Interview mit Stefan Mainka[a] und Eckhard Weymann[b]

Zur Diskussion: Musiktherapie – neu definiert

»Musiktherapie ist eine wissenschaftlich fundierte therapeutische Disziplin, bei der in einer kollaborativen Tätigkeit von Therapeut:in und Patient:in Musikinterventionen zur Minderung von psychischen, somatischen, psychosomatischen und kognitiven Symptomen angewandt werden.« (Mainka & Weymann, 2023, S. 5)

Monika Hoog Antink, Redaktion der Musiktherapeutischen Umschau, fragte:

Sie beide, Stefan Mainka und Eckhard Weymann, haben diese neue Musiktherapie-Definition gerade open access im Journal of Arts Therapies (WFKT) veröffentlicht. Wie ist dieses Projekt und die Zusammenarbeit zustande gekommen?

SM: Ich arbeite seit über zwanzig Jahren als Musiktherapeut in der Neurologie. Inzwischen bin ich ausschließlich in einer Parkinson-Akutklinik tätig. In der Neurologie hatte ich von Anfang an das Problem mit der Standortbestimmung, weil sich in den Kasseler Thesen eine sehr elaborierte und ausgefeilte psychotherapeutische Tradition spiegelt. Spätestens mit Einstieg in die Praxis kamen für mich die Inhalte und Verfahrensweisen der Neurologischen Musiktherapie in den Vordergrund. Dort waren so viele neue, spannende Dinge, die aber nicht mehr in diesen Rahmen passten, sodass ich mir von Anfang an die Frage gestellt habe: In welcher Weise haben das Arbeiten mit neurologischen Patient:innen und die psychotherapeutischen Konzepte miteinander zu tun? Ich habe seinerzeit schon recht frisch im Beruf an dem Indikationskatalog für Musiktherapie in der neurologischen Reha mitgearbeitet. Damals haben wir lange diskutiert, weil wir versuchen mussten, diese Ansätze zu verbinden. Für dieses Thema, das war mir klar, musste ich auf jeden Fall jemanden suchen, der es genauso spannend findet, diese Ansätze zu verknüpfen und nach Möglichkeit auf eine neue

a Neurologisches Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson, Beelitz-Heilstätten
b Institut für Musiktherapie, Hochschule für Musik und Theater, Hamburg

Musiktherapeutische Umschau, 44, 3 (2023), S. 251–256, ISSN (Printausgabe): 0172-5505, ISSN (online): 2196-8764
© 2023 Vandenhoeck & Ruprecht

theoretische Grundlage zu stellen. Aber auch jemanden, der viel Erfahrung mit psychotherapeutischen Ansätzen hat. So bin ich auf Eckhard Weymann gekommen und habe ihn gefragt, ob ihn das Thema interessiert und ob er nicht Lust hat, mit mir an einer neuen Definition zu arbeiten.

EW: Ich habe tatsächlich einen ganz anderen Berufsweg genommen, bin seit ungefähr 45 Jahren in der Musiktherapie sozialisiert. Die 1980er Jahre waren die hohe Zeit der Versuche, Musiktherapie auf *psychotherapeutische* Beine zu stellen. Wenn wir erklärt haben, was Musiktherapie ist, haben wir in jedem Satz das Wort Psychotherapie oder psychotherapeutisch verwendet und waren auch sehr davon überzeugt. Die psychotherapeutische Orientierung war für mich so selbstverständlich, dass ich lange Zeit überhaupt nicht darauf gekommen bin, dass man das auch anders sehen könnte. Inzwischen beobachte ich aber in unserer Community eine Interaktion zwischen den verschiedenen Schulen der Musiktherapie. Die Frontenbildungen lassen zunehmend nach.

MHA: Das heißt, dass Sie, Herr Weymann, am Anfang Ihrer Laufbahn, nachdem es die Kasseler Thesen gab, diese auch verwendet haben und sich davon repräsentiert gefühlt haben?

EW: Ja, völlig.

MHA: Und wie war das bei Ihnen, Herr Mainka? Ich könnte mir vorstellen, dass Sie in Ihrer Arbeit, zum Beispiel im Austausch mit Kolleg:innen, die dann fragten, »Was ist eigentlich Musiktherapie?«, schon früher auch andere Definitionen hatten?

