

Aus dem Fachgebiet Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin  
der Medizinischen Fakultät Mannheim  
der Universität Heidelberg  
(Leiter: Prof. Dr. med. Axel W. Bauer)

**Die Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland.  
Eine historische Standortbestimmung.**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades  
der Medizinischen Fakultät Mannheim  
der Ruprecht-Karls-Universität  
zu Heidelberg

vorgelegt von

**Patrick Hemmerich**

aus  
Speyer

Mannheim 2020

Dekan: Prof. Dr. med. Sergij Goerd

Referent: Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

## **INHALTSVERZEICHNIS**

1. Einleitung.....	1
1.1 Aufgabenstellung .....	1
1.2 Gliederung der Arbeit.....	2
2. Überblick zur wissenschafts- und medizinhistorischen Institutionalisierungstheorie .....	4
2.1 Begriffsbestimmung „Institution“ .....	4
2.2 Differenzierungsprozess der Wissenschaft nach v. Gizycki .....	5
2.3 Außerwissenschaftliche Faktoren des wissenschaftlichen Innovationsprozesses nach Ben-David .....	6
2.4 Die vier Institutionalisierungsmodelle nach Clark .....	8
2.4.1 Das „Organic Growth Model“ .....	8
2.4.2 „Differentiation Model“ .....	10
2.4.3 „Diffusion Model“ .....	11
2.4.4 Einordnung des Modells nach Clark .....	11
2.5 Theoretisch-empirisches Innovationsmodell nach Pfetsch und Zloczower .....	12
2.6 Methodik der Operationalisierbarkeit des Begriffs <i>Institutionalisierung</i> .....	13
3. Material und Methoden.....	17
3.1 Quellenlage zur Geschichte Musikermedizin bis 1945 .....	17
3.2 Quellenlage zur Geschichte der Musikermedizin ab 1945 .....	19
4. Musikermedizin und Musiktherapie – eine Begriffsbestimmung .....	23
5. Musikermedizin in Deutschland.....	25
5.1 Musikermedizin in Deutschland vor 1831 .....	25
5.2 Musikermedizin in Deutschland 1831 – 1945 .....	26
5.2.1 Karl Sundelin (1791-1834).....	27
5.2.2 Friedrich Adolf Steinhausen (1859 – 1910) .....	28
5.2.3 Julius Flesch (1871 – 1942).....	30
5.2.4 Kurt Singer (1885 – 1944).....	34

5.2.5	Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland bis 1945 .....	37
5.3	Musikermedizin in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR).....	39
5.3.1	Studio für Stimmforschung an der Hochschule für Musik Dresden .....	39
5.3.2	Betriebsambulatorium der Berliner Bühnen .....	41
5.3.3	Stand der Institutionalisierung der Musikermedizin in der DDR .....	44
5.4	Musikermedizin in Westdeutschland von 1945 bis 1990 .....	46
5.4.1	Planstellen und gewerkschaftliche Organisation der deutschen Berufsorchester .....	46
5.4.2	Geschichte der Musikermedizin in der BRD 1949 – 1990 .....	47
5.5	Musikermedizin in Deutschland nach 1990 .....	50
5.5.1	Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin .....	51
5.5.2	Institut für Musikphysiologie und Musiker-Medizin Hannover .....	53
5.5.3	Institut für Musikermedizin Dresden.....	54
5.5.4	Kurt-Singer-Institut Berlin.....	56
5.5.5	Institut für Musikermedizin Freiburg.....	57
5.5.6	Peter-Ostwald-Institut für Musikergesundheit Köln.....	59
5.5.7	Ambulanzen für Musikermedizin in Düsseldorf, München und Münster .....	60
6.	Aktueller Stand der Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland .....	62
6.1	Die historische Gesamtentwicklung der deutschen Musikermedizin .....	62
6.2	Institutionalisierungstheoretische Einordnung .....	66
7.	Fazit und Ausblick .....	70
	Literaturverzeichnis .....	75
	Anhang .....	84
	Danksagung .....	87
	Lebenslauf.....	88
	Eidesstattliche Versicherung.....	89

# 1. Einleitung

In der Einleitung soll geklärt werden, was die zentrale Fragestellung ist, die hinter dieser Arbeit steht und wie sie aufgebaut ist.

## 1.1 Aufgabenstellung

Wesentliches Ziel dieser Arbeit ist es, die Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland nachzuzeichnen und diese Entwicklung in einen institutionalisierungstheoretischen Zusammenhang zu setzen. Am Ende soll damit die Frage beantwortet werden: „Ist die Musikermedizin in Deutschland ein eigenes Fachgebiet?“<sup>1</sup>

Dabei wird der Begriff *Musikermedizin* deutlich von dem populäreren Begriff der *Musiktherapie* unterschieden, die aufgrund der in Kapitel 4 ausführlich dargelegten Gründe ein historisch und konzeptionell abzugrenzendes Fachgebiet darstellt. Ebenso ist die *Musikphysiologie*, aus der insbesondere die Musikermedizin in Deutschland nach 1945 hervorgegangen ist, kein zentraler Aspekt der Arbeit. Da ihre Geschichte jedoch eng mit der Musikermedizin verbunden ist<sup>2</sup>, wird die Musikphysiologie immer wieder angesprochen werden. Durch Rudolf Breuer<sup>3</sup> wurde bereits eine ausführliche Dissertation über die Berufskrankheiten von Instrumentalmusikern und ihre Geschichte vor 1945 verfasst. Daher liegt der Fokus dieser Arbeit insbesondere auch auf der Musikermedizin nach 1945 sowie ihrer Entwicklung in Westdeutschland und der DDR<sup>4</sup>. Es geht weniger um inhaltliche Themen der Musikermedizin als vielmehr um eine Gesamtschau des Institutionalisierungsprozesses. An geeigneten Stellen wird jedoch auf konkrete Krankheitsbilder verwiesen.

Um die *neueste Geschichte* der Musikermedizin – also die Geschichte ab 1994 bis 2020 – kohärent darzustellen und um eine Vergleichbarkeit zwischen den Instituten

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Fachgebiet“ wird in der weiteren Arbeit nicht näher definiert. Er soll jedoch als „Institution innerhalb der Medizin“ im Rahmen der institutions- und institutionalisierungstheoretischen Erörterungen in Kapitel 2 verstanden werden.

<sup>2</sup> Es seien beispielhaft das Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin in Hannover oder auch die Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin genannt, welche die beiden Fachgebiete nicht nur im Namen vereinen.

<sup>3</sup> Breuer 1982.

<sup>4</sup> Dennoch wurde die Geschichte der Musikermedizin vor dem zweiten Weltkrieg in diese Arbeit aufgenommen. Neben dem Anspruch auf Vollständigkeit ist dies auch dem Ziel der Einordnung dieser *frühen* Geschichte in institutionalisierungstheoretische Zusammenhänge sowie dem Vergleich mit der Musikermedizin nach 1945 geschuldet.

zu erzielen, wurden ein standardisierter *Fragebogen* an die wichtigsten musikermedizinischen Institute in Deutschland verteilt (siehe auch Kapitel 3.2).

Neben der historischen Komponente dieser Arbeit wurde methodisch anhand diverser institutionalisierungstheoretischer Arbeiten der Versuch unternommen, die Bewertung von Institutionalisierung anhand eines Kriterienkatalogs zu operationalisieren, also bis zu einem gewissen Grad *messbar* oder zumindest *objektivierbar* zu machen. Das damit verfolgte Ziel war, die Theorie von Institutionen und Institutionalisierung nicht im luftleeren Raum stehen zu lassen, sondern sie als Grundlage einer fundierten Beurteilung des Fachs Musikermedizin heranziehen zu können (Kapitel 6.2)<sup>5</sup>.

## **1.2 Gliederung der Arbeit**

Das genannte Ziel der Arbeit, nämlich die Frage zu beantworten, ob Musikermedizin in eigenständiges *Fachgebiet* bzw. eine *Institution innerhalb der Medizin* ist, spiegelt sich auch in der Gliederung dieser Arbeit wider. Nachdem zunächst geklärt wird, was überhaupt eine *Institution* und *Institutionalisierung* ist und welche Phasen ein neues Fachgebiet auf dem Weg zur Institution durchläuft (Kapitel 2), wird in einem nächsten Schritt der Begriff der Musikermedizin definiert (Kapitel 4). Davor wird die Methodik dieser Arbeit erläutert und wie prinzipiell bei der Bearbeitung der Leitfrage verfahren wurde (Kapitel 3).

Den Hauptteil der Arbeit nimmt eine historische Darstellung der Geschichte der Musikermedizin in Deutschland ein. Der inhaltliche Schwerpunkt soll dabei auf die Geschichte nach 1945 gelegt werden. Allerdings ist für ein umfassendes Verständnis der Geschichte eine Darstellung der Musikermedizin vor 1945 in Deutschland ebenfalls erforderlich (Kapitel 5).

Nachdem auch bereits in einzelnen Abschnitten kurz resümiert wurde, wird in Kapitel 6 der Versuch einer synoptischen Gesamtbewertung des Standes der Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland anhand des vorab definierten Kriterienka-

---

<sup>5</sup> Neben dem Wunsch hiermit eine methodische Innovation und eine Kohärenz innerhalb der Arbeit zu liefern, spannt dieser Kriterienkatalog den großen Bogen der Arbeit von den theoretischen Grundlagen über die Geschichte des Fachs bis hin zur objektiven Bewertung und schließlich einer darauf gegründeten Einschätzung und einem Ausblick.

talogs (Methodik der Operationalisierbarkeit des Begriffs *Institutionalisierung*, Kapitel 2.6) unternommen. Darauf aufbauend schließt die Arbeit mit einer Gesamteinschätzung zur Situation der Musikermedizin in Deutschland sowie einem Ausblick (Kapitel 7).

## 2. Überblick zur wissenschafts- und medizinhistorischen Institutionalisierungstheorie

### 2.1 Begriffsbestimmung „Institution“

Als *Institution* bezeichnet man zunächst „jegliche Form bewusst gestalteter oder ungeplant entstandener stabiler, dauerhafter Muster menschlicher Beziehungen, die in einer Gesellschaft erzwungen oder durch die allseits als legitim geltenden Ordnungsvorstellungen getragen und tatsächlich gelebt werden.“<sup>6</sup> Die Institution ist damit ein Begriff, der je nach Kontext in den Rechts-, Sozial- oder Wirtschaftswissenschaften „in einer kaum präzisierbaren Allgemeinheit verwendet [wird].“<sup>7</sup> Dabei bildet das jeweilige Verständnis einer Institution auch das „kulturelle Selbstverständnis einer Zeit“<sup>8</sup> ab, was bedeutet, dass die allgemein akzeptierte Definition des Begriffs immer im Kontext seiner Zeit gesehen werden muss. Der Duden definiert die *Institution* auf zwei Arten:

1. [...] „einem bestimmten Bereich zugeordnete gesellschaftliche, staatliche, kirchliche Einrichtung, die dem Wohl oder Nutzen des Einzelnen oder der Allgemeinheit dient“.
2. [...] „bestimmten stabilen Mustern folgende Form menschlichen Zusammenlebens (gebr. besonders Soziologie)“<sup>9</sup>

Während die erste Definition die allgemeinere und gebräuchlichere Form wiedergibt, bezieht sich die zweite auf eine eher sozialwissenschaftlich gebräuchliche Verwendung. Dies zeigt sich auch beim Blick auf eine sozialwissenschaftliche Definition des Begriffs Institution, die im Vergleich zu der Definition von Hillmann jedoch auch die Ebene der Bedürfnisbefriedigung mit einbezieht: „Soziale Institutionen sind vergleichsweise stabile, dauerhaft aufeinander bezogene Verhaltensmuster, die in einer sozialen Gruppe wichtigen Bedürfnissen dienen und daher für legitim gehalten und mit sozialen Sanktionen durchgesetzt werden.“<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup> Hillmann 1994, S.373.

<sup>7</sup> Kamphausen 1993, S. 260.

<sup>8</sup> Ebd.

<sup>9</sup> Duden 2020.

<sup>10</sup> Röhl 2006.

Man erkennt, dass Institutionen immer eine Funktion im Sinne einer Bedürfnisbefriedigung erfüllen. Dieses muss kein Individualbedürfnis sein, sondern kann auch ein gesamtgesellschaftliches Interesse widerspiegeln. Kamphausen fasst diese gesellschaftliche Dimension der Institution gut zusammen, wenn er die Elemente einer Institution nach Hariou wiedergibt: „(1) Die Werkidee (...), d.h. die Idee des zu schaffenden Werkes innerhalb einer sozialen Gruppe; (2) die Macht, die sich im Dienste der Verwirklichung der Idee organisiert; (3) die Gemeinschaftsbekundungen, die sich in der Gruppe im Hinblick auf die Realisierung der Idee vollziehen.“<sup>11</sup>

Da für die weiteren Betrachtungen vor allem die gesamtgesellschaftliche Dimension<sup>12</sup> sowie die moderne Sichtweise<sup>13</sup> einer Institution interessant ist und es keine allzeit gültige Definition einer Institution vorgetragen werden kann, soll von uns nun der Versuch einer für die weitere Arbeit tauglichen Definition einer Institution aus den vorgetragenen Erkenntnissen unternommen werden:

„Eine Institution ist eine stabile, gesamtgesellschaftliche Bedürfnisse befriedigende Struktur, die sich neben einer von den Mitgliedern und Förderern der Institution getragenen Idee des zu erreichenden Ziels durch nach außen getragene Bekundungen zur Realisierung dieser Idee und die notwendige gesellschaftliche Unterstützung auszeichnet.“

Als *Institutionalisierung* soll im Übrigen der Prozess verstanden werden, der als Ergebnis die Schaffung einer Institution nach oben geäußertem Verständnis verfolgt. Im Folgenden werden unterschiedliche Modelle zur Institutionalisierung neuer Fachgebiete im universitären Kontext vorgestellt.

## **2.2 Differenzierungsprozess der Wissenschaft nach v. Gizycki**

Nachdem im vorangegangenen Abschnitt geklärt wurde, was eine *Institution* im Allgemeinen auszeichnet, sollen in den folgenden Kapiteln Aspekte der Entstehung und Aufrechterhaltung wissenschaftlicher Institutionen betrachtet werden. Rückblickend lässt sich feststellen, dass der Institutionalisierungsprozess in der Wissenschaft von zwei grundsätzlich zu unterscheidenden Variablen bestimmt wird. Auf der einen Seite

---

<sup>11</sup> Kamphausen 1993, S. 261.

<sup>12</sup> Ebd.

<sup>13</sup> Duden 2020.

steht der *Inhalt* der Wissenschaft – also der Zuwachs an Wissen und wie mit diesem umgegangen wird. Auf der anderen Seite stehen die *Rahmenbedingungen*, unter denen sich die Disziplin entwickelt. Diese Erkenntnis fasst Rainald v. Gizycki (\*1942) sehr gut zusammen, wenn er feststellt: „Der Differenzierungsprozess der Wissenschaft ist das Ergebnis des komplementären Verhältnisses von akkumuliertem Wissensbestand einerseits und institutioneller Innovationsbereitschaft andererseits. Ist die erste Bedingung nicht erfüllt (wegen der „Jugend“ der Wissenschaft), so tritt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die zweite nicht ein. Da es sich um eine Bedingung handelt (es kommen außerwissenschaftliche Faktoren hinzu), ist das „Alter“ einer Wissenschaft freilich keine Garantie für ihre Institutionalisierung.“<sup>14</sup>

Gizycki unterscheidet also die beiden Faktoren *akkumulierter Wissensbestand* einerseits und *institutionelle Innovationsbereitschaft* andererseits also nicht nur dezidiert voneinander, er macht das akkumulierte Wissen zur Bedingung für die weitere Innovationsbereitschaft. Intuitiv ist diese Kausalität nachvollziehbar, da eine Institution ohne Wissen wie eine Packung ohne Füllung dastünde. Aus heutiger Perspektive stößt diese Ansicht an ihre Grenzen, wenn man beispielsweise staatlich geförderte Subventionsprogramme betrachtet. Zwar muss auch hierfür ein gewisses Grundwissen vorhanden sein, allerdings steht die eingebrachte Innovationsbereitschaft nach Gyzicki in keinem Verhältnis zum anfangs eingebrachten Wissensbestand.

Ein solches Programm entspräche klassischerweise einem *außerwissenschaftlichen Faktor*, wie Gizycki ihn beschreibt. Auch wenn er bereits außerwissenschaftliche Faktoren beachtet, wird durch staatliche Eingriffe von außen das von ihm gezeichnete Entwicklungsmodell von Wissenschaft etwas verzerrt. Allein aus didaktischen Gründen wird diese Dichotomie sich im Weiteren jedoch immer wieder durch diese Arbeit ziehen.

### **2.3 Außerwissenschaftliche Faktoren des wissenschaftlichen Innovationsprozesses nach Ben-David**

Während Gizycki das theoretische Rahmengerüst zu verdanken ist, nach dem der wissenschaftliche Differenzierungsprozess sowohl von wissenschaftlichen als auch von außerwissenschaftlichen Faktoren bestimmt wird, untersuchte Joseph Ben-David

---

<sup>14</sup> Gizycki 1976, S. 21.

(1920-1986) genauer die außerwissenschaftlichen Faktoren dieses Innovationsprozesses.<sup>15</sup>

Am Beispiel der Entwicklungsunterschiede der Psychologie als Spezialdisziplin im späten 19. Jahrhundert zwischen Deutschland auf der einen sowie Frankreich, Großbritannien und den USA auf der anderen Seite, erarbeitet Ben-David drei wesentliche Faktoren, die innerhalb eines bestehenden universitären Gesamtsystems zum Innovationsprozess beitragen. Ben-David beobachtet dabei vor allem die Gründe, die junge Forscher im Bereich der Physiologie dazu ermutigten, sich mit dem damals noch neuen Gebiet der Psychologie zu beschäftigen. 1. Definition professioneller Arbeitsbedingungen und entsprechender sozialer Rollen (*academic roll*), 2. Wettbewerb innerhalb des Fachgebiets (*competitive situation*), 3. Akademische Anerkennung (*academic standing*)<sup>16</sup>.

Der erste dieser drei Punkte ist intuitiv gut nachvollziehbar, da die Schaffung neuer Stellen und Forschungsbereiche zu einer Unabhängigkeit führt, die notwendig ist, um alleine von der Arbeit auf dem neu entstandenen Gebiet leben zu können. Der dritte Punkt dürfte ein vornehmlich psychologischer Faktor sein uns ist – wenn auch schwer zu operationalisieren – sicher nicht zu unterschätzen. Denn die Anerkennung der eigenen Arbeit innerhalb der universitären Community schafft die Motivation sich weiter innerhalb dieses Fachgebiets zu engagieren.

Interessant ist vor allem der zweite Punkt, da er im ersten Moment dem modernen interdisziplinären Ansatz widerspricht, nach dem sich Fachgebiete immer ergänzen und nicht bekämpfen sollten. Jedoch ist im Kontext von Ben-Davids Modell dieser Wettbewerb vor allem Ausdruck der Dynamik des neu entstehenden Fachgebiets, welche dazu führt, dass vor allem junge Wissenschaftler dort neue Chancen sehen und in das Fachgebiet überwandern.

Alle diese Faktoren führen am Ende dazu, dass das neu entstehende durch den Zugewinn junger, motivierter Wissenschaftler wichtige Impulse erhält und sich zu einem vollwertigen Fachgebiet entwickeln kann. Über die genauen Stufen und Prozesse dieser Entwicklung macht Ben-David keine weiteren Angaben. Dennoch ist es ihm

---

<sup>15</sup> Ben-David und Collins 1966.

<sup>16</sup> Ben-David und Collins 1966, S. 465.

anzurechnen die außerwissenschaftlichen Faktoren am Beispiel der Entwicklung der experimentellen Psychologie Ende des 19. Jahrhunderts zusammengefasst und empirisch gefestigt zu haben.

## **2.4 Die vier Institutionalierungsmodelle nach Clark**

Über knapp zwei Jahrzehnte entwickelten sich Theorien, die oft deduktiv-historisch aus spezifischen Situationen abgeleitet wurden (beispielhaft: Ben-David und Collins 1966). Terry N. Clark, Soziologe an der Universität Chicago, hat die Entwicklung der Institutionalierungstheorie der 1950er und 1960er überzeugend zusammengefasst (Clark 1968) und gibt dabei zusätzlich zu den Erkenntnissen von Gizycki und Ben-David neben den wissenschaftlichen und außerwissenschaftlichen Faktoren von Innovationsprozessen auch einen Überblick über die konkreten Schritte und Prozesse dieser Entwicklung.

Der eigentliche Wert seines Artikels *Institutionalization of Innovations in Higher Education: Four Models* liegt vor allem in der strukturierten Darstellung und Zusammenfassung wichtiger Theorien zur Institutionalisierung der damaligen Zeit und weniger in wegweisend neuen Konzeptionen dieses Wissenszweigs. In der Einleitung stellte Clark fest, "most studies have essentially utilized one of three models: the organic growth model, the differentiation model, or the diffusion model".<sup>17</sup> Neben den drei im Folgenden vorgestellten Modellen, bezeichnet Clark das vierte vorgestellte Modell als das *combined-process model*. Dieses soll den Vorteil eines breiten Anwendungsgebietes haben. Im Grunde ist es allerdings eine eklektizistische Schnittmenge der drei vorab vorgestellten Theorien und für die weitere Betrachtung daher von untergeordnetem Interesse. Es folgt daher eine kurze Darstellung der ersten drei Modelle.

