

# Diskussion mit dem Podium

## Das Auditorium fragt – die Referenten antworten

*Die Damen: A. Grubel, K. Harkensee, Dr. S. Hilken, N. Plinz, M. Weißgerber*

*Die Herren: Dr. Chr. Büchel, Prof. Dr. D. Petersen, Prof. Dr. R. Spintge (Moderation)*

Meine sehr verehrten Damen und Herren, mir wurde gerade gesagt, ich möge einfach beginnen.

Mir ist die dankbare Aufgabe zuteil geworden, diese Frage- und Antwort-Stunde oder Diskussionsrunde ein wenig zu organisieren, was ich gerne tue.

Der Sinn des Ganzen ist, Ihnen als Teilnehmer an dieser Tagung Gelegenheit zu geben, zu fragen, zu diskutieren, zu hinterfragen. Nutzen Sie diese Chance, denn in dieser geballten Zusammensetzung werden Sie uns so schnell nicht wieder bekommen.

Ich möchte mich auch nicht mit einer langen Einführung aufhalten, weil ich weiß, dass Sie eigentlich alle, die Sie hier sitzen, die Vormittagsvorträge gehört haben. Die Workshops waren teilweise parallel, aber ich denke mal, auch da werden wir auf einen Nenner kommen können.

Ich beginne, um das Ganze anzustoßen, mit einem Zitat, das Herr Dr. Schönsee heute morgen uns gebracht hat, das ich sehr eindringlich fand und sehr schön beschreibend. Er sprach über »Den Vorschein des Besseren in der Kunst«. Ist das Bessere denn im Zusammenhang zwischen Kunst und Therapie, in diesem Spannungsfeld, wirklich die Kunst? Das wäre meine Frage. Oder ist es das gemeinsame Ziel, nach dem wir streben? Das sind Dinge, die mir eigentlich durch den Kopf gegangen sind. Kann Kunst wirklich diese Wächterfunktion ausüben, ich würde fast sagen, diese Brückenfunktion, die ist ja in sehr vielen Beiträgen heute angesprochen worden, die Brückenfunktion in dieser Zerrissenheit zwischen Technik, Markt, Ökonomie auf der einen Seite und Individuum, menschliches Individuum auf der anderen Seite. Das wären Fragen, die mich umtreiben würden bei dieser Diskussion. Ich möchte auch die Teilnehmer hier oben nicht zu einem Statement bitten, sondern ich möchte wirklich Sie im Publikum bitten, Ihre Fragen und Ihre Gedanken an uns zu richten und an sich gegenseitig. Bitteschön.

*(Auditorium)*

Ich möchte gleich eine elementare Frage stellen, nicht wissend, ob man sie beantworten kann. Gibt es Kriterien, nach denen man sagen kann, für welchen Menschen ist ab wann welche Therapie angesagt oder angetan. Es gibt ja verschiedene Krankheitsbilder, und man muss einmal erfahren, ob überhaupt immer eine dieser Therapien angebracht ist. Kann man da gewisse Richtlinien treffen, dass man sagt, für den wäre vielleicht die Biblio-Therapie, für den wäre die Mal-Therapie und für den wäre die Musik-Therapie geeignet, und vielleicht ab wann und wie lange. Gibt es überhaupt irgendwelche Kriterien, nach denen man so etwas ordnen oder einordnen kann, oder ist die Frage völlig daneben?

*(Prof. Spintge)*

Nein, ich glaube, sie ist von sogar ziemlich zentraler Bedeutung. Ich möchte sie eigentlich weiterreichen an unsere Kunsttherapeuten hier am Tisch, unter welchen Indikationsstellungen sie denn aktiv werden?

*(Frage ans Podium)*

Sind damit auch Musiktherapeuten gemeint?

*(Prof. Petersen)*

Ja, Musik ist auch Kunst. Ich habe mich das auch oft gefragt, muss ich gestehen. Die Musiktherapeuten, das klang in unserem Seminar z.B. auch an, leiden ja darunter, dass sie immer nur dann Musiktherapeuten sind, wenn sie Musik machen. Aber sie sind natürlich auch Musiktherapeuten, wenn sie keine Töne machen. Nun arbeite ich mit Kindern und Jugendlichen und stelle fest, die wählen ihre Medien durchaus sehr frei. D.h., man könnte sagen, wenn sie etwas an die Wand schmeißen, das einen Klang hinterlässt, dann ist das Musik-Therapie; auch wenn sie nichts sagen, bin ich immer noch Musik-Therapeut. Ich glaube, dass wir alle – das gilt jetzt, sagen wir mal, für die Altersgruppe der – weil Sie auch nach Altersgruppen natürlich fragten – der Kinder und Jugendlichen, dass man relativ viel Flexibilität haben muss, die Interaktionsangebote der Patienten jetzt in der Psychotherapie speziell aufzugreifen und mit ihnen umzugehen.

Wer zu einem Dogmatismus neigt zumindest mit diesen Minderjährigen, der wird irgendwann Opposition ernten und wird sich leer laufen. Es gab auf dem Weltkongress Musiktherapie eine Gruppe, die sich speziell mit dem Thema beschäftigte, ob Musiktherapie ohne Töne noch Musiktherapie ist, und alle haben sich sehr schnell darauf geeinigt, dass es das gibt, also auch der Klang der Stimme z.B. ist ja beim Musiktherapeuten schon eine Information. Ganz am Ende haben dann doch alle wieder diskutiert, wie sie denn die Klienten auch zu den Tönen bekommen. Das hat etwas mit beruflicher Identifikation zu tun. Ich glaube, dass es am Ende, und das zeigen auch viele Studien häufiger, die therapeutische Haltung ist und nicht das reine Medium, was hilfreich ist, also die dem Patienten zugewandte offene Begegnung und die empathische Haltung sind das Grundmaterial; und an welchem gegenständlichen Material sich die Therapie faktisch vollzieht, ist dann möglicherweise auch nur noch sekundär.

*(Auditorium)*

Darf ich noch erweitern?

*(Prof. Petersen)*

Ja, ich bin da relativ neugierig, weil ich der Musik sehr zugetan bin.

*(Auditorium)*

Wir waren 1999 auf einer Veranstaltung in der Musikhochschule zu dem Thema Musik-Medizin, Musik-Therapie, Sie (Prof. Spintge) waren auch zugegen, und da wurde darüber gesprochen, dass das Improvisieren ein äußerst wichtiger Bestandteil der Musiktherapie ist. Da tauchten dann die beiden Begriffe auf, die freie Improvisation und die gebundene Improvisation, und da ich selbst Musik gemacht habe und mit anderen zusammen war, spielte ich natürlich die gebundene Improvisation.

Aber ich habe auch einmal zusammen gespielt mit den »Schlumpem«, die sind ja vielleicht nicht ganz unbekannt. Das ist eine Gruppe behinderter Künstler. Da gab es nur die ungebundene Musikimprovisation, und da war ich dann der Behinderte. Unterscheiden Sie auch so, ist das ein Problemfall, oder lassen Sie die Menschen dann wüst drauflos musizieren?

