

Musiktherapie zur psychosozialen Unterstützung in einem Tumorzentrum

**Implementierung eines übergreifenden
Unterstützungskonzepts, Inanspruchnahme und
Wirkung musiktherapeutischer Angebote für
Patienten, Angehörige und Behandler**

I. Allgemeine Angaben zu dem geplanten Vorhaben

1. Antragsteller

federführend:

Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Oberarzt, Leiter des Arbeitsbereiches
Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik
* 20.12.1954, deutsch

Abt. Psychotherapie und
Psychosomatik
Am Hochsträß 8
89081 Ulm
Tel: 0731/502-5680/1
Fax: 0731/502-5662
E-mail: dahlb@sip.medizin.uni-ulm.de

Schlehdornweg 1
89079 Ulm
Tel. 07305/919217

Prof. Dr. med. Horst Kächele
Ärztlicher Direktor
* 18.02.1944, deutsch

Abt.. Psychotherapie und
Psychosomatik
Am Hochsträß 8
89081 Ulm
Tel: 0731/502-5660/1

Sonnenweg 25
89077 Ulm
Tel. 0731/52344

Anna M. Eisenschink
Ltd. Pflegekraft
* 18.09.1952, deutsch

Pflegedienstleitung
Steinhövelstr. 9
89075 Ulm
Tel: 0731/502-7010/1

Wielandstraße 28
89075 Ulm
Tel. 0731/22516

Im Benehmen mit den Mitgliedsabteilungen des Tumorzentrums Ulm, vertreten durch den geschäftsführenden Vorstand:

Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg
Ärztlicher Direktor
* 27.10.1946, deutsch

Abt. Gynäkologie
Prittwitzstraße 43
89075 Ulm
Tel. 0731/502-7600/1

Ehrensteiner Feld 16
89075 Ulm
Tel. 0731/54014

PD Dr. Karl-Heinz Link
Oberarzt
* 09.07.1952, deutsch

Abt. Allgemeine Chirurgie
Steinhövelstr. 9
89075 Ulm
Tel: 0731/502-7220

Alpenstraße 42
89075 Ulm
Tel. 0731/61423

2. Institution

Klinikum der Universität Ulm; Körperschaft des öffentlichen Rechts

3. Thema

Musiktherapie zur psychosozialen Unterstützung in einem Tumorzentrum. Implementierung eines übergreifenden Unterstützungskonzepts, Inanspruchnahme und Wirkung musiktherapeutischer Angebote für Patienten, Angehörige und Behandler

- unterstützende psychosoziale Versorgung in der Onkologie

4. Fachgebiet

Onkologie

- Schwerpunkt Psychoonkologie (Psychotherapie/Psychosomatik)
- onkologische Krankenpflege

5. Antragszeitraum

01. Januar 1998 bis 31. Dezember 2000

6. Dauer

2 Jahre

II. Detaillierte Darlegungen

1.1. Stand der Forschung

1.1.1 Psychoonkologie

Nach mehr als vier Jahrzehnten intensiver Erforschung der systematischen Beziehung zwischen psychosozialen Variablen und Krebsentwicklung werden keine psychischen Einflüsse für die Initiierung eines neoplastischen Transformationsprozesses mehr angenommen. Allerdings gelten diese mittlerweile als gesicherte Co-Faktoren in Entwicklung und Verlauf onkologischer Erkrankungen (Konwal 1955; Cramer et al. 1977; Richter 1981; Meerwein 1985; Bovbjerg 1989; Holland 1989; Ader et al. 1991). Dabei werden indirekte und direkte Effekte unterschieden (sog. external bzw. internal loop). Unter ersteren versteht man Verhaltensweisen, die mittelbar das Krebsrisiko erhöhen bzw. die Überlebenschancen Erkrankter mindern (z.B. Nikotin-, Alkoholkonsum, Sexualverhalten, Umweltexpositionen, Noncompliance, sozioökonomischer Status, soziale Unterstützung etc.). Unter zweiten sind Faktoren zusammengefaßt, die über größtenteils noch unbekannte psychoneuroimmunologische Mechanismen das interne Milieu und das Tumorwachstum unmittelbar beeinflussen. Die Wirkung der Effekte kann syn- bzw. antagonistisch sein, das Krebsrisiko steigern als auch senken und die Überlebenschancen verringern oder erhöhen. Im Vergleich zu anderen Einflußgrößen ist die Bedeutung psychosozialer Faktoren für das Krebsgeschehen noch nicht verläßlich abzuschätzen. Die ätiopathogenetisch orientierte Erforschung seelischer und sozialer Einflüsse auf die Krebsentstehung ist mit äußersten methodologischen Problemen konfrontiert, da die zu untersuchenden Wechselwirkungen derart komplex sind, daß lineare Ursache-Wirkungs-Modelle nicht mehr greifen (Wirsching 1990; Hürny & Adler 1991; Verres 1991). Nach Experteneinschätzung könnte ein größeres Verständnis der sich bislang nur skizzenhaft abzeichnenden grundlegenden psychoneuroimmunologischen Wechselwirkungsmechanismen potentiell zu neuen, sowohl medikamentösen als auch psychotherapeutischen Interventionsstrategien führen (Bovbjerg 1989).

Die vielfältigen psychosozialen Belastungen onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen sind auf der Ebene des klinischen Erfahrungswissens gut bekannt und zählen zu den zentralen Befunden psychoonkologischer Forschung (z. B. Aldridge 1987; Holland & Rowland 1989; Carter & Carter 1993). Prospektive Studien gibt es zu dieser Thematik bislang noch relativ wenige (vgl. z. B. Hürny 1986; Holland 1989; Neuser 1989; Cooper 1991; Kächele et al. 1991; Stanton & Snider 1993). Zu den zahlreichen primären, krankheits- und

behandlungsbedingten physischen und psychischen Belastungen, wie etwa Schmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Haarausfall, Blutungen, interkurrente Infekte, körperlicher Verfall, Immobilität oder Ängste, Aggressivität, Depressivität, sozialer Rückzug, Suizidalität etc., kommen sekundäre Belastungsmomente in Partnerschaft, Familie, Beruf und sozialem Umfeld hinzu. Inwieweit diese potentiellen Belastungsmomente für den Betroffenen und die Mit-Betroffenen tatsächlich zur subjektiv erlebten Belastung werden, hängt davon ab, wie diese vom einzelnen wahrgenommen, bewertet und bewältigt werden (Lazarus & Launier 1978; Heim 1986a). Im Hinblick auf ein psychosoziales Unterstützungsangebot muß deshalb die subjektive Perspektive der Betroffenen im Zentrum stehen.

Die Diskussion um die Krankheitsbewältigung (Kächele & Steffens 1988) hat das Augenmerk auf die grundlegenden psychosozialen Strategien gelenkt, wie Betroffene mit ihren Belastungen umgehen und wie sie sich an die Bedingungen ihrer Erkrankung adaptieren, d. h., wie sie ihre Bewältigungsressourcen zu nutzen in der Lage sind. Die psychosoziale Gesamtsituation eines Patienten wirkt sich im komplexen Zusammenspiel bewußter Bewältigungsversuche und unbewußter Abwehrstrategien modulierend auf den Krankheits- bzw. Behandlungsverlauf aus, vor allem auf die Intensität und Dauer krankheits- und behandlungsbedingter körperlicher Beschwerden. Die Grundlagenforschung hat den Einfluß seelischer Prozesse auf körperliche Funktionen nachgewiesen, insbesondere die negativen Wirkungen von Angst, Depression und innerer Spannung. Untersuchungen bezüglich ungünstiger Coping bzw. Abwehrstrategien weisen in die gleiche Richtung (Lazarus 1974; Heim 1991; Heim et al. 1993; Nelson et al. 1994; Rodrigue et al. 1994; Tschuschke et al. 1994). Es muß davon ausgegangen werden, daß ein nicht unbedeutender Teil von Patienten psychosoziale Belastungen aufweisen, die sich negativ auf ihren physischen Zustand auswirken. Psychosoziales Wohlbefinden ist zudem ein wesentlicher Bestandteil der subjektiv empfundenen Lebensqualität (Aulbert & Niederle 1990; Osoba 1991; Schwarz et al. 1991; Anderson 1992) und fördert mithin die sog. Compliance (Heim 1986b).

Die vielfältigen Belastungen und Anpassungsprobleme, welche die onkologische Erkrankung eines Familienmitgliedes und ggf. sein Sterben für die übrigen Familienmitglieder mit sich bringen, rücken auch hier die Fähigkeiten zur situationsgerechten Bewältigung mehr und mehr ins wissenschaftliche Blickfeld. Der allmähliche Rückzug der Familienangehörigen vom Erkrankten mit all seinen negativen Wirkungen auf die Familienmitglieder selbst (mißglückte Trennungs- und Trauerprozesse, unbewußte Schuldgefühle etc.) und ungünstigen Rückwirkungen auf den Patienten (Kränkung, Depression, Resignation etc.) gehören mit zu den leider immer wieder zu beobachtenden Phänomenen in diesem Kontext.

Im Rahmen der Burn-out-Diskussion (Maslach 1982; Enzmann & Kleiber 1989; Herschbach 1991) sind die physischen, psychischen und sozialen Belastungen näher bekannt geworden, die mit der Betreuung onkologischer Patienten verbunden sind. Die Abwehr dieser vielfach überfordernden Belastungen führt etwa bei nicht wenigen Pflegekräften dazu, sich von den Patienten zurückzuziehen. Äußerlich geschieht dies, indem das Krankenzimmer nur noch zu den nötigsten Verrichtungen aufgesucht wird oder unerfahrene Hilfskräfte geschickt werden. Der innerliche Rückzug kennt subtilere Formen, wie Gleichgültigkeit bzw. Überengagement, Lieblosigkeit im Umgang, Zynismus etc. In Situationen chronischer emotionaler Überforderung und Hilflosigkeit betonen Ärzte nicht selten ihre instrumentelle Handlungskompetenz. Auch mancher Teamkonflikt hat in den belastenden Arbeitsbedingungen seine Basis.

Psychosoziale Aspekte und insbesondere psychotherapeutische Möglichkeiten der Behandlung Krebskranker werden seit langem reflektiert und zum Teil auf spektakuläre Weise in der Öffentlichkeit rezipiert (Stehlin & Beach 1966; Kübler-Ross 1978; Büntig 1980; Le Chan 1982). In der klinischen Versorgung haben sich psychosoziale Behandlungsansätze inzwischen längst als effektiv erwiesen, Krebskranken und deren Familien auf vielfältige Weise bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen und deren Lebensqualität zu verbessern (Adams-Greenly 1989; Christ 1989; Massie et al. 1989; Mastrovito 1989; Rait & Lederberg 1989; Schwarz et al. 1991; Anderson 1992). Der Bedarf an begleitender psychotherapeutischer Unterstützung wird derzeit auf 25 % der Patienten und ihrer Familien geschätzt (Massie et al. 1989). Das entspricht auch unserer Erfahrung im Rahmen eines chirurgisch-psychotherapeutischen Liaisonprojektes.

In zunehmendem Maße werden auch somatisch orientierte Kliniker auf die Notwendigkeit differenzierter psychosozialer Betreuungsangebote in der klinischen Versorgung aufmerksam. Damit zeichnet sich in der Versorgung Krebskranker insgesamt eine stärker werdende Tendenz ab, rein somatische Behandlungsformen durch unterstützende psychosoziale Interventionen zu ergänzen. Psychosoziale Versorgung ist inzwischen ausdrücklich in den Forderungskatalogen vieler Organisationen aufgenommen. Dabei spielt die Krankheitsverarbeitung, die Bewältigung deren Folgen, insbesondere die Beschäftigung mit Sterben und Tod eine zentrale Rolle. Wo eine Heilung nicht mehr möglich ist, setzen palliative Maßnahmen an. Die moderne klinische Behandlungspraxis Krebskranker favorisiert - unabhängig von komplexen ätiopathogenetischen Zusammenhängen - in zunehmendem Maße Versorgungsmodelle (vgl. Engel 1977; Willi & Heim 1986), welche die biologische, psychische und soziale Dimension der Patienten als ganzheitliches Geschehen begreifen. Insbesondere die Tumorzentren bemühen sich um die Ausarbeitung entsprechender Interventi-

onsstandards, vielfach unter Einbeziehung von Angehörigen in die therapeutischen Bemühungen.

Einer der neueren Ansätze an der Schnittstelle zwischen somatischer und psychosozialer Versorgung ist die Musiktherapie (Seiler 1983). Sie ist auf mehrfache Weise wirksam, verfügt über ein breites Indikationsspektrum und läßt sich sehr flexibel einsetzen und handhaben. Damit kommt sie der Realität onkologischer Therapien sehr entgegen, die sich häufig genug an momentanen Gegebenheiten und Erfordernissen orientieren müssen. All dies macht Musiktherapie zu einer vielversprechenden Interventionsform, die sich einreicht in ein multimodales Versorgungskonzept onkologischer Patienten, ihrer Angehörigen und ihrer Behandler (Dahlbender et al. 1994).

1.1.2. Musiktherapie

Musiktherapie befindet sich aktuell noch im Stadium einer Schwellen- oder Aufbruchswissenschaft, die starkem Rechtfertigungsdruck unterliegt und im institutionellen Kontext des etablierten Gesundheitssystems der BRD noch nicht als allgemein anerkannte Heilmethode gilt (Evers 1991). In einigen Bereichen hat sie etwa in den vergangenen 20 Jahren in unterschiedlichem Ausmaß Anerkennung und Anwendung gefunden, etwa in Psychiatrie und Psychotherapie, Anästhesiologie, Intensivmedizin, Zahnmedizin, Kinderheilkunde, Geburtshilfe und Rehabilitation, Gesundheitsprophylaxe, Heilpädagogik etc. (s. z. B. Bolay 1986; Spintge & Droh 1985; Strobel & Huppmann 1991). Ihr wissenschaftlicher Status wird zuweilen noch sehr kritisch gewogen (Grawe et al. 1994), wobei die mangelnde akademische Verankerung der Musiktherapie ein solches Urteil auch recht leicht macht. Dies freilich hat weniger mit ihrem unbestreitbaren Wert zu tun, als mit der Tatsache, daß sie in ihren Ausbildungsgängen nicht universitär-medizinisch verankert ist. Empirische Studien, die der Rationalität anerkannter Wissenschaftspraxis entsprechen, findet man in der Musiktherapie in der Tat selten. Demgegenüber liegt ein breites klinisches Erfahrungswissen zur musiktherapeutischen Behandlung über das ganze Spektrum der psychosozialen und rehabilitativen Versorgung von Patienten mit den verschiedensten somatischen und psychischen Erkrankungen vor.

In der zeitweiligen Herabsetzung des äußeren oder inneren Handlungsdruckes sieht Franzke (1989) den entscheidenden Vorteil eines kreativ-therapeutischen Ansatzes. Als bedeutsame Wirkfaktoren nennt er z. B. Ausdrucksmöglichkeit, Katharsis, Impulsmobilisierung, Stützung bzw. Stärkung des Ich/Selbst, Konfliktaktualisierung und Einsichtsvermittlung. Die dazugehörige verbale Aufarbeitung soll sich am Erleben orientieren und dem Patienten möglichst selbst Gelegenheit geben, Zusammenhänge zu finden und Brücken in die Alltagswirklichkeit zu schlagen. Damit sind wesentliche Wirkmomente angedeutet. Die

vielfältigen Effekte der Therapie mit Musik sind in der Musikpsychologie zusammengetragen (z. B. Roederer 1973; Hodges 1980; Brun et al. 1985; Motte-Haber 1985; Droh & Spintge 1987; Beck 1990; Möhlenkamp 1995). In musiktherapeutisch relevanten Zeitschriften (im deutschsprachigen Raum vgl. z. B. Musiktherapeutische Umschau, Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, Die Rehabilitation) werden sie zumeist anhand von Fallbeispielen ausgearbeitet und demonstriert.

