

Pneumissimo

So - viel - Luft - wie - möglich



Die positiven Effekte des Singens bei COPD

Dr. Anette Einzmann
Dipl. Gesangslehrerin und Atemtherapeutin

Im Auftrag und mit Unterstützung
von Boehringer Ingelheim



© Dr. Anette Einzmann, Autorin
Layout: Christine Grotensohn
Herausgeber: Boehringer Ingelheim
Pharma GmbH & Co. KG
Binger Straße 173 • 55216 Ingelheim
Herausgegeben: Dezember 2019

Vervielfältigung – auch auszugsweise –
nur mit Genehmigung der Autorin

Inhalt

Wie aus ein paar Zufällen ein Konzept entstand _____	4
Die positiven physiologischen Effekte des Singens auf das Atemmuster von COPD-Patienten_____	9
Die positiven psychosozialen Effekte des Singens auf COPD-Patienten _____	21
Praktische Tipps zur Neugründung von COPD-Singgruppen _____	24
Zukunftsvision _____	30

Wie aus ein paar Zufällen ein Konzept entstand

Das Gelingen einer lang ersehnten Adoption, ein Umzug von Freiburg nach Köln, das Aufgeben meiner gut gehenden „Praxis“ für atem- und gesangspädagogische Laienarbeit führten dazu, dass ich mich beruflich neu orientieren musste. Kindgerechte Arbeitszeiten, also nicht mehr dann, wenn andere Menschen frei und Zeit zum Singen hatten, nämlich abends, sondern lieber vormittags, wenn Schule ist! Ich stolperte über „Die singenden Krankenhäuser“ und machte den Singleleiterschein. Die Idee mit Patienten zu singen fand ich spannend. Der damalige Vorstand Norbert Hermanns meinte, mit meiner Doppelqualifikation wäre ich doch für eine Arbeit mit Lungenpatienten besonders geeignet.

Und so schrieben Hildegard Grooterhorst, Logopädin und Musiktherapeutin und ich – Patienten-Singgruppen sollten immer doppelt besetzt werden – einen Brief an Herrn Prof. Dr. Baldus, Leiter des Herzzentrums am Uniklinikum Köln, mit der Bitte, eine Singgruppe für Menschen mit eingeschränkter Lungenfunktion gründen zu dürfen. Herr PD Dr. Frank, der Leiter der Pulmologie antwortete, ein Gespräch folgte, aus dem wir einerseits froh, andererseits jedoch mit etwas

enttäuschten, vielleicht auch unrealistisch gewesenen Erwartungen hervorgingen. Im Prinzip würde der Aufbau eines solchen Chores seitens des Krankenhauses unterstützt, doch Geld, um uns zu bezahlen, gäbe es nicht. Den stationär aufgenommenen Lungenkranken ginge es so schlecht, dass an Singen nicht zu denken wäre. Die Sänger/innen müssten demnach erst unter den ambulanten Patienten gefunden werden. Das einzige, was uns zur Verfügung gestellt werden konnte war ein Raum. Immerhin! Für alles Weitere wurde uns empfohlen, uns an die bestehenden Selbsthilfegruppen zu wenden. Und so begann eine Phase mühsamer Telefonier- und Werbearbeit.

Die Leiter

 der zwei wichtigsten Selbsthilfegruppen, die inzwischen verstorbene Sonja Dresbach und Michael Stolzenburg halfen uns rührend. Wir durften zu den Gruppentreffen dazukommen und uns und unser Projekt, mal theoretisch, mal praktisch vorstellen. Das nahm manchmal groteske Züge an: Ich erinnere mich an einen Termin zu dem wir uns ausführlich vorbereitet hatten, Körperübungen, Einsingen, Liedauswahl, zu dem dann aber nur zwei Teilnehmer kamen. Die interessierte Frau musste früher gehen und der übrigbleibende ehemalige Schornsteinfeger behauptete steif und fest, dass er absolut nicht singen könne und gar nicht gekommen wäre,

wenn er gewusst hätte, dass . . . Sonja mit ihrer schrillen papageienfarbenen Brille jedoch blieb begeistert. Das Verteilen unserer Flyer beim Lungensport war ein weiterer guter Weg, auf uns aufmerksam zu machen. Im Ehepaar Dreusicke und der Stiftung Atemwege fanden wir eine erste finanzielle Unterstützung, die jedoch einen hohen ideellen Eigenanteil voraussetzte.

Wir hatten den 29.4.2015 als Stichtag für unsere erste Probe festgesetzt und starteten gut gelaunt und ein bisschen aufgeregter mit ca. fünf Personen. Seither sind ca. vier Jahre vergangen. Inzwischen ist unser Pflänzchen gewachsen, der harte Kern der Sänger/innen der ersten Stunde schleppte unermüdlich Neue mit. Ein Folgeantrag bei der Stiftung Atemwege verlangte wissenschaftliche Begleitung; eine Doktorandin von Herrn PD Dr. Frank maß die Singenden vor und nach dem Singen. Eine bis heute besonders engagierte Sängerin, Christine Grotensohn, sprach einen Mitarbeiter der Firma Boehringer auf eine mögliche finanzielle Unterstützung des Chores an. Aus diesem Moment erwuchs jahrelanger Kontakt und Förderung, die eine Vereinsgründung notwendig machte. Auf die Initiative von Herrn Dr. Schlünz hin wurde eine weitere Gruppe am St. Johannes Krankenhaus in Troisdorf aufgebaut. Wir wuchsen auf heute ca. 50 Mitglieder an und traten bei verschiedenen COPD-Tagen oder bei der Weihnachtsfeier des Herzzentrums