### **2.4.1 Das „Organic Growth Model“**

Das *Organic Growth Model* (im Folgenden zur Zwecke der besseren Lesbarkeit zu deutsch als *organisches Wachstumsmodell* bezeichnet) stellt das intuitivste aller drei Modelle dar, da es von einer Situation ausgeht, in der sich ein Fachgebiet weitgehend losgebunden von bisher bestehenden Institutionen entwickelt. Außerdem lassen sich am organischen Wachstumsmodell exemplarisch Faktoren herausarbeiten,

---

<sup>17</sup> Clark 1968, S. 1.

die alle dem von Gizycki geforderten Kriterium der „institutionellen Innovationsbereitschaft“ zuzurechnen sind und damit strukturelle Bedingungen von Institutionalisierung veranschaulichen.

Clark unterscheidet drei Prozesse, die innerhalb des organischen Wachstumsmodells zur Institutionalisierung beitragen. Ein wesentliches Element bildet die Entwicklung von *professional activities*.<sup>18</sup> Hierunter fallen vor allem die Etablierung spezifischer Zeitschriften und regelmäßige Treffen und Konferenzen, die zu Beginn der Entstehung der Spezialdisziplin oft die einzige Verbindung der Wissenschaftler untereinander darstellen. Neben dem reinen Wissensaustausch erfüllen diese Kommunikationsplattformen vor allem auch eine soziale Funktion, da eine regelmäßige Assoziation mit der fachlichen *Community* die Identifikation mit dem Fachgebiet verstärkt und durch das so entstandene Selbstbewusstsein und auch der durch die Vernetzung gemehrte politische Einfluss die Weiterentwicklung des Fachgebiets erst ermöglichen.<sup>19</sup>

Das zweite von Clark beschriebene Element bildet die *Definition of the status*. Unter diesen Begriff fallen die Regulationsprozesse innerhalb des Fachgebiets. Unter Regulationsprozesse versteht Clark Entwicklungen, die über die Reglementierung des Fachgebiets zu einer Abgrenzung von anderen Fachgebieten und damit zu einer Definition des eigenen Fachgebiets führen. Am Anfang dieses Prozesses steht meistens eine Phase der vorübergehenden Isolation des Fachgebiets, die durch eigenständige *ideologies and utopias* bestimmt wird. Zunächst kann man sich diese als eine ungeformte Masse von Ideen vorstellen, die mit der Zeit durch die wiederholte Rückkopplung mit der wissenschaftlichen *Community* und der Gesellschaft zu einer klareren Vorstellung der Konzepte des Fachgebiets führt. Diese Entwicklung wird zum einen durch eine Professionalisierung und damit auch einer besseren Sortierung des Inputs in das Fachgebiet und zum anderen durch ein sich mit der Zeit entwickelndes *specialized vocabulary* begünstigt.<sup>20</sup> Innerhalb dieses Prozesses liegt auch oft der Moment, in dem das Fachgebiet einen ersten Namen – der teilweise dann nochmal variieren kann - erhält und so auch für Außenstehende als eigenständig sichtbar wird.

---

<sup>18</sup> Clark 1968, S. 3.

<sup>19</sup> Ebd., S. 4.

<sup>20</sup> Ebd., S. 5.

Im letzten Schritt der Institutionalisierung steht dann die Etablierung von *teaching institutions*.<sup>21</sup> Diese erfüllen nach der vorigen Definition des Fachgebiets die Funktion das inzwischen klar definierte Wissen des Fachgebiets, aber auch die Organisationsstruktur des Fachgebiets, an Lernende weiterzugeben. Nur dieser Schritt ermöglicht dem Fachgebiet eine Zukunft. Clark unterscheidet innerhalb dieser Entwicklung die zunächst informellen Lehrformate von den später formellen Formaten, wie sie beispielsweise ein Kurs im Vorlesungsverzeichnis der Universität darstellt. Am Ende der Entwicklung steht die Bereitstellung eigener Lehrmittel wie zum Beispiel eigene Lehrbücher und die Einrichtung von Vollzeitstellen für Lehrer des Fachgebiets. Clark stellt resümierend fest, dass sich dieses Modell vor allem für die Beschreibung von Entwicklungen außerhalb feststehender Institutionen eignet. Innerhalb des britischen Systems findet er diverse Beispiele für Prozesse, die nach dem organischen Wachstumsmodell abgelaufen sind.<sup>22</sup>

Durch die in der Gegenwart vermehrten interdisziplinären Verflechtungen und der regelhaften Aufhebung der Grenze *Universität/Nicht-Universität* lässt sich das Wachstumsmodell heute sicherlich auch auf Prozesse anwenden, die innerhalb des oder zumindest in Verbindung zum universitären Umfeld stehen. Ein deutsches Beispiel hierfür ist die Fraunhofer-Gesellschaft, die sich bewusst im Spannungsfeld zwischen Wirtschaft, Gesellschaft und Universität aufgestellt hat und mit anwendungsorientierter Forschung auch zur Entwicklung neuer Fachgebiete beiträgt.<sup>23</sup>

#### **2.4.2 „Differentiation Model“**

Das *Differentiation Model* (Differenzierungsmodell) beruht auf der Idee der Arbeitsteilung und ist innerhalb der Soziologie weit verbreitet.<sup>24</sup> Treibender Faktor auf dem Weg zur Institution ist hierbei die akkumulierte Wissensmenge. Sobald so viel Wissen angesammelt wird, dass dieses nicht mehr innerhalb eines Fachgebiets beziehungsweise durch die entsprechenden Wissenschaftler zu bewältigen ist, entsteht die Notwendigkeit zur Etablierung eines neuen Fachgebiets. Nach Clark findet das Differenzierungsmodell vor allem bei Gebieten Anwendung, die innerhalb von bereits

---

<sup>21</sup> Ebd., S. 6-7.

<sup>22</sup> Ebd., S. 8.

<sup>23</sup> Fraunhofer-Gesellschaft 2020.

<sup>24</sup> Clark 1968, S. 8-9.

bestehenden Institutionen entstehen, da für die Entwicklung bereits ein Grundstock an Wissen und auch außerwissenschaftlichen Strukturen gewährleistet sein muss.

Als klassisches Beispiel führt Clark im Kontrast zum organischen Wachstumsmodell das amerikanische Universitätssystem an.<sup>25</sup> Auch in der heutigen Wissenschaftswelt liegen viele Entwicklungen diesem Modell zugrunde. In Deutschland sind beispielsweise die Einrichtung neuer Professuren oder die Bildung von Sonderforschungsbereichen und in deren Folge neuer Institute Beispiele für dieses Modell.

### **2.4.3 „Diffusion Model“**

Das *Diffusion Model* (Diffusionsmodell) unterscheidet fünf Stufen der Entwicklung: Wissenserwerb – Sammlung von Wissen – Evaluation des Wissens – Erprobung des gesammelten Wissens – Übernahme des erprobten Wissens.<sup>26</sup> Klassischerweise findet das Diffusionsmodell Anwendung, wenn Wissen außerhalb einer feststehenden Struktur akkumuliert wird und beständig in das etablierte System integriert wird. Oft wird das Fachgebiet durch einige wenige *Träger* im gesamten System verbreitet. Clark führt als Paradebeispiel das deutsche Universitätssystem an.<sup>27</sup> Er stellt darüber hinaus fest, dass die Trägerfunktion häufig durch junge Männer wahrgenommen wird, da diesem Modell eine kompetitive und ungebundene Komponente innewohnt. Diese Aussage ist sicher im Licht der 1960er Jahre zu betrachten und heute nicht mehr uneingeschränkt gültig. Dennoch zeigt sie worin die Stärke dieses Modells liegt: Das Diffusionsmodell erklärt ortsunabhängig eine durch wenige Träger ausgelöste generalisierte Entwicklung innerhalb eines großen Systems. Eine Leistung, die man dem Differenzierungsmodell aufgrund der Abhängigkeit von bestehenden Strukturen praktisch gar nicht und dem organischen Wachstumsmodell aufgrund der zur Entwicklung des Fachgebiets notwendigerweise hohen Anzahl an Unterstützern nur eingeschränkt zusprechen kann.

### **2.4.4 Einordnung des Modells nach Clark**

Wichtig ist es, sich nochmals bewusst zu werden, dass diese Modelle weniger Konzepte eines einzelnen Soziologen sind, sondern eine systematische Zusammenfassung der zur damaligen Zeit vorherrschenden Theorien darstellen. Keines der

---

<sup>25</sup> Clark 1968, S. 10.

<sup>26</sup> Ebd., S.10.

<sup>27</sup> Ebd., S. 11-12.

Modelle kann die Institutionalisierung eines Fachgebiets vollständig erklären. Jeder Prozess kann nur durch eine spezifische Kombination dieser Modelle erklärt werden. Die so erreichte Darstellung hilft die an der Institutionalisierung beteiligten Faktoren besser zu verstehen.

## 2.5 Theoretisch-empirisches Innovationsmodell nach Pfetsch und Zloczower

Während Clark eher in allgemeiner Form die Entstehung neuer Spezialdisziplinen in der Wissenschaft beschreibt, beschäftigte sich Frank R. Pfetsch (\*1936) mit der Institutionalisierung medizinischer Fachgebiete am Beispiel der Entwicklungen im 19. Jahrhundert<sup>28</sup>. Darauf aufbauend entwickelt er ein *theoretisch-empirisches Innovationsmodell*, mit dem er die Phasen des Hervortretens eines neuen medizinischen Fachgebiets beschrieb. Pfetsch unterschied drei Phasen<sup>29</sup>:

1. Inventionsphase
2. Institutionalisierungsphase
3. Diffusionsphase

In der *Inventionsphase* liegen vor allem unstrukturierte, persönliche Kontakte und Interessen vor, die mit der Zeit zu einer Zunahme des *akkumulierten Wissensbestands* führen. Entsprechend dem Modell von Rainald v. Gizycki muss diese Wissensakkumulation für die erfolgreiche Entwicklung der Wissenschaft mit einer strukturellen Innovationsbereitschaft einhergehen.<sup>30</sup> Nach Pfetsch setzt die *Institutionalisierungsphase* genau an dieser Stelle an. Anfangs entstehen meist recht lose Verbindungen, wie beispielsweise eine wissenschaftliche Gesellschaft, die entsprechend dem organischen Wachstumsmodell von Clark den Raum für die Entwicklung einer *Community* bietet. Pfetsch definiert dieses Auftreten erster Strukturen als den Zeitpunkt, von welchem an man von *Spezialisierung* spricht. Den Abschluss der *Institutionalisierungsphase* definiert Pfetsch mit der Einrichtung der ersten universitären Institution auf dem neu entstehenden Fachgebiet. Mit dieser Etablierung in der universitären Umgebung beginnt die *Diffusionsphase* auf andere Universitäten.

---

<sup>28</sup> Pfetsch und Zloczower 1973.

<sup>29</sup> Ebd.

<sup>30</sup> v. Gizycki 1976, S. 21.

Wie bereits Johannes Pantel<sup>31</sup> in seiner Dissertation über die *Institutionalisierung der Pathologie in Deutschland während des 19. Jahrhunderts* bemerkte, wirkt diese Darstellung sehr abstrakt und sollte durch eine genaue Betrachtung der Entwicklung der jeweiligen Spezialisierung ergänzt werden. Dennoch gibt auch dieses Institutionalierungsmodell ein Grundgerüst vor, anhand dessen auch der Stand der Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland bewertet werden kann.

## **2.6 Methodik der Operationalisierbarkeit des Begriffs *Institutionalisierung***

In diesem Abschnitt soll eine Art Werkzeug erarbeitet werden, anhand dessen sich am Ende dieser Arbeit der Stand der Institutionalisierung des Faches Musikermedizin in Deutschland mehr oder weniger objektiv bemessen lässt. Da bisher keine allgemein akzeptierten Kriterien bzw. Operatoren gefunden wurden, anhand derer sich eine Einschätzung ableiten lässt, werden diese aus den oben vorgestellten Theorien hergeleitet.

Durch viele, teils differierende Theorien zur Institutionalisierung wissenschaftlicher und medizinischer Spezialdisziplinen ist es - wie auch schon bei der Begriffsbestimmung der *Institution* gesehen – schwierig, einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für den Stand der Institutionalisierung eines Fachgebietes zu bestimmen. Hinzu kommen methodische Schwierigkeiten. Denn zum einen hat keines der oben genannten Modelle den Anspruch eine Operationalisierbarkeit des Begriffes *Institutionalisierung* und damit eine an Stadien orientierte Einordnung zu ermöglichen. Alle Modelle sind rein deskriptiv und oft empirisch aus singulären wissenschaftshistorischen Ereignissen abgeleitet<sup>32</sup>. Zum anderen ist eine *Institution* entsprechend der oben genannten Definition (Kapitel 2.1) keine graduelle Erscheinung, sondern absolut. Ein Fach kann nicht *zur Hälfte Institution* sein. Entweder alle Elemente einer Institution sind erfüllt oder nicht<sup>33</sup>. Gesellschaftliche Phänomene, die nur Teilelemente erfüllen, mögen sicher wichtige und interessante Erscheinungen sein, sind jedoch klar vom Begriff der *Institution* zu trennen.

---

<sup>31</sup> Pantel 1989.

<sup>32</sup> Beispielhaft hierzu: Ben-David und Collins 1966 oder Pfetsch 1973.

<sup>33</sup> Mit den „Elementen der Institution“ ist hier zum einen der von Kamphausen vorgetragene Institutionsbegriff Harious gemeint (Kamphausen 1993), zum anderen aber auch diejenigen in der in dieser Arbeit aufgestellten Definition am Ende von Kapitel 2.1.

Lediglich der Begriff der *Institutionalisierung* ist als graduelles Messinstrument geeignet den Fortschritt eines Faches auf dem Weg hin zur Institution einzuordnen. Die richtige Frage, die man also stellen muss, wenn man den Fortschritt eines Fachgebiets auf dem Weg zur Institution stellen muss, ist also *nicht* „Ist Fach XYZ (schon) eine Institution?“, sondern: „Welchen Grad der Institutionalisierung weist Fach XYZ auf?“ Die Operatoren, welche die ansatzweise Objektivierbarkeit dieses Prozesses erlauben, sind niemals zeitlich kohärent, da der Begriff dessen, was wir in einer bestimmten Zeit als Institution bezeichnen, stets auch eine Aussage über diese Zeit trifft<sup>34</sup>. Wenn im Folgenden also der Versuch unternommen wird, Operatoren festzulegen, so muss man sich dieser Tatsache immer bewusst sein. Da es keine allgemein anerkannten Kriterien gibt, an denen man Institutionalisierung messen kann und da – wie Pantel bemerkte<sup>35</sup> – auch die individuelle Entwicklung des jeweiligen Fachgebiets berücksichtigt werden muss, sollen die Operatoren hier als Schnittmenge der in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Theorien definiert werden. Dazu sollen die wesentlichen Thesen der oben beschriebenen Autoren nochmal stichwortartig zusammengefasst werden:

- „Der wissenschaftliche Innovationsprozess als komplementäres Verhältnis von akkumuliertem Wissensbestand einerseits und institutioneller Innovationsbereitschaft andererseits.“ (Differenzierungsmodell nach Clark<sup>36</sup>, sowie Gizycki<sup>37</sup>)
- „Academic roll, competitive situation und academic standing als wesentliche außerwissenschaftliche Faktoren des wissenschaftlichen Innovationsprozesses.“ (Modell nach Ben-David und Collins<sup>38</sup>)
- „Wesentliche Stadien der Institutionalisierung: Innovationsphase, Institutionalisierung und Diffusion“ (Diffusionsmodell nach Clark<sup>39</sup>, sowie Pfetsch und Zloczower<sup>40</sup>)
- „Institutionalisierung als organisches Wachstum aus bestehenden Strukturen mit definierten Zwischenstufen (ideas and utopis, specialized vocabulary, teaching institutions etc.).“ (Organisches Wachstumsmodell nach Clark<sup>41</sup>)

---

<sup>34</sup> Kamphausen 1993.

<sup>35</sup> Pantel 1989.

<sup>36</sup> Clark 1968

<sup>37</sup> Gyzicki 1976

<sup>38</sup> Ben-David und Collins 1966.

<sup>39</sup> Clark 1968.

<sup>40</sup> Pfetsch und Zloczower 1973.

<sup>41</sup> Clark 1968.

Da das Modell von Pfetsch die Einteilung in Phasen am schärfsten definiert, soll dieses als Grundlage der Aufstellung von Kriterien für die Zugehörigkeit zu bestimmten Phasen herangezogen werden. Grundgerüst bleibt also die Einteilung in *Innovationsphase*, *Institutionalisierungsphase* und *Diffusionsphase*.<sup>42</sup>

Die Merkmale der restlichen vorgestellten Modelle werden dann orientierend entsprechend den jeweiligen Phasen zugeordnet:

### 1. Innovationsphase

Hier spiegeln sich vor allem das Modell von Gizycki<sup>43</sup> sowie das Modell von Ben-David<sup>44</sup> wider. Beide beschreiben die in der Frühphase auftretenden wissenschaftlichen und außerwissenschaftlichen Faktoren. Ben-David definiert mit seinen drei Faktoren wesentliche Elemente, die zu einer erfolgreichen Institutionalisierung beitragen:

- a) Definition akademischer Rollen
- b) Wettbewerb innerhalb des Fachgebiets
- c) Anerkennung in der universitären Gemeinschaft

### 2. Institutionalisierungsphase

Die Innovationsphase geht fließend in die Institutionalisierungsphase über. In dieser Phase der Institutionsbildung finden sich viele Kriterien des organischen Wachstumsmodells nach Clark wieder<sup>45</sup>.

- a) Etablierung von Lehrrollen (*teaching institutions*) an den universitären Instituten
- b) Abgrenzung durch ein eigenes Vokabular (*specialized vocabulary*)
- c) Innerhalb der Gemeinschaft stattfindende Kongresse und Etablierung von Fachzeitschriften (*professional activities*)

Alle diese Faktoren führen schließlich zur *Definition of the status* und damit einem Bewusstsein als eigenes Fach anerkannt zu sein<sup>46</sup>.

---

<sup>42</sup> Pfetsch und Zloczower 1973.

<sup>43</sup> Gyzicki 1976.

<sup>44</sup> Ben-David und Collins 1966.

<sup>45</sup> Clark 1968.

<sup>46</sup> Ebd.

### 3. Diffusionsmodell

Hier findet sich das klassische Diffusionsmodell von Clark<sup>47</sup>, nach welchem der wissenschaftliche Fortschritt und damit das akkumulierte Wissen der treibende Faktor für die Ausbreitung des Fachgebiets in das gesamte Universitätssystem darstellt.

Anhand dieser Zusammenfassung soll am Ende dieser Arbeit die Einordnung des Standes der Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland erfolgen (Kapitel 6.2).

---

<sup>47</sup> Ebd.

### 3. Material und Methoden

Der Forschungsstand auf dem Gebiet der Geschichte, erst recht aber im Bereich der Institutionalisierungstheorie der Musikermedizin ist aktuell eher rudimentär, wobei deutlich zwischen der Quellenlage bis 1945 und jener danach unterschieden werden muss.

#### 3.1 Quellenlage zur Geschichte Musikermedizin bis 1945

Über die Geschichte der Musikermedizin, genauer gesagt der Erkrankungen von Instrumentalisten, bis zu den großen Monographien von *Julius Flesch* und *Kurt Singer* (siehe auch Kapitel 4.2.3 und 4.2.4) existiert eine bereits erwähnte medizinische Dissertation von Rudolf Breuer aus dem Jahre 1982<sup>48</sup>. Dieser geht – wie der Titel *Berufskrankheiten von Instrumentalmusikern aus medizinhistorischer Sicht* andeutet – jedoch vornehmlich auf die in den jeweiligen Werken behandelten Erkrankungen ein und beschränkt sich dabei auch auf Instrumentalisten. Damit ist beispielsweise die Geschichte des *Dresdner Studios für Stimmforschung* (Kapitel 4.3.1) gar nicht erwähnt. Dennoch ist dieses Werk eine reichhaltige Quelle in Bezug auf Namen und Werk vieler Musikermediziner vor dem Zweiten Weltkrieg. Bei den durchgeführten Recherchen zu dieser Arbeit konnten keine Musikermediziner ausfindig gemacht werden, die nicht auch von Breuer erwähnt wurden. Umgekehrt wurde nicht jeder der bei Breuer erwähnten Musikermediziner für diese Arbeit übernommen, da viele für die Institutionalisierung des Fachgebiets eine untergeordnete Rolle spielten und ihre Abhandlungen vornehmlich arbeitsmedizinischer und weniger spezifisch musikermedizinischer Natur waren<sup>49</sup>.

Während in Breuers Dissertation ein gutes Bild der Rezeptionsgeschichte bzw. des Stellenwerts der jeweiligen Werke gezeichnet wird<sup>50</sup>, war eine Einsicht in zwei der

---

<sup>48</sup> Breuer 1982.

<sup>49</sup> Die Unterscheidung von Arbeitsmedizin und Musikermedizin bezieht sich hier vor allem auf den Anspruch der jeweiligen Arbeiten – entsprechend dem Organischen Wachstumsmodell nach Clark (Clark 1968) – eine „*Definition of the Status*“ (Kapitel 1.3.1) und damit eine aktive Emanzipation des Fachs Musikermedizin von der Arbeitsmedizin herbeizuführen.