Schon seit Ende der siebziger Jahre hat Musiktherapie als ein psychodynamisch gut handhabbares Medium Eingang in die stationäre Psychotherapie gefunden (Bräutigam 1978; Janssen 1982). Im musikalischen Dialog reproduzieren sich Beziehungsmuster der Dialogpartner, die durch eine weiterführende Analyse und Bearbeitung therapeutisch genutzt werden können. Janssen (1987) bezeichnet Musiktherapie unter Bezugnahme auf die präsentative Ordnung musikalischer Symbole, die durch die Gleichzeitigkeit von Verschiedenem und Konträrem gekennzeichnet ist, als ein *extraverbales* Verfahren und grenzt es ab vom diskursiven Symbolsystem der Sprache, das nur ein Nacheinander zulässt. Er hebt die starke Affektivität des musikalischen Ausdrucks im Unterschied zur Sprache hervor. Musiktherapie ist für ihn ein Feld, das die kreativen Ich-Funktionen des Patienten anregt und selbstaktualisierende bzw. kommunikativ-beziehungsgestaltende Momente zur Reinszenierung und Durcharbeitung konflikthafter Anteile entsprechend den internalisierten bzw. übertragenen Objektbeziehungsmustern nutzt. Schroeder (1987, 1988) legt das Schwergewicht der analytischen Musiktherapie nach Mary Priestley (1983) auf die musikalische Darstellung von Gefühlen und Befindlichkeiten, d. h. das Kodieren und Dekodieren von Affekten mit Hilfe improvisierter Musik. Es ist insbesondere das Ziel, den Patienten mit seinen Gefühlen wieder in bewußten Kontakt zu bringen und deren Reintegration ins emotionale Erleben zu fördern: Die musikalische Improvisation macht die momentane Gefühlslage des Patienten hör- und erlebbar. Der begleitende Musiktherapeut hilft dem Patienten dabei, abgewehrte Gefühle zu erleben und mittels verbaler Reflexion ein psychodynamisches Verständnis zu erarbeiten. Die Perspektiven des Einsatzes der Musiktherapie gehen aber weit über ein psychotherapeutisches Szenario hinaus.

Die Anwendung von Musik in der Medizin hat bereits eine Tradition, wenngleich Versuche, Musiktherapie in der begleitenden psychosozialen Versorgung von onkologischen Patienten einzusetzen, noch relativ neu sind (vgl. z. B. Kümmel 1977; Cook 1981; Taylor 1981; Ziporyn 1984; Spintge & Droh 1985; Aldridge 1986; Droh & Spintge 1987; Hörmann 1988; Vahle 1988; Evers 1991). Das beruhigende, angst- und spannungsmindernde Potential der Musik wurde etwa zur Reduzierung prä-, peri- und postoperativer Ängste genutzt. Die Effektivität und gesundheitsökonomische Relevanz der musikpsychotherapeutischen Operationsvorbereitung konnte in kontrollierten Studien anhand redu-

zierten Medikamentenverbrauchs und kürzerer Verweildauer nachgewiesen werden (Spintge 1992). Gut untersucht ist auch der günstige Einfluß von Musik auf das Schmerzerleben - insbesondere bei onkologisch bedingten Schmerzen. Empirisch konnte eine Reduktion des Schmerzerlebens und eine bis zu 30%ige Reduktion der Schmerzmedikation nachgewiesen werden (z. B. Shatin 1970; Bailey 1983 1984, 1986; Cook 1986; Foley 1986; Beck 1989; Zimmermann et al. 1989; Kerkvliet 1990). Auch sind günstige Effekte unter Chemotherapie, insbesondere bezüglich Übelkeit und Erbrechen bekannt (Frank 1985; Kammrath 1989).

Während Musiktherapie in der begleitenden psychosozialen Versorgung von onkologischen Patienten in den USA bereits breiter etabliert ist (z. B. setzt Nolan (Musictherapy Education Programm, Hahnemann University, Philadelphia) sie bei Leukämiepatienten ein), wird sie im deutschsprachigen Raum bislang noch relativ sporadisch genutzt. Dementsprechend spärlich ist die deutschsprachige Literatur dazu (vgl. Bibliographie zur Psychologie Nr. 86, 1993). So findet sie z. B. in dem Reader von Koch und Potreck-Rose (1990) über Krebsrehabilitation und Psychoonkologie keine Anmerkung als eigenständige Interventionsform. Nur sehr wenige Arbeiten beschäftigen sich mit dem Einsatz von Musiktherapie unmittelbar in der Onkologie (Gruber & Sargaster 1979; Heyde & Langsdorff 1983; Seiler 1983; Bossinger 1987; Brandenburg 1988; Griessmeier 1990; Griessmeier & Bossinger 1994). Gespannt sein darf man deshalb auf die noch nicht vorliegenden Ergebnisse eines vom Bundesministerium für Forschung und Technologie mit über 2 Mill. DM geförderten Projektes zum Thema "Psychosoziale Unterstützung in einer Radiologischen Klinik: Entwicklung und Evaluation eines Modellprojektes", welches von Verres, Hübener, Klusmann und Schlömer (1989) gegenwärtig abgeschlossen wird. Musiktherapie spielte eine wichtige Rolle in diesem Projekt, dessen besonderes Merkmal die gleichzeitige Gesundheitsförderung von Patienten und Klinikpersonal war. Dies eröffnet einen vernetzten Zugang zur psychosozialen Rehabilitation, in dem die Belange des Patienten, seiner familiären wie auch Behandlungsumgebung als aufeinander bezogen gesehen werden. Interessant dürften auch die Ergebnisse der durch das BMFT geförderten Interventionsstudie von Zander und Hasenbring (1992) werden, bei der Patienten mit Knochenmarkstransplantation verschiedene psychosoziale Behandlungsangebote erhalten, darunter auch Musiktherapie.

In der Onkologie wurden bislang vor allem Erfahrungen mit der palliativen Anwendung von Musik gemacht (Munro 1981, 1986; Porchet-Munro 1988; Martin 1989; Aldridge 1995). Munro, die über ihre Arbeit mit moribunden onkologischen Patienten in Kanada ("Palliative Care Service") berichtete, definiert palliative Maßnahmen als "sorgfältige medikamentöse Symptomkontrolle, verbunden mit geschärfter Aufmerksamkeit für die psychologischen, geistigen und sozialen Bedürfnisse des Patienten". Dies wird geleistet in enger Zusam-

menarbeit eines Teams, bestehend aus: Ärzten, Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Physiotherapeut, Pfarrer, Musiktherapeut und ehrenamtlichen Helfern. Munro arbeitet zunächst vorwiegend rezeptiv mit leichten Kassettenrecordern (Kopfhörer) und klassischer, ethnischer, populärer und religiöser Musik, wobei Vorbereitung auf die Hörerfahrungen (Gespräch, Entspannung) ebenso eine Rolle spielen können wie das Reden oder auch andere Beziehungsangebote danach. Sie versteht den Musiktherapeuten in der Arbeit mit Todkranken als jemanden, der Situationen und Erfahrungen herbeiführt, auf die sich der Patient einstimmen kann, indem er sich mit der Musik "verbindet". In diesem Konzept werden auch Hausbesuche und die Arbeit mit Hinterbliebenen (Angehörigen) einbezogen. Munro beschreibt positive, die Symptome sehr nachhaltig beeinflussende Erfahrungen mit musiktherapeutischen Interventionen. Porchet-Munro (1990), die mittlerweile in St. Gallen (Schweiz) tätig ist, berichtete erste Erfahrungen über ihre Arbeit aus einem von der Schweizerischen Krebsliga geförderten Projekt mit Patienten mit akuter myeloischer Leukämie.

In weitgehender Übereinstimmung mit musikpsychologisch-klinischen Befunden kommt Porchet-Munro (1990) zu dem Schluß, daß Musiktherapie ein wichtiger Ansatz für Behandlung und Pflege von Tumorpatienten darstellt. Angesichts der physischen, seelischen und sozialen Bedürfnisse von Patienten eröffnet sie folgende Einsatzmöglichkeiten:

- Förderung körperlicher (muskulärer) und psychischer Entspannung
- Erleichterung des Ausdrucks von Affekten und Stimmungen in einer geschützten Situation und Modulation bzw. Veränderung negativ konnotierter Affekte
- Ablenkung von belastenden und bedrohlichen Gedanken
- Mobilisierung positiv konnotierter Erinnerungen, Erfahrungen und sonstiger Ressourcen
- Trennung von Phantasie und Realität
- Stärkung der Gefühle von Selbstwirksamkeit und Situationskontrolle.

Porchet-Munro sieht folgende Indikationen:

- Komplexe Schmerzsyndrome
- negative Stimmungslagen (Angstzustände, Depressivität, Aggressivität etc.),
- Schlafstörungen,
- rezidivierende Belastungen (z. B. durch hochdosierte Chemotherapien, KMT, Isolation etc.),
- antizipatorische Übelkeit und Erbrechen,
- Verarbeitungsschwierigkeiten mit Bezug auf Diagnose, Prognose und Krankheitssymptome.

1.1.3. Implementierung und Inanspruchnahme musiktherapeutischer Angebote in der Onkologie

Während einiges zur Effektivität musiktherapeutischer Angebote bekannt ist, liegt zur Implementierung und Inanspruchnahme praktisch kein gesichertes Wissen vor. Es ist nicht bekannt, unter welchen Voraussetzungen wieviele Patienten ein Unterstützungsangebot annehmen, abbrechen oder ablehnen, auch nicht, wie lange und wie häufig sie es mit welchen Ergebnissen nutzen. Erfahrungen aus anderen Zusammenhängen (z. B. BMFT-Projekt: 'Implementierung und Evaluation von psychosomatischen Rehabilitationsmodellen im Rahmen der internistischen Akutversorgung von Krebskranken') sind nur sehr bedingt übertragbar, weil keine musikalischen Angebote gemacht werden.

Sollen musiktherapeutische Angebote künftig Eingang in den klinischen Versorgungsalltag onkologischer Patienten, ihrer Angehörigen und Behandler finden, so müssen die förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen sowie die Steuerungsgrößen ihrer Inanspruchnahme genauestens analysiert und in möglichst generalisierbare Implementierungsempfehlungen umgesetzt werden. Aussagen über Effekte, die über den einzelnen Patienten hinausgehen, lassen sich sinnvoll erst dann machen, wenn ein Versorgungsangebot als etabliert angesehen werden kann.

2. Musiktherapie in Ulm - Eigene Vorarbeiten

Musiktherapie hat in Ulm eine mehr als 10jährige Tradition. Im Rahmen des Projektes ***Musik in Prävention und Therapie*** (Herrlen-Pelzer et al. 1991) von der Abteilung Anthropologie und Wissenschaftsforschung (Leitung: Prof. Baitsch) wurden musiktherapeutische Veranstaltungen, Selbsterfahrungsangebote (Strobel et al. 1985), Instrumentenbau, Experimentelle Musik und Forschungsprojekte mit Patienten verschiedenster Krankheitsbilder

durchgeführt (Tumoren des Kindesalters, Schizophrenie, Autismus, Hypertonie, Zerebralparese, Parkinson, Adipositas etc.).

Aus diesem Projekt entwickelte sich der *Arbeitskreis Musische Angebote* (Herrlen-Pelzer 1993 a, 1993b), der u. a. auch Musiktherapie in einem klinischen Versorgungskontext anbietet.

Eine andere Entwicklungslinie konzentrierte sich auf die musiktherapeutische Grundlagenforschung. Die *Studiengruppe Musiktherapie Ulm/Stuttgart* (Leitung: Prof. Kächele) hat sich intensiv mit Einzelfallanalyse und musikpsychotherapeutischer Prozeßforschung auseinandergesetzt, Drittmittelprojekte durchgeführt, ihre Arbeiten auf internationalen Kongressen vorgestellt und publiziert (z. B. Bauer et al. 1990; Kächele & Scheytt 1990; Timmermann 1991; Timmermann et al. 1991a, 1991b, 1991c, 1992). Seit 1989 fanden 8 mehrtägige *Workshops für musiktherapeutische Grundlagenforschung* in Ulm statt. Insgesamt wurden mehrere musiktherapeutische Diplomarbeiten (Bossinger 1987; Spieß 1990; Burrer 1992; Elger 1993; Pechr 1994) und Promotionen (Obermüller & Thor 1985; Koppold 1986; Timmermann 1990; Schmidt 1994) abgeschlossen.

Einhergehend mit der Intensivierung der psychotherapeutisch-psychosomatischen Konsiliar- und Liaisonangebote (Leitung: Dr. Dahlbender) innerhalb des Ulmer Tumorzentrums wurde seitens der Abteilung Psychotherapie seit Ende 1990 u. a. das Ziel verfolgt, die Bedingungen der Implementierung, die Inanspruchnahme und die therapeutischen Versorgungsmöglichkeiten musikalischer Angebote im somatischen Feld zu erkunden. Eine erste Erkundungsstudie in der Inneren Medizin und Chirurgie wurde durchgeführt, um den Bedarf und das Indikationsspektrum für musiktherapeutische Angebote zu erforschen. Die Erfahrungen, die ein Musiktherapeut während dieses einen Jahres sammelte, wurden sorgfältig dokumentiert (Timmermann 1991d) und fanden Eingang in die Diskussion der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Musiktherapie in diesem Feld. Besonders intensive Erfahrungen wurden dabei in der Hämatologie/Onkologie (Abteilung Inneren Medizin III - damals noch unter ärztl. Leitung von Prof. Heimpel) gemacht, mit der im Rahmen eines von der DFG seit 9 Jahren geförderten Projektes zur somatischen und psychosozialen Rehabilitation der Knochenmarkstransplantation eine enge Kooperation besteht. Eine zweite nunmehr auch auf Angehörige und Behandler bzw. die Station ausweitete 12monatige Erkundungsstudie schloß sich an - diesmal auf einer chirurgisch-onkologischen Station (Abteilung Allgemeine Chirurgie - Ärztl. Direktor: Prof. Dr. Beger). Auch dieses Projekt wurde ausführlich dokumentiert (Steidle-Röder & Dahlbender 1993). Musiktherapie kam überwiegend als Einzel-, seltener als Gruppenmusiktherapie zur Anwendung, und zwar sowohl rezeptiv wie auch aktiv, in der Regel ohne, gelegentlich auch mit Angehörigen. Auf Station fand ferner ein Stationskonzert unter Beteiligung der Schwestern und

eines unter Beteiligung eines Musikers und Musiktherapeuten statt. Die musiktherapeutischen Aktivitäten wurden durch eine musikalische Selbsterfahrung des Pflegepersonals in der Gruppe abgerundet. Die Musiktherapeutin stieß auf große Offenheit und Engagement auf seiten der Patienten, der Angehörigen und des medizinischen Personals. Sie beklagt aber auch, daß trotz durchweg positiver Rückmeldungen noch keine wirkliche Verankerung der Musiktherapie im Stationsalltag erreicht werden konnte.

Bei onkologischen Patienten wurden seither musiktherapeutische Interventionen auch in anderen Kliniken des Tumorzentrums indiziert. Aus Kapazitätsgründen blieb dies allerdings nur ausgewählten Fällen vorbehalten. Die Resonanz war bei allen Beteiligten ermutigend. Seit Beginn 1996 konnte auch ein Angebot primär für onkologisch tätige Schwestern des gesamten Klinikums realisiert werden.

2.1. Schlußfolgerungen

Die Kenntnis über die Rahmenbedingungen und Einsatzmöglichkeiten der Musiktherapie in der Rehabilitation onkologischer Patienten müssen noch als sehr ungenügend bezeichnet werden. Aufgrund der Literatur und unserer breiten Erfahrung kommen wir zu dem Schluß, daß Musiktherapie eine sehr flexibel und effektiv handhabbare und damit für die Onkologie vermutlich besonders geeignete Interventionsform ist, die Krebskranken die Möglichkeit bietet, sich auszudrücken, sich affektiv zu entlasten, eigene Ressourcen zu aktivieren und in der Interaktion mit dem Therapeuten konstruktiv umzusetzen. Ausführlich gehaltene Vignetten (s. Anhang) illustrieren die verschiedenen Facetten musiktherapeutischer Arbeit. Ausführliche Kasuistiken finden sich zudem in Steidle-Röder (1993) und in Steidle-Röder & Dahlbender (1993). Da Musiktherapie eine ernsthafte Bereicherung in der psychosozialen Versorgung darstellen dürfte, sollte sie sehr viel breiter zum Einsatz kommen als bisher.

