

## **Eine Atmosphäre voller Übergänge. Musiktherapie im palliativen Kontext**

### **An Atmosphere Full of Transitions. Music Therapy in Palliative Context**

Gustav von Blanckenburg, Münster

*Das Tätigkeitsfeld der Palliativmedizin wird häufig auf den Übergang vom Leben zum Tod reduziert. Diese Beschreibung ist jedoch nicht hinreichend. Palliativ betreute Patienten befinden sich in einer sehr komplexen Lebensphase, die geprägt ist von verschiedensten Übergängen. Die Musiktherapie stellt hier mit ihrer menschlichen Haltung und der Vielfalt ihrer Wirkweisen eine wichtige Berufsdisziplin in der Begleitung Betroffener dar. Dieser Artikel gibt einen Überblick über die Palliativmedizin sowie die Situation des Patienten und beschreibt darüber hinaus Setting, therapeutische Haltungen, Methoden und Wirkweisen der Musiktherapie. Geradezu wortwörtlich ‚palliativ‘, also im ursprünglichen Sinne der Wortbedeutung ummantelnd, wirkt dabei das atmosphärische Fürspiel, ein Phänomen, das anhand des vom Autoren geprägten Begriffs der ‚Musikalischen Blase‘ tiefergehend dargestellt wird.*

*Palliative care is often reduced solely to the transition from life to death. This, however, is not an adequate description. Palliative patients find themselves in a highly complex stage of life, characterized by diverse transitions. With its deeply humane approach and wide range of means, music therapy may be seen as an important profession in supporting patients during this phase of life. This article presents an overview of palliative care with consideration of the patient's situation and furthermore describes the setting, therapeutic approaches, methods and mechanisms of music therapy. In contemplation of the origin of the word „palliative“, meaning „to cloak“, in-depth observation of atmospheric therapeutic playing is given. This literally „palliative“ phenomenon is presented on the basis of the author's coined term, the „Musical Bubble“.*

Beim Thema ‚Übergänge‘ mit Blick auf Musiktherapie mag einem schnell der palliative Kontext in den Sinn kommen, da hier Menschen auf ihrem letzten Lebensweg im Übergang vom Leben zum Tod begleitet werden. Landläufig wird die Palliativmedizin häufig mit Sterbebegleitung gleichgesetzt und somit auf nur eines ihrer vielfältigen Arbeitsfelder reduziert. In dieser jungen medizinischen Fachdisziplin werden Menschen mit fortschreitender, unheilbarer Erkrankung versorgt, wobei

der Schwerpunkt der medizinischen Interventionen auf Symptomlinderung bei Erhalt größtmöglicher Lebensqualität für den Patienten liegt. Der Zeitraum der palliativmedizinischen Behandlung kann dabei zwischen Diagnosestellung und Versterben zeitlich individuell stark variieren. Es können wenige Tage, jedoch auch mehrere Jahre sein, die dem palliativ erkrankten Patienten<sup>1</sup> zur Verfügung stehen.

Der ‚Übergang‘ wird im Duden ([www.duden.de/rechtschreibung/uebergang](http://www.duden.de/rechtschreibung/uebergang)) u. a.

- (1) als ein Überqueren oder Hinübergehen, bzw. als eine Stelle, um dies zu tun,
- (2) als ein Wechsel zu etwas anderem oder in ein anderes Stadium und
- (3) als eine Übergangszeit definiert.

Ein Mensch in palliativer Lebenssituation, dem mit dem Sterbevorgang eine Art Hinübergehen oder ein grundlegender Wechsel in ein anderes Stadium bevorsteht, erlebt zunächst ein sehr hohes Maß an solchen Übergängen auf verschiedensten Ebenen. Es kommt neben den körperlich zunehmenden Einschränkungen auch zu tiefgreifenden sozialen, psychischen und spirituellen Veränderungen. Diese für den Patienten sehr herausfordernde und häufig belastende Zeit der Übergänge gilt es im palliativen Kontext angemessen zu begleiten. Hierfür stellt die Musiktherapie mit ihrer individuell und menschlich in hohem Maße zugewandten Haltung und der Vielfalt ihrer Wirkweisen eine wertvolle und wichtige Herangehensweise dar, die ebenfalls geprägt ist von Übergängen verschiedenster Art. Dabei stellt, wie aufgezeigt werden wird, insbesondere die Methode des atmosphärischen Fürspiels mit der ‚Musikalischen Blase‘ ein Übergangsphänomen der besonderen Art dar, da es eine geradezu wortwörtlich palliative, sprich ‚ummantelnde‘ Wirkung zu erzeugen vermag.

## Palliativmedizin – Eine Einordnung

Mit der Palliativmedizin weitet sich seit Ende der 1960er-Jahre in der westlichen Welt eine medizinische Disziplin aus, die konträr zur sonst vorherrschenden kurativen Medizin arbeitet. Steht in der kurativen Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung noch ausschließlich die Heilung der Erkrankung bzw. Lebenserhaltung und -verlängerung mit teils sehr belastenden medizinischen Eingriffen im Vordergrund, akzeptiert die Palliativmedizin das Sterben als normalen Prozess und legt den Fokus darauf, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und weitest mögliche Funktionsfähigkeit des Patienten zu erhalten.

Die WHO definiert:

„Palliativmedizin ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung des Leidens mittels frühzeitiger Er-

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Schreibweise verwendet. Hiermit sollen jedoch alle Geschlechter angesprochen werden.

kennung und korrekter Beurteilung sowie der Behandlung von Schmerzen und anderen Beschwerden körperlicher, psychologischer und spiritueller Art.“ (WHO 2002).

Dafür arbeitet die Palliativmedizin mit einem „*High-person, low-technology*“-Ansatz (Bausewein et al. 2004, 4) in einem interdisziplinären Team, das explizit neben Ärzten und Pflegekräften u. a. auch Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen, Seelsorger und Künstlerische Therapeuten einbezieht.

Inzwischen ist eine palliativmedizinische Betreuung am Lebensende glücklicherweise zunehmend gesetzlich verankert, zuletzt im Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) vom 05.11.2015 ([www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html)). Dies hat in den letzten Jahrzehnten für eine erhebliche Zunahme von Angeboten für unheilbar kranke Menschen gesorgt. Neben Palliativstationen gibt es vermehrt auch entsprechende Dienste, die innerhalb der Kliniken schwerkranke Patienten auf anderen Stationen betreuen sowie sogenannte SAPV-Teams (Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung), die die Betroffenen im vertrauten häuslichen Umfeld versorgen. Hierbei geht es meist neben der ganzheitlichen medizinischen Versorgung auch um die organisatorische und juristische Unterstützung, zum Beispiel bei behindertengerechter Ausstattung des Zuhauses oder dem Verfassen von Patientenverfügungen. Für die letzte Lebensphase (bei einer voraussichtlichen Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten) kommen ambulante Hospizdienste und stationäre Hospize hinzu, die einen weniger medizinischen Fokus haben, sondern vielmehr die spirituelle, psychosoziale und seelische Begleitung in den Vordergrund rücken (vgl. Bausewein et al. 2004, 15ff.).

Das Leitlinienprogramm Onkologie (2015, 175) legt in seiner S3-Leitlinie das Angebot einer palliativmedizinischen Behandlung für den Zeitpunkt der Feststellung der Nicht-Heilbarkeit fest und versucht so einen fließenden Übergang zwischen kurativer und palliativer Behandlung zu gewährleisten. Immer mehr Stimmen befürworten zudem eine frühzeitige Anbindung an die Palliativmedizin kurz nach der Diagnosestellung einer lebensbedrohlichen Erkrankung (vgl. Gottschling 2016, 81). In der Realität gestaltet sich der Übergang von kurativer zu palliativer Betreuung allerdings nach wie vor sehr schwierig. Immer noch verstehen viele klinische Abteilungen Palliativmedizin nur als Sterbebegleitung und behandeln den Patienten daher bis kurz vor dem Tod ausschließlich kurativ.

Neben dem Betroffenen selbst sind auch deren Angehörige ausdrücklich als Zielgruppe festgelegt. Sind sie durch die psychosoziale Begleitung besser in der Lage, den Patienten zu unterstützen und zu versorgen, können sie unmittelbar zur Verbesserung seiner Lebensqualität beitragen. Dabei gilt: Die Behandlung erfolgt unter unbedingter Berücksichtigung des Patientenwillens, denn „*Lebensqualität ist, was immer der Patient beziehungsweise die Familie als Lebensqualität definiert*“ (a.a.O., 78). Dies schließt ein, dass die palliative Betreuung nicht mit dem Tod des Patienten endet, sondern bei Bedarf eine Begleitung der Angehörigen in der Trauerphase und deren erforderliche Neuorientierung einschließt.

Hier lässt sich erkennen, dass Palliativmedizin und ganz besonders auch die Hospizbewegung über medizinische Interventionen im ausschließlichen Sinne hinausgeht. Sie stößt eine gesellschaftliche Bewegung an, die auf einen unbelasteteren, offeneren und liebevolleren Umgang mit dem Thema Tod hinwirkt. Dabei steht nicht der Tod im Fokus, sondern vielmehr das Leben bei hoher Qualität bis zum letzten Augenblick. Dies findet seinen Niederschlag in dem Satz über das Ziel der Hospizarbeit und Palliativmedizin, der Cicely Saunders, der Begründerin der Hospizbewegung zugeschrieben wird: *„Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben“* (vgl. auch Pott 2015, 4).

