

## PROTOKOLL:

### 3. Jahrestreffen „Musiktherapie mit alten Menschen“ am 28. April 2007

Gemeindezentrum Ohlsdorf, Am Hasenberge 44, 22337 Hamburg

Franziska Adler, Dipl.-Musiktherapeutin (FH)

Nicola Tekaath, Dipl.-Musiktherapeutin (FH), Dipl.-Heilpädagogin (FH)  
von GRAMMOPHON – Mobile Musiktherapie e.V., Magdeburg

Nach den Treffen in Münster (2005) und Magdeburg (2006) fand das 3. Jahrestreffen „Musiktherapie mit alten Menschen“ am 28. April 2007 in Hamburg statt, um so den kollegialen Austausch für mit alten Menschen arbeitende Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten sowie Angehörigen anderer Berufsgruppen zu fördern. Diesjähriger Gastgeber war das 13-köpfige Musiktherapeuten-Team der „besonderen stationären Dementenbetreuung“ bei Vitanas pflegen und wohnen in Hamburg.

#### Ablauf des 3. Jahrestreffens:

**10.00 Uhr:** **Ankommen** der Besucher, erster Austausch, persönliche Begegnungen – Wiedertreffen und Wiedererkennen, Absprachen

**10.30 Uhr:** offizielle **Eröffnung** der Tagung mit einem Hamburger Schlager, gesungen von 10 der 13 GastgeberInnen

*Anne Eck steit 'n Jung mit 'n Tüddelband*

*1. An de Eck steiht 'n Jung mit 'n Tüddelband  
in de anner Hand 'n Bodderbrood mit Kees,  
wenn he blots nich mit de Been in 'n Tüddel kümmt  
un dor liggt he ok all lang op de Nees  
un he rasselt mit 'n Dassel op 'n Kantsteen  
un he bitt sick ganz geheurig op de Tung,  
as he opsteiht, seggt he: hett nich weeh doon,  
ischa 'n Klacks för 'n Hamborger Jung.*

*Refrain: Jo, jo, jo, Klaun, klaun, Äppel wüllt wi klaun,  
ruck zuck övern Zaun,  
Ein jeder aber kann dat nich, denn he mutt ut Hamborg sien.*

*2. An de Eck steiht 'n Deern mit 'n Eierkorf  
in de anner Hand 'n groote Buddel Rum  
Wenn se blots nich mit de Eier op dat Plaaster sleit  
un dor seggt dat ok al lang "bum bum".  
Un se smitt de Eiers un den Rum tosomen  
un se seggt "so'n Eiergrog den hebb ik geern"  
as se opsteiht, seggt se: "hett nich weeh doon,  
ischa 'n Klacks för 'n Hamborger Deern.*

*Refrain: Jo, jo, jo, Klaun, klaun, Äppel wüllt wi klaun,  
ruck zuck övern Zaun,  
Ein jeder aber kann dat nich, denn he mutt ut Hamborg sien.*

#### **Willkommensrede von Jan Peter Sonntag (s. Anhang 1)**



- 11.00 Uhr:** „Abhängigkeiten zwischen personaler, interpersoneller und institutioneller Dynamik in der musiktherapeutischen Behandlung von dementen Menschen“  
**Vortrag von Dr. Barbara Dehm-Gauwerky** (Zusammenfassung s. Anhang 2)



**12.00 Uhr: Pause**

- Ausstellung „Portraits Hundertjähriger“ mit Bildern von Kea Hammann, Ergotherapeutin bei Vitanas pflegen und wohnen in Hamburg und freie Künstlerin, Sammlung von Zitaten von Menschen mit Demenz (persönlich anwesend beim Treffen)
- Schallplattenbörse gegen Spende
- Büchertisch
- Frühlingsspaziergang entlang der an das Grundstück angrenzenden Alster

**12.30 Uhr: Fünf-Minuten-Beiträge von Tagungsteilnehmenden**

- Einladung aller Tagungsteilnehmenden innerhalb von 5 Minuten über aktuelle Projekte, Fragestellungen, Literaturrentdeckungen, Tagungen etc. zu berichten - zur Nutzung des Potentials der gesamten Tagungsgruppe

**1. Maika Naupert aus Magdeburg**

- Entwicklung des Vereins Grammophon-Mobile Musiktherapie e.V. seit dem letzten Jahrestreffen im Mai 2006 (Bezug von Räumlichkeiten, Finanzierung via Förderung)

**2. Henning Eigenwald aus Hamburg**

- Vorstellung des Instrumentes „Cajon“ (spanisch „Kiste“), im Hinblick auf die Arbeit mit diesem Instrument auf einer Dementenstation; akustische Kostprobe: „Bei mir bist du schön“
- Vorteil: leichtes Instrument, transportabel, mögliche Sitzgelegenheit, taktile Stimulation
- Nachteil: Irritation bezüglich der Zuordnung der Klangquelle

**3. Iris Valentin aus Wuppertal**

- stellt Arbeit in ihrer eigenen Praxis und in der Pflege vor: Projekt eines Brückenangebotes in einem Altenpflegeheim durch 1. Weiterbildung des Personals sowie 2. Musiktherapie zur Lebensqualitätserhöhung
- insgesamt: macht Mut, Fördermöglichkeiten zu erfragen

**4. Wolfgang Tschegg aus Berlin**

- Vorstellung einer CD-Produktion mit Menschen aus dem „Katharinenhof“ in Berlin
- CD mit nicht intimen Liedern, Interviews und Beiträgen zum Festhalten von Gedanken für die Außenwelt (Interessierte, Angehörige, Öffentlichkeit)
- spricht auch die kritischen Punkte dieses Projektes selbst an: Abgrenzung zu Musiktherapie sowie mögliche Preisgabe von persönlichen Beiträgen

**5. Peter Mayer aus Hamburg**

- Phantasieeise - Vorstellung des Röhrenradios
- Bericht aus seiner beruflichen Tätigkeit als Altenpfleger: Röhrenradios als Erinnerungsobjekt in der Dementenbetreuung → Empfehlung: Musiktherapieräume im Altenbereich sollten mit Röhrenradios ausgestattet werden

