

Interview von Dr. Tatjana Mehner mit Univ.-Prof. Dr. phil. Habil Theo Hartogh

Sie befassen sich seit längerer Zeit intensiv mit der Rolle von Musik in der Demenzbetreuung. Was macht dieses Thema für Sie bedeutend?

Zunächst ist dies ja allein schon vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ein großes Thema. Es gibt immer mehr ältere Menschen, damit verbunden auch immer mehr ältere demenziell erkrankte Menschen. Und unter diesen sind natürlich viele, die Musik lieben, die selbst Musik gemacht haben, die auch gern weiter Musik machen würden; und die zentrale Frage ist, wie man das ermöglichen kann. Da ist «Lebensqualität» ein zentrales Schlagwort, weil das Musizieren positive Effekte hat – wie zahlreiche Studien belegen. Musizieren steigert das Wohlbefinden und wirkt sich positiv auf dementielle Symptome aus: z.B. auf agitiertes Verhalten, Demenzerkrankte werden ruhiger, wenn sie Musik hören, gerade wenn es Lieblingsmusik ist. Und wenn sie selbst musizieren, sind sie in der Lage, sich auf das Singen oder das Spielen des Instruments zu konzentrieren – eine Fähigkeit, die in anderen Kontexten nicht gezeigt wird.

Neben den positiven Wirkungen des Musizierens und Musikhörens geht es aber auch und vor allem um kulturelle Teilhabe. Das Recht auf kulturelle Teilhabe ist in § 27 der Menschenrechte verankert und gilt für alle Menschen, auch demenziell Erkrankte. Hier sind Chöre, Orchester, Musikschulen und Musiklehrer gefragt, inwieweit musikalische Teilhabe für Demenzbetroffene ermöglicht werden kann. Dies ist auch die zentrale Frage unserer Forschungen an der Universität Vechta. Es stehen also nicht die positiven Effekte des Singens und Musizierens auf Demenzsymptome im Vordergrund, sondern die Gelingensbedingungen für erfolgreiches Singen oder für erfolgreichen Instrumentalunterricht mit demenziell Erkrankten.

Was konkret macht Ihren Ansatz aus – beispielsweise eben im Vergleich zu den bekannteren neurophysiologischen und -psychologischen Perspektiven?

Der Unterschied ergibt sich aus den beiden schon aufgezeigten Perspektiven. Medizin und Neuropsychologie sind an messbaren Daten, möglichst aus randomisierten Studien interessiert. Ich habe selbst an solchen Studien mitgearbeitet, in denen es darum ging, Effekte des Musizierens auf Verhalten, Kognition, fremd eingeschätzte Lebensqualität usw. mit Hilfe von Tests (Pro-Post-Tests) zu untersuchen, die vor und nach einer Maßnahme durchgeführt werden, sodass man eine Entwicklung – positiv oder negativ – nachweisen kann. Neben einer Gruppe mit Musikintervention gab es jeweils eine Gruppe, die Gedächtnistraining absolvierte, und eine Kontrollgruppe. Für die Erhebung von Daten stehen eine ganze Reihe von standardisierten Verfahren und Manuals zur Verfügung.

Bei solchen Studien kann man weder für Gedächtnistraining noch für das Musizieren signifikante positive Effekte für Demenzerkrankte nachweisen. Dies steht im Widerspruch zu den durchaus positiven Erfahrungen zum Einsatz von Musik, die aus der Pflege und der Betreuung von Demenzbetroffenen zurückgemeldet werden. Das Problem liegt in der Forschungsmethodik. Standardisierte Tests erfassen kaum die subjektive Musikerfahrung des einzelnen, denn man kommt zu ganz anderen Ergebnissen, wenn man Probanden befragt: Dann kommen Aussagen, wie gut das Musizieren tut und dass es Freude bereitet. Außerdem hat man in randomisierten Studien, in denen die Gruppen nach dem Zufallsprinzip zusammengesetzt werden, immer einzelne Teilnehmer, die gar nicht musizieren möchten oder ihr Gedächtnis trainieren möchten und damit den Durchschnittswert

der gemessenen Bereiche nach unten drücken. Und wir müssen uns verdeutlichen, dass es den Menschen im Durchschnitt gar nicht gibt, sondern jeder Mensch ist ein Individuum und nicht reduzierbar auf Mittelwerte. Es geht um die subjektive Lebensqualität, die jeder persönlich erlebt und einschätzt und die sich einer objektiven Messbarkeit entzieht. Und das sollte auch bei Demenzerkrankten der Fall sein.