Die einzige Ausnahme in dieser Arbeit bildet aufgrund der historischen Ausnahmestellung (es handelt sich um die früheste Publikation überhaupt, in der auch Erkrankungen der Musiker behandelt werden) Bernardino Ramazzini mit seiner Arbeit „*De morbis artificum diatraba*“ (Ramazzini 1978) in Kapitel 4.1.

<sup>50</sup> Schenk 2004, S. 169. Fußnote 3.

drei großen musikermedizinischen Monographien<sup>51</sup> vor dem Zweiten Weltkrieg nicht möglich. So war weder das Werk *Ärztlicher Ratgeber für Musiktreibende* von Karl Sundelin (1831) noch das Werk *Berufskrankheiten des Musikers* von Julius Flesch (1925) in für den Autor zugänglichen Bibliotheken einsehbar. Bei diesen Werken wurde daher vor allem mit Rezensionen und Sekundärliteratur gearbeitet<sup>52</sup>. Diese Quellenart ist für das Ziel dieser Arbeit sehr gut geeignet, da die Rezeption der Werke sowie der Autoren und die damit verbundene Bedeutung für die Entwicklung des Fachgebiets im Zentrum des Interesses steht und weniger dessen konkreter Inhalt. Dennoch ist die offensichtliche Schwäche einer womöglich einseitigen Berichterstattung stets zu berücksichtigen und wird bei der Interpretation der Quellen stets beachtet.

Wie bei den drei großen Monographien stand ebenso bei Friedrich Adolf Steinhausen (1859-1910) die Rezeptionsgeschichte im Vordergrund des Interesses. Glücklicherweise liegt hier eine sehr ausführliche Einordnung im Rahmen der Arbeit von Matthias Matuschka aus dem Jahr 1987 vor, in der Steinhausens Werke in den Kontext des klavierpädagogischen Diskurses des 19. und 20. Jahrhunderts eingeordnet werden.<sup>53</sup>

Bei Kurt Singer (1885-1944), der 1944 im Konzentrationslager Theresienstadt starb, ist die Quellenlage wesentlich breiter, und es gibt ein breites Spektrum von Arbeiten über seine Arbeit und sein Leben, was vor allem mit seiner Arbeit im Jüdischen Kulturbund im Berlin der 1920er und 1930er Jahre zusammenhängt.<sup>54</sup> Aber auch die Geschichte der Musikhochschule Berlin gibt ausgiebig Auskunft über das Werk Singers.<sup>55</sup> Im Gegensatz zu den Werken von Karl Sundelin (1791-1834) und Julius Flesch (1871-1942) war außerdem die Einsicht in das musikermedizinische Hauptwerk Singer möglich: *Die Berufskrankheiten des Musikers*.<sup>56</sup>

---

<sup>51</sup> Mit den drei großen Monographien sind hier die Werke von Karl Sundelin (Sundelin 1831), Julius Flesch (Flesch 1925) sowie Kurt Singer (Singer 1926) gemeint. Als „große“ Werke dürfen sie vor allem aufgrund ihrer bis heute bedeutsamen Rezeption gelten (Spahn et al. 2015), womit sie das Fach nachhaltig beeinflusst haben (näheres in den jeweiligen Kapiteln).

<sup>52</sup> Anonym 1832, B.E. 1925, Bistron 1925.

<sup>53</sup> Matuschka 1987, S. 39-44.

<sup>54</sup> Sponheuer 1994.

<sup>55</sup> Schenk 2004.

<sup>56</sup> Singer 1926.

Insgesamt ist die Quellenlage zur Geschichte Musikermedizin vor 1945 damit heterogen. Während vor allem bei den früheren Werken (Sundelin, Steinhausen, Flesch) Rezensionen für ihre institutionalisierungsbezogene Bewertung herangezogen wurden, konnte bei Kurt Singer ausgiebig mit Originalquellen und Sekundärliteratur gearbeitet werden. Zusammenfassend ist die Quellenlage jedoch als hinreichend für das Ziel dieser Arbeit zu bewerten, die Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland nachzuvollziehen.

### 3.2 Quellenlage zur Geschichte der Musikermedizin ab 1945

Da Breuers Betrachtungen mit der Veröffentlichung von Kurt Singer enden, ist aus seiner Arbeit keine weitere Nachverfolgung der modernen Musikermedizin möglich. Vor allem die frühe Geschichte der Musikermedizin in der ehemaligen DDR ist bisher wenig beachtet worden. So findet sich in einem der modernen Standardwerke *Musik und Medizin* lediglich ein Satz zur Geschichte des *Berliner Bühnenambulatoriums* und ein weiterer zur Geschichte des *Dresdner Studios für Stimmforschung*<sup>57</sup>. Die wichtigste Arbeit für die Erkenntnisse zur Arbeit des *Berliner Bühnenambulatoriums* liefert ein veröffentlichter Vortrag von Klaus Zentek, der die Orthopädische Abteilung des Ambulatoriums von 1978 bis 1987 leitete.<sup>58</sup> Die Geschichte des *Dresdner Studios für Stimmforschung* und insbesondere die ihres Gründers Harry Schwickardi ist deutlich schwieriger nachzuvollziehen. Ähnlich wie bei Sundelin und Flesch viele Jahrzehnte zuvor müssen daher Sekundärquellen zur Rekonstruktion ausreichen.<sup>59</sup>

Im Gegensatz dazu ist die frühe Geschichte der Musikermedizin in Westdeutschland nach 1945 relativ gut dokumentiert. Dies mag vor allem an der engen Verbindung zu Christoph Wagner (1931-2013) liegen, der 1994 mit weiteren Mitstreitern die *Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin* gründete<sup>60</sup>. Aufgrund der bis in die 1980er Jahre fast ausschließlich mit ihm verbundenen Entwicklung der Musikermedizin ist die frühe Geschichte der Musikermedizin in Westdeutschland nach 1945 vor allem in Erinnerungen an Christoph Wagner und die Geschichte der *Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin* dokumentiert worden<sup>61</sup>.

---

<sup>57</sup> Spahn et al. 2015, S. 21.

<sup>58</sup> Zentek 1995.

<sup>59</sup> Klemm 2000 und Köhler 2013.

<sup>60</sup> Wohlwender 2015.

<sup>61</sup> Beispielhaft seien die in dieser Arbeit verwendeten sehr ausführlichen und persönlichen Erinnerungen von Ulrike Wohlwender (Wohlwender 2015) – die seit 1999 mit Christoph Wagner zusammenar-

Mit der Gründung des *Instituts für Experimentelle Musikpädagogik* (heute: Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin) in Hannover im Jahr 1974 unter der Hochschulpräsidentschaft von Richard Jakoby (1929-2017) beginnt die expansive Phase der Musikermedizin in Deutschland, die mit der Zwischenetappe der bereits erwähnten *Gründung der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin* im Jahr 1994<sup>62</sup> hin zu einer Vielfalt an Musikermedizinischen Instituten in Deutschland führt, die aufgrund der Heterogenität bezüglich Organisationsform und Tätigkeitsbereich schwer zu überblicken ist. Da der Begriff *Musikermedizin* bis heute keine eigenständige Zusatzbezeichnung ist und damit auch nicht in irgendeiner Form rechtlich geschützt ist, kann prinzipiell jeder musikinteressierte Mediziner sich als Musikermediziner bezeichnen. Diese Arbeit beschränkt sich jedoch auf die von offizieller Seite aufgeführten Institute und Einrichtungen und nimmt dafür die Schnittmenge der Auflistungen der *Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin* sowie der *Deutschen Orchestervereinigung* als Grundlage. Daraus ergeben sich folgende in dieser Arbeit besprochene Einrichtungen für Musikermedizin in Deutschland (alphabetische Reihenfolge der Städte; der oder die Träger jeweils in Klammern):

- Kurt-Singer-Institut für Musikphysiologie und Musikergesundheit **Berlin** (Hochschule für Musik Hanns Eisler sowie Universität der Künste Berlin) mit dem angegliederten Berliner Centrum für Musikermedizin (Charité Berlin)
- Institut für Musikermedizin **Dresden** (Hochschule für Musik Dresden), inklusive dem Dresdner Studio für Stimmforschung
- Interdisziplinäre Ambulanz für Musikermedizin **Düsseldorf** (Universitätsklinikum Düsseldorf)
- **Freiburger** Institut für Musikermedizin (Hochschule für Musik Freiburg und Medizinische Fakultät der Universität Freiburg)
- Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin **Hannover** (Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover)

---

beitete –, der offizielle Nachruf der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin von 2013 (Schuppert et. al 2013) sowie die etwas allgemeinere Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin von Jochen Blum (Blum 2014) genannt.

<sup>62</sup> Blum 2014.

- Peter-Ostwald-Institut für Musikergesundheit **Köln** (Hochschule für Musik und Tanz Köln)
- Ambulanz für Musikermedizin **München** (Klinikum rechts der Isar, TU München)
- Musikerambulanz **Münster** (Universitätsklinikum Münster)
- Abteilung Musikermedizin und Musikphysiologie am Institut für Musiktheorie **Weimar** (Hochschule für Musik Weimar)
- Fachbereich Musik und Gesundheit **Würzburg** (Hochschule für Musik Würzburg)

Neben diesen 10 Instituten gibt es noch weitere Einrichtungen, in denen eine Auseinandersetzung mit Teilbereichen der Musikermedizin stattfindet (beispielsweise in der *Sonnebergklinik Stuttgart* in der Abteilung *Psychotherapie bei Musikern*). Da diese jedoch oft noch vergleichsweise jung sind und für die Gesamtbewertung des Standes der Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen, werden sie zum Zwecke der Übersichtlichkeit dieser Arbeit nicht näher behandelt.

Unter den oben aufgeführten 10 Instituten gibt es deutliche Unterschiede, was die Präsentation ihrer jeweiligen Historie in öffentlich zugänglichen Quellen (Internetseiten, Jahrbücher, Vorlesungsverzeichnisse) anbelangt. Um diese Darstellung zu vereinheitlichen und eine Vergleichbarkeit zu erzielen, die am Ende eine kohärente Darstellung der Institutionalisierungsgeschichte des Faches Musikermedizin ermöglicht, wurde im Juni 2020 ein standardisierter Fragebogen an die aktuellen Direktoren der 10 Institute versendet, mit den Optionen, diesen klassisch als Word-Dokument oder über eine Online-Umfrage zu beantworten. Der vollständige Fragebogen sowie die beantworteten Bögen der teilnehmenden Institutsleiter befinden sich im Anhang und hat zum einen das Ziel, objektive Informationen zur Geschichte des jeweiligen Instituts zu sammeln (Jahr der Gründung, bisherige Leiter etc.) sowie auch eine Gesamteinschätzung der Verantwortlichen zu erhalten. Schließlich bildet die Gesamtheit der Institutsleiter die Spitze der deutschen Musikermedizin, wodurch in der Summe ein Gesamtbild der Musikermedizin in Deutschland nachgezeichnet werden kann.

Leider haben auch nach mehreren Monaten nur wenige Institute auf die Zusendung der Fragebögen reagiert. Den zugeschickten Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet haben lediglich die Institute in Dresden und Weimar. Die darin enthaltenen Antworten der Institutsleiter sind in den entsprechenden Kapiteln eingearbeitet. Eine Auswahl von Veröffentlichungen zum Thema der eigenen Institutsgeschichte hat das Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin in Hannover zugeschickt. Das Freiburger Institut für Musikermedizin verwies in einer knappen Rückmeldung auf das Lehrbuch Musikermedizin.<sup>63</sup> Das Peter-Ostwald-Institut in Köln bot eine telefonische Besprechung des Fragebogens an. Die übrigen 5 Institute antworten nicht auf die Anfrage, den zugesendeten einseitigen Fragebogen auszufüllen. Es ergibt sich daraus eine Rückmeldequote von lediglich 50%. Ein Grund, der von einigen Instituten angeführt wurde, die den Fragebogen nicht ausfüllen konnten, sondern lediglich anderweitige Quellen zusandten oder zitierten, waren die zur Zeit der Anfrage noch zu spürenden Auswirkungen der SARS-CoV2-Pandemie, die sich in der Musikermedizin - wie in der gesamten medizinischen Versorgung - durch ein hohes Maß an durch die Beschränkung nachzuholenden Konsultationen auszeichneten.

---

<sup>63</sup> Spahn et al. 2011.

#### 4. Musikermedizin und Musiktherapie – eine Begriffsbestimmung

Da der Begriff *Musikermedizin* in der Öffentlichkeit oft mit der geläufigeren, aber klar zu differenzierenden *Musiktherapie* gleichgesetzt wird, soll an dieser Stelle eine Abgrenzung der beiden Begriffe voneinander und damit auch eine Definition des Begriffs *Musikermedizin* erfolgen.

Die Musikermedizin „umfasst als (*medizinisches*) Fachgebiet die Prävention, Diagnostik und Therapie von gesundheitlichen Schwierigkeiten, die durch Musizieren entstehen können oder entstanden sind oder sich auf das Musizieren auswirken“.<sup>64</sup> Das breite Spektrum aus Prävention, Diagnostik und Therapie steht dem - begrifflich immanenten - therapeutischen Grundsatz der Musiktherapie gegenüber und sollte daher deutlich abgegrenzt werden.

Bis ins Zeitalter der Aufklärung im frühen 18. Jahrhundert bestand die Aufgabe der Musik in der Erfüllung einer oder mehrerer Funktionen. Musik fungierte in jener Zeit zum Beispiel als Überbringerin mythischer oder religiöser Botschaften oder als heilvolles Mittel für Körper und Seele.<sup>65</sup> Platon beispielsweise sah Musizieren als Basis für eine gesunde körperliche und geistige Entwicklung an.<sup>66</sup> Spätestens mit der Aufklärung und der zunehmenden Emanzipation des Bürgertums wurde die Musik um die Wende vom 17. zum 18. Jahrhundert in erster Linie zum Selbstzweck und zum „Genussmittel“.<sup>67</sup> Doch erst im 20. Jahrhundert wurde durch die Musiktherapie die heilende, unmittelbare Funktion von Musik erneut entdeckt. Dementsprechend ist die Musiktherapie eigentlich eine Wiederentdeckung ursprünglicher Funktionen von Musik.

Während die Musiktherapie jedoch gerade durch die Verselbstständigung von Musik als Selbstzweck und Genuss nach dem Ende des 17. Jahrhunderts in Vergessenheit geriet, war diese Entwicklung von grundlegender Bedeutung für die Musikermedizin. Durch die so geschaffene Etablierung eines geschäftsmäßigen Kulturbetriebs wurde erst die Grundlage für das Berufsbild des professionellen Musikers geschaffen. Ohne

---

<sup>64</sup> Spahn et al. 2015, S. 20.

<sup>65</sup> Bernatzky und Hesse 2013.

<sup>66</sup> Platon 1998.

<sup>67</sup> Spahn et al. 2015, S. 18.

diese Spezialisierung und Intensivierung des Musikerberufes wären die meisten modernen Krankheitsbilder unbekannt, die heute der Musikermedizin zugeordnet werden.<sup>68</sup>

Neben einer grundsätzlich verschiedenen Herkunft der beiden Gebiete – die Musiktherapie kulturgeschichtlich rituell inspiriert und die Musikermedizin aus der Notwendigkeit der Professionalisierung heraus entstanden – liegen also auch die Zeitspannen, in denen die Fachgebiete gewachsen sind, konträr zueinander. Während die Musiktherapie eine sehr lange Tradition hat, aber zwischen Aufklärung und dem Ende des Zweiten Weltkriegs nahezu in Vergessenheit geriet, war es vor allem das 19. und frühe 20. Jahrhundert, in dem in Deutschland erste Monographien zur Musikermedizin erschienen<sup>69</sup>.

Schließlich unterscheidet sich auch die heutige Fachzuordnung der Musiktherapie von derjenigen der Musikermedizin. Da die moderne Medizin weitgehend somatisch orientiert ist, wird die Musikermedizin mit ihren oft diagnostizierbaren Beschwerden eher jenem somatischen Zweig der Medizin zugeordnet – was eine Überlappung in psychosomatische Bereiche keinesfalls ausschließen soll. Die Musiktherapie dagegen ist wie bereits erwähnt eine „eigenständige Heilmethode im Bereich der Psychologie und Psychotherapie“.<sup>70</sup>

Aus der Synopse dieser Unterschiede wird verständlich, dass diese Arbeit nicht beide Gebiete umfassen kann. Musiktherapie und Musikermedizin sind zwei aus verschiedenen Wurzeln erwachsene Gebiete mit unterschiedlichen Funktionen, Methoden und Konzepten. Daher beschränkt sich diese Arbeit auf die Institutionalisierung der Musikermedizin und lässt die Musiktherapie, wenngleich auch deren Entwicklung sehr interessant und vielschichtig ist, unberücksichtigt.

---

<sup>68</sup> Spahn et al. 2015, S. 18-19.

<sup>69</sup> Hiermit sind die Monographien von Karl Sundelin (Sundelin 1831), Julius Flesch (Flesch 1925) und Kurt Singer (Singer 1926) gemeint.

<sup>70</sup> Spahn et al. 2015, S. 19.

## 5. Musikermedizin in Deutschland

Die ersten Ursprünge der Musikermedizin in Deutschland reichen zurück bis ins Jahr 1718 in Form einer deutschen Übersetzung der arbeitsmedizinischen Abhandlung von Bernardino Ramazzini (1633-1714).<sup>71</sup> Die ersten systematischen Monographien entstammen dem 19. und frühen 20. Jahrhundert und wurden von Karl Sundelin (1831), Julius Flesch (1925) und Kurt Singer (1926) verfasst.

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg erlebte die Musikermedizin in Deutschland eine Renaissance, die in Westdeutschland durch die Arbeiten von Christoph Wagner, zunächst ab 1964 in Dortmund und ab 1974 in Hannover, wesentlich angetrieben wurde.<sup>72</sup> In der DDR wurde bereits ab 1959 im Studio für Stimmforschung in Dresden und ab 1975 auch im Berliner Bühnenambulatorium aktiv Musikermedizin betrieben.<sup>73</sup>

Bis zur Gründung der *Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin* im Jahre 1994 gab es wenig nennenswerte Entwicklungen, weder in Westdeutschland noch in der damaligen DDR.<sup>74</sup> Seitdem wurden diverse Institute und andere private und öffentliche Einrichtungen gegründet, die sich mit der musikphysiologischen Forschung und musikermedizinischen Betreuung von Instrumentalisten und Sängern beschäftigen (siehe auch Kapitel 5.5).

### 5.1 Musikermedizin in Deutschland vor 1831

Ein Werk aus dem Jahr 1718 sei an dieser Stelle der Vollständigkeit wegen erwähnt. Es handelt sich um das Werk *De morbis artificum diatriba* von Bernardino Ramazzini, das im Original im Jahre 1700 veröffentlicht wurde<sup>75</sup> und als deutsche Übersetzung unter dem Titel *Gelehrte Abhandlung über die Krankheiten der Künstler und Handwerker* 1718 publiziert wurde.<sup>76</sup>

---

<sup>71</sup> Ramazzini 1978.

<sup>72</sup> Wohlwender 2015.

<sup>73</sup> Blum 2014.

<sup>74</sup> Spahn et al. 2015, S. 20.

<sup>75</sup> Franco und Franco 2001.

<sup>76</sup> Ramazzini 1978.

Bernardino Ramazzini gilt als einer der Begründer der modernen Arbeitsmedizin, der das Wissen über die Erkrankungen von Arbeitern systematisierte und durch wissenschaftliche Methoden neue Erkenntnisse gewann. Sein Werk *De morbis artificum* gilt als sein Hauptwerk und brachte ihm den Titel eines Begründers der Arbeitsmedizin ein.<sup>77</sup>

Das Werk sollte allerdings im hier aufgeführten Kontext nicht missverstanden werden, da die *Künstler* zwar im deutschen Titel vorkommen, es sich jedoch um eine eher freie Übersetzung des Wortes *artificum* handelt, das so viel bedeutet wie „Geschicklichkeit“, „Kunstherrlichkeit“ oder gar „Gewerbe“ und damit allgemein auf jegliches Handwerk angewendet werden kann.<sup>78</sup> *De morbis artificum* ist damit eher als eine allgemeine arbeitsmedizinische Abhandlung zu verstehen denn als eine speziell musikermedizinische Monographie.

Dennoch ist die arbeitsmedizinische Pionierleistung, die Ramazzini in diesem Werk vollbringt, nicht zu unterschätzen. So arbeitet er Kapitel für Kapitel viele damals übliche Berufe und die damit verbundenen Krankheiten ab. Dabei folgt auf eine Beschreibung des Arbeitsplatzes eine Analyse der Arbeitsplatzrisiken und der damit verbundenen Erkrankungen, um am Ende jedes Kapitels Rat zu geben, was bei den Erkrankungen zu unternehmen ist bzw. wie diese vorgebeugt werden können (Rom 1983).

## **5.2 Musikermedizin in Deutschland 1831 – 1945**

Die zeitliche Aufteilung der Epochen in eine Zeit vor und eine Zeit nach 1945 ist bei vielen historischen Themenstellungen sinnvoll und eignet sich aus zwei Gründen auch für die Darstellung einer Geschichte der Musikermedizin. Der offensichtliche und sicher wichtige Punkt ist der Zweite Weltkrieg mit all seinen Gräueltaten, durch welche die kulturelle Vielfalt und damit auch weite Teile der Musikausübung zum Erliegen kamen. Zum anderen bietet sich diese Einteilung aber auch pragmatisch deshalb an, weil die Leistungen der Musikermedizin in Deutschland vor 1945 sehr begrenzt, um nicht zu sagen fast gar nicht existent waren. Selbst nach 1945 dauerte es noch knapp 20 Jahre, ehe 1964 die ersten systematischen

---

<sup>77</sup> Rom 1983.