### **6. Britta Warme aus Berlin**

- kurze Vorstellung des Evaluierungsinstrumentariums Karin Schumachers (EBQ) und ihrer eigenen Erweiterung zur Evaluierung von Kontakt, Beziehungsaufbau, Beziehungsarbeit und Beziehungsbewertung (Diplomarbeit)

### **7. Bärbel Zulauf aus Kiel**

- berichtet aus einer Gruppenmusiktherapiestunde, in der sie selbst die Erfahrung machte verwirrt/ „zeitlos“ zu sein - Selbsterfahrung im Hinblick auf die „andere“ Zeitwahrnehmung in der Arbeit mit dementen Menschen

### **8. Doris Brüggeboß-Render aus Beelen**

- Schilderung von Schwierigkeiten musiktherapeutischer Arbeit in Alteinrichtungen: Zeitdruck in der Pflege, MT scheint der Pflege nachgeordnet zu sein, Hindernisse in der musiktherapeutischen Arbeit u.a. durch Probleme der Kooperation mit Pflegenden, die maximale Leistung des MT verlangen bei minimalen Kosten
- Fazit: Notwendigkeit der Schaffung günstiger Rahmenbedingungen für gelingende MT

### **9. Prof. Eckhard Weymann aus Frankfurt**

- Vorstellung Masterstudiengang an der FH Frankfurt
- Vorstellung zweier Forschungsprojekte (MT bei Menschen mit Demenz in der Tagespflege; MT bei an Demenz erkrankten Menschen zu Hause unter Einbezug pflegender Angehöriger)

### **10. Barbara Keller aus Münster**

- berichtet von der Entwicklung von „Musik auf Rädern“
- Durchführung von GMT und EMT in Seniorenheimen
- positive Entwicklung des Unternehmens mit mittlerweile Filialen in 7 Städten
- Musik auf Rädern und ihr musiktherapeutisches Angebot wird im Konkurrenzkampf der Alteinrichtungen als Aushängeschild benutzt, wodurch die Nachfrage steigt

**13.30 Uhr: Mittagspause** mit Mittagessen (Ein Dank an die Köche!) und Rahmenprogramm (s. Pause 12.00 Uhr)



**15.00 Uhr:** „Kooperation mit der Pflege – Arten der Arbeitsteilung“, **Vortrag von Dr. Dorothea Muthesius** (Handout s. Anhang 3)

**16.00 Uhr: Kaffeepause**

**16.30 Uhr: Themenzentrierter Austausch** in 5 Gesprächsgruppen

#### **1. Arbeitsgruppe: Freiberuflichkeit, Fördermöglichkeiten**

- Überzeugung von Institutionen wichtig – es bedarf zumindest einem Unterstützer in der Einrichtung
- Existenz des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes (PflEG) zur Kostenübernahme niedrigschwelliger, ambulanter Angebote (zuvor Anerkennung durch die Pflegekassen erforderlich) - € 460,00/Jahr
- in stationärer Pflege: durch Betreuer verwaltete Barbeiträge (Taschengeldkonto) vorhanden – Überzeugung des Betreuers von der Sinnhaftigkeit der Musiktherapie notwendig; Teil der Kosten über

Zusatzbetrag finanzierbar, den Betreuer beantragt; wenn nicht genutzt, fließt das Geld zurück ans Sozialamt

- erster Einstieg in Institutionen durch Weiterbildungsangebote
- Informationsveranstaltungen/ Finanzierungsmöglichkeiten durch Fördervereine, Stiftungen, Sozialer Dienst, Angehörige, Betreuer, Heimleitung etc.
- Kontakt mit Betreuungsvereinen aufnehmen
- Kontrolle bzgl. der Durchführung spezieller Angebote für bettlägerige Menschen durch die Heimaufsicht/MDK verlangt – als Argument für den Einsatz von MT, bietet konkrete Möglichkeiten und Konzepte mit dem Klientel
- Anbieten von Evaluation der MT als Qualitätsmerkmal, Zusammenarbeiten mit Hochschulen (Diplomarbeiten), Angehörigen-Institute, Stifter
- seit 2007: Zusatzbetrag für pädagogische und therapeutische Angebote -> erhalten Kindergärten/ Schulen für z.B. Musik und Sprachförderung, Rhythmik, Frühförderung
- MUT!

## **2. Arbeitsgruppe: Störungen bei EMT und GMT; EMT bei Bettlägerigkeit**

- Austausch über Einzelsituationen in der MT, u.a.:
  - a) Erleben von Verlusten (musikalischer Fähigkeiten) zur Verarbeitung (Betrauern und Verabschieden) dieser als möglicher Bestandteil einer Musiktherapie – Aufdeckung kritischer Inhalte mit Vorsicht; eigene Grenzen finden
  - b) anhand weiterer Berichte Diskussion über den Einsatz der Stimme
  - c) Einsatz „unspezifischer“ Musikstücke bei Arbeit mit an Demenz schwer erkrankten Menschen (bspw. bei Chorea Huntington): Ausprobieren von dem Betroffenen eventuell unbekannter Musik zur Arbeit mit den sich wiederholenden Hauptthemen „Unruhe“ und „Schmerzen“ - "lösende" und entspannende Musik finden; Musik funktional einsetzen (wie z.B. in der Schmerzmedizin bei Decker-Voigt oder in der Meditationsmusik)
- Umgang mit dem Tod: mögliche Aufgabe des Therapeuten hier einfach da zu sein; Einsatz von Musik nicht zwingend
- wichtig ist eine Arbeit, in der jeder Beteiligte seine Würde behält

