

Masterarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie
der Zürcher Hochschule der Künste

Evaluation der Rolle von Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz

Verfasser: Andreas Huber

Matrikel-Nr.: 12-731-154

Betreuerin/Betreuer: Dr. med. Annkathrin Poepel

Zweitgutachterin: Beate Roelcke

Abgabedatum: 22.05.2023

Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei allen Personen herzlich bedanken, die zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben. Ein ganz besonderer Dank gilt Frau Dr. Annkathrin Popel, durch welche ich mich stets gut aufgehoben und betreut gefühlt habe. Ihre interessanten Inputs haben meine Studie bereichert.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Institutionen, die durch ihre Teilnahme an der Befragung eine derart grosse Stichprobe erst ermöglicht haben. Auch an alle Musiktherapeuten, die an der Befragung teilgenommen haben, möchte ich einen grossen Dank aussprechen.

Schliesslich möchte ich mich auch bei meiner Familie, Freunden und Studienkolleginnen und -kollegen für ihre motivierenden Worte und auch ihre tatkräftige Unterstützung bedanken. Insbesondere bei Nina Keller, meiner Schwester Nicole Huber und meiner Mutter Beatrice Huber möchte ich mich für ihre grosse Hilfe bedanken.

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

Zusammenfassung

Ausgangslage: Mehr als 66'000 Patienten werden jährlich in psychiatrischen Kliniken der Schweiz hospitalisiert und sollten ein vielseitiges und qualitativ hochstehendes Behandlungsangebot erhalten, welches aktuell noch häufig ohne Musiktherapie auskommt.

Ziele: Diese Befragung hatte zum Ziel den Stellenwert der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz, sowie die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten, die in diesem Setting arbeiten, zu erheben.

Methoden: Für die Befragung wurden Online-Fragebogen erstellt und an deutschsprachige psychiatrische Kliniken, sowie an Musiktherapeuten in der Schweiz versendet.

Ergebnisse: 377 Mitarbeitende (repräsentative Stichprobe) aus 15 psychiatrischen Kliniken, sowie 22 Musiktherapeuten nahmen an der Befragung teil. Es zeigte sich eine hohe Wertschätzung der Musiktherapie, sowie eine eher hohe Arbeitszufriedenheit und eine geringe Lohn-Zufriedenheit bei den Musiktherapeuten.

Schlussfolgerungen: Diese Daten wurden erstmalig in der Schweiz erhoben und sollen zum Anstoss vergleichbarer Untersuchungen führen und die Diskussion zu übergreifenden berufspolitischen Themen anregen. In der vorliegenden Arbeit wurden Ziele und Massnahmen definiert, die in Zukunft angegangen werden müssen.

Keywords: Musiktherapie, Psychiatrie, Befragung, Arbeitszufriedenheit, Stellenwert

Abstract

Background: More than 66'000 patients stay in psychiatric clinics in Switzerland every year and should receive a versatile and high-quality treatment offer, which currently still often does without music therapy.

Objectives: This survey aimed to assess the status of music therapy in psychiatric hospitals in German-speaking part of Switzerland, as well as the working conditions and job satisfaction of music therapists working in this setting.

Methods: Online questionnaires were created and sent to German-speaking psychiatric clinics, as well as to music therapists in Switzerland.

Results: 377 employees (representative sample) from 15 psychiatric clinics and 22 music therapists participated in the survey. A high appreciation of music therapy was found, as well as a rather high job satisfaction and a low salary satisfaction among the music therapists.

Conclusions: These data were collected for the first time in Switzerland and may lead to the initiation of comparable studies and stimulate discussion on overarching professional policy issues. The present work defined goals and measures that need to be addressed in the future.

Keywords: music therapy, psychiatry, survey, job satisfaction, relevance

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	I
Zusammenfassung	II
Abstract.....	III
Motivation für diese Arbeit	1
1. Ausgangslage	3
2. Theoretischer Hintergrund	5
2.1. Definition der Musiktherapie	5
2.2. Musiktherapeutische Ziele	6
2.3. Indikationen und Störungsbilder.....	7
2.4. Musiktherapie im Behandlungsangebot psychiatrischer Kliniken	7
2.5. Musiktherapie als Behandlungsempfehlung bei psychischen Erkrankungen..	10
2.6. Befragungen zur musiktherapeutischen Arbeit in nicht-psychiatrischen Arbeitsfeldern	12
2.6.1. Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten	13
2.6.2. Stellenwert der Musiktherapie.....	14
2.6.3. Risikofaktoren für Burnout-Erkrankungen bei Musiktherapeuten.....	15
2.6.4. Musiktherapeutisches Profil	17
2.7. Befragungen zur musiktherapeutischen Arbeit in psychiatrischen Arbeitsfeldern	18
2.7.1. Stellenwert der Musiktherapie.....	18
2.7.2. Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten....	19
2.8. Zusammenfassung der bisherigen Befundlage und Nutzen dieser Arbeit	20
2.9. Forschungsfragen und Hypothesen.....	21
3. Methoden.....	25
3.1. Stichprobe	25
3.2. Arbeitszufriedenheit.....	28
3.3. Fragebogen.....	29
3.4. Datenauswertung	35
3.5. Zeitplanung	36
4. Ergebnisse	37
4.1. Teilnahme der Institutionen	37
4.2. Stichprobe	37
4.2.1. Musiktherapeuten	37
4.2.2. Mitarbeitende.....	39
4.3. Messung der Arbeitszufriedenheit	40

4.3.1.	Faktorenanalyse zur Arbeitszufriedenheit	40
4.3.2.	Reliabilität der Arbeitszufriedenheit	40
4.4.	Überprüfung der Forschungsfragen	41
4.4.1.	Forschungsfrage 1 – Stellenwert	41
4.4.2.	Forschungsfrage 2 – Indikationen für die Musiktherapie.....	42
4.4.3.	Forschungsfrage 3 – Kompetenzeinschätzungen der Mitarbeitenden.....	50
4.4.4.	Forschungsfrage 4 – Moderatorvariablen bei der Einschätzung des Stellenwerts	54
4.4.5.	Forschungsfrage 5 – Arbeitszufriedenheit.....	55
4.4.6.	Forschungsfrage 6 – Kompetenzeinschätzungen der Musiktherapeuten .	56
4.4.7.	Forschungsfrage 7 – Explorative Datenanalyse	57
4.4.8.	Forschungsfrage 8 – Arbeitszufriedenheit und Erschöpfung	63
4.4.9.	Forschungsfrage 9 – Musiktherapeutisches Profil.....	68
5.	Diskussion	73
5.1.	Stellenwert der Musiktherapie	74
5.2.	Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen	76
5.3.	Musiktherapeutisches Profil	79
5.4.	Chancen und Hindernisse für die Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken	80
5.5.	Empfohlene Ziele und Massnahmen.....	84
5.6.	Limitationen.....	85
5.7.	Schlussfolgerungen	87
6.	Persönliche Gedanken des Autors.....	89
7.	Literatur.....	93
	Abbildungsverzeichnis	97
	Tabellenverzeichnis	98
	Appendix	99
Appendix A – Fragebogen Musiktherapeuten		99
Appendix B – Fragebogen für Mitarbeitende MIT Musiktherapie.....		107
Appendix C – Fragebogen für Mitarbeitende OHNE Musiktherapie		111
Appendix D – Deskriptive Darstellung aller Fragebogen-Daten der Musiktherapeuten		115
Appendix E – Standardtext für die Anfrage der Kliniken und der Musiktherapeuten		121
Appendix F – Institutionen		124
	Selbständigkeitserklärung.....	125

Motivation für diese Arbeit

Als Autor dieser Arbeit möchte ich gerne einige Gedanken im Voraus mit der Leserschaft teilen. Im Grunde ging ich in einer Dreifach-Rolle in dieses Projekt hinein.

Als Musiktherapeut hatte ich in der Vergangenheit bereits einmal vergebens versucht, eine musiktherapeutische Stelle in einer grösseren psychiatrischen Klinik im Kanton Zürich neu zu etablieren. Es gelang mir nicht, die zuständigen Personen jener Klinik davon zu überzeugen, dass die Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken einen essenziellen Bestandteil des Behandlungsprogramms bilden kann. Das warf bei mir die Frage auf, wie es sein kann, dass eine Disziplin im Behandlungsplan einiger psychiatrischer Kliniken vertreten ist und in anderen nicht, obwohl die Klientel und der Auftrag in allen Kliniken gleich sind. In meiner eigenen Berufserfahrung habe ich bislang in drei psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz als Musiktherapeut gearbeitet und durfte dort feststellen, dass die Musiktherapie sehr geschätzt wird. Ich wollte mir nun Gewissheit darüber verschaffen, wie die Musiktherapie übergreifend von den Mitarbeitenden in möglichst allen psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz wahrgenommen und bewertet wird. Dadurch erhoffte ich mir, entweder eine Erklärung für die kritische Haltung der am Anfang genannten Klinik gegenüber der Musiktherapie zu erhalten, oder aber Pro-Argumente zu finden, die bei zukünftigen Versuchen eines Stellenaufbaus überzeugen könnten.

Als Psychologin habe ich 2016 und 2019 im Rahmen meines Masterstudiums jeweils ein längeres Praktikum in einer psychiatrischen Klinik in Zürich gemacht. Ich habe bei meinem ersten Praktikum 2016 zum ersten Mal von der Musiktherapie gehört. Als Hobby-musiker wollte ich dort unbedingt hospitieren und war fasziniert von dieser völlig neuen Welt, die sich mir eröffnete. Rückblickend widerspiegelt dieses Erlebnis sowohl positive als auch negative Aspekte. Einerseits bin ich als Psychologin ein Beispiel dafür, dass sich andere Disziplinen mit der Musiktherapie auseinandersetzen wollen und ein grosses Interesse dafür entwickeln können. Andererseits zeigt dieses Beispiel auch auf, dass die Musiktherapie in meinem Psychologie-Studium an der Universität Zürich nie thematisiert wurde und ich entsprechend gar nichts darüber wusste. An den interdisziplinären Rapporten musste ich zudem feststellen, dass die Musiktherapie – ebenso wie die anderen Fachtherapien – nur wenig Zeit für Rückmeldungen erhielt. Das blieb mir sehr stark in

Erinnerung, da selbst ich als Psychologie-Praktikant deutlich mehr Raum einnehmen konnte als die anwesenden Fachtherapeuten. Ich hatte sogar den Eindruck, dass meinen Rückmeldungen zu den Patienten mehr Gehör geschenkt wurde als jenen der Fachtherapeuten. Mich interessierte daher, ob die Musiktherapie tatsächlich als nicht so wichtig betrachtet wird und wie unter anderem Psychotherapeuten in psychiatrischen Kliniken die Musiktherapie einschätzen.

Dass ich auf die Idee einer grossangelegten Erhebung von Mitarbeitenden und Musiktherapeuten gekommen bin liegt mitunter daran, dass ich seit gut fünf Jahren in der Forschung an der Universität Zürich arbeite. Das Wissen zu testtheoretischen Überlegungen bei der Verwendung von Fragebogen und zu den notwendigen statistischen Auswertungsmethoden, sowie die benötigten Fähigkeiten im Projektmanagement hatte ich mir also bereits vor der Arbeit angeeignet. Als Forscher war es für mich essenziell mit einer objektiven Arbeitshaltung an diese Erhebung heranzugehen und meine persönlichen Bezüge aussen vorzulassen.

Um meinem Anspruch an eine wissenschaftliche Arbeit zu genügen, werde ich in den folgenden Hauptkapiteln (Ausgangslage, Theoretischer Hintergrund, Methoden, Ergebnisse und Diskussion) keinen Bezug zu meiner persönlichen Meinung oder Haltung machen. Ein persönlicher Kommentar von mir zu den Ergebnissen findet sich deshalb in einem separaten Kapitel 6 «Stellungnahme des Autors zu den Ergebnissen».

1. Ausgangslage

Laut aktuellen Zahlen des Bundesamtes für Statistik¹ wurden im Jahr 2021 etwa 67'911 Menschen in psychiatrischen Kliniken der Schweiz hospitalisiert. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist dabei sehr ausgewogen (32'950 Männer; 34'961 Frauen). Die Aufenthaltsdauer von Patienten in psychiatrischen Kliniken ist im Schnitt fünf Mal länger als in somatischen Spitälern. Psychiatrische Kliniken sind somit ein Ort, an dem jährlich zahlreiche Personen längere Aufenthalte erleben, und wo die verschiedensten klinischen Diagnosen vertreten sind. Institutionen mit einer derart hohen Anzahl von Behandlungsfällen sind verpflichtet, ein zeitgemässes und individuell abgestimmtes Therapieprogramm zu erbringen. Die Schweiz verfügt über 50 psychiatrische Kliniken mit insgesamt 6'422 Betten und eine grosse Zahl von zusätzlichen, ambulanten Angeboten, was einerseits die hohe Nachfrage widerspiegelt und andererseits für eine differenzierte, psychiatrische Versorgung mit unterschiedlich eng betreuten Angeboten spricht. Das Bundesamt für Gesundheit² schreibt, dass dennoch weiterhin Entwicklungsbedarf bestehe. Um die Angebotsstrukturen nachhaltig zu verbessern, setzt der Bund Massnahmen in vier verschiedenen Handlungsfeldern um. Eines davon ist die Verbesserung der Koordination der Angebote und die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen. Die Aufgabe des Bundes und der psychiatrischen Kliniken der Schweiz besteht also darin, verschiedene Therapieangebote zu überprüfen und allenfalls auch zu fördern.

Darüber, wie viele psychiatrischen Kliniken aktuell Musiktherapie im Behandlungsangebot anbieten, gibt es keine offiziellen Zahlen. Aus den jeweiligen Webseiten der verschiedenen psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz lässt sich schliessen, dass lediglich 24 von 38 stationären, psychiatrischen Kliniken musiktherapeutische Arbeitsstellen aufweisen. In rund einem Drittel der Kliniken gibt es also keine Musiktherapie. Es stellt sich also die Frage, weshalb diese Therapieform noch nicht vollständig im psychiatrischen Behandlungsangebot integriert ist.

¹ Bundesamt für Statistik: Patient/innen, Hospitalisierungen (Stand: 2021) <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html> [18.04.2023]

² Bundesamt für Gesundheit: Psychische Gesundheit und psychiatrische Versorgung (Stand: 17.02.2023) <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit.html#261941689> [18.04.2023]

Dieser Frage sollte in der vorliegenden Arbeit nachgegangen werden. Dabei sollte einerseits die Relevanz der Musiktherapie in der stationären psychiatrischen Behandlung beleuchtet und erhoben werden, um daraus Schlüsse für eine allfällige Förderung jener Disziplin im Behandlungsangebot von psychiatrischen Kliniken abzuleiten. Auch sollten Rückschlüsse darüber getroffen werden, wo die Musiktherapie noch Entwicklungsbedarf hat. Andererseits sollten die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz erfasst werden, um ein aktuelles Bild über die Berufslage dieser Disziplin zu erhalten. Für den Bund, für stationäre psychiatrische Kliniken in der Schweiz, sowie für den Berufsstand der Musiktherapie könnten die Ergebnisse dieser Arbeit also von Interesse sein.

2. Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden verschiedene, zentrale Begrifflichkeiten eingeführt und erklärt. Ausserdem soll ein möglichst umfassender Einblick in die vorhandene Forschungsliteratur zur Wirkung der Musiktherapie bei der Behandlung von Patienten mit psychiatrischen Störungen gegeben werden, sowie zu Studien, die durch vergleichbare Befragungen in anderen Ländern erhoben wurden, gegeben werden. Schliesslich werden die daraus abgeleiteten Forschungsfragen und Hypothesen dargestellt.

2.1. Definition der Musiktherapie

Es gibt zahlreiche Definitionen von Musiktherapie. In einer Befragung von 87 Musiktherapeuten in Kanada konnte Gross (2013) zeigen, dass ein Konsens bezüglich der dargelegten Definition von Musiktherapie herrscht. Dabei wurde folgende Definition dargelegt: «Der gekonnte Einsatz von Musik und musikalischen Elementen durch einen anerkannten Musiktherapeuten zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der geistigen, körperlichen, emotionalen und spirituellen Gesundheit. Musik hat nonverbale, kreative, strukturelle und emotionale Qualitäten. Diese werden in der therapeutischen Beziehung genutzt, um Kontakt, Interaktion, Selbsterkenntnis, Lernen, Selbstaussdruck, Kommunikation und persönliche Entwicklung zu fördern» (Gross, 2013, S. 80). Die vorliegende Arbeit orientiert sich zudem an der Definition des Schweizerischen Fachverbands für Musiktherapie (SFMT)³, welche inhaltlich nahe an der von Gross berichteten Definition steht. Der SFMT definiert Musiktherapie wie folgt: «Musiktherapie ist ein eigenständiges psychodynamisch orientiertes Behandlungsverfahren, bei dem Musik im therapeutischen Prozess zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit gezielt eingesetzt und diagnostisch genutzt wird. Als wissenschaftlich fundierte künstlerisch-kreative Therapieform setzt Musiktherapie das Medium Musik in allen Erscheinungsformen ein und unterstützt damit Wahrnehmung, Ausdruck, Kommunikation und Verhalten. Sie wird auf der Basis einer therapeutischen Beziehung sowie spezifischer Indikationsstellungen bei Menschen aller Altersgruppen in verschiedenen klinischen Praxisfeldern der Psychiatrie, Medizin, Heilpädagogik und Rehabilitation sowie in Randgebieten der Musikpädagogik und Musikanimation, der Prävention und Psychohygiene angewendet». In

³ Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT: Was ist Musiktherapie? (Stand: 2023) <https://musictherapy.ch/de/musiktherapie/was-ist-musiktherapie> [18.04.2023]

beiden Definitionen wird die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung, sowie der Fokus auf Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit beschrieben. Die Definition von Gross (2013) beleuchtet zudem den wichtigen Aspekt, dass Musiktherapie von ausgebildeten und gesetzlich anerkannten Musiktherapeuten durchgeführt wird. Der SFMT hebt seinerseits hervor, dass Musiktherapie ein evidenz-basiertes Therapieverfahren ist, welches sogar in der Diagnostik eingesetzt werden kann. Es fällt auf, dass «Psychiatrien» bei der Aufzählung möglicher Praxisfelder des SFMT als erstes genannt werden. Dies zeigt, welche Bedeutung der Fachverband der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen mittels Musiktherapie beimisst.

2.2. Musiktherapeutische Ziele

Der SFMT definiert auf der eigenen Webseite⁴ umfassende Ziele für die allgemeine musiktherapeutische Arbeit. Dabei wird als übergeordnetes Ziel musiktherapeutischer Behandlung die Verbesserung, Wiederherstellung und/oder Erhaltung der Gesundheit respektive der Lebensqualität des Menschen beschrieben. Die Musiktherapie folgt dabei einer systematischen Vorgehensweise, welche sich aus den Schritten einer prozessualen Diagnostik, dem Entwickeln und Adaptieren von Therapiezielen und einem daraus abgeleiteten Behandlungskonzept zusammensetzt. Dabei wird eine ressourcenorientierte Haltung vom SFMT betont. Als weitere Schlüsselbegriffe werden Autonomie, Selbstregulation, verbale und nonverbale Ausdrucks- und Kommunikationsförderung, Wahrnehmungsförderung, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung genannt. Ein wichtiges Ziel stellt der Transfer der im Rahmen der Therapie gemachten Erfahrungen in das Alltagsleben dar. Daher sind auch jeweils Reflexionsgespräche nach musikalischen Sequenzen Teil der Musiktherapie. Gross (2013) schlägt vor, dass die Ziele sowie die allgemeine Wahrnehmung der Musiktherapie und die Einsatzmöglichkeiten der Musiktherapie auch von anderen, Nicht-Musiktherapeuten beurteilt werden sollten, um auf diese Weise das Bewusstsein darüber zu stärken. Ausserdem könnte so überprüft werden, ob sich die Wahrnehmungen von Musiktherapeuten und Nicht-Musiktherapeuten decken, oder ob sich diese grundlegend unterscheiden.

⁴ Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT: Berufsbild (Stand: 2023)
<https://musictherapy.ch/de/musiktherapie/berufsbild> [18.04.2023]

2.3. Indikationen und Störungsbilder

In jüngerer Zeit haben zahlreiche Studien auf den Nutzen von Musiktherapie bei der Behandlung psychiatrischer Störungen hingewiesen (z.B. Carr et al., 2012; Gold et al., 2013; Grocke et al., 2014; Lu et al., 2013; Mohammadi, Minhas, Haidari, & Panah, 2012; Mössler, Chen, Haldal, & Gold, 2011; Solanki, Zafar, & Rastogi, 2013; Witusik & Pietras, 2019; Yang et al., 2012). Darunter befinden sich – insbesondere zur Behandlung von Schizophrenie und Depression – auch Cochrane Reviews (Gold et al., 2013; Maratos, Gold, Wang, & Crawford, 2008; Mössler et al., 2011). Diese Studien bestätigen, dass der Einsatz von Musiktherapie bei Schizophrenie und Depression evidenzbasierte Erfolge zeigt, was für das Ansehen der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken eine wichtige Rolle spielt (Pedersen, 2014). Die erwähnten Studien zeigen in erster Linie, dass die im Rahmen einer bestimmten psychiatrischen Diagnose festgestellten Symptome durch Musiktherapie verringert werden können.

2.4. Musiktherapie im Behandlungsangebot psychiatrischer Kliniken

Musiktherapie findet sich weltweit im Behandlungsangebot von zahlreichen psychiatrischen Kliniken. Odell-Miller (1999) kam zum Schluss, dass es nicht darum gehe, ob Musiktherapie in stationären, psychiatrischen Kliniken funktioniere, sondern darum, was deren Vorteile auch gegenüber anderer, ähnlicher Therapieansätze (z.B. andere Kunsttherapien) sind. Bislang gibt es jedoch keine veröffentlichten Studien, welche die Wirksamkeit der Musiktherapie mit der Wirksamkeit anderer kunsttherapeutischer Therapien verglichen haben. Daher wird im Folgenden versucht, die Stärken der Musiktherapie anhand von Forschungsergebnissen zu identifizieren und darzustellen.

Musik als Therapie-Medium

Da in der Musiktherapie ein besonderes Augenmerk auf Methoden wie der freien Improvisation, dem Ausdrücken von Emotionen und Körperzuständen und im symbolischen Gebrauch von Instrumenten liegt, sind musikalische Vorkenntnisse auf Seiten der Patienten nicht von Bedeutung. Es wird davon ausgegangen, dass stattdessen unbewusste Prozesse eine wichtige Kraft in der Arbeit sind (Odell-Miller, 1999). Die Art wie Patienten improvisieren reflektiert ihren aktuellen Zustand und kann dazu führen, ihre inneren und äusseren Prozesse sowie interpersonelle und intrapersonelle Veränderungen zu verstehen (Odell-Miller, 1999). Die Musik der Patienten sei dabei eine Art Metapher der eigenen

Person (Odell-Miller, 1995). Das Verstehen der Musik eines Patienten führt zu einem Verständnis dafür, was für ihn jetzt gerade wichtig ist. Sandra Lutz Hochreutener (2009) beschreibt die Möglichkeit durch musikalische Improvisation eine wechselseitige und gleichzeitige Kommunikation zwischen Therapeut und Patient zu führen, ohne dass dabei Sprache oder Intellekt notwendig sind. Über die musikalische Resonanz des Therapeuten kann ein Gefühl des Verstanden- oder Gehört-Werdens entstehen. Ausserdem können verschiedene Beziehungsthemen über die musikalische Kommunikation angegangen werden wie «annähern – abgrenzen, zuhören – gehört werden, führen – folgen, sich durchsetzen – anpassen, sich zurücknehmen – sich zeigen» (Lutz Hochreutener, 2009, S.165). Durch den Einsatz von Musik können nebst kommunikativen Aspekten auch Themen wie Tiefenentspannung, lustvolles und zweckfreies Handeln, Selbstwahrnehmung oder Spannungsregulation angegangen werden (Lutz Hochreutener, 2009).

Neuropsychologische Wirkung der Musik

Eine Stärke und Einzigartigkeit der Musiktherapie liegt im Medium der Musik an sich, welches auf neurologischer Ebene einige evidenz-basierte Effekte zu bewirken vermag. Koelsch (2009, S. 374) zeigte auf, dass «Musik sensorische Prozesse, Aufmerksamkeit, gedächtnisbezogene Prozesse, die Vermittlung von Wahrnehmung und Handlung (Aktivität des ‘Spiegelneuronensystems’), die multisensorische Integration, Aktivitätsveränderungen in Kernbereichen der emotionalen Verarbeitung, die Verarbeitung von musikalischer Syntax und musikalischer Bedeutung sowie die soziale Kognition beeinflussen kann». Ausserdem schilderte Koelsch (2009) die Hypothese, dass die Beeinflussung dieser Prozesse durch Musik – wie dies in der Musiktherapie geschieht – positive Auswirkungen auf die psychologische und physiologische Gesundheit einer Person haben könne. Koelsch betonte aber auch, dass die Mechanismen, die diesen Effekten zugrunde liegen, derzeit noch nicht ganz verstanden werden. Dennoch bietet die Musik ein wirkungsvolles Medium, welches unmittelbare, positive neurologische Effekte bewirkt.

Verschiedene Settings der Musiktherapie

Silverman (2007) schilderte als Stärke der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken, dass sie sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting mit unterschiedlichen

Zielsetzungen durchgeführt werden kann. Somit eröffnet sich der Musiktherapie ein sehr breites Spektrum an intraindividuellen und interindividuellen Therapiezielen.

Reduktion von Medikamenten und Nebenwirkungen

Solanki et al. (2013) hoben in ihrer Studie hervor, dass Musiktherapie die Therapiekosten senken könne, indem sie den Bedarf an Medikamenten und deren Nebenwirkungen reduziere.

Beziehungsarbeit

Patienten berichteten in der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken von einer hohen Therapiemotivation (Silverman, 2007). In einer Meta-Analyse von Hohmann, Bradt, Stegemann und Koelsch (2017) stand die Anzahl der besuchten Musiktherapie-Sitzungen in einem positiven Zusammenhang mit der Organisation einer musiktherapeutischen Nachbehandlung innerhalb einer Woche nach dem Klinikaustritt. Hohmann et al. (2017) konnten zudem aufzeigen, dass sich bei Patienten, die während des stationären Aufenthaltes an der Musiktherapie teilgenommen hatten, grössere Effekte in der Selbstwirksamkeit und in der wahrgenommenen Nützlichkeit der Therapie ergaben als bei Patienten ohne Musiktherapie. Schliesslich konnte aus der Meta-Analyse abgeleitet werden, dass im Vergleich zwischen Musiktherapie und Gesprächstherapie, bei einer jeweils einmaligen Therapiestunde, höhere Werte im Wohlbefinden, im Aufbau einer therapeutischen Beziehung und in der Veränderungsbereitschaft der Patienten zeigen (Hohmann et al., 2017). Musiktherapie scheint bei Patienten also eine hohe Compliance auszulösen, welche sogar über den stationären Aufenthalt hinaus anhält, und die Beziehungsarbeit erleichtert. Solanki et al. (2013) erklärten dies – insbesondere bei schweren psychischen Störungen (z.B. Major Depression oder Schizophrenie) – durch die Möglichkeit der non-verbalen Kommunikation in der Musiktherapie. So erhalten Patienten die Möglichkeit, eine Beziehung aufzubauen und zu erleben sowie sich emotional auszudrücken oder zu regulieren, was auf verbaler Ebene häufig erschwert ist. Im Rahmen der allgemeinen Therapie-Wirkfaktoren (Lambert & Kleinstäuber, 2016) nimmt die therapeutische Beziehung viel Raum ein und ist ein essenzieller Faktor zum Gelingen einer Therapie. Daher ist der rasche und erleichterte Beziehungsaufbau in der Musiktherapie besonders hervorzuheben.

Störungsverständnis der Musiktherapie

Pedersen (2014) erklärt die Wirkung der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken einerseits durch einen ressourcenorientierten Ansatz, der auf einem salutogenetischen Verständnis des Therapieprozesses beruht. Er betont aber, dass auch die Auseinandersetzung mit schwierigen Themen und negativen Emotionen im Fokus der Musiktherapie stehen soll, was sowohl eine pathogenetische als auch eine salutogenetische Perspektive einschliesst.

2.5. Musiktherapie als Behandlungsempfehlung bei psychischen Erkrankungen

Trotz der Fülle von Literatur über die Wirksamkeit und den Einsatz von Musiktherapie in verschiedensten Bereichen ergab eine vom Autor durchgeführte Internetrecherche, dass aktuell nur in 25 der 38 deutschsprachigen psychiatrischen Kliniken Musiktherapie zum Behandlungsangebot zählt. Dies ist nicht verwunderlich, da in den Behandlungsempfehlungen⁵ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) die Musiktherapie lediglich im Zusammenhang mit der Behandlung von Demenz empfohlen sowie zur Behandlung von Schizophrenie und von Depression im Alter jeweils erwähnt wird. Zur Behandlung von Depression im Alter findet sich in der entsprechenden Behandlungsempfehlung die Beurteilung: «Die meisten Studien weisen jedoch methodologische Mängel auf und untersuchen kleine Stichproben. Insgesamt ist die Evidenz für die Wirksamkeit dieser Interventionen nicht ausreichend vorhanden, obwohl die klinische Erfahrung zeigt, dass die Patienten profitieren»⁶. Bezüglich der Behandlung von Schizophrenie findet sich folgende Formulierung : «Es gibt Hinweise auf eine Wirksamkeit von kunst- und musiktherapeutischen Verfahren, am ehesten in Bezug auf Negativsymptome»⁷. Darüber hinaus findet sich keine Erwähnung der Musiktherapie. Es ist also die Rede von Hinweisen und Empfehlungen, die jedoch einen geringen Evidenzgrad haben und somit nicht alle Institutionen zu überzeugen scheinen.

⁵ Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): Behandlungsempfehlungen (Stand: 2023) <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [18.04.2023]

⁶ Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter (Stand: 2019) <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [18.04.2023]

⁷ Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): Behandlungsempfehlungen Schizophrenie (Stand: 2016) <https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [18.04.2023]

Wirft man einen Blick nach Deutschland in die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen, so findet sich unter der Empfehlung 29 folgende Formulierung: «Künstlerische Therapien: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden» (Gühne, Weinmann, Riedel- heller, & Becker, 2018, S.68). Zudem wird der Empfehlungsgrad B, sowie die Evidenz- ebene Ia-Ib angegeben. Musiktherapie wird dabei für die Behandlung von Schizophrenie, Depression, Angststörungen, posttraumatischer Belastungsstörungen, sowie generell zur Behandlung schwerer psychischer Störungen bei Klienten mit geringer Therapiemotiva- tion empfohlen. In den von der DGPPN zusätzlich beschriebenen Voraussetzungen und organisatorischen Rahmenbedingungen, die unter anderem für die Musiktherapie gelten, werden weitere wichtige Aspekte beleuchtet. So wird allgemein die Einbindung der Mu- siktherapie in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan emp- fohlen. In Anbetracht auf der oben beschriebenen Situation in der Schweiz, würde dies in der Schweiz bedeuten, dass rund 13 psychiatrische Kliniken musiktherapeutische Stellen aufbauen und in deren Behandlungsplan einbauen müssten. Zudem schlägt die DGPPN ein personenzentriertes und zielgerichtetes Vorgehen der Musiktherapie vor, was mitun- ter die Definition individueller Therapieziele und generell die bewusste und gezielte An- wendung musiktherapeutischer Methoden umfasst. Es soll also an zu Beginn vereinbarten Inhalten und Themen gearbeitet werden. Dies erfordert laut der DGPPN auch eine diffe- renzielle Indikation für die Anwendung im Einzel- oder Gruppensetting, sowie das Be- stimmen von Frequenz und Intensität der Sitzungen entsprechend der Schwere der Er- krankung. Musiktherapeuten müssen daher in diese Prozesse eingebunden sein und auf- grund ihrer fachlichen Kompetenzen mitbestimmen können. Die DGPPN empfiehlt aus- serdem die Anregung und Hinführung zur Fortführung der künstlerischen Tätigkeit nach Abschluss der Therapie. In den meisten Fällen werden psychotherapeutische Nachbe- handlungen für die Patienten von psychiatrischen Kliniken während des Klinikaufenthalts aufgegleist. Die DGPPN zeigt hier auf, dass es Sinn machen kann, auch künstlerische Therapien bei der Planung der Nachbehandlung in Erwägung zu ziehen, da es bereits zahlreiche ambulante Angebote in diese Richtung gibt. In den Empfehlungen der DGPPN

findet sich weiterhin der Hinweis darauf, dass der kreative Prozess in den künstlerischen Therapien wichtiger ist als das künstlerische Produkt. In der Musiktherapie bedeutet dies, dass nicht die Komposition eines musikalischen Stückes im Vordergrund steht. Viel mehr sind es Aspekte wie das Erfahren von Selbstwirksamkeit, Kreativität, (Spiel-)Freude, Selbstregulation oder Kommunikation während dem Spiel.

Es gibt also sogar zwischen Nachbarländern noch grosse Unterschiede hinsichtlich der Rolle und der Relevanz, die Musiktherapie beigemessen wird. Während die Musiktherapie in den Deutschen Leitlinien als Teil der künstlerischen Therapien empfohlen und sogar inhaltlich beschrieben wird, fehlt dies in den Schweizer Leitlinien. Es stellt sich die Frage, welche Gründe es für diese Unterschiede gibt. Dies kann einerseits durch die direkte Befragung der Mitarbeitenden von psychiatrischen Kliniken beantwortet werden. Andererseits kann es interessant sein, die von den Mitarbeitenden erhobenen Antworten mit denen von Musiktherapeuten zu vergleichen.

2.6. Befragungen zur musiktherapeutischen Arbeit in nicht-psychiatrischen Arbeitsfeldern

Aus den vergangenen 33 Jahren finden sich einige Berufsgruppenerhebungen und Befragungen zur Relevanz von Musiktherapie in unterschiedlichen Settings, sowie zur Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten in verschiedensten Arbeitsumfeldern. Diese wurden durch Musiktherapeuten oder interdisziplinäre Mitarbeitende der jeweiligen Institutionen ausgefüllt (z.B. Braswell, Decuir, & Jacobs, 1989; Clements-Cortes, 2013; Gross, 2013; Kern & Tague, 2017; Melches, Hamberger, & Oster, 2016; Mercadal-Brotons, Sabbatella, & Del Moral Marcos, 2015; Phan Quoc, Riedl, Smetana, & Stegemann, 2019; Vega, 2010). Die Befragungen fanden sowohl in den USA (Braswell et al., 1989; Clements-Cortes, 2013; Vega, 2010) als auch in Kanada (Gross, 2013), Spanien (Mercadal-Brotons et al., 2015), Deutschland (Melches et al., 2016; Poepel, Jochims, Kampen, & Grehl, 2002) und Österreich (Phan Quoc et al., 2019) statt. Ausserdem gab es eine weltweite Erhebung (Kern & Tague, 2017), die jedoch ohne Schweizer Teilnahme stattfand. Bislang gibt es deshalb noch keine vergleichbaren Befragungen oder Daten aus der Schweiz. In den genannten Befragungen wurden unter anderem die Arbeitszufriedenheit und -bedingungen von Musiktherapeuten erfragt, die Einschätzung des Stellenwerts der Musiktherapie durch Nicht-Musiktherapeuten aus den jeweiligen Institutionen

erhoben sowie versucht, ein Profil von Musiktherapeuten darzustellen. Die wichtigsten Befunde werden im Folgenden dargestellt.

2.6.1. Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten

Die früheste bekannte Befragung von Musiktherapeuten wurde Ende der 1980er Jahre in den USA durchgeführt (Braswell et al., 1989). Es zeigte sich eine durchgehend hohe Arbeitszufriedenheit. Dabei schien die Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten von den Variablen Alter, akademischer Abschluss und Jahresgehalt beeinflusst zu werden. Personen, die seit mehreren Jahren als Musiktherapeuten gearbeitet hatten, berichteten über eine höhere Arbeitszufriedenheit als Musiktherapeuten, die neu in diesem Beruf waren. Männliche und weibliche Musiktherapeuten berichteten über ein ähnliches Mass an Arbeitszufriedenheit. Die Autoren hatten zudem das Einkommen erfragt und stellten dies anschliessend mit verschiedenen Einflussfaktoren in Verbindung. Dadurch konnten sie aufzeigen, dass ein höheres Einkommen mit einem höheren Bildungsabschluss und mit einer längeren Berufserfahrung in der aktuellen Stelle oder im Beruf generell zusammenhängt. Eine grosse Diskrepanz zwischen Männern und Frauen zeigte sich im Lohn. So hatten Musiktherapeutinnen bis zu 6'000 Dollar pro Jahr weniger verdient als Musiktherapeuten. Dieser Unterschied war jedoch zumindest teilweise auf die unterschiedliche Dauer der Beschäftigung und die Art des Abschlusses zurückzuführen.

2013 wurde durch die Forschungsgruppe um Melches eine Online-Befragung mit 2'303 selbständigen und angestellten künstlerischen Therapeuten in Deutschland durchgeführt (Melches et al., 2016). Davon arbeiteten 41.6% als Musiktherapeuten. Nebst der Erhebung der Ausbildungen, des Gehalts und der Teilnahme an fachrelevanten Vorträgen, Seminaren und Symposien, zeigte die Befragung Zielsetzungen und Indikationen für die künstlerischen Therapien auf. Als häufigste Behandlungsziele gaben die künstlerischen Therapeuten die Reduktion von Spannungszuständen, Entspannung, Förderung der sozialen Kompetenz, Strukturierung und Stabilisierung sowie die Erlebnisintensivierung an. Die Hauptklientel bildeten erwachsene Personen (73.8%), wobei psychische Erkrankungen den häufigsten Behandlungsgrund darstellten. Wie auch bei Phan Quoc et al. (2019) gaben in der Befragung von Melches et al. (2016) die meisten Befragten an, am häufigsten im Einzelsetting zu arbeiten. Aufsuchende Angebote wurden ausserdem hauptsächlich von Musiktherapeuten angegeben. Melches et al. (2016) zeigten in ihrer Erhebung die mangelnde Vergleichbarkeit der Qualifikationen der künstlerischen Therapeuten, sowie

die unterschiedliche Qualitätssicherung in den unterschiedlichen künstlerischen Therapien auf. Dieser Zustand macht es schwer, die künstlerischen Therapien einheitlich in die Behandlungs-Leitlinien einzubinden. Die Autoren empfahlen deshalb, künstlerische Therapeuten auf akademischem Niveau in ähnlicher Weise auszubilden.

