

***Musiktherapie mit chronisch kranken Menschen im Ambulanten Hospiz und in der Onkologie eines Akutkrankenhauses***

*Ulrike Heinzen*

Zwei Motivationsquellen haben mich zur Musiktherapie mit chronisch kranken Menschen geführt. Die erste ist die Liebe zur Musik. Für mich war und ist Musik ein wichtiges Medium, um meine Gefühle auszudrücken und sie überhaupt zuzulassen. Als Kind habe ich Flöte spielen gelernt, doch im Laufe der musiktherapeutischen Ausbildung habe ich die Ausdrucksmöglichkeiten einer Flöte erst richtig kennen gelernt. Flöte zu spielen bedeutet heute für mich: in freier Improvisation meinen Fingern und Gefühlen freien Lauf zu lassen. Ich betrete „eine Erfahrungswelt, in der sowohl alte Gefühle wieder belebt als auch neue Gefühle geweckt werden. Beide Prozesse sind nötig, um neue Lebensenergie, Ideen, Phantasie, Wünsche usw. überhaupt figürlich werden und zum Ausdruck kommen zulassen“ (Hegi 1997, S.159). So kann ich bei meinem Flötenspiel Freude und Traurigkeit mitschwingen hören und Anspannung und Stress loslassen.

*Improvisation*

Die zweite Quelle für die Ausbildung zur Musiktherapie ist die Krankenpflege und die damit verbundenen Erfahrungen. Ich bin seit über 8 Jahren Krankenschwester auf einer Station der inneren Medizin im Brüderkrankenhaus Paderborn. In diesem Akutkrankenhaus ist und wird die Zeit für den einzelnen Patienten immer begrenzter. Vielleicht bleibt noch Zeit für ein mitfühlendes oder tröstendes Wort, wenn ein Patient Angst hat, traurig ist oder sich hilflos fühlt. Im Akutkrankenhaus geht es in erster Linie um die Schulmedizin und damit um den Körper des Menschen, die Seele oder der Geist treten in den Hintergrund. Eine Kollegin, die auf einer chirurgischen Station arbeitet, auf der viele Krebspatienten operiert werden, sagte: „Und dann wird ihnen mal eben gesagt, dass sie Krebs haben. Anschließend werden sie in die Onkologie [die Abteilung, die sich mit Tumoren und tumorbedingten Erkrankungen beschäftigt] verlegt.“

*Krankenpflege  
und Schulmedizin*

Welches Chaos muss in einem Menschen herrschen, wenn er mit der Diagnose Krebs konfrontiert wird, welche Angst muss ihm die Kehle zuschnüren und welche Sprachlosigkeit wird ihn beherrschen. Ulrike Haffa-Schmidt, eine Musiktherapeutin, beschreibt sehr treffend die Lage des Patienten so: „Mit der Diagnose Krebs beginnt für die Patienten oft ein innerer Kampf zwischen Hoffnung und Resignation, häufig zwischen Leben und Tod. Die Medizin kämpft gegen die Krankheit, versucht sie zu vernichten, (...) meine Therapieinhalte sind nicht bekämpfen, vernichten, zerstören der Killerzellen... In der Musiktherapie geht es um Beziehungsaufnahme, Verstehen, Entspannen, Integrieren, Ausdruck finden für Unausprechliches und Gefühls, Entlasten und Begleiten“ (1999, 320).

*Selbstverständnis  
der Musiktherapie  
bei Krebskranken*

Ich sehe die Arbeit auf der Onkologie und natürlich auch im Hospiz, wo der Aspekt der menschenwürdigen Begleitung bis in den Tod im Mittelpunkt steht, als eine große Herausforderung an, die mich selbst in die Auseinandersetzung mit meiner Endlichkeit führt und mich zum Begleiter macht in einer so wichtigen Lebensphase, dem Sterben. Annemarie Tausch drückt es in ihrem Buch „sanftes Sterben“ folgendermaßen aus: „Ich denke, das Schönste für den Erkrankten ist, wenn er gehört wird in dem, was er fühlt. Wenn ihm die Möglichkeit gegeben wird das auszusprechen, ohne abgewürgt zu werden, ohne beschwichtigt zu werden“ (1996, 21).

Das Brüderkrankenhaus St. Josef in Paderborn hat einen seiner Schwerpunkte in

*Musiktherapie im  
Akutkranken-  
haus, Onkologie*

die Onkologie gesetzt. Anderthalb onkologische Stationen mit insgesamt ca. 34 Betten und eine große Zahl an ambulanten Patienten, die zur Bestrahlung oder Chemotherapie kommen. Die Patienten wechseln sehr schnell vom stationären in den ambulanten Bereich, dadurch herrscht sehr viel Unruhe auf der Station und man kann immer wieder Patienten auf dem Flur oder im Tagesraum treffen, die noch keinen Bettplatz haben. Das Pflegepersonal ist die meiste Zeit sehr stark ausgelastet. Eine Patientin habe ich im Laufe der hier beschriebenen Praxis auch im ambulanten Bereich weiter betreut, allerdings waren die Terminabsprachen noch schwieriger als im stationären Bereich.

Die Musiktherapie war für alle etwas Neues. Aber nach einer kurzen Einführung war eine gute Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal möglich, was nicht zuletzt auch damit zusammenhing, dass sie mich als Kollegin aus dem Haus kannten und ich Verständnis für ihre wenige Zeit hatte. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten beschränkte sich aus Zeitmangel auf wenige Absprachen mit dem Chefarzt.

