

Inhalte ethischen Denkens in der Musiktherapie mit komaösen Patienten

Welche Aspekte ethischen Denkens kann die
musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten
vor allem in frühen Remissionsphasen des
Krankheitsverlaufes tangieren?

Hovedoppgave i musikkterapi

Carola Krautschick

Norges Musikkhøgskolen Oslo
Stuedsted Carl Berner

Våren 2003

Inhaltsverzeichnis

	Inhaltsverzeichnis	1
1.0	Einleitung	3
1.1	Problementwicklung	4
1.2	Problemformulierung und Aufbau der Arbeit	7
2.0	Was ist Ethik?	9
2.1	Systematisierung des Bereiches Ethik	11
2.2	Rahmenbedingungen für den ethisch handelnden Menschen	12
2.3	Bereichethiken	15
2.3.1	Medizinethik	15
2.3.1.1	Begriff der Medizinethik	15
2.3.1.2	Inhalt der Medizinethik	16
2.3.2	Die Ethik in der Musiktherapie	17
2.3.2.1	Präsenz des Themas Ethik in der Musiktherapie	17
2.3.2.2	Notwendigkeit und Wesen einer Berufsethik	19
2.3.2.3	Weiterführende Gedanken zu einem Ethikbegriff in der Musiktherapie	22
2.3.2.3.1	Musik und Kontaktetablierung	25
2.3.2.3.2	Musik und Individualität	27
2.3.2.3.3	Musikalische Identität	28
2.3.2.3.4	Musikalische Kommunikation	28
2.3.2.3.5	Musik und Emotion	29
2.3.2.3.6	Interpretation musikalischer Kommunikation	30
2.4	Zusammenfassung	31
3.0	Apallisches Syndrom und klinische Behandlungskonzepte	33
3.1	Apallisches Syndrom	33
3.1.1	Das Krankheitsbild des apallischen Syndroms	34
3.1.2	Ursachen des apallischen Syndroms	34
3.1.3	Symptome des apallischen Syndroms	35
3.1.4	Prognose für Patienten mit apallischem Syndrom	36
3.1.4.1	Phasen eines vollständigen Remissionsverlaufes des Krankheitsbildes des apallischen Syndroms	38
3.1.4.2	Remissionsverläufe nach Gerstenbrand	39
3.1.4.3	Phasenmodelle der neurologischen Rehabilitation	40
3.2	Koma und Erlebnisqualität	43
3.2.1	Komabegriff	43
3.2.2	Glasgow-Koma-Skala	44
3.2.3	Bewusstsein	45
3.2.4	Erlebnisqualität im Koma	47
3.2.5	Zur Situation komatöser Patienten auf der Intensivstation	48
3.3	Therapeutische Behandlungskonzepte für Patienten im apallischen Syndrom	51
3.3.1	Das Konzept der Frührehabilitation	51

3.3.2	Basale Stimulation	53
3.3.3	Zusammenfassende Gedanken zu den Konzepten der Frührehabilitation und der basalen Stimulation	54
3.3.4	Musiktherapie mit apallischen Patienten in der Frührehabilitation	55
3.4	Zusammenfassung	57
4.0	Ethische Aspekte in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten	59
4.1	Verantwortungsübernahme für den Patienten	59
4.2	Das ethische Dilemma	61
4.3	Ethische Dilemmata in der musiktherapeutischen Tätigkeit mit apallischen Patienten	62
4.4	Modelle zur Entscheidungsfindung ethischer Fragen	70
4.4.1	Das 12-Schritte Modell nach Dileo	70
4.4.2	Reflexionsmodell nach Aadland	71
4.4.3	Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Modelle	72
4.4.4	Versuch einer Entscheidungsfindung für ein ausgewähltes ethisches Dilemma	75
4.5	Zusammenfassung	80
5.0	Systematisierung von Einflussfaktoren auf ethische Reflexionen über die musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten	81
5.1	Geltende Regeln, Standards und Gesetze	82
5.2	Kontextuelle Einflüsse	84
5.3	Situative und biographische Komponenten des apallischen Patienten	86
5.4	Fachliche Kompetenz und Wertesystem des Therapeuten	89
5.5	Zusammenfassung	91
6.0	Schlussbetrachtung	93
	Literaturverzeichnis	95

1.0 Einleitung

Ein Jugendlicher hat als Folge eines Verkehrsunfalls eine schwere Hirnverletzung erlitten. Er liegt jetzt als komatöser Patient im apallischen Syndrom (engl. vegetative state) auf der Intensivstation einer neurologischen Rehabilitationsklinik. Sein Zustand hat sich soweit stabilisiert, dass er selbstständig atmen kann. Die zeitweise geöffneten Augen des Patienten lassen einen Zyklus von Wach- und Schlafphasen erkennen. Der Patient scheint jedoch für Außenstehende unerreikbaar. Seine Umwelt scheint er kaum wahrzunehmen. Die Eltern des jugendlichen Patienten sind tagsüber oft bei ihm. Sie versuchen, die jetzige Lebenssituation ihres Sohnes, so gut es ihnen möglich ist, zu begleiten.

Täglich ist auch die Musiktherapie in den Behandlungsplan des Jungen eingebunden. Die Eltern äußerten in einem Gespräch, dass ihr Sohn gern Musik höre, bevorzugt Hipp-Hopp. Bindet man „seine“ Musik in das Therapieangebot ein, treten wiederholt spastische Reaktionen in Erscheinung. Ruhige, improvisierte Melodien scheinen ihm gut zu tun. Sein Atemrhythmus wird gleichmäßiger und seine sonst meist gespannten Fäuste lassen sich leicht öffnen.

Dies veranlasste Musiktherapeut und Heilpädagogen dazu, in einer Therapieeinheit die Klangwiege einzubeziehen. Zu einem leichten Wiegen wurden in seinem Atemrhythmus improvisierte Melodien zu den Klängen der Monochordsaiten gesummt. An dieser Therapiestunde nahmen die Eltern des Patienten teil. In einem Nachgespräch äußerten sie den Wunsch, die Klangwiege als festen Bestandteil in das Therapieangebot zu integrieren. Beide Elternteile hatten das Empfinden, dass sich ihr Sohn in der Klangwiege wohlfühlt habe. Dem gegenüber steht die Beobachtung der Therapeuten. Sie meinen, dass der Gesichtsausdruck des Patienten während der Therapie zunehmend Unbehagen verriet und sein ganzer Körper in der Klangwiege gespannter wirkte.

Wie ist nun diese gegensätzliche Beobachtung der Angehörigen und der Therapeuten zu beurteilen? Die Interpretationen der Befindlichkeit des Patienten stehen diametral zu einander. Wer hat Interpretationsvorrecht, die Eltern oder die Therapeuten? Welche Auswirkungen hätten eine Weiterführung oder die Einstellung dieser Form der Therapie für alle Beteiligten? Welche Lösungsmöglichkeit ist für den Therapeuten anzustreben und für ihn ethisch vertretbar?

Dieses Beispiel soll stellvertretend für eine Reihe ethischer Konfliktsituationen stehen, mit denen Musiktherapeuten in ihrer praktischen Arbeit mit Wachkoma-Patienten immer wieder konfrontiert werden. Diese Situationen sind oft von dem Zwiespalt geprägt, dass scheinbar keine Lösungsmöglichkeit des anstehenden Konfliktes so überzeugend wirkt, dass man einer der Lösungsmöglichkeiten einen eindeutigen Vorrang einräumen kann. Verstärkt wird diese Widersprüchlichkeit dadurch, dass Patienten im apallischen Syndrom ihren eigenen Willen und ihre Befindlichkeit selbst nicht kund tun können. Der Therapeut kann die Bedürfnisse des Patienten lediglich von der Interpretation vager Anhaltspunkte mutmaßen und in seine Entscheidungsfindung und das Therapieangebot einbeziehen.

Die zu treffenden musiktherapeutischen Entscheidungen werden für den Patienten zu meist keine so weitreichende Bedeutung haben, wie möglicherweise die der behandelnden Ärzte. Doch es ist zu erahnen, dass aus einer therapeutischen Beziehung zum Klienten eine Verantwortung erwächst, die seitens des Therapeuten von umsichtigen Reflexionen, gemeint ist hier, von einem ethischen Denken geprägt sein sollte. Inhalte ethischen Denkens in bezug auf die musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten sollen Gegenstand dieser Magisterarbeit sein.

Nachfolgend möchte ich mein Interesse an dem dargestellten Problemfeld in der Arbeit mit apallischen Patienten begründen und die Inhalte der vorliegenden Abhandlung konkretisieren.

1.1 Problementwicklung

Folgende Zahlen sollen eine Vorstellung von der Größe der Gruppe apallischer Patienten und damit auch von der Relevanz der angesprochenen Problematik verdeutlichen: In Deutschland erleiden pro Jahr ca. 100 000 Menschen ein schweres Schädel-Hirn Trauma. Ca. 20 000 verbleiben länger als 3 Wochen in einem komatösen Zustand, davon 3000-4000 Patienten im apallischen Syndrom. Zieger schreibt, dass ein apallisches Syndrom heute in der Regel durch die Möglichkeiten der Reanimation und der Intensivmedizin überlebt wird. (Zieger 1998:169) Ethische Fragen, die im Zusammenhang mit der Behandlung von apallischen Patienten auftreten, sind somit hauptsächlich Fragen der neueren Zeit, ein Ergebnis des medizintechnischen Fortschritts und unserer Gesellschaft.

Meine Erfahrung in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten steht in Beziehung zu drei unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen. Ich arbeitete vier Monate als Musiktherapeutin auf einer Intensivstation einer neurologischen Rehabilitationsklinik in Norddeutschland. Außerdem betreute ich über längere Zeit einen jugendlichen apallischen Patient in einem Pflegeheim musiktherapeutisch. An meiner jetzigen Arbeitsstelle, einer psychiatrischen Klinik, werde ich ab und zu auf die neurologische Abteilung zu komatösen Patienten gerufen.

In meiner Tätigkeit erlebe ich Musik als „Raum für Gestaltung und Begegnung“ (Herkenrath 2002:130) im nonverbalen Feld zwischen Therapeut und Klient. Gleichzeitig erfahre ich aber auch meine Grenzen und meine eigene Unsicherheit bei der Gestaltung dieses Raumes mit apallischen Patienten. Den Austausch mit Kollegen, sei es in der musiktherapeutischen Supervision oder im interdisziplinären Team, empfinde ich dabei als hilfreich und wichtig. Dieser Austausch erschließt mir, einerseits, wie die Kollegen den Patienten wahrnehmen und erleben, auf der anderen Seite konfrontiert er mich aber auch mit verschiedenen Interpretationsansätzen des Erscheinungsbildes des apallischen Syndroms und des Wahrnehmungspotentiales apallischer Patienten seitens des medizinischen Personals, der Therapeuten und der Angehörigen.

Die Betreuung komatöser Patienten stellt oft für alle, an der Pflege und Behandlung Beteiligten, eine große Herausforderung dar. Ethische Konfliktsituationen stehen meist im Zusammenhang mit der besonderen Situation dieser Patientengruppe. Die Patienten können, vor allem im frühen Krankheitsstadium, scheinbar keinen Kontakt zur Umwelt herstellen und auf Umweltreize kaum reagieren. Der Therapeut erhält somit von dem Patienten oft überhaupt kein oder nur ein minimales Feedback auf seine therapeutischen Interventionen. Reaktionen des Patienten sind häufig nur an Veränderungen von Monitorwerten ablesbar, die es dann zu interpretieren gilt.

In relevanter Fachliteratur wird zur Interpretation ermutigt. Es wird immer wieder vor dem Trugschluss gewarnt, Bewusstlosigkeit mit Wahrnehmungslosigkeit gleichzusetzen. „Eine Nichterkennbarkeit von zu erwartenden Reaktionen auf Wahrnehmungen musikalischer Parameter muss nicht unbedingt deren Nichtexistenz beweisen.“ (Herkenrath 2002:130). Zieger fordert zur Suche und Interpretation kaum wahrnehmbarer Regungen des Patienten auf, und rät, auf geringste individuelle Ausdrucksformen des Patienten als mögliche

Anknüpfungspunkte für einen zwischenmenschlichen Dialogaufbau zu achten. (Zieger 1992:100) Hannich weißt in diesem Zusammenhang auf den prozesshaften Charakter eines solchen Beziehungsaufbaus hin. Dabei sollte dieser „Arbeit mit dem Unbekannten“ genügend Zeit und Raum zur Entfaltung gestellt werden. (Hannich 1994:54; Gustorff/Hannich 2000:37) Trotz solcher Ermunterungen und Hinweise kommt es in der Arbeit mit apallischen Patienten zu Verunsicherungen und damit für mich zur Infragestellung meines Handelns am Patienten und meiner beruflichen Kompetenz.

Der sich für mich daraus immer wieder neu ergebende ethische Konflikt, nämlich inwieweit die Befindlichkeit und der Patientenwille interpretierbar sind oder inwieweit man dem Patienten ein therapeutisches Angebot überstülpt, das durch eigene Gefühle und Empfindungen geprägt ist, beschäftigt mich seit meiner Arbeit mit dieser Patientengruppe. Diese Kontroverse wird durch das Bewusstsein über manipulative Möglichkeiten des Mediums Musik, sowie durch die Forderung, „stets die Frage nach der ethischen Verantwortung im Blick (zu) haben“ (Mahns 1996:77), noch bestärkt.

Wahrscheinlich lässt sich für diesen Konflikt keine generelle Lösung finden, da dieser vornehmlich aus der individuellen Situation der Patienten erwächst. Die vorliegende Arbeit soll aber durch eine breite Betrachtung möglicher Einflussfaktoren dazu beitragen, die ethische und fachliche Kompetenz der Musiktherapeuten in bezug auf eine Entscheidungsfindung zu bereichern und damit mehr Sicherheit und Selbstverständlichkeit im Umgang mit dieser Patientengruppe zu erzielen. Aspekte, die ethische Fragestellungen in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten berühren, sollen in der folgenden Abhandlung auf der Grundlage von Literaturstudien erörtert und durch klinische Beispiele beleuchtet werden. Literatur, die diese Problematik zum Inhalt hat, ist kaum vorhanden. Aus diesem Grund wählte ich drei Hauptquellen für diese Arbeit aus, die sich jeweils mit allgemeineren Themen, Teilgebieten oder verwandten Problematiken beschäftigen.

Als maßgebliche Literaturquellen wählte ich: „Jenseits des Wortes“ (Gustorff/Hannich 2000). Dieses Buch gibt Anregungen für die praktische musiktherapeutische Arbeit mit komatösen Patienten. Außer einem ausführlichen methodischen Teil, wird die Arbeit auch aus der gedanklich dahinterstehenden theoretischen Perspektive dargestellt. Das zweite Buch „Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten“ (Plenter 2001) stellt den Umgang mit komatösen Patienten und die sich daraus ergebenden ethischen Fragestellungen aus

pflegerischer Sicht dar. Die dritte Quelle „Ethical Thinking in Music Therapy“ von Dileo (Dileo 2000) gibt einen allgemeinen Überblick über Fragen der Ethik in der Musiktherapie als Profession und das Wesen ethischen Denkens in der praktischen Arbeit. Dileo selbst ermutigt in ihrem Vorwort dazu, allgemeine Ausführungen auf spezielle Gegebenheiten zuzuschneiden. Ziel dieser Arbeit ist es, relevante Gedanken aus der angegebenen Literatur auf die zur Diskussion stehende Problematik zuzuschneiden und weiterzuentwickeln.

1.2 Problemformulierung und Aufbau der Arbeit

In bezug auf die Thematik sollen in der vorliegenden Arbeit theoretische Grundlagen ethischen Denkens sowie praktische Bezüge zu der musiktherapeutischen Betreuung apallischer Patienten unter folgender Fragestellung erörtert werden:

Welche Aspekte ethischen Denkens kann die musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten vor allem in frühen Remissionsphasen des Krankheitsverlaufes tangieren?

Die Arbeit soll dazu beitragen, die Situation komatöser Patienten besser zu verstehen und die daraus entspringende ethische Verantwortung bewusst wahrzunehmen und mit ihr umzugehen. Es soll herausgefunden werden, welche Rolle ethisches Denken im Umgang mit dem apallischen Patienten spielt und welche Hilfestellungen Musiktherapeuten in der ethischen Entscheidungsfindung in Anspruch nehmen können.

Nach grundlegenden theoretischen Betrachtungen des Begriffes Ethik im zweiten Kapitel soll am Ende des Kapitels darüber nachgedacht werden, was den Ethikbegriff innerhalb der Musiktherapie auszeichnet. Dabei werden die zwei Komponenten einer Bereichsethik - generelle berufsethischer Richtlinien und die Herausbildung eines individuellen ethischen Denkens und damit die Verbindung zwischen Theorie und Praxis herausgearbeitet. Das dritte Kapitel ist der Darstellung des Krankheitsbildes des apallischen Syndroms gewidmet. Ausgehend von der Frage einer bestehenden Erlebnisfähigkeit im Koma werden mögliche therapeutische Ansatzpunkte und Behandlungskonzepte, einschließlich Aspekte des musiktherapeutischen Angebotes für apallische Patienten dargestellt. Konkrete ethische Fragestellungen, die im Zusammenhang mit der musiktherapeutischen Arbeit mit Apallikern auftreten können, werden im vierten Kapitel erörtert und durch praktische Beispiele illustriert. Weiterhin werden in diesem Kapitel Modelle vorgestellt, die einen Lösungsprozess solcher

ethischer Konfliktsituationen begleiten können. Die Arbeit abschließend, erfolgt im fünften Kapitel eine systematische Zusammenfassung der in dieser Abhandlung durchgehend angeschnittenen Aspekte, die ethisches Denken in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten beeinflussen und die in die ethische Entscheidungsfindung in der Arbeit mit dieser Patientengruppe einbezogen werden sollten.

2.0 Was ist Ethik?

„Ethik ist die Lehre vom richtigen und falschen, vom guten und bösen Denken und Handeln“. (Schirmacher 2001:23) Diese allgemeine Definition des Begriffes „Ethik“ wird facettenreicher, bringt man eine genauere Betrachtung und Differenzierung der Begriffe Ethik und Moral mit hinein.

Schirmacher wie auch Nordberg weisen darauf hin, dass die Begriffe Ethik und Moral umgangssprachlich oft synonym verwendet werden und dieses auch von ihrem etymologischen Ursprung aus zu rechtfertigen ist. Die Philosophie hingegen unterscheidet zwischen der Moral, als dem praktischen Handeln und der Ethik, als dessen theoretischer Grundlage und Reflexion. (Schirmacher 2001:23; Nordberg 2002:23; Plenter 2001:75)

Moral stellt den Grundrahmen menschlichen Verhaltens dar. Moralische Überzeugungen werden in der „gelebten ... wirtschaftlichen, sozialen, politischen und kulturellen Ordnung sichtbar“. (Höffe 2002:177) Sie bilden grundlegende Normative menschlichen Zusammenlebens, die für einen bestimmten Kulturkreis, einer „geschichtlich gewachsenen Lebensform“, charakteristisch sind. (Höffe 2002:177) Diese traditionellen Auffassungen eignen sich Mitglieder einer kulturellen Gruppe während ihres Aufwachsens in dieser Gruppe an. Moralische Grundsätze werden dabei gefestigt und zu persönlichen Überzeugungen herausgebildet. Ethik stellt die begründungsorientierte Theorie für die Gültigkeit dieser moralischer Überzeugungen dar. (Ott 1996:654)

Den Ansatz ethischer Überlegungen bilden moralische Grundsätze, die das zwischenmenschliche Miteinander, das meint, das „Zusammenleben in der Gesellschaft garantieren“. (Nida-Rümelin 1996:3; Plenter 2001:75; May 2001:25). Die Ethik als philosophische Disziplin untersucht die Entwicklung dieser Grundsätze und Gesetzmäßigkeiten auf einem methodischen Weg, „von der Idee eines sinnvollen menschlichen Lebens geleitet“. (Höffe 2002:59) Ethik hat zur Aufgabe, „moralische Werte und Normen in Übereinstimmung mit den objektiven gesellschaftlichen Erfordernissen zu entwickeln, zu begründen und zu beschreiben“. (May 2001:25) Vor allem dort, wo überkommene Lebensweisen ihre Geltung verlieren, entwickelt die Ethik allgemeine Kriterien, die bestimmen was gut und richtig ist und die im Einklang mit „unaufgebbar erscheinenden moralischen Überzeugungen“ stehen. (Nida-Rümelin 1996:3)

In diesen komplexen Aussagen wird meiner Meinung nach die Verwobenheit zwischen Theorie und Praxis, gleichbedeutend mit Ethik und Moral, deutlich. Beide Begriffe bedingen sich gegenseitig. Schirmmacher sieht in einer von einander isolierten Betrachtung der Begriffe Ethik und Moral eine „künstliche Trennung“ und damit die Gefahr einer divergierenden Entwicklung zwischen Theorie und Praxis. (Schirmmacher 2001:23) In einem solchen Fall kann es dazu führen, dass ein ausgeklügeltes ethisches Modell nicht mehr praxisnah anwendbar ist.

May sieht in der Rückbesinnung einer Gesellschaft auf ethische Werte ein „Alarmzeichen“. Er meint, eine Rückbesinnung kommuniziert, dass überlieferte Lebensweisen und Institutionen ihre Geltung verlieren. (May 2001:25) Bekannte moralische Fragen stellen sich aufgrund veränderter Handlungsbedingungen neu. Dadurch werden neue, bisher unbekannte Probleme aufgeworfen. (Nida-Rümelin 1996:VII) In Situationen, in denen moralische Auffassungen unsicher oder widersprüchlich geworden sind oder die so komplex sind, dass man sich nicht mehr nur auf die eigene Intuition verlassen kann, sollen entwickelte ethische Normen Handlungsorientierung geben. (Nida-Rümelin 1996:3)

Dies scheint mir ein interessanter Aspekt zu sein. In Umbruchsphasen moralischer Wertvorstellungen wird verstärkt nach Neuorientierung gesucht und es werden brisante Fragen aufgeworfen. Den öffentlichen Diskurs kann man meist mitverfolgen. Als aktuelle Diskussionen seien hier die Debatten über Genforschung oder Euthanasie genannt.

Das Thema dieser Arbeit betreffend, ist die Diskussion über Fragen nach dem Erhalt des Lebens mittels der Errungenschaften des medizintechnischen Fortschritts einzureihen. Der medizinische Fortschritt hat für Menschen mit apallischem Syndrom verbesserte Therapiemöglichkeiten gebracht. Gleichzeitig kann aber auch postuliert werden, dass es dieses Krankheitsbild erst durch die technische Verbesserung der Intensivmedizin in diesem Maße überhaupt gibt. (Plenter 2001:75) Ethische Fragen, die sich in Zusammenhang mit diesem Krankheitsbild für Behandelnde stellen, werden im Verlauf dieser Arbeit noch konkretisiert.

2.1 Systematisierung des Bereiches Ethik

Ein Überblick über verschiedene Systematisierungsmöglichkeiten des Bereiches Ethik scheint mir für das Lesen und Verstehen von relevanter Literatur hilfreich. Aus diesem Grund soll hier eine knappe Darstellung verschiedener Gliederungsweisen erfolgen.

Eine Betrachtungsmöglichkeit ist die Einteilung nach Ethik erster und Ethik zweiter Ordnung. Die Ethik erster Ordnung entwickelt „Kriterien der moralischen Beurteilung“. Die Ethik zweiter Ordnung befasst sich mit „dem Status und der Begründbarkeit“ der Kriterien der Ethik erster Ordnung, also mit erkenntnistheoretischen und ontologische Fragen. (Nida-Rümelin 1996:4)

Eine weitere Disposition unterscheidet zwischen deskriptiver Ethik, normativer Ethik und Metaethik. Nida-Rümelin verweist die deskriptive Ethik, also die Beschreibung und Erklärung verschiedener Phänomene in unterschiedlichen kulturellen Gruppen (Höffe 2002:59), eher in die Moralpsychologie. Die Trennung zwischen deskriptiver und normativer Ethik hat sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Ablösung der Psychologie von der Philosophie und deren Etablierung als eigenständige wissenschaftliche Disziplin manifestiert. (Nida-Rümelin 1996:4) Das Ziel der normativen Ethik ist es, „die jeweils herrschende Moral kritisch zu prüfen sowie Formen und Prinzipien richtigen und guten Handelns zu begründen“ und entwickeln. (Höffe 2002:59) Die Metaethik wird als Metatheorie der normativen Ethik verstanden. (Nida-Rümelin 1996:4)

So lässt sich meiner Meinung nach ein Vergleich zwischen normativer Ethik und Ethik erster Ordnung sowie zwischen Metaethik und Ethik zweiter Ordnung ziehen.

Ethische Theorien sind entsprechend ihrer „sittlichen Forderung“ in zwei Hauptgruppen einzuteilen: in deontologische und teleologische Theorien. (Höffe 2002:193; Aadland 1998:52f) Unterscheidungsmerkmal dieser Theorien ist die Betrachtungsweise des Beweggrundes einer Handlung. Deontologische Theorien fokussieren die Handlung an sich, teleologische Theorien das Resultat einer Handlung. Ethik befasst sich also mit der Frage, „an welchen letzten Zwecken oder Werten man sein Handeln orientieren soll.“ (Krebs 1996:348)

Deontologische Theorien stellen „das Erforderliche“ in das Zentrum der Handlung. Sie zeichnen Regeln für richtiges Handeln auf. Eine Handlung gilt als gut, wenn sie Prinzipien

verfolgt, die in sich gut sind. Das Kriterium für eine richtige Handlung ist an eine entsprechende Situation geknüpft oder erwächst aus dieser speziellen Situation. (z.Bsp. Handlungsethik, Pflichtethik, Diskursethik)

Teleologische Theorien zielen auf das Resultat oder den Zweck einer Handlung ab. Der Handelnde setzt sich gewisse Ziele und wiegt die Konsequenzen verschiedener Handlungsalternativen ab. Die Folgen einer Handlung werden nach dem „höchsten Ziel“ bewertet. (z.Bsp. Utilitarismus, Zweckethik, Konsequenzethik). (Höffe 2002:192f; Aadland 1998:52f; Nordberg 2002:23)

Zusammenfassend kann man feststellen, dass als Ansatzpunkte ethischer Betrachtungsweisen „die Tat als solche, deren psychologische Motive, kausale Folgen oder normativen Gründe“ in das Zentrum der jeweiligen Theorie gerückt werden. (Spinner 1996:721)

Nach dieser theoretischen Darstellung ergibt sich die Frage, welche Relevanz ethische Theorien für das praktische, individuelle Handeln haben. In dem folgenden Kapitel sollen Rahmenfaktoren dargestellt werden, die das Handeln eines jeden einzelnen mitbestimmen.

2.2 Rahmenbedingungen für den ethisch handelnden Menschen

Nida-Rümelin weist darauf hin, dass in der modernen Ethik eine Entwicklung eingesetzt hat, die die philosophische Ethik wieder verstärkt mit der Analyse moralischer Befindlichkeiten und deren Kontexte verknüpft, also eine enge Betrachtung zwischen Theorie und Praxis anstrebt. Die große und individuelle Vielfalt in den praktischen Erfahrungen wird anerkannt und einbezogen. Zu hoch gesteckte theoretische Ziele betrachtet man kritisch. Es wird konstatiert, dass ethische Urteile stets in Abhängigkeit von einer bestimmten Situation und von einem Erfahrungshorizont formuliert werden. (Nida-Rümelin 1996:4ff)

Meines Erachtens wird somit der individuellen, subjektiven und situationsbezogenen Komponente ethischen Denkens und Handelns vor einem pluralistischen Hintergrund große Beachtung beigemessen. Plenter schreibt dazu, dass mit der Zahl der Wahlmöglichkeiten für individuelles und gesellschaftliches Handeln der Bedarf an Ethik steigt. (Plenter 2001:76) Interpretieren möchte ich diesen „Bedarf an Ethik“ in zweierlei Hinsicht: eine ethische Orientierung, die den schnelllebigen, aktuellen Zeitfragen Rechnung trägt und eine

Sensibilisierung und Entwicklung ethischen Denkens bezogen auf das praktische Handeln eines jeden einzelnen.

