Karl Hörmann

Musiktherapeut

Dem Musiktherapeuten öffnen sich viele Möglichkeiten

1. Das Berufsbild des Musiktherapeuten

Seit jeher wird die Wirkung von Musik für therapeutische Zwecke genutzt. Im Gefolge der zunehmend reservierter werdenden Haltung gegenüber chemischer Medikation zugunsten ganzheitlicher Betrachtungsweise kommt Musiktherapie „als kontrollierte Anwendung von Musik in der Behandlung, Rehabilitation, Erziehung und Förderung von Kindern und Erwachsenen, die an körperlichen, geistigen oder seelischen Störungen leiden" (Alvin 1984), immer mehr in Betracht. Gegenwärtig sind auf diesem Gebiet hauptsächlich Autodidakten tätig, die aus unterschiedlichen Berufen stammen: Privat- und Schulmusiklehrer, Orchester- und Kirchenmusiker, Sänger, Sozial- und Diplompädaogen, Erzieher(innen), Rhythmiker(innen), Lehrer an allgemeinbildenden und Sonder-Schulen, Krankenschwestern, Psychologen, Heilpraktiker und Ärzte. Doch hat sich der Beruf des Musiktherapeuten in den vergangenen Jahren zu einem mehr oder weniger konturierten nichtärztlichen Heilberuf und damit zu einem eigenständigen Fachberuf hin konsolidiert. Für ihn wurde in den deutschsprachigen Ländern zuerst in Wien (1959) und seit einiger Zeit auch in der Bundesrepublik Deutschland Ausbildungsstätten geschaffen. Zwar lassen sich entsprechend des unterschiedlichen Gebrauchs von Musik und der abweichenden therapeutischen Zielsetzungen im wesentlichen vier Ausprägungen unterscheiden:

a) Unspezifische musikalische Arbeit,
b) Pädagogische Musiktherapie,
c) Ärztliche Musiktherapie und Musikmedizin,
d) Musiktherapie im engeren Sinne als eigenständiger Fachberuf.

Doch wird ein spezifisch musiktherapeutisches Lehrangebot zumindest von staatlicher Seite aus nur für die Pädagogische Musiktherapie (an Institutionen für Heil- und Sonderpädagogik) und für die Musiktherapie in klinischen und sozialpädagogischen Bereichen (an Fachhochschulen für Sozialarbeit/Sozialpädagogik und an Musikhochschulen) bereitgestellt. Eine umfassende musikalische, medizinische, pädagogische und musikwissenschaftliche Ausbildung wird gegenwärtig an der Universität Münster in interdisziplinärer Zusammenarbeit verfolgt.

In: Rohlfs (Hrsg.): Handbuch der Musikberufe. Bosse Verlag Regensburg 1988, 83-92

a. Unspezifische musikalische Arbeit

Dieser Bereich wird häufig bei Fehlen eines ausgebildeten Musiktherapeuten von einem Musiker übernommen, der in der Art eines Animateurs in Kliniken und Heimen *und auch im Rahmen der Beschäftigungs- und Milieutherapie* zur Klimaverbesserung beiträgt und die Ausgestaltung von Festlichkeiten organisiert.

Andererseits fallen unter diese Rubrik auch solche Kurse an Volkshochschulen und ähnlichen Einrichtungen zu Selbsterfahrung, kreativer Freizeitgestaltung und Psychourlaub mit Interaktionsspiel und Gruppenimprovisation auf einfachen Instrumenten, die als Musiktherapie ausgewiesen werden.

b. Pädagogische Musiktherapie

Hier handelt es sich um eine kompensatorische Pädagogik mit körperbehinderten, tauben, blinden, geistig behinderten und hirngeschädigten Kindern und Erwachsenen in Heimen, Sonder-, Musik- und Krankenhausschulen.

Ziele sind Verhinderungen von Folgeschäden körperlicher und psychischer Art, Ausgleich von behinderungsbedingten Mängeln und Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und -stabilisierung durch Vermitteln von ichstärkenden Erlebnissen.

