

Bachelorarbeit

**Einfluss von Musiktherapie bei dementiell erkrankten
PflegeheimbewohnerInnen: Ein Literaturreview**

eingereicht von

Veronika Marterer

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Doris Eglseer, MSc BBsc

Datum: 28.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz am 28.03.2019

Veronika Marterer, e.h.

Inhalt

Zusammenfassung.....	V
Abstract.....	VI
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund.....	1
1.2. Demenz.....	2
1.2.1. Definition von Demenz.....	2
1.2.2. Formen der Demenz	2
1.2.2.1. Alzheimer Demenz	3
1.2.2.2. Vaskuläre Demenz	3
1.2.3. Symptome und Verlauf	3
1.2.3.1. Messinstrument zur Einschätzung des Schweregrades.....	5
1.2.4. Ursachen und Risikofaktoren.....	6
1.2.5. Therapiemöglichkeiten der Demenz.....	6
1.2.5.1. Ergotherapie.....	7
1.2.5.2. Diätologie	7
1.2.5.3. Logopädie	7
1.2.5.4. Orthoptik.....	8
1.2.5.5. Physiotherapie	8
1.2.5.6. Musiktherapie.....	8
1.3. Musiktherapie/Musikinterventionen	8
1.3.1. Berufsbild	9
1.3.2. Aufgaben und Ziele	9
1.3.3. Ausbildung	10
1.3.4. Methoden	10
1.3.5. Auswirkungen von Musik auf das Gehirn	11
1.3.6. Setting und Kontext.....	11
1.4. Pflegerelevanz	11
1.5. Forschungsziel.....	12
1.6. Forschungsfrage.....	12
2. Methode	13
2.1. Design	13
2.2. Suchstrategie	13
2.3. Limitationen und Einschlusskriterien	14
2.4. Auswahl der Studien	14

2.5.	Bewertung der eingeschlossenen Studien	16
3.	Ergebnisse	17
3.1.	Charakteristika der Studien.....	17
3.2.	Angst.....	24
3.3.	Depression.....	24
3.4.	Kognitive Leistung	26
3.5.	Agitation	28
3.6.	Lebensqualität.....	30
4.	Diskussion	31
4.1.	Stadien und Schweregrad der Demenz	31
4.2.	Agitation	32
4.3.	Musik während der Essenszeiten	33
4.4.	Lebensqualität.....	33
4.5.	Studien aus Taiwan.....	34
4.6.	Dauer der Wirkung und der Interventionen	35
4.7.	Ausgebildete MusiktherapeutInnen	36
4.8.	Vorher-Nachher-Studien.....	36
4.9.	Schmerz	36
5.	Schlussfolgerung	37
6.	Praxis- und Forschungsempfehlungen	37
7.	Literatur	40
8.	Anhang	44
8.1.	Tabellenverzeichnis.....	44
8.2.	Abbildungsverzeichnis	44
8.3.	Bewertung der analysierten Studien.....	44

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Anteil älterer Menschen nimmt weltweit zu. Da Demenz vor allem Menschen im fortgeschrittenen Alter betrifft, steigt mit der Alterung der Gesellschaft auch die Inzidenz und Prävalenz von Demenzerkrankungen. Aufgrund ihrer vielfältigen Symptome und teils auch schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten benötigen diese Menschen in vielen Fällen aufwendige Betreuung und Pflege. Um Pflegenden den Umgang mit Demenzerkrankten zu erleichtern, gibt es neben der medikamentösen Therapie auch Alternativen, wie die Musiktherapie. Musiktherapie ist eine bewusste, individuelle Behandlungsform und hilft Menschen mit physischen, psychischen und sozialen Störungen und Leidenszuständen.

Ziel: Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den Einfluss von Musiktherapie auf dementiell erkrankte PflegeheimbewohnerInnen darzustellen.

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde die Methode des Literaturreviews gewählt. Zu diesem Zweck wurde eine umfassende Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, Ovid und CINAHL im Oktober und November 2018 durchgeführt. Zwölf Studien entsprachen den Ein- und Ausschlusskriterien, diese Studien wurden kritisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Um den Einfluss auf dementielle Symptome zu erforschen, wurde in den einzelnen Studien Musiktherapie in Form von Singen, Musik hören, Tanzen und dem Besuch von Live-Auftritten als Interventionen angewendet. Es konnte eine kurzzeitig wirkende Verbesserung von Agitation, Depression und Angst festgestellt und der Verfall der kognitiven Fähigkeiten dadurch verzögert werden. Bezüglich der Lebensqualität konnte keine signifikante Besserung beobachtet werden.

Schlussfolgerung: Musikinterventionen haben einen positiven Einfluss auf dementiell erkrankte PflegeheimbewohnerInnen. Zum jetzigen Zeitpunkt kann jedoch noch keine Empfehlung in Bezug auf die genaue Durchführung bezüglich Art, Länge und Dauer der Musikeinheiten gegeben werden. Zukünftige Studien sollten auch die Langzeitwirkung von Musiktherapie untersuchen.

Abstract

Background: The proportion of older people is increasing worldwide. Since dementia mainly affects people of advanced age, the incidence and prevalence of dementia is increasing as society ages. Due to several symptoms and serious behavioural problems, these people often require extensive care and attention. In order to make it easier for carers to deal with dementia patients, there are alternatives such as music therapy in addition to drug therapy. Music therapy is an individual form of treatment and helps people with physical, psychological and social disorders.

Aim: The aim of this bachelor thesis is to describe the influence of music therapy on nursing home residents suffering from dementia.

Method: A literature review was conducted to answer the research question. For this purpose, a comprehensive literature search was carried out in the databases Pubmed, Ovid and CINAHL in October and November 2018. Twelve studies met the inclusion and exclusion criteria, these studies were critically evaluated and analysed.

Results: To explore the influence of music therapy on dementia symptoms, singing, listening to music, dancing and live performances were used as interventions. A short-term effect of the improvement of agitation, depression and anxiety could be observed and the decay of cognitive abilities could be delayed. No significant improvement in quality of life was observed.

Conclusion: Music interventions have a positive influence on nursing home residents suffering from dementia. However, the exact implementation in terms of type, length and duration of the music units still needs to be studied. Future studies should focus on long-term effects of music therapy.

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt der Anteil älterer Menschen weltweit zu. Da Demenz vor allem Menschen im fortgeschrittenen Alter betrifft, steigt mit der Alterung der Gesellschaft auch die Inzidenz und Prävalenz von Demenzerkrankungen. Weltweit leiden etwa 50 Millionen Menschen an Demenz (Alzheimer's Disease International 2018). In Österreich beträgt die Zahl der Erkrankten etwa 100.000. Bis 2050 wird diese Zahl laut Schätzungen der Österreichischen Alzheimergesellschaft auf ca. 230.000 ansteigen (Österreichische Alzheimergesellschaft 2018).

Weltweit wird derzeit eine Billion US-Dollar pro Jahr für die Versorgung von Demenzerkrankten ausgegeben und diese Zahl soll sich bis 2020 noch verdoppeln (Alzheimer's Disease International 2018). In Österreich wird jährlich etwa eine Milliarde Euro für die Versorgung Demenzerkrankter ausgegeben. Aufgrund ihrer vielfältigen Symptome und teils auch schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten benötigen dementiell erkrankte Menschen in vielen Fällen aufwendige Betreuung und Pflege (Österreichische Alzheimergesellschaft 2018).

Viele Angehörige in Österreich zeigen hohe Bereitschaft, die Pflege und Betreuung dementiell erkrankter Personen zu gewährleisten. Doch diese Zahl soll sich in den nächsten Jahren verringern. Gründe dafür ergeben sich aus der demografischen Entwicklung, hoher zeitlicher Inanspruchnahme und Änderungen von familiären Strukturen (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014). Aufgrund der Entwicklungen wird erwartet, dass in den nächsten Jahren die Betreuung, Pflege und Unterstützung von dementiell erkrankten Personen immer aufwendiger und höher werden (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Etwa 15 Prozent der Menschen mit Demenz werden in Alten- bzw. Pflegeheimen betreut (Statistik Austria 2018). Die Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz benötigen höhere bzw. andere Anforderungen als die Pflege von Menschen, die nur körperlich beeinträchtigt sind. Neben den medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten stehen vor allem die individuellen Bedürfnisse der

dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen im Mittelpunkt (Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Um Pflegenden den Umgang mit Demenzerkrankten zu erleichtern, gibt es neben der medikamentösen Therapie auch Alternativen. Diese sind zum Beispiel die Logopädie, die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Diätologie, die Orthoptik und die Musiktherapie (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

In einigen Alten- und Pflegeheimen Österreichs wird Musiktherapie für die BewohnerInnen bereits angeboten. Der Österreichische Berufsverband der MusiktherapeutInnen gibt an, dass mit diesen Therapien Orientierung und Kontaktfähigkeit verbessert werden und geistige und körperliche Aktivität gesteigert werden können (ÖBM 2018).

1.2. Demenz

1.2.1. Definition von Demenz

Die World Health Organization (WHO) definiert Demenz folgendermaßen:

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ (vgl. WHO 2018).

1.2.2. Formen der Demenz

Grundsätzlich kann man Demenz in primäre und sekundäre Demenz unterscheiden. Die primären dementiellen Erkrankungen sind Folge einer Schädigung des Gehirns, wie etwa die Demenz vom Alzheimer-Typ. Die sekundären Erkrankungen haben die Ursache nicht im Gehirn, sondern werden durch bestimmte Auslöser verursacht, die außerhalb liegen, wie etwa die Folge von Alkohol- oder Drogenkonsum oder auch aufgrund von Tumoren (Matolycz 2011).

Das Krankheitsbild lässt sich laut ICD 10 unterschiedlich klassifizieren. Es gibt die Demenz bei Alzheimer-Krankheit, die vaskuläre Demenz oder auch Multiinfarkt-Demenz und die sekundäre Demenz bzw. Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern (Matolycz 2011). Die Alzheimer Demenz und die vaskuläre Demenz sind die häufigsten Formen und werden deshalb nachfolgend näher erklärt.

1.2.2.1. Alzheimer Demenz

Alzheimer-Demenz ist die häufigste dementielle Erkrankung. Sie kann in präsenile Demenz, das heißt, das Alter der Erkrankung liegt unter 65 Jahren und in senile Demenz, wobei das Alter über 65 Jahren liegt, eingeteilt werden. Alzheimer ist eine chronisch degenerative Erkrankung und verläuft progressiv. Sie führt letztlich zum Tod, jedoch meist nicht unmittelbar auf Grund der Demenz, sondern durch Erkrankungen, die sie herbeiführt. Zu diesen Erkrankungen zählen unter anderem allgemeine Inaktivität, Herz-Kreislauf-Versagen und Infektionen (Gleichweit, Rossa 2009).

1.2.2.2. Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz tritt als Folge einer vaskulär bedingten Störung des Gehirns auf. Ihr Beginn ist schnell und rasch und kennzeichnet sich durch mehrere Hirninfarkte. Dabei kommt es zur Minderdurchblutung des Gehirns und somit zum Absterben von Gehirnzellen. Die Lebenserwartung dieser Demenzart ist deutlich niedriger, als die der Alzheimerdemenz. Dies liegt an den vaskulären Komplikationen (Gleichweit, Rossa 2009).

1.2.3. Symptome und Verlauf

Der Verlauf von Demenzerkrankungen kennzeichnet sich in Störungen der Kognition, der Alltagsfertigkeiten, des Erlebens, des Befindens und des Verhaltens (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014). Der Verlauf ist jedoch von Person zu Person verschieden.

Die Abfolge der Alzheimer-Demenz verläuft beispielsweise in vier Stadien.

Im ersten Stadium, auch frühes Stadium oder Vergessensstadium genannt, wirken die Betroffenen oft zerstreut und vergessen und verlegen Dinge. Es fällt ihnen auch schwer, die richtigen Worte für bestimmte Gegenstände zu finden (Matolycz 2011).

Dieses Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten kennzeichnet sich oft darin, dass sich dementiell Erkrankte mit Verdrängung und Kompensation ausdrücken. Deshalb leiden sie oft unter Stimmungsschwankungen, Aggressionen, Depressionen und Rückzug (Höfler et al. 2015).

Das zweite Stadium, auch mittleres Stadium oder Verwirrtheitsstadium genannt, wirkt sich auf die alltäglichen Tätigkeiten, wie die selbstständige Haushaltsführung aus (Matolycz 2011). Außerdem nimmt die Selbstgefährdung zu. Auch die kognitiven Fähigkeiten nehmen weiter ab. Oft können sich Betroffene nicht an die Namen ihnen nahestehender Personen erinnern. Sie können auch das Zeitgefühl verlieren und sich häufig verlaufen (Höfler et al. 2015). Dadurch können Ungeduld, Aggression und enthemmtes Verhalten beobachtbar sein. Die Betroffenen merken oft selbst, „dass etwas nicht stimmt“, können dies aber nicht zuordnen und reagieren dadurch oft mit Verzweiflung (Matolycz 2011).

Im dritten Stadium, auch spätes Stadium, Spätstadium oder Hilflosigkeitsstadium, sind die Betroffenen zu jeder Tages- und Nachtzeit auf Betreuung angewiesen (Höfler et al. 2015). Die Desorientiertheit geht auch auf die eigene Person über. In diesem Stadium können Inkontinenz, Bewegungsstörungen und unkontrollierte Bewegungen und Reflexe sowie Schluckstörungen auftreten. Störungen der Sprache wie Schreien, Rufen oder das Wiederholen von Silben können beobachtbar sein. Weiters können Halluzinationen und Affektlabilität auftreten (Matolycz 2011).