In der heutigen, pluralistischen Gesellschaft orientiert man sich kaum noch an traditionellen Vorbildern. Die postmoderne Gesellschaft zeichnet sich durch größte Vielfalt und damit einhergehendem Individualismus aus. (Aadland 1997:226ff) Habermas kennzeichnet unsere postmoderne Zeit folgendermaßen: „Die Moderne kann und will ihre orientierenden Maßstäbe nicht mehr an Vorbildern einer anderen Epoche entlehnen, sie muss ihre Normativität aus sich selber schöpfen.“ (Habermas 1986:16) Die individuelle Handlung wird durch die eigene Lebensphilosophie und persönliche moralische Überzeugungen bestimmt. Dies trifft auch für ethische Reflexionen des eigenen Handelns zu. Hastedt drückt dies folgendermaßen aus: „In der Moderne ist Ethik aber nichts, was bloß von außen als Anforderung an uns herangetragen wird. Ethik ist vielmehr die Orientierung, die wir im Selbstdenken und Selbsturteilen uns selbst geben ...Wir stellen uns in der Ethik die Frage, in welcher Welt wir wie leben wollen.“ (Hastedt 2002:9)

Diese zusammenfassende Aussage macht meiner Meinung nach die Chancen aber auch die Risiken deutlich, die eine zunehmende Individualisierung mit sich bringt. Ethik stellt traditionell die Frage nach dem Umgang des Menschen mit dem Menschen. (Krebs 1996:347) Dabei steht jeder Mensch in der dialektischen Spannung zwischen Individualität und Solidarisierung und ist für sein eigenes Handeln und für das Handeln an seinem Gegenüber selbst verantwortlich. Jeder ist hier gefragt, als autonomer Mensch selbstbestimmt zu handeln und sich seiner Verantwortung zu stellen.

Als Grundpfeiler des autonomen und damit des moralischen Handelns bezeichnet Plenter Freiheit, Verantwortung und Gewissen. (Plenter 2001:79) Der Mensch besitzt die Freiheit, mittels seiner Vernunft Entscheidungen zu treffen oder wie Plenter es ausdrückt: „Ethik ist die Suche nach den Horizonten der Menschlichkeit, innerhalb derer man als ein freier und verantwortlicher Mensch leben kann, der seinem eigenen Gewissen folgt, welches die konkreten Wege abwägt, auf denen man dem Appell des Guten gerecht wird.“ (Plenter 2001:75) Von außen vorgegebene Regeln und Normen müssen durch das Gewissen zur persönlichen Verantwortungsüberzeugung, zu der Herausbildung eines eigenen ethischen Denkens und damit zu einer „sittlichen Identität“ werden: „...ich bin gefragt, wie ich selbst

diese Normen und Werte verantwortlich akzeptiere, wie ich mit ihnen umgehe und sie realisiere.“ (Plenter 2001:81)

Ein verantwortungsvoller Umgang mit apallischen Patienten verlangt nach Plenter, „seine eigenen Werte und Überzeugungen zu prüfen und zu versuchen, diese in Einklang mit den Werten und Überzeugungen der Menschen im Wachkoma, so weit ermittelbar, zu bringen.“ (Plenter 2001:87) Diese Forderung wird in späteren Kapiteln noch untermauert und konkretisiert werden.

Wie schon herausgestellt, werden in der heutigen vielseitigen Praxis ethische Fragestellungen immer konkreter und spezifischer. Für spezielle Gebiete der Praxis bildeten sich Bereichsethiken heraus, die unter Anwendung von Erkenntnissen der philosophischen Ethik die spezifischen ethischen Anfragen in diesen Bereichen behandeln. Darauf soll im folgenden näher eingegangen werden.

2.3 Bereichsethiken

Abstrakte ethische Prinzipien reichen in der Praxis kaum aus, da die Problemstellungen in den verschiedenen Bereichen immer differenzierter und konkreter werden. Aus diesem Grund scheint es angebracht, „größere Komplexe menschlicher Praxis“ mit gemeinsamen spezifischen Charakteristika in Bereichsethiken zusammenzufassen und dafür geltende normative Kriterien aufzustellen. (Nida-Rümelin 1996:63) Auf diese Arbeit zugeschnitten, sollen im folgenden Kapitel die Medizinethik im Überblick und die Ethik der Musiktherapie mehr detailliert als relevante Bereichsethiken für die Musiktherapie in einem medizinischen Gebiet betrachtet werden.

2.3.1 Medizinethik

Die Medizinethik umfasst moralische Verbindlichkeiten, die das gesamte Gesundheitswesen einschließt. Sie gilt also für alle Institutionen und für das gesamte Personal innerhalb des Gesundheitswesens und nicht zuletzt für den Patienten selbst. (Höffe 2002:160)

2.3.1.1 Begriff der Medizinethik

„Medizinethik befasst sich mit Fragen nach dem moralisch Gesollten, Erlaubten und Zulässigen im Umgang mit menschlicher Krankheit und Gesundheit.“ (Schöne-Seifert 1996:553) Den Definitionen der Begriffe Gesundheit und Krankheit soll in dieser Arbeit nicht weiter nachgegangen werden. Es sei nur erwähnt, dass mit deren inhaltlicher Bestimmung in verschiedenen kulturellen und zeitlichen Kontexten und den jeweils vorherrschenden Moralauffassungen unterschiedlich umgegangen wird.

Medizinethik unterscheidet sich von der allgemeinen Ethik dadurch, dass sie sich auf ethische Probleme im Bereich des Gesundheitswesens beschränkt. Bei May findet man, dass die Medizinethik hauptsächlich als Reflexion über bestimmte Themen im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem gesehen werden kann, als „eine *Ethik vielfältiger besonderer Situationen*“ und weniger als philosophische Disziplin. Theoretische Grundlage der Medizinethik bildet die allgemeine Ethik als philosophische Disziplin. Die Medizinethik reagiert auf die, durch die moderne Medizintechnik neu entstehenden Fragen und kulturellen Aufgaben. (May 2001:28)

2.3.1.2 Inhalt der Medizinethik

Die Aufgabe der Medizinethik besteht zum großen Maße darin, die Qualität ärztlicher und pflegerischer Praxis positiv im Interesse einer besseren Versorgung von Patienten zu beeinflussen. Darüber hinaus übersteigt der Gegenstandsbereich der Medizinethik heute aber die ärztliche Perspektive um Wertfragen im medizinischen Handeln. Die medizinische Handlung schließt in ihrer Komplexität moralisches und außermoralisches d.h. weltanschauliches, politisches, moralisches und ökonomisches Bewusstsein ein. Dies hat zur Folge, dass zunehmend andere Professionen von medizinethischen Fragestellungen berührt werden und darüber nachdenken. (May 2001:28)

Schöne-Seifert sieht die heutige Medizinethik hauptsächlich von drei wesentlichen Voraussetzungen mitbestimmt, die im folgenden kurz kommentiert werden (Schöne-Seifert 1996:555):

- *Die Vielzahl und Verfügbarkeit medizinischer Eingriffsmöglichkeiten*

In der heutigen Zeit sind die aufgeworfenen ethischen Fragestellungen durch die moderne Medizintechnik geprägt. Es geht bei den Diskussionen oft nicht mehr um die Begriffe Gesundheit und Krankheit, sondern um den „moralischen Status oder Wert des Lebens“ (Schöne-Seifert 1996:555). Die heutigen technischen Möglichkeiten der Einflussnahme, Beginn und Ende von Leben festzulegen, stellen bedeutende ethische Fragen zur Diskussion. In der Vergangenheit waren Lebensanfang und Lebensende durch den natürlichen Lebensrhythmus festgelegt. Die heutigen Möglichkeiten werfen hier auch im speziellen die Frage nach der Lebensform komatöser Patienten auf. Als Beispiel sei hier die Frage genannt, inwieweit der einzelne Patient als schutzwürdig zu gelten hat und welche Kriterien dafür heranzuziehen sind.

- *Die Pluralität der Lebensstile und Moralauffassungen innerhalb einer Gesellschaft*

Weitere wichtige Aspekte sind ethische Fragestellungen, die aus unserer pluralistischen Gesellschaft entspringen. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass die inhaltlichen Darstellungen der Begriffe Gesundheit und Krankheit von den jeweiligen kulturellen und zeitlichen Kontexten und den jeweils vorherrschenden Moralauffassungen abhängig sind. Antagonismen können sich daraus ergeben, wenn pluralistische Moralvorstellungen im Konflikt mit allgemeingültigen Rechtsvorschriften stehen.

- *Verlust der Unanfechtbarkeit von Ärzten und Forschern Kraft ihrer Profession*

Es erscheint mir auch noch wichtig hervorzuheben, dass neben diesen Voraussetzungen die Ethik in medizinischen Grenzfragen gerade durch persönliche Einzelschicksale und Lebensumstände bestimmt wird, die durch ihre speziellen Situationen nicht verallgemeinerbar sind. Hastet sieht in der subjektiven Selbstbestimmung der Patienten ein hohes Gut (Hastedt 2002:16) Er regt gerade in solch schwierigen und speziellen Fragen einen offenen Diskurs an, wie er für jede Form der Ethik und der Philosophie gelten sollte: „Sie muss als Diskussion frei und ergebnisoffen, ohne Druck von ökonomischen und anderen Interessen betrieben werden.“ (Hastedt 2002:14) Nur gegenseitiger Austausch bietet die Möglichkeit, sich einem allgemeingültigen Konsens anzunähern.

Im folgenden wird die zweite Bereichsethik, die Ethik in der Musiktherapie betrachtet.

2.3.2 Die Ethik in der Musiktherapie

Musiktherapie entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten zu einer eigenständigen Profession. Damit einher ging eine Diskussion über Therapiebildung und Forschung. Im Mittelpunkt dieser Debatten standen die Forderung nach theoretischer und praktischer Nachvollziehbarkeit therapeutischer Resultate sowie Fragen der ethischen Verantwortung innerhalb des sich profilierenden Berufsbildes. (Mahns 1996:74f)

Einen wichtigen Beitrag zu der Entwicklung einer musiktherapeutischen Bereichsethik leistete Cheryl Dileo, die sich seit geraumer Zeit mit der ethischen Verantwortlichkeit und ethischen Fragestellungen innerhalb der Musiktherapie beschäftigt. Einen zusammenfassenden Überblick über dieses Thema gibt sie mit Ihrem Buch „Ethical Thinking in Music Therapy“ (Dileo 2000).

2.3.2.1 Präsenz des Themas Ethik in der Musiktherapie

Dileo bemerkt in der Einleitung zu ihrem Buch, dass das Thema Ethik unter Musiktherapeuten bisher wenig Beachtung fand. Dies wurde mir in meiner Suche nach relevanter musiktherapeutischer Literatur bestätigt. Es ist bisher wenig über eine Ethik in der Musiktherapie schriftlich niedergelegt worden. Dileo gibt als mögliche Ursachen für dieses Defizit verschiedene Faktoren an. (Dileo 2000:4) Sie lassen sich darunter zusammenfassen,

dass Ethik als Thema unter Musiktherapeuten einfach nicht präsent war oder ist und auch in der Fachwelt wenig diskutiert wird.

Dieses Faktum sieht Dileo als Gegensatz zu der praxisbezogenen Realität. Musiktherapeuten werden in ihrer Arbeit unweigerlich mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Nach Dileo leitet sich dies aus zwei Aspekten her: einmal aus dem Wesen einer therapeutischen Profession an sich und zum Zweiten aus der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. (Dileo 2000:3) Diese zwei Aspekte sollen nachfolgend näher betrachtet werden.

Die Erwartungshaltung der Gesellschaft gegenüber therapeutischen Berufsgruppen umfasst ein Angebot für auf Hilfe angewiesene Personen. Es wird selbstverständlich erwartet, dass der Therapeut mit denen, ihm anvertrauten Personen und Inhalten ethisch verantwortlich umgeht und an ihnen handelt. Dieses Wesen therapeutischer Berufe kommt schon in der Begriffsdefinition zum Ausdruck: Therapie umfasst den „Dienst am Kranken“ (Mackensen 1988:388), wobei auch hier dem Begriff der Krankheit nicht weiter nachgegangen werden soll. (siehe 2.3.1) Er soll an dieser Stelle im weitesten Sinne auf Personen angewendet werden, die ein therapeutisches Angebot in Anspruch nehmen. Das Wort „dienen“ weist darauf hin, dass im Mittelpunkt der Therapie der Klient steht. Die Therapie ist auf die Bedürfnisse des Klienten abgestimmt und inhaltlich korreliert das therapeutische Setting mit diesen.

Der zweite Aspekt leitet sich aus dem unterschiedlichen Verhältnis in einer spezifischen Therapeut-Klient Beziehung her. Der Klient möchte Hilfe in Anspruch nehmen. Der Therapeut besitzt das Wissen und die Fähigkeiten, Probleme des Klienten gemeinsam mit ihm zu bearbeiten. Aus dieser Beziehung erwächst eine ethische Verantwortlichkeit des Therapeuten gegenüber dem Patienten.

Dileo gibt mit dieser Betrachtungsweise eine treffende Begründung für die Relevanz ethischer Themen in therapeutischen Berufen. Es wird dabei deutlich, dass therapeutische Berufe von ihrem Wesen her ethisches Denken implizieren und fordern. Daraus ergibt sich für mich die Frage, wie diese Diskrepanz zwischen der Tatsache, dass ethisches Denken das Wesen einer therapeutischen Intervention ausmacht und der scheinbar mangelnden Beschäftigung mit ethischen Themen, gemessen an Veröffentlichungen, zu erklären ist.

Eine mögliche Antwort habe ich unter der Betrachtung des Aspektes gefunden, dass, wie unter 2.0 herausgearbeitet wurde, moralische Ansichten den Handlungsrahmen für eine bestimmte Gruppe bilden und während des Aufwachsens in der Gruppe diese zur persönlichen Überzeugung werden. (Höffe 2002:177) Ich möchte hier den Begriff der „stummen Kenntnisse“ (norwegisch: taus kunnskap) einbringen, den Stige für die Musiktherapie adaptiert hat. Er umfasst Kenntnisse, die aus der therapeutischen Praxis, insbesondere aus der Beziehung zu Menschen heraus entspringen und schwierig zu verbalisieren und zu theoretisieren sind. (Stige 1991:77)

Diese Aussage möchte ich auf die Profession übertragen. In der musiktherapeutischen Ausbildung wird das Wesen therapeutischen Verhaltens gelehrt, geübt und verinnerlicht. Es wird somit zu einer inneren Haltung unter dem Zuwachs von „stummen Kenntnissen“, erworben im Umgang mit Klienten, die die Durchführung therapeutischer Interventionen ganz natürlich bestimmen.

Dieses Verhalten wird als therapeutisches Verhalten und Denken definiert und reflektiert. Es beruht auf ethischen Prinzipien und impliziert ethisches Denken, doch meiner Meinung nach fehlt zumeist eine bewusste Reflexion über diese ethischen Inhalte. Dies mag auch gerade durch den beschriebenen Charakter „stummer Kenntnisse“ erschwert sein. Sie fallen wie selbstverständlich unter den Begriff des therapeutischen Verhaltens und Handelns. Ein stärkeres Bewusstsein für diese Fragen sieht auch Dileo als unabdingbar. (Dileo 2000:23)

2.3.2.2 Notwendigkeit und Wesen einer Berufsethik

Wie schon unter dem Punkt 2.3 erwähnt, werden berufsspezifische ethische Fragestellungen in der jeweiligen Bereichs- oder Berufsethik zusammengefasst. Dileo unterscheidet zwei Hauptinhalte einer Berufsethik: eine schriftlich fixierte Richtlinie für das Handeln der Musiktherapeuten in Form eines berufsethischen Kodexes und als zweites, die Übernahme ethischer Prinzipien in das praktische Denken und Handeln der Musiktherapeuten d.h. die Entwicklung ethischen Denkens unter den Musiktherapeuten. Diese beiden Punkte werden im folgenden näher behandelt.

Der berufsethische Kodex bildet einen notwendigen Teil für die Darstellung eines Berufsbildes in der Öffentlichkeit. (Dileo 2000:11) Er repräsentiert verbindliche Normen des

Berufsstandes und informiert die Öffentlichkeit über Standards und die Qualität des angebotenen therapeutischen Service. (Dileo 2000:12f) Als Richtlinie für das Handeln der Musiktherapeuten dient er dem Schutz der Klienten vor unethischer Anwendung von Musiktherapie, gibt Handlungsorientierung und Schutz für die eigene Berufsrolle und bildet die Grundlage für weitere berufsspezifische Beschlüsse. (http://www.musiktherapie-bvm.de/Ethischer_Codex/ethischer_codex.html)

In der praktischen Arbeit kommen allerdings auch die Begrenzungen einer schriftlich fixierten Berufsethik zum Vorschein. Berufsethische Diskussionen stehen immer im Spannungsfeld zwischen der philosophischen Ausrichtung und den praktischen Erfordernissen. Angewandte Ethik hat den Anspruch, den Erfordernissen einer „sich entwickelnden Lebenswirklichkeit“ gerecht zu werden. Zimmerli und Aßländer drücken dies mit folgenden Worten aus: „Eine praktische Ethik steht somit ständig unter Innovationsdruck.“ (Zimmerli/Aßländer 1996:291) In der angewandten Ethik erfährt diese eine Verschiebung tendierend zur praktischen Ausrichtung einer problemorientierten und sozialwissenschaftlichen Ethik. (Zimmerli/Aßländer 1996:292). Formale Überlegungen werden auf konkrete Anwendungssituationen bezogen. Doch wie konkret können und sollen diese ethischen Bezüge sein?

Ott drückt dieses Spannungsverhältnis folgendermaßen aus: „Angewandte Ethik erscheint den einen konkretistisch, weil das ethisch Grundsätzliche nicht genügend bedacht werde, und den anderen abstrakt, weil sie auf drängende Fragen oft keine eindeutigen Antworten gibt.“ (Ott 1996:652) Dies ist in der praktischen Arbeit immer wieder erfahrbar. Meist sind die Bedürfnisse der Klienten komplexer und ethische Dilemmata spezifischer als der Kodex.

Der berufsethische Kodex umfasst berufsspezifische, generalisierte Aussagen, die in einer spezifischen kontextbezogenen Fragestellung nur begrenzt anwendbar sind. (siehe 2.0) Als Richtlinie für eine Profession dient er, nicht mehr und nicht weniger, der Handlungsorientierung.

Dies wird bei der Durchsicht ethischer Kodizes der Berufsverbände der Musiktherapeuten deutlich. (http://www.musiktherapie-bvm.de/Ethischer_Codex/ethischer_codex.html; Transparent 2/2002) Sie beinhalten allgemeine berufsethische Prinzipien, die einen verantwortungsvollen Umgang „mit der eigenen Person, mit der therapeutischen Aufgabe

sowie mit jenen Menschen, mit denen sie durch musiktherapeutische Behandlung in eine besondere Beziehung eintreten,“ fordern. (Transparent 2/2002:18) Der generalisierende Charakter wird auch in Dileos Buch deutlich. (Dileo 2000) Sie versucht, breitflächig ethische Themen abzudecken, die musiktherapeutische Relevanz besitzen. Doch sie schreibt selbst, dass sie nicht in der Lage ist, die Vielschichtigkeit, der in der praktischen Arbeit auftretenden Probleme zu behandeln. (Dileo 2000:xiii)

An dieser Stelle wird deutlich, dass diese vorgegebenen Richtlinien in der praktischen Arbeit kaum ausreichend sind. Erforderlich ist eine Übernahme der ethischen Prinzipien in das praktische Denken und Handeln der Musiktherapeuten, um eigenverantwortlich auf konkrete Fragestellungen im individuellen Handlungsspielraum Entscheidungen zu finden. Dileo stellt diese Entwicklung oder Sensibilisierung ethischen Denkens als zweiten Hauptinhalt einer Bereichsethik vor.

In der konkreten spezifischen Situation ist der Musiktherapeut gefragt, autonom zu handeln und selbst Entscheidungen zu treffen. (siehe 2.2) Dieses Handeln muss durch „Werte und Normen im Modus einer (verinnerlichten) persönlichen Grundhaltung“ bestimmt sein. Ott benennt diese verinnerlichten Werte und Normen als Tugenden. (Ott 1996:657) Plenter beschreibt diese persönliche Verantwortungsüberzeugung als, wie bereits unter 2.2. dargestellt, als Teil der Selbstauffassung eines Menschen selbst, als „sittliche Identität“. (Plenter 2001:81)

In einer konkreten Situation schließt das Handeln andererseits die Betrachtung des jeweiligen Kontextes der Situation ein. Die situativen Faktoren spielen für das Verständnis des Umstandes eine nicht zu unterschätzende Rolle. (siehe 2.2)

Die Entwicklung ethischen Denkens geht meiner Meinung nach mit der Aneignung von Berufserfahrung einher, die über Zeit durch ähnlich auftretende Situationen gewonnen wird. Dadurch baut sich eine berufliche und ethische Kompetenz auf, die, wie May es bezeichnet, „sich am konkreten Fall orientiert“. (May 2001:103) Plenter bezeichnet die Aneignung ethischer Kompetenz als einen Lernprozess: „Ethisch ...lernen heißt, nicht Regeln vorzugeben, sondern Fähigkeiten zu entfalten.“ (Plenter 2001:74)

In der Auseinandersetzung mit ethischen Problemen werden ethische Normen, das eigene Wertesystem und somit das ethische Denken jedes Einzelnen immer neu hinterfragt. Ethisches Denken ist also einer Entwicklung unterworfen und dessen Aneignung stellt einen Prozess dar. Auch Dileo beschreibt die Erlangung ethischen Denkens als Prozess. (Dileo 2000:23)

Dileo sieht das Ziel ethischen Verhaltens in dem Streben nach dem „Hervorragenden“. (Dileo 2002:24) Dies ist eine sehr hohe Anforderung an das Verhalten des Therapeuten und mag in meinen Augen perfektionistisch und unrealistisch klingen. Dileo sieht jedoch korrekte ethische Leitlinien, die das Ideal ethischen Denkens aufzeigen, als notwendige Handlungsorientierungen an. (Dileo 2000:11)

2.3.2.3 Weiterführende Gedanken zu einem Ethikbegriff in der Musiktherapie

Als theoretische Grundlage zur Schaffung einer Berufsethik wählte Dileo Literatur vergleichbarer therapeutischer Berufszweige. Daraus ergibt sich meines Erachtens, dass Dileo Aspekte, die das zwischenmenschliche Miteinander in Beruf und Therapie sowie berufspolitische Frage betreffen, umfassend beleuchtet. Dies beinhaltet Themen wie Rechte und Pflichten des Therapeuten und des Klienten in einer therapeutischen Beziehung, ethisches Denken in Forschung, Publikation, Ausbildung, Werbung oder der Umgang mit Kollegen, Studenten und anderen Berufsgruppen.

Ein weiterer möglicher Grund dafür, dass Dileo den zwischenmenschlichen Aspekten einer therapeutischen Beziehung breiten Raum einräumt, mag aus der therapeutischen Praxis mit einer bestimmten Klientelgruppe entspringen. Es scheint, dass Dileo in ihren Betrachtungsweisen eher von dem Ansatz einer aktiven Musiktherapie mit Klienten ausgehen, denen es von ihrer Verfasstheit her möglich ist, selbst die Therapie aktiv mitzugestalten und sich mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Möglichkeiten aktiv einzubringen. Mein Blickwinkel wird von meiner Erfahrung mit bewusstseinsgetriebenen sowie schwer dementen Patienten geprägt. Die Inhalte des Therapieangebotes werden zumindest vorwiegend von dem Therapeuten bestimmt und ausgewählt. Die rezeptive Aufnahme des musikalischen Angebotes hat für den Patienten erst einmal Priorität und wird als Anregung für ein Miteinander angesehen.

Diese, meine geschilderte Blickrichtung auf die musiktherapeutische Arbeit mit einem bestimmten Klientel wird auch den nachfolgenden Versuch, weiterführende Gedanken zu einem Ethikbegriff in der Musiktherapie zu entwickeln, beeinflussen. Um mit Decker-Voigt zu sprechen, dass es „die“ Musiktherapie nicht gibt, sondern der Begriff der Musiktherapie aus der Sicht unterschiedlichster Musiktherapieverfahren sowie theoretischer Traditionen eigentlich nur im Plural existiert, (Decker-Voigt 1991:19) lässt schon erahnen, dass auch die ethischen Fragestellungen, abhängig von dem musiktherapeutischen Kontext, verschieden akzentuiert sein können. Für die folgenden Gedanken besteht aber die Intention, diese erst einmal allgemeingültig zu halten.

Dileo geht in ihren Darstellungen kaum darauf ein, was ganz speziell eine Ethik der Musiktherapie gegenüber anderen therapeutischen Berufsgruppen auszeichnet. Ihre Ausführungen sind meines Erachtens weitgehend auch auf andere therapeutische Berufszweige übertragbar. Um das Spezifische in einer musiktherapeutischen Ethik herauszufinden, soll erst einmal herausgestellt werden, was die Musiktherapie gegenüber anderen therapeutischen Berufen auszeichnet.

Bruscia stellt das Wesen der Musiktherapie folgendermaßen dar: In der Musiktherapie geht man von der Annahme aus, dass für den Klienten musikalische Erfahrungen bedeutungsvoll sind und dass die Klienten durch diese musikalischen Erlebnisse wichtige Änderungen in ihrem Leben erfahren können. (Bruscia 1998:94) Die musikalischen Interventionen werden auf die Bedürfnisse und Probleme des Klienten abgestimmt. Als dynamische Kräfte des Therapieprozesses, von denen ein Änderungsprozess in dem Klienten ausgehen kann, beschreibt Bruscia die Beziehungsebenen Klient-Therapeut und Musik-Klient. Die drei wichtigsten Agenten in diesem Prozess sind also Klient, Therapeut und Musik. (Bruscia 1998:20)

Dileo bleibt in ihrer Entwicklung einer musiktherapeutischen Bereichsethik in bezug auf den Kern der Therapie sehr allgemein. Sie beschreibt ethische Aspekte der Klient-Therapeut Beziehung sehr genau, die der Klient-Musik Beziehung kommen nur am Rande vor. Es wurde aber schon durch Bruscias Aussage deutlich, dass die Musik eine bedeutende Funktion im Therapieprozess inne hat. Musik kann darüber hinaus selbst als hauptsächlich dynamische Kraft wirken. In diesem Fall übernimmt die Therapeut-Klient Beziehung nur eine stützende Rolle in der Therapie. (Bruscia 1998:196) Daraus schlussfolgernd betrifft das Spezifische in

der musiktherapeutischen Ethik gegenüber anderen therapeutischen Berufsgruppen insbesondere ethische Aspekte im Zusammenhang mit der therapeutischen Anwendung von Musik.

Ein weiteres Spezifikum, das an dieser Stelle Erwähnung finden soll, ist in Abgrenzung zu traditionellen Verbaltherapien, die vorwiegend auf das Zuhören des Therapeuten ausgerichtet sind, die Möglichkeit eines gleichzeitigen musikalischen Agierens von Klient und Therapeut. Diesen Prozess berühren ethische Aspekte, die das Miteinander, die Rollenverteilung, den Prozess der Gegenseitigkeit und Beeinflussung steuern.

Im folgenden sollen mögliche ethische Aspekte in der therapeutischen Anwendung von Musik

herausgefunden werden. Diese Betrachtung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, denn diese Aspekte erscheinen mir immer von verschiedenen Faktoren abhängig, so zum Beispiel von dem theoretischen Verständnis des Therapie- und Musikbegriffes des jeweiligen Therapeuten, von der Form und dem verfolgten Ziel in der Musiktherapie, von den angewendeten musiktherapeutischen Techniken und von der Klientengruppe selbst.

Geht man in der Therapie von einem Musikbegriff aus, der Musik als physikalisches Phänomen übersteigt, nämlich Musik als nonverbales Ausdrucks- und Kommunikationsmittel, als ein Mittel zur Symbolbildung, das immer auch eng mit dem biographischen Werdegang einer Persönlichkeit verknüpft ist, also Musik als ein möglicher Agent in einem therapeutischen Veränderungsprozess, entsteht eine hohe ethische Verantwortlichkeit des Therapeuten gegenüber der Auswahl und dem Einsatz von Musik, beziehungsweise dem Umgang mit den musikalischen Angeboten des Klienten. Diese Verantwortlichkeit des Therapeuten im Umgang mit der Musik schließt auch die Bereitschaft seitens Therapeut und Klient mit ein, dem zu begegnen, was Musik im Inneren, zum Beispiel intrapersonale und intramusikalische Prozesse, auslösen kann. (Bruscia 1998:127ff)

Der Musiktherapeut als steuerndes Element in einer Therapiesituation muss sich seiner ethischen Verantwortung in musikalischen Prozessen bewusst sein. Musik kann im therapeutischen Zusammenhang verschiedene Funktionen innehaben: zum Beispiel Musik zur Etablierung von Kontakt, Auslösung zwischenmenschlicher Prozesse durch Musik, emotionale und kommunikative Elemente, biographische Anknüpfungspunkte und damit

eventuell reflektierende und erkennende Funktionen, strukturierende oder grenzenauflösende Funktionen, kreativer und schöpferischer Selbstaussdruck zur Bewältigung aktueller Lebenssituationen. Ein bewusster Umgang mit diesen Funktionen beinhaltet zum einen, eine, den Bedürfnissen des Klienten angepasste Therapiesituation sowie gleichzeitig die Schaffung von Freiräumen für einen möglichen Änderungs- und Entfaltungsprozess.