*(Prof. Petersen)*

Verzeihen Sie mir, wenn ich das nun mal so sage. Das klang eben für mich, als wenn man von gelockertem Vollzug spricht. Ich sage mal so, Improvisation ist ja eigentlich eine Haltung. In welcher Form man diese ausübt, das muss sich natürlich an den Umgebungsbedingungen orientieren. Schon in der Wahl des Materials oder wie ich Material zur Verfügung stelle, setze ich ja gewisse Rahmenbedingungen. Ich empfinde Improvisation und Spiel und all dieses als eine Möglichkeit, sich in gewissen Grenzen frei zu bewegen. Und diese Grenzen müssen natürlich definiert werden. Ich habe mal bei mir in Therapien gesagt, Blut darf nicht fließen und größere Sachschäden sind zu vermeiden. Und in diesem Rahmen sind Improvisationen mal gebundener und offener, und ein Therapeut würde die Gebundenheit eher als eine seelische Gebundenheit auffassen und nicht als eine, die sich an so Materialqualitäten festmacht. Ich finde diese Unterscheidung, wie gesagt, ein bisschen akademisch, mir ist sie nicht vertraut.

*(Prof. Spintge)*

Wir haben jetzt die ganze Zeit über Musik gesprochen, wir haben aber auch Biblio-Therapeuten hier und andere Kunsttherapeuten. Mich würde interessieren, was sie dazu sagen. Wollen Sie beginnen, bitteschön.

*(A. Grubel)*

Ich hänge noch ein bisschen an der ersten Frage, die Sie gestellt haben, nach der Indikation. Und das erste, was mir dazu einfallen würde, ist, wollen die Patienten denn diese Therapie oder nicht. Das wäre natürlich ideal, wenn man das erst mal so klären könnte, weil die Motivation dann selbstredend größer ist, könnte man annehmen. Wenn sie sagen, ich möchte gerne die Therapie, dazu habe ich Lust, ich habe immer schon gerne Musik gemacht oder ich male eigentlich lieber. Aber ich arbeite im stationären Setting mit Kindern und Jugendlichen. Wenn Kinder und Jugendliche Therapien ausgesetzt werden, ist das meistens ja nicht aus eigener Motivation. Und d.h., man hat da, ähnlich wie bei entmündigten Patienten oder den zwangsweise eingewiesenen, die Situation, dass die da nicht freiwillig sind. Da stellt sich dann für mich grundsätzlich erst einmal die Frage, was haben die für eine Offenheit für das, was ihnen da geboten wird an noch so gut gemeinten Hilfevorstellungen. Ich arbeite mit anorektischen Jugendlichen, mager-süchtigen Jugendlichen, in kunsttherapeutischer Sicht. Da würde man erst mal sagen, das ist wahrschein-

lich nicht das, was die unbedingt wählen würden, wenn die wüssten, wie das da zugeht, und trotzdem habe ich die Lanze dafür gebrochen, dass das gerade sinnvoll sein kann.

Ich finde die Frage..., lässt die einfach weiter offen, weil ich das ganz schwierig finde. Ist es das, was sie machen wollen oder das, was wir – mit Erfahrung vielleicht schon und gutgemeint – ihnen als Stütze anbieten können.

*(Prof. Spintge)*

Hinzu kommt ja, dass an entsprechend therapeutischen Einrichtungen nicht unbedingt alle Richtungen vertreten sind. Sie können ja von Glück sagen, wenn sie wenigstens eine kunsttherapeutische, musiktherapeutische Richtung vertreten haben.

Aber mich würde mal interessieren, was Frau Plinz dazu zu sagen hat.

*(N. Plinz)*

Ich überlege hauptsächlich, ich glaube tatsächlich, dass das, was absolut im Vordergrund steht, tatsächlich die Beziehung ist. Ich glaube, jeder Patient mit jeder Diagnose kann jedes Therapieangebot nutzen, wenn ein gutes Verhältnis zum Therapeuten besteht. Trotzdem glaube ich schon, dass es so bestimmte Präferenzen gibt. Ich habe eine Gruppe z.B. zusammen mit einer Bewegungstherapeutin, d.h., da haben wir in der Gruppe meine beiden Medien, Kunsttherapie und kreatives Schreiben, und das Medium der Tanz- und Bewegungstherapie. Da ist eine Gruppe für erkrankte junge psychotische Patienten, und da ist unsere Erfahrung schon so, dass wir sagen, es gibt ein Stadium, in dem es eher so ist, dass wir uns zwar bewegen, aber wenn bewegen, dann nicht am Ausdruck orientiert, also nicht tanztherapeutisch, weil da der Kontakt zu nah ist. Wenn die Grenzen noch ganz, ganz offen sind in der Psychose, und die Gefahr zu verschmelzen ganz groß ist, und wenn das auch die große Angst der Patienten ist, dann praktisch in einen offenen tänzerischen Ausdruck zu gehen, ist es für den Patienten absolut nicht auszuhalten. D.h., auf jeden Fall eher etwas Strukturierteres, wenn Bewegung, dann eher als Bewegungstherapie, auch nicht als ausdrückende Tanztherapie, und das Malen, also Kunsttherapie, machen wir dann, aber in einer anderen Weise. Oder die Art und Weise, in der wir das machen, wandelt sich dann mit der Entwicklung der Patienten. Wir arbeiten zunächst eher daran, dass es keine Symbolisierung ist, die Malerei, sondern eher so ein Spurensetzen, so lange noch keine Symbolisierungsfähigkeit da ist. Und meine Erfahrung jetzt auch mit beiden Medien ist z.B., dass depressive Patienten ganz ungern schreiben, und ich finde, das ist auch irgendwie einleuchtend. So ein kontrolliertes Verfahren, was zumindest den Drang weckt, den Satz ganz richtig zu schreiben und das Gedicht ganz... also möglichst auch alles genau aufzuschreiben, das ist ganz oft contraindiziert, zumindest in der Gruppe, wo ich dann mit dem einzelnen nicht lange Zeit habe, in Beziehung zu gehen und an dem Thema zu arbeiten. Und bei 21 Tagen Verweildauer habe ich das nicht.

Während psychotische Menschen, das hatte ich ja vorher in meinem Vortrag auch gesagt, sich besonders gut eignen für das kreative Schreiben, weil es eine Ausdrucksform ist, wie ich denke, die den Bedingungen der psychotischen Menschen entgegenkommt. Dafür habe ich ganz viele depressive Patienten in der Kunsttherapiegruppe. Auch in der Tanztherapie sind bei uns ganz viele depressive Menschen. Beim Tanzen ist man nicht diesem Zwang unterlegen, hinterher zu sehen, was man gemacht hat. Wenn ich so wieso so sehr darunter leide, das nicht aushalten zu können, was ich gemacht habe, dann ist es oft leicht einzusteigen mit einem Medium, wo ich das nicht angucken muss.