## Vom Leben zum Tod – viele kleine Übergänge

Sich mit dem Übergang vom Leben zum Tod auseinanderzusetzen, wirkt auf viele Menschen existentiell bedrohlich. Dies erscheint oft als belastetes, hoch angstbesetztes und häufig tabuisiertes Thema. Vermutlich aus diesem Grunde entwickeln nicht wenige Menschen ein verzerrtes Bild der letzten Lebensphase. Bekanntermaßen endet das Leben mit dem Tod. Davor jedoch befindet sich der schwerkranke Mensch in einem hochkomplexen Prozess, der von vielfältigen Veränderungen, Wechseln und Übergängen gekennzeichnet ist.

Den Beginn des besagten Lebensabschnitts kennzeichnet die Diagnosestellung der schweren Erkrankung. Zwar geht diese nur selten mit dem Beginn der palliativmedizinischen Behandlung einher, jedoch fängt zu diesem Zeitpunkt für den Patienten erkennbar ein neuer Lebensabschnitt an. In dieser Phase zeigt sich anfangs meist eine schwere Lebenskrise, in der erst nach und nach die Potenziale und neuen Lebensqualitäten deutlich werden, die Lebendigkeit bis zum Tod hin ermöglichen. Baumann & Bünemann (2009, 21) schreiben: *„Unheilbare Erkrankungen können als Lebenskrisen und gleichzeitig als Entwicklungschancen am Ende des Lebens betrachtet werden.“*

Zunächst ändert sich der Lebensmittelpunkt der Betroffenen. Nicht mehr Beruf oder Familie stehen im Vordergrund, sondern die Erkrankung. Häufig ist ein örtlicher Wechsel vom bekannten Zuhause in ein unvertrautes klinisches Umfeld notwendig. Träume und Pläne für die Zukunft müssen in Frage gestellt werden. Der Lebensplan lässt sich plötzlich insgesamt nicht mehr langfristig entwerfen. Vielmehr nimmt jetzt die kurzfristige, symptomgeleitete Planung zunehmend Raum ein. Damit einhergehend verändern sich familiäre Rollen: Die unabhängige und versorgende Mutter findet sich zum Beispiel in einer Abhängigkeitssituation wieder, die für sie selbst und ihre Familie sehr ungewohnt und belastend sein kann.

Hinzu kommt die existentielle und unausweichliche Bedrohung, die auf dem Betroffenen lastet: *„Der nahe liegende Impuls, in Anbetracht der Bedrohung zu fliehen, kann nicht ausgeführt werden, denn es ist unmöglich, sich vor sich selbst in Sicherheit zu bringen“* (a.a.O., 22). Zu akzeptieren, dass man dem eigenen Körper nicht mehr vertrauen kann, ist ein langer, schmerzhafter Prozess, der ein vorhan-

denes Grundvertrauen zunächst in seinen Fundamenten erschüttert. Intensive Gefühle von Schutzlosigkeit und Ausgeliefertsein schaffen sich Raum. Der Klinikaufenthalt und die invasiven Behandlungen verstärken diese emotionale Gestimmtheit häufig zusätzlich. Auf spiritueller Ebene werden Werte in Frage gestellt, es wird mit dem Glauben gerungen. Emotionen schwanken zwischen Verdrängung, Wut, Hoffnung, Trauer und Akzeptanz (vgl. Kübler-Ross 1983), beeinflusst auch hier durch Erfolge und Rückschläge in der Behandlung. Die Mitteilung und Erkenntnis der Unheilbarkeit der eigenen Erkrankung erfordert vom Patienten die Auseinandersetzung mit seiner eigenen Endlichkeit. Der Blick auf das eigene Leben rückt die Gegenwart und Vergangenheit mehr in den Fokus, lässt die Zukunft dahinter zurücktreten. Das eigene Leben wird reflektiert und eine Bilanz gezogen. Noch oder nicht zu erfüllende Wünsche sowie Bedauern über im Leben Geleistetes oder Verpasstes drängen in den Vordergrund.

Zunehmend bekommt der Patient seine Erkrankung auch körperlich zu spüren. Haben die invasiven Therapien der Krankenhauswelt schon das eigene Selbstempfinden durcheinandergebracht, zeigt sich die Erkrankung nun auch in Schwäche, Schmerz, Atemnot oder Veränderungen im äußeren Erscheinungsbild. Der Betroffene wird zunehmend weniger mobil, kann seine Extremitäten eingeschränkter benutzen, ist auf den Rollstuhl angewiesen oder wird bettlägerig. Dies hat darüber hinaus eine zunehmende Abhängigkeit zur Folge. Je nach Erkrankung können epileptische Anfälle, Sprachbeeinträchtigungen, Wesensveränderungen oder Desorientierung als zusätzliche Belastung vom Patienten zu bewältigen sein.

Je näher der Tod rückt, desto weniger aktiv nimmt der Betroffene am sozialen Leben teil. Es kommt zu einer zunehmenden Isolation, bedingt unter anderem durch Schwierigkeiten in der Kommunikation. Häufig müssen Themen wie Patientenverfügungen oder der Nachlass des Betroffenen besprochen werden, wobei es aber aufgrund möglicherweise vorhandener Tabuisierungen des Themas Tod zu Spannungen zwischen Patienten und Angehörigen kommen kann. All die erlebten Veränderungen zuvor als sicher geglaubter Bedingungen des Lebensumfelds und des eigenen Körpers lösen in hohem Maße Ängste aus, die kaum in Worten beschrieben werden können und häufig die gesamte Kommunikation und so auch die Verarbeitung dieser Ängste erschweren. Der Erkrankte selbst oder seine Angehörigen erleben eine Art Sprachlosigkeit angesichts der überwältigenden Situation, in der sie sich befinden. Diese Schwierigkeiten verhindern zudem häufig eine Berücksichtigung der sich verändernden Grundbedürfnisse des Patienten. Im Verlauf treten für diesen die Bedürfnisse nach Nahrungsaufnahme und wechselseitige Kommunikation zunehmend zurück und zum Beispiel solche nach Spiritualität, Anteilnahme und Trost vermehrt in den Vordergrund.

Schlussendlich nimmt in der nun eintretenden eigentlichen Sterbephase die Vigilanz stetig ab. Der Patient ist nur noch in einzelnen Momenten ansprechbar und pendelt teils schon zwischen den Welten hin und her. Wenn er noch wach ist, kann er von Angehörigen und Freunden Abschied nehmen, manchmal jedoch kämpft der Betroffene bis zum Schluss und kann sein Sterben kaum zulassen. Unter pallia-

tivmedizinischer Betreuung wird der Patient mit behutsamer Morphingabe sediert, um terminale Schmerzen, Todesangst und Atemnot zu lindern und ein friedliches Einschlafen zu erleichtern. Mit dem Tod des Betroffenen geht für die Angehörigen eine lange Phase intensiver Fürsorge und Abschiednehmens zu Ende. Diese geht über in eine Phase des Trauerns und einer erneuten Verlagerung des Lebensmittelpunkts. Es gilt nun, den Fokus wieder auf sich selbst zu richten.

Aus dem Leben in den Tod zu gehen, zeigt sich als essentieller Übergang, den jeder Mensch am Ende seines Lebens erlebt. Es ist ein Zeitraum, in dem der Betroffene notwendigerweise etliche kleine und größere Wechsel und Übergänge auf verschiedenen Ebenen ganz individuell durchlebt.

## Die Musiktherapeutische Begleitung

In dieser Lebensphase professionell begleitet zu werden, stellt eine wertvolle Unterstützung dar, um den Übergang gut meistern zu können. Ein Angebot, das hier vielfältige Wirkungen zeigen kann, ist die Musiktherapie. Doch wie funktioniert sie?

So wie die Palliativmedizin interveniert die auf diesem Teilgebiet fungierende Musiktherapie ebenfalls auf den vier Ebenen physisch, psychisch, sozial und spirituell. Dabei ist für Musiktherapie (auch) in diesem Feld typisch, dass sich die Wirkweisen nicht klar voneinander abgrenzen lassen, bzw. die Übergänge fließend sind. Dies erschwert die Quantifizierung der Wirkweisen und damit auch die medizinisch-wissenschaftliche Rechtfertigung dieser Therapieform. Inzwischen gibt es wissenschaftliche Studien, die eine signifikante Erhöhung des Wohlbefindens durch Musiktherapie aufzeigen (vgl. Warth et al. 2015). Für Studien, die eine signifikante Wirkung auf einzelne Symptome beschreiben können, herrscht jedoch weiterhin großer Forschungsbedarf.

Auch im Setting der Musiktherapie zeigen sich herausfordernde Gegebenheiten, die Patienten und Therapeuten nur selten einen klar abgegrenzten Rahmen gewährleisten können und dem Therapeuten viele Kompetenzen und spezifische Grundhaltungen abverlangen.