Im vierten Stadium, dem sogenannten terminalen Stadium, sind die Betroffenen meist bettlägerig. Sie sind zunehmend bewegungsunfähig, harn- und stuhlinkontinent und sind meist nicht mehr zur verbalen Kommunikation fähig. Selbst die nächsten Angehörigen werden nicht mehr erkannt (Matolycz 2011).

Die vaskuläre Demenz beginnt plötzlich und ihr Verlauf ist sprunghaft. Die Symptomatik tritt meist rasch auf, da Betroffene unter Durchblutungsstörungen oder Hirninfarkten leiden. Die Stabilisierung dabei ist möglich, wobei die Leistungsfähigkeit trotzdem innerhalb kürzester Zeit abnehmen kann. Durch diese Abnahme kommt es häufig zu neurologischen Störungen wie Hemiplegien, Sprach- und Bewusstseinsstörungen, Schüttellähmungen der Extremitäten, Gleichgewichts- und Gangstörungen sowie Schluckstörungen (Matolycz 2011). Im Anfangsstadium

können die kognitiven Fähigkeiten häufig erhalten bleiben. Im weiteren Verlauf können Störungen der Denk- und Merkfähigkeit, Veränderungen der Persönlichkeit, Stimmungsschwankungen, Affektlabilität und nächtliche Verwirrtheit auftreten (Höfler et al. 2015).

1.2.3.1. Messinstrument zur Einschätzung des Schweregrades

Die Demenz lässt sich in drei Schweregrade laut der Mini-Mental State Examination (MMSE) unterscheiden, die meist durch die klinische Symptomatik und den erreichten Wert MMSE diagnostiziert werden (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Die MMSE ist das häufigste Instrument zur Einschätzung des Schweregrades einer Demenz. Sie beinhaltet 30 Fragen, wobei zeitliche und örtliche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Benennen, Sprachverständnis und Visuokonstruktion überprüft werden. Die Höchstpunktzahl liegt bei 30 und je niedriger die Zahl ist, desto weiter ist die Demenz fortgeschritten. Man teilt diese dann in „leicht“, „mittelschwer“ und „schwer“ ein (Höfler et al. 2015).

Bei der leichten Demenz (MMSE 21 bis 26 Punkte) lässt die Merkfähigkeit in Form von Vergessen, Verlegen und Suchen nach. Des Weiteren haben Betroffene zeitliche und örtliche Orientierungsprobleme. Häufig verleugnen sie ihre Defizite oder realisieren sie nicht, das zeigt sich in depressiver Stimmung und/oder paranoider Verarbeitung (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Bei der mittelschweren Demenz (MMSE 12 bis 20 Punkte) sind Betroffene meist desorientiert in Zeit und Ort. Das Langzeitgedächtnis ist bereits beeinträchtigt. Probleme, wie die Auswahl von Kleidung, die Entscheidung zur Körperpflege oder der Ernährung treten auf. Es kommt häufiger zu vermehrten Störungen des Erlebens, Befindens und Verhaltens (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

In der schweren Demenz (MMSE 0 bis 11 Punkte) können sich Betroffene nur lückenhaft an die eigene Vergangenheit erinnern. Auch nahestehende Personen können nicht erkannt werden. Das Ankleiden und die Körperpflege sind ohne Hilfe nicht mehr möglich. Häufig treten Harn- und Stuhlinkontinenz auf und Betroffene

verlieren das Sprechvermögen, die Gehfähigkeit und die Fähigkeit zu Sitzen. Im schlimmsten Fall werden sie bettlägerig (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

1.2.4. Ursachen und Risikofaktoren

Über die Ursachen von dementiellen Erkrankungen sind sich ExpertInnen und WissenschaftlerInnen bis heute nicht einig. Die meisten WissenschaftlerInnen gehen davon aus, dass zwei Proteine im Gehirn, Amyloid und Tau, für Demenz verantwortlich sind. Das Protein Amyloid soll sich im Hirngewebe ablagern und das Tau-Protein innerhalb der Zellen. Möglicherweise tragen diese Ablagerungen dazu bei, dass die Nervenzellen absterben und Signale in den übriggebliebenen Zellen nicht mehr richtig weitergeleitet werden können. ForscherInnen sind sich aber nicht sicher, inwiefern sie sich gegenseitig beeinflussen (Alzheimer's Disease International 2018).

Demenzielle Erkrankungen sind nicht heilbar, man kann jedoch Risikofaktoren, in Hinsicht auf den Lebensstil, vermeiden (Alzheimer's Disease International 2018). Somit sind eine fett- und cholesterinreiche Ernährung, wenig bis gar keine Bewegung und Rauchen Risikofaktoren, denen man entgegensteuern kann. Weitere Risiken sollen übermäßiger Alkoholkonsum, chronischer Schlafmangel und schwere Depressionen sein (Sütterlin, Hoßmann & Klingholz; 2011).

Es wird auch noch von anderen Faktoren für dementielle Erkrankungen gesprochen. So sollen Vorschädigungen des Gehirns oder somatische Störungen weitere Auslöser von Demenz sein. Noch ein Risikofaktor ist das sogenannte Apolipoprotein E4-Gen (APOE e4-Gen), welches wohl der größte genetische Risikofaktor sein soll. Es ist ein Eiweiß, das eine wichtige Rolle im menschlichen Fettstoffwechsel spielt (Alzheimer's Disease International 2018).

1.2.5. Therapiemöglichkeiten der Demenz

Eine adäquate Behandlung dementiell erkrankter Personen gliedert sich in drei Säulen. Erstens die Beratung der Betroffenen und deren Angehörigen, zweitens das Anregen von früheren kognitiven Fähigkeiten, der Emotionen, der Erinnerung und der Motorik durch entsprechende Therapien und drittens die Behandlung mit

Medikamenten (Sütterlin, Hoßmann & Klingholz; 2011). In den folgenden Kapiteln werden einige nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten beschrieben.

1.2.5.1. Ergotherapie

Ein Ziel der Ergotherapie ist es, die Selbstständigkeit, alltägliche Tätigkeiten durchzuführen, zu behalten. Weiter möchte die Therapie die Lebensqualität erhöhen, das Wohlbefinden steigern und den Stress vermindern. Besonders für dementiell Erkrankte ist es wichtig, dass sie die Qualität alltäglicher Tätigkeiten mit all ihren bestehenden Ressourcen selbstständig erfassen. Eine wichtige Aufgabe der ErgotherapeutInnen ist es, Strategien zum Ausgleich fehlender Fertigkeiten individuell zu entwickeln. Weiters möchten sie den Wohnraum des Betroffenen so gestalten, dass Sicherheit in allen täglichen Tätigkeiten gegeben ist und wählen dafür Hilfsmittel aus. Eine weitere wichtige Aufgabe ist auch die Schulung der pflegenden oder betreuenden Personen, dass auch sie über Kommunikations- und Stresstrategien Bescheid wissen, um die Belastung zu vermindern (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2015).

1.2.5.2. Diätologie

Die Ziele der Diätologie sind, den Ernährungszustand zu erhalten oder zu verbessern, Mangelernährung zu verhindern, die richtige Ernährung in jeder Situation zu garantieren, Diäten sinngemäß einzusetzen und die Angehörigen und Pflegepersonen zu beraten. Eine Aufgabe der DiätologInnen ist es, den Ernährungszustand zu erheben und darauffolgend Behandlungsziele zu definieren. Weiters beinhalten die Aufgaben auch die praktische Umsetzung und die Betreuung der Betroffenen, wie auch die Anleitung der Angehörigen und Pflegenden zu ihren Tätigkeiten. Schlussendlich muss der Ernährungszustand immer wieder evaluiert und dokumentiert werden (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

1.2.5.3. Logopädie

Die Ziele der Logopädie sind die Aufrechterhaltung der Sprache und Kommunikation, Schluckstörungen zu vermeiden und Sprechstörungen entgegenzuwirken. Zu den Aufgaben zählen, die Freude am aktiven Kommunizieren zu vermitteln, die Atmung zu regulieren, das Anleiten und Unterstützen bei der Lautbildung und Sprachmelodie, die Trinkbereitschaft zu

erhöhen und das Schlucken beim Essen zu unterstützen und zu fördern. Wichtig ist auch die Beratung und Anleitung von Angehörigen und Pflegepersonen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft).

1.2.5.4. Orthoptik

Das Ziel der Orthoptik ist die Durchführung der orthoptischen Diagnostik, um daraufhin die Probleme der dementiell Erkrankten zu erfassen und dementsprechend therapeutisch entgegenzuwirken, um Probleme wie Stürze zu verhindern. Die Aufgabe der OrthoptistInnen ist das richtige Einstellen und Anpassen der Brillen. Dabei geht es um die richtige Auswahl der Gläser, in Bezug auf Einstärkengläser anstelle von Gleitsichtgläsern und die richtige Kontraststärke bezüglich des Umfeldes auszuwählen (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

1.2.5.5. Physiotherapie

Die Ziele der Physiotherapie sind, alltägliche Fähigkeiten zu erhalten, die Gehfähigkeit zu unterstützen und Stürze zu verhindern. Die Aufgaben der PhysiotherapeutInnen sind, Übungsprogramme individuell zu erarbeiten, die Balancefähigkeit und körperliche Leistungsfähigkeit zu stärken und die kognitive Leistungsfähigkeit durch Bewegung zu erhöhen bzw. zu erhalten. Es ist auch wichtig, die Angehörigen und Pflegenden über die Übungsprogramme zu informieren und sie zur Durchführung anzuleiten (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

1.2.5.6. Musiktherapie

Eine weitere Therapiemöglichkeit zur Behandlung von Demenz ist die Musiktherapie bzw. Musikintervention. Eine nähere Beschreibung dieser erfolgt im nächsten Kapitel.

1.3. Musiktherapie/Musikinterventionen

Musiktherapie ist eine bewusste, individuelle Behandlungsform und hilft Menschen mit physischen, psychischen und sozialen Störungen und Leidenszuständen (ÖBM 2018).

1.3.1. Berufsbild

Musiktherapie wird zum Zweck der Prävention und Gesundheitsförderung, der Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen, der Rehabilitation, der Förderung von sozialen Kompetenzen und Supervision sowie in der Lehre und Forschung eingesetzt (ÖBM 2018). Musik geht auf körperliche, emotionale, kognitive und soziale Bedürfnisse des Menschen ein und beinhaltet das Singen, das Bewegen zu Musik, selbst ein Instrument zu spielen und/oder Musik zu hören (AMTA o.J.). Musiktherapie wird meist eingesetzt, wenn dementiell erkrankte Personen in ihrer verbalen Kommunikation beeinträchtigt sind und dadurch soziale Kontakte verlieren. (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Meist arbeiten MusiktherapeutInnen in Alten- und Pflegeheimen und auf geriatrischen Stationen. Wenige arbeiten auch auf Palliativstationen oder im Hospiz (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

1.3.2. Aufgaben und Ziele

Ziel der Musiktherapie ist es, Symptome zu vermindern oder zu beseitigen, Verhaltensweisen und Einstellungen in Bezug auf die Demenzerkrankung zu ändern und die Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen und zu erhalten (ÖBM 2018). Weitere Ziele in der Arbeit mit Demenzerkrankten sind die Unterstützung, etwas auszudrücken, Orientierung zu geben, Angstzustände zu lindern, Unruhe zu vermindern und die Zugehörigkeit zu stärken, um damit sozialer Isolation entgegenzuwirken. Weiters möchten MusiktherapeutInnen das sprachliche Ausdrucksvermögen steigern, die Stimmungslage erhöhen und die Lebensqualität verbessern (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Grundlage jeder Behandlung ist eine Diagnostik, das Entwickeln und Anpassen von Therapiezielen sowie das Behandlungskonzept, das daraus abgeleitet wird. MusiktherapeutInnen gehen von den Bedürfnissen der Personen aus und orientieren sich gleichermaßen an Mängeln, Störungen und Problemen wie auch Kompetenzen und Ressourcen (ÖBM 2018). Für Musikinterventionen ist die Biographiearbeit sehr wichtig, da sich dementiell erkrankte Personen auch in späten Phasen noch an Lieder aus ihrer Kinder- und Jugendzeit erinnern können und diese in Form von Singen wiedergeben können. Somit stärkt Musik die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit. Weiters können Rhythmen und Taktvorgaben Ordnung,

Orientierung und Struktur geben (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

1.3.3. Ausbildung

Die Ausbildung variiert je nach Universität und Land. Im Allgemeinen beinhaltet sie Entwicklungspsychologie, Psychologie der Musik, Musikgeschichte, Musiktheorie, Übersicht über einzelne Instrumente, Gesangstechniken und klinische Grundlagen (AMTA, o.J.).

In Österreich gibt es zurzeit drei Ausbildungsstätten für Musiktherapie, nämlich in Wien, Krems und Graz. Der Studienlehrgang dauert zwischen sechs und acht Semester. In Wien und Krems sind die AbsolventInnen nach Abschluss zur eigenverantwortlichen Ausübung berechtigt, in Graz zur mitverantwortlichen (ÖBM 2018).

1.3.4. Methoden

Das methodische Vorgehen gliedert sich in aktive und rezeptive Musiktherapie.

Aktive Musiktherapie: Die aktive Musiktherapie bietet einige Erfahrungs- und Erkenntnismöglichkeiten und TherapeutInnen und PatientInnen agieren gemeinsam oder auch einzeln. Bei der Einzelausübung stehen die eigenen Befindlichkeiten im Mittelpunkt, beim Zusammenspiel mit TherapeutInnen und Gruppenmitgliedern kommen auch kommunikative und interaktive Aspekte ins Spiel. Bei der Improvisation können Stimmungen, Erlebnisse, Gefühle, Träume, Bilder oder Beziehungen zu anderen Personen musikalisch ausgedrückt werden. Die Wechselwirkung von Musik und Bewegung kann für Atmung, Körperempfinden und Motorik Auswirkungen haben. Je nach Möglichkeit ist eine verbale Reflexion der musikalischen Interventionen notwendig, um das Erlebte in den Alltag mitnehmen zu können (ÖBM 2018).