<sup>78</sup> Stowasser et al. 1993, S. 49.

Beschäftigungen mit Musikermedizin in Deutschland ihre Anfänge nahmen. Die Beiträge zur Musikermedizin vor 1945 lassen sich im Wesentlichen durch drei Monographien und mehrere kleinere Arbeiten zusammenfassen.

### 5.2.1 Karl Sundelin (1791-1834)

*Karl Sundelin: Ärztlicher Rathgeber für Musiktreibende. Nach Angaben des Königlich Preussischen pensionierten Kammermusikus August Sundelin.*<sup>79</sup> Dieses Werk kann, soweit dem Stand der heutigen Forschung entsprechend, als erster Beitrag zur deutschen Musikermedizin überhaupt angesehen werden. Leider scheint das Buch selbst verschollen zu sein, zumindest ist in den heute zugänglichen öffentlichen Bibliotheken kein Exemplar auffindbar. Aufschluss über genauen Titel und Inhalt gibt immerhin eine anonyme Rezension in der Allgemeinen Musikalischen Zeitung Nr. 45 vom 7. November 1832.

Bereits aufgrund des Titels lässt sich erahnen, dass Karl Sundelin sich nicht bereits während seines gesamten Lebens als Arzt mit der Musikermedizin beschäftigt zu haben scheint, sondern vor allem die Erfahrungen des preußischen Kammermusikers *August Sundelin* zusammenfasst, der laut der Titelangabe praktizierender Musiker gewesen war. Die These, dass es sich bei dieser Arbeit allein schon von der Anlage her nicht um das Werk eines Spezialisten handeln kann, wird weiterhin durch die sonstigen Publikationen von Karl Sundelin gestützt, die sich zwar mit zahlreichen Gebieten der Medizin befassen, nicht mehr jedoch mit der Musikermedizin.<sup>80</sup>

Aufgrund der detaillierten Seitenangaben in der Rezension können wir erahnen, dass dieses Buch circa 50 bis 60 Seiten umfasst haben muss, was für den Stand der damaligen Forschung zur Musikermedizin zunächst beachtlich scheint. Die konkreten Empfehlungen sind jedoch eher allgemeiner Natur und beziehen sich auf "diätetische und ärztliche Vorschriften für allerley Musiktreibende. Angehängen sind einige Recepte, z.B. bey Brustkatarrhen; bey Husten und Heiserkeit; bey dem Skorbut; ein gutes Zahnpulver und zu Bestreichen der aufgesprungenen Lippen."<sup>81</sup> Es handelt sich mutmaßlich also eher um allgemeine Gesundheitsanweisungen. Dennoch mag es sein, dass jene Probleme aufgrund der Lebensumstände den Musikern durchaus

---

<sup>79</sup> Sundelin 1831.

<sup>80</sup> Oken 1828.

<sup>81</sup> Anonym 1832, S. 743.

bekannt und diese im Vergleich zur Normalbevölkerung besonders betroffen waren - was durch die ursprüngliche Herkunft der Hinweise von Seiten eines praktizierenden Musikers durchaus wahrscheinlich erscheint. Ohne die Primärquelle kann zuletzt nicht sicher gesagt werden, wie genau innerhalb der jeweiligen Krankheitsbilder auf die Situation der Musiker eingegangen wird.

Wichtiger als der konkrete Inhalt ist jedoch überhaupt, welche beiden Gebiete Sundelin abzudecken scheint. So schreibt der Rezensent zum einen: "Das Büchlein soll die Nachtheile [des Musizierens] vermeiden lehren und zweckmäßige Maassregeln an die Hand geben."<sup>82</sup> Und weiter: „Dabey wird nicht geleugnet, dass die Uebung der Musik der Gesundheit in manigfacher Hinsicht sogar förderlich werden kann.“<sup>83</sup> Wir wissen zwar nicht, ob diese klare Struktur von Karl Sundelin intendiert war, jedoch wird hier bereits um 1830 eine Dualität aufgegriffen, die rund 150 Jahre später wieder zum Grundzug der Musikermedizin werden sollte: Die Musikermedizin hat nicht nur das Ziel, Fehlfunktion zu diagnostizieren und zu therapieren, sondern ist in ihrer modernen Form geradezu aus der Erforschung der physiologischen, dem Körper tauglichen Prozesse entstanden. Damit steht nicht zuletzt die Gründung des *Instituts für Experimentelle Musikpädagogik* durch Christoph Wagner 1974 in diesem traditionellen Verständnis der fördernden Kraft der musikalischen Betätigung sowie der Prophylaxe der durch sie verursachten Schäden. Auch wenn also über das Buch an sich nicht viel bekannt ist und die Musikermedizin nach diesem singulären Beitrag wieder für fast 100 Jahre im Schweigen versank, kann doch festgestellt werden, dass Karl Sundelin die erste umfassende deutschsprachige Monographie zur Musikermedizin verfasst sowie eine der grundlegenden Ideen der Musikermedizin gefestigt hat.

### 5.2.2 Friedrich Adolf Steinhausen (1859 – 1910)

Diverse Monographien zur Musikphysiologie und Musikermedizin (ca. 1899-1905)<sup>84</sup>

- Studien über Schultergelenkbewegungen (1899), in: *Archiv für Anatomie und Physiologie*, Leipzig

---

<sup>82</sup> Ebd., S. 743.

<sup>83</sup> Ebd., S. 743.

<sup>84</sup> Die Arbeiten sind an dieser Stelle aufgelistet, da sie zum einen an keiner anderen Stelle der Arbeit mehr zitiert werden und hier in Analogie zu den Kapiteln über *Sundelin*, *Flesch* und *Singer* eine Übersicht der musikermedizinischen Arbeit des Autors geben sollen. Zum anderen wird in diesem Kapitel direkt Bezug auf sie genommen, was die Lesbarkeit erleichtern soll.

- Die Physiologie der Bogenführung auf den Streich-Instrumenten (1903), Breitkopf und Härtel, Leipzig
- Die Gesetze der Bogenführung auf den Streichinstrumenten (1903), in: Die Musik, Jahrgang 3.4 (Band 12), Schuster & Löffler (Berlin und Leipzig), S. 350–354
- Die physiologischen Fehler und die Umgestaltung der Klaviertechnik (1905), Breitkopf & Härtel (Leipzig)
- Über Zitterbewegungen in der instrumentalen Technik (1905), in: Der Klavierlehrer, Jahrgang 28 (Nr. 11), S. 167–169

Die Arbeiten von Friedrich Adolf Steinhausen, Preußischer Armeearzt und Violinist, stehen in diametralem Gegensatz zu derjenigen von Karl Sundelin. Zum einen liegen natürlich mehr als 50 Jahre zwischen den beiden Medizinern, und die Umstände ihrer Arbeiten waren daher – sowohl was die Wissenschaft im Allgemeinen als auch die Medizin im Speziellen anbelangt – nicht direkt miteinander vergleichbar. Zum anderen muss man bei Steinhausen jedoch anerkennen, mit welcher bis dahin unüblichen Regelmäßigkeit er vor allem um die Wende zum 20. Jahrhundert Publikationen zur Musikermedizin veröffentlichte. Weshalb der Schwerpunkt seiner diesbezüglichen Arbeiten so spät in seinem Leben liegt und in zirka sechs Jahren akkumuliert, lässt sich retrospektiv nur mutmaßen. Man kann vermuten, dass die Ausübung seines Berufes ihm nicht genügend Zeit ließ und er erst nach der Pensionierung Muße fand, sich intensiv mit seiner ursprünglichen Freizeitbeschäftigung auseinanderzusetzen. Dieses Motiv setzte sich noch viele Jahre in der Musikermedizin fort und erscheint als typisch für die noch fehlende Institutionalisierung des Faches zu dieser Zeit.

Der Schwerpunkt der Arbeit von Steinhausen lag zumeist auf den Streichinstrumenten sowie dem Klavier und gibt damit aus heutiger Sicht ein nur kleines Spektrum der Musikermedizin wieder. Interessanterweise war jedoch exakt das Klavierspiel auch die Domäne, in der sich Christoph Wagner 60 Jahre später hervortat.<sup>85</sup> Diese Parallele hat zwar wahrscheinlich mehr mit der allgemeinen musikalischen Ausbildung zu tun – zu der das Klavier eben bei jedem Instrumentalisten anfangs mehr oder weniger gehört –, ist jedoch sicher auch den vergleichsweise guten Forschungsbedingun-

---

<sup>85</sup> Wohlwender 2015.

gen geschuldet, die das Klavier bietet (siehe Kapitel 5.4.2). Der Wert des Werks von Steinhausen liegt jedoch weniger in den konkreten Erkenntnissen, die er gewonnen hat, als vielmehr in der Systematik und Breite seiner Arbeit. Seine Arbeit beeinflusste Klavierpädagogen der folgenden Generationen<sup>86</sup> und entspricht damit dem pädagogisch motivierten Ausgangspunkt, den Jahrzehnte später auch das erste musikermedizinische Institut Deutschlands im Namen tragen sollte - *Institut für Experimentelle Musikpädagogik*, gegründet 1974 in Hannover. Er strebte damit wie auch dessen Begründer Christoph Wagner danach, durch physiologische Erkenntnisse ein effektiveres und gesünderes Üben zu ermöglichen.

Interessant ist ferner die Verschiebung des Schwerpunkts seiner Arbeit. Betrachtet man die oben genannten Arbeiten, so fällt auf, dass die Jahre 1899 bis 1903 vornehmlich von musikphysiologischer Forschung geprägt waren, während ab 1905 auch klinische Fragestellungen (beispielsweise „Zitterbewegungen“) eine Rolle spielten. Gewissermaßen im Miniaturformat und bei nur einer Persönlichkeit sieht man hier die Bewegung, welche die Musikermedizin zwischen 1974 und 1994 vollziehen sollte. So wurde das anfangs *Institut für Experimentelle Musikpädagogik*“ (ab 1974) genannte Institut in Hannover über *Institut für Musikphysiologie* (1984-1994) bis hin zum *Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin* (seit 1994).<sup>87</sup>

### 5.2.3 Julius Flesch (1871 – 1942)

*Berufskrankheiten des Musikers – ein Leitfaden der Berufsberatung für Musiker, Musikpädagogen, Ärzte und Eltern* (1925).<sup>88</sup>

Julius Flesch war Praktischer Arzt in Wien, war 20 Jahre lang Assistent an der Wiener Poliklinik und wurde durch seinen jüngeren Bruder, den an der Musikhochschule Berlin lehrenden Geiger Carl Flesch (1873-1944), nach eigener Aussage überhaupt erst dazu angeregt, sich intensiver mit der Musikermedizin zu befassen.<sup>89</sup> An dieser Stelle zeigt sich also eine Parallele zu Sundelin (und ein Kontrast zu Steinhausen), bei dem die Motivation zur Verfassung seines musikermedizinischen Hauptwerks

---

<sup>86</sup> Matuschka 1987.

<sup>87</sup> Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin Hannover 2015.

<sup>88</sup> Mit der Originalausgabe von Julius Flesch Hauptwerk verhält sich die Quellenlage leider ähnlich wie bei Karl Sundelin. Das Original ist in öffentlichen Bibliotheken zum aktuellen Zeitpunkt nicht zugänglich. Aber genauso wie bei Sundelin bekommt man durch Rezensionen ein gutes Bild von Inhalt und Rezeption des Werkes.

<sup>89</sup> Altenmüller und Klöppel 2015.

ebenfalls extrinsischer Natur war. Wie wir noch sehen werden, ist dieses Motiv scheinbar vor allem den Anfängen der Musikermedizin zuzuschreiben, da Musikermediziner in der Nachkriegszeit zumeist einen intensiven persönlichen Bezug zur Musik hatten und sich nicht selten auch beruflich oder zumindest semiprofessionell in der Musikszene etablierten. Beispielhaft sei hier Christoph Wagner genannt, der wie viele andere Musikermediziner der Moderne sowohl Medizin als auch Musik studierte.<sup>90</sup>

Das Hauptwerk – nach heutigem Wissensstand auch der scheinbar einzige größere Beitrag von Julius Flesch zur Musikermedizin – *Berufskrankheiten des Musikers – ein Leitfaden der Berufsberatung für Musiker, Musikpädagogen, Ärzte und Eltern* aus dem Jahre 1925 war bereits zu Flesch Lebzeiten das Werk, mit dem sein Name in der Öffentlichkeit am meisten verbunden wurde. In einer Laudatio zu seinem 60. Geburtstag hieß es: „Der emeritierte Assistent der Wiener Poliklinik Dr. Julius Flesch, der Begründer der Seminarfortbildung des Wiener medizinischen Dokorenkollegiums, feiert am 1. Dezember [1931] seinen 60. Geburtstag. Aus diesem Anlass sind dem hochverdienten Jubilar zahlreiche Ehrungen zugedacht. Dr. Flesch ist der Verfasser des viel beachteten Werkes *Berufskrankheiten des Musikers*“.<sup>91</sup> Es scheint also auch noch einige Jahre nach Erscheinen des Buches erwähnenswert, dass Julius Flesch Autor dieses Buches ist, woraus auf eine gewisse Anerkennung des Werkes geschlossen werden kann. Julius Flesch starb 1942 im NS-Vernichtungslager in Maly Trostinec (Weissrussland).<sup>92</sup>

Inhaltlich deckte Flesch nach Angabe des Rezensenten im *Neuen Wiener Journal* vom 15. Mai 1925 ein breites Spektrum ab: „Er erzählt von Erkennungszeichen von Berufsmusikern, von ‚koordinatorischen Beschäftigungsneurosen‘, Veränderungen an Sehnen, Muskeln, Gelenken, Haut und Knochen, von Störungen des Sehens und Hörens, krankhaften Erscheinungen an Herz und Lunge – kurz und gut, man lernt erkennen, dass der Musiker genauso seinen Gefahren ausgesetzt ist wie ein Typograph, Lokomotivführer, Hochseeoffizier, Bergarbeiter und was der lebensgefährlichen Berufe noch mehr sind.“<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> Wohlwender 2015.

<sup>91</sup> Van Swieten Blog, 2017.

<sup>92</sup> Siehe den Eintrag im *Van Swieten Blog* der Universitätsbibliothek der Medizinischen Universität Wien: <https://ub.meduniwien.ac.at/blog/?tag=flesch-julius> [Stand: 11.10.2020].

<sup>93</sup> Bistron 1925.

Auch wenn dies nicht die Worte von Julius Flesch, sondern diejenigen des Rezensenten sind, ist doch erkennbar, worum es sich hier handelt: eine arbeitsmedizinische Erfassung der Berufsrisiken von Musikern. Dieser dezidiert systematisierende arbeitsmedizinische Ansatz ist zwar im Vergleich zu den Arbeiten von Sundelin und Steinhausen neu, jedoch in Bezug auf Ramazzini eher eine Wiederentdeckung und wird auch Ausgangspunkt der Renaissance der Musikermedizin nach dem Zweiten Weltkrieg in Form der Arbeiten Christoph Wagners sein. Weiterhin findet man zum ersten Mal eine Verschriftlichung des Spektrums, das die Musikermedizin abzudecken vermag. In moderner Sprache ist von Innerer Medizin über Orthopädie bis hin zu Ophthalmologie und HNO-Heilkunde alles enthalten, was auch heute noch die Vielfalt der Musikermedizin auszeichnet.<sup>94</sup>

Ein wichtiges und zentrales Gebiet, das in der Aufzählung nicht enthalten ist, scheint jedoch dem Nervenarzt Flesch ein besonderes Anliegen gewesen zu sein. In der angesprochenen Rezension sowie in dem Artikel *Der nervöse Sänger* (B.E. 1925) wird ausführlich über die seelischen Erkrankungen gesprochen: „Am Interessantesten ist das Buch von Dr. Flesch dort, wo er von den seelischen Erkrankungen des Musikers spricht.“ Es folgen zahlreiche Aufzählungen berühmter Persönlichkeiten (Ludwig van Beethoven, Niccolò Paganini, Peter Tschaikowsky), die allesamt an mehr oder weniger ausgeprägten und belegten seelischen Störungen gelitten haben sollen. Orientiert man sich an der Rezension, so hat scheinbar die Präsentation prominenter Fallberichte einen großen Teil des Buches gefüllt und würde sicher auch dessen vergleichsweise große Popularität erklären. Zu der Darstellung in Form von diversen Fallberichten passen auch die einleitenden Worte des Rezensenten: „Für jede musikalische Spezialbeschäftigung weiß der Autor eine ganze Reihe von Erkrankungsmöglichkeiten und erwähnt eine Anzahl wirklich interessanter Fälle aus der Praxis.“<sup>95</sup>

Zusammenfassend zeichnet die Rezension, die hier leider als Quelle der Erkenntnis hier genügen muss, das Bild einer umfassenden Beschreibung der beruflichen Leiden eines Musikers mit einem Schwerpunkt auf der Psychosomatik, dargestellt in Form historischer Fallberichte.

---

<sup>94</sup> Biströn 1925.

<sup>95</sup> Loc. cit.

Einschränkung erfährt die Rolle von Flesch als arbeitsmedizinischem Pionier in seinen aus heutiger Perspektive mindestens fragwürdigen Ansichten, die in der bereits angesprochenen Rezension *Der nervöse Sänger* vom 30. Juli 1925 wiedergegeben werden. Der Übersichtlichkeit wegen seien die wesentlichen Aussagen hier zusammengestellt:

- „Man kann auch nicht von einem Sänger sagen, dass die berufliche Ausübung sein Stimmorgan schädige und besonders empfindlich mache. Im Gegenteil: gerade die energische Betätigung der Stimme, das Training, erhält sie leistungsfähig und gesund.“
- „Der Sänger verliert seine vorzügliche Gesangsfähigkeit nicht, weil er nervös geworden ist, sondern er wird nervös, weil er die Stimme verliert.“
- „Sänger verlieren nicht infolge von Überanstrengung die Stimme, sondern gerade umgekehrt: weil das Organ nicht intakt ist, entsteht das Gefühl der Überanstrengung.“<sup>96</sup>

Insgesamt wird ein Bild gezeichnet, das den optimalen Sänger als einen stets die Kraft und Ausdauer seiner Stimme trainierenden Musiker darstellt und sein Scheitern und die damit verbundenen psychischen Probleme lediglich als Folge eines Fehlens jener Kraft interpretiert. Man muss Vorsicht walten lassen, da es sich um die Worte des Rezensenten und nicht um die die Arbeit von Flesch handelt. Die Eindeutigkeit und Redundanz der Formulierungen legen jedoch nahe, dass Flesch in eine ähnliche Richtung argumentiert haben dürfte.

Aus heutiger Perspektive ist dieser Umstand vor allem deshalb interessant, weil er zeigt, wie psychische Leiden bei Musikern damals interpretiert wurden. Sie waren entweder Folge mangelnder körperlicher Konstitution oder aber Ausgangspunkt des Genies, wie ein Zitat aus der oben besprochenen Rezension zeigt: „Es scheint aber gerade dieses wogende Innenleben und schwankende Gemüt der fruchtbarste Boden für schöpferische Meisterleistungen zu sein.“<sup>97</sup> Die Sensibilisierung für psychische Störungen im Musikbetrieb sollte also noch einige Jahre auf sich warten lassen.

---

<sup>96</sup> Alle drei Zitate: B.E. 1925.

<sup>97</sup> Biströn 1925.

Trotz der Mängel kann man die Arbeit von Julius Flesch in ihrer Bedeutung kaum überschätzen, hat er sich doch als erster moderner Musikermediziner aus einer arbeitsmedizinischen Perspektive in systematisch-monographischer Form mit der Musikermedizin beschäftigt. Er ist vor allem einer der ersten Mediziner, die gerade wegen ihrer Arbeit auf dem Bereich der Musikermedizin Bekanntheit erlangten. Noch heute ist dem Wiener Arzt ein Denkmal in Form eines Instituts gesetzt – bei dem es sich bei genauerem Hinsehen jedoch um eine privat betriebene Praxis des Münchner Orthopäden Prof. Dr. Albrecht Lahme handelt: das Julius-Flesch-Institut für Musikergesundheit und Musikermedizin in Salzburg und München EISAM.<sup>98</sup> Julius Flesch starb wie bereits erwähnt 1942 im nationalsozialistischen Vernichtungslager Maly Trostinec in Weißrussland.<sup>99</sup>

#### **5.2.4 Kurt Singer (1885 – 1944)**

*Die Berufskrankheiten der Musiker. Systematische Darstellung ihrer Ursachen, Symptome und Behandlungsmethoden.* (1926)

Rückblickend kann man nicht mehr feststellen, ob sich Julius Flesch und Kurt Singer kannten. Der Bruder von Julius Flesch, Carl Flesch, war ein an der Hochschule für Musik in Berlin lehrender Violinist und zur gleichen Zeit dort tätig wie Kurt Singer.<sup>100</sup> Daher kann man auch nicht mehr sicher nachvollziehen, ob es sich bei der Veröffentlichung der zwei bedeutendsten Werke der Musikermedizin in der Vorkriegszeit innerhalb von nur zwei Jahren um eine mehr oder weniger zufällige Fügung der damals günstigen Umstände gehandelt haben mag, oder ob einer der Autoren vom jeweils anderen inspiriert wurde. Ein direktes Aufeinandertreffen oder gar eine schriftliche Korrespondenz sind indessen nicht überliefert.

