

## **8. Netzwerktreffen „Almuth“ am 02. November 2013 in Magdeburg**

- I. Einleitung
- II. Vorabendtreffen
- III. Demenz aus Betroffenenensicht (Helga Rohra, München)
- IV. Musiktherapie in Palliative Care (Nicola Tekaath, Magdeburg)
- V. 5-Minuten-Beiträge
- VI. Die Selbsterhaltungstherapie SET (Dr. Barbara Romero, Bad Aibling)
- VII. Expertenrunden
  1. Musiktherapie als Baustein der SET
  2. „Sing mir zur letzten Stunde“
  3. Spiritual Care in Palliative Care
  4. Depression im Alter
- VIII. Abschied und Ausklang

## **I. Einleitung**

Das diesjährige Netzwerktreffen fand auf Einladung von „GRAMMOPHON – Mobile Musiktherapie e.V.“ unter Federführung von Nicola Tekaath am 02. November 2013 in Magdeburg statt. Das Organisationsteam und einige interessierte Mitglieder kamen schon am Vorabend im „Roncalli-Haus“ zusammen, um Pläne für die nächsten Aktivitäten zu sammeln. Die Ideenschmiede brachte folgende Resultate:

## **II. Netzwerk-Vorabendtreffen in Magdeburg, 1.11.2013 im Roncalli-Haus**

Nahezu zwanzig NetzwerkerInnen trafen sich am Abend vor dem Netzwerktreffen, um über zukünftige Arbeit zu sprechen.

Folgende Ergebnisse können dazu bekannt gegeben werden:

Das nächste Netzwerktreffen findet Anfang November 2014 in Weimar statt. Termin wird gerade gesucht.

Es wird in Kooperation mit der Werkstatt Demenz und anderen Partnern stattfinden, die zweijährig das „Symposion künstlerischer Therapien“ organisieren. Gemeinsame Interessen (Austausch, auch interdisziplinär) und Synergie-Effekte sind die Motivation für diese Kooperation. Im Jahr 2015 findet dann das Netzwerktreffen wieder nur „unter uns“ statt.

Das Symposion ist traditionell von Freitag Mittag bis Sonntag Mittag angelegt. Es wird in der Regel vom KDA finanziell unterstützt und muss deshalb verschiedene Regeln erfüllen, wie z.B. die Dauer bzw. Menge der Fortbildung. Wir werden versuchen, das Netzwerktreffen so zu organisieren, dass man wahlweise nur den Samstag oder das ganze Wochenende buchen kann.

Die Themensuche ergab folgende Wünsche:

- Musikalisches Repertoire: Wiegenlieder; Schulhoflieder; Werbemelodien der Fernsehgeneration; Ost/West-Unterschiede; Genderunterschiede; fremde Kulturen ...
- Therapeutische Themen: Suizid; Traumatisierung durch Vergewaltigung im Krieg; Gewalt; Humor; fremde Kulturen...
- ReferentInnen: Rolf D. Hirsch (Gewalt, Humor); Martina Böhmer (sexualisierte Gewalt); Elisabeth Lukas (Logotherapie); Martina Kern, Malteser-Krankenhaus Bonn, Bereichspflegedienstleiterin des Zentrums für Palliativmedizin); Nicole Richards (integrative Validation)
- Zusammenarbeit und Abgrenzung von Musiktherapie und Musikpädagogik
- Einbezug anderer Disziplinen: Clowns ) (Speziell die Leipziger Clowns)
- Musiktherapeutische ReferentInnen: Christoph Schwabe – um auch diese „Schule“ in die Kommunikation des Netzwerks zu holen.
- Organisation: Kinderbetreuung schaffen;

Das ist ja schon eine ganz schöne Sammlung! Die füllt mindestens 2 Netzwerktreffen aus.

Für die Detailplanung vor Ort konnten wir Susanne Schodlok gewinnen; sie lebt in Weimar. Sie freut sich natürlich über Unterstützung!

Protokoll: Dorothea Muthesius

### **III. Demenz aus Betroffenenensicht** (Vortrag Helga Rohra, München)

Die inspirierende Atmosphäre des Hauses übertrug sich am folgenden Tag auf die gesamte Veranstaltung – musikalisch eingestimmt durch eine charmante Darbietung der Lieder „Wir machen Musik“ und „Ich bin ein Mädchen von der Elbe“ seitens der „GRAMMOPHON“-Musiktherapeutinnen.

Nicola Tekaath hieß anschließend alle Anwesenden willkommen und übergab dann das Wort an Simone Willig, die ihrerseits die erste Referentin des Tages, Helga Rohra, sehr herzlich begrüßte.

Helga Rohra berichtet von ihren Erfahrungen als Demenzbetroffene: Nach der Diagnose „Lewy-Body-Demenz“ im Alter von 54 Jahren hatte sie den Entschluss gefasst, an die Öffentlichkeit zu treten, um durch die Schilderung persönlicher Erlebnisse auf die veränderte Lebenssituation demenzbetroffener Menschen allgemein hinzuweisen. Motor für ihre seit Jahren unermüdliche und unerschrockene Arbeit – sie tritt häufig in den Medien und bei Kongressen auf - ist dabei ihr Anliegen, eine „Lobby“ für Menschen mit dieser „nicht-sichtbaren Behinderung“ zu schaffen.

In ihrem Vortrag, den sie entlang ihres eigenen Buches *Aus dem Schatten treten* vorbereitet hat, beschäftigt sich Frau Rohra zunächst mit der Frage, wie eine Demenz im frühen Stadium erkannt werden könne. Typische Kennzeichen seien u.a.:

- Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens (Termine, Orte, Personen)
- Verlust von Orientierung und Routine
- Nicht mehr „Funktionieren“ können
- Schuldgefühle
- Schamgefühle

#### **Persönliches**

Frau Rohra, alleinerziehende Mutter eines Sohnes, arbeitete bis zu ihrer Erkrankung als Konferenzdolmetscherin für mehrere Sprachen, als sie plötzlich „einfach so“ Belastungen eher unbestimmter Art an sich wahrnahm:

- Bestimmte Vokabeln fehlten

- Sie machte häufiger als gewohnt Pausen.