## **3. Arbeitsgruppe: Nationalsozialismus als Thema der MT**

- drei Aspekte des Themas für Musiktherapeuten :
  - a) nationalsozialistisches Gedankengut in der GMT
    - wie gehen wir damit um, wenn nationalsozialistische Lieder in der GMT angestimmt werden?
    - wie gehen wir mit rassistischen Äußerungen in der MT um?  
→ im Gespräch kam die große (geerbte?) Unsicherheit der Nachgeborenen mit diesen Fragen zutage:
      - reagieren oder nicht reagieren?
      - verbalisieren oder nonverbal reagieren?
      - eigenen Standpunkt äußern oder nicht?
      - wertneutral begleiten oder bewerten?
      - wie gewährleiste ich als MT Schutz: für die Gruppe, für mögliche Opfer dieses Gedankengutes in der Gruppe, für mich selbst?
  - b) Brüche in der eigenen Geschichte aufgrund veränderter gesellschaftlicher Ideologie
    - 20er Jahrgänge hatten keine „normale“ Pubertät, 30er Jahrgänge keine Väter und keine „normale“ Kindheit
    - Entwertung der eigenen Biographie durch Entwertung des bestehenden Gesellschaftsmodells („es gibt kein richtiges Leben im Falschen“), in dem der einzelne aber doch sein Leben lebte → betrifft auch DDR Bürger
  - c) Schuld
    - wie integrieren wir Leid und Unausgesprochenes in die Therapie?
    - Rolle des Umgangs mit dem Schweigen der Generationen vor uns, den eigenen Familientabus
    - Verdrängung der Biographie als mögliche Ursache von Demenz diskutiert  
→ insgesamt wurden fast ausschließlich Fragen und kaum Antworten aufgeworfen und die eigene Unsicherheit geteilt

#### **4. Arbeitsgruppe: MT in der Sterbebegleitung, Umgang mit dem eigenen Sterben und Tod**

- anregender und nachdenklicher Austausch über Erfahrungen in der Begleitung Sterbender
- Fragen: Was sind die besonderen Möglichkeiten der Musiktherapie in der Sterbebegleitung? Wo gibt es Überschneidungen in den Arbeitsweisen der verschiedenen Berufsgruppen, die mit dem sterbenden Menschen zu tun haben (in dieser Arbeitsgruppe vertreten: Ergotherapie, Musiktherapie, Altenpflege)? In welchen Momenten spielt die Therapeutenrolle keine Rolle mehr?
- Ziel: sich der betroffenen Person zur Verfügung stellen
- eigene Erfahrungen sind wichtiger als die kulturelle Einstellung
- Einsatz von Musik nicht immer sinnvoll
- Hemmung des Therapeuten in seiner Arbeit durch hohe Verantwortung: Gestaltung der letzten Lebensmomente - Unsicherheit
- Potential in der MT: Schaffung kurzer Momente intensiver Begegnung; Aufhebung von Rollen

#### **5. Arbeitsgruppe: Strukturelle Entwicklung des Netzwerkes Musiktherapie für alte Menschen**

- Titelvorschlag: Netzwerk Musiktherapie für alte Menschen
- Nahziel: den internen Austausch „verflüssigen“
- Fernziel: An die Öffentlichkeit treten
- Aktualisierung und Verschicken der Adressdatei durch Hannelore Allers
- Anfertigung und Verschicken eines ausführlichen Protokolls des 3. Jahrestreffens (PDF-Format) sowie Verfassen eines Tagungsberichtes für die MU durch GRAMMOPHON – Mobile Musiktherapie e.V.
- Frauke Farwick wendet sich an Franz Mecklenbeck, um die Einrichtung eines netzwerkinternen Internetforums über die DGMT Homepage zu erbeten; sollte dies kurzfristig nicht möglich sein, wendet sie sich an Jan Sonntag zur Einrichtung eines Gratisforums bei Yahoo
- bis zum Internetforum: Verschicken von Informationen von allen Mitgliedern an alle Mitglieder über eine Verteiler-Email (bitte als Blindkopie!) möglich
- Überprüfung einer kostengünstigen Homepage (durch Barbara Keller), auf der auch eine Suchfunktion für Musiktherapie für alte Menschen verortet werden könnte
- Zustimmung der Gruppe für die Eingliederung des Netzwerkes in die DMTG (Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft)
- Mittelfristig ist die Einrichtung von Arbeitsgruppen innerhalb des Netzwerkes erwünscht, die spezifische Themen wie z. B. die Formulierung einer Honorarempfehlung oder die Revision des Indikationskataloges bearbeiten
- der Status nicht-musiktherapeutischer Mitglieder bleibt eine offene Frage

#### **17.30 Uhr: Abschluss der Tagung**

- Danksagung an die Referentinnen mit Übergabe einer Aufmerksamkeit



Dr. Barbara Dehm-Gauwerky (2. v. r.)



Dr. Dorothea Muthesius (Mitte)

- Einladung zum 4. Jahrestreffen in Frankfurt, voraussichtlich in den Räumen des Fachbereichs Musiktherapie der FH (Leitung Prof. Weymann); Organisationsleiterin: Inga Auch-Johannes; Termin wird von ihr bekannt gegeben
- Singen des traditionellen Hamburger Abschiedsliedes „In Hamburg sagt man tschüß“ vom Vitanas pflegen und wohnen Musiktherapeuten-Team



*In Hamburg sagt man Tschüß,  
Das heißt auf Wiedersehn.  
In Hamburg sagt man Tschüss  
Beim auseinander gehn.  
In Hamburg sagt man Tschüß,  
Das klingt vertraut und schön.  
Und wer einmal in Hamburg war,  
Der kann das gut versteh'n.  
Und wer einmal in Hamburg war,  
Der kann das gut versteh'n..*

*Tschüß!*

Die Protokollantinnen bedanken sich herzlich für sämtliche Zuarbeiten zur bestmöglichen Vervollständigung des Protokolls dieser Tagung.

