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und diese durch Kommunikation und dem Finden von Gemeinsamkeiten zu stärken. Die Bewohner*innen sind unter sich in einem geschützten Raum, und es wird ihnen die Möglichkeit geboten, sich fallen zu lassen und einander zu vertrauen. Die Gemeinschaft bringt den Teilnehmer*innen Freude und Energie. Das Miteinander und gemeinsame Erleben und austauschen von Erinnerungen anhand von kleinen Stichworten stärkt die Beziehung der Beteiligten, fördert die Kommunikation und erzeugt ein Gefühl der Zugehörigkeit. In der Gruppentherapie sind die Teilnehmer*innen „orientiert, oder ma hat so das Gemeinschaftsgefühl, [...] die Heurigenstimmung a bisserl als Auszeit vom Stationsalltag“ (INT2, Z. 242-244).

3.4.3 Auswirkungen auf die Angehörigen

Musiktherapie zählt zu den psychosozialen Therapieformen, bei denen die Angehörigen Veränderungen oder Verbesserungen des Gesundheitszustandes nicht immer wahrnehmen. Die Musiktherapieeinheiten üben einen Einfluss auf die Lebensqualität aus. Je nach dem Stadium der Demenzerkrankung kann es jedoch sein, dass die Erfolge nach einer Therapie nicht lange anhalten. Daher besteht oftmals zu Beginn einer Therapie, oder bis es überhaupt zu der Inanspruchnahme kommt, eine Skepsis. Es gibt einige Angehörige „die gesagt haben: Ja komm, geh ma auf einen Kaffee, was für ein Firlefanz, was soll das weiter bringen? Und andere, die

wieder gesagt haben *Ach wie schön, Musik, und du liebst doch Musik*“ (INT5, Z. 483-485). Die Bedenken der Angehörigen ändern sich jedoch, sobald sie bemerken, was die Therapie bei den Klient*innen bewirken kann, und dass Erinnerungen und Emotionen immer noch möglich sind.

Es ist hier jedoch auch zu erwähnen, dass Menschen mit Demenz erst gar nicht zur Therapie kommen, wenn ihre Angehörigen der Behandlung ablehnend gegenüberstehen. Für Musiktherapie gibt es aktuell keine finanzielle Unterstützung, daher erfolgt die Therapie meist in Pflege- und Betreuungszentren oder über selbständig tätigen Musiktherapeut*innen, welche von den Angehörigen finanziert werden müssen. Die Betroffenen können die Therapie nicht selbst initiieren.

Auch Familienmitglieder können in die Therapie aktiv eingebunden werden. Zum Beispiel wenn die Therapie im häuslichen Umfeld oder in Musiktherapiegruppen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durchgeführt wird. Es ist jedoch immer darauf zu achten, einen geschützten Raum und eine Rückzugsmöglichkeit für die Person mit Demenz zu ermöglichen. Dies kann Angehörigen auch schwer fallen, *„weil sie sehr viel Sicherheit brauchen und sehr viel Kontrolle. Wo dann das Misstrauen hald dann auch da war, was macht die jetzt mit ihm? Und ich kenne ihn doch am besten und ich weiß doch am besten, was gut für ihn ist und so. Und da habe ich ja auch gelernt, über die Erfahrungen, wie wichtig es ist, Angehörige mit einzubinden“* (INT5, Z. 272-276). Die gemeinsame Therapie mit den Angehörigen kann ebenfalls dafür genutzt werden, um Alltagserleichterungen zu entwickeln. *„Das ist oft ein sehr großer Aha-Effekt, wenn Sie merken, okay, oh ja, das tut ja auch mir gut und ich kann auch im täglichen, im Alltag mit meinem Angehörigen noch in Kontakt kommen, wenn ich die Lieder kenne [...] zum Beispiel auch Situationslieder selbst erfinden im Pflegeprozess. Oder wenn ich ein Trinklied zum Beispiel singe, damit die Patienten, Patientinnen leichter schlucken können. Das ist ja auch oft ein Problem, dass die Motorik im Hals oder die Muskeln im Hals nimmer mehr so fit sind und sie nimmer so gut schlucken können. Da könnte vielleicht ein Trinklied unterstützend wirken“* (INT1, Z. 243-252).

Die Angehörigen haben die Möglichkeit, sich der noch vorhandenen Fähigkeiten der Personen mit Demenz bewusst zu werden. Musik und Melodien ermöglichen den Familienmitgliedern mit den Betroffenen in Kontakt zu treten und mit ihnen zu kommunizieren. Es schafft Verbundenheit, weil *„das einfach was Entspanntes ist, weil sie doch sozusagen demenzfrei mit ihrem Angehörigen teilnehmen können, weil beide diese Lieder kennen, weil dann die Ehefrau, waun der Mann nimmer sprechen kann, a bisserl statt ihm erzählt, wie die Biografie so ist etc.“* (INT2, Z. 212-215). Es werden Erinnerungen geweckt an gemeinsame Zeiten und Erlebnisse. Meist an eine Zeit, die von mehr Leichtigkeit geprägt war und wo die Lebensfreude noch stärker ausgeprägt war. Im gemeinsamen Musizieren stehen die Personen mit Demenz mit ihren Angehörigen gemeinsam im Mittelpunkt. Speziell wenn der*die Ehepartner*in sich um die Pflege

kümmert, bietet diese gemeinsame Zeit die Chance, dass die Partner*innen eine wertvolle Zeit miteinander verbringen.

Die Musiktherapie mit Angehörigen von demenziell erkrankten Menschen kann auch zu psychischen Verbesserungen der Angehörigen führen. *„Da hat man auch das Gefühl, sie waren wieder gemeinsam in einer freudigen Zeit. Da kommen ganz viele junge Bedürfnisse zum Vorschein, also so Erzählungen aus der frühen Jugend und so. Also ich habe das Gefühl, sie reflektieren da sehr viel auch zurück in die Zeiten, wo noch alles von Leichtigkeit geprägt war“* (INT6, Z. 342-346). Die Angehörigen können entspannen und sich selbst auch die Zeit dazu nehmen, Träumen und Spüren zu dürfen. *„vor allem in Ehepaar-Gruppen. [...] gerade gestern Abend wieder habe ich aus dem Bauch heraus nur zwei Liedermappen auf den Tisch, es waren zwei Paare, gelegt und damit sie dann mit den Liedermappen zurecht kommen, sind sie ganz nah aneinander gerückt. Und da war dieses eine Pärchen und das andere Pärchen. Und sie haben für mich so wie frisch verliebt gewirkt, wenn sie dann da so sitzen und erzählen“* (INT6, Z. 459-465).

Die Erfahrung einer Musiktherapeutin zeigt auch, dass Musiktherapie eingesetzt werden kann, um allen Familienmitgliedern eine Freude zu bereiten. Sie hatte eine *„Vereinbarung mit der Familie, dass ich einzelne kurze Liedsequenzen aufnehme. Dieser Klient konnte noch mit der linken Hand Gitarre spielen, mit der Rechten nicht mehr, weil die gelähmt war, aber er konnte Griffe, das heißt, ich habe meine Hand geborgt und gemeinsam haben wir Lieder gespielt auf der Gitarre oder auch Lieder gesummt und auch auf Instrumenten gespielt. Und kleine Sequenzen haben wir aufgenommen, auch kleine Geschenke in Form von Geburtstagsliedern für die Lebensgefährtin, für die Schwester usw., sodass sie da auch profitieren können“* (INT6, Z. 283-290).