Mit der 2018 durchgeführten Berufsgruppenerhebung von Musiktherapeuten in Österreich durch die Forschungsgruppe um Phan Quoc et al. (2019) gelang es, mit einer sehr hohen Rücklaufquote von 73.8% eine repräsentative Meinung der Musiktherapeuten Österreichs zu erheben. Inhalt der Erhebung waren die allgemeine Arbeitssituation, die Finanzierung der Musiktherapeuten sowie die Verteilung der Befragten auf verschiedene Berufsfelder und Altersklassen ihrer Klientel. Von den 299 teilnehmenden Personen arbeiteten 21.5% in psychiatrischen Kliniken für Erwachsene. Es zeigte sich ein Wachstum der Berufsgruppe der Musiktherapeuten sowie von Arbeitsstellen. Es gab zudem mehr Musiktherapeuten, die an nur einer Arbeitsstelle tätig waren als solche mit mehreren Arbeitsstellen. Von den Befragten gaben mehr als ein Viertel an, in diagnostische Fragestellungen eingebunden zu sein. Daraus schlossen die Autoren, dass in der Lehre und Ausbildung ein grösseres Augenmerk auf die Aneignung von Fähigkeiten zur musiktherapeutischen Diagnostik gelegt werden sollte, um diese Kompetenz weiterhin zu stärken (Phan Quoc et al., 2019). Im Hinblick auf zukünftige Befragungen dieser Art empfahl die Forschungsgruppe, die Einkommenssituation sowie die Arbeitszufriedenheit zu erheben.

Vega (2010) beleuchtete verschiedene Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten in den USA. Als wichtige Faktoren für eine hohe Arbeitszufriedenheit stellten sich sowohl eine hohe wahrgenommene Unterstützung durch die Berufsgruppe (Arbeitskollegen, Supervision) als auch ein hohes eigenes Engagement in die persönliche und professionelle Entwicklung, eine höhere akademische Ausbildung, höheres Gehalt und längere Berufserfahrung heraus. Am stärksten wird die Arbeitszufriedenheit aber durch das Beobachten von Fortschritten bei Patienten positiv beeinflusst.

2.6.2. Stellenwert der Musiktherapie

Poepel und ihr Team untersuchten den Stellenwert der Musiktherapie in Kliniken für Neurorehabilitation in Deutschland (Poepel et al., 2002). Die Studie zeigte, dass 70% der befragten Kliniken, die keine Musiktherapie anboten, zwar daran interessiert waren, jedoch nicht über die erforderlichen Mittel verfügten. Mit der Musiktherapie wurden also

hohe Kosten verbunden. Nur 3% gaben an, sich nicht mit Musiktherapie auszukennen, 9% lehnten Musiktherapie in der Neurorehabilitation ab und 5% dachten sogar, dass Musiktherapie in der Neurorehabilitation kontraindiziert sei. Dies zeigte auf, dass nebst finanzieller Aspekte auch das Interesse an und das Wissen über die Wirksamkeit der Musiktherapie nicht immer gegeben war.

Es zeigte sich, dass nur die Hälfte der befragten Musiktherapeuten ein eigenes Büro in der Klinik hatte. Ausserdem gaben Musiktherapeuten an, wenig Mitspracherecht bei der Verordnung von Musiktherapie sowie bei der Vorgabe der Therapieziele zu haben. Dies widerspiegelt die Arbeitsbedingungen und lässt darauf schliessen, dass der Musiktherapie wenig Wertschätzung entgegenkam. Die fehlende Einbindung in die Erstellung von Therapiezielen wurde dadurch erklärt, dass es zum Zeitpunkt jener Studie keine definierten Indikationskriterien für die Musiktherapie gab. Daher wurden in der Befragung sowohl die Ärzte als auch die Musiktherapeuten zu möglichen Indikationen für den Einsatz von Musiktherapie befragt. Es ergab sich eine Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der beiden Berufsgruppen. Die medizinische Sichtweise sah in der Musiktherapie am ehesten eine Therapie für sensorische, motorische und kognitive Funktionsdefizite, also eine eher funktionale Therapie. Die musiktherapeutische Sichtweise stellte psychotherapeutische Indikationskriterien wie Entwicklung von Coping-Strategien, emotionale Stabilisierung und Förderung von Lebensqualität in den Vordergrund. Diese unterschiedliche Ansicht ein und derselben Therapierichtung lässt zumindest vermuten, dass sich Nicht-Musiktherapeuten wenig mit der Musiktherapie auseinandersetzen und daher deren Ziele und Inhalte nicht immer adäquat einschätzen können.

2.6.3. Risikofaktoren für Burnout-Erkrankungen bei Musiktherapeuten

Vega (2010) wies darauf hin, dass die von ihr aufgezeigten Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit bei niedriger Ausprägung Risikofaktoren für eine Erschöpfungsdepression – auch ‘Burnout’ genannt – darstellen. Daher erstellte die Autorin Persönlichkeitsprofile von insgesamt 137 Musiktherapeuten und untersuchte deren Zusammenhang mit verschiedenen Skalen eines Burnout-Erhebungsinstruments. Ein Burnout wird dabei durch drei Skalen aufgebaut: (1) Emotionale Erschöpfung meint das Gefühl, von der Arbeitsumgebung überwältigt und ermüdet zu sein; (2) Depersonalisierung tritt auf, wenn der Arbeitnehmer sich der eigenen Arbeit gegenüber emotionslos und distanziert fühlt; (3) Persönliche Leistung beschreibt das Gefühl der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten

bei der Arbeit mit Menschen. 11% der befragten Musiktherapeuten wiesen auf den kombinierten Subskalen ein hohes – und damit klinisch auffälliges – Burnout-Niveau auf. Signifikante Prädiktoren für emotionale Erschöpfung waren dabei hohe Ausprägungen in Ängstlichkeit, Intuition und Anspannung. Für Depersonalisierung waren soziale Unerfrohenheit und Wachsamkeit, welche sich in Selbstdarstellung und Misstrauen äussern können, signifikante Prädiktoren. Und schliesslich waren Dominanz und Lebendigkeit, die bei hoher Ausprägung dazu führen können, aggressiv und energisch zu werden, um zu bekommen, was man will, sowie unzuverlässig und aufmerksamkeitsheischend zu sein, Prädiktoren für die persönliche Leistung. Da das allgemeine Burnout-Niveau bei den befragten Musiktherapeuten im durchschnittlichen – und somit unauffälligen – Bereich lag und einige Limitationen die Vorhersage eines Burnouts einschränkten, argumentierte die Autorin, dass diese Studie im Wesentlichen das Profil von Musiktherapeuten, die in ihrem Beruf bleiben und erfolgreich sind, darstellt. Dabei zeigten Musiktherapeuten im Schnitt hohe Ausprägungen in den folgenden Persönlichkeitsfaktoren: Sensibilität, logisches Denken, Auffassungsgabe, Wärme, Offenheit für Veränderungen, Selbstständigkeit, Extraversion, Ängstlichkeit, Abstraktionsfähigkeit, Regel-Bewusstsein und Selbstkontrolle.

Auch Clements-Cortes (2013) suchte nach Risikofaktoren für Burnout-Erkrankungen bei Musiktherapeuten. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass Musiktherapeuten im Vergleich zu anderen Fachkräften im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel Ergotherapeuten, finanziell deutlich tiefer gestellt waren. Die Diskrepanz zwischen den Gehältern von Musiktherapeuten und denen anderer Fachkräfte im Gesundheitswesen wurde von der Autorin betont, da es für Musiktherapeuten frustrierend sein könne, deutlich weniger zu verdienen als ihre Kollegen, die ein ähnliches Bildungs- und Ausbildungsniveau haben. Zudem zeigte sich eine sehr hohe Arbeitsbelastung für Musiktherapeuten (Clements-Cortes, 2013). In Arbeitsstätten wie zum Beispiel psychiatrischen Kliniken, in denen es nur einen Musiktherapeuten für die gesamte Einrichtung gibt, könne es sein, dass diese Person nicht in der Lage ist, sich um alle Patienten zu kümmern. Diese Situation könne dazu führen, dass sich Musiktherapeuten gestresst oder überfordert fühlen – gerade, weil sie dennoch eine große Zahl von Fällen übernehmen. Häufig berichteten Musiktherapeuten von einer großen Anzahl Überweisungen, jedoch kaum Zeit in ihrem Zeitplan. Überdies zeigte sich, dass Musiktherapeuten, die seit mehr als zehn Jahren am selben Arbeitsort tätig waren,

eine höhere Arbeitszufriedenheit angaben, als Musiktherapeuten, die seit neun Jahren oder weniger an diesem Arbeitsplatz tätig waren. Die Autorin erklärte sich dies dadurch, dass Berufseinsteiger eher dazu neigen, überfordert zu sein und zu hohe Ansprüche zu haben. Weiterhin erlebten Musiktherapeuten häufig Rollenkonflikte, wenn sie gebeten wurden, Aufgaben zu übernehmen, die nicht Teil ihrer Berufsbeschreibung waren (z.B. Organisation von klinik-internen Konzerten). Clements-Cortes äusserte die Befürchtung, Musiktherapeuten könnten sich aufgrund ihrer besonderen musikalischen Fähigkeiten verpflichtet fühlen, sich an Aktivitäten in der Institution im Zusammenhang mit Musik zu beteiligen. Daher empfahl die Autorin die hohe Anzahl an Risikofaktoren, die teilweise sehr spezifisch in der Musiktherapie auftreten, ernst zu nehmen.

2.6.4. Musiktherapeutisches Profil

Die größte internationale deskriptive Studie, die im Bereich der Musiktherapie durchgeführt wurde, stammt von den Autoren Kern und Tague (2017). Insgesamt 2'495 Musiktherapeuten aus allen Kontinenten nahmen teil. Die Arbeit von Kern und Tague versuchte unter anderem ein musiktherapeutisches Profil zu erstellen. Es ergab sich ein Bild, wonach Musiktherapeuten überwiegend weiblich sind, mindestens einen Bachelor- oder Masterabschluss haben, eine Klientel im Alter von 30 Jahren oder älter behandeln, über mehr als sechs Jahre Berufserfahrung verfügen und noch zusätzliche Anstellungen zu ihrer Tätigkeit als Musiktherapeut haben. Weiterhin herrschte tendenziell eine Unzufriedenheit mit dem Lohn, insbesondere im Verhältnis zu ihrem akademischen Abschluss. Die verwendeten Methoden in der Musiktherapie zeigten grosse Parallelen weltweit. Diese Parallelen zeigten sich auch darin, dass weltweit nur wenige Musiktherapeuten mit digitalen Medien wie Musik-Apps, digitalen Instrumenten oder Musik-Videos arbeiteten.

Auch Mercadal-Brotons et al. (2015) erhoben Profile von Musiktherapeuten in Spanien. Dabei zeigten sich sehr ähnliche Ergebnisse wie bei Kern und Tague hinsichtlich Geschlecht, Arbeitserfahrung, akademischem Abschluss und Arbeitspensum. Ausserdem zeigten sich als Hauptklientel Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Entwicklungsstörungen, Menschen mit Depressionen und Menschen mit Autismus Spektrums Störung. Die Bezahlung von Musiktherapeuten in Spanien entsprach etwa der von Psychologen und Lehrpersonen und hob sich somit von anderen Studien ab, in denen Musiktherapeuten deutlich weniger verdienten (e.g. Clements-Cortes, 2013; Kern & Tague, 2017). Die Forschungsgruppe um Mercadal-Brotons erhob zudem die

verwendeten Techniken der befragten Musiktherapeuten. Improvisation mit Stimme und / oder Instrumenten zeigte sich als die allerhäufigste musiktherapeutische Technik. Weiter wurde auch das Komponieren von Liedern und instrumentalen Stücken, sowie rezeptive Methoden wie Musikhören mit anschliessendem grafischem Ausdruck oder geführtes Musikhören genannt. Auch die Bewegung des Körpers spielte eine wichtige Rolle. Schliesslich wurden auch Musikspiele, therapeutisches Singen und Instrumentenspiel, Vertonung von Situationen und Aufnahmen von Tonsequenzen angegeben. Diese Methoden wurden in der Studie von Kern und Tague (2017) berücksichtigt und um Body Percussion und den Einsatz digitaler Medien ergänzt.

2.7. Befragungen zur musiktherapeutischen Arbeit in psychiatrischen Arbeitsfeldern

Bislang finden sich nur wenige solcher Berufsgruppenerhebungen und Befragungen zur Relevanz von Musiktherapie, die sich ausschliesslich auf psychiatrische Kliniken fokussiert haben (Choi, 1997; Silverman, 2007). Diese Befragungen fanden ausschliesslich in den USA statt, während in der Schweiz keine solche Erhebung bekannt ist. Die genannten Befragungen erhoben einerseits die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbedingungen der Musiktherapeuten, sowie andererseits die Einschätzung von interdisziplinären Mitarbeitenden zu den Themen Relevanz, Wertschätzung und Indikationen für Musiktherapie. Die wichtigsten Befunde werden im Folgenden dargestellt.

2.7.1. Stellenwert der Musiktherapie

Bereits 1997 befragte Choi zahlreiche Mitarbeitende und Musiktherapeuten von psychiatrischen Kliniken innerhalb des Bundesstaates Kansas in den USA. Dabei zeigt sich, dass Psychiater der Musiktherapie eine geringere therapeutische Wirksamkeit zuschrieben als Pflegepersonen, Psychologen und Sozialarbeiter. In Bezug auf das Fördern von sozialen Kompetenzen, das Erleben von Freude und das Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck äusserten sich die befragten Psychiater positiv. Am wenigsten positiv äusserten sich die Psychiater zu Behandlungszielen wie dem Fördern der Einsicht der Patienten in die Gründe für den Krankenhausaufenthalt, dem Fördern von Problemlösungsfähigkeiten, der Entwicklung von Anwendungen zur Entscheidungsfindung, der Förderung von adäquatem Verhalten, der Behandlung von Beziehungsproblemen und der Steigerung des Selbstwertgefühls. Die Musiktherapie wurde von Psychiatern jener Befragung

also eher als unterstützende Behandlung, anstatt als wirksame therapeutische Massnahme betrachtet. Ausserdem zeigte sich, dass Psychologen und Sozialarbeiter diejenigen Indikationen der Musiktherapie, die sie für ihre eigenen Disziplinen als angemessener erachteten, negativ beurteilten. Dies liess Choi ein Konkurrenzdenken zwischen den verschiedenen Therapien vermuten. Mitarbeitende, die bereits einmal in Musiktherapiesitzungen hospitiert hatten, schätzten die musiktherapeutischen Dienste mehr als Mitarbeiter ohne solche Erfahrungen. Die meisten Mitarbeitenden gaben an, dass ihnen Musiktherapieforschung nicht bekannt sei. Choi stellte die Vermutung auf, dass wahrscheinlich viele Mitarbeitende nicht davon ausgegangen seien, dass Musiktherapie eine wissenschaftsbasierte Therapierichtung ist. Die Musiktherapeuten bewerteten ihre Behandlungsleistungen in der Regel besser als die Befragten der anderen Fachrichtungen. Musiktherapeuten, die seit mehr als 10 Jahren in diesem Beruf tätig waren, äusserten sich positiver hinsichtlich ihrer Behandlungsleistungen und ihrem Gehalt als Musiktherapeuten, die seit weniger als 10 Jahren in diesem Beruf tätig waren. Schliesslich stellte Choi Empfehlungen für die Musiktherapie basierend auf seinen Ergebnissen auf: 1) Um die musiktherapeutischen Ziele zu verdeutlichen, sollten die spezifischen Ziele im Behandlungsteam, aber auch für die Patienten klar verbalisiert werden; 2) Andere Fachrichtungen sollten Einblick in Musiktherapiestunden erhalten, um die Wertschätzung und Zusammenarbeit zu fördern; 3) Fortbildungsprogramme für Mitarbeitende anderer Disziplinen sollten entweder durch die Musiktherapeuten selbst oder externe Mitarbeitende von Hochschulen angeboten werden, um die Klinik-Mitarbeitenden mit der Forschung, Theorie und Praxis der Musiktherapie vertraut zu machen; 4) Die Fach- und Dachverbände für Musiktherapie sowie die Zertifizierungsstellen sollten daran arbeiten, dass Musiktherapeuten ihre Identität als Angehörige der Gesundheitsberufe nachweisen können; 5) Insgesamt sollte der Berufsstand der Musiktherapeuten seine Wirksamkeit bei der Behandlung von Patienten nachweisen.

2.7.2. Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten

10 Jahre später befragte Silverman (2007) 176 Musiktherapeuten aus psychiatrischen Kliniken in den USA mit dem Ziel, ihre Arbeitsbedingungen zu erheben. Musiktherapie wurde am häufigsten als Gruppentherapie angeboten, was vom Autor auf finanzielle Einsparungen zurückgeführt wurde, da auf diese Weise weniger Arbeitsstunden für die Musiktherapeuten anfallen. Die meisten Musiktherapeuten gaben an, keine Anlaufstellen für musiktherapeutische Fragestellungen innerhalb der Klinik zu haben. Dies löste beim

Autor Besorgnis aus, da es unklar war, wer die Musiktherapeuten einerseits überprüfen und andererseits unterstützen konnte. Daher wurde betont, dass die Inanspruchnahme von Therapie-spezifischen Anlaufstellen von grosser Bedeutung sei. Die meisten Musiktherapeuten gaben zumindest an, sich über Musiktherapie-Fachzeitschriften weiterzubilden. Grundsätzlich gaben die Teilnehmenden an, dass ihnen die Arbeit mit der Klientel in ihrer psychiatrischen Klinik grosse Freude bereite und dass sie sich selbstwirksam im Therapiefortschritt der Patienten fühlen. Als häufigste Therapieziele wurden sozialer Umgang, Kommunikation, Selbstwertgefühl, Bewältigungsfähigkeiten und Stressabbau/-management erwähnt.

2.8. Zusammenfassung der bisherigen Befundlage und Nutzen dieser Arbeit

Die dargestellten Studienergebnisse wurden zwischen 1989 und 2019 publiziert. Neuere Veröffentlichungen wurden nicht gefunden. Entsprechend der bisherigen Befundlage scheint die Musiktherapie als Disziplin vielen Nicht-Musiktherapeuten in unterschiedlichen Arbeitssettings weder inhaltlich (Poepel et al., 2002) noch als Forschungsgebiet (Choi, 1997) bekannt zu sein. Ausserdem zeigten sich teilweise negative oder fehlende positive Zuschreibungen zu den Wirkungserwartungen der Musiktherapie sowie generell unterschiedliche Ansichten in Bezug auf die Indikationen von Musiktherapie bei Mitarbeitenden von psychiatrischen Kliniken (Choi, 1997). Institutionen gaben zudem an, nicht über die erforderlichen, hohen finanziellen Mittel für die Implementation der Musiktherapie zu verfügen (Poepel et al., 2002; Silverman, 2007). Verschiedene Studien haben Empfehlungen für die stärkere Vertretung der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken formuliert (Choi, 1997; Kern & Tague, 2017).

Die befragten Musiktherapeuten aus verschiedensten Bereichen zeigten eine hohe Zufriedenheit mit ihrer Klientel und gaben tendenziell eine hohe Arbeitszufriedenheit an. Generell zeigten die wahrgenommene Unterstützung am Arbeitsplatz, eine höhere akademische Ausbildung, ein höheres Gehalt und längere Arbeitserfahrung einen starken Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten (Braswell et al., 1989; Vega, 2010). Hinsichtlich der Arbeitsbedingungen zeigte sich, dass Musiktherapeuten unzufrieden mit ihrem Einkommen sind, insbesondere in Anbetracht ihres tendenziell hohen Bildungsabschlusses und der hohen Ausbildungskosten (Kern & Tague, 2017). Ausserdem konnten einige Risikofaktoren für das Auftreten einer Erschöpfungsdepression

bei Musiktherapeuten festgestellt werden. Dazu gehören ein Gefühl der Überforderung, ein geringer Lohn, der Einstieg in eine neue musiktherapeutische Arbeitsstelle (Clements-Cortes, 2013) sowie eine geringe Arbeitszufriedenheit, Unzufriedenheit mit der Arbeitsumgebung und ein geringes Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerleben (Vega, 2010). Musiktherapeuten scheinen die fehlende Unterstützung selbständig durch Weiterbildungen und Supervision zu kompensieren.

Durch die vorliegende Arbeit sollte ein in der Schweiz erstmaliger, aktueller Querschnitt durch die stationären psychiatrischen Kliniken aufgezeigt werden, damit Musiktherapeuten in der Schweiz einen Eindruck von der Anerkennung, der Wertschätzung und dem Wissen, welches Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken aktuell gegenüber der Musiktherapie aufweisen, erhalten. Dies sollte wiederum aufzeigen, wo in Zukunft angesetzt werden muss, auch im Hinblick auf eine umfassende Integration der Musiktherapie in die Behandlungsempfehlungen bei psychischen Erkrankungen der SGGP.

Ausserdem sollte durch die Befragung eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden in Psychiatrien zum Thema der Musiktherapie stattfinden. Durch die Auseinandersetzung mit den Fragen sollte die Relevanz und die Wirkung der Musiktherapie bestärkt werden. An einige Institutionen wurde nach Abschluss der Datenauswertung eine Darstellung der Ergebnisse, sowie eine kurze Zusammenfassung der Wirksamkeit und der Durchführung von Musiktherapie in der Psychiatrie versendet, um diese Zielerreichung nachhaltig zu unterstützen.

Die Befragung der Musiktherapeuten sollte schliesslich Aufschluss darüber geben, wie die Arbeitsverhältnisse in der Musiktherapie von jenen wahrgenommen wird, die diese Arbeit durchführen. Phan Quoc et al. (2019) betonen die Wichtigkeit einer regelmässigen Dokumentation und Analyse des Berufsstandes der Musiktherapeuten, stets mit dem Ziel, die Ergebnisse in Zusammenhang mit aktuellen berufspolitischen Fragen und Herausforderungen zu setzen.

2.9. Forschungsfragen und Hypothesen

Aufgrund dieser Befundlage wurde in der vorliegenden Masterarbeit das aktuell vorherrschende Bild der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz erhoben. Der Fokus wurde auf den Einsatz von Musiktherapie bei psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter im stationären Rahmen gesetzt. Die Meinungen und

Einschätzungen von Mitarbeitenden psychiatrischer Institutionen und jenen der Musiktherapeuten sollten verglichen werden. Falls sich dort unterschiedliche Ansichten zur Wirkung, sowie zu Indikationen, Kompetenzen und Klientel der Musiktherapie zeigen, wäre dies eine mögliche Erklärung der fehlenden Vertretung der Musiktherapie in vielen Institutionen.

Mittels der folgenden Forschungsfragen wurde einerseits die berufliche Situation der Musiktherapeuten in der Schweiz beleuchtet. Andererseits wurde die Wertschätzung, die Erwartungen und das Wissen, welches Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken in der Schweiz aktuell gegenüber Musiktherapie aufweisen, einbezogen. So sollte aufgezeigt werden, wo in Zukunft in der Lehre und Ausbildung sowie in den Kliniken vermehrt angesetzt werden muss, um Musiktherapie stärker in den Behandlungsplänen von psychiatrischen Kliniken zu etablieren.

Forschungsfrage 1: Welchen Stellenwert hat die Musiktherapie aus der Sicht anderer interdisziplinärer Teammitglieder innerhalb psychiatrischer Kliniken?

- **Hypothese 1:** Ärzte geben der Musiktherapie einen geringeren Stellenwert als Pflegepersonen, Psychologen oder Fachtherapeuten.

Forschungsfrage 2: Wie schätzen andere interdisziplinäre Teammitglieder innerhalb psychiatrischer Kliniken die Indikationen für die Musiktherapie ein?

- **Hypothese 2a:** Ärzte schätzen insgesamt weniger Indikationen als eher geeignet, geeignet oder sehr geeignet für die Musiktherapie ein als Pflegepersonen, Psychologen und Fachtherapeuten.
- **Hypothese 2b:** Die Bewertung der Indikationen fällt bei Ärzten im Mittel geringer aus als bei Pflegepersonen, Psychologen und Fachtherapeuten.

Forschungsfrage 3: Wie kompetent schätzen andere interdisziplinäre Teammitglieder innerhalb psychiatrischer Kliniken die Musiktherapeuten ein?

- **Hypothese 3:** Ärzte schätzen Musiktherapeuten weniger kompetent ein als Pflegepersonen, Psychologen und Fachtherapeuten.

Forschungsfrage 4: Durch welche Parameter der befragten Mitarbeitenden kann deren Antwortverhalten hinsichtlich des Stellenwerts der Musiktherapie erklärt werden?

- **Hypothese 4a:** Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken mit Musiktherapie im Angebot geben einen höheren Stellenwert der Musiktherapie an als Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken ohne Musiktherapie.
- **Hypothese 4b:** Mitarbeitende, die schon einmal eine Musiktherapie-Sitzung besucht haben, geben einen höheren Stellenwert der Musiktherapie an als Mitarbeitende, die noch nie eine Musiktherapie-Sitzung besucht haben.
- **Hypothese 4c:** Mitarbeitende mit einem hohen Interesse an der Musiktherapie, geben einen höheren Stellenwert der Musiktherapie an als Mitarbeitende, die ein tiefes Interesse an der Musiktherapie angeben.
- **Hypothese 4d:** Mitarbeitende, die die Einträge der Musiktherapeuten oft oder sehr häufig lesen, geben einen höheren Stellenwert der Musiktherapie an als Mitarbeitende, die die Einträge kaum oder nie lesen.

Forschungsfrage 5: Wie zufriedenstellend wird die Arbeit von Musiktherapeuten in Bezug auf den Arbeitsplatz, die wahrgenommene Unterstützung, die Ausbildung, das Gehalt und die Berufserfahrung erlebt?

- **Hypothese 5a:** Musiktherapeuten, mit einer hohen Zufriedenheit mit der Arbeitsumgebung geben eine höhere allgemeine Arbeitszufriedenheit an als Musiktherapeuten mit niedriger Zufriedenheit mit der Arbeitsumgebung.
- **Hypothese 5b:** Musiktherapeuten, die Unterstützung wahrnehmen geben eine höhere Arbeitszufriedenheit an als Musiktherapeuten mit niedriger wahrgenommener Unterstützung.
- **Hypothese 5c:** Musiktherapeuten mit einer hohen akademischen Ausbildung geben eine höhere Arbeitszufriedenheit an als Musiktherapeuten mit einer niedrigen akademischen Ausbildung.
- **Hypothese 5d:** Musiktherapeuten mit hohem Gehalt geben eine höhere Arbeitszufriedenheit an als Musiktherapeuten mit einem niedrigen Gehalt.
- **Hypothese 5e:** Musiktherapeuten mit längerer Berufserfahrung geben eine höhere Arbeitszufriedenheit an als Musiktherapeuten mit kürzerer Berufserfahrung.

Forschungsfrage 6: Durch welche Parameter kann das Antwortverhalten der befragten Musiktherapeuten hinsichtlich ihres Kompetenzerlebens erklärt werden?

- **Hypothese 6a:** Musiktherapeuten mit einer abgeschlossenen eidgenössischen Fachprüfung der Organisation der Arbeitswelt (OdA) Artecure schätzen sich im Mittel als kompetenter ein im Vergleich zu Musiktherapeuten ohne eine abgeschlossene eidgenössische Fachprüfung der OdA Artecure.
- **Hypothese 6b:** Musiktherapeuten, die länger als 10 Jahre in ihrem Beruf arbeiten, bewerten sich positiver hinsichtlich ihrer Kompetenz und ihrem Gehalt als Musiktherapeuten, die seit weniger als 10 Jahren in diesem Beruf tätig sind.

Des Weiteren werden die folgenden Forschungsfragen explorativ untersucht, da es zu diesen Fragen zu wenige Anhaltspunkte aus der Forschungsliteratur gibt, um daraus Hypothesen abzuleiten.

Forschungsfrage 7: Können aufgrund der Daten der Mitarbeitenden und der Musiktherapeuten Vorhersage-Modelle für deren Antwortverhalten aufgestellt werden? Wie sieht der Vergleich zwischen Mitarbeitenden und Musiktherapeuten hinsichtlich Indikationen, Kompetenzen und Störungsbildern aus?

Forschungsfrage 8: Gibt es anhand der Werte zur Arbeitszufriedenheit und Kompetenzerleben Anzeichen für eine Erschöpfungsdepressions-Symptomatik unter Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken der Schweiz?

Forschungsfrage 9: Wie sieht das musiktherapeutische Profil von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken der Schweiz aus?

3. Methoden

Im folgenden Kapitel wird die Zielgruppe definiert, sowie die Erhebung der Stichproben, die Entwicklung der in dieser Arbeit verwendeten Fragebogen und Skalen und die Auswertungsmethoden geschildert. Ein Zeitplan zeigt schliesslich die verschiedenen Etappen dieser Arbeit auf.

3.1. Stichprobe

Für diese Arbeit wurden zwei Zielgruppen definiert. Einerseits waren dies Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen innerhalb von psychiatrischen Kliniken, die Teil des Behandlungsangebots sind. Dazu gehören Pflegende (Fachangestellte Gesundheit in Ausbildung und mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis, Diplomierte Pflegefachangestellte), Fachtherapeuten (Ergotherapie, Maltherapie, Physiotherapie, Tanztherapie, Bewegungstherapie, Atemtherapie, Körpertherapie, Handlungs- und Werkorientierte Therapie, Kunst und Ausdruckstherapie, Sozialdienst), Psychotherapeuten (postgraduierte Psychologen, Psychotherapeuten in Ausbildung und mit abgeschlossener Fachausbildung), Ärzte (Assistenzärzte, Oberärzte, Chefärzte) und Kaderpersonen (Klinikleitung, Leitung von verschiedenen Fachbereichen). Durch diese Diversität der Mitarbeitenden war es möglich, ein umfassendes Bild der Mitarbeitenden in psychiatrischen Kliniken zu erhalten. Die Befragung bezog sich inhaltlich auf die Behandlung von Erwachsenen ab 18 Jahren.

Eine zweite Stichprobe wurde aus zertifizierten Musiktherapeuten, die in psychiatrischen Kliniken arbeiten oder in den letzten fünf Jahren gearbeitet haben, erhoben. Deren Klientel durfte alle Alterskategorien umfassen, jedoch immer im stationären, psychiatrischen Setting. Um sicherzustellen, dass die befragten Musiktherapeuten eine anerkannte Ausbildung absolviert haben, wurde der höchste Bildungsabschluss erfragt. So konnte erhoben werden, wie viele der befragten Musiktherapeuten mindestens das Niveau «Master of Advanced Studies» erreicht haben, und somit die musiktherapeutische Ausbildung an der Zürcher Hochschule der Künste absolviert haben. Zusätzlich wurde nach der höheren Fachprüfung der Organisation der Arbeitswelt (OaA) Artecura gefragt, um weitere Informationen zur Ausbildung der Musiktherapeuten zu erhalten.

Stichprobengrösse

Laut aktuellen Zahlen des Bundesamtes für Statistik der Schweiz (Stand November 2022) wurden in den deutschsprachigen Kantonen der Schweiz rund 13'862 Personen in den erhobenen Arbeitsfeldern gezählt (siehe Abbildung 1). Für eine repräsentative Stichprobe mit einem Konfidenzintervall von 95 % war deshalb eine Stichprobengrösse von mindestens 374 Personen nötig.

Da es kein offizielles Verzeichnis der in psychiatrischen Kliniken beschäftigten Musiktherapeuten in der Schweiz gibt, konnte die Gesamtpopulation nicht ermittelt werden. Dadurch war es nicht möglich auszurechnen, wie viele Personen für eine repräsentative Stichprobe notwendig waren. Dennoch wurde angestrebt, möglichst viele Personen in die Stichprobe aufzunehmen.

Abbildung 1. Personal in psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz

				2021
Internes Personal per Ende Jahr	<< Ärzteschaft	....Psychiatrische Kliniken	- Bern / Berne	341
			- Solothurn	*
			<< Nordwestschweiz	454
			<< Zürich	560
			<< Ostschweiz	414
			<< Zentralschweiz	200
	<< Pflegepersonal	....Psychiatrische Kliniken	- Bern / Berne	1 288
			- Solothurn	*
			<< Nordwestschweiz	1 492
			<< Zürich	2 137
			<< Ostschweiz	1 662
			<< Zentralschweiz	670
	<< Medizinisch - therapeutisches Personal	....Psychiatrische Kliniken	- Bern / Berne	628
			- Solothurn	*
			<< Nordwestschweiz	921
			<< Zürich	862
			<< Ostschweiz	683
			<< Zentralschweiz	441
	<< Sozialdienste	....Psychiatrische Kliniken	- Bern / Berne	335
			- Solothurn	*
<< Nordwestschweiz			269	
<< Zürich			132	
<< Ostschweiz			167	
<< Zentralschweiz			206	

Anmerkungen:

*: Keine Zahlen für psychiatrische Kliniken im Kanton Solothurn.

Quelle der Daten: Webseite des Bundesamtes für Statistik der Schweiz; https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1404010100_103/px-x-1404010100_103/px-x-1404010100_103.px/table/tableViewLayout2/

Rekrutierung

Die Rekrutierung der Stichprobe wurde für die beiden Zielgruppen unterschiedlich gehandhabt und wird im Folgenden genau erläutert.

In einem ersten Recherche-Schritt wurden die einschlägigen, stationären psychiatrischen Kliniken der 19 rein deutschsprachigen Kantone (Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Bern, Glarus, Graubünden, Luzern, Nidwalden, Obwalden, St. Gallen, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, Thurgau, Uri, Zug und Zürich) bestimmt. Dieser Entschluss basierte darauf, den Fragebogen nicht in andere Landessprachen übersetzen zu müssen. Als einschlägig wurden dabei Kliniken mit einer Anzahl von mindestens 35 Betten deklariert. Kriseninterventionszentren wurden ausgeschlossen, da Patienten in solchen Einrichtungen häufig keine längeren Aufenthalte verbringen und daher oft keine Fachtherapien angeboten werden. Von den durch die Recherche ermittelten 38 psychiatrischen Kliniken gehörte bei 25 Institutionen die Musiktherapie zum Behandlungsangebot, während 13 Institutionen keine Musiktherapie anbieten. Für diese Arbeit sollten gezielt sowohl Institutionen mit als auch solche ohne Musiktherapie befragt werden. Die Befragung an sich wurde mittels verschiedener Online-Fragebogen erhoben, die explizit für die verschiedenen Stichproben erstellt wurden.

Die Kontaktaufnahme mit den ausgewählten psychiatrischen Kliniken wurde – sofern online einsehbar – per Mail durchgeführt. Bei einigen Kliniken (Clenia Littenheid AG, Sanatorium Kilchberg AG, Triaplus AG) wurde die Kontaktaufnahme mittels interner E-Mails ergänzt oder ersetzt, da der Autor dieser Arbeit im Zeitraum der Befragung dort beschäftigt ist oder war. Für die E-Mail-Kontaktaufnahme wurde ein Standardtext vorbereitet (siehe Appendix E – Standardtext für die Anfrage der Kliniken und der Musiktherapeuten), der jeweils durch die entsprechenden Namen der Angeschriebenen, sowie durch den Namen der Klinik ergänzt wurde. Die Texte für die Institutionen, in denen der Autor dieser Arbeit angestellt war, wurden dahingehend angepasst. Die Anfragen wurden jeweils an den Chefarzt oder die Chefarztin der psychiatrischen Klinik versendet. Dem Standardtext wurde zudem ein PDF-Dokument mit den Items des Fragebogens für die Mitarbeitenden angehängt, sodass die kontaktierten Chefarzte sich ein Bild der Umfrage machen konnten, bevor sie sich für eine Teilnahme entscheiden sollten. Falls von der Institution ein Interesse bekundet wurde, wurde der Link zum Online-Fragebogen an die

Kontaktperson aus der psychiatrischen Klinik versendet, welche diesen wiederum an die Mitarbeitenden in der Klinik weitergeleitet hat. Diese Kontaktperson entsprach nicht in allen Fällen den kontaktierten Chefärzten. Für die Kliniken, die keine Musiktherapie im Angebot hatten, wurde ein separater, angepasster Online-Fragebogen erstellt (siehe Kapitel 2.4.8.), dem zusätzlich zu den Standardfragen eine kurze Definition der Musiktherapie vorausging.

Um möglichst viele Musiktherapeuten zu erreichen, wurde der Schweizerische Fachverband für Musiktherapie (SFMT) angeschrieben. Der SFMT ermöglichte es, einen Standardtext (siehe Appendix E – Standardtext für die Anfrage der Kliniken und der Musiktherapeuten) an alle Mitglieder des SFMT zu versenden mit dem Link für den Online-Fragebogen. Dabei wurden anfangs nur Musiktherapeuten für die Teilnahme eingeladen, die aktuell in einer psychiatrischen Klinik arbeiten. Um mehr Personen in die Befragung miteinbeziehen zu können, hat der Autor der vorliegenden Arbeit entschieden, auch Musiktherapeuten, die in den vergangenen fünf Jahren in einer psychiatrischen Klinik gearbeitet haben, für diese Befragung zu rekrutieren. Die Antworten sollten sich dann auf den letzten Arbeitsplatz in einer psychiatrischen Klinik beziehen. Die Fragebogen wurden für diese beiden Gruppen lediglich bei den Formulierungen (Gegenwart oder Vergangenheitsform) angepasst. Zudem erhielt der Autor von der Studienleitung des Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie zusätzlich Adressen von entsprechenden Musiktherapeuten, welche mit dem Standardtext angeschrieben wurden.

