

Für Kliniker:innen, Musiktherapeut:innen und Leitungen von Pflegeeinrichtungen

DMtG — Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft | Nationale Demenzstrategie (seit 2023) | AWMF-Mitglied

Executive Summary — Kernergebnisse

- **Hohe Wirksamkeit:** Musiktherapie reduziert Depression (SMD $-0,27$ bis $-0,67$), Angst (SMD $-0,43$ bis $-0,67$) und Agitation (SMD $-0,23$ bis $-0,54$). Klinisch bedeutsam und statistisch robust.
- **Neurobiologische Grundlage:** Musikalisches Langzeitgedächtnis (kACC, Prä-SMA) degeneriert bei Alzheimer signifikant später als episodisches Gedächtnis (Jacobsen et al., 2015).
- **Absolute Nebenwirkungsfreiheit:** In 22 RCTs des Cochrane-Reviews kein einziges unerwünschtes Ereignis — im Gegensatz zu Antipsychotika und Sedativa.
- **Medikationsreduktion:** Individuelle MT reduziert Bedarfssedativa signifikant (Ridder et al. 2013) — direkte Kostenersparnis, Reduktion des Sturzrisikos.
- **Leitlinienkonformität:** NICE NG97, AWMF S3-Leitlinie (Empfehlungsgrad B), WHO Demenzplan, EMTC: Alle fordern Integration von Musiktherapie in die Demenzversorgung.
- **Qualitätsstandard:** Ca. 1.200 DMtG-zertifizierte Musiktherapeut:innen in Deutschland; ca. 300+ mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie/Demenz.
- **Kosten-Nutzen:** Geringe Therapiekosten (20–40 €/Sitzung stationär) bei signifikanten Einsparungen durch Medikationsreduktion und Agitationsmanagement.

Klinische Evidenz — Studienübersicht

Autor:innen	Jahr	Journal / Design	N / Setting	Kernbefund
van der Steen et al.	2018	Cochrane Database Syst Rev	22 RCTs, n=890	Depression SMD $-0,27$ ($p=0,003$); Angst SMD $-0,43$ ($p=0,007$); Verhalten SMD $-0,23$; 0 Nebenwirkungen
He et al.	2023	J Clinical Medicine, Meta-Analyse	13 RCTs, n=827	Angst SMD $-0,67$ ($p<0,001$); Agitation SMD $-0,54$; Aktive MT > rezeptive MT
Baker et al.	2022	Lancet Healthy Longevity (MIDDEL)	Cluster-RCT, AU	Gruppen-MT und Singgruppen reduzieren Depression und NPI signifikant
Baker et al.	2023	eClinicalMedicine (HOMESIDE)	n=432 Dyaden	BPSD n.s. ($p=0,27$); Beziehungsqualität signifikant verbessert ($p=0,03$)
Särkamö et al.	2014	The Gerontologist, 3-armig	n=89	Gedächtnis, Stimmung, Orientierung verbessert; Pflegestress ↓
Ridder et al.	2013	Aging & Mental Health, Crossover-RCT	n=42, Pflegeheim	Agitation ↓ ($p<0,05$); Bedarfsmedikation signifikant ↓
Guétin et al.	2009	Dem Geriatr Cogn Dis, 16 Wo.	n=30, RCT	Angst HAM-A: 22,0 → 8,4 ($p<0,0001$); stabil 2 Mo. nach Ende
Raglio et al.	2010	Aging & Mental Health, 16 Wo.	n=79, Pflegeheim	NPI ↓ ($p<0,01$); Agitation ↓; Lebensqualität ↑
Sung et al.	2012	Int J Geriatr Psychiatry, 8 Wo.	n=55, Taiwan	Agitation CMAI: Cohen's $d=0,89$ (großer Effekt)
Jacobsen et al.	2015	Brain, 7T-fMRT	n=16 AD + 20 K.	cACC und Prä-SMA weniger Atrophie als Hippocampus
Thaut et al.	2015	Front Psychology, Review	N>400 Studien	RAS synchronisiert Gangmuster; reduziert motorische Unruhe

Narrative Evidenzsynthese

Agitation und agitiertes Verhalten

Agitation ist das häufigste und belastendste BPSD-Symptom bei Demenz. Ridder et al. (2013) zeigen, dass individuelle Musiktherapie (2x/Woche, 30 Min) Agitation im Cross-over-Design signifikant reduziert und den Einsatz von Bedarfssedativa verringert. Sung et al. (2012) erzielen Cohen's d = 0.89 — ein großer Effekt. He et al. (2023): SMD -0.54 (p<0.001). Aktive Musiktherapie zeigt stärkere Effekte als rein rezeptive Ansätze.