auf. Nach einer gemeinsamen Aktion – dem Vortrag von Herrn PD Dr. Frank zum Thema „Singen und COPD“ folgten unsere Lieder – beglückwünschte die Schirmherrin des Patiententages Herrn PD Dr. Frank zu seinem Lungenchor. In seiner nett ehrlichen Art gestand er mir später, dass ihm das ein bisschen peinlich gewesen wäre, denn er wäre ja schließlich zu diesem Chor, wie die Jungfrau zum Kind gekommen; anfänglich habe er auch nicht wirklich an dieses Projekt geglaubt; inzwischen wäre er aber davon überzeugt, und auch die Messergebnisse wären eindrucksvoll, vor allem die Reduktion des Residualvolumens. Und so war es sein Engagement und das des Fördervereins des Herzzentrums, das Pneumissimo e.V. aus einer dicken Finanzkrise rettete. Beim wohl größten Auftritt in der Münchner Wappenhalle im Rahmen des DGP-Kongresses tippte mich danach jener Ansprechpartner der Anfangszeit, ohne dessen Engagement und Mühe der Chor nie zu dem geworden wäre, der er ist, auf die Schulter und sagte: „Darf ich mich vorstellen...“ – denn ich hatte mit ihm zwar viel telefoniert, ihn jedoch nie gesehen – „Es hat sich alles gelohnt, phantastisch, dieses Leuchten in den Gesichtern der Menschen, wenn sie singen!“

Warum erzähle ich so viele unwichtige, persönliche Details?

Ich erzähle sie, weil diese Broschüre der Versuch ist, das, was in knapp vier Jahren Pneumissimo e.V. theoretisch wie praktisch in mühsamer Kleinarbeit entstanden ist, knapp und in Hinblick auf größere Effizienz zusammenzufassen.

Der Zufall wollte es, dass ich, aus freien Stücken arbeitslos gewordene Gesangslehrerin, auf ein Kollektiv von Singenden stieß, deren heisere, kratzige, kaum schwingenden Stimmen normalerweise für eine solche nicht das Klientel der Wahl ist und ich es mir zur Aufgabe machte, gerade mit diesen Menschen professionell zu arbeiten. Aus dieser Erfahrung erwuchs ein Konzept, das nun an andere Vokalpädagogen weitergegeben werden kann. Und auch die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen Klinikleitungen, Ärzten, Stiftungen, Pharmafirmen und Chorleitern ließen sich sicherlich im Vorfeld klarer und besser strukturieren. Diese Broschüre verfolgt demnach theoretisch wie praktisch den Grundsatz, aus Fehlern zu lernen, aus Schaden klug zu werden und damit Neugründungen weiterer COPD-Singgruppen Hindernisse aus dem Weg zu räumen.

Natürlich sind wir nicht der einzige Lungenchor. So gibt es andere, lang etablierte, teils große singende Patienten-Kollektive, so z.B. das Offene Singen für Menschen mit (und ohne) Lungenerkrankungen „Choripidus“ am

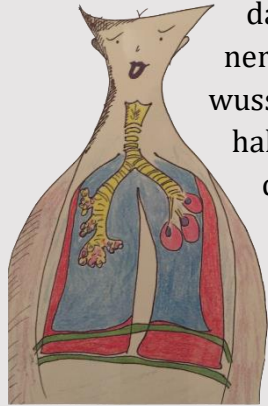
Pius-Hospital in Oldenburg unter der Leitung von Herrn Winterling, die ebenfalls versuchen, die positiven Effekte dieses „Sports der minimalen Bewegungen“ auf den Krankheitsverlauf wissenschaftlich nachzuweisen. Diese Broschüre möchte weitere Vernetzungen fördern und an der Realisation der hoffnungsvollen Zukunftsvision, dass es das Singen einmal wie den Lungensport auf Kasse geben wird, arbeiten.

Die positiven physiologischen Effekte des Singens auf das Atemmuster von COPD-Patienten

So ganz trennscharf lassen sich Leib und Seele natürlich nicht auseinanderdividieren. Dennoch möchte ich hier den Fokus zunächst auf die körperliche Seite legen, um deutlich zu machen, dass das Singen mit COPD-Patienten mehr bedeutet als nur „wellness“. Natürlich stellt sich dabei auch „Wohlgefühl“ ein, aber im Wesentlichen geht es ganz konkret darum, das individuelle Atemmuster zu verbessern. Dies ist lediglich durch einen Prozess intensiven Übens möglich. Zwar wird der Trainingscharakter dieser Veränderung dadurch, dass Singen eben einfach Spaß macht, in seiner Anstrengung kaum empfunden, dennoch ist sie das Zentrum und Ziel von Warming-up, Einsingen und dem Einstudieren von Liedern.

Das zerstörte Lungengewebe, die Zunahme an nicht mehr gasaustauschfähigen Arealen, bis hin zum, die Ausdehnung blockierenden Emphysem, lässt die Luftnot progredient unerträglich werden; zunächst lediglich unter Belastung, dann aber auch immer mehr in Ruhe. Der Sauerstoffmangel entsteht wesentlich dadurch, dass es nicht mehr gelingt, hinreichend CO₂ abzuatmen. Hierfür gibt es die bereits genannte physiologische Ursache der Obstruktion, an der leider nicht viel zu „rütteln“ ist.