Die zugehörigen Methoden umfassen Sinnesübungen, soziale Übungen und *Übungen* zur Ermöglichung von Lernerfolgen. *Mit Hilfe von Musik* werden z. B. bei motorischen Behinderungen die Bewegungen der Gliedmaßen koordiniert sowie von Hörgeschädigten Sprachmelodie und Rhythmus erlernt. Auch läßt sich mit Musik die Konzentration verbessern. Verhaltensgestörten und geistig behinderten Kindern dient sie als Ausdrucksmedium und Mittel, eine Gruppenleistung zu erreichen und zum Musizieren als Quelle zur Befriedigung ursprünglicher Bedürfnisse. Der Musiktherapeut in seinen Funktionen als Sonder-, Heil- und Sozialpädagoge gebraucht demnach Musik als Medium zur Unterstützung von behinderungsabbauenden und -kompensierenden Techniken und zur Auseinandersetzung mit dem Ausdrucksträger Musik.

Orte solcher Tätigkeiten sind Sonderschulen, heilpädagogische Heime, Behinderten- und Altersheime, Sanatorien, orthopädische Einrichtungen, Hals-Nasen-Ohren-Kliniken (in Zusammenarbeit mit Logopäden und Krankengymnastinnen), Rehabilitation, *Resozialisierung und Prophylaxe.*

c. Ärztliche Musiktherapie und Musikmedizin

Ärzte bedienen sich der Musik zur Audioanalgesie (Schmerzlinderung z. B. bei der Geburt und beim Zahnart) und im Rahmen psychotherapeutischer Verfahren wie Hypnose und Autogenem Training. *Sie nützen hierzu die stimulierende, beruhigende und konfliktintensivierende Wirkung der verschiedenen Arten von Musik.*

Die Musikmedizin befaßt sich – analog zur Sportmedizin für Sportverletzungen – mit berufsbedingten Verhaltensweisen und Schäden bei Musikern und Sängern.

d. Musiktherapie als nichtärztlicher Fachberuf

Viele der bisher genannten Bereiche mitberücksichtigend, wird hier Musiktherapie als ein möglichst diagnosespezifisches psycho- und soziotherapeutisches Handeln unter kontrolliertem Einsatz von Musik zur Bearbeitung von Einstellungen, psychischen und physischen Störungen und Behinderungen verstanden.

Sofern Musik *lediglich* als indifferenter akustischer *Reiz* aufgefaßt wird, *können mit ihr immerhin Tätigkeiten* (z. B. körperliche Übungen und Tanz) *aktiviert und koordiniert werden.* Durch Projektion subjektiver Empfindungen *kann es zur Entspannung und zur Zentrierung von Konflikten kommen.* Wenn aber darüberhinaus Musik als tatsächlicher Ausdrucksträger und Medium *nichtsprachlicher* Kommunikation gesehen wird, *können mit ihrer Hilfe das Wahrnehmen und Erleben intensiviert, Fehlentwicklungen der sensorischen Informationsverarbeitung korrigiert und durch regulative Selbstkontrolle letztlich die Realität insgesamt besser bewältigt werden.* Die verschiedenen musiktherapeutischen Formen mit und ohne Reflexionsphasen nach Einzel- und Gruppensitzungen beziehen sich auf vielfältige psychosomatische und psychiatrische Störungen, von denen die psychiatrischen im folgenden genannt sind:

Psychosen sind „psychiatrische Erkrankungen, in denen die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so großes Ausmaß erreicht hat, daß dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind" (Degwitz 1980, 23).

Um sich ein Bild von der Breite dieser Krankheitsformen zu machen, seien wenigstens die Hauptkategorien der von der WHO (Welt-Gesundheits-Organisation) vorgenommenen Klassifikationen wiedergegeben:

Organische Psychosen: Altersbedingte organische Psychosen, Alkoholpsychosen, Drogenpsychosen, vorübergehende organische Psychosen und andere (chronische) organische Psychosen.

Andere Psychosen: Schizophrene Psychosen (wie Schizophrenia simplex und hebephrene, katatone und paranoide Formen), affektive Psychosen (wie endogene Manie und endogene Depression), paranoide Syndrome, andere nichtorganische Psychosen (wie reaktive depressive Psychose, reaktive Erregungszustand, reaktiver Verwirrtheitszustand und akute paranoide Reaktion) und typische Psychosen des Kindesalters (wie frühkindlicher Autismus und desintegrative Psychose).