## Das Setting – Übergänge fließend, Abgrenzung unmöglich?

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie/Hämatologie, Palliativversorgung und Hospizarbeit (2014, 7) schreibt in ihrem Berufsbild: „*Das übliche psychotherapeutische Setting mit zeitlicher und räumlicher Abgrenzung ist nur bedingt oder gar nicht möglich. Ein Sicherheit bietender Rahmen lässt sich unter den gegebenen Bedingungen häufig nicht herstellen*“. Das Setting der Musiktherapie zeigt auf fast allen Ebenen große Unbeständigkeiten, mit denen es adäquat umzugehen gilt:

- **Ort:** Unter anderem aufgrund der eingeschränkten Mobilität des Patienten findet die Musiktherapie meist in dessen Zimmer statt. Je nach individueller Befindlichkeit kann sich der Patient an einen Tisch setzen oder im Bett liegend die Musiktherapie erfahren. Besonders in Kliniken ist die Atmosphäre hier ungeschützt und eben sehr ‚technisch klinisch‘. Es stehen medizinische Geräte im Raum und viele Hintergrundgeräusche sind zu hören. Jederzeit kann jemand in den Raum kommen, was sich auch durch Anbringen eines Schilds an der Tür und offene Kommunikation gegenüber den anderen Berufsgruppen nur teilweise unterbinden lässt. Häufig sind Zimmernachbarn anwesend. Da nur in seltenen Fällen ein Therapieraum verfügbar ist, hilft in extremen Situationen nur das Ausweichen auf den Flur an eine möglichst geschützte Stelle. Hat der Patient, wie gelegentlich der Fall, zudem einen multiresistenten Keim, kann das Zimmer lediglich mit Kittel, Mundschutz, Handschuhen und desinfizierbaren Instrumenten betreten werden.
- **Zeit:** Die zeitliche Planung der Sitzungen muss sehr flexibel gehandhabt werden. Priorität haben einerseits medizinische und pflegerische Maßnahmen, andererseits die schwankende Verfassung der Patienten. So kann ein vorher vereinbarter Termin zum Beispiel aufgrund eines spontan notwendigen medizinischen Eingriffs ausfallen. Es kann sein, dass der Patient zum vereinbarten Zeitpunkt schläft oder ruhebedürftig ist. Die Länge der Sitzungen hängt ebenso von vielfältigen Einflüssen ab. An erster Stelle stehen die Bedürfnisse des Patienten. Manch ein Patient schläft nach zehn Minuten Musiktherapie entspannt ein, ein anderer wiederum hat so viel Freude oder Redebedarf, dass die Sitzung nach über einer Stunde noch immer kein Ende findet. Die Länge der Sitzungen schwankt dabei typischerweise zwischen fünf Minuten und zwei Stunden (vgl. Heinze 2005, 155 und Mangold & Oerter 1999, 351). „*Eine Mischung von Terminplanung und Spontanbesuchen, bzw. einer kurzfristigen Ankündigung des Besuchs scheint daher [...] ein sinnvolles Mittel zu sein*“ (Blanckenburg 2016, 27). Auch die Gesamtlänge der Betreuung ist sehr unterschiedlich und wiederholt geprägt durch plötzliche Abbrüche, da der Patient verlegt, entlassen oder verstorben ist. So variiert die Gesamtdauer der Behandlungen zwischen einem Besuch und mehreren Monaten oder auch immer wiederkehrend über mehrere Jahre.
- **Einzel- und Gruppensetting:** Grundsätzlich findet die musiktherapeutische Arbeit in der Palliativmedizin eben aufgrund der eingeschränkten Mobilität, vielfältigen Erkrankungsarten und individuellen Zuständen der Betroffenen meist im Einzelsetting statt. Doch auch dies gilt nur mit Einschränkungen. Häufig sind im Zimmer des Patienten Zimmernachbarn oder Pflegekräfte, die vom Patienten einbezogen werden oder ihre Berücksichtigung aktiv einfordern. Auch nehmen immer wieder Angehörige, die explizit in der Palliativmedizin mitbetreut werden, an der Musiktherapie teil. So bilden sich zwar ‚Mini-Gruppentherapien‘, jedoch steht auch hier immer der Patient im Zentrum. Häufig werden von Seiten der Angehörigen oder der Pflege konträr zu den

Anliegen des Patienten lautende Aufträge an den Therapeuten herangetragen, zum Beispiel die körperliche und emotionale Aktivierung, obwohl der Patient selbst gerne zur Musik entspannen möchte. In solchen Situationen sensibel zu reagieren und die aktuellen Bedürfnisse des Patienten nicht aus den Augen zu verlieren, zeigt sich hier als große Herausforderung.

In selteneren Fällen scheint es auch Gruppenangebote zu geben, dann jedoch eher für selbstständig mobile Patienten in früheren Erkrankungsstadien. Als Fokus stellt sich dabei vorrangig heraus, den Kontakt zu anderen, ebenfalls Betroffenen zu gestalten und so eine soziale Stütze aufzubauen.

- **Ziel/Auftrag:** Wie bereits erkennbar wurde, gilt es, zwischen den Wünschen verschiedener Auftraggeber (Patient, Angehörige, Personal) sorgsam die aktuellen Bedürfnisse des Patienten heraus zu filtern. Das oberste Ziel besteht in der Erhaltung und Erhöhung der Lebensqualität des Patienten. An vom Patienten formulierten langfristigen Therapiezielen kann teils über mehrere Sitzungen gearbeitet werden. Häufig passiert es aber, dass diese zurückgestellt werden müssen. In der aktuellen Verfassung des Patienten rücken dann andere Bedürfnisse, wie zum Beispiel die akute Schmerzlinderung in den Vordergrund. Auch hier ist also ein hohes Maß an Spontaneität und Flexibilität des Therapeuten gefordert.

## Herausforderungen für den Therapeuten

Überhaupt scheinen gewisse Voraussetzungen dem Musiktherapeuten sehr hilfreich zu sein, um in diesem Berufsfeld angemessen arbeiten zu können:

Wie bereits erwähnt, sind Spontaneität und Flexibilität des Therapeuten von zentraler Bedeutung. Auf allen Ebenen werden diese immer wieder beansprucht, sei es bei der schwierigen Terminplanung, plötzlichen Unterbrechungen der Sitzungen oder einem jäh verstorbenen oder entlassenen Patienten. Insbesondere aber fordert der Kontakt mit palliativen Patienten diese Eigenschaften ein. Auch hier ist nur sehr wenig im Voraus planbar. Je nach aktueller Verfassung des Patienten treten Absprachen oder Vorhaben aus der letzten Sitzung plötzlich in den Hintergrund, verlangen ein schnelles Umdenken des Therapeuten und ein breites Repertoire an Angeboten, auf das jederzeit zurückgegriffen werden kann.

Um in dieser Unplanbarkeit und Unberechenbarkeit der musiktherapeutischen Arbeit dem Patienten dennoch eine adäquate Unterstützung anbieten zu können, ist die innere Haltung des Therapeuten von grundlegender Bedeutung. Baumann (2014, 35) schreibt: *„durch die Haltung wirkt die Vielfalt der Bausteine, die wir anwenden können. Die Haltung ist das Herz unseres Handelns“*. Dazu gehört zunächst die *„Aufsuchende Haltung“* (Baumann & Bünemann 2009, 120), mit der dem Patienten zu Beginn der Sitzung in seinem aktuellen Zustand ganz offen begegnet werden kann. Dies beinhaltet auch, seine aktuelle Lage in der Gegenübertragung oder im eigenen ‚Bauchgefühl‘ zu erspüren, wenn dieser sie



selbst nicht beschreiben kann. Ein weiterer Begriff, den Baumann & Bünemann diesbezüglich prägen ist der der „*Absichtsvollen Absichtslosigkeit*“, der bedeutet „*dass wir nicht demgegenüber gleichgültig sind, was geschieht (absichtsvoll), uns dennoch nicht von selbst gesteckten Zielen leiten lassen*“ (ebd.). Für eine gelingende therapeutische Beziehung ist es zudem sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten hilfreich, wenn es gelingt, fragmentarisch zu arbeiten. Das heißt, jede Sitzung ist in sich geschlossen zu gestalten, indem aufkommenden bedeutsamen Themen direkt gefolgt wird und diese nicht auf später aufgeschoben werden. So kann, auch falls es zu einem spontanen Abbruch der Sitzung kommt, aktuell Thematisiertes abgeschlossen sein. In der nächsten Sitzung stehen dann wieder die aktuellen Bedürfnisse im Vordergrund. Letztlich ist es sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten wichtig, den Abschied jedes Mal bewusst zu erleben, gleichzeitig aber offen für ein Wiedersehen zu bleiben. Dieser Spagat erfordert vom Therapeuten ein hohes Maß an Sensibilität, Flexibilität und Präsenz für den Augenblick.

Nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Therapeuten beinhaltet die musiktherapeutische Arbeit im palliativen Kontext immer wieder eine Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit und erweist sich dadurch emotional als sehr beanspruchend. Der Therapeut sollte sich seiner eigenen Geschichte und seines eigenen Umgangs mit dem Thema Tod bewusst sein, um so etwaige Tabuisierungen im Gespräch mit Patienten als seine eigenen oder die des Patienten wahrnehmen und damit umgehen zu können. Eine Verarbeitung der persönlichen Geschichte ist zudem wichtig, um sich im Falle des Todes eines Patienten nicht zu stark zu identifizieren. So kann der Therapeut mit den Patienten zwar eine professionelle, aber trotzdem immer wieder auch persönliche Beziehung eingehen. Dies ist zur Wahrung von Authentizität in der Beziehung zum Patienten unumgänglich. Gottschling (2016, 91) spricht diesbezüglich von „*Professioneller Nähe*“. Das bedeutet, dass der Tod eines Patienten auch dem Therapeuten sehr nahegehen kann. Für einen solchen Fall erweisen sich sowohl unterstützende Angebote im Team als auch persönliche Rituale als hilfreich zur Psychohygiene und zum Umgang mit Belastungen. Möglicherweise erscheinen Berichte über das Arbeiten im palliativen Kontext für Außenstehende aus diesem Grund abschreckend oder fremd. Aus der Innenperspektive eines musiktherapeutisch Tätigen zeigt sich die berufliche Tätigkeit jedoch gerade durch die Tiefe der Beziehungen als sehr erfüllend. Viele professionelle Helfer arbeiten mit ‚viel Herz‘ in diesem Bereich der Medizin, da in wenigen anderen Arbeitsbereichen ein so persönlicher und intimer Beziehungsraum entsteht wie im palliativmedizinischen Kontext.

## Methoden und Wirkweisen der Musiktherapie

Im Vergleich zu anderen beteiligten Berufsgruppen scheint es manchmal so, als sei die Musiktherapie ein besonders ‚simples‘ Angebot, um Zugang zum Patienten zu

finden. Mit einfachen Mitteln (Musik und persönliche Zuwendung) kann viel erreicht werden. Dies erweckt offensichtlich mitunter den Anschein, Musiktherapie als ‚Wohlfühlangebot‘ zu betiteln. Für Laien ist oft nicht erkennbar, auf wie vielen verschiedenen Ebenen dieser therapeutische Ansatz tatsächlich wirken kann. Hierbei ist eine Kategorisierung der Wirkweisen (u. a. die vier Säulen der Palliativmedizin: sozial, psychisch, physisch und spirituell) künstlicher Natur. Die Übergänge sind meist fließend und nur schwer abgrenzbar.

Wie in den meisten Bereichen der Musiktherapie zeigt sich auch in der Palliativmedizin die kommunikative oder soziale Ebene als eine wesentliche. In der Musik kann Kommunikation auch ohne verbale Sprache ermöglicht werden. Dies ist gerade für Menschen essentiell, die aus körperlichen, geistigen oder kulturellen Gründen nur eingeschränkt verbal in Kontakt gehen können. Doch nicht nur solche Patienten, sondern auch Menschen mit verbal adäquater Ausdrucksfähigkeit profitieren sehr von dieser Ebene der Musiktherapie. Hat der Patient beispielsweise das Bedürfnis, von seinen Angehörigen tabuisierte Emotionen auszudrücken, kann die gemeinsame Improvisation als ‚Pufferzone Musik‘ genutzt werden. Hier können angst-, scham- oder schmerzbesetzte Themen Ausdruck finden, ohne die Grenzen des Gegenübers zu verletzen. Auch die Auswahl eines bestimmten Liedes, das gemeinsam gehört oder gesungen wird, kann eine Botschaft indirekt vermitteln und so für den Betroffenen und das gesamte soziale System sehr entlastend wirken. Für manche Patienten kann es zudem sehr hilfreich sein, Inhalte, die sie gern ausdrücken möchten, aber nicht sagen können, in einem selbstgeschriebenen Situations-, Abschieds- oder Dankeslied künstlerisch-ästhetisch mitzuteilen. Mit einer Aufnahme eines solchen Liedes kann etwas Bleibendes hinterlassen werden, was für viele Patienten einen trostspendenden und sinnstiftenden Aspekt am Ende des Lebens enthält.

Passiert es, dass sich die Gespräche zwischen dem Patienten und den Angehörigen meist nur um die Erkrankung drehen, im Prozess andere Gesprächsthemen verloren gehen und sich die Interaktion zunehmend auf das rein Organisatorische beschränkt, kann die Musiktherapie der Beziehung wieder eine gewisse Gemeinsamkeit und Herzlichkeit zurückgeben. Dafür reicht manchmal allein schon die Frage „Hören Sie gerne Musik?“, die beim Patienten oder im Kreis der Familie viele gemeinsame Erinnerungen und Erlebnisse auszulösen vermag und die auch über den Besuch des Therapeuten hinaus diskutiert werden. Werden die dabei aufkommenden Lieder in der Musiktherapie gemeinsam gesungen, kommt es häufig zu einer sehr ausgelassenen Stimmung. Erleichterung über solch ein gemeinsames positives Erlebnis wird schnell spürbar. Das Singen verbindet die Familie oder Freunde auch emotional wieder miteinander. Diese Qualität stellt sich häufig als ein Erlebnis dar, welches das ganze soziale System des Patienten als sehr stärkend empfindet. Zudem schafft das Singen oder Hören bekannter Lieder auch eine Neu-Verknüpfung oder Kommunikation von Gegenwart und Vergangenheit, was dem Patienten eine Art Lebensrückschau ermöglicht und ihm das Gefühl geben kann,

ein Teil der Welt (gewesen) zu sein. Heinze (2005, 46) bringt es auf den Punkt: „*Lieder sind Begleiter beim Abschied und bilden doch eine Brücke zum Leben und auch zur Lebensfreude*“. Indirekt können die hier beobachtbaren Mechanismen auch dem Isolationsabbau zwischen Patienten und anderen Berufsgruppen dienen. Dies geschieht schon allein dadurch, dass die Musik beim Patienten Prozesse in Gang bringt, die dieser dann zum Beispiel mit den Pflegekräften teilt.

So zeigt sich: Musik und Musiktherapie ermöglichen Kommunikation auf einer ganz basalen Ebene. Somit kann ein Übergang zwischen zwei vorher nicht verbundenen oder auseinandergedrifteten Elementen hergestellt werden, was dem Betroffenen gestattet, sich wieder als Ganzes zu erleben.

Auch auf der körperlich-sinnlichen Ebene kann es darum gehen, verlorene Verknüpfungen wiederherzustellen. Hier kommt der Stimme als „*schwingende Verbindung zwischen Innen- und Außenraum*“ (Heinze 2002, 30) eine wichtige Bedeutung zu, indem sie die wechselseitige Beeinflussung von Körper und Geist unterstützt. Mit gezielten Atem-, Stimm- und Gesangsübungen wird der Atem vertieft. Durch Klangreisen, GIM<sup>2</sup> oder Relaxationsübungen können Unruhezustände oder Schlaflosigkeit gelindert werden. Die auf diese Weise erfolgende Entspannung oder Ablenkung kann auch zur Schmerzminderung beitragen. Wichtig in diesem Bereich ist zudem die sensorische Anregung, gerade bei Patienten mit Lähmungserscheinungen zum Beispiel durch einen wachsenden Hirntumor oder Erkrankungen des Nervensystems. Durch das Auflegen stark vibrierender Instrumente, wie Klangschalen oder Tambura, kann ein anderer Zugang zum kranken und bedrohlichen Körper gefunden und so neu erfahren werden. Bei neurologischen Erkrankungen oder begleitend auftretenden Dysarthrien und Aphasien kann Musiktherapie durch Singen und Rhythmisierung auch der Sprachanbahnung dienen und kleine Erfolgserlebnisse vermitteln. Besonders im späteren Verlauf der Erkrankung, wenn es vermehrt zu Vigilanzminderung und Desorientierung kommt, wirkt die Musik durch ihren Rhythmus, sowie zum Beispiel in jahreszeitlichen Liedern strukturierend und orientierend. Besondere Situationen geschehen dadurch häufig kurz vor dem Sterben, wenn Angehörige bei einem nicht mehr ansprechbar scheidenden Patienten merken, wie dieser nochmal ein wenig wacher wird und auf die Anwesenden reagiert.

In Bezug auf die spirituelle Ebene, die am Lebensende bei vielen Menschen ein essentiell wichtiges Grundbedürfnis darstellt, fällt eine Abgrenzung der Musiktherapie von der Seelsorge teilweise schwer. Es empfiehlt sich für den Musiktherapeuten, verschiedene spirituelle und religiöse Lieder im Repertoire zu haben, da solche Lieder immer wieder gewünscht werden. Im christlichen Bereich ist beispielsweise

---

2 Guided Imagery and Music.

das Lied „Von guten Mächten“<sup>3</sup> ein häufig gewünschtes Lied. Es wird durch seine Geschichte besonders, durch seinen hoffnungsvollen Text und die tragende Melodie von vielen Patienten als sehr stärkend erlebt. Häufig kommt es nach dem Singen eines solchen Liedes zu sehr tiefgehenden Gesprächen, in denen Glaube, Hoffnungen und Sinnfragen thematisiert werden: „Was habe ich getan, dass ich so gestraft werde?“, „Was passiert mit mir, wenn ich sterbe?“, „Wozu bin ich hier?“ oder Gedanken, wie „Ich bereue, einiges in meinem Leben (nicht) getan zu haben.“ kommen auf und sollten vom Therapeuten offen und ohne zu urteilen aufgenommen werden. In solchen Gesprächen zeigen sich zugrundeliegende Mechanismen der Krankheitsverarbeitung des Patienten, die offenzulegen ihm sehr schwer fallen kann. Die persönliche Spiritualität ist für viele Menschen ein extrem sensibles und intimes Thema, das nur mit den wenigsten Menschen geteilt wird. Hier kann die lebensgeschichtliche Erinnerungsarbeit dem Patienten helfen, den eigenen Lebensweg neu zu verstehen und in das bewusstwerdende Welt- und Sinnbild einzuordnen. Die Musik vermag dabei mit dem Auslösen von Emotionen und Erinnerungen durch für den Patienten bedeutsame Lieder eine verbale Bearbeitung einleiten.