Hinzu kommt jedoch ein weiterer, psychoneurologischer Grund, der glücklicherweise veränderbar ist: Luftmangel führt dazu,



das uns der Prozess des Atmens in seiner Nicht-Funktionalität schlagartig bewusst wird. Der normalerweise un- oder halbbewusste Vorgang gerät dadurch in den „Herrschaftsbereich“ des ums Überleben kämpfenden Ichs. Sein willentliches Ringen um O₂-Nachschub ist nerval überwiegend mit der oberen Atemhilfsmuskulatur verschaltet und weniger mit dem auf vegetative Signale reagierenden Zwerchfell. So entsteht der Teufelskreis einer Hochatmung: Die Unterversorgung bewirkt ein panisches Ziehen nach Luft, durch das jedoch lediglich obere Lungenabschnitte belüftet werden, die, verglichen mit der breiten pneumonalen Basis nie ein

hinreichendes Anfüllen mit Luft bieten können. Dadurch entsteht noch größere Not, ein noch ängstlicherer Zustand, so dass in unmittelbarer Folge abermals ein panisches Nach-Luft-Schnappen stattfindet – usw. So etabliert sich ein Atemmuster, das durch die einseitige Benutzung des oberen Brustraums, durch eine rhythmisch schnelle Abfolge von Ein- und Ausatmung und das Fehlen jeglicher Pause gekennzeichnet ist. Durch dieses gelingt es zunehmend schlecht CO₂ abzuführen, und das kreative Finden von noch gasaustauschfähigen Lungensegmenten wird stark beeinträchtigt, da tiefer oder zur Körperrückseite hin liegende Regionen gar nicht mehr in das respiratorische Geschehen mit einbezogen werden.

Das Konzept der Lippenbremse versucht, diesen circulus vitiosus zu durchbrechen. Singen verfolgt das gleiche Prinzip, jedoch auf eine höchst differenzierte und lustvolle Art und Weise.

Ein physiologisch gesunder Ton entsteht, wenn Stimmbandschwingung und Ausatemluftstrom in eine gute Balance kommen; eine zarte piano-Phrase braucht eine andere Luftregulation als ein rasanter Aufschwung hin zu einem lange ausgehaltenen, hohen Zielton oder kesse staccati. Die Kunst dieser stetigen adäquaten Dosierung erfolgt über

Zwerchfell, Zwischenrippenmuskulatur und im Grunde über den gesamten Körpertonus vor allem der unteren Rumpfteile, die diese mit herstellen und beeinflussen. Geraten Vokalisaktivität und Luftstrom jedoch in ein Ungleichgewicht, so setzt sich nicht mehr alle Luft mühelos in einen obertonreich schwingenden Klang um, sondern entweicht zusätzlich, hörbar als „verluftete Stimmgebung“ oder aber wird kompensatorisch von kehlnahen Hilfsmuskulaturen nachreguliert, so dass gepresste, kratzige, rau heisere Töne entstehen. Die Art und Weise der Luftdosierung wird demnach akustisch und taktil als angenehmes oder nicht so angenehmes Singgefühl wahrnehmbar. Die Phonation gelingt, wenn der Anblasdruck ein sanfter und stetiger ist, wesentlich geringer, als es z.B. die Ventile einer Trompete, eines Saxophons oder gar einer Oboe verlangen. Hierin sind sich – und das kommt einem kleinen Wunder gleich – erkranktes Lungengewebe und die Stimme zutiefst einig: Eine zu stark erhöhte oder aber keine Strömungsgeschwindigkeit ist sowohl für das hinreichende Abatmen von CO₂ als auch für die Entstehung von Vokalklang kontraproduktiv. So bergen z.B. trockene, heftige Hustenschläge, die keinen Schleim mit sich führen, die Gefahr, dass weitere Alveolenwände kollabieren und dadurch die erkrankten, nicht gasaustauschfähigen Areale zunehmen.

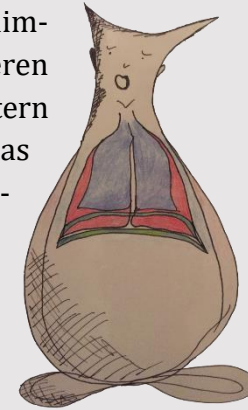
Die akustische Struktur des menschlichen Klingens, des Singens macht deutlich, ob der Ausatemluftstrom alveolenfreundlich geführt ist: sanft und so verlängert wie möglich.

Die Patienten bekommen so deutlich wahrnehmbare und spürbare Kriterien an die Hand, um – selbstwirksam – an ihrem sonst in der Verborgenheit des Leibesinneren versteckten, schwer zugänglichem Atemmuster zu arbeiten. Es ist kein Zufall, sondern taktisch wichtig, dass unser Fokus zunächst auf dem Ausatem liegt. Denn, wie oben bereits beschrieben, verstärkt sich die Luftnot von COPD-Patienten und auch von Gesunden durch eine allzu große, panisch konsumierende Absicht; diese führt gnadenlos in den Teufelskreis des unterversorgenden Hochatemmusters bis hin zu seiner körperlichen Ausprägung als Fassthorax. Die Lunge verliert ihre elastische Stoffwechsellauglichkeit aufgrund exzessiver Überfüllung und erst ein – trotz Mangel – Abgeben, Loslassen dessen, was ich am meisten zu brauchen meine, ermöglicht, dass der in die entstehende Leere einströmende Atem endlich den notwendigen Sauerstoffnachschub mit sich führt. Erst das vermehrte Abatmen, die Verlängerung des Ausatems kann den Einatem dahingehend verändern, dass er – wie es die Sänger nennen – „reflektorisch“ wird, d.h. wie von