Im Laufe der Zeit entwickelte sich ein routinierter Ablauf meiner Tätigkeit auf der Onkologie. Einen Tag in der Woche, meistens montags, ging ich auf die Onkologie, fragte das Pflegepersonal, das die Patienten am besten kannte, welche Patienten für die Musiktherapie in Frage kommen. Anschließend ging ich dann zu ihnen ans Bett, stellte mich und die Musiktherapie vor und verabedete mich mit den Patienten, die sich für die Musiktherapie interessierten, für einen Termin am Mittwochnachmittag.

*Setting und  
Probleme*

Meine Musiktherapie fand immer mittwochs nachmittags zwischen 15:30 und 17:30 Uhr statt. Der Mittwoch bot sich an, weil es dann auf der Station etwas ruhiger war ohne Chefarztvisite. Die Uhrzeit war gekoppelt an einen Raum, da ich sowohl am Krankenbett mit bettlägerigen Patienten, als auch in einem Musiktherapieraum arbeitete. Nach anfänglichen Schwierigkeiten habe ich jetzt die Möglichkeit, in einem kleinen Büroraum zu arbeiten, der den großen Vorteil hat, dass er auf der Station liegt und dadurch von den Patienten ohne Schwierigkeit zu erreichen ist. Der Raum ist sehr klein, ermöglicht mir aber, ungestört und mit Ruhe zu arbeiten. Das Schild an der Tür „Musiktherapie „bitte nicht stören“ erinnert das Pflegepersonal an die Therapiesitzung. Im Musiktherapieraum habe ich immer nur Einzelmusiktherapie gemacht, da in der Literatur Gruppenmusiktherapie in der Akutphase einer Krebserkrankung nicht als sinnvoll und durchführbar angesehen wird.

Eine Art Gruppentherapie ergab sich manchmal bei der Musiktherapie am Krankenbett. Patienten, die nicht aufstehen konnten, habe ich in ihrem Krankenzimmer besucht und dabei ganz unterschiedliche Situationen angetroffen: von 1-Bett-Zimmer bis hin zu 3-Bett-Zimmer mit eingeschobenem viertem Bett. Die Situation eines bettlägerigen Patienten ist durch Abhängigkeit gekennzeichnet. „Er ist abhängig von Bezugspersonen, und erlebt dies oft schmerzhaft. Er kann nicht zu uns kommen (...), alles muss ihm gebracht werden. Instrumente müssen tragbar sein. (...) er ist nicht aufrecht, sondern liegt, dadurch verändert sich der Blickwinkel, seine Wahrnehmung der Umwelt und seine Wahrnehmung von sich selbst“ (Mangold und Oerter 1999, 350).

Eine meiner ersten Sitzungen im Krankenzimmer fand in einem 4-Bett-Zimmer statt. Zwei der Patienten kannten mich schon von der letzten Sitzung, die anderen beiden waren neu. Als ich ins Zimmer kam, machten alle Patienten einen müden Eindruck und bestätigten das auch auf Nachfrage. Der Einstieg mit einer Improvi-

sation auf der Kantele wurde von allen begrüßt und als sehr anregend und schön empfunden. Im Laufe der Sitzung entwickelte sich eine freie Improvisation mit Kantele, Ektara, Rührtrommel und Djembé zwischen drei der Patientinnen und mir. Die vierte Patientin wollte nur zuhören, beteiligte sich aber am anschließenden Gespräch. Die schläfrige Atmosphäre war nun von Aufmerksamkeit gekennzeichnet. Drei Patientinnen saßen aufgerichtet im Bett. Am Ende der Sitzung war das Interesse füreinander.

Allerdings hat das Krankenzimmer als Setting hat den großen Nachteil, dass man durch ein Telefon, das klingelt oder durch Besucher, die sich durch das Schild an der Tür nicht abhalten lassen, einzutreten empfindlich gestört werden kann.

Die Verunsicherung eines Krebskranken ist sehr groß. „Sein Leben ist bedroht: Angst und die Frage wie es weitergehen wird stehen im Raum (...). Das Bewusstsein ist auf das Krankengeschehen konzentriert. Die Vorstellung, sich jetzt mit Klang und Musik zu beschäftigen, in dieser akuten Situation, scheint vorerst befremdend (...). Es gibt immer wieder schwerkranke Patienten, die nicht mit Klang und Musik in Berührung kommen wollen. Manche brauchen einfach nur noch Stille, manche befürchten, mit Gefühlen zu ungeschützt in Kontakt zu kommen“ (Mangold und Oerter ebd.). Diese Verunsicherung durch ihre Krankheit hat bei einigen Patienten dazu geführt, dass sie in dem Moment, wo ich sie zur Musiktherapie eingeladen habe, sich nicht vorstellen konnten, die Musiktherapie auszuprobieren. Um die Patienten nicht noch mehr zu verunsichern und ihnen etwas Zeit zu geben, um über das Angebot nachzudenken, habe ich eine Informationsbroschüre (siehe Anhang) entworfen, die den Patienten einen kurzen Einblick in die Musiktherapie gibt. Diese Broschüre liegt auf der Station aus und kann dem Patienten schon bei der Aufnahme ausgehändigt werden.