Neurosen sind „nicht hirnorganisch bedingte, ... in Abgrenzung zu Psychosen, weniger schwere und weniger schicksalhaft verlaufende seelische Störungen, ohne Desintegration der Persönlichkeit und ohne den für Psychosen charakteristischen Verlust der Anpassung an die Realität ... Neurosen sind komplizierte Entwicklungen gesundheitlicher Störungen, die nicht auf einzelne aktuelle Konflikte zurückzuführen sind, sondern inadäquate Verarbeitungen von länger anhaltenden Konflikt- und Frustationssituationen, die oft in die Kindheit zurückreichen, zur Voraussetzung haben" (Schulte/Tölle 1979, 29–35).

Neurotische Störungen (Angstneurose, hysterische Neurose, Phobie, Zwangsneurose, neurotische Depression, Neurasthenie, neurotisches Depersonalisationssyndrom, hypochondrische Neurose, u. a.); sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen (mit 10 Untertypen); Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit; Drogen- und Medikamentenmißbrauch; körperliche Symptome psychischen Ursprungs; spezielle nicht anderweitig klassifizierbare Symptome oder Syndrome (z. B. Stammeln, Magersucht, Ticks); akute Belastungsreaktionen; Anpassungsstörungen; spezifische nichtpsychotische Störungen nach Hirnschädigungen; nicht anderweitig klassifizierbare depressive Zustandsbilder anderweitig nicht klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens; spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters (z. B. Angst und Furchtsamkeit, Niedergeschlagenheit und Unglücklichsein, Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung, Beziehungsschwierigkeiten); hyperkinetische Syndrome des Kindesalters (z. B. Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit); umschriebene Entwicklungsrückstände (z. B. Lese- und Rechtschreibschwäche, Rechenschwäche, Lernschwäche, Rückstand in der Sprech- und Sprachentwicklung und in der motorischen Entwicklung) und psychische Störungen in Verbindung mit anderweitig klassifizierbaren Erkrankungen.

Diese Auflistung gibt einen Eindruck von der Feststellung Tölles (1981, 4): „Die Neurosenlehre sehen wir nicht mehr als die sogenannte kleine Psychiatrie an; vielmehr ist sie eines ihrer größten Arbeitsgebiete."

Orte dieser musiktherapeutischen Tätigkeiten sind therapeutische *Einrichtungen* und freie Praxen:

- Psychiatrie und Nervenkliniken; stationär und ambulant (Tageskliniken), Medizinische und Psychosomatische Kliniken, Kurkliniken, Praxen der Allgemeinmedizin und Psychotherapie
- Neuropsychiatrische Kinderkliniken und Beratungsstellen, psychotherapeutische Spezialeinrichtungen für Kinder
- psychotherapeutisch orientierte Fachkliniken und Sanatorien
- klinische, berufliche und soziale Rehabilitationszentren, Beratungsstellen und Heime für Alkohol- und Drogenabhängige und für Kinder und Jugendliche mit Erziehungsschwierigkeiten sowie Strafanstalten zur Resozialisierung.

2. Ziele und Methoden der Musiktherapie

Die angestrebten musiktherapeutischen Ziele sind *weit überwiegend* außermusikalischer, subjektbezogener Art: aufdeckend-analytisch, stützend-konservierend-stabilisierend; körperfunktions-reparierend-korrigierend-kompensierend-fördernd; erlebnisorientiert-ganzheitlich-ausgleichend; aktivierend und entspannend; kontaktstiftend und enthemmend; ästhetisch-lust- und genußbetont.

In der vielseitigen musiktherapeutischen Praxis werden häufig aus der Musikpädagogik übernommene und modifizierte Methoden wie *Musizieren, Musikhören, Reflektieren und Umsetzen von Musik in Bild, Sprache und Tanz* angewandt und mit aus verschiedenen Therapierichtungen entlehnten Modellen *kombiniert*. Sie unterscheiden sich nach Intention und Handlungsansatz. Das dynamisch orientierte Handlungsprinzip z. B. setzt bei der persönlichkeitszentrierten Psychotherapie an und will durch die Änderung von Erlebnishintergründen das Verhalten und die Symptome beeinflussen. Die übenden Methoden versuchen mit Hilfe mehrmedialer Lerntechniken hinderliche Symptome zu beseitigen. Suggestive Verfahren dienen der Beschwerdeerleichterung.

Unterschieden wird zwischen gerichteter und ungerichteter, aktiver und rezeptiver Einzel- und Gruppenmusiktherapie.