## **ANHANG 1**

Jan Sonntag, Eichenstraße 37a, 20255 Hamburg, Tel. 040 4419188, jansonntag@gmx.de

### **Eröffnungsrede zum 3. Jahrestreffen „Musiktherapie mit alten Menschen“ am 28.4.2007 in Hamburg**

#### **Begrüßung**

Herzlich willkommen, werte Kolleginnen und Kollegen, zum dritten Jahrestreffen „Musiktherapie für alte Menschen“! Im Namen des Musiktherapie-Teams der besonderen stationären Dementenbetreuung bei Vitanas pflegen und wohnen begrüße ich Sie und Euch herzlich zu dieser Tagung, die der Fortbildung und dem kollegialen Austausch dienen soll. Wir freuen uns sehr über die große Resonanz auf die Einladung – so viele Anmeldungen haben wir nicht erwartet!

Begrüßen möchte ich besonders auch die Kollegen aus angrenzenden Berufsfeldern, die sich aus speziellem Interesse für die Tagungsthemen angemeldet haben: Darunter Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Altenpfleger, Sozialberater, Musiktherapeuten und ich glaube noch andere.

Besonders begrüßen möchte ich ebenfalls die beiden Kolleginnen, die wir für heute als Referentinnen gewinnen konnten. Dr. Barbara Dehm-Gauwerky und Dr. Dorothea Muthesius. Beide werde ich unmittelbar vor ihren Vorträgen vorstellen, obgleich sie dank ihrer regen Autorinnen-tätigkeit in Musiktherapiekreisen eigentlich keiner näheren Vorstellung bedürfen.

Ein Wort zur Tradition dieser Tagung: Der Impuls für eine regelmäßige Zusammenkunft dieser Art ging von einer Tagung 2005 in Münster aus, die von Kolleginnen, die heute unter dem „Label“ Musik auf Rädern bekannt sind, veranstaltet wurde – einige von ihnen sind heute hier. 2006 wurde die Idee von den Kolleginnen des Magdeburger Vereins Grammophon e.V. aufgegriffen, die seitdem die Adressdatei pflegen, auf die sich hoffentlich jeder, der an dieser Art von Netzwerken interessiert ist, am Eingang eingetragen hat. Auch von ihnen sind einige heute wieder dabei. Da seit dem Treffen in Magdeburg wieder ein Jahr vergangen ist, fanden wir die Bezeichnung Jahrestreffen passend und hoffen natürlich, heute bereits Gastgeber für 2008 am Horizont entdecken zu können.

#### **Übersicht über den Tag**

- 10.30 Eröffnung und Vorstellung der Gastgeber
- 11.00 Vortrag Dr. Barbara Dehm-Gauwerky
- 12.00 Kaffeepause
- 12.30 Fünf-Minuten-Beiträge (fünfminütige Kurzreferate von Teilnehmern)
- 13.30 Mittagspause mit Mittagessen und Rahmenprogramm.
- 15.00 Vortrag Dr. Dorothea Muthesius
- 16.00 Kaffeepause
- 16.30 Themenzentrierte Gesprächsgruppen
- 17.30 Abschluss der Tagung

Rahmenprogramm:

- Schallplattenflohmarkt
- Büchertisch (u. a. Bücher der Referentinnen)
- Instrumentenausstellung Musikkeller (entfällt)
- Alsterspaziergang
- Ausstellung „Portraits Hundertjähriger“ von Kea Hammann.

#### **Vorstellung Musiktherapie bei Vitanas pflegen und wohnen anhand eines geschichtlichen Abrisses**

Einige Menschen mit Demenz entwickeln in ihrem Krankheitsverlauf stark herausforderndes Verhalten wie nächtliches Wandern durch alle Zimmer, schreien, Schmierereien mit Kot etc. Sie geraten dadurch zu

Hause oder im Pflegeheim häufig in extreme Konfliktsituationen. Diese Beobachtung führte Ende der 80er Jahre in Hamburg zu einem Modellversuch segregativer stationärer Betreuung. Segregieren heißt entmischen und meint ein besonders auf die Bedürfnisse dieser Bewohnergruppe abgestimmtes Betreuungsmilieu. Das waren echte Pionierjahre, denn damals gab es in Deutschland praktisch noch keine spezialisierten Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz.

Nach erfolgreicher Versuchsphase, an der bereits einige Musiktherapeuten teilnahmen, vereinbarten Senat, Altenpflegeträger und Pflegekassen 1999 die Rahmenvereinbarung zur besonderen stationären Dementenbetreuung, das so genannte 750er Programm. Durch höhere Pflegesätze und die Unterstützung des Sozialamtes sollte dadurch 750 dementen Pflegeheimbewohnern, die stark herausforderndes Verhalten zeigen und mobil sind eine adäquate Betreuung zukommen. Gut zwei Drittel der 750 Plätze hielt über lange Zeit der große kommunale Träger pflegen&wohnen, unser Arbeitgeber, der 12 Heime in Hamburg mit Wohnbereichen für Menschen mit Demenz betrieb.

In der Rahmenvereinbarung zur besonderen stationären Dementenbetreuung, sind wichtige Grundsätze gefasst: Psychische Belange sollen Vorrang vor körperlicher Pflege haben. Die Betreuung findet in multidisziplinären Teams statt. Es gibt Supervision und Fallbesprechungen. In den Teams sollen Therapeuten integriert sein.

2003 evaluierte das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim das 750er Programm und bestätigte seinen Nutzen. Beinahe noch aussagekräftiger waren die Ergebnisse eines wissenschaftlich begleiteten Erfahrungsaustausches, der in Zusammenarbeit mit der Sozialbehörde in einem Positionspapier zusammengefasst wurde. In diesem Schreiben, das auf dem Büchertisch zur Ansicht ausliegt, findet sich auch ein Absatz über Therapie, der meines Erachtens wesentliche Kriterien anschnidet.

Zitat Positionspapier:

„Besonders bedeutsam für die förderliche Begleitung von Menschen mit Demenz erweisen sich Musik- und Ergotherapie. Sie sollten in den Alltag „einfließen“, d.h. zeitlich, räumlich und hinsichtlich der Bedürfnisse der Bewohner flexibel gestaltet werden. Sie sollten kontinuierlich erfolgen und durch die Pflegekräfte aufgegriffen und fortgeführt werden.