SM: Also für mich war es tatsächlich als Berufsanfänger entscheidend, dass es diese Standortbestimmung von der neurologischen Musiktherapie von Michael Thaut gab, weil diese verständlich für die anderen Berufsgruppen erklären konnte, warum wir bestimmte Dinge mit neurologischen Patient:innen tun. Warum wir zum Beispiel einer Schlaganfallpatientin, die gelähmt ist, einen Trommelstock in die Hand geben. Und dementsprechend hatte ich dann erstmal keine Verwendung mehr für die Kasseler Thesen. Im Kopf tat sich dann so ein bisschen auch eine Schere auf. Was hat das eine mit dem anderen zu tun? Wo ist der gemeinsame Nenner und wie kann man das eventuell auch übergreifend darstellen?

MHA: Könnte man also postulieren, dass eine ausschließende Definition auch zur Frontenbildung beigetragen oder etwas verhindert hat?

EW: Ja, eindeutig hat die damalige Profilbildung zur Frontenbildung und zur Ausschließung von Kolleg:innen beigetragen. Und jetzt besteht ja mit einer neuen Definition wieder die Gefahr, dass sich Kolleg:innen ausgeschlossen fühlen. Wenn man etwas definiert, dann grenzt man etwas voneinander ab. Mit unserer Definition haben wir einen Versuch gemacht, eine breitere Plattform für Musiktherapie zu bilden. Aber dadurch entsteht nun eine neue Grenze und ein neues Außerhalb, jedenfalls vermeintlich.

MHA: Sie haben in Ihrem Text den Prozess sehr genau beschrieben, welche Definitionen Sie sich angeschaut haben und wie überhaupt eine Definition für Musiktherapie aufgebaut ist. Haben Sie die Definition mit Kolleg:innen oder fachfremden Personen überprüft?

EW: Wir haben uns entschieden, zunächst eine neue Definition vorzuschlagen. Eine Diskussion soll jetzt folgen. Und dieses Interview, was sie mit uns führen, soll ein Auftakt dazu sein.

MHA: Sie sehen die Definition also keinesfalls als einen abgeschlossenen Prozess an?

SM: Nein, eine solche Definition ist kontextabhängig zu verstehen und nie abgeschlossen. Es ist unser Anliegen, dass die Definition zur Profilierung unseres Berufs und zur Vermittlung

unseres Berufsbildes ins Gesundheitswesen beiträgt. Wir sind daher daran interessiert, diese Diskussion zu führen und eventuell die Definition zu verändern.

MHA: Die Diskussion wird jetzt natürlich erst einmal im deutschsprachigen Raum geführt. Nun haben Sie vor, den Artikel und die Definition auch ins Englische zu übersetzen und international zugänglich zu machen. Was ist das Ziel dahinter und was für Herausforderungen sind damit verknüpft?

SM: Die Diskussionen international laufen zum Teil ja ganz anders als bei uns in Deutschland. Da wird gar nicht über diese Frage »Psychotherapie, ja oder nein?« gestritten, sondern da geht es dann um ganz andere Themen. Die Übersetzung als solche ist natürlich nicht ganz einfach, weil man ja für die Definition nur diesen einen Satz zur Verfügung hat. Wir haben in Deutsch angefangen, weil es uns auch um das Arbeiten im deutschen Gesundheitswesen ging. Diese ganzen Begriffe und Konstrukte, mit denen wir da als Kliniker:innen und auch als Lehrende regelmäßig zu tun haben, sind natürlich alle sehr kontextspezifisch und kontextsensitiv.

EW: Wir haben uns zunächst eben nicht nur auf die deutsche Sprache bezogen, sondern auf das deutsche Gesundheitswesen. Wir wissen eigentlich gar nicht so viel über das schweizerische Gesundheitswesen oder das österreichische, außer dass wir die österreichische Definition im Gesetz mit angeschaut haben.

MHA: Was erhoffen Sie sich davon im besten Fall für die Musiktherapie im deutschen Gesundheitswesen?