3.4.4 Auswirkungen auf die Therapeut*innen

Die musiktherapeutische Arbeit mit Menschen mit Demenz hat jedoch nicht nur einen Einfluss auf die Betroffenen, Ihre Angehörigen und die Pflegepersonen, sondern auch auf den*die Therapeut*in selbst. *„Wenn ich da manchmal im Radio ein Lied höre oder irgendwo im Alltag, es gibt ein paar Lieder, die verbinde ich mit Patienten. Also es wird eigentlich auch ein Stück von meiner Biografie und das heißt immer Abgrenzung usw., aber das ist ein irrsinnig schöner Teil auch meiner Arbeit, dass doch die Lieder dann auch ein Teil von mir werden. Das verbindet uns auch ein Stück weit und das finde ich dann auch voll schön“* (INT7, Z. 478-484).

Die Erfahrungen der befragten Therapeut*innen zeigen, dass man durch die Therapie auch selbst sehr profitieren kann. Es wird der Fokus auch auf die eigene Gesundheit gelegt und man wird dankbarer und schätzt auch die kleinen Dinge des Lebens mehr. Die *„Probleme da die ich ma vor der Stunde gedacht hab, das ist eh alles so klein, es ist so wurscht, es geht um*

ganz, ganz was anderes. Also man kommt immer wieder zum Boden zurück“ (IN7, Z. 319-321).

Aufgrund der Fähigkeit zur Empathie, welche besonders in dem Beruf des*der Musiktherapeut*in wichtig ist, wird auch ein Einfluss auf die eigenen Emotionen geübt. Die Therapie ermöglicht ein gemeinsames und sehr persönliches Erleben und Begegnen. Die Klient*innen und die Therapeut*innen öffnen sich gegenseitig und gehen eine Beziehung miteinander ein. Meistens *„ich bin schon nach vielen Therapien sehr gerührt und habe richtig Lust, mich zu bedanken für die schöne Zeit. Das schon. Das tue ich auch meistens sehr. Also, es ist so was Emotionales, ma kommt sehr ins Emotionale einfach. Das meine ich damit, es bewegt auch bei mir was“ (INT6, Z. 349-352).*

Die Therapie mit demenzerkrankten Menschen kann jedoch auch kraftraubend sein, vor allem wenn die positiven Veränderungen nur kurz anhalten, oder die Therapieeinheit aufgrund der Unberechenbarkeit der Klient*innen mühsam wird. *„Natürlich ist es anstrengend, jetzt an einem Acht-Stunden-Tag sechs Stunden davon durchzusingen. [...] Wenn man dann merkt, wie die (Klient*innen) aufblühen, wie der Schmäh oft rennt oder was da für berührende Themen kommen, das gibt so viel Energie wieder, man kriegt so wirklich viel zurück. Das ist einfach total energetisierend“ (INT2, Z. 221-225).*

Besonders durch die Geschichten und Lieder, welche auch meist für die Therapeut*innen neu sind, fühlt man mit und kann seinen persönlichen Horizont erweitern. *„Und es ist extrem berührend, wenn so eine Gruppe so alter Menschen singt, dieses Wolgalied mit dem Text: Hast du da oben vergessen auf mich? Also da kumman ma oft söwa die Tränen, weil i ma denkt des is so oag. Und das kriegt dann so eine Ernsthaftigkeit und so Authentizität auch für die Bewohner, dass man da alle dann ganz berührt san. Und das ist a schön. Diese Emotion gemeinsam dann zum haben“ (IN2, Z. 114-119).*

3.5 Chancen und Herausforderungen der Musiktherapie bei Menschen mit Demenz

3.5.1 Chancen der Musiktherapie

Vor allem in der aktiven Therapie zeigen sich viele Potenziale der Musik. Es gibt unter anderem das Phänomen, „dass Personen nicht mehr kommunizieren können, nicht mehr sprechen können. Und dann singt man ein Lied und sie singen es von der ersten bis zur letzten Strophe durch. Und das sitzt. Kann man sich erklären, dass ist einfach im Gehirn anders abgespeichert ist und dass es in allen Gehirnregionen verankert ist. Und wenn die eine Region aktiviert wird, werden auch die anderen mitaktiviert. Und da kommt es dann oft auch zu einer kurzzeitigen Verbesserung, dass dann die Leute doch wieder was sagen. Es ist oft ein irrsinnig schönes Erlebnis, dass sie über Musik sich ausdrücken können. Das ist auch wieder ein großes Thema, also dass sie Ausdruck finden, dass sie sich endlich mal wieder verstanden fühlen oder können sich ausdrücken“ (INT7, Z. 281-290). Die Therapie hilft Klient*innen mit ihrer Vergangenheit und Gegenwart sowie mit schwierigen Themen umzugehen. In einer Gruppentherapie war „eine Dame, die Bäuerin war und ihre Kühe auf ihrer Alm zurücklassen hat müssen und jedes Mal ganz traurig um den Verlust ihrer Kühe ist und die Namen der Kühe aufzählt und über die Kühe spricht. [...] Letztens habe ich mit ihnen ein Lied gesungen, irgendwas mit wahrscheinlich wars Znacht han i a Roas gmacht auf die Alm, sagt sie zu den Damen neben sich: Kimmst a mit aufd Oim? Und da hab i mir gedacht: Ja, das ist es. Wir gehen jetzt auf die Alm. Es ist eine Reise die wir machen. Alle zwei Wochen bin ich dort, es ist immer eine gemeinsame Reise, mental hald, ab auf die Alm. Und sie hat es so treffend ausgedrückt, sie hat die Nachbarin gefragt, ob sie auch mitkommt. Und das ist [...] ein aus diesem Traurigen auch ein bisschen, aus dieser Sehnsucht, aus dem Verlust, aus diesem Angewiesen sein, Verlust von Fähigkeiten, von Selbstwirksamkeit, mal rauskommen und in Erinnerung schwelgen“ (INT6, Z. 466-480). Musik bietet die Möglichkeit, sich selbst zu strukturieren, ohne mental und verbal viel leisten zu müssen. Diese Struktur und Erinnerung an Erlebtes kann bei Menschen ein längst vergessenes Erfolgserlebnis wiedererwecken und damit das Selbstwertgefühl stärken. Die Klient*innen bekommen das Gefühl, dass sie noch etwas wissen und dass sie noch etwas bewirken können und sich jemand für sie interessiert. Allein durch die Melodie von Musik kann eine Kommunikation auf unterschiedlichen Ebenen trotz fehlender Sprache stattfinden. Weil Musik „die Menschen auf unterschiedliche Art erreichen kann und hald in ihrer momentanen Situation abholt“ (INT3, Z. 340-342). Musik bietet die Möglichkeit, die emotionale Regung des*der Klient*in in eine körperliche zu übertragen und sich somit besser ausdrücken zu können. „Musik kann hald für vieles genutzt werden, so zum Trösten, zum Wut rauslassen. Und trotzdem ist das was Konstruktives. Ich meine, wenn der Patient jetzt jemanden eine reinknallt, dann weil er Aggressionen hat und keine Triebkontrolle. Aber wenn er auf die Trommel haut,

darf er hauen und dann ist es gut. Und dann darf er auch mal ärgerlich sein, und es entsteht was Gutes draus“ (INT5, Z. 404-408). Für diese Möglichkeit des Ausdrucks benötigt es allerdings die Hilfe von außen, welche durch den*die Musiktherapeut*in geboten werden kann.