Musik- und Ergotherapeuten sind Teil des interdisziplinären Teams. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist eine Qualitätsvoraussetzung in der besonderen Dementenbetreuung.“

Hier zeigt sich, dass die sanfte Beharrlichkeit unseres Engagements schrittweise zu einer Integration der Musiktherapie in das Versorgungssystem beitragen kann. Für viele Leiter von Wohnbereichen für Menschen mit Demenz in Hamburg gehört Musiktherapie mittlerweile mehr als nur zum guten Ton.

Gleichzeitig mit der fachlichen Anerkennung eines konzeptionell gut begründeten Therapieangebots, gingen in entscheidenden Gremien der Stadt Hamburg allerdings ganz andere Dinge vor sich. Im Juli 2003 fasste der Senat den Entschluss, pflegen&wohnen zu privatisieren und somit die öffentliche Hand komplett aus der Pflege alter Menschen zurückzuziehen. Es folgten drei Jahre der Stagnation, des Rückschritts, der Unsicherheit.

In diese Umbruchszeit fiel übrigens unsere Zusage, dieses Jahrestreffen auszurichten. Und da wir nicht sicher sein konnten, beim Unternehmen mit diesem Vorhaben auf Gegenliebe zu stoßen, haben wir uns unabhängig gemacht und quasi bei der Kirche Zuflucht gesucht. Deshalb sind wir heute hier in diesem Gemeindehaus und nicht in einem der Pflegeheime – Danke an dieser Stelle an Ilse Hanssen, die uns diese Räumlichkeiten verschafft hat.

Im Januar dieses Jahres übernahm nach langen Verhandlungen das Berliner Unternehmen Vitanas den Betrieb und wir sind gespannt wie's jetzt weitergeht.

Die Folgen der Privatisierung für die Musiktherapie sind noch nicht eindeutig abzusehen.

Kurioserweise hat es im Vorfeld des Betreiberwechsels noch mal eine regelrechte Anstellungswelle gegeben. Eine Abteilungsleiterin sagte mir, sie wolle ihr Team einfach so gut wie irgend möglich

aufstellen: Was man hat, das hat man. Somit zählen wir heute dreizehn Kolleginnen und Kollegen, die größtenteils mindestens eine halbe Stelle innehaben und diplomierte Musiktherapeuten sind. Viele von uns sind ja auch heute hier und teilweise unmittelbar mit der Organisation des heutigen Tages beschäftigt.

Interessant finde ich immer wieder, dass unser Team sich aus Musiktherapeuten vieler unterschiedlicher Ausbildungsstätten zusammensetzt. Aktuell sind Absolventen aus Heidelberg, Hamburg, Nijmegen, London, Berlin UdK und Antrophosophen, Magdeburg und Münster vertreten.

Seit mehr als acht Jahren sammeln wir nun musiktherapeutische Erfahrungen in der besonderen stationären Dementenbetreuung. Wir entdecken und erproben Vorgehensweisen, verabschieden uns von irrigen Konzepten, lösen fachliche Probleme oder lernen zu akzeptieren, was zunächst nicht zu ändern ist. Durch den Austausch innerhalb unserer Fachgruppe und die Supervision konnten einige von uns zu einer anhaltend guten Arbeitszufriedenheit finden.

In immer neuen Versuchen stellen wir uns einem Arbeitsfeld, das hohe Anforderungen an die Therapeuten stellt. Dies nicht zuletzt, weil wir in unmittelbarer Nähe zu starker Verwirrung, unheilbarer Erkrankung und Tod in Einrichtungen arbeiten, in denen die Psycho-, Team- und Institutionsdynamiken in Bezug auf diese Themen, nicht gerade sorgfältig reflektiert werden.

Das Arbeiten macht, wenn es gut gelingen soll, eine Offenheit in Bezug auf die therapeutischen Ansätze notwendig. In meinen Augen geht es häufig darum, die Bereitschaft und die Fähigkeit zu entwickeln, therapeutische Konventionen infrage zu stellen und Arbeitsweisen zu kultivieren, die den radikal veränderten Lebensbedingungen von Menschen mit Demenz entsprechen sowie diese professionell und konzeptionell zu begreifen. Bei mir persönlich fiel der Groschen sprichwörtlich pfennigweise über die Jahre, bis ich nun – quasi als Inventarmusiktherapeut der besonderen Dementenbetreuung - endlich den Eindruck habe, mich nicht nur sicher und beweglich in meiner Arbeit zu fühlen, sondern auch anderen vermitteln zu können, worauf es meiner Ansicht und Erfahrung nach ankommt.

Neben meinen unmittelbaren Kollegen haben auch andere der hier Anwesenden zu der Entwicklung der Musiktherapie in der besonderen stationären Dementenbetreuung beigetragen: Barbara Dehm-Gauwerky und Dorothea Muthesius durch ihre fachlich Einflüsse und reflektierenden Gespräche besonders in den Anfangsjahren. Prof. Eckhard Weymann als Supervisor des musiktherapeutischen Teams. Und Hannelore Allers, die über die DGMT die Stellenausschreibungen verbreitet hat. Schön, dass ihr und Sie heute hier seid.

Nicht anwesend sind die vielen Heimbewohnerinnen und –bewohner, von denen wir lernen durften und täglich dazulernen und Psychiater Dr. Jan Wojnar, der Mitbegründer des Hamburger Dementenprogramms, der bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand unermüdlicher Streiter für die Belange von Menschen mit Demenz war und früh den Wert der Musiktherapie in der Begleitung dieser Menschen erkannte.