3.2. Arbeitszufriedenheit

Innerhalb des für die Musiktherapeuten erstellten Fragebogens sollte eine Kurz-Skala zur Erhebung der Arbeitszufriedenheit eingebaut werden. Auch hier wurde versucht sich an bereits verwendete Skalen bei Musiktherapeuten zu halten. Kim (2012) führte eine Arbeitszufriedenheitserhebung bei Musiktherapeuten in Korea durch. Dabei verwendete er eine Definition für die Arbeitszufriedenheit, nach der diese ein angenehmer oder positiver emotionaler Zustand ist, der sich aus der Bewertung der eigenen Arbeit oder der Arbeits Erfahrungen ergibt. Zu den Faktoren, die zur Arbeitszufriedenheit beitragen, wurden die Bezahlung, Beförderung, Arbeitsplatzsicherheit, Unterstützung, Merkmale der Arbeitsgruppe, Mitwirkung sowie Arbeitsklima genannt. Kim (2012) hatte die Korean Music Therapists' Job Satisfaction Scale (KMTJS) verwendet, welche insgesamt 21 Items

enthält. Die Skala wurde nicht übernommen, da sie im Sinne des Gütekriteriums der Ökonomie als zu lange befunden wurde. Es sollte eine möglichst kurze und dennoch messgenaue Möglichkeit gefunden werden. Daher wurde aufgrund der genannten Aspekte der Arbeitszufriedenheit Items aus früheren Befragungen zusammengestellt. Da Musiktherapeuten selten befördert werden, wurde dieser Aspekt nicht berücksichtigt. Insgesamt wurden die folgenden Items für die Erhebung der Arbeitszufriedenheit vorgesehen (in Klammern jeweils die entsprechenden Faktoren von Kim (2012)): Zufriedenheit mit dem Lohn (Bezahlung), Berufsjahre und die Zufriedenheit mit dem Pensum (Arbeitsplatzsicherheit), wahrgenommene Unterstützung (Unterstützung), Geschlecht, Alter und die allgemeine Zufriedenheit (Merkmale der Arbeitsgruppe), eigenständige Definition von Therapiezielen (Mitwirkung) und empfundene Wertschätzung (Arbeitsklima). Die Skala wurde nach der Erhebung faktorenanalytisch überprüft, um darzustellen, welche der genannten Faktoren tatsächlich relevant waren für die Bestimmung der Arbeitszufriedenheit. Dieser Schritt ist im Kapitel 4.3.1. dargestellt.

3.3. Fragebogen

Um Daten von den beiden Stichproben zu erheben, wurden zwei unterschiedliche Fragebogen konstruiert und als Online-Fragebogen an die Teilnehmenden versendet. Die Konstruktion der Fragebogen beinhaltete einige testtheoretisch Überlegungen, die im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

Die für die Beantwortung der Forschungsfragen und Hypothesen erstellten Online-Fragebogen wurden einerseits an die teilnehmenden psychiatrischen Kliniken gesendet und dort jeweils von den in Abbildung 1 genannten Mitarbeitenden ausgefüllt. Andererseits wurde ein Online-Fragebogen an die kontaktierten Musiktherapeuten versendet

Obwohl bereits andere Studien ähnlichen Fragestellungen nachgegangen sind, wie in der vorliegenden Arbeit, fanden sich keine einheitlich verwendeten Fragebogen. Kern & Tague (2017) sahen sich vor der gleichen Herausforderung, als sie ihre weltweite Befragung in Angriff nahmen. Sie entschieden sich, möglichst viele Fragen zu übernehmen und zu integrieren, die in vielen oder den meisten internationalen Befragungen gestellt wurden. Auf diese Weise versprachen sie sich eine Vergleichbarkeit der gefundenen Daten. Aufgrund von Durchführbarkeitsüberlegungen konnte der ausführliche, zeitintensive Fragebogen von Kern und Tague (2017) in der vorliegenden

Arbeit nicht übernommen werden. Für die Befragung in der Schweiz wurde daher ebenfalls ein eigener Fragebogen erstellt, der sich inhaltlich an den Themen vergleichbarer Studien orientierte und spezifische Fragen integrierte, um Vergleiche mit anderen Ländern aufzustellen.

Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu haben, wurde ein geschlossenes Antwortformat gewählt. So konnten die Fragen jeweils mit Likert-Skalen oder nominalen Skalen beantwortet werden, um weniger Zeit von den Teilnehmenden zu beanspruchen und so eine grössere Stichprobe erheben zu können.

Fragebogen Musiktherapeuten

Ein Fragebogen mit numerischen und dichotomen Items, Einfach- und Mehrfach-Antwortformaten und Ratingskalen (Likert-Skalen) wurde entwickelt. Inhaltlich bezogen sich die Items auf die in der Literaturrecherche gefundenen Musiktherapie-Befragungen (Choi, 1997; Clements-Cortes, 2013; Gross, 2013; Kern & Tague, 2017; Melches et al., 2016; Phan Quoc et al., 2019; Poepel et al., 2002; Silverman, 2007), um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Choi (1997) empfahl für zukünftige Befragungen, auch die Gehälter von Musiktherapeuten zu erfragen, da er dort grosse Unterschiede vermutete. Daher wurde diese Frage in dieser Befragung mitberücksichtigt.

Insgesamt war der Fragebogen für die Musiktherapeuten deutlich länger als der für die Mitarbeitenden. Er bestand aus 36 Items. Dies lag daran, dass die Musiktherapeuten, nebst den Fragen, die auch die Mitarbeitenden beantworten, zusätzliche Fragen zur Arbeitszufriedenheit, Kompetenzen und empfundener Wertschätzung ausfüllen mussten. Der Fragebogen gliederte sich in die folgenden Abschnitte: (1) Demographische Variablen; (2) Arbeitszufriedenheit; (3) empfundene Wertschätzung als Musiktherapeut; (4) Finanzierung; (5) Indikationen für Musiktherapie und (6) Kompetenzen.

Die beiden Versionen für Musiktherapeuten, die aktuell oder in den vergangenen fünf Jahren in einer psychiatrischen Klinik in der deutschsprachigen Schweiz gearbeitet haben, finden sich unter *Appendix A*.

Fragebogen Mitarbeitende

Der Fragebogen für die Mitarbeitenden von psychiatrischen Kliniken enthielt ebenfalls unterschiedliche Antwortformate. Dichotome Items, offene Antwortformate, Ratingskalen (Likert-Skalen), Mehrfachauswahlen und Gruppierungsfragen wurden vereint. Bei der Erstellung der Items für die Mitarbeitenden stützte sich der Autor auf eine Studie von Choi (1997), bei der ebenfalls Mitarbeitende von psychiatrischen Kliniken zu ähnlichen Fragestellungen wie in dieser Arbeit befragt wurden. So sollten die Mitarbeitenden bei Choi beurteilen a) Welchen Stellenwert der Beruf von Musiktherapeuten aus ihrer Sicht hat und b) Was sie über die Rolle der Musiktherapeuten denken. Dabei gab es drei Sektionen im Fragebogen die sich auf 1) Identifikation des Berufsstandes der Musiktherapie, 2) Bewertung des Teamansatzes des Musiktherapeuten und 3) Klinische Bewertung des Musiktherapiedienstes bezogen.

Ein Item des in dieser Arbeit erstellten Fragebogens stellte eine Auswahl von Indikationen für die Musiktherapie dar. Die genannten Punkte sollten dahingehend eingeschätzt werden, wie geeignet sie als Indikation für die Musiktherapie wahrgenommen werden. Dazu kamen einerseits die Indikationen aus der Befragung von Melches et al. (2016) mit einzelnen, ergänzenden Indikationen aus der Befragung von Poepel et al. (2002) in Frage, sowie andererseits auch die Indikationen aus der Befragung von Choi (1997). Während die Begriffe von Melches et al. (2016) und Poepel et al. (2002) bereits aus dem Deutschen übernommen werden konnten, mussten die Begriffe von Choi (1997) zuerst ins Deutsche übersetzt werden. Die Begriffe wurden von einer Person mit englischer Muttersprache zurückübersetzt und als unmissverständlich eingestuft. Die Indikationskriterien der beiden Studien wurden einander gegenübergestellt und sind in Tabelle 1 dargestellt. Es zeigte sich eine hohe Übereinstimmung. Aufgrund dieser hohen Übereinstimmung, wurde als Ausschlusskriterium die Tatsache gewählt, dass die Items in der rechten Spalte von Tabelle 1 aus zwei verschiedenen Fragebogen stammen. Daher wurden die Indikationskriterien von Choi (1997) verwendet. Aus den Rückmeldungen der Musiktherapeutinnen zur Überprüfung der Validität wurden noch zwei weitere Indikationskriterien ergänzt, die so nicht in der Liste von Choi (1997) vertreten waren.

Tabelle 1. Gegenüberstellung der Indikationskriterien von Choi (1997) und Melches et al. (2016) & Poepel et al. (2002)

Choi (1997)	Nummer		Melches et al. (2016) & Poepel et al. (2002)
Fördern des Selbstwertgefühls	1	1	Förderung des Selbstwertgefühls
Fördern von adäquatem Verhalten Fördern der Realitätsorientierung	2	2	Emotionale Stabilisierung / Emotionsregulation
Behandlung von Beziehungsproblemen	3	3	Überwindung sozialer Konflikte
Erleben von Freude	5	5	Lebensqualität
Fördern von sozialen Kompetenzen	6	6	Förderung sozialer Interaktionen / Kompetenz
Fördern der Problemlösungskompetenz	7	7	Krankheitsbewältigung
Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung	8	8	Strukturierung und Stabilisierung
Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt	9	9	Aufarbeitung biografischer Probleme
Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne	10	10	Erlebnisintensivierung
Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung	11	11	Reduktion von Spannungszuständen / Entspannung
Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck	12	12	Persönlichkeitsentwicklung allgemein
Fördern der Kommunikationsfähigkeiten	13	13	Förderung der Kommunikationsfähigkeit

Die Frage nach den Indikationen wurde sowohl für die Musiktherapeuten als auch für die Mitarbeitenden gleich gestellt und enthielt schliesslich die folgenden 15 Kriterien: Fördern des Selbstwertgefühls, Fördern von adäquatem Verhalten, Fördern der Realitätsorientierung, Behandlung von Beziehungsproblemen, Erleben von Freude, Fördern von sozialen Kompetenzen, Fördern der Problemlösungskompetenz, Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung, Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt, Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne, Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung, Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck, Fördern der Kommunikationsfähigkeiten, Emotionsregulation und Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung.

Die beiden Versionen für Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken mit und ohne Musiktherapie in der deutschsprachigen Schweiz finden sich unter Appendix B – Fragebogen für Mitarbeitende MIT Musiktherapie und Appendix C – Fragebogen für Mitarbeitende OHNE Musiktherapie.

Gütekriterien

Als zentrale Gütekriterien, die bei der Entwicklung eines Fragebogens berücksichtigt werden müssen, werden Objektivität, Reliabilität, Validität, Skalierung, Normierung, Testökonomie, Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Unverfälschbarkeit und Fairness genannt (Moosbrugger & Kelava, 2020). Da es sich in der vorliegenden Arbeit um zwei neu erstellte Fragebogen handelte, war es von grosser Bedeutung diesen Gütekriterien Rechenschaft zu tragen.

Validität

Eine hohe Inhaltsvalidität wurde durch eine sorgfältige Testkonstruktion gewährleistet. Da sich die Items für den Fragebogen inhaltlich an Items aus vorangegangenen Studien orientierten, die ähnliche Konstrukte untersucht haben, wurde eine hohe Inhaltsvalidität angenommen. Nach Moosbrugger & Kelava (2020) sollte die Beurteilung, inwieweit die Inhalte der Items das interessierende Merkmal repräsentativ erfassen, durch Experten kontrolliert werden. Um zusätzlich die Repräsentativität der Items zu überprüfen, wurden die Items für den Fragebogen daher an zwei Musiktherapeutinnen ausgehändigt, welche ein Feedback zu Klarheit, Genauigkeit, Einschränkungen und Länge des Instruments gaben. Basierend auf deren Rückmeldungen wurde der Fragebogen überarbeitet und angepasst. Durch dieses Expertenurteil wurde die Inhaltsvalidität weiter erhöht.

Die Kriteriumsvalidität, welche angibt, inwiefern die gefundenen Ergebnisse auch ausserhalb der Testsituation zulässig sind, konnte in dieser Arbeit nicht überprüft werden. Um die Konstruktvalidität zu überprüfen, wurde mit den erhobenen Daten eine Faktorenanalyse durchgeführt.

Reliabilität

Es war keine Retest- sowie die Paralleltest Reliabilität im Rahmen dieser Arbeit möglich, um die Reliabilität des Fragebogens zu überprüfen. Für den Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha wäre es notwendig, dass die Kovarianzen aller verwendeten Items identisch

sind, was bereits durch das unterschiedliche Antwortformat der verschiedenen Fragen ausgeschlossen war. Für die Arbeitszufriedenheits-Kurzskala konnte der Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha berechnet werden (siehe Kapitel 4.3.2.).

Objektivität

Nach Moosbrugger und Kelava (2020, S.18) liegt Objektivität in einem Test vor, wenn «das ganze Verfahren, bestehend aus Testmaterialien, Testdarbietung, Testauswertung und Interpretationsregeln, so genau festgelegt ist, dass der Test unabhängig von Ort, Zeit, Testleiter und Auswerter durchgeführt werden könnte und für eine bestimmte Testperson bezüglich des untersuchten Merkmals dennoch dasselbe Ergebnis und dieselbe Ergebnisinterpretation liefert». Die beiden Fragebogen wurden dadurch, dass sie in standardisierter Form online vorliegen, dem Gütekriterium der Durchführungsobjektivität gerecht. Die Items wurden immer in der derselben Reihenfolge präsentiert. Ausserdem wurde die Instruktion im Online-Fragebogen immer gleichgehalten, wodurch eine Testleiter-Verzerrung ausgeschlossen werden konnte. Ebenso wurde die Auswertungsobjektivität gewährleistet, da die Items – mit Ausnahme der demografischen Fragen – ein gebundenes und somit eindeutig zu interpretierendes Antwortformat aufwiesen. Die Unabhängigkeit des Ortes wurde dadurch geschaffen, dass die Teilnehmenden den Fragebogen alle an ihrem Arbeitsplatz durchführen konnten. Alleine der Zeitpunkt, an dem die Teilnehmenden den Fragebogen ausgefüllt haben, konnte sich unterscheiden.

Weitere Gütekriterien

Dem Gütekriterium der Ökonomie konnte mit einer möglichst geringen Anzahl Items entsprochen werden. Dadurch wurde die Durchführungsdauer verkürzt und die Chance auf eine höhere Antwort-Rate gegeben. Das gewählte Antwortformat sorgte zudem für eine ökonomische Auswertung der Ergebnisse.

Die Nützlichkeit des Fragebogens liegt vor, «wenn das von ihm gemessene Merkmal praktische Relevanz aufweist und die auf seiner Grundlage getroffenen Entscheidungen (Maßnahmen) mehr Nutzen als Schaden erwarten lassen» (Moosbrugger & Kelava, 2020, S.24). Dies konnte im vorliegenden Fragebogen gewährleistet werden, da er zum ersten Mal die Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten, sowie die Wahrnehmung der Musiktherapie durch Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken erfasste.

Auch dem Gütekriterium der Zumutbarkeit konnte aufgrund der eher kurzen Dauer des Fragebogens entsprochen werden.

Hinsichtlich der Unverfälschbarkeit schreiben Moosbrugger und Kelava (2020), dass dieses Gütekriterium erfüllt ist, «wenn das Verfahren derart konstruiert ist, dass die Testperson die konkreten Ausprägungen ihrer Testwerte durch gezielte Vortäuschung eines für sie unzutreffenden Testverhaltens nicht verzerren kann». Aufgrund der Instruktion des Online-Fragebogens, die das Ziel der Umfrage offenlegt, konnte dieses Gütekriterium nicht vollumfänglich erfüllt werden.

3.4. Datenauswertung

Die quantitativen Fragen wurden mit IBM SPSS 29 ausgewertet. Dabei wurde einerseits die deskriptive Auswertung der Daten innerhalb der Berufsgruppen sowie andererseits der Vergleich zwischen psychiatrischen Kliniken mit und ohne Musiktherapie, sowie zwischen Mitarbeitenden und Musiktherapeuten berechnet.

3.5. Zeitplanung

Die Datenerhebung fand im Zeitraum zwischen dem 22. September und dem 20. Dezember 2022 statt. Ein Zeitraum von gut zweieinhalb Monaten sollte es ermöglichen, die Antworten von möglichst vielen Personen zu erheben.

Um die notwendigen Schritte der Rekrutierung der Stichprobe, der Datenerhebung, der Datenauswertung, sowie des Verfassens der Ergebnisse zeitgerecht durchführen zu können, wurde der folgende Zeitplan (siehe Abbildung 2) für die Arbeit erstellt.

Abbildung 2. Zeitplan der verschiedenen Arbeitsschritte der Masterarbeit.

Projektphasen	01 - 06 2022	07 – 11 2022	11 – 05 2022 / 2023
<i>Vorbereitung</i>			
Ausformulierung Hypothesen	■		
Literaturrecherche	■		
Erstellung des Online-Fragebogens	■		
Rekrutierung von Institutionen / TN		■	
<i>Durchführung</i>			
Koordination der Befragung		■	
Dateneingabe		■	
Verfassen der Masterarbeit (Einleitung, Methoden)		■	
<i>Datenauswertung</i>			
Datenauswertung SPSS			■
Verfassen der Masterarbeit (Ergebnisse und Diskussion)			■

4. Ergebnisse

Bevor die Überprüfung der eingeführten Hypothesen dargestellt wird, werden zuerst die beiden erhobenen Stichproben beschrieben und die entwickelte Skala zur Messung der Arbeitszufriedenheit gezeigt.

4.1. Teilnahme der Institutionen

Grundsätzlich zeigten nicht alle angefragten Institutionen Interesse, an der Umfrage teilzunehmen. Insgesamt wurden 38 stationäre, psychiatrische Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz angeschrieben (siehe Tabelle 8 unter Appendix F – Institutionen). Davon haben 15 Kliniken zugesagt und die Umfrage intern an alle Mitarbeitenden versendet. Die Kantone Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Basel-Land, Bern, Graubünden, Sankt Gallen, Schaffhausen, Thurgau, Zug und Zürich sind somit in der Stichprobe vertreten. Insgesamt haben 12 Kliniken mit und drei Kliniken ohne Musiktherapie im Behandlungsangebot teilgenommen. Von den 23 Kliniken, die nicht teilgenommen haben, haben sieben eine Absage per E-Mail retourniert. Von den übrigen acht Kliniken kam keine Antwort auf die E-Mail-Anfrage. Die Absagen wurden durch die starke Personalauslastung und Personalengpässe innerhalb der Klinik begründet.

4.2. Stichprobe

In dieser Arbeit wurden zwei unterschiedliche Stichproben erhoben. Diese werden nun ausführlich dargestellt.

4.2.1. Musiktherapeuten

Über den Schweizerischen Fachverband für Musiktherapie (SFMT) wurde der Fragebogen an alle dort registrierten Musiktherapeuten in der Schweiz versendet. Ausserdem wurden insgesamt 20 Musiktherapeuten persönlich vom Autor per E-Mail angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen.

An der Befragung für Musiktherapeuten haben schliesslich 22 Personen teilgenommen. 19 davon arbeiteten zum Zeitpunkt der Umfrage in einer psychiatrischen Klinik, drei davon gaben an, in den letzten fünf Jahren in einer psychiatrischen Klinik gearbeitet zu haben. Der Altersdurchschnitt lag bei 48.2 Jahren. An der Befragung haben mehr Frauen ($n = 16$) als Männer ($n = 6$) teilgenommen. Weitere soziodemographischen Daten der 22 Musiktherapeuten finden sich in Tabelle 2.

Tabelle 2. Soziodemographische Angaben der befragten Musiktherapeuten

Eigenschaften	Kategorien	N	Prozent (%)
Geschlecht	Frau	16	72.7
	Mann	6	27.3
	andere	0	0.0
Alter	30 – 40	5	22.7
	41 – 50	7	31.8
	51 – 65	10	45.5
Bildung	Master (Universität oder Fachhochschule)	8	36.4
	Master of Advanced Studies (MAS)	12	54.5
	Bachelor (Universität oder Fachhochschule)	1	4.5
	Diploma of Advanced Studies (DAS)	0	0.0
	Certificate of Advanced Studies (CAS)	0	0.0
	anderes	1	4.5
Berufsjahre	< 1 Jahr	1	4.5
	1 – 4 Jahre	8	36.4
	5 – 9 Jahre	4	18.2
	10 – 14 Jahre	7	31.8
	15 – 19 Jahre	1	4.5
	> 20 Jahre	1	4.5
Pensum	20 %	3	13.6
	40 %	6	27.3
	50 %	2	9.1
	55 %	1	4.5
	60 %	3	13.6
	65 %	1	4.5
	70 %	1	4.5
	80 %	2	9.1
	Keine Angaben	3	13.6
Anzahl MT-Stellen*	1 Stelle	6	27.3
	2 Stellen	13	59.1
	3 Stellen	2	9.1
	4 Stellen	1	4.5
HFP Oda**	Ja	6	27.3
	Derzeit im Verfahren	5	22.7
	Nein	6	27.3
	Nein und werde ich auch nicht	4	18.2
	Keine Angaben	1	4.5
Total		22	100 %

Anmerkungen: *: verschiedene musiktherapeutische Stellen der befragten Person; **: Organisation der Arbeitswelt Artecurea.

4.2.2. Mitarbeitende

Im Zeitraum zwischen dem 22. September 2022 und dem 20. Dezember 2022 haben insgesamt 377 (294 aus Kliniken mit Musiktherapie, 83 aus Kliniken ohne Musiktherapie) Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken die Online-Befragung vollständig ausgefüllt. 153 Personen haben den Fragebogen unterbrochen und somit nicht abgeschlossen, weshalb deren Daten nicht verwendet werden konnten. Der Altersdurchschnitt der beteiligten Mitarbeitenden lag bei 40.4 Jahren (*Standardabweichung* [SD] = 11.897). Es nahmen deutlich mehr Frauen ($n = 284$) als Männer ($n = 90$) an der Umfrage teil. Zudem wurde die Option «andere» dreimal gewählt. Weitere soziodemographischen Angaben der 377 Mitarbeitenden finden sich in Tabelle 3.

Tabelle 3. Soziodemographische Angaben der befragten Mitarbeitenden

Eigenschaften	Kategorien	N	Prozent (%)
Geschlecht	Frau	284	75.3
	Mann	90	23.9
	andere	3	0.8
Alter*	18 – 29	76	20.3
	30 – 39	124	33.0
	40 – 49	72	19.2
	50 – 59	81	21.6
	60 – 69	22	5.9
Funktion	Ärzte	33	8.8
	Psychologen	75	19.9
	Pflege	138	36.6
	Fachtherapeuten	58	15.4
	Kader	36	9.5
	Kader + Funktion	37	9.8
Berufsjahre	< 1 Jahr	58	15.4
	1 – 4 Jahre	142	37.7
	5 – 9 Jahre	75	19.9
	10 – 14 Jahre	47	12.5
	15 – 19 Jahre	18	4.8
	> 20 Jahre	37	9.8
Total		377	100 %

Anmerkungen: *: 2 Personen ohne Altersangabe ($N = 375$).

4.3. Messung der Arbeitszufriedenheit

Die in Kapitel 3.2. ausgewählten Items wurden im vorliegenden Fragebogen verwendet. Mit einem variablenreduzierenden Verfahren (explorative Faktorenanalyse) sollte Aufschluss darüber gegeben werden, ob diese Items alle auf dasselbe Konstrukt – in diesem Falle die Arbeitszufriedenheit – laden. Dadurch sollte ermittelt werden, welche Fragen sich am besten zur Erhebung der Arbeitszufriedenheit eignen. Ausserdem wurde die Reliabilität der Items berechnet.

4.3.1. Faktorenanalyse zur Arbeitszufriedenheit

Ursprünglich wurden zehn Items zur Erhebung der Arbeitszufriedenheit in den Fragebogen eingebaut, die in Kapitel 3.2. aufgezählt wurden. Eine erste explorative Faktorenanalyse mit diesen zehn Items ergab sowohl einen ungenügenden Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Wert von .517 als auch einen nicht signifikanten Wert im Bartlett-Test (Chi-Quadrat(21) = 25.278, $p = .235$), weshalb diese Faktorenanalyse nicht interpretiert werden durfte. Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigte sich, dass die Items «Zufriedenheit mit den Instrumenten», «Zufriedenheit mit den digitalen Möglichkeiten» und «Zufriedenheit mit der Klientel» weder miteinander noch mit den übrigen vier Items einen gemeinsamen Faktor aufwiesen. Daher wurde in einer weiteren explorativen Faktorenanalyse ein Modell zur Erhebung der Arbeitszufriedenheit mit den übrigen vier Items («allgemeine Zufriedenheit», «empfundene Wertschätzung», «Zufriedenheit mit dem Pensum» und «Zufriedenheit mit dem Lohn») geprüft. Sowohl der KMO-Wert von .657 als auch der Bartlett-Test (Chi-Quadrat(6) = 16.564, $p = .011$) weisen darauf hin, dass sich die Variablen für eine Faktoranalyse eignen. So wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Aufgrund der Eigenwerte grösser als 1.0, sowie basierend auf dem Screeplot wurde eine Ein-Faktor-Lösung gewählt, welche 53.821% der Varianz erklärt. Damit liegt bei den vier verwendeten Items ein gemeinsamer Faktor vor, der als «Arbeitszufriedenheit» benannt wurde.

4.3.2. Reliabilität der Arbeitszufriedenheit

Für die vier Items «allgemeine Zufriedenheit», «empfundene Wertschätzung», «Zufriedenheit mit dem Pensum» und «Zufriedenheit mit dem Lohn» wurde die interne Konsistenz mit Cronbachs Alpha berechnet. Für die Arbeitszufriedenheits-Skala ergab sich ein

akzeptabler Wert mit einem Cronbachs Alpha Wert von .703. Diese vier Items erlauben folglich eine reliable Messung der Arbeitszufriedenheit.

4.4. Überprüfung der Forschungsfragen

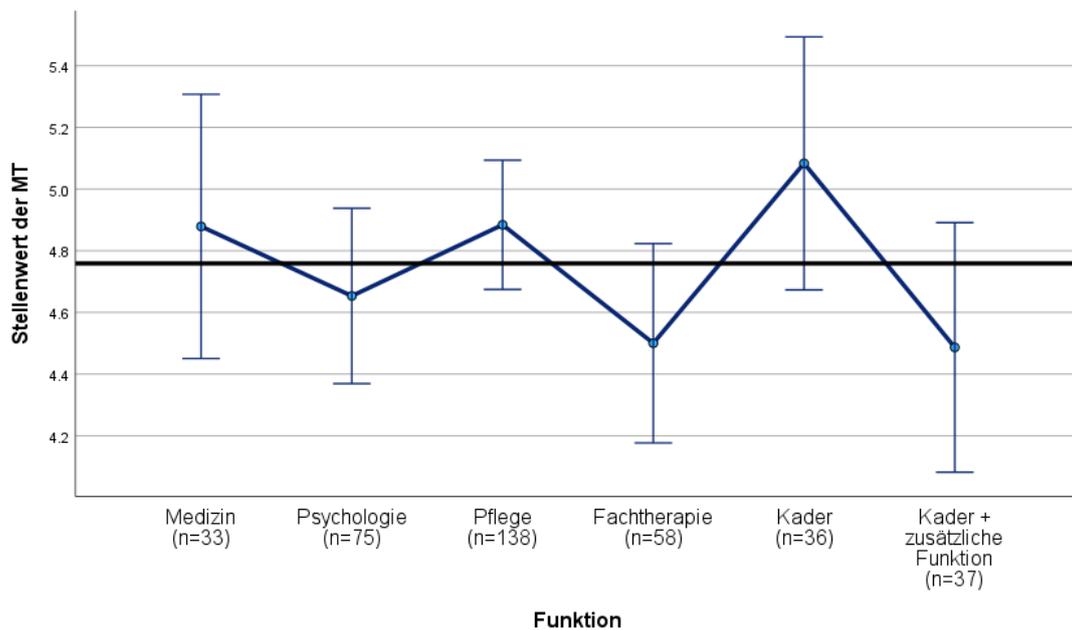
Die im Folgenden ausgeführten Forschungsfragen 1 bis 4 beziehen sich auf die Daten der befragten Mitarbeitenden ($N = 377$), während die Forschungsfragen 5, 6, 8 und 9 sich auf die Daten der befragten Musiktherapeuten ($N = 22$) beziehen. Die Beantwortung der Forschungsfrage 7 stützt sich auf beide Datensätze.

4.4.1. Forschungsfrage 1 – Stellenwert

Die Forschungsfrage 1 befasste sich mit dem Stellenwert, den Mitarbeitende von psychiatrischen Kliniken der Musiktherapie geben. Über alle Mitarbeitenden hinweg ergab sich ein Mittelwert von 4.76 ($SD = 1.258$), was einer Bewertung zwischen eher wichtig und wichtig entspricht. In der Häufigkeitsverteilung zeigte sich, dass 34 Personen (9.0%) angaben, die Musiktherapie sei sehr unwichtig, unwichtig oder eher unwichtig. 89.4% schätzen die Musiktherapie als eher wichtig, wichtig, oder sehr wichtig ein. Am häufigsten wurde die Bewertung «wichtig» (43.2%) abgegeben.

Hypothese 1: Um zu überprüfen, ob Ärzte der Musiktherapie einen geringeren Stellenwert gaben als Pflegepersonen, Psychologen oder Fachtherapeuten, wurde zuerst eine neue Variable mit den sechs Kategorien Medizin, Psychologie, Pflege, Fachtherapie, Kader und Kader plus zusätzliche Funktion berechnet. Eine univariate Varianzanalyse untersuchte dann die Unterschiede in der Variable «Wichtigkeit» zwischen den sechs Kategorien. Die Funktion innerhalb der Klinik hatte keinen signifikanten Einfluss auf die empfundene Wichtigkeit der Musiktherapie ($F(4,372) = 1.476, p = .209, n = 377$). Die Grafik in der Abbildung 3 zeigt, dass es zwar leichte Unterschiede gibt, allerdings sind diese nicht signifikant. Die Hypothese 1 konnte damit nicht verifiziert werden.

Abbildung 3. Empfundene Wichtigkeit der Musiktherapie innerhalb des Behandlungsangebots der Klinik durch Mitarbeitende verschiedener Funktionen



Anmerkungen: MT = Musiktherapie; $N = 377$; Fehlerbalken: 95% Konfidenzintervall; Horizontale Linie = beobachteter Gesamtmittelwert.

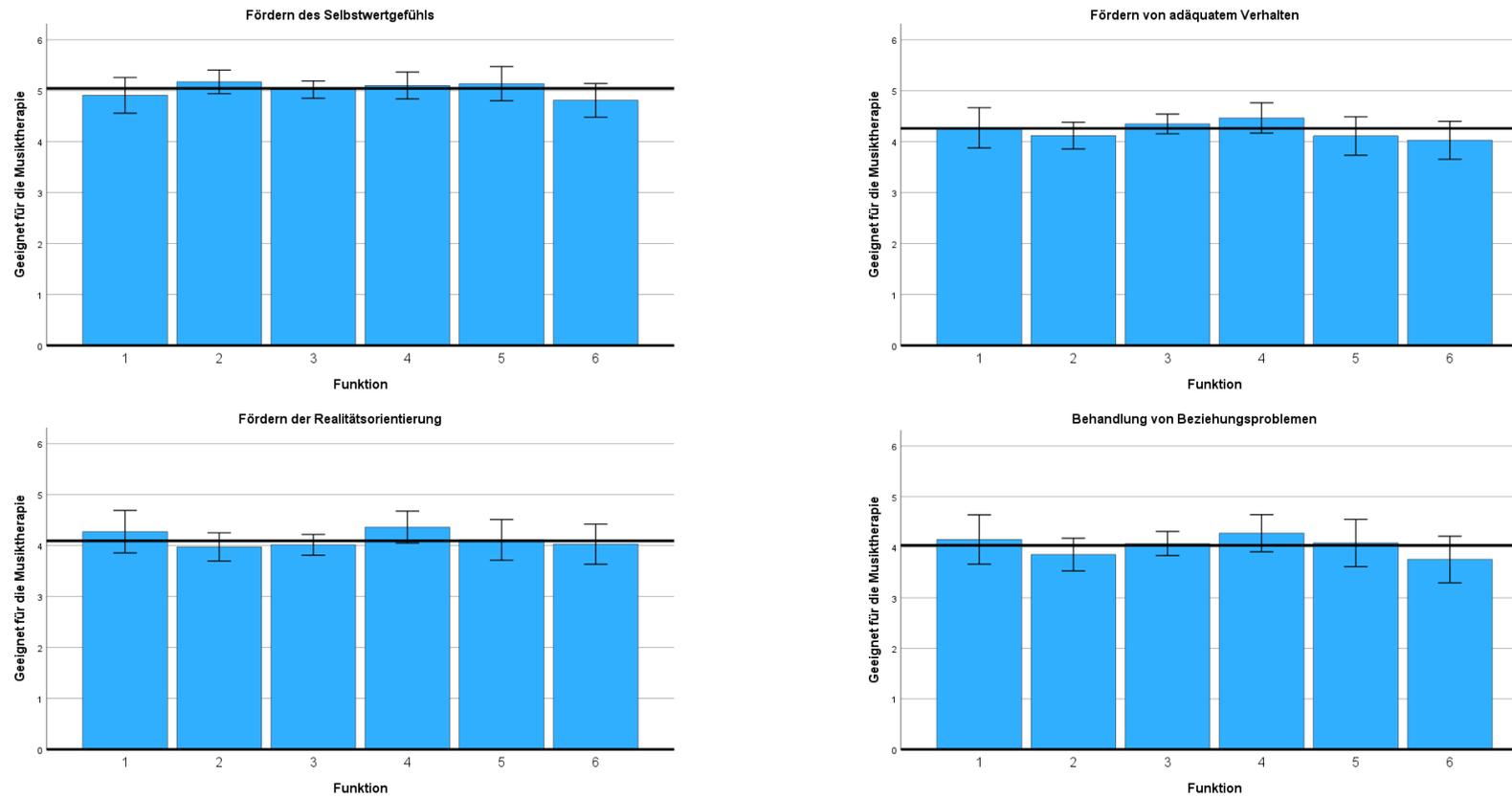
4.4.2. Forschungsfrage 2 – Indikationen für die Musiktherapie

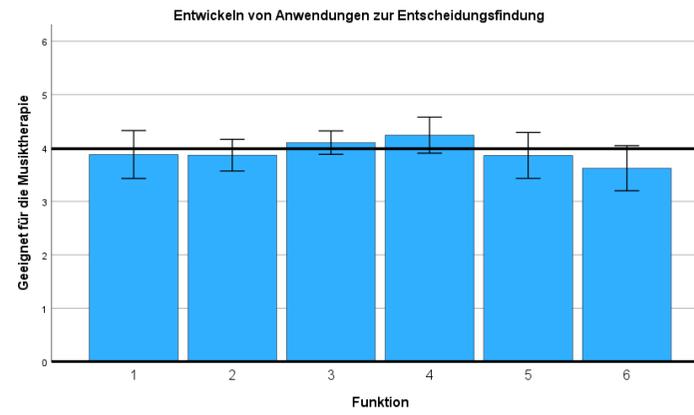
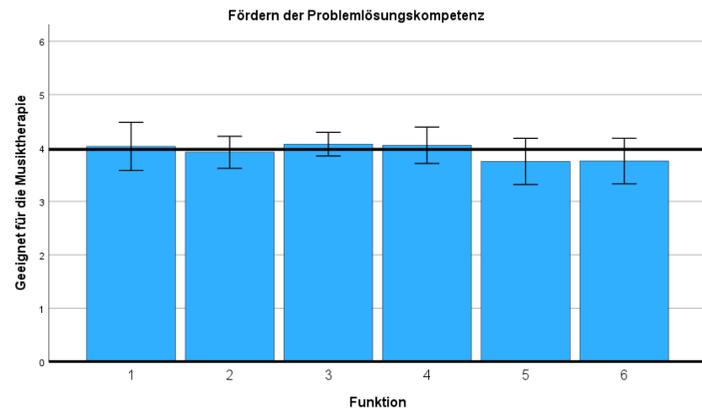
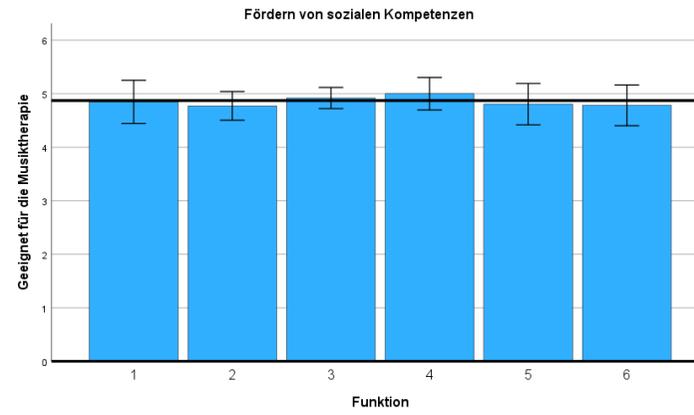
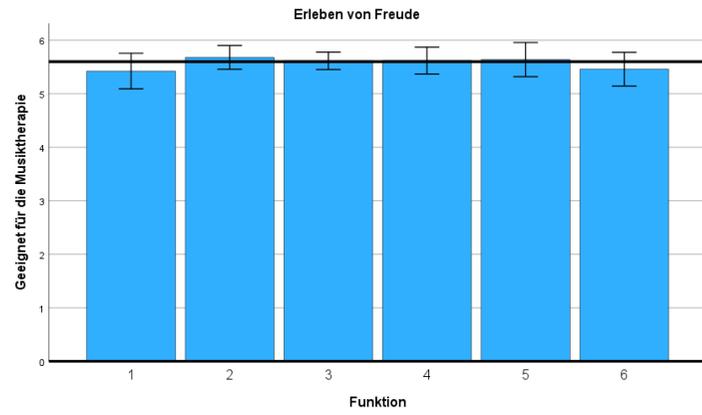
Die Forschungsfrage 2 befasste sich mit der Frage, wie Mitarbeitende der sechs Funktionsgruppen innerhalb psychiatrischer Kliniken die vorgeschlagenen Indikationen für die Musiktherapie einschätzen.