Vor allem auch für die Angehörigen der Klient*innen bietet die Musiktherapie eine große Chance, wieder miteinander in Kontakt zu treten und *„diese Stunde gemeinsam verbringen zu können und was Schönes zu erleben, wo vielleicht auch ja das, was ich nicht mehr kann oder was selbst so nicht mehr kann, nicht im Vordergrund steht, also Handicap eigentlich in den Hintergrund rutscht, weil wir machen gemeinsam Musik, und wir gestalten den Raum und das können wir noch gut gemeinsam“ (INT7, Z. 197-201).*

In Pflegeheimen oder Krankenhausstationen bietet die Therapieeinheit mit Musik die Möglichkeit für das Pflegepersonal sich eine kurze Auszeit vom Alltag zu nehmen. Die Pflegepersonen berichten oft, dass die Patient*innen nach einer Therapie meist viel ruhiger und entspannter sind und ihnen das auch selbst ihren Arbeitsalltag erleichtert. Ein großes Potenzial besteht auch im multiprofessionellen Bereich. Die Erfahrung einer Musiktherapeutin zeigt, die Wichtigkeit der Kooperation zwischen den Berufsgruppen. Die Psychologin eines Patienten begleitet ihn oft in die Musiktherapie, denn *„Da erfahre ich am meisten in der Musiktherapie, weil er dann Sachen zeigt von sich, im Ton, in diesem musikalisch dialogischen, in der Neugier, irgendwo hinzugreifen, was sie explorieren, wo sie [die Psychologin] Schlüsse draus ziehen kann. Und das könnte sie über ein verbales Befragen gar nicht oder über verbale Zugänge nicht so gemacht werden. Und ich finde, das ist auch die große Chance, dass sie eben diese, dass man einfach noch das Leben hat. Also dort, wo die Sprache versagt, einfach auch noch das Erleben hat. Und dass man viele Dinge auch musikalisch aussprechen kann, ohne sie verbal aussprechen zu müssen“ (INT5, Z. 395-402).*

3.5.2 Herausforderungen in der Musiktherapie

Die Therapie mit einer vulnerablen Personengruppe steht auch oft vor Schwierigkeiten. Der Vorteil, dass Musik so eng mit Emotionen verbunden ist, kann sich genauso zu einer Herausforderung entwickeln. Emotionen werden sehr schnell geweckt, sind aber aufgrund eingeschränkter verbaler Fähigkeiten oft nicht erklärbar, wodurch sich die Reaktionen auf die Therapie schnell verändern können. Jede Therapieeinheit ist individuell und von der Tagesverfassung und Stimmung des*der Teilnehmer*innen abhängig. Die Musik und Instrumente werden in jedem Moment anders wahrgenommen. Es *„kann bei manchen Personen auch von einem Moment auf den anderen kippen, dass sie freudestrahlend singt und im nächsten Moment schaut sie mich an und schreit dich an. Das ist sicher eine große Herausforderung. Man muss einfach immer sehr, sehr feinfühlig sein und gut überlegen, was man macht. Man muss selber viel reflektieren, gerade wenn man keine Rückmeldung bekommt, so ist es das Richtige, was*

ma macht? Gibt es vielleicht noch eine andere Methode? Also dass man sich auch nicht ausruht auf seinen Methoden, die eh gut funktionieren“ (INT7, Z. 343-350). Auch wird die Musik subjektiv von den Klient*innen wahrgenommen. Methoden, welche bei dem*der einen Klient*in beispielsweise eine Entspannung bewirken kann, ist für eine*n andere*n Klient*in mit einer Stresssituation verbunden.

Die Auseinandersetzung mit negativen Erinnerungen und Gefühlen kann jedoch auch hilfreich sein und sollte daher bewusst in der Therapie einen Platz finden. Es gestaltet sich für die Therapeut*innen allerdings schwierig einzuschätzen, wann es notwendig ist einzugreifen und umzulenken, um die Personen aus den Erinnerungen zurückzuholen. Ein Klient hat sich durch das Singen eines bekannten Liedes *„auf die Alm versetzt gefühlt, und i hab ma gedacht: Ma fein, und dann hat er gesagt: Und plötzlich war ma Schwammerl suchen und da war es neblig und da hamma uns sehr verirrt. Und dann hat er erzählt von einer schwierigen Situation, wo er und seine Frau sich verirrt haben beim Schwammerl suchen. Und das ist ein gutes Beispiel, dass rezeptive Musiktherapie sehr, sehr vorsichtig eingesetzt werden muss, weil auch Angstmomente wieder erlebt werden können“ (INT6, Z. 180-186).*

Eine weitere Herausforderung besteht in der Gruppentherapie für Menschen mit Demenz darin, die Interessen und Wünsche aller Beteiligten zu berücksichtigen. Die Personen vergessen oft, welches Lied bereits gesungen wurde und wünschen sich immer wieder die gleichen Lieder. Da Teilnehmer*innen mit unterschiedlichen Demenzstadien teilnehmen, langweilen sich manche bei den Liedwiederholungen. Es ist allerdings wichtig, alle Liedwünsche so gut wie möglich zu berücksichtigen. Auch die fehlenden Rahmenbedingungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern erschweren das Schaffen eines geschützten Raumes. Es gehen immer wieder andere Personen vorbei und beteiligen sich. Dies fördert natürlich die Kommunikation, kann allerdings auch störend auf Einzelpersonen wirken. Besonders im Gruppensetting ist es oftmals schwierig alle Teilnehmer*innen bei Laune und in der Gegenwart zu halten. Wenn die Personen gelangweilt sind, kommt es vor, dass sie einfach aufstehen und weggehen. Während im Einzelsetting in solchen Situationen mit den Klient*innen mitgegangen werden kann, gestaltet sich dies in der Gruppe sehr schwierig.

Die Herausforderung im individuellen Setting besteht vor allem dann, wenn die Therapie aufgrund von Einschränkungen der Mobilität im Rahmen eines Hausbesuchs durchgeführt wird. Hier hat der*die Therapeut*in meist sehr viele Materialien, welche er*sie mitnehmen und transportieren muss. Ebenfalls erschwert die Unberechenbarkeit der Teilnehmer*innen die Therapie. Therapiestunden können nur schwer geplant werden, und es ist viel Spontantät und Improvisationsvermögen von Seiten des*der Therapeut*in notwendig.

3.6 Wesentliche Unterschiede zu anderen Zielgruppen und Therapieformen

3.6.1 Unterscheidung Therapieformen

Die Musiktherapie zeigt im Vergleich zu anderen psychosozialen Therapieformen nur wenige negative Aspekte auf. Ein großes Problem sind unter anderem die fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten. Von Seiten der gesetzlichen sowie privaten Krankenkassen gibt es bis dato keine Möglichkeit einer Kostenübernahme oder eines teilweisen Kostenersatzes. Auch die Hausbesuche im Rahmen der Musiktherapie sind im Vergleich zu anderen Therapien problematischer, da viele Instrumente und Materialien von den Therapeut*innen mitgebracht werden müssen. Die nonverbale Kommunikation zwischen Klient*in und Therapeut*in ist ein großer Vorteil, aber auch hier gibt es oft Probleme, da die Therapie dadurch *„sehr schwammig [ist]. Ja, es ist jetzt nicht nix Klares ja, also oft ist es auch irrsinnig schwierig Außenstehenden zu erklären, was ist jetzt passiert? Und dann erklär ich das, es ist aber so schwammig“* (INT7, Z. 363-366).

Diesen Nachteilen der Therapie stehen allerdings viele Vorteile gegenüber. *„Der größte Vorteil der Musiktherapie finde ich, dass viel nonverbal geht. Da müssen wir gar nicht recht sprechen und reden. Wir verstehen uns übers Singen und einfach so, übers Tun. Also das geht auch dann mit Menschen, die eigentlich sprachlich nimma mehr so fit sind, aber trotzdem ist Therapie möglich und wir verstehen uns“* (INT1, Z. 223-227). Musik ist ein Medium, welches uns unser ganzes Leben lang begleitet und uns miteinander verbindet. Und im Rahmen der Therapie ist es möglich zu Personen, welche aufgrund einer Demenzerkrankung kognitiv eingeschränkt sind, einen Zugang zu finden. Auch wenn eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, können Impulse und Reaktionen aufgegriffen und mit ihnen gearbeitet werden. *„Wir gestalten uns über Sprache, unsere eigene Wirklichkeit“* (INT5, Z. 378-379).