*(Prof. Spintge)*

Jetzt hatte ich zwei Wortmeldungen, zunächst da drüben bitte und dann sind Sie dran.

*(Auditorium)*

Noch eine Zusatzfrage. Objektive Kriterien für die Auswahl der Therapien. Sie, Herr Professor Spintge, vertreten eine Therapierichtung, die einzige, wenn ich das richtig verstanden habe, bei der man die Ergebnisse unmittelbar messen kann, buchstäblich messen kann (Stressfaktoren). Nun meine Frage. Können Sie sich vorstellen, dass es auch möglich werden könnte – zur Zeit scheint das ja noch nicht der Fall zu sein –, dass man so etwas auch für die anderen Therapien durch Messen objektivieren kann?

*(Prof. Spintge)*

Die Möglichkeit ist sicher gegeben. Sie ist nur methodisch sehr viel aufwändiger umzusetzen. Das ist im Moment unser Problem. Vielleicht kann Herr Büchel dazu noch etwas sagen, denn wir haben genau über diesen Punkt uns vorhin ganz kurz unterhalten. Bitte schön, Herr Büchel.

(Dr. Büchel)

Ja gerne. Wenn man sich mal die Geschichte der Psychoseforschung anschaut und – das muss ich vielleicht vorweg schicken – diese ganzen Krankheiten, um die es hier geht: den Grund der Erkrankung kennen wir alle nicht. Die moderne Medizin, die gern Sachen objektiviert, kann Ihnen nicht sagen, warum jetzt jemand schizophren ist und warum nicht. Trotzdem sollte man die Zeit nicht ungenutzt lassen und die Patienten natürlich therapieren. Indirekt ist es ganz interessant zu sehen, dass z.B. die medikamentöse Therapie der Schizophrenie über eine gewisse Klasse von Medikamenten z.T. dazu beigetragen hat, zu sehen, was z.B. bei der Schizophrenie im argen liegen könnte. Da geht es um den Dopamin-Stoffwechsel. So ist es natürlich durchaus auch möglich, mit anderen Therapieformen, von denen wir doch auch viel gehört haben, dass die wirkungsvoll sind, nachzuvollziehen, was diese Therapieformen verändern. Man kann also die Patienten vorher und nachher untersuchen und kann dann z.B. mit Techniken der Bildgebung Veränderungen in den Aktivierungen der Gehirnregionen untersuchen. Das ist sehr kompliziert, denn das muss man sehr gut kontrollieren, aber man könnte dadurch evtl. indirekt sogar etwas über die Krankheit erfahren. Sie hätten dann sowohl Ihre geforderte Objektivierung, z.T. zumindest, des Therapieerfolgs, aber evtl. sogar noch etwas mehr dazu zu sehen, aha, ich habe jetzt hier gewisse Veränderungen, Sie wissen mehr über diese Regionen, die dann plötzlich mehr oder weniger aktiviert sind, wissen z.B. welche Neurotransmitter in diesen Bereichen besonders vorherrschen und können evtl. dann etwas über Essstörungen oder über Psychosen zusätzlich noch aussagen.

Ich denke, das ist in beiden Richtungen eine extrem interessante Möglichkeit. Warum in diesem Bereich noch nicht viel objektiviert wurde, denke ich, ist, dass uns die Möglichkeiten bis vor kurzem wirklich gefehlt haben. In dem Moment, in dem Sie etwas richtig objektivieren wollen und in das Gehirn z.B. reinschauen wollen, brauchen Sie die Techniken, und die existieren eben noch nicht lange. Ich denke, dass diese ganzen Studien jetzt auf den Weg kommen werden.

(Auditorium)

Ein kurze Ergänzung noch zu dem, was Christian Büchel gesagt hat, zunächst und dann noch eine Frage.

Ich glaube, ein Grund, weshalb so etwas auch jetzt erst in Gang gekommen ist, das eine sind natürlich die technischen Möglichkeiten, die sich entwickelt haben, aber es hat natürlich einen massiven Widerstand auf Seiten aller Kreativtherapeuten gegeben – ich sage mal, bis vor 15 Jahren –, sich in die Karten gucken zu lassen, und einfach aus ganz realen berufspolitischen Drucksituationen heraus hat sich das verändert. Weil man nämlich plötzlich sozusagen sich gezwungen fühlt, durch ökonomische Zwänge auch Dinge anders zu erforschen. Ich glaube, dass aber daraus auch z.T. eine etwas größere Offenheit entstanden ist. In der Musiktherapie fand ich das früher ein extrem großes Problem, das ging hin bis zu persönlichen Eitelkeiten. Ich glaube, es sind einerseits die jetzt verbesserten technischen Möglichkeiten, die wir auch nutzen sollten, und andererseits, dass sich auch Animositäten verändert haben.

Was ich noch sagen wollte zur Beziehung. Ich glaube wie Sie, dass die Beziehung das einzig Wichtige ist. Aber das ist genau das Dilemma, glaube ich. Es gibt diese Geschichte von – es ist eigentlich fast ein Witz – einer Patientin, die in einer Analyse liegt, und nach 300 oder 400 Stunden steht der Analytiker auf, und man stellt fest, dass der eine gar nicht die Sprache des anderen versteht. Aber doch gibt es irgendwie etwas, was diese Therapie aufrechterhalten hat, und es gibt auch Untersuchungen über verbale Therapien, dass wahrscheinlich in vielen Therapien die verbalen Inhalte gar nicht so furchtbar wichtig sind.

Oder es gibt Analytiker, die haben untersucht, was eigentlich eine Therapie verändert, wenn plötzlich das Telefon klingelt oder wenn der Therapeut das Fenster aufmacht oder wenn mal plötzlich eine asketische Haltung verlassen wird bis zu einem gewisse Grade, also, was ist eigentlich das Medium an sich? Und ich glaube, für die Musik- und die Kunst- und die Tanztherapie wäre das wahnsinnig wichtig vielleicht einerseits zu sagen, natürlich ist diese Beziehung wichtig, und ich glaube, die spielt auch bei Herrn Thaut eine Rolle. Mikel Thaut würde, Herr Spintge hat das angedeutet, bei Parkinsonpatienten sehr, sehr interessante Untersuchungen machen. Und wenn die in fünf oder sechs Wochen sich besser bewegen, dann verbessert das die Lebensqualität, und dann wird irgendwie auch eine Beziehung zu diesem Therapeuten bestehen. Aber er würde nie die Beziehung in den Vordergrund seiner Forschung stellen. Er sagt, das ist irgendwie logisch, dass wir dann vielleicht auch eine gute Beziehung haben, aber eigentlich interessiert es mich nicht besonders. Ich will, dass die sich besser bewegen, und dann geht es denen auch irgendwie besser.