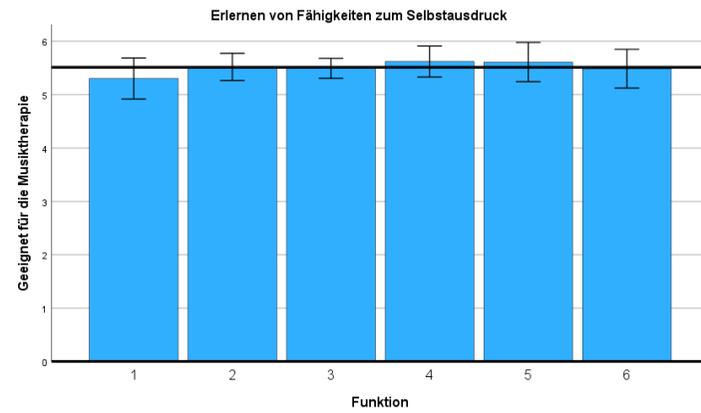
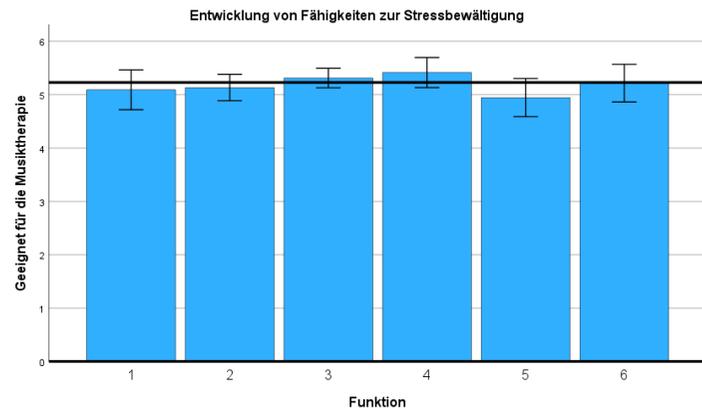
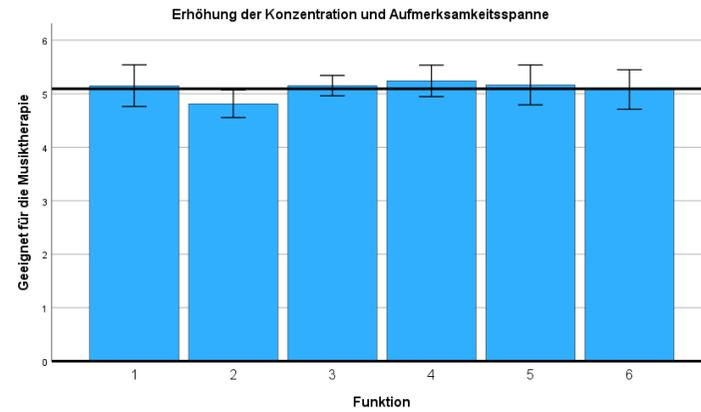
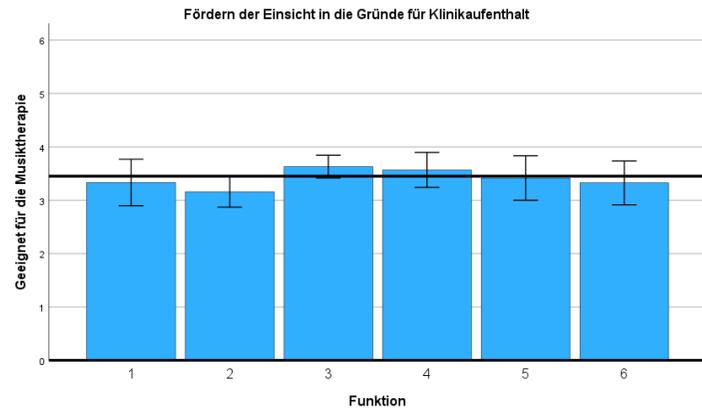
Hypothesen 2a und 2b: Um herauszufinden, ob Ärzte der Musiktherapie insgesamt weniger Indikationen zuschreiben als Pflegepersonen, Psychologen oder Fachtherapeuten (Hypothese 2a), und ob Ärzte die Indikationen im Mittel geringer einstufen als Pflegepersonen, Psychologen oder Fachtherapeuten (Hypothese 2b), wurde eine multivariate Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. In Abbildung 4 sind die Einschätzungen für alle 15 Indikationen dargestellt. Bei keiner Indikation fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den sechs Funktionen ($F(4,372) = .395$ bis 2.327 , $p = 0.56$ bis $.812$, $n = 377$). Weder stuften Ärzte insgesamt weniger Indikationen als eher geeignet, geeignet, oder sehr geeignet ein, noch fielen ihre Bewertungen pro Indikation tiefer aus im Vergleich zu den anderen fünf Funktionen. Daher konnten die Hypothesen 2a und 2b nicht verifiziert werden.

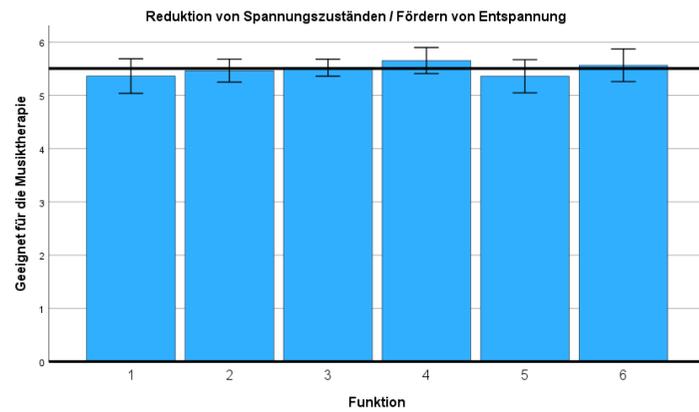
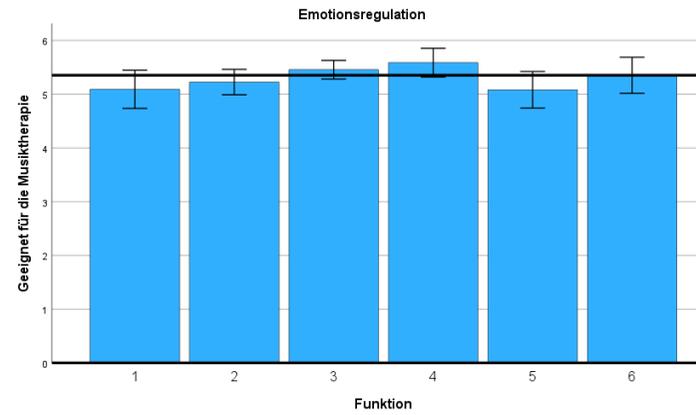
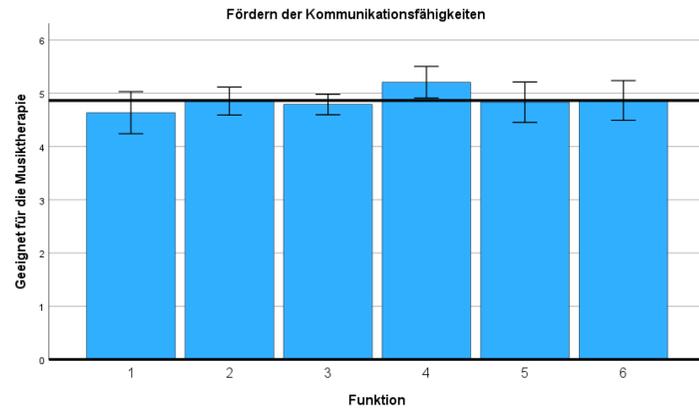
Tabelle 4 zeigt die Gesamtmittelwerte für die einzelnen Indikationen über alle Berufsgruppen hinweg auf, während in Abbildung 5 jene Gesamtmittelwerte als Balkendiagramm graphisch dargestellt sind. Als sehr geeignet für die Musiktherapie (Mittelwert > 5.5) wurden die Indikationen 'Erleben von Freude', 'Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck' und 'Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung' eingeschätzt. Die Indikationen 'Fördern des Selbstwertgefühls', 'Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne', 'Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung' und 'Emotionsregulation' wurden als geeignet für die Musiktherapie eingestuft (Mittelwert > 5.0). Als eher ungeeignet (Mittelwert = 3.45) wurde die Indikation 'Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt' bewertet.

Abbildung 4. Einschätzung von Mitarbeitenden stationärer, psychiatrischer Kliniken zur Eignung von Musiktherapie für 15 verschiedene Indikationen









Anmerkungen: $N = 377$; Fehlerbalken: 95% Konfidenzintervall; schwarze horizontale Linie = Beobachteter Gesamtmittelwert;

X-Achse: 1 = Medizin, 2 = Psychologie, 3 = Pflege, 4 = Fachtherapie, 5 = Kader, 6 = Kader + eine Funktion von 1 bis 4;

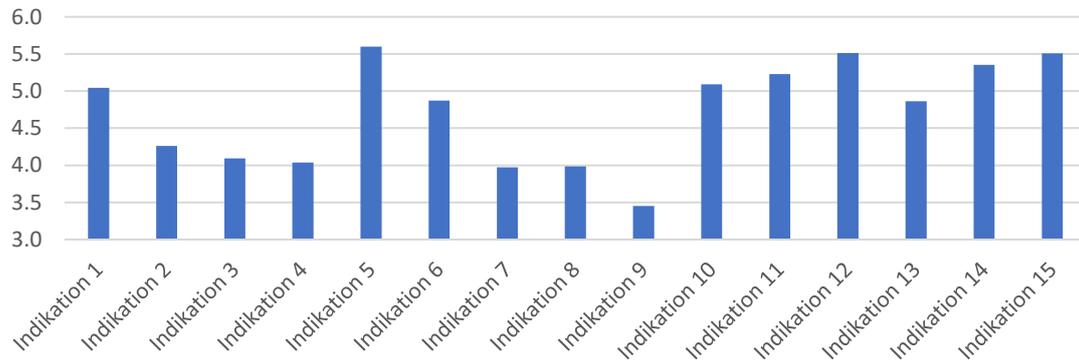
Y-Achse: Skala für die Einschätzung der Indikationen: 1 = sehr ungeeignet 2 = ungeeignet 3 = eher ungeeignet 4 = eher geeignet 5 = geeignet 6 = sehr geeignet.

Tabelle 4. Deskriptive Statistik zu den Indikationen über alle Mitarbeitenden hinweg

Indikationen	Mittelwert	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	5.045	.053	4.942	5.149
2	4.260	.059	4.143	4.377
3	4.093	.063	3.969	4.216
4	4.037	.073	3.893	4.181
5	5.599	.050	5.501	5.698
6	4.873	.060	4.754	4.992
7	3.973	.068	3.840	4.107
8	3.987	.068	3.854	4.120
9	3.451	.066	3.322	3.580
10	5.093	.059	4.977	5.208
11	5.228	.056	5.118	5.339
12	5.512	.058	5.399	5.625
13	4.865	.060	4.747	4.982
14	5.353	.054	5.247	5.459
15	5.507	.049	5.411	5.603

Anmerkungen: $N = 377$; Indikation 1 = Fördern des Selbstwertgefühls; Indikation 2 = Fördern von adäquatem Verhalten; Indikation 3 = Fördern der Realitätsorientierung; Indikation 4 = Behandlung von Beziehungsproblemen; Indikation 5 = Erleben von Freude; Indikation 6 = Fördern von sozialen Kompetenzen; Indikation 7 = Fördern der Problemlösungskompetenz; Indikation 8 = Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung; Indikation 9 = Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt; Indikation 10 = Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne; Indikation 11 = Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung; Indikation 12 = Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstausdruck; Indikation 13 = Fördern der Kommunikationsfähigkeiten; Indikation 14 = Emotionsregulation; Indikation 15 = Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung.

Abbildung 5. Gesamtmittelwerte über alle Berufsgruppen hinweg zu den 15 Indikationen



Anmerkungen: $N = 377$;

Y-Achse: Skala zur Bewertung der Indikationen: 1 = sehr ungeeignet; 2 = ungeeignet; 3 = eher ungeeignet; 4 = eher geeignet; 5 = geeignet; 6 = sehr geeignet.

X-Achse: Indikation 1 = Fördern des Selbstwertgefühls; Indikation 2 = Fördern von adäquatem Verhalten; Indikation 3 = Fördern der Realitätsorientierung; Indikation 4 = Behandlung von Beziehungsproblemen; Indikation 5 = Erleben von Freude; Indikation 6 = Fördern von sozialen Kompetenzen; Indikation 7 = Fördern der Problemlösungskompetenz; Indikation 8 = Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung; Indikation 9 = Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt; Indikation 10 = Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne; Indikation 11 = Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung; Indikation 12 = Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck; Indikation 13 = Fördern der Kommunikationsfähigkeiten; Indikation 14 = Emotionsregulation; Indikation 15 = Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung.

4.4.3. Forschungsfrage 3 – Kompetenzeinschätzungen der Mitarbeitenden

Die Forschungsfrage 3 untersuchte, als wie kompetent Mitarbeitende von stationären psychiatrischen Kliniken Musiktherapeuten einschätzen. Die Gesamtmittelwerte der Kompetenzeinschätzungen sind in Tabelle 5 dargestellt, sowie in Abbildung 6 graphisch abgebildet. Aus der Grafik kann abgelesen werden, dass die Mitarbeitenden von stationären, psychiatrischen Kliniken den Musiktherapeuten hohe Kompetenzen (Mittelwert = 4.5 – 5.5) in den Bereichen ‘Musiktheorie’ und ‘Musikalische Fähigkeiten’, sowie eher hohe Kompetenzen (Mittelwert = 3.5 – 4.5) in den Bereichen ‘Psychotherapie’ und ‘Psychopathologie’ zuschreiben. Eher niedrige Kompetenzen (Mittelwert = 2.5 – 3.5) wurden Musiktherapeuten in medizinischem Wissen zugetraut. Sehr niedrige Kompetenzen (Mittelwert 1.5 – 2.5) wurden Musiktherapeuten in Bezug auf Medikamente zugeschrieben.

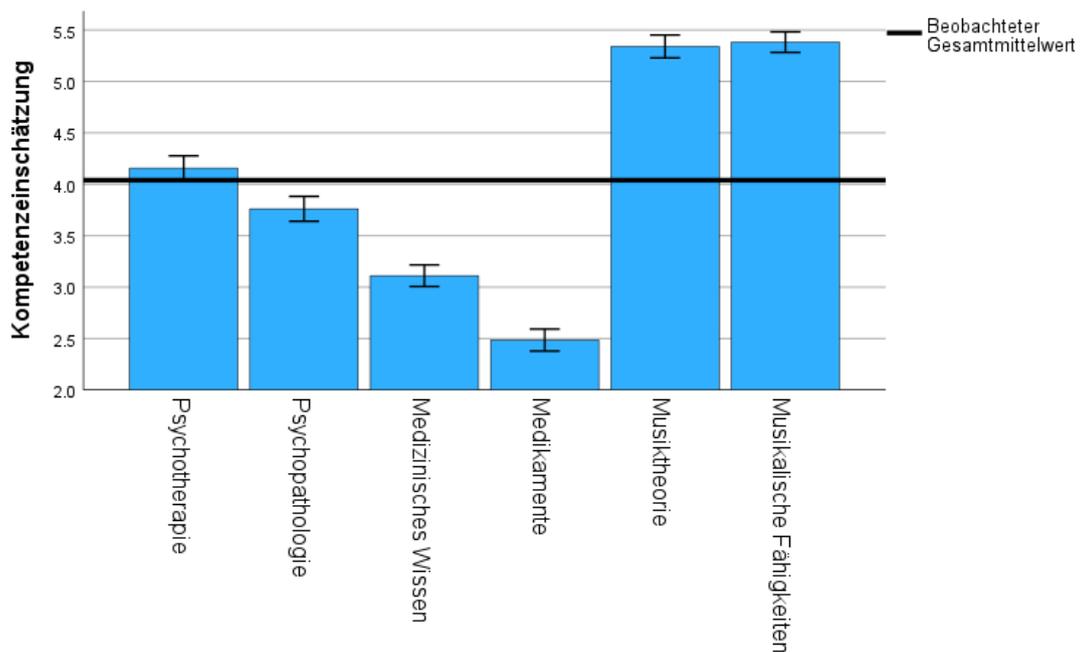
Hypothese 3: Mit einer ANOVA wurde berechnet, ob sich die Beurteilungen hinsichtlich der Kompetenzen von Musiktherapeuten unter den fünf Berufsgruppen unterscheiden. Keines der fünf berechneten Modelle erwies sich dabei als signifikant ($F(4,372) = .115$ bis 2.076 , $p = .083$ bis $.977$, $N = 377$). Die Hypothese 3, wonach Ärzte, im Vergleich zu Pflegepersonen, Psychologen oder Fachtherapeuten, Musiktherapeuten weniger Kompetenzen zuschreiben, konnte daher nicht verifiziert werden. Tendenziell waren die Einschätzungen der Kompetenzen von Ärzten leicht höher als der Gesamtmittelwert (siehe Abbildung 7).

Tabelle 5. Deskriptive Statistik zur Kompetenzeinschätzung über alle Mitarbeitenden hinweg

Kompetenzen	Mittelwert	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
1	4.156	.061	4.037	4.276
2	3.761	.061	3.641	3.882
3	3.111	.053	3.006	3.217
4	2.485	.054	2.379	2.592
5	5.340	.056	5.229	5.450
6	5.382	.051	5.282	5.482

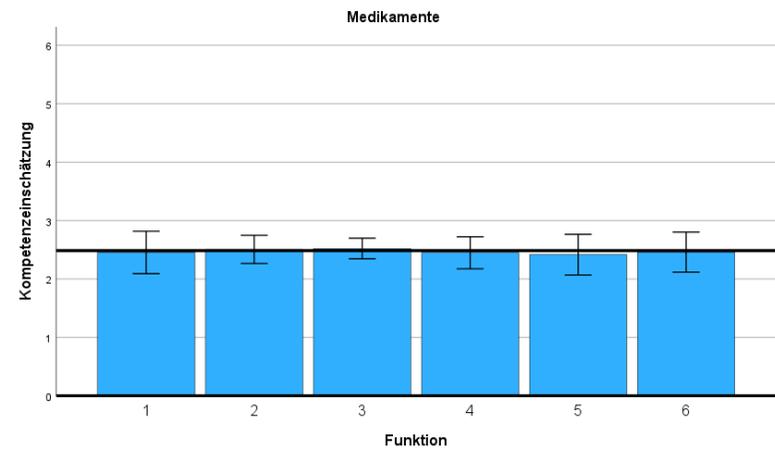
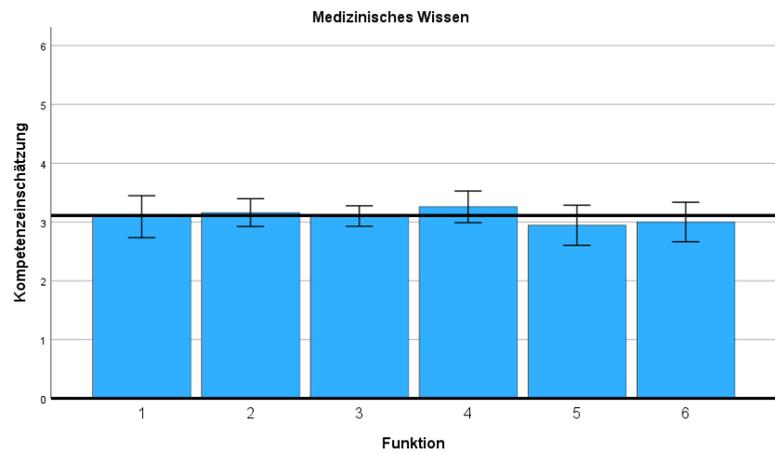
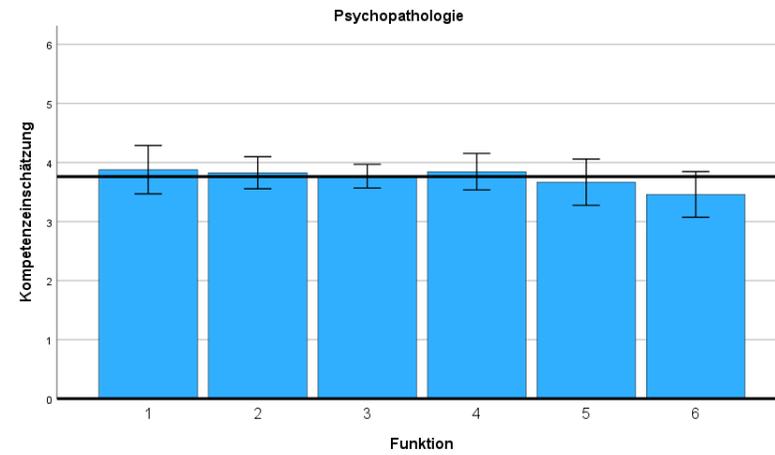
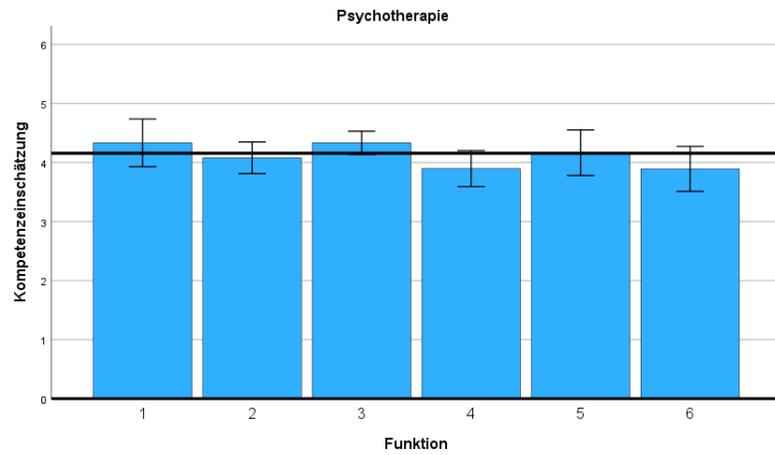
Anmerkungen: $N = 377$; Kompetenz 1 = Psychotherapie, Kompetenz 2 = Psychopathologie, Kompetenz 3 = Medizinisches Wissen, Kompetenz 4 = Medikamente, Kompetenz 5 = Musiktheorie, Kompetenz 6 = Musikalische Fähigkeiten; Skala für die Einschätzung der Kompetenz: 1 = keine, 2 = sehr niedrig, 3 = eher niedrig, 4 = eher hoch, 5 = hoch, 6 = sehr hoch.

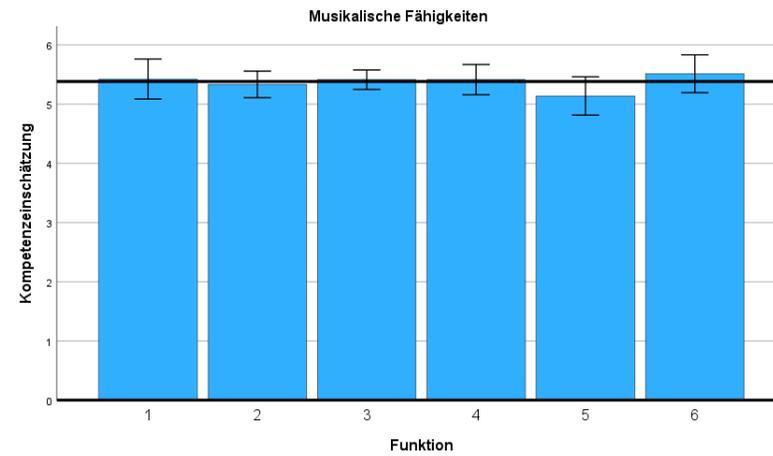
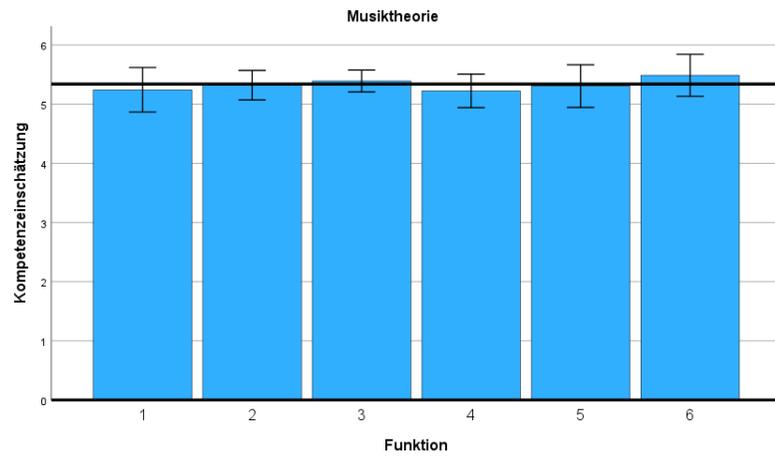
Abbildung 6. Einschätzung der Kompetenzen von Musiktherapeuten durch Mitarbeitende von psychiatrischen Kliniken



Anmerkungen: $N = 377$; Fehlerbalken: 95% Konfidenzintervall; Y-Achse: Skala für die Einschätzung der Kompetenz: 1 = keine, 2 = sehr niedrig, 3 = eher niedrig, 4 = eher hoch, 5 = hoch, 6 = sehr hoch.

Abbildung 7. Einschätzung von Mitarbeitenden stationärer, psychiatrischer Kliniken zu den Kompetenzen von Musiktherapeuten in sechs Bereichen





Anmerkungen: $N = 377$; Fehlerbalken: 95% Konfidenzintervall; fettgedruckte, horizontale Linie = beobachteter Gesamtmittelwert;
 X-Achse: Funktion in der Klinik: 1 = Medizin, 2 = Psychologie, 3 = Pflege, 4 = Fachtherapie, 5 = Kader; 6 = Kader + Funktion aus den Bereichen 1 bis 4;
 Y-Achse: Skala für die Einschätzung der Kompetenz: 1 = keine, 2 = sehr niedrig, 3 = eher niedrig, 4 = eher hoch, 5 = hoch, 6 = sehr hoch.

4.4.4. Forschungsfrage 4 – Moderatorvariablen bei der Einschätzung des Stellenwerts

Die Forschungsfrage 4 befasste sich damit, ob und welche Parameter der befragten Mitarbeitenden deren Antwortverhalten hinsichtlich der Beurteilung des Stellenwerts der Musiktherapie erklären können.

Hypothese 4a: Mit einem linearen Regressionsmodell wurde überprüft, ob Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken mit Musiktherapie im Angebot (unabhängige Variable [UV]) der Musiktherapie eine höhere Wichtigkeit (abhängige Variable [AV]) zuschreiben als Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken ohne Musiktherapie. Die Ergebnisse dieses Regressionsmodells zeigten, dass der Aspekt, ob Musiktherapie in einer Klinik vorhanden ist, einen Einfluss darauf hat, wie die Wichtigkeit der Musiktherapie wahrgenommen wird ($F(1, 375) = 5.508, p < .019$). Mitarbeitende von stationären, psychiatrischen Kliniken mit Musiktherapie gaben der Musiktherapie einen um .310 höheren Wert als Mitarbeitende aus stationären, psychiatrischen Kliniken ohne Musiktherapie. 1.4 % der Streuung der Beurteilung der Wichtigkeit konnte durch diesen Aspekt erklärt werden, was nach Cohen einem kleinen Effekt entspricht ($f^2 = 0.11$). Die Hypothese 4a konnte somit verifiziert werden.

Hypothese 4b: Ein lineares Regressionsmodell mit der AV «Wichtigkeit» und der UV «Besuch einer Musiktherapiestunde» wurde berechnet. Es ergab sich ein signifikantes Modell ($F(1,375) = 12.148, p < .001$), welches zeigte, dass Mitarbeitende, die schon einmal eine Musiktherapie-Sitzung besucht hatten, einen um .424 höheren Wert bei der Wichtigkeit der Musiktherapie angeben als Mitarbeitende, die noch nie eine Musiktherapie-Sitzung besucht hatten. 2.9 % der Streuung der Beurteilung der Wichtigkeit konnte durch diesen Aspekt erklärt werden, was nach Cohen einem kleinen Effekt entspricht ($f^2 = 0.17$). Die Hypothese 4b konnte somit verifiziert werden.

Hypothese 4c: Es wurde ein lineares Regressionsmodell mit der AV «Wichtigkeit» und der UV «Interesse an der Musiktherapie» (Item im Fragebogen ‘Würden Sie gerne mehr über die Musiktherapie erfahren?’) berechnet. Das daraus entstandene signifikante Regressionsmodell ($F(1,375) = 14.334, p < .001$) konnte zeigen, dass Mitarbeitende, welche die Frage mit ‘ja’ beantwortet haben, also interessiert sind, mehr über die Musiktherapie zu erfahren, einen um .550 höheren Wert bei der Wichtigkeit der Musiktherapie angeben als Mitarbeitende, die kein Interesse an der Musiktherapie angeben. 3.0% der Streuung

der Beurteilung der Wichtigkeit konnte durch diesen Aspekt erklärt werden, was nach Cohen einem kleinen Effekt entspricht ($f^2 = 0.18$). Die Hypothese 4c konnte somit verifiziert werden.

Hypothese 4d: Ein lineares Regressionsmodell mit der AV «Wichtigkeit» und der UV «Lesen der Musiktherapie Einträge im internen Dokumentationssystem» wurde berechnet. Daraus resultierte ein signifikantes Modell ($F(1,375) = 11.157, p < .001$), das zeigen konnte, dass pro Punkt, den Personen höher auf der Skala zur Frage nach den Systemeinträgen angeben, deren Empfinden der Wichtigkeit der Musiktherapie um .120 ansteigt. 2.6 % der Streuung der Beurteilung der Wichtigkeit wird durch diesen Aspekt erklärt, was nach Cohen einem kleinen Effekt entspricht ($f^2 = 0.16$). Die Hypothese 4d konnte verifiziert werden.

4.4.5. Forschungsfrage 5 – Arbeitszufriedenheit

Die Forschungsfrage 5 untersuchte, wie zufriedenstellend die Arbeit von Musiktherapeuten in Bezug auf den Arbeitsplatz, die wahrgenommene Unterstützung, die Ausbildung, das Gehalt und die Berufserfahrung erlebt wird. Dazu wurde jeweils mit der Arbeitszufriedenheits-Skala, bestehend aus den vier Items «allgemeine Zufriedenheit», «empfundene Wertschätzung», «Zufriedenheit mit dem Pensum» und «Zufriedenheit mit dem Lohn» als abhängige Variable (AV) gerechnet. Für die so berechnete Arbeitszufriedenheit ergab sich über alle Musiktherapeuten hinweg ein Mittelwert von 4.42 mit einer Standardabweichung von .829. Dieser Wert wurde im Folgenden für die «Arbeitszufriedenheit» verwendet.

Hypothese 5a. Um den erwarteten Zusammenhang zwischen der AV «Arbeitszufriedenheit» und der unabhängigen Variable (UV) «Zufriedenheit am Arbeitsplatz» (berechneter Wert aus den Variablen: «Zufriedenheit mit Instrumenten», «Zufriedenheit digitale Medien», «Zufriedenheit Klientel») zu berechnen, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz zeigte dabei keinen signifikanten Einfluss auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit ($F(1, 20) = 2.565, p = .125$). Die Hypothese 5a musste daher falsifiziert werden.

Hypothese 5b. Um den erwarteten Zusammenhang zwischen der AV «Arbeitszufriedenheit» und der UV «Anlaufstellen» zu berechnen, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Da die UV die Antwortmöglichkeit «weiss ich nicht» enthält, wurde diese mit der

Antwort «nein» vereint und die UV insgesamt in eine Dummy-Variable mit den Ausprägungen 1 = 'ja' und 0 = 'nein / weiss ich nicht' transformiert. Es zeigte sich, dass die wissentliche Verfügbarkeit von Anlaufstellen innerhalb der psychiatrischen Klinik keinen Einfluss auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit hat ($F(1, 20) = .520, p = .479$). Die Hypothese 5b musste daher falsifiziert werden.

Hypothese 5c. Um den erwarteten Zusammenhang zwischen der AV «Arbeitszufriedenheit» und der UV «Bildung» zu berechnen, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Es zeigte sich, dass der höchste Bildungsabschluss der befragten Musiktherapeuten keinen Einfluss auf deren allgemeine Arbeitszufriedenheit hat ($F(1, 20) = 1.639, p = .215$). Die Hypothese 5c musste daher falsifiziert werden.

Hypothese 5d. Um den erwarteten Zusammenhang zwischen der AV «Arbeitszufriedenheit» und der UV «Brutto-Lohn» zu berechnen, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Es zeigte sich, dass der tatsächliche Brutto-Lohn der befragten Musiktherapeuten keinen Einfluss auf deren allgemeine Arbeitszufriedenheit hat ($F(1, 20) = .389, p = .540$). Die Hypothese 5d musste daher falsifiziert werden.

Hypothese 5e. Um den erwarteten Zusammenhang zwischen der AV «Arbeitszufriedenheit» und der UV «Berufsjahre» zu berechnen, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Es zeigte sich, dass die Anzahl der Berufsjahre der befragten Musiktherapeuten keinen Einfluss auf deren allgemeine Arbeitszufriedenheit hat ($F(1, 20) = .031, p = .862$). Die Hypothese 5e musste daher falsifiziert werden.

4.4.6. Forschungsfrage 6 – Kompetenzeinschätzungen der Musiktherapeuten

Die Forschungsfrage 6 untersuchte, durch welche Parameter der befragten Musiktherapeuten deren Antwortverhalten hinsichtlich ihres Kompetenzerlebens erklärt werden kann.

Hypothese 6a. Um die Hypothese überprüfen zu können, wurden die vier Antwort-Alternativen zur Frage nach der Oda-Zertifizierung auf zwei Kategorien reduziert (dummykodiert). Dabei wurden die Antworten «Nein und werde ich auch nicht», «Nein» und «Ich befinde mich gerade im Verfahren» mit der Zahl '0' codiert, und die Antwort «Ja» mit '1' codiert. Es zeigte sich, dass Musiktherapeuten, die bereits die Oda-Zertifizierung abgeschlossen haben, eine signifikant höhere subjektiv wahrgenommene Kompetenz

angaben, ($M = 4.81$, $SD = .753$, $n = 22$) als Musiktherapeuten ohne Oda-Zertifizierung ($M = 4.17$, $SD = .750$, $n = 22$), $t(20) = -1.797$, $p = .044$. Die Effektstärke nach Cohen liegt bei $r = .37$ und entspricht damit einem mittleren Effekt. Die detaillierten Angaben finden sich in Tabelle 6. Die Hypothese 6a konnte daher verifiziert werden.

Tabelle 6. t-Test zum Zusammenhang zwischen der Oda-Zertifizierung und der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz

		Levene-Test der Varianz- gleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit			
		F	Sig.	T	df	Signifikanz	
						Ein- seitiges p	Zwei- seitiges p
Kompetenz- erleben	Varianzen sind gleich	.073	.790	-1.797	20	.044	.087
	Varianzen sind nicht gleich			-1.794	9.000	.053	.106

Hypothese 6b. Um die Hypothese überprüfen zu können, wurden die Antwortalternativen zur Frage nach den Berufsjahren auf zwei Kategorien reduziert (dummy-kodiert). Dabei wurden alle Antworten, die eine Berufserfahrung von weniger als 10 Jahren angeben, mit der Zahl '0' und die Antworten, die eine Berufserfahrung von mehr als 10 Jahren angeben, mit '1' codiert. Der anschließende t-Test zeigte, dass sich das Kompetenzerleben bei Personen mit 10 oder mehr Berufsjahren nicht signifikant erhöht, $t(20) = -.146$, $p = .443$. Die Hypothese 6b musste daher falsifiziert werden. Es wurde zusätzlich eine lineare Regression durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen allen Kategorien der Berufsjahre und dem Kompetenzerleben zu untersuchen. Es konnte jedoch kein signifikantes Modell gefunden werden ($F(1, 20) = .234$, $p = .553$).

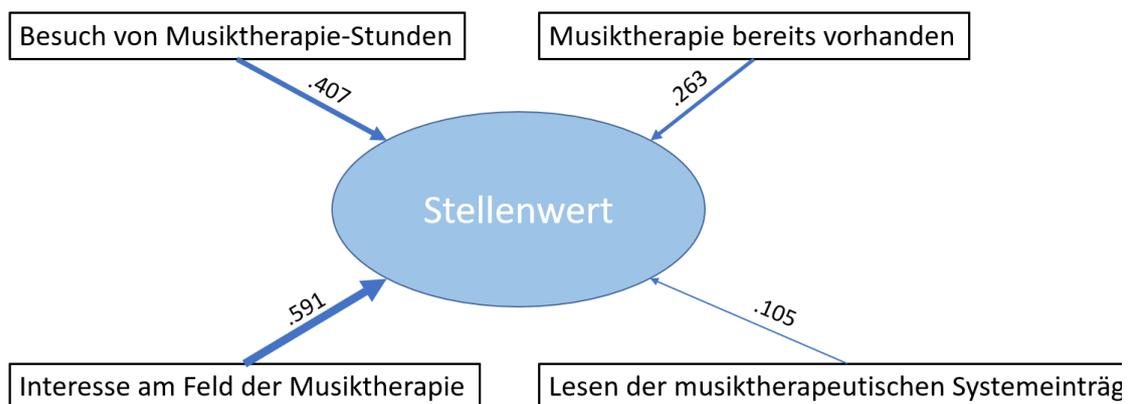
4.4.7. Forschungsfrage 7 – Explorative Datenanalyse

In der Forschungsfrage 7 wurden explorativ Zusammenhänge innerhalb der Daten untersucht. Dabei lag der Fokus einerseits auf Vorhersage-Modellen für das Antwortverhalten der Mitarbeitenden und der Musiktherapeuten. Andererseits wurde eine Gegenüberstellung der Fragen, die sowohl den Musiktherapeuten als auch den Mitarbeitenden gestellt wurden, beabsichtigt.