*Musiktherapie im Krankenzimmer*

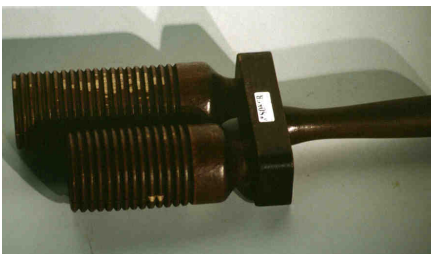
Frau W. ist 58 Jahre alt. Sie hatte vor ca. drei Jahren Brustkrebs mit Brustamputation, Bestrahlung und Anschlussheilbehandlung. Jetzt hat sie seit kurzer Zeit Kopfschmerzen und wie sich im Laufe unserer Sitzung herausstellt: Metastasen in den Hirnhäuten. Sie bekommt Chemotherapie und Bestrahlung.

*Fallbeispiel:  
Frau W.*

Frau W. macht zu Beginn der Therapie einen sehr unruhigen Eindruck, sie erzählt sehr viel, ihre Gedanken drehen sich am Anfang nur um das Thema Sexualität. Die Sexualität ist Jahre lang der einzige persönliche Berührungspunkt mit ihrem Mann gewesen. Diese Momente haben ihr die Kraft gegeben, das anstrengende Leben einer Bäuerin zu führen, für den Hof, und am Anfang ihrer Ehe für Onkel und Tante und für ihre beiden Kinder zu sorgen.

Sie sieht keine Aufgabe mehr für sich, da das Verhältnis zwischen ihrem Mann und ihrem Sohn, der seit kurzer Zeit den Hof führt, sich verbessert hat, seit sie krank ist. So braucht sie nicht mehr weiter Vermittlerin zwischen den beiden zu sein.

*Holzagogo*



In einer Musiktherapiesitzung beschreibt sie mit der Holzagogo ihren Lebensrhythmus. Ich begleite sie auf der Djembé. Zuerst spielt sie den Lebensrhythmus vor ihrer Krankheit: sehr sprunghaft, ein schneller Rhythmus ohne Ruhepunkt; dann ihren Lebensrhythmus in der Krankheit: dumpf, stockend, stolpernd, wie gelähmt. Sie sagt dazu, dass sie sich allein fühle. Als letztes spielt sie ihren Zukunftsrythmus: herausgelockt aus der Bewegungslosigkeit spielt sie temperamentvoll, dynamisch

und mit Höhepunkt am Schluss. Ich kann ihre Kraft spüren, aber das Dumpfe ihrer Krankheit herrscht in vielen Sitzungen vor.

In einer anderen Sitzung spielt sie ihre Traurigkeit, sie fühlt sich allein und seit langer Zeit über ihre Kräfte gefordert und unverstanden: auf dem Glockenspiel lasst sie eine einsame, traurige Melodie ertönen.

*Musikalisches  
Rollenspiel*

Wieder in einer anderen Sitzung geht es ganz explizit um die Beziehung zu ihrem Mann. Ich lade sie ein dieses Beziehungsgefüge nachzustellen. Sie wählt für sich das Glockenspiel, spielt verschiedene Tonhöhen im schnellen Wechsel, die Tonfolgen sind absteigend. Für ihren Mann wählt sie die Djembe: sie schlägt hart zu, bis sie Angst hat, das Instrument könnte kaputt gehen, sie ruft wütend: Ich, Egoistisch, Herrisch, Meine Verabredung, Meine Termine. Wir spielen abschließend einen Dialog: sie spielt sich selbst mit dem Glockenspiel und ich spiele ihren Mann auf der Djembe. Jedes Mal wenn sie ihren Rhythmus gefunden hat, störe ich sie mit der Djembe. Danach sagt sie: "Das hat gepasst!"

*Rhythmokinetik*

In unserer fünften Sitzung geht es ihr psychisch schlecht, nachts war sie verwirrt und hat es selbst gemerkt. Sie hat Angst vor dem Tumor in ihrem Kopf. Sie sagt, sie wolle nicht mehr leben. Sie hat stärkste Kopfschmerzen und Schwindel und wirkt sehr unruhig. Ich biete ihr Rhythmokinetik an. In der Rhythmokinetik geht es darum, bewusst durch Bewegung und Tiefenatmung den Körperrhythmus so zu beeinflussen, dass er wieder seine eigene Ausgewogenheit findet. Wir machen eine einfache Übung im Sitzen, die ich ihr später aufschreibe und mitgebe, damit sie sie zwischen den Musiktherapiesitzungen selbstständig durchführen kann. Sie wird ruhiger bei der Rhythmokinetik und erzählt mir von einem Ausflug am letzten Sonntag zusammen mit ihrem Mann. Am Schluss des Ausflugs sind sie zu einer Gottesmutter in einem Wallfahrtsort gefahren. Da ihr der Besuch dort so gut getan hat und sie selbst sich durch den Schwindel bedingt nicht aus dem Krankenzimmer traute, biete ich an, mit ihr zur Gottesmutter im Krankenhausgarten zu gehen. Viel ruhiger und ausgeglichener bringe ich sie in ihr Krankenzimmer zurück.