Dass es sich um einen gravierenden Einschnitt („Cut“) handelte, wurde ihr nach einer Konferenz zum Thema „Multiple Sklerose“ deutlich: Bei der Vorbereitung für einen Folgeauftrag machten ihr ungewohnte Wortfindungsstörungen zu schaffen („*Gib mir bitte das da!*“), die die Arbeit im geforderten Maß unmöglich machten - was sie jäh aufschreckte. Doch trotz der beängstigenden Beobachtungen – sie hatte die Vorstellung, an einem Tumor erkrankt zu sein – glaubte sie an eine Heilung.

### **„Egal welche Diagnose – ich werde es schaffen!“**

Mit dieser für sie charakteristisch kämpferischen Einstellung entwickelte Frau Rohra schon früh verschiedene Strategien in dem Bestreben, ein möglichst eigenständiges Leben aufrecht erhalten zu können:

- Analytisch genaues Aufschreiben jeder Beobachtung, die auf eine ungewöhnliche Veränderung hindeutet
- Führen eines „Ausfall“-Tagebuches
- Hinwendung zu Musik, Kunst, Meditation (Achtsamkeitstraining)

Diese Maßnahmen helfen ihr noch immer, kognitive Verluste zu dokumentieren und durch gezieltes Training neu zu erlernen.

### **Diagnose**

Als weiteres erschreckendes Symptom stellten sich optische Halluzinationen ein – ein typisches Phänomen für eine „Lewy-Body-Demenz“.

Nach Diagnosestellung war Frau Rohras Leben kennzeichnenderweise von Phasen des Sich-Zurückziehens und von Depression geprägt: Sie vermied soziale Kontakte (z.B. Telefonate) aus Scham und aus Hilflosigkeit. Von diesen Erlebnissen noch immer tief bewegt appelliert sie an „mutige Freunde“, auffällige Veränderungen bei anderen Menschen offen anzusprechen und Fragen bezüglich einer möglichen Diagnose zu stellen: So unterstützten sie erkrankte Menschen darin, sich aus ihrer Isolation zu befreien.

### **Arztgespräch bei Diagnose**

Wichtig zur Erhaltung der eigenen Würde ist für Frau Rohra die Qualität des Arztgespräches hinsichtlich der Diagnosestellung: Da es sehr unterschiedliche Formen dementieller Erkrankungen gebe, sei es notwendig, den konkreten Namen der Erkrankung zu erfahren. Auch der jeweilige Verlauf der diagnostizierten Erkrankung entwickle sich individuell verschieden, was eine jeweils spezifische Medikation erforderlich mache. Darüber hinaus gelte es, gemeinsam mit den Ärzten lebenspraktische Perspektiven zu erarbeiten, die über eine medikamentöse

Behandlung hinaus gehen. Es dürfe nicht darum gehen, die Patienten uninformiert zu lassen und somit in Abhängigkeit zu schicken!

### **Eigener Weg: Logopädie**

Frau Rohra erläutert, dass im Ausland früher als in Deutschland alternative Formen zur Behandlung von Demenz entwickelt wurden. So habe sie Stärkung und Solidarität durch ein spezielles logotherapeutisches Konzept erfahren, das an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich unter Leitung von Prof. Dr. Steiner erarbeitet wurde.

### **Sinn im Leben – eigene Rechte einfordern**

Als Konferenzdolmetscherin hat Frau Rohra Themen zu Gesundheit und Naturwissenschaften in sieben verschiedene Sprachen übersetzt. Heute ist sie als „Übersetzerin in eigener Sache“ tätig – neben den genannten Aktivitäten auch als Hör-Buch-Autorin und als Vorstandsmitglied der Alzheimer-Gesellschaft München. Da sich das Leben demenzbetroffener Menschen und damit auch die gewohnte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben radikal verändern, ist es Frau Rohra wichtig, sich Dingen zu widmen, die ihrem Leben einen Sinn geben. Von Beginn an wollte sie nicht bemitleidet werden. Anstatt dessen hat sie es zu ihrer Aufgabe gemacht, über die Krankheit zu informieren, öffentlich Rechte zur Unterstützung Demenzbetroffener einzufordern und so Mut zu machen für ein selbstbewusstes Leben.

### **„Demenz fordert auf zu neuer Art der Kommunikation“**

Dieser Appell ist auch vor dem Hintergrund der hohen Anzahl an Früherkrankungen zu verstehen: Demenz kann schon mit 17 Jahren beginnen. In Deutschland leben ca. 280.000 demenzkranke Menschen im Alter von 27 – 50 Jahren. Dementsprechend lautet auch der Titel der Demenz-Hymne: „Ich bin 26, habe Demenz – na und?“

Demenzerkrankte Menschen müssen sich auf Grund der einschneidenden kognitiven Veränderungen permanent auf neue Situationen einstellen. Dies erfordert viel Kraft und Kreativität. Musik ist auch in Helga Rohras Erleben ein künstlerischer Weg, an vorhandene Ressourcen anzuknüpfen und neue Wege der Verständigung zu beschreiten.

Protokoll: CS

[www.helgarohra.de](http://www.helgarohra.de)

Helga Rohra: *Aus dem Schatten treten.*

Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze. Mabuse-Verlag, 2011.

## **IV. Musiktherapie in Palliative Care (Vortrag Nicola Tekaath, Magdeburg)**

Hintergrund der Referentin: Musiktherapeutin, Heilpädagogin, seit 4 ½ Jahren im Bereich „Hospiz“ tätig.

### **1. Zum Begriff „Palliative care“:**

- ▶ palliare (lat.) → umhüllen, pallium (lat.) → Mantel, care (engl.) → Sorge, Achtsamkeit, Pflege
  - Lindern, wo heilen nicht mehr möglich ist
  - persönliche Betreuung statt High-Tech-Medizin
  - Palliativmedizin ist „mehr“: umfassend und interdisziplinär – sogar in der DGP
  - Lebensqualität

### **Definition „Palliativmedizin“ der WHO**

Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, gewissenhafte Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden - körperlicher,- psychosozialer und - spiritueller Art.