Mitarbeitende

Da die Hypothesen 4a bis 4d alle verifiziert werden konnten, wurde ein multiples Regressionsmodell mit der AV «Wichtigkeit» berechnet, welches als UV die vier Variablen «Musiktherapie vorhanden», «Besuch einer Musiktherapiestunde», «Interesse an der Musiktherapie» und «Lesen der Systemeinträge» untersuchte. Die multiple Regressionsanalyse zeigte, dass die vier UV einen Einfluss auf die AV haben, $F(4,372) = 10.570$, $p < .001$, $n = 376$ (siehe Abbildung 8). Für das Antwortverhalten im Fragebogen bedeutete dies: Ist Musiktherapie in der Klinik vorhanden, so steigt die empfundene Wichtigkeit der Musiktherapie um durchschnittlich .263 Punkte. Hat eine Person schon einmal in einer Musiktherapiestunde hospitiert, so steigt die empfundene Wichtigkeit um durchschnittlich .407 Punkte. Gibt eine Person an, mehr über die Musiktherapie wissen zu wollen, steigt die empfundene Wichtigkeit der Musiktherapie dieser Person um durchschnittlich .591 Punkte, und ist die Antwort einer Person zum Lesen der Systemeinträge der Musiktherapeuten um einen Punkt höher, so steigt deren empfundene Wichtigkeit der Musiktherapie um durchschnittlich .105 Punkte. 9.2% der Streuung in der empfundenen Wichtigkeit konnte durch die vier unabhängigen Variablen erklärt werden, was nach Cohen einem mittleren Effekt ($f^2 = .32$) entspricht. Dieses Modell zeigte somit eine grössere Aufklärung der Streuung als die vier einfachen, linearen Regressionsmodelle in den Hypothesen 4a bis 4d.

Abbildung 8. Modell der Einflussfaktoren auf den empfundenen Stellenwert der Musiktherapie bei Mitarbeitenden von psychiatrischen Kliniken



Anmerkungen: Werte über den Pfeilen entsprechen Regressions-Beta-Koeffizient aus dem multiplen Regressionsmodell.

Musiktherapeuten

Um der Fragestellung weiter nachzugehen, ob es Arbeitsplatzfaktoren gibt, die die Arbeitszufriedenheit erklären können, wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt. Dabei wurden die einzelnen Arbeitsplatz-Items als UV für die AV «Arbeitszufriedenheit» geprüft. Diese multiple Regressionsanalyse zeigte, dass die Zufriedenheit mit den Instrumenten, Zufriedenheit mit den digitalen Medien, Zufriedenheit mit der Klientel, ob ein eigener Raum sowie ein eigenes Büro vorhanden sind, keinen Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit haben, $F(5,16) = .822, p = .552, n = 21$.

Ein weiteres multiples Regressionsmodell wurde mit allen in den Hypothesen 5a bis 5e untersuchten UV und der AV «Arbeitszufriedenheit» aufgestellt. Die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz zeigte dabei keinen signifikanten Einfluss auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit ($F(7, 14) = 1.881, p = .149, n = 22$).

Vergleich zwischen Mitarbeitenden und Musiktherapeuten hinsichtlich Indikationen, Kompetenzen und Störungsbildern

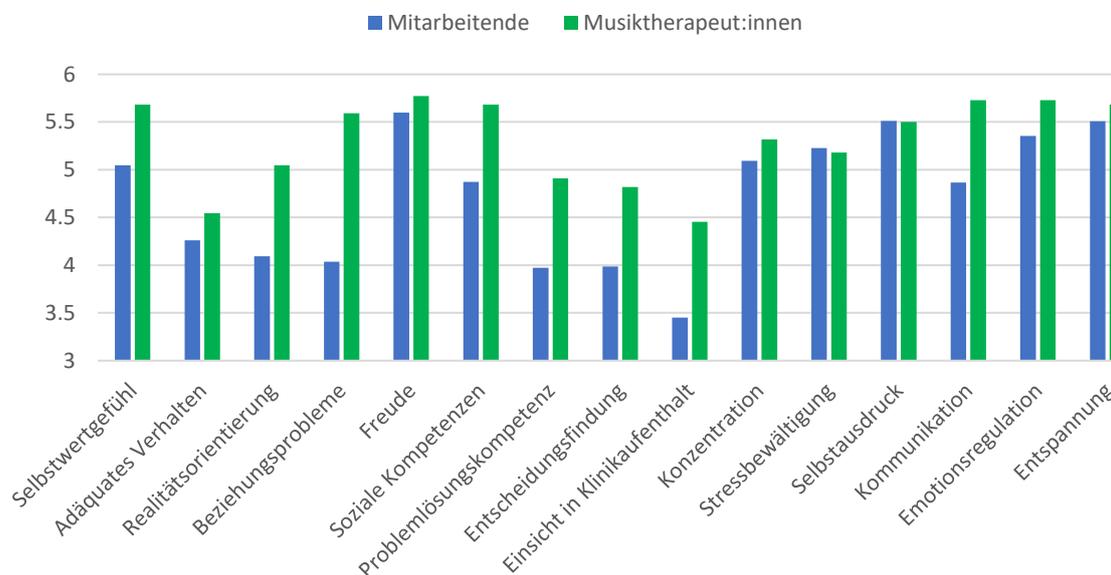
Die Musiktherapeuten und die Mitarbeitenden beantworteten in ihrem jeweiligen Fragebogen jeweils drei übereinstimmende Items. Dabei ging es darum einzuschätzen, als wie geeignet eine Auswahl von Indikationen, Störungsbildern und Kompetenzen für die Musiktherapie erschien. Im Folgenden werden die Antworten der beiden Gruppen verglichen.

Die Frage nach den Indikationen wurde folgendermassen formuliert: «Welche der folgenden Bereiche stellen für Sie Indikationen für die Musiktherapie dar?». Für die 15 vorgegebenen Indikationen zeigte sich fast durchgehend eine höhere Einschätzung auf Seiten der Musiktherapeuten (siehe Abbildung 9). Die drei von Musiktherapeuten am höchsten bewerteten Zielsetzungen für die Musiktherapie waren das Erleben von Freude (Mittelwert: 5.77), das Fördern der Kommunikationsfähigkeit (Mittelwert: 5.73) und die Emotionsregulation (Mittelwert: 5.73) an. Mitarbeitende bewerteten das Erleben von Freude (Mittelwert: 5.60), das Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck (Mittelwert: 5.51) und die Reduktion von Spannungszuständen (Mittelwert: 5.51) am höchsten.

Besonders starke Abweichungen zwischen Mitarbeitenden und Musiktherapeuten zeigten sich bei den Einschätzungen der Indikationen «Behandlung von Beziehungsproblemen»

(Differenz Mittelwerte [DM] = 1.55), «Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt» (DM = 1.00), «Fördern der Realitätsorientierung» (DM = 0.95), «Fördern der Problemlösungskompetenz» (DM = .94), «Fördern der Kommunikationsfähigkeiten» (DM = .86), «Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung» (DM = .83) und «Fördern von sozialen Kompetenzen» (DM = .81). Lediglich bei den Indikationen «Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung» (DM = -.05) und «Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck» (DM = -.01) waren die Einschätzungen der Mitarbeitenden minimal höher.

Abbildung 9. Vergleich der Einschätzung zu verschiedenen Indikationen für die Musiktherapie



Anmerkungen:

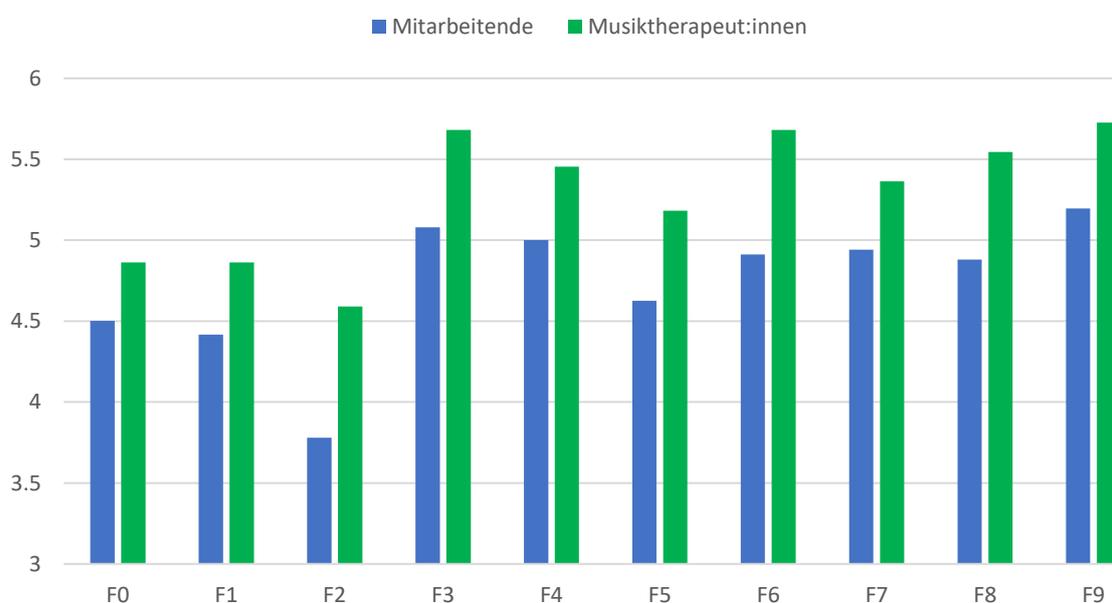
Y-Achse: Wertebereich zwischen 1 = sehr ungeeignet bis 6 = sehr geeignet;

X-Achse: Indikationen: Fördern des Selbstwertgefühls; Fördern von adäquatem Verhalten; Fördern der Realitätsorientierung; Behandlung von Beziehungsproblemen; Erleben von Freude; Fördern von sozialen Kompetenzen; Fördern der Problemlösungskompetenz; Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung; Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt; Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne; Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung; Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck; Fördern der Kommunikationsfähigkeiten; Emotionsregulation; Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung.

Eine weitere Frage lautete «Für welche Störungsbilder nach ICD-10 könnte Musiktherapie Ihrer Meinung nach indiziert sein?». Bei dieser Einschätzung haben die Musiktherapeuten durchgehend eine höhere Eignung der Störungsbilder für die Musiktherapie beschrieben als die Mitarbeitenden aus den psychiatrischen Kliniken (siehe Abbildung 10). Für die Musiktherapeuten bildeten Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in

der Kindheit und Jugend (Mittelwert: 5.73), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Mittelwert: 5.68) und affektive Störungen (Mittelwert: 5.68) die drei wichtigsten ICD-Klassen als Klientel für die Musiktherapie. Die Mitarbeitenden massen der Behandlung von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Mittelwert: 5.20), affektiven Störungen (Mittelwert: 5.08) und neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (Mittelwert: 5.00) den höchsten Wert bei. Am grössten war der Unterschied zwischen den Einschätzungen von Mitarbeitenden und Musiktherapeuten bei Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (DM = .81), bei Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (DM = .77) und bei Entwicklungsstörungen (DM = .66).

Abbildung 10. Vergleich der Einschätzung zur Musiktherapie hinsichtlich der Behandlung verschiedenen Störungsbilder



Anmerkungen:

Y-Achse: Wertebereich zwischen 1 = sehr ungeeignet bis 6 = sehr geeignet;

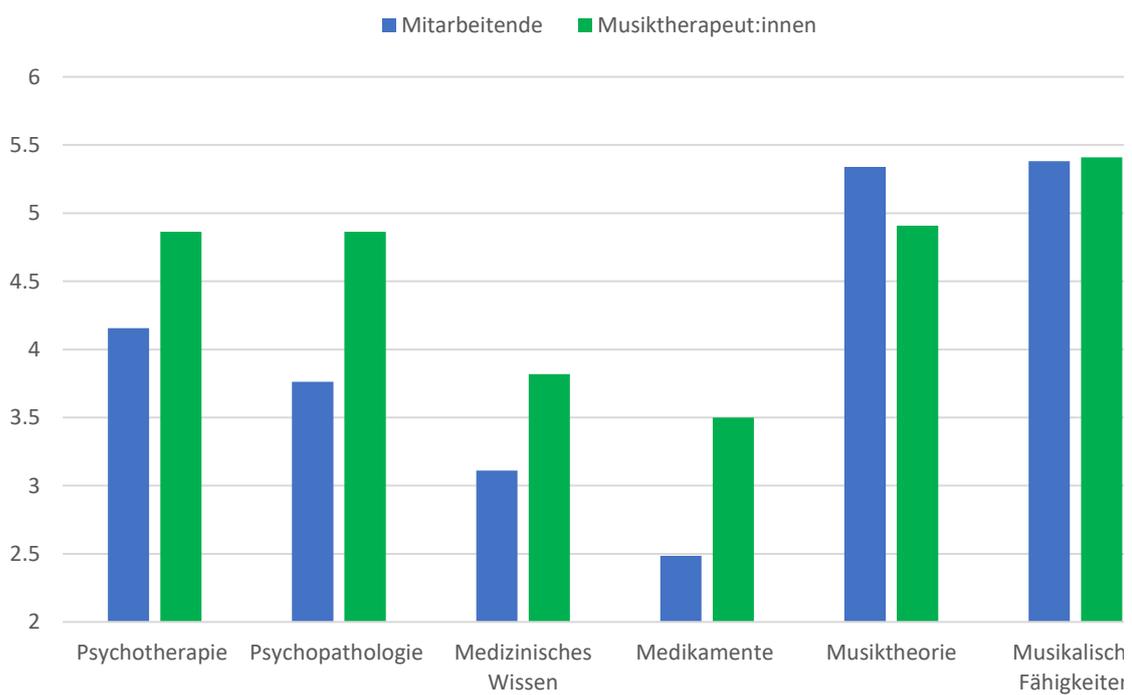
X-Achse: F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen; F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen; F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F7 Intelligenzminderung; F8 Entwicklungsstörungen; F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Die Frage nach den erwarteten Kompetenzen von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken wurde unterschiedlich gestellt. So beantworteten die Klinik-Mitarbeitenden die Frage «Welche Kompetenzen erwarten Sie von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken?», während die Musiktherapeuten die Frage «Wie kompetent fühlen Sie sich in

folgenden Bereichen?» vorgelegt bekamen. In beiden Fragebogen konnten die sechs Kompetenzbereiche auf einer sechsstufigen Likert-Skala beantwortet werden, was eine Vergleichbarkeit der beiden Gruppen ermöglichte. Auch hier schätzten Musiktherapeuten ihre Kompetenzen in fünf von sechs Bereichen höher ein als Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken (siehe Abbildung 11). Sowohl die Musiktherapeuten als auch die Mitarbeitenden schätzten die Kompetenzen von Musiktherapeuten am höchsten in den Bereichen musikalische Fähigkeiten (Mittelwert Musiktherapeuten: 5.41; Mittelwert Mitarbeitende: 5.38) und Musiktheorie (Mittelwert Musiktherapeuten: 4.91; Mittelwert Mitarbeitende: 5.34) ein. Am stärksten zeigten sich die Unterschiede bei den Kompetenzbereichen Psychopathologie (DM = 1.10) und Medikamente (DM = 1.01). Einzig hinsichtlich der Musiktheorie schätzen Mitarbeitende Musiktherapeuten als kompetenter ein als diese sich selbst (DM = -.43).

Abbildung 11. Vergleich der Einschätzung der Kompetenzen von Musiktherapeuten



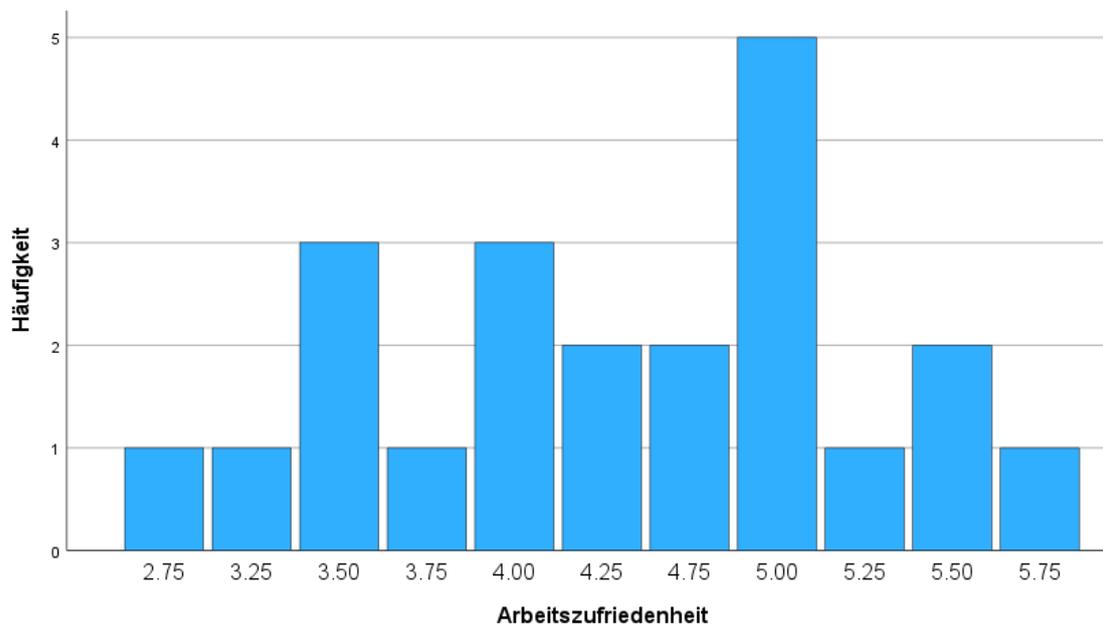
Anmerkungen:

Y-Achse: Wertebereich für Mitarbeitende zwischen 1 = keine, 2 = niedrig, 3 = eher niedrig, 4 = eher hoch, 5 = hoch, 6 = sehr hoch; Wertebereich für Musiktherapeuten zwischen 1 = gar nicht kompetent bis 6 = sehr kompetent.

4.4.8. Forschungsfrage 8 – Arbeitszufriedenheit und Erschöpfung

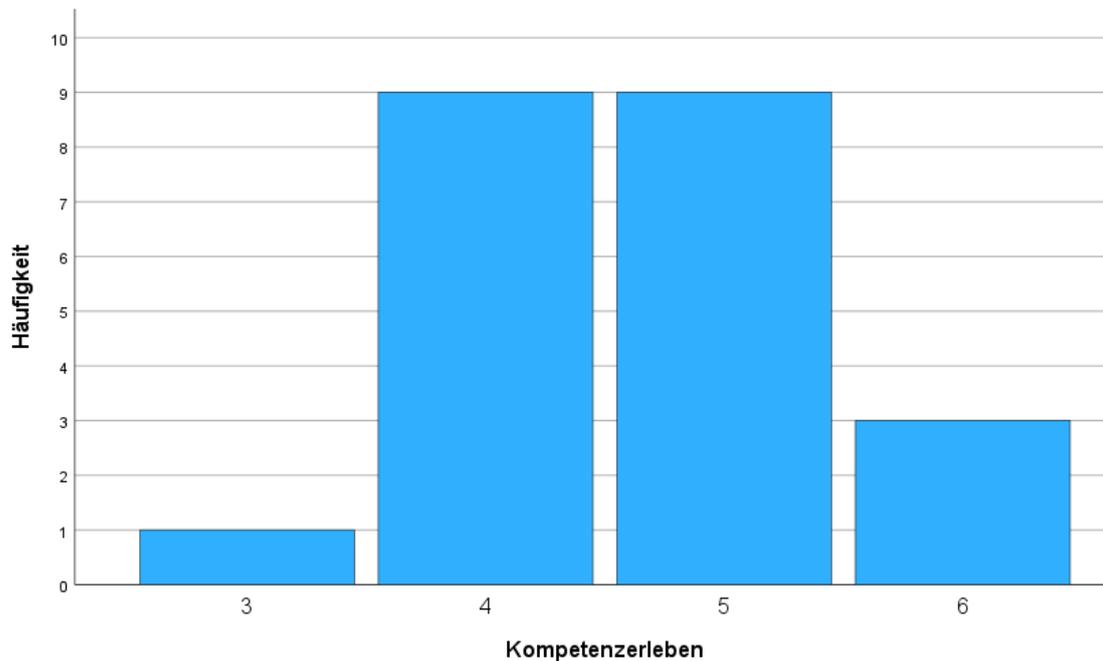
Die Forschungsfrage 8 beleuchtete in einem ersten Schritt die Antworten der Musiktherapeuten in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit und das empfundene Kompetenzerleben (siehe Abbildung 12 und Abbildung 13). Durch die Interpretation von Trends und Ausprägungen der Werte wurde in einem zweiten Schritt versucht, eine Einschätzung zu geben, ob es Anzeichen für eine Erschöpfungsdepressions-Symptomatik unter Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken der Schweiz gibt.

Abbildung 12. Häufigkeitsverteilung der Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten in deutschsprachigen, psychiatrischen Kliniken



Anmerkungen: Mittelwert = 4.42; Standard-Abweichung = .829; $N = 22$; Y-Skala: Anzahl Personen; Skala der Arbeitszufriedenheit: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher unzufrieden, 4 = eher zufrieden, 5 = zufrieden, 6 = sehr zufrieden

Abbildung 13. Häufigkeitsverteilung des Kompetenzerlebens von Musiktherapeuten in deutschsprachigen, psychiatrischen Kliniken

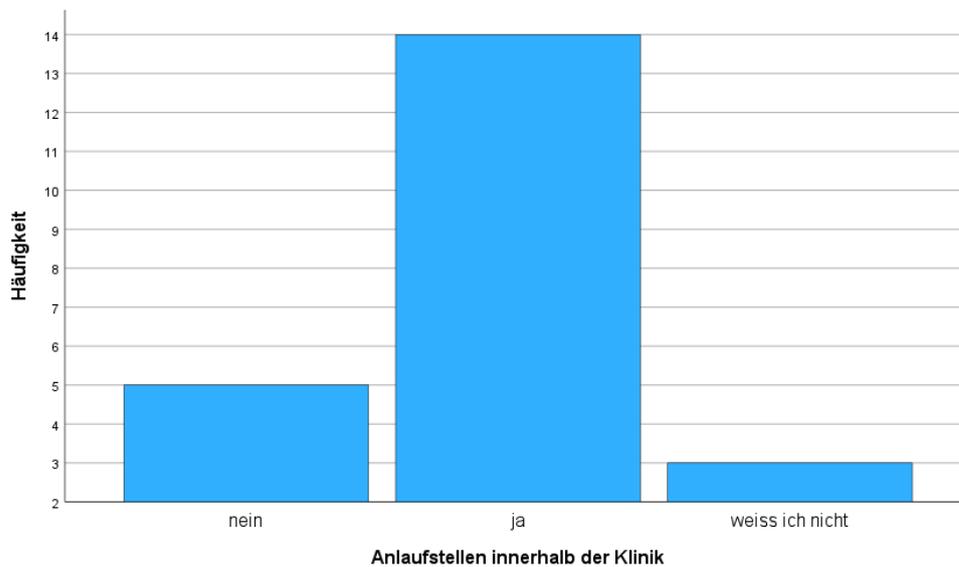


Anmerkungen: Mittelwert = 4.64; Standard-Abweichung = .790; $N = 22$; Y-Achse: Anzahl Personen; Skala der Arbeitszufriedenheit: 1 = sehr ungenügend, 2 = ungenügend, 3 = eher ungenügend, 4 = eher gut, 5 = gut, 6 = sehr gut.

Im vorliegenden Fragebogen wurden sowohl die wahrgenommene Unterstützung als auch die akademische Ausbildung, das Gehalt und die Berufserfahrung erhoben. Diese Faktoren stellen laut Vega (2010) bei niedrigen Ausprägungen Risikofaktoren für eine Erschöpfungsdepression dar. Die Häufigkeitsverteilungen dieser vier Variablen sind in Abbildung 14, Abbildung 15, Abbildung 16 und Abbildung 17 dargestellt. Dabei zeigte sich, dass einige der befragten Musiktherapeuten angeben, dass es keine Anlaufstellen ($n = 5$) für inhaltliche therapeutische Fragestellungen gebe, oder dass sie dies nicht wüssten ($n = 3$). Dies entspricht 36.4% und somit etwas mehr als einem Drittel der befragten Musiktherapeuten, die keine Unterstützung wahrgenommen haben. Die akademische Ausbildung der befragten Musiktherapeuten erwies sich dagegen als sehr hoch. Alle hatten zum Zeitpunkt der Befragung mindestens einen Bachelorabschluss an einer Universität oder einer Fachhochschule und 95.5% sogar mindestens einen Master of Advanced Studies oder einen Master an einer Universität oder Hochschule absolviert. Beim Gehalt ergab sich eine grosse Varianz. Fünf Personen gaben ein auf ein 100 Prozent Pensum ausgerechnetes Brutto-Gehalt von 5'000 bis 6'000 Schweizer Franken (CHF) an, zwei Personen

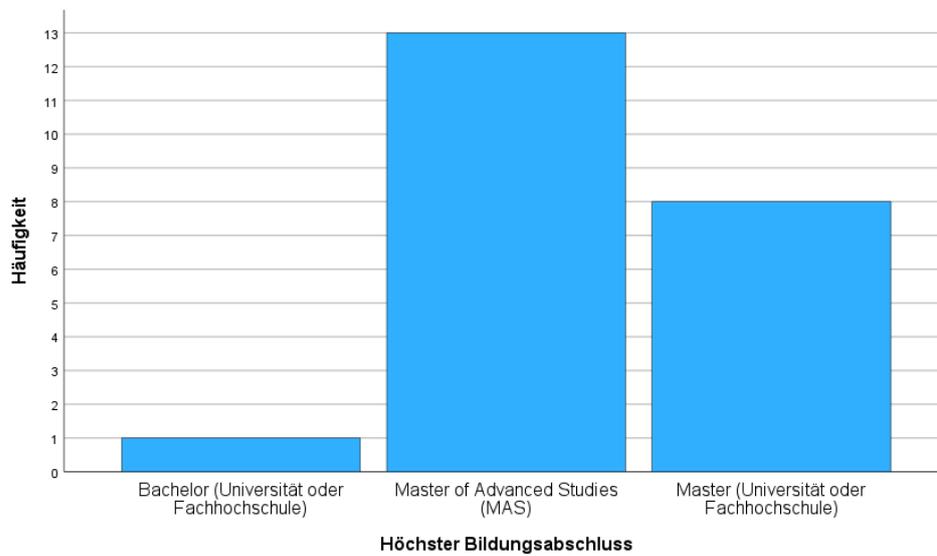
ein Brutto-Gehalt von CHF 6'000 bis 7'000, acht Personen ein Brutto-Gehalt von CHF 7'000 bis 8'000 und sechs Personen ein Brutto-Gehalt von CHF 8'000 bis 9'000. Die meisten Musiktherapeuten lagen also bei einem hochgerechneten Gehalt zwischen CHF 7'000 und 8'000. Dennoch verdienten auch 22.7% der befragten Musiktherapeuten rund CHF 2'000 weniger. Die Berufserfahrung der befragten Musiktherapeuten variierte ebenfalls sehr stark. So gab es jeweils eine Person, die weniger als ein Jahr, zwischen 15 und 20 Jahren und länger als 20 Jahre an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz arbeiteten. Vier Personen gaben vier bis neun Berufsjahre an, sieben Personen 10 bis 14 Berufsjahre. Die meisten der befragten Musiktherapeuten arbeiteten seit einem bis vier Jahren an Ihrer aktuellen Stelle ($n = 8$). Bezogen auf die vier Risikofaktoren für eine Erschöpfungsdepression nach Vega (2010) wurden in der vorliegenden Arbeit bei der wahrgenommenen Unterstützung, beim Gehalt und bei der Berufserfahrung Werte in einem Bereich, die als Risikofaktor bewertet werden gefunden.

Abbildung 14. Häufigkeitsverteilung der durch die befragten Musiktherapeuten wahrgenommenen Möglichkeit zur Unterstützung innerhalb der Klinik



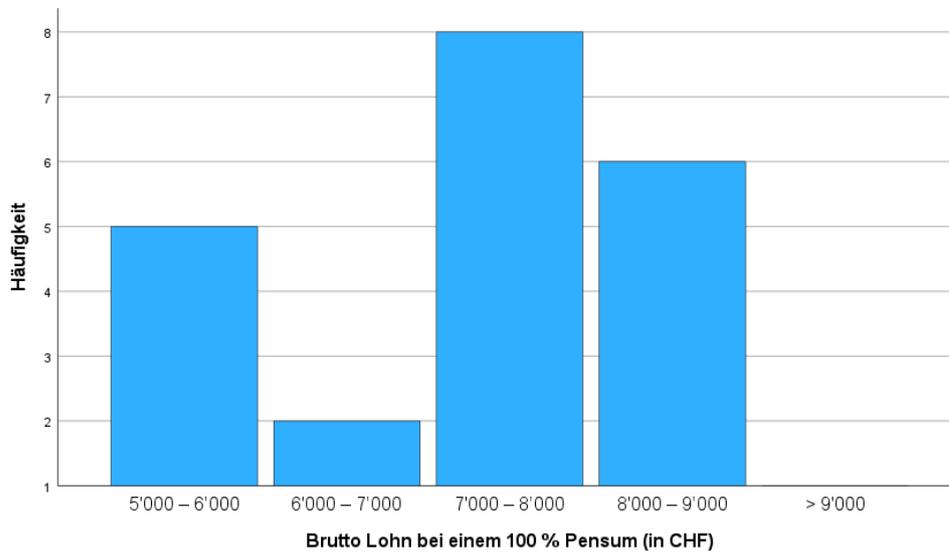
Anmerkungen: $N = 22$; Y-Achse: Anzahl Personen.

Abbildung 15. Häufigkeitsverteilung des höchsten Bildungsabschlusses der befragten Musiktherapeuten



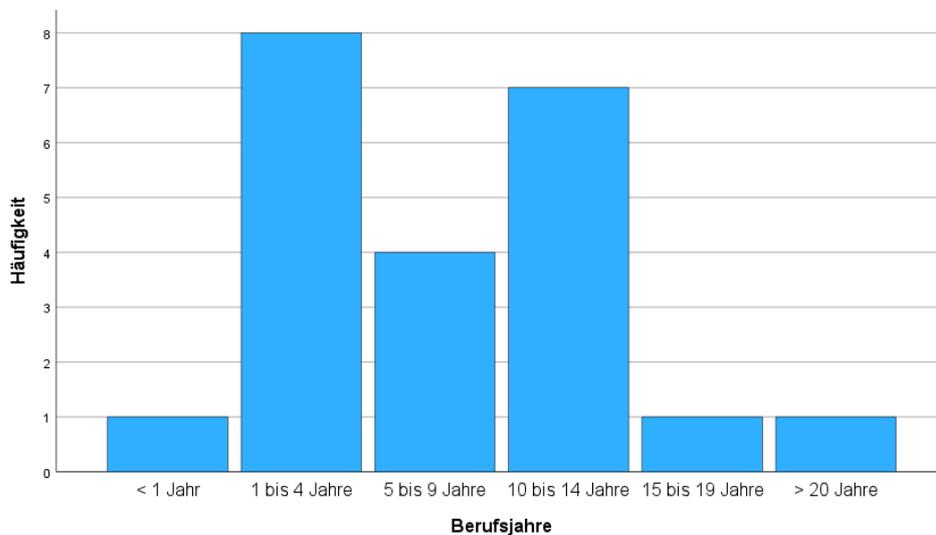
Anmerkungen: $N = 22$; Y-Achse: Anzahl Personen.

Abbildung 16. Häufigkeitsverteilung des Gehalts der befragten Musiktherapeuten



Anmerkungen: $N = 22$; Y-Achse: Anzahl Personen.

Abbildung 17. Häufigkeitsverteilung der Berufsjahre der befragten Musiktherapeuten innerhalb der aktuellen psychiatrischen Klinik



Anmerkungen: $N = 22$; Y-Achse: Anzahl Personen.

Die drei von Vega (2010) genannten Sub-Skalen in Bezug auf das Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, 3rd edition (MBI-HSS) – Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung, Gefühl geringer eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Arbeit – wurden in dem hier vorgestellten Fragebogen nicht alle miterhoben. Es wurde angenommen, dass die emotionale Erschöpfung und ein emotionales Distanzieren zur eigenen Arbeit über die Arbeitszufriedenheits-Skala erhoben werden konnten. Das Gefühl der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten wurde mit der Frage nach dem subjektiven Kompetenzerleben erhoben. Sowohl für die Arbeitszufriedenheit (*Mittelwert* = 4.42, *SD* = .829) als auch für das empfundene Kompetenzerleben (*Mittelwert* = 4.64, *SD* = .790) wurden eher hohe Mittelwerte angegeben. Dies entsprach bei der Arbeitszufriedenheit einem Wert zwischen den Kategorien «eher zufrieden» und «zufrieden» und beim Kompetenzerleben einem Wert zwischen den Kategorien «eher gut» und «gut». Der Modalwert lag bei der Arbeitszufriedenheit bei der Ausprägung «zufrieden» und beim Kompetenzerleben sowohl bei «eher gut» als auch bei «gut». Eine Person gab bei der Arbeitszufriedenheit «unzufrieden» an und zwei Personen gaben «eher unzufrieden» an. Somit waren zum Zeitpunkt der Befragung 13.6% der befragten Musiktherapeuten eher unzufrieden bis unzufrieden mit ihrer Arbeit in der stationären, psychiatrischen Klinik. Beim Kompetenzerleben gab eine Person an, ihre Kompetenzen als «eher ungenügend» zu erleben. Dies

entsprach 4.54% der befragten Musiktherapeuten. Tiefere Einschätzungen wurden nicht abgegeben. Für die grosse Mehrheit der befragten Musiktherapeuten konnte also kein Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression gefunden werden.

4.4.9. Forschungsfrage 9 – Musiktherapeutisches Profil

Die Forschungsfrage 9 hatte zum Ziel ein musiktherapeutisches Profil zu erstellen, wie dies bereits bei früheren Erhebungen in anderen Ländern stattgefunden hatte (Kern & Tague, 2017; Mercadal-Brotons et al., 2015; Vega, 2010). Es wurden keine offiziellen Zahlen zur Grundgesamtheit aller Musiktherapeuten, die in deutschsprachigen psychiatrischen Kliniken arbeiten, gefunden. Insgesamt gab es bei 25 psychiatrischen Kliniken eine Information auf der Webseite, nach der Musiktherapie vorhanden sei. Da es jedoch pro Klinik mehrere Musiktherapeuten geben kann und die gleichen Musiktherapeuten teilweise in mehreren, unterschiedlichen Kliniken arbeiten, stellte es sich als schwierig heraus, diese Grundgesamtheit zu bestimmen. Die Antworten von 22 Musiktherapeuten wurden erfasst, wobei vorsichtshalber nicht davon ausgegangen wurde, dass dies eine repräsentative Stichprobe für die Grundgesamtheit von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken darstellt. Das in dieser Arbeit erstellte Profil sollte daher lediglich als das Aufzeigen von Trends im Herbst 2022 verstanden werden.

Soziodemographische Angaben

Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz sind überwiegend Frauen (72.7%) und im Mittel zwischen 39 und 57 Jahre alt (Mittelwert plus und minus eine Standardabweichung). Alle Befragten haben einen Master of Advanced Studies oder einen universitären Master als höchsten Bildungsabschluss. Die eidgenössische Berufsprüfung der OdA Artecurea haben 16 Personen bereits abgeschlossen (72.7%) und drei Personen sind gerade im Verfahren (9.1%). Eine Person (4.5%) gab an, dass sie die Fachprüfung nicht gemacht habe, während drei Personen (13.7%) die Antwort «Nein und werde ich auch nicht» gewählt haben.

Arbeitsplatz

Die meisten der befragten Musiktherapeuten (36.4%) arbeiten am aktuellen Arbeitsort seit einem bis vier Jahren, wobei die Spannweite von weniger als einem Jahr ($n = 1$) bis zu mehr als 20 Jahren ($n = 1$) reicht. Am häufigsten (31.3%) arbeiten Musiktherapeuten

in einem Arbeitspensum von 40 Stellenprozent, wobei mehr als die Hälfte (59.1%) noch eine zusätzliche musiktherapeutische Stelle haben. Die aktuelle Stelle haben die meisten (50%) als ausgeschriebene Stelle gefunden. In den von den Befragten genannten psychiatrischen Kliniken gibt es im Schnitt 121 Stellenprozent für die Musiktherapie (Minimum = 20%, Maximum = 240%). An den jeweiligen Arbeitsorten sind von einer bis zu vier Musiktherapeuten angestellt. 81.8% haben einen eigenen Raum exklusiv für die Musiktherapie an ihrem Arbeitsort. 54.5% haben ein eigenes Büro. 86.4% der befragten Musiktherapeuten sind eher zufrieden, zufrieden oder sehr zufrieden mit dem vorhandenen Instrumentarium. Dennoch sind auch zwei Personen (9.1%) sehr unzufrieden und eine Person (4.5%) eher unzufrieden damit. Während 72.8% angeben eher zufrieden, zufrieden, oder sehr zufrieden mit den digitalen Möglichkeiten am Arbeitsplatz zu sein, sind 27.2% eher unzufrieden oder unzufrieden damit. Alle befragten Musiktherapeuten geben an, mit der Klientel am Arbeitsplatz zufrieden (54.5%) oder sehr zufrieden (45.5%) zu sein.

Musiktherapie-Angebot in psychiatrischen Kliniken

95.5% der befragten Musiktherapeuten gaben an, dass es in ihrer Klinik musiktherapeutische Einzelstunden gebe. Lediglich eine Person verneinte dies. Kleingruppen (zwei bis sechs Personen) wurden von 20 Musiktherapeuten (90.9%) angegeben, während zwei Personen (9.1%) dies verneinten. Grossgruppen (mehr als sechs Personen) wurden nur von 10 Personen (45.5%) angegeben. 12 Personen (54.5%) gaben an, dass dies in ihrer Klinik nicht angeboten werde. Sowohl aufsuchende Angebote als auch offene Musiktherapie-Gruppen wurden lediglich von vier Personen (18.2%) bestätigt, während dies bei 18 Personen (81.8%) nicht vorhanden ist. Die meisten befragten Musiktherapeuten (54.5%) gaben als Zeitdauer für Musiktherapie Einzelstunden 40 bis 50 Minuten an. Für die Gruppenangebote wurde am häufigsten eine Zeitdauer von 45 bis 60 Minuten angegeben.