*Musikmalen*

Ein wichtiger Schwerpunkt unserer gemeinsamen Musiktherapie zieht sich von der siebten bis neunten Sitzung. Angeregt durch ihre Idee schon immer malen zu wollen und nie die Zeit dafür gefunden zu haben, probieren wir Musikmalen aus. Hartmut Kapteina schreibt in einem Bericht über Musikmalen: „Die Musik ist flüchtig. Das Bild ist konkret: ich kann es anfassen, betasten, herumtragen, ich kann über es verfügen, wann immer ich will. Die Musik hingegen ist nur in der Zeit vorhanden, in der sie erklingt, und während sie klingt, verklingt sie bereits“ (1982, 35).

Für Frau W. war es wichtig, das Bild, das Resultat ihrer Arbeit, in den Händen zu halten, es ihrem Mann und ihren Kindern zu zeigen. Sie wollte ihr erstes Bild sogar neben ihr Bett hängen.

Ich möchte ihnen das letzte der drei Bilder beschreiben, da ich die Bilder nicht mehr habe. Frau W. hat beim Malen keltische Harfenmusik gehört (Sherazade, What else ). Auf dem Bild ist eine dickbauchige Burg und davor rote Buschwindröschen, die sich im Wind wiegen, zu sehen. Titel ihres dritten Bildes ist: die Burg, die ich liebe. Sie malt einen Ort, nämlich eine alte Ruine, die sie kennt und die sie oft besucht hat. Ein Ort, an dem sie sich wohl gefühlt hat. Ich möchte noch einmal Hartmut Kapteina zitieren: „Der Maler ist ganz und gar von der Ausgestaltung seiner gegenständlichen Abbildung gefesselt. Die Brücke zwischen Musik und Bild bilden nicht die Struktur, die Form, die Bewegung oder die Farbe, sondern lediglich die durch das Hörerlebnis provozierte Bildfantasie, die häufig bis ins kleinste Detail auf das Papier gebracht wird.“ (1982, 42). So sagt Frau W. nach dieser Sitzung, sie habe beim Malen alles vergessen, es sei ihr richtig gut gegangen.

In der zehnten Sitzung geht es Frau W. körperlich schlecht, sie kann nicht mehr aufstehen, hat eine Lungenentzündung bekommen, atmet sehr schnell und flach, möchte aber gerne Musiktherapie im Krankenzimmer machen. Ich probiere ihren Atem durch das Spielen einer Klangschale auf ihrem Bauch zu beeinflussen, alle vier Atemzüge einen Anschlag. Sie sagt, dass es ihr gut tue, aber der Atem wird nicht langsamer. So probiere ich ein ruhiges Sansulaspiel<sup>1</sup> aus. Frau W. scheint sich zu entspannen, ihr Atem wird etwas ruhiger und sie scheint zeitweise einzuschlafen.

Unsere letzten drei Sitzungen finden auf der Intensivstation statt. Vor der elften Sitzung treffe ich ihre Familie im Warteraum. Sie haben schon von mir gehört und freuen sich, mich zu treffen. Ihr Mann geht zusammen mit mir in ihr Zimmer. Frau W. ist an ein Beatmungsgerät angeschlossen, sie reagiert nicht auf Ansprache. Ich spreche sie an und spiele Sansula wie in der letzten Musiktherapiesitzung, ich spiele für sie und ihren Mann. Ihr Mann kommt zu mir, nachdem er dem Spiel

<sup>1</sup> Die Sansula ist eine Weiterentwicklung der afrikanischen Zanza, bei der Steg und Klangzungen auf einer Fellmembran montiert sind, die die Klänge verstärkt und mit Obertönen anreichert.

gelauscht hat, und fragt mich nach einem Liebeslied aus seiner Studentenzeit. Da ich es nicht kenne, ermuntere ich ihn, das Lied für seine Frau zu singen. Er nimmt ihre Hand und singt es für sie. Danach geht er hinaus und ich spiele zum Abschied noch einmal Sansula.

Bei meinen letzten beiden Besuchen bin ich alleine bei Frau W. Ich spiele jedes Mal Sansula bestimmt durch den Grundrhythmus ihrer Atmung und spreche mit ihr. Einen Tag nach der letzten Musiktherapiesitzung stirbt Frau W.

Frau W. konnte in der Musiktherapie ihre Probleme deutlicher sehen und sich zeitweise lösen von ihrer Furcht und dem Kreisen um ihre Krankheit. Beim Musikmalen hat sie ihre eigene Kraft im Symbol der Burg festgehalten und sich selbst beim Malen von der Fessel der Krankheit gelöst.

Aus meinen Erfahrungen mit über 30 Menschen, mit denen ich musiktherapeutisch gearbeitet habe, sehe ich die Musiktherapie gerade im Akutkrankenhaus als eine große Chance an. Für den Patienten werden Räume geschaffen, in denen er wenigstens für kurze Zeit zur Ruhe kommen kann, Probleme loslassen oder sogar bearbeiten kann.

Gerade der nahe Tod und die Auseinandersetzung mit dem Sterben ermöglichen eine ganz dichte und oft schnelle Entwicklung einer Beziehung. Dieser Hintergrund machte für mich auch die oft kurze Therapiedauer (1-4 Sitzungen, Frau W. ist die große Ausnahme) sinnvoll und wirkungsvoll.

Musiktherapie trägt damit zu einem wichtigen Teil der Psychohygiene bei, die es dem Patienten ermöglicht, eine gute Krankheitsbewältigung zu entwickeln und damit ggf. auch die Gesundung seines Körpers zu unterstützen.

