

Beiträge

Musik auf Rädern GbR – ambulante Musiktherapie

Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens und Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen

Music on Wheels – Outpatient Music Therapy

Creating and Establishing a Company Providing Services and Experiences with Music Therapy for Elderly People

Barbara Keller, Cornelia Klären, Ursula Pfefferle

In diesem Beitrag werden zunächst die verschiedenen Schritte des Weges in die Selbstständigkeit beschrieben und kritisch hinterfragt: Wie viel Flexibilität, „Kampfesgeist“ und Kompromissbereitschaft sind nötig und dürfen sein? Wie viel Entfaltungsspielraum bleibt? Wie und warum kann sich eine freiberufliche Musiktherapie in der momentanen gesundheitspolitischen Situation behaupten und in der Pflege-landschaft etablieren?

In einem zweiten Teil wird die praktische musiktherapeutische Arbeit mit alten Menschen vorgestellt. Das Team hat in mehrjähriger Berufspraxis ein eigenes Konzept entwickelt. In der Musiktherapie wird bewusst nicht auf eine musikalische oder sonst wie geartete Aktivierung und Strukturierung abgezielt. Das Grundprinzip ist eine wertschätzende und respektvolle Haltung gegenüber dem alten, dementen und/oder sterbenden Menschen. Anhand verschiedener Fallbeispiele soll deutlich werden, welche Chancen und Möglichkeiten für den Patienten – und auch für den Therapeuten – in einer solchen entwicklungs-offenen und methodisch flexiblen Haltung liegen.

The first part of this paper describes the different stages towards self-employment. It then critically questions to what degree flexibility, a “fighting spirit” and a give-and-take attitude are necessary and permitted. How much room for expansion remains? How and why can free-lance music therapy stand its ground in today’s health care politics and become established in the field of health care maintenance?

The second part of this study presents the practical work with music therapy for the elderly. Drawing from many years of professional practice, the team developed a

unique concept that intentionally does not base itself on musical or other forms of activating and rigidly structured interaction, but rather on a valued and respectful attitude toward elderly, dementia afflicted and/or dying persons. Several case studies clarify the prospects and possibilities for patients, as well as therapists, found in such a developmentally open and methodically flexible approach.

„Könnt ihr denn davon leben? Und wer zahlt das?“

Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens

Manchmal bedauern wir uns gegenseitig, mit der Selbständigkeit eine solch erklärungsbedürftige Berufsform gewählt zu haben – ist doch der Beruf des Musiktherapeuten an sich schon ständig zu umschreiben, bisweilen sogar zu rechtfertigen. Physiklehrer haben es da leichter. Doch nachdem die Existenzgründungsphase hinter uns liegt, nachdem sich die Berufseinsteiger-Aufgeregtheit langsam gelegt hat und sich nach und nach eine Berufsidentität bildet, stellen wir auch immer wieder fest, was für ein schönes und dankbares Arbeitsfeld die Musiktherapie ist, und dass die musiktherapeutische Selbständigkeit ein gangbarer und lohnenswerter Weg und damit vor allem aus finanzieller Sicht eine gute Alternative zu einer Planstelle ist.

Zunächst die Fakten: Unser Team besteht aus drei Personen, unser wöchentliches Arbeitspensum entspricht dem dreier Vollzeitstellen, wir haben keine Praxis, aber einen gemeinsamen Büroraum und bringen Musiktherapie dorthin, wo sie gewünscht wird. Die ursprüngliche Idee – erwachsen aus einer Diplomarbeit an der Universität Münster (Keller 2003) –, Musiktherapie zu pflegebedürftigen alten Menschen nach Hause zu bringen, hat sich inzwischen in verschiedener Hinsicht weiterentwickelt und dem Markt angepasst: Ein Großteil der Kunden der „Musik auf Rädern GbR“ sind nicht wie anfänglich gedacht Privatleute, sondern Altenpflegeeinrichtungen und Rehabilitationszentren; zu den Dienstleistungen gehört neben Einzel- und Gruppenmusiktherapie auch die regelmäßige Gestaltung von Jahreszeitenfesten, Tanztees, Wunschkonzerten usw. Gleichzeitig hat sich auch die Zielgruppe erweitert: Ein Kollege arbeitet nach gleichem Konzept am selben Ort mit behinderten Menschen, zwei weitere Kolleginnen mit Kindern und Jugendlichen (nähere Informationen unter www.musikaufraedern.de). Die Nachfrage nach Musiktherapie am Ort wächst – weil es ein Angebot gibt.

Warum funktioniert das Modell in dieser Zeit der knappen Kassen?

Auch als Musiktherapeuten können wir von der aktuellen gesundheitspolitischen Situation profitieren. Zwar werden allerorts Stellen eingespart und gestrichen, doch rückt damit die Notwendigkeit, Musiktherapie anzubieten, nicht aus dem Blickfeld. Es müssen neue Wege beschritten werden: Neue Wege, losgelöst aus der

Verankerung der frustrierenden Suche nach offiziellen Kostenträgern, denn das Aufspüren und Ausschöpfen der letzten verbliebenen Finanzierungsmöglichkeiten durch das staatliche Gesundheits- oder Sozialsystem wird immer schwieriger (vgl. Pleß-Adamczyk 2002); neue Wege, auch in dem Vertrauen auf die Prognosen der Sozialforscher (vgl. Miegel 2002)¹. Institutionen (von Kindergärten und Schulen bis hin zu Einrichtungen der Altenpflege) sind – das zeigt die Praxis – in der Lage, andere Möglichkeiten der Finanzierung zu erschließen. Dies wiederum steigert ihren Wettbewerbswert. Musiktherapeuten müssen ebendiese offensichtlichen Versorgungslücken im ambulanten Bereich aufspüren und sich so eigene Nischen schaffen. Damit ist hier jedoch nicht die Gründung einer musiktherapeutischen Praxis gemeint, um die es, wenn über ambulante Musiktherapie gesprochen oder geschrieben wird, in der Regel geht. Denn auch die Zahl der Praxen ist seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes und den damit einhergehenden Forderungen nach Approbation und Kassenzulassung zurückgegangen (vgl. Decker-Voigt/Frohne-Hagemann/Kächele/Metzner 2003).

Die gemeinten Nischen befinden sich vielmehr in der Dienstleistungsbranche. „Man muss lernen, in die Institutionen zu gehen und sich als Musiktherapeut nicht unter Wert zu *bewerben*, sondern einen *Service* anzubieten und diesen dann der Institution in Rechnung zu stellen.“ (Frohne-Hagemann in Decker-Voigt u. a. 2003) Wird die Musiktherapie zur Dienstleistung, wird sie – so erleben wir es und das ist unsere Prognose – gefragter denn je. Dies geschieht jedoch nicht von allein, sondern braucht Initiative. Doch wie viel Flexibilität, Kampfesgeist und Kompromissbereitschaft sind nötig und dürfen sein, um sich selbst eine oder mehrere Musiktherapeuten-Stellen zu schaffen? Wie viel Entfaltungsspielraum bleibt? Und ist die Qualität gesichert, wenn man in so existenzieller Hinsicht für die Erhaltung seiner Stelle verantwortlich ist? Eine Klärung dieser Fragen kann hier nur in Ansätzen versucht werden. Wir wollen in drei Schritten vorgehen: Es soll zunächst unser Weg in die Selbständigkeit umrissen werden, anschließend wagen wir ein Resümee über das, was eine Gründung ausmacht und begünstigen kann, und schließlich geben wir einen umfassenderen Einblick in die praktische Arbeit.

Selbständigkeit – vordergründig

Unsere Existenzgründung dauerte ein Jahr. Wir unterteilen sie in vier Phasen:

Von der Idee zu den ersten Schritten (Frühjahr 2003)

Die Idee ist geboren, ein Team findet sich zusammen. Betriebswirtschaftliche und rechtliche Fragen werden geklärt, erforderliche Versicherungen abgeschlossen. Über die Hochschule laden wir Vertreter der Pflegelandschaft in Münster zu einem „Runden Tisch“ ein, um gemeinsam über die Möglichkeiten und Grenzen der Idee nachzudenken. Wir erhalten ein durchweg positives Echo.

Akquise heißt die Devise (Sommer und Herbst 2003):

Wir entwickeln eine Angebotspalette aus „Bausteinen“ und „Paketen“. Das Angebot gilt es zu vermarkten. Wir lassen Flyer und Konzepte drucken, gestalten eine Homepage, bekleben unsere Autos, stehen mehrfach in der Zeitung und führen Gespräche mit Vertretern von ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der Altenpflege und –rehabilitation. Wir melden uns beim Finanzamt als Dienstleister an.

Die Räder rollen (Herbst 2003):

Erste Aufträge. Zuversicht. Allerdings auch immer wieder Absagen. Die Akquise geht weiter.

Die Nachfrage wächst – das Angebot erweitert sich (Winter 2003/2004):

Wir erhalten weitere Aufträge, zum Teil über Mund-zu-Mund-Propaganda. Neue Anfragen bringen uns auf neue Ideen. Wir passen unser Angebot nach und nach den Gegebenheiten an ².

Selbständigkeit – hintergründig

Vier Phasen, ein Kalenderjahr, drei Stellen. Ja, wir können davon leben. Werden wir gefragt, wie wir „das gemacht“ haben, so hilft eine Erläuterung der obigen Auflistung dem Fragenden nicht besonders viel weiter. Sie ist durchaus überschaubar und gut nachvollziehbar – aber eigentlich wenig eindrucksvoll. Was eine Gründung realistisch werden lässt, sind nicht die Wege zum Rechtsanwalt, zum Versicherungsberater, zum Finanzamt oder zum Buchhaltungsseminar der Regionalstelle „Frau und Beruf“ ³. Was eine Gründung realistisch werden lässt, ist das, was dahinter steht. Wir fassen es unter den folgenden drei Punkten zusammen:

Die „richtige“ Einstellung haben

Der Glaube, es zu schaffen und vor allem der Wille, es (auch nach Misserfolgen weiter) zu versuchen; Idealismus und Mut sind wohl die wichtigsten Voraussetzungen, die aus einer Existenzgründungsidee eine Existenzgründung werden lassen.