Die Reflexion des eigenen Lebens ist auch auf der psychischen Ebene zentral. Das durch die Musik ausgelöste Erinnern früherer Erlebnisse und der Anteile, die den betroffenen Menschen vor der Erkrankung ausgemacht haben, unterstützen den Patienten dabei, seine Identität wiederzufinden. Es wird eine Brücke geschaffen zwischen dem Betroffenen in seiner jetzigen Situation und seinem gelebten Leben bzw. seinem Geworden-Sein. In Phasen tiefer Depression, Verdrängung und Isolation können die kurzen Sequenzen der Musiktherapie auf diese Weise erstaunlich große Wirkungen vollbringen. Ein den Patienten belastendes Gedankenkreisen kann durchbrochen und Inseln der Lebensfreude und des Genusses geschaffen werden. Dies hilft dem Patienten, neue Kraft zu schöpfen, um mit der Erkrankung umzugehen und Ängste zu vermindern. Erstaunlicherweise zeigt sich gerade bei der Arbeit mit bekannten Liedern, wie nah Freude und Trauer miteinander verbunden sind. Sehr oft passiert es, dass schon beim ersten Erklingen eines Liedes oder im Verlauf Tränen fließen, die aber meist eine spannungslösende, erleichternde Qualität haben und im Medium Musik Raum finden können. Darauf folgt häufig ein intensives Gespräch oder eine Phase ausgelassener Lebensfreude.

In einer gemeinsamen Improvisation kann der Patient schöpferisch und kreativ tätig werden. Dabei erfährt er ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit, das während eines längeren Klinikaufenthalts oftmals verloren geht oder stark eingeschränkt erscheint. Auch Patienten mit verminderten Bewegungsmöglichkeiten können dies durch das Entlocken von Klängen an bestimmten Instrumenten, wie zum Beispiel der Ocean Drum durch kleinste Bewegungen erfahren. Auf der psy-

3 Der evangelische Theologe und NS-Widerstandskämpfer Dietrich Bonhoeffer verfasste den Text 1944 während seiner Gestapo-Haft in Todesahnung. 1945 wurde er im Konzentrationslager Flossenbürg hingerichtet ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

chischen Ebene spielt die Musik als Ausdrucksmittel zudem wieder eine wichtige Rolle. Sie bietet die Möglichkeit, in geschütztem Rahmen die angesichts der lebensbedrohlichen Erkrankung überwältigenden, verbal schwer fassbaren Emotionen frei auszudrücken und so die Krankheitsverarbeitung zu unterstützen. Der Therapeut übernimmt hierbei die Rolle, Emotionen zu halten und empathisch zu spiegeln. So können sie transformiert und als erträglich erlebbar vom Patienten angenommen werden. Dieser Vorgang wird in therapeutischen Kontexten als ‚Containment‘ (vgl. Bion 1962) bezeichnet. Improvisationen gehen dann meist Hand in Hand mit einem Gespräch, in dem das Gespielte reflektiert und wieder in Worte übersetzt werden kann. Auch anders herum kann die Improvisation Raum geben, das Gesprochene nachklingen zu lassen.

Tatsächlich kommt es in der palliativmedizinischen Musiktherapie seltener als in anderen Bereichen zu gemeinsamen Improvisationen, da dem Patienten hierfür, insbesondere im späteren Verlauf der Erkrankung, oft die Kraft fehlt oder andere Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Unter anderem aus diesem Grunde findet das Fürspiel des Therapeuten für den Patienten sehr häufig seine Anwendung. Auch hier kann der Therapeut die aktuelle Stimmung des Patienten aufnehmen und ausdrücken und ihm so ein schutzgebendes Gefühl von Verstanden- und Gehaltenwerden vermitteln. Bei diesem Geschehen spielt die Atmosphäre eine zentrale Rolle. Sie erweist sich bei genauerem Hinblick als ein Phänomen, das Übergänge der besonderen Art aufzeigt. Um das atmosphärische Geschehen im musiktherapeutischen Fürspiel eingehend zu analysieren, wird ihm an dieser Stelle ein vertiefender Teil gewidmet.

## Das atmosphärische Fürspiel – Ein zutiefst palliatives Übergangsphänomen

Die intensive Wahrnehmung und Veränderung der Atmosphäre stellt ein Alleinstellungsmerkmal der musiktherapeutischen Disziplin im palliativen Kontext dar. Keinem anderen Angebot gelingt es, auf einer so basalen emotionalen Ebene zu wirken und dem Patienten ohne seine aktive Mitarbeit solch offensichtlich heilsame Momente zu ermöglichen. Sitzungen wie die folgende sind in der musiktherapeutischen Arbeit im palliativen Kontext häufiger zu erleben:

*Frau A. (80) geht es heute nicht gut. Nachdem sie die ersten beiden Sitzungen aktiv mitgesungen hatte und in hohem Maße mit Erinnerungen und positiven Emotionen in Kontakt gekommen war, klagt sie heute in Folge ihrer Bestrahlung über große Erschöpfung und Müdigkeit. Sie wolle keine Musik machen. Sie wirkt sehr klein und zerbrechlich. Ich schlage ihr vor, für sie an verschiedenen Instrumenten zu improvisieren, sie dürfe dazu gerne die Augen schließen und sich ganz auf die Musik einlassen. Das Angebot nimmt sie dankend an, macht es sich gemütlich im Bett und schließt die Augen. Gemeinsam atmen wir tief durch. Ich synchronisiere meinen Atem mit ihrem, um mich auf ihre Stimmung und die Atmosphäre*

*im Raum einzulassen. Ich wähle die Kantele. Ich erinnere mich daran, dass Frau A. diese in der Erstsitzung neugierig ausprobiert hatte. Die Kantele vermag mit ihrer pentatonischen Stimmung und nachklingenden Saitenklängen eine harmonische Weite auszulösen. Dies scheint mir in diesem Moment sehr stimmig. Im Spiel fokussiere ich meine Aufmerksamkeit auf Frau A., blicke sie an und lasse mich von meiner Intuition leiten. Die Stimmung ist vertieft, andächtig, regelrecht verträumt, vor allem verspüre ich den starken Wunsch, Frau A. Frieden zu ermöglichen. Der Gesichtsausdruck Frau A.'s verändert sich, wirkt entspannter und weniger belastet. Ich selbst verliere im Fürspiel das Zeitgefühl, bemerke dies erstaunt, nachdem ein Geräusch vor der Tür mich aufgeschreckt hat. Langsam bringe ich das Spiel zu einem Ende. Frau A. hält die Augen weiter geschlossen, öffnet sie erst nach langer Zeit mit einem langen Seufzen. Ich habe das Gefühl, sie kommt aus weiter Ferne und braucht lange, um wieder ins Hier und Jetzt zurückzukommen. Gemeinsam lassen wir die Atmosphäre in der Stille weiterklingen, bis mich Frau A. mit einem vertrauensvollen Lächeln und einem „Das war schön!“ entlässt.*

### **Eine definitorische Annäherung**

Nach einem atmosphärischen Fürspiel fällt es Patienten oft schwer, das Erlebte sprachlich auszudrücken. Werden sie gefragt, wie es ihnen mit der Musik ergangen sei, ringen sie oft um Worte. Häufig bleiben sie bei Beschreibungen wie „Ich war in der Musik“ oder „Ich habe nichts gedacht, war einfach weg“ hängen. Es scheint verbal nur schwer greifbar zu sein, was hier passiert. Was also ist Atmosphäre?

