

Masterstudiengang Musiktherapie

Wintersemester 2010/2011

Abgabetermin: 13.05.2011

Master-Arbeit

Thema:

Musiktherapie als unterstützendes Angebot in der Ambulanten Hospizarbeit

Untertitel:

Ein Projektversuch und seine Stolpersteine

Referent(in): H. Prof. Dr. E. Weymann

Korreferent(in): Fr. Prof. Dr. B. Gaertner

vorgelegt von:

Name, Vorname: Appel, Monika

Ihr fragt

nach dem Geheimnis des Todes.

Aber wie

könntet ihr es jemals begreifen,

außer

ihr sucht es

im Herzen des Lebens?

Khalil Gibran

Thema: Musiktherapie als unterstützendes Angebot in der Ambulanten Hospizarbeit.

Ein Projektversuch und seine Stolpersteine

Einleitung	1
I. Entstehung und Anliegen der modernen Hospizbewegung	3
1. Zur geschichtlichen Entwicklung	3
2. Organisationsformen und Arbeitsfelder	6
3. „Kennzeichen“ der Hospizarbeit	9
4. Das Menschenbild in Palliative Care	10
II. Musiktherapie in der Sterbebegleitung	12
1. Vom Hören als erstem und letztem Sinn	12
2. Musik in der Bewältigung von Sterben, Tod und Trauer	13
3. Die Pionierin Susan Munro	14
4. Möglichkeiten und Zielsetzungen von musiktherapeutischer Sterbebegleitung	16
5. Zum aktuellen Stellenwert von Musiktherapie in Hospiz und Palliativmedizin	19
III. Musiktherapie und Ambulante Hospizarbeit – eine praktische Annäherung und ihre unerwartete Dialektik	23
1. Projektidee zu einem ersten musiktherapeutischen Angebot zu Hause	23
1.1 Problemstellung	23
1.2 Musik eröffnet heilsame Spielräume	24
1.3 Konkretisierung des Vorhabens	24
1.4 Zielrichtung	25
2. Die Fortbildungsveranstaltung	26
2.1 Idee und Planung	26
2.2 Durchführung	26
2.3 Nachklang der Veranstaltung	29
3. Von Aufbrüchen, Abbrüchen und anderen Polaritäten	30
3.1 Aufbruch – Abbruch – Umbruch	30
3.2 Die Planung und das Unerwartete – Stolpersteine im Projekt	31

3.3 Vom Gegensatz zur Polarität – Fährtenuche im Projekt	32
<i>Exkurs zum Hintergrund des Begriffs der Polarität</i>	34
3.4 Befriedung und Angst – Polaritäten der emotionalen Erfahrung in der Musik	37
3.4.1 Die Ausdruckskraft der Musik	37
3.4.2 Tod und Geburt als Lebens-Erfahrung	38
3.4.3 Polaritäts-Erfahrungen im musikalischen Ausdruck	40
3.4.4 Polaritäten im Sterbeprozess	44
3.5 Identifikation und Abgrenzung – Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben	46
3.5.1 Der ‚Tod‘ zwischen Tabu und Tatsache	46
3.5.2 Das fremde und das eigene Sterben	48
3.5.3 Mitgefühl und Distanz	49
3.6 Gemeinschaft und Intimität – das ‚Eindringen‘ in ein Familiensystem	50
3.6.1 Das ‚Sterben zuhause‘ als familiäre Belastungssituation	50
3.6.2 Verantwortung und Kontrolle – die Familie in der Sterbebegleitung	51
3.6.3 Familiäre Bewältigungsprozesse zwischen Stabilisierung und Anpassung	52
3.6.4 Ambulante Hilfsangebote im privaten Raum der Familie	54
3.7 Miteinander und Gegeneinander – ‚Schnittstellen-Problematiken‘	56
3.7.1 Sterbebegleitung zwischen Haupt- und Ehrenamt	56
3.7.2 Hospizarbeit oder Palliativmedizin?	59
IV. Musiktherapie und Ambulante Hospizarbeit – Bausteine für einen Begegnungsraum	63
1. MT im häuslichen Umfeld	63
1.1 Musiktherapie zu Hause – gibt es das?	63
1.2 Therapie zu Hause – was bedeutet das?	66
2. Klientel	69
3. Musiktherapeutische Angebote	71
3.1 Zur Wahl der Musikinstrumente	71
3.2 Die Stimme	72
3.3 Lied und Gitarre	73
3.4 Das Monochord	74
3.5 Instrumenten-Angebot zur Improvisation	75

4. Sensibilisierung der Helfer	76
4.1 Begegnung zwischen Hospizhelfern und Musiktherapie	76
4.2 Beziehung und Resonanz	77
4.3 Ressource Musik	79
5. Information und Netzwerkarbeit	81
Schlussbetrachtung und Ausblick	83

Literaturverzeichnis

Anhang

- A) Einladung zur Fortbildungsveranstaltung
- B) Handout zur Fortbildungsveranstaltung
- C) Patientenbrief
- D) Erklärung

Einleitung

Ethik-Unterricht 1975 – ein Film über sterbende Menschen während ihrer letzten Lebenstage im *St Christopher's Hospice*, London, beispielhaft betreut und in ihrer Würde geachtet bis zuletzt – gezeigt mir und anderen 15jährigen Jugendlichen, die wir zumeist bisher wenig Berührung mit dem Tod hatten. Das Sterben meiner Großmutter einige Jahre zuvor hatte ich nur von Ferne miterleben dürfen – ein fünfminütiger Besuch an ihrem Bett im Krankenhaus, und drei Wochen später ihre Beerdigung in der von unserem Wohnort 200 km entfernten Großstadt.

Es war die Zeit der aufstrebenden Medizintechnik, vormals unerklärliche Symptome konnten jetzt diagnostisch spezifiziert, Organversagen technisch überbrückt, bislang unheilbare Erkrankungen therapeutisch in den Griff gebracht werden! Hinter all den Apparaten und dem technisch Machbaren drohte der Mensch in seinem persönlichen Leid, seinen Fragen, seiner Angst in die Unbemerkttheit zu verschwinden, oder sogar wissentlich verbannt zu werden – das versteckte Sterben im Badezimmer der Krankenhaus-Station habe ich selber, drei Jahre später, während meiner Krankenpflege-Ausbildung, miterleben müssen!

Seither ist vieles geschehen, die Themen Sterben und Tod sind aus der Tabuzone ins Licht der Öffentlichkeit gebracht worden, die Beschäftigung mit der eigenen Endlichkeit, einschließlich der Abfassung von Patientenverfügung und Organspende-Ausweis, ist fast schon zur gesellschaftlichen Pflicht geworden. Die stetige Zunahme der Zahl alter und pflegebedürftiger Menschen, die zu 68% (im Jahr 2007; vgl. **Statistische Ämter des Bundes und der Länder**, 2010) zu Hause versorgt werden, lässt auch die Berührung mit dem Sterben in der eigenen Familie wieder häufiger zu.

Die Verbreitung und Umsetzung der Hospizidee, nicht zuletzt auch angestoßen durch den oben erwähnten Film über das *St Christopher's Hospice: Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London* hat zu einem wesentlich veränderten Umgang mit dem Thema Tod und zu weitreichenden Verbesserungen in der Sorge um die Lebensqualität todkrank Menschen geführt.

Meine eigene biographische Situation hat sich ebenfalls insofern verändert, als in Folge des Überschreitens meiner Lebensmitte auch für mich persönlich das hier behandelte Thema deutlicher in den Blick genommen werden will. So ist die Themenwahl für diese Abschlussarbeit sicherlich keine zufällige, sondern ein

folgerichtiger Versuch der weiteren Annäherung an Sterben und Tod im Leben des Menschen, anknüpfend an bereits vorausgegangene Berührungen damit, wie der Dienst als ehrenamtliche Hospizhelferin, ein musiktherapeutisches Praktikum in einem stationären Hospiz, der Versuch einer Konzeptionierung musiktherapeutischer Angebote im ambulanten Hospizdienst im Rahmen einer Hausarbeit (**Appel**, 2010) während des Studiums. Die Erstellung der letzteren führte dann zu dem Wunsch, etwas aus dem darin Niedergelegten auch in der Praxis anzuwenden, in einem Projektversuch, der ambulante Hospizarbeit und Musiktherapie miteinander in Berührung kommen ließe. So ist die hier vorliegende Arbeit entstanden als fortgesetzte Beschäftigung mit dem gleichen Anliegen; die Überlegungen aus jener Arbeit fließen in die hier vorliegende Weiterführung des Themas mit ein.

Zu Beginn soll kurz auf die Entstehung der modernen Hospizbewegung eingegangen sowie etwas zur heutigen Ausgestaltung ihrer Arbeitsfelder gesagt werden.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit den Berührungspunkten zwischen Sterbebegleitung und Musiktherapie. Die heilsamen Möglichkeiten musiktherapeutischer Angebote haben seit den ‚Pionierzeiten‘ einer Susan Munro vielfach Eingang gefunden in Hospizarbeit und Palliativmedizin.

Dadurch ermutigt, und in dem Wunsch, Musiktherapie auch im ambulanten Hospizbereich zugänglich zu machen, entwickle ich meine Projektidee zu einem häuslichen musiktherapeutischen Angebot, welches über die ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen an die von ihnen betreuten Patienten herangetragen werden soll. An die Schilderung von Planung und Durchführung der dazu anberaumten Fortbildungsveranstaltung schließt sich eine ausführliche Erörterung der dabei zu Tage getretenen ‚Stolpersteine‘ an, die sich als bedenkenswerte Polaritäten entpuppen.

Im vierten und letzten Kapitel soll versucht werden, einige ‚Bausteine‘ zusammen zu tragen, die bei der Gestaltung des Raumes nützlich sein könnten, in dem sich Ambulante Hospizarbeit und Musiktherapie begegnen können.

I. Entstehung und Anliegen der modernen Hospizbewegung

1. Zur geschichtlichen Entwicklung

Zwei Frauen leisteten in der Mitte des 20. Jahrhunderts wirkungsvolle Pionierarbeit auf dem Gebiet der Sterbe- und Trauerkultur in der westlichen Welt.

Die aus der Schweiz stammende Ärztin und Psychiaterin Elisabeth **Kübler-Ross** veröffentlichte 1969 in London das Buch *On Death and Dying* (dtsh.: *Interviews mit Sterbenden*, Stuttgart 1983). Ihre neuartige Gesprächskultur mit todkranken Menschen durchbrach die Tabuisierungen, die, u. a. sicher auch im Zuge der Erweiterung der medizinisch-technischen Möglichkeiten und der Entwicklung zu einer sog. ‚Apparatemedizin‘, um die Themen Sterben und Tod aufgerichtet waren. Ihre Erarbeitung von fünf Phasen in der psychischen Auseinandersetzung des Sterbenden mit seinem nahenden Tod kann als bahnbrechend bezeichnet werden für eine Neuorientierung in der Betrachtung des menschlichen Sterbens und im Umgang mit dem sterbenden Menschen und hat vielfältige Bearbeitung und weitergehende Beschäftigung mit diesem Thema angestoßen.

Als Begründerin der modernen Hospizbewegung gilt Dame Cicely Saunders (1918-2005). Die englische Sozialarbeiterin, Krankenschwester und Ärztin eröffnete 1967 in einem Londoner Vorort das *St. Christopher's Hospice* als einen Ort der ganzheitlichen Fürsorge für Sterbende. Als Krankenschwester hatte sie das Elend der sterbenden Soldaten in den Lazaretten des Zweiten Weltkrieges erlebt, denen meist „mit nichts anderem geholfen werden konnte als mit persönlicher Zuwendung, denn es gab nichts anderes.“ (Seul, 2007, S. 12) Nach dem Krieg studierte C. Saunders Medizin und forschte intensiv zu Morphinum und seiner möglichen Verwendung zur Schmerzbekämpfung bei schwerkranken Patienten.

Die Gründung des *St. Christopher's Hospice* kann als „Geburtsstunde der modernen Hospizbewegung“ angesehen werden (Pfeffer, 2005, S. 60). Der Begriff *Hospice* weist darauf hin, dass hier „die alte Idee der Gastfreundschaft für Reisende mit neuesten medizinischen Kenntnissen verbunden werden sollte.“ (ebd.)

Saunders entwickelte ihr Konzept der ‚rounded care‘, welches das physische, psychische, soziale und spirituelle Wohl der Patienten einbezog, und begründete die sogenannte ‚terminal care‘ als spezifische palliative Versorgung Sterbender.

Im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen der Todkranke und seine Angehörigen, die in all ihren Nöten und Bedürfnissen bestmögliche Unterstützung und Linderung ihrer Leiden erfahren sollen. Besonderes Augenmerk gilt dabei der Schmerz- und Symptomkontrolle; hier sollen die modernsten medizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, mit dem Ziel, dem Kranken auch in seiner letzten Lebenszeit ein Stück Lebensqualität zu erhalten.

Die Ermöglichung einer häuslichen Sterbebegleitung im Sinne der ambulanten Hospizarbeit gehörte wesentlich zu ihrer Idee. So kamen zu dem stationären Hospiz bald „eine Ambulanz, ein Hausbetreuungsdienst, ein Team zur Unterstützung der Hinterbliebenen und eine Fortbildungseinrichtung dazu.“ (Radbruch et al., 2008, S. 5). Primär ging es keinesfalls darum, „eine neue Institution für das Sterben einzuführen, sondern [um, M.A.] ein flexibles Konzept, von dem Sterbende überall profitieren können, zu Hause genauso wie in einem Pflegeheim oder Krankenhaus.“ (Albrecht et al., 2002, S. 14).

Von England gelangte die Hospizidee zunächst in die USA und nach Kanada, dann auch zurück nach Europa (vgl. Radbruch et al., 2008). In Nordamerika begann im Jahr 1974 das *Conneticut Hospice* mit der Umsetzung in Form eines Hausbetreuungsdienstes mit haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern, ohne eigene Betten; in New York gründete sich ein Konsiliardienst zur Schmerztherapie. 1975 wurde im Royal Victoria Hospital in Montreal die weltweit erste Palliativstation eröffnet. Wurde vorher von ‚terminal care‘ gesprochen mit direktem Bezug auf die Sterbephase, deutete der jetzt eingeführte Begriff der ‚Palliative Care‘ auf eine Erweiterung des Blickwinkels hin.

In Deutschland lassen sich schon in den 60er Jahren vereinzelt Ansätze zu einer Integration palliativtherapeutischer Gesichtspunkte in die medizinische Versorgung erkennen (für das Folgende vgl. Pfeffer, 2005). Im Juni 1971 gerät der Hospizgedanke mit dem Film von Pater Reinhold Iblacker SJ und Siegfried Braun über die letzten Tage eines Patienten im *St. Christopher's* in die öffentliche Diskussion. Die etwas unglücklich gewählte Übersetzung des Begriffes *Hospice* im Titel: *Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London* führt zu vorschnellen Assoziationen mit Euthanasie und deutscher Nazi-Vergangenheit, aber auch zu Vorstellungen von „isolierten Sterbekliniken“. Trotz der zunächst eher kritischen

Beurteilung wird der Film später auch als „aufrüttelnder Ausgangspunkt“ zur Verbreitung des neuen Hospizgedankens bezeichnet.

In den 80er Jahren kommt es dann zur Realisierung der ersten Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Deutschland: 1983 entsteht die erste Palliativstation in Köln und 1986 das erste stationäre Hospiz, *Haus Hörn* in Aachen. Ab 1984 etabliert sich an der Fachhochschule Hannover die Arbeitsgruppe *Zuhause sterben* unter Leitung des Mediziners und heute allseits anerkannten „Pionier der deutschen Hospizbewegung“ (Uhling et al., 2006) Johann-Christoph Student. 1985 gründet sich in München der *Christopherus-Hospiz-Verein*, der erste Verein in Deutschland mit der Bezeichnung ‚Hospiz‘ in seinem Namen.

Was zunächst noch von engagierten Einzelnen, oft gegen vielerlei Widerstände und Ablehnung, durchgesetzt werden muss, beginnt sich in den 90er Jahren zunehmend in Politik und Öffentlichkeit zu etablieren. 1992 wird die *Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e. V.* gegründet (2006 umbenannt in *Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.*), dem sich nach und nach die in den einzelnen Bundesländern entstandenen Landesarbeitsgemeinschaften sowie verschiedene überregionale Organisationen anschließen. Der Verband versteht sich als bundesweite Interessenvertretung der Hospizbewegung in Deutschland und setzt sich ein für die Förderung und Weiterentwicklung der Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Seit Mitte der 90er Jahre ist die Zahl der Hospizeinrichtungen und Palliativstationen stark angestiegen, trotzdem kann von einer flächendeckenden Versorgung noch lange nicht gesprochen werden.

	Verstorbene, die palliative und hospizliche Begleitung benötigen	Begleitungen in stationären Hospizen	Begleitungen auf Palliativstationen	Begleitungen durch SAPV-Teams	Begleitungen durch ambulante Hospizdienste	Menschen ohne palliative und hospizliche Begleitung
absolut	506.663	22.886	44.427	4.000	38.897	396.453
bezogen auf den Gesamtbedarf	100%	4,5%	8,8%	0,8%	7,7%	78,2%

(Quelle: Patientenschutzorganisation Deutsche Hospizstiftung, Sonder Hospiz Info Brief, Dezember 2010)

Nach den Ergebnissen der neuen HPCV-Studie 2010 der *Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung* klaffen der Bedarf an palliativer Fürsorge und der Umfang der tatsächlichen Versorgung immer noch weit auseinander: lediglich ein Fünftel der im Jahr 2009 Verstorbenen, die palliative Leistungen benötigt hätten, konnte wirklich eine entsprechende Fürsorge erfahren. In der *Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse* der Studie heißt es: „78 Prozent der Menschen, die auf hospizliche und palliative Begleitung angewiesen wären, haben keinerlei Zugang zu entsprechenden Angeboten.“ (Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung, 2010)

2. Organisationsformen und Arbeitsfelder

Von Anfang an war und ist die vorrangige Zielperspektive hospizlicher Bemühungen, ein Sterben in der vertrauten Umgebung, zu Hause, zu ermöglichen und alle dazu notwendige Hilfestellung und Unterstützung anzubieten. Stationäre Hospizeinrichtungen stehen ergänzend zur Verfügung, wenn eine palliative Versorgung zu Hause aus den verschiedensten Gründen nicht erbracht werden kann.

Die Basis in der Hospizarbeit bilden die Ambulanten Hospizdienste, deren Arbeit wesentlich von freiwilligen Helferinnen und Helfern getragen wird. Diese ehrenamtlichen Mitarbeiter erhalten eine sorgfältige Schulung für ihren Dienst und kontinuierliche Supervision, hauptamtliche Kräfte koordinieren und ergänzen die Tätigkeiten. Das Angebot umfasst eine intensive psychosoziale Begleitung der betroffenen Familien einschließlich der Bereitstellung bzw. Vermittlung von fachkundiger palliativmedizinischer und –pflegerischer Betreuung in der häuslichen Umgebung.

Inzwischen werden die Ambulanten Dienste in vier Gruppen eingeteilt, mit jeweils bestimmten strukturellen, prozess- und ergebnisorientierten Merkmalen. Eine wesentliche strukturelle Kategorisierung erfolgt danach, ob und wie viele hauptamtliche Kräfte beschäftigt werden, was mit einer hierarchischen Einordnung einhergeht. Diese Klassifikation geschah im Zuge der Rahmenvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den dienst anbietenden Verbänden, womit die Aufnahme in die gesetzliche Förderung durch die Krankenkassen verbunden war (vgl. **Rahmenvereinbarung**, 2002 bzw. 2010).

Die **Ambulante Hospizinitiative/Hospizgruppe (AH)** bietet ehrenamtliche Begleitung an und leistet Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

Der **Ambulante Hospizdienst (AHD)** verfügt darüber hinaus über mindestens eine halbe Stelle mit einem hauptamtlichen, fachlich qualifizierten Koordinator sowie über mindestens 10 geschulte ehrenamtliche Hospizbegleiter. Es gibt ein Büro und feste Zeiten der Erreichbarkeit, Dokumentation und Qualitätssicherung werden durchgeführt.

Der **Ambulante Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst (AHPB)** beschäftigt zusätzlich mindestens eine hauptamtliche Palliative-Care-Pflegekraft und bietet Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen sowie die Vermittlung weitergehender Hilfen. Es werden regelmäßige Fort- und Weiterbildung in palliativer Pflege sowie angemessene Praxisbegleitung und Supervision nachgewiesen.

Der **Ambulante Hospiz- und Palliativ-Pflegedienst** schließlich beschäftigt qualifiziertes Personal (mindestens drei hauptamtliche Palliative-Care-Pflegefachkräfte) und verfügt über eine 24-Stunden-Einsatzbereitschaft. Es erfolgt palliativ-pflegerische Versorgung in enger Abstimmung mit behandelnden Ärzten, bei Bedarf auch Grundpflege, ebenso Anleitung von Angehörigen bei palliativ-pflegerischen Maßnahmen (vgl. **Koch et al.**, 2006, S. 229f).

Im Dezember 2007 wurde mit dem Erlass der *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL)* begonnen, ein neues zusätzliches Versorgungsinstrument im Palliativbereich zu etablieren. „Die **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung** gemäß § 37b SGB V (**SAPV**) dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen.“ (§1 (1) der **Richtlinie**, 2007/2010)

Diese Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebotes soll bei „Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung“, bei „Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens“ mittels multiprofessioneller Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer eine qualifizierte spezifisch-palliativmedizinische Versorgung auch im ambulanten Setting ermöglichen.

Inzwischen stellt sich heraus, dass die praktische Umsetzung dieses Konzeptes höchst problembehaftet erscheint und in verschiedenen Punkten nochmals neu durchdacht werden muss. In ihrer *Stellungnahme zum Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009* vom 19.02.2010 weist die **AG SAPV** (ein Zusammenschluss des *Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV)*, der *Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)* und der *Interessengemeinschaft SAPV (IG SAPV)*, dem bundesweiten Zusammenschluss von SAPV-Leistungserbringern) besonders hin auf die notwendige „Weiterentwicklung der Strukturen der allgemeinen Palliativversorgung. Nur mit einer gut strukturierten und entsprechend finanzierten allgemeinen Versorgung... sind die Ziele der SAPV-Versorgung, aufbauend auf den gewachsenen Strukturen, und die notwendige Flächendeckung erreichbar.“ Eine „Fülle von Fragen und Problemen“ ergebe sich „im Hinblick auf die Konstruktion und das Funktionieren von Netzwerken und multiprofessioneller Zusammenarbeit – und hier vor allem auch auf die Einbeziehung der ambulanten Hospizdienste und der Begleitung durch Ehrenamtliche – Fragen der unterschiedlichen strukturellen Erfordernisse in ländlichen gegenüber den städtischen Regionen, u. a.“ (**AG SAPV**, 2010)

Bei den *stationären Einrichtungen* für sterbenskranke Menschen kann unterschieden werden zwischen stationären **Hospizen**, meist kleineren (häufig ca. 8-15) Betteneinheiten ohne Anbindung an eine größere Institution und geleitet von einer speziell in Palliative Care ausgebildeten Pflegefachkraft, und den **Palliativstationen**, die fest in eine Klinik und deren Organisationsstrukturen eingebunden sind.

Stehen während eines, zeitlich möglichst begrenzten, palliativstationären Aufenthaltes medizinische Maßnahmen und Eingriffe zur Linderung und Eindämmung körperlicher Symptome und Begleiterscheinungen der Erkrankung im Vordergrund, so bietet das stationäre Hospiz eine ganzheitliche Begleitung und Fürsorge für die todkranken Menschen in ihrer letzten Lebensphase an, wobei auch die Angehörigen umfassend in das Konzept miteinbezogen sind. Inzwischen stehen in Deutschland auch mehrere spezielle Kinderhospize zur Verfügung.

3. „Kennzeichen“ der Hospizarbeit

Hervorzuheben sei an dieser Stelle nochmals, dass der Begriff ‚Hospiz‘ nur in zweiter Linie als Bezeichnung für eine konkrete Institution oder ein Haus für Sterbende verstanden werden will; vielmehr geht es vorrangig um „ein umfassendes, ganzheitliches Unterstützungskonzept für sterbende Menschen und ihre Angehörigen. Dieses Konzept muss an jedem Ort jeweils wieder neu gestaltet und entwickelt werden.“ (Student, 2004, S. 93)

Student benennt fünf inhaltliche „Kennzeichen“, die als grundlegend für jegliche hospizliche Arbeit zu betrachten sind (vgl. Student, 2004, S. 93ff):

- Der sterbende Mensch und seine Angehörigen mit ihren ganz speziellen Bedürfnissen stehen im Zentrum der Bemühungen.
- Zur möglichen Erfüllung der vielfältigen Lebensbedürfnisse während der letzten Lebensspanne steht ein interdisziplinäres Team zur Verfügung, das neben medizinischem Fachpersonal auch Personen anderer Berufsgruppen, z. B. aus Sozialarbeit, Psychologie und Seelsorge, mit einbezieht. Die Arbeit im Team dient dabei den Sterbenden und deren Angehörigen, soll darüber hinaus aber auch innerhalb des Teams selbst Unterstützung bieten bei der Bewältigung einer solch ressourcen-fordernden Arbeitssituation.
- Wesentlicher Bestandteil der Hospizarbeit sind die freiwilligen Helferinnen und Helfer mit ihrer zentralen Aufgabe, die Sterbebegleitung (wieder) in die Selbstverständlichkeit mitmenschlicher Begegnungsformen zu integrieren.
- Besonderes Augenmerk erhält die Sorge um wirksame Symptom- und Schmerzkontrolle, die mit umfassender Fachkenntnis angegangen wird. Dabei erhalten neben der rein physischen auch weiterreichende Dimensionen des Menschseins, nämlich psychische, soziale und spirituell-seelsorgerische, gezielte Beachtung.
- Kontinuität der Fürsorge für die Betroffenen bedeutet zuerst Erreichbarkeit des Hospizdienstes rund um die Uhr, später aber auch gegebenenfalls eine Begleitung der Hinterbliebenen in der Zeit der Trauer.

4. Das Menschenbild in Palliative Care

Die Palliativmedizin (lat. *Pallium*, der Mantel – ‚um-mantelnde‘, ‚umsorgende‘ Medizin) hat sich aus der Hospizbewegung heraus entwickelt und umfasst alle Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität des Sterbenden und seiner Angehörigen. Während in der kurativen Medizin Heilung bzw. Lebensverlängerung im Vordergrund stehen und der Tod somit als ‚Versagen‘ und Niederlage ärztlicher Kompetenz betrachtet zu werden droht, stellt Palliative Care die medizinischen Möglichkeiten in den Dienst der Linderung von Schmerz und Leiden in der letzten Lebensphase. Die menschliche Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen sowie eine wirkungsvolle Schmerz- und Symptomkontrolle stehen im Mittelpunkt der Bemühungen, die sich immer an den jeweiligen Bedürfnissen und Wünschen des einzelnen schwerkranken Menschen orientieren sollen.

Nun wird in der Palliativpflege der Mensch als ganzheitliches Wesen begriffen mit vier unterschiedlichen Aspekten, nämlich der *physischen*, der *psychischen*, der *sozialen* und der *spirituellen* Dimension (Aulbert et al., 2008). In jedem dieser Bereiche bestehen spezifische Bedürfnisse, in jedem entstehen in der Situation der schweren Erkrankung besondere Einschränkungen und Leiden. Gleichmaßen bedingen und beeinflussen sich diese Bereiche gegenseitig, da sie ja Facetten des einen Menschen darstellen. Folgend dem zentralen Hospizgedanken, dass die Sterbephase eine wichtige Spanne Lebens-Zeit bedeutet, darf diese ganzheitliche Betrachtungsweise auch und besonders im allerletzten Lebensabschnitt nicht aus dem Blick geraten!

So bildet die Beachtung der *körperlichen* Ebene mit einer wirkungsvollen Schmerz- und Symptomkontrolle sicherlich die Voraussetzung für den Erhalt von Lebensqualität, die dann auch die weiteren Dimensionen des Menschseins in den Blick nehmen kann.

Ein vorrangiger, vielleicht sogar der wichtigste Wunsch sterbender Menschen (vgl. Student, 2004), betrifft die *soziale* Dimension und beinhaltet das Bedürfnis, nicht alleine, sondern im Kreise der ihnen nahe stehenden Menschen, möglichst auch in der vertrauten Umgebung, zu Hause, sterben zu dürfen.

Vordringliche *psychische* Belastungen und Aufgaben des todkranken Menschen betreffen die persönliche Krankheitsverarbeitung. Im Rahmen dieses Bewältigungsprozesses treten häufig psychische Reaktionen wie depressive und/oder

aggressive Symptome auf, körperlich-seelische Anspannung und starke Ängste bedeuten schwere Belastungsfaktoren für den leidenden Menschen. Daneben führt die schwere Erkrankung mit den damit verbundenen Einschränkungen und Behinderungen zum Abbau des Selbstwertgefühls, das Bewusstsein, eine Belastung für die Familie und Umgebung zu sein, kann in innere Isolation und Einsamkeit führen (vgl. **Aulbert et al.**, 2008).

Spiritualität ist sicher wesentlich weiter zu fassen als eine bestimmte Konfession oder Religionszugehörigkeit. In einem übergreifenden Sinne kann Spiritualität verstanden werden als „die innere Einstellung, der innere Geist (lat.: *spiritus*), mit der ein Mensch auf die Widerfahrnisse des Lebens reagiert und auf sie zu ‚antworten‘ versucht.“ (**Weiber**, 2008, S. 1182) Gerade in der letzten Lebensphase stellen sich die existenziellen Fragen nach persönlicher Sinnfindung und auch dem ‚Danach‘ jenseits des Todes in verstärkter Deutlichkeit. Das eigene Leben in seinem einzigartigen Verlauf will noch einmal angeschaut werden - Versäumnisse und Schuldhaftes, Vergeblichkeit und Ungelebtes können sehr belastend ins Bewusstsein treten, aber auch Gelungenes und Perspektiven persönlicher Hoffnung und Sinnerfüllung sollten gesehen und gewürdigt werden können.

II. Musiktherapie in der Sterbebegleitung

1. Vom Hören als erstem und letztem Sinn

Das Ohr ist in der vorgeburtlichen Entwicklung das erste vollständig ausgebildete Wahrnehmungsorgan. Äußeres, Mittel- und Innenohr sind anatomisch bereits in der 6. SSW angelegt, bis zur 18. SSW ist das primäre Hörorgan vollständig entwickelt. Der Fetus reagiert etwa ab der 24. Woche auf Stimmen und Geräusche, die von außerhalb des Mutterleibes einwirken, da dann auch die erforderlichen Zellen der Hörrinde des Gehirns ausgebildet sind. Das Ungeborene „hört“ aber weniger über das Ohr, sondern nimmt Klang, Schwingungen, Vibrationen mit seinem gesamten Körper, über die Haut und über die Knochenleitung wahr (Wirbelsäule der Mutter, mütterlicher Beckenring als Schalltrichter, -verstärker! – Stimme der Mutter!). Das Ohr ist nachgewiesenermaßen bereits vorgeburtlich ein wichtiges bindungsrelevantes „Beziehungsorgan“. An der Qualität der Klänge und Geräusche im Mutterleib erkennt der Fetus den vitalen Zustand seines Lebensraumes. Er ist sogar in der Lage, emotionale Inhalte in den vorgeburtlichen Geräuschen wahrzunehmen und reagiert darauf mit Veränderungen in seinen Bewegungen und von seiner Herzfrequenz. (Die Arbeit mit Klangarchetypen und Klangtrance knüpft an diese Urerfahrungen des vorgeburtlichen Hörens an.)