95.5% gaben an, eigenständig Therapieziele mit den Patienten erarbeiten zu können. 95.5% der befragten Musiktherapeuten gaben an, Stundenprotokolle für die Musiktherapie-Sitzungen schreiben zu müssen. Weiterhin gaben 40.9% an, einen eigenständigen Endbericht nach Beendigung der Therapie zu schreiben, welcher bei 77.7% davon in den offiziellen Austrittsbericht aufgenommen wird.

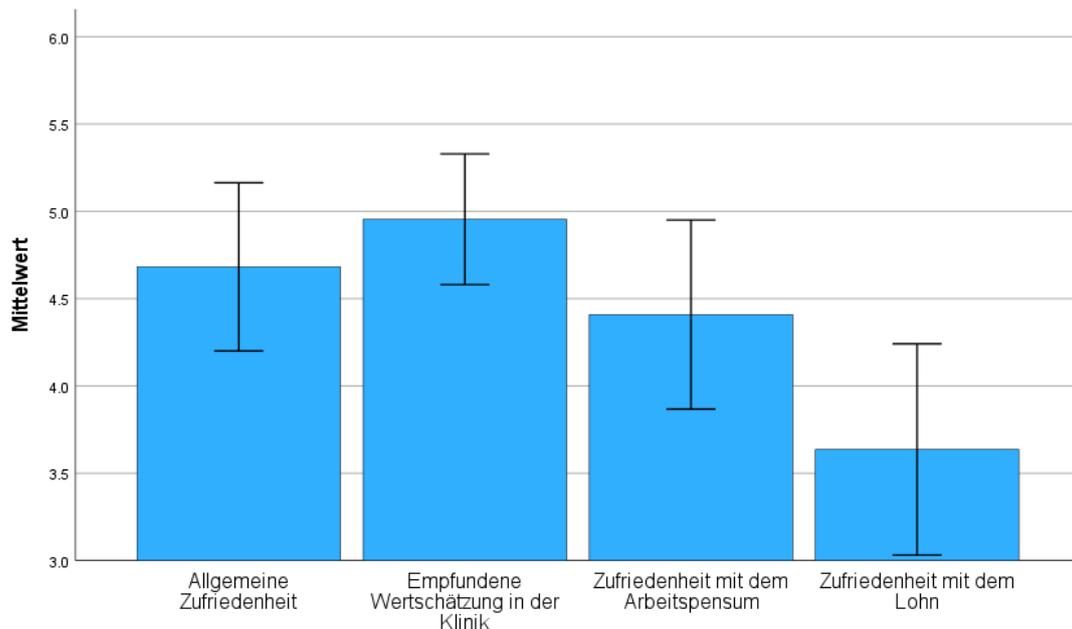
Einkommen

86.4% befinden sich in einem Angestelltenverhältnis an ihrem Arbeitsplatz, während 13.4% auf Honorar-Basis entlohnt werden. 36.4 % erhalten einen Bruttolohn zwischen 7'000 und 8'000 Schweizer Franken (CHF) auf ein Arbeitspensum von 100 %, 27.3 % einen Bruttolohn zwischen 8'000 und 9'000 CHF. 22.7 % ein Gehalt zwischen 5'000 und 6'000 CHF. Dabei geben 59.1% an, eher zufrieden oder zufrieden mit dem Lohn zu sein, während 40.9% angeben sehr unzufrieden (zwei Personen), unzufrieden (drei Personen), oder eher unzufrieden (vier Personen) mit dem Lohn zu sein.

Arbeitszufriedenheit

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit der befragten Musiktherapeuten liegt bei einem Mittelwert von 4.42 mit Standardabweichung = .829 (Skala von 1 bis 6) und liegt damit zwischen der Bewertung «eher zufrieden» und «zufrieden». Die Ausprägungen der einzelnen Zufriedenheits-Items finden sich in Abbildung 18. 63.6% verfügen innerhalb der psychiatrischen Klinik über Anlaufstellen für inhaltliche, therapeutische Fragen, während rund ein Drittel (36.4%) keine solcher Angebote hat.

Abbildung 18. Mittelwerte der verschiedenen Arbeitszufriedenheits-Items über alle befragten Musiktherapeuten



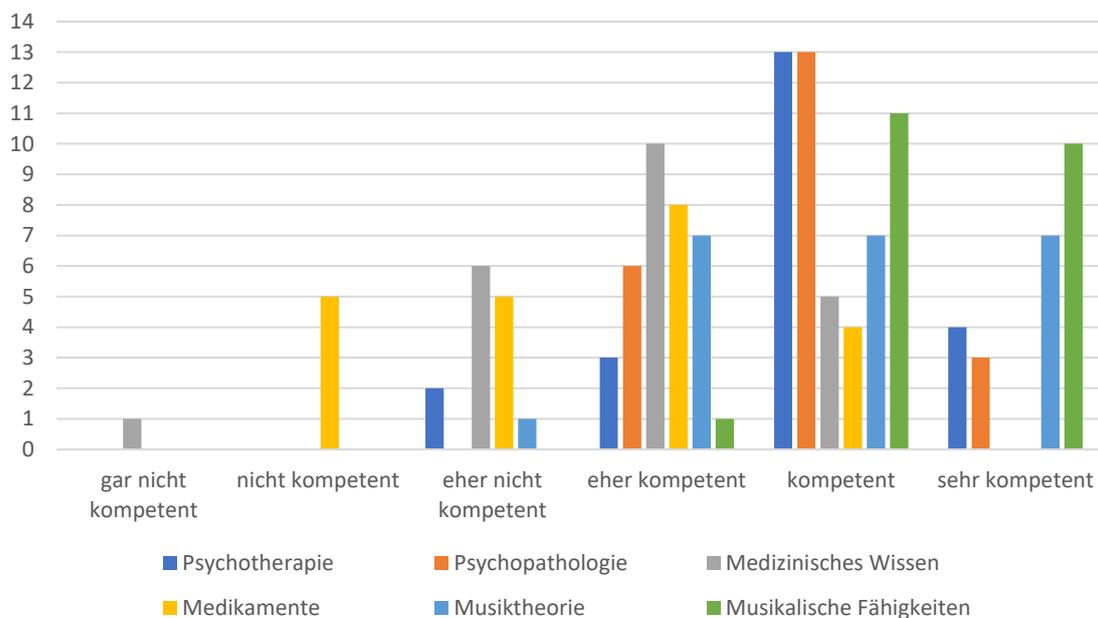
Anmerkungen: $N = 22$; Fehlerbalken: 95 %-Konfidenz Intervall; 6-stufige Likert-Skala der dargestellten Items: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher unzufrieden, 4 = eher zufrieden, 5 = zufrieden, 6 = sehr zufrieden.

Kompetenzen

95.5% fühlten sich durch die musiktherapeutische Ausbildung eher gut, gut oder sehr gut auf die Arbeit in der psychiatrischen Klinik vorbereitet. Lediglich eine Person fühlt sich eher ungenügend vorbereitet. 22.7% geben an, selten musiktherapeutische Forschung zu lesen, 31.8% lesen ab und zu Forschungsliteratur, 36.4% oft und 9.1% sehr oft. 27.3% der befragten Musiktherapeuten nahmen nie oder seltener als einmal jährlich an musiktherapeutischen Weiterbildungen teil, während jeweils 31.8% ein bis zweimal pro Jahr, respektive zwei bis fünfmal pro Jahr musiktherapeutische Weiterbildungen besuchten. 9.1% gaben an, mehr als fünfmal pro Jahr an musiktherapeutischen Weiterbildungen teilzunehmen.

In Abbildung 19 ist abgebildet, wie sich die befragten Musiktherapeuten auf den sechs Kompetenzbereichen: Psychotherapie, Psychopathologie, medizinisches Wissen, Medikamente, Musiktheorie und musikalische Fähigkeiten eingeschätzt haben. Musiktherapeuten schätzen sich tendenziell als kompetent ein. Lediglich bei medizinischem Wissen (31.8%) und bei Medikamenten (45.4%) fühlten sich einige Musiktherapeuten gar nicht kompetent, nicht kompetent, oder eher nicht kompetent.

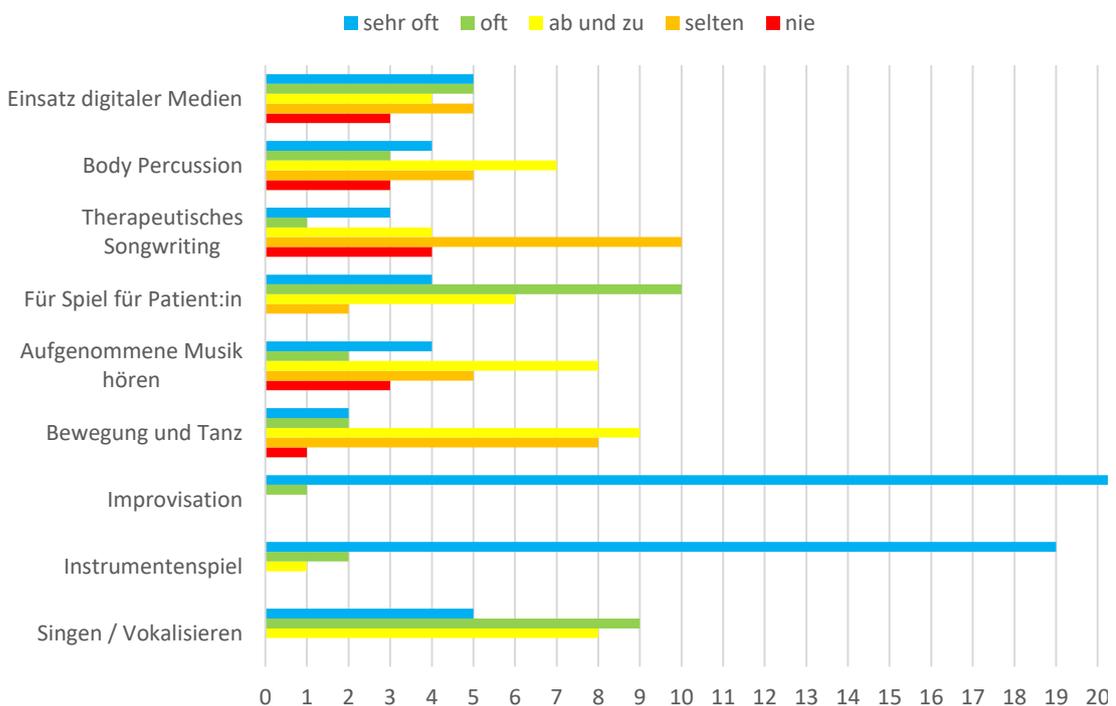
Abbildung 19. Einschätzung durch die befragten Musiktherapeuten (N = 22) hinsichtlich der sechs Kompetenzbereiche



Anmerkungen: Y-Achse entspricht Anzahl Nennungen (N = 22).

Ob und wie oft die befragten Musiktherapeuten verschiedene musiktherapeutische Techniken anwenden ist in Abbildung 20 dargestellt. Insbesondere bei der Improvisation und beim Instrumentenspiel zeigt sich eine grosse Übereinstimmung unter den verschiedenen Personen. Beim Singen und Vokalisieren werden ebenfalls nur positive Antworten gegeben (ab und zu, oft, sehr oft).

Abbildung 20. Häufigkeit der Nutzung verschiedener Techniken durch Musiktherapeuten



Anmerkungen: X-Achse: Anzahl Nennungen ($N = 22$).

Von den 22 befragten Musiktherapeuten geben vier an, Selbsterfahrungstherapie im Einzelsetting in Anspruch zu nehmen, fünf Personen gaben an Gruppenselbsterfahrungsangebote zu besuchen, 16 Personen sind in Intervisionsgruppen und 19 Personen haben regelmässig Supervision.

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, einerseits die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten und andererseits die Wertschätzung, die Erwartungen und das Wissen über die Musiktherapie von Mitarbeitenden in psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz zu untersuchen. Es konnte eine beachtliche, repräsentative Stichprobe ($N = 374$) von Mitarbeitenden aus psychiatrischen Kliniken erhoben werden. Die Musiktherapeuten ($N = 22$), welche an der Befragung teilgenommen hatten, ermöglichten einen tiefgreifenden Einblick in die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbedingungen von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken.

Die Wertschätzung gegenüber der Musiktherapie wurde über alle Mitarbeitenden hinweg eher hoch angegeben, fast 90% der befragten Mitarbeitenden bewerteten die Musiktherapie als wichtig, wobei diese Bewertungen sich nicht signifikant zwischen den einzelnen Berufsgruppen unterschieden. Es konnten verschiedene Einflussfaktoren aufgezeigt werden, welche die Bewertung der Mitarbeitenden signifikant beeinflussten. So gaben Mitarbeitende von Institutionen, die bereits Musiktherapie anbieten, eine höhere Wertschätzung der Musiktherapie an als Mitarbeitende von Institutionen ohne Musiktherapie. Ebenso stieg die Bewertung der Musiktherapie signifikant, wenn Personen bereits Musiktherapie-Sitzungen besucht hatten, wenn das Interesse an der Musiktherapie hoch war und wenn die Systemeinträge von Musiktherapeuten gelesen wurden.

Ein Ziel dieser Arbeit war es ausserdem, die Einschätzungen bezüglich Indikationen und Klientel für die Musiktherapie, sowie hinsichtlich der Kompetenzen von Musiktherapeuten zwischen Mitarbeitenden und Musiktherapeuten zu vergleichen. Bei allen drei untersuchten Themen zeigten sich tendenziell höhere Einschätzungen der Musiktherapeuten als bei den Mitarbeitenden. Die drei wichtigsten Zielsetzungen für Patienten in der Musiktherapie waren auf Seiten der Musiktherapeuten das Erleben von Freude, das Fördern der Kommunikationsfähigkeit und die Emotionsregulation. Für Mitarbeitende waren dies das Erleben von Freude, das Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck und die Reduktion von Spannungszuständen. Für die Musiktherapeuten bildeten Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und affektive Störungen die drei wichtigsten ICD-Klassen als Klientel für die Musiktherapie. Die Mitarbeitenden massen der Behandlung von Verhaltens- und

emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, affektiven Störungen und neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen den höchsten Wert bei. Sowohl die Musiktherapeuten als auch die Mitarbeitenden schätzten die Kompetenzen von Musiktherapeuten am höchsten in den Bereichen musikalische Fähigkeiten und Musiktheorie ein.

Sowohl für die Arbeitszufriedenheit als auch für das empfundene Kompetenzerleben von Musiktherapeuten wurden hohe Mittelwerte angegeben. Es zeigt sich, dass Musiktherapeuten, die bereits die OdA-Zertifizierung bestanden haben, eine signifikant höhere subjektiv wahrgenommene Kompetenz angaben, als solche ohne diese Zertifizierung. Bezogen auf die Risikofaktoren für eine Erschöpfungsdepression nach Vega (2010) zeigten sich bei der wahrgenommenen Unterstützung, beim Gehalt und bei der Berufserfahrung von Musiktherapeuten Werte in einem Bereich, die als Risikofaktor bewertet werden könnten. Für einzelne Personen aus der Stichprobe zeigten sich Risikofaktoren für eine emotionale Erschöpfung aufgrund von einer resultierenden, niedrigen Arbeitszufriedenheit. Für den Risikofaktor «Gefühl geringer eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Arbeit» zeigten sich in den hier dargelegten Daten keine klaren Hinweise.

Ein aktuelles Profil von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken der Deutschschweiz konnte erstellt werden. Und schliesslich ging aus dieser Arbeit eine Arbeitszufriedenheits-Skala für Musiktherapeuten mit einer hohen Konstruktvalidität und ausreichenden Reliabilitäts-Werten hervor, die aufgrund ihrer wenigen Items ökonomisch in der Durchführung ist.

5.1. Stellenwert der Musiktherapie

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass die Musiktherapie bei Mitarbeitenden in psychiatrischen Kliniken im Schnitt eine mittlere bis hohe Wertschätzung geniesst. Fast 90% der befragten Mitarbeitenden bewerteten die Musiktherapie als wichtig, wobei diese Bewertungen sich nicht signifikant zwischen den einzelnen Berufsgruppen unterschieden. Die Ergebnisse von Choi (1997), wonach Ärzte die Musiktherapie weniger wertschätzen als andere Mitarbeitende, konnten in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Im Mittel lag das medizinische Personal in der Wertschätzung der Musiktherapie sogar tendenziell über dem Gesamtmittelwert. Die Musiktherapie scheint also eine angesehene Therapieform im Behandlungsangebot von psychiatrischen Kliniken zu sein, was für die Profession der

Musiktherapie ein erfreuliches Bild darbietet. Die geringste Wertschätzung hinsichtlich der von Musiktherapeuten erwarteten Kompetenzen erhielt die Musiktherapie interessanterweise durch andere Fachtherapeuten, wobei auch deren Einschätzungen nicht signifikant vom Gesamtmittelwert abwichen. Choi (1997) fand ähnliche Ergebnisse und stellte die Vermutung eines Konkurrenz-Denkens zwischen ähnlichen Therapien auf. Die vorliegenden Daten unterstützen diese Vermutung zumindest mit einer Tendenz.

Sowohl bei den Indikationen als auch bei den Störungsbildern waren die Einschätzungen der Musiktherapeuten fast durchgehend höher, teilweise deutlich höher als die Einschätzungen der Mitarbeitenden. Dies geht mit den Ergebnissen von Choi einher, die zeigten, dass Musiktherapeuten ihre Behandlungsleistungen in der Regel besser als die Befragten der anderen Fachrichtungen bewerteten. Der Autor dieser Arbeit vermutet hier einen Zusammenhang mit dem grossen Wissen von Musiktherapeuten über Ziele und Kompetenzen, sowie mit der Tendenz von Musiktherapeuten, die Musiktherapie möglichst positiv darzustellen und sich dadurch teilweise in eine Zustimmungstendenz zu fallen. Trotz der Unterschiede zwischen Musiktherapeuten und Mitarbeitenden in Höhe der Zustimmung zu den Kompetenzen und Indikationen, zeigen sich insgesamt sehr ähnliche Verläufe der Gewichtungen. Musiktherapeuten und Mitarbeitende scheinen sich also insgesamt eher einige darüber zu sein, welche Kompetenzen und Indikationen für die Musiktherapie wichtig sind.

Ebenfalls wie bei Choi (1997) zeigte sich als Einflussfaktor, welcher die Bewertung der Musiktherapie durch Mitarbeitende von psychiatrischen Kliniken signifikant beeinflusste, das Hospitieren in Musiktherapie-Sitzungen. Die vorliegende Arbeit konnte darüber hinaus noch weitere signifikante Einflussfaktoren bestimmen, wie das Vorhandensein der Musiktherapie in der Institution, das allgemein Interesse der Befragten an der Musiktherapie und ob die Befragten die Systemeinträge der Musiktherapie lesen (siehe Abbildung 8). Daraus lässt sich ableiten, dass beispielsweise Informationsveranstaltungen zur Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken ohne Musiktherapie, deren Stellenwert dort erhöhen und den Aufbau neuer Stellen dadurch erleichtern könnten.

Für eine steigende Wertschätzung der Musiktherapie sprechen die Ergebnisse, dass mehr als die Hälfte der befragten Musiktherapeuten mittlerweile ein eigenes Büro hat und fast alle ein hohes Mitspracherecht bei der Zielbestimmung mit den Patienten bekundeten.

Dies hat sich in früheren Befragungen von Musiktherapeuten noch anders dargestellt (Poepel et al., 2002). Dies entspricht auch dem Bild, das Phan Quoc et al. (2019) aufgrund ihrer Erhebung von Musiktherapeuten – von denen rund ein Drittel in psychiatrischen Kliniken arbeitete – darstellten konnten. Die Autoren wiesen zudem darauf hin, dass sowohl ein Wachstum der Berufsgruppe als auch ein Anstieg der Arbeitsstellen zu beobachten seien. Ein weiterer Hinweis auf eine steigende Wertschätzung der Musiktherapie ergab sich in der vorliegenden Arbeit durch den Befund, dass ungefähr 40% der Musiktherapeuten einen eigenständigen Endbericht nach Beendigung der Therapie schreiben, welcher dann meist in den offiziellen Austrittsbericht aufgenommen wird. Dies untermauert die musiktherapeutische Arbeit als Teil des Behandlungsangebots.

Die am stärksten der Musiktherapie zugeschriebenen Ziel-Indikationen von Mitarbeitenden waren das Erleben von Freude und das Fördern des Selbstausdrucks. Dies deckte sich mit den Ergebnissen der Befragung von Choi (1997), ebenso wie die am wenigsten der Musiktherapie zugeschriebenen Ziele. Dies waren sowohl bei Choi als auch in der vorliegenden Arbeit das Fördern der Einsicht der Patienten in die Gründe für den Klinikaufenthalt, das Fördern von Problemlösungsfähigkeiten, die Entwicklung von Anwendungen zur Entscheidungsfindung und die Behandlung von Beziehungsproblemen. Diese Indikationen vereint, dass sie inhaltlich stark psychotherapeutisch orientiert sind. Dass genau diese Indikationen der Musiktherapie wiederholt nicht zugeschrieben wurden, lässt vermuten, dass der Musiktherapie die psychotherapeutischen Kompetenzen weniger zugeschrieben werden. Dies gleicht sich auch mit den Ergebnissen von Poepel et al. (2002). Psychotherapeutische Kompetenzen bei Musiktherapeuten werden durch Mitarbeitende zwar im Mittel als «eher hoch» eingeschätzt, dennoch scheint hier ein Informationsmangel auf Seiten der Mitarbeitenden vorzuliegen, der durch regelmässiges Hospitieren, Informationsveranstaltungen und Weiterbildungen kompensiert werden könnte.

5.2. Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen

Die von Phan Quoc et al. (2019) angeregte Arbeitszufriedenheitserhebung bei Musiktherapeuten konnte in der vorliegenden Arbeit durchgeführt werden. Dafür wurde eine Kurz-Skala zur Messung der Arbeitszufriedenheit bei Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken entwickelt. Diese konnte validiert werden und es zeigte sich eine ausreichende interne Konsistenz. Durch die Faktorenanalyse erwiesen sich die vier Items der

allgemeinen Arbeitszufriedenheit, der empfundenen Wertschätzung, der Zufriedenheit mit dem Pensum sowie mit dem Lohn als eindeutig einem gemeinsamen Faktor zuordbar. Somit wurde eine hohe Konstruktvalidität gewährleistet. Durch die sorgfältige Vorgehensweise, einer hohen Konstruktvalidität und einer ausreichenden Reliabilität konnte die Interpretation der damit gemessenen Ergebnisse an Aussagekraft gewinnen. Die Kurz-Skala kann ausserdem auch in zukünftigen Studien eingesetzt werden.

Die durch diese Skala erhobenen Ergebnisse konnten zeigen, dass Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken im Mittel von einer hohen Arbeitszufriedenheit berichten. Dieser Befund bestätigte die Ergebnisse früherer Befragungen (Braswell et al., 1989; Silverman, 2007; Vega, 2010). Besonders einheitlich und hoch stellte sich ausserdem die Zufriedenheit mit der Klientel dar, was sich so bereits bei der Befragung von Silverman (2007) gezeigt hatte. Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit zeigten sich weder Geschlechts- noch Alters- oder Bildungsunterschiede. Auffällig war jedoch die Tatsache, dass sich für die Musiktherapeuten insgesamt eine geringe Lohnzufriedenheit ergab. Der Brutto-Lohn der befragten Musiktherapeuten streute zudem ziemlich weit (siehe Abbildung 16). Dabei zeigte sich – entgegen früherer Ergebnisse (z.B. Curtis, 2013) – kein Geschlechtsunterschied, was jedoch aufgrund der kleinen und unausgeglichenen Stichprobe (16 Frauen, 6 Männer) nicht zu stark gewichtet werden darf. Auch die Berufsjahre zeigten keinen Einfluss auf den Lohn. Da der Lohn sich auch nicht signifikant aufgrund der Bildung oder des Alters unterschied, wird vermutet, dass die Unterschiede in den Löhnen alleine durch die Institution, in der die Musiktherapeuten angestellt waren, bestimmt wurden. Es scheint also wichtig, dass der Lohn, für den Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken arbeiten, in Zukunft standardisiert wird, um bei Lohngesprächen eine Argumentationsgrundlage zu erhalten. Auch Kern und Tague (2017) konnten tiefe Löhne und eine geringe Zufriedenheit damit feststellen. Die Autoren vermuteten, dass dies mit ein Grund sei, weshalb viele Musiktherapeuten noch anderen Berufen nachgehen, die finanziell besser entlohnt werden. Sowohl Kern und Tague (2017) als auch Vega (2010) zeigten, dass durch niedrige Löhne, trotz einer langen und kostspieligen Ausbildung, eine Unzufriedenheit entstehen kann. Dass sich die Lohnzufriedenheit in der vorliegenden Studie als zentraler Bestandteil der Arbeitszufriedenheitsskala zeigte, bestärkt deren Gewicht weiter.

Bezogen auf die Risikofaktoren für eine Erschöpfungsdepression nach Vega (2010) zeigten sich bei der wahrgenommenen Unterstützung, beim Gehalt und bei der Berufserfahrung von Musiktherapeuten einzelne Werte in einem niedrigen Bereich. Die Ergebnisse dieser Befragung konnten darauf hinweisen, dass rund ein Drittel der Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken nicht über Anlaufstellen für musiktherapeutische Fragen verfügen. Dieser Befund deckte sich mit den Ergebnissen von Silverman (2007), bei dem sogar weitaus mehr Musiktherapeuten über fehlende Anlaufstellen berichteten. Zwar zeigte sich auch, dass deutlich mehr als die Hälfte der befragten Musiktherapeuten Interventions- und Supervisionsgruppen besuchen. Diese müssen in der Regel jedoch privat bezahlt werden. Daher wäre eine Institutions-interne Betreuung wünschenswert. Eine niedrige Lohnzufriedenheit oder ein niedriges Gehalt konnten in einer Arbeitszufriedenheitserhebung in psychiatrischen Kliniken in Schweden als wichtige Indikatoren für eine niedrige Arbeitszufriedenheit und eine erhöhte Fluktuation aufgezeigt werden (Holmberg, Sobis, & Carlström, 2016). Dies bestärkt weiterhin den Anstoss einer Standardisierung des Lohns für Musiktherapeuten, um Überforderung und Fluktuation unter Musiktherapeuten vorzubeugen. Für den Risikofaktor «Gefühl geringer eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten bei der Arbeit» zeigten sich in den hier dargelegten Daten keine klaren Hinweise. Für das empfundene Kompetenzerleben von Musiktherapeuten wurden nämlich hohe Mittelwerte gefunden. Es zeigte sich, dass Musiktherapeuten, die bereits die OdA-Zertifizierung bestanden hatten, eine signifikant höhere subjektiv wahrgenommene Kompetenz angaben, als solche ohne diese Zertifizierung. Dieser Abschluss scheint also zu einer höheren Arbeitszufriedenheit zu führen. Die Kausalrichtung dieses Zusammenhangs kann jedoch nicht eindeutig bestimmt werden. So könnte es auch sein, dass vor allem Musiktherapeuten, die sich eher kompetent fühlen bereits die OdA-Zertifizierung abgeschlossen haben. Die Ergebnisse der Berufsgruppenerhebung deuten im Mittel – anders als bei Kim (2012) – nicht auf eine Überforderung oder Erschöpfung bei Musiktherapeuten in der Schweiz hin. Insbesondere für die Arbeitszufriedenheit, welche als zentraler Indikator für eine Erschöpfungsdepression betrachtet wird (Kim, 2012), konnten sehr hohe Werte gefunden werden. Abgesehen von der Lohn-Zufriedenheit zeigte sich zudem jeweils nur eine Minderheit unzufrieden in den einzelnen Bereichen, die erhoben wurden. Dennoch gibt es einzelne Personen in der Stichprobe mit einem gewissen Risikopotenzial, weshalb das Thema auch in Zukunft im Blick solcher Befragungen bleiben sollte.

5.3. Musiktherapeutisches Profil

Angelehnt an vorherige Studien (Kern & Tague, 2017; Phan Quoc et al., 2019) wurde in der vorliegenden Studie erstmals in der Schweiz ein musiktherapeutisches Profil von Musiktherapeuten, die in psychiatrischen Kliniken arbeiten, erstellt. Dank der Teilnahme von 22 Musiktherapeuten und einem differenzierten Fragebogen war es möglich, ein aktuelles Profil der Musiktherapeuten in stationären, psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz zu erstellen. Alle detaillierten Angaben zu den befragten Musiktherapeuten sind in Tabelle 7 im Appendix D dargestellt. Musiktherapeuten sind demnach überwiegend Frauen und im Mittel 48.23 Jahre alt, womit die Befragten deutlich über dem Altersschnitt weltweit liegen (Kern & Tague, 2017; Mercadal-Brotons et al., 2015). Alle gaben einen Master of Advanced Studies oder einen universitären Master als höchsten Bildungsabschluss an. Daher kann angenommen werden, dass alle Befragten ihre musiktherapeutische Ausbildung an der Zürcher Hochschule der Künste absolviert haben. Ausserdem liegen die Musiktherapeuten in der Schweiz damit leicht über dem durchschnittlichen Bildungsabschluss weltweit (Kern & Tague, 2017) und deutlich über dem von Mercadal-Brotons et al. (2015) gefundenen Wert. Die eidgenössische Berufsprüfung der OdA Artecura haben rund 75% bereits abgeschlossen.

Die meisten der befragten Musiktherapeuten arbeiten am aktuellen Arbeitsort seit einem bis vier Jahren, am häufigsten in einem Arbeitspensum von 40 Stellenprozent, wobei mehr als die Hälfte noch eine zusätzliche musiktherapeutische Stelle haben. Die aktuelle Stelle haben die meisten als ausgeschriebene Stelle gefunden. In den von den Befragten genannten psychiatrischen Kliniken gab es im Schnitt rund 120 Stellenprozent für die Musiktherapie. An den jeweiligen Arbeitsorten waren zwischen einer und vier Musiktherapeuten angestellt, was dem weltweiten Durchschnitt entspricht (Kern & Tague, 2017). Die meisten verfügten über einen eigenen Raum exklusiv für die Musiktherapie an ihrem Arbeitsort, wobei nur etwas mehr als die Hälfte ein eigenes Büro hatte. Das Instrumentarium schien ausreichend wahrgenommen zu werden, während die digitalen Möglichkeiten – also die Verfügbarkeit von elektronischen Instrumenten, digitalen Geräten und Programmen – für fast ein Drittel der Musiktherapeuten nicht zufriedenstellend waren. Mit der Hauptklientel in der Klinik waren alle befragten Musiktherapeuten zufrieden.

Die Musiktherapie-Sitzungen wurden am häufigsten im Gruppensetting mit bis zu sechs Personen oder im Einzelsetting beschrieben. Dabei zeigte sich eine durchschnittliche Zeitdauer für die Gruppentherapien von 45 bis 60 Minuten und für die Einzeltherapien von 40 bis 50 Minuten. Dies entspricht dem weltweiten Durchschnitt aus der Befragung von Kern und Tague (2017). Die Ziele dieser Therapiestunden konnten die meisten eigenständig erarbeiten und festlegen. Die Arbeit wird in fast allen Fällen in einem Klinik-internen System protokolliert. Die Berichte der Musiktherapeuten fanden ausserdem vermehrt Eingang in die offiziellen Austrittsberichte von Patienten.

Der Grossteil der Musiktherapeuten befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem Angestelltenverhältnis, während rund 15% auf Honorar-Basis bezahlt wurden. Die auf ein 100%-Pensum hochgerechneten Löhne variierten stark und lagen zwischen CHF 5'000 und CHF 9'000 pro Monat. Etwa 60% sind zufrieden, jedoch auch 40% unzufrieden mit ihrem Lohn. Dennoch ergab sich eine hohe allgemeine Arbeitszufriedenheit.

Fast alle Musiktherapeuten fühlten sich durch die musiktherapeutische Ausbildung gut auf die Arbeit in der psychiatrischen Klinik vorbereitet. Rund drei Viertel der Befragten gaben an zumindest ab und zu musiktherapeutische Forschungsliteratur zu lesen, was einem ähnlichen Verhältnis entspricht, wie dies bei Silverman (2007) gezeigt wurde. Ebenso viele gaben an, zumindest einmal jährlich an musiktherapeutischen Weiterbildungen teilzunehmen. Die meisten Musiktherapeuten besuchen privat Intervisions- und Supervisionsgruppen.

Die befragten Musiktherapeuten schätzten sich fast alle als kompetent ein. Damit ergab sich ein noch stärkeres Bild für die Musiktherapeuten als bei Kern und Tague (2017). Lediglich bei medizinischem Wissen und bei Medikamenten waren die Einschätzungen tiefer. Improvisation, Instrumentenspiel und Singen erwiesen sich als die am häufigsten verwendeten musiktherapeutischen Methoden, was sich mit den Befunden von Kern und Tague (2017) deckt.

5.4. Chancen und Hindernisse für die Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken

Ausgangslage dieser Arbeit war der Status Quo, dass Musiktherapie noch nicht übergreifend in den Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) zu finden ist. Ausserdem wurde durch diese Arbeit

aufgezeigt, dass noch immer in ungefähr einem Drittel der stationären, psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz keine Musiktherapie im Behandlungsangebot zu finden ist. Mit dieser Arbeit sollte unter anderem aufgezeigt werden, wo in Zukunft in der Lehre und Ausbildung, sowie in den Kliniken vermehrt angesetzt werden kann, um Musiktherapie stärker in die Behandlungsangebote von psychiatrischen Kliniken zu etablieren.

Indikationen und Störungsbilder

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Demenz, Schizophrenie und Depression im Alter findet sich eine Behandlungsempfehlung für Musiktherapie bei der SGPP. Die Ergebnisse dieser Arbeit geben Anlass für ein breiteres Wirkungsspektrum der Musiktherapie. Es zeigte sich, dass Mitarbeitende von psychiatrischen Kliniken die Musiktherapie am geeignetsten für die Behandlung der ICD-Störungsklassen F9 (Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), F3 (affektiven Störungen) und F4 (neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen) empfinden. In Kombination mit den bereits aufgeführten Störungsbildern, werden somit bereits fünf der zehn ICD-Kategorien abgedeckt. Betrachtet man die Indikationen, die mit der Musiktherapie in Verbindung gebracht wurden, so zeigte sich für fast alle aufgeführten Indikationen eine Zustimmung bei den Mitarbeitenden. Die Musiktherapeuten sehen sogar in allen präsentierten Indikationen eine hohe Passung. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Musiktherapie für sämtliche ICD-Störungsbilder Zielsetzungen zu bieten hat. Unterstützung findet diese Theorie durch die Veröffentlichung von Schmidt, Stegemann und Spitzer (2020), in der für sämtliche ICD-Störungskategorien musiktherapeutische Behandlungsansätze, Ziele und Forschungsergebnisse präsentiert werden. Hinsichtlich der wichtigsten Ziele zeigten Musiktherapeuten in der deutschsprachigen Schweiz eine hohe Übereinstimmung mit den Zielen aus der weltweiten Befragung von Kern und Tague (2017). So waren dies übergreifend die Ziele der Förderung von kommunikativen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten. Die aktuelle Befragung konnte diese Auflistung zudem um die Ziele der Spannungsregulation, der Förderung des Selbstwerts und des Selbstausdrucks erweitern. Im Hinblick auf die Darstellung der Musiktherapie nach aussen scheint eine einheitliche Vorstellung von Zielen, Indikationen und potenziellen Klientelen wichtig.

Kompetenzen der Musiktherapie

Das in dieser Arbeit skizzierte Profil der Musiktherapeuten in deutschschweizerischen, psychiatrischen Kliniken stellt eine Berufsgruppe dar, die im weltweiten Vergleich gut mithalten oder diesen sogar überragen kann (Kern & Tague, 2017). Der Bildungsstand von Musiktherapeuten ist in der Schweiz sehr hoch. Zudem gibt es in der Schweiz dadurch, dass es nur zwei Ausbildungszentren für Musiktherapeuten gibt sehr vergleichbare Ausbildungsbedingungen. Die meisten Musiktherapeuten besuchen mindestens jährlich Weiterbildungen und lesen Forschungsliteratur zur Musiktherapie. Die Musiktherapeuten geben eine hohe eigene Kompetenz an. Zudem wurden deutlich mehr als die Hälfte über die höhere Fachprüfung der OdA Artecura zertifiziert, was wiederum einer Qualitätssicherung entspricht. Das berufspolitische Engagement von Musiktherapeuten in der Schweiz scheint hoch zu sein, da der Beruf «Kunsttherapeut/in Fachrichtung Musiktherapie» bereits seit einigen Jahren ein geschützter Titel ist, während Kern und Tague (2017) von vielen Ländern berichten, in denen dies noch nicht der Fall ist. Bei Musiktherapeuten im deutschsprachigen Teil der Schweiz handelt sich also um eine selbstbewusste, engagierte, selbständige und gut ausgebildete Berufsgruppe.

Weiterhin ergibt sich über alle Mitarbeitenden hinweg ein positives Bild der Musiktherapie im psychiatrischen Kontext. Das in dieser Arbeit aufgestellte Modell der Einflussfaktoren auf den Stellenwert zeigt auf, dass Mitarbeitende von Institutionen, die Musiktherapie im Behandlungsangebot haben, dieser einen besonders hohen Stellenwert geben. Im besagten Modell finden sich zudem gleich drei Einflussfaktoren, die damit zusammenhängen, ob ein Interesse für Musiktherapie vorhanden ist. Dabei kann die Vermutung aufgestellt werden, dass Personen, die sich für die Musiktherapie interessieren auch eher Einträge lesen respektive in einer Musiktherapie hospitieren. Umgekehrt kann aber auch die Vermutung aufgestellt werden, dass durch diese Einblicke und Eindrücke ein klareres Bild der Musiktherapie entsteht und eben dieser auch mehr zugetraut wird. Vergangene Befragungen lassen vermuten, dass es durchaus eine Diskrepanz in Bezug auf den Wissensstand zur Musiktherapie bei Mitarbeitenden von psychiatrischen Kliniken gibt (Choi, 1997). Das kann dazu führen, dass der Musiktherapie zu wenig zugetraut wird und dass insbesondere psychotherapeutisch orientierte Zielsetzungen nicht mit der Musiktherapie in Verbindung gebracht werden, was in der vorliegenden Arbeit gezeigt wurde. Psychotherapeutische Techniken können jedoch durchaus in der Musiktherapie umgesetzt

werden (Schmidt et al., 2020). Im Hinblick auf das Wissensstand über die Musiktherapie muss aber festgehalten werden, dass es einen starken Handlungsbedarf auf Seiten der Musiktherapeuten gibt.