Musiktherapeutische Versorgung läßt sich nach unseren bisherigen Erfahrungen im Alltag einer medizinischen bzw. chirurgischen Universitätsklinik im Prinzip verankern. Langfristig erscheint uns dies aber nur mit einem fest in ein Behandler-team eingebundenen Musiktherapeuten effektiv gewährleistet zu sein. Der Musiktherapeut muß real verfügbar sein, um eine kontinuierliche Begleitung Krebskranker zu ermöglichen. Das heißt, er muß sich einer relativ flexiblen Arbeitsgestaltung der aktuellen Befindlichkeit und den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen sowie der momentanen Situation innerhalb der Klinik bzw. der Station anpassen und die jeweils geeigneten Formen der Kooperation mit dem medizinisch-pflegerischen Team behutsam entwickeln. Dafür, daß diese Forderungen im Rahmen der chirurgischen Erkundungsstudie

bislang nur punktuell und nur auf einer Station eingelöst werden konnte, sind die gemachten Erfahrungen jedoch sehr vielversprechend.

Unsere Erfahrungen bezüglich der Implementierung eines musiktherapeutischen Versorgungsangebotes im Krankenhaus erlauben darüber hinaus noch weitere Empfehlungen und Ableitungen. Musiktherapie kann im Klinikkontext nur dann sinnvoll eingesetzt werden, wenn sie in ausreichendem Maße räumlich, zeitlich und funktionell in den Klinikalltag integriert werden kann. In den zwei oben angeführten Erkundungsstudien werden Musiktherapeuten beschrieben, die aufwendig damit beschäftigt waren, geeignete Nischen aufzuspüren, in denen sie mit den Patienten arbeiten konnten, und zwar durchaus erfolgreich. Es gehört wenig Phantasie zu dem Schluß, daß dieser Sachverhalt einen Großteil des musiktherapeutischen Engagements in kurzer Zeit "aufbraucht". Die implizite Botschaft dieser Situation skaliert die Musiktherapie für alle Beteiligten nach unten und schmälert somit wesentliche Wirkungsmöglichkeiten von vornherein. Die Musiktherapie muß daher räumlich gut zugänglich in die Kliniken integriert, d. h. auf jedem der drei entfernt gelegenen Ulmer Klinikumsberge repräsentiert sein. Vor dem Hintergrund der starken Hierarchisierung und Funktionalisierung klinischer Abläufe und Entscheidungsprozesse schließt dies mit ein, durch ein breit gefächertes Set von öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen die musiktherapeutischen Angebote in der Klinik genauso präsent zu machen, wie andere begleitende Verfahren auch.

Es gehört zum Klinikbetrieb, daß Termine und zeitliche Absprachen immer wieder strapaziert werden. Ohne beträchtliche und prinzipielle Flexibilität seitens der Musiktherapeuten läßt sich ein hilfreiches Angebot deshalb nicht etablieren. Jedoch läßt die Häufigkeit, mit der in den bisherigen Projekten verabredete Termine aus Mißverständnissen, Informationsdefiziten oder schlichter Unkenntnis ausgefallen sind, darauf schließen, daß ein musiktherapeutisches Angebot unter den oben geschilderten Rahmenbedingungen im medizinischen Klinikbetrieb nicht als *arteigen* angenommen worden ist. Auch wenn die Musiktherapie von Einzelpersonen auf ganz unterschiedlichen Ebenen immer wieder gefördert worden ist, überrascht in den vorliegenden Berichten, wie oft Stationsärzte, Pflegepersonal usw. von Entscheidungen und Verabredungen nichts gewußt haben. Eine auf vielfältige Weise herzustellende Einbettung in die einzelnen Stationsteams und enge Kooperation mit Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern, Seelsorgern usw. sind unabdingbare Voraussetzungen, ebenso der kontinuierliche Kontakt zu den Patienten - gerade aufgrund der häufig kurzen Liegedauer und den teilweise starken Schwankungen im körperlichen Befinden. Daraus folgt, daß der Musiktherapeut verläßlich und zeitlich ausreichend präsent sein muß.

Musiktherapie lebt ganz wesentlich auch vom Ambiente. Je weniger der Raum an Krankenhaus erinnert, und mit je mehr Instrumenten er bestückt ist, um so

besser. Da Musiktherapie oft auch in Gruppen appliziert wird, sollte der Raum groß genug sein, damit sich ca. 10 Personen darin bewegen können. Er sollte zwar gut erreichbar sein, aber noch wichtiger ist, daß er vergleichsweise geräuschisoliert ist, so daß nach außen Dringendes nicht stört, und nicht permanente Lärmbelästigung nach innen stattfindet. Nicht alle Musiktherapie kann jedoch im Musiktherapieraum stattfinden. Hier hat es sich als günstig erwiesen, eine fahrbare Einheit mit wenigen Instrumenten zu bestücken, um damit z. B. auch bettlägerige Patienten mit diesem Angebot zu erreichen. Für diese Einheit bieten sich Instrumente wie Kalimba, Schlitztrommel, Leiern etc. an. Der Musiktherapieraum sollte darüber hinaus noch mit weiteren Zupf-, Streich- und Schlaginstrumenten ausgestattet sein, wie: Bordunleier, Pentatonische Harfe, Kantelen, Alt-Chrotta, Geige, Metallophon, Xylophonstäbe, Steeldrum, Asian-trommel und Gitarre (Steidle-Röder & Dahlbender 1993). Grundsätzlich gilt, daß die Angebote bestimmten Ausstattungsstandards entsprechen sollten, um sie nicht obendrein auch noch technisch durch große Improvisationszwänge zu belasten.

3. Ziele des Vorhabens

Jährlich werden ca. 2000 onkologisch neu erkrankte Patienten auf den mehr als 60 Stationen der fast 20 Mitgliedsabteilungen des Tumorzentrums Ulm diagnostiziert bzw. behandelt. Ein Patient wird durchschnittlich 2-4mal pro Jahr stationär aufgenommen. Die mittlere Verweildauer lag 1989 jeweils bei ca. 23 Tagen (Porzsolt 1989). In Abhängigkeit der Grunderkrankung bzw. des Behandlungsstadiums kann sie aber erheblich schwanken, so daß Aufenthalte von 4-6 Wochen für eine große Zahl von Patienten keine Seltenheit sind. Die bettenführenden Mitgliedsabteilungen des Tumorzentrums sind weit entfernt voneinander auf drei Ulmer Bergen angesiedelt. Im Rahmen der Konsiliar- und Liaisonangebote der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik werden routinemäßig verschiedenartige psychosoziale Unterstützungsangebote für Patienten (und in geringerem Umfang auch für Behandler) realisiert. Der tatsächlich geäußerte Versorgungsbedarf kann aber längst nicht befriedigt werden, so daß ganze Gruppen onkologischer Patienten praktisch unversorgt sind.

Ziel des auf zwei Jahre konzipierten Modellprojektes ist es, musiktherapeutische Angebote zur Optimierung der medizinischen Behandlungsmaßnahmen einzusetzen und damit erstmalig ein übergreifendes psychosoziales Unterstützungsangebot für erwachsene Patienten des Tumorzentrums Ulm zu implementieren und dieses zu evaluieren. Dabei sollen beim derzeitigen Stand des Wissens entsprechend großzügige Indikationen zur Musiktherapie gestellt werden. Zum einen sollen die Bedingungen und das Ausmaß der real-praktischen Implementierung bestimmt, das Inanspruchnahmeverhalten untersucht und der de facto-Versorgungsbedarf ermittelt werden. Um die aus der Literatur und in ei-

genen Voruntersuchungen wahrscheinlich gemachte Versorgungsrelevanz überprüfen und damit die prinzipielle Reichweite musiktherapeutischer Praxis in der Onkologie bestimmen zu können, sollen zudem musiktherapeutische Effekte unter einer Dosis-Wirkungs-Prämisse untersucht werden.

4. Musiktherapeutisches Arbeitsprogramm

4.1. Musiktherapie als psychosoziales Unterstützungsangebot

Musiktherapeutische Angebote eignen sich unserer Erfahrung nach aus mehreren Gründen hierzu besonders gut:

- Musiktherapie ist eine Interventionsmodalität, die als Teil umfassenderer Bewältigungsstrategien begriffen werden kann und die erkrankungs- und behandlungsbedingte Belastungen zu vermindern vermag. Die Modulation von Affekten und der zwischenmenschliche Austausch kann psychosoziale Ressourcen aktivieren. Die Förderung der Körperwahrnehmung durch musikalische Bewegungserfahrung kann Grenzen und Möglichkeiten verbliebener körperlicher Ressourcen erlebbar machen.
- Musiktherapie operiert sowohl auf der Ebene des nonverbalen-emotionalen Kontaktes als auch auf der Ebene der verbal-kognitiven Ansprache, so daß die affektiven musikalischen Erfahrungen auch reflektiert werden können.
- Musikalische Interventionen können in aktiver und rezeptiver Form eingesetzt und dabei gut dosiert werden. In der aktiven Musiktherapie steht mit dem freien musikalischen Improvisieren, das keinerlei einschlägige Vorbildung voraussetzt, eine neue, meist noch unverbildete Kommunikationsform zur Verfügung. In der rezeptiven Musiktherapie geht es um ausgewählte musikalische Hörerfahrungen, die dem Patienten je nach situativen Erfordernissen, speziellen Zielsetzungen und individuellen Bedürfnissen in der Regel via Kopfhörer dargeboten werden, etwa zur Angstminderung, Schmerzlinderung, Ablenkung und Entspannung perioperativ, während der Chemotherapie-Infusion, vor dem Einschlafen etc. oder auch zur Stimmungsaufhellung während therapiebedingter Isolationsphasen.
- Musiktherapie kann sowohl supportiv als auch konfrontativ eingesetzt werden. Freie Improvisation mit leicht spielbaren Instrumenten, Stimme und Bewegung kann beispielsweise einerseits Freude machen und gesunde Anteile wieder aktivieren, andererseits kann sie interaktionelle Muster zwischen medizinisch-pflegerischem Personal, Angehörigen und Kranken verdeutlichen und Konflikte in gezielter therapeutischer Intervention auf der Ebene von Erfahrung und Probehandeln in geschütztem Rahmen bearbeiten.

- Manche musikalischen Aktivitäten können vom Patienten auch unabhängig vom Therapeuten angewandt werden und fördern indirekt aktive Bewältigungsstrategien.
- Musiktherapie "zwingt" niemanden zum Reden. Über die musiktherapeutischen Ausdrucksmöglichkeiten kann aber ein Gespräch entstehen, in dem der Patient seine innere Befindlichkeit in einem geschützten Rahmen offenbaren kann - soweit er dies möchte.
- Musik knüpft an sinnliche Alltagserfahrungen an und kann alle am Behandlungsprozeß Beteiligten mehr oder minder gleichermaßen erreichen.
- Musiktherapeutische Angebote unterstützen die "Beziehungsarbeit" und tragen bei den am Behandlungsprozeß Beteiligten dazu bei, ein Klima der Verbundenheit zu schaffen. Dies dürfte förderliche (Wechsel-)Wirkungen für ihre Kooperation haben.
- Musikalische Interventionen dürften vergleichsweise nebenwirkungsfrei sein, zudem sind sie relativ ökonomisch.

Deshalb soll Musiktherapie mit unterschiedlichen Akzentuierungen angeboten werden für:

- onkologische Patienten,
- betroffene Angehörige,
- medizinisch-pflegerisches Personal.

Alle im folgenden genannten Aktivitäten haben nur eingebunden in den klinischen Alltag einen Sinn. Dadurch soll gewährleistet werden, daß es sich nicht um isolierte, beziehungslos nebeneinander stehende Parzellen, sondern um kooperierende, im befruchtenden Austausch miteinander stehende Teile eines Gesamtkonzeptes handelt.

4.1.1. Patienten-Angebote

Musiktherapie für stationär behandelte onkologische Patienten soll in Abhängigkeit von ihrem Allgemeinzustand in aktiver bzw. rezeptiver Form, bei Sterbenden in palliativer Form angeboten werden. Sie kann flexibel im Einzel-Setting und im Gruppen-Setting, sowohl am Krankenbett bzw. im Mehrbettzimmer und in eigens dafür eingerichteten Räumlichkeiten stattfinden. Patienten können auch im Rahmen ambulanter Therapiemaßnahmen (z. B. adjuvante Chemotherapie) und Nachsorgeprogramme Musiktherapie - vorzugsweise im Gruppensetting - erhalten, um den während des stationären Aufenthaltes in Gang gekommenen therapeutischen Prozeß weiterzuführen, wo dies erforder-

lich bzw. sinnvoll erscheint. Einbezogen werden können hier auch Patienten, die sich beispielsweise im Wartestand zwischen zwei stationären Aufenthalten befinden, etwa im Rahmen einer Chemotherapie oder wenn mit einer Folgeoperation noch gewartet werden muß. Diese Zeit ist oft gleichbedeutend mit einem emotionalen Spannungsfeld zwischen bangem Warten, Hoffen und Resignation. Dies könnte versucht werden, durch musiktherapeutische Kontakte aufzufangen, die zudem eine gewisse Kontinuität zum Betreuungsteam gewährleisten würden.

4.1.2. Angehörigen-Angebote

Soweit wie möglich sollen die Angehörigen der Patienten bei allen musiktherapeutischen Aktivitäten ihrer erkrankten Familienmitglieder einbezogen werden. Notwendigerweise erfordert dies eine gewisse Flexibilität in der Settingsgestaltung. Ausschließlich für Angehörige soll zudem eine (vermutlich 14tägige, 1 1/2 stündige) Gruppenmusiktherapie angeboten werden.

Da die Krebserkrankung eines Mitgliedes Familien häufig in eine schwere Krise führt, ist die Einbeziehung von Angehörigen wesentlicher Teil des Gesamtkonzeptes. Dabei unterscheiden wir die kriseninduzierende Auswirkung der folgeschweren Erkrankung auf die familiäre Befindlichkeit und die Rückwirkung dieser familiären Befindlichkeit auf den Zustand bzw. Krankheitsverlauf des Patienten. Freies Musizieren in gemischten Gruppen mit Patienten und Angehörigen bzw. in reinen Angehörigen-Gruppen können Entspannung und wechselseitige Stützung bewirken und besonders den affektiven Austausch zwischen Patient und Angehörigen wieder in Gang bringen oder ihn intensivieren und strukturieren helfen.

4.1.3. Behandler-Angebote

Für Behandler soll eine (14tägige, 1 1/2stündige) musiktherapeutische Gruppen-Selbsterfahrung angeboten werden. Freies Musizieren (evtl. in Verbindung mit freier Bewegung zur Musik) kann die individuellen Ressourcen zum kreativen Selbstausdruck anregen, kann wieder mehr inneren *Spiel-Raum* ermöglichen. Es vermag damit zur kathartischen Entlastung, emotionalen Stärkung und psychophysischen Entspannung jedes einzelnen beizutragen und spielerisch die Möglichkeiten zu der für den Patienten und seine Angehörigen wichtigen begleitend-empathischen Anteilnahme zu fördern. Musikalische Selbsterfahrung im Sinne einer Balint-Arbeit kann dazu beitragen, die eigenen Möglichkeiten in der Beziehung mit Patienten und Angehörigen zu ergründen und auszubauen. Als Gruppenaktivität kann besonders auf die Gruppeninteraktion, den affektiv-kommunikativen Austausch und die Beziehungen innerhalb der Gruppe bzw. des Teams fokussiert werden.

4.2. Besprechungen und Supervision

Die regelmäßige Teilnahme an Besprechungen der jeweiligen Behandlungsteams und die begleitende Supervision durch einen Oberarzt und eine erfahrene Musiktherapeutin der Abteilung Psychotherapie sind unverzichtbar, um die musiktherapeutische Arbeit in den klinischen Alltag einzubinden und jederzeit Rückmeldungen gewährleisten und psychotherapeutisch absichern zu können (Scheytt-Hölzer & Kächele 1996).