Rezeptive Musiktherapie: Die Rezeptive Musiktherapie ist das Hören von Musikstücken. Die Zielsetzung hierbei ist die Entspannung, das Auftauchen innerer Bilder, das Wahrnehmen von Gefühlen und das Auseinandersetzen von Situationen, Erlebnissen und Wünschen. Das dabei Wahrgenommene und Erlebte wird danach wieder reflektiert und es findet eine verbale Aufarbeitung statt (ÖBM 2018).

1.3.5. Auswirkungen von Musik auf das Gehirn

Durch das Musik hören werden emotionale Zentren im Gehirn und neuronale Prozesse aktiviert. Musik ist durch ihre harmonisierende und synchronisierende Funktion imstande, das Belohnungszentrum zu aktivieren und den Mandelkern zu deaktivieren. Im Mandelkern werden Angst und Stress reguliert. Das Belohnungszentrum ermöglicht Freude, Aufmerksamkeit und Entspannung. Der Hörsinn ist einer der ersten Sinne, der sich im Mutterleib bildet. Durch die Verbindung von physischen und psychischen Einflüssen beeinflusst Musik den Menschen in seiner Ganzheit (Simhofer 2013).

1.3.6. Setting und Kontext

Musiktherapie wird sowohl als Gruppen- als auch als Einzeltherapie angeboten. Für beide ist ein gewisser Rahmen notwendig:

- Verlässliche Regelmäßigkeit: Im Durchschnitt wird Musiktherapie ein- bis zweimal pro Woche angeboten.
- Ein klarer zeitlicher Rahmen für die Dauer der Intervention: Eine Einzeltherapie sollte 30 bis 60 Minuten dauern, eine Gruppentherapie 45 bis 90 Minuten.
- Ein geeigneter Raum für Musiktherapie und eine dafür ausgelegte Ausstattung.

Musiktherapie kann als Kurztherapie mit wenigen Sitzungen stattfinden oder als Langzeittherapie über mehrere Jahre. Wichtig ist die nahe Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, Pflegepersonal, PsychologInnen und anderen TherapeutInnen (ÖBM 2018).

1.4. Pflegerelevanz

Demenz ist derzeit unheilbar. Die Forschung hat allerdings Fortschritte in Bezug auf die verschiedenen Symptome und klinischen Manifestationen von Demenz erzielt. Somit ist es möglich, Menschen mit einer dementiellen Erkrankung evidenzbasiert zu behandeln, um so den Krankheitsverlauf zu verlangsamen und die Lebensqualität zu verbessern (George 2014).

Der Bedarf an nicht-medikamentösen Therapien für dementiell erkrankte Personen ist hoch, aber in der Praxis nicht gut ausgeführt. Es gibt keine aussagekräftigen

Daten darüber, wie hoch die Anzahl an nicht-medikamentösen Interventionen ist, jedoch wäre dies für die Planung und Finanzierung wichtig. Das alles ist von Bedeutung, weil es einige Daten über die Verbesserung der Lebensqualität durch nicht-medikamentöse Therapien für Demenzerkrankte und deren Angehörige und Pflegepersonen gibt (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Musiktherapie wird in einigen Pflegeheimen Österreichs bereits angewendet, jedoch gibt es keine genauen Zahlen zur Häufigkeit. Es gibt auch mangelnde Unterstützung in Form der Finanzierung seitens der Krankenkassen (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

In Österreich wird Musiktherapie von ausgebildeten MusiktherapeutInnen durchgeführt (ÖBM 2018). Das Durchführen von Musikinterventionen, wie Hören von Radiomusik und gemeinsames Singen, darf auch von Pflegepersonen übernommen werden. Es muss jedoch genau auf die Reaktionen und Auswirkungen geachtet werden, da es zum Beispiel sein kann, dass jemand bei einer bestimmten Musikrichtung aggressiv wird. Daher ist die Biographiearbeit bezüglich Musikgeschmack und Genre sehr wichtig (Ministerium für Gesundheit und Sozialministerium 2014).

Die Pflege ist sehr häufig mit dementiell erkrankten Personen konfrontiert. Um den Umgang mit Demenzerkrankten zu erleichtern gibt es, wie oben beschrieben, mehrere Alternativen zur medikamentösen Therapie und eine davon ist die Musiktherapie. Ziel dieser ist es Symptome zu lindern, Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern, die Gesundheit zu fördern und somit kann der Alltag der Pflegenden im Umgang mit Demenzerkrankten erleichtert werden (ÖBM 2018).

1.5. Forschungsziel

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, den Einfluss von Musiktherapie auf dementiell erkrankte PflegeheimbewohnerInnen darzustellen.

1.6. Forschungsfrage

Welche Auswirkungen hat Musiktherapie auf dementiell erkrankte PflegeheimbewohnerInnen?

2. Methode

2.1. Design

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein Literaturreview durchgeführt. Dies ist eine kritische Zusammenfassung von Ergebnissen zu einem bestimmten Forschungsthema. Es wird objektive, aktuelle Literatur verwendet, um eine Forschungslücke darzustellen (Polit und Beck 2017).

2.2. Suchstrategie

Die Literaturrecherche fand im Oktober und November 2018 statt. Es wurde in den Datenbanken Pubmed (Public Medical Literature Online), Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und Ovid (Ovid Technologies) gesucht. Weiters wurde über Google Scholar und in Referenzlisten eine Handsuche durchgeführt. Um die passende Suchstrategie zu erlangen, wurden die Boole'schen Operatoren „OR“ und „AND“ verwendet.

Die Suchstrategie fand mit den Schlüsselwörtern „dementia“, „music therapy“, „nursing homes“ und „long term care“ statt, wobei für alle ein Mesh Term (Medical Subject Headings/Terms) bzw. Suggest Subject Term angewendet wurde.

Tabelle 1 Datenbanksuche

Datenbank	Suchstrategie	Treffer
Pubmed	((("Music Therapy"[Mesh]) OR music therapy)) AND (((("Dementia"[Mesh]) OR ("Alzheimer Disease"[Mesh] OR "Dementia, Vascular"[Mesh]))) OR dementia)) AND (("Nursing Homes"[Mesh]) OR "Long-Term Care"[Mesh])	52
Cinahl	((MH "Music Therapy") OR "music therapy" OR (MH "Music Therapy (Iowa NIC) ")) AND (MH "Dementia") AND ((MH "Nursing Homes") OR (MH "Long Term Care"))	35

Ovid	music therapy.sh. and dementia.sh. and long term care.sh. or nursing home.sh	86
-------------	--	----

2.3. Limitationen und Einschlusskriterien

Um nur aktuelle Literatur zu identifizieren, wurde in allen Datenbanken der Filter für die letzten zehn Jahre, also 2008-2018, gesetzt. Die Artikel mussten in englischer und deutscher Sprache verfasst worden sein. Es wurden wissenschaftliche Arbeiten miteinbezogen, in denen alle Arten der Demenz behandelt wurden. Zusätzlich wurde der Filter „clinical trials“ gesetzt, da eine Intervention untersucht wird. Es wurden nur quantitative Studien miteinbezogen und keine Reviews. Es wurden auch nur Studien herangezogen, die im Setting Pflege-/Altenheim stattfinden.

2.4. Auswahl der Studien

Mit der oben genannten Suchstrategie konnten insgesamt 173 Treffer erzielt werden. Davon waren 44 Duplikate. Im nächsten Schritt wurde der Filter „clinical trial“ gesetzt, um nur Studien zu finden, in denen eine Intervention durchgeführt wird. Der Filter „clinical trial“ wurde in allen Datenbanken verwendet. Damit konnten nur noch 29 Treffer erzielt werden. Danach wurde ein Title- und Abstract-Screening durchgeführt, um so Studien auszuschließen, die inhaltlich nicht passend sind. In Zuge dieses Screenings wurden weitere 13 Studien ausgeschlossen. Anschließend wurde bei den verbliebenen Studien der Volltext gelesen, wobei erneut vier Studien wegen anderem Setting oder unzureichendem Inhalt nicht zur Bewertung zugezogen wurden. Um die Literaturrecherche noch zu erweitern, wurde eine Handsuche in „Google Scholar“ mit den Schlüsselwörtern „dementia“, „musictherapy“ und „nursing homes“ unternommen. Dabei wurden die ersten 50 Studien anhand des Titels gescreent. Es wurde damit keine einzige relevante Studie zur Bewertung gefunden.

Der Ablauf der Studienausswahl ist in Abbildung 1, angelehnt an das Prisma-Schema von Moher et al. (2011), ersichtlich.

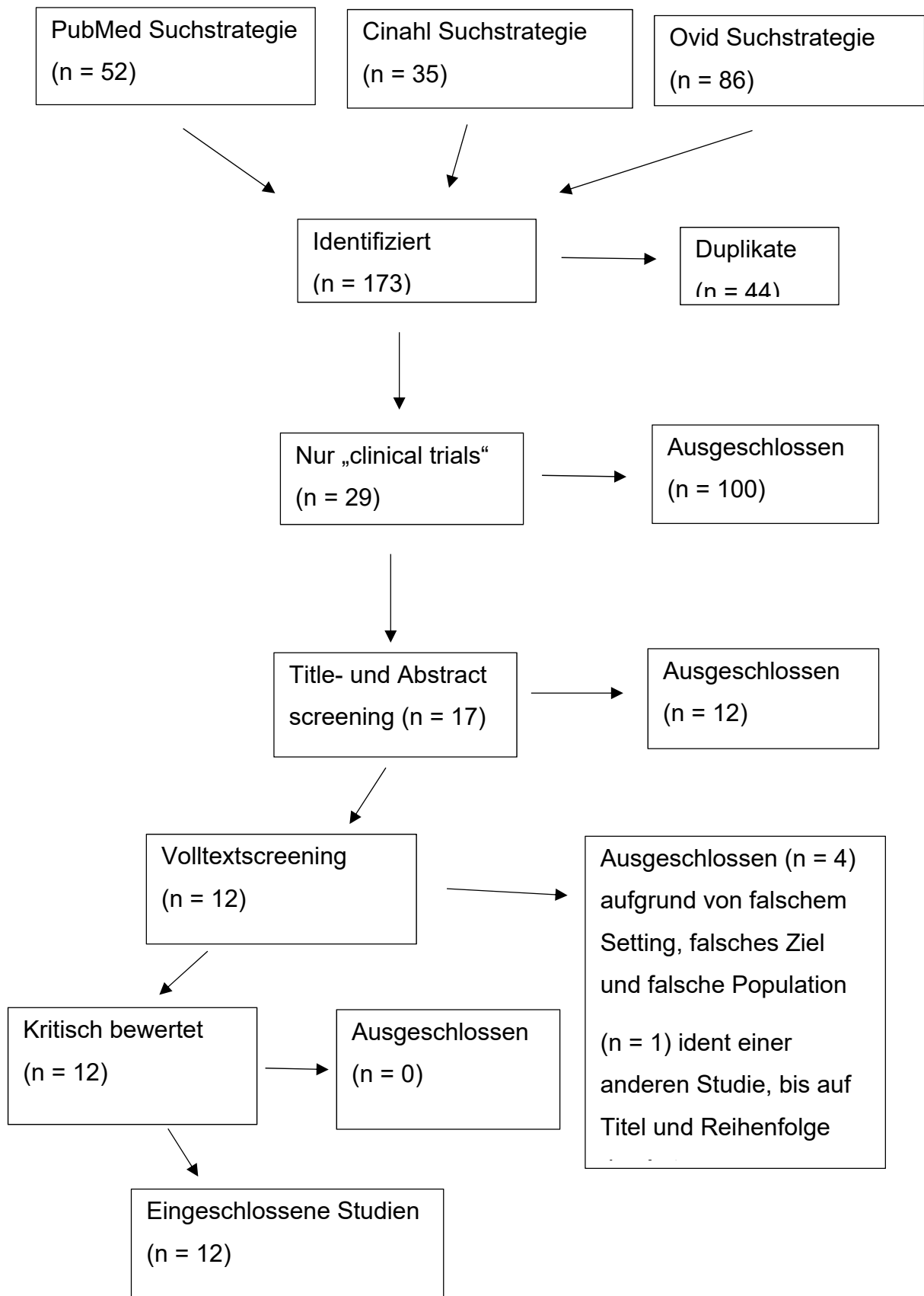


Abbildung 1: Darstellung der Literatursuche nach dem Prisma-Statement

2.5. Bewertung der eingeschlossenen Studien

Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde mittels des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) durchgeführt. Dieses Bewertungsinstrument wurde gewählt, da es für sämtliche qualitative und quantitative Studiendesigns angewendet werden kann. Der Bewertungsbogen enthält neun Kategorien, mit denen man die Studien beurteilen kann.

Im Bewertungsbogen werden Titel, Abstract, Einleitung, Ziel, Methode, Datenerfassung, Sampling, Datenanalyse, Ethik, Limitationen, Ergebnisse, Übertragbarkeit, Generalisierbarkeit und die Implikation für Praxis und Forschung beurteilt.

Jede Kategorie kann mit „Very Poor“, „Poor“, „Fair“ und „Good“ bewertet werden, wobei man die Punkte 1-4 vergibt. Aus diesen Punkten ergibt sich dann ein summarischer Qualitätsscore für jede Arbeit. Studien, die bei dieser Bewertung mehr als 30 der maximalen Punkteanzahl erreichten, wurden in dieses Review eingeschlossen. Alle Studien, die sich der kritischen Bewertung unterzogen, konnten in diese Bachelorarbeit inkludiert werden. Die Bewertung dieser Studien ist im Anhang ersichtlich.

3. Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Charakteristika und Ergebnisse der ausgewählten Studien dargestellt. Die Ergebnisse werden in einzelne Kapitel, nämlich Auswirkungen auf die Lebensqualität, auf Angst, auf eine bestehende Depression, auf Agitation und auf kognitive Leistung unterteilt.

3.1. Charakteristika der Studien

Von den zwölf Studien, welche in diese Bachelorarbeit eingeschlossen wurden, wurden sechs in Taiwan, zwei in Deutschland und zwei in Dänemark beziehungsweise Norwegen und je eine in Australien und den Niederlanden durchgeführt. Die Studien fanden alle in Pflegeheimen der jeweiligen Länder statt. Insgesamt kommt jedes Stadium der Demenz vor und in jeder Studie wurde eine Musik-Intervention durchgeführt.

Eine Übersicht über die Charakteristika der ausgewählten Studien ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 2 Charakteristika der einzelnen Studien

Autoren, Land, Jahr	Forschungsziel	Studien-design	Setting, Stichprobe	Intervention	Hauptergebnisse
Chu, H., Yang, C., Lin, Y., Ou, K., Lee, T., O'Brien, A., Chou, K. Taiwan 2015	Ziel war es, den Effekt von Gruppenmusiktherapie zur Verbesserung von Depression und der kognitiven Leistung zu bestimmen.	Voraus-schauendes, randomisiertes Parallelgruppen-Design mit wechselnder Block-Randomisierung	Pflegeheim, 104 TeilnehmerInnen, Diagnose von Demenz, 65 Jahre oder älter, keine signifikanten Höreinschränkungen, Interventionsgruppe mit 52 TeilnehmerInnen, Kontrollgruppe mit 52 TeilnehmerInnen	Sechs Wochen lang, 2x/Woche für 30 Minuten Gruppenmusik-therapie (Spielen von Musikinstrumenten, Musik hören, Singen)	Verbesserung der Depression (CSDD-Erhebung), jedoch keine signifikante Verbesserung (p = 0.321). Musiktherapie verzögerte die Verschlechterung der kognitiven Funktionen signifikant.
Liesk, J., Hartogh, E., Kalbe, E. Deutsch-land 2014	Ziel war es, Effekte eines kognitiven Stimulations-programms sowie eines Musikprogramms auf kognitive Leistung, Lebensqualität und Alltagsfunktionen bei Menschen mit Demenz zu überprüfen.	Pilotstudie, Vorher-Nachher-Studie	Pflegeheim, 24 TeilnehmerInnen, Demenz, uneingeschränkte Seh- und Hörfähigkeit, Zwei Gruppen: 1. kognitive Stimulation und 2. Musikgeragogik mit jeweils zwölf TeilnehmerInnen	sechs Wochen lang, 2x/Woche für 60 Minuten kognitives Stimulations-programm oder Musikprogramm, vor und nach Intervention wurden neuropsychologische Tests durchgeführt	Bei dieser Pilotstudie wurden keine Hinweise auf Verbesserung der Kognition und Lebensqualität gefunden. Die Punkte des MMST änderten sich im kognitiven Gesamtniveau vom Mittelwert 20.5 auf 20.1 und bei der DEMQOL von 94.0 auf 92.2.

<p>Lin, Y., Chu, H., Yang, C., Chen, C., Chen, S., Chag, H., Hsieh, C., Chou, K.</p> <p>Taiwan</p> <p>2011</p>	<p>Ziel war es, den Effekt von Gruppenmusiktherapie gegen aufgeregtes Verhalten zu erforschen.</p>	<p>Vorher-Nachher-Studie, Kontrollgruppen-design</p>	<p>Pflegeheim,</p> <p>104 TeilnehmerInnen, Diagnose Demenz, 65 Jahre oder älter, sprechen Mandarin und/oder Taiwanese, Interventionsgruppe mit 52 TeilnehmerInnen und Kontrollgruppe mit 52 TeilnehmerInnen</p>	<p>6 Wochen lang, 2x/Woche für 30 Minuten Gruppenmusik-therapie (Singen, Instrumente spielen, Hören)</p>	<p>Gruppenmusikinterventionen sind effektiv, um aufgeregtes Verhalten, hinsichtlich physischer ($p = 0.010$) und verbaler Aggression ($p = 0.627$), zu lindern.</p>
<p>Sung, H., Chang, A., Lee, W.</p> <p>Taiwan</p> <p>2010</p>	<p>Ziel war es, den Einfluss des Hörens bevorzugter Musik, um Angst zu reduzieren, zu bestimmen.</p>	<p>Quasi-Experiment Vorher-Nachher-Studie</p>	<p>Pflegeheim</p> <p>52 TeilnehmerInnen, Diagnose Demenz, 65 Jahre oder älter, Interventionsgruppe mit 29 TeilnehmerInnen und Kontrollgruppe mit 23 TeilnehmerInnen</p>	<p>6 Wochen lang, 2x/Woche für 30 Minuten Hören von bevorzugter Musik der PartizipantInnen via CD-Player</p>	<p>Das Hören von bevorzugter Musik hatte einen signifikanten Einfluss ($p = 0.001$), um Angst zu verringern.</p>

Vink, A., Zuidersma , M., Boersma, F., Jonge, P., Zuidema, S., Slaets, J. Däne- mark 2012	Ziel war es, die Effekte von Musiktherapie und Freizeitaktivitäten zur Reduzierung von Agitation darzustellen.	randomisiert, kontrolliertes Design	Pflegeheim 94 TeilnehmerInnen, Diagnose Demenz, zwei Gruppen: 1. Musiktherapie (n=47), 2. Freizeitaktivitäten (n=47)	2x/Woche für 40 Minuten Musiktherapie (Singen, Tanzen, Musik hören und Instrumente spielen), insgesamt 34 Sessions, ebenso Freizeitaktivitäten (Handarbeit, Kochen, Puzzlespiele) für 40 Minuten 2x/Woche	Musiktherapie im Vergleich zu Freizeitaktivitäten hatte keinen Erfolg, um Agitation zu reduzieren ($p = 0.222$), obwohl schon mehrere Studien einen positiven Effekt gezeigt haben. Der CMAI änderte sich von 2.885 auf 1.500).
Wang, S., Yu, C., Chang, S. Taiwan 2015	Ziel war es, den Effekt von Musik auf kognitive Funktion, Depression und Verhaltensproblem e zu erforschen.	Quasi- Experiment, Längsschnittstu die	Pflegeheim 172 TeilnehmerInnen, mit Diagnose Demenz, 60 Jahre oder älter, ohne Hörgerät, eine Interventionsgruppe mit 104 TeilnehmerInnen und eine Kontrollgruppe mit 68 TeilnehmerInnen	2x/Woche für 30 Minuten Programm „Kagayashiki music care“, insgesamt 24 Wochen	Diese Studie zeigt, dass das Musikpflegeprogramm zusammen mit der alltäglichen Pflege eine signifikante Besserung der kognitiven Funktion ($p =$ 0.048) und der Depression (p = 0.049) zeigt.

Werner J., Wosch, T., Gold, C. Deutsch- land 2015	Ziel war es, den Effekt von interaktiver Gruppenmusiktherapie verglichen mit Singen in einer Gruppe in der Freizeit auf depressive Symptome zu untersuchen.	pragmatische, randomisierte, kontrollierte Studie	Pflegeheim 117 TeilnehmerInnen, mit depressiven Symptomen, zwei Gruppen: 1. Musiktherapie (n = 62) 2. Freizeitsingen (n = 55)	2x/Woche für 40 Minuten Gruppenmusiktherapie, insgesamt 20 Einheiten 1x/Woche für 90 Minuten Freizeitgruppen-singen, insgesamt zehn Einheiten	Die Ergebnisse zeigen, dass Musiktherapie einen besseren Erfolg (MADRS - 1.15) hat, um depressive Symptome zu reduzieren als das Singen in der Freizeit (MADRS +1.65). Unterschied der beiden Gruppen: p = 0.001
van der Vleuten, M., Visser, A., Meeuwesen, L. Niederlande 2012	Ziel war es, den Effekt von Auftritten von professionellen Sängern auf die Lebensqualität zu erforschen.	Quasi-Experiment	Pflegeheim 54 TeilnehmerInnen, mit Diagnose Demenz, fand in Pflegeheimen, in denen SängerInnen gebucht wurden, statt	45 Minuten lange Auftritte von SängerInnen der Organisation „Diva Dichtbij“ für kleine Gruppen, insgesamt 17 Auftritte	Die Auftritte erreichten für die im Anfangsstadium erkrankten BewohnerInnen eine Besserung der Lebensqualität in Form des geistigen Wohlbefindens (p = 0.001). Bei den späteren Stadien konnte keine signifikante Besserung (p = 0.071) in dieser Hinsicht nachgewiesen werden, jedoch gab es positive Emotionen (p = 0.045) und gute Rückmeldungen für alle Stadien.

<p>Chang F., Huang, H., Lin, K., Lin, L.</p> <p>Taiwan</p> <p>2010</p>	<p>Ziel war es, den Effekt von Musikprogrammen während des Mittagessens auf das Problemverhalten von dementiell erkrankten Pflegeheimbewohnern zu erforschen.</p>	<p>Quasi-Experiment</p>	<p>Pflegeheim</p> <p>47 TeilnehmerInnen, mit Diagnose Demenz, 65 Jahre oder älter, MMSE 23 oder niedriger, vorhandenes Problemverhalten, keine Höreinschränkungen, nicht bettlägerig</p>	<p>Während des Mittagessens zwischen 11:00-12:00 Uhr wurde jeden Tag, jede zweite Woche Musik als Hintergrundgeräusch eingespielt</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen, dass sich Problemverhalten durch Musik verbessert hat ($p = 0.02$). Es konnte eine Verbesserung der physischen ($p = 0.01$) und verbalen ($p = 0.03$) Aggressivität festgestellt werden.</p>
<p>Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S., Murfield, J.</p> <p>Australien</p> <p>2010</p>	<p>Ziel war es, den Effekt von Live-Musik auf die Lebensqualität und Depression zu untersuchen.</p>	<p>Randomisierte, kontrollierte Studie</p>	<p>Pflegeheim</p> <p>47 TeilnehmerInnen, mit Diagnose Demenz, MMSE 12-24, vorhandener und dokumentierter Nachweis von Aggressionen</p>	<p>3x/Woche für 40 Minuten Musik- und Leseinheiten, nach 8 Wochen wurde getauscht, insgesamt 21 Wochen</p>	<p>Die Ergebnisse zeigen einen großen Unterschied der Lebensqualität zwischen der Musikgruppe und der Lesegruppe ($F(1.45) = 6.672$, $p < 0.05$), wobei die Lesegruppe bessere Ergebnisse zeigt. Es gibt auch signifikante Ergebnisse bezüglich der Depression ($F(2, 22) = 8.129$, $p = 0.01$)</p>

<p>Ho, S., Lai, H., Jeng, S., Tang, C., Sung, H., Chen, P.</p> <p>Taiwan</p> <p>2011</p>	<p>Ziel war es, den Effekt von Musik während Essenszeiten auf Agitation zu untersuchen.</p>	<p>Vorher-Nachher-Studie</p>	<p>Pflegeheim</p> <p>22 TeilnehmerInnen, keine Hörprobleme, 65 Jahre oder älter, MMSE 23 oder kleiner, nicht bettlägerig, sprechen Mandarin und/oder Taiwanese</p>	<p>2x/Tag während der Essenszeiten wurde vier Wochen lang Musik gespielt, die von Forschern komponiert wurde</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die von Forschern komponierte Musik die Agitation verringerte (von CMAI 60.64 auf 46.14, $p = 0.001$).</p>
<p>Ridder, H., Stige, B., Qvale, L., Gold, C.</p> <p>Dänemark , Norwegen</p> <p>2013</p>	<p>Ziel war es, den Effekt von individueller Musiktherapie auf Agitation zu untersuchen.</p>	<p>randomisierte, kontrollierte Studie</p>	<p>Pflegeheim</p> <p>42 TeilnehmerInnen, mit (Chang, Huang et al. 2010) Diagnose Demenz, Symptome von Agitation, 21 TeilnehmerInnen in der Interventionsgruppe und 21 TeilnehmerInnen in der Kontrollgruppe</p>	<p>2x/Woche über sechs Wochen erhielten die PartizipantInnen Musiktherapie</p>	<p>Verglichen zur alltäglichen Standardpflege zeigt Musiktherapie eine Reduzierung der Agitation (CMAI -2.96, $p = 0.378$).</p>

3.2. Angst

Die Studie von Sung, Chang & Lee (2010) hebt hervor, dass Angst eines der häufigsten Gesundheitsprobleme von älteren Menschen ist und sie ist ein wichtiges Verhaltenssymptom für dementiell erkrankte Personen. Die Studie zeigt auch, dass Angst oft falsch oder gar nicht diagnostiziert wird und dass es nur wenig Forschung bezüglich der Behandlung von Angst bei dementiell erkrankten Personen gibt.

In dieser Studie von Sung, Chang & Lee (2010) wurde bei 29 von 52 TeilnehmerInnen zweimal die Woche 30 Minuten, zusätzlich zur alltäglichen Pflege, bevorzugte Musik via CD-Player vorgespielt und die BewohnerInnen mussten lediglich zuhören. Dies wurde von diplomiertem Pflegepersonal, das hierfür geschult wurde, durchgeführt. Die Kontrollgruppe, die aus 23 TeilnehmerInnen bestand, bekam in diesen sechs Wochen die übliche Pflege. Die Angst wurde mit dem Messinstrument „Rating Anxiety in Dementia“ (RAID) gemessen. Der Musikgeschmack der PartizipantInnen wurde mit dem Assessmentinstrument „Music Preference Survey“ (MPS) erhoben. Die Intervention wurde sechs Wochen lang durchgeführt und die Messungen erfolgten vor Beginn der Studie und nach Beendigung der Intervention (nach sechs Wochen). Das Symptom Angst hat sich in der Interventionsgruppe nach den sechs Wochen signifikant reduziert ($p = 0.001$). Die Punkte der RAID verringerten sich von 10.93 beim Vortest auf 8.93 beim Nachtest. Zum Vergleich hat sich auch die Angst in der Kontrollgruppe verringert, jedoch nur minimal und nicht signifikant ($p = 0.51$). Die beliebteste Musikrichtung der TeilnehmerInnen war laut der MPS taiwanesishe Musik von den 1950ern bis hin zu den 1970ern. Viele gaben an, dass Musik wichtig in ihrem Leben ist und dass sie das Musik hören genossen haben (Sung, Chang & Lee. 2010).