Bezogen auf die eingesetzten musiktherapeutischen Techniken ergibt sich ein sehr breites Spektrum an Antworten in der hier dargelegten Befragung. Dies zeigt einerseits auf, wie vielseitig umsetzbar die Musiktherapie sein kann. Andererseits stellt sich dadurch auch die Frage, ob wirklich alle Musiktherapeuten von allen diesen Techniken Gebrauch machen. Kern und Tague (2017) konnte aufzeigen, dass es der unterschiedliche Einsatz von musiktherapeutischen Techniken – insbesondere im Hinblick auf den Einsatz von digitalen Medien, die selten eingesetzt wurden – schwer machte, Musiktherapie weltweit zu vergleichen. Insbesondere das Instrumentenspiel, die Improvisation, der Einsatz der Stimme und das Für-Spiel wurden jedoch von allen hoch eingestuft. Das sind die Techniken, die in einschlägigen Lehrbüchern zur Musiktherapie (Lutz Hochreutener, 2009; Schmidt et al., 2020) und auch in der Befragung von Mercadal-Brotons et al. (2015) am häufigsten genannt werden. Dennoch könnte es interessant sein, hinsichtlich der eingesetzten Techniken eine grössere Vielfalt zu fördern. Dazu sollten diese Techniken jedoch auch standardisiert geschult werden – zum Beispiel im Rahmen der Weiterbildung im Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie.

Einkommen und Ausgaben im Rahmen der Musiktherapie

Eine weitere Hürde stellt sich der Musiktherapie im Hinblick auf den Lohn. Die vorliegende Arbeit konnte aufzeigen, dass bei Musiktherapeuten im Mittel eine Unzufriedenheit mit dem Lohn vorliegt. Ebenso konnte eine grosse Spannweite in Bezug auf die Brutto-Löhne aufgezeigt werden, bei der unter anderem auch sehr niedrige Brutto-Gehälter angegeben wurden. Clements-Cortes (2013) konstatierte einen ähnlichen Befund, wonach Musiktherapeuten in einem Berufsgruppenvergleich mit anderen Fach- und Spezialtherapien am geringsten verdienen. Clements-Cortes führte weiter aus, dass viele Musiktherapeuten deshalb sogar noch anderen Berufstätigkeiten nachgingen, um sich finanziell abzusichern.

Am Anfang des Aufbau Prozesses neuer musiktherapeutischer Stellen stehen aber oft einmal die hohen Kosten, die Poepel et al. (2002) im Rahmen ihrer Erhebungen in Kliniken für Neurorehabilitation schildert, die ebenso für die Musiktherapie in psychiatrischen

Kliniken auftreten. Im Zuge dieses Prozesses kann es unangenehm oder sogar hinderlich sein, zusätzlich hohe Lohnanforderungen zu stellen. An dieser Stelle können Argumente helfen, wie dass durch den Einsatz von Musiktherapie der Medikamentenbedarf verringert und die Auslastung des Personals verbessert werden kann, was wiederum zu weniger Kosten für die Institution führt (Solanki et al., 2013). In Kapitel 2.4. dieser Arbeit, sowie in den verschiedenen Publikationen (Schmidt et al., 2020; Solanki et al., 2013) wurden weitere Argumente für die Wirkung und Wirkungsweise der Musiktherapie aufgeführt. Im Rahmen des Aufbaus einer neuen Stelle scheint es besonders wichtig, die Balance zu finden zwischen starken Argumentationsgrundlagen in Bezug auf den Lohn und die Wirkung der Musiktherapie, realistischen Business-Plänen, die für die Klinik tragbar sind und eigenen, berechtigten Forderungen, die nicht unterschritten werden dürfen.

5.5. Empfohlene Ziele und Massnahmen

Basierend auf den dargestellten Ergebnissen in der Schweizer Musiktherapie-Befragung können einige Massnahmen abgeleitet werden. Diese richten sich grösstenteils an die Musiktherapeuten oder Fachverbände wie den SFMT oder die Oda Artecurea. Im Folgenden werden Ziele und Massnahmen separat aufgeführt.

Ziele:

- Fördern des Stellenwerts der Musiktherapie und Erleichtern des Aufbaus neuer musiktherapeutischer Stellen
- Schaffen einer Argumentationsgrundlage bei Lohngesprächen
- Überforderung und Fluktuation unter Musiktherapeuten vorbeugen
- Einheitliche Darstellung der Profession «Musiktherapie» nach aussen
- Grössere Vielfalt der eingesetzten musiktherapeutischen Techniken

Massnahmen:

- Informationsveranstaltungen und Weiterbildungen zur Durchführung der Musiktherapie, sowie deren Indikationen und Wirkungsmöglichkeiten in psychiatrischen Kliniken ohne Musiktherapie
- Regelmässiges Hospitieren von Mitarbeitenden in Musiktherapie-Sessionen und Informationsveranstaltungen in psychiatrischen Kliniken mit Musiktherapie

- Erarbeiten einer gesetzlichen Grundlage für das Einkommen von Musiktherapeuten in psychiatrischen Kliniken
- Einheitliche Definition und Darstellung von Zielen, Indikationen und potenzieller Klientel der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken
- Standardisierte Schulung verschiedenster musiktherapeutischer Techniken im Rahmen von Weiterbildungen oder der Ausbildung im Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie
- Die Wirksamkeit bei der Behandlung von Patienten sollte noch mehr und standardisiert nachgewiesen werden, sowohl in Form von Klinik-internen Evaluationsinstrumenten als auch in Form von Forschungsergebnissen

In der Forschungsliteratur finden sich ebenfalls Empfehlungen, die aufgrund von musiktherapeutischen Berufsgruppenerhebungen gestellt wurden (Choi, 1997; Kern & Tague, 2017). Diese lassen sich mit den oben dargestellten Empfehlungen gut verbinden und ergänzen teilweise die oben dargestellten Massnahmen. So empfahl Choi (1997) die spezifischen, musiktherapeutischen Ziele im Behandlungsteam aber auch für die Patienten klar zu verbalisieren. Zudem sollten andere Fachrichtungen Einblick in Musiktherapiestunden erhalten, um die Wertschätzung und Zusammenarbeit zu fördern. Fortbildungsprogramme für Mitarbeitende anderer Disziplinen sollten entweder durch die Musiktherapeuten selbst oder externe Mitarbeitende von Hochschulen angeboten werden, um die Klinik-Mitarbeitenden mit der Forschung, Theorie und Praxis der Musiktherapie vertraut zu machen. Um die Profession der Musiktherapie zu stärken, wurde von Kern und Tague (2017) angefügt, das Bewusstsein und die Anerkennung der Musiktherapie zu fördern, sowie den Zugang zu musiktherapeutischen Dienstleistungen zu erleichtern, sowohl für Mitarbeitende als auch für Patienten. Zudem sollte die Finanzierung der Musiktherapie und der Gehälter der Musiktherapeuten angegangen werden. Schliesslich sollte die Anerkennung von Musiktherapeuten als Teammitglieder angestrebt werden.

5.6. Limitationen

Methodisch mussten Limitationen im Fragebogen in Kauf genommen werden. Dies war der Durchführungsobjektivität geschuldet. Durch ein offenes Frageformat hätte mehr Tiefe und Individualität resultieren können. Schliesslich wog der Vorteil einer grossen Stichprobe und somit einer repräsentativen Erhebung stärker, weshalb der Fragebogen

hauptsächlich Fragen mit geschlossenen Antwortformaten enthielt, um mit dem Fragebogen nicht zu viel Zeit der Teilnehmenden in Anspruch zu nehmen. Die hohe Teilnehmerzahl insbesondere bei den Mitarbeitenden scheint diese Überlegungen zu rechtfertigen. Dennoch haben mehr als die Hälfte der angeschriebenen Kliniken nicht teilgenommen. Die Begründungen wurden auf Personalengpässe und auf zahlreiche Umfrage-Teilnahmen in der Vergangenheit zurückgeführt. Für zukünftige Studien könnte es interessant sein, insbesondere Mitarbeitende von psychiatrischen Kliniken etwas differenzierter zu befragen und noch mehr Kliniken zu einer Teilnahme zu begeistern. Allenfalls könnte sich eine zukünftige Befragung einer grösseren, umfassenderen Mitarbeiterbefragung anschliessen, um mehr Institutionen anzusprechen. Andererseits könnte es spannend sein, spezifischere und andere Schwerpunkte zu legen. So könnte eine qualitative Erhebung der Erfahrungen mit Musiktherapie von Mitarbeitenden, sowie zu deren Wissen über die Musiktherapie oder Lohneinschätzungen spannende neue Einblicke geben. Besonders auf Seiten der Musiktherapeuten wäre eine grössere Stichprobe anzustreben. Mit einer geringen Stichprobe von 22 Personen kann die Repräsentativität der Ergebnisse zu den Musiktherapeuten nicht ohne Zweifel gewährleistet werden. In diesem Zusammenhang zeigt sich als weiteres Problem, dass es kein Verzeichnis gibt, in dem die Gesamtpopulation der Musiktherapeuten, die in deutschsprachigen, psychiatrischen Kliniken arbeiten, aufgeführt ist. Somit kann auch keine Angabe über die Repräsentativität gemacht werden. Betreffend einer grösseren Stichprobe ist zu überlegen, ob es bereits grössere Berufsgruppenerhebungen bei Musiktherapeuten gibt, an die ein solcher Fragebogen angehängt werden könnte.

Eine valide und trennscharfe Messung einer Erschöpfungsdepressionssymptomatik war aufgrund der Durchführungsökonomie nicht möglich. Dadurch konnten die drei Kategorien des Maslach Burnout Inventory nur angedeutet werden. Hier wäre in Zukunft ein gezielteres Vorgehen mit einem validierten Instrument wie einer übersetzten Version des KMTJS wünschenswert. Kim (2012) konnte mit diesem Instrument durch eine sorgfältige Datenerhebung bei Musiktherapeuten überzeugen und brisante Zustände hinsichtlich Erschöpfungsdepressionen bei Musiktherapeuten aufzeigen. In der aktuellen Befragung stellt sich zudem die Frage, ob es bei den befragten Musiktherapeuten eine Verzerrung gegeben haben könnte, die sich insbesondere auf die Thematik der Erschöpfungsdepression auswirkt. So ist es wahrscheinlich, dass Musiktherapeuten, die aktuell beruflich und

zeitlich überfordert sind, nicht die Zeit für eine Teilnahme an einer so differenzierten Befragung haben. Ausserdem scheint es nachvollziehbar, dass Musiktherapeuten, deren Identifikation mit der Musiktherapie gering ist, nicht die Motivation aufzeigen, an solch einer Berufsgruppenerhebung teilzunehmen. Dabei wäre genau diese Gruppe im Hinblick auf schwierige Arbeitsbedingungen und eine geringe Arbeitszufriedenheit wichtig zu erfassen.

Weiterhin einschränkend auf die Datengüte wirkt sich aus, dass es sich bei Befragungen immer um subjektive Selbstberichte handelt. Die von den Teilnehmern gemachten Angaben sind mitunter von sozialer Erwünschtheit und einer latenten Zustimmungstendenz gekennzeichnet, wobei die soziale Erwünschtheit bei Online-Befragungen etwas weniger zu tragen kommt (Mühlenfeld, 2004). Ausserdem wurden die Fragebogen in den meisten Fällen durch die Klinik an die Mitarbeitenden versendet, ohne eine persönliche Nachricht des Autors, was zu einer grösseren Distanz und zu weniger sozialer Erwünschtheit führen kann. Durch die Anonymität der Fragebogen wurde auch bei den wenigen Musiktherapeuten die soziale Erwünschtheit und die Zustimmungstendenz verringert.

Die in dieser Arbeit verwendete Arbeitszufriedenheits-Skala konnte gute Ergebnisse liefern und zeigte sich hinsichtlich verschiedener Gütekriterien stabil. Dennoch könnte es interessant sein, diese Kurz-Skala mit anderen Arbeitszufriedenheits-Instrumenten zu vergleichen, um die externe Validität zu überprüfen. Da diese grosse Befragung im Rahmen einer Masterarbeit stattfand, waren die zeitlichen Ressourcen für die Datenauswertung begrenzt. Es könnte interessant sein, mit neuen Fragestellungen an den vorhandenen Datensatz heranzutreten, um noch mehr Informationen zu gewinnen. Bislang gibt es keine Studien, welche die Wirksamkeit der Musiktherapie mit der Wirksamkeit anderer kunsttherapeutischer Therapien verglichen haben. Dies könnte im Sinne der Abgrenzung verschiedener Fachtherapien voneinander spannende Ergebnisse ergeben.

5.7. Schlussfolgerungen

In dieser Studie konnten zum ersten Mal differenzierte Daten zur Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten aus psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz, sowie zur Einschätzung der Musiktherapie durch Mitarbeitende erhoben werden. Im internationalen Vergleich können die Schweizer Daten nun dargestellt und verglichen werden. Bei den Musiktherapeuten handelt es sich um eine selbstbewusste, engagierte,

selbständige und gut ausgebildete Berufsgruppe, die eine eher hohe Arbeitszufriedenheit angibt. Für die Mitarbeitenden in psychiatrischen Kliniken liegen repräsentative Daten vor, die auch im umliegenden deutschsprachigen und europäischen Kontext Anstoss zu ähnlichen und vergleichbaren Untersuchungen geben und die Diskussion zu übergreifenden, berufspolitischen Themen anregen könnten. Dabei gaben die befragten Mitarbeitenden insgesamt eine hohe Wertschätzung der Musiktherapie an und zeigten eine hohe Übereinstimmung mit den Musiktherapeuten hinsichtlich möglicher Indikationen, Klientel und Kompetenzen der Musiktherapie, auch wenn die Angaben der Musiktherapeuten in fast allen Bereichen höher ausgeprägt waren. Die Studie konnte zudem verschiedene Einflussfaktoren auf die empfundene Wichtigkeit der Musiktherapie bei Mitarbeitenden identifizieren und in einem übersichtlichen Modell darstellen.

Die Studie, die ein berufspolitisches Interesse verfolgt, konnte aufdecken, dass in der deutschsprachigen Schweiz noch immer zahlreiche psychiatrische Kliniken keine Musiktherapie in ihrem Behandlungsangebot aufweisen. In den Leitlinien der SGPP zur Behandlung psychiatrischer Störungen wird die fehlende Erwähnung der Musiktherapie auf die mangelhafte Evidenzlage zurückgeführt. Denn in der Praxis gibt die Musiktherapie offenbar ein sehr positives Bild ab. Die angekündigten Bemühungen des Bundes zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen in psychiatrischen Kliniken sollten also mitunter auf die Förderung der Musiktherapie abzielen. Ausserdem ergab sich die Tatsache einer sehr grossen Schere hinsichtlich der Löhne von Musiktherapeuten in unterschiedlichen Kliniken. In der vorliegenden Arbeit wurden daher verschiedene Ziele und Massnahmen definiert, die in Zukunft angegangen werden müssen. Diese Massnahmen müssen auf einer berufspolitischen Ebene von musiktherapeutischen Fach- und Dachverbänden aufgenommen und an den Schnittstellen zu Institutionen, Kantonen und dem Bund umgesetzt werden, um deren Wichtigkeit zu verdeutlichen. Dazu sind Ergebnisse, wie sie in dieser Studie dargelegt werden, von grosser Bedeutung. Es scheint aktuell nicht verhältnismässig, dass Musiktherapeuten trotz einer mehrjährigen und kostspieligen Weiterbildung, sowie zusätzlicher Vorqualifikationen, für ein Einkommen arbeiten, welches in anderen Berufsgruppen unvorstellbar wäre. Dieser Zustand wiegt noch schwerer, wenn Musiktherapeuten in einem Umfeld arbeiten, wo sie deutlich weniger verdienen als andere Therapeuten.

6. Persönliche Gedanken des Autors

Meine drei unterschiedlichen Rollen, die ich zu Beginn dieser Arbeit geschildert habe, sollen nun noch einmal beleuchtet werden, indem ich aus den verschiedenen Blickwinkeln auf die vorliegenden Ergebnisse Bezug nehme.

Als Forscher bin ich sehr zufrieden mit der Arbeit. Insbesondere die hohe Anzahl der Teilnehmenden und die Repräsentativität der Stichprobe haben mich überwältigt. Es war mir wichtig, statistisch einwandfreie Daten zu generieren, die auch weiterverwendet werden können. Dies ist durch eine sorgfältige Datenaufbereitung und -auswertung gelungen. In diesem Sinne ist es mir ein Anliegen, die Resultate dieser Arbeit auch in Form einer Fachpublikation bei einem wissenschaftlichen Journal zu veröffentlichen. So erhält diese Arbeit einen Stellenwert in der Forschungsliteratur und kann zukünftigen Forschungsarbeiten als Grundlage dienen. Die Dissemination der Ergebnisse kann auch über Vorträge in Institutionen oder bei Fachverbänden stattfinden. Ich wurde angefragt, die Ergebnisse an einem Kolloquium in der integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW) im Juni 2023 vorzustellen. Dies erscheint besonders interessant, da die IPW bislang keine Musiktherapie in ihrem Behandlungsangebot aufweist. Einige Institutionen, die an der Befragung teilgenommen haben, hatten sich einen geschriebenen Ergebnisbericht gewünscht, welchen ich anhand der hier beschriebenen Ergebnisse erstellen und an die Kontaktpersonen der Institutionen versenden werde. Es erscheint mir wichtig, dass die Institutionen eine kurze und attraktive Rückmeldung zu den Daten bekommen, um die Chance für eine erneute Teilnahme an einer Befragung dieser Art zu erhöhen. Für die Zukunft wäre es nämlich interessant eine regelmässige Erhebung innerhalb der Schweiz weiterzuführen. So könnten Entwicklungen und Rückschritte abgebildet und verfolgt werden.

Als Psychologin würde es mich interessieren, ob und wo es bei der Musiktherapie Schnittstellen mit der Arbeit eines Psychotherapeuten gibt. Sowohl bei meiner aktuellen Arbeit als Musiktherapeut in einer psychiatrischen Klinik als auch in den Daten dieser Arbeit finden sich Hinweise dafür, dass die Mitarbeitenden eine klare Trennung zwischen Musiktherapeuten und Psychotherapeuten zu ziehen scheinen. Die Fähigkeitszuschreibungen durch die Mitarbeitenden sind in den Bereichen Psychotherapie und Psychopathologie deutlich geringer als in den Bereichen Musiktheorie und musikalische Fähigkeiten. Zudem werden der Musiktherapie gewisse Indikationen (Beziehungsprobleme,

Problemlösungskompetenz, Entscheidungsfindung, Einsicht in den Klinikaufenthalt und Realitätsorientierung), die einen psychotherapeutischen Schwerpunkt haben, weniger zugehört. Es geht hier um ein Thema, welches mich schon längere Zeit beschäftigt und immer wieder eine Art Identitätskrise in mir auslöst. Ich persönlich definiere die Musiktherapie in der psychiatrischen Klinik gerne als Psychotherapie, die mit Musik als Medium arbeitet. Diesem eigenen Anspruch versuche ich zu genügen. So gehe ich im Gespräch identifizierte Inhalte über musikalische Aufstellungs-, Rollen-, Ausdrucks-, oder Eindrucksspiele an. Dass dies eine gewagte Definition der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken ist, ist mir bewusst. Einerseits gibt es Anlass zur Kritik von Seiten der Musiktherapeuten, welche hier womöglich einen zu geringen Schwerpunkt in der Musik und im Nonverbalen sehen könnten. Dies obwohl noch bis vor wenigen Jahren eine Weiterbildung zum Musik-Psychotherapeuten an der Zürcher Hochschule der Künste angeboten wurde. Andererseits könnte von Psychotherapeuten kritisiert werden, dass die Ausbildung zum Musiktherapeuten keine von der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) anerkannte Ausbildung für Psychotherapie darstellt. Rückblickend auf meine Ausbildung zum Musiktherapeuten im Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie stelle ich fest, dass es wenige Module zu explizit psychotherapeutischen, gesprächstherapeutischen und psychopathologischen Themen gab. Mein Wissen dazu habe ich durch mein Psychologie-Vollzeitstudium und durch die halbjährige Berufserfahrung als Psychologe in einer psychiatrischen Klinik bereits im Vorfeld erlangt. Da die Studierenden während der Musiktherapie-Weiterbildung noch nicht als Musiktherapeuten in der Praxis arbeiten dürfen und nur gelegentlich durch Praktika Einblicke erhalten, kann das Wissen, das in den wenigen Modulen – zum Beispiel zum Thema Psychopathologie – vermittelt wurde, auch nicht in der Praxis konsolidiert werden und geht schnell wieder verloren. Im aktuellen Curriculum noch mehr solcher Module einzubauen, halte ich aufgrund der Vielzahl anderer Module kaum für möglich. Dies sehe ich als Missstand, da Musiktherapeuten, sofern sie in einer psychiatrischen Klinik arbeiten wollen, meiner oben beschriebenen Definition von Musiktherapie und somit auch meinen Ansprüchen als Psychologe nicht alleine aufgrund ihrer musiktherapeutischen Weiterbildung genügen können. Eine allfällige Lösung könnte sein, verschiedene Schwerpunkte innerhalb der Ausbildung zu setzen. So könnten Personen, die an der musiktherapeutischen Arbeit in einer psychiatrischen Klinik interessiert sind, spezifische zusätzliche

Module besuchen, welche explizit auf diese Arbeit ausgerichtet sind. Solange die Studierenden während der Ausbildung nicht berufsqualifiziert sind, wäre zu überlegen, ob es nicht mehr Präsenztage im Curriculum geben müsste, um sich regelmässiger mit einer Thematik auseinandersetzen und diese vertiefen zu können. Eine Erweiterung von einem Tag auf zwei Tage pro Woche wäre hier ein Vorschlag.

Als Musiktherapeut bin ich insgesamt erfreut über das positive Bild der Musiktherapie, das von Mitarbeitenden in psychiatrischen Kliniken gezeichnet wurde. Es geht einher mit den Eindrücken, die ich aktuell als Musiktherapeut in einer stationären psychiatrischen Klinik selber mache. Insbesondere die Tatsache, dass auch Ärzte und Kaderpersonen sich positiv zur Musiktherapie äussern – und ausserdem zahlenmässig gut vertreten sind – gibt mir Hoffnung, da es oft diese Personen sind, die ein Gesuch für eine neue musiktherapeutische Stelle beurteilen. Die positiven Ergebnisse zu diesem Thema bilden etwas ab, das im Klinikalltag oft nicht explizit ausgesprochen oder thematisiert wird, das aber für eine aufstrebende Disziplin wie die Musiktherapie von grosser Bedeutung ist und das Selbstvertrauen stärkt. Als Musiktherapeut versuche ich im Rahmen meiner Anstellung in der psychiatrischen Klinik möglichst vielen Angestellten Einblick in meine Arbeit zu geben und nehme wahr, dass durch Hospitationen positive und neue Eindrücke an die jeweiligen Hospitierenden vermittelt werden. Zusätzlich werden die Erkenntnisse in Pausen oder Rapporten wieder aufgegriffen, wodurch auch andere Mitarbeitende teilhaben können und über das Potenzial der Musiktherapie aufgeklärt werden. Seit der ersten Hospitation nahm die Zahl der Anfragen für Hospitationen immer mehr zu, was diese Beobachtung untermauert. An dieser Stelle erscheint es mir wichtig eine Erfahrung zu teilen. Es gibt in vielen psychiatrischen Kliniken interdisziplinäre Rapporte, bei denen mitunter die Musiktherapeuten teilnehmen. Sie können dort eine kurze Rückmeldung zum Therapieprozess bei einzelnen Patienten geben und einen groben Einblick in den gesamten Behandlungsprozess erhalten. Bei den deutlich intensiver und differenzierter geführten Fall-Interventionen oder -Supervisionen habe ich aber an verschiedensten Orten die Erfahrung gemacht, dass Musiktherapeuten – sowie anderen Fachtherapeuten – nicht teilnehmen. Insbesondere in diesen ausführlichen Fallbesprechungen kann es wichtig sein, auch die Perspektive und die Erfahrungen der Musiktherapeuten miteinzubeziehen. Zudem ist es für die Musiktherapeuten oft ein genauso hilfreiches Gefäss, wie für alle anderen Beteiligten. Als Nebeneffekt erhalte das gesamte Behandlungsteam ausserdem Einblicke in

die musiktherapeutische Arbeit mit den Patienten. Die Teilnahme an solchen Rapporten scheitert teilweise daran, dass die Musiktherapeuten in einem zu geringen Pensum arbeiten und an den Tagen der Fallbesprechungen nicht anwesend sind, oder dass sie so viele Therapiestunden in einen Tag verpacken müssen, dass sie keine zweistündige Supervision einplanen können. Teilweise werden aber auch schlicht keine Einladungen an Musiktherapeuten versendet. Es geht insgesamt darum, die Musiktherapie transparenter zu machen. Die häufigere Einbindung der Musiktherapeuten in stationsinterne Besprechungen wäre meiner Meinung nach ein Schritt in diese Richtung.

Als Musiktherapeut beschäftigt mich schliesslich auch die grosse Schere, die sich bei den Löhnen der befragten Musiktherapeuten abbildet. Es ist einerseits erfreulich, dass es Musiktherapeuten gibt, die ein hohes Einkommen haben. Andererseits ist es erschreckend, dass viele Musiktherapeuten für einen sehr geringen Lohn – insbesondere im Hinblick auf die lange und kostspielige Ausbildung – eine hochqualifizierte Arbeit verrichten. Diese grossen Unterschiede können nur ausgeglichen werden, wenn die Musiktherapeuten zum einen eine strengere Linie bezüglich ihrer Lohnanforderungen fahren und zum anderen, indem es eine Grundlage gibt, auf die sich Musiktherapeuten hinsichtlich ihrer Lohnforderungen stützen können. Dies ist eine berufspolitische Forderung, die von Fachverbänden und Organisationen der Arbeitswelt koordiniert werden müssen. Insgesamt blicke ich als Musiktherapeut mit den vorliegenden Ergebnissen in der Hand zuversichtlich auf zukünftige Versuche, musiktherapeutische Stellen aufzubauen.

Als eine Person in den drei oben erwähnten Rollen ist es mir ein Anliegen, diese Berufsgruppen professionell vertreten zu können. Im Anschluss an die Weiterbildung zum Musiktherapeuten werde ich daher zusätzlich eine Psychotherapie-Weiterbildung anhängen. Auf diese Weise habe ich die Möglichkeit und auch die Erlaubnis, mich als Praktiker in den drei Bereichen offiziell zu betätigen. Ich möchte als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Bereichen vermitteln und die Bereiche näher zueinander führen. Dadurch erhoffe ich mir, den Musiktherapeuten meine Faszination für die Psychotherapie und die Forschung, den Psychotherapeuten meine Begeisterung für die Forschung und die Musiktherapie und den Forschenden meine Leidenschaft für die Psychotherapie und die Musiktherapie mitzugeben.

7. Literatur

Literatur-Quellen

- Braswell, C., Decuir, A., & Jacobs, K. (1989). Job satisfaction among music therapists. *Journal of Music Therapy*, 26(1), 2–17. <https://doi.org/10.1093/jmt/26.1.2>
- Carr, C., D'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder - An exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2), 179–202. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02026.x>
- Choi, B. C. (1997). Professional and Patient Attitudes about the Relevance of Music Therapy as a Treatment Modality in NAMT Approved Psychiatric Hospitals. *Journal of Music Therapy*, 34(4), 277–292. <https://doi.org/10.1093/jmt/34.4.277>
- Clements-Cortes, A. M. Y. (2013). Burnout in music therapists: Work, individual, and social factors. *Music Therapy Perspectives*, 31(2), 166–174. <https://doi.org/10.1093/mtp/31.2.166>
- Curtis, S. L. (2013). Women's issues and music therapists: A look forward. *Arts in Psychotherapy*, 40(4), 386–393. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.05.016>
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., ... Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319–331. <https://doi.org/10.1159/000348452>
- Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., & Gold, C. (2014). Group music therapy for severe mental illness: A randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(2), 144–153. <https://doi.org/10.1111/acps.12224>
- Gross, E. (2013). Canadian Music Therapists' Perspectives on the Current State of Music Therapy as a Profession in Canada.
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-heller, S., & Becker, T. (2018). *Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*.
- Hohmann, L., Bradt, J., Stegemann, T., & Koelsch, S. (2017). Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. In *PLoS ONE* (Vol. 12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187363>
- Holmberg, C., Sobis, I., & Carlström, E. (2016). Job Satisfaction Among Swedish Mental Health Nursing Staff: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Public Administration*, 39(6), 429–436. <https://doi.org/10.1080/01900692.2015.1018432>
- Kern, P., & Tague, D. B. (2017). Music Therapy Practice Status and Trends Worldwide: An International Survey Study. In *Journal of Music Therapy* (Vol. 54). <https://doi.org/10.1093/jmt/thx011>

- Kim, Y. (2012). Music therapists' job satisfaction, collective self-esteem, and burnout. *Arts in Psychotherapy*, 39(1), 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.10.002>
- Koelsch, S. (2009). A neuroscientific perspective on music therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1169, 374–384. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04592.x>
- Lambert, M. J., & Kleinstäuber, M. (2016). Wenn sich menschen änderungsveränderungsprozesse in der psychotherapie und ihre beziehung zu spezifischen therapietechniken und allgemeinen wirkfaktoren. *Verhaltenstherapie*, 26(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000442372>
- Lu, S. F., Lo, C. H. K., Sung, H. C., Hsieh, T. C., Yu, S. C., & Chang, S. C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(6), 682–688. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.09.002>
- Lutz Hochreutener, S. (2009). *Spiel - Musik - Therapie: Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe Verlag.
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Melches, J., Hamberger, C., & Oster, J. (2016). Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten (BgA-KT) – Ergebnisse und Resümee. *Musiktherapeutische Umschau*, 37(1), 41–59. <https://doi.org/10.13109/muum.2016.37.1.41>
- Mercadal-Brotons, M., Sabbatella, P. L., & Del Moral Marcos, M. T. (2015). Music Therapy as a Profession in Spain: Past , Present and Future. *Approaches: Music Therapy and Special Music Education, First View (Advance Online Publication)*, 9(May 2015), 1–9. Retrieved from http://approaches.gr/wp-content/uploads/2015/09/Approaches_FirstView_Article12_Brotons-et-al.pdf
- Mohammadi, A. Z., Minhas, L. S., Haidari, M., & Panah, F. M. (2012). A study of the effects of music therapy on negative and positive symptoms in schizophrenic patients. *German Journal of Psychiatry*, 15(2), 56–62.
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2020). Qualitätsanforderungen an Tests und Fragebogen („Gütekriterien“). In *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. (pp. 13–38). https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-61532-4_2
- Mössler, K. A., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>
- Mühlenfeld, H. U. (2004). Sexualverhalten und soziale Erwünschtheit. *Zeitschrift Für Sexualforschung*, 17(1), 46–59. <https://doi.org/10.1055/s-2004-818752>
- Odell-Miller, H. (1995). Approaches to music therapy in psychiatry with specific emphasis upon a research project with the elderly mentally ill. In *Clinical applications of music therapy in psychiatry* (pp. 83–111).

- Odell-Miller, H. (1999). Investigating the value of music therapy in psychiatry. In *Clinical applications of music therapy in psychiatry* (pp. 119–140).
- Pedersen, I. N. (2014). Music therapy in psychiatry today - do we need specialization based on the reduction of diagnosis-specific symptoms or on the overall development of patients' resources? Or do we need both? *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 173–194. <https://doi.org/10.1080/08098131.2013.790917>
- Phan Quoc, E., Riedl, H., Smetana, M., & Stegemann, T. (2019). Zur beruflichen Situation von Musiktherapeut:innen in Österreich: Ergebnisse einer Online-Umfrage. *Musiktherapeutische Umschau*, 40(3), 236–248. <https://doi.org/10.13109/muum.2019.40.3.236>
- Poepel, A., Jochims, S., Kampen, N., & Grehl, H. (2002). Evaluation of music therapy in German neurorehabilitation: Starting point for European comparability. *Music Therapy Today*, 1–25. Retrieved from <http://www.wfmt.info/Musictherapyworld/modules/mmmagazine/issues/20020801160643/20020801171244/poepelMTT.pdf>
- Schmidt, H. U., Stegemann, T., & Spitzer, C. (2020). *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen* (1. Auflage). Urban & Fischer in Elsevier.
- Silverman, M. J. (2007). Evaluating current trends in psychiatric music therapy: A descriptive analysis. *Journal of Music Therapy*, 44(4), 388–414. <https://doi.org/10.1093/jmt/44.4.388>
- Solanki, M. S., Zafar, M., & Rastogi, R. (2013). Music as a therapy: Role in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(3), 193–199. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.001>
- Vega, V. P. (2010). Personality, burnout, and longevity among professional music therapists. *Journal of Music Therapy*, 47(2), 155–179. <https://doi.org/10.1093/jmt/47.2.155>
- Witusik, A., & Pietras, T. (2019). Music therapy as a complementary form of therapy for mental disorders. *Polski Mercuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.*, 74(282), 240–243.
- Yang, C. Y., Chen, C. H., Chu, H., Chen, W. C., Lee, T. Y., Chen, S. G., & Chou, K. R. (2012). The effect of music therapy on hospitalized psychiatric patients' anxiety, finger temperature, and electroencephalography: A randomized clinical trial. *Biological Research for Nursing*, 14(2), 197–206. <https://doi.org/10.1177/1099800411406258>

Internet-Quellen:

Bundesamt für Statistik: Patient/innen, Hospitalisierungen (Stand: 2021)

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html> [18.04.2023]

Bundesamt für Gesundheit: Psychische Gesundheit und psychiatrische Versorgung

(Stand: 17.02.2023) <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit.html#261941689> [18.04.2023]

Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT: Was ist Musiktherapie?

