

## Musiktherapie auf neuen Wegen

*International und visionär. Im Gespräch mit Thomas Wosch (Volker Bernius)*

**Volker Bernius:** Thomas Wosch, sind Sie ein Visionär?

**Thomas Wosch:** (lacht) Das lasse ich lieber andere beurteilen, als es selbst zu sagen. Allerdings habe ich den Anspruch Visionär zu sein und Dinge, die für die Zukunft und verändernd notwendig und wichtig sind aus meiner Sicht auch anzugehen. Ja, in dem Sinne möchte ich es bejahen: ich bin ein Visionär.

Mit dieser Frage überrasche ich den Professor für Musiktherapie an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt im Video-Gespräch Anfang Juli 20 offensichtlich, auch wenn er nicht gerade dabei fremdet.



li: Thomas Wosch  
re: Volker Bernius

Eine kurze Biografie: Thomas Wosch, 1966 in Eisenhüttenstadt geboren, Studien der Musikwissenschaft, Soziologie, Psychologie, ausgebildet in Musiktherapie an der Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen und der Universität Siegen, 9 Jahre tätig als Musiktherapeut in der Psychiatrie, bis 2007 lehrend an der Hochschule Magdeburg-Stendal und Mitbegründer des dortigen Studiengangs, seit 2007 in Würzburg.<sup>2</sup> Dissertation 2001, Thema: Emotionale Mikroprozesse musikalischer Interaktionen (Universität Magdeburg mit Hochschule für Musik und Theater Hamburg).

**Bernius:** Ich frage deshalb nach dem ›Visionär Wosch‹, weil Sie 2002 in dieser Zeitschrift einen Beitrag veröffentlicht haben zum Thema: Möglichkeiten und Trends des Internets in der musiktherapeutischen Lehre<sup>3</sup>. Darin beschreiben Sie vor 18 (!) Jahren ein virtuelles Seminar mit universitären Partnern. Das, was heute Alltag geworden ist in der Corona-Zeit, war damals als Einbahnstraße in einem Fernsehstudio der Hochschule Magdeburg gesendet und in der Kommunikation als Email-Chat versucht worden. Wie ging es dann weiter?

**Wosch:** Diese Form habe ich dann gern ab 2007 verwendet, um internationale Lehrende aus USA, Australien und ganz Europa, sprich Norwegen, England, Finnland und Dänemark mit einzubeziehen. Die haben theoretische Modelle vorgestellt, auch Fallbeispiele mit Videos. Die Vision, ein ganzes Semester nur mit Online-Lehre zu arbeiten, die hatte ich damals natürlich nicht. Heute spielt das vor allem auch für die Durchführung von Forschungsprojekten eine große Rolle.

**Was hat sich denn heute vor allem verändert in der digitalen Vermittlung?**

**Wosch:** Die Tools sind wesentlich handhabbarer und zugänglicher geworden. Wenn ich diese 20 Jahre zurückdenke – eine Schaltung zwischen Deutschland und Ukraine – das war ein komplettes Fernsehstudio mit drei Mitarbeitern auf beiden Seiten. Sechs technische Mitarbeiter, die nur mit der Übertragung beschäftigt waren! Und es ging auch nicht simultan, sondern es konnte immer nur in eine Richtung gesendet werden, dann gab es eine Pause ... und wieder in die andere Richtung, die antworten ... Außerdem konnten wir ohne Kamera mit Chat ein Seminar mit der Uni Köln machen und weltweit Praxissemester betreuen.

**Digitale Veränderung –  
was geht, was geht nicht**

Die Kommunikation ist heute zwar deutlich einfacher, aber auch mit Grenzen, wenn wir in einem kleinen Rahmen musikalische Teile mit einbringen wollen. Da gibt es Probleme in der Tonübertragung. Der andere Unterschied betrifft die Gruppendynamik: Es braucht überschaubare Gruppengrößen bis etwa maximal 15. Idealer für die Online-Lehre sind acht bis zehn Personen. Aber es ist irgendwie doch etwas anderes, wenn man die Studierenden im Kasten vor sich sieht, als wenn man im Kreis sitzt und nochmal in Kleingruppen geht und so weiter.

Und es muss alles viel mehr vorbereitet sein. Im Musiktherapieraum kann man eben mal schnell zu den Instrumenten gehen oder ein Buch aus der Bibliothek holen. Es geht nur mit Büchern und Artikeln, die auch online verfügbar sind. Auf der anderen Seite gefällt mir – und das ist ein Vorteil –, dass die Vermittlung ein bisschen langsamer ist. Man kann weniger Wahrnehmungsimpulse einsetzen. Dadurch habe ich den Eindruck, dass die ersten Schritte der Vermittlung besser gehen. Also, es kommt mehr an oder es kommt hundertprozentiger an. Bestimmte Verluste in der Vermittlung entfallen ...

**... und Sie pflegen ja auch seit etlichen Jahren die internationale Vernetzung mit vielen Kontakten weltweit ...**

... mein Motor für die internationale Vernetzung war von Anfang an die Beobachtung gewesen, dass es bestimmte Vorgehensweisen und Themen gibt, bei denen unsere Musiktherapiewelt auch in Deutschland oder anderswo auf nationaler Ebene einfach Grenzen hat – einerseits vom Umfang her, andererseits von der Spezialisierung her. Und deswegen wollte ich internationale Kolleg.innen, die auch in den Themen drin sind, miteinbeziehen. Konkret: Zum Beispiel bei Musiktherapie und Demenz, natürlich habe ich da mit Dorothea Muthesius (Berlin) zusammengearbeitet und später

mit Jan Sonntag (Hamburg). Und dann aber auch in einem internationalen Netzwerk, zusammen mit Hanne Mette-Ridder (Dänemark), mit den Australiern um Felicity Baker und in der Folge von Ruth Bright. Das war dann der Beginn des Netzwerks, was für mich den »Alten-Bereich« ausmachte.