3.3. Depression

Depression ist nach der Demenz eine der häufigsten Erkrankungen von älteren Personen. Sie ist eines der Hauptsymptome von dementiellen Erkrankungen, wird oft fehldiagnostiziert und bleibt häufig unbehandelt (Werner, Wosch & Gold 2015).

In der Studie von Werner, Wosch & Gold (2015) wurden die Auswirkungen von interaktiver Gruppenmusiktherapie und Singen in einer Gruppe in der Freizeit auf Depression verglichen. Dazu wurde Gruppenmusiktherapie bei 62 TeilnehmerInnen zweimal die Woche für 40 Minuten eingesetzt. Bei der Vergleichsgruppe mit 55

TeilnehmerInnen wurde zur gleichen Zeit einmal pro Woche für 90 Minuten ein Gruppensingen durchgeführt. Depression wurde mittels der „Montgomery-Asperg Depression Rating Scale (MADRS) vor, nach fünf Wochen und nach 12 Wochen erhoben. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sich nach fünf Wochen die depressiven Symptome der Musiktherapie-Gruppe signifikant verringert haben (MADRS -1.15), wohingegen sie sich bei der Vergleichsgruppe steigerte (MADRS +1.65). Nach zehn Wochen war dieser Unterschied signifikant größer. Bei den dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen der Vergleichsgruppe verschlechterten sich die depressiven Symptome. Die Forscher beschreiben auch, dass der Effekt der Musiktherapie bei BewohnerInnen mit Demenz größer ist als bei BewohnerInnen ohne Demenz. Weiters konnte nach fünf Wochen eine Verringerung von Konzentrationsproblemen, Müdigkeit und pessimistischen Gedanken nachgewiesen werden und diese Besserungen konnten auch nach der Woche Zwölf beobachtet werden. Musiktherapie verbesserte die Stimmungslage bei mehr als der Hälfte der PartizipantInnen, das Gefühl Gruppenzugehörigkeit verbesserte sich und die Motivation wurde gesteigert (Werner, Wosch & Gold 2015).

Auch die Studie von Chu et al. (2015) hatte das Ziel, den Effekt von Gruppenmusiktherapie auf Depression von dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen zu erforschen. Dazu wurde bei 52 von 104 TeilnehmerInnen Gruppenmusiktherapie zweimal pro Woche für 30 Minuten durchgeführt. Die Depression wurde mittels der „Chinese Version of the Cornell Scale for Depression in Dementia“ (C-CSDD) viermal erhoben und der Cortisol-Gehalt im Sputum wurde mittels des „Salivary Cortisol“ berechnet. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Musiktherapie die Depression zwar verringert hat, jedoch konnte keine Signifikanz beim C-CSDD-Wert ($p = 0.321$) und beim Cortisol-Gehalt im Sputum ($p = 0.448$) erkannt werden. Insgesamt ging der C-CSDD-Wert der Interventionsgruppe von 17.39 vor Beginn der Studie (1) auf 11.47 nach der sechsten Einheit (2), auf 8.22 nach Ende der Interventionen (3) und auf 11.23 ein Monat nach den Interventionen (4). Der Cortisol-Gehalt im Sputum änderte sich von 0.27 auf 0.30 und 0.23 bei den Erhebungen 1, 2 und 3. Trotz alledem konnten PartizipantInnen mit Hilfe der Musiktherapie den Fokus von depressiven Gedanken auf Musik lenken. Auch die Benutzung von Musikinstrumenten half den BewohnerInnen, ihre Emotionen zum Ausdruck zu bringen und dadurch eine

emotionale Balance zu schaffen. Durch die Musiktherapie konnten sich die PflegeheimbewohnerInnen entspannen und ihre Stimmung wurde gehoben (Chu et al. 2015).

Die Studie von Cooke et al. (2014) untersuchte den Effekt von Live-Musik auf die Depression. Dazu wurden zwei Gruppen mittels eines randomisierten, kontrollierten, „cross-over“ Designs verglichen. Die erste Gruppe bekam dreimal pro Woche für 40 Minuten Leseinheiten und die zweite Gruppe bekam zur gleichen Zeit Musikeinheiten. Die Gruppen wurden in der Halbzeit der Studie getauscht. Zur Messung und Erhebung wurde die „Geriatric Depression Scale“ (GDS) benutzt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen signifikante Ergebnisse ($p = 0.01$) bezüglich der Reduzierung der Depression. Besonders in der Musiktherapiegruppe konnte die Depression von GDS 8.2 auf 4.42 gesenkt werden (Cooke et al. 2014).

Die Studie von Wang, Yu & Chang (2015) untersuchte unter anderem den Einfluss des Modells „Kagayashiki music care“ (KMC) auf die Depression. KMC wurde in Japan erfunden. Das Modell besteht aus vier Elementen: (1) Musikhintergrund, Melodie und Rhythmus werden individuell entworfen, (2) Aktivitäten finden innerhalb der Rehabilitation und Musik statt, (3) es wird eine Ausbildung der „Japan Music Care Association“ benötigt und (4) die musikalischen und physischen Aktivitäten sind einfach durchzuführen. Basierend auf dem Können der TeilnehmerInnen werden einfache und klare Rhythmen und Melodien angewendet. Bei dieser Studie wurde zweimal die Woche für 30 Minuten das Modell KMC bei 104 von 172 TeilnehmerInnen eingesetzt. Die Daten wurden mittels Beobachtungen, Interviews und Diagrammen gesammelt. Die Depression wurde mittels der „Cornell Scale for Depression in Dementia“ (CSDD) gemessen. Diese Studie zeigt, dass KMC hilft, um die Depression zu reduzieren. Der CSDD änderte sich von 3.09 bei der ersten Erhebung auf 2.47 bei der letzten Erhebung. Es wurde zusätzlich herausgefunden, dass es Assoziationen zwischen Depression und Angst gibt. Diese beiden Symptome treten oft gemeinsam bei dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen auf (Wang, Yu & Chang 2015).

3.4. Kognitive Leistung

In der Studie von Wang, Yu & Chang (2015) wird beschrieben, dass Demenz immer mit einer Verschlechterung des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, des

Verständnisses, der Sprache und der Entscheidungsfindung und somit mit der kognitiven Leistung einhergeht.

Die Studie untersuchte den Einfluss des Modells „Kagayashiki music care“ (KMC) auf die kognitiven Fähigkeiten. Die Kognition wurde mittels des MMSE erhoben. Sie zeigt, dass Musikpflege die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten verhindert ($p = 0.048$). Die MMSE veränderte sich von 18.06 bei der ersten Erhebung auf 16.29 bei der letzten Erhebung (Wang, Yu & Chang 2015).

Die Studie von Chu et al. (2015) behandelt den Einfluss von Gruppenmusiktherapie auf die kognitive Leistung. Dazu wurden zweimal pro Woche 30 Minuten lang Gruppenmusiktherapie-Einheiten durchgeführt, die Kontrollgruppe erhielt Standardpflege. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Gruppenmusiktherapie die Verschlechterung der kognitiven Funktionen verzögert. Diese positiven Effekte waren auch ein Monat nach Beendigung der Interventionen noch vorhanden. Die Punkte der MMSE-Skala waren um 1.44 bis 2.69 Punkte höher als die der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass Musiktherapie besser in den Anfangsstadien der Demenz geeignet ist, als im letzten Stadium. Musikreize nutzen der Verbesserung der kognitiven Funktionen. Der Rhythmus sowie die klare Strukturierung von Liedern und Musiktherapiesitzungen halfen den BewohnerInnen, eine Struktur und Ordnung für ihr eigenes Leben zu finden. Musiktherapie bewirkte auch direkt eine Verbesserung der Orientierung zu Zeit und Ort (MMSE von 3.10 auf 3.29), der Wahrnehmung (MMSE von 2.24 auf 2.48), des Kurzzeitgedächtnisses (MMSE von 0.47 auf 1.02), der Aufmerksamkeit (MMSE von 0.82 auf 0.93) und der Sprache (MMSE von 5.98 auf 6.31) (Chu et al. 2015).

Der Einfluss von Musikinterventionen auf die kognitive Leistung von dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen war auch Ziel der Studie von Liesk, Hartogh & Kalbe (2014). Im Gegensatz zu den oben genannten Studien konnten bei dieser Pilotstudie keine Hinweise auf Verbesserungen der Kognition gefunden werden. Die Punkte des MMSE änderten sich im kognitiven Gesamtniveau vom Mittelwert 20.5 auf 20.1. Um jedoch individuelle Verläufe aufzudecken, wurden die Ergebnisse auf Einzelfallebene analysiert. Während sich manche TeilnehmerInnen verschlechterten, zeigten andere nach der Intervention deutliche Verbesserungen. So steigerte sich z.B. ein Teilnehmer (Alter: 88 Jahre) in den Bereichen

Wortflüssigkeit („Controlled-Oral-Word-Association-Test“ (FAS); Prä-: 8; Posttest: 18 Wörter), im kognitiven Gesamtstatus (MMSE Prä-: 16; Posttest: 18) und zeigte Verbesserungen in der Aufmerksamkeit („Brief test of attention“ (BTA): Prä-: 8; Posttest: 13 Punkte) (Liesk, Hartogh & Kalbe 2014).

3.5. Agitation

Dementiell erkrankte Personen zeigen oft störendes Verhalten, wiederholte Verbalisation und verbale und physische Aggressionen gegen andere und sich selbst. Diese Symptome werden zusammengefasst Agitation genannt. Die Studie von Vink et al. (2012) erforschte einen nicht-medikamentösen Weg zur Reduzierung von Agitation durch Musiktherapie. Jede Einheit startete mit einem Willkommenslied, danach spielte oder sang der Therapeut bekannte Lieder vor und die BewohnerInnen konnten je nach Belieben und Möglichkeit dazu singen, tanzen oder ein Instrument spielen. Musiktherapie wurde zweimal wöchentlich vier Monate lang angeboten. Die Agitation wurde mittels der „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (CMAI) erhoben. Sie hatte keinen Einfluss ($p = 0.222$) auf die Reduzierung von Agitation während dieser vier Monate. Die CMAI änderte sich von 2.885 auf 1.500. Diese Ergebnisse stehen im Kontrast zu den Ergebnissen der folgenden Studien (Vink et al. 2012).

In der Studie von Lin et al. (2010) wurden zweimal pro Woche 30 Minuten lang für insgesamt sechs Wochen Musikinterventionen durchgeführt. Das agitierte Verhalten wurde in vier Kategorien eingeteilt: physisch aggressiv, physisch nicht-aggressiv, verbal aggressiv und verbal nicht-aggressiv. Die Ergebnisse zeigen eine statistisch signifikante Reduzierung des physischen nicht-aggressiven Verhaltens: Nach der sechsten Einheit waren die Punkte der „Chinese Version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (C-CMAI) um 0.31 Punkte niedriger ($p = 0.004$), nach der zwölften Einheit waren sie um 0.26 Punkte niedriger ($p = 0.015$) und nach einem Monat waren sie um 0.34 Punkte niedriger ($p = 0.006$). Auch die Ergebnisse beim physischen aggressiven Verhaltens zeigen eine signifikante Reduzierung: Nach der sechsten Einheit waren die Punkte der C-CMAI um 0.23 Punkte niedriger ($p = 0.028$), nach der zwölften Einheit waren sie um 0.20 Punkte niedriger ($p = 0.025$) und nach einem Monat waren sie um 0.21 Punkte niedriger ($p = 0.018$). Die Ergebnisse des verbalen nicht-aggressiven Verhaltens zeigten nach der sechsten Einheit eine Verminderung der C-CMAI um 0.22 Punkte ($p = 0.042$), nach der

zwölften Einheit eine Verminderung um 0.28 Punkte ($p = 0.010$) und nach einem Monat eine Verminderung um 0.26 Punkte ($p = 0.037$). Auch die Ergebnisse des verbalen aggressiven Verhaltens zeigten nach der sechsten Einheit eine Verminderung der C-CMAI um 0.11 Punkte ($p = 0.021$), nach der zwölften Einheit eine Verminderung um 0.09 Punkte ($p = 0.104$) und nach einem Monat eine Verminderung um 0.02 Punkte ($p = 0.764$). Es konnten Verbesserungen bei jeder einzelnen Musiktherapie-Einheit beobachtet werden. Besonders Musik, die von früher erkannt wurde, hat den BewohnerInnen geholfen, sich zu beruhigen und zu entspannen. Im Gegensatz zur westlichen Bevölkerung verstecken asiatische BewohnerInnen häufig ihre Gefühle. Durch die Gruppenmusikinterventionen fiel es ihnen leichter, ihre Emotionen zum Ausdruck zu bringen (Lin et al. 2010).