Abschließend werfe ich noch einen Blick auf aktuelle Bewegungen in unserem musiktherapeutischen Team: Erstens erfahren wir durch das Ausscheiden einiger Kolleginnen und den Zuwachs auf dreizehn Personen momentan eine neue Situation, in der langjährig erfahrende Kollegen mit Neuankömmlingen in dem Berufsfeld in Austausch kommen. Dies bewog uns, regelmäßige Austauschtreffen wieder aufleben zu lassen, die der fachlichen Unterstützung und beruflichen Entwicklung auf beiden Seiten dienen können. Zweitens erweitert sich gerade unser Einsatzfeld, indem einige von uns in Wohnbereichen für Menschen im Wachkoma und Menschen mit Korsakow Syndrom beschäftigt worden sind und wir uns bei zunehmender Immobilität von Heimbewohnern auch verstärkt dem Thema der Bettlägerigkeit zuwenden. Und drittens versuchen wir Wege zu finden, auf denen wir die Musiktherapie dem neuen Betreiber nahe bringen können, um mit ein bisschen Glück den innerbetrieblichen Status der Musiktherapie weiterzuentwickeln. Irgendwie geht's immer weiter... und auf jeden Dezember folgt wieder ein Mai.

... und auch in unserem Programm soll's gleich weitergehen – nämlich mit dem Vortrag von Barbara Dehm-Gauwerky. Ich wünsche uns allen eine schöne Tagung!!

## **ANHANG 2**

**Dr. Barbara Dehm-Gauwerky, Eschenweg 50, 22949 Ammersbek, April 2007**

### **Abhängigkeiten von individueller, interpersoneller und institutioneller Dynamik in der musiktherapeutischen Behandlung von altersdementen Menschen**

Anhand des Vergleichs von zwei Fallvignetten aus der Musiktherapie mit einer altersdementen Frau ging es in dem Vortrag um die Darstellung und Reflexion der Probleme, die damit verbunden sind, dass die altersdementen Menschen wegen ihrer zerfallenden Ichfunktionen ihre Umwelt in ihre projektiven Identifizierungen verwickeln. Aus diesem Grund schlägt sich ihre individuelle Dynamik in konkreten Aktionen mit ihren Mitmenschen nieder und beeinflusst ebenfalls die Dynamik der Organisationen, die mit ihrer Pflege und Betreuung beauftragt sind. Es wiederholen sich auf diese Weise Szenen aus der individuellen Geschichte der Dementen auf einer interpersonellen und organisatorischen Ebene. Besonders betroffen sind von der Verwicklung die unmittelbar mit der Pflege befassten Menschen, da sie zu körperlicher Nähe gezwungen sind. Aber auch alle anderen an der Interaktion Beteiligten können in deren regressiven Sog geraten.

Die Verwicklungen wiederum rufen spezifische Abwehrreaktionen hervor, die dadurch an Brisanz gewinnen, dass der Sterbeprozess, in dem sich die hochgradig dementen Menschen befinden, mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert. Da aber der Tod als eigene Nichtexistenz nicht vorstellbar ist, andererseits der Tod des Anderen ständig mit dem möglichen eigenen Tod konfrontiert, macht diese Situation hilflos und erzeugt Angst. Gegen diese Hilflosigkeit und Angst richten sich Abwehrmechanismen der Isolierung, der Identifizierung mit dem Aggressor, der Spaltung oder einer unreflektierten Anpassung an vermeintliche Notwendigkeiten der Organisation. Auf gesellschaftlicher Ebene präsentieren sie sich als Phantasmen des Sterbens, die unter anderem in einer Medikalisierung des Todes bestehen.

Aus diesem Grund ist die Reflexion der Situation z.B. in Form einer Supervision unerlässlich, um sich aus diesen Dilemmata zu befreien.

## **ANHANG 3**

**Dr. Dorothea Muthesius, Kleiststraße 35, 10787 Berlin, Tel: 030/2119645, Fax: 030/21966587**  
**e-mail: dorothea.muthesius@berlin.de**

### **Zusammenarbeit Musiktherapie und Pflege im Bereich der Altenarbeit** **Gedanken für das Arbeitstreffen in Hamburg, April 2007**

#### **1) soziale Kompetenzen der Pflege / der Musiktherapie**

Eine kleine, unvollständige und sehr subjektive Sammlung von direkten Begegnungen einer Musiktherapeutin mit Pflegenden. Eine umgekehrte Perspektive steht noch aus: Welche Typen von Musiktherapeuten gibt es aus der Sicht der Pflegenden ...

##### **Die Frustrierte**

„Ja, Frau Schulze kann sehr aggressiv sein, das kriegen Sie ja nicht mit. Sie erleben ja immer nur die guten Seiten der Patienten.“ Mit diesen Worten legitimiert Schwester Monika eine von mir und der beschäftigungstherapeutischen Kollegin unfreiwillig beobachtete Szene: Frau Schulze, schwerhörig und in der Phase der beginnenden Demenz vom Alzheimerstyp, wehrt sehr ungehalten eine unnötige, fahrig-berührende Schwester ab. Die Schwester schreit Frau Schulze darauf hin an mit den Worten: „Schreien Sie mich nicht immer so an, Sie behandeln mich immer wie den letzten Dreck.“

##### **Die Eifersüchtige**

Sie lässt keine Beziehung neben sich zu: Frau Adam gibt mir am Ende einer Stunde gerührt die Hand und sagt: „Das war so schön heute. Vielen Dank.“ Die Schwester: „Gell Frau Adam, gestern habe ich mit Ihnen ja auch so schön gesungen.“ Frau Adam ist etwas irritiert, weil sie nicht mehr weiß, was gestern war.

##### **Die Aufpasserin**

Sie verlässt während der Musiktherapie nicht den Raum, weil sie der Musiktherapeutin nicht zutraut, mit „ihren“ Patienten zurechtzukommen.

Subtiler: Eingriffe in die therapeutischen Strategien durch „der Therapeutin helfen wollen“: Frau Schwenk sieht mich mit meiner Gitarre kommen und sagt: „Oh je, das Singen in der Schule fand ich immer furchtbar.“ Die Schwester: „Aber heute ist doch Musiktherapie und nicht Schule Frau Schwenk!“ Oder noch direkter: Wenn nicht „schnell“ genug hintereinander Lieder gesungen werden, selbst welche vorschlagen, das stationseigene Liederbuch hervorholen oder die Teilnehmer nach ihren Lieblingsliedern fragen.