Nach dieser Aufzählung werden im folgenden einige der genannten Aspekte konkreter betrachtet und nach einer allgemeinen Betrachtungsweise wird am Ende jedes Abschnitts der Bezug zu der Arbeit mit komatösen Patienten hergestellt.

2.3.2.3.1 Musik und Kontaktetablierung

In dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut und Klient spielt die Kontakt- und Vertrauensetablierung als Voraussetzung für ein gemeinsames Tun eine grundlegende Rolle. Auf dieser Etablierungsphase basiert der gesamte Therapieprozess, denn Kontakt bildet die Brücke zur Kommunikation (s. 2.3.2.3.4). Um ein harmonisches Verhältnis zu etablieren, erfordert diese Phase eine besondere Umsicht des Therapeuten.

In der Musiktherapie haben nonverbale Elemente einen essentiellen Teil an dem Prozess der Kontaktetablierung. Dieser beinhaltet ein sich Aufeinandereinstellen und ein Suchen nach gemeinsamen Wegen der Verständigung. Als basal sieht Stige in dieser Suche, das Finden eines gemeinsamen Zugangscodes zueinander an. (Stige 1991:63)

Dieser Prozess erfordert von dem Therapeuten ein sich Einstellen auf den Klienten. Grundlage dafür bildet die wertungsfreie Annahme und Einbindung der musikalischen Vorlieben und des musikalischen Geschmacks des Klienten durch den Therapeuten. (Bruscia 1998:96) Eingeschlossen sind weiterhin die Auswahl der Art der Instrumente, Einsatz von Stimme, Lautstärke oder Stilart der Musik. Von dem Klienten erfordert es die Bereitschaft, sich auf ein solches Angebot einzulassen. Eckhoff beschreibt dies folgendermaßen: Kontaktetablierung umfasst die Signalisierung von Aufmerksamkeit zu meinem Gegenüber durch verbale oder eben musikalische Hinweise und Angebote. (Eckhoff 1998:75f)

Eine wichtige Rolle in der Kontaktetablierung spielt die Nähe-Distanz Regulation. In der ethischen Verantwortung des Therapeuten liegt es meiner Meinung nach, diese Regulation

zuzulassen, um dem Patienten die notwendige Sicherheit zu geben und ihm zu signalisieren, dass seine Versuche einer Justierung gehört und ernst genommen werden. Diese Regulierung kann in der musikalischen Begegnung stattfinden und musikalische, räumliche oder emotionale Faktoren betreffen. Solche Faktoren wären zum Beispiel Intensität oder zeitliche Abfolge von Klängen, Einsatz von Stimme als etwas sehr persönliches, gemeinsames Spielen auf einem Instrument oder Regulierung des räumlichen Abstandes von Instrumenten, Wahl der Instrumente, emotionale Wirkung von Klängen.

In der Verantwortung des Therapeuten liegt es auch, diesem Prozess der Kontaktetablierung die notwendige Zeit zu geben und sich selbst nicht unter Erfolgsdruck zu setzen. Hannich ermutigt dazu, der Arbeit mit dem Unbekannten, genügend Zeit und Raum zur Verfügung zu stellen. (Gustorff/Hannich 2000:37) Dies beinhaltet nach meiner Meinung, dem Klienten keinen musikalischen oder zwischenmenschlichen Kontakt aufzudrängen, eine mögliche Annäherung oder Distanz in der Musik zuzulassen, dem Klienten und Therapeuten zu gewähren, aus dem Kontakt herauszutreten und eventuelle Stille oder ein wieder für sich sein zuzulassen.

In der musiktherapeutischen Arbeit mit komatösen Patienten ist diese Beidseitigkeit des Prozesses durch die scheinbare Unfähigkeit des Patienten, Kontakt herzustellen, erschwert. Der Therapeut ist hier stärker auf seine Intuition, auf seine Beobachtung, die Beobachtung von Kollegen und Angehörigen angewiesen, um die Grenzen des Patienten zu erkennen, zu wahren und nicht zu überschreiten.

In dieses Gebiet des Kontaktes hinein spielt auch die schwierige Frage nach der Zulässigkeit von physischem Kontakt. Berührung kann dem Klienten einerseits ein Gefühl der Sicherheit vermitteln, andererseits aber auch als Übergriff gewertet werden. Für manche Klientengruppen ist Berührung kontra indiziert. Dies abzuschätzen liegt in der Verantwortung des Therapeuten. (Dileo 2000:135) Gerade bei komatösen Patienten sehe ich den gezielten Einsatz von Berührung darin, dem Patienten das Vorhandensein menschlicher Nähe zu signalisieren und die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu fördern. Dabei erscheint mir Dileos Empfehlung wichtig, den Klienten auf jeden Fall vorher über eine Berührung zu informieren. (Dileo 2000:136)

2.3.2.3.2 Musik und Individualität

Hannich sieht die jeweiligen Bedürfnisse des Klienten in einer bestimmten Situation als möglichen „Ausgangspunkt einer neuen Auseinandersetzung um Individualität.“

(Gustorff/Hannich 2000:16) Aldrigde beschreibt die individuellen Möglichkeiten eines jeden Menschen als „Repertoire an Möglichkeiten des Seins“, mit denen er auf die „augenblicklichen Erfordernisse“ des Lebens reagieren kann. (Aldrigde 1998:5) Die Aufmerksamkeit in künstlerischen Therapien gilt diesen individuellen Möglichkeiten des Einzelnen.

Durch eine akzeptierende und interessierte Grundhaltung seitens des Therapeuten ist es seine Aufgabe, an der Erweiterung des „Repertoires“ mit musikalischen Mitteln mitzuwirken und somit dem Klienten zu helfen, auf Veränderungen leichter reagieren zu können. (Aldrigde 1998:5) Dieser Satz beinhaltet die Verantwortung des Therapeuten, sich mit den individuellen Möglichkeiten des Klienten zu befassen, seine Ressourcen zu erschließen und zu fördern und seine Potentiale zu entwickeln. (Ruud/Mahns 1991:122) Es geht also darum, den individuellen Weg des Klienten mit musikalischen Mitteln auszugestalten und zu erweitern zu helfen, ihm einen Raum zu schaffen, wo er sich ohne Druck und Infragestellung seiner Person entfalten kann. (Gustorff/Hannich 2000:15f)

Es ist bekannt, dass Musik individuell verschieden erlebt und empfunden wird. Dies fordert von dem Therapeuten, dass er dem Klienten einen Freiraum schafft, seine Empfindungen über Musik auszudrücken und nicht mit den Kategorien „falsch“ und „richtig“ arbeitet. Ein solcher Freiraum kann die musikalische Improvisation darstellen. Als eine sehr persönliche Ausdrucksform gibt sie dem Klienten die Möglichkeit, durch Selbstaussdruck in Berührung mit der eigenen Identität zu kommen. (Stige 1991:108)

Auch in der Arbeit mit komatösen Patienten zeigt sich durchgehend die menschliche Individualität. Sie ist etwas, das die Musik in besonderer Weise aufnehmen kann (Gustorff/Hannich 2000:57) und den Therapeuten zu einem wachen und verantwortungsvollen Umgang auffordert. Als Beispiel genannt sei der Atemrhythmus des Patienten, der für jeden Patienten spezifisch und Ausdruck seiner Befindlichkeit sein kann. Als Grundimpuls kann der das Metrum einer musikalischen Improvisation bestimmen. Die Individualität in basalen Lebensfunktionen sollten vom Therapeuten wahrgenommen und mit Respekt vor der Würde des Patienten Bestandteil des therapeutischen Dialogs sein.

2.3.2.3.3 Musikalische Identität

Ruud weist darauf hin, dass der Mensch einen Sozialisierungsprozess als Organismus, Person und Gesellschaftswesen durchläuft. (Stige1991:152) Dabei hat die Kultur, in der man aufwächst, einen bedeutenden Einfluss auf unsere Beziehung zur Musik. Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens ein unikales Verhältnis zur Musik; seine musikalische Identität. Um einem Klienten musikalische begegnen zu können, ist es deshalb wichtig, sich mit dem kulturellen Hintergrund und dem musikalischen Verständnis des Klienten vertraut zu machen und diese Informationen verantwortungsvoll in die Therapie einzubinden.

Die musikalische Identität ist von ästhetischen Musikerlebnissen geprägt. Diese werden erst in ihrer Kontextbezogenheit (z.Bsp. in der Beziehung zu Ort, Zeit und Personen) zu einem ganzheitlichen Musikerlebnis. Später im Leben kann die assoziierende Kraft von Musik Erinnerungen hervorrufen, die im Zusammenhang mit bestimmten musikalischen Erlebnissen stehen. Die Musik repräsentiert somit Erlebnisse und deren außermusikalische Bedeutung. (Ruud 1997:11) Musik kann zum Beispiel Erinnerungen an vert raute Menschen wecken, an herausragende Erlebnisse geknüpft sein oder die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen, kulturellen oder religiösen Gruppe angeben.

Diese Informationen können wichtige Zugangskodes, insbesondere auch zu komatösen Patienten bilden. Sie können aber auch sehr private Züge besitzen und der Einsatz entsprechender Musik kann starke körperliche oder emotionale Reaktionen auslösen. Es erfordert also seitens des Therapeuten einen sensiblen Umgang mit diesem Wissen.

2.3.2.3.4 Musikalische Kommunikation

Musikalische Kommunikation umfasst mehr als nur einen Austausch oder ein Mitteilen von Informationen auf dem auditiven Weg. Ruud und Trolldalen erweitern diesen herkömmlichen Kommunikationsbegriff in einem musiktherapeutischen Zusammenhang dadurch, dass sie den Beziehungsaspekt zwischen den Kommunikationspartnern mit einbinden. Trolldalen beschreibt dies folgendermaßen: Damit handelt es sich um einen komplizierten Prozess, in dem die Teilnehmer in einen Prozess der gegenseitigen Beeinflussung, gemeint ist hiermit ein gegenseitiges Geben und Nehmen, treten. (Trolldalen 1997:6) Dieser Prozess wird als musikalische Interaktion bezeichnet, der auch Komponenten des Austausches von musikalischen Handlungen, Stimmungen, Emotionen und Beziehungsqualitäten umfasst.

Meines Erachtens wird deutlich, dass musikalische Kommunikation hier in einen größeren Zusammenhang gesetzt wird. Die ethische Verantwortung des Therapeuten sehe ich hier gerade in dem Prozess der gegenseitigen Einflussnahme. Der Therapeut übernimmt dabei meines Erachtens die Verantwortung, diesen musikalischen Interaktionsprozess entsprechend den Bedürfnissen des Klienten zu justieren. Es kann erforderlich sein, mehr Freiraum zu geben, Grenzen zu verschieben oder musikalische Struktur aufzubauen, sowie geeignete musikalische Techniken dafür zu finden. Eine mögliche Gefahr sehe ich in dem Missbrauch dieser steuernden Funktion durch eine mögliche Manipulation des Klienten mit musikalischen oder nichtmusikalischen Mitteln.

Kompatienten ist die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation als eine wichtige Funktion zur Aufrechterhaltung des sozialen Kontaktes und zum Wahrnehmen und Schutz der eigenen Persönlichkeit verloren gegangen. Der dargestellte erweiterte Kommunikationsbegriff beinhaltet die Möglichkeit, den Patienten mit gezielten Signalen ein Beziehungsangebot zu stellen. Die Auswahl und die Art der Signale liegen wiederum unter Beachtung aller bisher genannten Gesichtspunkte in der Verantwortung des Therapeuten.

2.3.2.3.5 Musik und Emotion

Musikerleben macht in erster Linie, die für den Menschen spürbaren qualitativen Merkmale aus. Das Musikerleben ist nicht „als passiver Rezeptionsvorgang anzusehen, sondern als personaler Gestaltungsprozess, der durch die Persönlichkeit geformt wird und in dem sich umgekehrt auch die Persönlichkeit widerspiegelt.“ (Harrer 1982:123) Diese qualitativen Merkmale sind oft schwer oder gar nicht in Worten auszudrücken, aber doch in musikalischen Qualitäten widerspiegelbar. Gustorff beschreibt das Musikerleben als einen „höchst persönlichen Vorgang“ (Gustorff/Hannich 2000:53), der von individuellen Variablen abhängig ist.

Die ethische Verantwortung des Therapeuten wird besonders dadurch berührt, dass musikalische und damit nonverbale Kommunikation oft Inhalte ausdrücken kann, wenn verbale Hemmschwellen existieren oder dieses funktional überhaupt nicht möglich ist. Plahl sieht gerade in der musikalischen Kommunikation das Potential, „deutlich mehr Gefühle hervorzurufen, als dies durch rein sprachliche Kommunikation möglich ist.“ (Plahl 2000:26)

Ich sehe die Verantwortung des Therapeuten darin, diesen emotionalen, sehr persönlichen Inhalten einen Rahmen zu geben. Dieser Rahmen kann musikalischer Natur sein und beinhaltet ein Registrieren, Ernstnehmen, Auffangen und / oder Bearbeiten emotionaler Inhalte.

Bruscia verweist noch auf einen anderen Aspekt, der die Emotionalität berührt. Er macht darauf aufmerksam, dass Klienten manchmal emotional einfach nicht bereit sind, musikalische Erfahrungen aufzunehmen und mit ihren eigenen Bedürfnissen in Verbindung zu bringen. (Bruscia 1998:95) Der Therapeut sollte akzeptieren, dass der Klient in dieser Situation mit musikalischen Angeboten nicht umzugehen weiß und auf keinen Fall Druck auf den Klienten ausüben. Diese Haltung kann dazu beitragen, eine von Vertrauen geprägte Beziehung aufzubauen oder aufrecht zu erhalten.

Es wird davon ausgegangen, dass gerade die emotionalen Qualitäten von Musik bewusstseinsgetriebene Patienten erreichen und eventuelle Reaktionen, vielleicht auch unerwartete oder ungeordnete, hervorrufen können. Muthesius ermutigt dazu, mit entsprechenden Reaktionen achtungsvoll umzugehen. Sie fordert den Therapeuten zu einer respektvollen und anerkennenden Haltung „gegenüber den verbliebenen Fähigkeiten im Bereich der Emotionalität (auf) – auch wenn die Bedeutung der Emotionen zunächst unklar bleibt.“ (Muthesius1999:119f)

2.3.2.3.6 Interpretation musikalischer Kommunikation

In der musiktherapeutischen Arbeit mit Klienten steht der Therapeut meines Erachtens oft in dem Spannungsfeld zwischen einer Interpretation musikalischer Prozesse oder dem „im Raum stehen lassen“. Ein Gespräch oder verbale Reflexionen können bestimmte Aspekte musikalischer Prozesse klarer werden lassen oder musikalischer Ausdruck kann verbale Inhalte vertiefen. (Stige 1991:108) Da Musik oft das ausdrückt, wozu Worte unfähig sind, liegt es im Ermessen und in der Verantwortung des Therapeuten, abzuschätzen, inwieweit eine Interpretation den Bewusstmachungsprozess des Klienten unterstützen kann oder für den therapeutischen Prozess in dieser bestimmten Situation zerstörend wirkt.

Gerade in der musiktherapeutischen Arbeit mit komatösen Patienten sehe ich eine große Herausforderung und ethische Verantwortung des Therapeuten in der Reflexion über den

therapeutischen Prozess. Im frühen Krankheitsstadium wird der Therapeut kaum oder nur minimale Reaktionen des Patienten beobachten können. Manchmal sind Veränderungen an Monitorwerten ablesbar. Eine Interpretation jedoch ist schwierig. Herkenrath weist darauf hin, dass eine nicht vorhandene Reaktion auf musikalische Interventionen nicht unbedingt mit Wahrnehmungslosigkeit gleichzusetzen sein muss. (Herkenrath 2002:130) Die jeweilige Interpretation kann für Fortführung oder Einstellung eines Therapieangebotes und damit eines Kontaktangebotes für den Patienten ausschlaggebend sein.

2.4 Zusammenfassung

In dem voranstehenden Kapitel wurden grundlegende theoretische Betrachtungen zu der philosophischen Disziplin „Ethik“ angestellt. In der Philosophie unterscheidet man zwischen der Moral, als dem praktischen Handeln, und der Ethik als dessen begründungsorientierte Theorie. Besonders in Umbruchsphasen moralischer Wertvorstellungen wird verstärkt nach Neuorientierung ethischer Richtlinien gesucht. Meist sind diese Diskussionen im öffentlichen Diskurs mitzuverfolgen.

Es wurde darauf hingewiesen, dass in der modernen Ethik die Verbindung zwischen Theorie und Praxis wieder stärker bewertet wird. Die individuelle Vielfalt und die Kontextbezogenheit von Erfahrungen werden verstärkt einbezogen und somit auch der Entwicklung ethischen Denkens und Handelns eines jeden einzelnen gefördert.

In der Praxis treten ethische Fragestellungen sehr konkret und spezifisch auf. Für die einzelnen Bereiche der Praxis entwickelte man deshalb Bereichsethiken, die unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der philosophischen Ethik normative Kriterien für spezielle berufsethische Fragen aufstellen. Für diese Arbeit relevant, wurde die Medizinethik im Überblick und die Ethik der Musiktherapie genauer betrachtet.

Einen wichtigen Beitrag für die Herausbildung einer musiktherapeutischen Berufsethik leitete Cheryl Dileo. Dileo stellt zwei Aspekte einer Berufsethik heraus; einmal die Erarbeitung eines berufsethischen Kodexes, der das ethische Verständnis des Berufsbildes in der Öffentlichkeit repräsentiert. Der zweite Inhalt einer Berufsethik ist die Entwicklung und Sensibilisierung ethischen Denkens unter den Musiktherapeuten für ihre praktische Arbeit.

In Dileos Ausführungen kommt meines Erachtens das, was eine Ethik der Musiktherapie gegenüber anderen therapeutischen Berufen unterscheidet, zu kurz. Um dieser Frage nachzugehen, wurden am Ende des Kapitels Überlegungen über einzelne ethische Aspekte angestellt, die aus dem therapeutischen Einsatz der Musik entspringen. Einige Aspekte wurden ausgewählt, so zum Beispiel die musikalische Kommunikation, und dazu Gedanken aus der eigenen Praxis mit apallischen Patienten und aus Literaturquellen zusammengetragen.

3.0 Apallisches Syndrom und klinische Behandlungskonzepte

Nachdem im voranstehenden Kapitel grundlegende Betrachtungen zur philosophischen Ethik angestellt wurden und darüber nachgedacht wurde, was einen Ethikbegriff innerhalb der Musiktherapie auszeichnet, soll dieses Kapitel der, für diese Arbeit relevanten Patientengruppe gewidmet sein. Es beinhaltet eine Darstellung des Krankheitsbildes des apallischen Syndroms, gibt einen Überblick über zwei grundlegende therapeutische Behandlungskonzepte und darauf aufbauend über ein musiktherapeutisches Konzept für die Arbeit mit Apallikern.

Es erscheint mir wichtig, das Krankheitsbild des apallischen Syndroms in dieser Arbeit umfassend zu beschreiben, um später diskutierte ethische Fragestellungen in der musiktherapeutischen Arbeit mit Apallikern aus der Situation der Patienten besser verstehen zu können.

3.1 Apallisches Syndrom

Länger anhaltende Bewusstlosigkeit von Patienten kann im wesentlichen den drei verschiedenen Zustandsbildern „Koma“, „locked-in syndrome“, und „apallisches Syndrom“ zugeordnet werden. Um das Krankheitsbild des apallischen Syndroms deutlich eingrenzen zu können, sollen nachfolgend das „locked-in syndrome“ und Koma kurz vorgestellt werden.

„locked-in syndrome“ ist ein Zustand, bei dem der Patient bei erhaltenem Bewusstsein durch eine schwere Lähmung aufgrund von Hirnstammerkrankungen nicht in der Lage ist, sich zu bewegen oder verbal zu kommunizieren. Dem Patienten sind lediglich Augenbewegungen möglich. Unter Umständen ist über den Augenschluss der Aufbau eines Verständigungscodes möglich. (Pschyrembel 1994:892) Im 4. Kapitel dieser Arbeit wird ein Fallbeispiel eines Patienten im „locked-in syndrome“ vorgestellt.

Koma ist als ein Zustand von Bewusstlosigkeit definiert, bei dem der Patient die Augen geschlossen hat und keine Zeichen von Wachheit zu erkennen sind. Eine genauere Beschreibung des Komabegriffes ist unter 3.1 zu finden. Wenn der Patient im Koma die Augen öffnet und Schlaf-Wach-Phasen zeigt, aber weiterhin nicht zum Bewusstsein zurückkehrt, hat er das apallische Syndrom erreicht. (Celesia 1997:223) Das Krankheitsbild

des apallischen Syndroms wird im nachfolgenden Kapitel vorgestellt. Das apallische Syndrom wird auch als „Wachkoma“ oder als „vegetative state“ bezeichnet.

3.1.1 Das Krankheitsbild des apallischen Syndroms

Das apallische Syndrom ist ein „neurologisches Syndrom, bei dem durch Krankheitsprozesse verschiedener Art eine *funktionelle Trennung von Hirnmantel und Hirnstamm* eingetreten ist.“ (Poeck/Hacke 2001:561f) Mit dem Begriff des apallischen Syndroms „bezeichnet man einen Zustand, in dem Patienten wach zu sein scheinen, jedoch nicht fähig sind, mit der Umwelt Kontakt aufzunehmen.“ (Poeck/Hacke 2001:153)

Geht man von der Definition der Begriffe aus, so bezeichnet das Wort „Syndrom“ einen gesamten Symptomenkomplex. (Pschyrembel 1994:1495) Patienten im apallischen Syndrom sind nicht immer eindeutig einem zweifelsfreien Krankheitsbild zuzuordnen. Auch der Verlauf der Krankheit kann oft nicht auf ein klar definierbares Schema zugeordnet werden. (Plenter 2001:14) Mit „apallisch“ wird ein Funktionsverlust bzw. die Entkopplung der Großhirnrinde (pallium) vom Resthirn bezeichnet. Dieser Prozess der „Enthirnung“ kann in unterschiedlichem Ausmaß aufgrund der Entkoppelung von Hirnmantel und Hirnstamm, oberer und unterer Hirnstamm oder Großhirnrinde und Rückenmark vor sich gehen. (Pschyrembel 1994:1496)

3.1.2 Ursachen des apallischen Syndroms

Unter der Bezeichnung „apallisches Syndrom“ werden nicht nur mehrere Krankheitssymptome zusammengefasst. Viele unterschiedliche Ursachen können zur Bewusstlosigkeit und Entwicklung dieses Krankheitsbildes führen. Als Pathogenese (Gesamtheit der an der Entstehung und Entwicklung eines Krankheitsbildes beteiligten Faktoren) weist der Ausfall der Großhirnrinde meistens eine Sauerstoffunterversorgung (Hypoxie) des betroffenen Areals auf. Nervenzellen können weder Glukose noch Sauerstoff speichern und sterben deshalb bei einer Unterversorgung sehr schnell ab. Die Ursachen dafür sind breit gestreut. Sie können außerhalb des Gehirns liegen und nur auf dieses wirken oder es kann eine unmittelbare Schädigung des Gehirns aufgetreten sein. (Linke 1999:43)

Nach Plenter lassen sich die Ursachen folgenden Hauptgruppen zuordnen (Plenter 2001:15):

- endokrine Stoffwechsellentgleisungen (bedingt durch fehlerhafte Drüsenfunktionen, z.Bsp. Unterzuckerung)
- endogene bzw. exogene Sauerstoffunterversorgung des gesamten Organismus (z.Bsp. Gasvergiftung der Einatemluft, kardiale Dekompensation)
- Phasenweise Durchblutungsstörungen in Teilbereichen des Gehirns
- Hirnblutungen (verursacht entweder durch endogene Faktoren z.Bsp. ein geplatztes Hirnarterienaneurysma, oder exogen verursacht, Hirnbluten als Folge einer Schädel-Hirnverletzung bedingt durch einen Verkehrsunfall)

Aus diesen möglichen Ursachen für die Herausbildung des Krankheitsbildes des apallischen Syndroms lässt sich ersehen, dass alle Menschen jeder Altersgruppe von dieser Krankheit betroffen sein können. Eine Einschränkung auf einen bestimmten Personenkreis oder Risikogruppe ist aus diesem Grund nicht möglich. (Plenter 2001:15)

3.1.3 Symptome des apallischen Syndroms

Das apallische Syndrom wird auch mit dem Begriff „Wachkoma“ bezeichnet, da Patienten nach längerer Bewusstlosigkeit wieder wach werden. (Poeck/Hacke 2001:153) Die Patienten unterliegen weiterhin einem starken Bewusstseinsverlust, zeigen aber einen Zyklus von abwechselnden Schlaf- und Wachphasen. Dieser ist deutlich an den geöffneten und geschlossenen Augen erkennbar. (Plenter 2001:16) Der Schlaf-Wach-Rhythmus entspricht allerdings nicht unserem tageszeitlichen Ablauf, sondern ist „abhängig von Belastungsmomenten“, wobei die Wachphasen sehr viel kürzer sind als die Schlafphasen. (Schwörer 1995:3)

Der apallische Patient verfügt über ein funktionierendes Herz-Kreislauf-System, einen funktionierenden Stoffwechsel und kann bald wieder selbständig atmen. Es sei denn, es ergeben sich weitere Symptome durch andere Grunderkrankungen.

Plenter weist darauf hin, dass die beschränkte Ausdrucksmöglichkeit der Patienten dazu geführt hat, dieses Krankheitsbild auch als „vegetative state“ zu bezeichnen. Vegetative körperliche Verfasstheit bezieht sich auf die Durchführung von unwillkürlichen und unbewussten Reaktionen. (Plenter 2001:16)

Der Patient kann Reflexreaktionen wie Schlucken, Würgen, Husten und Grimassieren zeigen und unverständliche Laute äußern. Nimmt der Hirndruck im Schädel vom Großhirn bis zum Hirnstamm zu, so kommt es zu einem gesetzmäßigen, motorischen Reaktionsschema mit reflektorischer Beugung und Streckung der Extremitäten. (Linke 1999:43) Aufgrund einer Muskeltonuserhöhung, mangelnder zentraler Koordination und mangelnder Deutungsmöglichkeiten ist die Artikulation und Durchführung eigener Bedürfnisse sowie eine eindeutige Kontakt- und Nahrungsaufnahme zunächst nicht möglich. (Plenter 2001:16)

Alle diese genannten Symptome tragen dazu bei, dass es dem Patienten nicht möglich ist, sich über die üblichen Kontakt- und Kommunikationsreaktionen verständlich zu machen.

3.1.4 Prognose für Menschen mit apallischem Syndrom

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Patienten im apallischen Syndrom nicht immer einem eindeutigen Krankheitsbild zuzuordnen sind. (s. 3.1.1) Plenter macht darauf aufmerksam, dass der Prognose für diese Patienten oft eine größere Bedeutung zukommt, als einer eindeutigen Diagnose. Von der zu erwartenden Prognose hängen meist die Auswahl der therapeutischen Maßnahmen ab. (Plenter 2001:23)

Grundsätzlich kann zwischen zwei prognostischen Verläufen des apallischen Syndroms unterschieden werden: einem progredierenden Verlauf der Krankheit, bedingt durch eine progredierende Großhirnschädigung oder Destruktion tieferer Gehirnzentren und einem Remissionsverlauf nach akutem, schweren Hirnschaden mit der bestehenden Möglichkeit einer Rückbildung (Remission).