Das Wort ‚Atmosphäre‘ kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie ‚Dunstkreis‘, von *atmos*: ‚Dunst, Dampf‘ und *sphaira*: ‚Kugel‘ (vgl. Weymann 2005, 238). Etymologisch meint es etwas uns Umgebendes oder auch Umhüllendes. Dabei gibt es einerseits das Phänomen der physikalischen Atmosphäre unserer Erde, die sich in unserem Erleben zum Beispiel durch Wetterschwankungen auch körperlich bemerkbar machen kann. Andererseits gibt es die von uns seelisch erlebte, die sich eher durch die Stimmung im Raum kennzeichnet. Zwischen beiden benannten Typen lassen sich zahlreiche Analogien finden. Dies zeigt sich in beschreibenden Aussagen, die auf beide angewandt werden können, wie zum Beispiel: „Hier herrscht ja dicke Luft!“ Doch wie spüren wir so etwas? Das Wort ‚Dunst‘ deutet schon auf eine gewisse Diffusität hin, der schwer eine Schärfe zu geben ist. Auf diese Eigenheit weist auch Sonntag (2016, 107) hin: „Definitionen, die sich im Wesentlichen durch Abgeschlossenheit, Bestimmtheit, Deutlichkeit und Festlegung auszeichnen, widersprechen der Erfahrung von Atmosphären.“

Eine Atmosphäre scheint sich oft auf einen in gewisser Hinsicht abgeschlossenen Raum zu begrenzen, sei es, indem wir durch eine Tür treten oder uns lediglich zu einer Gruppe von Menschen bewegen. Wir merken schnell, welche spezifische Stimmung im Raum herrscht. Weymann (2005, 239) betitelt dies als „Raum-Wahrnehmung“, die sich nur schwer an einzelnen Faktoren festmachen lässt. Er be-

schreibt das Atmosphärische als „*etwas, das die Dinge ausstrahlen, von dem wir zugleich spürend ergriffen werden*“ (ebd.). Es scheint, als erspürten wir unsere Umgebung mit allen Sinnen. Neben an sich leblosen Dingen im Raum, die dennoch ihre eigene Wirkung entfalten und Gestimmtheiten prägen, tragen zum Beispiel auch auditive Umgebung, Mimik, Gestik, Körperhaltung oder Aktivität der anwesenden Menschen erheblich hierzu bei. Das heißt also, wir nehmen allein durch unsere Anwesenheit im Raum eine Stimmung wahr und prägen sie gleichzeitig permanent mit – eine wechselseitige Interaktion. Deuter (2005, 223) formuliert: „*Sich in einer Umgebung zu befinden und darin die eigene Befindlichkeit zu spüren, ist ein Merkmal der Atmosphäre*“. An dieser Stelle wird ihr eigentlich faszinierendes und für die Musiktherapie so wichtiges Merkmal deutlich: Es scheint sich hierbei um einen Übergang zwischen Subjekt und Objekt oder Innen- und Außenwelt zu handeln, der sich unmittelbar wechselseitig beeinflusst. Der Philosoph Gernot Böhme (1995, 22f.), der sich grundlegend und prägend mit dieser Thematik befasst, beschreibt Atmosphären daher als „*Beziehung von Umgebungsqualitäten und menschlichem Befinden ... Dieses Und, dieses zwischen beidem, dasjenige, wodurch Umgebungsqualitäten und Befinden aufeinander bezogen sind, das sind die Atmosphären*.“ Sie sind also in sich schon unverkennbar ein Übergangsphänomen.

## **Musik – der Stoff, aus dem Atmosphäre besteht?**

Die Gleichzeitigkeit von Außen und Innen oder von Objekt und Subjekt gibt uns Menschen die Möglichkeit, unser Inneres gezielt durch eine Veränderung des Äußeren zu beeinflussen. Ein bekanntes Beispiel solcher Versuche ist das Aufräumen des Zimmers, das angeblich helfen soll, die eigenen Gedanken zu sortieren. Für die Musiktherapie wesentlich wichtiger ist aber, dass Klänge oder Musik zu den wenigen Phänomenen gehören, die unmittelbar atmosphärisch auf uns wirken, da sie der Atmosphäre sehr ähnliche Eigenschaften haben: Sie sind flüchtig, diffus, ähnlich einem Dunst nur schwer fassbar und auch sie sind ein Zwischenphänomen zwischen Innen und Außen. Sonntag (2016, 170) behauptet sogar, Musik sei „*quasi der Stoff selbst, aus dem Atmosphäre besteht*.“

Musik ist diesbezüglich bislang erst wenig analysiert und beschrieben worden. Sie wird in der westlichen Kultur gemeinhin als etwas Strukturiertes und Gegliedertes betrachtet, als etwas, das abläuft oder Geschichten erzählt. In solchen Beschreibungen finden sich aber vor allem zeitliche Aspekte und Analysen wieder, die nach Ansicht von Böhme (vgl. 2005, 309f.) nicht das ganze Phänomen Musik ergreifen. Seiner Auffassung nach fehlt darin die räumliche Dimension von Musik. Klänge scheinen immer mit einer gewissen Ortlosigkeit verbunden zu sein – es lässt sich zwar eine Quelle ausmachen, aber sie bewegen sich im Raum, entfalten sich und verflüchtigen sich wieder – dennoch geht etwas Räumliches mit ihnen einher, denn durch ihre Anwesenheit schaffen sie einen eigenen Klang-Raum, in dem wir als Zuhörende eine geänderte Stimmung wahrnehmen. Auch Deuter (2005, 223)

beschreibt, die Klangquelle könne „noch so weit entfernt sein, wenn sie das Ohr erreicht, befinden wir uns mit ihr in einer gemeinsamen Umgebung.“ Böhme (2005, 310) prägt daher als Analyse der atmosphärischen Wirkweise der Musik zusätzlich zum Begriff ‚Zeitkunst‘ den Begriff der ‚Raumkunst‘.

In diesem Raum, den die Musik nun erschafft, findet der Übergang von Subjekt und Objekt, von Innen und Außen statt. Er ermöglicht, „dass der Mensch durch sein leibliches Spüren in den Raum gewissermaßen auslangt, und der leibliche Raum, der sich durch dieses Außer-sich-Sein, das Draußen-Sein, konstituiert, ... durch Musik modifiziert“ wird (a.a.O., 311). Diese Wirkung der Musik als atmosphärisch modifizierendes Medium macht sich die Musiktherapie gezielt zunutze. Hierbei muss sie aber berücksichtigen, dass die jeweiligen Vorerfahrungen des Patienten für ein ganz individuelles Erleben der Klänge und Musik sorgen. So kann beispielsweise der Klang von läutenden Glocken einen Menschen an die frühere Geborgenheit des sonntäglichen Kirchgangs erinnern, einen anderen jedoch eher an den strengen elterlichen Zwang zu bestimmten christlichen Verhaltensweisen.

## Der fehlende Schutzraum in der klinischen Atmosphäre

Um die Wirkweise des musiktherapeutischen Fürspiels zu erläutern, ist es hilfreich, sich noch einmal zu vergegenwärtigen, in welcher Atmosphäre sich ein Patient in palliativer Situation befindet: Dieser Mensch erlebt die größte körperliche Krise seines Lebens. Sie geht vorwiegend auch mit einer tiefen seelischen Krise einher, die zu überwinden viel Zeit und Kraft kostet. Das heißt, der Patient ist meist auf körperlicher und seelischer Ebene sehr geschwächt und vulnerabel. Gerade der Aufenthalt in einer Klinik mit ihrer sterilen Stimmung und der Abhängigkeit von medizinischen Geräten, häufig verbunden mit körperlichen Eingriffen, konfrontiert den Patienten permanent mit seiner Erkrankung. Hierbei kann auch das äußere Umfeld selten den in dieser Situation dringend notwendigen Schutzraum bieten, da immer wieder die Tür zum Patientenzimmer aufgeht und kurze Eingriffe, pflegerische Maßnahmen oder ärztlich-therapeutische Rückfragen nötig sind. Auch oder ganz besonders in der klinischen Umgebung manifestieren sich also die Schutzlosigkeit und das Ausgeliefertsein des Patienten. Das Schlimme hierbei ist, dass noch nicht einmal der eigene Körper einen Schutzraum bieten kann. Grund dafür ist zum einen, dass die Bedrohung ja im Körper selbst liegt, zum anderen, dass dieser zudem immer wieder durch Eingriffe verletzt wird. Infolgedessen scheinen viele Patienten zu einer erhöhten Wachsamkeit und Anspannung zu neigen, was sich in Schlaf-, Ruhelosigkeit und Erschöpfung äußert.

In einer solchen Situation kann es allein schon sehr heilsam sein, wenn der Patient für einen Moment die Verantwortung für den eigenen Schutz abgeben und im Beisein eines anderen fürsorglichen Menschen verweilen kann, ohne dafür eine ‚Gegenleistung‘ in Form von körperlicher Aktivität oder verbalem Kontakt erbringen zu müssen. Sonntag (2016, 187) betitelt dies als ‚Therapeutische Atmosphäre‘



re‘ und definiert sie als „*Kategorie basalen Wohlempfindens: ein resonanzgebender Raum, der ermöglicht, sich ohne Handlungs- und emotionalen Druck in spürbarer Anwesenheit anderer wohlzufühlen.*“ In seiner Veröffentlichung beleuchtet er dieses Phänomen ausführlich. Therapeutische Atmosphären können natürlich in allen psychosozialen und therapeutischen Kontexten, wie der Psychotherapie oder Seelsorge entstehen. Die Musiktherapie nutzt jedoch als eine von wenigen Disziplinen mit der Musik ein Medium, das über die zwischenmenschlichen Kommunikationsmittel wie Stimme, Mimik und Gestik hinaus die Atmosphäre ganz unmittelbar beeinflussen kann. In palliativen Kontexten stellt sie mit ihrem Angebot des atmosphärischen Fürspiels eine einzigartige Möglichkeit des heilsamen Verweilens zur Verfügung, die sich als ‚Musikalische Blase‘ manifestieren kann.