## Der Masterstudiengang in Würzburg

Zunächst aber hatte Thomas Wosch einen Musiktherapie-Masterstudiengang in Würzburg entwickelt ab 2008 neben seiner Arbeit als Professor für Musiktherapie in der Sozialen Arbeit. Einen Master, der eine besondere Ausrichtung hatte: *Musiktherapie für Menschen mit Behinderung und Entwicklungsstörung und für Menschen mit Demenz*. Auf meine despektierliche Frage, wieso es denn zu einer solchen »Engführung« gekommen sei, erwähnt

Spezialisierung des Faches auf die Schwerpunkte Demenz und Entwicklungsstörungen

Wosch, dass es zu der damaligen Zeit zehn Studiengänge Musiktherapie gegeben habe, die allesamt »breit und generalistisch« Musiktherapeut:innen qualifiziert hätten. Die Ausrichtung auf den psychiatrischen-psychotherapeutischen Bereich habe eine große Stärke bedeutet in der deutschen Musiktherapie – mit langen Traditionen und Entwicklungen. Sollte es also noch einen 11. Studiengang gleicher Richtung geben? Wosch setzte deshalb vor dem Hintergrund seiner Fakultät der Sozialwissenschaften und Sozialpädagogik einen anderen Schwerpunkt, der auch in den Bereich des Sozialwesens eingebettet ist und eine Lücke schloss. Er sah zu dem Zeitpunkt eine Chance in den Schwerpunkten Alter, Demenz, Behinderung.

### Inwiefern stand dabei der Gedanke eines Fach-Musiktherapeuten Pate?

Ich hatte schon eine gewisse Vision, dass wir neben den fachübergreifenden Ausbildungen der Musiktherapie eine Art Fachtherapeut auch im Master ausbilden können. Und dass diejenigen mit den Voraussetzungen der sozialen Arbeit, die sehr gut in dieses Feld Behinderung, Alter, Demenz hineinpassen, eine Fachausbildung bekommen und auch generalistisch ausgebildete Musiktherapeuten eine Spezialisierung in Richtung Demenz und Entwicklungsstörungen.

### Sollte die Spezialisierung gleichzeitig eine Chance für neue berufliche Felder sein?

Eine umfassende Qualifizierung stand zunächst am Anfang. Dann haben wir gemerkt, dass wir bestimmte Anwendungsfelder, die vielleicht in anderen Ausbildungen zu kurz kommen, vertiefen können. Und ich habe das 2010 auch so gesehen, dass die Musiktherapie nun soweit ist, dass sie auch Spezialisierung anbieten kann. Also wir brauchen beides, denke ich. Generalistisch, in der Medizin dem Allgemeinmediziner entsprechend, aber dass wir auch ähnlich wie die anderen Facharzt-disziplinen Spezialisierungen in der Musiktherapie haben können.

In der ersten Zeit, so Wosch, kamen die Teilnehmer aus dem Feld der sozialen Arbeit, der Sozialpädagogik. Das sei dann zurückgegangen, Interessenten aus dem Musikbereich – Instrumentalisten, Sänger, Musikpädagogen, auch mit Bachelor Musiktherapie aus Heidelberg seien gekommen. Bei einem Überblick über alle bisherigen Absolventen sei etwa die Hälfte aus dem Bereich Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Sonderpädagogik. Die andere Hälfte aus den Musikerberufen.

Arbeiten die Absolventen in den Berufen weiter, die sie schon hatten – nun mit neuen Qualifikationen? Oder haben sie sich eine neue Identität zugelegt als Musiktherapeut.innen?

Etwa 70 Prozent der Abgänger haben ihre berufliche Identität teilweise oder ganz verändert. Entweder sind sie komplett zur musiktherapeutischen Tätigkeit gewechselt oder haben dann teilweise ihre berufliche Tätigkeit mit ihrem ersten Abschluss kombiniert zur Hälfte oder zu einem Drittel. Und das ist ein fortlaufender Prozess, wir merken bei diesem Studiengang<sup>4</sup>, dass umso länger der Abschluss her ist, umso mehr nimmt der Anteil der Musiktherapie zu im beruflichen Feld oder sie arbeiten komplett dann als Musiktherapeuten.



Absolventen Master Musiktherapie 2018

Was war denn für Sie das Besondere dabei? Welche Themen, von denen Sie nicht gedacht hätten, dass sie umsetzbar wären, wurden umgesetzt?