Unterstützung erfahren

Das Wissen, gehalten zu sein durch Familie oder Partner, das Gefühl, den steinigen Pfad im Team gemeinsam zu beschreiten, oder Rückhalt zu spüren durch die Anbindung an eine Ausbildungsstätte helfen ungemein. Manchmal mangelt es im beruflichen Alltag an Wertschätzung. Eine gute und qualifizierte Arbeit ist leichter möglich, wenn man Wertschätzung erfährt.

Sich mitbewegen

Dies ist in zweierlei Hinsicht gemeint: Flexibel sein, sich in die Nische einfügen, Ideen produzieren, improvisieren; in Gesprächen mit Geldgebern die therapeutische Fähigkeit nutzen, sich in die Gedanken- und Gefühlswelt des Gesprächspartners einzufühlen („mein Gegenüber hat vermutlich wenig fundierten Einblick, was die Musiktherapie leisten kann, außerdem hat mein Gegenüber zunächst kein Geld zur Verfügung, um Musiktherapie zu bezahlen“), und darauf sensibel reagieren. In der Akquise beharrlich sein.

Therapeutische Kompetenzen fließen in Betriebs- und Strukturplanungen mit ein und umgekehrt. Geht man davon aus, dass formale Gegebenheiten die therapeutische Arbeit beeinflussen, so ist die Notwendigkeit einer Balance zwischen strukturellen Erfordernissen und der Zielvorstellung unserer Arbeit festzustellen: Man möchte den alten Menschen in seiner Stille und Abschiedlichkeit begleiten. Gleichzeitig erfordert nicht zuletzt die Organisation der selbständigen Betriebsführung eine erhöhte Regsamkeit, die man so bewusst in den Therapiestunden loslassen will – oder darf. Ähnlich gegensätzlich wirkt das „auf Rädern“ sein: neben der Mobilität, die dem alten Menschen in seiner gewohnten Umgebung zugute kommt, erleben wir in den verschiedenen Einrichtungen, Kliniken oder Haushalten immer wechselnde Atmosphären und Lebenswelten und möchten dann, angekommen bei den auf uns Wartenden, gerade dieses Wechselhafte und Geschäftige abstreifen. Die beiden Pole wirken auf jeden anders, wir empfinden sie als unterschiedlich bereichernd oder belastend; letztendlich haben wir sie selbst auszugleichen.

Die verschiedenen Aufträge bringen es mit sich, dass wir jeweils nur wenige Stunden in einer Einrichtung arbeiten. Eine (regelmäßige) Teilnahme an Teamsitzungen ist daher nicht möglich, der Zeitaufwand wird in der Regel nicht vergütet. Im Team mitzugestalten, auf die Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit einzuwirken, wird dadurch teilweise erschwert. Die Verhandlungen über den Raum, in dem die Musiktherapie stattfindet, über die Patienten, die daran teilnehmen und über die sonstigen Rahmenbedingungen führen wir stets mit der Leitung und mit dem Sozialen Dienst der Einrichtungen. In der alltäglichen praktischen Arbeit sind unsere Ansprechpartner dann in der Regel die Schwestern und Pfleger. Hier gilt es, sich eine gewisse Gelassenheit und Freude am Improvisieren in Bezug auf die Arbeitsbedingungen anzueignen und zu bewahren, und dem möglicherweise stockenden Informationsfluss und daraus resultierenden Veränderungen offen entgegenzutreten.

In gewissem Sinne haben wir einen Gaststatus. Wir sind eingeladen worden, mit unserer Musiktherapie die Heimbewohner zu bereichern, wir sind als Selbständige von unseren Auftraggebern nicht direkt abhängig, wir kommen und gehen und bringen eben „die Musik ins Haus“ – so steht es auf unseren Autos. Dieser Status hat neben dem Nachteil, dass man sich mit der einen oder anderen Gegebenheit zu

arrangieren hat, sehr viele Vorteile, die man wiederum an die Bewohner weitergeben kann. Nicht direkt in das System der Einrichtung eingebunden haben wir die Freiheit, gründlicher und intensiver den Blickwinkel der Bewohner einzunehmen. Wir können uns ohne eigene Anhängigkeiten in die Heimsituation einfühlen, am Erleben unserer Klienten teilnehmen und das Erleben verstehen und mittragen.

Darüber hinaus hilfreich, unverzichtbar und unserer Arbeit mit den Patienten in jeder Weise zuträglich sind der rege und enge Austausch untereinander, mit Praktikanten, das Dokumentieren der Therapien, gemeinsame Intervention und Supervision.

„Wir haben die Mauer weggetrommelt.“

Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen

„Ich habe eine Aufgabe für Sie. Das ist eine große Aufgabe: Sie müssen mir helfen, das Verlorene wiederzufinden.“ Herr Huber⁴

„Gerade eben war ich tot, dann wieder lebendig, dann wieder tot. Ich weiß überhaupt nicht, was da los ist.“ Herr Naumann

„Wie geht es Ihnen heute?“ – „Nicht gut. Meine Mine ist so kalt.“ Frau Röder

„Ich möchte, dass alle Gefangenen frei gelassen werden!“ Herr Pieper

„Ich grübele nach, aber ich weiß nicht, über was.“ Frau Kleist

„Ich möchte hier mit ganzem Verstand sitzen!“ Frau Dahlmann

„Das alles ist jetzt ein glatter Fußboden.“ Frau Tenne

„Heute ist ein schweres Gewitter über mich gezogen.“ Herr Knemeyer

Diese Zitate tönen aus einer zerfallenen und unberechenbaren Welt und dokumentieren die teilweise verzweifelte Suche nach Halt und Hilfe. Durch die manchmal eigenwilligen und nahezu poetischen Formulierungen hindurch ist einerseits das Bemerkte der geistigen und anderen Verluste zu erkennen und andererseits der Versuch, das Alte wieder zu finden und einzufordern, es in der äußeren Welt einzuholen. Und die äußere Welt? Musiktherapie als eine äußere Welt möchte dem alten Menschen auf eine Weise begegnen, die ihn wieder Ganzheit erleben lässt, wenigstens für eine kurze Zeit. Mit ihren Instrumenten, Atmosphären und der Musik kann die Musiktherapie eine verbindende Funktion erfüllen, hineinführen in die Erlebniswelt des Patienten, sie kann Brücken bauen zwischen innen und außen, früher und heute und zwischen den teilnehmenden Spielern.

Die folgenden drei Schilderungen von Therapieverläufen entstammen der Arbeit in zwei Seniorenheimen und einer geriatrischen Rehabilitationsklinik. Es handelt sich um zwei Einzeltherapien und eine Gruppentherapie.

Frau Schäfer erlebt einen Abschied.

Eine Einzelmusiktherapie in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik

Ursula Pfefferle

Frau Schäfer ist für vier Wochen Patientin in einer Klinik für geriatrische Rehabilitation. Ab der zweiten Woche erhält die Patientin Musiktherapie. Frau Schäfer ist 80 Jahre alt, sie hat vier Kinder, ist seit acht Monaten Witwe und hat in einem kaufmännischen Beruf gearbeitet.

Sie kommt mit der Diagnose „linksseitiger Hirninfarkt mit Aphasien und leicht-gradiger Hemiparese rechts; kardiopulmolare Einschränkung“ in die Rehabilitation. Als Ursache für den Hirninfarkt wird Vorhofflimmern angegeben. Zum Zeitpunkt des Infarkts war die Patientin zuhause. Ein plötzlicher Sprachverlust trat auf, die Patientin konnte nicht mehr aufstehen. Frau Schäfer wurde 12 Tage im Krankenhaus behandelt, bevor sie die Rehabilitation antrat.

Frau Schäfer erhält neben der Musiktherapie auch Ergotherapie und Sprachtherapie. Dem Ergotherapeuten gegenüber äußert sie, dass die Sprachdefizite ihr größtes Problem seien. Er berichtet, dass sich die Patientin bei Übungen des Gleichgewichts ängstlich zeige. Insgesamt befindet sich Frau Schäfer in einem akzeptablen körperlichen Zustand, die Folgen des Schlaganfalls wie ein leichtes Sprachdefizit und wenig beeinträchtigende Lähmungserscheinungen sind als moderat zu bewerten.

Als musiktherapeutischer Behandlungsauftrag für diese Patientin zeichnet sich bereits in der ersten Begegnung Trauerarbeit und Unterstützung der eigenen Kräfte ab. Die körperlichen Einbußen stehen auch für das Erleben der Patientin eher im Hintergrund. Sie ist emotional verletzt und sehr unsicher, ihr entgleitet der Überblick, sie hat Kummer. Dieser wiederum äußert sich auch im Somatischen, so denke ich bald nach unserem Kennenlernen. Neben der Trauer über den Tod des Ehemannes erschwert ein Mythos die Bewältigung der Situation: der verpasste Abschied von ihm. Als er in einem Krankenhaus starb, befand sich die Patientin bereits das erste Mal in derselben Rehabilitationsklinik wie momentan, um sich nach einer Operation zu regenerieren. Dadurch konnten sich die beiden Eheleute nicht noch einmal sehen. Die verlorene Gelegenheit liegt in der Seele von Frau Schäfer und erschwert zusätzlich die Verarbeitung; dazu tritt die eigene Erkrankung und vor allem der sorgenbereite Gedanke, wie das Leben nun zuhause weitergeht.

Erste Begegnung

Eine traurige kleine Frau.