Annemarie Tausch drückt es in ihrem Buch „Sanftes sterben“ folgendermaßen aus: „Ihr tägliches Ziel war es, nicht zu sterben, wenn man noch lebt, sondern zu leben, wenn man stirbt“ (Tausch 1996, 28).

Das letzte Zitat ist eine gute Überleitung zum zweiten Teil meiner Praxistätigkeit: Musiktherapie im Ambulanten Hospiz, Warburg.

Das Ambulante Hospiz Warburg besteht seit 1997 als ein eingetragener Verein.

Ziel der Hospizbewegung, sowie es in den Leitlinien des Landes NRW beschrieben ist, besteht darin: „... selbst Schwerkranke so zu stabilisieren, dass sie auch ihren letzten Lebensabschnitt noch als lebenswert empfinden und weitestgehend ohne Schmerzen in Geborgenheit, Ruhe und Würde sterben können“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW 1997, 6).

Aufgabe des Ambulanten Hospizes ist nicht die Pflege der chronisch kranken und sterbenden Menschen, sondern die Begleitung. Die Patienten oder die Angehörigen können sich jederzeit an das Hospiz wenden und ehrenamtliche Mitarbeiter, die eine einjährige Hospizausbildung gemacht haben, besuchen dann diese Familien, stehen für Gespräche zur Verfügung oder bleiben einfach mal bei den Kranken, wenn die Angehörigen wichtige Termine zu erledigen haben. So werden sie zu kontinuierlichen Begleitern und Gesprächspartnern.

Als ich zum ersten Reflexionstreffen dieser Hospizgruppe kam, sie treffen sich einmal im Monat, hatte ich ein paar Instrumente dabei und stellte so die Musiktherapie vor. Anschließend bekam ich sofort sehr viel Unterstützung, und mir wurden zwei Frauen vorgestellt, bei denen ich vielleicht musiktherapeutisch einsteigen konnte. Begleitet von jeweils einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin des Hospizes, lernte ich diese chronisch kranken Menschen zuhause kennen, unter ihnen war auch Frau K., von der ich später mehr berichten möchte.

*Musiktherapie im  
Krankenhaus –  
eine Chance?*

*Musiktherapie im  
ambulanten Hospiz*

*Besonderheiten  
des ambulanten  
Settings in der  
Begleitung Ster-  
bender*

Das ambulante Setting ist noch viel mehr als das Setting am Krankenbett geprägt von der ganz persönlichen Umgebung. Der Raum, in dem ich arbeite, ist mir vorher nicht bekannt und von mir nicht zu beeinflussen, oder zu gestalten. So bin ich in meiner Rolle als Musiktherapeutin gefordert, mich immer neu einzustellen und das nicht nur durch das Setting. Ich möchte noch einmal Oerter und Mangold zitieren: "Die innere Situation des Patienten verändert sich häufig. Dadurch ist die Bereitschaft und Flexibilität der Therapeutin noch mehr als sonst gefordert, sich ein zuschwingen auf die jeweils gegebene emotionale Gestimmtheit des Patienten. (...) Indem wir mit Musiktherapie auch ein Beziehungsangebot machen, können wir uns nicht mit unserer Person heraushalten. Im Eingehen eines Kontaktes liegt für beide Seiten zugleich auch die Frage, ob in der nächsten Woche, (...) noch eine Weiterführung möglich ist. Abschiednehmen steht bewusst oder unbewusst immer mit im Raum." (Mangold/Oerter 1999, S.351-352)

Bei Frau K. kam eine häufig wechselnde Umgebung dazu, weil wir in vier verschiedenen Räumen musiktherapeutisch gearbeitet haben, bis sich das Arbeitszimmer als geeigneter Raum eingebürgert hat. Die Instrumente mussten auch bei diesem Setting transportierbar sein, so dass die Auswahl eingeschränkt war. Bei Frau K. war eines meiner wichtigsten Utensilien ein dickes Volksliederbuch, da ich bei weitem nicht so textstark bin wie Frau K.

Eine große Schwierigkeit stellte für mich am Anfang die Neugierde der Angehörigen dar, die immer wieder durch die Tür guckten und die Sitzung damit störten.

*Fallbeispiel:  
Frau K.*

Frau K. ist 77 Jahre alt, lebt auf dem Hof ihres Sohnes zusammen mit Sohn und Schwiegertochter und hatte einen Schlaganfall mit einer Schwäche in der rechten Seite und einer Sprachstörung. Frau K. sitzt den ganzen Tag im Rollstuhl und wird von ihrer Schwiegertochter gewaschen und versorgt. Durch ein ausgeprägtes Rheuma in den Händen hat sie eine Fehlstellung der Finger und ist so beim Zugreifen und Halten sehr eingeschränkt. Sie wird vom ambulanten Hospiz betreut seit ihrem Schlaganfall.

Am Anfang unserer Musiktherapie war die Kontaktaufnahme über Musik sehr schwierig, weil sie sehr fixiert auf das Klavierspielen war. Sie konnte früher sehr gut Klavier spielen und hatte auch immer noch einen sehr hohen Anspruch an sich selbst. Doch durch die körperlichen Einschränkungen, sie konnte nur noch mit drei Fingern der linken Hand spielen, war sie schnell sehr unzufrieden mit ihrem Spiel und sagte: „ist nichts Richtiges“. Im Laufe der Zeit war es, durch Renovierungsarbeiten begünstigt, möglich vom Klavier wegzukommen und an ihre Liebe zu den Volksliedern anzuknüpfen.