alleine geschieht und sich so allmählich wieder vertieft. Da das Zwerchfell nicht sensibel innerviert ist, nehmen wir seine Tätigkeit nicht im gleichen Maße ichsynon wahr, wie z.B. das Anspannen eines Armmuskels. Lediglich das Dickwerden des Bauches, die Weitung in der unteren Rumpfgegend hin zum Beckenboden, hin zum Kreuzbein, zum Lendenwirbelübergang gibt uns Auskunft über seine Aktivität. Die wesentlich vegetativ ausgelöste, effizienteste Kraftleistung des Diaphragmas begleiten wir optimal mit einer freundlich gewährenden Einstellung aufmerksamer Nicht-Einmischung. Diese bewusste Zurücknahme des willensgesteuerten Machens zugunsten eines neugierigen, rezeptiven Geschehen-Lassens leiblicher Prozesse muss geübt werden. Denn sie bzw. es widerspricht sowohl der individuellen Struktur von Suchtcharakteren wie auch der gesamtgesellschaftlichen Tendenz zu nicht an den Ressourcen orientierter Ausbeutung. Lediglich die Auseinandersetzung mit diesem neuropsychologischen Paradoxon des Atems traut dem Körper hinreichend kreatives Potential zu, sich im Rahmen des Möglichen auf die beste Art und Weise selbst zu organisieren. Nur so lassen sich im Krankheitsverlauf vielleicht vergessene oder bislang unbekannte, ungenutzte, noch stoffwechselfähige Lungenabschnitte entdecken.

Gelingende Atemarbeit

ist von daher nicht mit einem sportlichen Training vergleichbar, sondern fordert die Berücksichtigung der komplexen neuropsychologischen Verknüpfungen der respiratorischen Funktion. Die Anweisung „Atmen Sie tief ein!“ bewirkt ohne Bewusstsein der genannten Zusammenhänge meist eine, den eigentlichen Zustand verschlimmernde, einseitige Aktion der oberen Atemhilfsmuskulatur: Die Schultern werden angehoben und das Zwerchfell paradox in den Brustraum angesaugt. Verbesserungen des Atemmusters sind von daher häufig eher indirekt, durch ein Weniger von Intentionalität zu erreichen und müssen ständig von der individuell sehr unterschiedlich zu beantwortenden Frage begleitet werden, wie viel mentale Zuwendung förderlich ist und ab welcher Intensität an Aufmerksamkeit der Atem hochrutscht, nervös wird, blockiert. Erst wenn jener weiche, lassende Umgang mit sich selbst, der die Verbindung hin ans körperlich Poetische, ans Vegetative respektiert und eine gewisse Stabilität erreicht hat, macht es Sinn, den Atem in allen Phasen genau wahrzunehmen. Ob in Ruhe nach der Pause (3-phasig) oder am Ende einer gesungenen Phrase (2-phasig) –



immer wieder entscheidet das passive Lassen der möglichen Zwerchfellaktivität über die Qualität des Prozesses. Selbst wenn ein Emphysem das Diaphragma in einen unelastischen Tiefstand zwingt, ist es unwahrscheinlich, dass alle Muskelpartien gleich stark betroffen sind. So könnte zumindest die sich anschließende Brustkorberweiterung eher von den unteren als von den oberen Rippen her initiiert werden. Wünschenswert wäre, wenn auch im Rahmen von Lungenfunktionsmessungen verantwortungsvoll mit den „Gefahren“ des neuropsychischen Paradoxons umgegangen würde, da sich sonst der ersungene Profit unter Umständen durch ein paar pneumologische Imperative seiner wissenschaftlichen Nachweisbarkeit entzieht.

Was bedeutet nun dieses Wissen über die Veränderungsmöglichkeiten des Atemmusters konkret für das Singen mit COPD-Patienten? Wie muss eine Probe aufgebaut werden? Was ist gesangstechnisch zu beachten? Welche Literatur kann gesungen werden? Angefangen wird stets mit einem Warming-up – bei mir auf der Grundlage des „Erfahrbaren Atems“ nach Ilse Middendorf, das sich natürlich auch durch andere Körpertherapieformen wie Feldenkrais, Bio-Energetik oder Eutonie ersetzen ließe. Wichtig ist lediglich, dass es sich um Bewegungssysteme handelt, die nicht einseitig

Kräftigung oder aber Entspannung üben, sondern beides abwechselnd bzw. manchmal auch gleichzeitig. Nur so erfolgt eine günstige Tonicierung, die die gerade bei COPD-Patienten durch die Hochatmung extrem hohe Anspannung des Nacken- und Schulterbereichs allmählich lockert und fehlende Spürsamkeit und Spannung im Unterkörper aufbaut. Nach einem ganzheitlich lösenden Schwung, arbeiten wir sozusagen von unten nach oben den ganzen Leib durch: zunächst die Füße (z.B. Igelball unter eine Fußsohle und diese durchmassieren, indem der Ball immer wieder an verschiedenen Stellen der Sohle mit mehr oder weniger Gewicht belastet wird; sitzend mit den Händen einen Fuß durchkneten und den Fuß im Fußgelenk bewegen, wobei das Fußgelenk selbst versucht, passiv zu bleiben, loszulassen; mit lockeren Fäusten die Beine klopfen), dann der Beckenbereich mit der extrem wichtigen Kreuzbein-Lendenwirbel-Übergangsgegend (die Sitzhöcker wahrnehmen, rechts links versetzt mit den Beckenhälften über die Sitzfläche „laufen“; das Becken nach vorne und hinten kippen; einen angenehmen höchsten Punkt über den Sitzhöckern suchen und um diesen einen Beckenkreis oder um jeweils einen Sitzhöcker als Mittelpunkt eine liegende Acht machen, dazu „s“ oder „w“ tönen), den Rücken (sich gegenseitig den Rücken klopfen und „m“ tönen); die untere

Rippengegend (damit einen Kreis oder eine liegende Acht führen); die Schultern und Arme (kreisen und lockern) und den Kopf (seitlich schwer werden lassen und in einem kleinen Schulterkreis auf die andere Seite schwingen; Grimassen schneiden, um die Kiefergelenke zu lockern und den Nasen-Rachenraum zur Resonanzfindung zu erweitern).