Ich glaube, man müsste sich spalten auf Seiten dieser unterschiedlichen therapeutischen Medien und einerseits natürlich vom Ethischen her sagen, diese Beziehung muss eine Rolle spielen und wird es auch



spielen. Man sollte trotzdem danach suchen, welche spezifischen »Indikationen« vielleicht für welches spezifische Medium es geben könnte. Ich glaube, wenn man das nicht tun wird in den nächsten 5 oder 10 Jahren, dann wird man im Zeitalter von DRG und von anderen Dingen ganz, ganz große Schwierigkeiten bekommen.

*(N. Plinz)*

Ich glaube, wir sind dazu jetzt ja schon ganz eindeutig gezwungen. Wie ich eben schon so ganz kurz anmerkte, bei 21 Tagen Verweildauer – oder 23 in der akuten Psychiatrie – da bleibt ja nicht viel Zeit für die Beziehungsarbeit, sondern da geht es darum, eine Diagnose zu stellen, Therapieziel abzuklären, und selbstverständlich gucke ich dann, welches kreative Medium für dieses Therapieziel das richtige ist. Und ich glaube schon, dass es dafür Kriterien gibt. D.h. nicht, dass immer für schizophrene Patienten Schreiben gut ist und immer für depressive Kunsttherapie. Aber, wenn ich ein Therapieziel festlege, was ich in dieser kurzen Zeit erreichen will, dann glaube ich schon, dass es da sehr wohl Kriterien gibt, die das eine dem anderen vorziehen lassen.

*(Prof. Spintge)*

Gut. Wobei die Frage natürlich ist, ob das ein Kriterium sein darf, die Begrenzung der stationären Verweildauer durch Kostenträger.

*(N. Plinz)*

Aber das ist es ja gerade!

*(Prof. Spintge)*

Es ist so. Deshalb hatten die Veranstalter ja auch gebeten, dass man doch seitens der Kostenträger sich an der Diskussion beteiligen sollte, aber Sie sehen, man glänzt durch Abwesenheit. Und das ist eine der Fragen, die natürlich ungern in der Öffentlichkeit zur Zeit diskutiert werden.

*(Auditorium)*

Ich bin ja auch Musiktherapeut. Und was mich hier besonders interessiert, wäre mal, vom Podium vielleicht unterschiedliche Positionen zu hören zu der Frage, was ist Ihre Künstlerhaltung und was ist Ihre therapeutische Haltung. Können Sie das trennen. Bringen Sie eigentlich genug Kunst mit, um an das erste Kurzreferat der Philosophie anzuknüpfen. Materialismus und die Forschung nur aufs Gehirn zu beschränken, wäre mir schon zu einfach. Ich würde gerne im Bauchbereich auch noch ein bisschen mit untersuchen und gucken, was sich sonst noch im Stoffwechsel in den Rezeptoren auch in anderen Bereichen abspielt.

Die Frage noch einmal: Ist vielleicht eine Kunsthaltung, ein Kunstverständnis von Ihnen unterschiedlich auszumachen?

*(N. Plinz)*

Also ich kann deutlich sagen, was mein Kunstverständnis ist. Für mich ist Kunst z.B. die ästhetische Sprache, die sich durch bestimmte Kennzeichen unterscheidet von der alltäglichen Sprache oder von der wissenschaftlichen Sprache. Und Kunst ist ein Erkenntnisweg oder Sprachweg, so wie Wissenschaft und alltägliche Sprache auch, aber eben mit anderen Mitteln oder mit anderen Regeln vielleicht, gar nicht mit anderen Mitteln. Beim kreativen Schreiben sind es ja die gleichen Mittel wie in der alltäglichen Sprache. Ich bin nicht ganz sicher, ob ich damit Ihre Frage richtig verstanden hatte und beantwortet habe.

*(Prof. Spintge)*

Ich würde gern den rechten – von mir aus gesehen – den rechten Flügel mal etwas aktivieren wollen.

*(K. Harkensee)*

Ich hatte mir überlegt: Kunstverständnis, was wollen Sie davon hören. Ich denke, es ist mir wichtig, wenn ich jetzt als Kunsttherapeutin arbeite, dass ich natürlich in meinem privaten Bereich mich gerne mit Kunst beschäftige, dass ich selber gerne male und auch mit Objekten mich auseinandersetze und darüber aber auch selber etwas erfahre in meinem eigenen Tun. Und das transportiere ich sicherlich in meiner therapeutischen Arbeit, dass ich merke, da habe ich eine wichtige Selbsterfahrung gemacht. Und dann kann ich die Patienten auch da abholen, wo ich spüre, wenn ich das oder jenes Material anbiete, dass ich darüber ja

selber auch etwas wahrgenommen habe und schauen kann, wie erlebt der Patient das, anstatt, wenn ich davon total abgespalten bin.

*(M. Weißgerber)*

Mir sind eben so Gedanken dazu gekommen aus meiner Haltung. Ich würde es total trennen. Kunst und Kunsttherapie leitet ein und dasselbe Wort, aber es sind für mich zwei komplett verschiedene Haltungen und verschiedene Auseinandersetzungen. Die Kunst, finde ich, ist eine Kommunikation, aber eine sehr abstrahierte, eine intellektuelle oftmals oder sehr im Zeitgeschehen, im gesellschaftlichen Kontext zu verstehen. Kunsttherapie würde ich eher aufgreifen in dem Bereich der Beziehungen. Natürlich ist da ein persönliches Interesse an Kunst, ich selber habe großes Interesse an Kunst, aber es ist für mich ein anderes Handwerk, eine komplett andere Richtung.

*(Auditorium)*

Ich würde da gerne aufspringen auf den Wagen. Wenn ich Kunst machen möchte, dann brauche ich dazu keine Patienten, dann mache ich das woanders. Daher auch... das Kunsttherapeutische... ich stolpere immer über das Wort, ein bisschen hilflos immer noch, da sind andere Kreative, die können Hilfe brauchen. Es sei, dass die kunsttherapeutische Arbeit sich sozusagen der künstlerischen Sprache bedient und auf diese Art und Weise Kommunikation fordert oder pflegt oder neu entwickelt. Mir ist dazu immer im Kopf, wie lässt sich das überhaupt vergleichen, die verbale Sprache und die bildnerische Sprache, beides sind ja irgendwo Symbole, Wortsymbole, Bildsymbole, nur die verbalen erscheinen mir sehr viel linearer, man bedient sich erst einmal sowieso der Grammatik, die man lernt, vorgegeben, und kann dann eigentlich einen Satz bilden; also noch mal Poesie, das ist wieder anders! Aber in der alltäglichen Sprache ist ein Wort nach dem anderen. Man kann nur einen Gedanken oder ein paar mitschwingen lassen und muss einen Satz nach dem anderen aufbauen.