SM: Mir geht es in erster Linie um eine Aufwertung und um eine Profilierung unseres Berufsstandes. Wir sind an verschiedenen Fronten immer noch unter Wert. Ich glaube, dass wir in den Kliniken meistenteils zu wenig Stundenanteile halten. Dass nicht richtig bekannt ist, wie aufwendig eine Musiktherapieausbildung vielfach ist. Und an der Stelle war es für mich eben sehr wichtig, zu sagen: Musiktherapie ist eine therapeutische Disziplin. Und das ist auch schon diese Sollbruchstelle, die Eckhard Weymann ansprach. Wir wissen, dass wir damit bestimmte Anwendungsformen ausgrenzen. Aber ich finde das eben ganz wichtig.

EW: Musiktherapie ist eine therapeutische Disziplin. Wenn man dies selbstbewusst und selbstverständlich vertritt, kann das auch heißen, dass Anwendungsformen musiktherapeutischer Methoden, die nicht klar therapeutisch zugeordnet werden, wie beispielsweise präventive Anwendungen, außerhalb dieser Definition stehen. Eine Unterscheidung, die ihren Wert in keiner Weise schmälert. Das finde ich tatsächlich ganz wichtig für die Berufspolitik.
Und dazu gehört dann eben auch, dass Musiktherapie mit Fachbegriffen wie *Symptom* in Verbindung gebracht wird (statt mit Worten wie Wellness und Stressreduktion). Also mit Worten, die in einen medizinisch-therapeutischen Behandlungskontext gehören. Wohlbefinden und persönliche Entwicklung sind sehr wichtig, aber nicht im Fokus unseres gegenwärtigen Gesundheitssystems in Deutschland.

MHA: Aktuell wird über das Thema Neurodiversität diskutiert, dass Krankheitsbilder neutral als Zustände benannt werden und dass immer auch kritisch hinterfragt wird, »was ist normal, was ist pathologisch, was ist gesund?«. Bei Ihnen klingt das ein bisschen wie ein Kompromiss?

EW: Die neue Definition ist auf jeden Fall kompromisshaft. Ich würde mir durchaus ein Gesundheitswesen wünschen, das salutogenetisch orientiert ist, auf persönliche Entwicklung und ganzheitliche Therapieformen Wert legt und Diskussionen führt, wie Sie sie gerade ange-

sprochen haben. Aber unser Gesundheitswesen ist ausgerichtet auf den ICD, der festlegt, was normal ist und was als behandlungsbedürftiges Symptom gilt. Die Behandlung krankheitswertiger Störungsbilder wird in unserem Gesundheitssystem finanziert.

SM: Wir wollten und können nicht das Gesundheitssystem mit unserer Musiktherapie-Definition zum Besseren verändern. Auch wenn wir uns natürlich mit diesen Konzepten auseinandergesetzt haben. Wir haben lange über die Begriffe »Symptom« und »Patient:in« debattiert. Wir haben versucht, uns mit dieser Definition im bestehenden System zu verankern, unseren Platz dort zu finden. Möglichst einen besseren, einen stabileren Platz, als wir ihn jetzt gerade innehaben. Dafür war es dann einfach unumgänglich, diese Begriffe auch zu verwenden, egal wie man zu ihnen steht.

MHA: Das Anwendungsfeld der Prävention fällt nun aus der Definition raus. Musiktherapeut:innen an Musikschulen befinden sich eh schon im Spannungsfeld zwischen Pädagogik und Therapie und arbeiten auch mit Kindern, die definitiv Symptome zeigen, aber vielleicht noch keine Diagnose haben. Also irgendwie im schulischen Alltag auffällig werden und dann in die Musiktherapie kommen. Sehen Sie diese Kolleg:innen in der Definition vertreten und würden Sie das als ein musiktherapeutisches Angebot beschreiben?

SM: Ja, auf jeden Fall. Dort findet auch Therapie statt. Aus unserer Sicht ist es eben so, dass man eine Unterscheidung da treffen kann, wo mit einem Kind eher in Richtung Förderangebot gearbeitet wird und weniger auf die Symptomatik bezogen. Wir plädieren dafür, dass man dann von *musiktherapeutischen Angeboten* spricht. Das ist eine kleine, feine Unterscheidung, die wir hilfreich finden, um zu dieser klaren medizinisch-therapeutischen Standortbestimmung beizutragen.

MHA: Für ein ganz offenes Setting für geflüchtete Menschen würden Sie dann den Begriff »Musiktherapeutisches Angebot« vorschlagen, richtig?