Das Ohr ist also als erster Sinn bereits im Mutterleib erwacht und bleibt noch erhalten, wenn wir in der Stunde des Todes die Augen bereits geschlossen haben. Das **Tibetische Buch der Toten** (1999) drückt diesen besonderen Stellenwert des Hörens schon in seinem Titel aus: *Bardo Thödol*, das bedeutet: *Die große Befreiung durch Hören im Bardo*. In diesem Buch werden spezielle Praktiken zur Sterbebegleitung, spezielle Gesänge und Gebete beschrieben, die vor und nach dem physischen Tod des Betroffenen angewandt bzw. rezitiert werden sollen. *Bardo* ist der Schwebezustand, in dem die Seele zwischen Tod und Wiedergeburt verweilt. Dort kann sie durch Klänge erreicht werden.

Das Ohr kann somit als Brücke verstanden werden an den zwei zentralen Übergängen des Menschen: am Übergang aus der hiesigen in die jenseitige Welt, sowie beim Übergang vom intrauterinen ins extrauterine Dasein bei der Geburt.

2. Musik in der Bewältigung von Sterben, Tod und Trauer

Musik ist die Kunstform, die nicht im Gegenständlichen verortet ist, sondern als ein nicht greifbarer Prozess in der Zeit abläuft, im ‚Werden und Vergehen‘ ihre Aussage und Wirkung erfahren lässt. So scheint die symbolische Verknüpfung mit der Vergänglichkeit, dem Sterben in der Zeit, nahe zu liegen. Paradoxe Weise geschieht im Musikerlebnis aber auch Transzendierung, Überschreitung der Zeit im Erfahren musikalischer ‚Gleich-Zeitigkeit‘ im Klang-,Raum‘.

So diente die Musik von je her als Ausdrucks- und Verarbeitungsmittel für die Erfahrungen des Menschen mit Sterben und Tod sowie der damit verbundenen starken Gefühle wie Trauer und Angst; Selbst-Ausdruck und Mit-Teilung sind dabei gleichermaßen wesentliche Geschehnisse. Doch auch das Wagnis der Hoffnung im und wider allen Schmerz kann in der Musik verborgen spürbar werden.

Zuallererst gibt der trauernde Mensch im Klang des Weinens seinem inneren Fühlen einen hörbaren ‚musikalischen‘ Ausdruck. Die rituelle Totenklage wurde seit der Antike praktiziert, zunächst von den direkt betroffenen trauernden Angehörigen selbst, dann auch ‚delegiert‘ an ‚professionelle‘ Klageweiber. Dabei geht es zum einen um das Ausdruck-Geben der inneren Trauer, aber auch um die Mit-Teilung und folglich das Miteinander-Teilen des Schmerzes. Beides kann ja in sich schon eine tröstende und lindernde Wirkung haben.

Bezüglich der Be- und Verarbeitung von Sterben, Tod und Trauer gibt es in der Musik eine Fülle von Beispielen, quer durch alle Epochen und Genres: Angefangen von der großen Zahl komponierter Requien vieler bekannter Komponisten (z. B. Mozart, Brahms) und vielen Musikstücken verschiedenster Gattungen (z. B. der Trauermarsch von F. Chopin, Kantaten von J. S. Bach) über die Volkslieder zu diesem Thema (z. B. *Am Brunnen vor dem Tore*, *Im schönsten Wiesengrunde*) bis hin zu zeitgenössischen Schlägern, Chansons (z. B. *Ne me quitte pas* von Jacques Brel) und auch Stücken aus Rock und Pop (z. B. *Der Weg* von Herbert Grönemeyer).

(Beispiele nach **Baumann/Bünemann**, 2009)

Häufig ist eine solche Komposition entstanden im Prozess der eigenen Trauerbewältigung ihres Schöpfers, kann Brücke sein in der verbindenden Erfahrung urmenschlicher Gefühlserlebnisse. Allerdings wird die Wirkung auf den Hörer immer auch von dessen persönlichem Erleben abhängig sein und kann zwischen den einzelnen Individuen sehr differieren.

Beachtet man nun die Tatsache, dass schon die Musik als solche eine tröstende und begleitende Funktion einnehmen kann, wird meines Erachtens deutlich, welches hilfreiche Potential der persönlichen Zuwendung der Musiktherapeutin, verbunden mit dem Medium Musik, zugemessen werden darf.

3. Die Pionierin Susan Munro

Stand am Beginn dieser Arbeit der Hinweis auf die bahnbrechende Pionierarbeit zweier Frauen auf dem Gebiet der Sterbebegleitung, darf eine dritte Pionierin nicht unerwähnt bleiben: die Musiktherapeutin Susan Munro begann 1977 ein musiktherapeutisches Pilotprojekt auf der weltweit ersten Palliativstation, am Royal Victoria Hospital in Montreal/Kanada. Der dort im Januar 1975 eingerichtete *Palliative Care Service* galt „als Versuch, den gesamten Bedürfnissen (den körperlichen, den psychischen, den sozialen und den metaphysischen Bedürfnissen) unheilbar kranker Patienten und ihrer Familien gerecht zu werden.“ (Munro, 1986)

Dieser Palliative Dienst umfasste fünf Bereiche: die Sterbepflegestation (Palliative Station), den Heimpflegedienst, den Beratungsdienst, die Ambulanz und die Hinterbliebenenbetreuung. Die Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen erfolgte in interdisziplinären Teams, Munro arbeitete ab 1977 in allen Bereichen als Musiktherapeutin mit.

In ihrem zehn Jahre später erschienenen Buch *Musiktherapie bei Sterbenden* (Munro, 1986) berichtet sie von ihren Erfahrungen und Entwicklungsprozessen in diesem noch neuen und unerforschten Arbeitsbereich und reflektiert die besonderen Herausforderungen, denen die Musiktherapeutin hier ausgesetzt ist.

Schon während der Einarbeitungsphase „fing ich an, zwei Schwerpunkte bei der Pflege Sterbender zu erkennen, die einander auszuschließen scheinen: zum Weiterleben anzuregen, um das Sterben zu erleichtern.“ (ebd., S. 74) Im Laufe ihrer beruflichen Erfahrungen kommt sie dann zur Überzeugung, dass immer beide Pole im Blick bleiben sollten, Leben und Sterben gehören gleichermaßen zur Wirklichkeit des sterbenden Menschen. Bleibt die Musiktherapeutin, in aller Hinneigung zum Lebendigen des Patienten, empfänglich auch für die Realität des Sterbens, kann die Verschiebung der Perspektiven, der Übergang zwischen Leben und Tod dieses sterbenden Menschen unterstützt und mit erfahren werden.

Methodisch spielt das Auswählen und Anhören vom Patienten präferierter Musik eine besondere Rolle. Dies geschieht durch Bereitstellung gewünschter Musiktitel oder auch das Aufnehmen einer Kassette mit ‚Entspannungsmusik‘ für den Klienten, verbunden mit einfachen Anleitungen zur selbständigen Anwendung in Zeiten des Alleinseins. Immer aber wird auch das sich häufig aus der Musikrezeption entwickelnde psychotherapeutische Gespräch gesucht, dabei müssen Art und Umfang des Sich-Öffnens und auch Sich-Auseinandersetzens mit der eigenen Problematik ganz dem sterbenden Menschen überlassen werden. Die eigenen (und auch fremden) Vorstellungen und Erwartungen zur Rolle als Musiktherapeutin und zur ‚Wirksamkeit‘ bestimmter Interventionen treten zurück zu Gunsten einer Haltung, in der „ich mich von allen Erwartungen frei machte und den Mut hatte, geduldig zu sein und dem Patienten die Entscheidungsfreiheit und die Initiative überließ.“ (Munro, 1986, S. 76)

Die motivierte Arbeit im Pflgeteam einer Palliativstation und die damit verbundene intensive Beschäftigung mit Sterben und Tod berge die Gefahr in sich, sich gewisse feststehende Ansichten über die ‚richtige‘ Art zu sterben zuzulegen. Munro zitiert *Ariès*, der schreibt: „Wir haben heute einen neuen ‚Stil zum Sterben‘, oder besser, ‚einen angemessenen Stil zu leben, während man stirbt‘. Die Betonung liegt auf *angemessen*. Wesentlich ist, dass man auf eine Weise stirbt, die von den Überlebenden angenommen und ertragen werden kann.“ (Ariès, Ph. 1974, zit. n. Munro, 1986, S. 75; *Hervorhebung* im Original)

Munro betont, dass Musik und ihre therapeutische Anwendung „dem Schwerkranken mit äußerster Feinfühligkeit und höchstem Respekt vor seiner Sensibilität und Verletzbarkeit angetragen werden [*muss*, M.A.]. Dem Patienten muß die Möglichkeit zugestanden werden, die therapeutische Intervention durch Musik abzulehnen.“ (Munro, 1986, S. 76)

Gleichwohl spricht sie mit Überzeugung vom „Potential der Musik“, das sich ihr im Rahmen ihres Lebens- und Ausbildungsweges stufenweise erschloss. „Aber erst in der höchst komplexen Situation der Sterbepflege, fing ich an, die wirkliche Größe der Musik zu begreifen, als ich mich den Anforderungen und Widersprüchen jeder einzelnen Situation und jedes einzelnen Patienten zu stellen hatte. [...] Nur wenn wir die Musik wie eine Spur sehen, die untrennbar mit dem Leben eines Menschen

verschmolzen ist, können wir ihr ganzes Potential als therapeutisches Mittel bei der Versorgung unheilbar Kranker erfassen.“ (ebd., S. 86)

Die Musiktherapeutin kann nun nach Art einer Wegbereiterin zum Auffinden dieser persönlichen musikalischen Spur beitragen und so Verbindungsmöglichkeiten eröffnen zur inneren Gefühlswelt dieses Menschen. Dabei reicht der symbolische Ausdruck durch Musik „sehr viel tiefer als die menschliche Interaktion. Musik gestattet es uns, an die Grenze des Lebens zu treten und wieder zurückzukommen, einen Übergang zu erleben, einen Moment der Veränderung und der Transzendenz.“ (ebd., S. 88)

Neben den rezeptiven Musikangeboten mittels Tonträgern berichtet Munro auch vom aktiven Musizieren für die Patienten, in geringerem Umfang auch mit ihnen in der musiktherapeutischen Improvisation. Ebenfalls werden kreative Angebote zur Musik wie Malen oder Kollagen erwähnt. Auch hier gehören Weiterführung und Verarbeitung der musikalischen Erlebnisse und Interaktionen im therapeutischen Gespräch wesentlich zum Geschehen.

Munro bescheinigt der Musiktherapie bei sterbenden Menschen zum Ende ihrer Ausführungen „einen weiten Anwendungsbereich“ und beschreibt, angelehnt an die vier Seins-Ebenen des Menschenbildes in Palliative Care, Wirkmöglichkeiten auf physiologischer, psychologischer, sozialer und religiöser Ebene. (vgl. **Munro**, 1986, S. 98).

Der Inhalt dieser Ausführungen deckt sich sehr mit den Anwendungszielen, die auch heute von im palliativmedizinischen und Hospiz-Bereich tätigen Musiktherapeuten genannt werden, z. B. von der *Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie* in ihrem Berufsbild (s. Lit.-Verz. und Kap. II.4 dieser Arbeit), worin auch Munro direkt zitiert wird. So haben die Bemühungen von Susan Munro als Wegbereiterin der musiktherapeutischen Arbeit auf dem Gebiet der Sterbebegleitung offensichtlich ein fruchtbares Feld eröffnet, das sich lohnt, auch weiterhin bearbeitet zu werden!

4. Möglichkeiten und Zielsetzungen von musiktherapeutischer Sterbebegleitung

2006 gründete sich eine *Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie*, die auch ein entsprechendes Berufsbild erstellte (s. Lit.-Verz.). Darin wird auf die vielfältigen Wirkqualitäten der Musik hingewiesen,

die in der musik-psychotherapeutischen Arbeit dem (tod)kranken Menschen zugute kommen können. So eröffnet die Musik einen direkten Zugang zu Gefühlen, wirkt verbindend zwischen Körper und Seele, kann zu innerer Stabilisierung beitragen und eigene schöpferische Ressourcen zur Krisenbewältigung freisetzen. Als nonverbales Medium bietet die Musik Ausdrucks- und Verstehensmöglichkeiten auch jenseits des verbal Mittelbaren. Zur Anwendung bieten sich sowohl aktive als auch rezeptive Methoden an, Grundlage ist immer eine psychotherapeutische Ausrichtung. Stützende und/oder konfliktbearbeitende Verfahren werden in prozessorientierter Vorgehensweise individuell eingesetzt. Das benannte Spektrum der Ziele musiktherapeutischen Arbeitens reicht von körperlicher Entspannung und Symptomentlastung über Verbesserung der psychischen Befindlichkeit und des Gefühlsausdrucks bis zu kommunikativer und sozialer Unterstützung sowie Mobilisierung eigener Ressourcen zur Krankheitsbewältigung.

In der *Palliativpflege* wird von einem *ganzheitlichen Verständnis des menschlichen Wesens* ausgegangen, welches unter vier unterschiedlichen Aspekten betrachtet werden kann, nämlich der *physischen*, der *psychischen*, der *sozialen* und der *spirituellen* Dimension.

Jede dieser vier Seinsebenen hat ihre grundlegenden Bedürfnisse, muss im Zustand des todkranken Menschen ihre Einschränkungen erleiden, kann als Ansatzpunkt für (musik)therapeutische Interventionen (MT) erkannt werden:

Die körperliche Dimension

Körperliche Schmerzen und krankheitsbedingte Störungen körperlicher Funktionen bedeuten eine starke Belastung für den Betroffenen, Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten können sehr stark eingeschränkt sein, körperliche Muskelverspannungen hängen eng zusammen mit psychischer Anspannung. Sich daraus ableitende Therapieziele können sein: körperliche Entspannung, Schmerzlinderung, Angebot neuer (musikalischer) Ausdrucksmöglichkeiten.

MT: z. B. rezeptive Arbeit mit Klangreisen, Imagination; aktive musikalische Betätigung auf einfachen Instrumenten;

Die psychische Dimension

Die krankheitsbedingten körperlichen Leiden führen naturgemäß zu starken psychischen Belastungen, depressive und/oder aggressive Reaktionen treten häufig

auf im Zuge des Bewältigungsprozesses, (Sterbens)angst überschattet das gesamte Lebensgefühl des Betroffenen. Durch zwangsläufige Einengung der sozialen Beziehungsmöglichkeiten droht der Abbau von Selbstwert- und Identitätsgefühl, Einsamkeit und innere Isolation sind mögliche Folgen.

Erwünschte therapeutische Ziele können hier die Wiedererweckung von Identitätsgefühl und Selbstwertschätzung sowie die Unterstützung im Erleben von Genuss und Lebensfreude beinhalten. Eine wichtige Zielsetzung betrifft die Aufarbeitung und Regulation der emotionalen Befindlichkeit, hier geht es zum einen um Bewusstwerdung und Anerkennung der eigenen Gefühlswelt sowie um die Ermöglichung ihres adäquaten Ausdrucks – auch oder besonders mit nichtverbalen Mitteln! Oft geht es auch um ein einfaches Angebot zu psychischer Entspannung, zum Erleben einer kurzen Zeitspanne in Geborgenheit und Verstandesein.

MT: musikalischer Ausdruck der Gefühle, aktiv oder auch rezeptiv, instrumental oder im ‚Gefäß‘ eines Liedes; Erleben von Selbst-Wirksamkeit und gelingendem Ausdruck in musikalischer Betätigung; Klangreisen, Entspannung;

Die soziale und kommunikative Dimension

Mit fortschreitendem Krankheitsprozess auf den Tod zu drohen, vor allem natürlich bei Aufenthalt in einer Institution, oft aber auch bei Pflege des Todkranken in seinem vertrauten häuslichen Umfeld, zunehmender innerer Rückzug und seelische Einsamkeit. Die eigene Angst, nur noch eine Last zu sein oder auch reale Überlastungsreaktionen seitens der Pflegenden können zu Interaktionsstörungen führen. Mangelhafte Ausdrucksfähigkeit des Kranken kann Un- oder Missverständnis in seiner Umgebung auslösen. Aus dem Gesagten können therapeutische Ziele formuliert werden wie: Förderung der Kontakt- und Ausdrucksfähigkeit des Patienten, Erweiterung und Verbesserung der Interaktions- und Kommunikationsweisen, ggf. Angebote zur Konfliktbearbeitung, Angehörigenarbeit.

MT: Angebote zu musikalischem Ausdruck; musikalische Erfahrungen mit den Angehörigen; Musik als ‚Brücke‘ zum Verstehen;

Die spirituelle Dimension

Die Betrachtung der „Spiritualität als wichtige Ressource“ im Bewältigungsprozess (vgl. **Weier**, S. 1183) legt einen Miteinbezug in therapeutische Zielsetzungen nahe.

Besonders die Unterstützung in der persönlichen Deutungsarbeit und Sinnsuche im nun zu Ende gehenden Leben verdient ein eigenes Augenmerk in der therapeutischen Begleitung. Biographiearbeit kann als ein hilfreiches Mittel zur Suche nach letztgültiger Identität im Angesicht des Todes verstanden werden und erscheint oft als drängendes Bedürfnis sterbender Menschen: „Äußerungen von Sterbenskranken über unerklärliche Unruhe, über Schlaflosigkeit, über Schreckhaftigkeit im Aufwachen oder gar über Schuldgefühle sollten [...] ernst genommen und in Richtung ‚Wunsch nach Erinnerungsarbeit‘ gedeutet werden.“ (**Specht-Tomann/Tropper**, 2007, S. 173)

Mit der Suche nach dem Lebenssinn verbinden sich zutiefst existenzielle Fragen nach dem ‚Warum‘ dieses Leidens, auch nach dem ‚Wohin‘ und dem ‚Danach‘ – psychotherapeutische und spirituelle Dimension berühren und überlappen sich. Möglicherweise können individuelle konkrete religiöse Bezüge und Bedürfnisse des Todkranken in das therapeutische Angebot mit einfließen.

MT: Wunsch nach best. persönlich bedeutsamen (geistlichen) Liedern; rezeptive Angebote, evt. behutsames musikalisches Begleiten in der Finalphase, auch mit den und für die Angehörigen;

5. Zum aktuellen Stellenwert von Musiktherapie in Hospiz und Palliativmedizin

Die moderne Palliativmedizin ist seit ihren Anfängen eng mit der MT verbunden (vgl. auch Kap. II.3 dieser Arbeit): schon bald nach der Gründung der weltweit ersten Palliativstation am Royal Victoria Hospital in Montreal/Kanada begann die kanadische Musiktherapeutin *Susan Munro* dort ihre Arbeit mit Sterbenden und deren Angehörigen. Ihr 1986 erschienenes Buch „*Musiktherapie bei Sterbenden*“, in dem sie ihre vielschichtigen Erfahrungen beschreibt, legte den Grundstein für die weitere Entwicklung und Konzeptualisierung auf diesem Gebiet. Seither sind 25 Jahre vergangen, Bedeutung und Wirkkraft musiktherapeutischer Begleitung am Lebensende sind in Fachkreisen unbestritten anerkannt und in zahlreichen Veröffentlichungen niedergelegt (z. B. **Baumann/Bünemann** 2009; **Hennings** 2009; **Heinze** 2005; **Pfefferle** 2003; im Übrigen sei verwiesen auf die Übersicht von **Platzbecker** 2010). Musiktherapie in Hospizarbeit und Palliative Care gilt als wertvolle Bereicherung des Behandlungsangebotes – wenn auch die Bereitstellung

entsprechender finanzieller Mittel der ideellen Wertschätzung oft (noch?) nachzuhinken scheint!

Einen guten Überblick über *musiktherapeutische Konzepte in der Palliativmedizin* bietet die gleichnamige Arbeit von Gisela **Platzbecker** (2010). Im Folgenden seien einige Ergebnisse ihrer Literaturrecherchen kurz ausgeführt. Die von ihr zusammengetragenen Arbeitsberichte und Konzeptionen von in Hospiz- und Palliativbereich tätigen Musiktherapeuten und –therapeutinnen entstanden überwiegend aus der Praxis heraus, weisen jedoch häufiger auch einen theoretischen Hintergrund auf, der sich auf bestimmte psychotherapeutische Schulen stützt, wie z. B. die Psychoanalyse, BMGIM (Bonny Method of Guided Imagery and Music), Anthroposophie).

Auch in der therapeutischen Begleitung Sterbender kann aufdeckende Arbeit ihren Platz haben; oft geht es aber besonders um ressourcen-fördernde und entlastende Angebote. Es finden sich sowohl rezeptive als auch aktive Ansätze, wobei das Musikhören, sei es aufgenommene oder auch vom Therapeuten live gespielte Musik, einen relativ großen Raum einnimmt. Musiktherapeutische Improvisation geschieht häufiger für als mit den Patienten. Dem Liedersingen wird große Bedeutung beigemessen, neben dem Angebot des für den Patienten altvertrauten Liedgutes wird vereinzelt auch das Komponieren/Improvisieren und Texten eigener Lieder eingesetzt. Das Einbeziehen der Angehörigen darf als wichtiger Bestandteil musiktherapeutischer Arbeit betrachtet werden, ist die betroffene Familie des Sterbenden doch eine eigens genannte Zielgruppe in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Dabei stehen gemeinsame Angebote für den Todkranken und seine Bezugspersonen neben speziell für die Angehörigen konzipierter Gruppenarbeit. Besonders erwähnt seien auch die heilsamen Möglichkeiten einer atmosphärisch-musikalischen Gestaltung des Umfeldes, sei es im Hospiz oder auf der Palliativstation, hier sind auch die Pflegenden mit einbezogen. Das Pflegepersonal kann sogar eine eigene Zielgruppe für musiktherapeutisches Arbeiten darstellen, vermutlich wird dies jedoch eher seltener Luxus als regelmäßiges Angebot sein können!

Die in der Übersichtsarbeit ermittelten Schwerpunkte der musiktherapeutischen Bemühungen werden benannt mit: emotionszentriert, symptomorientiert (Schmerz, Stress), psychosozial, spirituell. Es wird auch ein Konzept zur Begleitung des

Sterbenden und seiner Angehörigen speziell in der Finalphase bis nach dem Eintritt des Todes erwähnt („Musik-Thanatologie“ nach Therese Schroeder-Sheker).

Weiterhin werden einige Forschungsarbeiten angeführt zur Musiktherapie in der Palliativmedizin (überwiegend quantitative Methodik), die eindeutig positive Wirkungen auf das körperliche Wohlbefinden, Schmerzminderung, emotionale Stabilisierung nachweisen konnten. Allerdings wird von der Autorin die notwendige Berücksichtigung ethischer Grundsätze angemahnt, die z. B. eine Kontrollgruppen-Bildung mit Nichtbehandlung oder auch eine Fragebogenuntersuchung kurz vor dem Tod verbiete. Zwar sei Wirkungsforschung mit handfesten Erweisen kausaler Zusammenhänge sehr erwünscht, zumal davon die Stellenfinanzierung abhängen kann, doch müsse im Hinblick auf das ‚künstlerische Medium‘ der Musik bedacht werden, dass sich die Sinnhaftigkeit musiktherapeutischen Handelns letztlich nicht nach mathematisch nachweisbaren Ursache-Wirkungs-Beziehungen bemessen darf: „Musiktherapeuten im Palliativbereich sollen lernen, in ihrem Medium auch dann selbstbewusst zu arbeiten, wenn die Wirkung ihres Tuns nicht eindeutig beschrieben werden kann.“ (Platzbecker, 2010, S. 96) Gleichwohl gibt sie zu bedenken: „Dass die Musiktherapie in der Palliativmedizin sich vom Stadium der pionierhaften, rein praktischen Arbeit zu einer Therapieform mit wissenschaftlichem Interesse hinbewegt, ist unbestreitbar wichtig. Über Forschung, über Öffentlichkeitsarbeit, über Arbeit am Berufsbild, Vertretung in der Medizin, Verbesserung und Erweiterung der Studienangebote um die palliative Musiktherapie ist eine breite und professionelle Arbeit möglich.“ (ebd.)

Nachdem sich die Musiktherapie mit Sterbenden in der Literatur, und auch in meiner persönlichen Erfahrung, so eindeutig positiv darstellt, bleibt hier noch einmal auf die Diskrepanz hinzuweisen zwischen der unumschränkt bejahten Sinnhaftigkeit musiktherapeutischer Angebote in der Sterbebegleitung und den leider noch mangelhaften ökonomischen Ressourcen, die hierfür zur Verfügung gestellt werden! In den mir bekannten Fällen wird Musiktherapie im (stationären) Hospiz immer aus Drittmitteln, meist über Spenden oder einen Förderverein bestritten, es handelt sich dann um eine Stelle auf Honorarbasis mit beschränkter Stundenzahl. Demgegenüber steht die allseitige Akzeptanz und Wertschätzung, die der Musiktherapie entgegen gebracht wird, sei es von den Patienten selbst, sei es von den Angehörigen oder auch vom Pflegepersonal. Das Vorhandensein eines musiktherapeutischen Angebots kann sogar als ‚Wettbewerbs-Vorteil‘ gelten; dies erlebte ich selbst während eines

Praktikums in einem stationären Hospiz, als eine Patientin deswegen aus einem anderen Hospiz zu uns übersiedeln wollte – ihrem Wunsch wurde dann auch stattgegeben!

In der Beschreibung ‚palliativer Komplexbehandlung‘ (vgl. **Baumann/Bünemann**, 2009) erscheint Musiktherapie zwar als ein mögliches Therapieangebot, in der Auswahl neben z. B. Physiotherapie, Psychologie oder auch Familiengesprächen, und ist somit in gewisser Weise institutionell anerkannt. „Doch von der offiziellen Zuordnung und relativen Akzeptanz der Musiktherapie zu einer nachhaltigen und selbstverständlichen institutionellen Integration bedarf es weiterer förderlicher – nicht zuletzt ökonomischer – Inter- und Subventionen.“ (vgl. **Baumann/Bünemann**, 2009, S. 30f)

Noch weiter entfernt von der finanziellen Ermöglichung musiktherapeutischer Angebote erscheint die Situation im ambulanten Hospizbereich, obwohl ja im Gesundheitssystem der Ausbau und die Förderung des ambulanten Sektors – nicht zuletzt aus Kostengründen – sehr stark propagiert wird. Könnte nicht ein Bruchteil der durch diese Verlagerung eingesparten Gelder in eine erweiterte (finanzielle) Förderung ambulanter Sterbebegleitung einfließen? Dies käme ja dann nicht nur den Sterbenden zugute – vielmehr kann vermutet werden, dass eine Verbesserung ihres Befindens durch ein unterstützendes (musik)therapeutisches Angebot auch positive Rückwirkungen auf die Gesundheit der in der Pflege stark belasteten Angehörigen hätte, wodurch sich dann an dieser Stelle evt. Kosteneinsparungen ergeben könnten!

Natürlich werden letztere Gedanken wohl reine Spekulation bleiben müssen. Möglichkeit und Aufgabe der Musiktherapeuten wird es aber sein, eine aktive Informations- und ‚Aufklärungs‘-Arbeit zu betreiben, um ihrem Fachgebiet mit seinen reichhaltigen Wirkmöglichkeiten zu der ihm gebührenden Stellung in der gesundheitlichen Versorgung zu verhelfen!

III. Musiktherapie und Ambulante Hospizarbeit - eine praktische Annäherung und ihre unerwartete Dialektik

1. Projektidee zu einem ersten musiktherapeutischen Angebot zu Hause

1.1 Problemstellung

MT ist in der stationären Hospizarbeit schon gut etabliert und wird in vielen stationären Hospizen angeboten. Sowohl die Patienten als auch die mitbetreuenden Angehörigen nehmen diese Form der unterstützenden Begleitung sehr gerne an – dies konnte ich während meines studienbegleitenden Praktikums in einem stationären Hospiz immer wieder erfahren. Demgegenüber besteht im ambulanten Hospizbereich bisher kein vergleichbares Angebot.

Die Pflege und Begleitung eines sterbenden Angehörigen im häuslichen Umfeld bedeutet eine hochgradige Belastungssituation für alle Beteiligten, wobei das Engagement der Angehörigen und ehrenamtliche Dienstleistungen die tragenden Grundpfeiler darstellen. Professionelle Unterstützungsangebote umfassen in der Regel den Bereich der Grund- und Behandlungspflege sowie schmerztherapeutische Maßnahmen.

In meiner eigenen Tätigkeit als ehrenamtliche Hospizhelferin erlebe ich die heilsame Dimension mit-menschlicher Nähe und Begleitung, oft aber auch deren Grenze bei Zutreten bedrängender intra-psychischer oder auch innerfamiliärer Konflikte.

Herrührend aus meiner inneren Verbindung zwischen hospizhelferischem und musiktherapeutischem Interesse erwächst mir die Idee zu einer möglichen Anreicherung der Begleitungssituation durch ein musikalisch-therapeutisches Angebot. Benötigen nicht gerade sterbende Menschen (und deren pflegende Angehörige) in ihrer besonderen Belastungssituation angemessene Unterstützung, auch in den über das Körperliche und Medizinische hinausreichenden Belangen? Könnte nicht gerade die Musiktherapie mit ihrem primär nonverbalen Zugang und den Möglichkeiten zu auch niederschweligen Angeboten eine gut annehmbare und wirksame Hilfestellung bieten im Bewältigen des Sterbeprozesses?

1.2 Musik eröffnet heilsame Spielräume. . .

In der Palliativpflege wird von einem ganzheitlichen Verständnis des menschlichen Wesens ausgegangen, welches unter vier unterschiedlichen Aspekten betrachtet werden kann, nämlich der *physischen*, der *psychischen*, der *sozialen* und der *spirituellen* Dimension. Diese stehen in ständiger Wechselwirkung miteinander, bedingen und beeinflussen sich gegenseitig. Die Musik entfaltet ihre Wirkungen auf den Menschen als ganzen, kann dabei Verbindung schaffen zwischen den genannten Seinsebenen und heilsame Spiel-Räume eröffnen:

- Einen Raum der Wertschätzung und erlebten Mit-Menschlichkeit
- Einen Raum für Begegnung, für das Miteinander-Teilen einer spürbaren Erfahrung
- Einen Raum für Gemeinsamkeit mit den Familienangehörigen, für Verbindung, auch ohne Worte, vielleicht auch für Auseinandersetzung und Klärung
- Einen Raum zum Wohlfühlen und Entspannen
- Einen Raum für emotionale Bewegtheit, für bisher nicht zugelassene oder auch nicht aussprechbare Gefühle
- Einen Raum für das Einlassen alter Erinnerungen, vielleicht auch bedrängender Lebensthemen, von der Musik umhüllt wie von einem schützenden Mantel
- Einen Zwischen-Raum als Unterbrechung des oft ein-tönigen Alltags im Krankenzimmer
- Einen öffnenden Raum in der eingeengten Lebenswelt des Kranken und seiner Familie

1.3 Konkretisierung des Vorhabens

Eine erste Möglichkeit zum Erleben solcher heilsamen Spielräume wollte ich gerne im Rahmen des Ambulanten Hospizdienstes meiner Region anbieten.