Die Studie von Ridder et al. (2013) hatte das Ziel, den Einfluss von individueller Musiktherapie auf die Agitation zu untersuchen. Dazu wurden Einzeltherapieeinheiten zweimal pro Woche für sechs Wochen durchgeführt. Die Einheiten wurden auch einzeln dokumentiert. Die Agitation wurde mittels des CMAI gemessen. Im Vergleich zu jenen BewohnerInnen, die Standardpflege erhielten, sank das agitierte Verhalten signifikant ($p = 0.378$) bei den BewohnerInnen, die individuelle Musiktherapie erhielten (CMAI -2.96). Es zeigte sich auch, dass die Therapie bei denen, die sie später erhielten, besseren Erfolg erzielte (CMAI von 20.81 auf 12.59) als bei jenen, die gleich zu Beginn der Studie die Therapie bekamen (CMAI 15.71 auf 15.65) (Ridder et al. 2013).

Die Studie von Chang et al. (2010) untersuchte den Effekt von Musik während der Essenszeiten auf agitiertes Verhalten. Das Problemverhalten wurde mittels der „Chinese Version of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (C-CMAI) gemessen. Zusätzlich wurden Interviews durchgeführt. Diese Untersuchung zeigt, dass Musik hören während des Mittagessens Einfluss auf physische (CMAI 0.39, $p = 0.04$) und verbale (CMAI 0.49, $p = 0.02$) Aggressivität hat. Durch die Musik hatten TeilnehmerInnen positive Erinnerungen, ein Gefühl von Fröhlichkeit, konnten sich entspannen und das agitierte Verhalten verringerte sich. Es wurde auch beobachtet, dass die TeilnehmerInnen während die Musik gespielt wurde schneller als sonst aßen (Chang et al. 2010).

Die Studie von Ho et al. (2011) war die erste Studie, die Musik, komponiert von ForscherInnen, zur Therapie gegen Agitation verwendete, anstatt bereits vorhandener Populärmusik. Das Musikprogramm während der Essenszeit wurde vom Großteil der TeilnehmerInnen gemocht. Die Agitation wurde mittels der CMAI gemessen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das Hören der von ForscherInnen komponierten Musik das agitierte Verhalten der PflegeheimbewohnerInnen reduzierte (von CMAI 60.64 auf 46.14, $p = 0.001$). Diese Ergebnisse hielten auch fünf Wochen nach Beendigung der Interventionen an. Nach der sechsten Woche begannen die Symptome wieder zu steigen (Ho et al. 2011).

3.6. Lebensqualität

Musik könnte eine günstige, nicht-invasive und mögliche Strategie zur Besserung der Lebensqualität sein. Die Forschung von van der Vleuten, Visser & Meeuwesen (2012) untersuchte, welchen Einfluss Musikauftritte von professionellen SängerInnen auf die Lebensqualität dementiell erkrankter Personen haben. Für die Studie wurden Auftritte der SängerInnen in den Pflegeheimen organisiert. Die TeilnehmerInnen wurden miteinbezogen bezüglich der Auswahl und Genre der Lieder, außerdem durften sie mitsingen. Die Lebensqualität wurde mittels Kategorien von schon vorhandenen Instrumenten erhoben. Die Ergebnisse zeigen Unterschiede zwischen leichter und schwerer Demenz. Diese Unterschiede zeigen, dass die Auftritte einen signifikanten, positiven Effekt („Mental well-being score“: 2.23 ($M = 2$), $p = 0.001$) auf das geistige Wohlbefinden bei leichter Demenz hatten, jedoch bei schwerer Demenz keinen signifikanten Effekt („Mental well-being score“: 2.10 ($M = 2$), $p = 0.071$) zeigten. Bei den TeilnehmerInnen mit leichter Demenz gab es größere Verbesserungen bezüglich des menschlichen Kontaktes (Test 2.27, $p = 0.000$) und der Kommunikation (2.23, $p = 0.001$). Bei den TeilnehmerInnen mit schwerer Demenz gab es keine signifikanten Besserungen bezüglich des menschlichen Kontaktes (2.11, $p = 0.068$) und der Kommunikation (2.10, $p = 0.072$). 80% der TeilnehmerInnen genossen den Auftritt der SängerInnen und 78% würden sie gerne noch einmal sehen und hören (van der Vleuten, Visser & Meeuwesen 2012).

Die Studie von Cooke et. al. (2014) verglich Musikeinheiten und Leseeinheiten sowie deren Auswirkung auf die Lebensqualität. Die Lebensqualität wurde mittels der „Dementia Quality of Life Scale“ (DQOL) gemessen. Es wurden keine statistisch

signifikanten Besserungen zur Lebensqualität gefunden, dennoch konnten Verbesserungen erkannt werden. Werte der PartizipantInnen, die zuerst in der Lesegruppe und danach in der Musikgruppe waren, verschlechterten sich leicht (von DQOL 3.61 zu 3.46). Bei PartizipantInnen, die zuerst in der Musikgruppe und dann in der Lesegruppe waren, verbesserten sie sich (von DQOL 3.17 zu 3.57). Somit hatten die Musikgruppen keinen hohen Einfluss auf die Lebensqualität. Im Laufe der Studie wurde aber deutlich, dass der Effekt von Einheit zu Einheit zunahm und die TeilnehmerInnen immer mehr Gefallen an den Sitzungen fanden. Die Besserung der Lebensqualität war ein Kurzzeiterfolg (Cooke et al. 2014).

Ähnliche Ergebnisse erzielte die Studie von Liesk, Hartogh & Kalbe (2014). Es wurden keine statistisch signifikanten Besserungen der Lebensqualität beobachtet. Die Punkte des „Dementia-Quality-of Life-Instrument“ (DEMQOL) befinden sich beim Vortest beim Mittelwert 94.0 und beim Nachtest bei 92.2. Jedoch wurden Einzelfälle analysiert, wobei bei einzelnen TeilnehmerInnen sehr wohl große Besserungen der Lebensqualität erkannt wurden (Liesk, Hartogh & Kalbe 2014).

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, welchen Einfluss Musiktherapie auf dementiell erkrankte PflegeheimbewohnerInnen hat. Die Ergebnisse zeigen positive Effekte auf Agitation, Lebensqualität, Depression, Angst und auf die kognitiven Fähigkeiten.

4.1. Stadien und Schweregrad der Demenz

Nur in zwei der zwölf Studien wurde zwischen den Stadien der Demenz unterschieden. Die Studie von van der Vleuten, Visser & Meeuwesen (2012) zeigt, dass Musiktherapie größeren Einfluss auf das erste Stadium der Demenz hat als auf das Spätstadium, wo nur ein geringer Effekt zu beobachten war. Es wäre von Vorteil, den Schweregrad der Demenz in zukünftigen Studien zu berücksichtigen, weil das die Ergebnisse beeinflussen kann. Bei der Studie von Cooke et al. (2014) wurden nur BewohnerInnen miteinbezogen, die an früher oder mittlerer Demenz leiden. Der Demenzschweregrad wurde in allen, außer einer Studie mit dem MMSE festgestellt. Lediglich in der Studie von van der Vleuten, Visser & Meeuwesen

(2012) wurden Personen aller Demenzstadien miteinbezogen, weil die Studie nur dort stattgefunden hat, wo die Auftritte der professionellen SängerInnen gebucht wurden und außer der Diagnose Demenz gab es keine Ein- und Ausschlusskriterien. In allen Studien wurden alle Formen der Demenz miteingeschlossen. Es wäre auch interessant, die einzelnen Demenz-Formen zu unterscheiden.

4.2. Agitation

Unter allen Studien wurde das Symptom Agitation am häufigsten erforscht. Die dänische Studie von Vink et al. (2012) war die einzige der fünf Studien, die keinen Erfolg bei der Reduzierung von Agitation durch Musiktherapie hatte. Ein Grund dafür könnte sein, dass die meisten Studien normale Standardpflege als Kontrollgruppe bestimmten und nicht, wie in dieser Studie, ein anderes aktives Programm anboten. So könnte es sein, dass sich die Agitation der BewohnerInnen der anderen Studien durch die zusätzliche Aufmerksamkeit reduziert hat (Vink et al. 2012). Diese Theorie unterstützen auch fünf der zwölf Studien dieser Arbeit, bei denen die Kontrollgruppe nur Standardpflege erhielt. Bei all diesen Studien konnte eine Verbesserung der Symptome festgestellt werden. Insgesamt gibt es trotzdem vier Studien, bei denen die Kontrollgruppe aus anderen Aktivitäten bestand. Bei diesen Studien zeigen die Ergebnisse, dass sich die Symptome durch beide Aktivitäten bessern. In der Studie von Cooke et al. (2014) ist der Effekt der Leseeinheiten sogar besser, als der der Musikeinheiten. Es könnte also daran liegen, dass Musik keinen besseren therapeutischen Effekt erzielt als andere Gruppenaktivitäten und das schon alleinig jede Art von Aktivität positive Auswirkungen haben kann (Cooke et al. 2014).

Bei all diesen Studien, die die Agitation erforschen, werden alle Symptome zusammengefasst. Laut der Studie von Vink et al. (2012) wäre es interessant, spezifische Symptome wie den Gehdrang, die verbale oder die körperliche Gewalt der Agitation zu untersuchen (Vink et al. 2012).

Zum Vergleich aus aktueller Literatur zeigten Ergebnisse aus einer Metaanalyse von zwölf Studien, die auch den Effekt von Musiktherapie auf die Agitation von dementiell erkrankten Personen untersuchten, eine signifikante Reduzierung der Symptome (Pedersen et al. 2017). Im Gegensatz zeigt eine Metaanalyse von Steen et al. (2018), dass Musikinterventionen agitiertes Verhalten nicht reduzieren

können. Der Unterschied der Ergebnisse dieser zwei Metaanalysen könnte daran liegen, dass in der Studie von Steen et al. (2018) nicht nur die Auswirkungen von Musiktherapie auf die Agitation untersucht wurde, sondern auch auf die Lebensqualität, Angst und Depression. In der Studie von Pedersen et al. 2017 wurde nur die Agitation speziell erforscht.

4.3. Musik während der Essenszeiten

Bei zwei der Studien, die die Agitation behandeln, wurde der Effekt der Musiktherapie während der Essenszeiten untersucht. In der Studie von Chang et al. (2010) wird erklärt, dass diese Zeit gewählt wurde, weil keine andere Aktivität dort stattfindet, mit Ausnahme des Essens. Auch die Studie von Ho et al. (2011) erklärt, dass das Mittag- und Abendessen wichtige Tagespunkte für soziale Kontakte sind. Das agitierte Verhalten könnte aufgrund der Geräusche, die im Esszimmer während des Essens auftreten, hervorgerufen bzw. verstärkt werden (Ho et al. 2011).

Während in allen anderen Studien bekannte, bevorzugte Musik der BewohnerInnen verwendet wurde, benutzte die Studie von Ho et al. (2011) von ForscherInnen selbstkomponierte Musik. Somit hatten die PartizipantInnen keine Möglichkeit, die Musik vor Beginn der Studie zu hören. Die Ergebnisse zeigen, dass nur eine Person der TeilnehmerInnen diese Musik nicht mochte. Der Effekt einer solchen Musik wird jedoch immer noch untersucht und beobachtet. Es werden noch weitere Studien zur Unterscheidung der verschiedenen Musiktypen und zu den musikalischen Eigenschaften benötigt (Ho et al. 2011). Die Studie von Chang et al. (2010) benutzte anstatt von bekannter, beliebter Musik die Auswirkungen von Naturmusik, wie Vogelgezwitscher oder fließendes Wasser mit dem Tempo des menschlichen Herzschlages. Ein großes Problem dieser Studie war, dass die Musik an manchen Tagen zur falschen Zeit vorgespielt wurde. Das Design der Studie war das Quasi-experimentelle Design. Für weitere Studien sollte es auch eine Kontrollgruppe geben (Chang et al. 2010).

4.4. Lebensqualität

Bei drei der zwölf Studien wird der Effekt auf die Lebensqualität untersucht. Zwei dieser drei Studien finden keine Verbesserung der Lebensqualität. Bei der Studie von Cooke et al. (2014) könnte es laut den Forschern daran liegen, dass, wie oben genannt, Musiktherapie möglicherweise keinen besseren Effekt als andere

Gruppenaktivitäten hat. Zweitens könnte es sein, dass die positiven Effekte nur kurze Zeit bestanden und wieder verschwanden, als die Intervention endete. Und zuletzt könnte das Ergebnis auch daran liegen, dass die Anzahl der PartizipantInnen zu klein war, verglichen mit anderen ähnlichen Studien (Cooke et al. 2014). Die Studie von van der Vleuten, Visser & Meeuwesen (2012) fand heraus, dass Live-Musik-Auftritte einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der BewohnerInnen hatten, jedoch kann man die beiden Studien schwer vergleichen, da die Intervention, die Ein- und Ausschlusskriterien und auch die Datenerhebung sehr verschieden sind.

Die Ergebnisse aus diesem Literaturreview unterscheiden sich von den Ergebnissen von Cho (2018), welcher den Effekt von Musiktherapie verglichen mit einer Gruppe, die gemeinsam Filme schaute, untersuchte. Die Ergebnisse zeigen, dass Musiktherapie eine größere Auswirkung auf die Lebensqualität hatte als die Filmgruppe ($p = 0.459$). Es konnte eine signifikante Verbesserung ($p = 0.001$) der Lebensqualität festgestellt werden (Cho 2018). Auch in der Studie von Rubbi et al. (2016) konnte eine signifikante Besserung ($p = 0.001$) der Lebensqualität durch Video-Musiktherapie untersucht werden. Ähnliche positive Ergebnisse bringt auch die Studie von Hagemann, Martin & Neme (2018) hervor, die jedoch nicht den Einfluss von Musiktherapie auf Demenzerkrankte untersuchte, sondern den Einfluss von Musiktherapie auf die Lebensqualität von dialysepflichtigen PatientInnen. Dabei konnte die Lebensqualität signifikant gesteigert werden. Ebenso kann eine Steigerung der Lebensqualität durch Musiktherapie bei Kindern in der Studie von Stegemann et al. (2019) festgestellt werden.