Während Julius Flesch in Wien eine prägende Persönlichkeit des Stadtlebens gewesen war (siehe auch die Laudatio zu dessen 60. Geburtstag), war Kurt Singer dies für die Kulturszene in Berlin in den 1910er und 1920er Jahren. Bernd Sponheuer, der sich intensiv mit der *Musik als Überlebensmittel im jüdischen Kulturbund 1933-1941*<sup>101</sup> und damit mit der Kulturszene in dieser Zeit auseinandergesetzt hat, fasst die Erscheinung Kurt Singers so zusammen: „Zweifellos ein Mann von großem fach-

---

<sup>98</sup> Siehe <https://www.orthopaedie-lahme.de/eisam/> [Stand: 14.6.2020].

<sup>99</sup> Barton 2015, S. 65 und S. 258.

<sup>100</sup> Schenk 2004, S.169-170.

<sup>101</sup> Sponheuer 1994.

lichen Können und rhetorischem Charisma, das zu apodiktischem Pathos tendierte, dazu ein energischer, realitätsbewusster Organisator, verkörperte Singer den Typus des soziokulturell erfolgreichen, emanzipierten deutschen Juden, der tief [...] in der idealistischen Kunstanschauung des deutschen Bildungsbürgertums verwurzelt war.“<sup>102</sup> Dieses Bild bestätigt sich beim Blick auf Singers Lebenslauf.

Kurt Singer wurde 1885 in Westpreußen geboren und verbrachte seine Kindheit ab 1886 in Koblenz. Er studierte Medizin und Musik. Ab 1908 arbeitete er als Nervenarzt an der Berliner Charité, fing aber schon 1910 an, sich auch als Musikkritiker einen Namen zu machen. 1913 wurde von ihm der Berliner Ärztechor gegründet. Er leitete diesen Chor 25 Jahre lang, auch als er 1923 den Lehrauftrag an der Musikhochschule erhielt.<sup>103</sup> Inhalt dieses Lehrauftrags war zum einen das Halten von Vorlesungen über *Berufskrankheiten der Musiker* und die Grenzgebiete zwischen Musik und Seelenleben.<sup>104</sup> Zum anderen leitete er von 1923 bis 1932 als eine Art Betriebsarzt aber auch die Ärztliche Beratungsstelle der Hochschule.<sup>105</sup>

Aufgrund der nachkriegsbedingten wirtschaftlichen Notlage vieler Studenten Anfang der 1920er Jahre wurden von Singer nicht nur Berufskrankheiten, sondern auch allgemeinmedizinische Belange behandelt, sodass es zu einer sozialfürsorglichen Dimension seiner Arbeit kam. In diesen Jahren veröffentlichte Singer seine beiden musikermedizinischen Schriften, zum einen die sicher wegweisende und bekannte Monographie *Die Berufskrankheiten der Musiker. Systematische Darstellung ihrer Ursachen, Symptome und Behandlungsmethoden* (1926) und zum anderen den Aufsatz *Heilwirkung der Musik. Beitrag zur musikalischen Empfindungslehre* (1927). Eindeutig und im Vorwort zu *Die Berufskrankheiten der Musiker* ausführlich beschrieben ist die Herkunft der Erkenntnisse, die vor allem praktischer Natur waren: „Jetzt [mit Beginn der Lehrtätigkeit, Anm. P.H.] war mir die Möglichkeit gegeben durch eine regelmäßige Sprechstunde das Forschungsmaterial außerordentlich zu vergrößern und zu sichten. Frühere theoretische Überlegungen wurden die Praxis ausgebaut, gefestigt, modifiziert.“ Singer war also – im Kontrast zu den Vorkriegsautoren Sundelin, Stein-

---

<sup>102</sup> Sponheuer 1994, S. 122.

<sup>103</sup> Fetthauer 2006.

<sup>104</sup> Singer 1926.

<sup>105</sup> Schenk 2004, S. 169.

hausen und Flesch – ein praktizierender Musikermediziner, der sein Wissen praktisch sammeln, testen und verfeinern konnte.

1927 wurde Kurt Singer zum stellvertretenden Intendanten der Städtischen Oper Berlin-Charlottenburg, in den Jahren 1930-1931 sogar zum Intendanten ernannt.<sup>106</sup> Einer seiner wichtigsten Verdienste, nachdem er die Lehrtätigkeit an der Musikhochschule 1932 aufgrund angeblicher finanzieller Schwierigkeiten aufgeben musste, ist die Gründung und langjährige Präsidentschaft des 1933 gegründeten Jüdischen Kulturbundes, einer Organisation, in der jüdische Künstler andere jüdische Künstler unterstützten.<sup>107</sup> Auch wenn der Bund lange geduldet wurde und teilweise auch von Reichsminister Joseph Goebbels (1897-1945) zur Ghettoisierung genutzt wurde, musste Singer nach den Novemberpogromen 1938 in die Niederlande emigrieren. 1943 wurde Singer zunächst ins Konzentrationslager Westerbork und schließlich nach Theresienstadt deportiert, wo er 1944 an den Folgen der Haftbedingungen starb.<sup>108</sup> Kurt Singer war damit bis zur Machtergreifung der Nationalsozialisten und teilweise auch noch darüber hinaus ein hochangesehener, erfolgreicher und gut vernetzter Arzt, Musiker, Musikermediziner und Intendant.

Interessanter als die musikermedizinischen Schriften Singers erscheinen aus heutiger Perspektive dessen Lebenslauf und die Erkenntnisse, die daraus für die weitere Geschichte der Musikermedizin gewonnen werden können. Denn Singer hat bereits viele Modi geprägt, die noch heute als Prototyp der Karriere vieler Musikermediziner angesehen werden können:

1. Auch wenn es damals sicher üblicher war als heute, mehrere Fächer zu studieren, so ist Singer der erste und einzige der hier vorgestellten Musikermediziner aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, der eine intensive Ausbildung auf beiden Gebieten – der Musik wie auch der Medizin – erhielt. Dieses damals einmalige Muster im Lebenslauf wird sich bei den Musikermedizinern der Nachkriegszeit mehrfach wiederholen und dort fast schon zur Regel werden.

---

<sup>106</sup> Fetthauer 2006.

<sup>107</sup> Schenk 2004, S. 170.

<sup>108</sup> Fetthauer 2006.

2. Singer schuf mit der Gründung des Berliner Ärztechors ein Konzept, nämlich dass Mediziner als oft musikbegabte Menschen eine standeseigene Musikformation gründen, welches auch heute noch aktuell ist (Deutsches Ärzteorchester, Bayrisches Ärzteorchester).

3. Der wichtigste Punkt und für diese Betrachtungen von besonderem Interesse ist jedoch die Systematik, mit der Kurt Singer Musikermedizin betreiben konnte. Er war der erste Lehrbeauftragte für ein Fach, das wir heute sicher als Musikermedizin verstehen würden. Aus seiner Vergangenheit als Arzt hatte er ein reichhaltiges medizinisches Wissen. Seine große Leistung liegt darin dieses zu kondensieren und auf die Bedürfnisse der Musikstudenten zu adaptieren, um es ihnen dann in Vorlesungen und Monographien nahezubringen. Im Grunde legte Singer damit bereits in den 1920er Jahren den Grundstein für eine Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland. Er wäre mit seinen Vernetzungen sicher auch fähig gewesen ein breiteres Netzwerk musikermedizinisch tätiger Ärzte aufzubauen. Allerdings lebte er dafür leider in der „falschen Zeit“, und durch den Nationalsozialismus verschoben sich die Tätigkeiten Singers weg von der Musikermedizin und hin zum nicht nur kulturellen Überlebenskampf. Es ist daher sicher nicht untertrieben, wenn in einem heutigen Standardwerk zur Musikermedizin von „inhaltlichen und institutionellen Etablierung der Musikermedizin als Lehrfach und medizinisches Fachgebiet“ gesprochen wird, welche „durch die Nationalsozialisten wegen der jüdischen Abstammung Kurt Singers wieder zerstört [wurden].“<sup>109</sup>

Immerhin wurde diesem Pionier der deutschen Musikermedizin zumindest ein Denkmal in Form eines Instituts gesetzt, nämlich das 2002 von der Universität der Künste und der Hochschule für Musik Hanns Eisler in Berlin gegründete *Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit* in Berlin.

### **5.2.5 Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland bis 1945**

Die Musikermedizin hatte in Deutschland bereits in der Vorkriegszeit ein gewisses Maß an Institutionalisierung erreicht. Betrachtet man die Aussage von Gizycki (Kapitel 1.2), so lässt sich feststellen, dass die Musikermedizin der 1920er Jahre viele der dort genannten Kriterien erfüllte. Auf der einen Seite konnten

---

<sup>109</sup> Spahn et al. 2015, S. 21.

die systematischen Arbeiten von Flesch und Singer einen enormen Reichtum an *akkumuliertem Wissensbestand*<sup>110</sup> aufweisen, der durch die praktizierende Musikermedizin durch Singer noch vermehrt und gefestigt wurde. Daneben bestand aber in Form des Lehrauftrags bereits eine rudimentäre Form der *institutionellen Innovationsbereitschaft*. Konstituierende Faktoren, wie sie beispielsweise von Clark im *Organic growth model* (s.a. Kapitel 1.3.1) zusammengestellt sind, wurden erfüllt:

*Professional activities and specialized Vocabulary:* Vor allem durch den systematisch-monographischen Ansatz von Flesch und Singer wird ein spezifisches Genre der Literatur mit spezifischen Inhalten und angepasster Sprache gegründet, die es vorher nicht gab und die im Rückblick dem Fach der Musikermedizin zuzuordnen sind. Sicher auch aufgrund der insgesamt doch noch geringen Menge akkumulierten Wissens, vor allem aber durch die Machtergreifung der Nationalsozialisten und die dadurch eingeschränkten Möglichkeiten Singers blieb eine Entwicklung hin zu einer wirklichen *Community* oder gar einer Fachzeitschrift jedoch aus. Im Nachhinein kann man aufgrund der Beschreibung Singers als *energischer, realitätsbewusster Organisator*<sup>111</sup> davon ausgehen, dass er die Eigenschaften und das Netzwerk vereinte, das zu einer solchen Entwicklung notwendig gewesen wäre.

*Teaching Institutions:* Von Clark wird dieses Stadium als ein späteres innerhalb des *Organic growth model* definiert<sup>112</sup>. Im Fall der Musikermedizin im Allgemeinen und Kurt Singer im Besonderen stellt dieses Stadium jedoch eine Art Ausgangspunkt für eine potenzielle Weiterentwicklung des Faches dar. Man kann heute nicht mehr rekonstruieren, von wem die Idee zur Einrichtung eines Lehrauftrags für einen Mediziner an einer Musikhochschule ausging. Es ist aber aus heutiger Sicht ein essenzieller Bestandteil in der Etablierung eines Fachgebiets, da nur durch Lehre für junge Studenten eine *Community* nachwachsen kann, die das Fachgebiet in die Zukunft trägt.

Insgesamt hatte die Musikermedizin des frühen 20. Jahrhunderts auch nach institutionalisierungstheoretischen Gesichtspunkten bereits ausreichend Ausgangspunkte für eine erfolgreiche Entwicklung hin zu einem eigenständigen Fachgebiet. Man

---

<sup>110</sup> v. Gizycki 1976, S. 21.

<sup>111</sup> Sponheuer 1994.

<sup>112</sup> Clark 1968, S. 3-8.

muss daher erneut den Autoren von *Musik und Medizin* zustimmen, wenn sie feststellen, dass die “Ansätze einer inhaltlichen und institutionellen Etablierung der Musikermedizin als Lehrfach und medizinisches Fachgebiet [...] durch die Nationalsozialisten wegen der jüdischen Abstammung Kurt Singers wieder zerstört [wurden].”<sup>113</sup> Es ist ein weiteres Beispiel dafür, wie die dunkelste Zeit der deutschen Geschichte Wissenschaft und Wissenschaftler aufgrund einer fanatischen Ideologie zerstörte.

### **5.3 Musikermedizin in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR)**

Die Geschichte der Musikermedizin in der DDR ist eng mit den Standorten Berlin und Dresden verbunden. Während in Dresden die stimmphysiologische Forschung und die Betreuung von Sängern im Vordergrund stand, war in Berlin die zentrale musikermedizinische Beratungsstelle der DDR lokalisiert. Im Folgenden wird die Entstehung dieser beiden Standorte beschrieben, teilweise mit einem Verweis auf die Entwicklung bis in die Gegenwart.

#### **5.3.1 Studio für Stimmforschung an der Hochschule für Musik Dresden**

Wie in der Vorkriegszeit Berlin und später in Westdeutschland Hannover wurde in der DDR Dresden zum Zentrum der musikermedizinischen Entwicklung. Dort wurde durch Harry Schwickardi 1959 das Studio für Stimmforschung gegründet<sup>114</sup>, das in modifizierter Form auch heute noch existiert. Der 1911 in Dresden geborene Schwickardi war Sänger (Bariton) und Gesangslehrer. Auch wenn über diesen Begründer der ostdeutschen Musikermedizin insgesamt wenig herauszufinden ist, so fällt auf, dass einige professionelle Sänger ihn als Gesangsprofessor in ihrem Lebenslauf angeben. Ob er auch eine medizinische Ausbildung genossen hat, ist im Nachhinein leider nicht zu rekonstruieren. Wichtiger und nachvollziehbarer ist jedoch, dass er auch wissenschaftlich aktiv war. Eine Pubmed-Recherche erbringt acht wissenschaftliche Veröffentlichungen zwischen 1965 und 1982. Interessanterweise erschienen ausnahmslos alle Veröffentlichungen zusammen mit Prof. Dr. Michael Flach<sup>115</sup> (\*1935), der von 1959 bis 1980 an der HNO-Klinik der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus Dresden arbeitete und anschließend das Studio für Stimm-

---

<sup>113</sup> Spahn et al. 2015, S. 21.

<sup>114</sup> Loc. cit.

<sup>115</sup> Siehe den Lebenslauf von Michael Flach in einer Würdigung zu seinem 65. Geburtstag im Jahr 2000: [https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/1991-2000/2000/03/0003\\_112.pdf](https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/1991-2000/2000/03/0003_112.pdf) (Stand: 14.6.2020).

forschung – in dem er seit 1960 nebenamtlich Mitarbeiter war - von 1981 bis 1985 leitete.<sup>116</sup>

Die Verbindung dieser beiden Persönlichkeiten spiegelt die Gründungsidee des Studios für Stimmforschung wider. „Ziel der Arbeit des Studios stellt die Integration medizinischer und stimmwissenschaftlicher Erkenntnisse in die sängerische Praxis und die moderne Gesangspädagogik dar. Es versteht sich als ‚Wissenschaft im Dienst der Sängerstimme‘. Schwerpunkte der Forschung sind qualitative und quantitative Analysen der Singstimme [...] und Probleme der Lautbildung, der Musikalität, Untersuchungen zur Phonationsatmung und zur beruflichen Entwicklung von Gesangsstudenten.“<sup>117</sup> Aus dieser Definition wird die Dualität der Ausrichtung des Studios für Stimmforschung deutlich: Auf der einen Seite stehen wissenschaftliche Aspekte wie Stimmanalysen und Untersuchungen zur Phonationsatmung, während andererseits auch ursprüngliche pädagogische Aufgaben wie Probleme der Musikalität und die berufliche Entwicklung der Studenten ihren Stellenwert haben.

Man kann die Arbeit des Studios für Stimmforschung in den 1960er Jahren daher fast schon als konsequenten Folgeschritt der Arbeiten Kurt Singers bezeichnen – auch wenn ein bewusstes Aufbauen auf den Arbeiten Singers innerhalb der einsehbaren Veröffentlichungen nicht nachweisbar ist. Während Singer Arzt und Musiker in einer Person war, sind diese Rollen im Studio für Stimmforschung gewissermaßen aufgeteilt worden. 1959 in Dresden wie 1923 in Berlin stand die bestmögliche Betreuung der Studierenden im Zentrum des wissenschaftlichen Fortschritts.

Betrachtet man diesen Prozess aus institutionalisierungstheoretischer Perspektive, so ist die Schaffung einer neuen Dualität auf den ersten Blick ein Rückschritt vom Prototypen eines Musiker-(und)-Mediziners - wie Singer - hin zu einem Musiker – Schwickardi - auf der einen und einem Mediziner – Flach - auf der anderen Seite. Allerdings ist gerade diese neue Verortung des Fachgebiets im Rahmen einer Arbeitsgruppe, die unterschiedliche Fachgebiete vereint, ein Schritt hin zur Institutionalisierung und weg von der „eremitischen“ Individualforschung. Der Prozess entspricht damit dem Differentiation Model nach Clark (s.a. Kapitel 1.3.2), wonach

---

<sup>116</sup> Klemm 2000.

<sup>117</sup> Köhler 2013.

bei einer bestimmten akkumulierten Wissensmenge die bewusste Auslagerung des neu entstehenden Fachgebiets in eigenständige Organisationsstrukturen notwendig wird. Auch wenn 1959 die moderne Musikermedizin noch in den Kinderschuhen steckte, so ist dieser Prozess hin zur Bildung eines interdisziplinären Teams entscheidend für die weitere Entwicklung der Musikermedizin. Das Studio für Stimmforschung beispielsweise hat heute mehrere Mitarbeiter, die ein "Team von Ärzten, Gesangspädagogen und Akustikern" bilden.<sup>118</sup> Dieses Motiv ist zentral für das Verständnis der Musikermedizin und wird auch bei Betrachtung anderer Institute erneut auftauchen.

Während bereits seit 1959 die Betreuung der Studierenden durch fortwährende Forschung im Vordergrund stand, so ließ die Einrichtung eines eigenständigen Lehrauftrags noch einige Zeit auf sich warten. Erst seit 1985 wurde der Zahnarzt Götz Methfessel (\*1943) zur regelmäßigen Lehrtätigkeit über die Physiologie der Blasinstrumente an die Hochschule für Musik in Dresden berufen, womit neben der stimmwissenschaftlichen eine weitere Disziplin etabliert werden konnte.<sup>119</sup> Diese Diversifizierung des bedienten Spektrums war ein wichtiger Grund für die Entwicklung hin zu einem fächerübergreifenden Institut für Musikermedizin, das im Jahr 2000 an der Hochschule für Musik in Dresden unter der Führung von Uwe Reinhardt (\*1953) gegründet wurde und das heute das Studio für Stimmforschung als Teilbereich beherbergt.<sup>120</sup> Das heutige Aufgabenspektrum des Instituts für Musikermedizin wird im Abschnitt *Musikermedizin in Deutschland ab 1990* behandelt (Kapitel 5.5.3).

### **5.3.2 Betriebsambulatorium der Berliner Bühnen**

Neben Dresden war Berlin, und dort vor allem das *Bühnenambulatorium der Berliner Bühnen*, ein Zentrum der Musikermedizin in der DDR. Vor der Gründung des Bühnenambulatoriums im Jahre 1975 gab es in Berlin nur eine nennenswerte Veröffentlichung zur Musikermedizin in Form einer Dissertation von Siegfried Kahle zum Thema *Die Geigerkrankheit* aus dem Jahre 1966. Kahle beschäftigte sich darin und im Rahmen seiner Arbeit am Zentralinstitut für Arbeitsmedizin in Berlin mit Problemen

---

<sup>118</sup> Köhler 2013.

<sup>119</sup> Schuppert 2015.

<sup>120</sup> Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin 2011, S. 60.

der Spielerkrankungen bei Instrumentalmusikern.<sup>121</sup> Bis auf diese singuläre Leistung war die Musikermedizin in der DDR bis zur erwähnten Gründung des Bühnenambulatoriums zumindest nicht rekonstruierbar aktiv.

Die Gründung des Bühnenambulatoriums erfolgte 1975 durch den damaligen Gesundheitsminister Ludwig Mecklinger (1919-1994) sowie den Kulturminister Hans-Joachim Hoffmann (1929-1994).<sup>122</sup> Aufgabe des Bühnenambulatoriums war die Betreuung der Mitarbeiter der Berliner Kultureinrichtungen, der Schüler und Studenten der Musikschulen und der Hochschule. Weiterhin gehörte die Beratertätigkeit für die Theater und Kultureinrichtungen der DDR, die epidemiologische Auswertung des Kranken- und Unfallstandes der Kultureinrichtungen und die gutachterliche Tätigkeit für spezifische Erkrankungen bis hin zu den Berufskrankheiten<sup>123</sup>, inklusive der Betreuung von Artisten- und Ballettschulen in Berlin, wie beispielsweise dem ehemaligen Staatszirkus der DDR. Das Berliner Bühnenambulatorium war damit, anders als der Name zunächst vermuten lässt, nicht nur für die Betreuung der Berliner Künstler, sondern für die Künstler der gesamten DDR zuständig. In der meist zentralistisch organisierten DDR übernahm es damit vornehmlich die Aufgabe einer arbeitsmedizinischen Koordinierungsstelle.<sup>124</sup>

Die Abdeckung der ganzheitlichen musikermedizinischen Beratung und Behandlung spiegelt sich auch in der Organisationsform wider. Ärzte aus den Bereichen Arbeitsmedizin, Stomatologie, HNO, Psychologie, Orthopädie und Innere Medizin wurden in den Arbeitsgemeinschaften Ballett, Bläser und Streicher gebildet. Auffällig ist, dass es keine Arbeitsgemeinschaft für Sängerinnen und Sänger gab. Wenn auch nicht nachweisbar, so liegt die Vermutung nah, dass durch die zentralistische Organisation darauf geachtet wurde, dass es keine Dopplung der Zuständigkeiten gab und daher das Studio für Stimmforschung (siehe auch Kapitel 4.3.1) die Aufgabe der Betreuung von Sängern übernahm, auch wenn die Betreuung der gesamten DDR nie als explizites Aufgabengebiet erwähnt wurde.