### Das atmosphärische Fürspiel als ‚Musikalische Blase‘

Die ‚Musikalische Blase‘ ist ein Begriff, der an dieser Stelle genauer umrissen werden soll. An anderer Stelle beschrieb ich (Blanckenburg, 2016, 57f.):

*„Die Musik konnte einen Teil der Klinik-Geräusche überblenden oder in die Musik integrieren und schuf so eine Art schützende Blase, die ich als ‚Musikalische Blase‘ benennen möchte. Diese gab dem Patienten kurzzeitig die Möglichkeit, die klinische Umgebung und damit auch die Beschäftigung mit seiner Erkrankung, auszublenden. Die Stimmung in dieser Phase der musiktherapeutischen Sitzung erlebte ich meist als einhüllend, andächtig und verträumt, gleichzeitig aber – wie eine Seifenblase – als sehr zerbrechlich.“*

Die Bezeichnung ‚Musikalische Blase‘ hängt mit dem Erscheinungsbild des Phänomens zusammen. Besonders charakteristisch ist sowohl für eine (Seifen-)Blase als auch für die Atmosphäre des musiktherapeutischen Fürspiels ihre Sensibilität und Zerbrechlichkeit, die einen sehr behutsamen Umgang erfordert. Was aber geschieht hier? Zunächst werden die lauschenden Menschen von der Musik des therapeutischen Fürspiels umhüllt und erleben so einen von außen weitgehend abgegrenzten Raum. Hierbei ist bemerkenswert, dass eben jene Beschreibung des ‚Umhüllenden‘ oder anders gesagt des ‚Ummantelnden‘ außergewöhnlich gut zur Palliativmedizin passt, da das Wort ‚palliare‘ ebendies bedeutet. Dies ist eine zentrale Eigenschaft der ‚Musikalischen Blase‘, die dem Patienten einen Schutzraum bieten kann, der sonst in der klinischen Atmosphäre oft nicht vorhanden ist – die Musik wirkt so als Raumkunst. Obwohl der Patient sich rein körperlich noch in derselben klinischen Umgebung befindet, erlebt er subjektiv und damit seelisch eine tiefgreifende Veränderung seiner Umgebung. Dies führt dazu, dass der Patient für kurze Zeit die Klinik und damit verbunden auch seine Erkrankung ausblenden kann. Oft sind dies die ersten Momente seit Beginn des Klinikaufenthalts, in denen das gelingt.

Die Zerbrechlichkeit der Blase erweist sich jedoch eher an ihrem Ende: *„In atmosphärisch geladenen Räumen kann ein einziger Ton, ein einziges Wort dem Geschehen eine Wende geben“* (Hegi 2005, 296). Passiert dies zum Beispiel, wenn

das Telefon des Zimmernachbarn klingelt oder die Tür geöffnet wird, dann öffnet der Patient meist die Augen und wirkt, je nach Tiefe der vorherigen Atmosphäre, leicht desorientiert. Er braucht einen Moment, um sich wieder an die Umgebung anzupassen. In manchen Situationen geschieht dies auch ohne erkennbare Störung. Der Patient scheint damit das Ende der Atmosphäre zu signalisieren. Deuter (2005, 229) beschreibt solche Momente als ein Herausfinden aus der Umhüllung durch „eine wiedergefundene intensivere Selbstwahrnehmung“. Dies kann bedeuten, dass der Patient sich – ähnlich wie in einem Traum – bewusst wird, dass er sich mit der Musik in einem Schwebезustand befindet und sich so von diesem unmittelbaren Erleben wieder distanzieren kann. Kommt es jedoch nicht zu einem solch plötzlichen Ende und die Musik verklingt nach einer Weile, dann wird häufig ein langsames Auflösen oder Entschweben der ‚Musikalischen Blase‘ erlebbar. Manchmal ist der Patient während der Musik eingeschlafen. Meist jedoch dauert es noch eine Weile, bis er zaghaft und vorsichtig die Augen öffnet. Er schaut den Therapeuten vertieft und dankbar lächelnd an, atmet tief durch, um sich dann neu auf die aktuelle klinische Atmosphäre einzustellen. Die Blase wird zunehmend kleiner, schwingt aber noch lange nach.

Oft beschreiben Patienten ihr Erleben nach einem solchen Fürspiel als ein „Fallenlassen in die Musik“. Dieses Fallenlassen, das auch im Einschlafen mancher Patienten erkennbar ist, signalisiert das Loslassen und Loslösen von der vorherigen Wachsamkeit und Kontrolle, durch die die erlebte Schutzlosigkeit kompensiert wurde. Für den Moment der Musik gelingt es dem Patienten, die Verantwortung für seinen Schutz an den Therapeuten abgeben zu können. Hierbei scheint bedeutungsvoll zu sein, dass ein ‚Fallenlassen‘ allein dann möglich ist, wenn auf ein ‚Auffangen‘ durch einen Anderen vertraut werden kann. Dies gelingt jedoch nur, wenn der Therapeut die nötige Wachsamkeit mitbringt. So reicht mitunter ein Abschweifen der Gedanken oder der Fokussierung des Therapeuten, um die schützende Atmosphäre für den Patienten spürbar zu wandeln. Um selbst wieder die Kontrolle zu übernehmen, reagiert er dann zum Beispiel durch das Öffnen der Augen.

In gewisser Art und Weise ist dieses Phänomen eine Form der Regression in frühere kindliche Zustände. In der Musik kann der sonst so schutzlose Patient Momente der Geborgenheit erleben. Dies sind Momente, in denen er vor seiner existentiellen Bedrohung durch die umhüllende Musik und die Wachsamkeit des Therapeuten geschützt ist, ein Erlebnis, das an die schützende Mutter des Kleinkindes oder gar das vorgeburtliche intrauterine Erleben erinnert. So werden auch hier Mechanismen des bereits genannten ‚Containments‘ sichtbar. Da der Patient durch seine Anwesenheit in der Atmosphäre diese entscheidend mitprägt, wird sein aktueller Zustand ohne verbale Interaktion auch für den Therapeuten spürbar. Mit der annehmenden inneren Haltung des Therapeuten und seinem Ausdruck der empfundenen Stimmung in der Musik werden die Emotionen musikalisch ‚benannt‘ und dem Patienten wird nonverbal Verständnis und Annahme seines inneren Zustands vermittelt. Vor allem die Benennung der den Patienten belastenden Emotionen wie Trauer, Wut und Trostlosigkeit ist hierbei zentral, da diese häufig nur vorbewusst

von ihm erlebt werden. Durch das Halten und Ausdrücken der Emotionen durch den Therapeuten wird diesen eine Bedeutung verliehen. Sie werden für den Patienten bewusster, leichter erträglich und integrierbar. Hierin zeigt sich die ‚Musikalische Blase‘ auch als ein Beziehungsraum. Ein anderes Erleben der regressiven, geschützten Umgebung kann sein, dass der Patient mit der fantasieanregenden und öffnenden Wirkung der Musik regelrecht aus seiner aktuellen Situation auszubrechen vermag. So schildern Patienten neben dem Fallenlassen mitunter, dass sie in Gedanken an anderen Orten waren – meist Orte, die mit der Natur oder wichtigen Menschen verbunden sind – was ästhetisch sehr anregend, vor allem aber eine große Quelle für Kraft zu sein scheint, von der in den folgenden Stunden und Tagen gezehrt werden kann.

Hierin wird die Wirkweise der Atmosphäre offenbar, die oben näher dargestellt wurde. Durch die Gleichzeitigkeit von Innen und Außen kann der Patient erleben, wie sein Innen modifiziert wird, indem er im Außen der ‚Musikalischen Blase‘ verweilt. Es gelingt dem Patienten, sich unabhängig von seiner Erkrankung als eigenständige Person wieder neu zu entdecken und Anteile des Selbst wiederzufinden, die unter der Belastung der Erkrankung verloren gegangen waren. In den Erlebnissen von Natur und Gemeinschaft kann der Patient sich zudem erinnern, dass er mit der Welt verbunden und ein Teil von ihr gewesen ist und bleibt (vgl. Sonntag 2016, 209). In gewisser Art und Weise wird mit der ‚Musikalischen Blase‘ so ein Übergang für den Patienten geschaffen. Dieses Aus-sich-heraustreten und Erleben einer der Klinik fernen Welt oder auch das Pendeln zwischen den Welten in der ‚Musikalischen Blase‘ ist eine Erfahrung von Transzendenz. Diese kann für manche Menschen eine sehr spirituelle Erkenntnis sein, auch, da es viele Parallelen zum Sterbevergang aufweist.

Was aber ist es, dass diese Gleichzeitigkeit von Selbst- und Welterfahrung auszulösen vermag? Hierfür scheint wichtig zu sein, dass die Atmosphäre eine Ausgewogenheit aus Halt und Offenheit beinhaltet und damit vermitteln kann (vgl. Deuter 2005, 228). Der Halt bzw. das Gehalten-Werden ist dabei sicherlich vorwiegend in der dem Patienten zugewandten und wachsamten Haltung des Therapeuten zu verorten, sowie in dem abgegrenzten Raum der ‚Musikalischen Blase‘. Auch in Bezug auf die Öffnung der Atmosphäre in die Weite spielt die innere Haltung des Therapeuten eine Rolle. Nach Deuter (2005, 230) entsteht eine solche Atmosphäre erst, wenn der Therapeut sich der Tendenz enthält, das Geschehen in der Musik voranzubringen, weiterzuentwickeln oder daraus Konsequenzen zu ziehen. Die Offenheit ist vorrangig und – das ist der entscheidende Unterschied zu anderen Therapieformen – wird durch die Musik oft sehr einfach ausgelöst. Sie wirkt von sich aus schon öffnend und anregend, lässt Raum, sich emotional und assoziativ frei zu bewegen. Insbesondere scheint eine weitgehend ereignislose Musik (vgl. Weyman 2005, 242) mit dem Dazwischen, dem Übergang zwischen den Tönen, die nötige Weite und Öffnung für die Atmosphäre zu schaffen. Letztendlich spielt sicherlich auch die Wahl der Musikinstrumente eine Rolle dabei, welche Tendenz eine ‚Musikalische Blase‘ entwickelt. Der Gesang des Therapeuten übernimmt

durch die häufig beschriebene Assoziation des Besungen-Werdens mit der früh-kindlichen Geborgenheit eher haltgebende Funktionen. Instrumente, wie Sansula, Kantele oder Tambura, die wenig emotional vorgeprägt sind, vermögen dagegen mit ihren harmonischen Klängen vielmehr die Weite auszulösen.