4.5. Studien aus Taiwan

Auffällig ist, dass sechs der zwölf Studien, also die Hälfte, aus Taiwan stammen. Laut der „Taiwan Alzheimer’s Disease Association (TADA)“ werden primär immer noch pharmakologische Behandlungen von Demenz durchgeführt, jedoch möchte man alternative Methoden, unter anderem die Musiktherapie, mehr ausbauen und erforschen. Eines der neun Ziele der TADA ist es, mehr Forschung im Taiwan zur Demenz zu ermöglichen und durchzuführen (TADA 2012). Die sechs Studien behandeln die Depression, die kognitiven Fähigkeiten, die Agitation und die Angst. Drei Studien hatten das gleiche Vorgehen, nämlich Musiktherapie zweimal pro Woche 30 Minuten lang für sechs Wochen. Zwei Studien fanden, wie schon

erwähnt, während Mahlzeiten statt. Hervorzuheben ist, dass die Ergebnisse aller Studien einen signifikanten, positiven Ausgang zur Reduzierung der Depression, der Agitation, der Angst als auch eine Besserung der Kognition haben.

4.6. Dauer der Wirkung und der Interventionen

Bei den Studien ist auch wahrzunehmen, ob sie eine Kurzzeit- oder ebenso eine Langzeitwirkung erzielen. Nur bei zwei der zwölf Studien wird dazu von einer Erhebung einige Zeit nach der Intervention gesprochen. So zeigt sich, dass bei der Studie von Lin et al. (2011) ein Monat nach Beendigung der Gruppenmusiktherapie auch noch eine Senkung der Aggressionen vorhanden ist. Wie lange dies jedoch anhält, wird nicht beschrieben. Die Studie von Ho et al. (2011) beschreibt, dass bis zu fünf Wochen nach der Intervention eine Senkung von agitiertem Verhalten vorhanden ist, jedoch fängt dieses ab Woche Sechs wieder an zu steigen. Vergleicht man diese Ergebnisse mit anderen Ergebnissen aus der Literatur, fällt auch auf, dass der Langzeiteffekt nicht untersucht wurde, dies ist unter anderem bei der Metaanalyse von Steen et al. (2018) und der Metaanalyse von Pedersen et al. (2017) zu sehen.

Die meisten Studien dauerten sechs Wochen, was eine große Umstellung für die TeilnehmerInnen darstellt. Laut der Studie von Vink et al. (2012) müssen sich viele BewohnerInnen erst einmal auf die Musiktherapie einstellen, denn von Therapiesitzung zu Therapiesitzung haben sich die Ergebnisse verbessert. Die Metaanalyse von Steen et al. (2018) hat herausgefunden, dass der Effekt von Musiktherapie bei Studien, die drei Monate oder länger dauerten, die besten Ergebnisse zeigten. Die Studie von Liesk, Hartogh & Kalbe (2014) spricht davon, dass es oft wenig flexible Zeitstrukturen in Pflegeheimen gibt und dass die Zeiten für die Interventionen unbedingt im Vorhinein schon geplant werden müssen. Auch die Verfügbarkeit von angemessenen Räumlichkeiten, die stress- und störungsfrei sein sollten, muss zuvor bedacht werden, weil es auf die Ergebnisse der Musiktherapie relevante Auswirkungen zeigen kann.

In Pflegeheimen wird der Tag durch verschiedene Beschäftigungsoptionen gestaltet. In den Studien wurde Musiktherapie zusätzlich zum normalen Pflegealltag durchgeführt, somit besuchten die TeilnehmerInnen auch weitere Angebote. Fraglich ist, inwiefern dies ursächlich für Veränderungen der Leistungen sein

könnte. Es wäre aber ethisch nicht vertretbar, wenn die BewohnerInnen für den Studienzeitraum auf die Teilnahme an anderen Angeboten verzichten müssten (Liesk, Hartogh & Kalbe 2014).

4.7. Ausgebildete MusiktherapeutInnen

Bei vier der zwölf Studien wurde die Musiktherapie durch ausgebildete MusiktherapeutInnen durchgeführt. Bei sieben Studien führten das Personal, die ForscherInnen oder MusikerInnen die Interventionen durch. Laut der Studie von Werner, Wosch & Gold (2015) gibt es einen Unterschied zwischen professionellen TherapeutInnen und geschultem Personal. MusiktherapeutInnen können sich besser auf das Individuum aufgrund von Erfahrungen einstellen und sie wissen, wie sie in bestimmten Situationen gerecht umgehen müssen (Werner, Wosch & Gold 2015). Die Ergebnisse der Studien, die vom geschulten Personal durchgeführt wurden, zeigen aber, dass auch so Verbesserungen möglich sind. Die Ausbildung in Österreich kann in Graz, Wien und Krems absolviert werden. Der Studiengang dauert zwischen sechs und acht Semester (ÖBM 2018).

4.8. Vorher-Nachher-Studien

Vier der zwölf Studien dieses Literaturreviews waren Vorher-Nachher-Studien. Dabei wird über einen gewissen Zeitraum eine Intervention durchgeführt und die Werte werden zuvor und nach der Intervention erhoben. Es gibt keine Kontrollgruppe. Laut Behrens & Langer (2010) ist es wichtig, im Hinterkopf zu behalten, dass die Veränderung auch wirklich aufgrund der Intervention eingetreten ist, und nicht aufgrund anderer Einflussfaktoren (Behrens & Langer 2010).

4.9. Schmerz

In keiner der zwölf Studien wurde das Thema Schmerz behandelt, wobei dieses Thema bei dementiell erkrankten Personen einen wichtigen Stellenwert hat (Alzheimer's Disease International 2018). Bei weiterer Literatursuche konnten dazu jedoch Studien gefunden werden. Diese Studien fanden dagegen in einem anderen Setting statt. Bei der Studie von Kullich et al. (2003) wurde der Einfluss von Musiktherapie auf PatientInnen mit Rückenschmerzen untersucht. Bei den PartizipantInnen, die die Therapie täglich erhielten, gab es eine signifikante Verringerung ($p < 0,00002$) der Schmerzen. Laut den PatientInnen konnte sich der

Druckschmerz im Mittel von einem „mittleren“ auf einen „leichten“ Schmerz reduzieren lassen (Kulich et al. 2003). Auch bei der Studie von Grafton-Clarke, Grace & Harky (2018), bei der sieben Studien bezüglich des Schmerzes gesammelt und untersucht wurden, gab es bei vier Studien eine signifikante Verringerung des Schmerzes. Es wäre interessant, noch Forschungen bezüglich der Auswirkungen von Musiktherapie auf den Schmerz von dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen zu erforschen.

5. Schlussfolgerung

Die Zahl der an Demenz erkrankten Personen steigt weltweit immer weiter an. Die damit einhergehenden Symptome stellen eine Belastung für die Betreuung von PflegeheimbewohnerInnen dar. Es ist wichtig, dass nicht-pharmakologische Therapiemöglichkeiten zusätzlich gefunden und angewendet werden, einerseits aufgrund der Polypharmazie und andererseits können durch bestimmte Therapien die Leistungs- und Alltagsfähigkeiten gefördert und gesteigert werden. Diese Arbeit zeigt, dass Musiktherapie eine gute Alternative zur Behandlung von dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen ist. Die Symptome Angst, Depression und Agitation können damit reduziert und der Verfall der kognitiven Fähigkeiten verzögert werden. Die einbezogenen Studien dieser Arbeit zeigen Kurzzeitwirkungen der Musiktherapie auf, die Langzeitwirkungen sind nicht erforscht. Die im Vorhinein durchgeführte Biographiearbeit stellt einen sehr wichtigen Punkt dar, damit MusiktherapeutInnen individuell auf die Bedürfnisse und Vorlieben der BewohnerInnen eingehen können. Auch die angemessenen Räumlichkeiten zur Durchführung und die richtigen Zeitstrukturen spielen eine große Rolle. Alle einbezogenen Studien zeigen, dass großes Interesse und Freude an den Musikeinheiten beobachtet werden konnte.

6. Praxis- und Forschungsempfehlungen

Praxisempfehlung: Die Erhebung des Musikgeschmackes und des Demenzgrades und somit der Biographie der BewohnerInnen muss genau durchgeführt werden, um die Musiktherapieeinheiten individuell anpassen zu können. Es ist wichtig, Logistik und Tagesablauf der Pflegeeinrichtungen zu kennen, da auch noch weitere Beschäftigungsoptionen angeboten werden und die

Räumlichkeiten stressfrei erreichbar und störungsfrei sein sollten. Die Dauer jeder Einheit sollte zwischen 40 und 60 Minuten betragen. Wenn man eine bleibende Verbesserung anstrebt und es finanziell möglich ist, wäre es von Vorteil, Musiktherapie kontinuierlich, zweimal wöchentlich durchzuführen, da der Effekt nach Therapieende wieder nachlässt. Primär sollte Musiktherapie von ausgebildeten MusiktherapeutInnen durchgeführt werden, aber wenn dies nicht möglich ist, kann Pflegepersonal dafür geschult werden. Da aus allen Studien herauszulesen ist, dass die BewohnerInnen große Freude und Interesse an den Musikinterventionen hatten, ist es künftig zu empfehlen, Musikinterventionen in den Pflegealltag miteinzubeziehen. Angefangen von Radio hören während der Körperpflege, bis hin zum gemeinsamen Musizieren und Singen als Nachmittagsbeschäftigung. Auch das Musik hören während der Essenszeiten hat gute Ergebnisse gezeigt, also wäre dies eine einfache Möglichkeit Agitation zu verringern. Dabei sollten wieder die Biographiearbeit und somit der Musikgeschmack der BewohnerInnen zuvor erhoben werden, damit positive Erfolge erzielt werden können.

Forschungsempfehlung: Die Herausforderung wissenschaftlicher Untersuchungen zur Wirksamkeit nicht-pharmakologischer Interventionen bei dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen liegt in der Entwicklung von Studiendesigns, die einerseits den qualitativen Ansprüchen klinischer Studien genügen, andererseits den Strukturen in Pflegeeinrichtungen und den Charakteristika der Zielgruppe angepasst sind. Da, wie zuvor erwähnt, der Tag in Pflegeheimen durch verschiedene Beschäftigungsoptionen gestaltet wird, ist es fraglich, inwiefern diese Interventionen die positiven Ergebnisse beeinflussen. In zukünftigen Studien sollte ermittelt werden, wie diese Effekte analysiert werden können, z.B. durch exakte Dokumentation und Untergruppenbildung bei ausreichend großen Stichproben. Bei der Planung des Stichprobenumfangs ist von hohen Drop-out-Raten auszugehen, deshalb ist es sinnvoll, vor Studienbeginn mehr TeilnehmerInnen als den angestrebten Stichprobenumfang zu rekrutieren. Der Erhebungszeitraum muss entsprechend geplant und möglichst große Pflegeeinrichtungen müssen gleichzeitig angesprochen werden. Es wäre von Vorteil, herauszufinden, wie lange eine Musikeinheit dauern sollte, wie viele Einheiten man durchführen soll und auch wie intensiv und aufwendig die Therapie

sein kann. Deshalb besteht dahingehend weiterer Forschungsbedarf. Da das Thema Schmerz nur in anderen Settings vorhanden ist, sollte es groß angelegte Interventionsstudien diesbezüglich geben. Die Lebensqualität konnte nur in einer von drei Studien signifikant verbessert werden, deshalb muss dazu mehr Forschung betrieben werden. Die Ergebnisse bezüglich des positiven Einflusses von Musiktherapie sollten für die Pflegepraxis einfach zusammengefasst und auf Deutsch übersetzt werden, damit die Informationen in den Pflegeheimen ankommen und Anklang finden. Auch den Angehörigen sollte solch eine Information weitergegeben werden.

7. Literatur

Alzheimer's Disease International, 2018, *World Alzheimer Report 2018, Hope & frustration*, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf?2>, (21.11.2018).

AMTA o.J., *Definition and Quotes about Music Therapy, What is Music Therapy?*, <https://www.musictherapy.org/about/quotes/>, (17.10.2018).

Behrens, J & Langer G 2010, *Evidence-based Nursing and Caring, Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*, 3. überarbeitete und ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, 2014, *Österreichischer Demenzbericht 2014*, <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=277>, (22.11.2018).

Chang, F. Y., Huang, H. C., Lin, K. C., Lin, L. C. 2010, „The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an Institution in Tawain“, *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8): 939-948.

Chu, H., Yang, C.Y., Lin, Y., Ou, K.L., Lee, T.Y., O'Brien, A.P., Chou, K.R. 2014, "The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study", *Biological Research for Nursing*, 16(2): 209-217.

Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S., Murfield, J. 2010, "A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia", *Journal of Health Psychology*, 15(5): 765-776.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2015, *Nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen*, https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt6_nichtmedikamentoese_behandlung.pdf, (27.12.2018). George, D. 2014, "The War (on Terror) on Alzheimer's", *SAGE*, 13(1): 120-130.

Gleichweit, S. & Rossa, M. 2009, *Competence Center, Integrierte Versorgung, Erster Österreichischer Demenzbericht*, Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.