- Aktive Gruppenmusiktherapie: *improvisatorisches und an Notenvorlagen gebundenes gemeinsames und solistisches Singen und Muszieren;* freies und festgelegtes Tanzen zu *unterschiedlichen* Musik*arten;* musikalisches Psychodrama; Malen zu Musik; Eurythmie u. a.
- Aktive Einzelmusiktherapie: therapeutischer Instrumentalunterricht; Instrumentalimprovisation zwischen Klient und Therapeut; *gezielte* Beeinflussung von Körperregionen und Verhaltensweisen durch Klänge und Handhabung von Klanggeräten; Gestaltung eines Gefühlsausdrucks oder einer graphischen Vorlage mit Stimme und Bewegung u. a.
- Rezeptive Einzel- und Gruppenmusiktherapie: *Ansetzend bei der Stimmungslage wird versucht, durch* gelenktes Hören von *gezielt zusammengestellten* Musikprogrammen das vegetative Nervensystem und das vorbewußte, assoziative Erleben zu beeinflussen und auf ein beabsichtigtes Stimmungsniveau zu bringen.

3. Studium und Studienvoraussetzungen

Sowohl Musik als auch Therapie sind äußerst komplexe Gebiete. Es kann daher nicht verwundern, daß sich die Kombination beider Komplexe zu bisweilen sehr verschiedenartigen Akzentuierungen in Ausbildung und therapeutischer Praxis kristallisiert. Maßgeblich hierfür sind nicht nur das jeweilige Selbstverständnis der Ausbildungsinstitutionen (Fach-, Musikhochschule, Universität) und der berufliche Werdegang der an ihr tätigen Dozenten, sondern auch die unterschiedlichen Erfordernisse der therapeutischen Praxisfelder selbst. Aber auch ein verändertes Menschenbild kann die Arbeit einer oder mehrerer Generationen von Musiktherapeuten bestimmen. Die lange Zeit dominierende musiktherapeutische Ausrichtung an der Wirkung von bewußt oder nebenbei gehörter Musik ist gegenwärtig fast vollständig der improvisatorischen Handhabung elementarer musikalischer Substanzen und ihrer Klangquellen, meist einfacher Geräuschinstrumente, gewichen. Künstlerisch arbeitende Musiktherapeuten bemängeln den häufig anzutreffenden musikalischen Dilettantismus an musikfremden Institutionen, während diese ihrerseits eine breitere Ausbildung an subjekt- und gruppenbezogenen Therapietechniken vorgeben. Von Anhängern älterer Richtungen, die den Wert der Kunstmusik zu schätzen gelernt haben, wird wiederum die verbreitete Ignoranz gegenüber dem im musikalischen Werk aller Epochen gestalteten und mit Gewinn erlebbaren immanenten Ausdrucks bedauert. Aus diesen Andeutungen der verschiedenen Interessenlagen dürfte somit ersichtlich werden, daß eine Zementierung des Berufsbildes des Musiktherapeuten und seiner Ausbildung auf eine Norm von Übel wäre. Als Grundfertigkeiten, die ein Bewerber um einen Studienplatz in Musiktherapie generell mitbringen sollte, können jedoch angesehen werden:

- im musikalischen Bereich: fundierte Instrumentalkenntnisse, vielseitige Erfahrung im gebundenen und freien Singen und Einzel- und Gruppenmusizieren sowie im Hören von Musik verschiedener Sparten,
- für die therapeutische Praxis: Einfühlungsvermögen, Kontaktfreude und eine ausgeprägte Vorliebe für spontane und vorbereitete Gestaltung mit Körperinstrumenten (Stimme, Gestik und Mimik, Tanz, klatschen, stampfen usw.) sowie zum Rollenspiel und Führen und Führenlassen.

Diese Voraussetzungen werden im Studium gezielt weiterentwickelt. Hinzu kommt je nach Institution eine unterschiedliche Anzahl von Praktika und Lehrveranstaltungen zur Musik und Medizin und gelegentlich zu angrenzenden Gebieten wie Recht, Malen, Werken usw.