### **2. Palliativpatienten/Angehörige erleben:**

Gefühle von Fassungslosigkeit, Hilflosigkeit und Einsamkeit, Trauer, Zweifel, Kontrollverlust, emotionale Taubheit, Demoralisierung, Ängste und den Verlust von Lebenssinn.

### **Palliativpatienten/Angehörige sollen:**

aufgeklärt und kompetent auch bei schwierigen Behandlungsentscheidungen mitwirken

- ▶ gute Patienten sein, Pläne für die nahe Zukunft entwickeln

UND PARALLEL

- ▶ Abschied nehmen, Sich aussprechen, Ihre Angelegenheiten regeln, Vorbereitungen für den Todesfall treffen

→ Unterstützung oft nötig

### **3. Ziele der Musiktherapie:**

- ▶ **Abschied** vom eigenen Körper und der Biographie aktiv gestalten
- ▶ **individuelle Ressourcen** aktivieren und stärken
- ▶ im **Lebensrückblick** Stärken und Errungenschaften würdigen
- ▶ individuelle Trauerwege ermöglichen und begleiten
- ▶ Daseins- / **Lebenssinn** erfahren, schöpfen, geben
- ▶ körperlich aktivieren oder entspannen
- ▶ die Todesangst aushalten helfen
- ▶ der Todessehnsucht einen **Ausdruck** verschaffen
- ▶ Zuversicht, Hoffnung, Liebe, Mut und Dankbarkeit nähren

- ▶ **Schuld** relativieren
- ▶ Freude, Wohlbefinden und Trost **erlebbar machen**

→ Lebensqualität erhalten und verbessern

#### **4. Therapeutische Grundhaltung:**

- ▶ Der Patient ist mein wichtigster Lehrer
- ▶ moment- statt prozessbezogen
- ▶ „absichtsvolle Absichtslosigkeit“ (M. Baumann 2009)
- ▶ Erleben des Momentes als Basis für das Erleben von Lebensqualität, „Zuhören“

#### **5. Musik spricht verschiedene Ebenen an:**

##### **Musik spricht die körperliche, sinnliche Ebene an:**

- ▶ Musik erzeugt Resonanz  
→ gesunde Inseln ansprechen und zum Mitschwingen bringen
- ▶ Musik aktiviert  
→ Musik zur Ressourcenaktivierung und -stärkung
- ▶ Musik entspannt  
→ Musik zur Beruhigung, Atemregulierung, zum Einschlafen

##### **Musik spricht die kommunikative Ebene an:**

- ▶ Musik lindert Hilflosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins  
→ Dirigat dem Patienten überlassen, sowohl hinsichtlich des Angebotes überhaupt als auch hinsichtlich der Inhalte:  
**z.B.** geht der Musiktherapeut wieder, wenn der Patient im Moment keine Musiktherapie will. Beim Pflegepersonal haben es sich manche Betroffene angewöhnt, bei einer evtl. Ablehnung zu schweigen.
- ▶ Musik verhilft zu einer veränderten Rolle  
→ aktives Erinnern, gebend statt nur nehmend
- ▶ Musik hilft gegen und bei Sprachlosigkeit  
→ Sprache nimmt an Bedeutung ab  
**z.B.** müssen Patienten Ärzten und Pflegepersonal gegenüber viel über ihre Krankheit mitteilen. Dabei haben sie auch das Bedürfnis, zu empfangen, z.B. Musik zu hören...
- ▶ Musik schafft Nähe auch bei gewünschter Distanz

##### **Musik spricht die seelische (psychische) Ebene an:**

- ▶ Musik bietet einen Zugang zur und die Regulierung der aufgewühlten Gefühlswelt

→ Aushalten des Wechselbades: Emotionales Überrolltwerden oder emotionales Verstummen

→ Todessehnsucht und Todesangst zur Sprache bringen

**z.B.** wird nicht selten das Lied gewünscht: „in einem kühlen Grunde..ich möcht´ am liebsten sterben, dann wär´s auf einmal still“ (T.:Eichendorff, M.:Glück)

▶ Musik gestaltet den Abschied

→ Aneignung des Selbst in Krankheit, abnehmenden Möglichkeiten

→ Aneignung der begrenzten Lebenszeit

→ Aneignung des Todes

▶ Musik ermöglicht Tränen und Trauern

→ musikalisches Erleben labilisierend und stabilisierend

→ Trauerräume und Trauerzeiten

Dabei besteht während der Therapiesitzung Raum für einen möglichen Gefühlsausbruch, der aber laut Aussage von Teekath immer so gut eingebettet war, dass „keiner ohne sich wieder zu beruhigen aus der Stunde ging“.

▶ Musik spendet Trost

→ Musik als palliativer Mantel

→ Liedinhalte, die Verbundenheit schaffen und Bedeutungswandel ermöglichen

→ Musik als Trostort zum Aufatmen

→ Entlastung von Schuldgefühlen

**z.B.** wird im Lied „La Paloma“ über das Sterben gesungen. Jeder muss sterben, „die See gibt keinen von uns zurück.“

▶ Musik verbindet emotional mit der eigenen Biographie

→ Musik als Brücke von der Vergangenheit über die Gegenwart in die Zukunft

▶ Musik verhilft zu einer Versöhnung mit dem eigenen gelebten Leben

▶ Musik erinnert an Kompetenzen

→ Musik als Brücke zum aktiven Leben

### **Musik spricht die spirituelle Ebene an:**

Spirituelle Versehrtheit:

▶ Was glauben, hoffen, lieben?

▶ Was ist (mir) (noch) heilig?

▶ Woher? Wohin? Warum ich? Warum Du?

Warum wir?