- Grafton-Clarke, C., Grace, L., Harky, A. 2018, "Music therapy following cardiac surgery-is it an effective method to reduce pain and anxiety?", *Oxford University Press*, 1-6.
- Hagemann, P. M. S., Martin, L. C., Neme, C. M. B. 2018, "The effect of music therapy on hemodialysis patients' quality of life and depression symptoms", *Brazilian Journal of Nephrology*, 1-9.
- Hawker, S. & Payne, S. 2002. "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." *Qualitative Health Research*, 12(9): 1284-1299.
- Ho, S. Y., Lai, H.L., Jeng, S.Y., Tang, C.W., Sung, H.C., Chen, P.W. 2011, "The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia", *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6): e49-e55.
- Kulich, W., Bernatzky, G., Hesse, H., Wendtner, F., Likar, R., Klein, G. 2003, „Musiktherapie — Wirkung auf Schmerz, Schlaf und Lebensqualität bei Low back pain“, *Wiener Medizinische Wochenschrift* 153: 217-221.
- Liesk, J., Hartogh, T., Kalbe, E. 2014 "Cognitive stimulation and music intervention for people with dementia in nursing homes: A pilot study, problems and perspectives", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(3): 275-281.
- Matolycz, E. 2011, *Pflege von alten Menschen, Pflege alter Menschen mit dementiellen Erkrankungen*, 1. Auflage, Springer Verlag, Wien.
- ÖBM 2018, *Musiktherapie*, <https://www.oebm.org/musiktherapie>, (17.10.2018)
- Österreichische Alzheimergesellschaft, 2018, *Was ist Demenz*, <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/was-ist-demenz/>, (17.10.2018).
- Pedersen, S.K.A., Anderson, P.N., Lugo, R.G., Andreassen, M., Sutterlin, S. 2017, "Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis", *Frontiers in Psychology*, 8 (742):1-10.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. 2012, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9.Auflage, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins Verlag, Philadelphia.

Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L.G., Gold, C. 2013, "Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial", *Aging and Mental Health*, 17(6): 667-678.

Rubbi, I., Magnani, D., Naldoni, G., Di Lorenzo, R., Cremonini, V., Capucci, P., Artioli, G., Ferri, P. 2016, "Efficacy of video-music therapy on quality of life improvement in a group of patients with Alzheimer's disease: a pre-post study", *Acta Biomed for Health Professions*, 87(4): 30-37.

Statistik Austria, 2018, *Betreuungs- und Pflegedienste*, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegetdienste/index.html, (21.11.2018).

Stegemann, T., Geretsegger, M., Phan Quoc, E., Riedl, H., Smetana, M. 2019, "Music Therapy and Other Music-Based Interventions in Pediatric Health Care: An Overview", *Medicines*, 6(1): 1-12.

Sung, H. C., Chang, A. M., Lee, W. L. 2010, "A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes", *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8): 1056-1064.

Sütterlin, S., Hoßmann, I., Klingholz, R. 2011, „Demenz- Report: wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können“, *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung*, 1: 1-83.

van der Steen, J. T., Smaling, H.J., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M.S., Scholten, R.J., Vink, A.C. 2017, "Music-based therapeutic interventions for people with dementia", *John Wiley & Sons*, 5 (7):1-120.

van der Vleuten, M., Visser, A., Meeuwesen, L. 2012, "The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia", *Patient Education & Counseling*, 89(3): 484-488.

Vink, A. C., Zuidersma, M., Boerma, F., De Jonge, P., Zuidema, S.U., Slaets, J.P.J. 2013, "The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: A randomised controlled trial", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10): 1031-1038.

Wang, S. C., Yu, C.L., Chang, S.H. 2015, "Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study", *Aging and Mental Health*, 21(2): 156-162.

Werner, J., Wosch, T., Gold, C. 2015, "Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial", *Aging and Mental Health*, 21(2): 147-155.

WHO, 2018, *ICD-Code*, http://www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html, (23.11.2018).

8. Anhang

8.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Datenbanksuche	13
Tabelle 2 Charakteristika der einzelnen Studien.....	18

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Literaturoauswahl nach dem Prisma-Statement	15
--	----

8.3. Bewertung der analysierten Studien

The contribution of intimate live music performances to the quality of life for persons with dementia

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhaltet Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse, die Schlussfolgerung und eine kurze Praxisempfehlung. Es fehlen jedoch der Hintergrund und die Empfehlung für die Forschung.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und das Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Die Forschungsfrage wird am Ende beschrieben. Der Hintergrund bezieht sich auf die Musik und welche Auswirkungen sie auf dementiell erkrankte PflegeheimbewohnerInnen hat, aber die Demenz ist nicht beschrieben.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Durchführung der Intervention, PartizipantInnen, Ein- und	Good 4

Ausschlusskriterien, Messinstrument, Datensammlung und Analyse gegliedert.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammelungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Der informed consent für die Durchführung wurde von allen Institutionen gegeben. Das Einverständnis wurde von den TeilnehmerInnen, Angehörigen und Pflegepersonen eingeholt..	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis bezüglich Implementierung und Verbesserung für Betroffene und Pflegende sind gegeben. Auch Empfehlungen für die Forschung sind beschrieben.	Good 4
Total:	33 (91%)

The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhaltet Population, Setting und die wichtigsten Keywords. Jedoch fehlt das Design. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Ziel, Hintergrund, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse, die Schlussfolgerung und eine kurze Praxisempfehlung. Es fehlt jedoch die Empfehlung für die Forschung.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und das Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Auch der Hintergrund sowohl über die Demenz als auch über die Musiktherapie ist detailliert beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil enthält das Design, die Durchführung der Intervention, die PartizipantInnen, die Ein- und Ausschlusskriterien, das Messinstrument, die Datensammlung und die Analyse.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die	Good 4

Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensamlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Der informed consent für die Durchführung wurde gegeben. Das Einverständnis wurde von den TeilnehmerInnen, Angehörigen und Pflegepersonen eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind in Textform, Tabellenform und Diagrammen wiedergegeben. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis bezüglich Implementierung und Verbesserung für Betroffene und Pflegende sind gegeben. Auch Empfehlungen für die Forschung sind beschrieben.	Good 4
Total:	34 (94%)

Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhaltet die Population, das Setting, und die wichtigsten Keywords. Es fehlt das Design. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse, jedoch fehlen der Hintergrund und die Empfehlungen für die Forschung und Praxis.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und das Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Die Forschungsfrage fehlt, lässt sich jedoch vom Ziel ableiten. Der Hintergrund ist ausführlich beschrieben und bezieht sich auf viele andere Studien.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Durchführung der Intervention, PartizipantInnen, Ein- und Ausschlusskriterien, Messinstrumente, Ethisches Einverständnis, Datensammlung und Analyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammelungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich beschrieben.	Good 4

6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Der informed consent für die Durchführung wurde von allen Institutionen gegeben. Das Einverständnis wurde von den TeilnehmerInnen, Angehörigen und Pflegepersonen eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind in Textform, Tabellenform und Diagrammen angegeben. Sie sind klar und detailliert beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis und Empfehlungen für die Forschung sind beschrieben.	Good 4
Total:	34 (94%)

A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing home

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhalten Population, Setting und die wichtigsten Keywords. Es fehlt das Design. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Ziel, Hintergrund, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse, die Schlussfolgerung und eine kurze Praxisempfehlung. Es fehlt jedoch die Empfehlung für die Forschung.	Fair 3

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und das Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Der Hintergrund beschreibt das Symptom Angst und auch die verschiedenen Möglichkeiten, Angst zu reduzieren. Die Demenz wird sehr wenig dargestellt. Man bezieht sich auch auf viele verschiedene Studien.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Sampling und Setting, Durchführung, PartizipantInnen, Messinstrument, Datensammlung und Analyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind nur erwähnt, aber nicht ausführlich beschrieben.	Poor 2
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es ist nur kurz erwähnt, dass bloß PartizipantInnen teilnahmen, die den informed consent gaben, aber nicht woher das ethische Einverständnis kam.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Sie sind in Unterüberschriften gegliedert und klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es sind Vorschläge für Praxis und Forschung gegeben.	Good 4
Total:	30 (83%)

The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhaltet Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Die Empfehlungen für die Forschung und die Praxis sind nicht beschrieben.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und das Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Der Hintergrund gut beschrieben, jedoch fehlt noch ein bisschen Information über die Demenz.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Sample, Ein- und Ausschlusskriterien, Intervention, Messinstrumente und Analyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	

Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensamlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind sehr kurz aber verständlich beschrieben.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Der informed consent wurde von den Familienmitgliedern gegeben. Das ethische Einverständnis wurde von der University Medical Centre Groningen gegeben.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind in Text- als auch Tabellenform angegeben. Und auch Diagramme wurden zum besseren Verständnis verwendet. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis und Empfehlungen für die Forschung sind mit eigener Unterüberschrift ausführlich beschrieben.	Good 4
Total:	32 (89%)

Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhalten Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Empfehlungen für Praxis und Forschung sind nicht angegeben.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Sowohl Demenz als auch Musiktherapie sind im Hintergrund gut beschrieben.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Durchführung der Intervention, Partizipanten, Ein- und Ausschlusskriterien, Messinstrument, Datensammlung und Analyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the	

relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Das ethische Einverständnis wird nirgends beschrieben. Es ist lediglich erwähnt, dass das Krankenhaus Daten bereitgestellt hat.	Very Poor 1
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis sind gut beschrieben. Empfehlungen für die Forschung sind nur kurz erwähnt.	Fair 3
Total:	30 (83%)

A Randomized Controlled Trial Exploring the Effect of Music on Quality of Life and Depression in Older People with Dementia

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhaltet Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist schlecht gegliedert, da er keine Unterüberschriften hat. Er enthält Ziel, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Empfehlungen für Praxis und Forschungen fehlen. Das Design wird nicht beschrieben, es steht jedoch schon im Titel.	Poor 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	

Die Forschungslücke und Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Die zwei Forschungsfragen werden am Ende beschrieben. Der Hintergrund ist ausführlich aufgezeigt.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Setting, Sample, Intervention, Datensammlung und Datenanalyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Das ethische Einverständnis ist gegeben.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis sind kurz erwähnt. Empfehlungen für die Forschung fehlen, sind jedoch indirekt beschrieben.	Poor 2
Total:	30 (83%)

The Effects of Researcher-Composed Music at Mealtime on Agitation in Nursing Home Residents With Dementia

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhalten Population, Setting und die wichtigsten Keywords. Das Design ist nicht beschrieben. Der Abstract ist schlecht gegliedert, da es keine Unterüberschriften gibt. Er enthält Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Empfehlungen für die Praxis und Forschung sind nicht angegeben.	Poor 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und Ziel der Arbeit sind ausführlich dargestellt. Im Hintergrund wird die Alzheimerdemenz, aber nicht die Demenz allgemein beschrieben.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Sample, Setting, Intervention, Messinstrumente, Design, Durchführung und Analyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4

5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Der informed consent für die Durchführung wurde von allen Institutionen und Familienmitgliedern gegeben.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Textform als Tabellenform angegeben. Zusätzlich gibt es auch noch ein Diagramm. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es werden sowohl Vorschläge für die Praxis als auch für die Forschung gegeben.	Good 4
Total:	32 (89%)

Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhalten Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Hintergrund, Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten	Fair 3

Ergebnisse, die Schlussfolgerung und eine kurze Forschungsempfehlung. Es fehlt jedoch die Empfehlung für die Forschung.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und Ziel der Arbeit ist ausführlich dargestellt. Der Hintergrund behandelt die Demenz und die Musiktherapie.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Partizipanten, Setting, Intervention, Datensammlung und Analyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammelungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich und sehr ausführlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Der informed consent war gegeben.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Zur besseren Verständnis wurden auch noch Diagramme verwendet. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis und die Forschung sind in eigenen Absätzen sehr gut beschrieben.	Good 4
Total:	34 (94%)

Cognitive stimulation and music intervention for people with dementia in nursing homes: A pilot study, problems and perspectives. [German]

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhalten Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Hintergrund, Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse, die Schlussfolgerung und eine Forschungs- und Praxisempfehlung.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und Ziel der Arbeit sind kurz beschrieben. Der Hintergrund bezieht sich auf nicht-pharmakologische Ansätze zur Therapie von Demenz aber nicht allgemein zur Demenz.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Untersuchungsmethode, Messinstrument, Interventionsprogramme, statistische Auswertung und Stichprobenbeschreibung gegliedert.	Good 4

4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Bewohner bzw. ihre gesetzlichen Vertreter oder gewillkürten Vertreter wurden in einem Aufklärungsgespräch über das Projekt informiert. Ein positives Votum der Ethik-Kommission liegt vor.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis und Forschung sind gegeben.	Good 4
Total:	34 (94%)

The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhalten Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Hintergrund, Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Es fehlt die Empfehlung für Forschung und Praxis.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und Ziel der Arbeit sind gut beschrieben. Der Hintergrund enthält das nötigste.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Untersuchungsmethode, Messinstrument, Interventionsprogramme, statistische Auswertung und Stichprobenbeschreibung gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensamlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind kurz und verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the	

relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Das ethisches Einverständnis wurde zu Beginn eingeholt.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis und Forschung sind gegeben.	Good 4
Total:	33 (92%)

Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beinhalten Population, Setting, Design und die wichtigsten Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Er enthält Hintergrund, Ziel, Design, Setting, Methode, die wichtigsten Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Es fehlt die Empfehlung für Forschung und Praxis.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Forschungslücke und Ziel der Arbeit sind gut beschrieben. Der Hintergrund befasst sich mit Depression bei Demenzerkrankten und Musiktherapie aber nicht mit Demenz allgemein.	Fair 3

3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist gut mit Unterüberschriften in Design, Partizipanten, Intervention, Setting und Analyse gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist für die Beantwortung der Forschungsfrage gut gewählt. Der Rekrutierungsprozess, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Stichprobengröße sind beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Datensammlungsprozess und der Datenanalyseprozess sind kurz und verständlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Der informed consent wurde von allen Partizipanten eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind sowohl in Text- als auch Tabellenform angegeben. Zum besseren Verständnis wurden auch Diagramme verwendet. Sie sind klar beschrieben und beantworten die Forschungsfrage.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da die Stichprobe klein ausfällt, ist keine Übertragbarkeit auf größere Populationen möglich, die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Vorschläge für die Praxis und Forschung sind gegeben.	Good 4
Total:	33 (92%)