Was im Laufe dieses Studiengangs immer eine größere Rolle gespielt hat, war, dass die Musiktherapie für Entwicklungsstörungen und die Musiktherapie für Demenz in den Abschlussarbeiten und in den Präsentationen der Praxis der Studierenden ineinandergriff. Das heißt, dass sie mit Prinzipien der Entwicklungsstörung Musiktherapie bei Demenz auch durchgeführt haben und mit Prinzipien der Musiktherapie bei Demenz auch dort bei Menschen mit Behinderung und Entwicklungsstörungen gearbeitet haben. Zum Beispiel wurde das Atmosphäre-Konzept auf die Behinderung übertragen. Oder Multisensorik, was sehr gut entwickelt ist, also dieses wirklich viele und operationalisierte Wahrnehmen aller Sinne in der Bearbeitung von

Entwicklungsstörung wurde sehr detailliert für die Einzeltherapie für Menschen mit Demenz eingesetzt. Beide Lehrbereiche, Entwicklungsstörung und Demenz, haben sich miteinander verbunden. Das wurde auch in den Abschlussarbeiten deutlich und ist durch den Studiengang und im Studiengang entstanden – das hat sich auch auf die Lehre ausgewirkt.

### Wechselseitige Wirkung und Verbindung bei Entwicklungsstörung und Demenz

Entwicklungsstörung wurde sehr detailliert für die Einzeltherapie für Menschen mit Demenz eingesetzt. Beide Lehrbereiche, Entwicklungsstörung und Demenz, haben sich miteinander verbunden. Das wurde auch in den Abschlussarbeiten deutlich und ist durch den Studiengang und im Studiengang entstanden – das hat sich auch auf die Lehre ausgewirkt.

Und der jeweilige Absolvent kann sich dann entweder dahin oder dahin verorten. Und landet der auch manchmal in der Psychiatrie als Musiktherapeut?

Das gibt es auch, aber dann vorrangig in der Gerontopsychiatrie zum Beispiel. Oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nur Kinder, Jugendliche mit Behinderung behandeln. Oder Bereiche mit Schwerpunkt Autismusspektrumstörung – unsere Absolventen haben dort eine besondere Expertise.

**Von den Abschlussarbeiten, die in Würzburg geschrieben wurden, ist Ihnen da das eine oder andere Thema im Kopf, wo Sie sagen, das hat mich besonders fasziniert?**

Ich kann jetzt nicht alles anführen. Wir haben im Studiengang etwa 30 Prozent international Lehrende. Dadurch sind bestimmte Verbindungen mit anderen Forschungszentren entstanden, was auch wirksam war bei den Masterabschlussarbeiten. Besonders ist mir in Erinnerung, dass eine sehr maßgebliche Wirkungsstudie zu Musiktherapie im Altenheim zur Bearbeitung von Depression als Masterarbeit<sup>5</sup> entstanden ist. Und das will ich schon hervorheben, weil diese Arbeit bis heute stark zitiert wird. Und das wirkt sich auch aus auf EU-Anträge, die erfolgreich eingeworben werden konnten. Und wir haben auch mehrere Arbeiten, wen wundert es<sup>6</sup>, Mikroanalysen im Autismus Bereich, auch zusammen in großen Forschungsprojekten, wo Teilaufgaben damit nochmal genauer untersucht worden sind mit sehr eigenständigen Ergebnissen. Zum Beispiel zur Regulierung und kognitiven Wirkung von Emotionen bei Kindern mit starken Entwicklungsstörungen. Und es sind auch neue Bereiche entstanden zum Beispiel die Angehörigenarbeit, das wirkt sich auch auf den neuen Studiengang aus.

**Unser Gespräch findet ja in einer Zeit statt, in der gerade eine vierteilige Dokumentation des ZDF (unter wissenschaftlicher Beteiligung des Bereichs Altersmedizin der Universität Frankfurt) gesendet wird: »Unvergesslich: Unser Chor für Menschen mit Demenz«. Wie finden Sie diese Serie als musiktherapeutischer Experte für »Menschen mit Demenz«?**

Leider konnte ich die Dokumentation des ZDF aufgrund der enormen Arbeitsbelastung wegen der pandemiebedingten kompletten Neugestaltung von Lehre und von den Durchführungen aller laufenden Forschungsprojekte im Altenbereich noch nicht sehen. Das werde ich aber nachholen. Zum einen freue ich mich sehr, dass damit Öffentlichkeitsarbeit zu Musik und Demenz gemacht wird, was z. B. die britischen, australischen und norwegischen Kollegen dort im Fernsehen, Radio und den Social Media intensiv machen mit hoher politischer Auswirkung auf die Mittel für die Anwendung von Musiktherapie für Demenz und deren Weiterentwicklung in Forschungsprojektmitteln. Zum anderen hoffe ich, dass dabei auch Musiktherapie als Desiderat genannt wird. Mit der o. g. viel zitierten Masterarbeit mussten wir ja feststellen, dass, wenn Nicht-Musiktherapeuten in diesem Bereich arbeiten, wir leider bei dieser Vergleichsgruppe einen signifikanten Anstieg von Depression feststellen mussten.

## **Musiktherapeutische Forschungsprojekte**

**Vorhin haben Sie selbst die Forschung schon angesprochen. Was sind Sie eigentlich – eher Lehrer oder Forscher?**

Ich mag die Trennung nicht, muss ich gestehen, ich bin gern beides und ich verstehe im Hochschulbereich auch nur beides zusammen und eine Trennung macht aus meiner Perspektive insbesondere in unserem Kleinen Fach Musiktherapie keinen Sinn. Ich sehe beides in einem. Und was ich aber sehe, es sind völlig verschiedene Aufgaben. In der Lehre muss ich nachvollziehbar etwas vermitteln und gemeinsam im Hochschulbereich auch mit den Studierenden erarbeiten. Da entsteht sehr oft auch Neues, was Schönes in der Zusammenarbeit mit den Studierenden. Keine Einwegkommunikation vom Lehrenden zum Studierenden. Und als Forscher geht es wirklich um Exzellenz, also in diesen Bereichen neues Wissen zu kreieren, wichtige Problemlagen der Praxis und Anwendung zu bearbeiten und zu entwickeln.