Über rhythmisierte Zwerchfellimpulsübungen „p, t, k“ oder „s, sch, f“ gehen wir zu einem chorischen Einsingen über, wobei es hier wichtig ist, die veränderte Stimmstruktur der meisten COPD-Patienten zu berücksichtigen. Durch das viele Husten und die



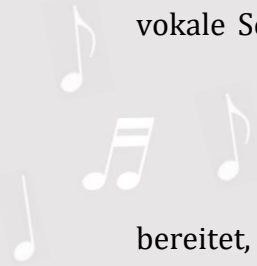
vermehrte Schleimbildung sind die einschwingenden Ränder der Stimmlippen beeinträchtigt. Der Klang ist häufig kratzig, grob, im Sängerjargon „überbrustet“ – oft als „Raucherstimme“ bezeichnet. Diese Stimmen senken sich deshalb auch hinsichtlich ihrer Lage ab; sie werden tiefer. Nichtsdestotrotz ist es gerade unter diesen schwierigen Bedingungen die dringlichste Aufgabe, wieder „Randkantenschwingung“, d.h. eine Phonation herzustellen, die sich von den zarten, Schleimhaut überzogenen Rändern her aufbaut. Das verlangt sowohl von den Sängern mit COPD als auch von Chorleitern ein wesentlich größeres „technisches“ know-how als es für Gesunde notwendig ist. Es muss der Ambitus gefunden werden, in

dem es noch am ehesten möglich ist zu summen oder andere Klinger und Halbklinger zu singen; denn diese sind das akustische Pendant einer gelingenden Kopfstimmigkeit (ein anderer Begriff für Randkantenschwingung). Über diese kann die oft vernachlässigte, „verloren“ gegangene Resonanz des Mund- und Rachenraumes wiederentdeckt werden. Allmählich lässt sich dann der Umfang erweitern, in dem ein gesunder Schwingungsaufbau möglich ist. Vor allem in der Tiefe ist es wichtig, statt einer kratzigen Phonation wieder Töne mit Stimmbandschluss zu produzieren. Der Ausbau der Höhe wiederum fördert ein stimmgesundes Verhalten im unteren Register. Manchmal entsteht so – COPD typisch – ein besonderes, neues Stimmfach: die „Basseuse“, d.h. eine Frauenstimme, die mit einem obertonreichen Glanz in der Männeroktave singt. Die Vielfalt von Schwingung und Vibration hilft überdies beim Lösen und Abtransportieren von Schleim.

Schwierig ist es nun, den Bedürfnissen der abgesenkten, überbrusteten Stimmen mit den Anforderungen von Stimmen, die weniger physiologisch verändert sind, sinnvoll zu kombinieren.

Was den einen zu hoch liegt, ist den anderen zu tief – beim gemeinsamen Einsingen müssen die Sänger individuell auf ihre Stimme aufpassen

und pausieren, wenn Lagen angeboten werden, die ihnen nicht gut tun. Einstimmiges Singen ist lediglich in der eingestrichenen Oktave, besser noch in der zwischen h oder b, möglich. Diese sind jedoch für Alt und Bass bereits zu hoch, für den Sopran und Tenor jedoch zu tief; d.h. das einfache einstimmige Singen ist stimmbildnerisch stets ein schlechter Kompromiss, der die vokale Schwingungsfähigkeit eher beeinträchtigt als fördert. Natürlich kann ein COPD-Chor dennoch nicht ganz darauf verzichten, da ein Sich-in-eine-schöne-Melodie-Schmiegen Freude bereitet, Sicherheit gibt und Loslassen erleichtert. Diese Erlebensqualitäten müssen jedoch mit den harten stimmbildnerischen Fakten in eine gute Balance gebracht werden. Letztere werden in mehrstimmigen Sätzen, bestehend aus einer an der Mittellage orientierten Männerstimme und einer etwas tiefer gelegenen Alt- und Sopranstimme besser bedient. Ideal ist es, wenn das Arrangement noch eine wirklich hohe Oberstimme für die wenigen echten Sopranstimmen anbietet, so z.B. „Noyana“ im Satz von Franziska Gohl oder „Hörst du den Vogel-sang“ von Lorenz Maierhofer. Das Einstudieren einer etwas komplizierteren Mehrstimmigkeit reduziert die musikalische Spontaneität, die Unmittelbarkeit von Gefühlen und fordert intellektuell stärker. Nach erfolgter Arbeit jedoch



beschenken solche Kompositionen den Chor mit einem wunderbaren, gemeinsam zu genießenden Zusammenklang. Dieser ist wie ein lustvoller Ansporn, die eigene Stimme zu halten und intonatorisch nicht allzu sehr zu entgleisen. Das Gefühl hingebungsvoller, stolzer Verantwortung entsteht jedoch nur, wenn jede Stimme für sich in ihr schönstes, eigenes Timbre kommt; d.h. das gemeinsame Erleben von Musik gelingt nur, wenn jeder Einzelne „technisch“ besser wird. Spaß und emotionales Beteiligtsein sind daran gebunden, dass lange Phrasen in dichter, ungespreizter, unverludeter Qualität gelingen, über die sich das Atemmuster stetig optimiert. Es ist wohl kein Zufall, dass „Schwingung“, „good vibes“ und „Stimmung“ Wörter sind, die sowohl in das Vokabular der Sozialpsychologie als auch in das von Phoniatern und Gesangslehrern passen. Eine glücklich machende, gesunde Stimmgebung ist stets eine mit Anderen, bei der mein Kontakt zu mir mit dem nach Außen in ein produktives Gleichgewicht kommt.