In Musik, bildnerischer Kunst und den Künsten überhaupt ist die Kommunikation sehr viel... – helfen Sie mir – benutzt sehr viele Sachen gleichzeitig, sie ist nicht linear, da folgt nicht ein Wort dem anderen. Wenn ich ein Bild malen..., ich kann das für meinen Bereich sagen in der Kunsttherapie, man kann mit beiden Händen gleichzeitig ein Bild malen. Man kann mit Füßen malen und wie auch immer, wenn man wollte, ganz verschiedene Ausdrucksformen gleichzeitig benutzen. Da passieren auf anderen Ebenen Sachen, als wenn man spricht.

*(Podium)*

Was ich noch gerne dazu sagen würde: Es ist einfach wirklich die Kunsttherapie – der innere Künstler, der wird nicht bewertet. Wenn wir Kunstobjekte anschauen, bewerten wir die eigentlich oft. Wir haben eine subjektive Meinung darüber. Und das passiert eigentlich in der Therapie nicht. Da sind erst einmal alle Beurteilungen draußen.

*(Prof. Spintge)*

Jemand noch nicht zu Wort gekommen? Möchte noch jemand vom Podium etwas dazu sagen?

*(Prof. Petersen)*

Ich bin Ihnen so richtig dankbar, dass Sie die Kunst wieder zu Ehren kommen lassen, weil ich immer noch an diesem letzten Diskussionspunkt hänge; wie ist – sage ich einmal kurz gesprochen – Erfolg messbar und was setze ich ein, welche Mittel. Und ich sage immer, diese Komplexität dessen, was wir da tagtäglich machen, die ist gewaltig und die besteht schwierig vor so einer Darstellungslegitimation gegenüber Krankenkassen.

Ich gehe davon aus, dass die meisten Krankenkassenvertreter, die das jetzt gehört hätten, gesagt hätten: ich verstehe nichts. Wie transportiere ich sozusagen auch Therapieerfolg in das Verständnis einer Kostenstruktur – zum Beispiel. Und da erscheint es mir alles doch sehr viel komplexer und schwieriger, als man das nur in Ansätzen hier diskutieren kann.

Als Mediziner, der ich ja auch bin, verfüge ich durchaus über Kenntnisse von Studien, dass man sagt, bei einem bestimmten Menschen sind bestimmte Neurotransmitter in der und der Konzentration erniedrigt – zum Beispiel – und damit meint man den Schlüssel der Krankheit gefunden zu haben. Die nächste Frage, warum ist denn diese Neurotransmitter-Konzentration so gering, die eröffnet schon wieder ein neues Feld. Man könnte sagen, die Wissenschaft beantwortet eine Frage und wirft drei neue auf. Wenn man es einmal davon abkoppelt und sich fragt, was sind denn unsere Kriterien von Erfolg, die wir in der

Therapie haben, und wie sind die vergleichbar mit den Kriterien der betroffenen Klienten, Patienten usw., dann hat man da ein sehr vielgestaltigen Ansatz. Wenn man z.B. in einer Studie sagt, Erfolg ist für mich, wenn eine magersüchtige Patientin nach meiner Therapie 10 kg mehr wiegt. Oder ob ich sage, dass diese Patientin für sich eine Haltung gefunden hat in ihrer Persönlichkeit, die es ermöglicht, dauerhaft mit sich und ihrer Figur, mit ihrer Lebensphilosophie usw. im Einklang zu leben, dann sind das verschiedene Denksysteme, und die werden sich vermutlich nur sehr schwer an einander adaptieren können. Und ich glaube, dieser Übersetzungsprozess, der ist noch ganz in den Kinderschuhe, und der wäre total notwendig.

*(Prof. Spintge)*

Da war hinten eine Wortmeldung, dann war hier vorne eine Wortmeldung und dann noch mal hinten.

*(Auditorium)*

Ich finde es eher ein bisschen gefährlich, wenn man die menschliche Psyche und das künstlerische Gestalten und den Menschen an sich so nahe Zahl und Gewicht bringen will und so dann optimieren will. Wenn der Patient sagt, ich fühle mich zum ersten Mal wieder wohl beim künstlerischen Gestalten und das hat mir richtig Spaß oder Freude gebracht, dann ist das so viel, das wird man nie irgendwo biochemisch oder so nachweisen können. Das finde ich eigentlich ganz wichtig. Und das muss man auch den Krankenkassen klar machen.

Noch einmal zu dieser musiktherapeutischen Sache. Das sind ja Sachen, die momentan gewertet, gemessen oder nachgewiesen wurden. In diesem Moment ist das und das passiert, während ich diese und diese Musik höre. Ich weiß aber nicht, ob der Patient sich langfristig dadurch besser fühlt. Das ist ja nur eine momentane Behandlung und keine langfristige. Ich möchte das eigentlich unterstützen, was Sie schon einmal gesagt haben, mit diesen anorektischen Patienten. Das reicht ja vollkommen aus. Das ist ganz viel.

*(Prof. Spintge)*

Ich gebe Ihnen natürlich recht. Das Helfen an sich ist ein Wert in sich, und wir sprechen eigentlich hier über Heilkunst. Das Problem ist nur, wir sind eingebunden in ein Überlebenssystem, und darin spielen Kostenträger die entscheidende Rolle. Wenn ich Geld haben will von einem Kostenträger, muss ich Belege dafür beibringen, dass das, was ich mache, bei einer repräsentativen Stichprobe von kranken Menschen einen gewissen Effekt hat.

Daneben kann man natürlich darüber diskutieren, woran man das messen will. Viel zu lange ist auf rein quantitative Forschung abgestellt worden. Es gibt überhaupt keinen Grund, qualitative Forschung hintanzustellen Und das ist etwas, was man den Krankenkassen klarmachen muss. Es gibt ausgereifte Methoden, wie man qualitativ solche Therapieverläufe z.B. dokumentieren und auswerten kann und auch vergleichbar machen kann. Die gibt es.

Das nimmt der Beziehung Therapeut/Klient gar nichts, nimmt auch dem Begriff der künstlerischen Ästhetik usw. gar nichts. Aber, es ist eine Forderung, und der müssen wir uns einfach stellen.

*(Auditorium)*

Also auch noch als Ergänzung. Was die Messung von Erfolgskriterien anbelangt. Ich glaube auch, die Gefahr ist groß, dass man jetzt versucht, auf einen Zug zu springen, auch im Wege neuer bildgebender Möglichkeiten, die ja ganz zweifellos bestehen, wo man sehr aufpassen muss. Es gibt Analytiker mittlerweile, die sich hauptsächlich damit beschäftigen, wie sich möglicherweise irgend etwas abbilden lässt auf einer Zentralebene. Es gibt Befunde bei Erkrankungen, wie posttraumatische Belastung, wo man gar nicht so genau weiß, was ist die Henne, was ist das Ei, was war zuerst da. Man ist, glaube ich, sehr gefährdet, zu schnell jetzt auch zu denken, dass man so hergehen könnte und so etwas nehmen, um es als Erfolgskriterien zu demonstrieren. Es gibt beispielsweise bei der MS unheimlich viele Fälle, wo die Bildgebung überhaupt nicht mit der Klinik übereinstimmt. All solche Befunde müssten sich Verfechter solcher Vorgehensweisen entgegenhalten lassen. Es wäre ja die Frage, ob nicht die künstlerischen Therapien an sich sehr massiv in den Verbänden – und auch gemeinsam – Kriterien entwickeln sollten, gemeinsam Kriterien, die vielleicht für diese Therapien viel zugeschnittener sind, als eben beispielsweise für medikamentöse Therapien oder für andere Therapien. Gemeinsame Kriterien erarbeiten und diese Kriterien gegenüber den Kostenträgern beispielsweise vertreten. Das wäre, glaube ich, wichtig.