Die Patientin sitzt am Fenster. Sie ist eine zart gebaute Dame mit heller Haut, eher klein, auch das Gesicht. Sie sieht sehr ebenmäßig und jung aus. Nun harrt sie der Dinge, die da kommen werden. Ich beginne mit dem Begrüßungslied, meine Praktikantin stimmt auf ihre unnachahmliche japanische Weise mit dem Glockenspiel und ihrem Gesang mit ein. Wir begrüßen die Patientin und geben ihr die Hand, sie wendet sich uns zu. Die Praktikantin bietet Frau Schäfer das Glockenspiel an, welches sie mit beiden Händen abwehrt. Ich bin über die Stärke der Geste kurz überrascht, bleibe jedoch bei diesem Gedanken nicht weiter. Im Nachhinein vermisste ich in der folgenden Erklärung Frau Schäfers die eben wahrnehmbare Energie. Sie erläutert, dass sie das Instrument nicht spielen könne. Sie habe im Gegensatz zu ihren vier Kindern nicht Musik gemacht. Die Patientin zählt das Alter ihrer Kinder auf. Ich äußere, dass sie sehr jung seien (und meine in Wirklichkeit, dass die Patientin jung wirkt). Auch auf diese Bemerkung reagiert Frau Schäfer in einer irritierenden Art. Sie schaut mich kurz an, so kurz, dass sich mein Erstaunen kaum in der Wahrnehmung verfestigen will. Etwas sehr Schmerzvolles, Resigniertes liegt in diesem Blick, und wieder geht der Augenblick vorüber, als habe es ihn nicht gegeben. Wir singen ein, zwei Weihnachtslieder. Die Patientin singt nicht mit, sie hört in sich gekehrt zu. Dazwischen Gespräch und Pausen. Die Pausen und ihre Stille werden wichtig – die Patientin erzählt mehrmals nach einigem Schweigen wesentliche Dinge, etwa vom erlittenen Schlaganfall. Während sie dabei zu Beginn noch nach Wörtern suchen muss und einige verwechselt (zum Beispiel Jahre sagt statt Tage), ist die leichte Aphasie später im Grunde nicht mehr festzustellen. Die Patientin spricht zwar langsam, aber das passt zum gesamten Erscheinungsbild. Während der ersten gesungenen Melodien fällt mir auf, dass Frau Schäfer aussieht, als würde sie anfangen zu weinen.

Die Atmosphäre der Stunde ist dicht, angenehm, friedlich, aber auch traurig, wobei Frau Schäfer vom schlimmen Verlust ihres Ehemannes erzählt, nachdem wir unseren Abschied eingeleitet haben. Wir haben bereits „Auf Wiedersehen, Frau Schäfer“ gesungen, ich stehe schon, als die Praktikantin Münsters Innenstadt erwähnt, in der man von zwei Kirchen Glockenspiele hören kann. Als der Name einer Münsteraner Innenstadtstraße genannt wird, fängt die Patientin an zu weinen. Sie könne nun nicht mehr mit ihrem Mann in die Stadt gehen. Ich setze mich wieder. Die Patientin erzählt, dass ihr Mann vor zwei Monaten gestorben sei, an Lungenkrebs. (Er ist vor acht Monaten gestorben.) Während dieser Zeit sei sie in der Klinik gewesen und habe sich nicht verabschieden können. Wir sollen sein Foto auf dem Nachttisch ansehen. Frau Schäfer sieht mich gespannt an, es ist wichtig, dass ich meinen Eindruck über ihren Mann nenne. Er sieht sehr nett und humorvoll aus. Ich denke, dass er ihr sicher einen Halt geboten hat. Frau Schäfer erzählt unter Tränen, dass viele junge Leute bei der Beerdigung geweint hätten. Ihr Mann sei Trainer im Sportverein gewesen.

Zweite Begegnung

Das Leid anhören. Trauern und Zeit haben.

Frau Schäfer fängt an, mir von ihrer Einsamkeit zu erzählen. Die Zimmernachbarin schaltet sich agil ein, sie beide zusammen hätten es doch auch nett und dann sei es doch nicht einsam. Frau Schäfer schaut mit ablehnendem Gesichtsausdruck auf, wendet sich dann aber schnell – den Einwurf nicht beantwortend – mir zu und fordert mich auf, etwas zu spielen. Diese Kommunikation ist aufschlussreich. Die Patientin teilt mir ihre Einsamkeit mit, sie möchte zunächst aber nicht weiter darüber reden. Gutgemeinte Aufmunterungen wehrt sie relativ aggressiv ab. Allmählich kann ich der Patientin immer mehr Zeit lassen. Sie erzählt wieder vom Tod ihres Mannes und wirkt auf mich sehr verzweifelt.

Dritte Begegnung

Stärke und Können.

Die Patientin sitzt aufrecht am Tisch, der am Fenster steht. Heute macht sie einen beschwingteren und präsenteren Eindruck als sonst. Vor ihr stehen Blumen, die wir bewundern. Sie erzählt, dass ihr Sohn ihr diese Blumen mitgebracht habe. Es geht eine Stärke von Frau Schäfer aus, auf die wir spiegelnd reagieren. Frau Schäfer ist in Erzähllaune. Sie rekapituliert ein wenig ihre Situation, aber doch gelassen und differenziert. Es gibt Gutes und Trauriges. Sie spielt ein bisschen auf einem Instrument, legt es dann aber beiseite. Ich sage ihr, wir hätten auf sie gehört und danach unser Spiel bestimmt, ob sie das denn bemerkt habe. Sie äußert sich dazu nicht weiter, erwähnt jedoch, dass sie eine bestimmte Krankheit habe, die dazu geführt habe, dass sie krumme Beine habe und klein sei. Ihr Mann aber habe immer gesagt, dass er eine kleine Frau haben wolle. Wir kommen auf den Mann zu sprechen. Die Patientin ist traurig, aber heute scheinen die Ereignisse etwas natürlicher zu sein und es gibt auch den Blick auf die Kinder, auf die hilfsbereite Nachbarin – auf ein Leben, das Frau Schäfer nun weiterführen wird. Der Verlust wirkt nicht mehr so erschlagend. Insgesamt verläuft diese Stunde sehr dicht, vertraut, mit einem gemeinsamen Spannungsbogen, mit dem Gefühl im Raum, dass so oder so der Lauf des Lebens sei. Ich empfinde die Patientin als weise und stark.

Vierte Begegnung

Frau Schäfer hat ihr eigenes Tempo und Humor.

Sie sitzt am Tisch, ich merke gleich, dass es der Patientin nicht so gut wie beim letzten Mal geht. Ich spüre in mir Enttäuschung. Erwartungen – ist das ein Thema? Und auch ein bisschen Ärger: Sie kann es doch! Sie muss es doch können! Ich

nehme die Patientin als jemanden wahr, der seine Kräfte unterschätzt bzw. sich aus mir unbekanntem Gründen in einer etwas kindlich-hilflosen Anmutung eingerichtet hat. Der Gedanke liegt nahe, dass dieses Erscheinungsbild gut zu einem aktiven, zupackenden Mann passt, der sich ausdrücklich eine „kleine Frau“ gewünscht hat. Plötzlich und ohne als ausreichend empfundene Vorbereitung und Verabschiedung, ja, auch ohne gefragt worden zu sein, findet sich Frau Schäfer in einer vollkommen veränderten Lebenssituation wieder. In Anbetracht ihres Bedürfnisses nach Bedenkzeit muss ihr alles Eingetretene fast wie eben passiert vorkommen. Ihr Selbstbild zeichnet sie als eine schwache Persönlichkeit. Ist es da ein Wunder, überfordert zu sein? Und ist es nicht verständlich, aufgeben zu wollen und den Körper „übernehmen“ zu lassen? Ich entschieße mich zu großer Zurückhaltung, um die Persönlichkeit meiner Patientin möglichst ohne meine Erwartungen und Einflüsse kennen zu lernen. Eine lustige Szene, und eine, die mich etwas über Geduld lehrt: Es klopft, niemand kommt herein. Frau Schäfer rafft sich auf und geht mit dem Rollator in einem höchst geringen Tempo zur Tür. Sie macht die Tür auf – ich denke, wer immer draußen stand, er muss weg sein. Das ist durchaus nicht der Fall. Eine sehr langsam und unverständlich redende Patientin wartet draußen und bringt die Zeitung für die Mitpatientin von Frau Schäfer. Bis das alles geklärt ist! Ich bin ungeduldig. Die Mitpatientin ist gerade auf der Toilette, was Frau Schäfer der Dame draußen ins Ohr schreit: „Die ist auf dem Klo!“. Langsam, mit der Zeitung auf dem Rollator, kommt die Patientin wieder an unseren Tisch. Sie lächelt und meint, „die spricht noch schlechter als ich!“. Frau Schäfer hat also auch eine spitzbübische Seite. Es kommt mir in den Sinn, dass sie innerlich von Unruhe geprägt ist; nicht an der Oberfläche, aber darunter. Etwas rumort in ihr hin und her.

Fünfte und letzte Begegnung

Gespräche. Der eigene weitere Weg.

Frau Schäfer erzählt uns über ihre bevorstehende Entlassung und dass sie von allen Therapien am heutigen Tage müde sei. Sie bietet uns Plätzchen an und sagt, wir sollen etwas spielen. Sie kommt mir heute geordnet und gesetzt, aber traurig vor. Die Zukunft bereitet ihr Sorgen. Als die Praktikantin ihr nochmals das Glockenspiel anbietet, lehnt sie es wieder so stark ab, dass man den Eindruck bekommen könnte, man habe von ihr etwas Schlimmes verlangt. Vielleicht ist hier ein Versuch zu erkennen, das seelische Gleichgewicht wiederzuerlangen: jedes Verlangen von außen abweisen, um die eigenen Wünsche besser zu hören. Oder nichts zu hören? – Frau Schäfer möchte unterhalten werden. Die Praktikantin und Cotherapeutin erzählt von japanischem Essen und bald wendet insbesondere die Zimmernachbarin das Thema wieder hin zu Krankheiten. Frau Schäfer hat zu dem Thema Essen auch nicht so viel zu sagen. Sie äußert sich kaum über sich; sie ist ein stiller Mensch mit eigenen Gedanken. Hilflosigkeit und Trauer sind in ihrem Gesicht zu lesen.