EW: Ja, genau. Also ich fürchte, dass Leute jetzt kommen und sagen »Jetzt sag mir mal, ist das, was ich hier mache, Musiktherapie oder nicht – nach deiner Definition?« Und ich würde versuchen, mich dieser Frage zu entziehen, denn ich bin kein Beurteiler von einzelnen Arbeitsweisen. Das ist überhaupt nicht mein Interesse. Wir haben bei den Musikschulen angefragt, die haben gesagt, das ist Therapie. Dann sagen wir, ja, das ist Therapie. Es kann aber sein, dass dort eben auch Angebote verortet sind, die man nicht unbedingt als Therapie bezeichnen muss. Genauso wie im psychotherapeutischen Bereich. Ein für mich naheliegendes Beispiel ist die musiktherapeutische Selbsterfahrungsgruppe. Da würde man auch nicht von Therapie sprechen, sondern eben von Selbsterfahrung. Da geht es um die Selbstentwicklung, um neue Erkenntnisse, neue Erfahrungsmöglichkeiten, aber nicht um Symptome mit Krankheitswert, die gelindert werden sollen. Es gibt dafür – so wichtig diese Arbeit auch ist – keine ärztliche Verordnung und keine Krankenkasse, die das finanziert.

SM: Es ist verständlich, dass wir jetzt über diese scharfen Bruchkanten und Abtrennungen und mutmaßlichen Problemfelder reden. Ich weiß, dass Sie da der MU-Leser:innenschaft aus der Seele sprechen. Aber man kann natürlich auch mal anders rangehen und fragen, was verbessert sich denn jetzt durch diese Definition? Und ich bin schon der Meinung, dass sie etwas liefert, was den Kolleg:innen in der Praxis, in der Ambulanz, in Kliniken und aber eben auch in Senior:inneneinrichtungen und in heilpädagogischen Ambulanzen Rückenwind geben kann durch diese stärkere Verortung in einem medizinischen Kontext.

MHA: Sie haben in Ihrem Artikel ganz deutlich geschrieben, dass wirklich alle Arbeitsfelder durch die Definition abgebildet sein sollen, diese aber im aktuellen Gesundheitssystem verortet ist. Ich könnte mir vorstellen, dass viele Musiktherapeut:innen ein ganz anderes Menschenbild haben oder auch eine andere Arbeitsweise.

SM: Ja, statt des Begriffs Patient:innen haben wir auch diskutiert, ob wir von Klient:innen sprechen sollten oder, an Bruscia angelehnt, von Musiktherapie-Empfangenden. Mit dieser einseitigen Festlegung, also mit dem Patient:innenbegriff, ist im deutschen Gesundheitswesen auch eine Menge Negatives, auch Entmündigendes, verbunden. Aber es ist wirklich schwierig, etwas Besseres zu finden.

EW: Ein anderes strittiges Wort war Musikintervention. Ich hatte da zunächst starke Einwände gegen. Ich wehre mich ja immer, wenn in der Musiktherapie vom »Einsatz« von Musik die Rede ist. Für mich ist das eine mechanistische Metapher. Und trotzdem haben wir den Begriff Musikinterventionen jetzt gewählt und auch ausführlich begründet. Das musiktherapeutische Setting im Umgang mit Musik ist eben doch eine absichtsvolle Setzung (Intervention), in der auch ein zufälliges und unwillkürliches Geschehen angestrebt sein kann.

MHA: Ich könnte mir vorstellen, dass Sie, Herr Mainka, mit dem Begriff Musikinterventionen weniger Bauchschmerzen hatten.

SM: Mit dem Begriff Musikintervention verbinde ich vor allen Dingen eine logische Kette. Wo starten wir? Wir starten bei einem Problem. Warum machen wir das? Wir haben ein Ziel und ich als Therapeut habe eine Wirkungsidee, wie wir dahin kommen. Das bedeutet, dass ich weiß, was ich tue, ich habe eine Vorstellung, was ich bewirke, und ich tue das eben deswegen strategisch. So verstehe ich Interventionen. Und natürlich setzt das immer das Einverständnis der Patient:innen voraus. Die tragfähige Beziehung haben wir im Übrigen nicht extra reingebracht, weil wir die als selbstverständlich und als Arbeitsgrundlage für alles therapeutische Tun empfinden.