Trotzdem wäre meine Frage an Herrn Büchel auch noch einmal, ob es da Bereiche gibt über so eine Finderforschung und Entdeckungsforschung hinaus, wo vielleicht da auch sinnvolle Kooperationsmöglichkeiten mit bildgebenden Verfahren beispielsweise sein könnten, als Ergänzung.

*(Dr. Büchel)*

Die funktionelle Bildgebung wird natürlich nie das leisten können, was ein Erfolgsmarker sein soll. Die funktionelle Bildgebung wird Ihnen nicht zeigen, diese Therapie funktioniert. D.h., was eben andiskutiert wurde, der Erfolg lässt sich durch solche Techniken überhaupt nicht messen.

Ich bin davon ausgegangen, dass diese Techniken natürlich validiert sind und funktionieren und würde da auch durchaus die qualitativen Erfolgskriterien ansetzen. Ich glaube, die große Chance besteht eher darin, dass man mit der funktionellen Bildgebung bei einer funktionierenden Therapie Veränderungen darstellen kann, die dann a) etwas über die Therapie und b) eventuell sogar etwas über die Erkrankung aussagen könnte. Das ist jetzt kein Ansatz, mit diesen Techniken, die ich vorgestellt habe, versuchen zu sehen, funktioniert Kunsttherapie oder funktioniert sie nicht. Ich habe mich vielleicht vorhin nicht ganz klar ausgedrückt. Ausgehend von dem Hintergrund, dass diese Therapien funktionieren, ist es die Möglichkeit, zu sehen, was sich verändert, und das ist das einzige, was wir zur Zeit sinnvoll messen können, eventuell Aussagen darüber zu machen, was liegt hier im argen und wie verändert sich das.

Ich wollte ganz kurz noch auf den Einwand von dort hinten eingehen. Natürlich ist das so, dass wenn wir verschiedene Sachen entdecken, wenn Neurotransmitter-Systeme bei einer gewissen Krankheit gestört sind, sich danach die nächste Frage stellt, warum das so ist. Aber so funktioniert Wissenschaft und so funktioniert unsere Erkenntnis seit Tausenden von Jahren, dass das eine Problem das andere ist. Ich denke, das liegt in der Natur der Sache, dass man jeden Schritt, den wir weiterkommen – und auch, wenn wir nur wissen, das es ein Transmitter-System ist, das gestört ist, – es wieder uns ermöglicht, an dieser Stufe, auch wenn es nicht die gesamte Erkenntnis der Erkrankung ist, therapeutisch zu intervenieren.

Wir können dann nämlich z.B. beim Transmitter-System mit Medikamenten gezielt an dem Punkt eingreifen, obwohl wir noch nicht wissen, warum das jetzt so ist. Aber jeder Schritt der weiteren Erkenntnisse erlaubt es uns zu intervenieren. Deswegen würde ich das nicht so abtun zu sagen, das generiert sowieso immer nur mehr Fragen, sondern würde das eher als Positives nehmen, um zu sehen, dass wir Schritt für Schritt weitergehen.

*(Prof. Spintge)*

Nur ganz direkt dazu. Ich wollte da nicht missverstanden werden. Ich sehe das auch so. Ich wollte nur mahnen dazu, dass man nicht anhand dieser Teilerkenntnis meint, die Antwort gefunden zu haben. Die Verkürzung des Erkenntnisweges ist das Problem, und die ist leider praktisch immer wieder anzutreffen. Ich habe heute, um jetzt einmal wegzugehen von Therapie und Medizin, als ich hierher fuhr, so gedacht. Da kam durch die Nachrichten, man hat endlich mehr Informationen zu dem Attentäter von Erfurt. Da war ich sehr gespannt, und man sagte, man weiß nun, dass er keine Drogen und keinen Alkohol genommen hat, sprich, wir wissen eigentlich nichts. Wir sind ratlos angesichts einer sehr komplexen Fragestellung. Und ich wollte nur mahnen zur Bescheidenheit. Dass man nicht sagt, wenn man einen Teilaspekt erkannt hat, damit habe man auch die Antwort gefunden. Das wäre, glaube ich, fatal.

*(Auditorium)*

Zur nachweisbaren Wirkung von therapeutischem Malen und Plastizieren. Ich sag das lieber immer so, wir haben ja vorhin auch schon darüber gesprochen, dass es mit dem Begriff Kunst recht schwierig ist. Es gibt da zwei kleine Dinge, die ich z.B. in meiner Praxis beobachten kann. Das ist einmal, wenn die Menschen gemalt haben. Sie kommen vielleicht sehr blass und verspannt in die Praxis und haben dann vielleicht eine Stunde gemalt und sehen hinterher wirklich sehr gut durchblutet und ganz fröhlich aus. Das ist das eine, und auf der anderen Seite kommen Menschen mit Kopfschmerzen – es müssen nicht gerade Spannungskopfschmerzen oder Migräne sein, da ist es schwieriger –, aber sie kommen mit Schmerzen, und sie gehen eben ohne Schmerzen wieder weg.

Das sind so Dinge, die ich – natürlich ohne das nun wissenschaftlich beweisen zu können – die ich aber schon mal einfach in der Praxis feststellen kann.

*(Auditorium)*

...zum Teil auch ein Eigentor schießt. Wenn man immer guckt, man muss einen Beleg für dieses oder jenes haben... Das ist doch letztendlich eine politische Frage. Man weiß nämlich schon lange, mindestens seit 20 Jahren, dass diese Neurotransmitter-Geschichte meinerwegen gestört ist bei Depressiven oder Schizophrenen, und daraus folgt eben einfach nichts, weil man das Geld nicht hat für irgendwelche Geschichten, qualitative Forschung im weiteren Sinne durchzuführen. Und ansonsten, denke ich, sind die wichtigsten qualitativen Forschungen doch schon gemacht worden. Man weiß doch schon längst, dass



eben die therapeutische Beziehung und die Persönlichkeit des Therapeuten entscheidend sind. Welche Mittel jetzt dazu führen, finde ich, ist ein Nebensfeld. Ich finde es viel wichtiger zu gucken, dass man politisch sieht, eine Lobby zu bekommen für Kunsttherapie, für Musiktherapie, um die Wichtigkeit praktisch reinzubringen in die Klinik. Sonst bleibt man da auf irgendeinem Feld stehen, wo ich denke, ja, was soll es. Da jetzt nachzuweisen, dass die durchblutet sind oder nicht und so ... Da kann man sich auch dran zerreiben, hat man die Zeit dafür überhaupt, frage ich mich dann. Ich mag es jedenfalls nicht mehr, diese wissenschaftlichen Geschichten.