Die positiven psychosozialen Effekte des Singens auf COPD-Patienten

Schon der gerade beschriebene Übergang von Warming-up/Einsingen hin zum hingebungsvollen Musizieren in einer Gemeinschaft macht

deutlich, dass die Trennung von Körper und Seele nach verschiedenen Wissenschaften im Grunde künstlich und verfälschend ist. Denn das Atemmuster wird natürlich nicht nur durch die „sportliche Ertüchtigung“ des Aufwärmens verbessert, sondern ebenso durch das Wohl-Fühlen in einer Gruppe von Menschen, denen es ähnlich geht wie mir. Ist es gelungen, den Weg zum Chor zu bewältigen, um sich dort mit netten Leuten zu treffen, hat sich der leibliche Tonus, verglichen mit einem klischeehaften „Alleine-vor-dem-Fernseher-Sitzen-Bleiben“, bereits wesentlich verändert.

Das Singen als die „Kunst der kleinen, internen Bewegungen“ ermöglicht auch denjenigen, für die der Lungensport zu anstrengend geworden ist, aktiv zu bleiben. Da sich die Teilnahme der Patienten am sozialen Leben zunehmend schwierig gestaltet, drohen Isolation und Depression. Wege lassen sich nicht mehr bewältigen und starke Affekte führen zu Atemnot. In dieser progredient reizlosen Welt bietet das Singen einen Raum für Kontakt und Emotion. Im Rahmen einer klar strukturierten Probe entstehen Beziehungen, deren Abstände sich gut je nach Bedarf regulieren lassen und die dennoch verlässlich sind. Das sich Ausdrücken über gesungene Phrasen ist ohne Emotion nicht möglich, zu viel davon jedoch wäre ebenso kontraproduktiv. Der

schwingende Ton ist „Kultur“ insofern, als er sich sowohl von ekstatischer Liebe wie von schreiender Wut als auch von nicht mehr artikulationsfähiger Traurigkeit distanziert. Gesungene Gefühle brauchen stets so viel innere Ruhe, dass die periodische Sinusschwingung nicht durch einen unkontrollierten, übermäßigen Luftdruck zerstört wird, jedoch auch so viel Spannung, dass ein hinreichender Ausatemstrom den Ton überhaupt am Klingen erhält. Diese „emotionale Mitte“ ist für COPD-Patienten günstig, da sie vor allzu großen Gefühlen, die sie physisch nicht mehr leisten können, schützt, jedoch viel Interessantes, zu Erlebendes anbietet und sie „zwingt“, trübsinniges Versacken zugunsten einer Kontaktspannung hin zum Außen aufzugeben. Gerade der für diese Erkrankung spezifischen Gefahr, angesichts eines sich stetig verkleinernden Lebensradius depressiv zu werden, kann so begegnet werden. Diese Containerfunktion des vokalen Klingens für Zwischenmenschliches kommt auch an seiner Grenze zum Tragen: z.B. dem gemeinsamen Singen bei der Beerdigung eines verstorbenen Chormitglieds. Hier gibt das Tönen Raum für Schmerz, Verzweiflung, aber auch für Akzeptanz und religiöse oder spirituelle Öffnung.

Der Chor ist natürlich auch

eine Plattform für den Austausch von Krankengeschichten, Empfehlungen und Erfahrungs-

berichten über Ärzte, Physiotherapeuten, (Reha-) Kliniken und Medikamenten. Die persönlichen Lebensumstände werden besprochen; in Phasen von Exazerbation werden Blumensträuße in Krankenhäuser gebracht und Postkarten nach Hause geschickt. Es können neue Ämter im Rahmen der Organisation des Chores übernommen werden; so z.B. Vorstand, Kassierer, Schriftführer, sollte es sich um einen Verein handeln. Auch wenn sich solche Verantwortungen zunächst lästig anfühlen, so führen sie doch dazu, dass Menschen näher in Kontakt zueinanderkommen, dass sie zu einer Gemeinschaft zusammenwachsen.