Plenter weist darauf hin, dass Remissionsverlaufsformen wesentlich häufiger auftreten als ein progredierender Verlauf. Das apallische Syndrom muss in diesem Fall kein Endstadium sein, sondern kann als Durchgangssyndrom verlaufen. (Plenter 2001:23f) Ein Grund für eine Wiederkehr von Hirnfunktionen ist, „dass die Zellverbände nur insoweit geschädigt waren, dass ihr Erhaltungsstoffwechsel überdauerte, der Funktionsstoffwechsel aber eingestellt wurde.“ Durch eine Besserung der Versorgung des Gehirns, kann der Funktionsstoffwechsel wieder aktiviert werden. (Gadomski/Jochims 1986:103)

Aus unterschiedlichen Literaturquellen stammend, werden im folgenden Möglichkeiten prognostischer Verläufe aus der Sichtweise verschiedener Autoren aufgezeigt:

Linke macht darauf aufmerksam, dass Patienten, nach einem Koma, nach Schädelhirnverletzung nicht allzu lange über 4 Wochen hinaus andauert, anschließend auch die ursprüngliche Leistungsfähigkeit wiedererlangen können. (Linke 1999:44)

Poeck und Hacke führen an, dass Patienten bis zu mehreren Monaten im apallischen Syndrom bleiben können. Nach ihrer Meinung sind komplette Remissionsverläufe schon beobachtet worden. Die Patienten können aber auch nach längerer Zeit im apallischen Syndrom in „einem Zustand von chronischem geistigen und körperlichen Siechtum und Pflegebedürftigkeit“ verharren oder rasch sterben. Diese Beobachtungen werden anhand von einer Darstellung möglicher Remissionsverläufe in dieser Arbeit unter Punkt 3.1.4.2 näher beschrieben. Günstigere Prognosen geben die Autoren für jugendliche Patienten an. (Poeck/Hacke 2001:561f)

Auch *Plenter* weist darauf hin, dass Patienten sehr lange im Zustand der Bewusstlosigkeit bleiben können oder auch in diesem Zustand verharren. Eine große Schwierigkeit, aber auch Chance für die therapeutische Behandlung sieht die Autorin darin, dass es nur schwer möglich ist, einen Zeitpunkt festzulegen, ab wann dieser Zustand als irreversibel anzusehen ist. Es gibt Beispiele bei denen Menschen schon 1,3,6 und sogar 15 Jahre im apallischen Syndrom waren und wieder aufgewacht sind. (Plenter 2001:26)

Um auszudrücken, dass der Zustand eines Patienten eher als irreversibel angenommen wird, bezeichnet man diesen als „persistent vegetative state“. *Celesia* gibt als Richtwert für diese Bezeichnung eine Dauer der Krankheit von mindestens 12 Monaten an. (Celesia 1997:226) Als Variablen, die eine Diagnose entscheidend beeinflussen, nennt *Celesia* ätiologische (die Ursache der Krankheit betreffende) Faktoren, das Alter des Patienten und die Dauer des bewusstlosen Zustandes. (Celesia 1997:224)

Schwörer geht bei einem apallischen Syndrom im Durchgangsstadium (Remissionsverlauf) von einer Blockierung (im Gegensatz zu einem Abbau) der Großhirnleistung aus und spricht daher nicht von einem Zustand der Bewusstlosigkeit, sondern von einer Bewusstseinstäubung.

Dies sieht die Autorin als Hauptmotivation, „zu intensiven rehabilitativen Maßnahmen (zu) ermutigen, selbst wenn diese sich über Jahre hinaus erstrecken sollten.“ (Schwörer 1995:4)

Aus allen diesen Aussagen wird deutlich, dass Patienten im apallischen Syndrom mit nicht progredierender Großhirnschädigung in ein Durchgangssyndrom mit unterschiedlichen Phasen und Remissionsverläufen übergehen können. Diese möglichen Phasen eines sich bessernden Krankheitsverlaufes werden nachfolgend dargestellt.

3.1.4.1 Phasen eines vollständigen Remissionsverlaufes des Krankheitsbildes des apallische Syndroms

In der nachfolgenden Übersicht werden die verschiedenen Remissionsstufen des apallischen Syndroms in temporaler Abfolge beschrieben:

<i>Koma:</i>	Bewusstlosigkeit - Kein Augenöffnen auf Schmerzreiz
<i>Apallisches Durchgangssyndrom:</i>	Beginnendes Wahrnehmen, Unterscheidung von Schlaf-Wachphasen, Augen längere Zeit geöffnet, Reflektorische Primitivmotorik
<i>Phase der primitiven Psychomotorik:</i>	beginnendes Reagieren, optisches Fixieren zunächst auf akustische Reize
<i>Phase des Nachgreifens - Reagieren:</i>	Optisches Verfolgen, beginnendes Situationsverständnis
<i>Klüver-Bucy-Phase - Erinnern:</i>	Sinnvolle einfache Handlungen, Ja/Nein Signale sind möglich, beginnt Dingen, die sich bewegen, nachzuschauen. Aggressives Verhalten und Euphorie treten auf.
<i>Korsakow-Phase - Reorientieren:</i>	Der Patient beginnt, sinnvolle Reaktionen zu zeigen, Beginn der Sprachproduktion, Depressives Verhalten lässt auf ein beginnendes Auseinandersetzen mit der Krankheitssituation erkennen
<i>Integrationsstadium - Planen:</i>	Das Bewusstsein ist wiedergekehrt, Orientierung ist weitgehend vorhanden, Patient beginnen Tagesablauf und auch die weitere Zukunft zu planen.

(Plenter 2001:25)

Zwischen den Remissionsphasen bestehen fließende Übergänge. Diese einzelnen Phasen können eine unterschiedliche Zeitdauer in Anspruch nehmen. (Plenter 2001:25)

Linke beschreibt den vollständigen Remissionsverlauf oder, wie er es nennt „den Aufbau der Wirklichkeit“ in 3 Phasen. Als Indikator bezieht er sich dabei auf die Wiedererlangung der Leistung des Bewusstseins zur zunehmenden Differenzierung. In der Frühphase kann zwischen Wort und Ding noch kein Zusammenhang hergestellt werden. Es folgt die Phase der Gegenstandserkennung am anderen und schließlich die Phase der Selbstbezüglichkeit. (Linke 1999:39) Dies scheint mir sehr wichtig für die Abstimmung therapeutischer Angebote auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten in dem jeweiligen Stadium des Remissionsverlaufes.

Wichtig scheint mir weiterhin der Hinweis, dass währenddem das Sprachverständnis frühzeitig zurückkehrt, lange Zeit ein traumatischer Mutismus bestehen bleiben kann, „der auf der fehlenden motorischen Kontrolle über die Kehlkopfmuskeln beruht.“ (Poeck/Hacke 2001:562) Es gilt also auch in fortgeschrittenen Remissionsphasen, dass die Patienten wesentlich mehr verstehen, als sie verbal mitteilen können.

3.1.4.2 Remissionsverläufe nach Gerstenbrand

Nicht alle Patienten durchlaufen einen vollständigen Remissionsprozess. Einige verbleiben in früheren Remissionsstadien. Gerstenbrand hat folgende mögliche Remissionsverläufe aufgezeigt:

- *Bestehen bleiben der apallischen Stufe*

Der Patient verharrt im apallischen Syndrom und ist stark pflegeabhängig. Vegetative Funktionen sind noch nicht stabilisiert. Der Patient ist durch eine mangelnde Infektabwehr beeinträchtigt.

- *Bestehen bleiben einer Remissionsphase*

Mit dem Abklingen der apallischen Stufe setzt Bewusstseinstätigkeit ein. Vegetative Funktionen werden stabiler. Wiederkehr zunächst reflektorischer und zunehmend willkürlicher motorischer Aktivitäten. Der Patient wird belastungsfähiger.

Wiedereinsetzen sensorischer und emotionaler Fähigkeiten.

- *Durchlaufen aller Remissionsphasen bis zum Defektstadium*
Der Patient erholt sich und erreicht mit therapeutischer Unterstützung eine optimale Besserung. Bleibende Defekte bestehen.
 - *Apallisches Durchgangssyndrom, zeitlich begrenzt und ohne Restsymptomatik abklingend*
Der Patient wird nach der Intensivphase rasch den Rehabilitationsmöglichkeiten überführt.
- (Schwörer 1995:4ff)

Faktoren, die die individuelle Verlaufsentwicklung beeinflussen, sind neben Grund- und Sekundärerkrankungen, Lebensalter, Pathogenese „und vor allem die frühzeitige intensive Zuwendung und Kommunikation und Stimulation (wie etwa im Rahmen der Frührehabilitation, Musiktherapie, basaler Stimulation und natürlich persönlicher Zuwendung).“ (Plenter 2001:24) Zieger sieht sogar das Verharren der Patienten im apallischen Syndrom eher als eine Folge von mangelnder Stimulation, Kommunikation und sozialem Dialog als grundsätzlich ein Ergebnis einer Hirnschädigung an. (Zieger 1993:488; Plenter 2001:24) Es wird auch darauf hingewiesen, dass auftretende Infekte die Entwicklung eines Remissionsverlaufes wieder rückläufig beeinflussen können. (Poeck/Hacke 2001:562)

3.1.4.3 Phasenmodelle in der neurologischen Rehabilitation

Um die Patienten, angelehnt an ihre Remissionsverläufe, bestmöglichst den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu fördern, wurden flexible Behandlungspläne mit unterschiedlichen Behandlungsphasen ausgearbeitet. Diese Phasenmodelle, in denen der Zustand des Patienten und die daraus resultierenden medizinischen und rehabilitativen Behandlungsnotwendigkeiten definiert werden, sind für die Ermittlung des jeweiligen Kostenträgers von besonderer Bedeutung. Im folgenden sollen die Behandlungsziele und –aufgaben der einzelnen Phasen kurz dargestellt werden.

Phase A: Phase A ist die primäre, akutmedizinische Behandlung im Krankenhaus.

Die Frührehabilitation beginnt bereits, der Patient wird zu weiteren Rehabilitationsmaßnahmen weitergeleitet.

Phase B: Frührehabilitation: Der Patient ist bewusstlos oder schwer bewusstseinsgestört, die primäre, Akutversorgung ist abgeschlossen, er ist vollständig von pflegerischer Hilfe abhängig. Intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Phase C: Frührehabilitation: Der Patient kann bereits in der Therapie mitarbeiten, muss aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden. Er ist überwiegend bewusstseinsklar und kommunikationsfähig. Je nach Rehabilitationsfortschritt, wird der Patient in Phase D, in die ambulante Nachsorge nach Hause (Phase E) oder in den Bereich der Dauerpflege (Phase F) entlassen.

Phase D: Patienten sind bei den Aktivitäten des täglichen Lebens weitgehend selbständig. Rehabilitationsziel ist die Besserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben. Im Vordergrund stehen gezielte Maßnahmen zur Wiederherstellung und Kompensation gestörter Funktionen und die Anpassung der Umgebung an die Bedürfnisse des Rehabilitanden. Überleitung zur Phase E.

Phase E: Berufliche Rehabilitation, Nachsorge und Langzeitbetreuung. Diese Phase umfasst die berufliche und psychosoziale Wiedereingliederung.

Phase F: Langzeitpflege bei zustandserhaltender Dauerpflege. Patienten bei denen vorübergehend oder auf Dauer kein weiterer Rehabilitationsfortschritt erkennbar ist. Diese Patienten können schwer pflegebedürftig oder intensiv betreuungsbedürftig sein.

Aus dieser Darstellung ist abzuleiten, dass Phase A-C stationär erbracht werden. Die Phasen B und C umfassen die Frührehabilitation, die aber bereits schon in der Akutversorgung beginnt. Phase D beinhaltet auch teilstationäre Konzepte. In der Phase E erfolgt eine ambulante Betreuung und Phase F geschieht entweder im häuslichen Milieu oder institutionell. (Kaiser 1999:39ff, Kübert 2001:84f)

Hallaschka macht darauf aufmerksam, dass Patienten, die im Anschluss an die Frührehabilitation weiterhin und dauerhaft auf Pflege angewiesen sind (Phase F), oft großen Unsicherheiten ausgesetzt sind. Patienten werden meist in Pflege- und Altenheimen

untergebracht und sind verglichen mit den Einrichtungen der Frührehabilitation oft einer „plötzlichen und drastischen Unterversorgung hinsichtlich seines therapeutischen und fachpflegerischen Bedarfs“ ausgesetzt. (Hallaschka 1999:58) Die Angehörigen sind häufig mit langen Wartezeiten der Alten- und Pflegeheime konfrontiert. Hallaschka fordert deshalb die Priorität auf Fachpflegeeinrichtungen zu setzen, um diesen Patienten eine weiterführende und „chancenfördernde Hilfe“ angedeihen zu lassen (Hallaschka 1999:57).

Dieses Kapitel abschließend möchte ich noch mit Plenter darauf hinweisen, dass der Vorwurf, die Intensivmedizin kümmere sich nur um die leere Menschenhülle, heute so nicht mehr haltbar ist. Immer mehr apallische Patienten werden der Frührehabilitation und Rehabilitation und damit der sozialen Wiedereingliederung zugeführt (Plenter 2001:24). Dies wurde meiner Meinung nach an den dargestellten Behandlungsphasen und Behandlungszielen der neurologischen Rehabilitation deutlich. Frührehabilitative Behandlungskonzepte werden in dieser Arbeit unter dem Punkt 3.3. inhaltlich und von ihrem ideellen Ansatz her dargestellt.

3.2 Koma und Erlebnisqualität

Nachdem im voranstehenden Kapitel das Krankheitsbild des apallischen Syndroms betrachtet wurde, soll in diesem Kapitel ein Versuch unternommen werden, sich der Frage nach der Erlebnisfähigkeit komatöser Patienten anhand von Literaturstudien anzunähern. Diese Frage scheint schwierig zu beantworten, da komatöse Patienten sich selbst kaum äußern können. Aus Narkoseerfahrungen und Berichten ehemaliger Komapatienten lassen sich übereinstimmende Schlüsse zum Erleben im Koma ziehen, die aber sicher nicht für alle Patienten verallgemeinerbar sind.

Aus diesen Informationen lassen sich einerseits Ansatzpunkte und eine Bestätigung therapeutischer Angebote herleiten, andererseits wird auch deutlich, dass man sich als Therapeut oftmals in ein Gebiet der Vermutungen und Annahmen begibt, die Unsicherheit und nicht zuletzt ethische Fragestellungen und innere Konflikte auslösen können. Auf konkrete Konfliktsituationen wird in einem späteren Teil der Arbeit eingegangen. (s. Kapitel 4) Für die folgenden Betrachtungen wird der umfassendere Begriff des „Komas“ gewählt und erörtert, da das apallische Syndrom eine spezifische Erscheinungsform komatöser Zustände darstellt.

3.2.1 Komabegriff

Etymologisch hat das Wort „Koma“ seine Wurzeln im Griechischen und bedeutet „tiefer Schlaf“. (Mackensen 1988:217) Medizinisch gesehen, wird Koma als der schwerste Grad der quantitativen Bewusstseinsstörung definiert, bei der der Patient durch äußere Reize nicht mehr zu wecken ist. (Pschyrembel 1994:805) Die „komplette Nichtansprechbarkeit“ und „Reaktionslosigkeit“ auf Reize beschreibt den tiefsten Grad des Komas, der „an der Schwelle zum Tod“ liegt. (Zieger1993:481)

Um eine eventuelle Trendentwicklung des komatösen Zustandes ablesen zu können, wurden verschiedene Skalen erstellt, aus der die aktuelle Komatiefe zu schlussfolgern ist. Eine verbreitete Skala ist die Glasgow-Koma-Skala, die im folgenden beschrieben wird.

3.2.2 Glasgow-Koma-Skala

Die Glasgow-Koma-Skala ist ein Testverfahren zur Überprüfung von Reaktionen auf Schmerzreize, visuelle und akustische Reize. „Es wird eine Skala der Tiefe des Bewusstseinsverlustes benutzt, demzufolge das Koma je tiefer ist, um so mehr an Reaktionen fortfällt.“ (Linke 1999:43)

Die Beurteilung der Komatiefe erstreckt sich auf folgende Reaktionen: Augenöffnen, motorische Reaktionen, sprachliche Reaktionen. Entsprechend der Reaktionen werden Punkte vergeben, die auf die Komatiefe schließen lassen. (Poeck/Hacke 2001:35) Die niedrigste Punktzahl 3 ergibt sich, wenn der Patient die Augen nicht öffnet und keine motorischen und sprachlichen Äußerungen auf einen Reiz zu beobachten sind. Die höchste Gesamtpunktzahl ist bei 15 erreicht. Bereits die Punktzahl „14 wird als Indiz für eine auffällige Störung der Bewusstseinslage gedeutet“. (Gustorff/Hannich 2000:85)

Poeck und Hacke (2001:35) bemerken, dass die Glasgow-Koma-Skala trotz bedeutender Schwächen die am häufigsten gebrauchte Skala ist. Hinweise auf Unzulänglichkeiten dieses Verfahrens, sind bei verschiedenen Autoren zu finden. Zieger schreibt, dass die Glasgow-Koma-Skala „bloße klinische Symptome“ erfasst und damit von den Behandelnden „wichtigen Einzelheiten, Äußerungen und dynamischen Veränderungen nicht mehr“ wahr genommen werden. (Zieger 1992:105) Er fordert eine Erweiterung der „herkömmlichen Komaskalen durch kognitions- und tätigkeitspsychologische Merkmale.“ (Zieger 1992:105) Darin sieht er eine Chance, einen sensibleren Blick für mögliche Anknüpfungspunkte einer Kontaktaufnahme zu komatösen Patienten zu erhalten.

In diesem Sinn schreiben auch Poeck und Hacke, dass die Glasgow-Koma-Skala im Grunde contraindiziert ist. Sie beschreibt Aspekte der Reaktivität, die im Koma laut Definition nicht vorliegen. Außerdem sei bei intubierten Patienten eine Überprüfung der Sprache nicht möglich. Damit fällt die Möglichkeit einer Punktvergabe auf sprachliche Reaktionen weg oder kann nur geschätzt werden. Dies zeigt, dass die Skala nur eine grobe Prognose zulässt.

Auch Herkenrath macht darauf aufmerksam, dass diese Methode Fähigkeiten des Verständnisses und „eine Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit voraussetzt“. Er meint, dass das Ausbleiben von Reaktionen nicht unbedingt auf mangelnde Wahrnehmungsfähigkeit des Patienten zurückzuführen sein müssen, sondern bedingt durch begleitende

Krankheitssymptome (z.Bsp. Aphasie) rein physisch nicht möglich sein können. (Herkenrath 2002:125)

Trotz dieser Nachteile wird die Skala durchgängig benutzt, „um eine schnelle und unkomplizierte Verständigung über den Bewusstheitszustand von Patienten im klinischen Alltag zu gewährleisten“. (Gustorff/Hannich 2000:85)

Schon die Komadefinition nach Pschyrembel (s.3.2.1) wie auch die Kriterien zur Ermittlung der Komatiefe der Glasgow-Koma-Skala zeigen, dass die klinische Betrachtung des Komabegriffes hauptsächlich eine quantitative Einschätzung des Bewusstseins zum Inhalt hat. Zieger macht deutlich, dass der komatöse Patient von allen behandelnden Personen immer von außen betrachtet wird. Es bleibt die Frage bestehen, was der Patient im inneren wahrnimmt, empfindet und erlebt. (Zieger 1995:7) Die Fragen nach dem Bewusstsein sowie nach einer möglichen Erlebnisqualität im Koma soll in den folgenden Abschnitten behandelt werden.

3.2.3 Bewusstsein

Bewusstsein und Bewusstlosigkeit beschreiben sehr allgemein einen Bewusstseinszustand, der sich aus dem individuellen Verständnis des Behandelnden herleitet. Dieses Verständnis schließt meiner Meinung nach die Sicht einer Perspektive für den Patienten ein und prägt somit das ethische Denken im Umgang mit dem Patienten.

Der Zustand des Bewusstseins lässt sich nur schwer fassen. Um die Komplexität dieses Begriffes deutlich zu machen, sollen im folgenden verschiedene Definitionsweisen angeführt werden. Nach Plenter (Plenter 2001:20f) gibt es drei Herangehensweisen an das Thema Bewusstsein:

1. *neurowissenschaftlicher Ansatz*: Welche biologischen und chemischen Voraussetzungen für Bewusstsein notwendig sind, ist nicht bekannt. Es ist auch fraglich, in welchen Hirnarealen Bewusstsein zu lokalisieren ist. Plenter weist darauf hin, dass in der linken Hemisphäre vieles gesteuert wird, was zum Bewusstsein gehört, doch auch die rechte Hemisphäre ist besonders für die Vigilanz (Wachheit) wichtig. Den Kortex als Gesamtheit als Sitz des Bewusstseins zu lokalisieren, greift aber auch noch zu kurz, da ablaufende Prozesse auf ein Zusammenspiel mit anderen Teilen des

Gehirns angewiesen sind. Nach neueren Vorstellungen betrachtet man das Gehirn als ein offenes, sich selbst organisierendes System, das Erfahrungen, intuitive Momente und soziale Faktoren also eine Interaktion zwischen Bewusstsein, inneren Erfahrungen und psychologischen Prozessen gleichermaßen berücksichtigt. (Petsche 1997:630; Varela 1990:52) Diese Komplexität der Gehirnprozesse und Abläufe erklärt auch die Möglichkeit einer Kompensation ausgefallener Aufgaben geschädigter Gehirnregionen durch andere Teile des Gehirns. Aus dieser Komplexität heraus sieht Plenter es für bedenklich an, apallischen Patienten „bei dem Ausfall von Hirnteilstrukturen“ jegliches Bewusstsein abzusprechen. (Plenter 2001:20)

2. *Erlebnisbeschreibung einer inneren Erfahrung*: Bewusstsein wird dabei als eine Sammlung aller erlebten psychischen Zustände und Aktivitäten einer Person angesehen. Allerdings gibt es Bewusstseinszustände, die nicht auf Sinneseindrücke reduzierbar sind. Somit lässt sich Bewusstsein nicht allein auf innere Erfahrung reduzieren.
3. *Selbstbewusstsein* als eine Überzeugung vom Wert des eigenen Daseins in Abgrenzung zu anderen Menschen. Das Selbstbewusstsein bildet sich im Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung heraus und ist somit einer ständigen Entwicklung unterworfen. (Plenter 2001:20)

Aus diesen Kriterien wird für mich deutlich, dass Bewusstsein entscheidend von qualitativen Merkmalen geprägt wird und einen inneren Prozess darstellt. Es ist also schwierig, Bewusstsein bei apallischen Patienten davon abhängig zu beurteilen, was wir als Außenstehende auf einer „intellektuellverbalen und nonverbalkommunikativen Ebene“ wahrnehmen. (Salomon 1994:32)

3.2.4 Erlebnisqualität im Koma

Das qualitative Erleben von Bewusstsein scheint ein sehr individueller Prozess zu sein, der sich hauptsächlich im Inneren eines Menschen abspielt. Dies wurde für mich aus dem im voranstehenden Abschnitt aufgeführten Betrachtungsweisen von Bewusstseins deutlich. Auch wenn man von Patienten im apallischen Syndrom keine eindeutigen Impulse wahrnehmen kann, so scheint es dennoch bedenklich zu sein, diesen Patienten ein qualitatives Erleben von Bewusstsein abzusprechen. Es ist nicht auszuschließen, dass der Patient seine Umgebung wahrnimmt, sich selbst empfindet und sich dies in seinem inneren Erleben widerspiegelt.

Erweitert man die klassische klinische Definition des Bewusstseins, die über das Verhalten wahrnehmbare Aspekte betrachtet, und sieht Bewusstsein als einen „inneren, psychischen, subjektiven Zustand“ an (Dörner 1994:11), so kann „ein elementares Bewusstsein beim Patienten angenommen werden, welches im Sinne des `passiven Erlebens´ wirksam ist“. (Herkenrath 2002:124). Bewusstsein wird dann nicht mehr auf Reaktionsvermögen reduziert und Bewusstlosigkeit ist nicht mehr mit Wahrnehmungslosigkeit und Erlebnisunfähigkeit gleichgesetzt.

Daraus ergibt sich, dass der Begriff der Bewusstlosigkeit somit keinen Schluss über das Empfinden des Patienten zulässt. Er zeigt lediglich an, dass die Umwelt zu diesem Zeitpunkt keinerlei Zugangsmöglichkeiten zu dem Patienten hat. Als Betrachter kann man nur sagen, „dass ich meine Unerreichbarkeit für ihn (den Patienten) erlebe.“ (Dörner 1994:13) Nach Plenter stellt die Verwendung des Begriffes Bewusstlosigkeit einen Deutungsversuch dar, „die defizitären Rückkopplungsmöglichkeiten der Umwelt gegenüber dem Menschen im Wachkoma zu beschreiben.“ (Plenter 2001:22)

Verschiedene Autoren weisen unter dem Gesichtspunkt einer inneren Erlebnisfähigkeit komatöser Patienten auf die Bedenklichkeit einer Negativstimulation Testung des Bewusstheitsstadiums hin (z.Bsp. durch Schmerzprovokationen, Wärme/Kälte, Lichtreize), die vermutlich einen Rückzug des Wahrnehmungspotentials zu Folge hat. In diesem Kontext scheint mir die feine Differenzierung Schwörers bemerkenswert, die den apallischen Patienten nicht im Stadium der Bewusstlosigkeit, sondern der Bewusstseinstrübung sieht. Daraus leitet sie einen aktiven Handlungsansatz ab, der eine intensive Rehabilitation begründet. (s. 3.1.4; Schwörer 1995:4) Dieser besteht darin, die vorhanden Potentiale des Patienten zu nutzen, zu fördern und auszubauen. (Plenter 2001:21; Zieger 1993:481)

Die Betrachtungen über das Bewusstsein legen den Schluss nahe, dass Bewusstsein nur subjektiv in vollem Umfang erlebbar ist. Einerseits einen aktiven Handlungsansatz begründend, lässt diese Erkenntnis auch viele Fragen offen. Es ist kaum möglich, das subjektive Erleben komatöser Patienten nachzuvollziehen. Inwieweit ist es dann überhaupt möglich individuelle Bedürfnisse der Patienten zu eruieren?

Um sich erst einmal der Frage nach verallgemeinerbaren Bedürfnissen komatöser Patienten anzunähern, sollen in dem folgenden Abschnitt die äußeren Bedingungen betrachtet werden, denen komatöse Patienten auf einer Intensivstation unterliegen. Verschiedene Aspekte zu ihrer Situation werden aus Literaturquellen und eigenen Erfahrungen zusammengetragen.

3.2.5 Zur Situation komatöser Patienten auf der Intensivstation

Zieger beschreibt Koma als „eine Lebensform am Rande des Todes“, die durchaus zum „Ausgangspunkt eines neuen Lebens“ werden kann. (Zieger 1999:26) Sie beinhaltet eine Art Schutz, Erholung und Abschirmung. Lebensfunktionen können sich „auf elementarer Ebene stabilisieren, bewegen und weiterentwickeln“. (Zieger 1993:482)

Doch der Patient ist in dieser Situation einer totalen Isolation ausgesetzt. Nach einem traumatischen Unfall werden die Personen aus ihren gewohnten persönlichen und sozialen Bezügen gerissen. Zieger macht darauf aufmerksam, dass zu dieser äußeren Trennung, die fremde und isolierende Umgebung der Intensivstation und die gravierenden inneren Hirnverletzungen des Patienten noch hinzukommen. (Zieger 1999:26) Das Überleben der Patienten ist nur durch direkte Hilfe und rundum medizinische Versorgung auf der Intensivstation möglich. Sein Überleben hängt aufgrund der vitalen Bedrohung der Patienten von der Apparatur und dem Personal auf der Intensivstation ab (Gustorff/Hannich 2000:23).

Eine weitere Problematik sieht Hannich in der Reizüberflutung, der die schwerst pflegebedürftigen Patienten auf der Intensivstation ausgesetzt sind. Hannich (1987) zeigt auf, dass Intensivpatienten alle 5 Minuten von mindestens einer Person berührt werden. Wird eine bestimmte kritische Schwelle überschritten, ist der Patient nicht mehr in der Lage, diese Information sinngebend zu verarbeiten. Daraus erwächst eine Stresssymptomatik, die sich in aktiver Isolation oder taktilen Abwehrmechanismen (Spasmen, schlagende Bewegungen, kontrakten Haltungen) zeigen kann. (Nydahl/Bartoszek 1998:18). Hinzu kommt eine Vielzahl

akustischer Reize durch Alarme der verschiedenen Überwachungsapparaturen. Folge ist, dass die differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit des Patienten noch weiter abnimmt. Daraus resultierend können Orientierungsschwierigkeiten verstärkt werden.

Man weiß nur wenig darüber, wie Menschen im Koma leben. Einiges kann man aus Selbsterfahrungsberichten von Menschen erschließen, die ein Koma erlebt haben oder Narkoseerfahrungen wiedergeben können. Studien zeigen, dass sich zwischen 40% und 50% von untersuchten Patienten im posttraumatischen Koma an einen Zustand erinnern, der übereinstimmend mit Gefühlen des Gefangenseins und Todesbedrohung beschrieben werden kann. (Hannich 1993:219f)

Aus solchen Erfahrungsberichten schließt Hannich: Je tiefer die Bewusstseinstäubung ist, um so mehr wird die Erlebniswelt des Kranken durch körper- und gefühlsnahe Erfahrungen dominiert. Es kann zu qualitativen Veränderungen im Sinne von Denkstörungen, zur Verkenntung der Situation und zur illusionären Zuordnung (z.Bsp. das Pflegepersonal wird als bedrohlich wahrgenommen) kommen. „Bedeutungswandel und Verlust des erfahrenen Sinnzusammenhangs kann zu großer Unsicherheit führen“. Diese Vorgänge sind von außen nur schwer zu erkennen. (Gustorff/Hannich 2000:28f)

Hannich sieht in seinen Betrachtungen auch die besondere Belastung für das Pflegepersonal, die ständig mit schwerstkranken Patienten auf der Intensivstation arbeiten. Er stellt dabei heraus, dass die Pflegenden ständig in der Spannung zwischen dem „Heilen wollen“ und dem Umgang mit Schwerkranken und Moribunden stehen. (Hannich 1983:29) Gefühle der Trauer, der Enttäuschung und des Versagens sind in das vielschichtige Beziehungsmuster zwischen Patient und Pflegendem mit eingebunden. Interessanterweise wird in einer Untersuchung der Beziehungsmuster zwischen Patient und Pflegepersonal herausgestellt, dass die Art der Angst- und Stressbewältigung der Patienten in Abhängigkeit von der Haltung und der Aktivitäten des Pflorgeteams zu sehen ist. (Hannich 1983:35)

Im technisierten Klinikalltag besteht leicht die Gefahr, dass die Individualität des Patienten aus dem Blickfeld der Behandelnden rückt. Es kann schnell vergessen werden, dass der Mensch „Zeit seines Lebens versucht, seinen individuellen Weg zu gehen und seine Individualität zu wahren“. (Hannich 1993:222) Der Patient kann somit zum „Objekt der Behandlung“ werden. (Hannich 1999:74) Daher ist es wichtig, den Patienten mit seinen

Möglichkeiten zu betrachten und auch unscheinbar wirkende Zeichen von Seiten des Patienten Bedeutung zu verleihen und in eine Beziehung zu dem Patienten mit einzubeziehen.