→ Musik als spirituelle Kraftquelle und Gebet

→ 77% geben als spirituelle Bedürfnisse an: „Schönheit erleben und sich jemandem liebevoll zuwenden“ (A. Mehnert 2013)

▶ Suche nach / Erleben von Verbundenheit und Aufgehobensein

▶ Suche nach Schönheit und Leben im Augenblick

▶ Suche nach innerem Frieden und Vergebung

- ▶ Suche nach Hoffnung
- ▶ Suche nach Liebe und Mitgefühl  
Musik ist ein Element, das eine Vereinigung mit unserem Nächsten schafft – und mit dem höchsten Wesen. (Igor Strawinsky)
- ▶ Suche nach Sinn und Transzendenz

## **6. Finanzierung:**

- ▶ Zusatzentgelt (Z 60) für die palliativmedizinische Komplexbehandlung :
- ▶ „der Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und Familiengespräche mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche“  
(Bausewein, Claudia, 2007: Leitfaden Palliativmedizin/Palliative Care. München).

Protokoll: Maria Held

## **V. 5-Minuten-Beiträge**

### **Jan Sonntag (Hamburg)**

berichtet über den HTA-Bericht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): „*Musiktherapie im palliativen Setting*“ (Autoren: Korczak D, Schneider M, Wastian M). Hier kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass auf Grund der vorliegenden Studien wegen mangelnder Evidenz keine eindeutige Empfehlung für oder gegen Musiktherapie in der palliativen Arbeit gegeben werden könne. Jan Sonntag hält dem entgegen, dass ein Mangel an Evidenz nicht gleichbedeutend mit Mangel an Effekt sei. Kritisch merkt er an, dass das zugrunde gelegte Studiendesign nicht auf Musiktherapie anwendbar sei. Zudem sei Musiktherapie in die Komplexbehandlung im Rahmen der *Palliative Care* einbezogen.

HTA-Bericht (Zusammenfassung):

<http://www.dimdi.de/dynamic/de/linkgalerie/hta-bericht-362-zusammenfassung.elnk>

### **Stephan Förster (Würzburg)**

bezieht sich auf das logotherapeutische Arbeiten nach Viktor Frankl und stellt das Buch von Elisabeth Lukas: *Verlust und Gewinn* vor. Nach logotherapeutischem Verständnis ist es dem Menschen möglich, auch nach schwersten Krisen ein sinnerfülltes Leben zu führen. Postulat: Der Mensch leidet, wenn er keinen Sinn sieht, und es hilft ihm, wenn er einen Sinn sieht.

Lukas, Elisabeth: Verlust und Gewinn. Logotherapie bei Beziehungskrisen und Abschiedsschmerz. Edition Logotherapie, Profil Verlag, München 2001-2002. ISBN 3-89019-516-4.

### **Dorothea Muthesius (Berlin)**

stellt die Original-Wiedergabe eines KZ-Liederbuches aus Sachsenhausen vor. Häftlinge des KZs haben verbotenerweise Liedtexte in einem kleinen Büchlein aufgeschrieben und z.T. liebevoll illustriert. Durch das heimliche Singen dieser Lieder fanden sie einen Weg, sich trotz des Grauens, in dem sie gefangen waren, gegenseitig zu stützen und Kraft zu spenden.

Morsch, Günther (Hg.): Sachsenhausen-Liederbuch, Originalwiedergabe eines illegalen Häftlingsliederbuches aus dem Konzentrationslager Sachsenhausen, Erläuterungen: Inge Lammel. Berlin, 1995. ISBN: 9783894681623 (früher: 3894681624)

### **Babette Herboth (Potsdam),**

Leiterin der Fachberatungsstelle für Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in Potsdam, präsentiert mit großer Begeisterung das Theaterprojekt *Mit heimlich leisem Staunen*, das in Zusammenarbeit mit dem Evangelischen Kirchenkreis Potsdam im Sommer aufgeführt wurde. Gemeinsam versuchen darin Menschen jeden Alters, mit und ohne Demenz, Laien und Profis, musikalisch und mit gesprochenem Wort dem Geheimnis des Phänomens „Erinnerung“ auf die Spur zu kommen. Entstanden ist – ohne Dirigent oder Spielleiterin - eine Collage aus unterschiedlichen Darbietungsformen. Doch gerade die Musik, die vielen alten Lieder („*Warum liebt der Wladimir jrade mir?*“) habe sich als „Anker“ für Alle erwiesen. Als besonders berührend empfand Frau Herboth den Auftritt einer demenzerkrankten Dame, die mit Humor und Engagement aus ihrer Kindheit berichtete.

<http://www.lafim.de/alle-news/13-aktuelles-dma/189-mit-heimlich-leisem-staunen.html>

[http://www.teltow-kanal.de/fileadmin/daten/web-tv/13\\_39\\_02\\_Alzheimer.flv](http://www.teltow-kanal.de/fileadmin/daten/web-tv/13_39_02_Alzheimer.flv)

### **Karin Jüchter (Buxtehude)**

stellt verschiedene Liederbücher vor und verweist neben der kurativen und palliativen Wirkung auf den präventiven Effekt des Singens:

- W. Bossinger, K. Neubronner (Hg.): *Buch der heilsamen Lieder. Liederbuch zur Förderung seelischer und körperlicher Selbstheilung*, 2010.
- Hagara Feinbier, *Come Together Songs* (3 Bände)

### **Dorothea Muthesius (Berlin)**

bittet um Mitwirkung an einer Umfrage im Rahmen der Master-Arbeit von Eva-Maria Holzinger, Studierende der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt, zum Thema „Konkurrenz und Kontakt zwischen Pflege und Musiktherapie“. Dabei bittet sie Angehöriger beider Berufsgruppen um einen Bericht von der jeweils schönsten und schrecklichsten Erfahrung im Kontakt mit demenzbetroffenen Menschen.

mailto: [eva\\_maus0307@web.de](mailto:eva_maus0307@web.de)

### **Silke Kammer (Bad Nauheim)**

präsentiert das von ihr und Simone Willig erschienene Buch *Mit Musik geht vieles besser. Der Königsweg in der Pflege bei Menschen mit Demenz*. Hier werden u.a. Hintergrundwissen zur Praxis der Musiktherapie in der Altenpflege vermittelt und Fallbeispiele dargestellt.