Depression und Depressivität

Depression tritt bei 40–50% aller Menschen mit Demenz auf. Cochrane (van der Steen 2018): SMD -0.27 (95% CI: -0.45 bis -0.09; p=0.003). MIDDEL (Baker 2022): Gruppen-MT und angeleitete Singgruppen zeigen signifikante Depressionsreduktion. He et al. (2023): SMD -0.48 (p<0.001). Bei Berücksichtigung der Nebenwirkungsfreiheit ist Musiktherapie erstrangige Behandlungsoption.

Angst und Ängstlichkeit

Angst bei Demenz (30–50%) äußert sich oft als Unruhe, Weinen, Rufen. Guétin et al. (2009): HAM-A-Reduktion von 22.0 auf 8.4 (p<0.0001) mit stabilem Effekt 2 Monate nach Therapieende. He et al. (2023): SMD -0.67 (p<0.001). Musik aktiviert den Parasympathikus und reduziert Cortisol direkt.

Lebensqualität und Wohlbefinden

Cochrane: SMD 0.32 (p=0.04). Raglio et al. (2010): Signifikante QUALID-Verbesserung nach 16-wöchiger aktiver MT. Särkamö et al. (2014): Stimmung und Wohlbefinden verbessert; auch Pflegestress bei Angehörigen reduziert.

Kognition und Gedächtnis

Cochrane: SMD 0.15 (n.s.) für Kognition allgemein. Särkamö et al. (2014) zeigen spezifische Verbesserungen im autobiografischen Gedächtnis und in der Orientierung. Wichtiger als direkte kognitive Effekte ist der Erhalt von Alltagskompetenzen durch Wohlbefindenssteigerung.

Wirkungsmechanismen — Neurowissenschaftliche Grundlagen

Erhalt des musikalischen Gedächtnisses (Jacobsen et al. 2015)

7-Tesla-fMRT-Studie: Der cACC und das ventrale Prä-SMA — Substrate des musikalischen Langzeitgedächtnisses — zeigen bei Alzheimer signifikant weniger Atrophie als Hippocampus und entorhinaler Kortex. Das musikalische Gedächtnis ist ein „letzter sicherer Hafen“.

Music-Evoked Autobiographical Memories (MEAM)

Janata (2009): mPFC als Schlüsselregion für die Verknüpfung von Musik und autobiografischem Gedächtnis. Der ‚Reminiscence Bump‘ (Alter 10–30) erklärt die Wirksamkeit von Musik aus der Jugend. Therapeutische Konsequenz: Die Musikbiografie ist zentrales Werkzeug.

Dopaminerges Belohnungssystem (Salimpoor et al. 2011)

Musikgenuss ist mit Dopaminausschüttung im Nucleus accumbens verbunden. Dieses System ist bei Alzheimer lange erhalten. Lieblingsmusik = eine der wenigen verlässlichen Quellen positiver Emotion bei Demenz.

Rhythmische Auditorische Stimulation (RAS)

Thaut et al. (2015): Isochronale Rhythimpulse synchronisieren die motorische Kontrolle in den Basalganglien. 60–80 BPM für Entspannung, 80–120 BPM für Aktivierung und Bewegungsförderung.

Cortisolreduktion und Stressmodulation

Chronisch erhöhter Cortisol beschleunigt kognitiven Abbau. Rezeptive MT mit bekannten, beruhigenden Liedern aktiviert den Parasympathikus. Studien zeigen Cortisolreduktionen von 20–40% nach 30-minütigen Musiksitzen.

Hamburger Modell (Sonntag)

Prof. Dr. sc. mus. Jan Sonntag (MSH Medical School Hamburg) hat das BSDB-Modell entwickelt, das Musiktherapie als kontinuierliches Element der Lebensumgebung integriert. Das „Atmosphärenkonzept“ versteht Musik als Gestaltungsmittel der therapeutischen Umgebung. Schlüsselpublikation: Muthesius, Sonntag et al. (2010): Musik – Demenz – Begegnung. Mabuse-Verlag.