Nachgedanken

Wir sind traurig, als wir uns von Frau Schäfer verabschieden. Sie ist weiterhin unglücklich. Da sie eine so bedächtige Art hat und die Angewohnheit, wichtige Dinge unerwartet spät zu äußern, spüren wir, dass mehr Zeit und die Möglichkeit, Geduld zu haben, der Patientin noch etwas hätten helfen können. Unsere Gesellschaft und unsere Mitbringsel in Form von Erzählungen, Handlungen, Fragen und Musik haben der alten Dame zwar sicher gut getan und waren ihr angenehm. Dennoch blieben viele Dinge ungesagt und unangetastet, die vielleicht noch hervorgetreten wären und der Patientin dadurch Erleichterung verschafft hätten. Frau Schäfer bedarf eines warmen haltenden Grundes, den sie bisher immer bei ihrem Mann finden konnte. Nun fühlt sie sich dem weiteren Schicksal hilflos ausgeliefert. Sie kommt mit ihrem Klinikaufenthalt an den Ort zurück, den sie zeitlich mit dem Tod des Ehemannes in Verbindung bringt. Vielleicht wollte sie noch etwas nachholen. Ihr Gefühl lässt den Verlust des Ehemannes noch immer in drängender Aktualität spüren. Wir haben in der Musiktherapie das Bedürfnis nach Halt und Wärme vielleicht richtig erkannt, doch konnten wir es natürlich nicht ausreichend auffangen und auch zu wenig auf Perspektiven verweisen. Zudem hielt die Patientin immer eine gewisse Distanz aufrecht. Es bleibt die Hoffnung auf eine gute Zukunft für Frau Schäfer im Kreis ihrer Angehörigen.

Was ist das Ziel der Musiktherapie in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik? In erster Linie orientiere ich mich am Gesamtrehabilitationsplan, der im interdisziplinären Team für den Patienten aufgestellt wird. Depressionsbehandlung, Bewegungsförderung, Aphasietherapie sind häufige Indikationen. Bei Schlaganfallpatienten geht es oftmals um Krankheitsbewältigung – die Verarbeitung tiefgreifender Lebensveränderungen. Parallel zu diesen möglichen Zielvorstellungen ist es mir in der Musiktherapie wichtig, Raum für die unerwartete, neue Begegnung freizuhalten, gerade neben prozessorientierten Therapievorgängen anderer Disziplinen eine „Freistelle“ für Beziehung, Humor, Musik und Anderes anzubieten. Nicht selten werde ich von meinen Patienten nicht als Therapeutin, sondern als „Besuch“ oder „Musikant“ wahrgenommen, was ich bisweilen bewusst einsetze. Ich strebe danach, in den Augenblicken gemeinsamen Gesprächs oder Musizierens etwas Neues entstehen zu lassen, eine Gemeinschaft, in der die Individualität und die Kompetenzen des alten Menschen im Mittelpunkt stehen und in einen Fluss geraten. Sehr hilfreich sind kompetente Praktikanten, die im gleichen Sinne an diesem Strom mitgestalten. Eine Stunde erlebe ich als erfüllend, wenn ein Wechselspiel der Personen entstanden ist, sich eine zauberhafte Stimmung eingestellt hat, ein emotionales Erlebnis Platz finden konnte. Es ist sehr wichtig, von den Patienten lernen zu wollen. Therapie heißt, gemeinsam das Leid anzuschauen, es zu betrachten, es zu fühlen. Wir können das körperliche Leid nicht verändern, aber wir können es annehmen. An diesen äußersten Punkten des Lebens geht es nicht primär um Gefühle, sondern um Mit-Sein. In diesen Zuspitzungen erleben wir dann einerseits das Ende der Machbarkeit, andererseits den Neubeginn von Verständnis und Geborgenheit.

„... in den Himmel hinein“ Eine Einzelmusiktherapie in einem Seniorenheim

Barbara Keller

Sie sitzt in einem blauen Ohrensessel, die Füße auf einem Schemel hochgelegt, mit einer weichen Decke bis unter die Arme zugedeckt. Ihre Haut ist durchscheinend; sie sieht alt aus und schwach. Das Zimmer ist etwas abgedunkelt, durch die zugezogenen dicken Vorhänge kommt mattes Licht herein. Das geschäftige Treiben auf dem Flur verstummt mit dem Schließen der Tür. Es ist Ruhe. Zeit ist hier egal. Ich stelle meinen Rucksack und meine Gitarre ab und gehe zu Frau Reinhardt. Wir kennen uns noch nicht. Ich sage meinen Namen und frage sie, ob ich mich ein wenig zu ihr gesellen darf. Sie nickt, sagt nichts. Ich nehme mir einen Stuhl und setze mich ihr schräg gegenüber. Nach einer kleinen Weile fühle ich wieder diese Ruhe.

Frau Reinhardt ist 85 Jahre alt. Sie ist in Berlin geboren und aufgewachsen, absolvierte dort eine Ausbildung zur Tänzerin. Als junge Erwachsene zog sie nach Dortmund, heiratete 1941 und bekam einen Sohn. Wenige Jahre später fiel ihr Mann im Krieg. Nach einigen Jahren heiratete sie wieder und bekam zwei weitere Söhne. Nach der Geburt des dritten Sohnes ließ sie sich scheiden und zog ihre Kinder allein auf, weil – so steht es in der Akte – ihr Mann „ungewohnt geizig“ war. Frau Reinhardt ist nach einer Hirnoperation fast blind; sie ist demenziell erkrankt; ihre weiteren Diagnosen lauten: „akute depressive Reaktion mit psychotischer Entgleisung, cerebrales Anfallsleiden, arterielle Hypertonie“. Sie ist ein zurückhaltender Mensch, wünscht keinen Kontakt zu anderen Bewohnern, ist daher oft allein und unzufrieden. Ihre Söhne besuchen sie regelmäßig. Sie hat große Mühe, ihre jetzige Situation zu begreifen und zu akzeptieren. Sie fühlt sich in der Lage, sich selbständig zu pflegen, wird während der Pflege, die sie nicht akzeptiert, oft ungehalten und ärgerlich. Frau Reinhardt verlässt ihr Zimmer nicht, an den Gruppenangeboten im Haus teilzunehmen lehnt sie ab.

Frau Reinhardt sagt nichts. Wie findet sie das, dass ich hier sitze? Wie findet sie, dass ich nichts sage? Ich weiß einiges über sie, auch die verblichenen Bilder an den Wänden verraten einzelne Mosaiksteine ihres langen und erfüllten Lebens: Fotos einer jungen Tänzerin, einer jungen Frau mit einem Säugling, das Bild eines jungen Soldaten, darüber ein alter Stadtplan von Berlin-Karlshorst, in den Regalen Gedichtbände, Romane, Lexika. Etwas zu sagen erscheint mir sehr schwierig, jeder Gesprächsansatz, den ich mir erdenke, erscheint mir nicht passend, zu flach, zu schmal. Ich warte, vielleicht sagt sie etwas, und spüre noch einmal der Atmosphäre in diesem Zimmer nach.

Frau Reinhardt hat die Augen leicht geschlossen, ab und zu blinzelt sie. Sie bewegt sich kaum, manchmal wendet sie den Kopf in meine Richtung und wieder zurück. Nach etwa zwanzig Minuten, in denen ich schweigend bei ihr sitze, sagt

sie: „So“ und lehnt sich mit dem Oberkörper vor, mir entgegen. Das „So“ empfinde ich als Schlusspunkt, als Aufforderung, zu gehen. Ich sage auch „So“, stehe auf und reiche ihr die Hand zum Abschied. Sie ergreift sie wortlos. Ich sage, dass ich sie bald wieder besuchen werde, und frage, ob es ihr recht sei; sie nickt.

Unsere zweite Begegnung verläuft zu Beginn ähnlich. „Darf ich mich ein bisschen zu Ihnen gesellen?“ „Mmmh.“ Dann längeres Schweigen. Trotz des „Bitte nicht stören“-Schildchens an der Türklinke kommt nach einiger Zeit eine Schwester herein und verkündet vergnügt, dass sie nicht stören wolle, aber schnell eine Flasche Mineralwasser reinbringen wolle, es sei ja sehr warm draußen, heute sei so viel los, schön, dass Besuch da sei, jetzt müsse sie sich aber beeilen, es warteten so viele. Als wir wieder alleine sind, muss ich lachen und sage zu Frau Reinhardt, dass die Schwester ganz schön viel zu sagen hatte. Frau Reinhardt lächelt. „Etwas zu sagen haben“ – es entwickelt sich ein Gespräch darüber. Sie habe viel erlebt, sagt Frau Reinhardt, viel Schlimmes. Ich bin überrascht über ihre Direktheit. „Ich werde immer weniger.“ Ich stimme ihr zu. Wie sich das wohl anfühlt, weniger zu werden? „Kein schönes Gefühl!“ sage ich etwas unbeholfen. „Nein, kein schönes Gefühl“, sagt Frau Reinhardt. Sie scheint sich zu öffnen.

In den nächsten gemeinsamen Stunden in ihrem Zimmer gewinnt sie zunehmend Freude am Erzählen. Frau Reinhardt berichtet aus ihrer frühen Jugend, besonders aus der Zeit, in der sie tanzte: am liebsten mit Heinrich, „der war mein Schwarm“, in einem Schuppen in Karlshorst, immer am Wochenende, Tango und Walzer. Sie braucht viel Zeit zum Erzählen und wiederholt sich oft. Ihre Augen sind dabei weit geöffnet und nach oben gerichtet, gelegentlich lächelt sie. Manchmal lässt sie andere Themen einfließen und nicht immer gibt es einen roten Faden, einige Male baut sie mich in ihre damalige Lebenswelt mit ein: „den kennst du doch“, oder „da musst du mal mit hinkommen“, manchmal schweigen wir. In der sechsten Sitzung setze ich zum ersten Mal die Gitarre ein. Bis dahin hatte ich sie (und andere kleinere Instrumente) zwar immer dabeigehabt, aber keinen geeigneten Zeitpunkt gefunden, sie „ins Spiel“ zu bringen. In eine längere Schweigephase summe und spiele ich das Lied „Ich tanze mit dir in den Himmel hinein“, Frau Reinhardt bewegt die Arme wiegend im Takt – sie tanzt. Das Singen, Spielen und Tanzen dieses Liedes entwickelt sich in den folgenden Wochen zu einem Ritual, jedoch ist dies das bis hierhin einzige musikalische Element. Verschiedene Zupf- und Schlaginstrumente, die ich ihr nach und nach anbiete, lehnt sie relativ bestimmt ab, ohne sie überhaupt auszuprobieren; dies kann auf ihre starke Sehbeeinträchtigung und damit verbundene Unsicherheit im Umgang mit unbekanntem Gegenständen zurückzuführen sein, möglicherweise ist es aber auch eine in dem beginnenden Stadium der Demenz erfahrungsgemäß übliche Ablehnung des Instrumentariums und des freien Improvisierens.