---

<sup>121</sup> Zentek 1995, S. 31.

<sup>122</sup> Zentek 1995, S.31.

<sup>123</sup> Ebd., S. 32.

<sup>124</sup> Ebd., Abbildung 1.

Eine besondere Bedeutung in der Konkretisierung dieses Aufgabenspektrums kam der präventiven Beratung und Information von Musikern zu. So wurden vom Bühnenambulatorium regelmäßig Informationszeitschriften für Musiker herausgegeben („Arbeitsmedizinische Information für Theater und Orchester“<sup>125</sup>), und auch die Beachtung psychologischer Faktoren war für das Bühnenambulatorium ein entscheidender präventiver Faktor für die Musikergesundheit. Eine besonders interessante Arbeitsgemeinschaft wurde auch ab 1982 unter dem Titel *Berufsspezifischer Sport* gegründet, in der Sportpädagogen und Musiker ihre Erfahrungen auf den Gebieten der Konditionierung, der Ausgleichsgymnastik und der Koordination austauschten und an Empfehlungen für spezielle Konditionierungsprogramme für Musiker arbeiteten. Insgesamt deckte diese Arbeit also ein breites Spektrum an Prävention ab und zeigt damit einen auch in der weiteren Geschichte der Musikermedizin entscheidenden Aspekt dieses Fachgebiets.

Das Berliner Bühnenambulatorium war auch über die Grenzen der DDR hinaus in Form der Kooperation mit der *European String Teachers Association* aktiv<sup>126</sup>, was darauf hindeutet, dass das Bühnenambulatorium keineswegs ein nach außen hin abgeschlossenes Institut war, sondern ein durchgängiges und organisches Gebilde.

Insgesamt zeichnet Klaus Zentek, der von 1978 bis 1987 Leiter der Orthopädischen Abteilung tätig war, in seinem Artikel aus dem Jahre 1995 das Bild eines vielseitig aufgestellten interdisziplinären Instituts, in dessen Zentrum die optimale Betreuung der Künstlerinnen und Künstler stand. Auch wenn unter Zentek zwei medizinische Dissertationen verteidigt wurden, so war das Institut von Seiten des Staates vor allem aus arbeitsmedizinisch-juristischen Gründen eingerichtet worden, um Entscheidungen über die Anerkennung einer Berufskrankheit, Berufsunfähigkeit, Unfallnachsorge und Invalidität zu treffen. Ein beispielhaftes Urteil zum Fall einer berufsunfähigen Balletttänzerin, dem ein ärztliches Gutachten des Berliner Bühnenambulatoriums aus dem Jahr 1987 vorausgegangen war, zeigt jedoch, dass das Bühnenambulatorium durchaus auch das Interesse und Wohlergehen der Künstlerinnen und Künstler ins Zentrum der Arbeit rückte.<sup>127</sup> In diesem Fall wurde die Dame „aufgrund von Herzrhythmusstörungen, einer Hypotonie mit Dysregulation und einer Chondropathie

---

<sup>125</sup> Ebd., Abbildung 2.

<sup>126</sup> Zentek 1995, S. 39.

<sup>127</sup> Landessozialgericht der Länder Berlin und Brandenburg 2006.

beidseits für berufsunfähig als Balletttänzerin erklärt.“<sup>128</sup> Leider sind keine weiteren Urteile, die auf Grundlage von Gutachten des Bühnenambulatoriums getroffen wurden, identifizierbar. Zentek erwähnt jedoch, dass alleine während seiner ärztlichen Tätigkeit über 300 wissenschaftliche Gutachten verfasst wurden.<sup>129</sup>

Insgesamt scheint dieses Angebot von Seiten der Künstlerinnen und Künstler sehr gut angenommen worden zu sein, da die Zahlen von anfangs 10.500 Konsultationen pro Jahr auf später 30.000 Konsultationen pro Jahr stiegen. Auch wenn die spärliche Quellenlage keine differenziertere Deutung zulässt, so lässt sich jedoch zusammenfassen, dass das Berliner Bühnenambulatorium als zentrale arbeitsmedizinische Beratungs- und Beurteilungsstelle der DDR auf wissenschaftlicher Grundlage eine wichtige Aufgabe für alle Ebenen der Prävention übernahm: Primäre Prävention durch den Druck von Informationsheften und Einbeziehung der Hochschulen und der Musikpädagogik (*European String Teachers Association*), sekundäre Prävention durch regelmäßige Untersuchungen sowie die tertiäre Prävention (Absicherung und Prognoseverbesserung durch Anerkennung der Berufsunfähigkeit). Nach der Wiedervereinigung wurde das Bühnenambulatorium 1990 komplett aufgelöst, womit die reiche musikermedizinische Tradition in Berlin für einige Jahre zum Erliegen kam.

### **5.3.3 Stand der Institutionalisierung der Musikermedizin in der DDR**

Die Musikermedizin in der DDR zeigt retrospektiv ein hohes Maß an Institutionalisierung. Sowohl das Studio für Stimmforschung in Dresden als auch das Berliner Bühnenambulatoriums knüpfen, offenbar aber ohne direkte Bezugnahme, an Singers Konzept aus den 1920er Jahren an, Studierende und Musiker in einem wissenschaftlichen Rahmen sozial- und berufsmedizinisch optimal zu betreuen (s.a. Kapitel 5.2.4). Damit erfüllen sie eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe im Sinne einer Institution (s.a. Kapitel 2.1).

Während die Komponente der Betreuung in Form von Einstellungs- und Verlaufsuntersuchungen sehr innovativ war, erscheint die Forschung zumindest aus anachronistischer Perspektive insbesondere im Berliner Bühnenambulatorium weniger ausgeprägt. In über 20 Jahren wurden lediglich zwei Dissertationen verteidigt, und von

---

<sup>128</sup> Ebd.

<sup>129</sup> Zentek 1995, S. 32.

wegweisenden Veröffentlichungen oder Erkenntnissen wird ebenfalls nicht berichtet.<sup>130</sup> Etwas anders war die Lage beim Studio für Stimmforschung Dresden. Hier ist der wissenschaftliche Innovationsprozess in den frühen Jahren vor allem den gemeinsamen Arbeiten von Schwickardi und Flach zu verdanken.<sup>131</sup> Insgesamt ist die Quellenlage jedoch nicht ausreichend, um beurteilen zu können, wie stark auch nach der Zeit von Schwickardi und Flach geforscht wurde. Heute ist vor allem die Interdisziplinarität des Studios sowie des gesamten *Instituts für Musikermedizin Dresden* ein sehr fortschrittlicher Faktor in der Entstehung eines eigenständigen Fachgebietes.<sup>132</sup>

Der Prozess hin zur Institutionalisierung und weg von der *eremitischen Individualforschung* (s.a. Kapitel 5.3.1) entspricht damit dem *Differentiation Model* nach Clark (s.a. Kapitel 1.3.2), welches besagt, dass bei einer bestimmten akkumulierten Wissensmenge die bewusste Auslagerung des neu entstehenden Fachgebiets in eigenständige Organisationsstrukturen notwendig wird.<sup>133</sup> Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Erweiterung des Spektrums der angebotenen Leistungen auf Bläser durch die Einbeziehung des Zahnmediziners Götz Methfessel ab 1985, was sicher als wesentlicher Faktor zur Gründung des *Instituts für Musikermedizin* in Dresden im Jahr 2000 geführt haben dürfte.<sup>134</sup> Durch die so erzielte Breite des Angebots wird das gesamtgesellschaftliche Bedürfnis<sup>135</sup> wesentlich effizienter befriedigt<sup>136</sup> und die Schaffung eines breit aufgestellten Faches führt innerhalb der *Community* zu einem besseren *Academic Standing*, welches nach Ben-David ein wichtiger außerwissenschaftlicher Faktor zur Etablierung eines Fachgebiets darstellt.<sup>137</sup>

Insgesamt erfüllt die Musikermedizin in der ehemaligen DDR also schon viele der oben genannten Kriterien der Institutionalisierung. Für eine weiterführende und detailliertere Einordnung und Bewertung des Stands der Institutionalisierung sei auf die Kapitel 6 und 7 verwiesen.

---

<sup>130</sup> Ebd.

<sup>131</sup> Klemm 2000.

<sup>132</sup> Kühler 2013.

<sup>133</sup> Clark 1968.

<sup>134</sup> Schuppert 2015.

<sup>135</sup> Kamphausen 1993.

<sup>136</sup> Auch wenn hier von einem – im Rahmen der Begriffsbestimmung *Institution* geprägtem (Kapitel 2.1) – gesamtgesellschaftlichen Bedürfnis die Rede ist, kann man sich für das bessere Verständnis natürlich vor allem an den Bedürfnissen der Berufsmusiker orientieren, welchen eine breitere Aufstellung des Faches natürlich entgegenkommt.

<sup>137</sup> Ben-David und Collins 1966.

## **5.4 Musikermedizin in Westdeutschland von 1945 bis 1990**

Bevor in Kapitel 5.4.2 auf die konkrete Entwicklung der Musikermedizin in Westdeutschland vom Kriegsende bis zur Wiedervereinigung eingegangen wird, sollen in Kapitel 5.1.1 zunächst die Gründe angesprochen werden, die eine Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland begünstigten.

### **5.4.1 Planstellen und gewerkschaftliche Organisation der deutschen Berufsorchester**

Die Entwicklung der Musikermedizin nach dem Zweiten Weltkrieg ist eng mit der Gesamtentwicklung der deutschen Orchesterlandschaft verbunden, in der sicher einer der Hauptgründe für das Aufkommen musikermedizinischer Forschung liegt. Ein Grund ist sicher die Schaffung von zusätzlichen Stellen in deutschen Berufsorchestern. Während 1960 nur 5.739 Planstellen existierten, waren es 1971 bereits 6.440, was einem Anstieg von circa 12% entspricht.<sup>138</sup> Aus heutiger Perspektive war das ein enormer Anstieg innerhalb von nur 11 Jahren, zeigt doch die heutige Planstellenentwicklung der deutschen Orchester mit einem Rückgang von 19,85% zwischen 1992 und 2018 ein ganz anderes Bild.<sup>139</sup>

Sicher war dieser Anstieg im Verlauf der Nachkriegszeit ein Grund dafür, dass das Bewusstsein für Berufskrankheiten von Musiker Mitte der 1960er Jahre und vor allem ab den 1970er Jahren wieder deutlich anstieg. Passend ist im Übrigen auch der Zeitraum, der zwischen dem Kriegsende und dem Erstarken der Musikermedizin in Deutschland lag. Bis 1945 waren viele Musiker gefallen, und eine neue Generation rückte nach. Mit zunehmendem Berufsalter – zum Zeitpunkt der Etablierung der ersten Forschungsprojekte hatten die meisten eine Orchestertätigkeit von circa 15 Jahren hinter sich – wuchs ganz natürlich der Bedarf an musikermedizinischer Beratung. Ein Beleg für das Alter, in dem Berufskrankheiten bei Musikern am ehesten auftreten, findet sich bei Jochen Blum. Damals wurden die Daten exemplarisch für die Sprechstunde für Musiker an der Unfallchirurgischen Klinik der Universitätsklinik Mainz erhoben. Demnach war die Mehrzahl der Musiker, die behandelt wurden zwischen 40 und 50 Jahre alt (433 von insgesamt 1432 Patienten), was bei einem Arbeitsbeginn im Alter von 25 Jahren dem angesprochenen Zeitraum von 15 Jahren

---

<sup>138</sup> Deutscher Musikrat 1971.

<sup>139</sup> Mertens 2019.

Orchestertätigkeit entspricht.<sup>140</sup> Unabhängig davon waren natürlich nach dem Krieg andere Themen weitaus relevanter, sodass die Musikermedizin einige Zeit brauchte, um sich aus den Trümmern des Krieges zu erheben.

Ebenfalls verbunden mit dem Wachstum der deutschen Orchesterlandschaft in der Nachkriegszeit ist die Gründung der Deutschen Orchestervereinigung im Jahre 1952.<sup>141</sup> Bis 1971 wurden zahlreiche Tarifverträge geschlossen, die eine geregelte Arbeitszeit und passende Arbeitsbedingungen garantieren sollten. Durch diese gewerkschaftliche Arbeit wuchs innerhalb der Orchester, aber auch gesamtgesellschaftlich das Bewusstsein um die arbeitsmedizinische Dimension des Orchestermusikers.

Alle diese Faktoren trugen zur Schaffung dessen bei, was heute als “in ihrer Dichte und Vielfalt einzigartig[e] Deutsche Orchesterlandschaft” bezeichnet wird.<sup>142</sup> Auch wenn die Berufsorchester nur einen Bruchteil der deutschen Musikszene ausmachen, so sind sie doch ein statistisch gut erfassbarer Indikator für die Gesamtentwicklung der Musikszene. Wie die Zunahme der Planstellen und die gewerkschaftliche Organisation zeigen führte diese Entwicklung zu einem größeren Bewusstsein für den Beruf des Musikers und schaffte damit eine der wichtigen Bedingungen für die Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland.

#### **5.4.2 Geschichte der Musikermedizin in der BRD 1949 – 1990**

In der Bundesrepublik Deutschland begann die Geschichte der Musikermedizin nach dem Zweiten Weltkrieg in den 1960er Jahren. Sie ist untrennbar mit der Person von Christoph Wagner (1931-2013) verbunden.

Christoph Wagner wurde 1931 in Marburg geboren und wuchs in einem musikalischen Elternhaus auf. Nach seinem Medizinstudium in Marburg, München und Mainz, das er nach eigenen Aussagen „aus Vernunft“ aufgenommen hatte<sup>143</sup>, nahm er 1958 eine Stelle als Medizinalassistent an der Universitäts-Nervenklinik in Mainz an. Nach seiner kurzen Karriere als Arzt kam er noch im gleichen Jahr seiner Lei-

---

<sup>140</sup> Blum 1995, Abbildung 3.

<sup>141</sup> Deutsche Orchestervereinigung 2020.

<sup>142</sup> Mertens 2019, S. 190.

<sup>143</sup> Schuppert et al. 2013.

denschaft nach, die er bereits als Kind und Jugendlicher intensiv verfolgt hatte, und nahm ein Musikstudium mit Hauptfach Dirigieren in Detmold auf.<sup>144</sup> Die bereits in diesen Detmolder Jahren aufkeimende Idee zur Verbindung von Musik in Medizin fasste Wagner in einer im Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin in Hannover aushängenden Schautafel retrospektiv folgendermaßen zusammen:

„Die Idee zu einer systematischen Erforschung der physiologischen Grundlagen der Musikausübung entstand während meines Musikstudiums, das sich an mein Medizinstudium anschloss. Vor dem gedanklichen Hintergrund der Naturwissenschaft mit ihrem Bemühen, Einsichten und Entscheidungen so weit wie möglich objektiv abzusichern, wirkte es merkwürdig, dass man sich in der musikalischen Ausbildung nur auf subjektive Erfahrung berief, trotz offensichtlicher Widersprüche in Methoden und Ergebnis. Erfolge wurden bewundert, Misserfolge meist mit mangelnder Begabung erklärt, nicht aber auf ihre Ursache hin untersucht. Über sich häufende Sehnenscheidenentzündungen und ähnliche Beschwerden schwieg man konsequent. [...] Im Verlauf des Studiums wurde mir immer deutlicher, dass sich an diesem Dilemma einiges ändern ließe, wenn man die Arbeit des Musikers und ihre physiologischen Voraussetzungen wissenschaftlich untersuchen würde.“<sup>145</sup>

Auch wenn man nicht sicher weiß, ob Wagner bereits 1958 diese Gedanken in sich trug, oder ob er diese aus seiner Perspektive von 1993 retrospektiv interpretiert, werden aus dieser Aussage jedoch bereits zwei Punkte offenkundig: Zunächst macht er deutlich, welch ein tabuisiertes Thema Musikerkrankheiten zur damaligen Zeit gewesen sein müssen. Betrachtet man auf der anderen Seite die Zahl der Institute, die sich heute mit Musikermedizin und Musikphysiologie beschäftigen, so wird offenkundig, welch rasante Entwicklung dieses Fach durchgemacht hat und vor allem, welche fehlende Bedeutung ihm vor der Karriere Christoph Wagners in der Bundesrepublik beschieden war.

Der zweite wichtige – und für die gesamte weitere Entwicklung zentrale – Punkt ist die Zusammenführung des nach ästhetischen Maßstäben handelnden „Handwerks“ des Musikers und der an wissenschaftlichen Kriterien orientierten empirischen Rationalität des Mediziners. Sieht man Musizieren als „Hochleistungssport“ in körperlicher

---

<sup>144</sup> Wohlwender 2015.

<sup>145</sup> Wagner 1993.

und geistiger Hinsicht an und erkennt, dass die Sportmedizin bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den westlichen Gesellschaften aktiv war, so ist es erstaunlich, dass die Vermessung und Objektivierung bestimmter Übungen nicht bereits früher Einzug in die Musik gehalten hat.<sup>146</sup> Aufgrund dieser Überlegungen will Christoph Wagner seiner damaligen Klavierlehrerin Renate Kretschmar-Fischer (1925-2016) am Ende seines Musikstudiums im Jahre 1963 prophezeit haben: „Es wird ein Institut geben, das sich hauptamtlich um diese Aufgaben [der Musikermedizin] und Probleme [der Musiker] kümmert.“<sup>147</sup>

Nachdem während des Musikstudiums die Einsicht zur Notwendigkeit eines eigenständigen Instituts also immer mehr Formen angenommen hatte – sprach Wagner ja 1958 noch von einer vagen Verbindung und 1963 bereits von einem konkreten Institut –, machte sich Christoph Wagner mit dem Ende des Musikstudiums auf die Suche nach einem Ort, an dem er diese Vision verwirklichen konnte. Wagner suchte 1964 aktiv Kontakt zu Gunther Lehmann (1897-1974), der damals Leiter des Max-Planck-Instituts für Arbeitsphysiologie in Dortmund war. Aus Mitteln der Fritz Thyssen Stiftung und der Stiftung Volkswagenwerk finanziert erhielt dieser im Mai 1964 die von der *AG der Direktoren der Staatlichen Musikhochschulen der BRD einschl. Westberlin*<sup>148</sup> ausgesprochene Genehmigung für den Beginn der musikphysiologischen Forschung in Dortmund.<sup>149</sup>

Warum sowohl Christoph Wagner wie im Übrigen auch F. A. Steinhausen (s.o.) das Klavier als Modell für ihre Arbeit heranzogen, ist schwer rekonstruierbar. Zum einen liegt es sicherlich daran, dass vor allem Wagner als studierter Dirigent mit dem Klavier so vertraut war wie mit keinem anderen Instrument. Zum anderen lieferte es jedoch gute Bedingungen für eine genaue Untersuchung mit präzisen Ergebnissen. „Die Hammerköpfe waren gerade so fein mit Silber bestrichen, dass sich beim Aufprall auf die jeweilige Saite ein Stromkreis schloss, andererseits Klang und Schlaggefühl unverändert blieben. [...] – bei einer Messgenauigkeit von 1,25 Millisekunden.“<sup>150</sup> Man stelle sich den methodisch ungleich größeren Aufwand bei der Verkabelung ei-

---

<sup>146</sup> Krüger et al. 2017, S. 3.

<sup>147</sup> Wagner 2011.

<sup>148</sup> heute: Hochschulrektorenkonferenz

<sup>149</sup> Wohlwender 2015.

<sup>150</sup> Ebd., S. 13.

ner Streicherhand oder eines Bläsermundes vor, um zu verstehen, warum ein einmal eingerichtetes Klavier ein wesentlich angenehmerer Forschungsgegenstand war.

Parallel zum Beginn der Musikphysiologischen Forschung in Dortmund nahm in Hannover ein junger Professor seine Arbeit auf. Richard Jakoby (1929-2017) war ausgebildeter Musikpädagoge und darüber hinaus ein talentierter Netzwerker. So wurde er nach seiner Berufung als Professor für Musikpädagogik 1964 bereits 1968 Direktor des Vorgängerinstituts der Musikhochschule Hannover und schließlich 1978 auch Gründungspräsident der Musikhochschule. Unter ihm wurden an der Hochschule 1981 eine Promotionsordnung und 1985 auch eine Habilitationsordnung eingeführt. Diese Aktivitäten zeigen seine enge Verbindung zur Wissenschaft und fundierter Forschung auch im Bereich der Musik.<sup>151</sup>

Im Zuge dieser Bemühungen war es dann 1974 soweit, dass - als deutschlandweit erstes – eigenständiges Institut der damaligen Musikhochschule das *Institut für Experimentelle Musikpädagogik* gegründet wurde.<sup>152</sup> Es ist aus heutiger Sicht schwer nachzuvollziehen, ob bereits im Vorlauf dieser Gründung Gespräche zwischen Christoph Wagner und Richard Jakoby stattgefunden haben. Es ist jedoch aufgrund der unmittelbaren Berufung von Christoph Wagner zur Leitung dieses Instituts anzunehmen. Das Zusammentreffen des gelernten Musikpädagogen und geschickten Hochschulpolitikers auf der einen und dem studierten Mediziner und Musiker Christoph Wagner mit seiner lange entwickelten Vision auf der anderen Seite, führte also zu diesem „Urknall“ der Musikphysiologie und Musikermedizin in Deutschland.