Simone Willig, Silke Kammer: *Mit Musik geht vieles besser. Der Königsweg in der Pflege bei Menschen mit Demenz*. Hannover, 2012

### **Barbara Keller (Münster)**

stellt das neu erschienene Hörbuch *Klangspuren* vor, das sich an die interessierte Öffentlichkeit richtet: In elf Fallgeschichten werden sehr individuelle musiktherapeutische Arbeitsweisen in Wort und Klang vorgestellt.

*KlangSpuren. Musiktherapie in Fallgeschichten. Ein Hörbuch*. Herausgegeben von Barbara Keller und Cornelia Klären

### **Jan Sonntag (Hamburg)**

stellt seine im Mabuse-Verlag erschienene Dissertation „Demenz und Atmosphäre“ vor, die er als „Versuch, eine weitumfassende Konzeption zur Arbeit mit Menschen mit Demenz“ zu entwickeln, versteht: Das Gespür für Atmosphären in der Begegnung mit dementiell erkrankten Menschen erachtet er als wichtige Voraussetzung für gelingendes therapeutisches Handeln. Dabei verknüpft er praxisrelevante Aspekte mit philosophisch-ästhetischen Überlegungen. Das Buch eignet sich somit als Anleitung für die praktische wie für die wissenschaftliche Arbeit gleichermaßen.

Jan Sonntag, *Demenz und Atmosphäre*. Mabuse-Verlag, 2013. ISBN 978-3-86321-153-0

### **Simone Willig (Herborn)**

empfiehlt einen unter Mitwirkung von Barbara Weinzierl neu erschienen Band aus der Reihe „Singliesel“, einem Mitsing- und Erlebnisbuch, das als „Fühlbuch“ besonders für demenzbetroffene Menschen im fortgeschrittenen Stadium geeignet ist. Wegen der Vielfältigkeit der Materialien ist es auch zu interdisziplinärem Arbeiten geeignet.

Weiterhin verweist sie auf einen in Malta stattfindenden Kongress von „Alzheimer Europe“, für den sie einen eigenen Vortrag eingereicht hat. Sie fordert dazu auf, selber Vorträge zu verfassen und auf Kongressen vorzutragen, um so Methoden und Wirksamkeit von Musiktherapie publik zu machen.

### **Karola Langguth (Wiesbaden)**

schildert die bewegenden Erfahrungen ihrer Arbeit mit kriegstraumatisierten Männern. Dabei steht sie u.a. in Kontakt mit Prof. Dr. Hartmut Radebold und Prof. Dr. Alexander Wormit. Musiktherapie erweise sich als sehr geeignetes Verfahren gerade für

„Kriegskinder im Alter“.

### **Dorothea Muthesius (Berlin)**

berichtet über den Fall einer Kostenübernahme für Musiktherapie in der Demenzbehandlung. Dies sei nach Ausstellung eines Rezeptes für „Hirnleistungstraining bei Demenz“ möglich geworden, obwohl dies üblicherweise nur Ergotherapeuten vorbehalten sei.

### **Thomas Kumlehn (Berlin)**

stellt den „Treffpunkt für Musiktherapeuten in der Sterbebegleitung“ vor. Diese monatlichen Improvisations-Treffs dienen dem wissenschaftlich-kollegialen Austausch und finden im „exploratorium berlin“ unter dem Titel „Nichts und alles“ statt. In seinem Kurzbeitrag unterstreicht Thomas Kumlehn die für ihn wichtige Funktion von „Improvisationen als Impulsgeber für die Reflexion“.

<http://exploratorium-berlin.de/nichts-und-alles/>

Protokoll: CS

## **VI. Die Selbsterhaltungstherapie SET (Dr. phil. Barbara Romero, Bad Aibling)**

Angaben zur Person: Freiberufliche Diplompsychologin; Klinische Neuropsychologin (GNP); Konzeptgeberin und Gründungsleiterin des Alzheimer Therapiezentrums Bad Aibling. Autorin der Selbsterhaltungstherapie (SET) und eines integrativen Behandlungsprogramms für Demenzkranke und deren betreuenden Angehörigen. Autorin zahlreicher Fachpublikationen und Dozentin.

### **Das SET (Selbsterhaltungs-) Konzept:**

- Die zentrale Aufgabe wird gesehen in der
  - Anpassung des sozialen und materiellen Umfeldes an die individuellen Bedürfnisse der Erkrankten
- Es wurde 1999 am Alzheimer Therapiezentrum in Bad Aibling entwickelt
- Von großer Bedeutung sind
  - Bedürfnis der Betroffenen an **Wertschätzung**
  - Bedürfnis der Betroffenen an **sozialer Teilhabe**
  - Menschen aus dem Umfeld des Betroffenen gelten als **unverzichtbare Ressource** (wie z.B. betreuende **Angehörige**, professionelle Helfer, engagierte Freunde und Nachbarn)
  - **Angehörigen** soll sowohl eine Erweiterung von **Kompetenzen** im Umgang mit den Betroffenen ermöglicht werden als auch eine **Entlastung**

(Eine Frau beschreibt, dass ihr Kompetenzen vermittelt wurden, mit denen er ihr möglich wurde, manchmal durch „Fenster in die Seele ihres Mannes zu schauen“.

Infos zum Alzheimer-Therapiezentrum (ATZ) der Neurologischen Klinik in Bad Aibling, bei dem Dr. Romero Konzeptgeberin und Gründungsleiterin ist: (Quelle: Zeitungsartikel)

Es gehört zum Behandlungskonzept des ATZ, **Patienten immer in Begleitung eines betreuenden Angehörigen** stationär **aufzunehmen**, um ein etwa dreiwöchiges Therapie-Programm zu absolvieren. In den vergangenen zehn Jahren hätten so mehr als 3000 Betroffene unterstützt und begleitet werden können.

Alle Behandlungsansätze sind darauf ausgerichtet, die jeweils noch **erhaltenen Ressourcen des Kranken zu erkennen und zu fördern**. "Unsere Therapeuten untersuchen **individuell**, was der Patient noch gut kann und gerne macht, ob er zum Beispiel malen, spielen, Gespräche führen, im Haushalt oder im Garten helfen kann und möchte," erklärte Dr. Romero.