4.3. Wissenschaftliche Begleitforschung

4.3.1. Zielrichtungen

Die Kenntnis der institutionellen Rahmenbedingungen, unter denen ein Versorgungsangebot zum Einsatz kommt, ist unentbehrlich, um seine klinische Relevanz zuverlässig abschätzen und ggf. neue Perspektiven für unterstützende psychotherapeutische Verfahren in der Onkologie entwickeln zu können. Deshalb soll die Begleitforschung zwei verschränkte Zielrichtungen verfolgen:

1. Die **Feldevaluation** soll den **Implementierungskontext** musiktherapeutischer Angebote untersuchen, d. h. die Bedingungen, den Verlauf, den Grad der Implementierung bzw. die Qualität der Einbindung der Musiktherapie in das jeweilige klinische Feld und die Inanspruchnahme der verschiedenen Ange-

bote durch die drei Zielgruppen beschreiben. Sie soll möglichst konkrete Realisierungsempfehlungen für unterschiedliche Praxisfelder innerhalb eines Tumorzentrums liefern. Aufgrund lokaler Besonderheiten ergeben sich aufgrund der verschiedenartigen klinischen Schwerpunkte (Eselsberg: Innere Medizin, künftig Strahlentherapie ...; Safranberg: Chirurgie; Michelsberg: Gynäkologie, Urologie, HNO, Augenklinik ...) günstige quasi experimentelle Implementierungsbedingungen.

2. Die **Programmevaluation** soll den klinischen **Wirkungskontext** untersuchen, d. h. die Auswirkungen der musiktherapeutischen Angebote auf die Zielgruppen sowie deren soziales Umfeld beschreiben. Sie soll helfen, die klinische Reichweite der musiktherapeutischen Interventionen in der Onkologie zu präzisieren.

Als Nebeneffekt darf erwartet werden, daß die Implementierung durch die zahlreichen Kontakte im Rahmen der Begleitforschung begünstigt wird.

4.3.2. Fragestellungen - Implementierungskontext

Genauer untersucht werden sollen die Bedingungen, unter denen Musiktherapie bei gegebenen räumlichen Bedingungen in den verschiedenen onkologischen Praxisfeldern mit ihren eigengesetzlichen Abläufen und organisatorischen Strukturen implementiert werden kann. Welche Bedingungen bzw. Kräfte fördern die Implementierung, welche behindern sie eher? Wie unterscheiden sich die Implementierungsbedingungen in den verschiedenen Praxisfeldern?

Annahme 1: Es lassen sich auf persönlicher, wie organisatorisch-institutioneller Ebene förderliche bzw. hinderliche Faktoren klassifizieren.

Annahme 2: Die strukturellen Rahmenbedingungen für die Implementierung musiktherapeutischer Angebote dürfte u-förmig von der Höhe des instrumentell-invasiven Handlungsdrucks abhängen.

Die skizzierten musiktherapeutischen Angebote für Patienten werden vermutlich mehr oder minder stark in die gewohnten klinischen Abläufe, vor allem des Pflegepersonals, eingreifen und zunächst einmal für eine gewisse Unruhe sorgen. Es könnte sein, daß Musiktherapie zu Beginn eher als Störung erlebt wird, mit der Zeit und abhängig vom Grad des selbstverständlichen *Eingebundenseins* und *Dazugehörens* aber als Hilfe. Nach unseren eigenen Beobachtungen während Visiten bzw. Übergabebesprechungen liegt es nahe, daß Ärzte und Pflegekräfte verschiedene Rollen bei der Implementierung spielen. Vermutlich kommt auch etwas von der Art und Weise, wie das Behandlerteam

mit der Musiktherapie umgeht, im Erleben der Patienten an. Es ergeben sich Fragen wie: Inwieweit werden die Angebote à la long vom Pflegepersonal (und auch von seiten der Ärzte) eher als zusätzliche Belastung oder als tatsächliche Entlastung erlebt? Ändert sich an der Einschätzung im Laufe der Zeit etwas? Wenn ja, worauf wird dies von den Beteiligten zurückgeführt?

Annahme 3: Musiktherapeutische Angebote für Patienten werden von den Teammitgliedern initial eher als Störung der vertrauten Stationsabläufe erlebt, später aber eher emotional entlastend und hilfreich, was wesentlich zu ihrer Akzeptanz, zum selbstverständlichen und professionellen Umgang mit den Angeboten gegenüber Patienten beitragen dürfte.

Annahme 4: Der real-praktische Implementierungsmehraufwand wird vor allem vom Pflegepersonal und in geringerem Umfang von den Ärzten getragen, die wiederum einen größeren Anteil am ideellen Implementierungsmehraufwand haben.

Bezüglich der Inanspruchnahme unterstützender psychotherapeutischer Maßnahmen bei onkologischen Patienten liegen in der Literatur bislang keine gesicherten Befunde vor. Bereits vorliegende Ergebnisse zur psychosozialen Rehabilitation stationär behandelter Krebspatienten, wie vom Studienverbund "Implementierung und Evaluation von psychosomatischen Rehabilitationsmodellen im Rahmen der internistischen Akutversorgung von Krebskranken" (vom BMFT gefördert) erarbeitet wurde, sind zwar nur bedingt übertragbar, liefern aber wichtige Hinweise: Wesentliche Bedingungen für die Inanspruchnahme eines psychosozialen Angebotes waren die unmittelbare und kontinuierliche Präsenz eines Anbieters, die Höhe des psychosozialen Leidensdruckes, sowie ein mittleres Maß an körperlicher Beeinträchtigung. Hieraus ergeben sich zahlreiche Fragen: Wer nimmt welche Angebote wie oft in Anspruch und warum gerade diese und nicht andere? Von welchen Einflußgrößen hängt die Inanspruchnahme ab (Zeitpunkt des Angebotes, Form des Anbietens, aktuelle seelische bzw. körperliche Befindlichkeit, Bewältigungsrepertoire, soziale Unterstützung etc.)? Wie hoch ist die Abbruchrate und wovon hängt diese ab? Was läßt sich über diejenigen sagen, die derartige Angebote nicht wahrnehmen?

Annahme 5: Unabhängig vom persönlichen Zugang zur Musik(therapie) hängt die Inanspruchnahme der Musiktherapie u-förmig vom Grad der körperlichen Beeinträchtigung des Patienten ab.

Annahme 6: Unabhängig vom persönlichen Zugang zur Musik(therapie) hängt die Inanspruchnahme vom Grad der psychosozialen Beeinträchtigung und dem Bewältigungsrepertoire des Patienten sowie dem Zeitpunkt und der Form des Anbietens ab.

Aus systemtheoretischer Sicht liegt es nahe, daß die Einführung musiktherapeutischer Angebote die jeweiligen klinischen Praxisfelder mehr oder minder tangieren. Inwieweit wird Musiktherapie als eigenständige Interventionsform rezipiert und spezifisch in die Behandlungsplanung einbezogen? Inwieweit wirken sich die Angebote auf die klinischen Abläufe und Routinen sowie die Inanspruchnahme anderer medizinischer Versorgungsdienste bzw. Leistungen aus? Kann sie dazu beitragen, medizinische "Verlegenheitsmaßnahmen" (Überdiagnostik etc.) zu minimieren?

Annahme 7: Musiktherapeutische Angebote werden als eine eigenständige Unterstützungsmaßnahme für Patienten (und Behandler) wahrgenommen und genutzt, und zwar in den verschiedenen Praxisfeldern unterschiedlich.

Annahme 8: Je eigenständiger sich musiktherapeutische Angebote etablieren können, desto mehr greifen sie in andere klinisch-diagnostische und therapeutische Entscheidungsprozesse bzw. Maßnahmen ein.

4.3.3. Fragestellungen - Wirkungskontext

Unser Ansatz geht davon aus, daß die skizzierten Interventionen gemäß ihrer musikpsychologischen Wirkungen vor allem die Affektmodulation und die zwischenmenschliche Beziehungsarbeit fördern. Über emotionale Entlastung und sozial-kommunikative Rahmenwirkungen vermögen sie individuelle und kollektive Bewältigungsressourcen zu mobilisieren. Dabei dürfte jede Zielgruppe in gewissem Umfang eigenständige Bewältigungsstrategien entwickeln, die in syn- bzw. antagonistischen Wechselwirkungen stehen. Daraus ergeben sich zahlreiche Fragen: Inwieweit kann Musiktherapie im Rahmen von Diagnostik, Diagnosemitteilung und Therapie (Chemotherapie, operative Eingriffe, Strahlentherapie, etc.) unterstützend wirksam werden und zur Verarbeitung der persönlichen und sozialen Konsequenzen der Krebserkrankung beitragen? Inwieweit kann sie die kriseninduzierenden Belastungen für den Lebenspartner bzw. die Familie des Erkrankten abpuffern bzw. mildern und den affektiv-kommunikativen Austausch fördern helfen? Inwieweit können Behandler von der supportiv-psychohygienischen Begleitung der Musiktherapie profitieren? Beeinflußt sie die emotionalen Belastungen ihrer Arbeitssituation günstig? Vermag sie den affektiv-kommunikativen Austausch mit Patienten, Angehörigen sowie innerhalb des medizinisch-pflegerischen Teams selbst zu fördern? Welche Wirkunterschiede lassen sich zwischen den drei Zielgruppen finden? Wovon hängen dies ab? Lassen sich Präventionsempfehlungen ableiten? Inwieweit fördert Musiktherapie die subjektiv erlebte Lebensqualität der einzelnen und ihre Kooperation miteinander?

Annahme 9: Die unmittelbaren musikpsychologischen Wirkungen fördern die Modulation der krankheits(folgen)- bzw. interaktionsbedingten Affekte bei allen Zielgruppen.

Annahme 10: Mittelbar fördern musiktherapeutische Angebote die Krankheitsverarbeitung und tragen zur Entspannung interpersoneller Verwicklungen bei, so daß die subjektiv erlebte Lebensqualität aller Beteiligten und deren Zufriedenheit mit der interpersonellen beruflichen Kooperation steigen.

Unsere Vorerfahrungen legen nahe, daß Krebspatienten das Instrumentarium, mit dem sie musizieren, in Abhängigkeit von ihrer aktuellen Befindlichkeit, ihrer Stimmung und ihrem Kommunikationsbedürfnis sehr sorgfältig auswählen. Welche Instrumente werden generell, welche situativ bevorzugt? Bestätigt sich die favorisierte Stellung bestimmter Instrumente zur Regulation der momentanen Stimmungslage? Welche Ausstattungsempfehlungen können gegeben werden?

Annahme 11: Unabhängig vom persönlichen Zugang zur Musik(therapie) wird die Instrumentenwahl von der momentanen somatopsychosozialen Befindlichkeit, der Affektregulation und dem Kommunikationsbedürfnis mitbestimmt.

4.3.4. Methodik

Zur Untersuchung der Qualität der Einbindung der Musiktherapie in die drei Klinikumsbereiche und der musiktherapeutischen Wirkungen sollen Methoden der quantitativen und qualitativen Sozialforschung, insbesondere inhaltsanalytische Ansätze (Merten 1983) kombiniert werden. Ziel ist, den Gegenstandsbe- reich surveyartig in seiner Breite und den Bedingungen des Feldes angemessen, zu untersuchen. Dabei wird angestrebt, verschiedene Evaluationsebenen mit z. T. unterschiedlichen Vignettierungen abzubilden. Diese Forschungspraxis wurde und wird von uns auch in anderen Projekten erfolgreich praktiziert (Dahlbender 1992; Grünwald 1995; Dahlbender et al., 1996; Dahlbender & Nowotny, in Vorber.). Einen Überblick über den Untersuchungsansatz gibt Tab. 1.

Die Analyse des Implementierungskontextes sieht ein prä-post-Design mit Einschätzungen von Patienten (Totalerhebung) und Behandlern (ca. N=400) mittels Fragebögen und tonbandprotokollierten Gruppendiskussionen vor. Die Untersuchung des Patientenwirkungskontexts beschränkt sich aus forschungsökonomischen Gründen auf eine aus verschiedenen Praxisfeldern rekrutierte Zufallsstichprobe von N=50 Patienten. Bei der Stratifikation soll dem unterschiedlichen psychologischen Erleben von Patienten in Abhängigkeit ihrer jeweiligen Erkrankungs- bzw. Behandlungssituation Rechnung getragen werden. In dieser Gruppe sollten Patienten ausgewogen repräsentiert sein, die kurativ bzw. palliativ behandelt werden, die an soliden Malignomen bzw. hämatologischen Systemerkrankungen leiden, einen geringen bzw. hohen Betreuungsaufwand haben und ferner den genannten onkologischen Praxisfelder entstammen. Vorgesehen ist ein kombiniertes prä-post- sowie Meßwiederholungsdesign. Neben Patienten sollen auch Angehörige, Behandler, Musiktherapeut und Experten in die Beurteilung der Wirkung einbezogen werden. Zum Einsatz kommen sollen Fragebögen, strukturiertes Tagebuch und semi-strukturierte Interviews. Die Klärung der Wirkung musiktherapeutischer Angebote für Angehörige und Behandler ist als prä-post-Design ausschließlich mittels Fragebogen konzipiert.

Prinzipiell sollen folgende Schwerpunkte thematisiert und je nach Adressat und Instrument variiert werden:

- **Voreinstellung:** Fokussiert werden sollen Informationen, Voreinstellungen, Überzeugungen und Erwartungen zur Wirkung und zum Nutzen der Musiktherapie in der onkologischen Behandlung, ferner persönliche Erfahrungen mit Musik(therapie).
- **Information:** Es geht dabei um die Informationswege, auf denen Patienten von den musiktherapeutischen Angeboten erfahren haben.
- **Angebot/Anbieter:** Erfragt werden sollen, wie das jeweilige Angebot, die Form und der Zeitpunkt des Anbietens, wie der Anbieter, seine Präsenz, seine Professionalität etc. erlebt werden. Geklärt werden soll auch, wie die Ausstattung aussehen sollte.
- **Inanspruchnahme:** Hier sollen Inanspruchnahmetypen und -verhalten geklärt werden. Wer nimmt, initiiert von wem, wie oft welche Angebote wahr und warum gerade diese? Wer bricht ab und warum? Wer interessiert sich, nimmt aber nicht teil?
- **Intervention:** Die Art der musiktherapeutischen Interventionen incl. der gespielten bzw. gehörten bzw. besprochenen Musik soll näher charakterisiert

werden. Welche Instrumente, Klänge und Rhythmen werden wann und warum gewählt bzw. eingesetzt? Gibt es spezifische Indikationen?

- **Bewertung/Einstellung:** Hier geht es in Variationen darum, wie die Angebote von den Beteiligten bewertet werden, wie zufrieden sie mit ihnen sind, wie sich ihre Einstellung im Laufe des Projekts verändert hat etc..
- **Implementierung:** Erfragt werden soll die Art und Qualität der Einbindung der Musiktherapie in das klinische Feld, insbesondere ihre Akzeptanz, der Stellenwert der Angebote im Spektrum der medizinischen und pflegerischen Dienste, wie selbstverständlich sie ins medizinische Umfeld eingebunden sind bzw. wie fremd sie geblieben sind, inwieweit Musiktherapie zu einer eigenständigen, indikationsfähigen Interventionsform mit spezifischem Einbezug in die Behandlungsplanung geworden ist und wo evtl. Reibungspunkte geblieben sind. Außerdem soll geklärt werden, welche Rolle die verschiedenen Beteiligten bei der Implementierung spielen, wie stark sich die einzelnen engagieren, welche Widerstände sie haben, wer welche Funktionen übernimmt, wer den Implementierungsmehraufwand trägt etc..
- **Wirkung:** Hier werden die Auswirkungen des Angebotes auf die subjektive (Lebensqualität, Lebens- und Behandlungszufriedenheit) und objektive Befindlichkeit des Patienten (Symptomatik, Komplikationen etc.) auf die Mobilisierung positiver Einstellungen, Erwartungen usw. erfragt. Es geht ferner darum, inwieweit die (non-)verbalen musiktherapeutischen Angebote die Haltung des Patienten zu seiner Krankheit verändern, emotionale Belastungen abpuffern und welche Behandler- sowie Milieueffekte vom Patienten registriert werden. Darüber hinaus sollen die Auswirkungen der musiktherapeutischen Angebote auf medizinische Entscheidungsprozesse und diagnostisch-therapeutische Maßnahmen erfaßt und die Interaktion zwischen den drei Zielgruppen erfragt werden, insbesondere die Compliance des Patienten, der Medikamentenverbrauch bzw. die Medikamentenwirkung, die Kooperation und den affektiv-kommunikativen Austausch zwischen den Beteiligten und der medizinisch-pflegerische Betreuungsaufwand.
- **Realisierung und Vision:** Hier soll in Erfahrung gebracht werden, welche Möglichkeit und Grenzen die Beteiligten der musiktherapeutischen Begleitung zumessen, was sie an Neuem, Überraschendem, Ungewöhnlichem entdeckt haben und wie die musiktherapeutischen Angebote künftig bedarfsge rechter und effektiver adaptiert werden könnten.
- **Evaluation:** Es soll geklärt werden, wie die Beteiligten die Evaluationsstudie selbst erlebten und bewerten.