Sie haben in den letzten Jahren etliche Forschungsprojekte angestoßen und durchgeführt. Wir können die nicht alle erwähnen. Sie sind auf Ihrer Webseite<sup>7</sup> gut dokumentiert. Welche davon haben sich denn bewährt, mit welchen Auswirkungen. Also Sie haben vorhin schon das Thema Depression, Altersdepression angesprochen. Was ist Ihnen da besonders wichtig?

Das sind für mich zwei Fragen. Also was ist erfolgreich und was ist wichtig. Zunächst das Erfolgreiche: Bei den Wirkungsstudien im Bereich Altersdepression sind wir richtig gut. Und wir haben jetzt auch ein Team, was das Thema an verschiedenen Stellen weiter fortgesetzt hat. Und das geht seit 2005 wirklich über Jahre und wir sind jetzt mittendrin. Das sind Forschungsprojekte, die fangen zunächst mit Pilotphasen an und enden so nach etwa acht Jahren mit einem richtigen Ergebnis. Das ist richtig gewachsen. In zwei Richtungen erwarte ich 2023 Ergebnisse. Zum einen ist es die Bearbeitung des herausfordernden Verhaltens von Menschen mit Demenz, die Bearbeitung von Depression, das Erreichen von Wohlbefinden sowie sogar die Aktivierung kognitiver Ressourcen. Zum anderen haben wir in allen Projekten auch Gesundheitsökonomien mit ihren Messungen integriert, womit wir klare Ergebnisse – und das wohl erstmals – zur Kosteneffektivität von Musiktherapie für Menschen mit Demenz nach den Maßgaben des deutschen Gesundheits-, Sozial- und Pflegesystems haben werden. Was außerdem auch in einem kleinen Rahmen erstmal angefangen hat, ist die Arbeit Musiktherapie für die Angehörigen, was zum einen – als abgeschlossenes Projekt – die Geschwisterkinder krebserkrankter Kinder betrifft. Das gehört jetzt zum Beispiel zur Versorgung der Uniklinik Würzburg dazu und ist dort fest implementiert. Das Modell sollte ausstrahlen auf andere Kliniken. Und das andere ist das Projekt mit pflegenden Angehörigen, bei dem wir musiktherapeutisch basierte Kompetenzen der Nutzergruppe anpassen und sie zur Umsetzung anleiten: Skill-Sharing. Das ist auch etwas, was so 2015, 2016 angefangen hat und wo wir Techniken der Musiktherapie direkt lehren, vermitteln wollen für pflegende Angehörige und für Pflegeberufe. Dass die das im Alltag einsetzen können, also was auch nochmal eine neue Perspektive ist, da haben wir vielleicht wieder die Vision, denn dort ein Stück mit drin. Da kommen wir nachher sicher noch darauf zurück.

Gerade die Forschung ist für Thomas Wosch ein wichtiges Anliegen. Er verweist dabei auch auf die langwierigen Forschungsprojekte, die mehr als 10 Jahre lang brauchen, um etwas aufzubauen und umfassend untersuchen zu können. Spezialisten und ein Team seien immer wichtiger geworden. In Würzburg arbeiten mit ihm zwei Post-Docs<sup>8</sup>, die auch internationale Partner mit einbeziehen. Und: Dissertationsprojekte seien entstanden. Die Einzelarbeit eines Forschers sei nicht mehr ertragreich genug für das Feld der Musiktherapie. Forschungsteams müssen Probleme bearbeiten in großen Untersuchungen von Systematic Reviews über Pilotstudien und Modellentwicklung zu Randomisiert Kontrollierten Studien (RCT). Dies sind Forschungen, welche allein in ihren drei bis vier Teilen jeweils eine halbe bis drei Millionen Euro Forschungsgelder für die Durchführung benötigen.

#### Forschungsteams statt Einzelarbeit

Wenn ich jetzt die Presse-Meldungen Ihrer Hochschule lese zu Ihren unterschiedlichen Forschungsprojekten und Ergebnissen, frage ich mich gleichzeitig, was bekommen die Musiktherapeut:innen in Deutschland von den vielen Ergebnissen mit, die daraus entstehen. Also wie verwenden Sie die Ergebnisse hierzulande, was entsteht daraus an politischen Handlungen?

Wir haben die Tagungen, insgesamt 10 in den letzten 10 Jahren, bei denen Musiktherapie in Würzburg präsentiert wurde, wo wir unsere Ergebnisse vermitteln, in Workshops, also im direk-

ten Kontakt. Und wir verbreiten sie natürlich in Publikationen. Ergebnisse zu verarbeiten dauert manchmal lange. Erst müssen sie vorliegen, dann können sie vermittelt werden. Nicht zuletzt fließen sie direkt in die Lehre, Workshops und Zertifikatskurse ein, dass in den neuen evidenzbasierten Methoden und Anwendungsfeldern sich qualifiziert wird. Politisch sind wir aktuell regional aktiv.