MHA: Was Sie dann mit dem Begriff der kollaborativen Tätigkeit gefasst haben.

EW: Das befremdet sicherlich auch viele, weil wir seit den 80er Jahren immer die therapeutische Beziehung als zentral betonen. Im tiefenpsychologischen Kontext hat sie noch eine besondere Bedeutung. Da wir aber eben nicht mehr speziell darauf fokussieren, wollten wir das mit dem Begriff der kollaborativen Tätigkeit erweitern.

MHA: Das hat mir daran total gut gefallen. Sie meinten ja vorhin auch schon, Herr Mainka, dass der Begriff Patient:in auch kritisch gesehen werden kann und auch ein Machtgefälle verdeutlichen kann. Bei der kollaborativen Tätigkeit wird jedoch das Zusammenarbeiten auf Augenhöhe betont, und dass der oder die Musiktherapeut:in seine oder ihre Expertise zur Verfügung stellt.

SM: Vielleicht erzeugen wir aber auch ein Stirnrunzeln bei manchen Ärzt:innen, die ein anderes Selbstverständnis, vielleicht auch unausgesprochen, mit sich herumtragen. Ist dieses Wort dann wirklich anschlussfähig? Diese Passung ist uns wichtig und dass es verständlich ist und letztlich unserem Beruf hilft. Mir geht es genauso wie Ihnen, dass ich eher diese positiveren Aspekte damit verbinde.

MHA: Der einzige Baustein, den wir noch nicht diskutiert haben, ist »wissenschaftlich fundiert«. Da fällt es mir aber auch schwer, etwas Kritisches zu sagen.

EW: Diese Bezeichnung vertritt einen Hinweis in anderen internationalen Definitionen auf die Ausbildung, also die Qualifikation der Ausübenden und gleichzeitig damit auch die wissenschaftliche Fundierung.

Musiktherapie ist als Disziplin wissenschaftlich fundiert. Anderen, die auch mit Musik im Gesundheitswesen arbeiten, etwa mit kulturellen Angeboten oder Singgruppen, aber nicht dieser Disziplin angehören, soll nicht der Wert, wohl aber die Zugehörigkeit zur musiktherapeutischen Disziplin abgesprochen werden.

MHA: Das Projekt einer neuen Definition ist jetzt erst einmal abgeschlossen. Was haben Sie für Tipps für Musiktherapeut:innen, die zusammen einen Artikel schreiben wollen?

EW: Ich möchte zunächst einmal sagen, dass ich das gemeinsame Erarbeiten eines Artikels großartig finde, weil es einfach viel interaktiver und interessanter ist, als allein zu schreiben. Ich glaube, durch den Austausch wird ein Artikel oft auch besser. Es war ganz wichtig, dass wir uns neben den zahlreichen Zoomkonferenzen einmal einen ganzen Tag live gegenübergesessen haben in Hamburg und dass wir uns bereits kannten.

SM: Und dass wir uns leicht verständigen konnten. Ich glaube wirklich daran, dass in der Zusammenarbeit immer etwas Besseres rauskommt. Besonders, wenn es um diese sprachsensiblen Sachen geht, wie eben jetzt so eine Definition.

MHA: Gibt es sonst noch irgendeinen Aspekt, den Sie gerne ansprechen würden?

SM: Ursprünglich hatten wir natürlich daran gedacht, dass dieser Artikel in der Musiktherapeutischen Umschau erscheint. Das ist dann letzten Endes an einer Formatfrage gescheitert. Aber ich fand es jetzt wirklich sehr schön, dass wir hier so darüber sprechen konnten. Mir hat es auch total viel Spaß gemacht, das mit Ihnen nochmals anzugucken. Und die kritischen Fragen fand ich bereichernd.

MHA: Ich bedanke mich herzlich für das Gespräch.

Literatur

Mainka, S. & Weymann, E. (2023). Musiktherapie – neu definiert. *GMS J Art Ther.*, *5*:Doc02. https://dx.doi.org/10.3205/jat000030

Dr. Stefan Mainka, Beelitz-Heilstätten
mainka@kliniken-beelitz.de

Monika Hoog Antink, Hamburg
monika@hoogantink.de

Prof. Dr. Eckhard Weymann, Kakenstorf
eckhard.weymann@hfmt-hamburg.de