Geplant war ein (zunächst) einmaliges musiktherapeutisches Angebot von (+/-) 30 min Dauer, stattfindend im häuslichen Rahmen des Sterbenden. Dabei sollten verschiedene musiktherapeutische Interventionsmöglichkeiten erfahrbar werden:

- Ein rezeptives Angebot: Monochord-Spiel mit kurzer angeleiteter Entspannungs-Induktion
- Gemeinsames Singen, Liedauswahl von einem vorbereiteten Liedblatt
- Möglichkeit zu einer aktiven musikalischen Betätigung mit freier Improvisation

Teilnehmende könnten sein:

- der kranke Mensch
- auf Wunsch der/die pflegende(n) Angehörige(n)
- der/die ehrenamtliche Hospizhelfer/in

Sofort im Anschluss an die Sitzung sollte von mir ein detailliertes Gedächtnisprotokoll erstellt werden, unter Einbezug auch subjektiver Eindrücke und atmosphärischer Wahrnehmungen. Eine Befragung der Teilnehmenden vor Ort schien meines Erachtens der Situation unangemessen.

Wenige Tage später war ein persönliches Gespräch mit der Hospizhelferin vorgesehen, in dem sie ihren Eindruck des Patienten, evt. Nachwirkungen oder auch direkte Äußerungen seinerseits, ggf. auch der Angehörigen, schildern könnte. Daneben sollten auch ihre eigenen Wahrnehmungen und Gefühle während der Sitzung zu Wort kommen. Dieses Gespräch sollte akustisch aufgezeichnet und dann jeweils, zusammen mit den eigenen Protokoll-Aufzeichnungen, in die Erstellung eines Einzelfall-Porträts münden.

1.4 Zielrichtung

Es geht um einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer Implementierung musiktherapeutischer Angebote in die Ambulante Hospizarbeit meiner Region. Musiktherapie soll als wirkungsvolle Möglichkeit zur Anreicherung und Erweiterung einer umfassenden Sterbebegleitung dargestellt werden. In den geplanten Fallporträts sollen Akzeptanz und Erlebnisqualitäten des musikalisch-therapeutischen Angebotes im Einzelfall herausgearbeitet werden.

2. Die Fortbildungsveranstaltung

2.1 Idee und Planung

Ausgehend von meiner Zugehörigkeit zur Hospizhelfer/innen-Gruppe meiner Region lag es für mich nahe, in diesem Rahmen eine erste Annäherung von Musiktherapie und ambulanter Sterbebegleitung zu versuchen.

In der Ambulanten Hospizarbeit wird dem jeweiligen Patienten eine ehrenamtliche Helferin zur Seite gestellt, die dann diesen einen Menschen nach persönlicher Absprache besucht und begleitet, bis dieser gestorben ist. Danach wird eine individuell zu bestimmende ‚Pause‘ eingelegt, bevor sich der Hospizhelfer erneut für eine Begleitung zur Verfügung stellt.

Im Telefonat mit der zuständigen hauptamtlichen Koordinatorin des örtlichen Hospizdienstes entstand nun die Idee, mein Vorhaben innerhalb einer Fortbildungsveranstaltung für die (haupt- und ehrenamtlichen) Mitarbeiter vorzustellen. Neben einer Einführung und einigen Hintergrundinformationen zur Musiktherapie, bes. im Bereich Sterbebegleitung, sollte auch eigene Musikerfahrung für die Teilnehmer angeboten und das für die Patienten geplante musiktherapeutische Angebot vorgestellt werden. Die in Begleitung Stehenden könnten dann die Einladung zu einem solchen Angebot ihren Patienten vermitteln.

Die Veranstaltung wurde auf einen schon vorbestehenden Gruppentermin anberaumt, um eine möglichst rege Teilnahme zu erhalten. Es wurden alle haupt- (3 Pers.) und ehrenamtlichen (ca. 35 Pers.) Mitglieder des *Ambulanten Hospiz- und Palliativen Beratungsdienstes Kusel – Ramstein – Landstuhl* schriftlich eingeladen (Einladungsschreiben s. Anhang).

2.2 Durchführung

Zu der Fortbildungs-Veranstaltung kamen insgesamt 20 Personen, die drei hauptamtlich Tätigen (zwei Fachpflegekräfte mit Palliative Care Ausbildung und die Koordinatorin (Sozialarbeiterin) waren anwesend.

Der Nachmittag war in drei Abschnitte gegliedert. Der erste Teil umfasste die Begrüßungsrunde mit erster praktischer Musikerfahrung und einer gemeinsamen Improvisation. Dazu waren in der Mitte zahlreiche bekannte und weniger bekannte

Musik- und Klanginstrumente aufgebaut, die zum Ausprobieren einluden. Die Anwesenden ließen sich auch alle auf dieses Angebot ein. In der Vorstellungsrunde war Raum, eigene Erfahrungen und Verbindungen zur Musik auszusprechen. Es wurde großes Interesse und auch Neugier auf das eher unvertraute Themengebiet geäußert. Es bestand wenig Vorwissen zur Musiktherapie, die Teilnehmer ließen sich aber bereitwillig auf Ungewohntes ein und beteiligten sich auch an der gemeinsamen Improvisation mit anschließender kurzer Verbalisierungs-Möglichkeit.

Es folgte dann ein ca. 50minütiger Einführungsvortrag, der Informationen und Hintergründe zum Thema bot unter den Rubriken:

A. Musik lebt vom und im Hören

- *Zur vorgeburtlichen Entwicklung und Bedeutung des Hörens*
- *Zur Neurophysiologie und Neuropsychologie des Hörens*
- *Zum Stellenwert des Hörens im Leben des Menschen (die ‚Brückenfunktion‘ an den zwei zentralen Übergängen, Geburt und Tod, des Menschen; der ‚Klang‘ in den spirituellen Überlieferungen; Hören und Sehen in der Gegenüberstellung)*

B. Zur Geschichte der Musiktherapie

- *Entstehung der Musik in der menschlichen Kultur (Ausdrucks- und Kontakttheorie)*
- *Musik in der Lebensbewältigung und Gestaltung menschlicher Lebensbereiche*
- *Musik in der Krankenheilung (Musik in der antiken Philosophie, Schamanentum, geschichtliche Zeugnisse der Heilung mit Musik)*

C. Musiktherapie als Psychotherapie

- *Definition und Möglichkeiten der Musiktherapie*
- *Methodik und Ziele musiktherapeutischer Angebote*
- *Indikationen und Praxisfelder*

D. Musiktherapie in Hospizarbeit und Sterbebegleitung

- *Susan Munro*
- *Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie*
- *Musiktherapie im Rahmen der Palliativversorgung unter dem Blickwinkel der vier Dimensionen des ganzheitlichen Menschenbildes in der Palliativpflege*

In der anschließenden Pause mit kleinem Imbiss entwickelten sich angeregte Gespräche untereinander, das Bedürfnis nach Austausch über das Gehörte war deutlich zu spüren.

Nach der Pause wurde in das geplante Patientenangebot eingeführt, wobei die eigene Erfahrung im Vordergrund stehen sollte. Nachdem das Vorhaben kurz umrissen und einige Anmerkungen zu den ausgewählten musiktherapeutischen Interventionen (Singen, Improvisation, Klangreise; vgl. auch Kap. IV.3 dieser Arbeit) gegeben worden waren, erklang nach einer kurzen angeleiteten Entspannungsinduktion für etwa 10 Minuten das Monochord. Dem Instrument war schon vorher großes Interesse entgegengebracht worden, für die meisten Teilnehmer war es wohl bisher unbekannt gewesen!

In der nachfolgenden Befindlichkeitsrunde wurde deutlich, dass die Einladung, sich von den Klängen tragen und an einen guten Ort mitnehmen zu lassen, bei den einzelnen Menschen zu sehr verschiedenen Erlebensqualitäten geführt hatte: neben Aussagen zu entspannenden Wirkungen und positiven Bildern standen auch Berichte über eher beängstigende Empfindungen, Auftreten von Herzklopfen und Atemnot, mit dem Wunsch, es „möge gleich vorbei sein“. Einige Teilnehmer hatten die übermächtig wirkende Klangerfahrung durch das Wiederöffnen der zuvor geschlossenen Augen einzudämmen versucht.

Im Gespräch wurde die Vielschichtigkeit musikalischer Erfahrungen deutlich und auch die Macht der Musik, die den Menschen in die Polarität starker Gefühlsenergien hineinreißen kann. Es wurde auch die Frage diskutiert, ob und wie diese offensichtlich so wirkmächtige Ressource der Musik dem sterbenden Menschen, der ja in seiner Grenzsituation besonders sensibilisiert und empfindsam sei, nahegebracht werden könnte. Das Interesse für solche Berührungen mit der Musik, aber auch ein gewisser Respekt davor waren gleichermaßen zu spüren.

Das anschließende gemeinsame Singen einiger Abend- und Volkslieder aus einer vorbereiteten Liedauswahl konnte eine gute Abrundung des Abends herbeiführen. Am Ende erhielten die Teilnehmer ein kurzes Skript zur Musiktherapie in der Sterbebegleitung und zum konkreten „Projekt: *erstes Einbringen eines musiktherapeutischen Angebotes in die Ambulante Hospizarbeit der Region*“ sowie einen Einladungsbrief dazu für ihre Patienten (s. Anhang).

2.3 Nachklang der Veranstaltung

Die Rückmeldungen der Teilnehmer in der abschließenden Feed-Back-Runde sowie auch mehrere später erfolgte telefonische Rückmeldungen waren durchweg positiv. Man könne sich jetzt „gut etwas vorstellen“ unter dem, was Musiktherapie bedeute, habe „interessante Einblicke“ erhalten. In der Begleitung sterbender Menschen könnten musiktherapeutische Angebote sicher „ganz neue Perspektiven eröffnen“, meine dahingehende Initiative verdiene „jede mögliche Unterstützung“. Aber auch für die eigene ehrenamtliche Begleitung sei das Musikalische im weitesten Sinne jetzt mehr ins Bewusstsein gerückt. Es wurden auch Wünsche zu weiteren Fortbildungsangeboten musiktherapeutischer Art geäußert und ein weitergehendes Interesse an diesem Themenbereich bekundet.

Diese offensichtlich sehr positive Resonanz ließ mich auf eine rege Inanspruchnahme des konkreten Angebotes hoffen.

3. Von Aufbrüchen, Abbrüchen und anderen Polaritäten

3.1 Aufbruch – Abbruch – Umbruch?

*Vortreffen zur geplanten Reise,
Interessenten und erfahrene Fachleute lassen sich ein
auf einen Vorgeschmack dessen, was geschehen könnte,
erleben, erfahren etwas gemeinsam,
gehen auseinander in Bereicherung.*

*Dann wird es ernst: Das Treffen in der Abflughalle
Zum Starten der wirklichen Reise - findet nicht statt. . .
Keiner kann eintreffen - warum?
Die Suche der „guten Gründe“ dafür
findet im Dunkel statt - fördert sie neue Möglichkeiten
der Reisegestaltung ans Licht?
Oder muss die Reise endgültig abgesagt werden?*

Und doch: die Spur ist gelegt...

*Anfragen bei professionellen Reisebegleitern?
Gespräche mit erfahrenen Back-Packern über die Erlebnisse auf ihren Wegen?*

*Aus der geplanten Reise
scheint eine mühsame Suche
in steinigem Gelände zu werden...*

*Doch am Ende könnten
die im Wege liegenden Steine
zu den Pflastersteinen des geebneten Pfades
werden!*

3.2 Die Planung und das Unerwartete – Stolpersteine im Projekt

Entgegen meinen hoffnungsfrohen Erwartungen erfolgten innerhalb der nächsten zwei Wochen lediglich mehrere Rückrufe von Ehrenamtlichen mit Absagen bezüglich eines Patientenkontaktes. Die Begründungen reichten von „Der Patient ist zu krank“ über „es ist ihm doch nicht zuzumuten“ oder „den Angehörigen ist das zu viel“ bis zu „Die Patientin ist jetzt schon verstorben“. Dabei wurde stets ehrliches Bedauern über das Nichtzustandekommen ausgedrückt und gute Wünsche zum Gelingen des Projektes mitgegeben.

Insgesamt erhielt ich jedoch wesentlich weniger Antworten als nach der Teilnehmerzahl an der Fortbildung zu vermuten gewesen wäre. Auf meine Anfrage und entsprechende Erkundigungen der hauptamtlichen Koordinatorin hin stellte sich dann heraus, dass die Zahl der aktuell in einer Begleitung stehenden Hospizhelfer viel geringer war als vorher angenommen. Diese ‚Entdeckung‘ gab die Veranlassung, einige Wochen später eine ‚Zukunftswerkstatt HospizbegleiterInnen‘ zu veranstalten, bei der die ehrenamtliche Hospiztätigkeit und die ‚Schnittstelle‘ Hauptamtliche – Ehrenamtliche in der ambulanten Arbeit die zentralen Themen darstellten (s. a. Kap. III.3.7 dieser Arbeit).

Das vermeintlich so gut geplante und positiv eingeführte ‚Projekt‘, eine erste Implementierung eines musiktherapeutischen Angebotes in die ambulante Hospizarbeit anzustoßen, schien nach einem zunächst durchaus hoffnungsvollen Aufbruch zum vorzeitigen Abbruch verurteilt zu sein.

Doch: Ist mit dem Erscheinen eines ersten Hindernisses auf dem Weg sein Ende erreicht? Oder kann das Hindernis ein Wegzeichen sein, das, wenn beachtet, wertvolle Hinweise zum Wie und Wo des Weitergehens liefert? Sollte das Vorhaben, über erste Patienten- und Helfer-Erfahrungen mit einem musiktherapeutischen Angebot zu berichten, erst der letzte Schritt sein können auf einem längeren Entwicklungsweg? Bieten gerade die aufgetretenen Fragen und Widerstände die hilfreichen Anstöße, den Aufbruch zu wagen?

Ein Neuaufbruch ist kein reibungsloses Unterfangen, kein ‚Spaziergang‘ auf der Promenade, sondern eher ein Abenteuer ins Ungewisse. Zur Bahnung des Weges muss das zunächst noch unwegsame Gelände erkundet und vorbereitet werden. Hilfreich kann es dann sein, dem einen oder anderen ‚Späher‘ zu begegnen, der schon über den nächsten Hügel geschaut hat!

Es stellte sich mir die Frage, ob und wie im Gebiet von Hospiz und Palliativmedizin berufserfahrene Musiktherapeutinnen ihre Arbeit auch im ambulanten, häuslichen Bereich anbieten, und welche Erfahrungen bezüglich der Möglichkeiten und der Akzeptanz solcher Angebote sie dabei gewonnen haben. In der Folge führte ich mehrere Telefongespräche mit Therapeutinnen aus diesem Feld (vgl. Kap. IV.5 dieser Arbeit) und konnte erste praxisnahe Einschätzungen zum Stellenwert und zur Problematik des ambulanten Settings gewinnen.

Ein für mich völlig unerwarteter Telefonanruf zeigte noch eine andere Spur auf: eine mir entfernt bekannte Frau aus dem Nachbarort hatte von meiner Beschäftigung mit dem Thema ‚Sterbebegleitung und Musik‘ gehört; es sei ihr ein Anliegen, mir von ihrer Erfahrung in der Begleitung ihres Vaters in seinem Sterben zu berichten. Das Erlebnis liege schon einige Jahre zurück, jedoch sei ihr aus dem damaligen Geschehen eine Frage geblieben, die sie immer noch bewege (vgl. Kap. IV.4.3 dieser Arbeit). Ihre Geschichte veranlasste mich, einige Menschen ohne einen einschlägigen beruflichen Hintergrund in diesem Bereich über ihre persönlichen Erfahrungen mit der Musik im Umgang mit Sterbenden zu befragen (s. ebd.).

Es blieb zu hoffen, in der Verfolgung der sich zeigenden Spuren auf den Beginn eines (neuen) Weges zu stoßen.

3.3 Vom Gegensatz zur Polarität – Fährtenuche im Projekt

In einer tiefer gehenden Reflexion der geschilderten Geschehnisse rund um das geplante Projekt geben sich Gegensätzlichkeiten zu erkennen, die auf verschiedenen Ebenen aufeinander zu prallen scheinen. Könnten hier mögliche Fährten verborgen sein ins bislang unbearbeitete Gelände?

Da ist der beschriebene hoffnungsvolle *Beginn* des Projektes, dem schnell ein vorzeitiger *Abbruch* folgt, da sind *engagierte* Begleiter, die plötzlich den *Rückzug* antreten.

In dem rezeptiven musikalischen Angebot mit dem Monochord zeigte sich, dass ein bereitwilliges Sich-Einlassen auf die Musik in völlig gegensätzliche Gefühlswelten führen kann – *friedvolle Entspannung* und *bedrängende Angst* lagen bei den Teilnehmern eng beieinander.

In der sich der Klangerfahrung anschließenden Aussprache wurden sehr gegensätzliche Einschätzungen geäußert, ob und in wie weit ein solches Angebot dem sterbenden Menschen in seiner besonders labilen Verfassung zugemutet werden dürfe. Der *Zustimmung* zu einer solch intensiven Berührung durch die Musik scheint somit eine unbestimmte *Abwehr* und Furcht vor ihrer möglichen Übermacht gegenüber zu treten.

Die dankbare *Begrüßung* möglicher häuslicher Begleitung steht neben der *Ablehnung*, die familiäre Intimsphäre zu öffnen. Der offenkundige Zwiespalt pflegender Angehöriger, die einerseits Unterstützung für sich und den sterbenden Menschen wünschen und benötigen, gleichermaßen aber auch um den Erhalt ihrer Privatsphäre bangen, wurde von den Hospizbegleiterinnen mehrfach angesprochen.

Im gemeinsamen Strang *haupt-* und *ehrenamtlicher* Dienstleistungen wurden Bruchstellen erkennbar, *medizinische* Betreuung auf der einen und *psycho-soziale* Begleitung auf der anderen Seite scheinen sich eher gegenüber zu stehen als miteinander verbunden zu sein. Das Hinzuziehen ehrenamtlicher Begleiter durch die hauptamtlichen Pflegekräfte geschieht wohl oft zu zögerlich. Dies ergaben die oben schon erwähnten Nachforschungen der hauptamtlichen Koordinatorin des Hospizdienstes. Dieser sich zeigenden ‚Schnittstellen-Problematik‘ soll, so signalisierte es die Koordinatorin, weiter nachgegangen werden, einen dahingehenden Anfang setzte die schon erwähnte „Zukunftswerkstatt“ zu diesem Thema, einige Wochen später.

In der Weiterverfolgung dieser ‚Fährten‘ der sich zeigenden Gegensätzlichkeiten treten Polaritäten zutage, deren je sich entgegen stehende Pole doch zusammen zu gehören scheinen, ja vielleicht sogar sich gegenseitig bedingen. Erst das Anerkenntnis ihrer Verbundenheit wird dann die bereichernde Erfahrung einer Integration ermöglichen können – und vielleicht sogar die Eröffnung neuer Wege!

In der Betrachtung dieser erkennbaren Pole von Aufbruch und Abbruch, Frieden und Angst, Begleiten und Zurückschrecken, gemeinsam und allein, scheint in einem noch umfassenderen Sinn eine tiefe Beziehung auf zur Ur-Polarität, aus der sie erwachsen, und um die ja auch diese Arbeit kreist: die Polarität von *Leben und Sterben*, von *Werden und Vergehen*, von *Geburt und Tod*.

An dieser Stelle soll erfolgen ein kurzer

Exkurs zum Hintergrund des Begriffs der ‚Polarität‘

wie dieser in unserem Zusammenhang verstanden sein will. Ich möchte mich auf Ausführungen des Kulturphilosophen Jean Gebser (1966) beziehen, dessen Betrachtungsweise für die hier behandelte Thematik Erhellendes beizutragen hat.

Gebser erarbeitet an Hand reichhaltigen ethnographischen Materials eine Entwicklungsgeschichte des menschlichen Bewusstseins, die von einer ältesten *archaischen* Stufe über die *magische* und die *mythische* Struktur in unser heutiges *mentales* Bewusstsein führt. Jede Bewusstseinsstruktur entfaltet die ihr eigene Weltsicht, welche mittels der ihr zugehörigen kulturgeschichtlichen Zeugnisse dargelegt wird. Der Übergang in die nächst’höhere’ Stufe erfolgt in einem *Mutationssprung*, der aus innerer Notwendigkeit heraus jeweils dann erfolgt, wenn Weltbetrachtung und Weltaneignung unter den bisherigen Bewusstseinsvoraussetzungen an ihrer eigenen Begrenzung anstoßen, die nur in einem Durchbruch in eine neue Bewusstseinsart überwunden werden kann. Allerdings wird die bisherige Bewusstheit nicht zerstört, sondern eben überschritten, wobei die früheren Stufen gleichermaßen existent bleiben, die Bewusstseins-Mutation führt „zu struktureller Anreicherung, zu Dimensionsgewinnen“ (Gebser, 1966, S. 43).

Die verschiedenen Bewusstseinsstrukturen werden unter vielerlei Gesichtspunkten betrachtet und in ihren jeweiligen Charakteristika querschnittartig dargestellt. Dabei weist der Autor immer wieder hin auf die vielschichtige Verflochtenheit der Einzelaspekte, die im notgedrungenen Nacheinander einer sprachlichen Bearbeitung nicht ausdrückbar sei. Sein Anliegen sei aber, dass „trotz des erzwungenen Nacheinander das ganzheitliche Zugleich wenigstens zum Durchscheinen gebracht werden kann.“ (ebd., S. 160)

Um das „Durchsichtigmachen des ganzen Menschen“ (ebd., S. 11) kreist letztendlich auch das gesamte Werk des Autors. Dieser erkennt in der aktuellen Situation von Mensch und Welt einen sich anbahnenden erneuten Bewusstseinswandel hin zu einem *integralen* Bewusstsein, das alle bisherigen Bewusstseinsstrukturen durchdringt und deren perspektivische Begrenzungen in einer *aperspektivischen* Weltwahrnehmung überschreitet. Anzeichen für einen solchen Wandel sind z. B. die sich in den modernen Naturwissenschaften ereignende Relativierung von Raum und Zeit als uns bisher bestimmende Dimensionen. Das rationale naturwissenschaftliche

Denken mit seinem dualistischen Ansatz hat sich mit seinen eigenen Mitteln an seine Grenze gebracht, nun geht es nach Gebser um eine Überwindung der uneingeschränkt herrschenden mental-rationalen Struktur im Sinne einer Einordnung als „eine bloße Komponente neben und mit dem Magischen und Mythischen, die zusammen in der Diaphanität integriert werden.“ (ebd., S. 385)

Weder bin ich dazu in der Lage noch kann es hier darum gehen, die von Gebser entworfene Entwicklungsgeschichte des menschlichen Bewusstseins nachzuzeichnen. Mit dem Bisherigen sollte vor allem seine *integrale* Sichtweise zum Ausdruck kommen, die beinhaltet, „das Ganze unserer menschlichen Existenz in unser Bewusstsein aufzunehmen [...], das heißt: alle Strukturen unseres Bewußtseins, die unser heutiges Bewußtsein bilden und tragen, sollten in ein intensiveres als das bisherige integriert werden, wodurch uns eine *neue Wirklichkeit* erschlossen würde.“ (ebd., S. 7; *Hervorhebung* im Original)

Auch in der Sprache, betrachtet man sie aus einem integralen Blickwinkel, finden sich Spiegelungen der mutativen Bewusstweinsentfaltung. Bei der Erforschung der sprachlichen Wurzeln lässt sich in manchen Worten noch die dem Magischen entstammende „Einheit der Urwörter“ erkennen, wo in *einer* Silbe, *einem* Wortstamm etwas als einheitlich ausgedrückt wird, „das sich erst später polt und noch später durch unser Denken eine Gegensätzlichung erleidet.“ (ebd., S. 137) Ein für unseren Zusammenhang aufschlussreiches Beispiel ist das Wortpaar ‚Tat – Tot‘, das gemeinsame indogermanische Wurzeln besitzt (ebd., S. 141). Die darin anklingende „Urkonzeption, daß das Leben auch den Tod beherberge“ (ebd.) wird von Gebser späterhin ausführlicher beleuchtet, hier kann nur bruchstückhaft etwas angedeutet werden aus seinen das Wesen der Polarität erhellenden Ausführungen.

Im mythischen Bewusstsein kristallisiert sich das Seelische heraus in seiner vielfältigen Dynamik. Zur Ausgestaltung der Psyche gehört die Polarisierung seiner Inhalte: „Die Doppelpoligkeit alles Psychischen und seine Doppelwertigkeit, die auch als Ambivalenz bezeichnet wurde, kennzeichnet alles, was direkt oder indirekt auf die Seele Bezug hat.“ (Gebser, 1966, S. 226) Dabei muss, jenseits der begrifflichen Fixierung in den Polen von Tod und Leben, die „unfixierbar ineinander übergehende Bewegung dieser beiden Kräfte“ (ebd.) mitbedacht werden. So wird aus den vielerlei herangezogenen kulturgeschichtlichen Zeugnissen (die hier nicht ausgeführt werden können) nicht nur eine Auffaltung in Todes- und Lebenspol der

Seele offenkundig, vielmehr ist auch jeder der beiden Pole in sich doppelwertig. Diese als Er-Gänzung, *nicht* als Gegensatz auftretende Doppelhaftigkeit läuft dem rationalen Denken zuwider, ergibt sich aber aus den „der Seele eignenden Mächtigkeiten [*die*; M.A.] Wirksamkeiten von Leben und Tod auslösender Dynamik sind.“ (ebd.) Diesen mythisch-psychischen Wirklichkeiten müsse auch heute noch wirkende Kraft zuerkannt werden, „in den Zeiten der Halbwachheit, des Traumes und des Schlafes“ (ebd., S. 236), auch wenn rational fixiertes Denken solches ablehne. Statt durch Abwehr die innerpsychische Spannung und damit die Wirkmächtigkeit dieser Inhalte noch zu erhöhen, sei es vielmehr Aufgabe des Denkens, deren tiefere Sinnhaftigkeit in den seelischen Zusammenhängen zu erkennen, „so dass wir nicht mehr nur ein Spielzeug unserer uneingesehenen Wünsche und Regungen und unserer Emotionen und Imaginationen sind.“ (ebd.)

Am Ende dieses Exkurses zum Wesen der Polarität soll noch ein weiteres Zitat von Gebser stehen, das mir Antwort gibt auf die Frage nach möglicher rationaler Fassbarkeit, gefordert in einem ‚wissenschaftlichen‘ Kontext: „Die Polarität der Seele läßt sich nicht begreifen; sie läßt sich nur erfahren. [...] Nur eine Fahrt durch die Lebens- und Todeszonen der eigenen Seele, nur diese buchstäbliche Erfahrung, kann vielleicht den einzelnen instand setzen, das, was wir rational als Zwei-Einheit der Seele geschildert haben, lebendig zu wissen.“ (ebd., S. 254) Die darin ausgedrückte Erkenntnis betrifft mich persönlich und nicht zuletzt die Menschen, um die diese Arbeit kreist!

Die aus den oben beschriebenen Geschehnissen rund um das geplante Projekt ableitbaren ‚Polaritäten-Paare‘ werden hier bezeichnet als:

- Befriedung und Angst – Polaritäten der emotionalen Erfahrung in der Musik
- Identifikation und Abgrenzung – Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben
- Gemeinschaft und Intimität – das Eindringen in ein Familiensystem
- Miteinander und Gegeneinander – ‚Schnittstellen‘-Problematiken

und im Weiteren in ihren möglichen Bedeutungs-Zusammenhängen im Rahmen einer ambulanten Begleitung sterbender Menschen etwas näher beleuchtet.

3.4 Befriedung und Angst – Polaritäten der emotionalen Erfahrung in der Musik

3.4.1 Die Ausdruckskraft der Musik

Eine besondere Qualität der Musik liegt unbestritten in ihrem nicht-sprachlichen, emotionsbezogenen Zugang zum Menschen. Die Musik kann seelische Erlebenschichten berühren, die außerhalb des mit Worten Erreichbaren oder gar vor dem Spracherwerb liegen. Diese besondere „Macht“ der Musik eröffnet berührende und heilende Möglichkeiten, gerade da, wo Worte nicht (mehr) ankommen können oder sogar verletzend und zerstörend wirken. Gleichermäßen scheinen dieser „Macht“ aber auch bedrohliche, überwältigende Kräfte innezuwohnen, die den sich der Musik aussetzenden Menschen ganz unerwartet überraschen und überfallen können. Dabei kann die Wirkung der Musik weniger in einer bestimmten ‚emotionalen Botschaft‘ eines bestimmten Musikstückes gefunden werden als vielmehr in ihrem „emotionalen Echo“ (Langer, 1984, S. 210), welches sie im Individuum auslöst. Denn für die Musik als symbolische Form gilt: „Artikulation, nicht: eine bestimmte Aussage, Ausdruckskraft, nicht: ein bestimmter Ausdruck ist ihr Leben.“ (ebd., S. 236) Und diese Ausdruckskraft findet ihre jeweilige Resonanz im aufnehmenden Individuum und ist somit ganz persönlich und unberechenbar.

Die amerikanische Philosophin Susanne K. Langer (1895-1985) beschäftigte sich intensiv mit den unterschiedlichen Symbolisierungsformen, mittels derer der Mensch sich Ausdruck zu verschaffen sucht. Sie stellt der Sprache als *diskursivem* Symbolsystem mit fest umrissenen Bedeutungs-Zuordnungen die Musik gegenüber als *präsentativen* Symbolismus, deren Wesen in ihrer Gleichzeitigkeit einer großen Ausdrucksfülle liegt, ohne die Einengung einer feststehenden Konnotation. „Die Sinnbeilegung ist ein immer wechselndes, kaleidoskopisches Spiel, das vermutlich unterhalb der Bewußtseinsschwelle, sicherlich außerhalb der diskursiven Vernunft vonstatten geht. Die der Musik respondierende Imagination ist persönlich, assoziativ und logisch, gefärbt mit Affekten, durchdrungen vom Rhythmus des Körpers und von Träumen; aber für die Fülle ihres wortlosen Wissens, ihres Wissens um emotionale und organische Erfahrung, Lebensimpulse, Gleichgewicht und Widerstreit, um das Wie des Lebens, Sterbens und Fühlens steht ihr eine Fülle möglicher Formen zu Gebote.“ (ebd., S. 239)

Aus der Abhängigkeit der musikalischen Erlebensqualitäten von den individuellen Hintergründen, sowohl bewusst als auch unbewusst, könnten sich nun auch die oben

geschilderten, einander widersprüchlichen Erfahrungen während des Monochord-Spiels erklären lassen, obwohl sie für den einzelnen Menschen in ihrer aufgetretenen Qualität (zunächst) unerklärlich bleiben. Genau hier liegt ja eine Chance für musiktherapeutisches Arbeiten, wenn musikalische Erlebens- und Ausdrucksweisen in ihrer Komplexität und Widersprüchlichkeit zunächst einmal für wahr und ernst genommen werden dürfen. Im weiteren Be-Spielen und Bearbeiten eröffnen sich dann vielleicht unerkannte Verbindungen zwischen bisher sich unversöhnlich gegenüber stehenden Polen seelischen Erlebens.