Frau Reinhardt kommt wegen eines Harnwegsinfekts, der sie stark schwächt, ins Krankenhaus. Nach zweiwöchigem Aufenthalt kehrt sie in deutlich verändertem Zustand zurück ins Seniorenheim. Ich treffe sie nicht wie gewohnt in ihrem Ohrensessel an, sondern im Bett liegend. Sie wirkt verstört und kraftlos, murmelt

vor sich hin. Wir kommen ins Gespräch, es ist mühsamer als sonst, ihr zu folgen, nachzuvollziehen, was sich in ihr bewegen mag. Was sie sagt, kommt mir vor wie eine durcheinander geratene Blattsammlung. Sie spricht über ihren ersten Ehemann, dazwischen tauchen immer wieder andere Personen und Fragmente von Begebenheiten oder Erlebnissen auf, zuweilen weint sie. Als Hauptmotiv erkenne ich die Trauer über den so frühen Verlust des von ihr sehr geliebten Mannes. Über ihren eigenen Tod spricht sie reflektiert und erstaunlich klar. Sie sagt, dass sie nicht mehr leben könne und wolle. „Es ist jetzt vorbei.“

Eine der folgenden Sitzungen bewegt mich sehr. Ich habe das Gefühl, dass Frau Reinhardt in dieser Stunde in meiner Anwesenheit stirbt. Ganz zart und leise singe ich das Lied „In einem kühlen Grunde, da geht ein Mühlenrad“. Am Ende, bei der Zeile „... ich möcht' am liebsten sterben, dann wär's auf einmal still“, seufzt sie laut. Ich begleite ihre Atmung und gelange schließlich zu dem Lied „Ich tanze mit dir in den Himmel hinein“, was in diesem Moment eine neue Dimension gewinnt, wenn man den Himmel als den Ort zu begreifen versucht, in den die Sterbende sich wünscht. Es ist eine sehr friedliche Atmosphäre, Frau Reinhardt hat ganz offensichtlich mit dem Leben abgeschlossen und liegt zum Sterben bereit. Ich betrachte die alte Frau, sie trägt ein weißes Nachthemd, ab und zu seufzt sie, ihre Augen sind geschlossen. Mein Blick fällt immer wieder auf die pulsierende Halsschlagader, gut sichtbar auf der blassen durchscheinenden Haut. Sehr bewusst verabschiede ich mich am Ende dieser Stunde von Frau Reinhardt und fühle, es ist gut.

In der nächsten Woche besuche ich sie wieder, ihr Zustand ist unverändert. Wieder begleite ich ihren offensichtlichen Abschied, bin dabei innerlich ruhiger. Die Begegnung bleibt nahezu wortlos. Frau Reinhardt schläft überwiegend, manchmal schlägt sie ein wenig die Augen auf. Die Musik, die ich für sie spiele, ist zart und leise, eine Begleitung. Ich begleite die Stille.

Aber das Sterben will Frau Reinhardt nicht gelingen. Nach einigen Wochen hat sich ihr Zustand stabilisiert und der Körper kommt wieder langsam zu Kräften, doch verliert sie zunehmend ihre Sprache. Die Worte, die sie sagen möchte, zerfallen. Für die Musiktherapie beginnt damit eine neue Phase: die Patientin nutzt nun die Instrumente als Ausdrucksmöglichkeit, wir improvisieren lange und viel. Die Musik ist geprägt von Pausen und Neuanfängen. Frau Reinhardt scheint immer wieder abzuschweifen, sich zu verlieren und schließlich innezuhalten – doch beginnt sie stets und unermüdlich von neuem, gleich ihrer momentanen Lebenssituation.

Das Ende der Musiktherapie kommt plötzlich. Frau Reinhardt hat innerhalb einer Woche zwei Schlaganfälle und stirbt kurz darauf im Krankenhaus.

„Spiel’ doch was auf deiner Geige“ Eine musiktherapeutische Gruppe im Seniorenheim

Cornelia Klären

Die Gruppe besteht seit knapp zweieinhalb Jahren und wird vom Seniorenheim finanziert. An der Gruppe nehmen zurzeit neun Damen teil, die – neben weiteren Erkrankungen – demenziell erkrankt sind. Die fortgeschrittene Demenz macht eine Teilnahme an anderen Gruppenangeboten des Seniorenheims schwierig, wodurch Isolierung droht.

Die besondere Atmosphäre dieser Gruppenmusiktherapie beruht auf dem Umstand, dass die Teilnehmerinnen insgesamt sehr schwach und bedürftig sind, und auch darin, dass sie in der Gruppe verbleiben können, solange sie es wünschen. Eine Veränderung der Gruppenstruktur vollzieht sich erst dann, wenn eine Bewohnerin bettlägerig wird oder stirbt.

10 Uhr

Da es keinen Musiktherapieraum gibt, wird ein Aufenthaltsraum genutzt, der gleichzeitig als Wohn- und Esszimmer für die Bewohner dieses Wohnbereichs dient. Zuerst wird der Raum vorbereitet: Tische werden beiseite gerückt, ein Stuhlkreis gestellt, die Instrumente ausgepackt.

Ich begrüße Frau Siebert (95 Jahre), die seit dem Frühstück hier sitzt und allein und verloren wirkt. *An Frau Siebert fällt mir immer wieder eine gewisse Kargheit auf, die ich mit ihrem Leben in der ehemaligen DDR in Verbindung bringe. Sie äußert in der Musiktherapie keine Wünsche, und ich vermute, dass sie dies auch früher nicht getan hat – eine bescheidene Frau, die sich wenig in ihrem Leben gegönnt, vielmehr hart gearbeitet hat. Frau Siebert hört sehr schlecht und wirkt oft abwesend, in ihrer eigenen Welt versunken. Geht Frau Siebert über den Flur, so hört man sie schon von weitem, da sie leise stöhnt – ah...ah, dazu das Klacken, wenn ihr Stock den Boden berührt.* Ich setze mich neben Frau Siebert und halte ihre Hand, die wie so oft sehr kalt ist. Sie kommentiert dies: „Schön warm“. Nach einer Weile legt sich ihre spürbare Unruhe ein wenig – ein kurzes Gespräch entspinnt sich.

10.20 Uhr

Ein Stockwerk höher höre ich Frau Griewe (94 Jahre) laut schimpfen. *Frau Griewe hat als junge Frau in einer Schneiderei gearbeitet, wo sie bei einem Arbeitsunfall einige Glieder zweier Finger einbüßte. Sie trägt kein Gebiss, wodurch ihre Sprache schlecht verständlich ist.* Für gewöhnlich sitzt sie in einem der Wohnzimmer,

doch wurde sie heute aufgrund ihrer großen Unruhe auf den Flur geschoben. Es stimmt mich traurig, Frau Griewe, die klein und dünn in ihrem Rollstuhl sitzt, gestikulieren und sehr emotional mit unsichtbaren Personen sprechen zu sehen. Meine Frage, ob sie mit „zur Musik“ möchte, bejaht sie. Ich bin überrascht, dass ich in ihre Szene vordringen konnte. Gelingt dies nicht so deutlich, so versuche ich, durch ein Lied oder eine vokale Improvisation mit ihr Kontakt aufzunehmen. Meist lässt sich Frau Griewe auf die Musik ein, singt mit, und zeigt mir so, dass sie von der Musiktherapie profitieren kann.

Im Aufenthaltsraum begegne ich Frau Tenne (83 Jahre). *Frau Tenne hat viel Sinn für Humor und für Wortspielereien. Sie unterhält sich gerne und konfabuliert: Sie springt in Gesprächen ohne erkennbaren roten Faden von Thema zu Thema. Zeigt es sich durch eine unpassende Antwort, dass man ihr nicht folgen konnte, wird sie ungehalten und ärgerlich.* Frau Tenne wischt geschäftig über das Tischchen ihres Rollstuhls. Ich suche Augenkontakt und begrüße sie. Sie lächelt. Es entsteht ein Dialog über mancherlei Missstände, die Frau Tenne entdeckt hat. Sie schimpft und beschwert sich. Diese könnten mit viel Engagement möglicherweise behoben werden – so verbleiben wir, erst danach können wir besprechen, ob sie an der Musiktherapie heute teilnehmen möchte.

Gegenüber von ihr ist der Platz von Frau Rose (95 Jahre). *Sie ist eine ruhige, zierliche Person. Frau Rose sitzt mit gesenktem Kopf und gefalteten Händen an ihrem Tisch. Sie strahlt Willensstärke und Leidenschaft aus. Sie kann sich sowohl ihrer Freude als auch ihrer Traurigkeit hingeben und diese musikalisch hörbar machen.* Wie so oft teilt sie mir wortlos über Kopfschütteln bzw. Nicken mit, ob sie mitkommen möchte. Sie lächelt, stemmt sich langsam von ihrem Stuhl hoch und zerrt energisch an ihrem Rollator.

Unten angekommen begegnen wir Frau Lohse (83 Jahre). *Frau Lohse hat früher den Haushalt ihres Bruders, eines Pfarrers, geführt. Sie ist den anderen Gruppenmitgliedern gegenüber sehr aufmerksam und kommentiert deren Verhalten.* Sie hat wie immer die Messe besucht, die in der kleinen Hauskapelle abgehalten wird. Frau Lohse wirkt erfüllt und zufrieden – sie lächelt, ja, die Messe sei sehr schön gewesen. Sie setzt sich auf ihren Platz neben Frau Siebert und begrüßt sie.