Aus meiner Sicht waren auch die Kleinen Fächer-Wochen<sup>9</sup>, die wir in Deutschland im Wintersemester 2019/2020 hatten, eine sehr gute Möglichkeit die fachliche Leistung der Musiktherapie zu zeigen. In Würzburg hatten wir dabei im Januar 2020 einen Tag mit hochspezialisierter Forschung mit 40 Experten. Und an einem anderen Tag ging es in die Breite, wo wir bestimmte Projekte vorgestellt haben und Musiktherapeut.innen, Altenpfleger.innen, und Angehörige informiert werden konnten (vgl. MU 2–2020, S.189f.). Dabei waren auch Ämter, Institutionen und Ausbilder der Region vertreten, mit denen wir diese Angebote seit 2015 in der Region auch ausbauen.

Mit den Ergebnissen unserer aktuellen großen Wirkungsstudien inklusive Gesundheitsökonomie können wir ab 2024 auf bayerischer und deutscher Ebene mit den Ministerien für Gesundheit, Pflege und Soziales in Kontakt treten.

## Homeside – das aktuelle Forschungsprojekt

Thomas Wosch kommt selbst auf das aktuelle große Forschungsprojekt Homeside zu sprechen. Es geht darum, musiktherapeutisch basierte Fähigkeiten für andere Nutzergruppen und deren Alltag anzupassen, auch die, welche nicht professionell tätig ist, ein Skill Sharing: die pflegenden Angehörigen. Ausgangspunkt dabei ist, dass die überwiegende Mehrheit von Menschen mit Demenz zuhause gepflegt wird, etwa 75 % – von Familienmitgliedern, Töchtern, Söhnen. Sie sind umfangreich einbezogen in die Pflege. Aber auch das Zusammenleben und ihre Beziehung zueinander steht in neuen Anforderungen.

Betroffene wollen auch solange wie mög-

### Kompetente Begleitung für pflegende Angehörige

lich zuhause leben, denn für sie ist das häusliche Umfeld wichtig und lebensnotwendig. Die gewohnte Umgebung vereinfacht vieles, sich in einem neuen Umfeld zurechtzufinden ist oft schwierig. Für die pflegenden Angehörigen entstehen in der täglichen Zusammenarbeit viele Herausforderungen – oft mit Krankheitsbeeinträchtigungen und Verminderung von Lebensqualität. Das Team um Thomas Wosch sagt: »Es ist wichtig, sich auch um diese Gruppe zu kümmern mit einer Schulung, damit sie besser damit umgehen kann.« Entstanden ist ein Manual, das vermittelt, wie pflegende Angehörige Musik im Alltag bewusster einsetzen können, um die Kommunikation, um die Beziehung, aber auch die Regulation ihres betroffenen Angehörigen gemeinsam zu verbessern.

## Wie läuft das Projekt Homeside praktisch ab?

Einbezogen sind alle Bereiche der Musik: das Hören, das Singen, das Bewegen nach Musik oder – wenn Instrumente zur Verfügung stehen und es passt – selbst Musik machen. Wir gehen davon aus, was erstmal da ist. Wo liegt die Präferenz – eher auf dem Musikhören oder auf dem Singen oder dem Bewegen. Hat jemand viel getanzt, wie kann man das jetzt wieder unter anderen Bedingungen, zum Beispiel körperlichen Beeinträchtigungen, umsetzen. Auch Sitztänze sind

ja gut einsetzbar. Das soll bewusst aktiviert und eingebracht werden. Es können auch viele Erinnerungsmomente miteinander geteilt werden.

Ein Beispiel: Ehepaare, die Jahrzehnte zusammenleben, erzählen sich etwas aus ihrer Kindheit, Jugend, was der andere gar nicht wusste. Oder: Irgendwie hat das Singen keine Rolle mehr gespielt, derjenige war aber im Kirchenchor, im Schulchor: »Ach was, das hast du?«, und dann fängt der Demenzbetroffene auf einmal an ein Lied zu singen, was ihm in Erinnerung ist, und auf einmal fangen pflegende Angehörige und die Musiktherapeutin an nachzuschlagen, was ist denn das überhaupt, wo kommt das her.

... das heißt auf einmal, der Demenzbetroffene bringt den anderen etwas bei?

Das ist natürlich ein Kompetenzerleben und eine kognitive Leistung, die hoch gewünscht ist, das bei diesen Abbauprozessen in der Demenz mit einzubringen. Das verbessert die Beziehung, stärkt das bewusste Kommunizieren. Das ist dann wichtig, wenn jemand völlig lethargisch, inaktiv ist oder auch übererregt, agitiert. In der Anleitung für die Angehörigen geht es darum, diese Elemente dann im Alltag einzusetzen und bewusst damit zu arbeiten.

**Welche Aufgabe haben die Musiktherapeut.innen?**

Die Musiktherapeut.innen stabilisieren die vorhandenen Kompetenzen und helfen dabei sie auszubauen. Und finden aufgrund der ganzheitlichen Sicht des Musiktherapeuten auch Lücken, die noch schlummern und angestoßen werden können. Bei drei Terminen á zwei Stunden innerhalb von drei Monaten entsteht ein direkter Kontakt, dazwischen gibt es alle zwei Wochen die Möglichkeit für telefonische Nach- und Rückfragen, um mit dieser Begleitung den Einsatz von Musik im Alltag zu verbessern und auszuweiten.