Praktische Tipps zur Neugründung von COPD-Singgruppen

Wie aus dem Vorigen deutlich wurde, unterscheidet sich die Idee „Pneumissimo“, „So-viel-Luft-wie-möglich“ von anderen erlebensorientierten Patienten-Singgruppen darin, dass ihr die positiven psychosozialen Effekte allein nicht genügen. Hinzu kommt der Anspruch einer physiologisch gesunden Phonation, wie ihn die Tradition des Bel Cantos, des schönen Gesangs vertritt. Diese Forderung wird jedoch entkoppelt von der, möglichst komplexe Kompositionen in fehlerfreier Perfektion zu präsentieren. Das Prinzip „Leistung“ – dieses Wort klingt eigen-

artig, wenn es wesentlich um das Zulassen sowohl des Atems als auch der Schwingung geht, also im Grunde um ein ausgebildetes Nichtstun, ein Faul-Sein – bezieht sich in unserem Kontext lediglich auf die Optimierung des Atemmusters und der Stimmfunktion, nicht jedoch auf die korrekte Reproduktion von Kunst. Keiner muss den Ton treffen und halten können, aber jeder Ton, egal wie grundtonmäßig falsch er ist, sollte nicht gepresst und verluftet sein und ein interessantes Obertonspektrum besitzen. Um die Parameter von individuell verschiedenstem Klang differenziert wahrzunehmen, muss das, was Sänger „funktionales Hören“ nennen, geschult sein. Das Know-How, aus dem angebotenen Tönen auf seine Entstehung zu schlussfolgern und entsprechend subtil verbessern zu können, ist das – neben aller künstlerischen Ausbildung –, was in einem Hochschul-Gesangsstudium gelernt wird. Darüber hinaus werden in Theorie und übender Empathie die Eigenschaften und Besonderheiten von unterschiedlichen Stimmen vermittelt: die von Kindern und Erwachsenen, von Männern und Frauen, tiefe und hohe oder gar von Countertenören. Diese Strukturen sind, je weiter sie vom eigenen Timbre entfernt sind, zunehmend schwer nachzuvollziehen und müssten in unseren Zusammenhang auch als zusätzliche Informationen über die krankheits-



bedingten vokalen Veränderungen vermittelt werden. Ist es schon nicht leicht, sich in andere Generationen und Geschlechter einzufühlen, so wird dem Vokalpädagogen noch mehr abverlangt, wenn er sich in andere Lungengewebsstrukturen oder Bronchialverschleimungen einfühlen muss.

Der langen Rede kurzer Sinn: Es wäre wichtig, dass die Leitung eines COPD-Chores eine doppelte wäre, zum einen ein Diplom-Gesangslehrer mit körper- oder atemtherapeutischer Zusatzausbildung und ein Instrumentalist, der die Gruppe harmonisch, intonatorisch stabilisiert und eventuelle Entgleisungen kaschiert. Außerdem wurde deutlich, dass sowohl die physiologischen als auch die psychosozialen Effekte des Singens für COPD-Patienten lediglich eintreten, wenn regelmäßige, am besten wöchentliche Treffen stattfinden. Sowohl ein „Training“ als auch Kontakte brauchen zeitlich nicht allzu entlegene Intervalle. Eine Probe sollte eineinhalb Stunden dauern, da bei z.B. lediglich einer Stunde nach einem ausführlichen Warm-up und Einsingen zu wenig Zeit für das eigentliche Literatur-Einstudieren bliebe.

Für die Finanzierung einer Singgruppe bedeutet das, dass für ca. 44 Wochen (wegen Sommerpause und andere Ferien/Feiertage) im Jahr ein regional üblicher

Musiktherapeuten/Musiker-Satz für eineinhalb Stunden Probe von z.B. 80 Euro pro Person aufgebracht werden müsste. Und hier fängt das Problem schon an: Dieses Budget von – ein paar Noten und Flyer dazugerechnet – ca. 7500 Euro können Kliniken nicht, wie den Lungensport als Kassenleistung abrechnen, sondern höchstens anderen, Verschiedenes umfassenden „Töpfen“ wie z.B. dem der Öffentlichkeitsarbeit entnehmen. Das professionell aufgestellte gesundheitsfördernde Angebot für COPD-Patienten fiel dann unter den Posten Image-Pflege/Werbung. Den Musikern bleibt lediglich der nicht geschützte Musik-Therapeuten-Titel, um eine Lücke im Gesundheitssystem zu finden – die unklare Benennung läge dann beim Arbeitnehmer und nicht beim Arbeitgeber. Diese unschöne pekuniäre Situation ist der Grund, weshalb statt ausgebildeten Musikern Ehrenamtler unterschiedlichsten Niveaus zu Singgruppen-Leitern werden. Natürlich ist zu singen auf alle Fälle besser als nicht zu singen! Die Kunst jedoch, über das Singen das Atemmuster und die Sauerstoffsättigung zu verbessern, verlangt eine gewisse stimmbildnerische Ausbildung. Viele Menschen sind erstaunt, dass ein Chor von Patienten miteingeschränkter Lungenfunktion so gut klingt: „Das hätte ich nie gedacht!“ Ja, aber eben nur, wenn die Leiter in der Lage sind, die vokale Struktur dieses Kollektivs in seiner

Eigenart zu verstehen und zu optimieren. Wünschenswert wäre demnach langfristig das Singen als Kassenleistung zu etablieren; nur so ließe sich nachhaltig die Qualität von COPD-Chören als Angebot an alle Patienten sichern.