Frau Gast (87 Jahre) kommt herein und setzt sich auf ihren Platz, ohne die anderen anzusprechen. *Frau Gast lebte lange Zeit auf der Straße, ein hartes und entbehrungsreiches Leben, das man ihr ansieht. Sie bewegt sich in einem sehr geringen Radius auf dem Wohnbereich und zieht eine Begrenztheit vor, die deutlich im Gegensatz steht zur räumlichen Weite ihres früheren Lebens. Als Einzelgängerin und nicht geübt im Aufrechterhalten sozialer Kontakte, hat sie es besonders schwer, sich an den Tagesablauf im Seniorenheim anzupassen. Von ihrer Ecke aus beobachtet sie das Geschehen sehr aufmerksam, wirkt zugleich jedoch teilnahmslos, da sie wenig Mimik zeigt.*

Frau Althoff (88 Jahre) und Frau Salfeld (95 Jahre) waren in der Messe und werden von einem Zivildienstleistenden zur Musiktherapie gebracht. *Frau Althoff wird von ihrem Sohn als eine reservierte Frau beschrieben, die auch früher nur sehr*

wenige Bekannte hatte. Sie ist stets in Sorge, nicht alle wichtige Dinge, wie z. B. ihre Handtasche bei sich zu haben. Ich erlebe Frau Althoff als einsam, als eingeschränkt durch ihr ein Leben lang gepflegtes Verhalten, sehr vorsichtig auf andere zuzugehen oder deren Gesellschaft für unwichtig zu halten. Dadurch schein ich immer wieder auf eine kleine Hürde im Kontakt mit ihr zu stoßen. Überwinde ich diese, so erlebe ich eine warmherzige und interessierte Person. Frau Althoff hat die Augen geschlossen und scheint tief zu schlafen. Sanft berühre ich ihre Hand und flüstere ihr eine Begrüßung ins Ohr.

Frau Salfeld sitzt kerzengerade in ihrem Rollstuhl. Sie wirkt stets äußerst korrekt und ein wenig unnahbar. Ohne ihr Gebiss und aufgrund einer verwaschenen Sprache ist Frau Salfeld schwer zu verstehen. Abhängig von der Tagesbefindlichkeit spricht Frau Salfeld mehr und singt mit. Ich berühre ihre gefalteten Hände – wir schauen uns an. In Frau Salfelds Blick blitzt ein Erkennen auf.

Es fehlt noch Frau Gerding (91 Jahre), die ich nun abhole. Auf dem Tisch vor Frau Gerding sitzt ein Teddybär, den sie fortwährend streichelt. Sie ist sehr freundlich, eine heitere Person, die unvermittelt und sehr ansteckend zu lachen beginnen kann. Sie ist sehr kommunikativ, hat allerdings ihre Sprache nahezu gänzlich verloren. Der dunkle Flur ängstigt Frau Gerding ebenso wie ein zu schnelles Schieben ihres Rollstuhls.

10.50 Uhr

Endlich sind alle im Raum versammelt. Die Teilnehmerinnen sitzen an ihren Plätzen so, wie ich sie zurückgelassen habe. Es herrscht eine Stille, die leer und bedrückend wirkt – wie so oft, wenn die Bewohner unter sich sind. Die Lebendigkeit, die in den Begegnungen beim Abholen zu spüren war, scheint weit entfernt zu sein. Die Stille lastet schwer.

Ich begrüße die Gruppe und singe für jede das Begrüßungslied, ein Ritual, das auch den stark dementen Teilnehmerinnen vertraut ist. Manche singen enthusiastisch mit, andere genießen den Moment und hören zu oder lassen so ihren Schlaf begleiten.

Ich bin bei Frau Griewe angelangt, die immer noch schimpft. Sie lässt sich durch das Begrüßungslied aus ihrer anstrengenden Szene reißen und singt auf Ton-silbe („titataaa titataaa“) mit. Das Lied verklingt, aber Frau Griewe singt weiter – eine Melodie, die ich allerdings nicht kenne. Ich begleite sie, improvisiere mit Stimme und Gitarre. Die Improvisation wandelt sich, wird rhythmischer, dann wieder ruhig fließend. Frau Griewes Gesicht und Körper entspannen sich.

Ich beende die Begrüßungsrunde. Neben mir sitzt Frau Rose. Sie hat den Kopf meist gesenkt, blickt aber immer wieder interessiert auf. Noch hat sie keinen Wunsch geäußert, doch ich habe das Gefühl, dass sie heute dazu in der Lage sein könnte. Frau Rose vermag zu sprechen, tut dies in der Musiktherapie aber nicht. Vor ihr kniend frage ich, ob wir nun eher etwas singen oder mit den Instrumenten musizieren sollen. Frau Rose atmet tief und sagt langsam und mit hauchiger Stimme:

„In-schtru-men-te“. Ich bin überrascht, freue mich und biete ihr die Chimes an. Sie nickt zustimmend, sagt noch einmal „In-schtru-men-te“ und beginnt unmittelbar, die goldenen Stäbe durch ihre Finger gleiten zu lassen.

Ich gehe nun mit dem Korb voller Instrumente von Teilnehmerin zu Teilnehmerin. Manch eine hat ein Lieblingsinstrument, das regelmäßig gespielt wird, andere probieren verschiedene Instrumente, wechseln auch innerhalb der Stunde das Instrument. Frau Gast hat ein Lieblingsinstrument, ein Energy-Chime, gespielt mit einem kleinen Holzschlegel. Anfangs wollte Frau Gast kein Instrument ausprobieren – mittlerweile spielt und singt sie mit. Kaum hat sie es in der Hand, beginnt sie zu spielen. Bing...bing...bing. Unermüdlich, unaufhörlich – mit einer gewissen Penetranz durchdringt dieser eine Ton den Raum. Vielleicht ist es ihr irgendwann möglich, ein anderes Instrument zu wählen, und trotzdem das Gefühl zu haben, gehört zu werden. Ich fühle mich daran erinnert, wie sich Frau Gast die Teilnahme an der Musiktherapiegruppe erkämpft hat. So blieb sie eines Tages trotz meiner Bitte, sich für die Dauer der Musiktherapie ein anderes Plätzchen zu suchen, beharrlich auf ihrem Stuhl sitzen. Sie wolle bleiben, störe doch auch nicht. Dieser Wortwechsel wiederholte sich vor der nächsten Stunde. Obwohl die Gruppe mit acht Teilnehmern bereits geschlossen war, wurde für mich deutlich, dass dieses Engagement von Frau Gast etwas ganz Besonderes für sie ist.

Die Instrumente sind verteilt, doch es entsteht keine gemeinsame Improvisation. Vereinzelt erklingt Klopfen und Rappeln. Ich gehe zu Frau Tenne, die ein Holzagogo bearbeitet. „Da ssss-timmt etwas nicht“, meint sie, da sich der Griff nicht lösen will. Ich nehme mir eine Handtrommel und einen Schlegel und versuche, Frau Tenne in ein musikalisches Gespräch über den unflexiblen Holzgriff einzubeziehen. Dies gelingt für einen Moment. Neben ihr sitzt Frau Salfeld. Ihr Lieblingsinstrument ist zurzeit der Holzfrosch. Sie fühlt und begreift das glatte Holz wie einen Handschmeichler. Auch mit ihr entsteht eine kleine musikalische Episode.

„Spiel’ doch ’was auf deiner Geige“ – ein Satz, den Frau Lohse immer wieder an mich richtet. Sie singt gerne und genießt es, wenn in der Gruppe musiziert wird. Frau Lohse hat ein starkes Bedürfnis nach Struktur. Es lässt sie ungeduldig werden, wenn zu lange „nichts passiert“. Sie schlägt auf Nachfrage ein Volkslied vor, das gemeinsam gesungen wird, begleitet von der Gitarre (der so genannten „Geige“). *Am Brunnen vor dem Tore*. Ein weiteres Volkslied schließt sich an: *Auf der Lüneburger Heide*. Ich knie mich vor Frau Lohse und spiele dabei Gitarre. Frau Siebert singt ebenfalls mit, ein wenig versetzt, da sie aufgrund ihrer Schwerhörigkeit der Melodie nicht ganz folgen kann. Bei der nächsten Strophe wechsle ich den Ort und bin bei Frau Althoff. Sie hat die Augen geschlossen, den Schellenkranz fest in den Händen. Sie singe zu ihr hin – sie nimmt das Lied nun noch deutlicher wahr und singt ihrerseits mit. Frau Althoff kennt alle Strophen des Liedes. Am Ende der letzten Strophe öffnet sie die Augen. Ein langer Blick, ein leises Lächeln.

„Einmal hin, einmal her...“ – ich summe die Melodie des Liedes. Sie wird von einigen Teilnehmern erkannt. Man summt und singt. *Liebe Schwester, tanz’*

mit mir. Ich lege die Gitarre beiseite und bitte Frau Siebert um diesen Tanz. Sie zögert einen Augenblick, legt dann aber ihren Stock aus der Hand. So tanzen wir in der Mitte des Kreises, begleitet durch verschiedene Instrumente und das Singen der übrigen Teilnehmerinnen. Frau Siebert selbst fühlt sich nun sicher. Auf einem Ton wiederholt sie „Einmal hin, einmal her...“. Ihr Stöhnlaut, der zu ihr gehört, scheint für den Moment vergessen. Der Tanz ist zu Ende. Frau Siebert wundert sich über sich selbst: „So was!“

11.30 Uhr

Vor dem Raum wird es geschäftiger, gleich gibt es Mittagessen. Ich kündige das Ende der heutigen Stunde an und verabschiede mich von allen Teilnehmerinnen einzeln mit dem vertrauten Abschiedslied.

Danach begleite ich jede zum Mittagessen auf die verschiedenen Wohnbereiche und dokumentiere die heutige Gruppenmusiktherapie.

Konzeptuelle Überlegungen

Durch unsere Ausbildung an der Universität Münster orientieren wir uns an psychoanalytischen und morphologischen Theorien (vgl. Tüpker 1996). Unser Menschenbild finden wir in den humanistischen Psychologien wieder, in denen die freie Entwicklung und Selbstbestimmung des Menschen konstituiert wird (vgl. Speck 1998, 242 f.). Als Therapeutinnen möchten wir förderliche Veränderungen begleiten und dabei stets vom Eigenen des Klienten ausgehen, ihm nicht ein Ziel vorlegen.