Das Monochord-Spiel mit seinen frei-fließenden Obertonmelodien bietet in besonderer Weise einen ‚freien Assoziationsraum‘, in dem sich die eigenen Bilder, Phantasien, Körperempfindungen entfalten können (vgl. **Baumann/Bünemann**, 2009). Den Monochord-Klängen wird eine besondere Verbindung zuerkannt zu Ur-Erfahrungen der Geborgenheit und des Aufgehobenseins aus unserer pränatalen Lebenszeit, als wir, geschützt im Mutterleib, berührt wurden durch Klänge und Schwingungen (vgl. z. B. **Strobel**, 1996; **Hess**, 1999; **Silber**, 2003). In der Sterbebegleitung wird es gerne eingesetzt zur Begleitung sog. Klangreisen, um „Menschen einen gefühlten Zugang zu frühen Erfahrungen des Geborgenseins zu vermitteln.“ (**Baumann/Bünemann**, 2009, S. 50) Allerdings werde auch die Auslösung von eher beängstigenden Gefühlen beobachtet, so dass Klangreisen „nie verordnet werden“ dürfen.

3.4.2 Tod und Geburt als Lebens-Erfahrung

Wird eine Verbindung angenommen zwischen den Urerfahrungen von Einheit und schwerelosem Schweben des Ungeborenen im schützenden Mutterleib und der besonderen Resonanzwirkung der Monochord-Klänge zu einem ‚glücklichen Zustand der Ureinheit‘ (**Strobel**, 1996) oder zu ‚absoluter Sicherheit‘ und ‚Himmel‘ (**Hess**, 1999), so kann darin auch eine Spur erkannt werden zur Erhellung durchaus gegenteiliger Erfahrungen von Angst, Not und Bedrängt-Werden. Letztere bilden sozusagen den anderen Pol im vorgeburtlichen Erlebensspektrum und können bei ihrer Re-Aktivierung durch die Klangerfahrung in ihrer Übermacht den Zugang zu den angenehmen Empfindungen versperren. So bezeichnet Haerlin die Klänge als „akustische Rohrschachtafeln“ (**Haerlin**, 1996), die den Rezipienten in seine eigene Tiefe führen, so dass er ‚sich selbst hören‘ könne. In der Berührung durch den Klang

kann dann das jeweils für das Individuum relevante Erfahrungsmaterial wieder belebt werden und ins Bewusstsein treten.

Schon in den Anfängen der Psychoanalyse wurde von O. Rank der Begriff „Das Trauma der Geburt“ eingeführt (Rank, 1924, zit. in: Zottl, 1982). Früheste menschliche Erfahrungen vor und während der Geburt prägen die individuelle Psyche und können Auslöser sein für spätere Störungen.

S. Grof entwickelte seine Theorie der vier *perinatalen Matrizen*, die mit den physiologischen Phasen der Geburt korrelieren (vgl. Grof, 1994):

PM 1: *das amniotische Universum*

PM 2: *Kosmisches Verschlungenwerden und Ausweglosigkeit*

PM 3: *der große Kampf vor Tod und Wiedergeburt*

PM 4: *Tod und Wiedergeburt*

Das Kind im Mutterleib gerät aus der primären intrauterinen Einheit in eine Situation der Ausweglosigkeit durch Eingeschlossenheit im engen Geburtskanal. Es muss den Kampf um Leben und Tod durchstehen, bevor ihm der Durchbruch in die individuelle Unabhängigkeit außerhalb des Mutterleibes gelingt.

Diese ur-menschlichen Erfahrungsmuster prägen die psychische Entwicklung des Menschen und können in späteren Krisen reaktiviert werden.

Die Musiktherapeutin M. Renz spricht in ihrem Buch *Zwischen Urangst und Urvertrauen* vom Menschen als dem „Bürger zweier Welten“, der aus einer vorpersönlichen, ganzheitlichen Seinsweise *in totaler ungeschiedener Einheit* über Zwischenstufen des *bekömmlichen Drin-Seins*, gefolgt vom *ambivalenten Drin-Sein*, endlich *im eigenen Ich als Gegenüber zur Umwelt* ankommt (vgl. Renz, 1996).

Im *bekömmlichen Drin-Sein* als der ersten Stufe eines erwachenden Bewusstseins entstehen Urahnungen von Geliebt- und Gehalten-Sein in einer allumfassenden Weise, in der Verbindung mit dem der *ungeschiedenen Einheit* zugehörigen In-Ordnung-Sein entwickelt sich daraus das Urvertrauen. Im *ambivalenten Drin-Sein* hat die Lösung aus dem umfangenden Ganzen in ein werdendes Ich begonnen, welches sich nun dem Ganzen als Gegenüber zu erfahren beginnt. Dieses Erwachen im ‚Eigenen‘, dieser Anfang von ‚Lebens-Lust‘, erweckt jedoch auch die Todes-Angst. Gegenüber der „Ganzheit als ambivalenter Macht“ entsteht eine Ur-Angst, die unter zwei Aspekten betrachtet werden kann:

- Die Angst vor dem drohenden Verlust des Aufgehobenseins in der Einheitswirklichkeit, Angst vor totaler Verlorenheit, vor Hunger und Mangel, Ohnmacht in bodenloser Leere
- Die Angst, vom Gegenüber einer all-mächtigen Ganzheit überwältigt, verschlungen zu werden, Ohnmacht gegenüber erdrückender All-Macht

Der Zustand des *Drin-Seins im Ambivalenten* drängt zu weiterer Wandlung – das Lebensgefühl der ganzheitlichen Realität weicht immer mehr dem Hervortreten des konkreten Eigenen, in einem pendelnden Prozess kommt es zunehmend zur *Ankunft im Ich*. Dieses Ankommen kann unter verschiedenen Vorzeichen geschehen, mit entsprechenden Auswirkungen auf den weiteren Weg dieses Menschen: „Über dem einen Weg steht die Gewissheit ‚gemeintes Dasein‘ – der andere Weg könnte überschrieben werden mit ‚verwünschtem Dasein‘.“ (Renz, 1996, S. 189)

Im ersten Fall bleibt ein *Urvertrauen* erhalten, allen Ambivalenzerfahrungen zum Trotz; der Mensch darf sein Leben entfalten, getragen von einer Grundbefindlichkeit erlaubten Seins und natürlicher Lebenslust. Im zweiten Fall erscheint das Lebensgefühl geprägt von dieser *Urangst*; Ich-Werdung und -Entwicklung sind überschattet vom Kampf gegen das Böse und dem Verdienen der Daseins-Berechtigung. Zwar sind in jedem Menschen beide Pole vorhanden, doch entscheiden deren Gewichtung und Grad der Integration über das Ausmaß ihrer Wirksamkeit auf den Lebensweg des Einzelnen.

3.4.3 Polaritäts-Erfahrungen im musikalischen Ausdruck

Der geschilderte Weg der menschlichen Bewusst-Werdung, pränatal und während der ersten Kindheitsjahre, wird von Renz als Übergangs-Prozess verstanden, immer wieder stattfindend in einem Grenzbereich der Berührungen zwischen ganzheitlicher und Ich-bezogener Seinsweise. Dabei bildet die Musik den allgegenwärtigen Schwingungsraum, den kleinen Bereich des im Wort Fassbaren in vergleichbarer Weise umfangend wie die Welt des Unbewussten im Menschen seinen Bewusstseinsbereich umfasst.

Unter dem Blickwinkel pränataler und frühkindlicher Wahrnehmung kommt Renz zur Auffassung von Musik „als gesamte klangliche und rhythmische Ebene.“ (Renz, 1996, S. 27) Die beiden Grundelemente *Klang* und *Rhythmus* werden als eine Polarität gegensätzlicher und doch zusammengehöriger Qualitäten aufgefasst, wobei der Klang dem Raum, der Rhythmus der Zeit zugeordnet ist. „Rhythmus [*ist*, M.A.]

die Kraft, die zum Ankommen im irdischen Leben drängt. [...] Demgegenüber läßt Klang die Weite des Kosmos erahnen“ (ebd., S. 28). Dabei gilt: „Rhythmus wird nur hörbar durch Klang, und im Ein- und Ausklingen eines Klanges ist Rhythmus/Puls/Zeit wirksam.“ (ebd.)

Es wird versucht, den einzelnen, oben ausgeführten Phasen des Bewusstwerdungsprozesses ‚passende‘ Musikerfahrungen zuzuordnen, wobei dies sicher nicht als Festschreibung, vielmehr als Annäherung zu tieferem Verständnis komplexer Zusammenhänge aufgefasst werden sollte.

Musikerfahrungen an der Grenze zum *Ganzheitlichen* scheinen vor allem Klangerfahrungen zu sein. Renz benennt die Folge *Klang – Raum – Sein – Ganzheit* und verweist auf den Einsatz von Klangreisen, v. a. mit den Instrumenten Klangschaale, Monochord (ebd., S. 91f). Dabei stellt sie klar: „Dieselben Instrumente, die ins Zeitlose hinein versetzen können, rütteln auch an jenen schwierigen Erfahrungen, die als Blockaden dem Gefühl der ersehnten Einheitswirklichkeit im Wege stehen.“

Im *bekömmlichen Drin-Sein* mit seinen ersten Ahnungen eines Ich, das aber noch völlig geborgen bleibt in der Ganzheit, treten in das musikalische Erleben des ausschließlich Klanglichen erste Rhythmusspuren, die jedoch im Klang eingebettet bleiben: „*Rhythmus im Klang drin*, Herzschlag *im* Bauchraum, frühe Ahnungen von *Individuellem im Grenzenlosen drin!*“ (ebd., S. 123; *Hervorhebungen* von M.A.)

Als entsprechende musiktherapeutische Angebote nennt Renz das sanft pulsierende Spiel mit Gong oder Trommel, aber auch Lieder und die Stimme, z. B. die Wiegenlieder, vielleicht ein Anklang an die „Stimme des Großen Mütterlichen“ (ebd., S. 124).

Das *ambivalente Drin-Sein* als zunehmend ich-bezogene Präsenz bringt mit sich eine gesteigerte Sensibilität und Verletzlichkeit für ein Zuviel und/oder Zuwenig in der Klangerfahrung. Klangfülle, -leere oder -chaos lassen Abhängigkeit und Schutzlosigkeit erfahrbar werden, drängen aber auch zum Durchgang und zur Wandlung. Renz fragt mögliche Verbindungen an zur physischen oder auch psychischen Geburt des Menschen und erwähnt entsprechende Erfahrungen in der Musiktherapie, wo „Wandlung häufig durch Klangfülle oder Chaos eingeleitet“ werde (ebd., S. 137).

Mit der *Ankunft im Ich* erscheint die Musik „in ihrer Vielfalt von klanglich-melodischen und rhythmischen Erscheinungen.“ (ebd., S. 199) Im Rhythmus wird die Strukturierung der Zeit erkannt, damit auch deren Gestaltungseinheiten, als Basis für mögliche Vielfalt und Kreativität in An- und Umordnung beim Aneignen der Welt. Ordnet man den Rhythmus mit seinem Drängenden, Pulsierend-Lebendigen eher dem Symbolisch-Männlichen zu, so steht der Klang in Verbindung mit dem ganzheitlichen Sein, dem Umfangend-Mütterlichen, Weiblichen. In der Melodie verbinden sich Klang und Rhythmus in je spezifischer Eigenart, das Individuelle in seiner abgegrenzten Gestalt schafft sich einen persönlichen Ausdruck. Musiktherapeutisch seien häufig Gesang, Geige oder Flöte besonders geeignet, um dieses Persönliche, was wesentlich auch Liebe und Beziehung bedeute, darzustellen.

Beim nochmaligen Betrachten der oben (Kap. III.2.2) geschilderten Monochord-Erfahrungen im Rahmen der Hospizhelfer-Veranstaltung könnte, unter Hinzuziehung der jetzt dargelegten Gedanken zum psychischen Entwicklungs-Prozess des Menschen und seiner damit zusammenhängenden Gefühlswelt, bezüglich der offenkundigen Polarität dieser Erfahrungen durchaus eine Erweiterung ihres Verständnisses resultieren.

Werden bei Renz, wie zuvor erläutert, *Klang* und *Rhythmus* als die beiden Grundelemente der Musik benannt und als ein Polaritätenpaar aufgefasst, das in der *Melodie* eine Verbindung eingehen kann, so findet sich bei **Deuter** (2010) eine andere, dabei ebenfalls in Polaritäten denkende Sichtweise: *Klang, Rhythmus und Melodie* erscheinen als die drei „Dimensionen des musikalischen Geschehens“, die „sich genauso durchdringen wie die drei Dimensionen des Raumes.“ (ebd., S. 106)

Deuter zielt in seiner Systematisierung von Polaritätsverhältnissen vor allem auf die (musiktherapeutische) Improvisation und ordnet jeder der drei musikalischen Dimensionen eine eigene Polarität zu, die zur Benennung des in der jeweiligen Polarität stattfindenden „Austauschgeschehens“ verhelfen soll. Es sind dies jeweils Benennungen in den Ebenen von „Bewegung“ und „Handlung“. Damit soll eine Erweiterung der Deutungsmöglichkeiten des musikalischen Geschehens in der Improvisation geschaffen und eine „Verbindung zur psychologischen Dimension und zum Alltagserleben“ gebahnt werden (vgl. ebd.).

Nun wird der musikalischen Dimension *Klang* die Polarität von *Klang* – *Stille* sowie das Begriffspaar *erscheinen* – *vergehen* auf der Handlungs- und Bewegungsebene

zugeordnet. Die *rhythmische* Dimension wird verknüpft mit der Polarität von *Struktur – Impuls* und dem Geschehen von *verbinden – lösen*. Die *Melodie* ereignet sich in der Polarität von *Motiv – Kontinuum*, ergänzendes Begriffspaar ist hier *verdeutlichen – vereinheitlichen*.

An dieser Stelle soll und kann nicht eingegangen werden auf die differenzierte Ausfaltung der daraus entwickelten Systematik zu einem erweiterten Verständnis musikalischer Improvisationen. Lediglich ein paar kurze Gedanken zur aufscheinenden Verbindung zum Thema der Ur-Polarität von *Geburt* und *Tod* sollen hier angefügt werden.

Mit der Auffassung von Stille und Klang als einem Polaritätenpaar ist die Vorstellung verbunden, dass sich im musikalischen Geschehen „ein gleichzeitiges, sich im Fluss des Spiels einander bedingendes Zusammenwirken beider Pole“ (Deuter, 2010, S. 112) ereignet. Nicht nur müssen beide Faktoren als gleichwertige und -wirksame Kräfte betrachtet werden, sondern es bleibt beim Hervortreten des einen Pols - des Klanges – auch der andere Pol – die Stille – in der Wahrnehmung präsent. In der zugehörigen Bewegung von *erscheinen – vergehen* liegen Assoziationen zum Geschehen von Geburt und Tod nicht fern, in der musikalischen Erfahrung geschieht zuweilen eine Berührung mit dieser „Rahmung“ der menschlichen Existenz (vgl. ebd., S. 119).

In Analogie zur Wahrnehmung von Stille und Klang als einander durchdringende und ergänzende Pole eröffnet sich eine Sichtweise, die den „Tod nicht als Negation des Lebens, sondern als die Ergänzung eines Lebenslaufs, der sich im Tod erfüllt“ (ebd., S. 142) annehmen kann.

In Weiterführung dieser Analogie kann die Durchdringung aller Lebensabläufe vom Prozess des Sterbens aufscheinen. In der Auseinandersetzung mit dieser existenziellen Grundbedingung allen Lebens wird es dann darum gehen, die Entfaltung der ganzen Polarität von Geburt und Tod auch im eigenen kleinen Leben willkommen zu heißen. C. G. Jung spricht davon, dass Nicht-sterben-Wollen gleichbedeutend sei mit Nicht-leben-Wollen. „Werden und Vergehen ist dieselbe Kurve.“ (Jung, 1985, S. 81)

3.4.4 Polaritäten im Sterbeprozess

Unter Berücksichtigung der aufgezeigten Polaritäten mit ihren Hintergründen, wie Rhythmus und Klang, Angst und Vertrauen, (männlich)-aktiv und (weiblich)-aufnehmend, Sterben und Geburt, Individuum und Einheitswirklichkeit, ergeben sich auch erweiterte Perspektiven in der musiktherapeutischen Begleitung sterbender Menschen. All diese Polaritäts-Erfahrungen prägen das Leben jedes Menschen und sind ihm auch – oder vielleicht sogar besonders! – präsent an seinem Lebensende. Zudem gerät der Mensch im Sterbeprozess ganz existenziell mitten hinein in die spannungsvolle Wirklichkeit des Polaritäts-Erlebens, unausweichlich konfrontiert mit Leben und Tod als ihn beherrschendes Gegensatz-Paar. Bezugnehmend darauf, dass, wie oben bereits angesprochen, der Mensch in der erklingenden Musik ‚sich selbst‘ hört (bzw. ausdrückt), muss davon ausgegangen werden, dass diese existenziellen Erfahrungen auch in der musiktherapeutischen Begleitung auftauchen können, ja dürfen! So könnte sich manche vorher vielleicht unerklärliche Wirkung einer musikalischen Intervention oder unerwartete Reaktion seitens des Klienten eventuell noch einmal anders erschließen, ein neues Verständnis und einen angemessenen Umgang damit ermöglichen.

In der erwähnten Polarität von Tod und Geburt scheint mir für die Arbeit mit sterbenden Menschen eine besondere Brisanz zu liegen. In den Arbeiten von Grof zeigt sich eine deutlich erkennbare Wesensverwandtschaft des Geburtsprozesses mit Erfahrungen des Todes und Durchganges. Die Geburtserfahrung des Menschen kann danach als seine erste Todeserfahrung betrachtet werden, gefolgt vom Durchgang in ein ‚neues‘ Leben in einer völlig veränderten Welt! Vor diesem Hintergrund könnten auch die menschlichen Vorstellungen eines Weiterlebens nach dem Tod in einem neuen Licht erscheinen.

Der in dem Modell von Renz dargelegte Prozess kreist um die Geburt des Ich, das sich aus dem Einheits-Hintergrund allmählich herauslöst und ihm dann in wachsender Eigenheit gegenüber tritt. Unter einer reziproken Perspektive betrachtet, könnte im menschlichen Sterbeprozess eine Art Umkehr-Vorgang gesehen werden, während dem das abgegrenzte eigene Ich wieder zurückkehrt in die all-umfassende Ganzheit des Seins.

Waren im Ich-Werdungsprozess die progressiven Kräfte führend, geht es im Sterben um das Zulassen eines Regressionsprozesses und letztlich um das Los-Lassen des

Ichs. Ausführliche Überlegungen dazu finden sich z. B. bei **Dehm-Gauwerky** (2006), die sich mit dem langsamen „Sterbeprozess“ altersdementer Menschen aus psychoanalytischer Sichtweise und als Musiktherapeutin befasst hat.

Ohne hier auf ihre vielschichtigen und sehr komplexen Ausführungen im Detail eingehen zu können, sei nur kurz auf ihre Erkenntnisse zu einem ‚*gelingenden Sterbeprozess*‘ hingewiesen – in diesen Fällen „präsentierte sich das innere Erleben der Sterbenden als wunderbares ozeanisches Gefühl.“ (**Dehm-Gauwerky**, 2006, S. 319) Dies wurde möglich im Erleben einer therapeutischen Beziehungsdyade, welche einen symbolischen Raum zur Verfügung stellte, in dem die entgleitende personale Identität des sterbenden Menschen aufgefangen schien. Dehm-Gauwerky spricht von einer „Umkehrung der Symbolfunktion“ und nimmt Bezug u. a. auf die sog. *Übergangsphänomene*, wie sie **Winnicott** (2006) als erster darstellte. Dort geht es ja um den besonderen Bereich zwischen subjektiver und objektiver Realitätserfahrung, in den das Kind Objekte oder Phänomene der Außenwelt hineinstellt und ihnen eine subjektive Bedeutung verleiht. Die ‚Erschaffung‘ des Übergangsobjektes steht gewissermaßen an der „Wurzel der Symbolbildung“ und ermöglicht „die Entwicklung des Kindes vom rein Subjektiven zur Objektivität“ (ebd., S. 15). Der so entstehende *intermediäre Raum* vermittelt den Übergang illusionärer Omnipotenzenerfahrung in der frühen Mutter-Kind-Dyade hin zur Entwicklung eines eigenen Identitätserlebens und zur Objektbeziehung mit der Mutter als Gegenüber außerhalb des Selbst und im weiteren zur öffnenden Erfahrung der äußeren Welt.

Im Sterbeprozess ereignet sich dann nach Dehm-Gauwerky eine Art Umkehrung dieser Vorgänge: im Falle gelingender szenischer Symbolisierungen in den therapeutischen Interaktionen konnte der sterbende Mensch das Aufgehobensein seiner Subjektivität in der schützenden Dyade erfahren – hier diente Symbolbildung nicht mehr zur Öffnung auf die Welt hin, sondern erlaubte dem Sterbenden, sich aus der Welt zurückzuziehen. Das Sterben wurde dann erlebt „als friedliches Verschmelzen mit einem guten subjektiven Objekt.“ (ebd., S. 318) Eine solche gelungene therapeutische Interaktion ging häufig einher mit einem friedlichen Einschlafen während der Therapiestunde. Das Einschlafen wird hier gedeutet als Beteiligung des Körperlichen an Symbolisierungsvorgängen im Rahmen des Sterbeprozesses; die Begriffe ‚einschlafen‘ oder auch ‚entschlafen‘ werden ja auch als Synonym für das Sterben benutzt. Der mit dem Einschlafen verbundene Zerfall

der Ich-Funktionen wird verstanden im Sinne einer Umkehrung der Ich-bildenden Vorgänge in der frühkindlichen Entwicklung, als das ‚gute, subjektive Objekt‘, die Mutter, Ich-stützende Funktionen übernahm. Auch die von der Autorin bei den Patienten beobachteten körperlichen Verschlechterungen nach solchen ‚Verschmelzungserlebnissen‘ in der therapeutischen Begegnung werden als körperlicher Ausdruck gelungener Symbolbildung aufgefasst, die dem Individuum erlaubt, „sich einer ‚primären Passivität‘ in einem symbolischen Raum zu überlassen, in dem sein Identitätsthema verwahrt ist.“ (ebd., S. 318)

Als Musiktherapeutin erkennt Dehm-Gauwerky im Klanglich-Musikalischen einen umfassenden Bedeutungsraum, in den der Mensch eingebettet ist von seinen frühesten Anfängen an. „Klänge, Geräusche, Rhythmen, ebenso wie Gesten und Handlungen [*sind*, M.A.] verwurzelt in den frühesten, schon intrauterin sich bildenden Interaktionsformen zwischen Mutter und Kind.“ (ebd., S. 280) Affektabstimmung und gemeinsame Bedeutungsfindungen in der Mutter-Kind-Dyade geschehen im Ausdrucksraum von Lauten, Geräuschen, Rhythmen. Das in der therapeutischen Begegnung sich ereignende dyadische Interaktions- und Übertragungsgeschehen findet im präsentativen Symbolismus der Musik dem entsprechende Ausdrucksmöglichkeiten. Ein ‚gelingender Sterbeprozess‘ kann dann als eine Art Rückkehr in früheste Beziehungserfahrungen erlebt werden, mit Gefühlen des Aufgehobenseins und der Entgrenzung im dyadischen Raum (vgl. ebd., S. 300).

3.5 Identifikation und Abgrenzung – Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben

3.5.1 Der ‚Tod‘ zwischen Tabu und Tatsache

Die Forschungsarbeit mit Sterbenden von E. Kübler-Ross und auch die Bemühungen der C. Saunders um menschenwürdigere Bedingungen im Sterben erfolgten in einem gesellschaftlich-kulturellen Kontext der Ausgrenzung, ja Negation menschlicher Sterblichkeit. Das heute schon sprichwörtlich gewordene ‚Sterben im Badezimmer‘ des Krankenhauses aus der Zeit der rasanten medizinischen Fortschritte in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts war die dunkle Kehrseite des Bestrebens nach Beherrschbarkeit von Krankheit und Sterblichkeit des Menschen. Mit dem Eingeständnis, ‚nichts mehr machen‘ zu können, war das Ende einer kurativen, auf Heilung zielenden Behandlung erreicht – dieser offenkundigen Niederlage der

modernen Medizin und ärztlicher Einflussnahme konnte häufig nur mit einer buchstäblichen Verdrängung und Abschiebung in die ‚Unsichtbarkeit‘ begegnet werden.

Im Zuge der Etablierung und Ausbreitung der modernen Hospizidee mit ihrer Sorge um größtmögliche Lebensqualität auch in der Phase des Sterbens rückte letztere allmählich auch ins Blickfeld schulmedizinischer Professionalität. Der kurativen Medizin wurde die Palliativmedizin zugesellt, welche nicht mehr auf die (als unmöglich akzeptierte) ‚Heilung‘ des Todkranken abzielt, sondern ihre gesamten fachlichen Möglichkeiten in den Dienst einer umfassenden Symptomkontrolle und ganzmenschlichen Betreuung stellt. Die Bedeutung dieser Entwicklung kann sicher in ihren Auswirkungen auf die Verbesserung der Lebensqualität Sterbender nicht hoch genug eingeschätzt werden. Jedoch: müssen wir uns nicht auch die Frage stellen lassen, ob damit die vorherige ‚Verdrängung‘ des Todes denn schon wirklich aufgehoben und seine Integration in das Ganze menschlicher Lebens-Prozesse gelungen ist? Oder weicht die Verdrängung lediglich der Illusion einer möglichen Kontrollierbarkeit von Tod und Sterben?

Zweifelsohne sind die Themenbereiche Sterben und Tod ihrer vormaligen Geheimhaltung und Tabuisierung, nicht zuletzt unter wesentlicher Mitwirkung der Hospiz- und Palliativbewegung, inzwischen weitgehend entzogen. Die ehemalige Sprachlosigkeit scheint überwunden, es existiert eine Vielzahl an Veröffentlichungen zu diesen Themen, die persönliche Auseinandersetzung damit wird in Fragen um Patientenverfügung, Betreuungs- und Vorsorgevollmachten Teil öffentlicher Diskussion (vgl. **Rest**, 2006). Damit einher geht jedoch auch die Problematik der aktiven Sterbehilfe, der Mensch muss sich anfragen lassen in seiner ‚Steuerungsmacht‘ und deren (ethischer) Grenzen im Angesicht des Todes. Es stehe zu befürchten eine zunehmende „Enttabuisierung des Tötens infolge einer Enttabuisierung des Todes“ (ebd., S. 10).

Auch vor diesem Hintergrund sollte die individuelle Beschäftigung mit Sterben und Tod und in der Folge eine persönliche Standortbestimmung im Umgang mit der eigenen Sterblichkeit und ihren Konsequenzen als dringend geboten angesehen werden.

3.5.2 Das fremde und das eigene Sterben

Nun scheint die Arbeit der Hospizbewegung nicht nur Grund, sondern gleichermaßen auch ‚Mittel‘ zu sein für Veränderungen in der Einstellung zum menschlichen Sterben. Als Motivation zur ehrenamtlichen Mitarbeit werden vorrangig genannt persönliche bzw. berufliche Erlebnisse von Sterben und/oder Verlusterfahrungen und die Auseinandersetzung damit (vgl. **Bödiker**, 2004). Der ‚persönliche Zugewinn‘ liegt für die befragten Helfer vor allem in „persönlichem Wachstum“, dabei werden „Wissensgewinn“ und „Einstellungsänderung“ hervorgehoben (vgl. ebd.); dies deckt sich auch mit meinen eigenen Erfahrungen innerhalb unserer regionalen Hospizgruppe. Engagement aus eigener Betroffenheit und mit der Bereitschaft zu persönlicher Weiterentwicklung besitzt sicher eine starke Wirkkraft, benötigt aber auch eine stetige (Selbst)Reflexion und supervisorische Begleitung, wie es in einer Hospizgruppe gegeben ist. Im Ausbildungscurriculum nehmen Selbsterfahrung und die Aufarbeitung eigener Verluste ebenfalls großen Raum ein. Die Schulungsdauer von mindestens einem Jahr ermöglicht zudem eine gewisse ‚Reifung‘ der Entscheidung zum persönlichen Einsatz in der Sterbebegleitung.

In der Begegnung mit dem sterbenden Menschen liegt ja immer auch eine Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit, deren Gewissheit mir in ihm leibhaft entgegen tritt. Wir gehören letztlich alle zur „Gemeinschaft der Sterbenden“ (**Rest**, 1994), der Todkranke ist lediglich schon einen Schritt weiter voraus! In allem Wunsch und Bemühen, anderen Menschen in ihrer letzten Lebensphase eine möglichst hilfreiche Begleitung anzubieten, immer werde ich als Begleiterin auch eine Lernende sein am Sterbebett eines mir vorangehenden Menschen!

Jedoch sind in der persönlichen Auseinandersetzung nicht ‚nur‘ der ‚große‘, endgültige Tod zu betrachten, vielmehr gilt es auch, die persönlichen Erfahrungen der ‚kleinen Sterbegeschehen‘ im täglichen Leben zu erkennen und zu verarbeiten. Da sind die ganz kleinen und auch die größeren Verluste, da sind Abschiede und Trennungen, da ist das Freigeben von lieb gewordenen Vorstellungen und Wünschen, da ist die anzunehmende Erfahrung nachlassender Kräfte und Fähigkeiten. Auch im Erleiden dieser ‚Tode‘ besteht eine Verbindung mit allen Menschen, ihre gelingende Verarbeitung kann sicher beitragen zu einer Klärung der Einstellung zur eigenen Sterblichkeit, als Voraussetzung für eine fruchtbare Tätigkeit in der Hospizarbeit.

3.5.3 Mitgefühl und Distanz

Das besagte Engagement aus eigener Betroffenheit kann wirkungsvoller Faktor sein in einer einfühlsamen Begleitung des sterbenden Menschen. Die daraus erwachsende Identifikationsfähigkeit mit der besonderen Situation des Gegenübers braucht jedoch gleichermaßen ihren ‚Gegenpol‘ der (professionellen) Abgrenzung vom überwältigenden Schicksal des Anderen, um nicht im ‚distanzlos‘ übernommenen Leid (gemeinsam) zu versinken. Dieser vom Begleitenden zu verantwortenden Abgrenzung wird infolge der besonderen psychischen Situation des sterbenden Menschen ausreichendes Augenmerk zu widmen sein.