##### **Die Machtbesessene**

Sie erwartet von der Musik in der Regel Schunkelstimmung, fordert mal eben im Vorübergehen alle lautstark auf, doch lustig zu sein; geht von hinten an den Stuhl von Frau Lehmann (die sehr erschrickt), nimmt deren Hände und zwingt sie zum Mitklatschen; verkürzt („so, ick muß jetzt mal hier ...“) oder verlängert (nach dem Abschiedslied: „Ottochen, Du kannst doch so schön singen, sing doch mall“) nach ihrem Belieben die Musikstunden; ...

##### **Die Einfältige**

Eine junge Schwester, die lange krank war, und die Musiktherapie auf dem Wohnbereich noch nicht kennen gelernt hat, möchte wohl sehen, was dort geschieht. Sie kommt herein, als die Gruppe gerade leidenschaftlich melancholisch „Am Brunnen vor dem Tore“ singt. Der Schwester erscheint diese Stimmung anscheinend als langweilig oder zu traurig. Das Lied ist kaum zu Ende, da fängt die Schwester ein Lied allein an zu singen. Sie hat eine schöne Stimme und singt sehr gut. Es ist ein moderner, flotter Schlager, den die Alten nicht kennen. Sie hören etwas irritiert zu. Die Musiktherapeutin dankt der Schwester am Ende des Lieds mit dem Hinweis, daß dies ja ein sehr schönes Lied von der Liebe gewesen sei, und fordert die Gruppe auf, nun ihrerseits der Schwester ein Lied von der Liebe vorzusingen: „In einem kühlen Grunde“. Damit knüpft sie wieder an die anfängliche

Stimmungslage an, melancholisch, was auch angenommen wird. Die Schwester verläßt den Raum mit dem Hinweis, daß sie jetzt wieder arbeiten müsse.

### **Die Korrekte, die immer weiß, was gerade wichtiger ist**

Sie lässt sich mit ihrem Nachnamen anreden. Die Musiktherapeutin hat auf einem Stuhl Platz genommen, auf dem sonst Herr Meier sitzt; er wird später kommen – heißt es. Er kommt während eines Lieds. Ganz eifrig bemüht sie sich zu arrangieren, dass der Stuhl frei wird – egal ob das Lied zu Ende ist oder nicht. Überhaupt ist alles wichtiger, als der im Singen begriffene Patient: Die Medikamente, der Kaffee, die tropfende Nase, .... Auch ihre eigene Gesundheit. Sie nutzt mich zum Transfer einer Patientin vom Bett in den Rollstuhl, um ihren Rücken zu schonen. Das hatte ich ihr angeboten, weil ich das völlig richtig finde. Ihre Aufforderung dazu kommt garantiert während ich / wir gerade singen...

### **Die Interessierte**

Wieder einmal "Am Brunnen vor dem Tore", mit der entsprechenden Stimmung. Die wohnbereichsleitende Schwester kommt vorsichtig hinein, fragt mit Gestik und Mimik, ob sie bleiben darf. Alle nicken zustimmend, während sie weitersingen. Mangels freiem Stuhl setzt sich die Schwester auf die Armlehne von Frau Meiers Stuhl, singt mit und hat immer im Blick, ob sie Frau Meier dabei nicht zu nahe kommt. Diese hat Tränen in den Augen, weil sie von dem Lied so gerührt ist. Die Schwester nimmt sie in den Arm, was Frau Meier gefällt. Jemand möchte "Mit dem Pfeil, dem Bogen" singen. Das Lied ist eher heiter und beschwingt, aber nicht "lustig" und führt die Gruppe in eine andere Stimmung. Als es zu Ende ist, sagt die Schwester: "Das ist aber ein schönes Lied, das kannte ich gar nicht." Und Frau Meier lebt auf: "Das kennen Sie nicht?! Das hat doch meine Mutter immer gesungen." Sie beginnt so viel zu erzählen, wie es weder die Schwester, noch die Musiktherapeutin bislang erlebt hatten. Dann wird die Schwester gerufen, weil ein dringender Anruf sei. Sie verabschiedet sich ebenso dezent wie sie gekommen ist, und vermeidet damit einen Bruch in der Gruppendynamik.

### **Die Ideale**

Pflegerin als „Co-therapeutin“: Sieht, dass Frau Tischler an meinen Armreifen spielen will, ich aber das Lied noch zu Ende spielen will und dafür meinen Arm brauche. Sie spielt in Vertretung von Frau Tischler mit meinen Armreifen, ohne mich zu stören und als ich nach dem Lied die Armreifen abgebe, spielt sie zusammen mit Frau Tischler zum nächsten Lied ein Armreifenspiel. Die gesamte Sequenz gipfelt darin, dass sie Frau Tischlers Schmuck aus deren Zimmer holt sowie einen Spiegel. Frau Tischler war ein schönes Kind singen dann alle zusammen....

Die gleiche Betreuerin ist auch in der Lage, mit mir zu besprechen, dass mein Angebot aufgrund des Gesundheitszustands einiger Bewohnern nicht greift (die Situationen, in denen sie ansprechbar sind, decken häufig nicht mit dem Termin, zu dem ich komme). Gleichzeitig erzählt sie mir, was sie selbst musikalisch alles mit den Bewohnern macht – nicht um sich mit meinen Kompetenzen zu messen, sondern um mir deutlich zu machen, dass das Medium Musik hier nicht zu kurz kommt und ich mir keine Sorgen machen muß.