Bei der Entwicklung der Instrumente kann auf Vorerfahrungen aus anderen Evaluationsprojekten zurückgegriffen werden. Die zu entwickelnden **Fragebögen** für Patienten sollen möglichst ordinalskalierte Daten zu den genannten Schwerpunkten liefern. Zur Abschätzung der musiktherapeutischen Wirkung wird auch die Außenperspektive des personalen Umfeldes des Patienten mit einbezogen. Die einzusetzenden Fragebögen für Angehörige, Ärzte und Pflegekräfte sowie Musiktherapeut folgen den bereits genannten Schwerpunkten soweit sinnvoll, nehmen je nach Adressat aber zusätzlich spezifische Vignettierungen vor: Beispielsweise Fragen nach Instrumenten- und Musikauswahl, nach unmittelbar beobachtbaren Wirkungen bzw. Reaktionen des Patienten an den Musiktherapeuten, Fragen nach Betreuungsaufwand, Medikamentenverbrauch bzw. -wirkung (Schmerzmittel, psychotrope Substanzen ...) im Verlauf an die Ärzte, Fragen nach Compliance des Patienten und Betreuungsaufwand im Verlauf an die Pflegekräfte oder Frage nach partnerschaftlicher bzw. familiärer Interaktion im Verlauf an die Angehörigen. Es versteht sich von selbst, daß alle Instrumente extrem kurz sein müssen, um die Untersuchungspersonen nicht zu sehr zu belasten.

Im **Patienten-Tagebuch** wird auf eine Verbindung zwischen der subjektiv eingeschätzten momentanen bio-psycho-sozialen Befindlichkeit (Schmerz, Depression, Ärger, Rückzug etc.), insbesondere der Stimmung mit diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen und den musiktherapeutischen Interventionen incl. der therapeutischen Beziehung abgezielt, die eine zeitreihenanalytische Auswertung ermöglicht.

Mit **Patienteninterviews bzw. Gruppendiskussion** wird eine stärker narrativ bestimmte Evaluationsebene aufgesucht. Mit Hilfe von Leitfäden werden typische Fragen zu den oben genannten Schwerpunkten strukturiert. In den initialen Gruppendiskussionen soll insbesondere auf die Streubreite der Meinungen und auf potentielle Widerstände geachtet werden, in den abschließenden, auf die zwischenzeitlich mit musiktherapeutischen Angeboten gemachten Erfahrungen und die dadurch initiierten persönlichen wie organisatorisch-institutionellen Veränderungen im Klinikalltag. Außerdem sollen auch Verbesserungswünsche erfragt werden. Die Mehrzahl der semistrukturierten Patienteninterviews sowie die Gruppendiskussionen werden unmittelbar am Tonband ausgewertet. Nur die Interviews der 50 Patienten der Zufallsstichprobe werden transkribiert. Der gewonnene Textkorpus wird in zweierlei Hinsicht analysiert: Zum einen im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse, zum anderen im Sinne einer metrischen Kategorisierung. Die Inhaltsanalyse wird über die folgenden drei Schritte geführt: Aus dem verschrifteten Interviewmaterial wird über ein stufenweises Vorgehen (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) das Material so reduziert, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Verdichtung aber ein

überschaubarer Korpus geschaffen wird. Ziel der Explikation ist es, zu einzelnen Textteilen zusätzliches Material heranzutragen, das die Textstelle erläutert, erklärt, kontextualisiert und ausdeutet. Qua Strukturierung werden bestimmte Aspekte unter Anlegung vorher definierter Ordnungskriterien (z. B. förderlich vs. hinderlich) aus dem Material herausgefiltert und durch Kategorisierung rangskaliert metrisch quantifiziert (z. B. sehr hilfreich, etwas hilfreich, neutral, etwas hinderlich, sehr hinderlich o. ä.). Dann können Häufigkeits-, Valenz- und Intensitätsanalysen vorgenommen werden, die zu zufallskritischen Entscheidungen führen. Die Kontrastierung der prä-post-Erhebung erlaubt es günstige/ungünstige bzw. realistische/unrealistische Vorerwartungen und ferner das spezifische Agens des musiktherapeutischen Angebotes durch Veränderung gegenüber der Vorerwartung herauszuarbeiten.

Über die Einstellungsmessung hinaus wird mit der ereignisstichprobenbezogenen semistrukturierten **Verhaltensbeobachtung** in ärztlichen bzw. pflegerischen Standardsituationen (angestrebt werden je 500 Visiten und Pflegeübergaben) eine Evaluationsebene angestrebt, die ganz bewußt einen dem bislang noch geringen Erkenntnisstand angemessenen Spielraum bieten soll, auch Neues, Überraschendes, Ungewöhnliches zu entdecken. Aus der Außenperspektive soll der Beobachter die soziale Interaktion im Hinblick darauf untersuchen, ob und wie zwischen den Beteiligten über musiktherapeutische Angebote verhandelt wird. So sollen Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie, spezifische Redundanzen, Probleme, Implementierungswiderstände etc. anschaulich und weiterführenden institutionsanalytischen Ansätzen zugänglich gemacht werden.

Um die Interpretation der qualitativen Daten anzureichern und die Möglichkeit korrelativer Aussagen und explorativer Analysen zu schaffen, sollen bei allen Patienten Sozialdaten, diagnostische Klassifikation (nach ICD-10, TNM, FAB, UICC, ENNEKING etc., incl. Karnofsky), Therapiekonzeption (kurativ vs. palliativ), Erkrankungs- und Remissionsstadium (nach WHO), Behandlungsdaten (Dauer, Therapieprotokoll, medizinisch-pflegerischer Betreuungsaufwand nach Pflegepersonalregelung gemäß GSG, etc.), erfaßt werden.

Zudem sollen bei den 50 zum Wirkungskontext untersuchten **Patienten** noch einige **Hintergrundvariablen** mit möglichst erprobten psychometrischen **Meßinstrumenten bzw. Skalen** (s. Westhoff 1993) daraus erfaßt werden:

- körperliche und psychische Symptomatik: Symptomlisten, SCL-90-R
- bio-psycho-soziale Belastung: eigene Adaptation des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores für Patienten (BSS), emotional relevante Alltagsereignisse vor der stationären Aufnahme (ATE), Belastung durch die Musiktherapie
- Stimmung: Emotionsskalen (EMO)

- subjektive Krankheitstheorie bzw. Krankheitseinstellung: Körper- und gesundheitsbezogene Kontrollkognitionen (KKG)
- Krankheitsbewältigung: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsbewältigung (FKV-LIS-SE)
- Patient-Arzt/Pflegepersonal-Beziehung: eigene Adaptation der Trust in Physician Scale (TPS)
- soziale Unterstützung: Fragebogen zur sozialen Integration (FSI)
- Behandlungszufriedenheit: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF)
- Lebensqualität: QLQ-C-30

Die musiktherapeutische Dokumentation sieht vor, daß der Musiktherapeut jede Behandlungsepisode bei den 50 zum Wirkungskontext untersuchten **Patienten** kategorisiert. Folgende Variablen stehen im Vordergrund:

- Art der Intervention
- bespielte Musikinstrumente bzw. gehörte/besprochene Musikstücke
- Charakterisierung der gespielten/gehörten/besprochenen Musik mittels musikpsychologischer Erhebungsverfahren (z. B. MUSIKOS)
- Einschätzung der unmittelbar beobachtbaren Wirkungen bzw. Reaktionen des Patienten in standardisierter und in Freitextform
- Einschätzung der therapeutischen Beziehung - Stuttgarter Kommunikationsfragebogen (SKOM) - soweit möglich auch vom Patienten.

Die Kategorisierung erfolgt unter Zuhilfenahme eines Integrativen Musiktherapie Dokumentations-Systems (IMDoS) . Hierbei handelt es sich um eine auf einem Episodenparadigma basierende Multimedia-Datenbank-Entwicklung, die im Verbund des Instituts für Musiktherapie-Forschung (Heidelberg), der Forschungsstelle für Psychotherapie (Stuttgart) und der Abteilung Psychotherapie (Ulm) getragen wird. Hintergrundvariablen der Angehörigen und Behandler sollen nicht systematisch einbezogen werden.

Mit deskriptiven und multivariaten statistischen Methoden werden Implementierungsbedingungen und Inanspruchnahmeverhalten im Sinne einer Typologie beschrieben und Wirkprofile modelliert. Diese sind Voraussetzung für die explorative Untersuchung korrelativer Zusammenhänge (z. B. Musik vs. Patientenwirkung (Symptomreduktion, Affektmodulation, Lebensqualität etc.)). Schließlich sollen praktische Empfehlungen zum Einsatz und möglichen Nutzen von musiktherapeutischen Angeboten abgeleitet und in einem Forschungsbericht dokumentiert werden.

4.3.4.1 Projektablauf

Einen Überblick über den Projektablauf gibt Tabelle 2. Die wissenschaftliche **Begleitforschung** benötigt eine **Vorlauf-Phase** von ca. 12 Wochen für die Etablierung der Forschungstechnologien, die Adaptation der Instrumente, das Training der wissenschaftlichen Hilfskräfte und sonstige vorbereitende Arbeiten.

Die eigentliche **Interventions-Phase** wird mit einem Informationsschreiben über das Sekretariat des Tumorzentrums eingeleitet, in dem alle Ärzte und Stationsleitungen der bettenführenden Mitgliedsabteilungen umfassend über das Projekt, die musiktherapeutischen Angebote und Teilnahmebedingungen informiert werden. Falls Teilnahmeinteresse signalisiert wird, setzen sich Musiktherapeut und Begleitforscher mit der betreffenden Station in Verbindung und klären gemeinsam, wie im konkreten Fall eine mögliche Zusammenarbeit aussehen könnte. Bleibt ein Signal aus, erfolgt spätestens nach weiteren 1-2 Wochen die persönliche Rückfrage durch den federführenden Antragsteller, der die Praxisfelder gut kennt. Gegebenenfalls wird das Unterstützungsangebot zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal wiederholt. Nur beim Zustandekommen eines Kooperationskontraktes schließt sich eine Interventionsphase gemäß den jeweils ausgehandelten und protokollierten Details an. Diese können im Verlaufe des Projekts gegebenenfalls verändert werden.

Sobald das Angebot aufgegriffen wird, laufen auch die in Tab. 1 zusammengestellten **Erhebungen** im klinischen Feld an. Die Erhebungsphase endet nach 21 Monaten. Anschließend wird die **Datenanalyse** vorgenommen und ein Bericht geschrieben. Dadurch kann das Projekt nicht von Zwischenergebnissen beeinflusst werden und zudem besteht in dieser Phase auch noch eine enge Rückkopplungsmöglichkeit mit dem Feld.

4.5.2. Arbeitsaufwand und Personalbedarf

Aus der chirurgischen Erkundungsstudie wissen wir, daß das Interesse von Patienten an der Musiktherapie relativ groß ist. Nach dem Stand der bisherigen Vorgespräche sind auch die Stationen sehr interessiert. Wir gehen davon aus, daß etwa jede zweite Station und jeder dritte onkologische Patient kooperieren werden. Ferner veranschlagen wir pro Station 12 Pflegekräfte und 2 Ärzte.

Die Inanspruchnahme durch Behandler ist mit etwa 1-2 Pflegekräften pro Station und mit 1-2 Ärzten pro Abteilung erfahrungsgemäß deutlich geringer. Die Inanspruchnahme durch Angehörige ist aus Gründen der Erreichbarkeit sehr schwer abzuschätzen; zudem wurden in den Erkundungsstudien keine expliziten Angehörigenangebote gemacht. Für musiktherapeutische Interventionen nehmen wir folgende Anhaltsgrößen (vgl. 3.) an:

• Interventionen inanspruchnehmende Patienten	600-700
• Interventionen inanspruchnehmende Behandler	160-200
• Interventionen inanspruchnehmende Angehörige	80-120

Planung, Durchführung und Dokumentation der musikalischen Angebote sowie deren organisatorische Einbindung in die räumlich z. T. weit auseinanderliegenden Klinikumsbereiche erfordern drei onkologisch erfahrene **Musiktherapeuten** mit einem Kontingent von 38,5 Stunden/Woche und einer Beschäftigungsdauer von 2 Jahren. Bei Einbeziehung von nur zwei onkologischen Praxisfeldern würde entsprechend weniger Personal benötigt. Um eine klare Trennung von Versorgung und Forschung zu erreichen, wird ein Musiktherapeut ausschließlich in einer Versorgungsfunktion (incl. klinischer Dokumentation) tätig, nicht in einer Forschungsfunktion.

Die Anhaltsgrößen für den Untersuchungsumfang im Rahmen der Begleitforschung ergeben sich aus Stichprobe, Design und Aufenthaltsdauer bzw. Interventionsfrequenz (s. 3. und Tab. 1):

Implementierungskontext

• Patienten und Behandler-Kurzfragebögen	2040-2240
• Patienten-Interviews	600-700
• Gruppendiskussionen	60
• <i>teilnehmende Beobachtung</i>	1000

Wirkungskontext

• Patienten-Tagebücher	50
• Patienten-Fragebögen	100
• Patienten-Interview	50
• Musiktherapeuten-Einschätzungen	ca. 1800-2100
• Angehörigen-Einschätzungen	50
• Bezugsarzt-Einschätzungen	50
• Bezugspflegekraft-Einschätzungen	50
• inanspruchnehmende Behandler-Fragebögen	320-400
• inanspruchnehmende Angehörigen-Fragebögen	160-240
• <i>teilnehmende Beobachtung</i>	1000

Die Beobachtungsstichproben sind für beide Kontexte identisch. Für die 50 zum Wirkungskontext untersuchten Patienten kommen Instrumente zu den Hintergrundvariablen hinzu.

Für die wissenschaftliche Begleitforschung werden drei **geprüfte wissenschaftliche Hilfskräfte** für die Dauer von 30 Monaten mit 28,9 Stunden/Woche benötigt. Zu ihren Aufgaben gehört es, die verschiedenen Erhebungsinstrumente (Fragebögen, Tagebücher, Interviews, Gruppendiskussionen, Beobachtungen) zu etablieren bzw. adaptieren, die Logistik der einzelnen Untersuchungen sicherzustellen, sie zu planen, vorzubereiten, durchzuführen, nachzubereiten, sie auszuwerten und die erhobenen Rohdaten für die statistische Analyse vorzubereiten.

Die gesamte statistische Datenanalyse und die vorbereitenden Arbeiten zur Erstellung eines Software-Pflichtenheftes für die unmittelbare Eingabe von Fragebögen und deren Auswertung wird im Rahmen eines inhaltlich und zeitlich spezifizierten Werkvertrages unter Anleitung und Aufsicht der Abteilung Biostatistik und Med. Dokumentation (Prof. Gaus) gewährleistet.

5. Beantragter Förderungsrahmen

5.1. Musiktherapie-Programm

5.1.1 Personalmittel

Die Einbeziehung von drei Klinikums-Bereichen erfordert drei 1/1 BAT IVa-Stellen (38,5 Stunden/Woche) für je eine/-n Musiktherapeuten/-in, möglichst mit klinisch-onkologischen Vorerfahrungen, mit einer Beschäftigungsdauer von 2 Jahren für die oben genannten Aufgabenbereiche incl. klinischer Dokumentation (je ca. 81.000 DM/Jahr)

492.000 DM

Die Supervision der Musiktherapeuten erfolgt als Werkvertrag im Rahmen der Aktivitäten der Abt. Psychotherapie.