Wir sollten daher so forschen, dass Probanden auch selbst zu Wort kommen und dass die Beziehungen z. B. zwischen Betreuenden und Demenzerkrankten im Blick sind. Musizieren und Singen ist eine soziale Tätigkeit, bei der nicht nur die Musik selbst, sondern auch Beziehungen und Interaktionen eine große Rolle spielen. Musizieren und Singen wirken nicht wie ein Medikament, die Wirkungen sind abhängig von Vorlieben, Vorerfahrungen und dem sozialen Kontext, in dem Musik erlebt wird.

Was bedeutet das für Ihre weitere Forschungsarbeit?

Aus dieser Erfahrung heraus ist mein Statement, dass wir in den besagten quantitativen Studien gar nicht das Richtige messen. Denn die Sichtweisen der Demenzerkrankten selbst kommen gar nicht vor. Wir haben sie gar nicht gefragt. Wir haben sie auch z. B. nicht gefilmt, um ihre Reaktionen zu erfassen, wenn sie singen oder ein Instrument spielen. Und deshalb liegt mein Schwerpunkt eher auf der qualitativen Forschung. Es geht darum, zu ergründen, wie beispielsweise eine musikalische Gruppenstunde oder auch eine Klavierstunde aufgebaut sein muss, damit sie demenziell erkrankte Schüler überhaupt anspricht. Aktuell arbeiten wir am Geigenunterricht, fragen, wie muss das Setting sein, was können Demenzerkrankte leisten, was ist nicht möglich? Es geht oft um sehr praktische Fragestellungen wie: Wo liegt der richtige Weg zwischen Unter- und Überforderung? Wie werden neue Lerninhalte vermittelt und kommuniziert? Wann ist ein guter Zeitpunkt für das Ende des Unterrichts? Diese Auseinandersetzung geschieht immer in engem Austausch mit dem Demenzerkrankten und mit dessen Familie, die manchmal auch beim Unterricht dabei ist. Es wird überhaupt nichts gemessen, sondern beobachtet, dokumentiert und reflektiert, und es werden stets die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Demenzerkrankten berücksichtigt.

Dieser qualitative Ansatz lässt sich vermutlich nur mit einer kleinen Gruppe von Teilnehmern realisieren. Mit wie vielen Demenzerkrankten arbeiten Sie gegenwärtig?

Das sind tatsächlich kleine Zahlen. Wir haben z. B. jetzt eine mit Drittmitteln geförderte Studie, für die wir gehofft hatten, etwa drei oder vier Geigenschüler zu bekommen. Allerdings haben wir hier nur eine geeignete Teilnehmerin gefunden. Die Bedingungen sind bei der Arbeit mit dem Streichinstrument sehr speziell. Da braucht man Demenzerkrankte, die früher schon einmal Geige gespielt haben, es ist unmöglich, hier mit totalen Anfängern etwas zu erreichen, was hingegen beim Klavier durchaus funktioniert.

In der vorausgegangenen Studie zum Klavierunterricht hatten wir, glaube ich, 13 oder 14 Teilnehmer. Hier konnten wir nachweisen – und das ist für mich ein entscheidender Punkt –, dass, obwohl Demenz eigentlich gerade in kognitiver Hinsicht Verlust bedeutet, Demenzerkrankte durchaus lernen können. Sie wissen zwar vielleicht den Wochentag nicht, haben den Lehrer vergessen, aber sie können Klavierstücke erlernen. Das heißt, sie sind in der Lage, mit einem Finger

eine Melodie zu spielen, und rufen das eine Woche später wieder ab; und sie können ihre Melodien sogar öffentlich vorspielen, auch dreihändig zusammen mit ihrem Lehrer. Sie können sogar lernen nach Noten zu spielen, wenn man mit farbiger Notation arbeitet, sodass es möglich ist, auf Gelerntes aufzubauen, ein Repertoire zu erarbeiten. Wie bei orientierten Menschen auch gibt es natürlich unterschiedliche Begabungen. Aber erstaunlich ist für mich, dass Demenzbetroffene musikalisch Neues lernen können, während in anderen Lebensbereichen das Vergessen zunimmt.

Welche Erklärungen gibt es dafür?

Es ist meines Wissens so, dass bezogen auf Alzheimer-Demenz nachgewiesen werden konnte, dass die sogenannten Alzheimer Plaques ganz spät erst den auditorischen Kortex betreffen, also die Hörbahnen und die Nervenzellen, die uns in ihrer Gesamtheit das hörende Verstehen unserer Umwelt ermöglichen. Das heißt, die Hardware bleibt ganz lange erhalten, länger als andere Hirnbereiche, die von diesen Plaques befallen sind. Das ist sicherlich nicht die vollständige Erklärung und hier sind noch viele Fragen offen für zukünftige Forschungen.