Aus einer validierenden Grundhaltung (Feil 2002, Kitwood 2004, Böhm 2005) heraus ist ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit – sofern der Patient bereit dazu ist – die musikalische Improvisation. Hierzu gibt es zunächst zweierlei Bemerkenswertes:

Zum einen die Erfahrung, dass demente Patienten, die ein Musikinstrument zu spielen anfangs ablehnten, sich nach vielen Wochen oder Monaten musiktherapeutischer Behandlung der Improvisation ganz und gar öffnen und sie als eine Interaktionsform nutzen können. Während die Fähigkeit zu musikalischer Formenbildung abnimmt – parallel zu den Abbauprozessen der Sprache (vgl. Aldridge 2000, 130), entfaltet sich eine gewisse Experimentierfreude, Zwänge gehen verloren, Grenzen werden überschritten.

Zum anderen ist es die Erkenntnis, dass Patienten mit einer fortgeschrittenen Demenz, deren kognitive Fähigkeiten stark beeinträchtigt sind, musikalisch-kognitive Leistungen vollbringen, beispielsweise das Kurzzeit-Erinnern von selbst erdachten Rhythmen oder selbst erfundenen Liedern. Musik dient demnach nicht allein als Kommunikationsmedium für Erinnerung und Lebensrückblick. Eine vergleichende psychologische Untersuchung der Improvisationen von demen-

ziell Erkrankten (Schütt 2005) belegt sehr eindrücklich, dass auch schwer demente Menschen in der Lage sind, in der Musik Gefühle, Gedanken und insbesondere ihr Erleben ausdrücken zu können.

Nicht selten machen wir aber auch die Erfahrung, dass die mitgebrachten Instrumente rigoros abgelehnt werden („*Ach nein, bin ich denn jetzt im Kindergarten gelandet?*“ „*Verschonen Sie mich damit!*“ „*Das kriege ich sowieso nicht hin.*“). Solche Aussagen finden sich überwiegend in einem frühen Stadium der Demenz. Im Alltag erlebt der Patient zunehmend deutlicher den Verlust früherer, verlässlicher Strukturen. Er verlangt nach Orientierung und ist dankbar für Struktur – Struktur, die ihm verloren gegangen ist und die er vermisst; etwas, an dem er sich festhalten kann, denn „das alles ist jetzt ein glatter Fußboden“. Freie Improvisation ist hier nicht gefragt und nicht gewünscht, denn jeder Tag ist aufs Neue voll von Improvisationen. In einer späteren Phase der Demenz aber können durchstrukturierte Angebote nach und nach nicht mehr angenommen werden, sie werden nicht verstanden, als überflüssig empfunden oder nicht wahrgenommen, weil sie nicht in die Erlebniswelt des Patienten vordringen. Zusammenhänge sind nicht mehr erfahrbar, sinnhafte Beziehungen gehen verloren, das Leben ist bestimmt von Merkwürdigem und Unstimmigkeiten. Es erfordert ein Sich-Einlassen, eine gewisse Risikobereitschaft und Kreativität, sich selbst – als Gegenüber und Begleiter des demenziell Erkrankten – von dem Wunsch nach Struktur zu lösen, sich dem fragmentarischen Erleben anzunähern und dem Patienten mit ähnlichen „Löchern“ zu begegnen, die seine Wahrnehmung bestimmen. Und es erfordert ein genaues Hinhören und Hinsehen, ihn in seiner Erlebniswelt aufzusuchen, in der mit dem Glockenspiel-Schlegel und dem Tamburin der Grünkohleintopf zubereitet wird, in der die große Kallebasse ein in den Armen gewiegter Säugling ist, in der aus der Rassel das Pökelsalz geschüttelt wird, in der mit dem Regenstab Pflanzen gegossen werden. Und plötzlich trifft man sich irgendwie und irgendwo, man erkennt sich, es gibt eine momentane kurze oder auch längere Schwingung.

Auch das Singen von Liedern erleben wir als ein Therapieelement mit großem Bedeutungsgehalt. Wie von Sonntag u. a. (2005) beschrieben, entsteht die Betonung darauf oftmals von allein und geht nicht vom Therapeuten aus. Hauptgrund hierfür ist in erster Linie, dass die Generation der heute alten Menschen insbesondere in der Kindheit und im Jugendalter umfangreiche Erfahrungen mit Liedern und mit Singen machen konnte. Diese Erfahrungen sind zumeist emotional geprägt oder durch sehr häufige Wiederholungen automatisiert und sind nicht vergessen – auch nicht mit Ausbruch einer demenziellen Erkrankung (vgl. Muthesius 1999, 2 ff.). Das Singen funktioniert, der Patient muss sich nicht anstrengen, kann loslassen und ist doch mittendrin.

Auch hier erfordert es einen gewissen Einfallsreichtum und ebenso eine gute Kenntnis des Repertoires (Volkslieder, Heimatlieder, alte Schlager usw.), die Potentiale des Singens und der Lieder für die therapeutischen Prozesse auszuschöpfen.

Die therapeutische Beziehung

In erster Linie ist es wichtig, Voraussetzungen für das Zustandekommen einer therapeutischen Beziehung zu schaffen. Neben dem schützenden Setting, das in seiner Regelmäßigkeit und Ritualisierung real Halt und Sicherheit vermittelt, gehört dazu vor allem jedes Mal neu die Bereitschaft, sich auf den alten Menschen einzulassen und sich speziell von allgemeinen Zielsetzungen wie Effektivität, Schnelligkeit, Struktur und anderen gesellschaftlichen Geboten frei zu machen. Die Fallbeispiele zeigen, dass Elemente in den Vordergrund rücken, die man getrost als Werte bezeichnen kann: Zeit, Geduld, Neugier, Behutsamkeit, Unvoreingenommensein, Humor. Nicht zuletzt daher entsteht in unserer Arbeit oft das Gefühl, beschenkt zu werden und von den vielfältigen Biographien zu lernen.

Übertragungskonstellationen mit Klienten im hohen Alter verdienen besondere Beachtung, da in ihnen andere Wege beschritten werden als mit Klienten, die weniger Jahre vom Alter der Behandelnden entfernt sind. Die umgekehrte Eltern-Kind-Übertragung oder sogar Großeltern-Enkel-Übertragung (vgl. Heuft et.al 2000, 228) schafft oft einen plötzlichen, natürlichen Zugang; die Wege werden kürzer. Möglicherweise spielen hier noch generationseigene Anschauungen eine Rolle: vom jüngeren Menschen werden in der Regel positive, respektvolle, unterstützende Haltungen dem alten Menschen gegenüber erwartet. Unsere Klienten verhalten sich meist arglos und offen uns gegenüber, so dass sich der Beziehungsaufbau oft eigentlich mühelos vollzieht. Was passiert in der Beziehung? Die psychotherapeutischen Aufgaben (vgl. Tüpker 2001, 11 ff.) wechseln sich mit anderen, konkreteren Diensten ab. Da reicht man Getränke, legt eine wärmende Hand oder Strickjacke um die Schulter, stimmt in den Ruf nach der Schwester ein, bietet Unterhaltung, macht einen Spaß, schafft insgesamt eine bewahrende Atmosphäre. Oft ist der Wunsch zu spüren, mütterliche Geborgenheit zu erfahren, und zu dem Bedürfnis nach Geruhsamkeit tritt gerade im Seniorenheim auch die Freude am Tun in einer Gruppe, „dass etwas los ist“. Die therapeutische Beziehung ist das Kernstück der Musiktherapie mit alten Menschen. Sie bildet die Basis, auf welcher die unterschiedlichen musikalischen und anderen Elemente in freier Zusammenstellung Platz finden.

Therapieverläufe

Am Beginn einer Musiktherapie stellt sich üblicherweise die Frage nach dem Behandlungsauftrag. Ziel ist hier, gemeinsam mit dem Klienten eine Absprache über den Inhalt der Begegnung zu treffen. In der Arbeit mit demenziell Erkrankten macht eine Umsetzung dieser Forderung allerdings ein höheres Maß an Einfühlung, Geduld und Zeit nötig, um aus Mimik, Gestik und Sprache die Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen (Specht-Tomann u. a. 2003, Schützendorf u. a. 1991).

Jeder (alte) Mensch steht vor der Aufgabe, die Begrenztheit des menschlichen Lebens zu akzeptieren und sich mit der eigenen Biographie zu „arrangieren“.

Werden diese und andere Aufgaben der psychosozialen Phasen nicht befriedigend gelöst, kann eine verdeckte oder offene Verzweiflung zutage treten (Erikson 1966). Not und Verzweiflung können sich verstärken durch das Wahrnehmen des Verlustes von Halt gebender Struktur, von Identität. Hier kann die Musiktherapie vom Klienten als Raum erfahren werden, in dem er sich äußern, sich ausprobieren kann und in dem ihm geantwortet wird. Unser musiktherapeutisches Handeln zielt auf ein Mitgehen und Verstehen des – verbal und nonverbal – geschilderten Leides.

Neben dem Behandlungsauftrag des Klienten sind auch die Ansprüche und Forderungen des Umfeldes an die Musiktherapie zu bedenken. Die Dauer oder auch nur das Zustandekommen einer Therapie steht in engem Zusammenhang damit, wer die Kosten der Therapie trägt. Hier unterscheidet sich die vom Klinikarzt verordnete oder von einem multidisziplinären Team beschlossene Musiktherapie von einer privat finanzierten: Die Inhalte der Arbeit müssen den zahlenden Angehörigen sinnvoll erscheinen – bei einer psychotherapeutischen Ausrichtung ist dies nicht immer unproblematisch.

Für das Gelingen einer musiktherapeutischen Begegnung ist es nötig, an Entwicklung zu glauben, das Potential und nicht die Defizite zu sehen (vgl. Tüpker 2001). Unsere Haltung den Klienten gegenüber beruht auf Akzeptanz der Eigenarten des Einzelnen, seiner Persönlichkeit, seinem Umgang mit Krankheit und bevorstehendem Lebensende. Entgegen dem Bild der Stagnation und des Erstarrens, das häufig in Zusammenhang mit demenziell Erkrankten gebracht wird, erleben wir in Therapieverläufen viele kleine und große Veränderungen im Verhalten des Klienten wie in der therapeutischen Beziehung. Diese Veränderungen gilt es immer wieder wahrzunehmen und wertzuschätzen.