*Volkslieder*

So sangen wir Volkslieder und begleiteten sie mit einfachen Rhythmusinstrumenten wie den Klanghölzern, dem Tamburin oder der Shekere.

In der 13. Sitzung wirkte Frau K. sehr frustriert und sagte, dass sie ja nur elastische Binden aufwickeln könne. Frau K. hatte vormittags die Aufgabe die elastischen Binden, die jeden Tag an ihrem offenen Bein gewechselt wurden, wieder aufzurollen. Sie sagte, dass Musiktherapie sich doch für sie nicht lohnen würde. Ich bat sie, noch einmal darüber nachzudenken bis zur nächsten Sitzung. Als ich nach Hause fuhr, war ich traurig und fragte mich, ob ich etwas falsch gemacht habe.

In der nächsten Sitzung machte ich ihr noch einmal deutlich, dass ich gerne zu ihr komme und dass es mir Freude mache, mit ihr Musik zu machen. Daraufhin entscheidet sie sich die Musiktherapie weiterzumachen.

*Klangdusche*

Zwei feste Elemente haben sich inzwischen entwickelt:

1. das gemeinsame Singen von jahreszeitlichen Volksliedern und die rhythmische Begleitung davon. (Manchmal ist es Frau K. sogar möglich, die geweckten Erinnerungen in Worten auszudrücken.)
2. die Klangdusche mit Chime oder Klangschale

Bei der Klangdusche habe ich Frau K., die ihrem Rollstuhl saß, mit den Klängen der Klangschale von den Füßen bis zum Kopf eingehüllt, eine Klangdusche von unten nach oben.

*Musikmalen*

In unserer 16. Sitzung kommt ein neues Element in unsere Sitzungen: das Musikmalen. Musikmalen soll Frau K. einen anderen kreativen Ausdruck ermöglichen und sie hat ein handfestes Ergebnis in den Händen, etwas, das sie vorzeigen kann.

Ich habe für Frau K. Klaviermusik von George Winston „Summer“ mitgebracht und einen Ausschnitt aus dieser Musik möchte ich ihnen jetzt vorspielen, während ich das Musikmalen beschreibe.

Ich habe alles für Frau K. vorbereitet und Fingerfarben mitgebracht, da sie weder Stift noch Pinsel halten kann. Schon kurz nachdem die Musik startet, fängt Frau K. an zu malen. Zu meiner Überraschung taucht sie die Finger der rechten Hand in die Fingerfarbe ein, obwohl sie sonst die rechte Hand weniger gebraucht, da sie ja durch den Schlaganfall geschwächt ist. Die linke Hand benutzt sie zum Festhalten der Farbtöpfe. Die Musik ist lange verklungen, als Frau K. ihr Bild vollendet, denn es ist erst dann fertig, wenn das ganze Blatt mit Farbe angefüllt ist.

Wir haben im Laufe des Jahres noch in vier anderen Sitzungen Musikmalen gemacht und Frau K. hat von sich aus immer wieder danach gefragt. Außerdem verging seitdem keine Sitzung in der sie nicht wenigstens einmal stolz auf eines ihrer Bilder gezeigt hat. Ihre selbstgemalten Bilder stehen nämlich verteilt im Arbeitsraum, in dem wir Musiktherapie machen.



Abbildung 1: Frau K. nach dem Musikmalen

Ihr letztes Bild probierten wir dann auch zu spielen. Sie teilte ihr Bild in helle und dunkle Bereiche ein und sagte, dass sie das Helle gerne möge. Das Dunkle stehe für die Traurigkeit. Sie suchte sich für das Helle im Ausschlussprinzip die Klangschale aus und für das Dunkle die Oceandrum. Dann hat sie das Helle und Dunkle von mir begleitet erklingen lassen.



Abbildung 2: Frau K. beim Trommeln auf den Bongos

Ab der 21. Sitzung, zu der ich Bongos mitgebracht habe, werden die Bongos zu ihrem Lieblingsinstrument. Sie spielt sie nach einer kurzen Erprobungsphase mit beiden Händen, jeweils mit der Handausenkante. Es entwickelt sich ein lebendiges Spiel zu Beginn jeder Sitzung. Wir spielen Trommelstrophen: ein gemeinsamer Refrain umschließt ein Trommelsolo von ihr und mir. Ich spiele dabei die Djembé.

Angeregt durch ihr Wippen mit

*Trommeln mit  
den Füßen*

den Füßen probieren wir das Trommeln mit den Füßen aus: in Socken bewegt sie ihre Hacken auf den Bongos. Ihr ganzer Körper kommt so in Bewegung und ihr Gesicht strahlt. „Trommeln ist immer gut,“ so antwortet sie an jedem folgenden Sitzungsbeginn, wenn ich sie frage, womit sie anfangen möchte. Und was könnte wohl ein besseres warming up sein.

Danach gab es eine Klangdusche, die sie zum tiefen Durchatmen und in das Zuhören brachte. Dann wurden Atem und Stimme aktiviert, wozu die Volkslieder, aber auch einfache Stimmimprovisationen zählten.

*Festgelegter  
Stundenablauf*

Dieser festgelegte Aufbau war für Frau K. sehr wichtig, weil er ihr Sicherheit gab und die Möglichkeit, sich selbst zu entscheiden, in welcher Reihenfolge sie was machen möchte. Zu Beginn meiner Praxistätigkeit konnte sie keine Entscheidung treffen, sondern hat immer gesagt, ich müsste doch wissen, was wir als nächstes machen.