Die pflegenden Angehörigen führen Tagebücher und kennzeichnen kurz durch Ankreuzen und Smileys, was auf welche Weise wie gemacht wurde. Dazu werden umfangreiche Tests von Psychologen durchgeführt. Es werden Demenzsymptome abgefragt, Lebensqualität, Kompetenzen. Eine Besonderheit in Würzburg ist, dass auch ökonomische Aspekte untersucht werden.



Das Homeside-Team



Hier wird die Kosteneffektivität der Maßnahmen errechnet. In weiteren Erhebungen werden Rahmenbedingungen erfasst wie Selbstständigkeit und auch Arztbesuche.

**Nicht nur Würzburg ist ein Zentrum für Homeside, sondern das internationale Forschungsprojekt findet ja gleichzeitig in Melbourne (Australien), Cambridge (GB), Oslo (Norwegen) und Krakau (Polen) statt. Das bedeutet aber, dass die Anleitungen dazu gleich sind, die jeweilige Realisierung aufgrund der kulturellen und persönlichen Voraussetzungen auch sehr unterschiedlich zum Beispiel in der konkreten Liedauswahl ist ...**

Und durch die fünf Standorte mit den Experten schaffen wir die notwendige Zahl von eintausend Teilnehmern, die brauchen wir dort, um den Anforderungen der statistischen Repräsentativität der Studie gerecht zu werden. Das heißt, dass die Projektidee durchaus eingeeengt ist, wahrscheinlich liebe ich die Einengung ... (lacht) ...

**... sicher lässt sich auch Konzentration dazu sagen ...**

Ja, klar. Es gibt einige Vorstufen. Im Systematic Review wird geschaut, was ist relevant. Die Teststatistiker rechnen dann aus, was brauchen wir, wieviel können wir testen und welche Effektstärken sind bis jetzt erreicht worden, und so weiter. Das ist ja ein Riesenvorlauf – mindestens fünf Jahre Vorlauf, die wir brauchten, um an den Start zu gehen. Denn für diese Untersuchung und durch die fünf Standorte kriegen wir die kritische Zahl von 1000 Teilnehmern zusammen. Und wir haben in Würzburg neun Mitarbeiter in dem Projekt.

Die Würzburger Studie ist eine Wirkungsstudie mit einem repräsentativen Ergebnis. Bestimmte Tests auf eine Gruppe und Methode beschränkt, mit welcher die vier Erscheinungsformen der Musik eingebracht werden. Die Modelle dafür sind in den Jahren davor entwickelt, eingesetzt und in Pilotstudien untersucht worden. Bei Homeside wird die abschließende randomisiert kontrollierte Wirkungsstudie durchgeführt.

**Nun könnten berufspolitisch engagierte Kritiker sagen: Bei Homeside erhalten die Angehörigen mit Hilfe von Musiktherapeut.innen Kompetenzen für die Versorgung und Betreuung. Dann brauchte es ja aber keine Musiktherapeut.innen mehr, die Menschen mit Demenz therapeutisch anregen, die Berufsgruppe der Musiktherapeut.innen wird überflüssig.**

Ich habe mal ausgerechnet: Um die Demenzbetroffenen in Deutschland 2050 adäquat musiktherapeutisch zu versorgen, wären 20.000 Musiktherapeut.innen nötig – nur in Deutschland. Solche Zahlen werden wir nicht erreichen. Wir können gar nicht so viele ausbilden nur für diesen Bereich. Das zweite ist der Kostenfaktor: Wir können nicht erwarten, dass wir 20.000 Musiktherapeut.innen in Altenheimen im Jahr 2050 haben werden. Und wenn wir erfolgreich mit den drei Monaten sind, dann kommt es ja auch darauf an weiter zu aktualisieren, weil die Demenz fortschreitet. Was zum Beispiel in den drei Monaten als Gespräch noch möglich war, was angeregt



werden konnte, ist nicht mehr möglich, und man kann nur noch nonverbal mit Berührung, mit Singen, Summen umgehen. Das heißt, da brauchen wir weitere Kurse und wir brauchen auch

**Der Bedarf an musiktherapeutischer Versorgung wird bleiben und dringend benötigt**

regelmäßig Musiktherapeut.innen. Was aber das Wichtigste ist, ist, dass wir Angehörige kompetent begleiten können, ihre Ressourcen maximal einzusetzen und der absolut herausfordernden Änderung angemessen begegnen können

– welches Verhalten und welche Kommunikation mit dem geliebten Menschen mit Demenz benötigt wird.

Wir haben aktuell in Deutschland ungefähr 1,3 Millionen pflegende Angehörige, die sich um Menschen mit Demenz kümmern und es wird sich verdoppeln. Und 1,3 Millionen Menschen auszubilden, das ist ein neuer Arbeitsmarkt ohne Ende. Das ist nur ein Teil der Demenzversorgung, welche die pflegenden Angehörigen und jede Minute des Alltags unterstützten.