Zieger sieht in dem Aufbau sozialer Beziehungen zwischen Therapeut und Patient das entscheidende Moment für die individuelle Entwicklung. (Zieger 1993:480) „Wir wissen heute, dass, solange ein Mensch lebt, er mit Wahrnehmungen und Bewegungen mit seiner Umwelt verbunden ist. Ein Mensch im Koma hat eine konkrete Lebensgeschichte, einen eigenen Namen und eine einzigartige Persönlichkeit.“ (Zieger 1993:482) Auch im Koma bewahrt jeder Mensch Ausdrucksmittel seiner Individualität.

Dieses Verständnis bildet die Grundlage eines individuellen und aktiven Behandlungskonzeptes für komatöse Patienten, um immer wieder nach Wegen und Ebenen zu suchen, auf denen Kommunikation stattfinden kann. Therapeutische Behandlungskonzepte sind der Gegenstand des folgenden Kapitels.

3.3 Therapeutische Behandlungskonzepte für Patienten im apallischen Syndrom

In dem folgenden Kapitel werden Therapiekonzepte vorgestellt, bei denen ein Beziehungsaufbau zu dem komatösen Patienten als grundlegendes Ziel angesehen wird, um auf existentielle und individuelle Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können.

3.3.1 Das Konzept der Frührehabilitation

Zieger meint, dass in der Vergangenheit die Unsicherheit in dem Umgang mit komatösen zur „Verneinung von Behandlungsweisen“ geführt hat, die normalerweise jedem anderen Patienten angeboten werden. (Zieger 1999:28) In den letzten Jahrzehnten hat sich jedoch in der Behandlung von Komapatienten die Einstellung von einer passiven zu einer aktiven Therapie hin verändert. (Zieger 1996:310) Es wurde erkannt, dass Möglichkeiten zur bewussten Verarbeitung und Integration: Annahme der Realität, Trauerarbeit, „achtsames, gelassenes Handeln mit dem Leiden anderer wie mit sich selbst, statt das Leiden ausmerzen zu wollen“, wesentliche Voraussetzungen für einen positiven Krankheitsverlauf darstellen. So sieht Zieger eine „einfühlsame und würdevolle Kommunikation“ als unerlässlich für eine wirklich humane Medizin. (Zieger 1999:28)

Auf der Grundlage einer beziehungsmedizinischen Sichtweise stützt man sich weniger auf die Defizite des Patienten, sondern „stellt eher die Frage nach der Bedeutsamkeit für den Betroffenen und sucht nach Möglichkeiten, ihm emphatisch und fördernd zu begegnen.“ (Hannich 1993:219) Ein bedeutender Vertreter ist Andreas Zieger, der in den 80er Jahren das Konzept der neurologischen Frührehabilitation entwickelte. Das Konzept beinhaltet die Frühförderung komatöser Patienten.

Zieger definiert sein Konzept als „integrative, sinnstiftende und entwicklungslogische Rekonstruktionsarbeit unter Rückgriff auf lebensgeschichtliche Aspekte, die in interdisziplinär gestalteten Möglichkeitsräumen entfaltet wird.“ (Zieger 1992:108) Dies erfordert interdisziplinäre Teamarbeit, optimistische Einstellung und großes Wissen.

Einen frühen Dialogaufbau zum Patienten sieht Zieger als Kernstück der Behandlung. Der zwischenmenschliche Faktor hat für ihn einen sehr hohen Stellenwert für eine positive Entwicklung. Dies belegt er mit einer amerikanischen Studie: „Nach Auffassung renommierter amerikanischer Rehabilitationsforscher ist im Krankheitsfall dem Faktor

„Hirnschädigung“ ein Gewicht von zwanzig beizumessen, während „soziale Umgebung“, „Emotionen“ und „Kommunikationen“ mit einem Bedeutungsgrad von achtzig zu gewichten sind. (Zieger 1996:311) Zwischenmenschliche Kontaktaufnahme, Beziehungsgestaltung und Kommunikation sind für die therapeutische Förderung und Rehabilitation unverzichtbar.

Die theoretische Grundlage für zwischenmenschliche Kontaktaufnahme bildet das dialogische Prinzip nach Martin Buber. Dialog ist eine elementare Kommunikationsform zwischen zwei Menschen „von ich und Du“. Beide Partner sind gleichberechtigt und gestalten ein gemeinsames Dialogfeld. In diesem Zwischenfeld entsteht das gemeinsame Dritte, die Menschlichkeit. Im Dialogfeld geschieht zwischenmenschliche körpernahe Begegnung, Austausch, Vermittlung und Lernen. Bindungen und Beziehungen unter Menschen können gestaltet werden. (Zieger 1999:28)

Zieger sieht Koma als Schutzfunktion des Körpers „wie ein tiefer beharrlicher Schlaf und ... somit (als) sinnvolle Lebensmöglichkeit“ mit individuellen Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten. (Zieger 1993:482) Diese individuellen Regungen (z.Bsp. Atemrhythmus, Spontanbewegungen) können laut Hannich als Zeichen von Selbstaktualisierung gedeutet werden. (Hannich 1993:219)

Darauf aufbauend zielt das Konzept der Frührehabilitation auf die Herstellung kommunikationsfördernder Bedingungen. Es gilt, vielfältige Vertrauensbereiche als mögliche Entwicklungsräume aufzubauen. (Zieger 1992:95) In einem multidisziplinären Therapeutenteam wird dies unter Einbeziehung der Angehörigen nach einem abgestimmten Plan frühzeitig, möglichst viele Sinnesbereiche einschließend, gestaltet. Eingebunden in dieses Konzept ist auch die Musiktherapie. Methodische Anknüpfungspunkte und Basis für einen „sinnhaft ausgerichteten Dialog“ geben bereits vegetative Äußerungen des Patienten. Zieger ermutigt zur Suche und Interpretation kaum wahrnehmbarer Regungen des Patienten. (Zieger 1992:100) Als sehr wichtig sieht Zieger an, dem Patienten vertraute Personen mit in das Behandlungskonzept einzubeziehen und zur Kontaktaufnahme mit dem Patienten zu ermutigen.

Aus musiktherapeutischer Sicht scheint mir sehr interessant, dass Zieger der auditiven Stimulierung einen besonderen Wert zumisst. Das Ohr ist der am frühesten erwachende

Fernsinn. (Zieger 1992:102) Zieger verweist auf die Möglichkeit des Zuhörens des bewusstseingetrübten Patienten. Er sieht in dem Zuhören einer Melodie eines Menschen eine Möglichkeit, dem Anderen Annahme und Anerkennung zu vermitteln. „Die Möglichkeit des Zuhörens konstruiert Intimität, Implizites und Zusätzliches, das, was noch nicht gesagt ist und Unausgesprochenes“ (Zieger 1996:311) Musik als nichtsprachliches Verständigungsmittel sieht Zieger als ein kreatives Mittel zur Persönlichkeitsentwicklung und der Begegnung. Diese Gedanken werden in der Darstellung eines musiktherapeutischen Konzeptes wieder aufgegriffen. (siehe 3.3.4)

Das Konzept der Frührehabilitation stellt eine Erweiterung der herkömmlichen medizinischen Behandlung komatöser Patienten dar und sollte bereits in der Akutphase der Behandlung begonnen werden. Es umfasst einen kreativen Prozess, der individuell, differenziert und immer wieder neu gestaltet werden muss. Zieger sieht in diesem gemeinsamen Handeln zwischen Therapeuten, Patienten und Angehörigen die Chance, Hilflosigkeit und Trauer in therapeutische Kraft und Unterstützung umzuwandeln. (Zieger 1993:488)

3.3.2 Basale Stimulation

1975 entwickelte Andreas Fröhlich das Konzept der basalen Stimulation zur Förderung geistig und körperlich behinderter Kinder. Das Konzept ist speziell auf die Betreuung schwerstbehinderter Personen ausgerichtet. Sie erhalten „elementare Anregungen, gezielte und systematische Informationen (Stimulation)“ über sich und ihre Umwelt (Nydahl/Bartoszek 1998:1) Dem Konzept liegt die Annahme zugrunde, dass schwerstbehinderte Personen Stimuli wahrnehmen und verarbeiten, auch wenn Außenstehende keine sichtbaren Reaktionen beobachten können.

In den 80er Jahren wurde dieses Konzept auf die Krankenpflege übertragen. Überraschende Erfolge erzielte man bei apallischen und komatösen Patienten. Nydahl und Bartoszek formulieren das Anliegen der basalen Stimulation folgendermaßen: „Basal stimulierende Pflege entwickelt sich aus der Beziehung zwischen Patient und Pflegendem, sie ist hoch individualisiert und bietet dem Patienten gezielt aktivierende, fördernde Wahrnehmungsmöglichkeiten an. Wir begleiten den Menschen auf seinem Weg.“ (Nydahl/Bartoszek 1998:2) In diesem Satz wird, genau wie bei Zieger (s. 3.3.1) der hohe

Stellenwert zwischenmenschlicher Beziehung und damit der Kommunikation als Grundlage menschlicher Existenz angedeutet.

Basale Stimulation umfasst Angebote somatischer Stimulation, mit dem Ziel, Körperselbsterfahrungen für den Patienten gezielt erlebbar zu machen. Sie können vestibuläre (zur Förderung des Gleichgewichts), vibratorische, orale, auditive, visuelle, taktile oder atemstimulierende Reize umfassen.

Auch Nydahl und Bartoszek messen, wie auch Zieger (vergl. 3.3.1), der Förderung der auditiven Wahrnehmung eine besondere Bedeutung bei. Sie machen auf die individuelle Prägung der Verarbeitung auditiver Reize und damit auf die mögliche unterschiedliche Verarbeitung bestimmter Signale aufmerksam und unterstreichen davon ausgehend die Wichtigkeit eines eindeutigen auditiven Angebotes. Diese Eindeutigkeit ist auch gerade auf einer Intensivstation wichtig, da die Patienten durch z.Bsp. Alarme von Überwachungsgeräten einer ständigen auditiven Reizüberflutung ausgesetzt sind (vergl. Hannich 3.2.5).
(Nydahl/Bartoszek 1998:9)

3.3.3 Zusammenfassende Gedanken zu den Konzepten der Frührehabilitation und der basalen Stimulation

In den letzten zwei Abschnitten wurden die Konzepte der Frührehabilitation und der basalen Stimulation dargestellt. Diese beiden Konzepte zielen auf die schwerst pflegebedürftigen Patienten in den Akutphasen des Krankheitsverlaufes (siehe 3.1.4.1) oder mit Remissionsverläufen (siehe 3.1.4.2), die auf der Stufe der apallischen Symptomatik oder einer frühen Remissionsphase bestehen bleiben. Nach meiner Erfahrung sind diese Konzepte in der heutigen Zeit schon fast selbstverständlich in neurologischen Rehabilitationskliniken zu finden und ineinander integriert. Hannich verweist auf den Vorzug der Kreativität in solch einer Pflege und Therapie: „sie eröffnet Freiräume, in denen sich Patient und Therapeut zu einem höchst einmaligen Prozess begegnen“. (Hannich 1993:225)

Beide Konzepte stehen für eine grundsätzliche Denkrichtung in der Therapie innerhalb einer beziehungsmedizinischen Sichtweise. Sie können sich in der praktischen Arbeit ergänzen und bilden eine Art Gerüst, in welches verschiedene weitere Methoden eingebettet sein können. Man bemüht sich um eine frühestmögliche, individuelle Förderung durch Angebote zur

Körperselbsterfahrung unter Beachtung lebensgeschichtlicher Aspekte im multiprofessionellen Team. In dieses Therapieangebot eingebettet sehe ich auch die Musiktherapie.

Gedanken zu einem musiktherapeutischen Ansatz in der neurologischen Frührehabilitation mit apallischen Patienten werden im folgenden Abschnitt behandelt. Dabei werden Anknüpfungspunkte zu den basalen Therapiekonzepten gesucht und die spezifischen Möglichkeiten der Musiktherapie herausgearbeitet.

3.3.4 Musiktherapie mit apallischen Patienten in der Frührehabilitation

Aufgrund eines gleichen Therapieverständnisses vor einem beziehungsmedizinischen Hintergrund, sind gemeinsame Ansatzpunkte in der Musiktherapie mit apallischen Patienten in der Frührehabilitation und den basalen und frührehabilitativen Therapiekonzepten zu finden.

In der beziehungsmedizinischen Sichtweise wird der zwischenmenschlichen Beziehung als Basis für Kommunikation eine hohe Bedeutung eingeräumt. Man betrachtet sie „als Zellen des Wachstums und der Entwicklung und somit der Gesundheit.“ (Gustorff/Hannich 2000:20) An dieser Aussage knüpft das Therapieangebot an. Therapie wird als Begegnungs-, und Entfaltungsprozess verstanden, der auf die Entdeckung und Entwicklung der Ressourcen des Patienten gerichtet ist und somit den Ansatzpunkt in „dem Gesunden“ sucht. Dieser Grundgedanke ist in den Konzepten von Zieger und Fröhlich nachvollziehbar und genau dort setzt auch die Musiktherapie an.

Die Musiktherapie richtet, ein in erster Linie nonverbales Angebot der Begegnung und des Beziehungsaufbaus an apallische Patienten. Dieses musikalische Angebot erreicht vornehmlich spürbare und qualitative Seiten des Erlebens. Der Einfluss von Musik auf innere psychologische Prozesse, die Phantasien, Ideen, Erfahrungen, Erinnerungen und damit verbundene Emotionen auslösen können, scheint in der Lage zu sein, auch bewusstseinsgetrübte Patienten zu erreichen.

Musiktherapeutische Interventionen nehmen deshalb Bezug auf lebensgeschichtliche Aspekte. (vergl. 2.3.2.3.3) einerseits, betonen aber auch die Bedeutung musikalischer Erlebnisse im Hier und Jetzt. Hilfreich ist eine Musikanamnese, die in Zusammenarbeit mit den Angehörigen erarbeitet werden kann. Das Musikerleben ist somit nicht „als passiver Rezeptionsvorgang anzusehen, sondern als personaler Gestaltungsprozess, der durch die Persönlichkeit geformt wird und in dem sich umgekehrt auch die Persönlichkeit widerspiegelt“. (Harrer 1982:123)

Das signifikanteste Merkmal der Musiktherapie im Vergleich zu anderen Therapien liegt darin, dass der Patient in eine Beziehung zur Musik selbst treten kann und durch minimale Änderungen seiner basalen Lebensfunktionen (z.Bsp. des Atemrhythmus) aktiver Teil eines musikalischen Miteinanders werden kann.

Das oft einzig sichtbare Mittel, das dem Patienten für einen individuellen Selbstaussdruck zur Verfügung steht, ist sein Atemrhythmus. Meiner Meinung nach bietet der Atemrhythmus ein kommunikatives Grundmuster, auf dem man in eine Beziehungsebene zu seinem Gegenüber treten kann. Ein sich Einstellen auf diesen individuellen Rhythmus des Patienten kann zu einem Prozess des gegenseitigen Beeinflussens und Miteinanders, oder wie es Maranto bezeichnet, zum Phänomen des „Entrainment“ (Maranto 1993:159) führen. Musik als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel verstanden (vergl. Musikbegriff unter 2.3.2.3), kann somit zum aktiven Agenten in einem Beziehungsaufbau zwischen Klient und Therapeut werden.

Auch Jochims sieht in der musikalischen Begegnung basaler Lebensvorgänge die Möglichkeit, den Patienten emphatisch zu erreichen und erste Reaktionen sensorischer, sprachlicher, emotionaler und motorischer Grundmuster wahrzunehmen. (Jochims 1990:127ff) Die Begegnung auf basaler Ebene kann dem Patienten durch Einbeziehung seiner individuellen Ausdrucksmöglichkeiten und vegetativen Äußerungen Angenommensein vermitteln. Oft sind erste Reaktionen nur an Veränderungen der Monitorwerte zu erkennen. Gustorff sieht die musikalische Begegnung als Möglichkeit, um dem Patienten emphatisch zu begegnen „etwas zu teilen, ihnen in Würde zu Eindruck und Ausdruck zu verhelfen.“ (Gustorff/Hannich 2000:62)

Trotz der therapeutischen Haltung, dass nicht die Defizite des Patienten, sondern der Mensch selbst in seiner Würde, mit seinem individuellen Ausdruck und dem Bedürfnis nach Integration und zwischenmenschlicher Nähe im Mittelpunkt bei der Suche nach Möglichkeiten, ihm emphatisch und fördernd zu begegnen steht, begegnen dem Therapeuten immer wieder Situationen, die von Unsicherheit im Umgang mit dem Patienten geprägt sind. Dem Therapeuten stehen oft nur vage Anhaltspunkte zur Verfügung, die auf die Befindlichkeit und die Bedürfnisse des Patienten schließen lassen. Der Patient ist nicht selbst in der Lage, diese eindeutig mitzuteilen. Die sich daraus ergebende Verantwortung des Therapeuten gegenüber dem Patienten und mögliche Unsicherheitsfaktoren bilden den Gegenstand des folgenden Kapitels.

3.4 Zusammenfassung

In dem dritten Kapitel dieser Arbeit wurde das Krankheitsbild des apallischen Syndroms und therapeutische Behandlungskonzepte, die vor allem in der Frührehabilitation angewandt werden, vorgestellt.

Für Patienten im apallischen Syndrom kann oft keine zweifelsfreie Diagnose gestellt werden und auch der Verlauf der Krankheit ist meist nicht einem klar definierbaren Schema zuzuordnen. An einem Schlaf-Wach-Zyklus ist zu erkennen, dass die Patienten nach längerer Bewusstlosigkeit wieder wach geworden sind. Sie unterliegen aber weiterhin einem starken Bewusstseinsverlust und können auf Umweltreize nicht reagieren. Gustorff beschreibt den komatösen Patienten als eine Person, die „vor allem seelisch wenig belebt“ wirkt und dadurch den „Betreuenden oft ein Gefühl von Macht- und Hilflosigkeit“ vermittelt. (Gustorff/Hannich 2000:60)

Ansatzpunkte eines aktiven Behandlungskonzeptes liegen in der Sichtweise auf die Erlebnisfähigkeit von komatösen Patienten. Bringt man Bewusstsein mit der Komponente eines inneren, psychischen Zustandes in Berührung, der nur individuell in vollem Umfang erlebbar ist, so wird Bewusstsein nicht mehr nur auf Reaktionsvermögen reduziert und von außen beobachtbare Bewusstlosigkeit nicht mit Wahrnehmungslosigkeit und Erlebnisunfähigkeit gleichgesetzt.

Auf der Grundlage einer beziehungsmedizinischen Sichtweise setzt Therapie hier an. In dem voranstehenden Kapitel wurden basale und frührehabilitative Behandlungskonzepte nach Zieger und Fröhlich vorgestellt. Der zwischenmenschlichen Beziehung, gesehen als Basis von Kommunikation (vergl. Kommunikationsbegriff unter 2.3.2.3.4), wird ein signifikanter Stellenwert eingeräumt. Therapie wird somit als ein Begegnungs- und Entfaltungsprozess verstanden, der an die individuellen Ressourcen des Patienten, in diesem Fall vornehmlich an vegetative Lebensfunktionen, anknüpft.

Eingebettet in dieses Therapiekonzept sehe ich in der Frührehabilitation die Musiktherapie, die ein nonverbales Angebot der Begegnung und Beziehung an den Patienten richtet.

4.0 Ethische Aspekte in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten

Bestandteil des voranstehenden Kapitels war es, die Ansatzpunkte eines aktiven therapeutischen Handlungsansatzes in der Betreuung apallischer Patienten herauszuarbeiten. Ausgehend von einer inneren Erlebnisfähigkeit der Patienten, werden ihnen Angebote zum Aufbau einer Beziehung offeriert, die an basale und individuelle Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten anknüpfen und einer, durch krankheitsbedingte Umstände erlebten Isolation entgegenwirken sollen.

Eine besondere ethische Verantwortlichkeit des Therapeuten gegenüber dem Patienten ergibt sich meiner Meinung nach daraus, dass der Patient seine Bedürfnisse selbst nicht ausdrücken kann und der Therapeut deshalb überwiegend auf seine eigene Intuition angewiesen ist, um die Bedürfnisse des Patienten zu mutmaßen und das Therapieangebot darauf abzustimmen. Dieser Tatbestand verdeutlicht, dass die Verwirklichung von Selbstbestimmung und Autonomie apallischer Patienten mit Schwierigkeiten behaftet ist.

Zu Beginn des folgenden Kapitels werden Aspekte der Verantwortungsübernahme des Therapeuten für den apallischen Patienten vor dem Hintergrund einer Nichteinwilligungsfähigkeit der Patienten erörtert. Unter diesem Blickwinkel werden anhand von klinischen Beispielen mögliche Konfliktsituationen in der musiktherapeutischen Arbeit mit Apallikern illustriert. Modelle, die der Therapeut im Prozess der Entscheidungsfindung für ethische Fragenstellungen in Anspruch nehmen kann, werden gegen Ende des Kapitels vorgestellt und hinterfragt.

4.1 Verantwortungsübernahme für den Patienten

May sieht in der Selbstbestimmung ein „Kennzeichen einer formalen Kompetenz des Subjektes zu autonomen Entscheidungen in einer individualistischen und pluralistischen Gesellschaft“. (May 2001:38) Die Wahrung dieses Rechtes ist für apallische Patienten kaum möglich, da sie ihre eigenen Anliegen nur in sehr geringem Maße und selten eindeutig interpretierbar Ausdruck verleihen können.

In der therapeutischen Situation bedeutet dies, dass der Therapeut gefordert ist, für den Patienten Verantwortung zu übernehmen und stellvertretend für ihn Entscheidungen, die das

therapeutische Setting berühren, zu treffen. Dieser Verpflichtung zu Verantwortung sollte sich der Therapeut bewusst sein.

Die ethische Bedeutsamkeit der Verantwortungsübernahme ergibt sich allein schon aus der Reichweite, die die Tatsache mit sich bringt, Entscheidungen für einen anderen Menschen zu treffen. May definiert Verantwortung in diesem Zusammenhang als eine „gleichberechtigte Betrachtung von Handlungen und Unterlassungen“. (May 2001:102) An dieser Aussage wird ein möglicher Balancegang einer Entscheidungsfindung deutlich. Ich möchte hier noch einmal betonen, dass im musiktherapeutischen Zusammenhang zu treffende Entscheidungen sicher selten so weitreichende oder schwerwiegende Konsequenzen mit sich bringen, wie vielleicht Entscheidungen im medizinischen Bereich.

Aber unabhängig von der Reichweite der zu treffenden Entscheidung berührt die Übernahme von Verantwortung für eine andere Person meines Erachtens immer zwischenmenschliche Qualitäten wie zum Beispiel Achtung, Vertrauen, Vorsorge, Gegenseitigkeit und Empathie. May sieht damit Verantwortung in das Zentrum der Moral gerückt. (May 2001:102) und bestätigt meiner Meinung nach die Wichtigkeit ethischen Denkens als verinnerlichte Grundhaltung für das Handeln des Therapeuten. (vergl. 2.3.2.2)

May bezeichnet in der Verantwortungsübernahme für apallische Patienten das „*Dilemma der Unsicherheit*“ als größte Herausforderung. (May 2001:153) Wie bereits beschrieben, lässt sich für Patienten im apallischen Syndrom nur schwer eine zuverlässige Prognose stellen. (s. 3.1.4) Werden therapeutische Angebote begrenzt oder abgebrochen, können eventuell eintretende positive Verläufe frühzeitig beendet werden. Ein weiteres Moment der Unsicherheit in der zu treffenden Entscheidung liegt darin, dass der Therapeut großteils auf Interpretationen und Mutmaßungen hinsichtlich der Wünsche, Befindlichkeit und Bedürfnisse des Patienten angewiesen ist.

Für eine stellvertretende Entscheidungsfindung soll der mutmaßliche Patientenwille oder wie Plenter ihn bezeichnet „*der hypothetisch individuelle Wille*“ (Plenter 2001:43) ausschlaggebend sein. Bei Patienten mit länger andauernder Bewusstlosigkeit, ist der mutmaßliche Patientenwille nur sehr schwer und kaum verbindlich zu ermitteln. Der mutmaßliche Wille stellt lediglich eine Interpretation dar, zu deren Ermittlung „regelmäßig

viele äußere Aspekte herangezogen werden, die den Betroffenen tangieren, letztlich aber nicht aus ihm heraus resultieren“. (May 2001:289)

Diese indirekte Ermittlung der Bedürfnisse und Werte des Patienten sind natürlicherweise mit einer wesentlich größeren Unsicherheit behaftet, als ein geäußerter Wille. May gibt zu bedenken, dass verschiedene Interpretationen und Informationsquellen ein zusätzliches Risiko darstellen und empfiehlt daher, den Angehörigen, die den Patienten am besten kennen, Interpretationsvorrang einzuräumen. Auf die Situation apallischer Patienten zugeschnitten, sollte aber meiner Meinung nach bedacht sein, dass die Angehörigen oft mit einer völlig neuen Lebenssituation ihres Verwandten konfrontiert werden und die fachliche Kompetenz des Therapeuten dieser Situation als Hilfestellung gegenüber steht.

Die Wahrung der Autonomie apallischer Patienten ist besonders in der Krankheitsphase, in der keine eindeutig interpretierbare Kommunikation möglich ist, schwierig zu gewährleisten. Der Rückbezug auf den mutmaßlichen Patientenwillen ist nur mit Vorsicht zu verwenden, da keine außenstehende Person im letzten beurteilen kann, wie der Patient selbst entscheiden würde. Aus dieser Diskrepanz entstehen in der täglichen Arbeit eine Vielzahl ethischer Konfliktsituationen, die als ethische Dilemmata bezeichnet werden. Nachstehend erfolgt eine Begriffsklärung des ethischen Dilemmas sowie eine Ausführung von Beispielen aus der beruflichen Praxis.

4.2 Das ethische Dilemma

In der Therapie treten immer wieder Konfliktsituationen auf, die von einem komplexen und subjektiven Charakter geprägt sind. Die Herausforderung besteht darin, Lösungsalternativen für den Konflikt zu finden und sich unter der Vielzahl der Möglichkeiten für eine Handlungsalternative zu entscheiden. Problemstellungen, die nicht eindeutig zu lösen sind, da die abzusehenden Konsequenzen keiner, der in Frage kommenden Handlungsalternativen befriedigend ist, bezeichnet man als ethische Dilemmata. Nur durch eine willentliche Bestimmung kann man eine Handlungsalternative auswählen, von der man meint, sie sei die angemessenste.

Ethik versucht, Kriterien für moralisches Handeln aufzustellen, an denen man sich in solchen schwierigen und oft einmaligen Situationen orientieren kann. (Aadland 1998:15f; Aadland

1997:189) Diese ethischen Fragestellungen entstehen nach meiner Erfahrung aber meist unvorhergesehen im Zusammenspiel mit dem Patienten und erfordern dann häufig eine schnelle Entscheidung. Sie müssen nicht immer weitreichende Konsequenzen mit sich bringen, können aber mein Handeln am Patienten und meine Berufskompetenz in Frage stellen. Einige solcher Situationen aus der praktischen Arbeit sollen nachfolgend aufgeführt werden.

4.3 Ethische Dilemmata in der musiktherapeutischen Tätigkeit mit apallischen Patienten

In der praktischen musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten kommen immer wieder Situationen vor, die Unsicherheit im Umgang mit dem Patienten hervorrufen. Mögliche Aspekte, die Konfliktsituationen auslösen können, sind im folgenden benannt, mit erlebten, praktischen Beispielen illustriert und kommentiert.

- Ist dem Patienten ein musikalisches Therapieangebot überhaupt recht und wenn ja, in welcher Form?