Der Prozess des Sterbens erfordert vom betroffenen Menschen eine umfassende Trauerarbeit in den zunehmenden Verlusterfahrungen hinsichtlich seiner körperlichen Integrität, seiner (Wirk)Möglichkeiten, seiner Autonomie, seiner ganzen Lebenswelt. Als ein Bewältigungsversuch kann häufig eine „Verstärkung und Intensivierung seiner Beziehung zu den ihn betreuenden Personen“ beobachtet werden (vgl., auch für das Folgende, **Dreifuss et al.**, 1992). Zur (therapeutisch) begleitenden Person entwickelt sich oft eine idealisierende Übertragung, gekoppelt mit starken Regressionstendenzen des Patienten. Identifizierungswünschen mit dem gesunden und aktiven Therapeuten können allerdings auch Zorn und Auflehnung gegen das dazu kontrastierende Selbsterleben gegenüber treten.

Mit dem Fortschreiten der Hilfsbedürftigkeit und der Regression kommt es häufig zu einer Intensivierung der Übertragungsbeziehung, die hier in ihrer Herstellung eines gewissen Schutzraumes für den sterbenden Menschen Erleichterung und Hilfe bedeuten kann im Bewältigungsprozess des Sterbens. Therapeutisches Ziel wird also unter diesen Umständen nicht die Auflösung der Übertragung sein – umso mehr ist vom Begleiter gefordert „der notwendige ‚Split‘ [...] zwischen der einerseits unumgänglichen Identifikation mit dem Sterbenden und der gleichzeitigen Aufrechterhaltung einer vom Patienten unabhängigen, auf die eigene Ich-Autonomie sich gründende therapeutische Funktionsfähigkeit.“ (ebd., S. 260)

So scheint also die zwischen den beiden Polen von Identifikation und Abgrenzung gelegene ‚Wegstrecke‘ in einer Art Pendelbewegung immer wieder begangen und für den jeweiligen Moment neu ausbalanciert werden zu müssen, um dem sterbenden Menschen eine hilfreiche Präsenz anbieten zu können.

3.6 Gemeinschaft und Intimität – das ‚Eindringen‘ in ein Familiensystem

3.6.1 Das ‚Sterben zuhause‘ als familiäre Belastungssituation

Ambulante Hospizarbeit möchte dazu beitragen, ein Sterben zuhause, in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Wird das Sterben als eine wichtige Lebensphase des Menschen angesehen, so muss die häusliche Versorgung als besonders ressourcenfördernd für den Schwerkranken erscheinen, da sie „Normalität vermittelt, ein Zentrum von sinnstiftenden Aktivitäten schafft und Identität sowie Integrität der sterbenden Person erhalten werden können.“ (Haslbeck, 2004, S. 68)

Der häufige Wunsch schwerstkranker Menschen nach dem Verbleib im häuslichen Umfeld ist in seiner Verwirklichung primär angewiesen auf die Bereitschaft der Familie zur Übernahme dieser Betreuungsaufgabe, die ja mit erheblichen Belastungen für das ganze Familiensystem verbunden ist. Neben der Aufrechterhaltung des normalen familiären Alltags muss die existenzielle Herausforderung der Sterbesituation des nahe stehenden Menschen bewältigt werden. Die Weltgesundheitsorganisation spricht vom Sterbenden und seiner Familie als der „unit of care“ (WHO 1990, zit. in: Haslbeck, 2004), welcher die multiprofessionelle Unterstützung durch die Palliative-Care-Dienste anzubieten ist.

Die familiären Belastungen und zu bewältigenden Veränderungen im Zusammenhang mit der Betreuung eines todkranken Angehörigen sind vielfältig und betreffen die ganze Familie in ihren gesamten Lebenszusammenhängen (vgl. Aldridge, 2002):

Bewältigen *physischer* Veränderungen: Schmerzmanagement, belastende Begleitsymptome der Krankheit, Veränderungen des Körpers, der äußerlichen Erscheinung;

Bewältigen *persönlicher* Veränderungen: Verlust von Hoffnung, Fitness, Identität; Hilflosigkeit, Angst, depressive Verstimmtheit; Verlust der in der Familie und am Arbeitsplatz eingenommenen Rollen;

Bewältigen *familiärer und ehelicher* Veränderungen: Änderung der Elternrollen, neue Rollenzuweisungen bzgl. Abhängigkeit/Unabhängigkeit; Verlust der sexuellen Aktivität; Änderungen der Grenzen, soziale Isolierung; Sorgen um die Zukunft (finanziell, emotional), Antizipation von weiteren Krankenhausaufenthalten und belastenden Behandlungen, antizipierter Verlust des Familienmitglieds; Gespräche, Konfliktlösung, Abschiednehmen;

Bewältigen *geistig-seelischer* Veränderungen: Gefühle der Entfremdung, des Verlustes, des Verlassenseins; Leid- und Abhängigkeits-Erfahrungen; Umgang mit Ärger, Wut, Trauer; Schuld und Vergebung, Suche nach innerem Frieden, Sinnhaftigkeit des Lebens, persönlicher Spiritualität; Gespräche über den Tod, Planung der Bestattung; Trauer;

Das subjektiv je unterschiedliche Erleben und Einschätzen einer Situation oder neu auftretenden Veränderung durch die einzelnen Familienmitglieder birgt in seiner Wechselseitigkeit ein hohes dynamisches Potential und führt zu Anfragen und Erschütterungen des ganzen Familiensystems.

3.6.2 Verantwortung und Kontrolle – die Familie in der Sterbebegleitung

In einer Forschungsarbeit zur Situation von Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung und ihren Erfahrungen mit unterstützenden Diensten (vgl. **Haslbeck**, 2004) wurde als übergreifend gemeinsames Merkmal der untersuchten Familien das *fortwährende Auftreten von Veränderungen* gefunden, denen dann unterschiedlich begegnet wurde. In diesem ‚kontinuierlichen Veränderungs- und Anpassungsprozess‘ nimmt der/die versorgende Angehörige eine zentrale Rolle ein, getragen von seiner Verantwortung gegenüber dem Sterbenden. Diese Verantwortlichkeit kann individuell sehr unterschiedlich geprägt sein: entweder entwickelt in gemeinsamen Prozessen, oder aufgebaut auf Vermutungen um die Bedürfnisse des Sterbenden, oder auch hervorgehend aus der gewachsenen Beziehung zum Sterbenden und/oder der Persönlichkeitsstruktur der Pflegeperson selbst (vgl. **Haslbeck**, 2004, S. 76).

Aus dem Verantwortungsgefühl erwachsen bestimmte Prioritäten in der häuslichen Sterbebegleitung, die als entscheidungs- und handlungsleitend erkannt werden. Es werden besondere Strategien entwickelt, mit deren Hilfe versucht wird, eine gewisse Stabilität und Kontinuität zu erhalten, bzw. Instabilität möglichst zu vermeiden. Die fortlaufenden Veränderungen im Sterbeprozess werden mitunter als krisenhafte Zuspitzung erlebt, besonders dann, wenn eine gesetzte Priorität gefährdet erscheint. In dieser auftretenden Krise ist nun der versorgende Angehörige in seiner Verantwortung herausgefordert, neue Entscheidungen zu treffen, um der bedrohlichen Veränderung zu begegnen. Die bisherigen Strategien werden überprüft, erneut angewandt, geändert oder ganz neu entwickelt, was zu einer Bewältigung der Krise oder auch ihrem Bestehen-Bleiben führen kann; gegebenenfalls müssen auch

die Prioritäten neu definiert werden. All dies fordert die Angehörigen in ihrer ganzen Verantwortlichkeit und bestärkt diese gleichzeitig.

Professionelle Pflege- und Palliative-Care-Dienste bieten mit ihrer Übernahme von Grundpflegemaßnahmen und bestimmten Versorgungstätigkeiten einen sichernden Rahmen, der die Familie in ihrer häuslichen Sterbebegleitung unterstützt und bestärkt. Kann nun eine krisenhafte Situation, wie oben beschrieben, nicht alleine gemeistert werden, so kann das aktuelle Hinzuziehen professioneller Hilfe von außen neue Impulse und Strategien eröffnen zu ihrer erfolgreichen Bewältigung. „Übergeordnete Kategorie der Erfahrungen der Angehörigen mit den Heilberufen ist die Mitverantwortung in Krisen der häuslichen Sterbebegleitung.“ (Haslbeck, 2004, S. 77)

Ob Krisenmanagement oder Alltagsbewältigung – herrührend aus der übernommenen Verantwortung und der damit verbundenen zentralen Rolle in der häuslichen Sterbebegleitung „bemühen sich [*die Angehörigen*, M.A.] um ein entsprechendes Maß an Eigenständigkeit und Kontrolle in der Versorgung des Sterbenden [...] Ihre Kontrolle bezieht sich auf die Situation der häuslichen Sterbebegleitung und die in diese involvierten Personen sowie Institutionen. [...] Die Angehörigen versuchten, ihre Kontakte und die des Sterbenden zur Außenwelt, also den Lebensbereichen, die nicht direkt in die häusliche Sterbebegleitung involviert waren, zu kontrollieren.“ (Haslbeck, 2004, S. 84).

Es müssen Entscheidungen getroffen werden über die Inanspruchnahme oder auch Ablehnung heilberuflicher Hilfsangebote (z. B. Pflegedienst, Hospizdienst, Ruf des Notarztes, therapeutische Hilfen), die immer im Zusammenhang zu sehen sind mit den jeweiligen Prioritäten und Strategien in der häuslichen Sterbebegleitung. In einer Gesamtsituation der Bedrohung und Unsicherheit scheinen aber auch alle anderen Handlungsnotwendigkeiten von dieser Problematik überschattet zu sein. Hier wird nicht mit ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ bewertet werden dürfen, sondern es kann nur um eine ‚der Situation angemessene‘ Entscheidung gehen, gefällt jeweils aus der innerfamiliären Wirklichkeit der Betroffenen.

3.6.3 Familiäre Bewältigungsprozesse zwischen Stabilisierung und Anpassung

Die Versorgung eines Todkranken stellt für das betroffene Familiensystem eine extreme Belastungsprobe dar. Dabei werden in den einzelnen Familien durchaus unterschiedliche Arten und auch Grade der möglichen Bewältigung beobachtet.

Familientheoretische und -therapeutische Konzepte klassifizieren verschiedene voneinander abweichende Organisations- und Strukturmerkmale von Familiensystemen, die als Erklärungs- und Behandlungsmodelle dienen können. Eine mögliche Betrachtungsweise ist das „Zirkumplexmodell“ von Olson (1983, zit. in: Geigges, 2008), das auf den beiden Dimensionen ‚Kohäsion‘ und ‚Adaptabilität‘ (‚Anpassungsfähigkeit‘) basiert und für den hier thematisierten Kontext erhellende Aspekte beizusteuern vermag. Für die folgenden Ausführungen beziehe ich mich auf Geigges (in: Uexküll, 2008), der das Konzept im Zusammenhang von Krebserkrankung und Familienstruktur darlegt.

Die Ebene der *Kohäsion* betrachtet den Grad an Nähe und Zusammenhalt in der betreffenden Familie, wobei es um ein gesundes Gleichgewicht geht zwischen zu großer Nähe, die zur ‚Verfilzung‘ wird, und fehlender Nähe, verbunden mit der Gefahr der Auflösung. Die *Anpassungsfähigkeit* bewegt sich zwischen extremer Beständigkeit und Rigidität einerseits und einer übermäßigen Wandlungsfähigkeit mit drohendem Chaos der Familienstruktur andererseits.

In der außerordentlichen Belastungssituation mit einem schwersterkrankten Familienmitglied wird zunächst die Verstärkung der *Kohäsion* im Sinne des Zusammenrückens, Intensivierens von Bindung und gegenseitiger Fürsorglichkeit, Festhalten an den altbewährten Strukturen als Stabilisierung des gefährdeten Systems hilfreich und notwendig sein. Bei zu niedrigem Grad an Kohäsion kann hier die Auflösung der Familienstruktur drohen mit gegenseitiger Isolation und Verlust der familiären Loyalität.

Wird allerdings diese überstarke Kohäsion unverändert beibehalten, verhindert sie die in der Auseinandersetzung mit den neu aufgetretenen Belastungen jetzt notwendige Wandlungsfähigkeit des Familiensystems. Aus hilfreicher Bindung wird dann die Hemmung von Verlustbewältigung und Ablösung, fehlende Abgrenzung innerhalb der Familie führt zu konfliktbehafteter Verfilzung. Hinzu kommt die in sehr verstrickten Familien häufig anzutreffende Überzeugung, alle Schwierigkeiten selber bewältigen zu können bzw. zu müssen. Daraus resultiert dann die Ablehnung möglicher Hilfsangebote von außen und eine entwicklungshemmende Isolation.

Im Verlauf des familiären Bewältigungsprozesses kommt es nun weniger an auf die einmalige Wahl des ‚richtigen‘ Bewältigungsstils als vielmehr auf die strukturelle Beweglichkeit und Veränderungskapazität des Familiensystems in Hinblick auf die

beschriebenen Dimensionen *Kohäsion* und *Anpassungsfähigkeit*. Dabei werden durchaus auch ‚Experimentierphasen‘ durchlaufen, in denen neue Organisationsmuster erprobt werden, teilweise mit sehr belastenden Auswirkungen auf einzelne Familienmitglieder. Vom weiteren Umgang damit, sei es erneute Veränderungsbereitschaft, oder aber Verhärtung und Stillstand, wird dann der Grad gelingender Bewältigung oder aber, im ungünstigsten Falle, einer pathologischen Entwicklung abhängen.

3.6.4 Ambulante Hilfsangebote im privaten Raum der Familie

Heilberufliche Hilfsangebote im ambulanten Bereich sind zwangsläufig verbunden mit dem Eindringen in den intimen Raum der Familie. Die Helfer müssen sich des Spannungsfeldes bewusst sein, in dem die Familie sich befindet: auf der einen Seite steht die gewünschte und notwendige Öffnung der Privatsphäre, um Hilfestellung zu erhalten, auf der anderen Seite existiert das Bedürfnis nach Schutz des innerfamiliären Bereichs, vor allem in einer äußerst krisenhaften Situation. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass ein befürchteter professioneller Blick von außen evt. Scham- und Schuldgefühle heraufbeschwören kann über die offensichtlich bestehenden Schwierigkeiten und Schwächen in der Familie. Dazu treten können Hemmungen und Widerstände gegen die Inanspruchnahme äußerer Hilfen, indem letzteres als persönliches Scheitern empfunden wird. Besonders in Familien mit übermäßig starken inneren Bindungen findet sich, wie oben bereits beschrieben, die Tendenz zu der Auffassung, alle auftretenden Probleme alleine meistern zu müssen.

Mitarbeiter von Sozialstationen berichten von Bitten der Angehörigen, das Dienstauto nicht vor ihrem Haus zu parken (vgl. **Ebert et al.**, 1993). Die Nachbarschaft soll nichts erfahren von ihrem „Missgeschick“, und dass sie damit alleine nicht zurecht kommen. Hospizhelferinnen aus meiner ländlichen Region berichten immer wieder von Schwierigkeiten, wenn sie im eigenen Wohnort eingesetzt werden sollen. Die unweigerliche Kenntnisnahme von möglichen innerfamiliären Schwierigkeiten und Konflikten durch Menschen aus nächster Nähe soll da, ‚wo jeder jeden kennt‘, weitestgehend vermieden werden! Dieser Umstand wird auch bei der Zuweisung der Patienten berücksichtigt.

Im Rahmen der geplanten Hinzuziehung einer ehrenamtlichen Begleitperson stoßen die hauptamtlichen Palliativpflegekräfte (wie sie mir berichteten; vgl. auch Kap. III.3.7), anfänglich häufig auf Widerstand seitens der Angehörigen. Hilfeleistungen

jenseits klar umrissener medizinischer Notwendigkeiten scheinen noch einmal kritischer betrachtet zu werden. Dies könnte auch bei der ein oder anderen Ablehnung bezüglich meines musiktherapeutischen Angebotes mitgespielt haben, als gesagt wurde, ‚das sei doch zuviel‘ für den Kranken (oder, unausgesprochen, auch für die Angehörigen?). Hier muss allerdings auch an die oben dargelegte Problematik der verantwortlichen Rolle der Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung erinnert werden. In der ständigen Anforderung stehend, die gesamte Alltags- und Krankheitssituation zu organisieren und zu verwalten, sind Begrenzungsversuche in der Zahl der ein- und ausgehenden Helfer nachvollziehbar; die Sinnhaftigkeit der einzelnen Hilfe ist damit allerdings nicht berücksichtigt!

„Wenn Hospiz kommt, geht’s in Kürze ans Sterben.“ Diese Gleichsetzung scheint in der Bevölkerung immer noch weit verbreitet zu sein, so wurde in einer aktuellen Studie der Universität Augsburg zur ambulanten Hospizarbeit deutlich. Der Erstkontakt zum Hospizdienst erfolgt meist durch Angehörige und in akuten Notsituationen, oft erst in den letzten Lebenstagen des Patienten, so dass eine hilfreiche Begleitung oft gar nicht mehr stattfinden kann (vgl. **Universität Augsburg und DHPV**, 2010). Dieser Tatbestand wurde mir auch seitens ‚meines‘ regionalen Hospizdienstes bestätigt.

Auswirkungen dieser „problematischen symbolischen Rahmung von ‚Hospiz‘“ (ebd.) konnte ich auch schon selber hautnah erfahren, als in der regionalen Gruppe diskutiert wurde, wie die Hospizhelferinnen sich in ihrer Arbeit im Altenheim und auf der Palliativstation vorzustellen hätten. Es gab einige Berichte, in denen seitens der Institutionsleitung gebeten wurde, auf die Bezeichnung ‚Hospiz‘begleiterin zu verzichten und sich doch besser als ‚Besuchsdienst‘ auszugeben! Hier stellt sich mir die Frage, ob und auf welche Weise zu vertiefter Auseinandersetzung mit den Themen Sterben, Tod und auch Sterbebegleitung angeregt werden darf oder im Einzelfall (z. B. einer Institution?) sogar genötigt werden muss!

Ob es im konkreten Fall zur Ablehnung oder Annahme heilberuflicher Dienstleistungen im privaten häuslichen Bereich kommt, wird sicher auch abhängen von der Sensibilität der Helfer für die jeweilige familiäre Situation und einem gewissen Verständnis für mögliche strukturelle Hintergründe der sich in einer bestimmten Form darstellenden Familienorganisation. Am Allerwichtigsten scheint mir zu sein ein wertschätzender Umgang in der Begegnung mit den Menschen, die

sich in einer existenziellen Grenzsituation befinden. Dazu kann auch die Tolerierung einer zurückhaltenden oder gar ablehnenden Haltung gehören, jedoch bleibt sicher noch viel Informations- und Bewusstseinsarbeit zu tun, um manch möglichem und hilfreichen Angebot, nicht zuletzt der Musiktherapie (!), zu gebührender Akzeptanz zu verhelfen.

3.7 Miteinander und Gegeneinander – ‚Schnittstellen-Problematiken‘

3.7.1 Sterbebegleitung zwischen Haupt- und Ehrenamt

Basierend auf der ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen mit seiner physischen, psychischen, sozial-kommunikativen und spirituellen Dimension (vgl. auch Kap. I.4 dieser Arbeit) soll eine adäquate Begleitung des Sterbenden alle seine sich daraus ableitenden Bedürfnisse berücksichtigen. Um dieses Ziel erreichen zu können, erscheint eine multiprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne eines Netzwerkes wünschenswert und notwendig, um allen Bereichen bestmöglich gerecht zu werden.

Die Bemühungen in der Hospizarbeit umfassen die vier Schwerpunkte: *psychosoziale* Begleitung, *spirituelle* Begleitung, *palliative Pflege* und *palliativmedizinische* Maßnahmen, auch als die *vier Säulen der Hospizarbeit* bezeichnet (vgl. **Graf**, 2004). Dabei sollen palliativ-pflegerische und palliativmedizinische Leistungen von professionellen Hauptamtlichen erbracht werden, während die psychosoziale Begleitung von dazu geschulten ehrenamtlichen Hospizhelferinnen übernommen wird. Diese Zuweisung von Aufgabenbereichen ist niedergelegt in der **Rahmenvereinbarung** nach §39a Abs. 2 Satz 7 SGB V *zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit* (s. Lit. Verz. und Kap. I.2 dieser Arbeit). Mit der darin enthaltenen Regelung zur Bezuschussung auch der ambulanten Hospizarbeit durch die Krankenkassen sind bestimmte Anforderungen verbunden, wie die Beschäftigung mindestens einer Fachkraft, Dokumentations- und Qualitätssicherungs-Standards. In der weiteren Umsetzung der Rahmenvereinbarung kam es zu einer Kategorisierung der Ambulanten Hospizdienste, wobei der Umfang hauptamtlicher Beschäftigung ein wesentliches Einstufungs-Merkmal darstellte (vgl. auch Kap. I.2). Dies beinhaltet eine gewisse Hierarchie der Dienste, den Ehrenamtlichen kommt dabei die unterste Stufe zu.

Dem gegenüber wurde in der Hospizarbeit von Beginn an die ehrenamtliche Tätigkeit in den Mittelpunkt gestellt und als ihr zentrales Fundament betrachtet. Umsetzung, Verbreitung und Weiterentwicklung der Hospizidee in Deutschland fußen auf dem Engagement freiwilliger Helfer, die auch „den Grundstein für die Entstehung etablierter Hospiz-Institutionen – stationärer wie ambulanter – legen.“ (Student, 2004, S. 64)

Mit der Gründung von Institutionen ist zwangsläufig eine veränderte Position der Ehrenamtlichen verknüpft. Es wird nun eine organisierte Struktur nötig mit multiprofessioneller Arbeit in einem Team aus Haupt- und Ehrenamtlichen. Dies fordert von den freiwilligen Helfern ein verändertes Rollenverständnis: „Sie stehen nicht mehr an der Spitze einer Bewegung, sondern sind Mitglieder eines Teams mit speziellen, eigenständigen Aufgaben.“ (ebd.)

Auch in ideeller Hinsicht wurde dem freiwilligen Einsatz der Hospizhelferinnen und Hospizhelfer von je her besondere Bedeutung beigemessen als Ausdruck solidarischen Handelns in der sozialen Gemeinschaft, steht er doch „für die Einbindung des Sterbenden und seiner Angehörigen ins Gemeinwesen.“ (Pfeffer, 2005, S. 71). In der Anknüpfung an die alte Idee der ‚Nachbarschaftshilfe‘ verkörpert der nicht-professionelle Helfer die soziale Gemeinschaft am Bett des Sterbenden und trägt die ‚Selbstverständlichkeit‘ mitmenschlicher Begleitung wiederum in die Gesellschaft hinein (vgl. ebd.).

Die strukturelle Einbindung der Hospizarbeit in das Gesundheitswesen bedeutet zwar ihre (auch finanzielle) Anerkennung, ist aber gleichzeitig verbunden mit wachsender Einflussnahme dieses institutionalisierten Systems, was zu einer zunehmenden Professionalisierung und ‚Medizinisierung‘ hospizlicher Arbeit zu führen droht (vgl. Pfeffer, 2005). Der freiwillige Einsatz engagierter Laien könnte dann leicht zu einem bloßen Anhängsel als eventuelle Zusatzleistung geraten, nachdem das ‚Kerngeschäft‘ der medizinischen Notwendigkeiten erfüllt worden ist.

An dieser Stelle wird es sicher nötig sein, die Aufgaben und das Rollenverständnis der ehrenamtlich Tätigen im Hospizbereich neu zu profilieren, wie es auch in der oben (s. Kap. III.3.6.4) erwähnten Augsburger Studie gefordert wird. Die zu beobachtende Verlagerung der Motivation für ein Engagement in der Sterbebegleitung von der reinen ‚Selbstlosigkeit‘ hin zur Miteinbeziehung eigener Lebens- und Sinnzusammenhänge sowie der mitgebrachten Fachkompetenzen führe zu einer

gewissen ‚Spezialisierung‘ ehrenamtlicher Tätigkeit, „denn in der Sterbebegleitung leistet jeder Ehrenamtliche das, was er entsprechend seinen bisher erlernten Fähigkeiten und nach seinem eigenen Verständnis am besten kann.“ (Universität Augsburg und DHPV, 2010) Den Hauptamtlichen obliege dann „eine professionalisiert zu organisierende ‚Ganzheitlichkeit‘ bzw. ‚ganzheitliche Perspektive““, im Sinne z. B. eines ‚Case Managers‘ (ebd.).

Gleichwohl kann es nicht darum gehen, dass eine ehrenamtliche Hospizhelferin sich quasi als ‚Gratis-Pflegekraft‘ anbietet (oder sogar als solche missbraucht wird), vielmehr sollte die psychosoziale Begleitung, die ja als ihre wesentliche Aufgabe erscheint, in ihrer Bedeutung anerkannt und gestärkt werden! Dies setzt ein Verhältnis zwischen Hauptamtlichen und freiwilligen Helfern innerhalb eines Ambulanten Dienstes voraus, welches die körperlich-symptomorientierte Perspektive nicht zum vorherrschenden Maßstab eines ‚gelungenen‘ Sterbeverlaufs werden lässt, sondern den psycho-sozialen Nöten ebenso viel Raum und Bedeutung zuerkennt.

Dazu könnte auch gehören, dass eine hauptamtliche Pflegekraft schon zu Beginn eines neuen Einsatzes dem Sterbenden und seiner Familie diese Gleichrangigkeit nahe bringt und die ganzmenschliche Begleitung der darauf ‚spezialisierten‘ Ehrenamtlichen anbietet, neben ihrer eigenen, vorrangig körper- und symptombezogenen Fachkompetenz, und auch über ihr begrenztes Zeitkontingent für den einzelnen Patienten hinaus. Mir scheint, dass die Betroffenen eine solche Heranführung brauchen, zumal deren häufig bestehende Unsicherheit in medizinischen Notwendigkeiten zunächst alles übrige verdeckt, so dass eine signalisierte Öffnung des Raumes auch für weiterführende Nöte und Bedürfnisse durchaus hilfreich sein könnte.

Die ‚Schnittstelle‘ Hauptamtliche – Ehrenamtliche wurde thematisiert auch auf der oben erwähnten (Kap. III.3.2) Tagung ‚Zukunftswerkstatt HospizbegleiterInnen‘. Als primäre Schwierigkeit seitens der Hauptamtlichen beim Hinzuziehen einer ehrenamtlichen Begleiterin wurde genannt die Ablehnung durch die Angehörigen, wobei deren Beweggründe oft schwer eruierbar seien, weil nicht klar benannt. Spekulativ wurden erwogen der Schutz der Privatsphäre, die ländliche Region mit ihren besonderen sozialen Bedingungen, die Vorrangstellung medizinischer und körperlich greifbarer Notwendigkeiten mit kontrollierbaren Ergebnissen einer Verbesserung gegenüber der Unkontrollierbarkeit der Psyche, aber auch Eifersucht

der Angehörigen auf die potentielle ‚fremde‘ Vertrauensperson des Sterbenden. Aus den Überlegungen bezüglich des ‚Eindringens‘ in ein Familiensystem (s. Kap. III.3.6 dieser Arbeit) könnten sich weitere Begründungen ergeben.

Nun soll in Zukunft ein möglichst frühzeitiges Hinzuziehen der ehrenamtlichen Begleiterin durch die Pflegekraft angestrebt werden. Hier wurden von den Hauptamtlichen gewisse Versäumnisse eingeräumt. Das große Arbeitspensum lasse oft keine Möglichkeit für die ebenfalls Zeit benötigende Einführung der Hospizhelferin. Ob hier auch eine (wenn auch nicht bewusst gewollte) ‚Konkurrenz-Angst‘ eine Rolle spielt, muss offen bleiben. Die Legitimation zu qualifizierter Arbeit und nicht zuletzt die finanzielle Unterstützung durch das öffentliche Gesundheitswesen leiten sich allerdings wesentlich ab von der nachzuweisenden Einsatzfähigkeit der professionellen Palliative-Care-Fachkräfte, die damit sicherlich auch unter einem gewissen Druck stehen!

Als wichtiges Kriterium zur Verbesserung des ehrenamtlichen Einsatzes wurde eine klare Aufgabendefinition der Hospizbegleiterin gefordert, um ihre „Professionalität“ zu verdeutlichen. Zur Erarbeitung einer solchen Aufgabenbeschreibung, die dem vorhandenen Stellenprofil der hauptamtlich Tätigen zur Seite gestellt werden soll, wurde ein weiteres Treffen anberaumt. Es gehe um ein „gutes kollegiales Selbstverständnis von Haupt- und Ehrenamt“, so im internen Protokoll der Tagung. Diese Aussage erhält noch größeren Stellenwert, wird sie im Zusammenhang gesehen mit der oben angedeuteten ‚Entwicklungsgeschichte‘ der Hospizbewegung mit dem schwierigen ‚Wechselspiel‘ zwischen Laien-Engagement und professioneller Strukturierung!

3.7.2 Hospizarbeit oder Palliativmedizin?

Cicely Saunders, die als Begründerin der modernen Hospizidee gilt (vgl. auch Kap. I.1), entwickelte ihr Konzept der ‚terminal care‘ zur Versorgung sterbender Menschen, dessen Grundsätze auch in der heutigen Palliativmedizin handlungsleitend geblieben sind. Dabei steht die *palliative* (ummantelnd, fürsorgend) der *kurativen* (heilend, die Gesundheit wieder herstellend) Zielsetzung medizinischer Maßnahmen gegenüber. Diese Differenzierung medizinischer Intentionen wurde dringlich zu einer Zeit, als mit dem Einzug moderner technischer und apparativer Möglichkeiten der Blickwinkel sich vorrangig auf Diagnostik und daraus abgeleitete Krankheitsbeseitigung verengte. Die nicht heilbare Erkrankung und der Tod waren

gleichbedeutend mit Versagen und mussten verdrängt werden (vgl. **Radbruch et al.**, 2008). Mit der Entwicklung des Hospizgedankens rückte der Mensch als leidendes Subjekt wieder ins Zentrum, weitestgehende Linderung von Symptomen auch im Angesicht des unvermeidbaren Todes wurden ebenfalls zur Aufgabe der modernen Schulmedizin.

So stellen sich Hospizarbeit und Palliativmedizin dar als aus gemeinsamer Wurzel hervorgegangen und auf gleiche Zielsetzung ausgerichtet. Dennoch hat sich in Deutschland – abweichend von anderen Ländern – ein ‚Zwei-Säulen-Modell‘ etabliert, mit einem palliativmedizinischen und einem Hospiz-Bereich (vgl. **Pfeffer**, 2005), die sich in Organisations- und Personalstruktur, Schwerpunkt und Umfang hinsichtlich der medizinischen Versorgung, und nicht zuletzt in ihrer Finanzierung unterscheiden. Palliativstationen unterliegen der geregelten Krankenhausplanung und -finanzierung, während stationäre Hospize mit einer gemischten Finanzierung und der Erbringung eines Eigenanteils (aus Spenden, Fördervereinen, etc.) arbeiten müssen; ambulante Dienste erhalten Zuschüsse und basieren in hohem Maße auf Ehrenamtlichkeit.