Die Therapie mit Musik bietet die Möglichkeit individuell auf den*die Klient*in eingehen zu können. Es gibt keine Ausschlusskriterien für Musiktherapie, wenn der*die Klient*in für Musik offen ist. Die Stimme und der Körper sind immer dabei, daher kann Musik jederzeit gemacht werden und erfordert nicht unbedingt Materialien oder Instrumente. Musiktherapie bietet einen leistungsfreien Zugang zu einem Menschen mit Demenz und ist jederzeit möglich. Die Personen müssen nichts tun und auch nicht kontaktfähig sein. Sie können rein durch das Zuhören erreicht werden. Das zeigt auch die Erfahrung einer Musiktherapeut*in mit einer Pflegeheimbewohnerin, *„wo mir gesagt wurde, dass die auch sehr aggressiv sein kann, dass sie die Logopädin gezwickt, also gebissen und gekratzt hat und alles und beschimpft hat und alles andere, die Pflegepersonen alle beschimpft hat. Und von der hab ich nur im Hintergrund gwisst, dass sie sehr religiös ist und dass sie hald klassische Musik mag und immer wenn ich hin gekommen bin, hat sie geschlafen. [...] Und das eine Mal auch, wo ich sie dann hald wirklich, wo ich*

dann mir gedacht hab, es hat eigentlich keinen Sinn, ich geh jetzt und beende es früher, greift sie mich an und sagt: Du bist so angenehm. Ja und das war wirklich, wo ich gmerkt hab, sie hat das alles mitbekommen immer, sie hat zwar geschlafen oder auch nicht, aber sie hat das wirklich mitbekommen. Und dann habe ich sofort mich wieder hingesezt, Gitarre wieder ausgepackt direkt gespielt. Also das ist schon was, wo man wirklich sieht, man erreicht sie, auch wenn man scheinbar glaubt, dass sie schlafen“ (INT4, Z. 333-351).

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist, dass im Rahmen der Therapie auch die Angehörigen einbezogen werden können. In der Therapie mit einem Klienten, welcher aufgrund seiner Demenzerkrankung bereits sehr desorientiert ist, *„habe ich jetzt eigentlich die Frau immer mit dazu genommen, weil das ist die einzige Therapie, wo sie gemeinsam auch was Schönes erleben können und was Beziehungsstärkendes. Also im Alltag ist hald, geht es immer um seine Defizite, was er nicht kann, wie schwierig er ist. Und bei mir in der Therapie ist es hald so, dass sie mitkommt und einmal nicht die Nebenherlaufende oder Wartende oder was auch immer ist, sondern so ihr Gemeinsames im Mittelpunkt steht. Und da singen wir hald zusammen Lieder und reden über die Liebe und was weiß ich. Also so das, was irgendwie auch für sie beziehungsstärkend ist, dass ihre gemeinsamen Erfahrungen, Lieder, die sie gern gehört haben, sie erzählen, wo sie wann getanzt haben und geben sich sehr viel Bestätigung auch irgendwie so, ja solange haben sie es schon miteinander geschafft und so, also und da ist die Frau natürlich auch mittendrin und auch froh mal einen Raum zu haben“ (INT5, Z. 294-305).*

Der größte Vorteil der Musiktherapie im Vergleich zu anderen psychosozialen Therapieformen ist allerdings, dass die Therapie und der Zugang zum*zur Klient*in in jedem Stadium und in so gut wie jeder körperlichen und emotionalen Verfassung möglich ist. *„Es ist noch eine Freude da, obwohl ich weiß, sie kann jeden Moment, eigentlich jeden Tag sterben. Das geht bei keinen anderen Therapien, glaube ich“ (INT4, Z. 233-235).* Die Therapie und der Zugang zu einem Menschen ist mit Musik bis zum Lebensende noch möglich, wie ein einschneidendes Erlebnis einer Interviewpartnerin zeigt. *„Das Pflegepersonal hat mich angefordert quasi, weil diese Patientin unruhig ist und anscheinend Angst hat vorm Sterben. Und i weiß nu, i bin mit der Gitarre hingegangen und habe begonnen, die Bergpredigt her zu spielen. Und es hat gar nicht lang gedauert, hat diese Patientin mitgesungen. Ja, und zwar alle drei Strophen. Und i hab es wiederholt und i hab gmerkt dann, wie sie ruhiger geworden ist, die Atmung ruhiger gworden und sie ist dann eingeschlafen“ (INT1, Z. 326-332).*

3.6.2 Angehörigenmeinung

Grundsätzlich ist die Haltung der Angehörigen gegenüber der Musiktherapie durchaus positiv. Manche Angehörige stehen der Behandlung sehr skeptisch und misstrauisch gegenüber, je nachdem, was sie selbst mit Musik assoziieren. Dieses Bild wandelt sich jedoch meistens im Laufe der Therapie ins Positive, wenn die Familienmitglieder sehen und auch miterleben, wie

die Musiktherapie die Menschen ansprechen kann. Viele Angehörige sind erfreut, wenn mit den Personen mit Demenz gearbeitet wird und ihre Lebensqualität verbessert wird. Besonders wenn eine gemeinsame Therapie möglich ist, sehen die Angehörigen schnell, wieviel Kraft in der Therapie steckt und sind auch selbst motiviert und begeistert. Das gemeinsame Erinnern als Erlebnis ist für alle Beteiligten wertvoll.

Es ist jedoch auch zu erwähnen, dass wenn die Angehörigen sehr negativ der Therapie gegenüber eingestellt sind, sie den*die Therapeut*in, vor allem im niedergelassenen Bereich gar nicht erst kontaktieren und in Anspruch nehmen.

3.6.3 Barrieren zur Therapie

Das größte Hindernis für die Inanspruchnahme von Musiktherapie bei Menschen mit Demenz ist, dass sie diese nicht mehr selbst initiieren können und auf die Unterstützung ihrer Angehörigen oder Institutionen angewiesen sind. Haben jene eine negative Einstellung gegenüber der Musiktherapie und wollen diese womöglich auch nicht bezahlen, kann die Therapie nicht in Anspruch genommen werden. Besteht kein gutes Verhältnis zu den Angehörigen, wird die Finanzierung auch aus den Gründen nicht unterstützt, da Aussagen kommen wie *„in alte Leute brauchen wir nichts mehr investieren, die sterben eh bald. Also ja, genau, das ist eine große Hürde für diese Zielgruppe“* (INT5, Z. 513-515).

Musiktherapie ist auch oft nicht die primäre Therapie, die in Betracht gezogen wird, denn die Ziele und Erfolge sind insbesondere mangels signifikanter wissenschaftlicher Evidenz und fehlender finanzieller Unterstützungen eher unbekannt. Es ist daher sehr viel Initiativarbeit der Therapeut*innen notwendig.

Kommt es jedoch schlussendlich dazu, dass eine Musiktherapie in Anspruch genommen wird, ist eine weitere Barriere meist die Anreise. Dadurch dass nicht alle Therapeut*innen Hausbesuche anbieten, müssen die Klient*innen selbst in die Praxis oder Institution kommen. *„Einerseits höre ich, der Person geht es so viel besser nach der Musiktherapie, da ist er immer ganz geordnet, da ist er strukturierter. Aber der Weg von zu Hause dorthin ist so beschwerlich und mit so viel Unruhe verbunden [...] . Also da habe ich manchmal das Gefühl, dass der Nutzen geringer ist als der Schaden“* (INT6, Z. 306-311).