Nach Luxemburg sind Sie für ein Projekt zur Weiterbildung von Musikern, die mit Demenzpatienten arbeiten, gekommen. Was wollen Sie in Ihrem Vortrag vermitteln?

Wir haben jetzt ja vor allem über einen Bereich gesprochen, der sich mit Instrumental- oder Gesangsunterricht beschäftigt und mir natürlich sehr wichtig ist. Das ist ein noch sehr junger Arbeitsbereich. Wenn wir auf Soziale Arbeit, Pflege und Betreuung schauen, ist das natürlich ein weiteres riesiges Aufgabengebiet. Hier geht es um Fragen wie jene, wie Musik auch in der Pflege implementiert werden kann, beispielsweise, dass während der Körperpflege Lieder gesummt oder gesungen werden. Es gibt ja mittlerweile Alteinrichtungen, die einen musikalischen Schwerpunkt haben und Musik in die Betreuung und Pflege integrieren. Es existieren übrigens auch Studien darüber, dass Transporte – z. B. von einem zu einem anderen Raum in einer Einrichtung oder zu einem Arzt – erleichtert werden, wenn über Singen oder Summen ein Dialog mit der kranken Person aufgebaut wird.

Es ist mir auf jeden Fall wichtig, hier die beiden Seiten zu zeigen: Zum einen: Wir können wir die Musik im Hinblick auf die Linderung demenzieller Symptome funktionalisieren, sodass Menschen ruhiger, aufmerksamer und kommunikativer werden etc. Zum anderen: Wie können wir kulturelle Teilhabe ermöglichen. Es gibt z. B. immer mehr Demenzchöre, in denen Demenzbetroffene und Angehörige und Betreuende zusammen singen.

Wie arbeiten Sie hier mit den Lehrern?

Eine Klavierstudie haben wir bereits abgeschlossen – zusammen mit Klavierlehrern, die kontinuierlich zurückgemeldet haben, was funktioniert und was nicht. Die aktuelle Studie, wie gesagt, entsteht in Zusammenarbeit mit einer Geigenlehrerin, die bereits Erfahrung mit demenzkranken Schülern hat. Sie bietet schon seit längerem Weiterbildungen für Geigenlehrer an Musikschulen an. Unser Ziel ist es, Materialien zu erstellen – auch Filme – die öffentlich zugänglich sind und Lehrer über mögliche Unterrichtsformen, Arbeitsansätze und geeignetes Repertoire

informieren. Aber wie das funktioniert, ob das überhaupt funktioniert, wissen wir zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht. Diese Ergebnisoffenheit ist ja das Interessante an der Forschung. Beim Klavier hat es funktioniert. Da hatten wir wirklich Schüler, die Melodien gelernt haben. Menschen, die in anderen Bereichen nicht mehr in der Lage waren zu lernen, haben auf musikalischem Gebiet Lernerfolge erzielt.

Die Stiftung EME verfolgt erklärtermaßen das Ziel, Musik zu Menschen zu bringen, die gemeinhin nur schwer Zugang dazu haben. Wo sehen Sie hier die wichtigsten Anknüpfungspunkte auf Ihrem Gebiet?

Ja, EME geht es um Inklusion im allerbesten Wortsinne. Damit, dass EME bereits intensiv in Alteneinrichtungen arbeitet, ist ja bereits ein entscheidender Schritt gemacht. Ehrlich gesagt, haben wir uns in Deutschland und in unserer Forschung an der praktischen Umsetzung in Luxemburg orientiert, wo Musiker schon seit Jahren mit speziellen Programmen in die Einrichtungen gehen. Das finde ich ganz großartig. Die Düsseldorfer Symphoniker waren meines Wissens in Deutschland das erste Profiorchester, das spezielle Konzertprogramme für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen angeboten hat – inzwischen bieten viele deutsche Orchester solche Konzertformate an.

Wie sollten solche Konzertformate idealerweise aufgebaut sein?

Ein Orchester, das so etwas auf die Beine stellen will, muss sich vor allem fragen, ob Barrierefreiheit gegeben ist. Das Konzertprogramm sollte überschaubar sein – kleinere fassliche Stücke und die Programme dürfen nicht zu lang sein. Vor allem sollten Konzerte zielgruppengerecht moderiert werden.