Graf (2004) spricht von einer „Aufteilung in eine (Bürger-)Bewegung Hospiz, die mit überwiegend Ehrenamtlichen vorwiegend im ambulanten Bereich mit dem Schwerpunkt der psychosozialen Unterstützung tätig ist, und in eine medizinisch-pflegerisch ausgerichtete neue Fachdisziplin mit dem Schwerpunkt der stationären Krankenversorgung sowie der Aus- und Weiterbildung, Forschung und Lehre“ und bezeichnet dies als „deutsche Besonderheit“ (ebd., S. 18).

Pfeffer (2005) zitiert **Metz** (2002, S. 91), der eine „semantische Verschiebung“ von ‚Hospiz‘ zu ‚Palliativmedizin‘ beobachtet: „Gegenüber dem ‚Hospiz‘-Begriff erscheint Palliativmedizin – nicht zuletzt in ärztlichen Kreisen – salonfähiger und seriöser.“

Mit der 2007 eingeführten Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (s. a. Kap. I.2 dieser Arbeit) soll die Möglichkeit palliativmedizinischer Intensivbetreuung auch im ambulanten Bereich etabliert werden. Dies ist als eine Verbesserung der ambulanten Versorgung grundsätzlich sicher zu begrüßen. Jedoch sind auch sehr kritische Stimmen zu vernehmen, die eine zunehmende Professionalisierung, Institutionalisierung und auch Medikalisierung des Sterbens befürchten. (vgl. **Heller**, 2009). Gronemeyer spricht gar vom ‚Outsourcing‘, welches das medikalisierte

Sterben irreversibel in die häusliche Umgebung einführt.“ (Gronemeyer, 2008, S.126)

Die Umsetzung der SAPV in die Praxis erfolgt über Vertragsabschlüsse zwischen den Krankenkassen und den direkten Leistungserbringern, der Anspruch auf SAPV muss von einem Vertragsarzt verordnet werden, SAPV umfasst „ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle“ (Richtlinie, 2007/2010). Die offensichtliche Fokussierung auf den medizinischen Bereich birgt die Gefahr in sich, den Blick auf den Menschen als Ganzes in seiner körperlich-seelisch-geistigen Einheit (wieder) aus dem Blick zu verlieren und somit wesentliche Grundsätze hospizlichen Arbeitens außer Acht zu lassen. Immerhin wurde in die Änderung der SAPV-Richtlinie auch die mögliche Miteinbeziehung ambulanter Hospizdienste aufgenommen: „Kooperationspartner ist auch der ambulante Hospizdienst, der auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Versorgung beteiligt wird.“ (§6(1)3 der SAPV-Richtlinie, 2007/2010)

Allerdings erscheinen Kooperation und notwendige Vernetzung in der multiprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis noch sehr problembehaftet (vgl. **AG SAPV**, 2010, s. a. Kap.I.2 dieser Arbeit), de facto erhält nur ein Bruchteil der versorgungsbedürftigen Sterbenden die entsprechenden Leistungen. Die Schlüsselposition der Krankenkassen im Abschluss der Kooperationsverträge muss hier durchaus kritisch betrachtet werden (vgl. ebd.).

In dieser gegenwärtigen Situation von gesundheitspolitischem Umbruch und Neustrukturierungsmodellen bezüglich der Versorgung sterbender Menschen ist die Hospizbewegung herausgefordert, ihre ganzmenschliche Sichtweise noch einmal offensiv und selbstbewusst in die öffentliche Diskussion einzubringen. Der durch ihr Engagement erreichte Bewusstseinswandel im Umgang mit Sterben und Tod muss auch heute Basis und Voraussetzung bleiben für eine gelingende Hospiz- und Palliativversorgung: „Palliativmedizin ohne Hospizkultur [*bedeutet den*; M.A.] Schritt zurück in ein rein medizinisches Versorgungssystem“, andererseits ist „Hospizarbeit nicht denkbar ohne wissenschaftlich fundierte Palliativmedizin und -pflege“, wie es ja von Anfang an zu ihrem Konzept gehört (vgl. **Weihrauch**, 2009).

So sind, wie es auch der Titel der Ludwigsburger Resolution besagt, „Hospizbewegung und Palliativmedizin nur gemeinsam und integrativ denkbar.“

Dies bedeutet „für die zukünftigen Entwicklungen ein enges Zusammenwirken von Hospizarbeit und Palliativmedizin als zwei Seiten einer Medaille [...] , um den Bewusstseinswandel in unserer Gesellschaft fortzusetzen und die Strukturen für schwerstkranke und sterbende Menschen orientiert an ihren ganzheitlichen Bedürfnissen weiterzuentwickeln.“ (DHPV (b), 2009)

IV. Musiktherapie und Ambulante Hospizarbeit -

Bausteine für einen Begegnungsraum

1. Musiktherapie im häuslichen Umfeld

1.1 Musiktherapie zu Hause – gibt es das?

Die gesundheitspolitisch verfolgte Zielsetzung der Schwerpunktverlagerung von der stationären zu einer in erweitertem Ausmaß ambulanten Versorgung lässt Konzepte zu häuslichen Therapieangeboten durchaus aktuell und zukunftsweisend erscheinen. Zudem legt die stets wachsende Zahl alter und immobiler Patienten, die anderweitig nicht erreicht werden könnten, Überlegungen zu solchen ‚zugehenden‘ Angeboten nahe. Der Gedanke, durch derartige unterstützende Angebote zu einer verbesserten häuslichen Betreuungssituation und damit eventuell zu einem längeren Verbleib alter und pflegebedürftiger Menschen in ihrer heimischen Umgebung beitragen zu können, mag sogar als ökonomisches Argument für Konzepte dieser Art gelten!

Bei der Suche nach entsprechenden Beispielen in der Literatur für Musiktherapie zu Hause stieß ich zunächst auf einige häusliche Modellprojekte mit demenz-erkrankten Menschen, wobei auch die pflegenden Angehörigen mit angesprochen waren: hier sei genannt das Projekt „*Balsam für die Seele: Hausmusik, Musiktherapie in der Versorgung älterer Menschen*“ in Berlin (vgl. **Muthesius**, 2006), und „*Klangbrücken*“, ein einjähriges musiktherapeutisches Forschungsprojekt an der Fachhochschule Frankfurt, mit der Fragestellung nach verbesserter Lebensqualität von Demenzkranken mittels der Musiktherapie, mit besonderen Gruppenangeboten für die pflegenden Angehörigen (**Klangbrücken**, 2009). „*Balsam für die Seele: Hausmusik*“ zeitigte sogar noch ein dreijähriges Folgeprojekt: „*Haus - Musik. Betreuung mit Musik für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen*“ (**DMTG**, Internet-Seite). Auch in der Betreuung behinderter Menschen wird von häuslicher musiktherapeutischer Begleitung berichtet (vgl. **Mager**, 2006).

Die im Oktober 2010 erschienene Forschungsarbeit *Home-based music therapy – a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare* (**Schmid/Ostermann**, 2010) bietet einen systematischen Überblick über häusliche Musiktherapie, basierend auf Internet- und Datenbank-Recherchen. Methodisch gab es „no limitations in the initial search in terms of language, year,

status, and form of publication". Die 20 zusammengetragenen internationalen Publikationen gliedern sich in zwei Gruppen:

Als *Berichte aus der Praxis* werden neun Arbeiten eingestuft, davon beschäftigt sich nur eine einzige (**Horne-Thompson, 2003**) mit Palliativpatienten, wobei im Besonderen die Rolle der Musiktherapie im stationären Kontext mit derjenigen unter häuslichen Bedingungen verglichen wird. Die Autorin arbeitet vier Faktoren heraus, die als qualitätsbeeinflussend speziell für eine häusliche Musiktherapie anzusehen seien, in Abweichung vom stationären Setting: 1. Die Art der Einführung des musiktherapeutischen Angebotes entscheide über seine Akzeptanz seitens der Klienten. 2. In der Klinik sei der Musiktherapeut willkommen als Anbieter einer angenehmen Behandlung und mit schönen Instrumenten, im Gegensatz zu den vielen schmerzvollen Therapien. Zu Hause dagegen werde er evt. als Eindringling abgelehnt, der die Zahl der häuslichen Dienstleister noch vergrößere. 3. Es ergaben sich im häuslichen Setting durchschnittlich mehr als doppelt so lange Sitzungsdauern wie im klinischen Bereich. 4. Die Autorin nennt als einen der Hauptunterschiede zwischen klinischer und häuslicher Umgebung die in letzterer häufigere Anwesenheit des Partners oder eines anderen Angehörigen. Diese könnten zum einen wichtige Informationen zum Patienten bereitstellen, zum anderen auch in die Behandlung mit einbezogen werden und davon profitieren.

Die zweite Gruppe der zusammengetragenen Arbeiten umfasst 11 *Outcome-Studien*, von diesen beziehen sich zwei Untersuchungen auf palliative Klienten, mit der Zielsetzung, eine positive Wirksamkeit von Musiktherapie auf die Lebensqualität der Todkranken nachzuweisen. In einer der beiden Studien (**Hilliard, 2003**) erhielt nur die Hälfte der Patienten zusätzlich ein musiktherapeutisches Angebot, die andere Hälfte mit nur ‚normaler‘ Palliative-Care-Betreuung diente als Kontrollgruppe. In der zweiten Studie (**Thomas, 2009**) gelang ebenfalls der Erweis positiver Effekte auf die Lebensqualität der todkranken Menschen, wobei auch die unterstützende Wirkung auf die pflegenden Familienangehörigen herausgestellt wurde.

Bezüglich des Themenschwerpunktes meiner Arbeit erscheint seine Repräsentation in der Fachliteratur demnach sehr dürftig, gleichwohl betonen die Autoren der Übersichtsstudie das Angebot häuslicher Musiktherapie als „innovative service for future healthcare delivery.“ (**Schmid/Ostermann, 2010**). Es passe zum sich vollziehenden Wandel im Gesundheitssystem, zudem werden zuhause neben dem

Patienten auch seine Angehörigen erreicht und können gleichermaßen davon profitieren. Darüber hinaus könnte diese Form des Settings auch als Modell dienen für andere therapeutische Bereiche.

Mit dem programmatischen Satz „Wir bringen Musik ins Haus“ erscheint das musiktherapeutische Dienstleistungsunternehmen „*Musik auf Rädern - Ambulante Musiktherapie GbR*“ (Keller et al., 2006) als ‚Fachadresse‘ für Musiktherapie zuhause, es gibt dort auch ein spezielles Konzept für „Musiktherapie im Hospiz“ (**Musik auf Rädern - Ambulante Musiktherapie GbR**), worin der ambulante Bereich allerdings nicht erwähnt wird. In einem persönlichen Telefongespräch mit einer der drei Initiatorinnen hörte ich dann, dass es im Bereich der ambulanten Hospizarbeit leider „schwierig“ sei, Fuß zu fassen. Sie selbst habe ihr Angebot zwei Ambulanten Hospizdiensten der Region vorgestellt, jedoch letztlich keine Resonanz erhalten. Gründe dafür müssen zunächst im Dunkel bleiben, die basale Frage nach der Finanzierung spiele sicher eine Rolle; gleichwohl lägen in der ambulanten, häuslichen Altenarbeit „gute Erfahrungen“ vor. Vielleicht sei das Thema von Rückzug und Loslassen, als dem Sterbeprozess zugehörig, an der mangelnden Akzeptanz beteiligt. Denkbar sei auch, dass eine (musik)therapeutische (Sterbe)Begleitung besser zu einem früheren Zeitpunkt begonnen werden müsste, während ein ‚plötzliches‘ Angebot in der ‚Akutphase‘ des Sterbens (bezogen auf den häufig recht späten Zeitpunkt der Hinzuziehung hospizlicher Dienste) vom Patienten nicht mehr angenommen werden könnte.

Unbestritten sei trotz allem die Sinnhaftigkeit eines solchen Angebotes, so dass alle dahingehenden Bemühungen uneingeschränkt unterstützenswert seien! Wichtiger Ansatzpunkt sei sicherlich die intensive und wiederholte (!) Informationsarbeit, um die Musiktherapie mit ihren Möglichkeiten ins (öffentliche) Bewusstsein zu bringen. Vor allem mit den einschlägigen Diensteanbietern (z. B. Pflegedienste, Hospizdienste) und den mit dem Thema Sterben verknüpften Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Seelsorger) empfehle sich eine eingehende und stetige Netzwerk-Arbeit. Natürlich seien auch finanzielle Ressourcen zu eruieren, Sponsoren für umrissenen Projekte, oder auch eine Hochschule für ein Forschungsvorhaben.

1.2 Therapie zu Hause – was bedeutet das?

Ein musiktherapeutisches Angebot im Ambulanten Hospizdienst – das heißt Musiktherapie in der häuslichen Umgebung des Kranken, in seinem Wohnzimmer oder auch an seinem Bett. Gegenüber den üblichen Konditionen eines therapeutischen Arbeitens ergeben sich davon abweichende Bedingungen in verschiedener Hinsicht, welche zu bedenken und in ihrer möglichen Einflussnahme auf die Arbeit zu berücksichtigen sind. Einige Gedanken dazu seien hier, mehr oder weniger spekulativ, dargelegt – zu einer umfassenden Klärung entsprechender Zusammenhänge werden die vermehrte praktische Umsetzung häuslicher Therapiekonzepte und deren wissenschaftliche Beforschung nötig sein.

Das Zuhause des Patienten stellt den Begegnungsraum dar für die Therapeutin, den Patienten und gegebenenfalls dessen (pflegende) Angehörige; für jeden der Beteiligten ergeben sich aus diesem Ort der Therapie andere Bedeutungszusammenhänge. Zunächst entfällt für den Patienten und evt. die Angehörigen der belastende Transport zur Klinik bzw. Praxis. Vielmehr findet die Begegnung in den vertrauten Räumen statt, mit den vorhandenen Bequemlichkeiten und Hilfsmitteln, aber auch in der spezifischen ‚Atmosphäre‘ des Klienten.

Der Begriff des ‚Atmosphärischen‘ wurde als „ein Grundbegriff für die Musiktherapie“ entdeckt (vgl. **Weymann**, 2005) und führt uns „in *vor-gestaltliche* und *prä-verbale* Erlebensformen hinein;“ (ebd., Hervorhebungen im Original). Im Erspüren der Atmosphäre eines Raumes, einer Begegnung, einer Musik setzen sich wahrgenommene ‚Umgebungsqualitäten‘ in Beziehung mit dem subjektiven leib- und sinnhaften Erleben, „Atmosphäre fungiert als Vermittler, als Medium der Selbst- und Welterfahrung.“ (ebd.) Eine solche „Wahrnehmungseinstellung“ (**Deuter**, 2005) in der Beziehungssituation, die sich dem Atmosphärischen öffnet, „ermöglicht es dem Therapeuten, etwas über die Gestimmtheit des Patienten zu erfahren.“ (ebd.) Die absichtsvolle Gestaltung einer Atmosphäre in der therapeutischen Begegnung kann als zur ‚Berufskunst‘ des Musiktherapeuten gehörig betrachtet werden (vgl. ebd.), allerdings könnte meiner Einschätzung nach die Ausübung dieser ‚Kunst‘ noch anspruchsvoller sein im Falle einer schon bestehenden, vielleicht sehr belasteten und düsteren Atmosphäre in der heimischen Umgebung des Patienten.

Bezüglich der räumlichen Verhältnisse und der ganzen Umgebungssituation muss sich der Therapeut, anders als in seinen eigenen Praxisräumen, an die Gegebenheiten anpassen, Veränderungen im Krankenzimmer, wie z. B. auch nur die Umordnung von Dingen wegen geplanter musikalischer Aktivitäten, können vom Patienten als Aufdringlichkeit oder gar als Übergriff empfunden werden (vgl. auch **Munro**, 1986) und dürfen deshalb nicht ohne weiteres erfolgen. Sensibilität und Taktgefühl für die Eigenarten und Bedürfnisse des Schwerkranken müssen als unabdingbar erachtet werden, in der therapeutischen Arbeit sowieso und noch einmal mehr in der Privatsphäre des Klienten.

Die vertraute Umgebung kann dem Patienten zu größerer Ungezwungenheit und Offenheit verhelfen, andererseits kann das Bedürfnis nach Schutz der Intimsphäre zu großer Zurückhaltung oder sogar zur Verhinderung eines therapeutischen Kontaktes führen (vgl. **Munro**, 1986, S. 16). Besonders die Angehörigen in ihrer Verantwortung zur Organisation der heimischen Pflege stehen oft im Zwiespalt zwischen dem Wunsch zum Erhalt der Privatsphäre und der Notwendigkeit zu deren Öffnung für die nötigen Hilfsangebote (vgl. auch Kap. III.3.6.4 dieser Arbeit).

Zuhause empfängt der Patient bzw. seine Angehörigen die Therapeutin in der Rolle eines Gastgebers, die der schwerkranke Mensch aber gar nicht ‚ordnungsgemäß‘ ausfüllen kann, was je nach Persönlichkeit evt. Unsicherheit oder sogar Beschämung auslöst. Hier ist eine offene Klärung und Absprache der Setting-Bedingungen im Sinne einer Entlastung des Patienten und/oder seiner Angehörigen wichtig und hilfreich. Auch die Schwierigkeit eines ‚Gastgebers‘, einen für ihn zu langen Besuch zu beenden oder gar die weiteren Besuche abzusagen, muss in Betracht gezogen und gegebenenfalls in Offenheit angesprochen und geklärt werden, um dem Kranken seinen persönlichen Entscheidungsfreiraum zu erhalten.

Für die Therapeutin in einer ‚Gastrolle‘ kann unter Umständen eine Art ‚Rollenkonflikt‘ entstehen insofern, als sie einerseits eine dem Gaststatus gemäße Zurückhaltung zu wahren versucht, bzw. dies vom Patienten her erforderlich erscheint, auf der anderen Seite jedoch in ihrer therapeutischen Verantwortung eine gewisse Leitung des Geschehens notwendig wird. Hier scheint mir das örtliche Setting einer ‚üblichen‘ Therapiesituation durch seinen gegebenen Rahmen, nämlich dass es der Klient ist, der sich, auch räumlich, selbstbestimmt in den Bereich des

Therapeuten begibt, eine Art szenische Verdeutlichung der Beziehungskonstellation anzubieten.

Der Besuch des Musiktherapeuten zu Hause bedeutet zunächst Besuch der betreffenden Familie, bestehend aus dem sterbenden Menschen und den ihn pflegenden Angehörigen im gleichen Haushalt. Soll nun eine Einzelmusiktherapie durchgeführt werden mit dem Schwerkranken, so wird auf die Ermöglichung einer gewissen Intimsphäre zu achten sein – Musik durchdringt die Wände! Absprachen und Klärung der Wünsche, vielleicht auch versteckter Ängste, sollten zu einer fruchtbaren (Zusammen)Arbeit führen können! Wäre es hilfreich, möglich, entlastend, dass die Angehörigen zur Zeit der Therapiestunde außerhäusige Erledigungen planen, oder diese Zeit sogar für sich selbst nutzen können? Gibt es Ängste bezüglich ungewollter Mithörer, z. B. der Nachbarn?

Oder wird die gemeinsame Teilnahme gewünscht, als willkommene Entspannung, zu partnerschaftlicher Kommunikation, für eine Zeit erlebten Einklanges?

Drängen konflikthafte Konstellationen im familiären System zur Bearbeitung, deren musiktherapeutische Behandlung ausdrücklich gewünscht wird?

An dieser Stelle zeigt sich meines Erachtens die Schwierigkeit einer eindeutigen Auftragsklärung im häuslichen Setting! Tritt Musiktherapie im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit als ein ‚unterstützendes Angebot‘ auf, so erscheint es geboten, in einer offenen und achtsamen Haltung den Vorstellungen und Wünschen der Klienten nachzuspüren, die vielleicht vorrangig einen befreienden Raum in der Musik suchen, vor dem all das Schwere und Belastende ihrer Situation einmal zurückbleiben darf, und weniger eine konfliktzentrierte psychotherapeutische Aufarbeitung anstreben! Gemäß dem Grundsatz des Palliative Care sollten die Bedürfnisse des todkranken Menschen handlungsleitend sein – und zwar jene, die sich in der gegenwärtigen Situation gerade zeigen und jetzt nach Unterstützung verlangen. Dies muss aufarbeitende Prozesse nicht grundsätzlich ausschließen, vielmehr wird es neben den entsprechenden Signalen des Patienten und/oder seiner Angehörigen auf die Sensibilität der Therapeutin ankommen, das Wann, Was und Wieviel einer Bearbeitung von drängenden konfliktbehafteten Themen aufzugreifen.

Das Befinden des Sterbenden unterliegt starken Schwankungen, eine sensible therapeutische Begleitung wird also eher danach streben, sich den, oft sehr plötzlichen, Veränderungen anzupassen als eigene Konzepte und Behandlungsziele

zu verfolgen. Umso wichtiger wird aber eine selbstreflexive bzw. auch supervisorische Flankierung des Therapiegeschehens sein, zumal kommunikative Prozesse bei Sterbenden häufig mehrschichtig ablaufen, wobei zum Einen die nonverbale Ebene zu beachten ist, zum Anderen aber auch die verbale Botschaft häufig neben der offenkundigen noch eine andere, symbolhafte Aussage in sich birgt (vgl. z. B. Otterstedt, 2005). Hier wiederum kann das Medium Musik in seiner symbolischen Aussagekraft eine wirkmächtige Hilfe und Erweiterung sein für die Ausdrucksmöglichkeit des Sterbenden, sei sie aktiv angeboten oder auch rezeptiv!

2. Klientel

Wie oben angesprochen, trifft die Musiktherapeutin im häuslichen Begegnungsraum auf den sterbenden Menschen und auf seine ihn pflegende Familie. Mögliche Adressaten eines musiktherapeutischen Angebotes könnten nun sein der Schwerkranke allein, oder auch gemeinsam mit seinem Partner, seiner Partnerin, bzw. mit den nahe stehenden Angehörigen. Denkbar wäre auch ein Angebot speziell für die Pflegenden, die ja ebenfalls in einer stark belastenden Situation stehen.

Bezüglich der Betrachtung des sterbenden Menschen in seinen verschiedenen Dimensionen und der damit verbundenen Leiden und Bedürfnisse sei auf Kap. I.4 verwiesen. Die sich daraus ableitenden Indikationen und Ansatzpunkte für eine musiktherapeutische Begleitung wurden in Kap. II.4 bereits näher ausgeführt. Musiktherapeutische Angebote werden von den sterbenden Menschen meist dankbar angenommen und auch als hilfreich erlebt, meinen eigenen (begrenzten) Erfahrungen nach ebenso wie auch den Berichten in der einschlägigen Literatur zufolge (vgl. auch Kap. II.5 dieser Arbeit). Eine Auswahl konkreter musikalischer Möglichkeiten soll im nächsten Abschnitt behandelt werden (Kap. IV.3).

Aber nicht nur der Schwerstkranke selbst, auch die direkten (Familien-)Angehörigen, in deren häuslichem Umfeld der Sterbende gepflegt wird, haben ein hohes Maß an körperlichen und seelischen Belastungen zu tragen (s. a. Kap. III.3.6 dieser Arbeit). Zum einen erfordert die Betreuung des todkranken Menschen alle physischen und psychischen Kräfte, um ihm die nötige Unterstützung geben zu können, darüber hinaus stehen die pflegenden Angehörigen auch selbst in einem kräftezehrenden Bewältigungsprozess im Hinblick auf die bevorstehende Trennung von dem sterbenden Menschen und die damit verbundenen umfassenden Veränderungen für

das eigene (Weiter)leben. So wurden die betroffenen Angehörigen als „Patienten zweiter Ordnung“ bezeichnet, deren starke psychosoziale Belastung sich in verschiedensten Untersuchungen bestätigte: die Prävalenz psychologischer Morbidität bei Familienmitgliedern von Krebspatienten wird zwischen 18 und 34% angegeben (vgl. **Strittmatter**, 2008, S. 1143).

Grundlegender Bestandteil hospizlichen Denkens und Handelns ist ja neben der Sorge um den Sterbenden immer auch die Miteinbeziehung der betroffenen Angehörigen. Vor diesem Hintergrund erscheint es geboten, auch deren spezielle Situation in den Blick zu nehmen und nach Unterstützungsmöglichkeiten zu suchen. Könnte nicht ein musiktherapeutisches Angebot einen Freiraum bereitstellen, in dem die persönliche Belastung einen Platz findet, all die schwierigen Emotionen wie die Trauer um den drohenden Verlust des nahe stehenden Menschen, aber auch die Wut über dessen Weggehen, die eigenen Schuldgefühle wegen dieser ‚negativen‘ Gedanken, die Angst und das Nichtmehrkönnen..., oder auch ‚nur‘ ein Freiraum, wo all dies einmal keinen Zutritt hätte, um Platz für das machen, was zur Zeit gar keinen Platz mehr finden kann...?

Neben einem privaten Angebot für die/den Angehörige/n des einzelnen Patienten wäre vorstellbar auch eine musiktherapeutische Gruppe für pflegende Angehörige schwerstkranker und sterbender Menschen. Hierbei könnte auch der gegenseitig stützende Effekt von Menschen mit ähnlichen Schwierigkeiten, im Sinne der Chancen einer Selbsthilfe-Gruppe, durchaus positive Wirkungen beitragen. Ein Bericht zu einem derartigen Projekt, allerdings in Anbindung nicht an ambulante Hospizarbeit, sondern an eine Palliativstation (**Ursprung**, 1999), lässt dessen besondere Qualität und Wirksamkeit erkennbar werden. Jenseits der realen Schwierigkeiten um Finanzen und Teilnehmerzahlen muss ein solches Angebot als unbedingt sinnvoll und ‚not-wendend‘ erachtet werden!

Im häuslichen Setting bedarf es der Klärung, ob an der musiktherapeutischen Sitzung nur der Kranke allein oder auch Angehörige, z. B. der Partner, teilnehmen sollen. Die Beantwortung dieser Frage wird manchmal erschwert durch unterschiedliche Vorstellungen und Wünsche der einzelnen Personen. So kann es sein, dass der Patient gerne seinen Partner dabei haben möchte, dieser aber eigentlich die entstehende freie Zeit lieber anderweitig nutzen würde. Im anderen Falle wünschte sich der Sterbende in der musiktherapeutischen Begegnung einen Raum für das, was

mit der Partnerin vielleicht nicht zu teilen ist, oder mit dem er diese nicht belasten will. Gleichzeitig befürchtet er aber, sie durch Äußerung dieses Wunsches vor den Kopf zu stoßen, indem er die mögliche Gemeinsamkeit ablehnt. Das absolut ‚richtige‘ Setting wird es naturgemäß nicht geben können. Vielmehr bedarf es viel Feingespürs für die Situation seitens der Therapeutin, manchmal aber auch eines klaren Wortes als Hilfe zu einer angemessenen Regelung.

Ein gemeinsames Setting bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, eine neue Art des Zusammenseins zu erleben, einen Begegnungsraum auch jenseits der Sprache. Das, wofür die Worte fehlen, darf sich vielleicht im Klang mitteilen, oder auch in einem Lied Ausdruck finden. Es können gemeinsame Erinnerungen an-klingen, emotionale Bewegtheit findet eine schützende Ummantelung in der Musik. Gegebenenfalls kann hier auch ein Raum zur Verfügung stehen, in dem nötige Auseinandersetzung und Klärung geschehen können.

3. Musiktherapeutische Angebote

3.1 Zur Wahl der Musikinstrumente

Aus der Vielzahl an Musikinstrumenten eignen sich für einen ambulanten Einsatz naturgemäß eher kleinere und transportable Instrumente. Zudem sollten sie für den schwerkranken Menschen leicht handhabbar und von geringem Gewicht sein, um ihm eine aktive musikalische Betätigung auch in seinem geschwächten Zustand anbieten zu können. Nach meiner eigenen Erfahrung wird auch nur eine begrenzte Anzahl an Instrumenten nötig sein, dem Sterbenden wird es schnell zu viel und er fühlt sich bedrängt!

Ein, vielleicht sogar das wichtigste, ‚Instrument‘ trägt jeder Musiktherapeut (und jeder Mensch!) immer mit sich: die eigene Stimme! Deren besondere Bedeutung in der musiktherapeutischen Arbeit mit sterbenden Menschen scheint unbestritten (vgl. z. B. **Lexikon Musiktherapie**, 2009; **Baumann/Bünemann**, 2009; **von Hodenberg**, 1999; Näheres dazu auch in Kap. IV.3.2).

Nach meiner eigenen Erfahrung und auch nach Berichten aus der Literatur kommt rezeptiven Angeboten in der Hospizarbeit wesentliche Bedeutung zu. Das Spielen für den Patienten geschieht meiner Vorstellung nach am wirkungsvollsten auf einem Instrument, zu dem (auch) die Therapeutin eine gute Beziehung hat – wobei natürlich besondere Vorlieben, aber auch Abneigungen (!) seitens des Klienten ebenfalls

einbezogen werden müssen. Häufig gespielt im onkologischen Arbeitsbereich werden Saiteninstrumente wie Leier, Kantele, Harfe, Gitarre oder auch das Monochord, weiterhin auch stark nachschwingende Instrumente wie Klangschalen und Gongs. Ihnen wird eine lösende und Weite schaffende Wirkung zugeschrieben; Perkussion-Instrumente können zu lebhafterem Ausdruck verhelfen (vgl. **Hennings**, in: Lexikon Musiktherapie, 2009, S. 359).

In Anlehnung an meine persönliche Vor-Auswahl einiger Musikinstrumente anlässlich der Planung des Patientenangebotes und der Fortbildungsveranstaltung sollen im Folgenden einige Anmerkungen zu deren Eigenart und den Einsatzmöglichkeiten gegeben werden.

3.2 Die Stimme

Als erstes ‚Instrument‘ sei die Stimme genannt; sie ist ja auch das erste Medium, das mich für den Patienten hörbar werden lässt. Im Stimmklang drückt sich viel von der eigenen Persönlichkeit aus (lat. *per-sonare* – hindurch-tönen). ‚Stimme‘ und ‚Stimmung‘ sind verbunden in ihrer emotionalen ‚Tönung‘, die darin ‚an-klings‘ – in der Stimme wird Sprache zur per-sönlichen Musik!

Sabine Rittner trägt in ihren Lexikon-Artikeln zum Thema ‚Stimme‘ (**Rittner**, in: Lexikon Musiktherapie, 2009) eine überwältigende Fülle an Material zusammen, das den herausragenden Stellenwert der menschlichen Stimme in der Entwicklung des einzelnen Menschen sowie auch in der Menschheitsgeschichte aufzeigt. Es können hier nur einige der Aspekte angedeutet werden, die für die musiktherapeutische Arbeit von Bedeutung sind.