→ systematische Beschäftigung mit Erinnerungen, wie Fotos, Filme oder vertrauten Gegenständen.

→ Für die Angehörigen Vermittlung von Wissen über die Demenzerkrankung zum besseren Verständnis des Kranken sowie zum Erlernen hilfreicher Strategien im Umgang

→ Studien zeigten: Reduktion von Depressivität und Belastungsgefühl bei betreuenden Angehörigen, Abnahme von Depressivität und psychopathologischen Störungen bei Erkrankten und Zunahmen alltagsrelevanten Kompetenzen

<http://www.ovb-online.de/rosenheim/bad-aibling/leben-demenzpatienten-498629.html>

## **1. Rahmen des SET**

- Couching - Gruppen für Demenzkranke (leichte und mittelgradige Demenz) und Betreuer, **Dauer**: 10 Wochen
- zeitlich befristete Intervention (integrativ, interdisziplinär), welche in den Alltag transferiert wird.

## **2. Anteile des individuellen Programmes der SET:**

Erarbeitung eines Individuellen Programmes für den Patienten (stationär oder ambulant) mit therapeutischen Empfehlungen aus den Bereichen:

- **Akute Gerontopsychiatrie, Akute Geriatrie, Geriatriische Rehabilitation**
- **Ergo-, Sprach-, Kunst-, Musik-, (Neuro)psycho, ...Therapie**

### Anteile der Musiktherapie:

Techniken und Methoden	Zielsymptomatik, Effekte
Aktive MT	Psychische Symptome und Verhaltensstörungen
Rezeptive MT, mit biographischen Bezug	Agitiertes und aggressives Verhalten

→ Die deutsche S3 Leitlinie Demenz (2009): MT kann empfohlen werden!

### 3. Ergebnisse von SET:

- im Vergleich mit einer Gruppe ohne Intervention, direkt und 6 Monate nach der Intervention:

- **Bessere Stimmung, LQ und kognitive Leistungen bei den Menschen mit Demenz**
- **Besseres Wohlbefinden bei den betreuenden Angehörigen** (Quelle: Särkämö T, s. Literaturangaben)

### 4. Vermittlungsinhalte von SET an Betreuungspersonal/Angehörige:

- Leben mit Demenz heißt ständige neue Anpassung an die Umwelt
- Neue Gestaltung des Alltags: Wenn man die Fähigkeit entwickelt, sich immer wieder neu an die Umwelt anzupassen, kann man mit Demenz leben

### Umgang mit Demenzerkrankten:

Demenzerkrankte entwickeln meist einen Schutzmechanismus, der ihnen Distanz zu manchen von der Demenz verursachten Geschehnissen ermöglicht. Z.B. „Hast du auf die Klobrille gepinkelt?“ – „Das war ich nicht“.

- Wichtig ist, ihnen diesen „Schutzmechanismus zu lassen, sonst wäre es, wie wenn man kleine Löcher in den Airbag sticht“ (Romero)...
- Hauptaufgabe von Helfenden ist daher, die Anpassungsmechanismen Demenzkranker nicht zu stören, besser noch, sie zu unterstützen

Ressourcenorientierte Zielsetzung: **Hilfe zur Adaption an sich verändernde Lebensbedingungen** ist wichtiger als weniger Erfolg versprechende Versuche, kognitive Verluste durch ein Training auszugleichen

### Aufgaben an Betreuungspersonal/Angehörige:

- Anpassung von Aktivitäten, Erlebnismöglichkeiten, Formen der gesellschaftlichen Teilhabe (unterstützende Beteiligung des Umfeldes)
- Aufbau einer wertschätzenden Kommunikation
- Anpassung des materiellen Umfeldes
- Anpassung von Seiten der Angehörigen: Die Betroffenen kann man nicht verändern, es müssen sich die Angehörigen verändern
- Kreative Aktivitäten (sich beschäftigen, Erfolgserlebnisse, Teilhabe am sozialen Leben, Kommunikation)
- Psychotherapeutische Unterstützung, Selbsthilfegruppen (bei Bedarf)

### **Literaturhinweise:**

Särkämö T. et al., Cognitive, Emotional, and Social Benefits of Regular Musical Activities in Early Dementia: Randomized Controlled Study, *The Gerontologist* (2013) doi: 10.1093/geront/gnt100

Willig S., Kammer S.: Mit Musik geht vieles besser, 2012: Vincentz.

Geiger A.: Der alte König in seinem Exil, 2011: Carl Hanser.

Romero B., Müller F., Wenz M.: Alzheimer und andere Demenzformen, Ratgeber für Angehörige, 2010: Heel.

Protokoll: Maria Held

## **VII. Expertenrunden**

### **1. Musiktherapie als Baustein der SET**

Wir erörterten den Vorschlag, die Musiktherapie eher als "psychosoziale Intervention" statt als "Nicht-medikamentöse Therapie" zu formulieren. Die neue Formulierung scheint positiver besetzt. Dies könnte problemlos auf alle ähnlichen Therapieformen angewendet werden.

Im weiteren Gespräch rückte die Angehörigenarbeit stark in den Focus. Die psychotherapeutische Begleitung ist für die Angehörigen meist nötiger und wichtiger als für die Betroffenen. Daher ist es wichtig, die Therapieangebote auch für die Angehörigen zu öffnen. Da es bei der SET ja hauptsächlich darum geht, das Umfeld dem Betroffenen Menschen mit Demenz anzupassen, ist eine zentrale Fragestellung: Wie vermittele ich den Angehörigen empathisch die neue Umgangsweise, so dass er Akzeptanz statt Korrektur bei seinem Angehörigen praktizieren kann (z.B. das häufige Nachfragen „Überleg nochmal, wer ist jetzt an der Reihe?“ oder „Wie heißt dieses Tier nochmal?“)? Die Interventionen seitens des Therapeuten kann in der praktischen Arbeit

mit den Angehörigen durch ein Signal, durch Einzelgespräche oder das Besprechen des Themas in allgemeiner Runde geschehen.