25.000 DM

5.1.2. Investitionsmittel

45 leichte und strapazierfähige Kassettenrecorder incl. Zubehör für den Gebrauch im Krankenzimmer.

11.650 DM

1 reichhaltiges, leicht spielbares und leicht zu transportierendes Instrumentarium, das für einen möglichst flexiblen Gebrauch z. B. auch in Krankenzimmern geeignet ist und von den Patienten erfahrungsgemäß angenommen wird.

19.500 DM

1 transportable Kompakt-Stereoanlage mit konventionellem Plattenspieler, CD-Player und Kassettendeck mit zwei Laufwerken. Diese ist als eine autonome, vor Ort Aufnahme- und Über spielmöglichkeit gedacht, um die Musik vor allem für die rezeptive Musiktherapie gemäß individueller Belange möglichst flexibel und zeitsparend zusammenzustellen.

2.500 DM

3 leistungsfähige Laptops für die unmittelbare klinische Dokumentation und Auswertungen im Rahmen der Begleitforschung.
(Ansatz 50% von 22.500 DM).

11.250 DM

5.1.3. Mittel für Verbrauchsmaterialien

100 bespielte MCs und 50 bespielte CDs als Musikotheek-Grundausrüstung.	4.000 DM
300 unbespielte MCs à 120 Min. als Grundausrüstung für die rezeptive Musiktherapie.	1.800 DM
Allgemeine Kosten (Patienteninformationen, Dokumentationsmaterialien etc.).	1.250 DM

5.2. Begleitforschung

5.2.1 Personalmittel

Es werden drei 3/4 Stellen für je eine geprüfte wissenschaftliche Hilfskraft (28,9 Stunden/Woche) mit Erfahrung in quantitativer und qualitativer Forschung für eine Beschäftigungsdauer von 30 Monaten für die oben genannten Aufgaben benötigt. je ca. 103.950 DM/30 Mon.(> 80 Std./Mon. ca. 30 DM/Std.)	311.850 DM
---	------------

5.2.2. Investitionsmittel

3 leistungsfähige Aufnahmegeräte incl. zwei Raum- und vier Ansteck-Mikrofone für die Interviews.	3.600 DM
3 leistungsfähige Laptops für die unmittelbare klinische Dokumentation und Auswertungen im Rahmen der Begleitforschung: (Ansatz 50% von 22.500 DM).	11.250 DM
Werkvertrag über die Erstellung eines Software-Pflichtenheftes und der zugehörigen Programme für die unmittelbare Datendokumentation und die Realzeit-Auswertung von Fragebögen sowie die komplette Datenanalyse.	11.250 DM

5.2.3. Mittel für Verbrauchsmaterialien

Lizenzgebühren (Psychometrie, Software).	2.500 DM
Allgemeine Kosten (Disketten, Papier, Dokumentations- und Evaluationsmaterialien etc.).	1.250 DM

5.2.4. Sonstige Mittel

Transkription von 2x50 30minütigen Patienteninterviews (á 10 Std/Interview á 30,00 DM).	15.000 DM
---	-----------

Summen

Musiktherapie-Programm	568.950
Begleitforschung	361.950
total	926.900 DM

6. Voraussetzungen zur Durchführung des Vorhabens

6.1. Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Es handelt sich um ein Kooperationsverbund verschiedener im Tumorzentrum der Universität Ulm vertretenen Abteilungen unter Federführung der Abteilung Psychotherapie, die sich für die psychosozialen Belange onkologischer Patienten im Tumorzentrum zuständig sieht. Neben den Antragstellern selbst setzt sich die Arbeitsgruppe aus je einem Ansprechpartner pro Abteilung zusammen. Ferner sind beteiligt:

Dipl. Psych. Claudia Simons
Dipl. Psych. Nicola Tiedemann
Susanne Wiede
Abt. Psychotherapie
Universität Ulm
Am Hochsträß 8
89081 Ulm

Psychoonkologie
Krankheitsbewältigung, KMT-Projekt
Konzentrativen Bewegungstherapie, KMT-Projekt

Dipl. Musiktherapeut (FH) Hartmut Otto
Fachhochschule für Musiktherapie
Ziegelhäuser Landstraße 1
69120 Heidelberg

Musiktherapeutische
Grundlagenforschung
Dokumentation (ImDOS)

Prof. Dr. W. Gaus
Abteilung Biometrie u. Med. Dokumentation
Universität Ulm
Schwabstraße 13
89075 Ulm

Statistik

Beratend stehen zur Verfügung:

Prof. Dr. Dr. Helmut Baitsch(Emeritus)
Abt. Anthropologie und Wissenschaftsforschung
Universität Ulm
Am Hochsträß 8
89081 Ulm

Musiktherapie-Initiator
Ethik in der Medizin

Prof. Dr. V. Bolay
Fachhochschule für Musiktherapie
Ziegelhäuser Landstraße 1
69120 Heidelberg

Musiktherapieausbilder und -forscher

6.2. Apparative Ausstattung

Die musiktherapeutische Ausstattung und die technische Ausstattung zum Aufnehmen, Ab- und Überspielen von Musik der Abteilung Psychotherapie ist aufgrund der Instrumentierung und der großen innerstädtischen Entfernungen zwischen den Abteilungen für den regelmäßigen Gebrauch nur sehr bedingt verwendbar, stehen für spezielle Anwendungen aber prinzipiell zur Verfügung. Für das beabsichtigte Projekt bedarf es gezielter Ergänzungen leichten Instrumentariums und einer kleindimensionierten transportablen Ab- und Überspiel-einheit für den ortsgebundenen Einsatz in den Kliniken.

Die apparative Ausstattung für die unmittelbare Dokumentation und Auswertung im Rahmen der Begleitforschung muß angeschafft werden. Mit der Anschaffung von Laptops ist die Absicht verbunden, Motivation und Compliance von Patienten, Angehörigen und vor allem des Personals durch die unmittelbare Einbeziehung in die Begleitforschung zu erhöhen. Rechneinheiten sind selbstverständlich vorhanden.

6.3. Kooperation mit anderen Wissenschaftlern

Seiner Entwicklung entsprechend soll das beantragte Vorhaben in enger Abstimmung mit den bisherigen Kooperationspartnern erfolgen.

Kooperationspartner	Funktion
Susan Porchet-Munro Roswiesenstr 17 CH-8309 Birchwil	Musiktherapie in der Onkologie palliative Musiktherapie
Dr. Dipl. päd. Tonius Timmermann	Erkundungsstudie 1
Dipl. Psych. Nicola Scheytt-Hölzer c/o Abteilung Psychotherapie Universität Ulm Am Hochsträß 8 89081 Ulm	Musiktherapie-Prozeßforschung Musiktherapie/-supervision
Magret Steidle-Röder, Musiktherapeutin Karl-Theodore-Straße 73 80803 München	Erkundungsstudie 2 Musiktherapie in der Onkologie rezeptive Musiktherapie

III. Zusammenfassende Projektbeschreibung

Zielsetzung

Ziel des auf zwei Jahre konzipierten Modellprojektes ist, ein übergreifendes musiktherapeutisches Unterstützungsangebot zur Optimierung der medizinischen Behandlungsmaßnahmen im Tumorzentrum Ulm zu implementieren, den Versorgungsbedarf abzuschätzen und die klinische Praxis zu evaluieren.

Durch aufeinander abgestimmte musiktherapeutischer Angebote sollen onkologische Patienten, ihre Angehörigen und ihre Behandler psychosozial unterstützt werden, um die subjektive Befindlichkeit aller Beteiligten zu erhöhen und ihre Kooperation zu verbessern.

Die wissenschaftliche Begleitforschung soll die Bedingungen, den Verlauf und den Grad der Implementierung sowie die Inanspruchnahme der Angebote untersuchen und eine klinisch-qualitativ orientierte Evaluation der Reichweite der musiktherapeutischen Interventionen in diesem Feld untersuchen. Die Prüfung quantitativer Zusammenhänge ist Gegenstand explorativer Analysen, für die keine Mittel beantragt werden.

Arbeitsfelder

Onkologie - Schwerpunkt Psychotherapie/Psychosomatik
Krankenpflege

Rahmenbedingungen

Räumlichkeiten

Die rezeptiv-palliative und die aktive Einzelmusiktherapie am Krankenbett benötigen keine speziellen Räumlichkeiten, für die aktive Gruppenmusiktherapie mit Patienten bzw. Angehörigen stehen zentral gelegene Funktionsräume zur Verfügung. Die musiktherapeutische Selbsterfahrung des Personal soll im Musik- und Bewegungstherapie-Raum der Abteilung Psychotherapie stattfinden. Die Unterbringung des Instrumentariums vor Ort ist prinzipiell gewährleistet.

Materialien

Geeignetes Instrumentarium ist nicht in ausreichendem Maße, geeignete Aufnahme-, Überspiel- und Abspielmöglichkeiten etc. gar nicht vorhanden.

Personal

Vom Arbeitsumfang her werden für 2 Jahre 3 BAT IVa/2-Stellen für eine/-n Musiktherapeutin/-en mit 38,5 Stunden/Woche und für 30 Monate 3 geprüfte wissenschaftliche Hilfskräfte mit 28,9 Stunden/Woche, sowie Werkverträge für die Erledigung bestimmter Aufgaben benötigt.

Begründung

Um die außerordentlichen krankheits- und behandlungsbedingten Belastungen abzupuffern, mit denen Patienten, ihre Angehörigen, die betreuenden Ärzte und das Pflegepersonal im Zusammenhang mit schweren onkologischen Erkrankungen konfrontiert sind, müssen geeignete Verarbeitungsmöglichkeiten für direkt, indirekt oder professionell Betroffene zur Verfügung stehen. Unsere bisherigen im Rahmen von zwei Erkundungsstudien gesammelten und z. T. publizierten Erfahrungen sprechen dafür, daß musiktherapeutische Interventionen einen wichtigen Beitrag hierzu leisten können. Im Rahmen des beschriebenen Modellprojektes sollen diese Erfahrungen nunmehr auf eine breitere Basis gestellt werden.

Ein solch innovativer Ansatz bedarf der wissenschaftlichen Begleitforschung. Wenn die institutionellen Rahmenbedingungen bekannt sind, unter denen ein Versorgungsangebot zum Einsatz kommt, lassen sich seine klinische Versorgungsrelevanz zuverlässiger abschätzen und ggf. neue Perspektiven für unterstützende psychotherapeutische Verfahren in der Onkologie entwickeln. Nur zuverlässigere, wissenschaftlich belegbare Aussagen über Implementierungsaufwand und Nutzen musiktherapeutischer Maßnahmen in der Onkologie werden der Implementierung die notwendige argumentative Schub- und Überzeugungskraft verleihen. Dann lägen auch zukunftsweisende bio-psycho-soziale Versorgungskooperationen näher. Sollte sich Musiktherapie in verschiedenen onkologischen Praxisfeldern überzeugend implementieren lassen und zudem als eine effektive Interventionsform für onkologische Patienten, Angehörige und Behandler herausstellen, würde sich das Tumorzentrum als übergreifende Kooperationseinrichtung nach Einschätzung des Vorstandes in der derzeitigen Mittel-situation besonders gut für eine längerfristige Stellenschaffung eignen.

Literatur

- Adams-Greenly M (1989) Psychosozial Interventions in Childhood Cancer. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, S 562-572
- Ader R, Felten DL, Cohn N (1991) Psychoneuroimmunology. Academic Press, San Diego
- Aldridge D (1986) Music, communication and medicine. Journal of the Royal Society of Medicine 82:743-746
- Aldridge D (1987) Families, cancer and dying. Family Practice 4:212-218
- Aldridge D (1995) Spirituality, hope and music therapy in palliative care. The Arts in Psychotherapy 22 (2):103-109
- Anderson BL (1992) Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. J Consult Clin Psychol 60:552-568
- Aulbert E, Niederle N (1990) Die Lebensqualität des chronisch Krebskranken. Thieme, Stuttgart
- Bailey L M (1983) The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized cancer patients. Music Therapy 3 (1):17-28
- Bailey L M (1984) The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. Music Therapy 4 (1):5-17
- Bailey L M (1986) Music therapy in pain management. Journal of Pain-Symptom-Management 1(1):25-28
- Bauer S, Kächele H, Scheytt N, Schmidt S, Timmermann T (1990) Musiktherapeutische Prozeßforschung - Erste Erfahrung und Vorhaben. In: Schriftenreihe der Universität Ulm (Hrsg) Ulmensien. Universitätsverlag, Ulm, S 239-250
- Beck G (1990) Klangmuster in der Therapie. Mikrostruktur akustischorientierter Therapieprozesse und ihre Darstellung in Mustern von Musik und Sprache. Paroli-Verlag, Münster
- Beck S L (1989) The effect of the therapeutic use of music on cancer-related pain. Dissertation Abstracts International 49(12-B, Pt 1) 5226
- Bolay V, Bernius V (1986) (Hrsg) Praxis der Musiktherapie. Bd. V. Gustav Fischer, Bärenreiter, Kassel
- Bossinger W (1987) Musiktherapie mit krebskranken Kindern. Stationäre Erfahrungen im Rahmen eines Forschungsprojekts an der Universitätskinderklinik Ulm. Diplomarbeit. Fachhochschule Heidelberg, Fachbereich Musiktherapie
- Bovbjerg D (1989) Psychoneuroimmunology and Cancer. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, S 727-734
- Brandenburg S (1988) Annäherung an Anna. Musiktherapie mit einem krebskranken mehrfachbehinderten Mädchen. Musiktherap Umsch 9:297-312
- Bräutigam W (1978) Verbale und präverbale Methoden in der stationären Therapie. Z Psychosom Med Psychoanal 24:146-155
- Brun H, Oerter R, Rösing H (1985) Musikpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. Urban & Schwarzenberg, Berlin
- Büntig W (1980) Krebsheilung durch Psychotherapie? Ärztliche Praxis 26:908-911
- Burrer S (1992) Musiktherapeutische Einzelfall-Prozeßforschung: Rating von zwanzig Improvisationsausschnitten aus einer musiktherapeutischen Behandlung. Diplomarbeit. Fachhochschule Heidelberg, Fachbereich Musiktherapie
- Carter R E, Carter C A (1993) Individual and marital adjustment in spouse pairs subsequent to mastectomy. American Journal of Family Therapy 21 (4):291-300

- Christ GH (1989) Social Work in Oncology. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, S 670-677
- Cook J D (1981) The therapeutic use of music: a literature review. Nurs Forum 20:252-266
- Cook J D (1986) Music as an intervention in the oncology setting. Cancer Nursing 9(1):23-28
- Cooper C L, Watson M (1991) (Hrsg) Cancer and Stress: Psychological, biological and coping studies. Chichester, Wiley & Sons
- Cramer I, Blohmke M, Bahnson MB, Scherg H, Weinhold M (1977) Psychosoziale Faktoren und Krebs. Münchener Medizinische Wochenschrift 119:1387-1392
- Dahlbender R W (1992) Einzelfallanalytische Evaluation stationärer Psychotherapie an einem Patienten mit Colitis ulcerosa. PPM 42:381-391
- Dahlbender R W, Grünwald C, Allert G, Pokorny D, Link K-H, Kächele H (1996) Zum Beziehungs- und Interaktionsangebot des Liaisonpsychotherapeuten in einem chirurgisch-onkologischem Team. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 32 (im Druck)
- Dahlbender R W, Nowotny M (in Vorbereitung) "Sterben und Tod" - eine themenbezogene Teamintervention auf einer pädiatrischen Knochenmarktransplantations-Station
- Dahlbender RW, Allert G, Martin G, Steidle-Röder, M, Beger HG, Kächele H (1994): Multimodale Konsiliar- und Liaisonarbeit. Psychotherapeut 39: 1-9
- Droh R, Spintge R (Hrsg) (1987) Musik in der Medizin. Neuropsychologische Grundlagen, klinische Applikationen, geisteswissenschaftliche Einordnung. Springer, Heidelberg
- Elger J (1993) Interventionen und Effekte in der Musiktherapie. Diplomarbeit. Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie
- Engel, G L (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196: 129-136
- Enzmann D, Kleiber D (1989) Helfer-Leiden. Streß und Burnout in psychosozialen Berufen. Asanger, Heidelberg
- Evers S (1991) Musiktherapie und Kinderheilkunde. Eine Analyse zur Geschichte, Situation, Indikation und Akzeptanz. Heidelberger Schriften zur Musiktherapie Bd 5. Gustav Fischer, Stuttgart
- Foley K M (1986) The treatment of pain in the patient with cancer. CA - A Cancer Journal for Clinicians 36 (4):194-215
- Frank J (1985) The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. Oncol-Nurs-Forum 12 (5):47-52
- Franzke E (1989) Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Psychotherapeutische Nutzung kreativer Arbeitsweisen. 3. Aufl. Huber, Bern
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Griessmeier B (1990) "Bin ich's oder bin ich's nicht?". Musiktherapie auf einer Kinderkrebsstation. Musikther Umsch 11:37-56
- Griessmeier B, Bossinger W (1994) Musiktherapie mit krebserkrankten Kindern. Praxis der Musiktherapie Bd 13. Gustav Fischer, Stuttgart Jena New York
- Gruber F O, Sagaster P (1979) Generalrehabilitation in der Onkologie. Onkologie 2: 226-229
- Grünwald C (1995) Evaluation eines chirurgisch-psychotherapeutischen Modellprojektes. (Dissertation), Abt. Psychotherapie, Universität Ulm
- Heim E (1986a) Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung. In: Heim E, Willi J (Hrsg.) Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd. 2, S. 343-390
- Heim E (1986b) Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Heim E, Willi J (Hrsg) Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd 2. Klinik und Praxis. Springer, Berlin, S 444-501