Schon im Mutterleib umgibt uns die Stimme der Mutter, in der präverbalen Entwicklung des Säuglings spielen Stimmklang und nonverbale stimmliche Äußerungen eine entscheidende Rolle, sowohl rezeptiv in der Aufnahme der Umgebungsreize und ihrer Verarbeitung als auch aktiv in der Ausbildung der ersten kindlichen Lautäußerungen. Das Schreien des Kindes zur Entladung eigener Bedürfnisspannung sowie zu gezielter Kontaktaufnahme und das Lallen des Säuglings als Ausdruck von Wohlbehagen und (Selbst)zufriedenheit können als Bezugspunkte herangezogen werden zur Darstellung eines urmenschlichen Polaritätsverhältnisses: „[...] Die Verbindung zwischen Innenraum und Außenraum, zwischen Regression, dem wohligen Sich-Einhüllen, und Progression, in der sich lebenserhaltende aggressive Impulse artikulieren. Der Umgang mit diesen Polaritäten

ist einer der zentralen *Wirkfaktoren*, die den Einbezug des Singens und lautlicher Äußerungen in die musiktherapeutische Behandlung unabdingbar erscheinen lassen.“ (Rittner, 2009, S. 484; *Hervorhebung* im Original)

Neben diesen ontogenetischen Zusammenhängen erweisen sich Stimmklang und Singen auch unter anthropologischem Blickwinkel als bedeutungsstarke Phänomene, mit deren Hilfe die Verbindung zu erweiterten Wirklichkeiten gesucht wurde. Mantren und Heilgesänge dienen der Aufmerksamkeitsfokussierung und können Zustände veränderten Bewusstseins hervorrufen, was zur Ermöglichung spiritueller Erfahrungen und Anbahnung von Heilungsprozessen beitragen soll.

Die Förderung von körperlicher Kraft und Leistungsfähigkeit durch stimmliche Betätigung, angefangen vom banalen ‚Ho-Ruck‘ beim Heben einer Last bis zu den Gesängen der Galeerensklaven, weist ebenfalls auf die urtümliche Bedeutung und Wirkmächtigkeit der menschlichen Stimme hin.

In der Begleitung sterbender Menschen kann die Stimme als wirksames therapeutisches Medium eingesetzt werden. So kann schon das ruhige stimmliche Begleiten des Patientenatems diesen vertiefen und beruhigen, auch und besonders dann, wenn der Sterbende geistig schon sehr weit weggetreten ist. Es scheint, dass Schwingungen gesungener Töne und der damit einhergehende ruhige Atemfluss sich dem Sterbenden mitteilen und ihn in seinem Ablöseprozess unterstützen können (vgl. v. Hodenberg, 1999).

Das Summen der menschlichen Stimme kann auch einfach Zeichen sein für die teilnehmende Präsenz eines Mitmenschen und vielleicht dem Sterbenden eine Anknüpfung bahnen an Ur-Erfahrungen von Geborgenheit und Aufgehobensein.

Ist der Patient noch dazu in der Lage, können gemeinsame einfache Vokalimprovisationen Gefühlsausdruck und Entspannung ermöglichen, stimmliche Kommunikation ohne festlegende Worte kann entlastende Ausdrucksmöglichkeiten anbieten.

3.3 Lied und Gitarre

„Lieder nähren mit der Stimme.“ (Baumann/Bünemann, 2009, S. 47) Im gesungenen Lied verbinden sich Anknüpfungs-Möglichkeiten an Ur-Erfahrungen kindlichen Geborgenseins (‚in den Schlaf gesungen werden‘) mit den haltgebenden Strukturen ins Wort gefasster menschlicher Lebens-Erfahrungen. Liedtexte behandeln häufig kollektive Themen des Mensch-Seins, wie Abschied, Tod und

Trauer, Liebe, Sehnsucht. Besonders ältere Menschen tragen häufig einen ganzen Lieder-Schatz in sich, das aktive Singen kann Hilfe sein bei der Reflexion und Bearbeitung eigener Lebensthemen im Angesicht des bevorstehenden Todes. Dabei kann im Liedtext etwas sonst Unaussprechbares ins Wort finden. Häufig werden auch Wünsche nach altvertrauten Kirchenliedern geäußert, ein Rückbezug auf persönliche religiöse Bindungen kann Halt geben im Bewusstwerden des nahen Lebensendes.

Eine instrumentale Begleitung des Gesangs kann Weite und eine Öffnung des Raumes bewirken, besonders Saiteninstrumente mit ihrem nachklingenden Ton sind dafür geeignet (vgl. **Mangold/Oerter**, 1999). Auch wird nach meinem Empfinden der dichte Beziehungsraum, der im Singen entsteht, hineingestellt in einen klanglich umfassenden Rahmen, was zu einer inneren Regulationsmöglichkeit von Nähe und Distanz im inter-personellen Geschehen beitragen kann. Zwischen den begleiteten Liedern können einfache Instrumental-Zwischenspiele zu einer Entspannung des Patienten beitragen; hier verbinden sich aktives und rezeptives Vorgehen.

Häufig kommt es vor, dass zunächst mit dem Todkranken gemeinsam gesungene Lieder von persönlicher Bedeutung, in der terminalen Sterbephase noch einmal vorgesungen, zu einem letzten, möglicherweise Halt und Begleitung bietenden Angebot im Übergang werden können; hier sind meist auch die Angehörigen mit angesprochen und berührt.

3.4 Das Monochord

Das Monochord wird den sog. archaischen Musikinstrumenten zugeordnet, gemeinsam mit Klangschalen, Rasseln, Gong, Trommeln. Charakteristisch sind die mono-chromalen Klänge, deren Klangfarbe sich aus der spezifischen Zusammensetzung und Gewichtung ihres Obertonspektrums ergibt; Musik dieser Art wurde seit alters her in kultischen und heilerischen Kontexten verwendet (vgl. **Timmermann**, 2004).

Der besondere sphärenhafte Klang-Raum des Monochords mit seinen frei spielenden Oberton-Melodien lädt besonders dazu ein, sich einhüllen und tragen zu lassen, auch, den aufsteigenden Bildern und Phantasien freien Raum zu geben. Aus diesem Grund wird das Monochord in der einschlägigen Literatur als besonders geeignet erwähnt in der Begleitung von sogenannten „Klangreisen“ als wirksame Möglichkeiten zur Linderung körperlicher und seelischer Schmerzen, bis hin zu tiefen Erfahrungen

(auch spirituellen) Aufgehoben-Seins (**Baumann/Bünemann**, 2009, S. 47f). Das durch solche offenen Klänge ohne konkrete Form gleichermaßen mögliche Zutagetreten von unangenehmen und beängstigenden Gefühlen und seine eventuellen Hintergründe wurden weiter oben schon näher betrachtet (vgl. Kap.III.4).

Wird die besondere Verbindung der Monochord-Klänge zu Gefühlen des ‚Eins-Seins‘, der ‚ozeanischen Selbstentgrenzung‘, zu Ur-Erfahrungen der Geborgenheit (vgl. ebd.) in Zusammenhang gebracht mit der Betrachtungsweise des Musikinstrumentes als ‚Übergangsobjekt‘ im Sinne Winnicotts, so kann der entstehende Klang-Raum auch als ein ‚intermediärer Raum‘ aufgefasst werden (vgl. **Schönhals-Schlaudt**, 1999), in seiner Mittlerfunktion zwischen äußerer Realität und innerer Wirklichkeit. Diesen intermediären Raum „als Raum des Überganges in umgekehrter Weise zu sehen, das lehrt die Arbeit in der Sterbebegleitung.“ (ebd., S. 50) Im umhüllenden Klang-Schwingungsraum bleibt der Sterbende mit seinen Begleitern verbunden und kann sich darin gleichzeitig dem im Sterbeprozess geforderten Rückzug aus der äußeren Umwelt in eine zunehmend sich nach innen öffnende Welt überlassen. „Der intermediäre Raum des Übergangs ist der Sterbeprozess selbst.“ (ebd.) Auch hier wird also eine statthabende Umkehrung der Symbolfunktion angedeutet, wie sie **Dehm-Gauwerky** unter psychoanalytischem Blickwinkel in ihrer Studie (2006) ausführlich erarbeitet.

3.5 Instrumenten-Angebot zur Improvisation

Häufig regen die zunächst rezeptiv angebotenen Klänge und/oder gesungenen Lieder den Patienten dazu an, auch selbst ein Instrument in die Hand zu nehmen und auszuprobieren. Dazu sollte ein kleines Repertoire an leicht spielbaren und sinnlich ansprechenden Instrumenten bereitgestellt werden; dies könnte z. B. umfassen: Sansula, Kalimba, Glockenspiel, kleine Perkussion-Instrumente, evt. auch kleine Bongos, eine ocean drum. Kantele und Leier als eher zarte Saiteninstrumente wirken einladend zum Spielen einfacher Lieder oder freier Melodien.

So entwickelt sich häufig ein Wechselspiel zwischen Liedern, Gespräch, freier Improvisation (vgl. auch **Baumann/Bünemann**, 2009, S. 51f). Die erzielten Wirkungen können reichen von einfacher Entspannung und innerlichem Zur-Ruhe-Kommen über Anstöße zur Biographie-Arbeit bis zur Ermöglichung von Ausdruck und Bearbeitung quälender Gefühle und persönlicher konflikt-besetzter Themenbereiche. Dabei sollte in der besonderen Situation der Sterbebegleitung

immer mit bedacht werden: jede therapeutische Begegnung kann die letzte sein vor dem Tod des Patienten und bedarf deshalb eines sorgsam gestalteten Abschlusses!

4. Sensibilisierung der Helfer

4.1 Begegnung zwischen Hospizhelfern und Musiktherapie

Die ehrenamtliche Hospizhelferin nimmt im Rahmen der Ambulanten Hospizarbeit eine wichtige Position ein. Ab dem Zeitpunkt ihrer Vermittlung an den betroffenen Patienten durch die hauptamtliche Palliative-Care-Fachkraft übernimmt sie in Eigenverantwortlichkeit die Begleitung des Betroffenen und hält den nötigen Kontakt zu der Familie aufrecht. Zwar gestalten sich Intensität, Umfang und die Länge der Betreuung individuell sehr verschieden, gleichwohl entwickelt sich häufig ein stabiles Vertrauensverhältnis, das alleine schon eine stützende Wirkung entfalten kann. In Anbetracht ihrer Nähe zu dem sterbenden Menschen und der damit verbundenen Einschätzungsmöglichkeit seiner besonderen Bedürfnisse kann sie eine hilfreiche Brücke sein, um gegebenenfalls die Hinzuziehung einer Musiktherapeutin anzubahnen. Das setzt voraus zum einen das Wissen um ein solches Angebot, vor allem aber auch eine Vorstellung und eigene Erfahrung von Musik und deren therapeutischen Möglichkeiten, wozu das geschilderte Fortbildungsangebot für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des regionalen Hospizdienstes einen ersten Beitrag liefern sollte.

Die positive Annahme der Veranstaltung sowie das deutlich gezeigte persönliche Interesse der Teilnehmer sowie ihre Bereitschaft, sich auf Musik in diesem Kontext einzulassen, dürfen meines Erachtens durchaus auch als Zeichen für die Relevanz und Sinnhaftigkeit des Vorhabens gedeutet werden. Allerdings kann eine einmalige Berührung kaum als ausreichend betrachtet werden, um einen neuen Erfahrungsbereich als handlungsleitend zu etablieren. Hier bedürfte es sicher wiederholter Angebote für die Helfer, um der beabsichtigten Vermittlerrolle ein Fundament zu bieten, wodurch sie in der Praxis zu einem selbstverständlichen Baustein hospizlicher Begleitung werden könnte.

Die Aufnahme musiktherapeutischer Themen in das Ausbildungs-Curriculum der ehrenamtlichen Begleiter und Begleiterinnen wäre eine gute Basis für eine ‚primäre Sensibilisierung‘ bezüglich musiktherapeutischer Möglichkeiten. Selbsterfahrung, Bearbeitung persönlicher Themen im Zusammenhang mit Sterben und Verlust sowie

die Reflexion über die eigene (Helfer)rolle sind zentrale Ausbildungsinhalte. Ihre Bearbeitung auch mit musiktherapeutischen Methoden böte sich an und könnte ein basales Erfahrungs-Wissen vermitteln, wozu nur noch einige theoretische Hinweise hinzutreten müssten, um ein Stück ‚musiktherapeutisches Denken‘ von Anfang an grundzulegen. In der begleitenden Supervision der in der Hospizarbeit Tätigen, sei es ehren- oder hauptamtlich, könnte die Musiktherapie ebenfalls bereichernde Möglichkeiten anbieten.

4.2 Beziehung und Resonanz

Die musiktherapeutische Beschäftigung mit dem Klanglich-Musikalischen als einem wesentlichen Element und Wirkfaktor in der zwischenmenschlichen Beziehung bietet Ansatzpunkte zu einer dahingehenden Sensibilisierung der Begleitenden. Allein schon eine gewisse Bewusstwerdung für die eigene Stimme, für Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit, für den gewählten Stimmklang, kann im Umgang mit dem Sterbenden zu einer verbesserten *Abstimmung* mit ihm beitragen. Im Hören bleibt der Mensch in der Sterbephase noch empfänglich, wenn die anderen Sinne sich schon zurückgezogen haben!

Stimmklang ist Schwingung, und als solche kann sie nur wirksam werden, wenn sie ‚Anklang‘ findet in einem Gegenüber, das diese Schwingung erkennt und aufnimmt, so dass etwas in ihm ebenfalls mitzuschwingen beginnt. Für das *Mitschwingen eines Körpers beim Erklängen seines Eigentons* wird, zunächst im physikalisch-akustischen Sinne, der Begriff der *Resonanz* verwendet. Aber auch in einem erweiterten Sinne sprechen wir von der ‚Resonanz‘, die wir im Anderen gefunden haben, und meinen dann ein emotionales Mitschwingen als ein Beziehungsphänomen, nämlich „das *Mitansprechen von Gefühlen bzw. den Widerhall, den Gefühle, Gedanken, Äußerungen anderer Menschen bei mir auslösen.*“ (Gindl, 2002; *Hervorhebungen im Original*)

Die Musik- und Psychotherapeutin Barbara Gindl hat diesem „Anklang – Die Resonanz der Seele“ in ihrem gleichnamigen Buch auf vielerlei Weise nachgespürt und vielschichtige Verbindungen zwischen den Resonanzphänomenen auf physischer, biologischer, psychischer und geistiger Ebene aufgezeigt. Ihr „Versuch einer dialogischen Sichtweise“ (ebd. S. 30ff) bringt das physikalisch-materielle mit dem psychologisch-geistigen, immateriellen Resonanzverständnis in eine sich

gegenseitig durchdringende Wirkungsbeziehung, deren Beachtung in einer therapeutischen Begleitung sie als wesenhafte Grund-Haltung des Therapeuten/der Therapeutin herausstellt. Aus einer Haltung der emotionalen ‚Resonanzbereitschaft‘ erwachsen ‚Achtsamkeit‘ und ‚Mitgefühl‘ als Basis für eine wahrhaft heil-same Beziehung (vgl. ebd., S. 155ff). ‚Therapeutisches Tun‘ erwächst dann aus einem ‚therapeutischen Sein‘, therapeutische Interventionen sind an die innere Intuition angeschlossen und dadurch authentisch (vgl. ebd., S. 166).

Die Musik nun bietet einen Raum, in dem sich „diese Resonanz (als grundlegende Verbundenheit) [...] über gemeinsame Erfahrungen mit dem Medium Musik *entwickeln* [kann; M.A.].“ (ebd., S. 167; *Hervorhebung* im Original). In der praktischen musikalischen Interaktion kann also das Erspüren der mir entgegengebrachten Resonanz sowie die eigene Resonanzfähigkeit gegenüber dem Anderen eingeübt und erweitert werden.

Nun geht es im Dienst der Hospizhelferin ja nicht um eine therapeutische Begleitung des Sterbenden, sondern um ein mit-menschliches Da-Sein, um ein kleines Stück Anteilnahme bzw. Anteilgabe am letzten Wegstück eines Menschen. Aber auch hier geschieht Beziehung zwischen Menschen, in einem zutiefst existenziellen Kontext! Gerade da, wo Worte versagen oder nicht mehr möglich sind, kommt dem Averbalen, Schwingungsmäßigen in der Begegnung, Musikalischem im weitesten Sinne, verstärktes Gewicht zu.

Hier mögen auch Anklänge zu finden sein an frühes menschliches Erleben im entwicklungspsychologischen Sinne, als die Grundlegung von Beziehungserfahrung erfolgte in Form (mehr oder weniger) gelingender wechselseitiger Resonanzprozesse zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson: im körperlichen Gehaltensein, im zugewandten Kontakt, im Erleben wechselseitiger Responsivität und Interaffektivität (vgl. **Gindl**, 2002, S. 86ff). Gerade in diesem frühen Beziehungserleben spielen ‚musikalische‘ Parameter wie Rhythmus (z. B. die Bio-Rhythmen von Mutter und Kind, Bewegungsrhythmen und deren Angleichung in Synchronisationsprozessen), Klang (der mütterlichen Stimme, der kindlichen Lautäußerungen), Dynamik (in den Vitalitätsaffekten) eine entscheidende Rolle (vgl. ebd.).

An dieser Stelle nun könnte, nicht in der Vermittlung entwicklungspsychologischen Spezialwissens oder besonderer ‚Resonanztechniken‘, sondern mittels einfacher musiktherapeutischer Angebote im Sinne von Selbsterfahrung für die

Hospizbegleiterinnen, eine Möglichkeit eröffnet werden zu einer Sensibilisierung und Schulung der eigenen Achtsamkeit und Empfangsbereitschaft für die Schwingungs- und Resonanzprozesse in der Begegnung mit dem anderen Menschen. Dies könnte durchaus zu einer besonderen Fachkompetenz unserer Profession vertieft und in verschiedenste Bereiche eingebracht werden, immer da, wo es um menschliche Kommunikation und Beziehung geht!

4.3 Ressource Musik

Diesen Abschnitt meiner Arbeit verdanke ich dem Anstoß einer entfernten Bekannten (vgl. Kap. III.3.2), die mich von sich aus anrief, nachdem sie über Dritte von meiner thematischen Beschäftigung mit Musiktherapie und Sterbebegleitung gehört hatte. Es sei ihr ein Bedürfnis, mir von ihrer persönlichen Erfahrung mit Musik in der Sterbebegleitung ihres Vaters zu berichten, die schon einige Jahre zurück läge. Dieser habe seine letzten Lebensjahre in dem klaren Wissen um seinen baldigen Tod verbracht (es bestand bei ihm die Diagnose einer progredienten Hepatitis C ohne Heilungsmöglichkeit). Er sei ein „tapferer, würdevoller Mann“ gewesen, „korrekt, aber mit Herz“, beruflich bis zu seinem krankheitsbedingten Ausscheiden als Beamter in der Verwaltung tätig. Seinen allmählichen körperlichen Verfall musste er mit wachem Geist erleben, er habe alles sehr gefasst ertragen.

Die Tochter wollte ihm einmal eine besondere Freude machen und besorgte mittels längerer Recherchen ein bestimmtes Lied eines vom Vater geliebten Sängers, an das sie sich noch aus ihrer Kindheit erinnerte, als er es häufig abspielte. Als sie dann endlich die Musik dem Vater vorspielen konnte, musste sie mit Bestürzung erleben, dass er leise zu weinen begann, „und ich wollte ihm doch eine Freude machen!“, sagte sie unsicher am Telefon zu mir. Sie sei sehr erschrocken gewesen, habe nicht zu reagieren gewusst, zu ungewohnt sei dieser Gefühlsausdruck seitens des Vaters gewesen, der zeit seines Lebens so beherrscht und kontrolliert war! Er habe bald wieder aufgehört zu weinen, es gab keine weiteren Worte dazu, der Vater starb einige Zeit später.

Dieses Erlebnis hatte sich der Tochter tief eingepägt, noch immer konnte sie nicht einordnen, was damals im Vater geschehen war, und ob sie nicht einen Fehler begangen und ihn verletzt hatte. Die gegen Ende unseres Telefonats sich entwickelnden Gedanken, dass im Vater damals etwas ins Fließen gekommen war, er vielleicht erstmalig in Berührung kommen konnte mit seinen Gefühlen der

Traurigkeit, der Wehmut, des anstehenden Abschieds, und dies auch einen Ausdruck gefunden hatte in seinen Tränen, so dass sie ihm möglicherweise doch ‚etwas Gutes‘ getan haben könnte, nahm sie als eine neue Betrachtungsweise auf das damalige Geschehen, halb zögernd, halb erleichtert, entgegen.

Ihre am Schluss an mich gerichtete Anregung zu weiteren „Nachforschungen an der Basis“, bezüglich der Präsenz von Musik am Sterbebett, jenseits von professionellen Hintergründen, veranlasste mich zu drei weiteren Gesprächen mit Menschen, die mir von ihren persönlichen Erfahrungen dazu erzählten. In verschiedener Art und Weise war Musik im Sterbeprozess wichtig geworden, häufig als emotionale Brücke zu alten Erinnerungen, oder als Ausdruck für sonst nicht Sagbares; das Singen von Abend- und Wiegenliedern, aber auch von Kirchenliedern, wurde mehrmals erwähnt. Das gemeinsame Anhören einer geliebten Musik wurde zum Erlebnis einer Nähe jenseits der Worte.

Ausdruck und Unterstützung in und durch die Musik zu suchen in besonderen Lebenssituationen ist sicher nicht der Musiktherapie vorbehalten, sondern eine dem Menschen innewohnende Neigung, die sich auch in seiner ganzen Kulturgeschichte zeigt. Die Musik-Therapie jedoch setzt das *Medium* Musik *gezielt* ein zu *therapeutischen Zwecken* und hat als Fundament die bewusst gestaltete *therapeutische Beziehung* (vgl. **Oberegelsbacher**, 2008).

In unserem Kontext lässt sich aus dem eben Gesagten eine doppelte Aufgabe bzw. Möglichkeit für den Musiktherapeuten/die Musiktherapeutin im Rahmen der ambulanten Hospizarbeit ableiten. Zum einen könnten für die begleitenden Angehörigen, z. B. in einer vom Hospizdienst angebotenen Abendveranstaltung, Informationen und Anregungen gegeben werden zum Miteinbezug der Musik in ihrem alltäglichen Umgang mit dem Sterbenden (und vielleicht auch mit sich selbst!). Aus dem fachlichen Hintergrund heraus, der auch um die, für den Laien evt. unerwarteten, Wirkungen der Musik weiß, kann hier eine Heranführung an die Ressource Musik und somit Unterstützung und Ermutigung der Angehörigen in ihrem schweren Dienst erfolgen. Zum andern wäre bei dieser Gelegenheit deutlich die Unterscheidung zur Musik-*Therapie* herauszustellen, was gleichermaßen eine Abgrenzung wie auch eine Möglichkeit zum weiterführenden Angebot einer professionellen musiktherapeutischen Begleitung beinhaltet.

5. Information und Netzwerkarbeit

Informationen zur Musiktherapie an geeigneten Stellen einbringen, auf musiktherapeutische Möglichkeiten hinweisen, zu entsprechenden Angeboten einladen, diese ‚Bausteine‘ werden beim Bau eines ‚Begegnungsraumes‘ als fundament-bildend angesehen werden müssen, so konnte ich es auch immer wieder in den Telefonaten hören, die ich mit einigen erfahrenen Musiktherapeutinnen führen konnte, alle ausgewiesene Expertinnen in der musiktherapeutischen Arbeit in Palliativmedizin und Sterbebegleitung.

Meine Frage nach eigenen Erfahrungen mit Musiktherapie in der ambulanten Hospizarbeit mussten alle Gesprächspartnerinnen verneinen, zwei von ihnen erwähnten je eine private ambulante Begleitung. Musiktherapeutische Arbeit im ambulanten Hospizdienst wird zwar uneingeschränkt als sinnvolle Möglichkeit mit großem heilsamem Potential angesehen, doch erscheint die praktische Einführung solcher Angebote als ein mit vielen Schwierigkeiten verbundenes Unterfangen!

Die Aussagen dazu seitens *Musik auf Rädern* wurden schon erwähnt (Kap. IV.1.1), die Betonung der Wichtigkeit umfassender Informations- und Netzwerkarbeit zog sich durch alle Gespräche. Zentraler Stellenwert wird der Informationsarbeit innerhalb der Gruppe potentieller ‚Multiplikatoren‘ zugewiesen, nämlich bei Hausärzten, den ambulanten Pflegediensten, niedergelassenen Palliativmedizinern, Seelsorgern. Diesen Personengruppen, die ja im persönlichen Kontakt mit den Patienten stehen, die Musiktherapie mit ihren heilsamen Möglichkeiten überzeugend nahe zu bringen, kann als Türöffner dienen zu den potentiellen Klienten.

Als eine Schwierigkeit häuslicher Angebote wird die Frage nach dem ‚Auftraggeber‘ angesehen. Die Sterbenden selber und ihre Familien haben von sich aus naturgemäß kaum eine Vorstellung von Musiktherapie, viel weniger noch werden sie eigeninitiativ musiktherapeutische Begleitung suchen. Umso wichtiger ist hier eine gute Vernetzung der Professionen, um die jeweils als not-wendend erkannten Therapie- und Hilfsangebote zu vermitteln. In einem Hospiz oder auf einer Palliativstation kommen die Patienten gegebenenfalls ‚automatisch‘ in eine erste Berührung damit, hier wäre ein Anknüpfungspunkt gegeben für musiktherapeutische Angebote im Sinne einer nachsorgenden Weiterbehandlung nach der Entlassung.

An dieser Stelle ist sicher auch eine Benachteiligung ambulant hospizlich betreuter Menschen gegenüber den Hospizbewohnern zu verzeichnen. Letztere haben meist

Zugang zu begleitenden therapeutischen Maßnahmen wie z. B. Musik- oder Atemtherapie, während beim zu Hause Sterbenden über das Körperliche hinausgehende Angebote kaum zum Tragen kommen.

Informations- und Fortbildungsveranstaltungen innerhalb der Ambulanten Hospizdienste, für die ehrenamtlichen Helfer ebenso wie für das hauptamtliche Pflegepersonal, sollen die Möglichkeit bieten zu persönlicher (Selbst)erfahrung und Berührung mit der Musik in therapeutischen Zusammenhängen. Solches zum selbstverständlichen Bestandteil hospizlicher Aus- und Fortbildung werden zu lassen, erscheint mir als ein basales Element in einem zukunftsweisenden Konzept zur Etablierung der Musiktherapie im ambulanten Kontext.

In allen Bemühungen darf einer mangelhaften Resonanz auf einen engagierten ersten Vorstoß nicht der entmutigte Rückzug folgen, sondern es könnten im zu schwachen Widerhall vielleicht sogar die fehlenden Töne erlauscht und in ein erneutes Angebot mit aufgenommen werden!

Schlussbetrachtung und Ausblick

Ein Ausgangspunkt meiner Arbeit war, wie in der Einleitung bekundet, die Absicht, dem existenziellen Lebens-Thema von Sterben und Tod weiter nachzugehen – dieser Intention scheinen die sich späterhin entwickelnden Ereignisse rund um den ‚Projektversuch‘ geradezu entgegengekommen zu sein! Jedoch konnte diese ‚Sinnhaftigkeit‘ einer rückwärtig überschauenden Perspektive im Geschehen selbst nur empfunden werden als ein absolutes Scheitern: das vermeintlich gut geplante und begonnene Bestreben, Musiktherapie als heilsame Unterstützung anzubieten in der Begleitung sterbender Menschen, wurde nach anfänglich bereitwilliger Annahme abrupt gestoppt, zum Abbruch gezwungen, unerwartet und ohne (zunächst) verständliche Hintergründe.

Im Erleben des Scheiterns kann sich eine ‚Weggabelung‘ auftun: eine Möglichkeit ist der Weg in die Resignation und das Aufgeben der Vision, eine gangbare Alternative wäre es, den vorhandenen Hindernissen nach- oder entgegen zu gehen, sie versuchen zu benennen, ihnen ins Gesicht zu schauen! Hilfreich auf einem solchen ‚steinigen‘ Weg werden dann sein die Erfahrung von Ermutigung und Begleitung (die den eigenen Mut wieder hervorlocken!) – vielleicht könnte die so beschrittene mühsame Wegstrecke sogar zu einem bisher versteckten fruchtbaren Acker führen!

Der unvermittelte Abbruch meines Projektversuchs zu einem häuslichen musiktherapeutischen Angebot erhielt eine sich wandelnde Bedeutung in dem Moment, als er in Beziehung gesetzt werden konnte mit dem Gesamtthema, um das es hier geht – um die Auseinandersetzung mit dem Tod, als der letzten und tiefsten Abbrucherfahrung unseres Lebens. Unter diesem Blickwinkel betrachtet, kann dem Geschehen rund um das Projekt fast eine ‚szenische‘ Bedeutung zuerkannt werden!

In der nachgehenden Reflexion der äußeren Gründe und Hindernisse, die zum vorzeitigen Ende des Projektes beigetragen hatten, zeigte sich eine Spur zu vielschichtigen Polaritätszusammenhängen, wiederum hinweisend auf die Ur-Polarität von Leben und Sterben als der hier zentralen Thematik. Die Annäherung an die ‚Polaritäten-Paare‘ *Befriedung und Angst, Identifikation und Abgrenzung, Gemeinschaft und Intimität, Miteinander und Gegeneinander* führte zum Erkennbarwerden ihrer vielfältigen Verbindungen und Wirksamkeiten, wie sie sich in dem Feld der Sterbebegleitung entfalten. Wenn sich mit Hilfe dieser vertiefenden

Betrachtungsweise und deren Berücksichtigung bei der Weiterverfolgung des anvisierten Zieles aus den Hindernissen und ‚Stolpersteinen‘ des begonnenen Weges Teile eines Fundaments entwickeln könnten, auf dessen Basis ein Begegnungsraum entstehen könnte für Ambulante Hospizarbeit zusammen mit Musiktherapie, wäre das ‚Scheitern‘ nicht vergeblich gewesen!

So finde ich mich am Ende in dem gleichen Wunsch wieder wie am Anfang dieser Arbeit, nämlich etwas des hier mehr oder weniger theoretisch Niedergelegten in die gelebte Praxis umzusetzen! Und dennoch scheint mir ein not-wendiger und wohl nicht zu überspringen gewesener Schritt getan worden zu sein in der Annäherungsarbeit zwischen häuslicher Sterbebegleitung und Musiktherapie. Jetzt wird es darauf ankommen, auf dem begonnenen Weg weiter zu schreiten und die bereit liegenden Steine in die Hand zu nehmen, um mit dem realen Bau des Begegnungsraumes zu beginnen!