## 5.5 Musikermedizin in Deutschland nach 1990

Da die Musikermedizin aufgrund ihrer recht unklaren Abgrenzung<sup>153</sup> insbesondere in den letzten Jahren in mannigfaltigen Formaten in Erscheinung tritt, soll sich für die Kohärenz dieser Abhandlung auf die wichtigsten der in Kapitel 3.2 genannten Institute sowie auf die Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin beschränken. Ziel dieser Arbeit ist nicht die Geschichte jedes Instituts oder gar von Einzelpersonen widerzuspiegeln, auch wenn sicher viele einzelne Namen und Institu-

---

<sup>151</sup> Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover 2017.

<sup>152</sup> Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin Hannover 2015.

<sup>153</sup> Der Titel *Musikmermediziner* ist bis heute kein Facharzt oder eine von der Bundesärztekammer gelistete Zusatzbezeichnung und kann daher von jedem approbierten Arzt verwendet werden.

tionen für sich genommen äußerst interessant sein mögen. Es geht vielmehr darum, die Institutionalisierungsgeschichte der Musikermedizin als Fach in seiner Gesamtheit zu begreifen und damit die wichtigen und nachhaltigen Meilensteine und Entwicklungen abzubilden, welche die deutsche Musikermedizin entscheidend geformt haben.

### **5.5.1 Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin**

Lange Zeit blieb das Institut für Musikphysiologie und Musiker-Medizin (immm) an der Hochschule für Musik, Theater und Medien in Hannover (hmtmh) als „internationales Referenzzentrum“<sup>154</sup> das einzige deutsche Institut, an dem man sich mit Musikermedizin auseinandersetzte. Insbesondere die 1980er Jahre wirken in der Zeitleiste der Geschichte der Musikermedizin wie eine Art Vakuum, zumindest was die Gründung neuer Institute anging.

Dies änderte sich Anfang der 1990er Jahre. Während die deutsche Entwicklung in den 1980er Jahren eine Art Stillstand erlebte, war diese Zeit für die internationale Musikermedizin äußerst bedeutsam<sup>155</sup>. So lernten sich im Jahr 1985 bei einer Tagung der Internationalen Gesellschaft für Musik in der Medizin (ISMM) in Lüdenscheid Christoph Wagner und Jochen Blum kennen, die später beide Präsidenten der *Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin* (DGfMM) werden sollten.<sup>156</sup> Nachdem zuerst Christoph Wagner und 1987 auch Jochen Blum Kontakte zum Berliner Bühnenambulatorium und Prof. Götz Methfessel in der DDR geknüpft hatten<sup>157</sup>, war es Anfang der 1990er Jahre nach der Wiedervereinigung nur eine Frage der Zeit, bis es zur Gründung einer gesamtdeutschen Musikermedizinischen Gesellschaft kommen musste. Nachdem 1991 die *Medizinische Gesellschaft für Kunstschaffende, Musikorthopädie und Kunstmedizin* gegründet wurde – aus heutiger Sicht eine Art Vorläufer der DGfMM -, fiel bei deren erster Tagung in Ulm im Jahr 1993 der Entschluss zur Gründung der DGfMM.<sup>158</sup> Jochen Blum fasst die Gründungsidee der Gesellschaft rückblickend folgendermaßen zusammen:

---

<sup>154</sup> Blum 2014, S. 141.

<sup>155</sup> Es wäre im Übrigen äußerst interessant und sicher auch aufschlussreich die Entwicklung im Ausland mit der innerdeutschen Entwicklung zu vergleichen. Dies würde jedoch ganz maßgeblich den Rahmen dieser Arbeit sprengen und bleibt daher im Weiteren unerwähnt.

<sup>156</sup> Ebd.

<sup>157</sup> Ebd., S.142.

<sup>158</sup> Blum 2014, S. 142.

„In den Jahren 1990 bis 1993 war uns klar geworden, dass es in diesem Bereich der Musikphysiologie und Musikermedizin viele Einzelprojekte, ja Einzelkämpfer mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Intentionen gab, die teilweise wenig oder nichts voneinander wussten und deren Existenzen auch für bedürftige Musiker oft unbekannt waren. Diese Kräfte zu bündeln, eine Kommunikationsplattform zu schaffen und Musikerinnen und Musikern einen Zugang zur Musikphysiologie und Musikermedizin zu ermöglichen (...), das waren die Hauptmotive für die Gründung der DGfMM.“<sup>159</sup> Damit fasst Jochen Blum übrigens viele Aspekte unter denjenigen zusammen, die für die erfolgreiche Etablierung eines neuen Fachgebiets nach Clark relevant sind.<sup>160</sup>

Neben einigen Einzelpersonen waren aus heutiger Sicht drei ehemalige Präsidenten der DGfMM Gründungsmitglieder:

- Christoph Wagner (Präsident 1994-1999)
- Jochen Blum (Präsident 1999-2005)
- Maria Schuppert (damals Mitarbeiterin Christoph Wagners in Hannover und Präsidentin 2011-2017)<sup>161</sup>

Mit Götz Methfessel sowie Stephan Faßnacht-Lenz (damals Physiotherapeut am Institut für Musikphysiologie und Musiker-Medizin in Hannover) und dem Hamburger Chirurgen Dr. Gerd Schnack waren standen die sechs Gründungsmitglieder fest und es wurde im Sommer 1994 – „am Rande des zweiten Europäischen Ärztekongresses für Musikermedizin“ – in München die Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin offiziell gegründet.<sup>162</sup> Gründungspräsident war im übrigen Christoph Wagner.

Bereits seit der Gründung etablierte und wichtige Faktoren, die zur Erfüllung der von Jochen Blum angesprochenen Hauptmotive für die Gründung der Gesellschaft (s.o.) beitragen, sind bis heute:

---

<sup>159</sup> Ebd.

<sup>160</sup> siehe dazu auch Kapitel 2.4

<sup>161</sup> siehe dazu die Homepage der DGfMM (<https://dgfmm.org/die-gesellschaft/vorstand-beirat>, Stand 13. August 2020). Von 2005-2011 war im übrigen Eckart Altenmüller, heute Leiter des Instituts für Musikphysiologie und Musikermedizin, Präsident der DGfMM. Seit 2017 ist Alexander Schmidt (Berlin) Präsident der Gesellschaft.

<sup>162</sup> Ebd.

- Fachzeitschrift *Musikphysiologie und Musikermedizin* (erstmalig 1994 erschienen, 3 Ausgaben jährlich<sup>163</sup>)
- Regelmäßige Kongresse (erster Kongress 1995 in Frankfurt und seit mindestens 2003 jährlich in wechselnden Städten stattfindend<sup>164</sup>)
- DGfMM-Wissenschaftspreis und DGfMM-Posterpreis

Durch alle diese Aktivitäten stellt die DGfMM bis heute das zentrale Rückgrat der Musikermedizin in Deutschland da. Auch wenn es wissenschaftlich schwer belegbar ist, so ist die durch die Gesellschaft ausgelöste Festigung der Musikermedizinischen Community in Deutschland in den 1990er Jahren sicher ein wichtiger, wenn nicht sogar *der* entscheidende Faktor, für die Gründung vieler Institute in den folgenden Jahren gewesen.

### **5.5.2 Institut für Musikphysiologie und Musiker-Medizin Hannover**

Bereits vor Gründung der DGfMM wurde in Hannover über Jahrzehnte der Grundstein dafür gelegt. So war das 1974 in Hannover gegründete und damals wie heute von der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover getragene *Institut für experimentelle Musikpädagogik* das erste, und für lange Zeit einzige musikphysiologische Institut in Deutschland. Neben der wissenschaftlichen Pionierfunktion, welche das Institut in den ersten 25 Jahren seines Bestehens einnehmen sollte, ist vor allem die Geschichte der Namensgebung interessant. Diese spiegelt auch die fachgebietliche Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland zwischen 1974 und 1994 wider. Aus dem 1974 gegründeten Institut für experimentelle Musikpädagogik wurde unter der Leitung von Christoph Wagner im Jahr 1979 das *Institut für Musikphysiologie* und 1994 – parallel mit der Übergabe der Institutsleitung an Eckart Altenmüller (\*1955) – das *Institut für Musikphysiologie und Musiker-Medizin*.

Diese Umbenennung spiegelt den Wandel von einer Anfangs vor allem arbeitsmedizinisch-pädagogischen Forschung wie sie Christoph Wagner vor allem in seinen frühen Jahren in Dortmund betrieben hat (s.o.) hin zu einer professionalisierten und allgemeineren musikphysiologischen Forschung und Arbeit im Rahmen der frühen Entwicklung des Instituts in Hannover. Die Zuwendung zu mehr pathophysiologi-

<sup>163</sup> Siehe auch: <https://dgfmm.org/zeitschriften-abstracts/zeitschriften-2017>, Stand 13.08.2020

<sup>164</sup> Siehe dazu auch das Veranstaltungsarchiv der DGfMM

(<https://dgfmm.org/veranstaltungen/veranstaltungsarchiv>, Stand 13.08.2020). Leider reicht dieses nur bis 2003 zurück, sodass über die Jahre zuvor keine Aussage getroffen werden kann.

schen Komplexen spiegelt sich wiederum im Zusatz „*Musiker-Medizin*“ und hängt sicher mit der allgemeinen Entwicklung der Orchesterlandschaft in Deutschland und der zunehmenden Ökonomisierung der professionellen Musikszene zusammen (s.a. Kapitel 5.4.1).

Die besondere Leitfunktion des Hannoverschen Instituts wird nicht zuletzt durch das Renommee seiner Direktoren deutlich. Wie bereits in voranstehenden Kapiteln deutlich wurde steht die Pionierrolle Christoph Wagners innerhalb der deutschen Musikermedizin außer Frage. Er war Gründungsmitglied und Präsident der DGfMM und wird daher im Nachruf der Gesellschaft von 2013 sicher zu Recht als „*Pionier und Vater der deutschen Musikphysiologie*“<sup>165</sup> betitelt. Aber auch sein Nachfolger Eckart Altenmüller ist eine bis heute bedeutende Größe in der deutschen Musikermedizin. Der 1955 in Rottweil geborene Neurologe beschäftigte sich bereits früh mit der Physiologie und Pathophysiologie neuronaler Prozesse beim Sprechen und Musizieren<sup>166</sup>. Nach oberärztlicher Tätigkeit an der Universitätsklinik für Neurologie in Tübingen erfolgte dann im Oktober 1994 der Ruf auf die C4- Professur als Direktor des Instituts für Musikphysiologie und Musiker-Medizin in Hannover<sup>167</sup>.

Auch nach diesem Höhepunkt seiner wissenschaftlichen Karriere engagierte sich Eckart Altenmüller weiterhin aktiv um die Weiterentwicklung des Gebiets der deutschen Musikermedizin innerhalb der DGfMM. So war er nach Christoph Wagner und Jochen Blum der dritte Präsident der DGfMM ist bis heute Mitherausgeber der Fachzeitschrift der Gesellschaft<sup>168</sup>.

### **5.5.3 Institut für Musikermedizin Dresden**

Parallel zur westdeutschen Entwicklung der Musikermedizin in Hannover entwickelte sich mit der Gründung des Studios für Stimmforschung 1959 sowie der Lehrtätigkeit des Zahnmediziners Götz Methfessel auf dem Gebiet der Physiologie von Blasinstrumenten 1985 in Dresden neben Berlin der wichtigste musikermedizinische

---

<sup>165</sup> Schuppert et al. 2013

<sup>166</sup> Beispielhaft sei hier auf seine Habilitation „*Kortikale Gleichspannungspotentiale als hirnelektrische Korrelate von Sprachfunktionen: „Physiologie und Pathophysiologie“*“ (1992) sowie auf seine Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Neurophysiologie der Universität Freiburg in den Jahren 1983-1985, in denen er sich mit der Großhirnaktivierung bei Musikverarbeitung beschäftigte, hingewiesen (Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin Hannover 2017).

<sup>167</sup> Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin 2017.

<sup>168</sup> Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin 2020/2.

Standort in Ostdeutschland. Es dauerte jedoch auch nach der deutschen Wiedervereinigung noch einige Jahre, bis die musikermedizinischen Aktivitäten in einer Institution gebündelt wurden. So wurde als zweites Institut in Deutschland im Jahr 2000 das *Institut für Musikermedizin* in Dresden unter Leitung von Dr. Uwe Reinhardt (\*1953) und unter Trägerschaft der *Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden* gegründet. Über den Gründer des Instituts ist biographisch recht wenig herauszufinden. Der Dresdner Internist hat neben dem humanmedizinischen Studium in Berlin auch Orchesterdirigat eben in Dresden studiert und mit dieser Doppelkompetenz zunächst eine Ambulanz und im Jahre 2000 auch das angesprochene Institut gegründet. Neben dieser Errungenschaft erscheinen die dokumentierten musikermedizinischen Leistungen Reinhardts jedoch überschaubar<sup>169</sup>.

Entscheidender als die konkrete wissenschaftliche Leistung ist jedoch die strukturelle Errungenschaft. Durch die Integration der bis dato recht unabhängigen und auch weniger bedeutsamen musikermedizinischen Tätigkeitsfelder in Dresden wurde durch diese Synchronisation ein renommiertes Institut geschaffen. Neben der offensichtlich bemerkenswerten Tatsache, dass Dresden außerhalb von Hannover seit dem Jahr 2000 das erste Musikermedizinische Institut Deutschlands vorhielt, ist daher der wissenschaftssoziologische Mechanismus bemerkenswert: Die durch die DGfMM ausgelöste Bewegung hin zu einer innerdeutschen Bündelung von Qualifikationen und Kompetenzen findet hier im lokalen Maßstab ihre logische Fortsetzung. Dies ist ein eindrückliches konkretes Beispiel dafür, wie entscheidend die Gründung der DGfMM zur Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland beigetragen hat (siehe dazu auch Kapitel 5.5.1).

Interessant ist außerdem die Personalie des aktuellen Direktors, des Musikermediziners und studierten Pianisten Prof. Hans-Christian Jabusch. Bevor dieser im Jahr 2008 Direktor des Instituts wurde, war er von 2000 bis 2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit 2003 sogar Stellvertretender Direktor des Instituts für Musikphysiologie und Musiker-Medizin in Hannover<sup>170</sup> und kann daher als Schüler von Eckart

---

<sup>169</sup> siehe dazu auch: <https://www.stimme.de/hohenlohe/nachrichten/oehringen/Professor-Reinhardt-wird-neuer-Chefarzt-der-Inneren-Medizin;art1921,1017437> [Stand: 19.09.2020]

<sup>170</sup> Institut für Musikermedizin Dresden (2020).

Altenmüller gesehen werden<sup>171</sup>. Damit ergibt sich eine kontinuierliche Linie von Christoph Wagner über Eckart Altenmüller bis hin zu Hans-Christian Jabusch und damit verbunden eine räumliche Ausweitung von Dortmund über Hannover bis nach Dresden. Jabusch steht also gewissermaßen stellvertretend für eine neue Generation von Musikermedizinern in Deutschland, die jedoch nach wie vor von ihren Vorgängern geprägt wurden.

#### 5.5.4 Kurt-Singer-Institut Berlin

Nur zwei Jahre nach der Gründung des Dresdner Instituts wird der zweite wichtige ostdeutsche Ort musikermedizinischer Geschichte zum Standort des dritten gesamtdeutschen musikermedizinischen Instituts. In Berlin wird - interessanterweise unter doppelter Trägerschaft der *Hochschule für Musik Hanns Eisler* sowie der *Universität der Künste* – im Jahr 2002 das *Kurt-Singer-Institut für Musikphysiologie und Musikergesundheit* gegründet. Damit trägt dieses Institut als erstes einen Eigennamen und erinnert damit an die Verdienste von Kurt Singer in der Musikermedizin in Berlin, unter anderem als Leiter einer musikermedizinischen Beratungsstelle an der damaligen Hochschule für Musik in den Jahren 1923 bis 1932 (s.a. Kapitel 5.2.4), und verpflichtet sich damit auch dessen Anliegen die Musikermedizin in der Ausbildung junger Musiker zu verankern<sup>172</sup>. Außerdem knüpft es damit an die Tradition der Betreuung von Musikern im Rahmen des Berliner Bühnenambulatoriums in der DDR an (s.a. Kapitel 5.3.2) und belebt damit wieder die lange musikermedizinische Tradition in Berlin. Weitere Schritte zur Gründung des Instituts war die Etablierung des Fachs *Physioprophyaxe* als ersten bewegungsspezifischen Ausbildungsbestandteil in der Musikausbildung in Deutschland durch Dr. Hartmut Pohl an der Hochschule für Musik Hanns Eisler in den Jahren 1987 bis 1990 sowie das Angebot einer musikermedizinischen Sprechstunde an der damaligen Hochschule der Künste ab 1996<sup>173</sup>.

Unter der Leitung von Prof. Hartmut Möller wurde das Institut im Jahr 2002 mit einem Vorstand, bestehend sowohl aus Mitgliedern der Hochschule für Musik Hanns Eisler sowie der Universität der Künste, gegründet. Entscheidend war laut Angabe des Instituts dabei vor allem auch die Unterstützung durch die damaligen Rektoren der je-

---

<sup>171</sup> Zwischenzeitlich war Jabusch übrigens auch Vizepräsident der DGfMM (2017-2019) und ist bis heute Beisitzer im Vorstand (s.a. <https://dgfmm.org/die-gesellschaft/vorstand-beirat/> [Stand: 19.09.2020]).

<sup>172</sup> Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit Berlin 2017/2.

<sup>173</sup> Ebd.

weiligen Hochschulen, Prof. Dr. Patrick Dinslage (UdK) und Prof. Christhard Gössling (HfM Hanns Eisler)<sup>174</sup>. Ein interessantes Detail zur Person von Prof. Gössling, das die enge und wichtige Verzahnung der professionellen Musikszene und der universitären Musikermedizin widerspiegelt, ist die Tatsache, dass dieser Förderer der Musikermedizin in Deutschland nicht nur Rektor der HfM Hanns Eisler war, sondern damals wie heute Soloposaunist der berühmten Berliner Philharmoniker ist<sup>175</sup>.

Seit 2010 besteht neben dieser Vernetzung auch eine Kooperation mit der Berliner Charité, womit dem Institut neben Forschung und Lehre auch der unmittelbare Auftrag zur Krankenversorgung zukommt<sup>176</sup>. Diese dreifache Aufstellung der Musikermedizin war jedoch nicht die erste in Deutschland und folgt damit dem Vorbild des 2005 gegründeten Instituts für Musikermedizin Freiburg (s.a. Kapitel 5.5.5). Nach einer Phase kommissarischer Leiter wurde im Jahr 2014 Alexander Schmidt, Neurologe und studierter Pianist, auf die Professur für Musikermedizin - und der damit verbundenen Leitung des Kurt-Singer-Instituts - berufen, der seit 2017 auch Präsident der DGfMM ist.

### **5.5.5 Institut für Musikermedizin Freiburg**

Das Freiburger Institut für Musikermedizin, gegründet im Jahr 2005, ist gleich in mehrfacher Hinsicht von Dualitäten bestimmt und daher besonders bemerkenswert. Das Institut war deutschlandweit das erste, in dem das Musikermedizinische Institut nicht nur direkt an eine Musikhochschule angegliedert ist, sondern gleichzeitig auch durch die Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg sowie durch das Universitätsklinikum Freiburg getragen wird<sup>177</sup>. Die Kooperation zwischen Musikersausbildung und klinischer Versorgung spiegelt den musikermedizinischen Auftrag in besonderer Weise wider. Dieses gesamtheitliche Konzept zeichnet sich auch durch die thematische Schwerpunktsetzung aus. So spielt die Prävention musikerspezifischer Erkrankungen eine besondere Rolle. Die hauseigene Schriftenreihe *Freiburger Beiträge zur Musikermedizin* propagiert unter anderem das *Freiburger Präventionsmodell*, in dem ganzheitliche Ansätze wie zum Beispiel die auf der eige-

---

<sup>174</sup> Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit 2017/2.

<sup>175</sup> Berliner Philharmoniker 2020.

<sup>176</sup> Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit 2017/2.

<sup>177</sup> Albert-Ludwigs-Universität Freiburg et al. 2005.

nen Körperbewusstheit basierende *Feldenkrais-Methode* eine entscheidende Rolle spielen<sup>178</sup>.