- Heim E (1991) Coping and Adaption in Cancer. In: Cooper CL, Watson M (Hrsg) Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies. John Wiley & Sons, Chichester, S 197-235
- Heim E, Augustiny K, Schaffner L, Valach L (1993) Coping with breastcancer over time and situation. *J Psychosom Res* 37 (5):523-542
- Herrlen-Pelzer S, Bloedt D, Burg E (1993a) "Musische Angebote" im Kontext von Konsiliarpsychiatrie und Klinikseelsorge, *Psychiatrische Praxis* 20 (Sonderheft), 46-49
- Herrlen-Pelzer S, Bloedt D, Brümmer H, Burg E, Leichtle H, Sannwald E, Schneider C, Trep-tau P, Vitz M, Wiede S (1993b) Musische Angebote im Krankenhaus - Zukunftsmusik?, *Kliniker* 11/22: 476-482
- Herrlen-Pelzer S, Sponholz G, Baitsch H (1991) Musik in Prävention und Therapie. Armin Vaas Verlag, Ulm-Langenau
- Herschbach P (1991) Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. *Psychologie in der Medizin*. VCH edition medizin, Weinheim
- Herschbach P (1991) Streß im Krankenhaus. Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41:176-186
- Heyde W, Langsdorff P v. (1983) Rehabilitation Krebskranker unter Einschluß schöpferischer Therapien. *Rehabilitation* 22:25-27
- Hodges D (Hg) (1980) Handbook of music psychology. Natinal Association for Music Therapy. Lawrence, Kansas
- Holland JC (1989) Behavioral and Psychosocial Risk Faktors in Cancer: Human Studies. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, S 705-726
- Holland JC (1989) Historical Overview. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York, S 3-12
- Holland JC, Rowland JH (1989) (Hrsg) Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, New York
- Hörmann G (Hg) (1988) Musiktherapie aus medizinischer Sicht. Hettgen, Münster
- Hürny C, Adler R (1991) Psychoonkologische Forschung. In: Meerwein F (Hrsg) Einführung in die Psycho-Onkologie. 4. korrigierte. Aufl. Huber, Bern, S 15-57
- Hürny Ch (1986) Krebskrankheit. In: Heim E, Willi J (Hrsg.) Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht. Bd. 2 Klinik und Praxis, S. 551-562
- Janssen PL (1982) Psychoanalytisch orientierte Mal- und Musiktherapie im Rahmen stationärer Psychotherapie. *Psyche* 36:541-570
- Janssen PL (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Konzepte der Humanwissenschaften. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kächele H, Arnold R, Novak P (1991) Die Knochenmarktransplantation - Langzeitstudie zur somatischen und psychosozialen Rehabilitation. Arbeitsbericht 1.1.1990 - 30.6.1991. (Normalverfahren) D-PK4-1 Universität Ulm Ulm
- Kächele H, Scheytt N (1990) Sprechen und Spielen - verbale und non-verbale Aspekte des musiktherapeutischen Prozesses. *Musiktherap Umsch* 11:286-295
- Kammrath I (1989) Musiktherapie während der Chemootherapie. *Krankenpflege* 6:282-283
- Kerkvliet G (1990) Musik therapy may help control cancer pain. *J Natl Cancer Inst.* 82 (5):350-352
- Koch U, Potreck-Rose F (Hrsg) (1990) Krebsrehabilitation und Psychoonkologie. Springer, Berlin
- Konwal S (1955) Emotions as a cause of cancer. *Psychoanal Rev* 3:217-225
- Koppold B (1986) Musiktherapie und Zerebralaparese: Bibliographie mit anschließender Longitudinal-Pilotstudie über die Anwendung aktiver Einzelmusiktherapie bei einer 30-jährigen zerebralgelähmten Frau. hum.biol. Dissertation. Universität Ulm

- Kübler-Ross E (1978) Was können wir noch tun? Kreuz, Stuttgart
- Kümmel WF (1977) Musik und Medizin. Ihre Wechselbeziehungen in Theorie und Praxis von 800 bis 1800. Alber, Freiburg München
- Lazarus RS (1974) Psychological Stress and coping in adaption an illness. *Int J Psych* 5:312-333
- Lazarus RS, Launier R (1978) Stress-related transactions between person and environment. In: Pervin LA, Lewis M (Hrsg) *Perspectives in international psychology*. Plenum, New York, S 287-327
- Le Chan L (1982) Psychotherapie gegen den Krebs. Klett-Kotta, Stuttgart
- Martin J (Hrsg) (1989) The next step forward - music therapy with the terminal ill. *Proceedings from an international symposium for music therapists working in palliative care*. Calvary Hospital, New York
- Maslach S (1982) Burn out. A review of the literature with application to cancer nursing. *Cancer Nursing* 211-217
- Massie MJ, Holland JC, Straker N (1989) Psychotherapeutic Interventions. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York, S 455-469
- Mastrovito R (1989) Behavioral Techniques: Progressive relaxation and Self-Regulatory Therapies. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York, S 492-501
- Meerwein F (Hrsg) (1985) Einführung in die Psycho-Onkologie. Huber, Bern
- Merten K (1983) Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie und Methode und Praxis. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Möhlenkamp G (1995) Physiologische und psychologische Reaktionen auf unterschiedliche musiktherapeutische Interventionen im Vergleich zu einer Entspannungsübung. Lang, Frankfurt/M
- Motte-Haber H de la (Hg) (1985) Handbuch der Musikpsychologie. Laaber, Regensburg
- Munro S (1981) Musiktherapie mit unheilbar Kranken. *Musiktherap Umsch* 2:287-302
- Munro S (1986) Musiktherapie bei Sterbenden. Fischer, Stuttgart
- Nelson D V, Friedman L C, Baer P E, Lane M, Smith F E (1994) Subtypes of psychosocial adjustment to breast cancer. *J Behav Med* 17(2):127-141
- Neuser, J (1989) Psychische Belastung unter Knochenmarktransplantation. Lang, Frankfurt
- Obermüller M, Thor S (1985) Der Einfluss musikalischer Ausbildung auf das Erleben von Musik. med. Dissertation. Universität Ulm
- Osoba D (Hrsg) (1991) Effect of Cancer on Quality of Life. CRC Press, Boca Raton
- Pechr M (1994) Musikalische und psychologische Parameter in experimenteller Therapiemusik. Diplomarbeit. Fachhochschule Heidelberg, Fachbereich Musiktherapie
- Porchet-Munro S (1988) Music therapy in support of cancer patients. *Recent Results in Cancer Research* 108:289-294
- Porchet-Munro S (1990) Musiktherapie für Tumorpationen. *Der informierte Arzt - Gazette Médicale* 13:1175-1180
- Porzsolt F (1989) Wie teuer sind Tumorpationen? *Das Krankenhaus* 9:495-499
- Priestley M (1983) Analytische Musiktherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Rait D, Lederberg M (1989) The Family of the Cancer Patient. In: Holland JC, Rowland JH (Hrsg) *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, New York, S 585-597
- Richter H-E (1981) Der Krebs als psychisches Problem. *Med Welt* 32:177-184
- Rodrigue J R, Behen J M, Tumlin T (1994) Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology* 3: 205-214
- Roederer J G (1973) Introduction to the physics and psychophysics of music. Springer, New York

- Scheytt-Hölzer N, Kächele H (1996) Musiktherapie und psychoanalytische Supervision - ein Zwiegespräch. Musiktherap Rundsch (eingereicht)
- Schmidt S (1994) Der musikalische Dialog mit depressiven Patienten. Implementierung einer Methode zur Dokumentation und Analyse musikalischer Dialoge und deren Validierung an einer klinischen Gruppe. biol.hum. Dissertation. Universität Ulm
- Schroeder WC (1987) Musiktherapie als Psychotherapie mit dem Medium Musik. In: Droh R, Spintge R (Hrsg) Musik in der Medizin. Springer, Heidelberg, S 311-332
- Schroeder WC (1988) Musiktherapie: Therapie mit dem Medium Musik. In: Schepank H, Tress W (Hrsg) Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Springer, S 157-160
- Schwarz, R, Bernhard J, Flechtner H, Küchler, Th, Hürny Ch (1991) (Hrsg) Lebensqualität in der Onkologie. Zuckschwerdt, Bern
- Seiler R (1983) Die Musiktherapie in einem integralen Konzept zur Behandlung von Krebs. Sichtung eines möglichen Feldes der Musiktherapie. Diplomarbeit. Fachhochschule Heidelberg, Fachbereich Musiktherapie
- Shatin L (1970) Alterations of mood via music: a study of the vectoring effect. J Psychol 75:81-86
- Spieß M (1990) Interventionstypen in der Musiktherapie: Rhythmuscharakteristika und Eindrucksbildung auf externe Beurteiler. Diplomarbeit. Universität Konstanz, Fachbereich Psychologie
- Spintge R, Droh R (1992) Musik-Medizin: Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen. Fischer, Stuttgart
- Spintge R, Droh R (Hrsg) (1985) Musik in der Medizin. Springer, Berlin
- Stanton A L, Snider P R (1993) Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. Health Psychology 12 (1): 16-23
- Stehlin JS, Beach KH (1966) Psychological aspects of cancer therapy. J Am Med 197:140-144
- Steidle-Röder M (1993) "Ohne Musik könnte ich nicht leben!" Möglichkeiten und Grenzen der Musiktherapie mit einem krebskranken Patienten. Musiktherap Umsch 14:142-157
- Steidle-Röder M, Dahlbender RW (1993) Musiktherapie zwischen Hoffnung und Ernüchterung. Lehr- und Wanderjahr einer Musiktherapeutin zwischen Kuh- und Safranberg. Universität Ulm, Abteilung Psychotherapie
- Strobel W, Huppmann G (1991) Musiktherapie. Grundlagen, Formen, Möglichkeiten. Hogrefe, Göttingen
- Strobel W, Loos G, Timmermann T (1985) Die musiktherapeutische Balint-Gruppenarbeit. Musiktherap Umsch 6:177-208
- Taylor D (1981) Music in general hospital treatment from 1900 to 1950. J Music Therapy 18:62-73
- Timmermann T, Scheytt-Hölzer N, Bauer S, Kächele H (1991a) Musiktherapeutische Einzelfall-Prozeßforschung - Entwicklung und Aufbau eines Forschungsfeldes. Psychother Psychosom Med Psychol 41:385-391
- Timmermann T (1990) Der Musikalische Dialog - Beziehungsmuster im Spiegel bedeutsamer Momente im Therapieprozess. Dissertation. Universität Ulm
- Timmermann T (1991d) Exploring the moon. Logbuch über die Erfahrungen eines "ambulanten" Musiktherapeuten in der Medizinischen und der Chirurgischen Klinik am Klinikum der Universität Ulm. Bericht aus der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm
- Timmermann T, Bauer S, Scheytt N, Schmidt S, Kächele H, Baitsch H (1992) The musical dialogue in music therapy process research. In: Spintge R, Droh R (Hrsg) MusicMedicine. MMB Music Inc, St Louis, Ms, S 350-363
- Timmermann T, Bauer S, Scheytt-Hölzer N, Burgmeier R, Moser P, Pokorny D, Kächele H (1991b) Musiktherapeutische Prozessforschung - eine Einzelfallstudie. In: Herren-

- Pelzer S, Sponholz G, Baitsch H (Hrsg) Musik in Prävention und Therapie. Vaas-Verlag, Ulm, S 124-137
- Timmermann T, Scheytt-Hölzer N, Bauer S, Kächele H (1991c) Musiktherapeutische Einzelfall-Prozeßforschung - Entwicklung und Aufbau eines Forschungsfeldes, Psychother Psychosom med Psychol 41:385-391
- Tschuschke V, Pfeleiderer K, Denzinger R, Hertenstein B, Kächele H, Arnold R (1994) Coping bei Knochenmarktransplantierten Patienten. Ein Beitrag zur Frage des "geeigneten" vs. "ungeeigneten" Copings. Psychother Psychosom med Psychol 44: 346-354
- Vahle F (1988) "Wenig war hier oft schon viel". Kinderlieder und ihre sprachlichen Verwendungsmöglichkeiten in einer besonderen Situation (Kinderklinik Giessen, Station Peiper). Praxis Spiel und Gruppe 1:102-115
- Verres R (1991) Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche. Piper, München Zürich
- Verres R, Hübener K, Klusmann D, Schlömer U (1989) Psychosoziale Unterstützung in einer radiologischen Klinik. Entwicklung und Evaluation eines Modellprojekts. Projektantrag an das Bundesministerium für Forschung und Technologie. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
- Westhoff G (1993) Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Hogrefe, Göttingen
- Willi J, Heim E (Hrsg.) (1986) Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in biopsychosozialer Sicht. Bd. 1 Grundlagen
- Wirsching M (1990) Krebs. Bewältigung und Verlauf. Springer, Berlin
- Zander A R, Hasenbring M (1992) Adjuvante psychosoziale Behandlungsangebote in der Knochenmark-Transplantation (KMT) (Antrag auf Forschungsförderung an das BMFT).
- Zimmermann L, Pozehl B, Duncan K, Schmitz R (1989) Effects of music in patients who had chronic cancer pain. Western Journal of Nursing Research 11 (3): 298-309
- Ziporyn T (1984) Music therapy accompanies medical care. JAMA 252:986-987

Anhang

Musiktherapeutische Vignetten

Frau R.

Eine 56-jährige Patientin mit der Diagnose: Rektum-Ca, Damm-Scheiden-Fistel, die unter großer Angst litt, mit einem Anus praeter leben zu müssen, äußerte sich schrittlich über ihre aktive Einzelmusiktherapie: *“Als ich zuerst hörte, eine Stunde Therapie nur für mich, fand ich es zeitlich zu viel. Ich dachte mir vorher, dann kann ich ja nach der Hälfte der Zeit abbrechen. Die Stunde verging wie im Fluge und ich fand es auch für mich interessant, wie und auf was ich reagiere. Meine Anfangshaltung zuerst war, was will man von mir, was soll ich machen. Ich durfte aber selbst bestimmend sein und sagen, was ich tun will. Meine Erwartungshaltung konnte und sollte ich ablegen. Es gibt Instrumente, mit denen man gern "spielt" und andere, die man mal anfaßt, "probiert" und dann liegen läßt. Aber jedes Instrument weckt in mir eine bestimmte Vorstellung, z.B. Südseeträume, musizierende Neger, Harfe spielende Engel (vielleicht bedingt durch die Vorweihnachtszeit)... In einem ruhigen Raum mit Anfassen und Spielen der Instrumente habe ich über jedes Instrument meine eigenen Gedanken, eigene Gefühle, es steigen Bilder der Erinnerung auf... Ich konnte an mir feststellen, daß mir helle Töne besser zusagten als dunkle oder laute. Überhaupt alles Leichte, manchmal sogar Leichtsinnige gefällt mir, die "Hammerschläge" kommen dann sowieso von selbst. Meine Einstellung ist aber immer positiv - bis jetzt. Es heißt Musiktherapie, die Hälfte davon wird gesprochen, und zwar nur von mir. Die Brücke zum Gespräch ist leichter, als wenn man sich "tonlos" im Raum gegenüber sitzt. Am Morgen ließ ich 5 Minuten die Flügel hängen und die Tränen laufen. Am Nachmittag nach der Therapie flog ich wie mit Flügeln und war meiner Meinung nach wieder "gut drauf" und zum Kämpfen bereit. Ich würde mich freuen, die Therapie weiterzumachen, aber ich glaube nicht im Krankenbett. Vielleicht müßte ich auch mal richtig auf die Pauke hauen!“*

Frau H.