Literaturverzeichnis

AG SAPV: Stellungnahme der AG SAPV (DHPV, DGP, IG SAPV) zum Bericht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2009, 19.02.2010; Online verfügbar unter: AG SAPV <http://www.ag-sapv.de/stellungnahmen-ag-sapv.html> [17.04.2011]

Albrecht, Elisabeth/Orth, Christel/Schmidt, Heida: Hospizpraxis. Ein Leitfaden für Menschen, die Sterbenden helfen wollen. Freiburg im Breisgau 2002

Aldridge, David/Dembski, Martina (Hrsg.): MUSIC THERAPY WORLD. Musiktherapie. Diagnostik und Wahrnehmung, Witten/Herdecke 2002

Aldridge, David: Familien, Karzinome und das Sterben. In: Aldridge, David/Dembski, Martina (Hrsg.): MUSIC THERAPY WORLD. Musiktherapie. Diagnostik und Wahrnehmung, Witten/Herdecke 2002

Appel, Monika: Musiktherapeutisches Angebot in der Ambulanten Hospizarbeit, unveröffentlichte Hausarbeit, Fachhochschule Frankfurt am Main, 2010

Arbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie: Berufsbild der Musiktherapie in der Onkologie und Hämatologie mit Erwachsenen, 2006; Online verfügbar unter: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=487> [17.04.2011]

Aulbert, E./Klaschik, E./ Schindler, Th. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6: Palliativmedizin im ambulanten Sektor, Stuttgart 2004

Aulbert, Eberhard/Nauck, Friedemann/Radbruch, Lukas (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart 2008

Baumann, Martina/Bünemann, Dorothea: Musiktherapie in Hospizarbeit und Palliative Care, München 2009

Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e. V. (Hrsg.): Jahrbuch Musiktherapie, Band 2/2006: Schöpferisches Potential der Musiktherapie vor dem Hintergrund gegenwärtiger Rahmenbedingungen, Wiesbaden 2006

Bödiker, Marie-Luise: Ehrenamtliche in der Hospizarbeit. Mit aufrechtem Gang trotz schwerem Gepäck. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (Hrsg.): Ambulante Hospizarbeit. Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit – Teil 1., Wuppertal 2004

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (Hrsg.): Ambulante Hospizarbeit. Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit – Teil 1., Wuppertal 2004

Burgheim, Werner (Hrsg.): Im Dialog mit Sterbenden. Zuhören, Reden, Sich verstehen, Merching 2005

Dehm-Gauwerky, Barbara: Inszenierungen des Sterbens – innere und äußere Wirklichkeiten im Übergang. Eine psychoanalytische Studie über den Prozess des Sterbens anhand der musiktherapeutischen Praxis mit altersdementen Menschen, Marburg 2006

Decker-Voigt, Hans-Helmut/Oberegelsbacher, Dorothea/Timmermann, Tonius: Lehrbuch Musiktherapie, München 2008

Deuter, Martin: Polaritätsverhältnisse in der Improvisation, Wiesbaden 2010

Deuter, Martin: Atmosphären – Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung, Musiktherapeutische Umschau 2005, 26/3, S. 222-235

DHPV (a): Hospizbewegung und Palliativmedizin – Wege in die Zukunft. Begrifflichkeiten, Standortbestimmung, Perspektiven. Fachtagung des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e.V. am 10.10.2009 im Forum am Schlosspark in Ludwigsburg. Online verfügbar unter: http://hospiz-bw.de/dhpv_fachtage [21.01.2011]

DHPV (b): Ludwigsburger Resolution. Hospizbewegung und Palliativmedizin nur gemeinsam und integrativ denkbar, 10. Oktober 2009
Online verfügbar unter: http://hospiz-bw.de/dhpvfachtag_2009 [17.04.2011]

DMTG (Deutsche MusikTherapeutische Gesellschaft),
Online unter: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=167> [17.04.2011]

Dreifuss, Esther/Meerwein, Fritz: Die Psychotherapie Sterbender – der Beitrag der Psychoanalyse. In: Petzold, Hilarion/Rösing, Ina (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie, Paderborn 1992

Ebert, Andreas/Godzik, Peter (Hg.): Verlaß mich nicht, wenn ich schwach werde. Handbuch zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender, Rissen 1993

Frohne-Hagemann, Isabelle (Hrsg.): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis, Wiesbaden 2004

Gebser, Jean: Ursprung und Gegenwart. Fundamente und Manifestationen der aperspektivischen Welt, Stuttgart 1966

Geigges, Werner: Familienprozesse bei Krebskrankheiten. In: Uexküll: Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Herausgegeben von Rolf H. Adler, Jörg Michael Herrmann, Karl Köhle, Wolf Langewitz, Othmar W. Schonecke, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack, München 2008

Gibran, Khalil: Der Prophet, München 2009

Gindl, Barbara: Anklang – Die Resonanz der Seele. Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung, Paderborn 2002

Graf, Gerda: Ambulante Hospiz- und Palliativdienste – Definitionen und gesetzliche Bestimmungen. In: Aulbert, E./Klaschik, E./ Schindler, Th. (Hrsg.): Beiträge zur Palliativmedizin, Band 6: Palliativmedizin im ambulanten Sektor, Stuttgart 2004

Grof, Stanislav: Das Abenteuer der Selbstentdeckung, Reinbek bei Hamburg 1994

Gronemeyer, Reimer: Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können, Frankfurt am Main 2008

Gronemeyer, Reimer/Loewy, Erich H. (Hrsg.): Hospize in Europa – Ansätze zu einem Vergleich, Münster 2002

Haslbeck, Jörg W.: Die Situation von Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung und ihre Erfahrungen mit Palliative Care. In: Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e. V. (Hrsg.): Ambulante Hospizarbeit. Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit – Teil 1., Wuppertal 2004

Heinze, Susanne: Wenn eine Melodie verklingt ... Musiktherapie in der Sterbebegleitung. In: Wiener Beiträge Zur Musiktherapie Band 7, Wien 2005

Heller, Birgit: Gibt es eine Zukunft für die Hospizbewegung? Vortrag zum Thema, gehalten auf der Tagung: DHPV: Hospizbewegung und Palliativmedizin – Wege in die Zukunft. Begrifflichkeiten, Standortbestimmung, Perspektiven. Fachtagung des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e.V. am 10.10.2009 im Forum am Schlosspark in Ludwigsburg.

Online verfügbar unter: http://hospiz-bw.de/dhpv_fachtage [21.01.2011]

Hennings, Ute: Onkologie und Musiktherapie. In: Lexikon Musiktherapie, herausgegeben von H.-H. Decker-Voigt und E. Weymann, Göttingen 2009

Hess, Peter: Musikpsychotherapie mit archaischen Klangkörpern. In: Musiktherapeutische Umschau 1999 Band 20, S. 77-92

Hilliard RE: The Effects of Music Therapy on the Quality and Length of Life of People diagnosed with Terminal Cancer. Journal of Music therapy 2003 , 40, S. 113-137; Abstract online verfügbar unter:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14505443?dopt=AbstractPlus&holding=f1000,f1000m,isrcn> [17.04.2011]

Horne-Thompson A: Expanding from Hospital to Home Based Care: Implications for Music Therapists Working in Palliative Care, Australian Journal of Music Therapy 2003 , 14, S. 38-49

Jung, C. G.: Mensch und Kultur; Grundwerk C. G. Jung in neun Bänden, Band 9, Olten 1985

Keller, Barbara/Klären, Cornelia/Pfefferle, Ursula: Musik auf Rädern GbR - ambulante Musiktherapie – Gründung und Etablierung eines Dienstleistungsunternehmens und Erfahrungen aus der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen. In: Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e. V. (Hrsg.): Jahrbuch Musiktherapie, Band 2/2006: Schöpferisches Potential der Musiktherapie vor dem Hintergrund gegenwärtiger Rahmenbedingungen, Wiesbaden 2006

Klangbrücken, Bericht in der Frankfurter Rundschau vom 16.11.2009; Online verfügbar unter: <http://www.fr-online.de/rhein-main/musiktherapie-fuer-demenzranke/-/1472796/3263562/-/index.html> [17.04.2011]

Koch, Uwe/Lang, Klaus/Mehnert, Anja/Schmeling-Kludas (Hrsg.): Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung, Stuttgart 2006

Kübler-Ross, Elisabeth: Interviews mit Sterbenden, Stuttgart 1983

Langer, Susanne K.: Philosophie auf neuem Wege. Das Symbol im Denken, im Ritus und in der Kunst, Frankfurt am Main, 1984

Lexikon Musiktherapie, herausgegeben von H.-H. Decker-Voigt und E. Weymann, Göttingen 2009

Mager, Andreas: Musiktherapie zuhause, Musiktherapeutische Umschau 2006, 27/3, S. 261-264

Mangold, Isabel/Oerter, Ulrike: „...Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen.“ Zur besonderen Situation der Musiktherapie am Krankenbett, Musiktherapeutische Umschau 1999, 20, S. 349-357

Metz, Christian: Hospizbewegung und/oder Palliative Care: zwei Seiten einer Medaille? Zur organisatorischen Implementierung und Weiterentwicklung der Hospiz-Idee. In: Gronemeyer, Reimer/Loewy, Erich H. (Hrsg.): Hospize in Europa – Ansätze zu einem Vergleich, Münster 2002

Munro, Susan: Musiktherapie bei Sterbenden, Stuttgart 1986

Musik auf Rädern – Ambulante Musiktherapie GbR;

Online unter: <http://www.musikaufraedern.de/> [17.04.2011]

Oberegelsbacher, Dorothea: Definition. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Oberegelsbacher, Dorothea/Timmermann, Tonius: Lehrbuch Musiktherapie, München 2008

Otterstedt, Carola: Die Symbolsprache Sterbender. In: Burgheim, Werner (Hrsg.): Im Dialog mit Sterbenden. Zuhören, Reden, Sich verstehen, Merching 2005

Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung (Hrsg.): HPCV-Studie 2010: Im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Wirklichkeit – Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland. Sonder Hospiz Info Brief 3/10
Online verfügbar unter: <http://www.hospize.de/servicepresse/hospizstatistik.html>;
[17.04.2011]

Petzold, Hilarion/Rösing, Ina (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatothérapie, Paderborn 1992

Pfeffer, Christine: „Hier wird immer noch besser gestorben als woanders“. Eine Ethnographie stationärer Hospizarbeit, Bern 2005

Pfefferle, Ursula: „Behutsam will ich dir begegnen...“. Musiktherapie im Hospiz, Diplomarbeit am Fachbereich Musiktherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität, Münster 2003; Online verfügbar unter:
<http://www.musiktherapie.de/index.php?id=339>; [17.04.2011]

Platzbecker, Gisela: Musiktherapeutische Konzepte in der Palliativmedizin, unveröffentlichte Masterarbeit an der Fakultät für Musiktherapie der SRH Hochschule Heidelberg, 2010

Radbruch, Lukas/Nauck, Friedemann/Aulbert, Eberhard: Grundlagen der Palliativmedizin. Definition, Entwicklung und Ziele. In: Aulbert, Eberhard/Nauck, Friedemann/Radbruch, Lukas (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart 2008

Rahmenvereinbarung nach §39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010; Online verfügbar unter:
<http://www.google.de/#hl=de&source=hp&q=rahmenvereinbarung+ambulante+Hospizarbeit&aq=f&aql=&aqi=&aqj=&aqk=&aqm=&aqn=&aqo=&aqp=&aqz=&aqz=&fp=965a090ba96e8c12> [17.04.2011]

Rank, Otto: Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse, Wien 1924; zit. in: Zottl, Anton: Otto Rank. Das Lebenswerk eines Dissidenten der Psychoanalyse, München 1982

Rest, Franco: Zur gesellschaftlich-kulturellen Situation Sterbender in Deutschland – eine Standortbestimmung. In: Koch, Uwe/Lang, Klaus/Mehnert, Anja/Schmeling-Kludas (Hrsg.): Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung, Stuttgart 2006

Rest, Franco: Sterbebeistand Sterbebegleitung Sterbegeleit. Studienbuch für Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger, Hospizhelfer, stationäre und ambulante Begleiter, Stuttgart 1994

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (Spezialisierte Ambulante PalliativVersorgungsRichtlinie /SAPV-RL) vom 20. Dezember 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 911; zuletzt geändert am 15. April 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger, S. 2190, in Kraft getreten am 25. Juni 2010; Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/>; [17.04.2011]

Rittner, Sabine: Stimme. In: Lexikon Musiktherapie, herausgegeben von H.-H. Decker-Voigt und E. Weymann, Göttingen 2009

Rittner, Sabine: Stimmforschung. In: Lexikon Musiktherapie, herausgegeben von H.-H. Decker-Voigt und E. Weymann, Göttingen 2009

Rittner, Sabine: Stimmung. In: Lexikon Musiktherapie, herausgegeben von H.-H. Decker-Voigt und E. Weymann, Göttingen 2009

Schmid, Wolfgang/Ostermann, Thomas: Home-based music therapy - a systematic overview of settings and conditions for an innovative service in healthcare. BMC Health Services Research 2010, **10**:291; Online verfügbar unter: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/291>

Schmucker, Andrea: Die Klanggeleitete Trance Nach Wolfgang Strobel. Rezeptive Musiktherapie mit Klangarchetypen – eine tiefenpsychologische Methode. In: Frohne-Hagemann, Isabelle (Hrsg.): Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis, Wiesbaden 2004

Seul, Michaela: Ein Abschied in Würde. Sterbebegleitung, Hospiz, Palliativbetreuung, München 2007

Silber, Otto-Heinrich: Klangtherapie – Weg zur inneren Harmonie, Freiburg 2003

Specht-Tomann, Monika/Tropper, Doris: Zeit des Abschieds. Sterbe- und Trauerbegleitung, Düsseldorf 2007

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft2. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden, 2010; Online verfügbar unter: <http://www.google.de/#hl=de&source=hp&biw=&bih=&q=pflegebed%C3%BCrftigkeit+statistik+2010&aq=1&aqi=g2&aql=&oq=Pflegebed%C3%BCrftigkeit+sta&bav=on.2,or.&fp=1> [17.04.2011]

Strittmatter, Gerhard: Einbeziehung der Familie in die Krankenbetreuung und begleitende Familientherapie. In: Aulbert, Eberhard/Nauck, Friedemann/Radbruch, Lukas (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart 2008

Strobel, Wolfgang: Grenzzustände in der Musiktherapie. In: Freies Musikzentrum: Beiträge zur Musiktherapie, Bd.2, München 1996

Student, Johann-Christoph (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, Freiburg 2004

Thomas A: Does Music Therapy Work? Evaluating the Effectiveness of Music Therapy in Community Based Palliative Care. In: Palliative Care Australia Conference, Perth, Australia, Sept. 2009

Das **Tibetische Buch der Toten**, herausgegeben von Eva K. Dargyay und Gesche Lobsang Dargyay, Bern 1999

Timmermann, Tonius: Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Bausteine für eine Lehre, Wiesbaden 2004

Uexküll: Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Herausgegeben von Rolf H. Adler, Jörg Michael Herrmann, Karl Köhle, Wolf Langewitz, Othmar W. Schonecke, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack, München 2008

Uhling, Anja/Anne Wolf: Eine sanfte Revolution. Gespräch mit Johann-Christoph Student, in: Dr. med. Mabuse 163, September/Oktober 2006

Universität Augsburg und DHPV (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband): „Sterben dort, wo man zuhause ist...“. Organisation und Praxis von Sterbebegleitungen in der ambulanten Hospizarbeit. Zentrale Ergebnisse. Dr. Julia von Hayek, Dr. Christine Pfeffer, Prof. Dr. Werner Schneider (Projektleitung), unter Mitarbeit von Roman Erb und Frank Radisch; 2010

Online verfügbar unter: [http://www.philso.uni-](http://www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/interne_medien/schneider/ergebnisse_kurzinfo.pdf)

[augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/interne_medien/schneider/ergebnisse_kurzinfo.pdf](http://www.philso.uni-augsburg.de/de/lehrstuehle/soziologie/sozio3/interne_medien/schneider/ergebnisse_kurzinfo.pdf) [21.01.2011] oder:

<http://www.google.de/#hl=de&source=hp&q=sterben+dort+wo+man+zu+hause+ist&aq=f&aqi=&aql=&oq=&fp=965a090ba96e8c12> [17.04.2011]

Ursprung, Regula: Angehörige in Not. Projekt einer Musiktherapiegruppe, Musiktherapeutische Umschau 1999, 20, S. 392-395

Von Hodenberg, Friederike: Die Stimme in der Sterbebegleitung, Musiktherapeutische Umschau 1999, 20, S. 358-363

Weiber, Erhard: Spirituelle Begleitung in der Palliativmedizin. In: Aulbert, Eberhard/Nauck, Friedemann/Radbruch, Lukas (Hg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Stuttgart 2008

Weihrauch, Birgit (Vorsitzende Deutscher Hospiz- und Palliativverband-DHPV): Zusammenarbeit von Ehrenamt und Hauptamt oder Hospizbewegung und Palliativmedizin – welche Verantwortung haben Politik, Gesellschaft und Gesundheitssystem? Vortrag anlässlich des Ehrenamt-Symposiums im Vorfeld des EAPC-Kongress, Wien, 7. Mai 2009; Online verfügbar unter: http://www.google.de/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hospiz.at%2Fpdf_dl%2FSymposiumDA-SEIN_070509_Weihrauch_D.pdf&rct=j&q=EAPC%20Kongress%20wien%20Weihrauch&ei=08SqTbHHH4aXOqDGwcAJ&usg=AFQjCNGmF2oau_MAAPm4PceE0H4czLAJPw&cad=rja; [17.04.2011]

Weymann, Eckhard: Atmosphäre – ein Grundbegriff für die Musiktherapie, Musiktherapeutische Umschau 2006, 26/3, S. 236-249

Winnicott, Donald W.: Vom Spiel zur Kreativität, Stuttgart 2006

Anhang

A Einladung zur Fortbildungsveranstaltung

B Handout zur Fortbildungsveranstaltung

C Patientenbrief

D Erklärung

Ambulantes Hospiz Kusel,

Ramstein, Landstuhl

Frau
R. S.
Strasse

769

PLZ Ort



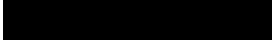
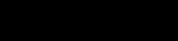
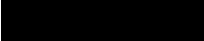
Fortbildung HospizhelferInnen

Liebe Frau S.,

heute ergab sich im Gespräch mit einer aktiven Hospizhelferin ein neues Fortbildungsangebot. Frau Appel, Hospizhelferin der Ramsteiner Gruppe angehörend, absolviert derzeit ein Studium der Musiktherapie in Frankfurt. Im Rahmen ihrer Masterarbeit möchte sie ein Angebot entwickeln, das Musiktherapie gemeinsam mit HospizbegleiterInnen in die ambulante Hospizarbeit einführt. Vielleicht ein paar Einführende Worte ganz allgemein zur Musiktherapie in der Hospizarbeit:

„Musik berührt unser Innerstes – sie begleitet uns, manchmal auch unbewusst, durch unser ganzes Leben. Dadurch kann Musik gerade in den letzten Lebensstagen schwerkranken Menschen Trost sein. Sie kann vermitteln, Sprachlosigkeit überspielen, von Angst und Schmerzen ablenken, Erinnerungen lebendig werden lassen. Und dort, wo Sprache an ihre Grenzen kommt, kann Musik zu Begegnung und zum Ausdruck sterbender Menschen werden.“

Dazu bedarf es für uns als HospizbegleiterInnen, sowohl haupt- als auch ehrenamtlicher Art, einer Einführung in die theoretischen Hintergründe und die praktische Gestaltung. **Diese Einführung soll am 09. November von 17 bis max. 20 Uhr in Ramstein, J.-F.-Kennedy-Platz 8a stattfinden.**

Anmeldung zu dieser Veranstaltung bis 19. 10. 2010 bei mir, in der ,
, Tel. 

Ich wünsche Ihnen eine gute Zeit und grüße Sie ganz herzlich



**Ambulanter Hospiz- und
Palliativberatungsdienst
Kusel – Ramstein – Landstuhl**



**Ökumenische
Hospizhilfe
Pfalz-Saarpfalz**

Träger:
Caritasverband für die Diözese
Speyer e.V.
Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche der Pfalz

Projekt: erstes Einbringen eines musiktherapeutischen Angebotes in die Ambulante Hospizarbeit meiner Region

MT ist in der stationären Hospizarbeit schon gut etabliert und wird in vielen stationären Hospizen angeboten. Sowohl die Patienten als auch die mitbetreuenden Angehörigen nehmen diese Form der unterstützenden Begleitung sehr gerne an – dies konnte ich während meines studienbegleitenden Praktikums in einem stationären Hospiz immer wieder erfahren. Demgegenüber besteht im ambulanten Hospizbereich bisher kein vergleichbares Angebot.

Die Pflege und Begleitung eines sterbenden Angehörigen im häuslichen Umfeld bedeutet eine hochgradige Belastungssituation für alle Beteiligten, wobei das Engagement der Angehörigen und ehrenamtliche Dienstleistungen die tragenden Grundpfeiler darstellen. Professionelle Unterstützungsangebote umfassen in der Regel den Bereich der Grund- und Behandlungspflege sowie schmerztherapeutische Maßnahmen.

In meiner eigenen Tätigkeit als ehrenamtliche Hospizhelferin erlebe ich die heilsame Dimension mit-menschlicher Nähe und Begleitung, oft aber auch deren Grenze bei Zutagetreten bedrängender intra-psychischer oder auch innerfamiliärer Konflikte. Herrührend aus meiner inneren Verbindung zwischen hospizhelferischem und musiktherapeutischem Interesse erwächst mir die Idee zu einer möglichen Anreicherung der Begleitungssituation durch ein musikalisch-therapeutisches Angebot. Benötigen nicht gerade sterbende Menschen (und deren pflegende Angehörige) in ihrer besonderen Belastungssituation angemessene Unterstützung, auch in den über das Körperliche und Medizinische hinausreichenden Belangen? Könnte nicht gerade die Musiktherapie mit ihrem primär nonverbalen Zugang und den Möglichkeiten zu auch niederschwelligeren Angeboten eine gut annehmbare und wirksame Hilfestellung bieten im Bewältigen des Sterbeprozesses?

In der Palliativpflege wird von einem ganzheitlichen Verständnis des menschlichen Wesens ausgegangen, welches unter vier unterschiedlichen Aspekten betrachtet werden kann, nämlich der *physischen*, der *psychischen*, der *sozialen* und der *spirituellen* Dimension. Diese stehen in ständiger Wechselwirkung miteinander, bedingen und beeinflussen sich gegenseitig.

Ziele von Musiktherapie können in diesem Kontext sein:

- Entspannung, Schmerzlinderung, Angebot neuer (musikalischer) Ausdrucksmöglichkeiten;
- Unterstützung von Identitätsgefühl und Selbstwertschätzung, Förderung der Erlebnis- und Genussfähigkeit; Aufarbeitung und Regulation der emotionalen Befindlichkeit;
- Förderung der Kontakt- und Ausdrucksfähigkeit; Verbesserung der Interaktions- und Kommunikationsweisen;
- Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse, behutsames musikalisches Begleiten in der Finalphase, auch mit den und für die Angehörigen;

Die besonderen Möglichkeiten der Musik

- Prä- bzw. extraververbaler, emotionsbetonter Zugang zum Menschen
- Subjektiver Bedeutungsträger für verinnerlichte Erfahrungen
- Musik als Beziehungsgeschehen

Konkretisierung des Vorhabens

Gedacht ist an ein (zunächst) einmaliges musiktherapeutisches Angebot von (+/-) 30 min Dauer, stattfindend im häuslichen Rahmen des Sterbenden. Dabei sollen verschiedene musiktherapeutische Interventionsmöglichkeiten erfahrbar werden:

- Ein rezeptives Angebot: Monochord-Spiel mit kurzer angeleiteter Entspannungs-Induktion
- Gemeinsames Singen, Liedauswahl von einem vorbereiteten Liedblatt
- Möglichkeit zu einer aktiven musikalischen Betätigung mit freier Improvisation

Teilnehmende könnten sein: der kranke Mensch, der/die ehrenamtliche Hospizhelfer/in, auf Wunsch der/die pflegende(n) Angehörige(n)

Sofort im Anschluss an die Sitzung wird von mir ein detailliertes Gedächtnisprotokoll erstellt werden. Wenige Tage später werde ich ein persönliches Gespräch mit der Hospizhelferin führen, in dem sie ihren Eindruck des Patienten, evt. Nachwirkungen oder auch direkte Äußerungen seinerseits, ggf. auch der Angehörigen, schildern kann. Daneben sollen auch ihre eigenen Wahrnehmungen und Gefühle während der Sitzung zu Wort kommen.

Die endgültige Auswertung wird in die Erstellung von Einzelfall-Porträts münden, dabei werden der Schutz persönlicher Daten und die Anonymität der beteiligten Personen garantiert.

Der heutige Fortbildungs-Nachmittag ist praktisch der Auftakt zu dem geplanten Projekt: neben einigen Hintergrundinformationen zur Musiktherapie, bes. im Bereich Sterbebegleitung, soll vor allem die eigene Musikerfahrung im Vordergrund stehen - so können Sie als Begleitende aus eigenem Erleben das Angebot Ihren Patienten vermitteln und sie dazu einladen. Ein entsprechendes Informations- und Angebots-Schreiben liegt aus. Die einzelnen Begleitenden entscheiden, ob sie dieses Angebot für „ihren“ Patienten als geeignet erachten und melden sich gegebenenfalls bei mir zur konkreten Absprache bzgl. der Durchführung.

Zielrichtung: Es geht um einen ersten Versuch der Implementierung eines Musiktherapeutischen Angebotes in die Ambulante Hospizarbeit. Musiktherapie soll als wirkungsvolle Möglichkeit zur Anreicherung und Erweiterung einer umfassenden Sterbebegleitung dargestellt werden.

Zu Wirkungsweisen und Zielsetzungen der mt Interventionen

Klangreisen: rezeptive Arbeit mit Entspannung, Imagination, Tranceprozessen

- achtsames Hören und körperliches Fühlen von Klängen und Klangkörpern als Möglichkeit zu Entspannung und Aufmerksamkeitsfokussierung
- kann dazu beitragen, körperliche und seelische Schmerzen und Verstimmungen zu lindern, oder gar in ein spirituelles Erleben tiefen Aufgehobenseins zu begleiten
- mit Monochord und anderen monochromalen Klangkörpern (Klangschale, Gong) sowie mit der Stimme – keine konkrete tonale Melodie, sondern eine Harmonie der schwingenden Obertöne; freier Assoziationsraum; von Klängen ‚gestreichelt‘ und berührt werden
- Tiefenentspannung, Muskellockerung, Öffnen tieferer Bewusstseinschichten (v. a. Monochord)

Lieder: Melodien mit Texten (populäre Lieder, Schlager, Volkslieder, geistliches Lied)

- „Lieder nähren mit der Stimme“ – unmittelbarer Selbst-Ausdruck als Geschenk und Da-Sein für den Anderen; Anknüpfung an Ur-Erfahrungen des Kindes, das von der mütterlichen Stimme eingehüllt und in den Schlaf gesungen wird
- Starken Gefühlen eine Form geben, einen Ausdruck in einem haltgebenden Gefäß, z. B. Trauer, Angst, Abschiednehmen (müssen)
- Erinnerungen wecken, Anknüpfungspunkte für (therap.) Gespräch
- Gemeinschaft, Solidarität erleben

Improvisationen: *aktiv* – freies Spielen auf leicht spielbaren Instrumenten

- Erfahrung von Kreativität und Selbst-Wirksamkeit
- Selbstaussdruck in Kommunikation mit einem anderen Menschen

rezeptiv - die Th. spielt für den Patienten

- Klänge in Resonanz mit dem Empfindungen des Patienten
- Raum für Erinnerungen und Geliebtes, für Unausgesprochenes und Unausprechbares
- Freiraum auch für Momente jenseits von Schwere und Schmerz im Klangerlebnis

Häufig gestaltet sich ein Wechsel-Spiel zwischen Lied – Improvisation – Gespräch.

**Ambulanter Hospiz- und
Palliativberatungsdienst
Kusel – Ramstein – Landstuhl**



**Ökumenische
Hospizhilfe
Pfalz-Saarpfalz**

Träger:
Caritasverband für die Diözese
Speyer e.V.
Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche der Pfalz

Liebe Patientin, lieber Patient!

In Ihrer häuslichen Umgebung erfahren Sie Betreuung und Begleitung durch Angehörige und z. T. auch professionelles Pflegepersonal. Für Ihre körperlichen und medizinischen Belange wird in der Regel bestmöglich gesorgt.

Erkrankung bedeutet immer eine besondere Belastungssituation, sowohl körperlich als auch seelisch. Aus meiner eigenen Erfahrung als ehrenamtliche Hospizhelferin weiß ich um die vielschichtigen Anforderungen und Probleme, mit denen Sie als kranker Mensch sowie Ihre pflegenden und begleitenden Angehörigen tagtäglich umgehen müssen.

Als angehende Musiktherapeutin erfahre ich die wohltuende und entlastende Wirkung der Musik, die immer den Menschen als ganzen erreicht und heilsame Spiel-Räume eröffnen kann:

- Einen Raum der Wertschätzung und erlebten Mit-Menschlichkeit
- Einen Raum für Gemeinsamkeit mit den Familienangehörigen, für Verbindung, auch ohne Worte, vielleicht auch für Auseinandersetzung und Klärung
- Einen Raum zum Wohlfühlen und Entspannen
- Einen Raum für emotionale Bewegtheit, von der Musik umhüllt wie von einem schützenden Mantel
- Einen Raum für Erinnerungen
- Einen Zwischen-Raum als Unterbrechung des oft ein-tönigen Alltags im Krankenzimmer

Im Rahmen meiner Studien-Abschlussarbeit möchte ich gerne ein erstes musiktherapeutisches Angebot in den ambulanten Bereich der Hospizarbeit und Krankenbegleitung einbringen. Musiktherapie soll als wirkungsvolle und bereichernde Möglichkeit im Umgang mit Krankheit und Leid erfahrbar werden – dabei sind Sie als Patient, Patientin angesprochen, aber auch die Menschen, die Sie pflegen und begleiten.

Ganz konkret möchte ich Ihnen ein musiktherapeutisches Angebot in Ihrer häuslichen Umgebung machen. Gedacht ist an einen ca. 30-45minütigen Besuch meinerseits, gemeinsam mit ‚Ihrer‘ Hospizhelferin. Mein Anliegen ist es, Ihnen im Spielen und Singen etwas von diesen heil-samen Räumen der Musik nahe zu bringen. Dabei gibt es keine Anforderungen oder Voraussetzungen, Sie dürfen einfach annehmen und das Wohltuende der Musik erwarten, soviel und solange es für Sie gut ist.

Dieser Brief wird Ihnen von Ihrer Hospizhelferin übergeben werden, sie hat auch selbst eine einführende Veranstaltung mit Musikerfahrung besucht, kann bestimmt auch noch die ein oder andere Frage Ihrerseits beantworten. Gegebenenfalls stehe ich natürlich bei anstehenden Fragen ebenfalls zur Verfügung. Die Anmeldung und Terminvereinbarung können Sie mit Ihrer Begleiterin regeln, sie wird dann mit mir in Verbindung treten.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie dieses Angebot für sich in Anspruch nähmen und wünsche Ihnen eine bereichernde Neu-Erfahrung mit und in der Musik!

Dank für Ihre Bereitschaft und ein herzlicher Gruß!

Monika Appel

Landstuhl

Tel.: xxxxx

Das im obigen Brief ausgeführte Angebot eines ersten musiktherapeutischen Besuches bei mir zu Hause möchte ich gerne annehmen. Mein Terminwunsch wäre:

Mein Name und meine Adresse:

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer entnommenen Stellen habe ich unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Landstuhl, den 27.04.2011