Besonders wichtig in der Angehörigenarbeit ist die Zielsetzung: Was will ich erreichen? Hierbei sollten die verwendeten Verfahren gegengeprüft werden. Die Kraft der Liebe einsetzen!!!

Der Betroffene kann aber nicht nur rezeptieren, sondern auch noch agieren. Konkrete Angebote wären z.B. eine leichte Igelballmassage. Angehörige sollten lernen, die Hilfsangebote von den Menschen mit Demenz anzunehmen und ggf. zu modifizieren. Z.B. bietet der Betroffene Hilfe im Haushalt an und möchte staubsaugen, saugt aber immer nur die gleiche Stelle. Dafür sollte man ein Lob spenden und bitten, noch in die andere Ecke zu gehen.

Frau Prof. Romero wünscht sich abschließend mehr Vernetzung zur Fortführung und Unterstützung der gegenseitigen Arbeit.

Protokoll: Silke Kammer

## 2. „Sing mir zur letzten Stunde“

Themengruppe Musiktherapie in Palliative Care:

In kleinerer Runde sprachen wir noch einmal die Themen des Vortrags „Musiktherapie in Palliative Care“ vom Vormittag an.

Die Teilnehmenden berichteten von eigenen Erfahrungen mit Musik in der Sterbebegleitung. Es ging um Möglichkeiten und Grenzen, in diesem sensiblen Bereich als Mensch überhaupt und als MusiktherapeutIn im speziellen für andere Menschen hilfreich zu sein.

Als weitere interessante Themenzweige kamen zur Sprache:

- Musik als Bereicherung der Trauerarbeit
- Musik als Beitrag zur Psychohygiene
- Persönliche Prioritäten für einzelne Arbeitsfelder
- Reaktionen von Angehörigen auf Musiktherapie im Krankenhaus
- Konkrete Berichte von einzelnen Begleitungen und Musikwünschen Sterbender
- Lieder und Materialien, die Themen wie Abschied, Vergänglichkeit sowie Trost, Liebe und Verbundenheit beinhalten:

### Volkslieder

<i>Thema Abschied, Vergänglichkeit, Sterben</i>	<i>Thema Liebe, Verbundenheit</i>
Im schönsten Wiesengrunde	Du, du liegst mir im Herzen
In einem kühlen Grunde	Wenn ich ein Vöglein wär
Horch was kommt von draußen rein	Winde wehn
Wir lagen vor Madagaskar	Kein Feuer, keine Kohle

Feieromd	All mein Gedanken
Wahre Freundschaft	Annchen von Tharau
Hoch auf dem gelben Wagen	Dat du min Leevsten bust
Nun ade, du mein lieb Heimatland	Wenn alle Brunnlein
Am Brunnen vor dem Tor	

Schlager 20er-40er Jahre

Im weißen Rössl am Wolfgangsee	Ich tanze mit dir in den Himmel hinein
Good bye Jonny	Es leuchten die Sterne
Lili Marleen	Regentropfen
La Paloma	Liebling mein Herz lässt dich grüßen
Wolgalied (Zarewitsch)	

50er-60er Jahre

Mamatschi	Frag den Abendwind
Mama	Stand by me
Wo meine Sonne scheint	Am Tag als der Regen kam
So ein Tag	Steig in das Traumboot
Vor meinem Vaterhaus steht eine Linde	Aber dich gibt's nur einmal für mich
Unter fremden Sternen	
Mein Freund der Baum	

70er-80er Jahre

Lady d Arbanville	
Wenn ein Schiff vorüberfährt	
Sailing	
Niemals geht man so ganz	
Abschied ist ein scharfes Schwert	
Abschied ist ein bisschen wie Sterben	
Schwanenkönig	
My way	
Bridge over troubled water	
Wenn ein Mensch (Puhdys)	
Lebenszeit (Puhdys)	
Tears in heaven (Eric Clapton)	
Last Unicorn (Filmsong)	
Am Tag, als Conny Kramer starb	
Goodbye my love goodbye	

### **3. Protokoll der Expertenrunde „Spiritual Care“ – „Jedes Leben führt zum Tod“**

**Frage:** Wie kann man für einen Menschen da sein, der auf sein Lebensende zugeht?

#### **Das bewegt die Teilnehmer der Runde:**

- Wie authentisch kann man geistliche Inhalte in die Sterbebegleitung einbringen, wenn man selbst keinen Bezug zu Religion hat?
- Wie viel der eigenen Religiosität kann man in die Sterbebegleitung einfließen lassen? Soll man sich zurückhalten oder nicht?
- In Einrichtungen für alte Menschen ist ein Bedürfnis nach Spiritualität spürbar. Wie kann man als „Laie“ dieses Bedürfnis aufgreifen? Wie kann man als „Laie“ Gottesdienste und Ähnliches für an Demenz erkrankte Menschen gestalten?

#### **Zusammenfassung der Diskussion:**

In der **seelsorgerischen Begleitung** von schwer kranken Menschen geht es weniger um Religiosität als vielmehr um Spiritualität. Menschen, die keiner Religion angehören, können trotzdem spirituell sein. Wichtige Themen für alle Menschen sind die Fragen nach dem Sinn des Lebens und der eigenen Lebensbilanz.

Die Religion spielt nur dann eine Rolle, wenn sie vom Patienten ins Gespräch gebracht wird. So kommt es beispielsweise auch vor, dass ein Patient seine Abneigung gegenüber der Kirche zum Ausdruck bringt und mit dem Seelsorger über die Gründe für seine Abwehr diskutiert. Einige Patienten bleiben auch passiv und überlassen es dem Seelsorger, das zu tun, was er für wichtig hält (beten, Bibeltexte vorlesen etc.). Auch wenn diese Menschen nicht religiös sind, kann ihnen das in diesem Moment gut tun. Grundsätzlich bestimmt der Patient die Intensität der Begegnung. So können auch so genannte „Schönwettergespräche“ stattfinden, die an der Oberfläche bleiben und trotzdem ihre Berechtigung haben.