(Stand: 2023) <https://musictherapy.ch/de/musiktherapie/was-ist-musiktherapie> [18.04.2023]

Schweizerischer Fachverband für Musiktherapie SFMT/ASMT: Berufsbild (Stand: 2023)

<https://musictherapy.ch/de/musiktherapie/berufsbild> [18.04.2023]

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): Behandlungsempfehlungen (Stand: 2023)

<https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [18.04.2023]

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter (Stand: 2019)

<https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [18.04.2023]

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP): Behandlungsempfehlungen Schizophrenie (Stand: 2016)

<https://www.psychiatrie.ch/sgpp/fachleute-und-kommissionen/behandlungsempfehlungen> [18.04.2023]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Personal in psychiatrischen Kliniken der deutschsprachigen Schweiz.....	26
Abbildung 2. Zeitplan der verschiedenen Arbeitsschritte der Masterarbeit.	36
Abbildung 3. Empfundene Wichtigkeit der Musiktherapie innerhalb des Behandlungsangebots der Klinik durch Mitarbeitende verschiedener Funktionen.....	42
Abbildung 4. Einschätzung von Mitarbeitenden stationärer, psychiatrischer Kliniken zur Eignung von Musiktherapie für 15 verschiedene Indikationen.....	44
Abbildung 5. Gesamtmittelwerte über alle Berufsgruppen hinweg zu den 15 Indikationen.....	49
Abbildung 6. Einschätzung der Kompetenzen von Musiktherapeuten durch Mitarbeitende von psychiatrischen Kliniken	51
Abbildung 7. Einschätzung von Mitarbeitenden stationärer, psychiatrischer Kliniken zu den Kompetenzen von Musiktherapeuten in sechs Bereichen.....	52
Abbildung 8. Modell der Einflussfaktoren auf den empfundenen Stellenwert der Musiktherapie bei Mitarbeitenden von psychiatrischen Kliniken	58
Abbildung 9. Vergleich der Einschätzung zu verschiedenen Indikationen für die Musiktherapie.....	60
Abbildung 10. Vergleich der Einschätzung zur Musiktherapie hinsichtlich der Behandlung verschiedenen Störungsbilder	61
Abbildung 11. Vergleich der Einschätzung der Kompetenzen von Musiktherapeuten	62
Abbildung 12. Häufigkeitsverteilung der Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeuten in deutschsprachigen, psychiatrischen Kliniken.....	63
Abbildung 13. Häufigkeitsverteilung des Kompetenzerlebens von Musiktherapeuten in deutschsprachigen, psychiatrischen Kliniken	64
Abbildung 14. Häufigkeitsverteilung der durch die befragten Musiktherapeuten wahrgenommenen Möglichkeit zur Unterstützung innerhalb der Klinik.....	65
Abbildung 15. Häufigkeitsverteilung des höchsten Bildungsabschlusses der befragten Musiktherapeuten	66
Abbildung 16. Häufigkeitsverteilung des Gehalts der befragten Musiktherapeuten	66
Abbildung 17. Häufigkeitsverteilung der Berufsjahre der befragten Musiktherapeuten innerhalb der aktuellen psychiatrischen Klinik.....	67
Abbildung 18. Mittelwerte der verschiedenen Arbeitszufriedenheits-Items über alle befragten Musiktherapeuten	70
Abbildung 19. Einschätzung durch die befragten Musiktherapeuten (N = 22) hinsichtlich der sechs Kompetenzbereiche	71
Abbildung 20. Häufigkeit der Nutzung verschiedener Techniken durch Musiktherapeuten.....	72

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1. Gegenüberstellung der Indikationskriterien von Choi (1997) und Melches et al. (2016) & Poepel et al. (2002)</i>	<i>32</i>
<i>Tabelle 2. Soziodemographische Angaben der befragten Musiktherapeuten.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabelle 3. Soziodemographische Angaben der befragten Mitarbeitenden.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabelle 4. Deskriptive Statistik zu den Indikationen über alle Mitarbeitenden hinweg</i>	<i>48</i>
<i>Tabelle 5. Deskriptive Statistik zur Kompetenzeinschätzung über alle Mitarbeitenden hinweg</i>	<i>51</i>
<i>Tabelle 6. t-Test zum Zusammenhang zwischen der Oda-Zertifizierung und der subjektiv wahrgenommenen Kompetenz.....</i>	<i>57</i>
<i>Tabelle 7. Antworten aller Musiktherapeuten auf die Items im Fragebogen</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 8. Übersicht zu den angefragten stationären, psychiatrischen Kliniken.</i>	<i>124</i>

Appendix

Appendix A – Fragebogen Musiktherapeuten

Nr.	Frage	Antwortformat	Antwortalternativen	Messniveau	Latente Konstrukte
1	Name der psychiatrischen Klinik	Zeichenfolge	Klinik Name	Nominal	Demographische Variablen
2	Geschlecht	Dichotom	Mann / Frau / andere	Nominal	
3	Alter	Numerisch	Alterszahl	Metrisch	
4	Berufsjahre in psychiatrischer Klinik	Numerisch	1 = weniger als 1 Jahr 2 = 1 bis 4 Jahre 3 = 5 bis 9 Jahre 4 = 10 bis 14 Jahre 5 = 15 bis 19 Jahre 6 = 20 Jahre oder länger	Metrisch	
5	Pensum	Prozent	Pensum in Prozent	Metrisch	
6	Anzahl eigener musiktherapeutischer Arbeitsstellen	Likert Skala	Anzahl Stellen (1, 2, 3, 4, >4)	Metrisch	
7	Wie haben Sie die aktuelle Stelle erhalten?	Likert Skala	1 = Blindbewerbung 2 = Bewerbung auf ausgeschriebene Stelle 3 = Empfehlung von vorheriger Musiktherapeuten 4 = eigene Stelle aufgebaut	Nominal	
8	Wie viele Stellenprozent für Musiktherapie gibt es in Ihrer Klinik insgesamt?	Numerisch	Zahl (Angabe in %)	Metrisch	Arbeitsplatz
9	Wie viele Musiktherapeuten arbeiten in Ihrer Klinik?	Numerisch	Zahl	Metrisch	Arbeitsplatz

10	Haben Sie einen eigenen Raum für die Musiktherapie in Ihrer Klinik?	dichotom	Ja – Nein	Nominal	Arbeitsplatz
11	Haben Sie ein eigenes Büro in Ihrer Klinik?	dichotom	Ja – Nein	Nominal	Arbeitsplatz
12	Wie zufrieden sind Sie mit der Anzahl an Instrumenten in der Musiktherapie in Ihrer Klinik?	Likert Skala	1 = sehr unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden 4 = eher zufrieden 5 = zufrieden 6 = sehr zufrieden	Ordinal	Arbeits-zufriedenheit
13	Wie zufrieden sind Sie mit den digitalen Möglichkeiten in Ihrer Klinik? (Musikanlage, Portable Lautsprecher, Tablet, Account für Online-Musikprogramm etc.)	Likert Skala	1 = sehr unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden 4 = eher zufrieden 5 = zufrieden 6 = sehr zufrieden	Ordinal	Arbeits-zufriedenheit
14	Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit mit Ihrer Klientel in der psychiatrischen Klinik?	Likert Skala	1 = sehr unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden 4 = eher zufrieden 5 = zufrieden 6 = sehr zufrieden	Ordinal	Arbeits-zufriedenheit
15	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der beschriebenen Stelle?	Likert Skala	1 = sehr unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden	Ordinal	Arbeits-zufriedenheit

			4 = eher zufrieden 5 = zufrieden 6 = sehr zufrieden		
16	Wie empfinden Sie die Wertschätzung gegenüber der Musiktherapie in Ihrer Klinik insgesamt?	Likert Skala	1 = gar nicht wertschätzend 2 = nicht wertschätzend 3 = eher nicht wertschätzend 4 = eher wertschätzend 5 = ziemlich wertschätzend 6 = sehr wertschätzend	Ordinal	Stellenwert Musiktherapie
17	Welche der folgenden Settings werden an Ihrer Klinik in der Musiktherapie durchgeführt?	Mehrfach-Auswahl	- Einzeltherapie - Kleingruppen (2-6 Personen) - Grossgruppen (> 7 Personen) - Offene Gruppe - Aufsuchende Angebote	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
18	Wie lange dauert eine Musiktherapie Einzelstunde?	Mehrfach-Auswahl	- < 30 Minuten - 30 – 40 Minuten - 40 – 50 Minuten - 50 – 60 Minuten - > 60 Minuten	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
19	Wie lange dauert eine Musiktherapie Gruppenstunde?	Mehrfach-Auswahl	- < 45 Minuten - 45 – 60 Minuten - 60 – 75 Minuten - 75 – 90 Minuten - > 90 Minuten	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
20	Können Sie eigenständig Therapieziele für die Musiktherapie mit den Patienten erarbeiten?	dichotom	Ja – Nein	Nominal	Stellenwert Musiktherapie

21	Gibt es Anlaufstellen innerhalb Ihrer Klinik für inhaltliche, therapeutische Fragen?	Mehrfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Ja - Nein - Weiss ich nicht 	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
22	Wie verläuft die Dokumentation Ihrer Musiktherapie-Stunden?	Mehrfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Stundenprotokolle - Eigenständiger Endbericht nach Beendigung der Therapie - Endbericht ist Teil eines übergeordneten Austrittsberichts (Abschlussberichts) 	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
23	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Arbeitspensum in Ihrer Klinik?	Likert Skala	<ul style="list-style-type: none"> 1 = sehr unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden 4 = eher zufrieden 5 = zufrieden 6 = sehr zufrieden 	Ordinal	Finanzierung
24	Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Lohn in Ihrer Klinik?	Likert Skala	<ul style="list-style-type: none"> 1 = sehr unzufrieden 2 = unzufrieden 3 = eher unzufrieden 4 = eher zufrieden 5 = zufrieden 6 = sehr zufrieden 	Ordinal	Finanzierung
25	Wie hoch ist Ihr Bruttolohn auf 100 Stellenprozent gerechnet (in CHF)?	Einfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - 5'000 – 6'000 - 6'000 – 7'000 - 7'000 – 8'000 - 8'000 – 9'000 - > 9'000 	Ordinal	Finanzierung
26	Wie wird Ihre Tätigkeit abgerechnet?	Einfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Angestelltenverhältnis - Fremdbesetzung auf anderen Stellen - Honorar Basis 	Nominal	Finanzierung

27	<p>Welche der folgenden Bereiche stellen für Sie Indikationen für die Musiktherapie dar?</p> <p>Alternativ nach Choi (1997) wären folgende Indikationsvorschläge möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Steigerung des Selbstwertgefühls 2. Förderung von angemessenem Verhalten 3. Behandlung von Beziehungsproblemen 4. Erhöhung der Realitätsorientierung 5. Freude schenken 6. Verbesserung der sozialen Fähigkeiten 7. Verbesserung der Problemlösungskompetenz 8. Entwicklung von Anwendungen zur Entscheidungsfindung 9. Verbesserung der Einsicht in die Gründe für Krankenhausaufenthalte 10. Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne 11. Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung 12. Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck 13. Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten. 	Likert Skala für jeden Punkt	<ul style="list-style-type: none"> - Fördern des Selbstwertgefühls - Fördern von adäquatem Verhalten - Fördern der Realitätsorientierung - Behandlung von Beziehungsproblemen - Erleben von Freude - Fördern von sozialen Kompetenzen - Fördern der Problemlösungskompetenz - Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung - Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt - Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne - Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung - Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck - Fördern der Kommunikationsfähigkeiten - Emotionsregulation - Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung <p>1 = sehr ungeeignet 2 = ungeeignet 3 = eher ungeeignet 4 = eher geeignet 5 = geeignet 6 = sehr geeignet</p>	Ordinal	Indikation Musiktherapie
----	---	---------------------------------	---	---------	--------------------------

28	Für welche Störungsbilder nach ICD-10 könnte Musiktherapie indiziert sein?	Likert Skala für jeden Punkt	<ul style="list-style-type: none"> - F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen - F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen - F3 Affektive Störungen - F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen - F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren - F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - F7 Intelligenzminderung - F8 Entwicklungsstörungen - F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <p>1 = sehr ungeeignet 2 = ungeeignet 3 = eher ungeeignet 4 = eher geeignet 5 = geeignet 6 = sehr geeignet</p>	Ordinal	Indikation Musiktherapie
29	Wie gut fühlen Sie sich allgemein durch Ihre Ausbildung auf Ihre Tätigkeit vorbereitet?	Likert Skala	<p>1 = Sehr ungenügend vorbereitet 2 = ungenügend vorbereitet 3 = eher ungenügend vorbereitet 4 = eher gut vorbereitet 5 = gut vorbereitet 6 = Sehr gut vorbereitet</p>	Ordinal	Kompetenz

30	Lesen Sie musiktherapeutische Forschung?	Likert Skala	1 = nie 2 = selten 3 = ab und zu 4 = oft 5 = sehr oft	Ordinal	Kompetenz
31	Besuchen Sie musiktherapeutische Weiterbildungen, Tagungen, Kongresse?	Likert Skala	1 = nie 2 = < 1x pro Jahr 3 = 1-2 x pro Jahr 4 = 2-5 x pro Jahr 5 = > 5x pro Jahr	Ordinal	Kompetenz
32	Welche Kompetenzen erwarten Sie von Musiktherapeuten?	Mehrfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Psychopathologie - Medizinisches Wissen - Medikamente - Musiktheorie - Musikalische Fähigkeiten 	Nominal	Kompetenz
33	Wie kompetent fühlen Sie sich in folgenden Bereichen?	Likert Skala	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Psychopathologie - Medizinisches Wissen - Medikamente - Musiktheorie - Musikalische Fähigkeiten <p>1 = Gar nicht kompetent 2 = Nicht kompetent 3 = Eher nicht kompetent 4 = Eher kompetent 5 = Kompetent 6 = Sehr kompetent</p>	Ordinal	Kompetenz

34	Wie häufig wenden Sie die folgenden musiktherapeutischen Techniken an?	Likert Skala	<ul style="list-style-type: none"> - Singen / Vokalisieren - Instrumentenspiel - Improvisation - Bewegung und Tanz - Aufgenommene Musik hören - Für Spiel für Patient - Therapeutisches Songwriting - Body Percussion - Einsatz digitaler Medien (Musik Apps, Musik-Videos, digitale Instrumente) <p>1 = nie; 2 = selten; 3 = ab und zu; 4 = oft; 5 = sehr oft</p>	Ordinal	Kompetenz
35	Welche der folgenden Angebote nehmen Sie in Anspruch?	Mehrfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Selbsterfahrung Einzel - Selbsterfahrung Gruppe - Intervention - Supervision 	Nominal	Kompetenz
36	Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss	Einfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Master (Universität oder Fachhochschule) - Master of Advanced Studies (MAS) - Bachelor - Diploma of Advanced Studies (DAS) - Certificate of Advanced Studies (CAS) - anderes 	Nominal	Kompetenz
37	Haben Sie die eidgenössische Fachprüfung der OdA Artecure absolviert?	Einfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Nein - Ich bin gerade im Verfahren - Ja 	Nominal	Zertifizierung

Appendix B – Fragebogen für Mitarbeitende MIT Musiktherapie

Einleitungstext:

Liebe Mitarbeitende

Vielen Dank, dass Sie sich ca. 5 Minuten Zeit nehmen für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Der folgende Fragebogen richtet sich an Mitarbeitende psychiatrischer Kliniken aus den Berufen «Klinikleitung», «Arzt / Ärztin», «Psychologe / Psychologin», «Pfleger» und «Fachtherapeut / Fachtherapeutin». Der Fragebogen soll erheben, wie Musiktherapie von verschiedenen Berufsgruppen in psychiatrischen Kliniken wahrgenommen wird.

Sie können die folgenden Fragen nicht falsch beantworten. Es ist aber wichtig, dass Sie diese ehrlich beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens geschieht anonym und kann nicht auf Sie zurückgeführt werden.

Fragen für Mitarbeitende:

Nr.	Frage	Antwortformat	Antwortalternativen	Messniveau	Latente Konstrukte
1	Geschlecht	Dichotom	Mann / Frau / andere	Nominal	Demographische Variablen
2	Alter	Numerisch	Alterszahl	Metrisch	
3	Berufsjahre in psychiatrischer Klinik	Numerisch	1 = weniger als 1 Jahr 2 = 1 bis 4 Jahre 3 = 5 bis 9 Jahre 4 = 10 bis 14 Jahre 5 = 15 bis 19 Jahre 6 = 20 Jahre oder länger	Metrisch	
4	Welchen Beruf üben Sie in Ihrer Klinik aus?	Mehrfachauswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Leitung / Kader - Arzt / Ärztin - Psychologe / Psychologin - Pflegefachperson - Fachtherapeut / Fachtherapeutin Ja - Nein	Nominal	Zuteilungsvariable / Gruppierung
5	Gibt es Musiktherapie in Ihrer psych. Klinik?	Dichotom		Nominal	
6	Als wie wichtig empfinden Sie die Musiktherapie in Ihrer Klinik insgesamt?	Likert Skala	1 = sehr unwichtig 2 = unwichtig 3 = eher unwichtig 4 = eher wichtig 5 = wichtig 6 = sehr wichtig	Ordinal	Stellenwert Musiktherapie

7	Haben Sie schon einmal an einer Musiktherapie Stunde teilgenommen / hospitiert?	Dichotom	Ja – Nein	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
8	Würden Sie gerne mehr über die Musiktherapie erfahren?	Dichotom	Ja – Nein	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
9	Lesen Sie die System-Einträge der Musiktherapeuten?	Likert-Skala	1 = nie 2 = selten 3 = eher selten 4 = eher häufig 5 = häufig 6 = sehr häufig	Ordinal	Stellenwert Musiktherapie
10	Für wie geeignet halten Sie die folgenden Ziele als Indikationen für die Musiktherapie? Wie schätzen Sie die Möglichkeiten der Musiktherapie im Hinblick auf die folgenden Indikationen ein?	Likert Skala für jeden Punkt	<ul style="list-style-type: none"> - Fördern des Selbstwertgefühls - Fördern von adäquatem Verhalten - Fördern der Realitätsorientierung - Behandlung von Beziehungsproblemen - Erleben von Freude - Fördern von sozialen Kompetenzen - Fördern der Problemlösungskompetenz - Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung - Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt - Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne - Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung - Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck - Fördern der Kommunikationsfähigkeiten - Emotionsregulation - Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung <p>1 = sehr ungeeignet; 2 = ungeeignet; 3 = eher ungeeignet; 4 = eher geeignet; 5 = geeignet; 6 = sehr geeignet</p>	Ordinal	Indikation Musiktherapie

11	Für welche Störungsbilder nach ICD-10 könnte Musiktherapie Ihrer Meinung indiziert sein?	Likert Skala für jeden Punkt	<ul style="list-style-type: none"> - F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen - F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen - F3 Affektive Störungen - F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen - F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren - F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - F7 Intelligenzminderung - F8 Entwicklungsstörungen - F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <p>1 = sehr ungeeignet 2 = ungeeignet 3 = eher ungeeignet 4 = eher geeignet 5 = geeignet 6 = sehr geeignet</p>	Ordinal	Indikation Musiktherapie
12	Wie hoch schätzen Sie die Kompetenzen von Musiktherapeut:innen in folgenden Bereichen ein?	Einfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Psychopathologie - Medizinisches Wissen - Medikamente - Musiktheorie - Musikalische Fähigkeiten <p>1 = keine; 2 = sehr niedrig; 3 = eher niedrig; 4 = eher hoch; 5 = hoch; 6 = sehr hoch</p>	Ordinal	Kompetenz

Appendix C – Fragebogen für Mitarbeitende OHNE Musiktherapie

Einleitungstext:

Liebe Mitarbeitende

Vielen Dank, dass Sie sich ca. 10 Minuten Zeit nehmen für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Der folgende Fragebogen richtet sich an Mitarbeitende psychiatrischer Kliniken aus den Berufen «Klinikleitung», «Arzt / Ärztin», «Psychologe / Psychologin», «Pflege» und «Fachtherapeut / Fachtherapeutin». Der Fragebogen soll erheben, wie Musiktherapie von verschiedenen Berufsgruppen in psychiatrischen Kliniken wahrgenommen wird.

Sie können die folgenden Fragen nicht falsch beantworten. Es ist aber wichtig, dass Sie diese ehrlich beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens geschieht anonym und kann nicht auf Sie zurückgeführt werden.

Definition Musiktherapie:

Musiktherapie ist ein eigenständiges, psychodynamisch orientiertes Behandlungsverfahren, bei dem Musik im therapeutischen Prozess zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit gezielt eingesetzt und diagnostisch genutzt wird.

Als wissenschaftlich fundierte künstlerisch-kreative Therapieform setzt Musiktherapie das Medium Musik in allen Erscheinungsformen ein und unterstützt damit Wahrnehmung, Ausdruck, Kommunikation und Verhalten.

Sie wird auf der Basis einer therapeutischen Beziehung sowie spezifischer Indikationsstellungen bei Menschen aller Altersgruppen in verschiedenen klinischen Praxisfeldern der Psychiatrie, Medizin, Heilpädagogik und Rehabilitation sowie in Randgebieten der Musikpädagogik und Musikanimation, der Prävention und Psychohygiene angewendet.

Fragen für Mitarbeitende:

Nr.	Frage	Antwortformat	Antwortalternativen	Messniveau	Latente Konstrukte
1 2 3	Geschlecht Alter Berufsjahre in psychiatrischer Klinik	Dichotom Numerisch Numerisch	Mann / Frau / andere Alterszahl 1 = weniger als 1 Jahr 2 = 1 bis 4 Jahre 3 = 5 bis 9 Jahre 4 = 10 bis 14 Jahre 5 = 15 bis 19 Jahre 6 = 20 Jahre oder länger	Nominal Metrisch Metrisch	Demographische Variablen
4	Welchen Beruf üben Sie in Ihrer Klinik aus?	Mehrfachauswahl	- Leitung / Kader - Arzt / Ärztin - Psychologe / Psychologin - Pflegefachperson - Fachtherapeut / Fachtherapeutin	Nominal	Zuteilungsvariable / Gruppierung
5	Gibt es Musiktherapie in Ihrer psych. Klinik?	Dichotom	Ja - Nein	Nominal	
6	Wie wichtig empfinden Sie Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken?	Likert Skala	1 = sehr unwichtig 2 = unwichtig 3 = eher unwichtig 4 = eher wichtig 5 = wichtig 6 = sehr wichtig	Ordinal	Stellenwert Musiktherapie
7	Haben Sie schon einmal an einer Musiktherapie Stunde teilgenommen / hospitiert?	Dichotom	Ja – Nein	Nominal	Stellenwert Musiktherapie
8	Würden Sie gerne mehr über die Musiktherapie erfahren?	Dichotom	Ja – Nein	Nominal	Stellenwert Musiktherapie

9	Würden Sie die Systemeinträge der Musiktherapeuten und Musiktherapeutinnen lesen?	Likert-Skala	1 = nie 2 = kaum 3 = oft 4 = sehr häufig	Ordinal	Stellenwert Musiktherapie
10	Für wie geeignet halten Sie die folgenden Ziele als Indikationen für die Musiktherapie? Wie schätzen Sie die Möglichkeiten der Musiktherapie im Hinblick auf die folgenden Indikationen ein?	Likert Skala für jeden Punkt	<ul style="list-style-type: none"> - Fördern des Selbstwertgefühls - Fördern von adäquatem Verhalten - Fördern der Realitätsorientierung - Behandlung von Beziehungsproblemen - Erleben von Freude - Fördern von sozialen Kompetenzen - Fördern der Problemlösungskompetenz - Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung - Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt - Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne - Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung - Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstaussdruck - Fördern der Kommunikationsfähigkeiten - Emotionsregulation - Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung <p>1 = sehr ungeeignet 2 = ungeeignet 3 = eher ungeeignet 4 = eher geeignet 5 = geeignet 6 = sehr geeignet</p>	Ordinal	Indikation Musiktherapie

11	Für welche Störungsbilder nach ICD-10 könnte Musiktherapie Ihrer Meinung indiziert sein?	Likert Skala für jeden Punkt	<ul style="list-style-type: none"> - F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen - F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen - F3 Affektive Störungen - F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen - F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren - F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - F7 Intelligenzminderung - F8 Entwicklungsstörungen - F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend <p>1 = sehr ungeeignet 2 = ungeeignet 3 = eher ungeeignet 4 = eher geeignet 5 = geeignet 6 = sehr geeignet</p>	Ordinal	Indikation Musiktherapie
12	Wie hoch schätzen Sie die Kompetenzen von Musiktherapeut:innen in folgenden Bereichen ein?	Einfach-Auswahl	<ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Psychopathologie - Medizinisches Wissen - Medikamente - Musiktheorie - Musikalische Fähigkeiten <p>1 = keine 2 = sehr niedrig 3 = eher niedrig 4 = eher hoch 5 = hoch 6 = sehr hoch</p>	Ordinal	Kompetenz

Appendix D – Deskriptive Darstellung aller Fragebogen-Daten der Musiktherapeuten

Tabelle 7. Antworten aller Musiktherapeuten auf die Items im Fragebogen

Frage	Kategorien	<i>n</i>	Prozent (%)	Mittelwert (SD)
Geschlecht	Frau	16	72.7	-
	Mann	6	27.3	
	andere	0	0.0	
Alter	30 – 40	5	22.7	48.23 (9.170)
	41 – 50	7	31.8	
	51 – 65	10	45.5	
Berufsjahre	< 1 Jahr	1	4.5	-
	1 – 4 Jahre	8	36.4	
	5 – 9 Jahre	4	18.2	
	10 – 14 Jahre	7	31.8	
	15 – 19 Jahre	1	4.5	
	> 20 Jahre	1	4.5	
Pensum	20 %	3	13.6	48.95 (18.301)
	40 %	6	27.3	
	50 %	2	9.1	
	55 %	1	4.5	
	60 %	3	13.6	
	65 %	1	4.5	
	70 %	1	4.5	
	80 %	2	9.1	
	Keine Angabe	3	13.6	
Anzahl Musiktherapeutischer Stellen	1 Stelle	6	27.3	1.91 (.750)
	2 Stellen	13	59.1	
	3 Stellen	2	9.1	
	4 Stellen	1	4.5	
Erlangen der aktuellen Stelle	Blindbewerbung	1	4.5	-
	Bewerbung auf ausgeschriebene Stelle	11	50.0	
	Anfrage durch die Klinik	7	31.8	
	Eigene Stelle aufgebaut	3	13.6	
Bildung	Master (Universität oder Fachhochschule)	8	36.4	-
	Master of Advanced Studies (MAS)	13	59.1	
	Bachelor (Universität oder Fachhochschule)	0	0.0	

	Diploma of Advanced Studies (DAS)	0	0.0	
	Certificate of Advanced Studies (CAS)	0	0.0	
	anderes	1	4.5	
MT-Stellenprozent	20	1	4.8	121.19 (66.331)
gesamt in der Klinik	25	1	4.8	
	40	1	4.8	
	60	1	4.8	
	80	2	9.5	
	90	1	4.8	
	100	3	14.3	
	110	3	14.3	
	120	1	4.8	
	130	1	4.8	
	170	1	4.8	
	200	1	4.8	
	220	3	14.3	
	240	1	4.8	
Anzahl Musiktherapeuten	1	4	19.0	2.62 (1.117)
	2	6	28.6	
	3	5	23.8	
	4	6	28.6	
Musiktherapie Raum	Ja	18	81.8	-
	Nein	4	18.2	
Eigenes Büro	Ja	12	54.5	
	Nein	10	45.5	
Zufriedenheit mit Instrumentarium	Sehr unzufrieden	2	9.1	4.82 (1.468)
	Unzufrieden	0	0.0	
	Eher unzufrieden	1	4.5	
	Eher zufrieden	2	9.1	
	Zufrieden	9	40.9	
	Sehr zufrieden	8	36.4	
Zufriedenheit mit den digitalen Möglichkeiten	Sehr unzufrieden	0	0.0	4.32 (1.171)
	Unzufrieden	1	4.5	
	Eher unzufrieden	5	22.7	
	Eher zufrieden	6	27.3	
	Zufrieden	6	27.3	
	Sehr zufrieden	4	18.2	

Zufriedenheit mit dem Klientel	Sehr unzufrieden	0	0.0	5.45 (.510)
	Unzufrieden	0	0.0	
	Eher unzufrieden	0	0.0	
	Eher zufrieden	0	0.0	
	Zufrieden	12	54.5	
	Sehr zufrieden	10	45.5	
Allgemeine Zufriedenheit	Sehr unzufrieden	0	0.0	4.68 (1.086)
	Unzufrieden	1	4.5	
	Eher unzufrieden	2	9.1	
	Eher zufrieden	5	22.7	
	Zufrieden	9	40.9	
	Sehr zufrieden	5	22.7	
Empfundene Wertschätzung am Arbeitsplatz	Gar nicht wertschätzend	0	0.0	4.95 (.844)
	Nicht wertschätzend	0	0.0	
	Eher nicht wertschätzend	1	4.5	
	Eher wertschätzend	5	22.7	
	Ziemlich wertschätzend	10	45.5	
	Sehr wertschätzend	6	27.3	
Settings	Einzeltherapie	21	95.5	-
	Kleingruppen (2-6 Personen)	20	90.9	
	Grossgruppen (7 oder mehr Personen)	10	45.5	
	Offene Gruppen	4	18.2	
	Aufsuchende Angebote	4	18.2	
Dauer Einzeltherapie	< 30 Minuten	2	9.1	-
	30 – 40 Minuten	9	40.9	
	40 – 50 Minuten	12	54.5	
	50 – 60 Minuten	7	31.8	
	> 60 Minuten	3	13.6	
Dauer Gruppentherapie	< 45 Minuten	1	4.5	-
	45 – 60 Minuten	15	68.2	
	61 – 75 Minuten	9	40.9	
	75 – 90 Minuten	2	9.1	
	> 90 Minuten	1	4.5	
Mitbestimmung bei Therapiezielen	Ja	21	95.5	-
	Nein	1	4.5	
Anlaufstellen innerhalb der Klinik	Ja	14	63.6	-
	Nein	5	22.7	
	Ich weiss nicht	3	13.6	

Dokumentation	Stundenprotokolle	21	95.5	-
	Eigenständiger Endbericht	9	40.9	
	Endbericht ist Teil eines übergeordneten Austrittsberichts (Abschlussberichts)	7	31.8	
Indikationen für die MT	Fördern des Selbstwertgefühls	-	-	5.68 (.568)
	Fördern von adäquatem Verhalten	-	-	4.55 (.963)
	Fördern der Realitätsorientierung	-	-	5.05 (.844)
	Behandlung von Beziehungsproblemen	-	-	5.59 (.503)
	Erleben von Freude	-	-	5.77 (.429)
	Fördern von sozialen Kompetenzen	-	-	5.68 (.568)
	Fördern der Problemlösungskompetenz	-	-	4.91 (1.342)
	Entwickeln von Anwendungen zur Entscheidungsfindung	-	-	4.82 (1.368)
	Fördern der Einsicht in die Gründe für Klinikaufenthalt	-	-	4.45 (.912)
	Erhöhung der Konzentration und Aufmerksamkeitsspanne	-	-	5.32 (.716)
	Entwicklung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung	-	-	5.18 (.795)
	Erlernen von Fähigkeiten zum Selbstausdruck	-	-	5.50 (1.300)
	Fördern der Kommunikationsfähigkeiten	-	-	5.73 (.550)
	Emotionsregulation	-	-	5.73 (.550)
	Reduktion von Spannungszuständen / Fördern von Entspannung	-	-	5.68 (.568)
	Indizierte Störungsbilder für die MT	F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	-	-	4.86 (1.424)
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen		-	-	4.86 (.889)
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		-	-	4.59 (.908)
F3 Affektive Störungen		-	-	5.68 (.568)
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen		-	-	5.45 (.739)
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren		-	-	5.18 (.733)
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		-	-	5.68 (.568)

	F7 Intelligenzminderung	-	-	5.36 (.727)
	F8 Entwicklungsstörungen	-	-	5.55 (.596)
	F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-	-	5.73 (.456)
Subjektives Kompetenzerleben	Sehr ungenügend vorbereitet	0	0.0	4.64 (.790)
	Ungenügend vorbereitet	0	0.0	
	Eher ungenügend vorbereitet	1	4.5	
	Eher gut vorbereitet	9	40.9	
	Gut vorbereitet	9	40.9	
	Sehr gut vorbereitet	3	13.6	
Lesen von Forschungsliteratur	Nie	0	0.0	-
	Selten	5	22.7	
	Ab und zu	7	31.8	
	Oft	8	36.4	
	Sehr oft	2	9.1	
Weiterbildungen und Tagungen	Nie	2	9.1	-
	< 1 Mal pro Jahr	4	18.2	
	1 - 2 Mal pro Jahr	7	31.8	
	2 - 5 Mal pro Jahr	7	31.8	
	> 5 Mal pro Jahr	2	9.1	
Erwartungen an Kompetenzen	Psychotherapie	19	86.4	-
	Psychopathologie	20	90.9	
	Medizinisches Wissen	10	45.5	
	Medikamente	7	31.8	
	Musiktheorie	10	45.5	
	Musikalische Fähigkeiten	22	100.00	
Kompetenzerleben	Psychotherapie	-	-	4.86 (.834)
	Psychopathologie	-	-	4.86 (.640)
	Medizinisches Wissen	-	-	3.82 (.958)
	Medikamente	-	-	3.50 (1.058)
	Musiktheorie	-	-	4.91 (.921)
	Musikalische Fähigkeiten	-	-	5.41 (.590)
Verwendete Techniken*	Singen / Vokalisieren	-	-	3.86 (.774)
	Instrumentenspiel	-	-	4.82 (.501)
	Improvisation	-	-	4.73 (1.077)
	Bewegung und Tanz	-	-	2.82 (1.006)
	Aufgenommene Musik hören	-	-	2.95 (1.290)
	Für Spiel	-	-	3.73 (.883)

	Therapeutisches Songwriting	-	-	2.50 (1.263)
	Body Percussion	-	-	3.00 (1.309)
	Einsatz digitaler Medien (Musik Apps, Musik-Videos, Tablets, digitale Instrumente)	-	-	3.18 (1.402)
Hilfsangebote	Selbsterfahrung Einzel	4	18.2	-
	Selbsterfahrung Gruppe	5	22.7	
	Intervision	16	72.7	
	Supervision	19	86.4	
HFP Oda**	Ja	6	27.3	-
	Derzeit im Verfahren	5	22.7	
	Nein	6	27.3	
	Nein und werde ich auch nicht	4	18.2	
	Keine Angaben	1	4.5	
Total		22	100 %	

Anmerkungen: $N = 22$; *: 5-stufige Skala 1 = nie, 2 = selten, 3 = ab und zu, 4 = oft, 5 = sehr oft ;**Organisation der Arbeitswelt Artecurea.

Appendix E – Standardtext für die Anfrage der Kliniken und der Musiktherapeuten Psychiatrien MIT Musiktherapie

Betreff: Masterarbeit zur Musiktherapie in der Psychiatrie

Sehr geehrte/geehrter **XXX**

Ich bin Psychologe (M.Sc. Universität Zürich) und befinde mich aktuell im letzten Jahr des Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie an der Zürcher Hochschule der Künste. Im Rahmen meiner Masterarbeit befasse ich mich mit dem Stellenwert der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz. In diesem Zusammenhang habe ich einen Fragebogen für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken erstellt.

Mit dieser E-Mail möchte ich Sie gerne anfragen, ob Sie den Link zu meinem Online-Fragebogen innerhalb der **NAME KLINIK** an die Mitarbeitenden aus den Berufsgruppen Klinik-Leitung; Psycholog:innen; Ärzt:innen; Pflegepersonal; und Fachtherapeut:innen versenden könnten.

Mein Ziel ist es, flächendeckend die einschlägigen psychiatrischen Kliniken aus der deutschsprachigen Schweiz zu involvieren, um möglichst repräsentative Daten zu erhalten.

Die Items aus dem Mitarbeitenden-Fragebogen habe ich Ihnen hier angehängt, damit Sie sich ein Bild davon machen können, was überhaupt erfragt wird. Die Dauer für das Ausfüllen des Fragebogens beläuft sich auf maximal 5 Minuten.

Ich würde mich über eine positive Antwort von Ihnen freuen. Den Link zum Online-Fragebogen werde ich Ihnen bei einer Zusage umgehend zusenden.

Psychiatrien OHNE Musiktherapie

Sehr geehrte/geehrter **XXX**

Ich bin Psychologe (M.Sc. Universität Zürich) und befinde mich aktuell im letzten Jahr des Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie an der Zürcher Hochschule der Künste. Im Rahmen meiner Masterarbeit befasse ich mich mit dem Stellenwert der Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken in der deutschsprachigen Schweiz. In diesem

Zusammenhang habe ich unter anderem einen Fragebogen für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken erstellt.

Mit dieser E-Mail möchte ich Sie gerne anfragen, ob Sie den Link zu meinem Online-Fragebogen innerhalb der **NAME KLINIK** an die Mitarbeitenden aus den Berufsgruppen Klinik-Leitung; Psycholog:innen; Ärzt:innen; Pflegepersonal; und Fachtherapeut:innen versenden könnten.

Mein Ziel ist es, flächendeckend die einschlägigen psychiatrischen Kliniken aus der deutschsprachigen Schweiz zu involvieren, um möglichst repräsentative Daten zu erhalten. Dabei sollen auch Institutionen befragt werden, die aktuell keine Musiktherapie im therapeutischen Angebot anbieten, wie dies zum Beispiel bei Ihnen in der **NAME KLINIK** der Fall ist.

Die Items aus dem Mitarbeitenden-Fragebogen habe ich Ihnen hier angehängt, damit Sie sich ein Bild davon machen können, was überhaupt erfragt wird. Die Dauer für das Ausfüllen des Fragebogens beläuft sich auf maximal 5 Minuten.

Ich würde mich über eine positive Antwort von Ihnen freuen. Den Link zum Online-Fragebogen werde ich Ihnen bei einer Zusage umgehend zusenden.

Fragebogen für MUSIKTHERAPEUT:INNEN

Liebe Angeschriebene des Schweizerischen Fachverbands für Musiktherapie

Ich bin Psychologin und befinde mich aktuell im letzten Jahr des Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie an der Zürcher Hochschule der Künste. Im Rahmen meiner Masterarbeit befasse ich mich mit den Arbeitsbedingungen und der Arbeitszufriedenheit von Musiktherapeut:innen in psychiatrischen Kliniken, sowie mit dem Stellenwert der Musiktherapie in diesem Bereich. In diesem Zusammenhang habe ich zwei Fragebogen entwickelt: einen für Musiktherapeut:innen; und einen für Mitarbeitende in psychiatrischen Kliniken. Den Link für den Mitarbeitenden-Fragebogen werde ich direkt an die psychiatrischen Kliniken, respektive an die Klinikleitung versenden.

Mit dieser E-Mail möchte ich nun anfragen, ob der Link zum Fragebogen für die Musiktherapeut:innen an alle Musiktherapeut:innen des SFMT, die in psychiatrischen Kliniken arbeiten, versendet werden könnte.

Mein Ziel ist es, so viele Musiktherapeut:innen aus der deutschsprachigen Schweiz wie möglich zu involvieren, um möglichst repräsentative Daten zu erhalten.

Die Items aus dem Fragebogen habe ich Ihnen hier angehängt, damit Sie sich ein Bild davon machen können, was überhaupt erfragt wird.

Appendix F – Institutionen

Tabelle 8. Übersicht zu den angefragten stationären, psychiatrischen Kliniken.

Name der Klinik	Musiktherapie im Behand- lungsangebot	Kanton	Teilgenom- men
Clinica Holistica Engiadina, Susch	Ja	GB	Ja
Clienia Littenheid	Ja	TG	Ja
Spitalverbund AR Psychiatrisches Zentrum, Herisau	Ja	AR	Ja
Sanatorium Kilchberg, Kilchberg ZH	Ja	ZH	Ja
Psychiatrische Klinik Münsterlingen (Spital Thurgau AG)	Ja	TG	Ja
Klinik Gais	Ja	AR	Ja
Privatklinik Meiringen AG	Ja	BE	Ja
Clienia Schlössli, Oetwil am See	Ja	ZH	Ja
Spitäler Schaffhausen (Gruppe)	Ja	SH	Ja
Psychiatrische Dienste Aargau	Ja	AG	Ja
Triaplus AG, Oberwil bei Zug	Ja	ZG	Ja
Psychiatriezentrum Münsingen	Ja	BE	Ja
Integrierte Psychiatrie Winterthur - Zürcher Unterland (IPW)	Nein	ZH	Ja
Psychiatrie St.Gallen Nord, Wil SG	Nein	SG	Ja
Psychiatrie Baselland, Liestal	Nein	BL	Ja
Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee	Ja	BE	Nein
Klinik Aadorf AG Klinische Psychotherapie	Nein	TG	Nein
Luzerner Psychiatrie (LUPS)	Nein	LU	Nein
Klinik Barmelweid	Ja	AG	Nein
Klinik Meissenberg, Zug	Nein	ZG	Nein
Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR), Klinik Waldhaus Chur	Nein	GB	Nein
Psychiatrie-Dienste Süd, Pfäfers	Nein	SG	Nein
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel	Ja	BS	Nein
Südhang Klinik für Suchttherapien, Kirchlindach	Ja	BE	Nein
Klinik Sonnenhalde, Riehen	Nein	BS	Nein
Klinik Selhofen, Burgdorf	Nein	BE	Nein
Seeklinik Brunnen	Ja	SZ	Nein
Klinik SGM Langenthal	Ja	BE	Nein
Klinik Schützen Rheinfelden	Ja	AG	Nein
Privatklinik Hohenegg, Meilen	Ja	ZH	Nein
Klinik Arlesheim	Ja	BL	Nein
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	Ja	ZH	Nein
Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR), Klinik Beverin Cazis	Nein	GB	Nein
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)	Ja	BE	Nein
Forel Klinik, Ellikon an der Thur	Nein	ZH	Nein
Solothurner Spitäler AG	Nein	SO	Nein
Kantonsspital Glarus	Ja	GL	Nein
Klinik Im Hasel, Gontenschwil	Nein	AG	Nein

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass die Masterarbeit von mir selbst ohne unerlaubte Beihilfe verfasst worden ist und ich die Grundsätze wissenschaftlicher Redlichkeit einhalte (vgl. dazu: <http://www.uzh.ch/de/studies/teaching/plagiate.html>).

.....

Ort und Datum

Unterschrift