**Aber wird es nicht Situationen geben, bei denen auch eine Musiktherapie erforderlich ist und hilft, die nur von den fachlich gut ausgebildeten Musiktherapeut.innen geleistet werden kann?**

Das ist sicher richtig: In den sehr schweren und wirklich herausfordernden Fällen, da brauchen wir den Musiktherapeuten, der mit der Einzelintervention unterstützt. Die Einzel- und Gruppentherapien des Musiktherapeuten zur direkten Bearbeitung und Begleitung starker Symptome der Demenz in der Gerontopsychiatrie, im Altenheim und im wöchentlichen Setting in der ambulanten Versorgung bleiben davon unberührt. Für mich ist es eine Pflicht, das beizubehalten und einzusetzen, was wir an Wissen und Möglichkeiten haben. Die musiktherapeutische Arbeit kann also mit den pflegenden Angehörigen erweitert werden. Und das ist nochmal eine ganz andere Rolle und ein ganz anderes Modell. Unsere Mitarbeiterin Carina Petrowitz wird in ihrer Doktorarbeit genau diese neue andere Rolle des Musiktherapeuten beleuchten, um das auch für Musiktherapeut.innen vermitteln zu können.

## Politische Handlungsebenen

**Welche politischen Aspekte die Musiktherapie betreffend, sehen Sie denn in diesem Projekt – was erhoffen Sie sich für die Musiktherapie insgesamt?**

Ich erhoffe mir zum einen, dass wir sehr deutlich und genau die Auswirkung von Musikintervention auf Agitiertheit und Depressionen bei Demenzbetroffenen sehen können, in den Pilotstudien war die Beziehungsqualität immer sehr erfolgreich bearbeitet. Das heißt, wenn es eine Störung der Beziehung zwischen den pflegenden Angehörigen und dem Betroffenen gegeben hat, konnte das musiktherapeutisch sehr gut bearbeitet werden. Dann, dass wir einen weiteren Schritt gehen

**Politisch notwendig – gerade bei nationalen und regionalen Demenzstrategien**

können für neue Arbeitsfelder der Musiktherapie.

Wir werden es nie schaffen, für jeden Betroffenen Musiktherapie anzubieten. Wir haben 1,7 Millionen

Menschen mit Demenz, wir haben derzeit etwa 2.000 Musiktherapeut.innen, davon arbeiten zwischen 200 und 400 mit alten Menschen. Also ich sehe da auch keine Probleme und Angst, dass wir durch das Projekt Homeside etwas der Musiktherapie-Community wegnehmen. Im Gegenteil: Ich sehe derzeit eine gesellschaftliche Aufgabe mit einer hohen Bereitschaft, siehe die Nationale Demenzstrategie. Beispiel Bayern: Es gibt ein flächendeckendes Netz von Fachstellen für pflegende Angehörige. Und die Bayerische Demenzstrategie baut gerade 200 neue Stellen im Sozialmi-

nisterium für die Koordination auf. Da werden in einem Bundesland richtige Strukturen geschaffen auch für die pflegenden Angehörigen unter anderem deshalb, weil sie sehr belastet werden durch die Pflege. Aber auch damit wird eine Verbesserung der Versorgung erreicht. Und da passen wir mit *Homeside* gut hinein. Und das wird auch für die Musiktherapie neue Wege eröffnen – wir schaffen dafür die Grundlagen. Was wir von den Pilotstudien noch wissen: Der Demenzbetroffene wird als hochkompetent in dieser Beziehung erlebt und es kann eine hohe Zufriedenheit und Freude auch geteilt werden. Als musiktherapeutische Berater können wir solche Prozesse unterstützen und verbessern. Das verlangt viel fortlaufende Forschung.

**Lassen Sie uns zum Schluss kommen, Thomas Wosch: Sie bereiten einen neuen Master vor, der im Wintersemester 2021 beginnen soll. Ich denke, dass wir an geeigneter Stelle darauf nochmal ausführlicher zurückkommen, deshalb soll das hier nur kurz angerissen werden.**

Gerade wurde der Titel des Masters in der Fakultät festgelegt: er heißt jetzt *Master Musiktherapie für Empowerment und Inklusion*. Es ist wieder ein berufs begleitender Weiterbildungsmaster, das heißt, dass er über Gebühren auch finanziert wird und eine Studiengebühr anfällt. Als ein Schwerpunkt wird die Inklusion bewusst mit hineingenommen. Und das heißt, dass jetzt nicht nur die Einzelarbeit mit den Betroffenen gegeben ist, sondern auch sein Umfeld mit einbezogen ist. Das betrifft eben auch die Angehörigen zum Beispiel. Was außerdem positiv

**Master geplant ab 2021: Musiktherapie für Empowerment und Inklusion**

ist: Von der Fakultät sind mehr Kolleg:innen beteiligt, was einerseits einen inhaltlichen Gewinn bringt durch die Beteiligung von Spezialisten für Inklusion und für den Altenbereich, andererseits ist das Einzelkämpfertum vorbei. Auch der Bereich der Familiensoziologie ist beteiligt wie auch die Ingenieurwissenschaft. Die hilft bei Projekten, bei denen unterstützende Technik gefragt ist zum Beispiel im Behindertenbereich aber auch in der Kommunikation. Und die Gesundheitsökonomie ist natürlich auch involviert. Das heißt, der Focus wird breiter. Wir haben für die inklusive Gesellschaft und Teilhabebefähigung sehr viel mehr in der Musiktherapie zu bieten auch im Vergleich zu Musikpädagogen oder Musikern.