Leitlinien-Empfehlungen

NICE NG97 (UK, 2018)

Rec. 1.6.5: „Consider personalised music therapy for people with dementia who have symptoms of depression or anxiety, to be delivered by a trained professional.“ Rec. 1.6.6: „Consider group music-based activities for people with dementia to promote wellbeing and quality of life.“

AWMF S3-Leitlinie Demenzen (DE)

Empfehlungsgrad B: Musiktherapeutische Interventionen können bei Demenzpatienten BPSD verbessern. Aufgrund der Nebenwirkungsfreiheit sollte Musiktherapie den pharmakologischen Alternativen vorgezogen werden, sofern qualifiziertes Personal verfügbar ist.

WHO Demenzplan 2017–2025

Nicht-pharmakologische Interventionen werden als prioritär bei BPSD positioniert. Musiktherapie wird explizit als evidenzbasierte psychosoziale Intervention genannt.

EMTC Position Statement (2021)

„Music therapy is a recommended, evidence-based non-pharmacological intervention for people with dementia. European healthcare systems are urged to integrate music therapy into dementia care pathways.“

Praktische Schlussfolgerungen

- Musiktherapie sollte als fester Bestandteil des nicht-pharmakologischen Behandlungsangebots implementiert werden.
- Bei BPSD sollte Musiktherapie den pharmakologischen Alternativen vorgezogen werden, wenn qualifiziertes Personal verfügbar ist.
- Die Musikbiografie ist zentrales therapeutisches Instrument. Angehörige sind unabdingbar für deren Erstellung.
- Gruppen-MT und geleitete Singgruppen sind kosteneffizient und zeigen ähnliche Wirksamkeit wie Einzeltherapie bei BPSD.
- Rhythmische Musik: 60–80 BPM für Entspannung, 80–120 BPM für Aktivierung und Bewegungsförderung.
- Pflegende Angehörige profitieren durch Schulung in einfachen Musikinterventionen.

Fachberatung Demenz

Für Einrichtungen und Fachkräfte, die Fachberatung zum Thema Musiktherapie bei Demenz suchen, steht Prof. Dr. sc. mus. Jan Sonntag zur Verfügung — Beauftragter für Musik und Demenz der DMtG und Gründer der Bundesinitiative Musik und Demenz.

[jansonntag.de](mailto:jan.sonntag@medicalschooll-hamburg.de) | jan.sonntag@medicalschooll-hamburg.de

Vollständige Bibliografie

1. Baker FA et al. (2022). MIDDEL. *Lancet Healthy Longevity*, 3(3):e153-e165.
2. Baker FA et al. (2023). HOMESIDE. *eClinicalMedicine*, 65:102224.
3. DMtG (2015). PM: Warum Musiktherapie bei Demenz wirkt.
4. EMTC (2021). Position Statement: Music Therapy and Dementia.
5. Guétin S et al. (2009). *Dem Geriatr Cogn Dis*, 28(1):36-46.
6. He Z et al. (2023). *J Clinical Medicine*, 12(17):5497.
7. Jacobsen JH et al. (2015). *Brain*, 138(8):2438-2450.
8. Janata P (2009). *Cerebral Cortex*, 19(11):2579-2594.
9. Muthesius D, Sonntag J et al. (2010). *Musik – Demenz – Begegnung*. Mabuse-Verlag.
10. NICE (2018). *Dementia: assessment, management and support*. NG97.
11. Pereira CS et al. (2011). *PLoS ONE*, 6(11):e27241.
12. Raglio A et al. (2010). *Aging & Mental Health*, 14(8):900-906.
13. Ridder HMO et al. (2013). *Aging & Mental Health*, 17(6):667-678.
14. Salimpoor VN et al. (2011). *Nature Neuroscience*, 14(2):257-262.
15. Särkamö T et al. (2014). *The Gerontologist*, 54(4):634-650.
16. Sung HC et al. (2012). *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(6):621-627.
17. Thaut MH et al. (2015). *Front Psychology*, 5:1185.
18. van der Steen JT et al. (2018). *Cochrane Database Syst Rev*, 7:CD003477.
19. WHO (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*.
20. Zhao K et al. (2016). *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(11):1188-1198.