An manchen Ausbildungsstätten wird von den Studierenden verlangt, daß sie sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen. Hierbei wird jedoch Psychotherapie häufig unhinterfragt auf Psychoanalyse reduziert. Ohne daß neuere empirisch fundierte Therapierichtungen zur Kenntnis genommen werden, erschöpft sich die „Vereinsmeierei" (Kisker 1957) psychoanalytischer Vereine eher in der Absicherung des profitmaximierenden „Handels mit kranken Seelen" (Bass/Battenberg 1980) als in der Entwicklung selbstreflexiver und patientenorientierter Kompetenz (siehe hierzu beispielsweise das 1982 ergangene Urteil des Berliner Landgerichts gegen die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und ihren Präsidenten Günter Ammon, AZ 740 282/80). Überdies haben umfangreiche Untersuchungen von 400 Arbeiten mit insgesamt 25.000 Patienten ergeben, daß sich die Behandlungsergebnisse durch Laien kaum von denjenigen aufwendig ausgebildeter Psychotherapeuten unterscheiden (Schmidt-Atzert 1983).

Dieses Ergebnis deutet auf den Unterschied zwischen den sogenannten Aspekt- und Substanzwissenschaften hin. Zum substantiellen Umgang mit musikalischem Material bedarf es meist eines gediegenen Musik- und Instrumentalunterrichts lange vor Aufnahme des Studiums.

Anstelle der mancherorts empfohlenen eigenen Psychoanalyse ist daher die Teilnahme an empirisch kontrollierten Selbsterfahrungs*gruppen, die musiktherapeutische Arbeitstechniken berücksichtigen, vorzuziehen.*

Im übrigen empfiehlt es sich, die Studien- und Prüfungsordnungen der in Betracht kommenden Studienstätten anzufordern, wozu im folgenden die Adressen der nichtkommerziellen, deutschsprachigen Ausbildungsstätten für Musiktherapie aufgeführt sind. Seit 1987 wird auch das Zusatzstudium Musiktherapie nach dem Bundesausbildungsgesetz (BAFöG) gefördert.

4. Ausbildungsstätten für Musiktherapie

Berlin: Hochschule der Künste (Mierendorffstr. 30, 1000 Berlin 10): Aufbaustudium in der Erprobungsphase, vorgesehen für Musiker, Psychologen, Mediziner, Sonderpädagogen mit Fach Musik, Sozialpädagogen. Voraussetzung: Aufnahmeprüfung. Dauer: 5 Semester Vollzeitstudium. Abschluß: seit 1987 Diplom-Musiktherapeut(in). Kosten: keine.

Dortmund: Universität (Vogelpothsweg, 4600 Dortmund): Studium der Sonderpädagogik mit Schwerpunktfach Musik. Voraussetzung: Aufnahmeprüfung. Dauer: 8 Semester. Abschluß: Staatsexamen für Sonderschullehrer (mit pädagogischer Musiktherapie). Kosten: keine.

Hamburg: Staatliche Hochschule für Musik und Darstellende Kunst

(Harvestehuder Weg 12, 2000 Hamburg 13): 1. Berufsbegleitendes Aufbaustudium für klinische Musiktherapie. Voraussetzung: abgeschlossenes Hochschulstudium, Aufnahmeprüfung. Dauer: 3 Jahre. Abschluß: Diplom-Musiktherapeut(in). Kosten: ca. 500,– pro Monat, z. Z. insgesamt DM 15.552,– Studiengebühren. 2. Nicht berufsqualifizierend für die klinische Musiktherapie. Voraussetzung: Aufnahmeprüfung zum Studium der Sonderpädagogik mit Schwerpunktfach Musik. Dauer: 9 1/2 Semester an der Gesamtuniversität. Abschluß: Staatsexamen für Sonderschullehrer. Kosten: keine.

Heidelberg: Fachhochschule der Stiftung Rehabilitation Heidelberg, Fachbereich Musiktherapie (Ziegelhäuser Landstr. 1, 6900 Heidelberg 1); Voraussetzung: Fachhochschulreife, 6semestriges Praktikum, Aufnahmeprüfung mit Bonussystem. Dauer: 4 Jahre (12 Trimester), 1. Jahr Praktikumsjahr (Eingangspraktikum), 3. Jahr 8wöchiges klinisches Praktikum, 4. Jahr 13wöchiges Schwerpunktpraktikum. Abschluß: seit 1985 Diplom-Musiktherapeut (FH). Kosten: Gebühren für Aufnahmeprüfung und Immatrikulation. Zusätzliche Kosten für Psychoanalyse. Studiengebühren DM 300,– monatlich.

Köln: Institut für Musik- und Tanzpädagogik der Deutschen Sporthochschule (Carl-Diem-Weg 6, 5000 Köln 41); Voraussetzungen: Erstes Staatsexamen für das Lehramt mit dem Fach Musik und/oder Sport, Aufnahmeprüfung. Dauer: 4 Semester. Angestrebter Abschluß: Diplom-Musik- und Tanztherapeut(in). Kosten: keine.