So lange dies jedoch nicht der Fall ist, muss klar diskutiert werden, wer in den „sauren Apfel“ des Geld-Eintreibens beißen muss, die Klinik oder die Musiker. Sollten es letztere sein, so kommt auf diese die – ohne einen gewissen Idealismus schier nicht zu meisternde – Situation des Anfangs zu: Stiftungen, Pharmafirmen und andere Unterstützer würden finanziell helfen, wenn sie dies in ihren Büchern als Spende oder Fördermitgliedsbeitrag verzeichnen könnten. Als Verein lässt sich eine Gruppe von Menschen jedoch nur institutionalisieren, wenn sie

eine Mindestanzahl von sieben Personen umfasst. Bis sich jedoch eine Schar von Sängern fest etabliert, eine Satzung erarbeitet, die Gründungsversammlung organisiert und durchgeführt und Einzelne auch noch bereit sind, Ämter zu übernehmen,

dauert es. Vielleicht könnten Kliniken und Ärzteorganisationen darüber nachdenken, ob ihrerseits zumindest eine Anschubfinanzierung möglich ist, um den anstrengenden Start zu erleichtern? Hilfreich ist natürlich

auch, wenn von medizinischer Seite auf die Existenz einer Singgruppe hingewiesen wird, so dass der Chor rasch an Mitgliedern gewinnt. Immer wieder stellt sich natürlich auch die Frage, inwieweit die Sänger/innen selbst an den Kosten beteiligt werden können. Der Chor der „Atemlosen“ in Freising ist z.B. Bestandteil eines regulären Musikschul-Unterrichtsangebots, das von den Sänger/innen selbst bezahlt wird. Häufig sind jedoch COPD-Patienten durch Eigenbeteiligungen bzw. komplette Übernahme nicht rezeptierbarer, aber dennoch wichtiger Medikamente, Therapien und z.B. Sauerstoffgeräten zusätzlich belastet, so dass bei einer kleinen Rente nur wenig Spielraum bleibt. Um also wirklich allen, die wollen, das Singen zu ermöglichen, ist demnach eine Entscheidungsmöglichkeit zwischen low budget oder höheren Beiträgen angebracht. Hat sich durch das Engagement der Musiker ein Chor gebildet, so wäre deshalb als nächster Schritt der Konsolidierung die Gründung eines Vereins angesagt. Da weiterhin zumindest einer der Musiker – idealerweise derjenige, der in Sachen COPD und Singen theoretisch wie praktisch gut eingearbeitet ist – hinsichtlich des Kontaktes zu Kliniken und Ärzten und in der Außendarstellung eine zentrale Funktion einnehmen muss, wäre es sinnvoll, ihn als Vorstand zu wählen. Da dieser Chorleiter jedoch gleichzeitig zu diesen ehrenamtlichen



Aufgaben über einen freie Mitarbeitervertrag für seine Proben mit dem Verein verbunden ist, erscheint es sinnvoll, eine doppelte Vorstandschaft – Vorstand Chorleitung und Vorstand Vereinsführung – einzurichten. So kann die exakte Trennung zwischen gemeinnützigen, ideellen Vereinsarbeiten und privaten finanziellen Interessen durch eine weitere Person kontrolliert werden. Eine kompetente und gewissenhafte Verwaltung der Finanzen sowie aller vereinsrechtlichen Vorgaben ermöglicht die Beantragung der Gemeinnützigkeit. So ist eine Institution geschaffen, die durch die Vergabe einer steuerlich absetzbaren Spendenquittung für Geldgeber attraktiv ist und die für förderwillige Unternehmen einen seriösen Vertragspartner darstellt. Nun können allmählich bessere Zeiten anbrechen: ein singbegeistertes Patientenkollektiv, professionelle Chorleiter, wissenschaftlich begleitende Ärzte und eine Vielzahl unterstützender Unternehmen und Stiftungen.

Zukunftsvision

Es gibt bereits einige wissenschaftliche Studien, die die positiven Effekte des Singens auf COPD-Patienten belegen – häufig allerdings werden lediglich kleine Kollektive qualitativ untersucht. In der empirisch und quantitativ funktionie-

renden scientific world fehlt deshalb die Akzeptanz und mit dieser auch die für die Krankenkassen erforderliche gesundheitspolitische Vorgabe. Vielleicht kann diese Broschüre dazu beitragen, die nun neu ent- oder aber auch schon länger bestehenden COPD-Chöre so zu vernetzen, dass es möglich würde, Messergebnisse auch quantitativ zu erhöhen und somit das Singen in Zukunft wie den Lungensport breitenwirksam anzubieten? Katrin Enste führt im Rahmen ihrer Promotion mit den Sängern von Pneumissimo e.V. vor und nach der Probe eine Bodyplethysmographie, einen 6-Minuten-Gehtest und einen COPD Assessment Test (CAT) durch. Erste Ergebnisse ergaben „eine signifikante Verbesserung der Ergebnisse im 6-MWT und im CAT score. In der Lungenfunktionsdiagnostik zeigte sich bei vielen Patienten eine deutliche Reduktion des Residualvolumens, welches repräsentativ ist für die Überblähung der Lunge infolge der Entwicklung eines Lungenemphysems.“ (Katrin Enste, Dr. Anette Einzmann, Dr. Sebastian Schlünz, PD Dr. Konrad Frank; „COPD – Verbesserung körperlicher Belastbarkeit und Lebensqualität durch Singen“)

Wäre es nicht lohnend diesen Zusammenhängen weiter nachzugehen, um so die Lebensqualität von Menschen, die eine nicht heilbare Krankheit haben, wirklich zu verbessern?

Die Autorin



Anette Einzmann bringt ein Studium der Germanistik/Philosophie (MA) mit, hat ein Gesangsstudium (Dipl.) absolviert, dazu eine atempädagogische Ausbildung am Institut für „Ganzheitliche Entwicklung“ abgeschlossen und über das Thema „Eine Mikrotheorie der Stimme“ promoviert. Es folgten weitere Veröffentlichungen, sie ist selbstständig an verschiedenen Institutionen und in eigener Praxis tätig.



Pneumissimo e.V.
Chor für Menschen mit eingeschränkter Lungenfunktion
www.pneumissimo.de
info@pneumissimo.de