Ist auch diese Barriere gelöst, besteht in der Therapie selbst auch noch die Herausforderungen des freien Singens. Einige Personen besitzen eine Scham vor der eigenen Stimme und dem Singen oder Musizieren vor einer fremden Person. *„Ich kann nicht singen. Ich kann kein Instrument spielen. Ja, das sind oft diese ganz großen Hürden, die da sind, bevor man wirklich in die Musiktherapie geht, weil die eigene Stimme oft sehr schambesetzt ist. Auch Musik an sich, wo sehr oft Leistungsdruck besteht, wo man glaubt, Oh ja, ich muss da jetzt was leisten“* (INT1, Z. 260-264).

3.7 Veränderungspotenziale der Musiktherapie

3.7.1 Für mehr Anbieter*innen

Die notwendigen Veränderungen, damit es mehr Anbieter*innen und mehr Kund*innen für Musiktherapie für Menschen mit Demenz gibt, sind sehr ähnlich. Der größte Handlungsbedarf ist auf politischer Seite her gegeben. Es braucht eine finanzielle Unterstützung für die Klient*innen durch eine (teilweise) Kassenfinanzierung sowie regionale und flächendeckende Versorgungszentren, um jedem*jeder Interessent*in die Möglichkeit einer Inanspruchnahme zu ermöglichen.

Auf Seiten der Bildungseinrichtungen benötigt es in Österreich mehr Ausbildungsmöglichkeiten auch mit Schwerpunktsetzungen sowie eine Aufklärung über Musiktherapie in anderen Berufsfeldern wie beispielsweise im Bereich Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie oder auch im Medizinstudium.

Um mehr Musiktherapeut*innen für die Zielgruppe der Menschen mit Demenz zu gewinnen, sind hingegen nicht alle Möglichkeiten zielführend, das ist viel mehr eine „individuelle Geschichte. Ich glaube nicht, dass da die Rahmenbedingungen irgendwie was bewirken würden“ (INT2, Z. 317-318). Eine Möglichkeit wäre jedoch, mehr Fortbildungsangebote in diesem Bereich anzubieten.

3.7.2 Für mehr Kund*innen

Um mehr Kund*innen für die Angebote der Musiktherapeut*innen zu finden, ist es wichtig, auf diese Therapieform aufmerksam zu machen. Die anzusprechende Zielgruppe sind Angehörige von Menschen mit Demenz. Vor allem sollten Ärzt*innen und Vereine sowie Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige informiert werden. Es soll dafür Sorge getragen werden, dass „sich die Patient*innen nicht selbst drum kümmern müssen, sondern es sozusagen angeboten bekommen“ (IN1, Z. 304-305).

Von den Musiktherapeut*innen selbst ist es zusätzlich nötig, auf diese Therapieform aufmerksam zu machen und sie in die Bevölkerung einzubringen. Angefangen in den Kindergärten, über Schulen und Beratungszentren, bis hin zu den Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Um Personen abseits von dem Titel „Therapie“ den Zugang zur Musik zu vereinfachen, ist es sinnvoll eigene Musik-Sing-Vereine zu etablieren.

Wurden die Angehörigen über die Möglichkeiten informiert und sind die Rahmenbedingungen vorhanden, ist es wichtig, die Therapie leistbar zu machen. Hierzu sind wieder politische Maßnahmen im Rahmen einer Kassenfinanzierung oder eines Kostenzuschusses notwendig.

3.8 Wichtigkeit

Eine Demenzerkrankung ist mit einem fortschreitenden kognitiven Abbau verbunden. Die positiven Effekte der Musiktherapie halten daher oftmals nicht lange an, aber *„schon für diesen kurzen Moment ist es, finde ich, gerade für diese Menschen wichtig, dass sie sich wieder selber fühlen oder ja, dass sie einen hellen Moment unter Anführungszeichen haben.“* (INT1, Z. 367-369). Musiktherapie ermöglicht ein *„in Kontakt kommen mit den Leuten, wo rundherum schon und in einem viel zerfällt“* (INT3, Z. 345-346).

Musiktherapie bietet eine besondere Form der Therapie, weil *„man kann Menschen eigentlich [...] noch sehr, sehr lange erreichen, auch wenn sie in einem sehr reduzierten Bewusstseinszustand sind. Und das sehe ich als besondere Chance, [...] aber auch natürlich als Gefahr. Da [...] es auch zu Reizüberflutungen kommen kann. [...] je schlechter oder je abgebauter ein Mensch, [...] umso weniger sollte man sie auch beschallen mit irgendwelcher Konservenmusik, [...] sondern dann gerade dann ist es wichtig, [...] im Dialog eine Musik anzubieten, selber vorzuspielen, zu singen“* (INT5, Z. 330-340).

Trotz einiger Einschränkungen, welche eine Demenzerkrankung mit sich bringt, kann Musik ein wertvolles Medium für die Betroffenen sein, *„weil es eine Ressourcenaktivierung ermöglicht und eine Steigerung der Lebensqualität. Und das auch ohne dass es noch sprachliche Fähigkeiten geben muss. [...] Und eine Aktivierung eigentlich auch und gleichzeitig auch eine Regulation des Spannungsgrades möglich macht. Und zwar jenseits von Pharma- und Co-Therapie“* (INT6, Z. 430-434). Es handelt sich um ein Medium, mit welchem man die Menschen *„einfach wirklich bis zuletzt, bis zum Sterbebett noch erreichen“* (INT4, Z. 327-328) kann.

Mit dem Fortschreiten einer Demenzerkrankung, sinkt auch oftmals die Wertschätzung für diesen Menschen. Und *„das ist grad bei Menschen mit Demenz sehr wichtig, dass man jemanden das Gefühl zeigt: Ich bin da, damit ich dir zuhöre, damit ich mit dir was mache. Ich will etwas erfahren von dir. Ich glaube, das ist das, was ziemlich schnell verloren geht. Generell bei älteren Menschen inzwischen ja. Und wir können jetzt gemeinsam was gestalten, was dir wichtig ist und was mir dann vielleicht auch wichtig wird. Also mir geht es dann schon oft so und ich empfinde das als sehr schön“* (INT7, Z. 472-478).

In der täglichen Arbeit eines*einer Musiktherapeut*in lernen diese viele unterschiedliche Menschen kennen. Als *„Resümee, kann ich nur sagen, es ist so schön zu sehen, wie individuell die Menschen sind, wie viel Schönheit und wie viel Charakter da hinter dieser Demenz trotzdem da ist und wie toll das [die Musiktherapie] ankommt“* (INT2, Z. 349-351).

4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Wie kann Musiktherapie bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden und welche Chancen und Herausforderungen sind damit verbunden?

In Rückbezug auf die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit lässt sich festhalten, dass es eine Vielzahl an Möglichkeiten gibt, um im Rahmen einer Musiktherapie mit demenziell erkrankten Menschen in Kontakt zu treten.

Die primären Ziele der Musiktherapie bei Menschen mit Demenz sind laut Sutter (2015, S. 25) psychologischer, körperlicher und sozialer Natur. Um die psychologischen Ziele zu erreichen, nutzen die befragten Musiktherapeut*innen hauptsächlich aktive Techniken, wie beispielsweise das gemeinsame Singen mit Instrumentalbegleitung, sowie im Rahmen der rezeptiven Therapie das Fürspiel. Die Favorisierung dieser Therapiemethode wurde gewählt, da dies beides Methoden sind, welche schnell und einfach angepasst und individualisiert werden können.

Da jede*r Klient*in einen unterschiedlichen Zugang und Erfahrung mit Musik hat, werden nicht bei allen Therapieeinheiten Instrumente verwendet. Einerseits werden nicht alle Instrumente von den Klient*innen gleich wahrgenommen und eine Überforderung soll vermieden werden. Jedoch ist ein deutlicher Unterschied in der Settingart erkennbar. Während in der Einzeltherapie der Einsatz von Musikinstrumenten eine wichtige Rolle spielt, werden diese in der Gruppentherapie weniger verwendet. Der Grund für den geringeren Einsatz wird damit begründet, dass in der Therapie mit der Gruppe bereits sehr viele Eindrücke auf die Klient*innen einwirken und die zusätzliche Verwendung von Instrumenten zu sehr überfordern und die Konzentration vermindern würde.