*Abschiednehmen*

Die 42. Sitzung bedeutete Abschiednehmen. Die vereinbarte Zeit meiner Praxistätigkeit war vorbei und mein Angebot, die Musiktherapie mit Frau K. in irgendeiner Form weiterzuführen, wurde von der Schwiegertochter abgelehnt, weil jeder feste Termin von Frau K. zusätzlichen Stress für ihre Schwiegertochter bedeutete.

Wir nahmen Abschied mit dem Lied „Nehmt Abschied, Brüder“, das Frau K. vorschlug.

Dieser Abschied nach gut einem Jahr ist auch mir sehr schwer gefallen. Ich hatte das Gefühl, dass Frau K. fast nur in der Musiktherapie Bestätigung und Selbstwert gespürt hat. Für ihre Familie hat sie viel Arbeit bedeutet und war sich viele Stunden am Tag selbst überlassen. Sie hat manchmal gesagt, wenn ihr ein Lied nicht eingefallen ist, oder sie nicht gut singen konnte: „Wenn ich ganz alleine im Bett liege, dann kann ich gut singen.“ Alleine und im Bett, kann das heißen: geborgen, ohne Ansprüche von außen?

*Resümee*

Ich habe bei meiner musiktherapeutischen Arbeit im Hospiz mit chronisch kranken Menschen gearbeitet, bei denen das Sterben noch nicht absehbar war, was heute selten und eher untypisch für das Hospiz ist. Aber diese Menschen haben sich, wie jeder chronisch kranke Mensch, schon in einem Sterbeprozess befunden, der bei Frau K. durch Folgendes gekennzeichnet war: Die Möglichkeit von Frau K., ihre Hände noch zu gebrauchen, wurde durch das Rheuma im Laufe dieses Jahres immer begrenzter. Die Aussage von ihr „Musiktherapie lohnt sich nicht für mich“, lässt darauf schließen, dass sie den Sinn und die Möglichkeiten ihres Lebens teilweise nicht mehr sieht und sich schwer tut, mit diesem Prozess des Abschiednehmens von körperlichen Fähigkeiten umzugehen. Ein Jahr lang, jede Woche Musiktherapie hat eine tragfähige Beziehung entstehen lassen, bei der Vertrauen und Entwicklung möglich wurde. Ich hatte das Gefühl, ein Teil ihres Alltags zu werden, auf den sie sich freuen konnte. Die Worte „das ist nichts Richtiges“ oder „das kann ich nicht“, die auf ein starkes Leistungsdenken schließen lassen, sind in der Musiktherapie weniger geworden. Der Stolz über ihre Fähigkeiten trat in den Vordergrund und hat sie gestärkt.

Die Tränen zum Abschied, ich habe Frau K. in dem ganzen Jahr nie Weinen gesehen, zeigen deutlich was ihr die Musiktherapie bedeutete.

*Vegetative  
Musikwirkung*

Musik löst vegetative Reaktionen hervor. Der Mensch hört den Klang, versucht ihn durch das limbische System (Gehirn) einzuordnen als etwas Gutes oder Bedrohliches und reagiert mit einem Gefühl, das durch eine vegetative Reaktion ausgelöst wird. Vegetative Reaktionen sind: Herz-, Atem-, Darm-, Blase- oder Hautreaktionen. Sie ereignen sich als spontane Körperreaktion ohne kognitive Beteiligung.

Die Musik bringt unseren Körper in Resonanz. Der Ton einer Klangschale z.B. „ruft Erinnerungen an ursprüngliche, harmonische Frequenzen wach und stimuliert den Körper, erst in der Schalenfrequenz mitzuschwingen und dann auch selbstständig [in] die eigenen harmonischen Frequenzen zurückzufinden“ (Jansen 1990, 38). Musik kann so das ganze Körpergefühl beeinflussen. Patienten in der Musiktherapie haben oft nach dem Hören einer Improvisation auf der Kantele gesagt, dass ihr Körper leichter geworden sei, dass sie das Gefühl haben zu schweben. Und Musik weckt Erinnerungen, wie das die Volkslieder bei Frau K. getan haben.

Der Klient führt gemäß seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten, der Therapeut



folgt, stützt und begleitet mit aktiven oder rezeptiven musikalischen Angeboten, Improvisation mit und ohne Thema. Und das Gespräch ist wichtig als ein sammelndes und strukturierendes Medium.

Und wie geht es weiter?

Die Musiktherapie im Krankenhaus wird weiterlaufen mit den Mitteln des Fördervereins und soll ausgedehnt werden auf das ganze Krankenhaus.

Im Hospiz in Warburg läuft seit Januar eine Einzelmusiktherapie weiter, da Frau S. nach der Praxistätigkeit darum gebeten hat, die Musiktherapie weiter fortzuführen, weil sie ihr gut tue und sie gerne an ihren Lebensthemen weiterarbeiten wolle.