*(Auditorium)*

Darf ich vielleicht noch etwas dazu sagen? Ich erfuhr neulich von einer Therapeutin, dass es eigentlich an einer großen wissenschaftlichen Ausarbeitung über dieses Thema fehlt. Ist nicht vielleicht ein Wissenschaftler bereit, dieses Thema darzustellen, um dann auch schließlich von den Krankenkassen angehört zu werden, um u.a. in die Evidenz-Liste aufgenommen zu werden. Gibt es so eine Arbeit schon? Ich glaube, noch nicht so recht.

*(Dr. Hilken)*

Ich würde gerne etwas dazu sagen, obwohl ich nicht explizit über Kunsttherapie und Verlaufskriterien sprechen kann, sondern über die derzeit anerkannten Therapieverfahren, etwa die tiefenpsychologische Therapie oder die Verhaltenstherapie. Da sind ja sehr qualifizierte Verlaufsuntersuchungen erfolgt, und die haben gezeigt, dass über die therapeutische Beziehung hinaus, die ein weiches Kriterium ist, zwar ein sehr wirksames, auch ein guter Pastor eine gute therapeutische Beziehung entwickeln kann oder ein Freund eventuell auch, dass darüber hinaus eben auch das Therapieverfahren selbst wirkt. Diese von den Krankenkassen anerkannten Verfahren haben das auch mit wissenschaftlichen Mitteln nachgewiesen.

Jetzt muss man immer über die Grenzen der Erkenntnis sprechen. Wissenschaft ist immer etwas, wenn man bei den Grundlagen guckt, was letztlich nur falsifizieren kann, ich kann eigentlich nur nachweisen, was ganz gewiss nicht der Fall ist. Damit bin ich natürlich bei einem so komplexen System wie der Mensch, auch wenn wir ihn auf das Gehirn reduzieren und wenn wir ihn nur auf den Stoffwechsel des Gehirns reduzieren wollen, dann in einem Erkenntnisraum, in dem wir uns eigentlich nicht gut orientieren können. Das muss man sagen.

Zu den anerkannten Therapieverfahren ist aber z.B. auch anzumerken, dass man bei einer Therapie, wenn sie untersucht, was hat der Patient vorher an organmedizinischer Behandlung erfahren, was hat das gekostet und was ist nach dem Ende der Psychotherapie notwendig, definitiv nachweisen kann, dass der Gesundheitszustand, gemessen an diesen Kosten, deutlich besser wird. Und das müsste für Kunsttherapien im Prinzip genau so gelten. Es ist aber auch schwierig, für solche Untersuchungen Geld zu bekommen. Das ist sehr aufwendig. Und zur Indikationsstellung ist eben auch zu sagen, es wäre sehr schön, wenn wir eine spezielle Indikation hätte, wenn wir wüssten, für diesen Menschen könnte dieses oder jenes Therapieverfahren vielleicht erfolgreicher sein als ein anderes. Solche Kriterien sind aber vielleicht noch schwieriger zu erstellen.

*(M. Weißgerber)*

Ich möchte noch eine kurze Anmerkung zu Wissenschaft und Kunsttherapie machen. Ich denke, da werden zwei Sachen verknüpft, die per se kaum zu verknüpfen sind. Wissenschaft ist eine Disziplin und Kunst eine ganz andere vollgültige daneben. Und ich glaube, man kann sie einfach nur nebeneinander existieren lassen, und sie berühren sich sicherlich, aber dieses ineinanderschieben von Wissenschaft und Kunst, also dass künstlerische Medien wissenschaftlich zu messen sind... ich glaube, das wird niemals wirklich möglich sein. Was Sie eben sagten, dass ein Wohlbefinden oder eine Verbesserung eines Allgemeinzustandes messbar sein kann, das kann ich mir vorstellen, dass das irgendwann möglich ist, aber wahrscheinlich nach anderen Kriterien, als z.B. ein Medikament bemessen wird.

*(Prof. Spintge)*

Eine Bemerkung nur dazu. Unser heutiges Krankheitsverständnis ist ja auch in der Schulmedizin inzwischen ein bio/psycho-soziales, d.h. wir betrachten den Menschen als Ganzes. Und wenn ich das tue, dann habe ich nicht nebeneinander stehen Wissenschaft und künstlerische Therapien, sondern dann habe ich sie zusammengeführt, weil ich einfach ausgehe von der Frage, was tue ich für den Menschen als Ganzes mit dem, was ich ihm da antue.

Die Methoden, die man anwendet, das ist die zweite Frage, die dann kommt. Es gibt, wie gesagt, qualitative Methoden, mit denen man qualitative Maßnahmen erfassen und beschreiben kann, auch in ihrem Effekt auf den Klienten oder Patienten. Und wir können an der Tatsache einfach nicht vorbei, dass diejenigen, die das Geld verteilen, von dem Sie leben und von dem ich lebe, verlangen, dass wir nach bestimmten Kriterien Daten vorlegen, ob wir das wollen oder nicht. Darüber kann man eine philosophische Diskussion führen, aber der Fakt ist... und es sind viele, viele Jahre versäumt worden, aus meiner Sicht, mit dieser Diskussion, statt sich zusammenzuraufen und zu sagen, wir machen jetzt die Verlaufsuntersuchungen für künstlerischen Therapien, wie sie für andere Therapien auch gemacht wurden.

Was der Einzelne in seinem Verständnis und in seinem Konzept und in seinen Anwendungen daraus macht, ist auch wieder eine andere Frage. Die Therapiefreiheit lasse ich mir natürlich nicht nehmen, die lassen Sie sich auch nicht nehmen. Aber, wie gesagt, es geht immer wieder um den gleichen Punkt.

*(Auditorium)*

Mein Name ist Ilse Wolfram, ich bin Musiktherapeutin. Es ist ja jetzt die Diskussion auch von der Wahl der Methoden und auch von der Ausbildung oder welcher Patient sich wofür eignet. Das ist ein bisschen hin und her gegangen, und ich wollte da noch etwas sagen auch zur Person, zur Persönlichkeit des Therapeuten oder der Therapeutin. Es ist ja auch kein Zufall, dass sich bestimmte Menschen einer bestimmten Methode innerhalb der künstlerischen Therapieverfahren zurechnen und sich darin ausbilden lassen. Das tun sie ja schon, weil sie in sich erfahren haben oder ausgebildet sind in einer bestimmten Kompetenz. Ich neige einfach weniger zu der künstlerischen Gestaltung, deswegen bin ich Musiktherapeutin geworden, weil ich es weniger mit den Farben habe. D.h. nicht – das hängt auch von der Art des Ausbildungsinstitutes ab – ob man nicht in die Lage versetzt wird, auch einmal zu anderen Medien zu greifen. Und dafür hatten wir auch vorhin in einem Workshop einige gute Beispiele bei Ihnen, Frau Harkensee, wenn Sie außer mit Bildern auch mit Märchen und mit Musikinstrumenten umgehen.