**2) Status des Musiktherapeuten: freiberuflich / angestellt (also zeitlich sehr begrenzt, zeitlich umfangreich in einer Einrichtung tätig)**

	<b>Risiken</b>	<b>Chancen</b>
Gaststatus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fremdheit</li> <li>- nur ein sehr kleiner Ausschnitt der Wirklichkeit, des Alltags</li> <li>- Mangel an „Normalität“</li> <li>- Mangel an Kontinuität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besonderheit</li> <li>- Außenperspektive</li> <li>- immer wieder neu</li> </ul>
<i>Ständige Anwesenheit</i>	- <i>in Alltagsroutinen fest hängen</i>	- <i>andauernde Korrekturmöglichkeiten</i>
Festgelegte Zeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- am Bedarf der Teilnehmer vorbei (Frau X. ist morgens immer müde)</li> <li>- vollständiger Rückzug der Pflege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erwartbarkeit, Strukturierungshilfe</li> <li>- Entlastungspause für Pflege</li> </ul>
<i>Flexible Zeiten</i>	- <i>mangelnde Erwartbarkeit, Orientierung</i>	- <i>situative Entlastungsmöglichkeiten bei kritischen Situationen</i>
Festgelegte Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meist nur Gruppen</li> <li>- keinen Einfluß auf die Zusammensetzung</li> </ul>	- erwartbare Entlastung von „schwierigen“ Patienten
<i>Variable Teilnehmer / Einzeltherapien</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>situative Bedürfnisbefriedigung;</i></li> <li>- <i>Anpassung an individuelle Potentiale</i></li> </ul>
Informationsfluß	- wenig, da meist nicht geregelt	- tendenziell zwischen Tür und Angel und daher sehr persönlich
Teamdynamik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „keine“</li> <li>- Fremdkörper</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Möglichkeit der Distanz</li> <li>- quasi Supervision</li> </ul>
<i>Teamdynamik</i>	- <i>volle Integration in gute und schlechte Zeiten</i>	- <i>mit therapeutischer Kompetenz für ein gutes Klima sorgen</i>
Selektion Pflegekräfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- man lernt nicht alle Pflegekollegen kennen</li> <li>- man kennt alle, aber sieht sie in „unzuverlässigen“ Abständen</li> </ul>	- Zwang zur Flexibilität
Vergütung	Siehe Anlage	

**3) Orientierungen der Pflege und der Musiktherapie  
in den verschiedenen Versorgungskontexten:**

	<b>Pflege</b>	<b>Musiktherapie</b>
allgemein	- Auf das Individuum orientiert - unter Dauerbeobachtung	- auf Gruppenprozesse orientiert - macht die Tür zu
Klinische Gerontopsychiatrie (Akutversorgung)	- hoher Anteil Krankenpflege, z.T. psychiatrisch geschult; - unter Zeitdruck, zielorientiert (Entlassung); - medizinische und funktionale Orientierung - Musiktherapie ist keine Konkurrenz	- unter Erfolgsdruck
Klinische Geriatrie	häufig nicht psychiatrisch geschult	Selten
Kranken-, Pflege-, Altersheime (Langzeitpflege, Großkollektive)	- „Das ist mein Arbeitsplatz“ - traditionalistisch orientiert, an festen Strukturen interessiert, leicht zu irritieren (wenn es 16.05 Uhr wird) bei gleichzeitiger Abgebrühtheit („das ist die Krankheit“); - Verantwortung wird gerne abgegeben (kann ich jetzt nicht sagen, bin ich nicht für zuständig); - Bewohnern wird nichts mehr zugetraut, „wir haben ja schon alles versucht“	- Klärung der Vor- und Nachteile räumlicher Absonderung - Ressourcen wecken „um jeden Preis“?
Wohngemeinschaften, Wohngruppen (Langzeitpflege, familienähnliche Formen)	- „Das ist der Wohn- und Lebensraum meiner Auftraggeber“; - Kommunikationsdichte und –dauer (es gibt zu viel Zeit!) zwingt zur Reflexivität, zur Gelassenheit, zur Übernahme ganzheitlicher Verantwortung; - suchen nach Unterbrechung der Dichte durch „Gäste“	- ist immer (!) Gast; - Gruppenzusammensetzung zu 100% gleich; - niedrigere Frequenz (14-tätig) reicht aus; - räumlich kein Rückzug möglich
Tagespflege	- meist Aktivitäten-orientiert (Altenpflege)	- hohe Erwartungen an „ungewöhnlicher“ Aktivität
Häusliche Pflege	Meist hoher Zeitdruck	Tendenz zur Überbeanspruchung

#### 4) Konkurrenzen

Der Pfarrer

Der Ehrenamtliche (Musiker, Amateurmusiker, ...)

Der soziodynamisch geschulte Musiker

Die musikalisch geschulte Pflegekraft / Sozialarbeiter / Ehrenamtliche

Der Musiktherapeut

Der gerontopsychiatrisch geschulte Musiktherapeut

#### 5) Vergütung

Rechenexempel für ausschließlich freiberuflich tätige Musiktherapeuten

- Bei bestmöglicher Organisation und Auslastung lege ich einen Umfang von 3 Therapieeinheiten / Arbeitstag zu Grunde.
- Therapieeinheit: 1 Gruppenstunde von 45 – 60 Minuten; Dokumentation; inhaltliche Vor- und Nachbereitung; Anfahrt; Rechnungen schreiben; Besprechungen mit Pflege, Betreuer, Angehörigen....
- 3 Therapieeinheiten / Tag x 5 Wochentage = 15 Therapieeinheiten / Woche
- Jahresarbeitszeit in Wochen: 44 (= 52 Wochen ./. 4 Wochen Urlaub ./. 2 Wochen Krankheit ./. 2 Wochen Feiertage oder anderer Ausfall)
- 44 Wochen x 15 Therapieeinheiten = 660 : 12 Monate = 55 Therapieeinheiten / Monat
- Bei einem Honorar von 60,- EUR x 55 Therapieeinheiten ergibt das 3.300,- EUR / Monat (= Umsatz bzw. Arbeitgeberbrutto)
- Das ergibt einen Jahresumsatz von EUR 39.600,-

Jahresumsatz	39.600,-
Absatzfähige Kosten	9.600,-
Verbleiben für Kranken- und Sozialversicherung (KSK)	30.000,- (5.355,-)
Volle K + S – Versicherung:	10.710,-
Zu versteuernder Gewinn	(24.645,-) 19.290,-
Steuern	(2.800,-) 2.500,-
Arbeitnehmer netto (Gewinn nach Steuern)	(21.845,-) 16.790,-
Per Monat	(1.820,-) 1.400,-