Um die körperlichen Ziele zu erreichen, werden mit den Klient*innen im Rhythmus der Musik Bewegungs- und Tanzübungen durchgeführt. Insbesondere in Gruppensettings können diese einfach und dynamisch integriert werden. Durch die Kommunikation und Diskussionen werden die sozialen Ziele während der Therapie mit dem*der Therapeut*in oder anderen Klient*innen erfüllt.

Obwohl diese Ziele langfristige Erfolge erzielen sollen, mit einer Stabilisierung der Einschränkungen der Patient*innen und dem Vermeiden von Verschlechterung (Kersten, 2019, S. 28ff.), sind die Veränderungen der Klient*innen meist nur von kurzer Dauer. Besonders bei Personen in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz, sind die Erfolge kurz nach der Therapieeinheit bereits wieder vergangen, wobei *„schon für diesen kurzen Moment ist es, finde ich, gerade für diese Menschen wichtig, dass sie sich wieder selber fühlen oder ja, dass sie einen hellen Moment unter Anführungszeichen haben“* (INT1, Z. 367-369).

Um eine Therapie personalisiert und zielgerichtet durchführen zu können, ist eine Biografiearbeit laut Kiewitt (2011) von großer Priorität. Sie dient unter anderem dazu, die Lieder nach der persönlichen Entwicklung her zu wählen. Die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit ist

bei den befragten Therapeut*innen jedoch entweder generell nicht vorgesehen oder kann aufgrund der fehlenden zeitlichen Ressourcen nicht integriert werden. Hierbei ist jedoch ein deutlicher Unterschied bei den Anbieter*innen von Gruppensettings und Einzelsettings erkennbar. Während in der Gruppentherapie der zeitliche Aufwand für die Aufarbeitung jeder Biografie von Seiten des*der Therapeut*in nicht durchführbar ist, wird eine Biografiearbeit im Einzelsetting im Erstgespräch behandelt.

Der Einfluss der Musiktherapie auf die Klient*innen kann sowohl in den positiven als auch in den negativen Bereich übergehen. Als positive Veränderungen lassen sich vor allem die psychische Aktivierung der Klient*innen durch beispielsweise einen klaren und wachen Zustand feststellen sowie die Beanspruchung der verschiedenen Gehirnareale wie Erinnerung, Sprache, Motorik und Mimik erkennen. Von vielen Therapeut*innen und Angehörigen wird auch eine strukturiertere und motiviertere Lebensweise beobachtet. Auf der negativen Seite lassen sich hingegen oft Zustände einer Reizüberflutung und Verwirrtheit beobachten. Mit dem Erinnern an die persönliche Vergangenheit, kommt es des Öfteren zu einem Erleben von vergangenen und belastenden Ereignissen, welche zu Angstzuständen oder Trauerzuständen führen können.

Da jede unserer Erinnerungen mit Emotionen verbunden sind, haben auch Gefühlsregungen in der Musiktherapie bei Menschen mit Demenz eine wichtige Bedeutung. Diese zeigen sich beispielsweise durch einen Ausdruck von Fröhlichkeit, Vertrauen, Wohlgefühl und Zugehörigkeit, allerdings auch durch Wehmut und Aggression. Von der körperlichen Seite sind ebenfalls positive Veränderungen zu beobachten, da die Klient*innen im Rahmen der Therapie sich auch bewegen und dadurch mobilisiert werden. Für Menschen mit eingeschränkter Mobilität kann der *die Therapeut*in dabei helfen die Arme oder den Rollstuhl zu bewegen. Sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie können zwischenmenschliche Auswirkungen beobachtet werden. Es kommt einerseits zu einer Bindung zwischen Klient*in und Therapeut*in aufgrund der persönlichen Geschichten und Erfahrungen, aber auch in der Gruppentherapie zu einer Kommunikation untereinander und dem Aufbau von Beziehungen. Es ist jedoch wichtig zu beachten, besonders im Setting mit mehreren Klient*innen, niemanden zu vernachlässigen und die Aufmerksamkeit eines*einer Jeden in den Vordergrund zu bringen.

Allen befragten Therapeut*innen ist es auch ein großes Anliegen, negative Gefühle, Erinnerungen und Veränderungen nicht komplett zu vermeiden, sondern bei einem Auftreten dieser, bewusst, ernsthaft und wertschätzend mit den Klient*innen umzugehen, denn *„was kommt kommt, das ist im Menschen und es wird dann sowieso früher oder später außer kema, [...] Und do machs lieber i, weil i ma dann denke, ich versuch es dann aufzufangen und ich bin do und hab dann Zeit“* (INT2, Z. 185-188).

Mit Hilfe der musiktherapeutischen Arbeit können sowohl Geistes- und Körperfunktionen aktiviert als auch beeinflusst werden. Nach Trappe (2009) kann ebenfalls ein hormonelles Gleichgewicht sowie eine Schmerzlinderung angestrebt werden. Diese Ziele werden jedoch im Rahmen der durchgeführten Expert*inneninterviews nicht intendiert. Die zu erreichenden Verbesserungen zielen hier vor allem auf die seelische Gesundheit ab.

Das größte Potenzial der Musiktherapie liegt darin, ein nonverbales Erleben und Erinnern zu ermöglichen. Dort wo nur mehr wenig Sprache vorhanden ist, ist es möglich mit der Hilfe von Musik Personen mit einer Demenzerkrankung zu erreichen und auch mit ihnen in Kontakt zu treten. Die Therapie hat kein Ausschlusskriterium und kann in jedem Demenzstadium, auch bis zum Lebensende, Erfolge erzielen. Musik soll nicht direkt körperliche oder seelische Leiden heilen, sondern die Lebensqualität verbessern und das Selbstwertgefühl stärken.

Trotz vieler positiver Studien und Erfahrungsberichte von Musiktherapie bei Demenz sind die größten Herausforderungen, die fehlenden finanziellen Unterstützungen und das unzureichende Angebot von Festanstellungen. Aufgrund des geringen Versorgungsangebots ist ebenfalls die Mobilität und Anreise für einige Klient*innen mit Barrieren verbunden, da nicht alle Musiktherapeut*innen Hausbesuche anbieten. Menschen mit Demenz können eine Therapie meist nicht mehr selbst initiieren und sind daher auf die Unterstützung durch die Angehörigen angewiesen. Während der Therapie ist eine große Herausforderung für die Therapeut*innen auch die subjektive Musikwahrnehmung der Klient*innen. Die Methoden und Lieder müssen daher individuell an den*die Klient*in angepasst werden.

Bislang gibt es in Österreich keine individuelle Zusatzausbildung für die Musiktherapie bei Menschen mit Demenz. Daher ist es für die Therapeut*innen um so wichtiger, schnell auf ihre Patient*innen eingehen zu können und die Behandlungen an deren Reaktionen anzupassen. Im Vergleich zur Musiktherapie mit anderen Zielgruppen, ist bei Menschen mit Demenz vor allem die Unberechenbarkeit der Klient*innen eine Herausforderung für die Therapeut*innen. Die Reaktionen der Klient*innen sind sowohl tages- und stimmungsabhängig und können sich auch während der Therapie unerwartet ändern. Man kennt nie die komplette Geschichte der Klient*innen und selbst durch eine intensive Biografiearbeit können unerwartete Erinnerungen und Gefühle auftreten. Es können Gefühle entstehen, welche aufgrund von reduzierten verbalen Fähigkeiten nicht erklärt werden können.