1. Ein 35 jähriger Mann hatte einen schweren Arbeitsunfall. Er wurde ca. 30 Minuten nach dem Unfall reanimiert. Während des Unfalls erlitt er eine schwere Hirnverletzung. Vor kurzem wurde er auf die Intensivstation einer neurologischen Rehabilitationsklinik verlegt. Weiterhin ist er nicht ansprechbar, hat aber seine Augen immer wieder kurzzeitig geöffnet. Das tägliche musiktherapeutische Angebot beinhaltet folgende Elemente: Improvisation von melodischen Phrasen im Atemrhythmus des Patienten, Improvisation auf dem Saitenspiel und Summen von Liedern. Es ergab sich keine Gelegenheit, mit den Angehörigen über das Therapieangebot zu sprechen und eine Musikanamnese des Patienten zu erstellen. Im Laufe mehrerer Therapieeinheiten war keine merkliche Reaktion des Patienten auf das Angebot zu beobachten. Auch die monitorüberwachten Werte; Atemfrequenz, Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung des Blutes, wiesen während der Therapie keine Veränderung auf. Es stellt sich für mich nun Frage, ob dem Patienten ein musikalisches Angebot überhaupt recht ist. Erreicht es die Bedürfnisse des Patienten oder stülpe ich ihm ein musikalisches Angebot über?

Das Wahrnehmungspotential schwer hirngeschädigter Patienten ist kaum einschätzbar. Herkenrath weist darauf hin, das „eine Nichterkennbarkeit von zu erwarteten Reaktionen auf Wahrnehmungen musikalischer Parameter ... nicht unbedingt deren Nichtexistenz beweisen.“ (Herkenrath 2002:130) Dieses Statement kann mich in meiner Arbeit bestärken und zu einer Aufrechterhaltung des musiktherapeutischen Angebotes für den Patienten ermutigen. Eine wirkliche Antwort ist jedoch nur schwer zu finden.

Diesen Konflikt verstärkend trägt aus meiner Sicht der therapeutische Anspruch bei, dass jedes menschliche Wesen zu jeder Zeit die höchstmögliche Lebensqualität verdiene.“ (Gustorff/Hannich 2000:47) Die Frage danach, ob das musiktherapeutische Angebot die gegenwärtigen Bedürfnisse des Patienten anspricht, bleibt offen. Eine Hilfestellung zum besseren Kennen lernen der musikalischen Vorlieben des Patienten, kann eine Musikanamnese durch Befragung der Angehörigen ergeben.

- Interpretation von monitorüberwachten Werten: Herzfrequenz, Atemrhythmus, Sauerstoffsättigung des Blutes

2. Apallischer Patient, Ende 20, erhält täglich ungefähr 10 Minuten Musiktherapie mit stimmlicher und instrumentaler Improvisation auf der Grundlage seines Atemrhythmus. In jeder Therapieeinheit ist zu beobachten, dass sein Atmen während der Therapiezeit regelmäßiger wird und die Herzfrequenz ansteigt. Kurze Zeit nach Beendigung des Musikangebotes kehren die Daten zu den Ausgangswerten zurück. Dies zeigt, meiner Meinung nach, ein deutliches Reagieren auf die Musik. Aber eine Deutung ist schwierig.

Eine Änderung der Monitorwerte lässt nicht zweifelsfrei auf Wohlbefinden oder Unbehagen des Patienten schließen. Weckel interpretiert die Veränderung der Herzfrequenz von komatösen Patienten während der Musiktherapiesitzung und ein Abklingen danach als einen möglichen Hinweis „auf den Versuch der Orientierung und auf kognitive Prozesse während dieses kommunikativen Kontaktes“. (Weckel 1998:41)

Gustorff ist in ihren verallgemeinernden Aussagen vorsichtiger. In ihrem Forschungsprojekt mit komatösen Patienten erlebte sie unterschiedliche Verläufe der Herz- und Atemfrequenz während der Musiktherapie mit verschiedenen Patienten und an unterschiedlichen Tagen.

Gustorff kommentiert diese Ergebnisse dahingehend, dass sich keine verallgemeinerbaren und übertragbaren Zusammenhänge zwischen der Musiktherapie und den individuellen Verläufen der Herz- und Atemfrequenz erkennen lassen. Sie gibt aber, ähnlich wie Weckel zu bedenken, dass die vegetativen Reaktionen der Patienten „ihr Bemühen um Beziehungsaufnahme auf dieser Ebene signalisieren“ könnten. (Gustorff/Hannich 2000:117f)

- Wahrung der Grenzen des Patienten. Der Patient kann seine Grenzen selbst nicht zu erkennen geben und sich vor einem möglichen Überschreiten seiner Grenzen nicht schützen. Innerhalb des musiktherapeutischen Settings könnten dies zum Beispiel folgende Parameter betreffen: Länge der Therapiezeit, Musikgenre, Lautstärke der Musik, physischer Kontakt (Berührung)

3. Ein Rückblick zu dem klinischen Exempel aus der Einleitung dieser Abhandlung: Ein jugendlicher apallischer Patient wird in die Klangwiege gelegt. Zu einem leichten Wiegen wurden in seinem Atemrhythmus improvisierte Melodien zu den Klängen des Monochords gesummt. Die Eltern waren in dieser Therapiestunde anwesend. Sie hatten das Gefühl, dass ihr Junge sich in der Klangwiege wohl fühlt und wünschten im Nachgespräch die Fortsetzung dieser Art der Therapie. Dem gegenüber stand die Beobachtung der anwesenden Therapeuten. Sie empfanden, dass der Gesichtsausdruck des Patienten während der Therapie zunehmend Unbehagen verriet und sein ganzer Körper in der Klangwiege gespannter wirkte. Kontroverse Beobachtungen stehen einander gegenüber. Wer hat Interpretationsvorrecht, die Eltern oder die Therapeuten? In welcher Form soll das musiktherapeutische Angebot fortgesetzt werden?

Die Frage nach dem Interpretationsvorrecht ist schwierig zu beantworten und wurde im Punkt 4.1. schon angerissen. Dabei sind meiner Meinung nach zwei Sichtweisen zu beachten, einmal, dass die Angehörigen den Patienten in seiner Individualität sehr gut kennen und deshalb nach May Interpretationsvorrecht erhalten sollten. (vergl. 4.1) Auf der anderen Seite erleben sie aber ihren Verwandten nach einem tiefgreifenden und einschneidenden Ereignis in einer völlig neuen Lebenssituation, in der das therapeutische Team mit seinem Fachwissen und beruflicher Kompetenz Hilfestellung bieten kann.

Ein weiterer Aspekt, der in diesem Beispiel deutlich wird, betrifft die Betrachtung des individuellen Ausdrucksvermögens des Patienten. Hannich macht darauf aufmerksam, dass der Patient stets als Individuum reagiert: „Es wird vergessen, dass der Mensch Zeit seines Lebens versucht, seinen individuellen Weg zu gehen und seine Identität zu wahren.“ (Hannich 1994:54; vergl. Auch 2.3.2.3.2.) Die Einbeziehung einer Vielzahl von Komponenten deutet die Komplexität und Individualität der Faktoren an, die auf den Therapieprozess einwirken.

Geht man davon aus, dass der Patient in dem angeführten Beispiel sich in der Therapiesituation nicht wohlfühlt, können eine Vielzahl von Variablen dafür verantwortlich sein. Die Lageposition in der Klangwiege kann unkomfortabel gewesen sein oder der Patient verträgt die wiegende Bewegung nicht. Der Klang des Monochords war vielleicht in der Lautstärke, Nähe oder Klangfarbe unpassend oder es kann der Zeitfaktor, die anwesenden Personen oder die aktuelle Verfassung des Patienten eine Rolle gespielt haben.

An dieser Aufzählung individueller Faktoren verdeutlicht, dass es schwierig ist, Unstimmigkeiten, die nicht offensichtlich sind, herauszufinden und somit die Grenzen des Patienten zu bestimmen und zu wahren. Um grobe Verletzungen zu umgehen kann die Erfragung kultureller, religiöse, und soziale Wertevorstellungen des Patienten eine Hilfestellung bieten.

Dieses Beispiel wird noch ausführlicher in Kapitel 4.4.4 als Illustration eines ethischen Entscheidungsfindungsprozesses behandelt.

- Einbeziehung oder Ausschluss der Angehörigen von dem therapeutischen Setting

4. Der Zustand eines jugendlichen apallischen Patienten ist so stabil, dass er nicht länger über Monitor überwacht werden muss. Der Patient hat früher gern Heavy metal gehört. Beim Hören seiner bekannten Hardrock -CDs wirkt der Junge wesentlich angespannter. Dies empfinden Musiktherapeut und Mutter gleichermaßen. Der Musiktherapeut entschließt sich zu einfachen, melodiosen Improvisationen unter Einbeziehung kinderliedhafter Phrasen. Der Patient wirkt entspannter. Die Mutter kann sich nicht daran erinnern, welche Lieder sie mit dem Jungen als Kleinkind gesungen hat, insgesamt aber wohl recht wenige. Die Mutter empfindet den jetzigen Stand der Musiktherapie als „kindisch“, als dem Alter des Patienten nicht angepasst.

Ob Angehörige an der Therapie teilnehmen, liegt meist in dem Ermessen des Therapeuten. Gerade in der Arbeit mit apallischen Patienten in der Frührehabilitation sehe ich gute Gründe für eine Teilnahme der Angehörigen an der Therapie, aber es gibt auch Situationen, die dagegen sprechen. Dies abzuwägen, habe ich oft als einen inneren Konflikt erlebt. Im folgenden werden mögliche Begründungen für beide Positionen aufgeführt.

Die Musiktherapie bietet eine gute Möglichkeit, Angehörigen einen Weg der Wiederannäherung an die ihnen nahestehende Person aufzuzeigen. Besonders für Angehörige stellt die neue und befremdende Lebenssituation des Patienten oft eine große Herausforderung dar. Kommunikation im gewohnten Sinne ist kaum möglich, deshalb besteht die Gefahr, dass Kontaktversuche und damit „die Begegnung von Mensch zu Mensch“ immer seltener werden. (Gustorff/Hannich 2000:61) Lieder oder Musikstücke, die dem Patienten oder Angehörigen etwas bedeuteten, können meiner Meinung nach dazu beitragen, die entstandene Distanz zu überwinden und /oder eine Bewältigungsstrategie für die Angehörigen erfahrbar zu machen.

Gründe, die gegen eine Einbeziehung der Angehörigen in die aktive Therapie sprechen, können in dem notwendigen Freiraum für einen Entfaltungsprozess einer therapeutischen Beziehung an sich liegen. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung zwischen Klient, Musik und Therapeut ist, wie es sich auch gerade im Umgang mit apallischen Patienten zeigt, ein sensibler und oft einmaliger Prozess, der eine offene Haltung gegenüber einer Entwicklung fordert. Angehörige nehmen manchmal eine dominante Position ein und verstehen sich als „Sprachrohr“ des Patienten. Durch ihre Haltung lassen sie keinen Freiraum für die Entfaltung von Beziehungen zu.

An dieser Stelle soll noch ein weiterer Aspekt des oben angeführten Beispiels benannt werden. Der Patient reagiert mit Anspannung auf die ihm vertraute HardrockCD. Baker stellt in einer Untersuchung mit posttraumatischen Amnesiepatienten fest, dass die Einbeziehung von Populärmusik (eingeschlossen Heavy Metal) in einen musiktherapeutischen Zusammenhang nicht contraindiziert ist, vorausgesetzt, sie ist bekannt, und wird über eine kontrollierte Zeit in einer angemessenen Lautstärke gespielt. (Baker 1999:116) In meiner Praxis habe ich allerdings bei drei apallischen jugendlichen Patienten festgestellt (geschildert sind in dieser Arbeit zwei dieser Fälle; Eingangsbeispiel unter 1.0 und Beispiel Nr. 4), dass der Einsatz von bekanntem und ehemals beliebten Hard Rock Titeln dem Patienten scheinbar nicht gut tut.

Diese Interpretation wurde an körperlichen, spastischen Reaktionen und dem Gesichtsausdruck der Patienten festgemacht. Ob diese Reaktionen als negativ und körperlich schmerzhaft richtig interpretiert wurden oder ob die vegetativen Äußerungen dahin deutbar sind, dass sie dem Versuch einer Orientierung und einer Beziehungsaufnahme zu Grunde liegen (vergl. Zitate von Weckel und Gustorff im Kommentar zum 2. Beispiel), ist schwer zu beurteilen. Einige bedenkenswerte Perspektiven musikwissenschaftlicher Literatur seien nachfolgend erwähnt. Eine intensivere Beschäftigung mit diesem Thema scheint mir als interessant und wichtig, würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Decker-Voigt beschreibt, dass ergotrope, das meint aktivierende und stimulierende Musik, bei Menschen immer eine Spannungssteigerung und motorische Reaktionsmuster durch vegetative Beeinflussung hervorruft. (Decker-Voigt 1991:62,70) Ein Merkmale ergotroper Musik, wie es auch bei Hard Rock zu finden ist, sind unter anderem rigide und stark akzentuierende Rhythmen. Eine mögliche Reaktion, die ergotrope Musik auslösen kann, ist ein „vermehrtes Auftreten rhythmischer Kontraktionen der Skelettmuskulatur“. (Decker-Voigt 1991:74) So beschreiben auch Rösing und Petersen als Merkmal des psychophysiologischen Funktionsfeldes der Rockmusik vor allem erlebte Qualität und Intensität des Körpergefühls. (Rösing, Petersen 2000:76) Unter Betrachtung dieser Aussagen könnten die motorische Reaktion der Patienten auf Rock Musik auf den stimulierenden Effekt der Musik zurückzuführen sein, sowie auf ein trainiertes Rezeptionsverhalten vor der Krankheit.

Alle zitierten Autoren betonen zusätzlich die individuellen Faktoren und „Einflüsse von Sozialisationsinstanzen“ auf die musikalische Wahrnehmung und somit auf die erlebte Wirkung von Musik. (Decker-Voigt 1991:82) Musik „kann in der psychophysiologischen Wahrnehmung nicht als vereinzelter Wahrnehmungsgegenstand betrachtet werden.“ (Bruhn 1998:182) Es besteht immer ein Zusammenspiel mit anderen Wahrnehmungsbereichen, Erfahrungen und nicht zu unterschätzen, dem gegenwärtigen emotionalen Zustand.

Bienstein und Fröhlich berichten von einer komatösen Patientin, die mit erhöhter Spastizität auf das Spielen ihrer Lieblingsmusik reagierte. Später berichtete die Patientin, dass sie durch die Musik an den Unfall erinnert wurde und unter diesen Erinnerungen gelitten hat. (Gustorff/Hannich 2000:140) Diese unterschiedlichen Erfahrungen bestätigen Hannichs Aussage, dass die individuellen Reaktionen Ausdruck der Identität des Patienten sind (vergl.

Kommentar zu Beispiel Nr. 3), und nicht auf einen einfachen Reiz-Reaktionsmechanismus reduzierbar sind.

Diese Betrachtungen zeigen einmal mehr die ethische Verantwortung des Therapeuten in der Auswahl der Musik und Wichtigkeit, einer sozialen und musikalischen Anamnese, wobei die aktuelle und emotionale Verfasstheit des Patienten wiederum eine schwer einschätzbare Variable darstellt. Es zeigt, dass das Spielen der Lieblingsmusik des Patienten kein Garant für ein positives Erlebnis ist. Das Erstellen einer Musikanamnese kann nach meiner Erfahrung ein wertvolles Hilfsmittel sein, es erfordert aber trotzdem einen sensiblen Umgang mit diesen Informationen, da der Patient biographisch an einer anderen Stelle steht. (Gustorff/Hannich 2000:140)

- Geschützte, ungestörte Therapiesituation trotz pflegerischer Interventionen und Reizüberflutung aufgrund der Alarme der Apparaturen

Es ist oft schwierig, mit dem Pflegepersonal auf der Intensivstation eine ungestörte Zeiteinheit für die Therapie zu vereinbaren. Wie bereits unter 3.2.5 hingewiesen, macht Hannich auf die ständig bestehende Geräuschkulisse aufgrund medizinischer Apparaturen, die auf die Patienten wirkt, aufmerksam. Die Patienten befinden sich in einem Spannungsfeld „zwischen sensorischer Monotonie einerseits und sensorischer Überstimulation andererseits“. (Gustorff/Hannich 2000:134) Gustorff gibt zu bedenken, dass die Patienten die Ursache der Vielzahl der akustischen Signale selten zuordnen können und dieser Tatbestand sie in Unruhe und Angst versetzen kann. Dies betont die Wichtigkeit einer abgeschirmten Therapiesituation und die Eindeutigkeit der angebotenen musikalischen Interventionen.

Um eine geschützte und ungestörte Therapiesituation zu erreichen, die den Aufbau einer musiktherapeutischen Beziehung überhaupt möglich macht, ist die Einsicht, Bereitschaft und Hilfestellung seitens des Behandlungsteams notwendig. Es geht dabei um Absprache und Koordination von Therapiezeiten, Untersuchungen und pflegerischen Handlungen. Meist resultiert die Einsicht dafür aus dem jeweiligen medizinischen Behandlungsbild und der sich daraus ergebenden Prioritätenfrage therapeutischer Angebote. Auf einer Intensivstation kann es natürlich trotz Absprache immer wieder zu unerwarteten Zwischenfällen kommen.

- Das innere Erleben im Koma ist nicht nachvollziehbar, die Bewusstlosigkeit lässt keinen Schluss über das Empfinden des Patienten zu. (Dörner 1994:13) Sind die Bedürfnisse des Patienten überhaupt zu ergründen?

5. Eine 40-jährige Patientin im "locked-in syndrome" beginnt zu weinen, singt oder spielt man für sie einfache Volks-, Kinder- oder Wiegenlieder. Es berührt sie scheinbar tief, doch sind dies für sie positive oder negative Empfindungen? Die Patientin arbeitete vor ihrer Krankheit als Erzieherin für behinderte Kinder.

Das Krankheitsbild des „locked-in syndrome“ wurde unter 3.1 kurz beschrieben. Es wird davon ausgegangen, dass das Bewusstsein der Patienten ist erhalten. Es ist ihnen aber genau wie apallischen Patienten nicht möglich, über Gesten oder verbale Äußerungen zu kommunizieren. Zu dem Zeitpunkt der musiktherapeutischen Betreuung war es der Patientin auch noch nicht möglich, einen eindeutigen Verständigungscode über den Augenschluss zu verwenden.

Hannich macht darauf aufmerksam, dass bei diesen Patienten eine gefühlsnahe Verarbeitung dominiert. (vergl. 3.2.5) Es ist schwer zu beurteilen, ob die, in die Therapie einbezogenen Melodien und Lieder Erinnerungen an die Zeit vor ihrer Krankheit auslösten, unter denen sie litt oder ob es für sie ein angenehmes Erlebnis war, dass sie emotional in ihrer jetzigen Situation stark berührt hat.

Diese dargestellten Beispiele sind oft nicht eindeutig zu lösen und der Therapeut ist auf seine eigenen Empfindungen und seine Intuition, Gespräche im Kreis der Therapeuten und Angehörigen angewiesen. Die angeführten möglichen Konfliktsituationen stellen keine vollständige Aufzählung dar, sollen aber die Problematik verdeutlichen, die sich aus verschiedenen, individuellen Einflussfaktoren in spezifischen Situationen ergeben.

Der Therapeut ist in die Verantwortung gestellt, Entscheidungen zu treffen. Um diesen Prozess zu begleiten und eine möglichst breite Palette von einfließenden Faktoren in Betracht zu ziehen, wurden Modelle entwickelt, die dem Therapeuten Hilfestellung geben können. Diese werden im folgenden Abschnitt betrachtet.

4.4 Modelle zur Entscheidungsfindung ethischer Fragen

Es wurden eine Vielzahl von Modellen entwickelt, die als Hilfestellung in dem Prozess der Entscheidungsfindung dienen können. Zwei dieser Modelle, speziell für die therapeutische Arbeit bzw. für die Arbeit im Gesundheitswesen entwickelt, sollen nachfolgend benannt und miteinander verglichen werden.

4.4.1 Das 12-Schritte Modell nach Dileo

Dileo hat auf der Grundlage verschiedener Modelle und ethischer Theorien ein 12-Schritte Modell für ethische Entscheidungsfindung erarbeitet. Die einzelnen Schritte des Modells sind im folgenden benannt:

Das 12-Schritte Modell nach Dileo (Dileo 2000:17ff)

1. Identifikation des Problems und dessen Inhalte
(möglichst in Zusammenarbeit mit dem Klienten)
2. Einschätzung der Verpflichtungen und Pflichten, die sich aus dieser Situation ergeben
3. Wahrnehmung der eigenen persönlichen, emotionalen Reaktionen
4. Berücksichtigung ethischer Prinzipien, Codes und relevanter Gesetze
5. Betrachtung des situativen Kontextes
6. Identifikation eigener Werte und der Werte des Klienten
7. Rücksprache mit Kollegen, dem Supervisor und Nutzung anderer möglicher Quellen.
8. Wie würde der ideale Therapeut reagieren?
9. Erarbeitung möglicher Lösungsvorschläge
(möglichst unter Beachtung erhaltener Informationen des Klienten)
10. Auswertung der Lösungen unter Abwägung möglicher Konsequenzen,
Entscheidungsfindung
11. Ausführung der Handlung
12. Auswertung der Handlung

In den Entscheidungsfindungsprozess fließen eine Vielzahl von Komponenten ein. Zum Beispielt sind die Wahrnehmung, Werte, Gefühle und Ansichten des Therapeuten, die Werte des Klienten, der situative Kontext, ethische Normen, und gesetzliche Vorschriften zu

beachten. (Dileo 2000:16) Allein diese Aufzählung macht meiner Meinung nach die erforderliche Umsicht in ethischer Entscheidungsfindung deutlich und lässt einen ständigen Balancegang ahnen.

4.4.2 Reflexionsmodell nach Aadland

Aadland bezeichnet sein Modell als ethisches Reflexionsmodell. Es gibt Hilfestellung, den Entscheidungsprozess von der Problemfindung bis hin zur Problembewertung reflektierend zu begleiten. Aadlands Modell (Aadland 1998:186ff) ist in vier Hauptkategorien gegliedert: Vorverständnis, Analyse, Handlungsalternativen, Handlung. Diese vier Punkte stellen das Basismodell dar. Bei einer schnell geforderten ethischen Entscheidungsfindung kann es das notwendige Grundgerüst bilden. Dieses Basismodell wird durch verschiedene Unterpunkte konkretisiert:

I. Vorverständnis

Dieser Punkt beinhaltet Informationen über die Situation, über direkt und indirekt beteiligte Personen, über die verschiedenen Erwartungshaltungen, über offene und verdeckte Werte und Normen, die Ordnung der Werte und Normen nach deren Wichtigkeit in dieser Situation.

II. Analyse

Die Analyse beschäftigt sich mit dem Hintergrundwissen aus Fachliteratur und öffentlichen Debatten und somit einer Beleuchtung der Situation aus unterschiedlichen Perspektiven ethischer Theorien. Hier fließen auch Erfahrungen aus ähnlichen Situationen mit ein.

III. Handlungsalternativen

Erstellen und abwägen von realistischen Handlungsalternativen.

IV. Handlung

Durchführung und Auswertung der Handlung

4.4.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Modelle

Dileo und Aadland sehen den Weg zur Entscheidungsfindung als einen dialektischen Prozess an, der nach dem jeweiligen Erkenntnisstand justiert werden sollte. Die von ihnen vorgestellten Modelle können Hilfestellung in diesem Prozess bieten. Dileo und Aadland ermutigen dazu, die Modelle nicht als starre Richtlinien zu verwenden, sondern entsprechend den jeweiligen Situationen zu verändern und anzupassen. Gegenüber älteren Entscheidungsfindungsmodellen legen beide Wert auf die Beachtung dialektischer Aspekte unter Einbeziehung aller Beteiligten an der jeweiligen Situation. Beide Modelle versuchen, die in den Prozess hineinspielenden Faktoren möglichst breit mit einzubinden. Dileo wie auch Aadland weisen allerdings darauf hin, dass die Einbeziehung möglichst vieler Faktoren eine tatsächliche Entscheidung nicht garantieren kann, aber doch zu deren Optimierung und vor allem zu einem tieferen Verständnis der Situation beitragen kann.

Beim Vergleich beider Modelle fällt auf, dass eine gewisse Übereinstimmung in der Breite der einbezogenen Faktoren zu finden ist. Ihre Gewichtung fällt allerdings bei beiden Verfassern unterschiedlich aus. Um die nachstehenden Erläuterungen anschaulicher einordnen zu können, wurden in der folgenden Darstellung Aadlands Basismodell und Dileos 12-Schritte-Modell ineinander eingefügt. Es entsteht folgendes Bild:

I. Vorverständnis

1. *Identifikation des Problems und dessen Inhalte
(möglichst in Zusammenarbeit mit dem Klienten)*
2. *Einschätzung der Verpflichtungen und Pflichten, die sich aus dieser Situation ergeben*
3. *Wahrnehmung der eigenen persönlichen, emotionalen Reaktionen*
4. *Berücksichtigung ethischer Prinzipien, Codes und relevanter Gesetze*
5. *Betrachtung des situativen Kontextes*
6. *Identifikation eigener Werte und der Werte des Klienten*

II. Analyse

7. *Rücksprache mit Kollegen, dem Supervisor und Nutzung anderer möglicher Quellen*

III. Handlungsalternativen

9. *Erarbeitung möglicher Lösungsvorschläge*
10. *Auswertung der Lösungen unter Abwägung möglicher Konsequenzen
Entscheidungsfindung*

IV. Handlung

11. *Ausführung der Handlung*
12. *Auswertung der Handlung*

Unter dem Punkt I „Vorverständnis“ im Modell Aadlands sind nach meiner Meinung die ersten 6 Punkte von Dileos Modell anzusiedeln, die den Kontext der Situation umfassen. Punkt II „Analyse“ bekommt bei Aadland einen umfassenderen Stellenwert als bei Dileo Punkt 7. Aadland legt Wert auf die Betrachtung des Problems im Licht unterschiedlicher ethischer Theorien, um verschiedene Einfallswinkel auf das Problem zu erhalten. Dieses Hilfsmittel fehlt bei Dileo ganz. Doch die Empfehlung eines Diskurses mit Fachpersonal und Fachliteratur ist bei beiden gegeben.

Dileos Punkt 8: „Wie würde der ideale Therapeut in dieser Situation reagieren?“ habe ich im voranstehenden Modell ausgelassen. Auch bei der Erprobung ihres Modells mit verschiedenen ethischen Dilemmata konnte ich in diesem Punkt meist keine Antwort finden. Die Beantwortung der Frage ist für mich nur schwer vorstellbar, da eine ethische Konfliktsituation gerade davon bestimmt ist, dass es mindestens zwei Handlungsalternativen gibt und keine von ihnen einen eindeutigen Vorrang in ihrer Bewertung hat. Dieser Punkt ist wahrscheinlich aus dem Anspruch Dileos an ethisches Denken zu verstehen, das Streben nach dem Hervorragenden. (siehe 2.3.2.2)

Die Punkte 9 und 10 stimmen wieder mit Aadlands Punkt III „Handlungsalternativen“ überein. Mögliche Lösungen der Situation werden aufgestellt und die Konsequenzen abgewogen. Der Punkt IV bzw. 11 und 12 umfassen die Entscheidung für eine Handlungsalternative, die Durchführung und die Auswertung der Handlung.

Aufgrund der Kürze, Prägnanz und damit der Übersichtlichkeit hat das Basismodell von Aadland für mich einen bessern Einprägungscharakter als Dileos Modell. Wenn auch beide inhaltlich ungefähr die gleichen Komponenten umfassen, erscheint mir der äußere Aufbau,

die Gliederung, von Aadlands Modell pädagogisch wirkungsvoller. Es scheint mir in Situationen, in denen eine ethische Entscheidung schnell zu treffen ist, eher aus dem Gedächtnis abrufbar zu sein.

Unterschiedliche Denkansätze der beiden Verfasser lassen sich eher aus ihren Erklärungen zu den Modellen als aus den eigentlichen Fragenkatalogen der Modelle ableiten (Aadland 1998:189ff; Dileo 2000:17ff). Aadland scheint besonderen Wert auf die Diskursethik zu legen. Für ihn ist wichtig, dass der ethische Reflektionsprozess über das Wort, das Gespräch, den öffentlichen Diskurs (Aadland 1998:184), oder wenn wenig Zeit zur Lösung bleibt, über den inneren Dialog erfolgt (Aadland 1998:184;186). Er hebt den narrativen Anteil an dem Prozess hervor (Aadland 1998:183). Das Gespräch mit den, in den Prozess involvierten, hat einen hohen Stellenwert für die Schaffung klarer Konturen der eigenen Gefühle und Ahnungen und somit für das Voranschreiten des Prozesses (Aadland 1998:184). Der Gefahr, dass dieser Diskursansatz zu viel Zeit vor dem praktischen Handeln verstreichen lässt, begegnet Aadland selbst, indem er das rechtzeitige Abschließen des Prozesses mit einer konkreten Handlung anmahnt. (Aadland 1998:186)

In meiner praktischen Erfahrung mit der Besprechung ethischer Dilemmata in der Supervision oder im Kollegenkreis habe ich den Vorzug der Diskursethik erlebt. Durch das Gespräch und die Gedanken der Mitkollegen wurde das Bild der jeweiligen Situation für mich klarer und greifbarer und damit ein möglicher Weg für eine Lösung sichtbar. Nachteilig empfand ich es, wenn die Situation zerredet wurde, sich in dem Gespräch ein Bild entwickelte, das meines Erachtens nicht der Realität entsprach oder der Kern des eigentlichen Problems nicht richtig erfasst wurde.