Münster: Westfälische Wilhelms-Universität (Scharnhorststr. 100, 4400 Münster): Voraussetzungen: Erstes Staatsexamen für das Lehramt mit dem Fach Musik. Dauer: 4 Semester incl. Praktika. Abschluß: seit 1986 Diplom-Musiktherapeut(in). Kosten: keine.

Wien: Hochschule für Musik und Darstellende Kunst (Lothringer Str. 18, A-1037 Wien III): Voraussetzungen: Abitur, Aufnahmeprüfung. Dauer: 6 Semester incl. Praktika, Ganztagsstudium mit 25–30 Wochenstunden (kein Hochschulstudium). Abschluß: Musiktherapeut (staatsgültiges Abschlußzeugnis als medizinischer Assistenzberuf). Kosten: keine.

Witten/Herdecke: Institut für Musiktherapie, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke (Beckweg 4, 5804 Herdecke): Voraussetzungen: abgeschlossenes Musikstudium. Dauer: 2 Jahre. Abschluß: seit 1985 Diplom für Musiktherapie.

Weitere Ausbildungs- und Fortbildungsstätten für Musiktherapie:

Bundesrepublik Deutschland: Musiktherapeutische Arbeitsstätte e. V. (Arno-Holz-Str. 16, 1000 Berlin 41; anthroposophisch-orientiert); Institut für Musiktherapie (Am Hegewinkel.86, 1000 Berlin 37); Michaelhof Hepsisau (7315 Weilheim/Teck; anthroposophisch orientiert); Lehr- und Forschungsstätte zur Fort- und Weiterbildung in klinischer Musiktherapie (Von-Esmarch-Str. 111, 4400 Münster); Fachhochschule für Sozialpädagogik (Am Limuscoro 9, 6000 Frankfurt/M.); Universität und Gesamthochschule Siegen (Hölderlinstr. 3, 5900 Siegen); Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt (Sanderring 8, 8700 Würzburg: an diesen Einrichtungen in Frankfurt, Siegen und Würzburg ist am 7./8. Semester ein Studienschwerpunkt Musiktherapie möglich; Abschluß: Diplom-Sozialarbeiter bzw. Diplom-Sozialpädagoge); Anny-von-Lange-Schule, staatl. anerkannte Ausbildungsstätte für Musiktherapie auf anthroposophischer Grundlage, Künstlerisches Therapeutikum Hamburg e. V. (Alfredstr. 37, 2000 Hamburg 26).

DDR: Dresden.

Frankreich: Montpellier; Paris.

Großbritannien: Music Therapy Department, Guildhall School of Music and Drama (Barbican, London ECSY 8DT); Roehampton Institute of Higher Education (Roehampton Lane, London SW 15 5 PJ).

Israel: Jerusalem; Petrach Tikva; Tel-Aviv.

Italien: Bologna; Padova; Milano.

Niederlande: Sociaal pedagegische opleidingen middeloo (Koningin Wilhelminalaan 1, NL-3818 HN Amersfoort); Stichting de Jelburg (r. van Rozenburglaan 4, postbus 249, NL-3740 AE Baarn); Akademie de Kopse Hof (Ubbergseveldweg 201, postbus 9029, NL-6500 JK Nijmwegen; Vollstudium 4 Jahre).

Norwegen: Oslo (Aufbaustudium 2 Jahre).

Polen: Wroclaw (Breslau).

Schweiz: bam, Schweizer Musikinstitute für berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie in Zürich (Geschäftsstelle im Konservatorium CH-2502 Biel).

USA: 75 (1970 erst 16) Ausbildungsstätten, darunter: Antioch University San Francisco (650 Pine Street, San Francisco, California 94108); Lesley College Graduate School (11 Mellen Street, Cambridge, Mass. 02138).

5. Bezahlung und Berufschancen

Im allgemeinen werden Musiktherapeuten mit Abitur und achtsemestrigem Studium oder Aufbaustudium nach BAT IIa–Ib bzw. A13–C4 und solche mit Fachhochschulreife und sechssemestrigem Studium an Fach- und Musikhochschulen nach BAT V–III bzw. A9–A12 bezahlt.