### Literaturverzeichnis

- Haffa-Schmidt, Ulrike: Am Rande der High-Tech-Medizin. Existenzbedingungen für Musiktherapeuten. In: Musiktherapeutische Umschau, Themenheft Musiktherapie in der Onkologie, 2000, 317-324
- Hegi, Fritz: Improvisation und Musiktherapie, Paderborn, 1997.
- Jansen, Eva Rudy: Klangschalen. Funktion und Anwendung, Diever (NL) 1998.
- Kapteina, Hartmut: Kommunikation ohne Worte. In: Komplexe Welt der Sinne, Wilmsdorf.1999
- Kapteina, Hartmut: Malen und Musik, in: Siegener Studien Heft 32. Siegen 1982
- Mangold, Isabel und Oerter, Ulrike: „...Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen.“ Zur besonderen Situation der Musiktherapie am Krankbett. In: Musiktherapeutische Umschau, Themenheft Musiktherapie in der Onkologie 2000, 349-357
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW: Hospizbewegung und Sterbebegleitung. Konzepte und Leitlinien des Landes. Bad Salzuflen 1997.
- Tausch, Anne-Marie u. Reinhard: Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet. Reinbek bei Hamburg 1996



Ulrike Heinzen, \*1970, Seit 1994 Krankenschwester im Brüderrankenhaus Paderborn  
Seit März 2003 Musiktherapeutin mit Schwerpunkt Onkologie und Sterbebegleitung

Ulrike Heinzen  
Kasseler Straße 4  
**D 34414 Warburg**

## Informationsbroschüre Musiktherapie im Krankenhaus

### Eine Begegnung am Krankenbett

An einem Mittwochnachmittag kam ich in ein Krankenzimmer und erzählte einer Frau von der Musiktherapie. Die Frau war sehr skeptisch und konnte sich nicht vorstellen, wie ihr die Musik helfen könnte, wo sie sich doch so schlapp und kraftlos fühlte. Wir probierten es aus: Ich spielte für sie auf einem Saiteninstrument und sie konnte einfach daliegen, die Augen schließen und zuhören ... Nach dem Spiel fühlte sich die Frau entspannt und entlastet...



### Musiktherapie im Krankenhaus

Ulrike Henzen, geb. 1970  
Ehrenschwester  
Musiktherapeutin

E-Mail: Ulrike.Henzen@gmx.net



### Musiktherapie im Krankenhaus



*Klänge, die das Herz leichter werden lassen.*

*Bitte wenden Sie sich an das Pflegepersonal.*

### Musiktherapie, was ist das?

Wenn ich am Anfang der Woche über die Stationen gehe, um mich einzelnen Patienten für die Musiktherapie vorzustellen, dann kommt immer wieder die Frage: Musiktherapie, was ist das?

In der Musiktherapie geht es um die wohltuende Wirkung von Klängen, von Musik. Klänge wecken Erinnerungen an Situationen, an Begegnungen, an Menschen. Klänge ermöglichen es, sich zu entspannen, Abstand zu bekommen, zu einer schwierigen Lebenssituation, ins Gespräch zu kommen über die Gefühle.



Klänge helfen in der Zeit

Die Klänge, die ich einem mir vorher vielleicht unbekanntem Instrument entlocke, spiegeln meine eigenen Gefühle wieder. Die Klänge, die mir vorgespielt werden, können mich berühren, ohne zu verletzen.

So schenkt die Musiktherapie dem Patienten die Möglichkeit, sich etwas vom Herzen zu spielen.

### Voraussetzungen für Musiktherapie

„Ich bin aber ganz unmusikalisches, ich kann gar kein Instrument spielen.“ Diesen Satz höre ich sehr häufig, wenn ich Patienten zur Musiktherapie einlade. Voraussetzung für die Musiktherapie ist allein die Freude an Musik und Klängen.

Hören sie zuhause gerne Musik? Dann brauchen sie auch kein Musikinstrument spielen zu können oder in einem Chor zu singen, um an der Musiktherapie teilzunehmen.

Ich habe mich, sich auf Klänge einzulassen, einzulernen, sie zuzuhören, sie wirken zu lassen oder selbst Klänge zu erzeugen, indem sie auf einem Musikinstrument spielen.

### Ziele der Musiktherapie

So ist auch das Ziel der Musiktherapie nicht, ein Instrument zu lernen oder zu beherrschen, sondern sich kreativ mit der eigenen Lebenssituation auseinanderzusetzen, Anregungen zu bekommen oder einfach mal etwas anderes zu tun, als vor eine weiße Wand zu stehen, dem grauen Krankenhausalltag zu entkommen...



Verstärkere Instrumente, die in der Musiktherapie gebrauchbar sind.

### Termin und Ort der Musiktherapie

Die Musiktherapie findet jeden Mittwoch von 15:30 bis 17:30 Uhr statt. Je nach Möglichkeit des Patienten bietet ich die Musiktherapie an, entweder im Patientenzimmer oder in einem speziellen Raum als Einzeltherapie an.

Die Anmeldung erfolgt über ein Anmeldeformular an der Pforte. Melden Sie sich bitte beim Pflegepersonal, wenn sie sich für die Musiktherapie interessieren. Ich werde mich dann für die Terminabsprache bei Ihnen melden.

Probieren sie doch einfach mal aus, ob die Musiktherapie Ihnen gut tut.



Ich wünsche Ihnen den Mut, etwas Neues auszuprobieren. Es wird sie nicht viel Kraft kosten, kann Ihnen aber Kraft und Freundschaft schenken.

Ulrike Henzen

### Musiktherapie im Krankenhaus

Ulrike Henzen, geb. 1970  
Ehrenschwester  
Musiktherapeutin

E-Mail: Ulrike.Henzen@gmx.net