Um die Musiktherapie für Menschen mit einer Demenzerkrankung flächendeckend zu etablieren, bedarf es unter anderem der Kostenbeteiligten der Krankenkassen und dem Ausbau von Versorgungszentren. Damit die vorhandenen Angebote zur Musiktherapie allerdings auch in Anspruch genommen werden, benötigt es Aufklärung über die Möglichkeiten und Anwendungsgebiete der Musiktherapie sowie eine Integration bei der Ausbildung anderer Berufsgruppen.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Musik schafft Lebensqualität, Selbstvertrauen und ein Zugehörigkeitsgefühl. Im Rahmen der Expert*inneninterviews wurden die positiven körperlichen, seelischen und sozialen Möglichkeiten von allen Musiktherapeut*innen bestätigt. Eine Therapie in Form von Schmerzlinderung oder dem Herstellen eines hormonellen Gleichgewichts wird allerdings durch die befragten Therapeut*innen nicht bewusst angesteuert. Sowohl die Klient*innen als auch die Therapeut*innen empfinden Spaß und Freude an der Therapie und profitieren von dieser. Eine musiktherapeutische Arbeit kann auch die Arbeit von anderen Berufsgruppen wie beispielsweise Pflegepersonal oder Psychotherapeut*innen unterstützen. Aus dieser Sicht hätte die flächendeckende Etablierung von Anstellungsverhältnisse speziell in institutionelle Einrichtungen auch positive Einflüsse auf andere Therapeut*innen und Mitarbeiter*innen.

Den vorhandenen Herausforderungen der Therapie kann durch eine sorgfältige Planung, viel Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Angehörigen und dem Pflegepersonal entgegen gewirkt werden. Ist ein positiver Bezug und eine Offenheit zur Musik vorhanden, gibt es bis auf negative Reaktionen aufgrund schlechter Erinnerungen grundsätzlich keine Nachteile der Therapie. Insgesamt kann Musiktherapie ein wertvolles Instrument zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz sein.

Es besteht weiterhin ein großer Forschungsbedarf im Bereich der Musiktherapie. Besonders in Bezug auf die Langzeitauswirkungen von Musiktherapie bei Menschen mit einer Demenzerkrankung, sind keine qualitativ hochwertigen Studienergebnisse zu finden. Auch ist es notwendig, die Auswirkungen und Effekte von Musik differenziert auf die unterschiedlichen Demenzarten zu betrachten und dementsprechende Therapiemethoden zu entwickeln. Es ist jedoch bei allen Forschungsstudien darauf zu achten, eine hohe Anzahl an Proband*innen einzubeziehen, um repräsentative Ergebnisse zu erhalten. Genauso wichtig wie qualitativ hochwertige Studienergebnisse zu erhalten ist es auch, diese Ergebnisse anschließend in die Bevölkerung zu bringen, um die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeiten der Therapie mit Musik zu lenken.

Musiktherapie zählt aktuell noch immer zu einem Nischenberuf in Österreich. Aktuelle Entwicklungen sollen dies jedoch ändern. Am 12. Oktober 2022 wurde der Entschließungsantrag des österreichischen Nationalrates mehrstimmig angenommen. *„Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wird aufgefordert, im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit die Verankerung von Musiktherapie in den österreichischen Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäusern bis zum 31.12.2023 zu gewährleisten.“* (Parlamentsdirektion, 2022). Wie diese Maßnahmen konkret aussehen werden, ist jedoch noch nicht entschie-

den. Es wurde vorgeschlagen, Musiktherapie als Basisangebot in allen wesentlichen Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser zu etablieren und eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen zu ermöglichen. Auch wurde im Entschließungsansuchen gefordert das Berufsbild der Musiktherapie zu stärken sowie die Therapeut*innen in die Strukturpläne Gesundheit aufzunehmen.

„Wert entsteht mit dem, was man hald gemeinsam in der Lage ist zu schaffen, nicht per se, sondern in der Begegnung, in dem Miteinander“ (INT5, Z. 545-546).

Literaturverzeichnis

- Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung*. Verlag Barbara Budrich.
- Gatterer, G. (2015). Bedürfnisorientierte Betreuungsstrukturen für ältere Menschen und mit Demenzerkrankung. *Pflege Professionell*, 02/2015, 37-42.
- Kant, I. (1913). *Kritik der Urtheilskraft* (Königlich Preußische Akademie der Wissenschaften, Hrsg.). Georg Reiner.
- Kersten, A. (2019). *Musikinterventionen und Demenz*. Springer.
- Kiewitt, K. (2011). Die Bedeutung populärer Musik in der Musiktherapie bei Demenz - Eine empirische Untersuchung. In T. Wosch (Hrsg.), *Musik und Alter in Therapie und Pflege*. W. Kohlhammer GmbH.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken* (13. Auflage). Beltz.
- Muthesius, D., Sonntag, J., Warme, B. & Falk, M. (2019). *Musik - Demenz - Begegnung: Musiktherapie für Menschen mit Demenz* (2. Aufl.). Mabuse-Verlag.
- Parlamentsdirektion. (2022). *Entschließungsantrag 2935/A(E) XXVII. GP*. Republik Österreich.
- Poeck, K. & Hacke, W. (2006). *Neurologie* (12. Aufl.). Springer Medizin Verlag.
- Schaade, G. (2009). *Demenz, Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Springer Medizin Verlag.
- Sutter, R. (2015). Musiktherapie bei Demenz. In A. Pöpel, S. Lutz Hochreutener & B. Roelcke (Hrsg.), *Evidenzbasierte Musiktherapie bei Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)* (S. 15-105). Urban & Fischer.
- Trappe, H. J. (2009). Musik und Gesundheit: Welche Musik hilft welchem Patienten – welche eher nicht? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 134(51/52), 2601-2606. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1244817>
- Trappe, H. J. (2017). Musik und Herz: Was ist gesichert, was nicht, was ist neu? *Der Kardiologe*, 11(6), 486–496. <https://doi.org/10.1007/s12181-017-0192-7>
- Tüpker, R. & Keller, B. (2020). Musiktherapie mit alten Menschen. In H. H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.), *Lexikon Musiktherapie* (S. 341-345). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Online-Quellen

Online Quellen

https://aha-bildungsberatung.at/musiktherapeut-werden/#Ausbildungsanbieter_in_Oesterreich [Abruf am 13.03.2023]

<https://www.maxqda.com> [Abruf am 06.03.2023]

<https://www.musiktherapie.at> [Abruf am 11.02.2023]

<https://www.oebm.org> [Abruf am 11.02.2023]

<https://www.sonix.io> [Abruf am 01.03.2023]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Musiktherapeut*innenauswahl..... 5

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gebildete Kategorien; eigene Darstellung..... 9

Anhang

Interviewleitfaden

Beruflicher Kontext

1. In welchem Kontext bieten Sie Musiktherapie für welche Zielgruppen an und wie lange sind Sie in dem Bereich bereits tätig?
2. Welche Ausbildung und welche Zusatzqualifikationen haben Sie hierfür absolviert?
3. Warum wollten Sie den Beruf Musiktherapeut*in ausüben und warum speziell mit der Zielgruppe Menschen mit Demenz?

Therapiemethoden

4. Welche aktiven Therapiemethoden und Materialien wenden Sie in der Praxis bei Menschen mit Demenz am Meisten an und welche Ziele verfolgen Sie damit?
5. Welche passiven Therapiemethoden und Materialien wenden Sie in der Praxis bei Menschen mit Demenz am Meisten an und welche Ziele verfolgen Sie damit?
6. Welche Methoden werden von den Klient*innen bevorzugt?
7. Inwiefern führen Sie Biographiearbeit mit Ihren Klient*innen durch? Wird dies bei allen Klient*innen gemacht?
8. Wie wählen Sie die geplanten Methoden und Lieder aus und können die Klient*innen Einfluss auf diese nehmen?