In der spirituellen Begleitung von schwer dementen Menschen geht es zunächst darum, eine Atmosphäre der Geborgenheit und des Aufgehobenseins zu schaffen, die den Menschen vermittelt, dass nichts von ihnen erwartet wird. Besonders bedeutsam werden Rituale wie z.B. Lieder singen, Körperkontakt beim Beten durch gegenseitiges Berühren der Hände oder Segnungsgebete für Menschen, die damit vertraut sind.

Auch in der Begleitung von Menschen, die nicht dement sind, spielen Rituale eine wichtige Rolle. So kann man beispielsweise einen Zettel mit dem, was man Gott anvertraut, in Flammen aufgehen lassen oder dem Patienten etwas „Handgreifliches“ in Form eines Engels mitgeben.

**Authentizität** spielt eine wichtige Rolle in der seelsorgerischen Begleitung. Man sollte überzeugt sein, von dem, was man tut.

Bei der **Gestaltung von Gottesdiensten** mit an Demenz erkrankten Menschen empfiehlt es sich, auf vereinfachte und anschauliche Materialien z.B. Materialien für Kindergottesdienste, religiöse Kinderliteratur zurückzugreifen.

Protokoll: ?

#### 4. Protokoll der Expertenrunde – Depression im Alter und MT (Stephan Förster)

Folgende Tabelle soll eine Übersicht der behandelten Inhalte und der Beiträge aus der Gruppe bieten. Sie kann sicher nicht als abschließend zu diesem Thema betrachtet werden, bietet jedoch eine erste Orientierung auf relevante Fragestellungen die bei einer musiktherapeutischen Intervention in Betracht gezogen werden müssen.

Angesprochene Themen und Inhalte	Feedback der Gruppe/Beiträge der Teilnehmer
Mögliche Folgen der Altersdepression auf das Verhalten der Betroffenen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückzug, Isolationstendenz</li> <li>- Ablehnende Haltung gegenüber Gruppenangeboten (möglicherweise aus Scham, Hemmungen sich zu öffnen)</li> <li>- Räumliche Wechsel (z.B. von Bewohnerzimmer zu Gruppenraum) können als zusätzliche Belastung empfunden werden</li> <li>- Identifikation des Selbstwertgefühls mit Leistung</li> </ul>
Setting:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einzeltherapie</li> <li>- Kleingruppen (3-4 TN)</li> <li>- Möglichst homogen, d.h. gleiche medizinische Diagnose/Indikation der TN</li> <li>- In größeren Gruppen ist eine individuelle therapeutische Intervention qualitativ nicht mehr möglich</li> </ul>
Möglichkeiten musiktherapeutischer Interventionen:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kombination von Bewegung und Singen</li> <li>- Singen</li> <li>- Singen mit musikalischer Begleitung von den TN (mit einfachen Instrumenten, z.B. aus dem Orff Instrumentarium)</li> <li>- Improvisation</li> </ul>
Zum gemeinsamen Singen stellte sich die Frage zur Liedauswahl, eher fröhliche Lieder zu wählen um den Klienten aus seiner depressiven Stimmung zu holen oder eher traurige Lieder zu verwenden um die Trauergefühle zu verarbeiten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuell unterschiedlich, jedoch tendenziell eher Lieder, die Trauer ermöglichen um unterdrückten Gefühlen Raum zu verschaffen und um die Trauergefühle zu thematisieren.</li> <li>- Problem: Angehörige lehnen dies oft ab (z.B. 4. Str. Hoch auf dem gelben Wagen). Dieses Problem kann auch auftreten, wenn die Gruppe zu gemischt ist (Depressive/frühe Demenz), daher ist auf die Homogenität der Gruppe zu achten</li> </ul>

Zur musiktherapeutischen Improvisation stellte sich die Frage, ob die musikalische Improvisation eher frei oder eher geleitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuell unterschiedlich bzw. gruppenabhängig haben beide Varianten ihre Berechtigung:</li> <li>- eine freie musiktherapeutische Improvisation spricht dafür, den Gefühlen einen Raum zu bieten und um einen potentiellen Leistungsdruck zu vermeiden („<i>Oh Gott, was soll ich jetzt spielen, Ich muss spielen</i>“)</li> <li>- eine geleitete Improvisation spricht dafür, ein selbstwertsteigerndes Erfolgserlebnis im Sinne eines Selbstwirksamkeitserlebens zu ermöglichen (dabei muss in jeden Fall eine Überforderung- und Überlastungssituation ausgeschlossen werden)</li> </ul>
Zur Instrumentenwahl bei der Improvisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- einfachen Instrumenten</li> <li>- eher helle und weiche Klänge (angenehme Wirkung)</li> </ul>
Ziele der musiktherapeutischen Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokus auf verbleibende Ressourcen lenken</li> <li>- Soziale Kontakte fördern</li> <li>- Erfolgserlebnisse vermitteln</li> <li>- Gefühlen einen Raum geben</li> <li>- Bearbeitung der belastenden (aktuellen) Gefühle, Scham und der Thematik aus der Vergangenheit (z.B. Kriegstrauma/-schuld)</li> </ul>
Anforderungen an den Musiktherapeuten:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abgrenzung zu eigenen Gefühlen,</li> <li>- Reduzieren von Leistungsansprüchen (Erfolgserwartungshaltung)</li> <li>- Sich nicht herunterziehen lassen</li> <li>- Die therapeutische Arbeit mit depressiven Klienten „zieht Energie“</li> </ul>

### VIII. Abschied und Ausklang

Die Tagung abschließend fasst Dorothea Muthesius Wesentliches zusammen und verweist auf die Ergebnisse des Vorabends. Hierzu zählt auch der Appell an Alle, Anregungen und Hinweise aller Art (auch zur Gestaltung von Netzwerktreffen) direkt über die Netzwerkmailadresse [HH%netzwerk-mt@gmx.de](mailto:HH%netzwerk-mt@gmx.de) bekannt zu geben!!

Mit einer anmutigen Darbietung des Liedes „*Wer hat die schönsten Schäfchen?*“ klingt ein Tag voller Engagement und interessierten Austauschs aus.