Für meine eigenen Arbeit wichtig und wertvoll erscheint mir der Punkt II in Aadlands Modell, die Beleuchtung des Dilemmas aus der Sicht verschiedener ethischer Theorien. Diese Theorien spiegeln unterschiedliche Werte und Lebenseinstellungen wieder und fördert somit eine Beleuchtung des Problems aus einer umfassenden Sichtweise.

Währendem bei Aadland der Diskurs oder der narrative Teil einen wichtigen Stellenwert im Entscheidungsfindungsprozess darstellt, scheint mir bei Dileo die therapeutische Verantwortlichkeit gegenüber dem Klienten in der Entscheidungsfindung ein gewichtiges

Faktum zu sein. Dies beinhaltet, nur aus einer anderen Sichtweise als bei Aadland, die Einbeziehung des Klienten in den Lösungsprozess.

Berufliche Kompetenz, Qualifikation, das eigene und berufsethische Wertesystem und das daraus erwachsende berufliche Selbstvertrauen spielen eine wesentliche Rolle im ethischen Entscheidungsfindungsprozess. (Dileo 2000:23) Diesen Aspekt empfinde ich gerade in der Arbeit mit komatösen Patienten als sehr wichtig. Wie unter 4.1 bereits dargestellt ergibt sich aus der Nichteinwilligungsfähigkeit der Patienten eine verstärkte Verantwortungsübernahme des Therapeuten für den Klienten. Daraus resultierende Prioritäten können im Widerspruch zu Ansichten der Angehörigen oder des Pflegepersonals stehen. Einen Rückhalt in den genannten Werten kann in diesen Situationen Hilfestellung geben.

4.4.4 Versuch einer Entscheidungsfindung für ein ausgewähltes ethisches Dilemma

Im folgenden möchte ich das ethische Reflexionsmodell auf meine spezielle Arbeitssituation mit apallischen Patienten beziehen und anwenden. Der äußeren Form nach, habe ich mich für das Basismodell nach Aadland entschieden, werde es aber mit den, auf meine Situation zugeschnittenen Inhalten füllen. Als Beispiel wählte ich das ethische Dilemma, das in der Einleitung zu dieser Abhandlung beschrieben wurde (s.1.0). Es soll der Versuch unternommen werden, dieses ethische Dilemma in dem Prozess der Entscheidungsfindung zu begleiten.

I. Vorverständnis

Situation: *Jugendlicher apallischer Patient liegt während der Musiktherapie in der Klangwiege. Zu dem Wiegen und den Monochordklängen improvisiert der Musiktherapeut im Atemrhythmus des Patienten Melodien. Die Eltern waren in dieser Therapiestunde anwesend. Sie hatten das Gefühl, dass sich ihr Sohn in der Klangwiege wohlfühlt und äußerten in dem Gespräch nach der Therapieeinheit den Wunsch, die Therapie in dieser Weise fortzuführen. Musiktherapeut und Heilpädagoge bekamen einen anderen Eindruck von dem Patienten. Sie empfanden, dass der Patient während der Therapieeinheit zunehmend angespannter wirkte (höherer Muskeltonus) und sein Gesichtsausdruck Unbehagen verriet.*

Der jugendliche Patient hat vor kurzem als Folge eines Verkehrsunfalls einen schweren Hirnschaden erlitten.

Beteiligte Personen: *der Patient, seine Eltern, Heilpädagoge, Musiktherapeut*

Persönliche Empfindungen/Reaktionen: *Mein erster Eindruck war, dass die Klangwiege kein geeignetes Mittel für diesen Patienten darstellt, auch wenn dies den positiven Erfahrungen mit anderen Komapatienten widerspricht. Ich spürte, dass sich der Patient nicht wohlfühlt. Daraus erwuchs in mir ein Unverständnis den Eltern gegenüber. Warum erkannten sie nicht, dass diese Behandlung dem Jungen nicht zuträglich zu sein scheint? Andererseits fühlte ich mich durch die positive Reaktion der Eltern in meiner Arbeit ernst genommen und bestätigt. In mir stiegen Zweifel an der Richtigkeit der Interpretation meiner Beobachtung des Jungen auf. Das Empfinden der Eltern verhielt sich kontrovers zu meiner Interpretation. Eigentlich sollten die Eltern die Reaktionen ihres Jungen besser kennen als ich. Mein berufliches Selbstvertrauen wurde in Frage gestellt und es bildete sich ein Gefühl, den Eltern über mein Tun Rechenschaft ablegen zu müssen. Es entsteht eine Spannung zwischen meiner Verantwortung gegenüber dem Jungen und der Angst vor dem Verlust einer Akzeptanz meiner beruflichen Kompetenz durch die Eltern.*

Spezielle Verpflichtungen des Therapeuten aus der Situation des komatösen Patienten heraus, berufsethische Prinzipien: *Meine Verpflichtung gegenüber dem Patienten erwächst aus unserer therapeutischen Beziehung, einer Verantwortungsübernahme für die Befindlichkeit des Patienten aufgrund seiner Unfähigkeit, sich zu äußern – dem gegenüber steht das Eintreten der Eltern für ihren Sohn*

Gegenüberstellung der Sichtweise der verschiedenen Parteien in dieser Situation:

<i>Therapeuten</i>	<i>Eltern</i>
- <i>Aufbau einer Beziehung zwischen Patient und Therapeut seit Krankenhausaufenthalt</i>	- <i>Eltern kennen ihr Kind seit der Geburt</i>
- <i>Berufserfahrung mit Komapatienten</i>	- <i>Eltern stehen vor einer völlig neuen Situation und Verhaltensweisen ihres Sohnes</i>
- <i>Verantwortungsübernahme gegenüber dem Patienten aus</i>	- <i>Verantwortungsübernahme gegenüber ihrem Sohn als Eltern</i>

therapeutischer Sicht

- | | |
|---|--|
| - Interpretation der Therapeuten:
Patient fühlt sich in der Klangwiege
nicht wohl | - Interpretation der Eltern: Ihr Sohn fühlt
sich in der Klangwiege wohl |
| - Fortführung der MT auf eine andere
Art und Weise | - Weiterführen der Therapie mit
Klangwiege |

Formulierung des Kernproblems: *Als Frage ergibt sich für mich als Therapeut: In welcher Form soll die Musiktherapie mit dem Patienten weitergeführt werden? Es stehen die Interpretation „des mutmaßlichen Patientenwillens“ (vergl. 4.1) seitens Eltern und Therapeuten kontrovers zueinander.*

II. Analyse

Diskurs in Patientenverlaufsbesprechungen oder in der Supervision: *Rücksprache mit Heilpädagogen, Rücksprache mit Therapeuten, Pflegepersonal und Ärzten in der Patientenverlaufsbesprechung*

Erfahrungen: *Die Einbeziehung der nahen Angehörigen kann für die Therapiesituation fördernd sein, besonders in der Arbeit mit Kinder und Jugendlichen. Deswegen ist es wünschenswert, die Eltern an der Therapiegestaltung mit teilhaben zu lassen.*

Beleuchtung durch unterschiedliche ethische Theorien:

Pflichtethik: *Abwägen zwischen der Pflicht der Verantwortung gegenüber dem Patienten und dem Vertrauen zu meinem eigenen Empfinden und der Rechenschaftsschuld gegenüber den Angehörigen*

Konsequenzethik:

Mögliche Konsequenzen bei Fortführung der Behandlung auf eine andere Art und Weise:

- Eltern könnten sich verletzt fühlen und eine weitere Zusammenarbeit ablehnen
- andere Formen der musikalischen Begegnung mit dem Patienten finden
- es besteht möglicherweise eine Konfrontation mit den Eltern bevor

Beibehalten der Behandlung:

- Patient könnte weiterhin scheinbar unangenehme Erfahrungen machen, dies ist seinem Genesungsprozess wahrscheinlich nicht zuträglich

- *Dafür ist aber eine angenehme und akzeptierte Zusammenarbeit mit den Eltern wahrscheinlich*

Fürsorgeethik:

- *dem Patienten in seiner Situation ein wohltuendes Erlebnis in einer entspannten Atmosphäre anbieten*
- *die Eltern in der völlig neuen Lebenssituation ihres Jungen begleiten*
- *sie zu einem natürlichen Umgang mit ihrem Sohn ermutigen*

Diskursethik: *ein offenes Gespräch mit den Eltern und Mittherapeuten suchen, dessen Ergebnis aber nicht abzuschätzen ist.*

III. Handlungsalternativen

Handlungsalternativen unter Beachtung meiner Werte und berufsethischen

Verpflichtungen:

- *Erneute Rücksprache mit den Eltern und Unterbreitung des Vorschlages, die Klangwiege für eine gewisse Zeit auszusetzen und zu einem später en Zeitpunkt wieder in das Therapieangebot aufzunehmen.*
- *Eltern von der Therapieeinheit ausschließen*
- *Beibehalten der Therapie*

Auswertung der Lösungen unter Beachtung möglicher Konsequenzen:

Erneute Rücksprache mit den Eltern mit dem Vorschlag, die Klangwiege für einen gewissen Zeitraum auszusetzen. *Beobachtungen und Interpretationen darstellen. Die Entwicklung des Patienten abwarten und zu einem späteren Zeitpunkt erneut seine Reaktionen in der Klangwiege beobachten.*

Eltern von der Therapieeinheit ausschließen: *Damit entstehen Freiräume für den Aufbau einer Beziehung zwischen Therapeut und Klient, doch die Eltern könnten sich dadurch verletzt fühlen*

Beibehalten der Therapie: *Dies würde an mein Verantwortungsgefühl appellieren, nach meiner Interpretation ist es möglich, dass der Patient weiterhin Unbehagen erlebt. Eine Weiterführung der Therapie in der gewünschten Form würde sicher eine reibungsfreie Zusammenarbeit mit den Eltern ermöglichen.*

Entscheidungsfindung: *Nach Rücksprache mit den Eltern möchte ich die Therapie erst einmal ohne sie durchführen und sie in einer späteren Einheit wieder dazu bitten. Ich biete*

ihnen an, mit ihnen über durchgeführte Therapieeinheiten zu sprechen. Davon würde ich mir versprechen, einen Freiraum für den Aufbau und die Gestaltung einer Beziehung zwischen Therapeut und Klienten zu ermöglichen. Auf den Einsatz der Klangwiege möchte ich in den ersten Therapieeinheiten verzichten. Zu einem späteren Zeitpunkt wäre ein Versuch möglich, die Klangwiege wieder mit einzubeziehen. Damit würde ich auch vor meinem Gewissen meiner Verantwortung als Therapeut vor allem gegenüber dem Klienten gerecht. Die Eltern sind durch die Aufrechterhaltung des Kontaktes mit ihnen, von der Therapie nicht ausgeschlossen.

IV. Handlung

Durchführung und Auswertung der Handlung

Bei der Anpassung dieses Modells an konkreten Situationen wurde mir folgendes wichtig:

- Der Punkt I, das Vorverständnis mündet in einer möglichst exakten Formulierung des Kernproblems des ethischen Dilemmas. Dieser, im Punkt I ablaufende Bewusstmachungsprozess, von einer undeutlichen Vermutung bis hin zu einer konkreten Formulierung des Kernproblems wird durch eine breite Sichtweise der Situation unterstützt. Das Zusammentragen von Fakten zu dieser Situation, eigene Empfindungen sowie eine Gegenüberstellung der verschiedenen Positionen und Werte der Beteiligten verhelfen der Herausfilterung des Kernproblems.
- Dieses konkrete Kernproblem bildet den Ausgangspunkt für die Analyse im Licht der bisherigen Erfahrungen, Rücksprache mit dem Fachpersonal, und der Beleuchtung aus unterschiedlichen ethischen Theorien. Durch die Betrachtung des Problems aus der Sichtweise unterschiedlicher ethischer Theorien wird man dazu angehalten, das Problem vielseitig und aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.
- Es erfolgt eine Formulierung von Handlungsalternativen. Nach Abwägung des eigenen und des berufsethischen Wertesystems sind die Handlungsalternativen auszuwählen und sich für eine Handlung zu entscheiden. Als nächster Schritt müsste die Entscheidung umgesetzt werden und ausgewertet, ob die erwarteten Konsequenzen so eintreten, oder ob neue ethische Konflikte entstehen.

4.5 Zusammenfassung

Das voranstehende Kapitel war der Vorstellung und Diskussion ethischer Konfliktsituationen gewidmet, die anhand von klinischen Beispielen veranschaulicht wurden.

Die Verwirklichung von Selbstbestimmung ist für apallische Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeit kaum zu verwirklichen. Sie können ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen nur in geringem Umfang und dann meist nicht eindeutig interpretierbar zum Ausdruck bringen. Auch der Rückgriff auf den mutmaßlichen Patientenwillen stellt immer nur eine Interpretation von Außenstehenden dar. Aus diesem „Dilemma der Unsicherheiten“ entstehen in der praktischen Arbeit eine Vielzahl von Konfliktsituationen, in denen der Therapeut gefordert ist, unter einer breiten Einbeziehung von möglichen Einflussfaktoren, Entscheidungen zu treffen.

Um diesen Prozess der Entscheidungsfindung zu begleiten, wurden Modelle ausgearbeitet, die eine umsichtige Betrachtungsweise der Konfliktsituationen unterstützen. Zwei dieser Modelle wurde vorgestellt. Die Verfasser der Modelle ermuntern dazu, diese nicht als starre Richtlinien zu betrachten, sondern auf die jeweilige aktuelle Situation zuzuschneiden.

5.0 Systematisierung von Einflussfaktoren auf ethische Reflexionen über die musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten

Wie bereits in der Einleitung beschrieben (s. 1.1), besteht das Anliegen dieser Abhandlung darin, die ethische und fachliche Kompetenz der Musiktherapeuten im Umgang mit apallischen Patienten zu bereichern. Die Herausarbeitung des vielschichtigen Zusammenwirkens zu bedenkender Einflussfaktoren soll gerade in Situationen ethischer Entscheidungsfindung zu bewussten ethischen Reflexionen und zu einer professionellen Sicht im Umgang mit ethischen Konfliktsituationen in der musiktherapeutischen Arbeit mit dieser Patientengruppe beitragen.

In den bisher behandelten Kapiteln wurden Aspekte ethischen Denkens in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven dargestellt. Nach einer allgemeinen Einführung in die Ethik wurde am Ende des zweiten Kapitels der Frage nachgegangen, welche ethischen Aspekte speziell die therapeutische Anwendung von Musik implizieren kann. Herausgearbeitete Gesichtspunkte wurden aus einer, für die Musiktherapie allgemeingültigen Perspektive, sowie in Bezogenheit auf die Arbeit mit apallischen Patienten erörtert. Die Darstellung des Krankheitsbildes des apallischen Syndroms und Gedanken zu einer möglichen Erlebnisqualität komatöser Patienten im dritten Kapitel dienen einem besseren Verständnis der Situation der Patienten. Die gewonnenen Einsichten und sich daraus ableitende therapeutische Ansatzpunkte sind Faktoren, die die Einschätzung ethischer Fragestellungen grundsätzlich mitbestimmen. Ausgehend von dieser spezifischen Situation apallischer Patienten wurde im vierten Kapitel

die ethische Verantwortung des Therapeuten für den Patienten herausgestellt. Inhalte und Notwendigkeit einer ethischen Grundhaltung des Therapeuten wurden an erlebten Konfliktsituationen in der praktischen Arbeit erörtert und begründet.

Inhalt des vorliegenden Kapitels soll es nun sein, die, in der Abhandlung dargestellten Aspekte, Inhalte und Einflussfaktoren ethischen Denkens in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten systematisch zusammenzufassen. Um eine übersichtliche Systematisierung der vielfältigen Einflussfaktoren zu gewährleisten, werden diese folgender Gliederung zugeordnet:

- Geltende Regeln, Standards und Gesetze
- Kontextuelle Einflüsse
- Situative und biographische Komponenten des apallischen Patienten
- Fachliche Kompetenz und Wertesystem des Therapeuten

Wie bereits unter Punkt 2.2 beschrieben, stellt Ethik traditionell die Frage nach dem Umgang des Menschen mit dem Menschen. (Krebs 1996:347) Auch in meiner musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten fordert ethisches Denken somit „vor allem die systematische Reflexion über den Sinn dessen, was man tut oder unterlässt.“ (Plenter 2001:75) Dies sei auf das Therapeutenangebot im größeren Zusammenhang bezogen, aber ebenso auf das Einmalige, dass im gegenseitigen Geben und Nehmen in einem Dialogfeld mit dem mir anvertrauten Patienten entsteht. Ethik wird dabei in einer sehr spezifischen Umgebung und auf einer sehr persönlichen Stufe aktuell. Aus diesem Grund werden die folgenden Ausführungen auch teilweise persönliche Züge tragen. Diese persönlichen Variablen sind kaum zu verallgemeinern und machen nach meiner Ansicht gerade die Vielschichtigkeit und Einmaligkeit in den Beziehungen des menschlichen Zusammenlebens aus.

5.1 Geltende Regeln, Standards und Gesetze

Die rechtliche Grundlage ethischer Entscheidungsfindung bestimmen offiziell geltende Gesetze, berufsethische Richtlinien sowie allgemeingültige ethische Prinzipien.

Im Grundgesetz der BRD, geltend als Basis aller weiterer Gesetzestexte, ist das Recht auf den Schutz des Lebens und auf eine freie Entfaltung der Persönlichkeit festgelegt. (Grundgesetz der BRD, Stand 2000:14ff) Plenter macht darauf aufmerksam, dass es jedoch im Umgang mit Patienten immer wieder zu Konfliktsituationen zwischen dem individuellen Patienteninteresse, dem Berufsethos und geltenden Rechtsgrundlagen kommen kann. Der Therapeut kann in ein Spagat zwischen der Starrheit geltender, grundsätzlich auf den Schutz des Patienten und der Gesellschaft ausgerichteter Gesetze und den individuellen Bedürfnissen des Patienten geraten. (Plenter 2001:28ff) Divergenzen können sich daraus ergeben, wenn die individuellen Moralvorstellungen im Konflikt zu den allgemeinen Rechtsvorschriften stehen. (vergl. 2.3.1.2)

Die zweite Komponente, berufsspezifische Normen und Richtlinien, werden, wie unter 2.3.2.2 dargestellt, in der jeweiligen Bereichs- oder Berufsethik einer Profession behandelt. Ausschlaggebend für die musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten wurde unter 2.3.1 die Medizinethik und unter 2.3.2 die Ethik der Musiktherapie vorgestellt. Eine schriftliche Fixierung berufsethischer Richtlinien in Form eines berufsethischen Kodexes stellen die, für die Profession verbindlichen Richtlinien und Standards kontrollierbar für die Öffentlichkeit dar. Diese, für Mitglieder der Profession verpflichtenden Richtlinien dienen der Gewährleistung des Schutzes des Klienten sowie dem Schutz der eigenen Berufsrolle. (vergl. 2.3.2.2)

Als dritter Punkt sollen in diesem Zusammenhang allgemeingültige ethische Grundprinzipien benannt werden, die das menschliche Miteinander einer Gesellschaft regeln. Dileo bezeichnet sie als „ethische Kernprinzipien“ (engl. „core ethical principles“; Dileo 2000:7), die in unserer Gesellschaft auf der Grundlage einer humanistischen oder einer christlichen Lebensauffassung den Handlungsrahmen bilden. (vergl. 2.3.2.1) Als „goldene Regeln“ im Umgang mit Menschen liegen sie damit auch speziell dem therapeutischen Verhalten zugrunde. Genannt seien unter anderen folgende Grundprinzipien:

- Gutes tun und dem anderen keinen Schaden zufügen,
- Wahrung der Autonomie des anderen und des Rechtes, eigene Entscheidungen zu treffen (ist in der Arbeit mit apallischen Patienten aufgrund ihrer Kommunikationsunfähigkeit sehr schwer zu verwirklichen und kann eine Vielzahl von Konflikten auslösen; vergl. 4.1)

- Gerechtigkeit und Fairness gegenüber anderen Personen
- Ehrlichkeit
- Verantwortung und Umsicht im eigenen Handeln (nach Dileo 2000:7f)

Bereits unter 2.3.2.2 wurde darauf verwiesen, dass die dargestellten ethischen und berufsethischen Richtlinien und gesetzlichen Bestimmungen Handlungsorientierung bieten. Sie umfassen jedoch meist generalisierte Aussagen, die in der praktischen Arbeit und in der konkreten Situation oft nicht detailliert genug sind. Um diese Bestimmungen effektiv wirksam werden zu lassen, ist eine Übernahme dieser ethischen Prinzipien in das Denken und Handeln des Therapeuten erforderlich. Sind sie Teil der persönlichen Verantwortungsüberzeugung, werden sie in autonomen, ethisch vertretbaren Entscheidungen im individuellen Handlungsspielraum wirksam werden.

5.2 Kontextuelle Einflüsse

Nachdem gesetzliche Bestimmungen und ethische Richtlinien, die das ethische Denken und Handeln des Musiktherapeuten mitbestimmen, behandelt wurden, sollen jetzt die, die jeweilige spezifische Situation betreffenden kontextuellen Variablen betrachtet werden. Unter 2.2 erwähnt, misst Nida-Rümelin einer engen Betrachtung der moralischen Befindlichkeit und kontextueller Faktoren eine große Relevanz für eine Praxisnähe zu treffender Entscheidungen bei. (Nida-Rümelin 1996:4ff) Die situationsbezogene und subjektive Komponente erhält somit einen wichtigen Stellenwert in der Einflussnahme auf ethische Entscheidungsfindung.

Kontext soll in diesem Zusammenhang als das System von Faktoren verstanden werden, das in die therapeutische Situation involviert ist und andererseits auch durch die Therapie beeinflusst wird. Die im folgenden betrachteten Faktoren resultieren aus der speziellen Situation apallischer Patienten in einem frühen Krankheitsstadium.

Als kontextuelle Einflüsse werden nachstehend Aspekte betrachtet, die im Zusammenhang mit der Krankheitsursache, mit der Verfassung der Angehörigen, einhergehend mit dem Verarbeitungsprozess der besonderen Situation des Patienten, mit familiären und kulturellen Gepflogenheiten und Prioritäten, mit dem speziellen Klima einer Intensivstation und mit der Weiterversorgung des Patienten im Zusammenhang stehen.

Mögliche pathogene Ursachen der Entwicklung des Krankheitsbildes „apallisches Syndrom“ wurden bereits unter 3.1.2 dargestellt. Eine große Herausforderung stellt für die Angehörigen die plötzliche und drastische Veränderung der Lebenssituation der Patienten dar, meist verbunden mit einer Ungewissheit über den prognostischen Krankheitsverlauf. Unsicherheit, Trauer, manchmal auch eine von Wut geprägte Atmosphäre kann einen erheblichen Einfluss auf die Therapiesituation haben. Der Therapeut ist zu einem zum emphatischen Umgang mit dieser Situation aufgefordert. Er kann im Rahmen der Musiktherapie Hilfe im Prozess der Krankheitsverarbeitung für Patient und Angehörige bieten. Genauere Ausführungen, über die Situation der Patienten und über Prognosemöglichkeiten der Erkrankung wurden unter 3.1.4 und 3.2 geschrieben. Als häufiges, ursächlich krankheitsauslösendes Ereignis ist gerade auch bei jüngeren Patienten ein Verkehrsunfall zu nennen. (vergl. Zieger 1998:169) In diesem Zusammenhang können offenen Schuldfragen oder Schuldzuweisungen im Raum stehen, die Patienten, Angehörige oder zwischenmenschliche Beziehungen belasten.

Kenntnisse über den kulturellen, ethnischen oder religiösen Hintergrund des Patienten oder seiner Angehörigen können eine Hilfe sein, um mögliche Konfliktsituationen besser verstehen zu können. Diese Informationen sollten in den Entscheidungsfindungsprozess verantwortlich mit einbezogen werden.

Ein weiterer Aspekt, der Einfluss auf Entscheidungen haben kann, ist die Rolle, die Angehörige in der neuen, drastisch veränderten Lebenssituation gegenüber dem Patienten einnehmen. Diese Frage wurde unter 4.3 diskutiert. Die Musiktherapie bietet dem Angehörigen einerseits eine Möglichkeit, einen Weg zur Kontaktabahnung zu dem Patienten aufzuzeigen, andererseits ist auch die Bereitschaft des Angehörigen erforderlich, diesem neuen Weg Freiraum und Offenheit entgegenzubringen.

Ein bedeutender kontextueller Faktor, der die räumliche Umgebung betrifft, stellt das eigene Klima einer Intensivstation dar. Oft wirkt es steril, isolierend oder auch hektisch.

Hervorgerufen durch eine Hochtechnisierung wird hier allerdings ein Überleben der meisten apallischen Patienten im frühen Krankheitsstadium überhaupt erst möglich. Die spezifischen Bedingungen einer Intensivstation und die sich daraus möglicherweise ergebenden Konfliktsituationen wurden bereits in früheren Kapiteln aus der Sicht verschiedener Perspektiven beleuchtet. An dieser Stelle sollen hauptsächlich Verknüpfungen zu diesen Kapiteln hergestellt werden. Verwiesen sei auf Punkt 3.2.5, der die Situation der Patienten

und des Pflegepersonals auf der Intensivstation beschreibt, sowie das Kapitel 4.3 in dem die Notwendigkeit einer geschützten und ungestörten Therapiesituation auf der Intensivstation unterstrichen wird.

Als letzter Aspekt sollen Gegebenheiten angesprochen werden, die sich aus der Weiterversorgung des Patienten ergeben. Unter 3.1.4.3 sind entsprechend der unterschiedlichen Remissionsverläufe des Krankheitsbildes (s. 3.1.4.2) Rehabilitationsmöglichkeiten benannt. Entscheidungen über die Inhalte des musiktherapeutischen Angebotes werden dadurch mitbestimmt werden, ob eine Weiterversorgung zu Hause durch die Angehörigen, in einem Pflegeheim oder anderen Rehabilitationseinrichtungen gewährleistet wird und ob eine Weiterführung der Musiktherapie in anderen Einrichtungen möglich ist.

5.3 Situative und biographische Komponenten des apallischen Patienten

Nachdem gesetzesmäßige und ethische Richtlinien, in denen ethisches Denken verankert sein sollte und zu beachtende kontextuelle Aspekte einer ethischen Entscheidungssituation dargestellt wurden, soll nun der apallische Patient selbst betrachtet werden. Mit seiner Persönlichkeit und in seiner krankheitsbedingten Situation ist er Partner einer therapeutischen Beziehung. Persönliche sowie situationsbedingte Faktoren, die Einfluss auf therapeutische Fragen nehmen können, sollen aus zwei Perspektiven dargestellt werden: Aspekte, die aus der Erkrankung des Patienten heraus resultieren und die Therapiesituation beeinflussen, sowie die Individualität und das Wertesystem des Patienten unter Beachtung seines biographischen Werdegangs als Persönlichkeit und Gesellschaftswesen.

Alle voranstehenden Kapitel durchzieht die Feststellung, dass ethische Fragestellungen und Unsicherheiten sowie die ethische Verantwortlichkeit im Umgang mit dem Patienten weitestgehend aus seiner spezifischen, krankheitsbedingten Situation hervorgerufen werden. Das Krankheitsbild und situative Komponenten wurden im 3. Kapitel ausführlich behandelt. Grob zusammenfassend kann man das Erscheinungsbild des apallischen Patienten wie folgt beschreiben. Der Patient ist wach, unterliegt aber weiterhin einer starken Bewusstseinstäubung (s. 3.1.3). Als Außenstehender wird man mit einer scheinbaren Unerreichbarkeit des Patienten konfrontiert. Reaktionen des Patienten auf äußere Reize sind im Frühstadium kaum zu beobachten. Es wurde in früheren Kapiteln auch herausgearbeitet,

dass aus dieser Unfähigkeit der Patienten, sich selbst mitzuteilen, nicht der Umkehrschluss gezogen werden sollte, ihnen ein inneres Erleben und Wahrnehmungsfähigkeit abzusprechen. (vergl. 3.2.3; 3.2.4; 4.3)

Dieses spezifische, aus seiner Erkrankung resultierende Erscheinungsbild des Patienten, bestimmt weitgehend die Art und Weise des musiktherapeutischen Angebotes. Einerseits bietet es Ansatzpunkte für einen musiktherapeutischen Beziehungsaufbau zu dem Patienten, andererseits bringt seine scheinbare Unerreichbarkeit auch Unsicherheiten im Umgang mit dem Patienten. Im folgenden werden einige defizitäre Faktoren benannt, die die ethische Verantwortlichkeit des Therapeuten herausfordern können. Danach werden die Möglichkeiten und Ressourcen des Patienten betrachtet, die er in die Therapie einbringt und somit auch in mögliche ethische Entscheidungsfindungen einfließen sollten. Die Defizite des Patienten sind meist augenscheinlicher als seine Ressourcen.