Veränderungen

9. Welche negativen Veränderungen können auftreten? Wie können diese vermieden werden?
10. Welche positiven Veränderungen an den Klient*innen fallen Ihnen oder den Angehörigen auf?
11. Welche Veränderungen fallen Ihnen bei den Angehörigen aufgrund der Therapieeinheiten oder das Verhaltens Ihrer Klient*innen auf?
12. Welche Veränderungen bemerken Sie bei sich selbst bei oder nach einer Therapieeinheit?

Vergleich

13. Welche Chancen bietet eine Musiktherapie speziell für demenziell erkrankte Menschen?
14. Welche Herausforderungen sind in der Therapie für Sie mit dieser Zielgruppe vorhanden?
15. Im Vergleich zu anderen psychosozialen Therapieformen, was ist der größte Vor- und Nachteil einer Musiktherapie?
16. Wie stehen die Angehörigen Ihrer Klient*innen der Therapie gegenüber?
17. Welche Barrieren sehen Sie für Menschen mit Demenz für der Inanspruchnahme von Musiktherapieeinheiten?

Ausblick

18. Welche Veränderungen würde es Ihrer Meinung nach benötigen, damit es mehr Anbieter*innen für Musiktherapie mit dieser Zielgruppe gibt?
19. Welche Veränderungen würde es Ihrer Meinung nach benötigen, damit es mehr demenziell erkrankte Personen eine Musiktherapie in Anspruch nehmen?
20. Warum empfinden Sie eine Musiktherapie für diese Zielgruppe als wertvoll?

Rückblick

21. Gibt es noch etwas, was Sie abschließend zu diesem Thema sagen möchten?

Information und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen einer Bachelorarbeit zu

Im Takt der Gesundheit

Einsatzmöglichkeiten, Chancen und Herausforderungen von Musiktherapie bei Menschen mit Demenz

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in!

Mein Name ist Michelle Renz und ich bin Studierende des Studiengangs Aging Services Management an der Ferdinand Porsche FernFH in Wiener Neustadt. Ich lade Sie ein, im Zuge meiner Bachelorarbeit zum Thema „Im Takt der Gesundheit - Einsatzmöglichkeiten, Chancen und Herausforderungen von Musiktherapie bei Menschen mit Demenz“ an der Ferdinand Porsche FernFH, an einem Interview teilzunehmen.

Ihre Teilnahme erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aufhören. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Beenden hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und bestätigen Sie die Einwilligung zur Teilnahme nur

- wenn Sie Art und Ablauf dieser Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer*in an dieser Studie im Klaren sind.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist es aufzuzeigen, wie und mit welchen Methoden der Musiktherapie bei Menschen mit Demenz Veränderungen bewirkt werden können und wie sich diese äußern. Es soll beantwortet werden, welche Chancen und Herausforderungen eine Musiktherapie für diese Zielgruppe bieten kann und wie sich diese im Vergleich zu anderen Klient*innengruppen unterscheiden. Ebenso soll ermittelt werden, mit welchen Veränderungen das Angebot und die Bedeutung von Musiktherapie für Menschen mit Demenz verbessert werden kann.

2. Wie läuft die Studie ab?

An der Studie werden fünf bis acht Musiktherapeut*innen (je nach Terminfindung) mittels Interviews befragt. Es werden über persönliche Gespräche, Telefonate und Video-Calls die Daten zum Musikalltag und den Erfahrungen der Therapeut*innen mit an Demenz erkrankten Menschen erhoben. Auch wird auf den beruflichen Hintergrund der Therapeut*innen und Veränderungspotenziale eingegangen. Die Dauer des Interviews wird ca. 30-45 Minuten betragen. Das Interview wird mit einem Audiogerät

bzw. bei Aufzeichnung über Zoom durch eine Software aufgezeichnet und anschließend in einem Textdokument transkribiert und analysiert.

3. Welche Risiken gibt es und wie kann die Teilnahme vorzeitig beendet werden?

Die Teilnahme ist mit keinen Risiken für Sie verbunden und Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden.

4. Datenschutz

Im Rahmen dieser Studie werden Daten über Sie erhoben und verarbeitet werden. Es ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

- 1) jenen personenbezogenen Daten, anhand derer eine Person direkt identifizierbar ist (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Bild- oder Tonbandaufnahmen, ...).
- 2) pseudonymisierten personenbezogenen Daten, das sind Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf die konkrete Person zulassen, entweder entfernt oder durch einen Code (z. B. eine Zahl) ersetzt oder (z.B. im Fall von Bildaufnahmen) unkenntlich gemacht werden. Es kann jedoch trotz Einhaltung dieser Maßnahmen nicht vollkommen ausgeschlossen werden, dass es zu einer Re-Identifizierung kommt.
- 3) anonymisierten Daten, bei denen eine Rückführung auf die konkrete Person ausgeschlossen werden kann.

Zugang zu den Daten anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (siehe Punkt 1), hat nur die Autorin der Bachelorarbeit. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Sämtliche Personen, die Zugang zu diesen Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten den geltenden nationalen Datenschutzbestimmungen und/oder der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Die Weitergabe der Daten an die Betreuerin der Bachelorarbeit zum Zweck der Begutachtung der Arbeit erfolgt nur in pseudonymisierter oder anonymisierter Form. Auch für die Bachelorarbeit oder etwaige Publikationen werden nur die pseudonymisierten oder anonymisierten Daten verwendet.

Der Code, der eine Zuordnung der pseudonymisierten Daten zu Ihrer Person ermöglicht, wird nur von der Autorin der Bachelorarbeit aufbewahrt.

Im Rahmen dieser Studie ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU vorgesehen.¹

¹ Beachten Sie hierbei bitte lediglich, dass im Falle der Verwendung der Software Zoom für das Interview nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, dass Daten des Interviews an Dritte (allenfalls auch in Drittstaaten) weitergegeben werden könnte. Für weitere Informationen hierzu siehe die Datenschutzerklärung von Zoom Video Communications, Inc.: <https://explore.zoom.us/de/privacy/>.

Ihre Einwilligung bildet die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieser Studie verarbeitet werden.

Nach der DSGVO stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu, soweit dem nicht andere gesetzliche Vorschriften widersprechen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

Die voraussichtliche Dauer der Bachelorarbeit ist bis Juni 2023. Die Dauer der Speicherung der erhobenen Daten über das Ende der Studie hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt und beträgt 10 Jahre.

Falls Sie Fragen zum Datenschutz in dieser Studie haben, wenden Sie sich zunächst an mich. Ich kann Ihr Anliegen ggf. an die Personen, die für den Datenschutz verantwortlich sind, weiterleiten.

Datenschutzbeauftragter der FernFH: datenschutz@fernfh.ac.at

5. Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen:

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Teilnehmer*in an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Michelle Renz

Erreichbar unter: Mail: michelle.renz@mail.fernfh.ac.at

Telefon: 0677 / ...

6. Einwilligungserklärung

Name des*der Teilnehmer*in: _____

Ich erkläre mich bereit, an einem Interview im Rahmen der Bachelorarbeit von Michelle Renz teilzunehmen.

Ich habe den Text der Studieninformation und Einwilligungserklärung, der insgesamt vier Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich behalte mir jedoch das Recht vor, die Teilnahme jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich behalte mir außerdem das Recht vor, meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner Daten zu einem späteren Zeitpunkt zu widerrufen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten wie im Abschnitt „Datenschutz“ dieses Dokuments beschrieben, verwendet werden.

Eine Kopie der Studieninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Autorin der Bachelorarbeit.

.....

(Datum und Unterschrift des*der Teilnehmer*in)

.....

(Datum und Unterschrift Michelle Renz)