Die *rezeptive Musiktherapie* bei Frau H., einer 84-jährigen Patientin im Terminalstadium eines metastasierenden Magenkarzinoms, ist ein Beispiel für eine *palliative Sterbebegleitung*. Die Patientin, die sich schon mehrere Wochen in der Klinik befand, lag allein im Zimmer. Die diensthabende Ärztin bat mich bei der Visite, mit dieser Patientin Kontakt wegen einer Musiktherapie aufzunehmen. Sie wirkte teilnahmslos und machte einen schwachen, abgekämpften Eindruck. Ihre Tochter berichtete mir, daß ihre Mutter seit einer Woche kein Gespräch mehr mit ihr geführt hatte.

Die Kontaktaufnahme gestaltete sich wegen des schlechten Allgemeinzustandes schwierig. Wenige Tage später fand die erste rezeptive Musiktherapie am Krankenbett statt. Die Patientin nahm den unaufdringlichen und harmonischen Klang der Bordun-Leiern an und äußerte sich: *"Schön."* Ich versuchte, mit Vokalimprovisationen an die musikalischen Vorerfahrung der Patientin - Klavierspielen und Singen - anzuknüpfen. Die Patientin probierte daraufhin das Instrument sogar selber einmal ganz kurz aus und glitt mit einer matten Handbewegung über die Saiten. Ich legte die Leiern auf die zitternden Hände der Patientin, um die Resonanz der Instrumente auch physisch erlebbar werden zu lassen. Die Unruhe in den Händen ließ merklich nach. Die Tochter äußerte sich anläßlich eines Besuches sehr zufrieden über die Musiktherapie: *"Das freut mich, daß Sie für meine Mutter Musik gemacht haben."*

Wenige Tage später ging es der Patientin sehr schlecht und die Schwestern baten mich gleich am Morgen in das Krankenzimmer: *"Gehen sie zu ihr, sie schläft, aber hören wird sie sie, wenn sie für sie spielen. Die Musik hat ihr das letzte Mal so gut getan."* Die Patientin war sehr verschleimt und atmete schwer. Als ich ein frei improvisiertes Chormotiv auf einer Alt-Chrotta, einem Streichinstrument, für sie zu spielen anfang, öffnete sie die Augen, aber ihr Blick blieb jetzt starr. Dann ließ ich den leisen weichen Klang der Bordun-Leier erklingen. Am Ende des Spiels schloß sie wieder die Augen und konnte nun endlich abhusten. Dann schlief sie ruhig ein. In der folgenden Nacht starb sie.

Frau U.

Die schwerkranke, Monate später an einem metastasierenden Scheidenkarzinom verstorbene 40-jährige Patientin hatte während der sechswöchigen Einzelmusiktherapie zehn Behandlungen, eine davon mit ihren Angehörigen. Ihr Beispiel verdeutlicht, daß Musik zur Verarbeitung von Schmerzen sowie negativer Affekt- und Stimmungszustände beitragen und so noch vorhandene gesunde Potentiale mobilisieren konnte. Dadurch vermochte sich die Patientin ein Stück Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten. Sie erkannte mit Hilfe der Improvisationen im Zusammenspiel mit der Musiktherapeutin in ihrer immerwährenden Ruhelosigkeit, ihrer Hingabebehemmtheit und ihrem unerbittlichen Leistungsanspruch, die jegliche regressive Regung verboten, einen ihre Lebensqualität schmälern den Lebenskonflikt. Daran konnte in einer Mischung aus Unterstützung und behutsamer Konfrontation insoweit gearbeitet werden, daß die Patientin über die Einsicht hinaus aufblühte, sowohl dosiert regredieren und sich entspannen, wie auch befreiter handeln und die Konsequenzen ihres Tuns besser verarbeiten konnte.

Als Frau U. zum ersten Mal zur Musiktherapie kam, begann sie nach anfänglicher Zurückhaltung aus ihrem Leben zu erzählen. Sie war musikalisch vorgebildet, hatte 13 Jahre Geige gespielt und als Kind im Rundfunkchor gesungen. Am Schluß äußerte sie: *"Das Selber-Musik-Machen ist für den kranken Menschen so wichtig. Im Selber-Tun setzt die Musik soviel frei, sie öffnet und löst. Das ist ein wichtiges Erlebnis."* Ich hatte die Improvisation auf Tonband aufgenommen und gab der Patientin die Kassette mit der gemeinsam gemachten Musik, die sie später noch mehrfach versunken anhörte.

Eine anderes Mal eröffnete die Patientin die Stunde mit den Worten: *"Heute brauche ich eine Trommel. Ich bin frustriert, kann keinen Arzt mehr sehen und auch keine Spritze."* Motorisch reagierte sie sich dann an der Trommel ab: *"Jetzt geht's mir schon besser"*, klang sie kräftig und bestimmt. Sie dachte an den Kauf einer Gitarre. Zwei Tage später faßte sie den festen Entschluß, in jedem Fall um einen Urlaubstag zu bitten. Nach der Beurlaubung wirkte sie jedoch auffallend verunsichert und konfus, spielte bevorzugt stereotype Motive, wechselte - wie auf der Flucht - von einem Instrument zum anderen und versuchte, die Tränen beim Klang der Bordun-Leiern zu unterdrücken. Sie hatte einsehen müssen, daß die Beurlaubung noch zu früh für sie war: *"Meine Nerven sind noch zu dünn. Außerdem gibt es da immer nur ein zentrales Thema - meine Krankheit. Das Bewußtsein, daß man krank ist, das ist schwer zu ertragen,"* gestand sie. Im gemeinsamen Spiel mit mir sang es dann aus ihr heraus: *"Es freit ein wilder Wassermann von der Burg wohl über den See ..."* Und als es wie eine Todesahnung hieß: *"Kind, willst Du mit mir hinuntergehn"*, verlor ihre Stimme den Halt und die Tränen flossen ungehindert.

Niedergeschlagen erzählte sie mir in einer der nächsten Stunden, daß sich wieder neue Lymphknotenmetastasen gebildet haben. An diesem Nachmittag hatte sie Besuch von

ihrem Mann und ihrer Tochter bekommen. Die Angehörigen waren begeistert, als sie ihnen das unbekannte Instrumentarium zeigte und freuten sich, daß der Mutter im Krankenhaus etwas angeboten wurde, das ihr Freude machte. Dann musizierten alle eine Viertelstunde miteinander. Nach einem gemeinsamen Spaziergang kam die Patientin noch einmal allein zur Musiktherapie, um noch ein wenig Flöte zu spielen und zu singen. Ihre Stimme klang aber kraftlos. Nach einer Weile ging ihr die Puste aus, und sie klagte über Schmerzen im Bein und im Rücken: *"Ich kann heute nicht mehr, aber am Donnerstag komme ich wieder."* Stunden später erwähnte sie, daß die Beschwerden, als sie in ihr Bett gehen wollte, auf einmal weg waren.

In einer Stunde klagte die Patientin über Schlafstörungen. In der Musik zeigte sich deutlich, daß sie kein gemäßigtes Tempo finden und sich nicht entspannen konnte. Sie äußerte: *"Abends stellen sich die Ängste ein, und wenn die Nacht kommt, kann ich mich nicht entspannen, da gehen mir so viele Gedanken durch den Kopf. Auch mit dem Entspannen in der Musiktherapie ist es so. Es hält nicht vor. Es ist Entspannung im Augenblick des Tuns, vielleicht noch etwas darüber hinaus, aber die Nächte sind so schlimm."* Wir beschäftigten uns daher viel mit dem Thema Tempo und versuchten, unser Tempo zu finden. Die Patientin verfiel aber immer wieder ins Accelerando. Als ich versuchte, ihr das bewußt zu machen, breitete sie ihren Lebenskonflikt aus: *"Ich war immer aktiv und in Hetze. Ruhig zu spielen, verursacht mir manchmal physischen Schmerz."* Ruhe in der Musik konnte sie meist nicht lange durchhalten, ständig fielen ihr neue Lieder ein, die sie wie im Marschtempo sang, sogar in die Pausen hinein. Ihr Lieblingslied war: *"Wer nur den lieben, langen Tag ohne Plag ohne Arbeit vertändelt, der gehört nicht zu uns.... Wir, wenn der Abend naht, sind nach getaner Arbeit eine fröhliche Schar."* Ihr Trommeln erinnerte mich stark an einen Marathonlauf. Wenn ich mit ihr redete, spielte sie in das Gespräch hinein, so schwer fiel es ihr zuzuhören. *"Ich kann mich so wenig hingeben"*, benannte sie ihr Problem, und ich wies auf ihre zeitweise Hingabefähigkeit beim Musizieren hin: *"Ja, im Schöpferischen, das ist vielleicht eine der wenigen Gelegenheiten, wo ich mich hingeben kann."* Ein anderes Mal machte sie deutlich, daß sie körperliche Kraftlosigkeit in einem umfassenden Sinn als Schwachsein erlebte: *"Ich möchte aber aktiv sein und was leisten."*

Zum Ende der Therapie hin vermochte die Patientin sich im musikalische Dialog auf die Therapeutin einzustellen und "zuzuhören". Sie mußte nicht mehr aktiv sein, konnte die Ruhe zulassen und das gemeinsame Musizieren offensichtlich genießen. Erste Anzeichen ihres nahenden Todes machten sich bemerkbar: *"Ich kann nicht mehr, ich hab' heute keine Kraft."* Monate nach der Entlassung in eine Reha-Klinik, währenddessen ich mit der Patientin noch Kontakt hielt, starb sie.

Gruppenselbsterfahrung für Schwestern und Pfleger

Musiktherapeutische Arbeit mit dem Personal fand im Rahmen einer Gruppenselbsterfahrung für Schwestern und Pfleger statt. Diese erlebten dabei selbst die Möglichkeiten der Musiktherapie. Allein die Tatsache, daß auch einmal etwas für sie getan wurde, empfanden sie als wohltuenden Ausgleich zum alltäglichen beruflichen Stress. Auch die Gelegenheit, Gefühle, die sich im Umgang mit den Patienten einstellten, ausdrücken und bearbeiten zu können, wurde als entlastend erlebt. Die ständige Einrichtung einer solchen Gruppe wurde ausdrücklich gewünscht.

Nach der ersten, mit Neugierde und Spannung erwarteten Sitzung kam von Seiten des Pflegepersonals folgendes Feed-back:

“... Wir saßen im Halbkreis, jeder hatte ein Instrument seiner Wahl vor sich und konnte sich, auf seine persönliche Art musikalisch in die Gruppe einbringen. Es kostete einige Überwindung, seinem Klangkörper irgendwelche Laute zu entlocken. Wir waren ziemlich unsicher, nicht nur wegen der Musik. Wir tasteten uns auch langsam in eine für uns völlig neue Situation mit uns selber vor. Je sicherer wir uns dabei wurden, desto mehr bauten wir unsere Hemmungen gegenüber dem Instrument und auch untereinander ab. Unser erster Anlauf endete zwar im Geräuschchaos, doch wir waren beeindruckt.

Im zweiten Versuch merkte man, wie wir uns aufeinander einstellten. Es war ein gegenseitiges Abtasten, ein Hören - was höre ich und was mache ich, was macht der andere, was machen wir miteinander? Es war schön zu fühlen, wie Musik zwischen uns wachsen konnte und wirkte. Anschließend entspannten wir uns bei den Klängen des Monochords. Das war faszinierend!

Den Abschluß bildete eine Gesprächsrunde, in der jeder seine Empfindungen äußern konnte: Empfund die eine wieder mehr innere Ruhe und Ausgeglichenheit, überwog bei der anderen das Gefühl, sich entspannt und Kraft geschöpft zu haben, für andere wiederum waren es Gefühle, die sich im Moment noch nicht recht einordnen ließen. Doch alle waren zufrieden. Bemerkenswerterweise teilten nahezu alle den Eindruck, daß die kleineren oder größeren Reibereien des Stationsalltags in den Hintergrund treten und in gewisser Weise bedeutungslos werden konnten. Ein Gefühl des Miteinanders, der Zusammengehörigkeit, die Basis einer gemeinsamen Arbeit, lebte seit langem wieder spürbar auf. In dem Moment zogen wir an einem Strang. Es wurde wieder erlebbar, daß hinter der Arbeitsgruppe Menschen mit einer Persönlichkeit, mit Stärken und Schwächen stehen.

Für uns alle war es ein sehr positive Erfahrung, bei der uns deutlich wurde, daß Musiktherapie für uns und für viele unserer Patienten und die Angehörigen eine große Hilfestellung sein kann.“

Patientenaufklärung und ethische Bewertung des Projektes

Die Patienten, Angehörige und Behandler werden ausführlich über die Projektziele informiert und darauf hingewiesen, daß die Teilnahme freiwillig ist. Patienten (und Angehörige) werden dahingehend aufgeklärt, daß weder ihre etwaige Teilnahme noch ihre etwaige Weigerung irgendwelche Konsequenzen in Bezug auf die medizinische Behandlung haben werden. Von Patienten wird die Einwilligung zur anonymisierten Auswertung ihrer Angaben bzw. tonbandprotokollierter und transkribierter Interviews eingeholt.

Ethische Bedenken bestehen unseres Erachtens nicht. Die Ethikkommission der Universität Ulm wird von diesem Projekt in Kenntnis gesetzt. Im Falle von Einwänden werden wir die Laves-Stiftung darüber informieren und unverzüglich dafür Sorge tragen, die Beanstandungen in geeigneter Weise auszuräumen.

Weitere Drittmittelförderungen der Antragsteller

Prof. Kächele

1. Die Knochenmarkstransplantation - Langzeitstudie zur somatischen und psychosozialen Rehabilitation - gefördert durch: DFG
2. Therapieaufwand und -erfolg bei der psychodynamischen Therapie von Eßstörungen: Eine multizentrische Studie - gefördert durch: BMFT
3. Studie zur Prävalenz von Eßstörungen bei Diabetes Mellitus - gefördert durch: Universität Ulm
4. Neonatologie - Bindungsforschung und Interventionsstudie
 - Bewältigungsprozesse von Schwangeren nach pränataler Fehlbildungsdiagnostik
 - Psychotherapeutische Intervention bei vorzeitiger Wehentätigkeit
 - Training für werdende Eltern im Institut für frühkindliche Entwicklung
 - gefördert durch: DFG, Köhlerstiftung, Medienkooperative, Industrie

Dr. Dahlbender

1. Koordinator für den psychologisch-psychotherapeutische Begleitforschung im Scherpunktprogramm "Familiärer Brust- und Eierstockkrebs" der Deutschen Krebshilfe

Frau Eisenschink

1. keine Drittmittel.

Bestätigung

Ein gleichlautender Antrag wurde bei keiner anderen Förderorganisation eingereicht. Wenn wir einen solchen stellen, werden wir die Laves-Stiftung unverzüglich davon unterrichten.

Dr. med. Reiner W. Dahlbender

Prof. Dr. med. Horst Kächele

Anna M. Eisenschink

Der Antrag wird gestellt im Benehmen mit dem geschäftsführenden Vorstand und dem Sekretär des Tumorzentrums.

Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg

PD. Dr. med. Karl-Heinz Link