Der Patient ist physisch und psychisch verletzbar und kann sich aufgrund seiner Situation selbst nicht schützen oder seine Grenzen wahren. Eigene Bedürfnisse und seinen eigenen Willen kann er nicht äußern. Im musiktherapeutischen Zusammenhang bedeutet dies, dass der Patient kaum in der Lage ist, auf das therapeutische Angebot hinsichtlich der Art des Angebotes, Länge, Inhalt, Lautstärke, Musikgenre selbst Einfluss zu nehmen, sowie autonome Entscheidungen grundsätzlicher und inhaltlicher Art des Angebotes zu treffen. Der Patient ist im musiktherapeutischen Setting auf die Sensibilität, Hilfe und Verantwortungsübernahme des Musiktherapeuten angewiesen. (s. 4.1) Daraus resultierende mögliche ethische Fragestellungen, die die Therapiesituation an sich betreffen, wurden unter 4.3 dargestellt, mit klinischen Beispielen belegt und unter zu Hilfenahme von Literaturstudien erörtert. Die benannten, defizitären Komponenten des Krankheitsbildes fordern einen umsichtigen und verantwortungsvollen Umgang mit dem Patienten.

Nach der Betrachtung der Defizite des Patienten sind aber seine Möglichkeiten und Ressourcen nicht zu vergessen, die Ansatzpunkte für einen Dialogaufbau in der Musiktherapie darstellen. (s. 3.3.4) So wird in der Fachliteratur darauf hingewiesen ~~wit~~, dass der Hörsinn der Fernsinn ist, der am frühesten wieder erwacht. (vergl. 3.1.4.1; 3.3.1; 3.3.2; Zieger 1992:102). Daraus lassen sich zwei Aspekte herleiten. Durch den Einsatz von musikalischen Mitteln besteht eine frühe Möglichkeit eines Beziehungsaufbaus zu dem Patienten. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass er Patient wesentlich mehr

verstehen, als er mitteilen kann. Diese Annahme mahnt zu überlegten Äußerungen am Krankenbett.

Weitere individuelle Anknüpfungspunkte für musikalische Begegnungen bieten basale Lebensfunktionen des Patienten. Hannich und Zieger weisen darauf hin, dass jeder Mensch auch im Koma Ausdrucksmittel seiner Individualität bewahrt. (s. 3.2.5; Hannich 1993:222; Zieger 1993:482) So kann der Patient durch seinen Atemrhythmus, der auch in der Krankheit individuelle Züge aufweist, den Grundpuls für ein musikalisches Miteinander beeinflussen. Zieger ermutigt dazu, auf kleinste Regungen des Patienten zu achten und diese als mögliche Ansatzpunkte eines Dialogaufbaus einzubeziehen. (s. 3.3.1) So können, nach Hannich, Spontanbewegungen als Versuche von Selbstaktualisierung des Patienten gedeutet werden. (s. 3.3.1; Hannich 1993:219) Gustorff wie auch Weckel sehen in vegetativen Reaktionen möglicherweise einen Hinweis des Klienten, „auf den Versuch einer Orientierung und auf kognitive Prozesse während dieses kommunikativen Kontaktes.“ (s. 4.3; Gustorff/Hannich 2000:140; Weckel 1998:41)

Biographische, kulturelle, familiäre und religiöse Voraussetzungen sowie das Wertesystem des Patienten stellen weitere mögliche Einflussfaktoren in ethische Entscheidungssituationen und auf das Therapieangebot dar. (s. 4.3) Zieger wie auch Hannich verweisen auf die konkrete Lebensgeschichte des Patienten (s. 3.2.5), die in Entscheidungssituationen zu bedenken ist. Wie bereits unter 5.2 erwähnt, sind Informationen zu diesen Aspekten meist von Angehörigen zu erfragen. Dabei ist wiederum zu bedenken, dass diese Informationen eine Beurteilung von Außenstehenden darstellt und nicht von dem Patienten selbst stammen.

Aus diesen persönlichen Informationen soll an dieser Stelle musiktherapiespezifisch auf die musikalische Identität eines jeden Patienten verwiesen werden, die er im Laufe seines Lebens erworben hat. (s. 2.3.2.3.3) Die musikalische Identität ist von Musikerlebnissen geprägt, die immer mit einem konkreten Kontext verbunden sind. Die assoziierende Kraft von Musik kann in der Lage sein, Erinnerungen an diese Erlebnisse zu reproduzieren und für den Patienten in der Erinnerung erlebbar werden zu lassen. Informationen der musikalischen Biographie des Patienten können somit einen wichtigen Zugangsweg zu dem Patienten darstellen. Mit diesen, meist auch sehr persönlichen Informationen und damit verknüpften Erlebnissen sollte sensibel und verantwortungsvoll umgegangen werden.

Die Informationen über musikalische Vorlieben des Patienten können sehr hilfreich sein. Es sei aber auch noch einmal erwähnt, dass das Spielen der Lieblingsmusik des Patienten kein Garant für ein positives Erleben darstellen muß. Gustorff gibt zu bedenken, dass der Patient im Hier und Jetzt an einer neuen biographischen Stelle steht.

(s. 4.3; Gustorff/Hannich 2000:140)

5.4 Fachliche Kompetenz und Wertesystem des Therapeuten

„Therapie entsteht nur im Dialog zwischen Patient und Therapeut“. (Petersen 1996:389) In den voranstehenden Kapiteln wurden Aspekte zusammengefasst, die von der Person des Therapeuten unabhängig existieren, die aber auf Prozesse therapeutischer Reflexionen und ethischer Entscheidungsfindungen Einfluss nehmen können. Der vorliegende Abschnitt benennt Komponenten, die der Therapeut selbst als Person in diesen Prozess mit einbringt. In die Betrachtungen werden das persönliche Wertesystem, Kenntnisse und Fähigkeiten des Musiktherapeuten einbezogen.

Wie bereits unter 2.2 ausgeführt, ist das therapeutische Handeln und das ethische Denken durch die individuelle Lebensphilosophie und durch persönliche moralische Überzeugungen des Therapeuten wesentlich mitbestimmt. Mein Handeln mit dem Patienten ist geprägt von meinem Menschenbild, meinem Therapieverständnis, meiner Sicht auf den Musikbegriff und meiner Entscheidung für ein medizinisches Denkmodell. Diese Grundverständnisse werden wiederum durch mein eigenes Wertesystem geformt. Einige dieser Begriffe wurden bereits in früheren Kapiteln betrachtet. An dieser Stelle soll auf die entsprechenden Abschnitte verwiesen werden.

Mein persönliches Menschenbild ist biblisch geprägt. Der Wert und die Würde des Menschen sehe ich dadurch bestimmt, dass Gott selbst als Schöpfer jedem seiner Geschöpfe eine Beziehung anbietet. Aus dieser Beziehung „entlang des Gebotes Gottes“ (Schirmacher 2001:211) entspringt die Motivation zum moralischen Handeln eines Christen. Plenter beschreibt diese Einstellung folgendermaßen: „Das Menschliche ist menschlich für die Heiden wie für die Christen. Aber der Christ steht aufgrund seines Glaubens in einem neuen Sinnhorizont, und aus diesem Sinnhorizont ergeben sich neue Motivationen für sein Handeln

in der Welt“. (Plenter 2001:78) Als Kontrollinstanz für das Handeln und somit als Zentrum für ethische Reflexionen sieht Schirmmacher das Gewissen, das „dem Menschen seine ganz persönliche Verantwortung (gibt).“ (Schirmmacher 2001:382)

Die Beziehung zu dem Patienten im Mittelpunkt sehend, wurde ein auf die Entdeckung und Entwicklung der Ressourcen des apallischen Patienten ausgerichtetes Therapieverständnis unter 3.3.4 auf der Grundlage einer beziehungsmedizinischen Sichtweise (s. 3.3.1) beschrieben. Ein damit konform gehender, aktiver Musikbegriff wurde unter 2.3.2.3 erörtert. Musik als möglicher Agent in einem therapeutischen Veränderungsprozess betrachtet, macht die ethische Verantwortung des Therapeuten gegenüber musikalischen Prozesse deutlich. Aspekte und Funktionen der Musik im musiktherapeutischen Beziehungsaufbau allgemein und in der Arbeit mit apallischen Patienten, sowie daraus erwachsende ethische Ansprüche wurden unter 2.3.2.3.1 – 2.3.2.3.6 angerissen.

Neben diesen persönlichen Wertvorstellungen des Therapeuten, sehe ich die von ihm erworbenen fachlichen Kenntnisse als wesentliche Einflussfaktoren auf Reflexionen der musiktherapeutischen Prozesse an. Musiktherapie kommt in vielfältigen Wirkungsbereichen zum Einsatz. Es erscheint mir daher wichtig, sich eine fachliche Kompetenz über das Erscheinungsbild der speziellen Klientengruppe anzueignen, mit der man arbeitet. Aus diesem Grund ist das 3. Kapitel dieser Abhandlung auch einer ausführlicheren Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild des apallischen Syndroms und der daraus resultierenden Situation und Befindlichkeit der Patienten gewidmet. Gerade komatöse Zustände sind bezüglich der Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit der Patienten ein schwer einzuschätzendes Phänomen. Aus der Beschäftigung mit diesen Fragen leiten sich verschiedene Aspekte für die praktische Arbeit her. Einige dieser Komponenten sollen nachfolgend kurz skizziert werden.

Zieger beschreibt Koma als eine Art Schutzfunktion des Körpers, die einen „Ausgangspunkt eines neuen Lebens“ bieten kann (s.3.2.5, Zieger 1999:26). Geht man weiterhin von der Annahme aus, dass Bewusstsein ein individueller, innerer und persönlicher Prozess ist, der nur individuell in vollem Maße erlebbar ist (s. 3.2.3), werden dies Kerngedanken für ein aktives, die Persönlichkeit und die Ressourcen des Patienten förderndes, musiktherapeutisches Behandlungskonzept sein. (s. 3.3.4) Minimale, vegetative Reaktion des Patienten können die Grundlage für einen Beziehungsaufbau bilden. (s.3.2.4) Dass diese

Annahmen grundlegende Auswirkungen auf ein Therapiekonzept, auf den Umgang mit dem Patienten und somit auch ethische Entscheidungsprozesse entscheidend beeinflussen, wurde in der Abhandlung immer wieder betont.

Die, aus der Bewusstseinstäubung resultierende Unfähigkeit des apallischen Patienten, selbst die eigenen Interessen zu vertreten, fordert von dem Therapeuten die Bereitschaft, Verantwortung und Entscheidungen für den Patienten zu übernehmen. (s. 4.1) Schon unter 5.3 wurde die ethische Verantwortung des Therapeuten gegenüber dem Patienten beschrieben, die oft auf Annahmen, Vermutungen und Interpretationen beruht. Dies erlebe ich immer wieder als eine Herausforderung. Eine zunehmende fachliche Kompetenz und ein Bewusstsein über nicht auszuschließende Unsicherheitsfaktoren können meiner Ansicht nach zu einer professionellen Gelassenheit und Natürlichkeit im Umgang mit dem Patienten beitragen.

Einen weiteren Faktor stellen die musikalischen Fertigkeiten und beherrschten musiktherapeutischen Techniken des Therapeuten dar. Mössler sieht es in der Arbeit mit apallischen Patienten als wichtig an, „die kleinen vegetativen Zeichen, die angedeuteten Bewegungen innerhalb der Situation und des emotionalen Raumes wahr- und aufzunehmen und sie musikalisch umzusetzen.“ (Mössler 2001:66) Die dazu erforderlichen musikalischen Fertigkeiten sieht sie als wichtige Voraussetzungen an, um Begegnung in einer von Empathie und Offenheit getragenen Atmosphäre möglich werden zu lassen.

In die ethische Verantwortung des Therapeuten fließen auch persönliche Belange mit ein. Dazu gehören persönliche Reaktionen und Emotionen, die durch eine ethische Konfliktsituation hervorgerufen werden und die Fragen danach, inwieweit persönliche Befindlichkeiten eine therapeutische Situationen beeinflussen dürfen. In der Verantwortung des Therapeuten liegt es auch, seine persönlichen Grenzen zu kennen und diese auch zu wahren.

5.5 Zusammenfassung

Das fünfte Kapitel diente einer systematischen Zusammenfassung von Einflussfaktoren auf die ethische Reflexion und den Prozess einer ethischen Entscheidungsfindung in der musiktherapeutischen Arbeit mit apallischen Patienten, die in früheren Kapiteln aus

unterschiedlichen Perspektiven und ungleichen Raum in Anspruch nehmend betrachtet wurden.

Es wurden auf rechtliche Grundlagen, berufsethische Richtlinien sowie allgemeingültige ethische Prinzipien verwiesen, in denen das ethische musiktherapeutische Denken verankert sein sollte. Weiterhin sind kontextuelle Komponenten einer ethischen Konfliktsituation sowie der apallische Patient selbst mit seinem individuellen Wesen in den Prozess der Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Neben diesen äußeren, von der Person des Therapeuten unabhängig existierenden Faktoren, wird das therapeutische Handeln und das ethische Denken grundlegend durch das eigene Wertesystem, erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten bestimmt.

Alle die genannten Faktoren können in mehr oder weniger wichtigem Grad in einer ethischen Reflexion zu bedenken sein. Die Vielzahl und die Breite zu beachtender Faktoren zeigen die erforderliche Umsicht und Verantwortung des Therapeuten auf.

Hilfestellungen, die den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung begleiten wollen, können, wie unter 4.4 dargestellt, Modelle bieten, die zur Unterstützung einer weitreichenden Betrachtung von Komponenten in der Entscheidungsfindung dienen. Die Autoren der Modelle ermutigen auch dazu, diesen dialektischen Prozess nicht nur mit sich selbst abzumachen, sondern den Austausch im Kollegenkreis, in der Supervision, den öffentlichen Diskurs und relevante Literatur mit einzubeziehen.

6.0 Schlussbetrachtung

Blickt man am Ende dieser Abhandlung auf das klinische Beispiel der Einleitung zurück, fällt es auch jetzt noch nicht leicht, eindeutige und zufriedenstellende Antworten auf die Fragen hinsichtlich der Interpretation der Befindlichkeit des apallischen Patienten, des Interpretationsvorrechtes von Angehörigen oder Therapeuten sowie des Inhaltes des musiktherapeutischen Angebotes zu geben, die sich in dem Eingangsbeispiel stellen. Unter 4.4.4 wurde ein Versuch unternommen, dieses ethische Dilemma umfassend zu reflektieren, nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen und diese hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit abzuwägen. Doch die Frage, ob die Bedürfnisse des Patienten durch die angedachten Therapieangebote wirklich erreicht werden und wie der Patient selbst entscheiden würde, bleibt im letzten unbeantwortet.

Die Abhandlung bekräftigt, dass die musiktherapeutische Arbeit mit apallischen Patienten aufgrund des Krankheitsbildes immer Unsicherheiten mit sich bringt und oft auf Mutmaßungen und Interpretationen angewiesen ist. Um diese Unsicherheiten nicht persönlich auf sich wirken zu lassen, sondern objektiv einschätzen zu können, sollte in diesem Aufsatz die Wichtigkeit eines ethisch verantwortlichen Umgangs mit diesen Situationen hergehoben werden. Dies fordert eine bewusste Reflexion des Therapeuten über ethische Inhalte seiner Arbeit, beruhend auf einer ethischen Grundhaltung.

Ethisches Denken verstanden als „systematische Reflexion über den Sinn dessen, was man tut oder unterlässt“ (Plenter 2001:75), wird in dem musiktherapeutischen Beziehungsangebot für apallische Patienten in einer sehr spezifischen Umgebung und auf einer sehr persönlichen Stufe aktuell.

Grundlegend wird das ethische Denken durch das eigene Wertesystem und die daraus resultierende Einstellung zu dem Patienten sowie durch erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten bestimmt. Den Mittelpunkt ethischer Reflexionen bildet der apallische Patient selbst mit seinen Bedürfnissen unter konkreten situativen Bedingungen. Weitere Einflussfaktoren ergeben sich aus den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, berufsethischen Richtlinien und ethischen Grundprinzipien, die in einer Gesellschaft existieren. In der praktischen Arbeit reicht es meist aber nicht aus, diese Richtlinien lediglich zu kennen. Sind sie Bestandteil der inneren Haltung und ethischer Reflexionen geworden, können sie in den spezifischen Anforderungen einer konkreten Situation wirksam werden.

Die dargestellte Vielschichtigkeit von Komponenten, die bei ethischen Reflexionen berücksichtigt werden sollten, machen die erforderliche Umsicht und Verantwortung des Therapeuten deutlich. Hilfestellung in dem Reflexionsprozess können Modelle bieten, die zur Unterstützung einer weitreichenden Betrachtung von Einflussfaktoren dienen. Sie machen auch deutlich, dass der Reflexionsprozess ein dialektischer Prozess ist und entsprechend der jeweiligen Erfordernisse zu justieren ist.

Ethische Verantwortung wahrzunehmen heißt für mich, die Fähigkeit zu entfalten, die Identität meines Gegenübers zu wahren und durch musikalische Erlebnisse in der Therapie zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Aadland, E. (1998): *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Det Norske Samlaget, Oslo
- Aadland, E. (1997): "Og eg ser på deg...". Vitenskapsteori og metode i helse- og Sosialfag. Tano Aschehoug
- Aldrigde, D (Hrsg.) (1998): *Kairos II*. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin. Verlag Hans Huber. Bern
- Baker, F. (1999): *The Effects of Live and Taped Music on the Agitation and Orientation of People Experiencing posttraumatic Amnesia*. Unpublished Masters Thesis. The University of Melbourne
- Bruhn, H. (1998): Psychophysiologie der Wirkung von Musik. In Bruhn/Rösing (Hrsg.). *Musikwissenschaft*. Ein Grundkurs. Rowohlts Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg
- Bruscia, K. (1998): *Defining Musik Therapy*. Second Edition. Barcelona Publishers. Gilsum NH
- Celesia, G. (1997): Persistent Vegetative State: Clinical and Ethical Issues. In *Theoretical Medicine*. Vol. 18, 221-236, Kluwer Academic Publishers. Netherlands
- Decker-Voigt, H.-H. (1991): *Aus der Seele gespielt*. Eine Einführung in die Musiktherapie. Goldmann Verlag. München
- Dileo, Ch. (2000): *Ethical Thinking in Music Therapy*. Jefferey Books, Cherry Hill
- Dörner, K. (1994): Leben mit Be-wußt-sein. In Bienstein, C. und Fröhlich, A. (Hrsg.) *Bewusstlos*. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte. verlag selbstbestimmtes leben. Düsseldorf
- Eckhoff, R. (1998): *Metodikkompedium I musikkterapi*. Musikkterapi i voksenpsykiatrien. Øvelser for studentens egenutvikling. Norges musikkhøgskole
- Gadomski/Jochims (1986): Musiktherapie bei schweren Schädel-Hirn-Traumen. *Musiktherapeutische Umschau*. Bd. 11(2)
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Textausgabe. Stand: Dezember 2000
Herausgeber: Deutscher Bundestag. Referat Öffentlichkeitsarbeit.
Berlin 2001. Verlag Ebner Ulm
- Gustorff/Hannich (2000): *Jenseits des Wortes*. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Verlag Hans Huber. Bern
- Habermas, J. (1986): *Theorie des kommunikativen Handelns*. Suhrkamp. Frankfurt am Main

- Hallaschka, M (1999): Erstes Symposium der Landesarbeitsgemeinschaft niedersächsischer Nachsorgeeinrichtungen für Schädel-Hirngeschädigte (Phase F), in *FORUM. Krankenhaussozialarbeit*. DVSK. Heft 4
- Hannich, Wendt, Lawin (Hrsg.)(1983): *Psychosomatik der Intensivmedizin*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart
- Hannich, H.-J. (1987): *Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung*. Springer Verlag, Berlin – Heidelberg
- Hannich, H.-J. (1993): Bewusstlosigkeit und Körpersprache. Überlegungen zu einem Handlungsdialog in der Therapie komatöser Patienten. In *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*. Springer Verlag
- Hannich, H.-J. (1994): Beziehung und Interaktion mit Bewusstlosen. In Bienstein, C. und Fröhlich, A. (Hrsg.). *Bewusstlos*. Düsseldorf. verlag selbstbestimmtes leben.
- Hannich, H.-J. (1999). Der musiktherapeutische Dialog als Zugang zum bewusstseinsveränderten Patienten auf der Intensivstation. In Neander, K-D. (Hrsg.). *Musik und Pflege*. Urban & Fischer München Jena
- Harrer, G. (1982): *Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart
- Hastedt, H. (2002): Ethik in der Pflege. In Richter, Nordbeg, Fricke (Hrsg.). *Ethische Aspekte pflegerischen Handelns*. Konfliktsituationen in der Alten- und Krankenpflege. Schlütersche. Hannover
- Herkenrath, A. (2002): Musiktherapie und Wahrnehmung. Ein Beitrag der Musiktherapie zur Evaluierung der Wahrnehmungsfähigkeit bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen. In Aldridge, D. und Dembinski, M (Hrsg.). *Music Therapy World*. Musiktherapie- Diagnostik und Wahrnehmung. Private Universität Witten
- Höffe, O. (Hrsg.) (2002): *Lexikon der Ethik*. Sechste, neubearbeitete Auflage. Beck'sche Reihe. Verlag C.H.Beck oHG, München
- Jochims, S. (1990): Singend miteinander verbunden sein ... in *Musiktherapeutische Umschau 11*. Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e.V.; Verlag Vadenhoeck § Ruprecht in Göttingen
- Kaiser, K (1999): Die neurologischen Phasenmodelle, in *FORUM. Krankenhaussozialarbeit*. DVSK. Heft 3
- Krebs, A. (1996): Ökologische Ethik I. In Nida-Rümelin, J. (Hrsg.). *Angewandte Ethik*. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Alfred Kröner Verlag Stuttgart
- Kübert, S. (2001): Empfehlungen der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C, in *FORUM. Krankenhaussozialarbeit*

- Linke, D. (1999): *Das Gehirn*. Beck. München
- Mackensen (1988): *Ursprung der Wörter*. Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Ullstein Sachbuch. Frankfurt/.M. – Berlin
- Mahns, W. (1996): Denkmodelle, Menschenbilder in der Musiktherapie. In Decker-Voigt, Knill, Weymann (Hrsg.). *Lexikon der Musiktherapie*. Hogrefe, Verlag für Psychologie Göttingen
- Maranto, Ch. (1993). Applications of Music in Medicine. In Heal und Wigram *Music Therapy in Health and Education*. London
- May, A. T. (2001): *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen Für Nichteinwilligungsfähige*. LIT Verlag Münster
- Mössler, K. (2001): *Beziehungsaufbau mit minimally responsive Patienten*. Musiktherapie in der Frührehabilitation mit Kindern. Diplomarbeit. Universität für Musik und darstellende Kunst Wien
- Muthesius, D. (1999): Musiktherapie in Medizin und Pflege. In Neander (Hrsg.). *Musik und Pflege*. Urban & Fischer. München - Jena
- Nida-Rümelin, J. (Hrsg.) (1996): *Angewandte Ethik*. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Alfred Kröner Verlag Stuttgart
- Nordberg, A. (2002): Pflegeethik. In Richter, Nordberg, Fricke (Hrsg.). *Ethische Aspekte pflegerischen Handelns*. Konfliktsituationen in der Alten- und Krankenpflege. Schlütersche. Hannover
- Nydahl/Bartoszek (Hrsg.) (1998): *Basale Stimulation*. Neue Wege in der Intensivpflege. Ullstein Medical. Wiesbaden
- Ott, K. (1996): Technik und Ethik. In Nida-Rümelin, J. (Hrsg.). *Angewandte Ethik*. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Alfred Kröner Verlag Stuttgart
- Petersen, P (1996): Therapeut als Künstler – Kunst als Therapie. In Decker Voigt/Weymann (Hrsg.) *Lexikon der Musiktherapie*. Hogrefe. Verlag für Psychologie. Göttingen
- Petsche, H. (1997): Zerebrale Verarbeitung. In Bruhn/Oerter/Rösing (Hrsg.). *Musikpsychologie*. Ein Handbuch. Rowohlts Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg
- Plahl, Ch. (2000): *Entwicklung fördern durch Musik*. Evaluation musiktherapeutischer Behandlung. Waxmann Verlag. Münster
- Plenter, Ch. (2001): *Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkomapatienten*. Orientierungshilfen für eine Pflegeethik. Schlütersche. Hannover
- Poeck/Hacke (2001): *Neurologie*. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg

- Pschyrembel (1994): *Klinisches Wörterbuch*. Nikol Verlagsgesellschaft mbH Hamburg
- Rösing/Petersen (2000): *Orientierung Musikwissenschaft*. Was sie kann, was sie will. Rowohlt's Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg
- Ruud/Mahns (1991): *Meta-Musiktherapie*. Wege zu einer Theorie der Musiktherapie. Norsk Musikforlag. Oslo
- Ruud, E. (1997): *Musikk og identitet*. Universitetsforlaget. Oslo
- Salomon, F. (1994): Bewusstsein und Bewusstlosigkeit aus anästhesiologischer und intensivmedizinischer Sicht. In Bienstein, C. und Fröhlich, A. (Hrsg.) *Bewusstlos*. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte. verlag selbstbestimmtes leben. Düsseldorf
- Schirrmacher, T. (2001): *Ethik*. Lektionen zum Selbststudium. Verlag für Religionswissenschaften. Nürnberg
- Schöne-Seifert, B. (1996): Medizinethik. In Nida-Rümelin, J. (Hrsg.) *Angewandte Ethik*. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Alfred Kröner Verlag Stuttgart
- Schwörer, Ch. (1995): *Der apallische Patient*. Aktivierende Pflege und therapeutische Hilfe Im Langzeitbereich. Verlag Urban & Fischer. München-Jena
- Spinner, H.F. (1996): Wissensordnung, Ethik, Wissensethik. In Nida-Rümelin, J. (Hrsg.) *Angewandte Ethik*. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Alfred Kröner Verlag Stuttgart
- Stige, B. (1991): *Musiske born*. Ein tekst om improvisatorisk musikkterapi. Høgskuleutdanninga på Sandane. Norway
- Transparent (2002): Information für Mitglieder und Förderer der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie. Berlin. 2/2002
- Trolldalen, G. (1997): Auszug aus „*Musiktherapie of samspill*. Et musikkterapiprojekt for mor og barn.“ Hovedoppgave i musikk. Institut for Musikk og teater, avd. for Musikkvitenskap. Oslo
- Varela, F.J. (1990): *Kognitionswissenschaft-Kognitionstechnik*. Eine Skizze aktueller Perspektiven. Suhrkamp taschenbuch Wissenschaft. Frankfurt am Main
- Weckel, J.W, (1998): Musiktherapie in der neurologischen Rehabilitation. Apallisches und post-komatöses Syndrom. In Aldrigde, D. (Hrsg.) *Kairos II*. Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin. Verlag Hans Huber. Bern
- Zimmerli/Aßländer (1996): Wirtschaftsethik. In Nida-Rümelin, J. (Hrsg.) *Angewandte Ethik*. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Alfred Kröner Verlag Stuttgart

- Zieger, A. (1992): Frührehabilitation komatöser Patienten auf der neurochirurgischen Intensivstation in *Zentralblatt für Neurochirurgie*. Nr. 53
- Zieger, A. (1993): Dialogaufbau in der Frühphase der Rehabilitation mit Patienten im Koma Auf der Intensivstation in *Die Schwester/Der Pfleger*. 32. Jahrgang Nr.6
- Zieger, A. (1995): *Informationen und Hinweise für Angehörige von Schädel-Hirn-Verletzten und Menschen im Koma und apallischen Syndrom*. Oldenburg
- Zieger, A. (1996): Musik als Vermittlerin neuen Lebens in *Zeitschrift für Heilpädagogik* Nr. 47
- Zieger, A (1998): Neue Forschungsergebnisse und Überlegungen im Umgang mit Wachkoma-Patienten. In *Rehabilitaion* 37. ; S.167-176. Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York
- Zieger, A. (1999): Wieviel Gehirn braucht der Mensch? In Neander. K.-D. (Hrsg.) *Musik und Pflege*. Urban & Fischer. München-Jena

Internetseiten

Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e.V. (BVM)
 „Ethik-Codex der Kasseler Konferenz musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland“
 Internetseite: http://www.musiktherapie-bvm.de/Ethischer_Codex/ethischer_codex.html
 Internetseite aktualisiert am 22.03.03; aufgerufen am 23.03.03