**Kommen wir zum Schluss zurück zu Ihnen als Visionär. Ihre Arbeit in zehn Jahren, wohin gehen die Wege ...**

Ich hätte es nie am Anfang gedacht, dass die Musiktherapie im Alter mit Demenz und Altersdepression so ein großes Feld für mich werden wird. Und meine Vision ist, dass wir das, was wir jetzt im Forschungsteam aufbauen konnten, beibehalten und ausbauen. Im Bereich Musiktherapie bei Demenz und Altersdepression wollen wir an Ergebnissen arbeiten, die schließlich zu einer Implementierung führen. Zusammen mit der Universität Oldenburg gibt es ein weiteres EU-Projekt: Dort heißt es Musiktherapie für Menschen mit Demenz im Altenheim.<sup>10</sup> Jetzt haben wir *Homeside* hier und wir haben die *Karlsruher Studie*<sup>11</sup>, das sind »nur« große Wirkungsstudien, die wir machen. Ziel ist, dass wir in einer breiten Ausprägung diesen Bereich des Alters mit allen wirklichen Ressourcen und Potenzialen, die wir in der Musiktherapie haben, bedienen und ausbauen können.

**Seit ein paar Monaten leben wir in besonderen Zeiten, das wird vermutlich auch noch eine Weile andauern. Welche politischen Entwicklungen im Gesundheitswesen werden sich aus Ihrer Sicht**

**ergeben und welche Chancen für die Musiktherapie gibt es, wo und wie kann die Musiktherapie da mitspielen?**

Die Pandemie hat gezeigt, dass der direkte Kontakt zum Menschen, worauf wir sehr stark bauen in der Musiktherapie, sehr beeinträchtigt ist. Die Kolleg.innen in Australien arbeiten musiktherapeutisch schon immer auch mit Videokonferenzen, weil die Entfernungen und die Dimension des Landes das erfordern. Nicht überall können musiktherapeutische Experten sein. Selbst der alte Demenzbetroffene mit neunzig

### Musiktherapie – digital und live?

Jahren geht in Australien völlig gewohnt mit dem iPad um. Ich denke, dass wir bei hochsensiblen Bereichen, z. B. bei infektiösen Erkrankungen auch online in Kontakt sein müssen. Wir müssen das jetzt teilweise bei *Homeside* machen und machen gerade erste Erfahrungen damit. In Australien kann nur so bei neuen Lockdowns gearbeitet werden. Das wird neue Wege für das Anbieten und die Durchführung von Therapie ergeben – als ein neuer kleiner Teilbereich.

**Aber Sie haben auch neulich von einer Kollegin berichtet, die festgestellt ist in einem Altenheim und dass die Musiktherapie besonders wertvoll war, als sehr gewünscht und unverzichtbar angesehen wird.**

Das ist wieder die andere Seite, dass natürlich aus diesen Erfahrungen auch deutlich wird, dass die Situation von Honorarkräften sehr fragil ist. Leider haben wir Honorartätigkeiten sehr häufig in der Musiktherapie. Wir brauchen den Festangestellten. Im genannten Fall war das Heim so dankbar, da dort die Bewohner vor verschlossenen Türen standen und die Agitiertheit wuchs. Das konnte mit der fest angestellten Musiktherapeutin sehr gut bearbeitet werden. Das heißt aber auch, dass wir eben fleißig weiter dran arbeiten müssen, dass die Musiktherapie ruhig viele Einsätze und Chancen hat, damit sie zum festen Bestandteil einer Einrichtung gehört.

**Prof. Wosch, herzlichen Dank für das Gespräch.**

*Das Interview mit Prof. Dr. Thomas Wosch führte Volker Bernius Mitte Juli 2020.*

Fotos: Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt

1 Siehe Nachgefragt in Musiktherapeutische Umschau 2018, Heft 4, S. 400–402

2 [http://mmt.fhws.de/person\\_prof\\_dr\\_thomas\\_wosch.html](http://mmt.fhws.de/person_prof_dr_thomas_wosch.html)

3 Christoph Louven | Thomas Wosch | Birgit Appelbaum: »Perspektiven der Musiktherapie« – Möglichkeiten und Grenzen des Internets in der musiktherapeutischen Lehre, Musiktherapeutische Umschau 2002, Heft 2, S. 161–170

4 Master Musiktherapie für Menschen mit Behinderung und Demenz, vier Jahrgänge mit knapp 60 Absolventen von 2010 bis 2019.

5 Jasmin Eickholt, Wirkung von Musiktherapie in stationären Pflegeeinrichtungen, 2014, Würzburg

6 Thomas Wosch ist der Protagonist der Mikroanalysen in der Musiktherapie – weltweit

7 [http://mmt.fhws.de/aktuelle\\_forschung.html](http://mmt.fhws.de/aktuelle_forschung.html)

8 Post-Docs: Dr. Laura Blauth, Dr. Elsa Campbell; Promovierende: Jasmin Eickholt, Tabea Thurn, Carina Petrowitz

9 vgl. Volker Bernius: Die Orchidee Musiktherapie als »kleines Fach«, in: Musiktherapeutische Umschau 2019, Heft 3, S. 281 f.; Elsa Campbell: Interdisziplinäre und internationale Forschungs-Zusammenarbeit in Würzburg, in: Musiktherapeutische Umschau 2020, Heft 2, S. 189 f.

10 <https://www.neurodegenerationresearch.eu/wp-content/uploads/2020/06/PROJECT-MIDDEL.pdf>

11 Die Studie heißt: »Musik beseelt – Ettlinger Demenzstudie«, läuft von 2020 bis 2023 und wird vom DHW (Deutsche Fernsehlotterie) finanziert und wird beim Caritasverband Landkreis Karlsruhe in Ettlingen durchgeführt.