Insgesamt fällt auf, dass der Spielraum der ‚Musikalischen Blase‘ immer wieder zwischen zwei Polaritäten liegt. Sei es zwischen Innen und Außen, Halt und Offenheit oder von Selbst- und Welterfahrung oder sei es das faszinierende Phänomen, dass innerhalb des abgegrenzten Raumes der ‚Musikalischen Blase‘ eine intensive Freiheit erlebt werden kann. Interessanterweise handelt es sich hierbei nie um ein Entweder – Oder, sondern immer um ein gleichzeitiges Vorhandensein der Polaritäten. Darin manifestiert sich wiederum die Diffusität der Atmosphäre. Sie ist immer ein fließender Übergang zwischen verschiedenen Polaritäten. Durch diese Übergänge sowie mit seiner ummantelnden und umhüllenden Wirkung zeigt sich die Methode des atmosphärischen Fürspiels als ein zutiefst palliatives Phänomen, das die musiktherapeutische Begleitung der vielfältigen Übergänge in der letzten Lebensphase eines Menschen sehr bereichern kann.

## Ausklang

*Frau A. scheint bei meinem nächsten Besuch Vertrauen zu mir gefasst zu haben. Obwohl es ihr auch heute schlecht geht und sie sich sehr schwach fühlt, sucht sie das Gespräch mit mir. Sie erzählt, dass sie nicht mehr könne und gerne sterben möchte. Leider könne ihr Sohn das nicht verstehen und sage ihr immer, dass sie schon wieder auf die Beine kommen werde. Er mache Druck, dass sie sich in der Physiotherapie bemühen soll. Nachklingend zu unserem Gespräch singe ich improvisiert mit Gitarrenbegleitung für sie. Es entsteht eine Atmosphäre tiefer Geborgenheit. Aus einem Impuls heraus wandelt sich die Gitarrenmusik und ich spiele das Lied „Ich wünsch dir tiefen Frieden“, ein Lied, das ich aus tiefstem Herzen singen kann. Auch diesmal lässt sich Frau A. tief fallen und braucht sehr lange, um aus der Musik wieder ins Hier und Jetzt zurückzukehren. Mit einem leisen Lächeln erzählt sie, sie habe daran gedacht, mit ihrem Hund über eine Wiese zu spazieren.*

*Als ich Frau A. das nächste Mal aufsuche, hat sich ihr Zustand sehr verschlechtert, sie ist nicht ansprechbar und reagiert nicht erkennbar auf meine Anwesenheit. Ich spiele für sie verschiedene Lieder, die wir gemeinsam gesungen hatten. Nach einem freien Fürspiel halte ich ihre Hand und passe meinen Atem an ihren an, verweile mit ihr in der atmosphärisch geladenen Stille. In diese Atmosphäre hinein greift sie meine Hand. Ich bin sehr berührt von der Nähe und dem Vertrauen, die in dieser Geste spürbar werden. Zum Abschluss singe ich wieder „Ich wünsch dir tiefen Frieden“ und aus einem Impuls heraus das Lied „Der Mond ist aufgegangen“. In dieser von mir als sehr stimmig empfundenen Atmosphäre verabschiede ich mich und wünsche ihr, dass sie ihren Frieden finden kann. Später erfahre ich, dass Frau A. wenige Minuten nach meinem Besuch verstorben ist.*

## Literatur

- Baumann, M.; Bünemann, D. (2009): *Musiktherapie in Hospizarbeit und Palliative Care*. München/Basel: Reinhardt.
- Baumann, M. (2014): Begrüßung gleichzeitig mit Musik. In: Schenk, M.; Löhr, R. (Hg.): *Musiktherapie in der Palliativ- und Hospizarbeit. 21. Musiktherapie-Tagung am Freien Musikzentrum München e. V. (2.–3. März 2013)*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Bausewein, C.; Roller, S.; Voltz, R. (Hg.) (2004): *Leitfaden Palliativmedizin*. 3. Auflage. München/Jena: Urban und Fischer (Klinikleitfaden).
- Bion, W. R. (1962): *Learning from Experience*. London:Tavistock.
- Blanckenburg, G. v. (2016): „Ein Farbleck im Klinikalltag“ – *Musiktherapie im palliativmedizinischen Dienst einer Universitätsklinik*. Münster.
- Böhme, G. (1995): *Atmosphäre. Essays zur neuen Ästhetik*. Frankfurt am Main.
- Böhme, G. (2005): „Die Musik modifiziert mein Gefühl, im Raum zu sein.“ Ein Gespräch mit Gernot Böhme. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 307–313.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der Onkologie/Hämatologie, Palliativversorgung und Hospizarbeit (2014): *Berufsbild der Musiktherapie in der Onkologie/Hämatologie; Palliativversorgung und Hospizarbeit mit Erwachsenen*. [http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user\\_upload/medien/pdf/Berufsbild\\_MT\\_in\\_der\\_Onkologie.pdf](http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Berufsbild_MT_in_der_Onkologie.pdf). (Zugriff: 29.05.2017).
- Deuter, M. (2005): Atmosphären – Wahrnehmungseinstellungen und Wirkungen in der musiktherapeutischen Behandlung. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 222–235
- Duden (2017): Aufruf am 11.08.2017 unter: [www.duden.de/rechtschreibung/uebergang](http://www.duden.de/rechtschreibung/uebergang)
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG) (2015). Online: [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/hospiz-und-palliativversorgung/hpg.html). (Zugriff: 29.05.2017).
- Gottschling, S.; Amend, L. (2016): *Leben bis zuletzt. Was wir für ein gutes Sterben tun können*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Hegi, F. (2005): Das Klangraumgefühl. Essay über Atmosphäre. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 293–297.
- Heinze, S. (2002): „Wenn eine Melodie verklingt...“. Musiktherapie in der Sterbebegleitung. In: *Musiktherapeutische Umschau* 23 (1), S. 22–36.
- Heinze, S. (2005): Sterben in der Musiktherapie. In: Smetana, M.; Heinze, S.; Mössler, K. (Hg.): *Stille, Sterben, Erwachen. Musiktherapie im Grenzbereich menschlicher Existenz*. Wiener Beiträge zu Musiktherapie Band 7.
- Kübler-Ross, E. (1983): *On Death and Dying*. o. O.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*, Langversion 1.1, 2015, AWMF-Registernummer: 128/001OL. Online: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Palliativmedizin.80.0.html> (Zugriff 29.05.2017).

- Mangold, I., Oerter, U. (1999): „...Du kannst ja nicht das Klavier mitnehmen.“. Zur besonderen Situation der Musiktherapie am Krankenbett. In: *Musiktherapeutische Umschau* 20 (4), S. 349–357.
- Pott, G. (2015): Sterbebegleitung in Deutschland. In: Pott, G.; Meijer, D. (Hg.) (2015): *Sterbebegleitung in Europa. Am Beispiel Deutschlands und der Niederlande, mit einem Exkurs zur intuitiven Ethik*. Stuttgart: Schattauer.
- Sonntag, J. (2016): *Demenz und Atmosphäre. Musiktherapie als ästhetische Arbeit*. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Warth, M.; Kessler, J.; Hillecke, T. K.; Bardenheuer, H. J. (2015): Musiktherapie in der Palliativmedizin. Eine randomisiert kontrollierte Studie zur Beurteilung entspannungsfördernder Effekte. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112 (46), 788–794.
- Weymann, E. (2005): Atmosphäre – ein Grundbegriff für die Musiktherapie. In: *Musiktherapeutische Umschau* 26 (3), S. 236–249.
- WHO World Health Organization (2002): *WHO Definition of Palliative Care*. Online:[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO\\_Definition\\_2002\\_Palliative\\_Care\\_englisch-deutsch.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf) (Zugriff 29.05.2017).

Gustav von Blanckenburg  
 Wörthstr. 2  
 48151 Münster  
 gustavvb@gmx.de  
 palliativmedizin.ukmuenster.de

#### Hinweis

Auch im Themenheft der MU berichten Autoren von ihrer Arbeit in den Übergangsbereichen an den Grenzen des Lebens. So stellt *Sabine Rave* einen *Essay über kunstbasierte Begleitung schwerkranker Menschen im Hospiz* zur Verfügung. *Sandrine Doepner*, *Frau X liegt im Sterben* und *Marie-Luise Zimmer*, *Weißt Du, wieviel Sternlein stehen?* geben mit kurzen Fallvignetten Einblick in Momente musiktherapeutischer Begleitung Schwerstkranker.