Das Berufsbild und die Laufbahn des Musiktherapeuten sind für Fachhochschulstudenten in Baden-Württemberg seit 1985 gesetzlich geregelt. Doch können Bedarf und Beschäftigungschancen kaum realistisch eingeschätzt werden. Das zunehmende Interesse an diesem in der Bundesrepublik Deutschland noch wenig bekannten und verbreiteten Beruf läßt auf einigermaßen gute Aussichten schließen. Pro Einrichtung werden ein bis zwei Musiktherapeuten benötigt.

Gute Beschäftigungsmöglichkeiten bietet möglicherweise die Kombination von musiktherapeutischer Praxis und einer Unterrichts-/Lehrtätigkeit in allgemeinbildenden Schulen, Sonder- und Musikschulen sowie in Ausbildungsstätten von Musiktherapeuten. Aufstiegschancen sind zu erwarten bei Doppelqualifikationen,

z. B. in Musiktherapie und Musikpädagogik (daß auch die Tätigkeit von Schulpsychologen mitübernommen werden kann, dürfte sich bei der gegenwärtigen Einstellungssituation positiv auswirken).

6. Musiktherapeutische Vereinigungen:

Berufsverband für Musik-, Kunst- und Tanztherapie e. V. (BMKT), Neckarstr. 13, 7440 Nürtingen

Berufsverband klinischer Musiktherapeuten, Lohstedter Damm 50, 2000 Hamburg 61

Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten e. V. (DBVMT), Postfach 810307, 7000 Stuttgart 81

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e. V. (DGMT), Postfach 101224, 6900 Heidelberg

Internationale Gesellschaft für Musik in der Medizin e. V., Paulmannshöher Str. 17, 5880 Lüdenscheid

Musiktherapie e. V., Von Esmarch-Str. 111, 440 Münster

Verein zur Förderung der Nordoff/Robbins Musiktherapie, Beckweg 4, 5804 Herdecke

7. Literaturhinweise und Anmerkungen

Alvin, J.: Musiktherapie, München (1984): Deutscher Taschenbuch Verlag und Bärenreiter Verlag Kassel

Degwitz, R. u. a. (Hg.): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, Berlin (1980, 23–48): Springer Verlag, Berlin

Hörmann, G.: Handlungspraktizierende Musiktherapie, München (1987): Hattgen Verlag

ders. (Hg.): Musiktherapie. Medizinische Grundlagen, Regensburg (1988): Bosse Verlag

Hörmann, K.: Musiktherapie. Die heilende Kraft der Klänge. In: Psychologie heute (Dezember 1984, 40–47)

ders.: Das Lied im Unterricht und Therapie als Medium erfahrungsorganisierende Musik- und Selbstwahrnehmung. Frankfurt (1987): Lang Verlag

ders. (Hg.): Musik- und Kunsttherapie, Regensburg (1986): Bosse Verlag

Kisker, K. P.: Mediziner in der Kritik. Allmacht und Ohnmacht einer Heils-Wissenschaft, Stuttgart (1975[a]): Ferdinand Enke Verlag (Prof. Dr. med. Dr. phil. Kisker ist Leiter der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Wie Psychoanalyseadepten das Rückgrat gebrochen wird, bis sie zum vermeintlich großen Geld gelangen, beschreiben auch die Psychotherapeuten G. Bass und F. W. Battenberg im Spiegel 17/1980, 86–95, siehe auch: Zimmer, D.: Tiefenschwindel. Rowohlt Reinbek 1986)

Mester, H. / Tölle, R. (Hg.): Neurosen, Berlin (1981): Springer Verlag

Schmidt-Azert, L.: Psychotherapie. Wirkung auch ohne Therapeuten. Laienhilfe kann effektiver als Expertenrat sein. In: Die Zeit (Nr. 9 vom 25. Februar 1983, S. 63)

Schulte, W. / Tölle, R.: Psychiatrie, Berlin (1979[5]): Springer Verlag

Wilms, H.: Musiktherapeut, in: Blätter zur Berufskunde, Heft 2–IIA30, Bertelsmann-Verlag Bielefeld (1981)

Zeitschriften

Musiktherapeutische Umschau. Forschung und Praxis der Musiktherapie. Gustav Fischer Verlag Stuttgart (seit 1980)

Musik und Medizin. Organ für Musik und Musiktherapie. Internationale Fachzeitschrift für Medizin. Neu-Isenburg (1975 bis 1983): I. M. P. Verlagsgesellschaft