Wir begleiten den Klienten und begegnen dem Therapieverlauf offen, Flexibilität ist in verschiedener Hinsicht gefragt: Die Einzelmusiktherapie oder der Einzelkontakt in der Gruppe kann zeitlich sehr variieren, Musik kann – muss aber nicht notwendigerweise – zum Einsatz kommen, die gemeinsame Zeit kann auch mit einem Gespräch oder Schweigen gefüllt sein. Aufgrund des Sprachzerfalls, der veränderten Bedeutung von Sprache, spielt die vom Musiktherapeuten geschaffene Atmosphäre eine umso größere Rolle (vgl. Weymann 2005).

So erleben wir täglich, bei den Dementen „bekannt“ zu sein; doch meist sind nicht wir als Musiktherapeutinnen vertraut, sondern die Atmosphäre der Musiktherapie löst ein Wiedererkennen aus („Guten Morgen, Frau Krause.“ „Guten Morgen, Freundin.“). Sie vermittelt Geborgenheit, etwas Nahes und Vertrautes, der frühen Mutter-Kind-Beziehung gleich – etwas, das auch die verschiedenen Methoden der musikalischen Resonanz leisten können (vgl. Dehm-Gauwerky 1997).

Das Ende der Therapie

Hier ist das Ende einer Therapieeinheit von dem Ende der gesamten Therapie zu unterscheiden. Auf beiden Ebenen kommt es zumeist zu einem guten Schluss in

dem Sinne, dass sich eine geschlossene oder halboffene Gestalt bildet. Die wichtigsten Inhalte der Therapieeinheit können in einer kurzen Reflexion erscheinen, in einem Lied, in einem Wort oder auch im Unausgesprochenen, in einem Gesichtsausdruck oder in einer Geste verborgen. Die Begegnung ist (für heute) beendet, der Blick richtet sich nun einerseits auf das Erlebte, andererseits auf die kommenden Ereignisse. Manchmal ist es schwer, einen Übergang von der besonderen Atmosphäre der Musiktherapie in die weitergehende Struktur der Institution zu finden. Es hängt mit der Art der Musiktherapie zusammen, dass sie immer ein wenig anders ist, herausfällt. Die Regie für die gemeinsame Zeit liegt bei den Patienten, mit dem Ende der Therapie wird ihnen die Regie wieder genommen. In den Seniorenheimen trifft man sich in ein paar Tagen wieder und knüpft weiter an der Beziehung. Das Ende der mehrstündigen Therapie in der Klinik wird dagegen als ein endgültiger Abschied gestaltet. Das geht auch in das Abschiedslied mit ein, statt „Auf Wiedersehen, bis zum nächsten Mal“ singen wir „Leben Sie wohl, ade“. Was bleibt von alledem? In den konstanten Gruppen und Therapien entstehen dauernde Beziehungen, die Vertrautheit wächst. Wir fragen oft nach früheren Erlebnissen und können weitere Erzählungen zusammenfügen und zu einem reichhaltigen Bild verbinden. Aus diesem Wissen heraus verstehen wir auch manche Bedeutungen besser. In den Kliniktherapien greift die Vergänglichkeit der Begegnung in die Beziehung ein. Die Begegnung wird ein Konzentrat, es gibt einen Fokus. Die Haltung, dass man das Leben eines erheblich Älteren streift, ihn zum Sich Öffnen bringt und dabei selbst viel lernen kann, gibt der Begegnung einen sehr menschlichen und geistigen Aspekt.

Emergenz

Unser Arbeitsmodell unterscheidet sich in verschiedener Hinsicht von dem einer Planstelle. Die beiden offenkundigsten Unterschiede, nämlich in verschiedenen Einrichtungen zu arbeiten und als Team zu dritt selbständig zu sein, bergen vorher nicht gehante Chancen und Möglichkeiten, gleichzeitig stoßen wir aber immer auch auf Hindernisse und an Grenzen.

Jede Einrichtung, jedes Teammitglied, jeder Auftrag, jeder Therapieprozess usw. ist ein Subsystem. Durch das Zusammenwirken der Subsysteme erscheinen und entstehen Phänomene auf der Makroebene des Systems – in der Systemtheorie „Emergenz“ genannt (vgl. Stephan 2001, 123 ff.). Diese Phänomene, also die neu auftauchenden Eigenschaften des Ganzen, lassen sich nicht aus seinen Teilen erklären⁵. Sie in unserem Falle zu beschreiben und zu hinterfragen, wäre ein interessantes, aber für diesen Artikel zu umfassendes Thema, doch sie wirken auf uns, auf unsere Patienten, und auf die therapeutische Arbeit.

Literatur:

- Aldridge, Gudrun (2000): Improvisation als Assesment zur Ermittlung von Potentialen im Frühstadium der Alzheimer-Krankheit durch musikalische Analyse. In: Aldridge, David (Hrsg.) (2000): Musiktherapie in der Behandlung von Demenz. Norderstedt
- Böhm, Erwin (2005): Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose. Bonn
- Decker-Voigt, Hans-Helmut; Frohne-Hagemann, Isabelle; Kächele, H.; Metzner, Susanne (2003): Ambulante Musiktherapie – Ein fiktives Gespräch mit Decker-Voigt, Frohne-Hagemann, Kächele, Metzner. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 24, 53–59, Göttingen
- Dehm-Gauwerky, Barbara (1997): Übergänge. Tod und Sterben in der Musiktherapie mit Dementen. In: Musiktherapeutische Umschau, Bd. 18, 103–113, Göttingen
- Feil, Naomi (2002): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München
- Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (2000): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München, Basel
- Keller, Barbara (2003): Musik auf Rädern Ambulante Musiktherapie in der Alten- und Krankenpflege. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie Universität Münster
- Kitwood, Tom (2004): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern
- Miegel, Meinhard (2002): Die deformierte Gesellschaft. Wie die Deutschen ihre Wirklichkeit verdrängen. Propyläen Verlag, München
- Muthesius, Dorothea (1999): Musik und Biographie. Lieder und Singen im Lebenslauf. Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, Berlin
- Pleß-Adamczyk, Heino (2002): Das Netzwerk ambulant und freiberuflich tätiger Musiktherapeuten. Musiktherapeutische Umschau, Bd. 23, Göttingen, 334–335
- Schütt, Marion (2005): Auf der Suche nach den verlorenen Klängen. Vergleichende psychologische Untersuchung der Improvisationen von demenziell Erkrankten. Diplomarbeit, Zusatzstudiengang Musiktherapie Universität Münster
- Schützendorf, Erich/Wallrafen-Dreisow, Helmut (1991/2004): In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege. Frankfurt am Main
- Sonntag, Jan-Peter, Hennings, Ute, Schmidt, Hans-Ulrich, Müller-Thomsen, Thomas (2005): Vom Suchen und Finden – musiktherapeutische Handlungsformen und deren Beobachtung in einer prozessorientiert geführten ambulanten Gruppenmusiktherapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz. In: Jahrbuch Musiktherapie, Band 1, BVM (Hg.), Wiesbaden

- Specht-Tomann, Monika; Tropper, Doris (2000): *Hilfreiche Gespräche und heilsame Berührungen im Pflegealltag*, Berlin
- Speck, Otto (1998): *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. München, Basel
- Stephan, Achim (2001): *Emergenz in kognitionsfähigen Systemen*. In: Michael Pauen, Gerhard Roth (Hrsg.): *Neurowissenschaften und Philosophie*. München
- Tüpker, Rosemarie (1996): *Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie*. Münster
- Tüpker, Rosemarie, Wickel, Hans-Hermann (Hrsg.) (2001): *Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie*. Münster
- Wagner, Christoph (2005): *Freiberuflich ambulante Musiktherapie in Deutschland – Juristische und berufspolitische Hinweise*. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 26, Göttingen, 1–4
- Weymann, Eckhard (2005): *Atmosphäre – ein Grundbegriff für die Musiktherapie*. *Musiktherapeutische Umschau*, Bd. 26, Göttingen, 3

Anmerkungen

- ¹ Der Sozialforscher Meinhard Miegel schreibt dazu: „Von der Vielzahl der auf dem Markt nachgefragten Dienste werden Gesundheits- und Pflegedienste einen singulären Rang einnehmen. Diese Entwicklung ist in einer Bevölkerung zwangsläufig, die zum einen in körperlichem Wohlbefinden und körperlicher Attraktivität einen gut Teil ihres Daseinszwecks sieht und zum anderen binnen einer Generation zu einem Zehntel aus über Achtzigjährigen bestehen wird, von denen viele Hunderttausend älter als neunzig und viele Zehntausend älter als hundert Jahre sein werden und rund eine Million an Altersdemenz leidet. Je höher in einer solchen Bevölkerung der Versorgungsgrad mit materiellen Gütern gestiegen ist, desto mehr wird sie für derartige Dienste aufwenden. Den Bemühungen der Politik, die Kosten für Krankheit und Pflege zu „deckeln“, werden daher stets nur vorübergehende Erfolge beschieden sein.“ (Miegel 2002, 77)
- ² Hierzu ein Beispiel: In unserem Angebot für Einrichtungen der Altenpflege ist zunächst der Baustein „Einzelmusiktherapie“ vorgesehen. Doch merken wir sehr bald, dass kein Verantwortlicher guten Gewissens für wenige einzelne Patienten Einzelmusiktherapie bezahlen kann und darf. Wir benennen diesen Baustein um in „Ausschwärmen“, was bedeutet, dass der Musiktherapeut in wechselndem Rhythmus einzelne Patienten der Einrichtung besucht, die er nach eigenem Ermessen auswählt, weil sie in der Gruppenmusiktherapie „zu kurz gekommen“ sind oder gar nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können.
- ³ Wir verweisen an dieser Stelle auf Wagner 2005 MU, der in sehr übersichtlicher Weise praktische Tipps für eine freiberufliche musiktherapeutische Arbeit vermittelt.
- ⁴ Alle hier angegebenen Namen sind geändert.
- ⁵ geht zurück auf Christian Freiherr von Ehrenfels (1890): „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“

Barbara Keller, Schmale Straße 27, 48149 Münster, b.keller@musikaufraedern.de

Cornelia Klären, Gronowskistraße 69, 48161 Münster,
c.klaeren@musikaufraedern.de

Ursula Pfefferle, Scheibenstraße 96, 48153, u.pfefferle@musikaufraedern.de