Soviel einmal dazu. Dann ist meine berufspraktische Erfahrung, dass mit bestimmten Krankheitsbildern nicht in unverbindlicher Art und Weise alle Methoden möglich sind. Wenn ich am Bette eines Wach-Koma-Patienten bin, dann bin ich dort als Musiktherapeutin und es fällt mir kein Weg ein, mit dem Patienten nun ein Bild zu gestalten. Das ist auch nur ein Beispiel. Insofern, denke ich, wird der verantwortliche Therapeut von seiner Ethik geleitet, von seiner Berufsethik, was er kann oder was sie kann, und wo sie oder er sich am besten dazu eignet oder wo es vielleicht noch fehlt.

Worauf ich hinaus will ist, dass ich es sehr gut finde, dass inzwischen in den Berufsverbänden und in den übergeordneten Gremien einfach auch die Frage der Ethik inzwischen immer mehr in ihrer Bedeutung erkannt wird und dass sogenannte Ethik-Kodizes auch verabschiedet sind und dass das auch etwas ist, was zur Ausformung des Berufsbildes und des Berufsfeldes dazu gehört und auch zum Berufsstand, um ihn auch in den weiteren Gremien, z.B. auch der Kostenträger, zu qualifizieren. Ich kann mich eigentlich der Meinung eines Vorredners nicht anschließen, der sagt, wir verlangen den Patienten so viel ab. Das ist richtig, aber die Krankheit, durch die er gegangen ist, die hat ihm auch sehr viel abverlangt, und jeder weiß, dass Therapie auch Arbeit bedeutet.

*(Auditorium)*

Ich wollte noch ganz kurz etwas zu einer wissenschaftlichen Ausarbeitung sagen. Ich glaube schon, wir müssen auch das Rad insofern nicht neu erfinden, es wird unglaublich viel geschrieben und geforscht. In der Musiktherapie weiß ich es besser als in der Kunsttherapie. Es gibt viele Zeitschriften, es gibt viele Veröffentlichungen, und seit 20, 25 Jahren wird rege geforscht. Es gibt – kurz in Musiktherapie – jeweils 6, 7 Berufsfachverbände. Es ist nicht so, dass da nicht viel Bewegung ist und auch viel getan wird. Ich glaube nur, was sich geändert hat, dass es wichtiger geworden ist, dass man schon versucht, irgendwie indikations- und diagnosespezifisch einzelne Krankheitsbilder zu untersuchen.

Wenn ich Untersuchungen wirklich zur Spezifität machen will von Musiktherapie, dann deutet sich beispielsweise das neurologische Erkrankungsfeld mit Parkinson, MS, Alzheimer in einer gewissen Weise durchaus als eine sehr erfolgsversprechende Klientel in dem Sinne an, dass man, glaube ich, gute Effekte dort beobachten kann. Dann könnte es sein, dass man sich ein bisschen auch distanzieren muss von dem Gedanken, dass es alles nur noch etwas mit Beziehungen zu tun hat, dass es vielleicht wirklich in dem Bereich schon auch geht, Effekte zu messen, die zwar mit der Beziehung irgendwie etwas zu tun haben, aber vielleicht irgendwie doch auch in eine andere Richtung gehen. Ich glaube z.B., dass da, wo es körpernäher ist – die Erkrankung – dass da vielleicht ein erfolgsversprechendes Feld gerade für die Musiktherapie beispielhaft sein könnte.

Das ist das eine, und dann noch eine ganz kurze Anmerkung, als damals die Musiktherapie u.a. abgelehnt wurde für das Psychotherapeutengesetz in dem großen Grabe-Meier-Gutachten, da gab es eine kleine Anmerkung von Herrn Grabe, der gesagt hat, es scheint aber so, dass in Addition beispielsweise zu anderen Verfahren die Musiktherapie ein ganz erfolgsversprechendes Verfahren sein könnte, und er hat ermutigt zu weiteren Untersuchungen. Darüber gibt es sehr wenig.

Wir haben z.B. mit der Musikhochschule Berlin zusammen Erstinterviews untersucht. Wir haben mehrere Patienten untersucht, erst mit einem verbalen Erstinterview und dann mit einem musiktherapeutischen Erstinterview und das Ganze später zusammengetragen. Wir haben festgestellt, dass es diagnostisch innerhalb von fünfzig Minuten, die man einen Patienten nur kennt, ganz, ganz andere Aspekte sind und ein völlig anderer diagnostischer Blick beispielsweise auf eine Patientin oder einen Patienten entsteht. Das ist, glaube ich, etwas Interessantes, dass man Verfahren nebeneinander im Querschnitt in der Erstdiagnostik oder auch im Therapieverlauf untersucht, und das wird m.E. relativ wenig gemacht, und das wäre, glaube ich, so ein Bereich, wenn man auch sagen könnte, dass ist additiv ein gutes Verfahren.

*(Prof. Spintge)*

Eine letzte Frage kann ich noch unterbringen in der Zeit.

*(Auditorium)*

Zu dieser Sache einen kleinen Hinweis, dass es ja auch das EAG und das FPI gibt, das integrative Therapie anbietet, welches dann die Kombination aus verschiedenen Verfahren bedeutet und dort die effektiven Dinge zusammenbringt in verschiedenen Schwerpunkten, wie eben Musiktherapie und Kunsttherapie. Dort wird auch sehr viel geforscht. Das nur einmal so als Hinweis, weil es immer die verschiedenen Richtungen angeht und hier noch einmal auf die Kombination hingewiesen wird.

*(Prof. Spintge)*

Ich bedanke mich, auch im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen, für die rege Diskussion und die vielen Fragen. Ich denke, wir haben einige Hausaufgaben zu machen.

*(Patriotische Gesellschaft)*

Ich möchte mich beim Podium sehr herzlich im Namen des Auditoriums bedanken, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben, und ich möchte mich speziell noch bei Herrn Professor Spintge bedanken, dass Sie eingesprungen sind, weil Herr Professor Böhme heute morgen so erkältet war, dass er nach seinem Vortrag gleich gehen musste. Sie waren so reizend und haben diese Lücke geschlossen. Allerseits herzlichen Dank.

PS.: Die Diskussion wurde am Tage des Colloquiums mitgeschnitten. Wir hoffen, dass die Namensangaben der Referenten vom Podium aus dem Klang heraus richtig sind. Die Namen der Sprecher aus dem Auditorium konnten wir nicht ermitteln.

Die Red.