Aber nicht nur in Struktur, auch *in persona* findet sich die Dualität des Freiburger Instituts wieder. Die zunächst ungewöhnliche anmutende Doppelspitze aus Prof. Bernhard Richter und Prof. Claudia Spahn ist ein Zeichen für die zweifache Schwerpunktsetzung des Instituts. Prof. Bernhard Richter ist ausgebildeter HNO-Facharzt, Phoniater und studierter Sänger. Dementsprechend liegt der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen und klinischen Arbeit im Bereich der künstlerischen Stimmbildung<sup>179</sup>. Prof. Claudia Spahn hingegen ist als Fachärztin für Psychosomatik und studierte Musikpädagogin mehr den psychologischen Aspekten des Musizierens, wie beispielsweise dem Lampenfieber, verpflichtet<sup>180</sup>. Konsequenterweise ist auch die Vertretung der Professuren an den entsprechenden Institutionen dieser Dualität verpflichtet. Die Professur von Claudia Spahn ist nämlich an der Musikhochschule angelegt, während die Professur von Bernhard Richter an der Albert-Ludwigs-Universität eingerichtet worden ist<sup>181</sup>.

Die Geschichte der Musikermedizin reicht jedoch schon bis einige Jahre vor die Gründung des Instituts für Musikermedizin. So wurde bereits 1999 das erste DFG-geförderte Projekt zur Musikergesundheit an der Musikhochschule Freiburg initiiert. Wissenschaftlich geleitet wurde dieses Projekt von Dr. Claudia Spahn<sup>182</sup>. Vermutlich unterhielt sie schon bereits bei diesem Projekt Unterstützung von Mirjam Nastasi (\*1946), die von 1996 bis 2006 Rektorin der Staatlichen Hochschule für Musik Freiburg war. Laut *Neuer Musikalischer Zeitung* soll Nastasi eine entscheidende Initiatorin für die Gründung des Freiburger Instituts für Musikermedizin gewesen sein<sup>183, 184</sup>.

Neben vielen anderen aktuellen Forschungsprojekten ist besonders ein DFG-gefördertes Projekt interessant: *Förderung des Transfers von Forschung in die Leh-*

---

<sup>178</sup> Steinmüller 2008.

<sup>179</sup> Richter et al. 2017.

<sup>180</sup> Spahn 2012.

<sup>181</sup> siehe dazu auch den Lebenslauf der beiden Institutsleiter auf der Homepage der Musikhochschule Freiburg (URL: [https://www.mh-freiburg.de/lehrende#anchor\\_R](https://www.mh-freiburg.de/lehrende#anchor_R) [Stand: 20.09.2020]).

<sup>182</sup> Wilske 2006.

<sup>183</sup> Ebd.

<sup>184</sup> Mirjam Nastasi studierte in Freiburg bei demselben Professor wie Eckart Altenmüller, nämlich bei dem berühmten Flötisten Aurèle Nicolet (1926-2016). Über die genauen zeitlichen Zusammenhänge sind keine Details zu eruieren, allerdings liegt die Vermutung nah, dass diese beiden entscheidenden Personen der deutschen Musikermedizin sich seit dem Studium kannten.

re<sup>185</sup>. In der Formulierung dieses Arbeitstitels wird eine Kernfrage der Musikermedizin in Deutschland deutlich: *Wie erreicht man es, die in der universitären Forschungslandschaft gewonnen Aspekte in die Breite der Laienmusik zu transferieren?* Das in diesem Projekt *gebildete Netzwerk Musikhochschulen* kann unter der Leitung der Koordinationsstelle Freiburg sicher wichtige Impulse bei der Ausbildung zukünftiger Musiklehrerinnen und Musiklehrer setzen, um musikermedizinische Themen auch im Amateurbereich stärker zu repräsentieren.

In der Lehre der Medizin- und Musikstudierenden liegt der Schwerpunkt deutlich aufseiten der Musikstudierenden. Einerseits werden hierbei zahlreiche Veranstaltungen aus dem Bereich der Gesundheitsprävention angeboten<sup>186</sup>. Dabei werden diverse Bestandteile des Freiburger Präventionsmodell abgedeckt. Dem gegenüber stehen zahlreiche Kurse, die sich mit der Physiologie und Anatomie des Musizierens, insbesondere des Singens, beschäftigen<sup>187</sup>.

Die Kurse für Medizinstudierende sind dagegen wesentlich kompakter gehalten. Die Pflichtlehre besteht lediglich aus der Beteiligung an den Anatomievorlesungen in der Vorklinik und im klinischen Studienabschnitt einer Vorlesung sowie einem Seminar. Im Wahlpflichtbereich können die Studierenden vertiefend bereits in der Vorklinik am zweisemestrigen Seminar *Musikermedizin* teilnehmen – eine *einmalige Möglichkeit für Medizinstudierende in Deutschland*<sup>188</sup>. In der Klinik besteht dann die Option einer einwöchigen Hospitanz mit Patientenbericht<sup>189</sup>.

Insgesamt zieht sich die durch die Doppelspitze symbolisierte Dualität damit durch fast alle Bereiche des Freiburger Instituts für Musikermedizin. Besonders bemerkenswert ist die doppelte Trägerschaft mit dem Universitätsklinikum Freiburg – eine bis dahin einmalige Verbindung in der deutschen Musikermedizinlandschaft.

### **5.5.6 Peter-Ostwald-Institut für Musikergesundheit Köln**

Zu den jüngsten musikermedizinischen Instituten in Deutschland gehört das Peter-Ostwald-Institut für Musikergesundheit in Köln. Nachdem in Person des heutigen Lei-

---

<sup>185</sup> Nusseck 2016.

<sup>186</sup> Musikhochschule Freiburg 2018.

<sup>187</sup> Ebd.

<sup>188</sup> Universitätsklinikum Freiburg 2020.

<sup>189</sup> Ebd.

ters Peer Abilgaard – studierter Opernsänger und Psychiater – an der Kölner Musikhochschule bereits seit 1998 Kurse zu unterschiedlichen Bereichen des *gesunden Musizierens* angeboten werden<sup>190</sup>, wurde im Jahr 2010 das eigenständige *Peter-Ostwald-Institut für Musikergesundheit* unter Trägerschaft der Hochschule für Musik und Tanz in Köln eröffnet.<sup>191, 192</sup> Der Schwerpunkt der Institutsarbeit liegt dem eigenen Internetauftritt zufolge vor allem auf der Ausbildung angehender Berufsmusiker hin zu einem gesunden Musizieren: So umfasst der institutseigene Lehrplan Punkte wie Mentales Training, Alexander-Technik, Yoga sowie Tanz- und Körpertraining<sup>193</sup>.

Bemerkenswert ist auch an diesem Institut jedoch vor allem auch wieder eine personelle Komponente. Der Leiter des Instituts, Peer Abilgaard, ist neben seiner Tätigkeit an der Hochschule für Musik als einziger Institutsleiter an einem eigenständigen Musikermedizinischen Institut in Deutschland auch noch an anderer Stelle ärztlich tätig. Er ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an den Sana Kliniken in Duisburg<sup>194</sup> und verbindet damit auf singuläre Weise das klassische, etablierte ärztliche Tätigkeitsspektrum mit dem innovativen, noch entstehenden Gebiet der Musikermedizin.

### **5.5.7 Ambulanzen für Musikermedizin in Düsseldorf, München und Münster**

Ein letztes, bemerkenswertes Phänomen ist die Tatsache, dass neben eigenständigen Institutionen mit dem mehr oder minder ausgebildeten Dreiklang aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung auch immer mehr isolierte *Musikerambulanzen* entstehen, die sich vor allem auf den letzten der drei vorangegangenen Punkte fokussieren. Die hier vorgetragene Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und soll – wie die gesamte Arbeit – wichtige Vertreter vorstellen, um so die Gesamtentwicklung der deutschen Musikermedizin nachzeichnen zu können.

---

<sup>190</sup> Hochschule für Musik und Tanz Köln 2018.

<sup>191</sup> Dinter 2020.

<sup>192</sup> Der Namenspatron des Instituts, Peter F. Ostwald, war übrigens ein amerikanischer Psychiater des 20. Jahrhunderts, der einige psychologische Abhandlungen über berühmte Komponisten (Wolfgang Amadé Mozart, Robert Schumann etc.) und Interpreten (Glenn Gould) verfasste. Eine direkte Beziehung zum Standort Köln ist nicht offensichtlich, jedoch spiegelt die enge Verflechtung von Musik und Psychiatrie das Tätigkeitsfeld des Institutsleiters Peer Abilgaard wider.

<sup>193</sup> Peter-Ostwald-Institut 2019.

<sup>194</sup> Sana Kliniken Duisburg 2020.

Die Musikerambulanz an der Universitätsmedizin Düsseldorf wurde wohl als erste ihrer Art in Deutschland im Jahr 2012 gegründet<sup>195</sup>, es folgten Münster 2014<sup>196</sup> und München 2015<sup>197</sup>. So unterschiedlich die Anlagen und fachlichen Spezialgebiete der einzelnen Musikerambulanzen auch sind, gemeinsam ist Ihnen das fortschrittliche Konzept, das Ihnen innewohnt. Musikermedizin wird gewissermaßen raus aus dem Elfenbeinturm und hin zu den Patienten transportiert, damit sie auch da stattfindet, wo man sich Heilung bei Krankheit erhofft – in einer Klinik im Sinne der primären Krankenversorgung. Sicher ist auch dieses Konzept isoliert betrachtet nicht das optimale Versorgungskonzept, da sicher auch die Etablierung im Rahmen der Ausbildung – wie es an den *klassischen* Musikermedizinischen Instituten stattfinden – ein integraler Bestandteil hin zur gesamtgesellschaftlichen Musikergesundheit ist. Diese erst vor wenigen Jahren entstandenen Ambulanzen ergänzen jedoch das Portfolio und bieten so eine zusätzliche Anlaufstelle für musikermedizinische Beratung.

---

<sup>195</sup> Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf 2012.

<sup>196</sup> Westfälische Nachrichten 2014.

<sup>197</sup> Klinikum rechts der Isar München 2015.

## 6. Aktueller Stand der Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland

Nachdem zum Teil schon eine erste Einschätzung zum Stand der Institutionalisierung der jeweiligen Epoche (s.a. Kapitel 5.2.5) bzw. des entsprechenden Landes abgegeben wurde, soll dieses Kapitel dazu dienen, diese Bewertungen zu verbinden und eine übergreifende Perspektive zu erzeugen, aus der sich die Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland kohärent nachvollziehen lässt.

### 6.1 Die historische Gesamtentwicklung der deutschen Musikermedizin

Die Geschichte der Musikermedizin in Deutschland lässt sich in vier wichtige Phasen einteilen, die zwar in weiten Teilen mit den oben genannten Epochen übereinstimmen, teilweise jedoch auch Überlappungen aufweisen. Diese Phasen – die im Folgenden kurz beschrieben werden – sind die *Sondierung*, die *Systematisierung*, die *Potenzierung* und die *Konsolidierung*.

Die erste Phase der *Sondierung* beschreibt die Zeit, in der das Fach entdeckt und langsam als eigenständiges Fachgebiet erkennbar wurde. Zu dieser Phase zählt sicher bereits das frühe Werk von Ramazzini (Kapitel 5.1)<sup>198</sup>, das zwar kein deutsches Werk ist, das jedoch gleichwohl als erstes dokumentiertes musikermedizinisches Werk ins Deutsche übersetzt wurde. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass mit *De morbis artificum diatriba* erstmals in Deutschland ein Bewusstsein für die Musikermedizin geschaffen wurde – wenn das Thema auch im 18. Jahrhundert wohl lediglich als ein arbeitsmedizinisches Spezialgebiet angesehen wurde.

Dass die Phase der *Sondierung* noch bis ins späte 19. Jahrhundert hineinreichte, zeigen die Arbeiten von Friedrich Adolf Steinhausen (Kapitel 5.2.2) und Karl Sundelin (Kapitel 5.2.1). Beide sind teilweise noch in der ersten Phase der *Sondierung* gefangen, zeigen jedoch auch schon Tendenzen hin zur darauffolgenden Phase. Während Sundelin zwar eine annähernd monographische Form seiner Arbeit wählt und damit bereits die großen deutschen musikermedizinischen Monographien des frühen 20. Jahrhunderts (Flesch, Singer) gewissermaßen vorwegnimmt – und damit formal bereits in die Zukunft weist –, ist eine Arbeit noch einem eher praktischen *Ratgeber*-

---

<sup>198</sup> Ramazzini 1978.

Wissen gleich als dass es einen wissenschaftlich-systematischen Ansatz verfolgt<sup>199</sup>. Es ist damit noch stark Ramazzinis Idee der praktischen Arbeitsmedizin verpflichtet und weißt inhaltlich aufgrund der recht unspezifischen Krankheitsbilder, die beschrieben werden, leider noch nicht sehr weit in die Zukunft.

Umgekehrt liegen die Dinge bei Steinhausen. Bei ihm ist die Form eher einem losen Zusammenschluss mehrerer kleiner Beiträge zur Musikphysiologie und zur Musikermedizin gleich. Es fehlt bei ihm der systematisch-monographische Anspruch wie ihn etwa zwanzig Jahre später Flesch und Singer verfolgen sollten. Jedoch zeigen die Inhalte seiner Arbeiten bereits Bezüge zum späten 20. Jahrhundert und den Forschungen Christoph Wagners in seinen frühen Jahren in Dortmund auf. Steinhausen beschäftigte sich in seinen früheren Werken vor allem mit musikphysiologischen Erscheinungen – für ihn waren die Streichinstrumente, was für Wagner später das Klavier sein sollte. In den späteren Arbeiten beschäftigte er sich jedoch auch vermehrt mit der Pathologie und leitete damit aus den physiologischen Forschungen medizinisches Wissen ab. Er durchlief damit in wenigen Jahren um die Jahrhundertwende und natürlich in viel begrenzterem Maßstab den Wandel, den Christoph Wagner und mit ihm die gesamtdeutsche Musikermedizin von den 1960er Jahren bis in die frühen 1990er Jahre vollziehen sollte.<sup>200</sup>

Nachdem in dieser ersten Phase das Gebiet als eigenständig erkennbar wurde, folgt in der zweiten Phase, der *Systematisierung*, die innergebietsliche Definition aufgrund identitätsstiftender Monographien. Höhepunkt dieser Phase waren ohne Zweifel die Monographien von Julius Flesch (1925, s.a. Kapitel 5.2.3) sowie die Arbeit Kurt Singers (1926, s.a. Kapitel 5.2.4). Während bei Flesch vor allem das singuläre Werk als bedeutendes Ereignis im Zentrum stand, steht bei Singer die gesamte Person für die Weiterentwicklung der Musikermedizin und die weit in die Zukunft gerichtete Vorstellung von deren Etablierung in der deutschen Hochschullandschaft. Das Werk *Berufskrankheiten des Musikers* von Julius Flesch aus dem Jahre 1925 stellt einen Höhepunkt des systematisch-monographischen Stils in der deutschen Musikermedizin dar.

---

<sup>199</sup> Zumindest müssen wir dies insoweit feststellen, als es uns die spärliche Quellenlage der Rezensionen (s.a. Kapitel 5.2.1) erlaubt.

<sup>200</sup> Interessant – wenn auch für die gesamtgeschichtliche Entwicklung nicht relevant – ist die Tatsache, dass genauso wie Wagner in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die Arbeiten von F. A. Steinhausen die klavierspezifische Instrumentalpädagogik wesentlich beeinflussen sollte. (Matuschek 1987, S. 39-44).

Durch dieses Werk erlebt die Musikermedizin gewissermaßen eine Renaissance als eigenständiges arbeitsmedizinisches Teilgebiet. Jedoch sind Umfang und Spezifität nicht annähernd vergleichbar mit der Arbeit von Ramazzini. Interessant ist vor allem auch die Rezeption seines Werks. Während die Arbeiten von Sundelin und Steinhäuser auf zumindest akademisch eher geringes Interesse gestoßen sind, wurde die Person von Julius Fleisch eng mit seinem Hauptwerk verknüpft<sup>201</sup>.

Eine Steigerung dieser Reputation erfuhr lediglich Kurt Singer in Berlin. Wie bereits in Kapitel 5.2.4 beschrieben war neben seinem wichtigen Hauptwerk von 1926 vor allem seine Persönlichkeit und seine Aktivitäten innerhalb des aufstrebenden Berlins entscheidend für eine Etablierung der Musikermedizin im Berlin der 1920er und 1930er Jahre. Singer steht damit als Persönlichkeit am Übergang vom monographisch-systematisierenden Beschreiben innerhalb der Musikermedizin hin zu einer beginnenden *Potenzierung* des Fachgebiets im Sinne einer Ausdehnung auf die praktische Tätigkeit als Musikermediziner sowie die Lehre. Durch diese Trias aus Forschung, Lehre und Krankenversorgung weist er damit weit in die Zukunft des beginnenden 20. Jahrhunderts und nimmt moderne Konzepte der Musikermedizinischen Institute in Deutschland vorweg. Er legte damit im Mikrokosmos Berlin durch die Schaffung eines Bewusstseins für das, was über das Fachliche hinaus für die Etablierung eines Fachgebiets relevant sein kann, den Grundstein für die gesamtdeutsche Entwicklung ab 1945.

Genau diese Entwicklung stellt die Phase der *Potenzierung*<sup>202</sup> der Musikermedizin in Deutschland dar, also den Abschnitt der Geschichte, in dem das Fachgebiet nicht nur definiert, sondern zunehmend durch unterschiedlichste Mechanismen (s.a. Kapitel 6.2) etabliert wird. In dieser Phase muss man aufgrund der deutschen Teilung nach dem zweiten Weltkrieg die Prozesse in der DDR und Westdeutschland getrennt betrachten.

---

<sup>201</sup> Biströn 1925.

<sup>202</sup> Der Begriff *Potenzierung* wird hier in klarer Abgrenzung zum Begriff der *Institutionalisierung* verwendet, der ja die Gesamtentwicklung beschreibt (Kapitel 2.1). Ebenso abzugrenzen ist der Begriff der *Konsolidierung*, in dem weniger Innovationen als vielmehr die Stabilisierung etablierter Strukturen das Bild prägen. *Potenzierung* steht damit für einen dynamischen Prozess des fachgebietlichen Wachstums.

Während die gesamte Entwicklung der Musikermedizin in Westdeutschland mit der Person von Christoph Wagner und dessen Wirkungsstätten zunächst in Dortmund und später Hannover verbunden ist (Kapitel 5.4.2), fallen in der DDR zwei Standorte auf: Zum einen nimmt das Berliner Bühnenambulatorium eine zentrale Rolle in der arbeitsmedizinischen Versorgung der Künstler ein (Kapitel 5.3.2), stimmmedizinische Forschung und Lehre haben ihren Schwerpunkt dagegen im Studio für Stimmforschung in Dresden (Kapitel 5.3.1), das zusammen mit der Lehrtätigkeit von Götz Menthfessel und der damit verbundenen Erweiterung des angebotenen Leistungsspektrums als eine frühe Form des heutigen Dresdner Instituts für Musikermedizin angesehen werden kann.

In beiden deutschen Staaten schufen die so gebildeten, zunächst singulären Institutionen eine breitere Aufstellung des Fachgebiets in Forschung und Lehre und setzen damit den durch Kurt Singer begründeten Anspruch fort. Die darauffolgende Epoche nach der Wiedervereinigung im Jahre 1990 entspricht der bereits angesprochenen Phase der *Konsolidierung*. In Hannover, Dresden und Berlin erprobte Strukturen wurden adaptiert und modifiziert. Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin entstand die entscheidende Plattform für fachlichen und persönlichen Austausch innerhalb Deutschlands. Durch diese Vernetzung folgten dann vor allem in den Jahren ab 2000 die Gründungen der großen Institute in Dresden (2000), Berlin (2002), Freiburg (2005), Köln (2010) sowie die Etablierung wichtiger Musikermedizinischer Ambulanzen in Düsseldorf (2012), Münster (2014) und München (2015).

Diese Aufzählung zeigt die Dynamik, die seit etwa 20 Jahren innerhalb der Musikermedizin in Deutschland aufgekommen ist. Damit ist die Musikermedizin dem Ideal Kurt Singers entsprechend endgültig im Wissenschaftsbetrieb „angekommen“. Durch die Trias von Krankenversorgung, Lehre und Forschung bildet sie zumindest formal alle Gebiete eines klassischen, eigenständigen Fachgebiets ab. Eine genauere institutionstheoretische Einordnung steht jedoch noch aus. Diese soll im Folgenden beleuchten, inwieweit die Musikermedizin tatsächlich als eigenständiges Fachgebiet begriffen werden kann und in welchem Stadium des Prozesses der Institutionalisierung sie sich aktuell befindet.

## 6.2 Institutionalisierungstheoretische Einordnung

Um eine übersichtliche Darstellung des Standes der Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland wiedergeben zu können, soll im Folgenden nicht jede einzelne Modell, das in Kapitel 2 besprochen wurde, als Grundlage dienen, sondern die in Kapitel 2.6 aus diesen Theorien hervorgehenden Operatoren. Als zusammenfassende Rekapitulation soll hier nochmal an die Grundlegenden Phasen des Institutionalisierungsmodells von Pfetsch und Zloczower<sup>203</sup> erinnert werden, das auch der folgenden Abhandlung zugrunde liegt:

1. Innovationsphase
2. Institutionalisierungsphase
3. Diffusionsmodell

Als Innovationsphase der deutschen Musikermedizin kann die Zeit zwischen 1831 und 1974 angesehen werden. Zwischen dem Erscheinen der ersten musikermedizinischen Abhandlung von Karl Sundelin und der Gründung des Instituts für Experimentelle Musikpädagogik in Hannover 1974 vergingen 143 Jahre, in denen vor allem die Forschung einzelner Persönlichkeiten den Fortschritt des gesamten Fachgebiets repräsentierte<sup>204</sup>.

Damit steht im von Dualität geprägten Modell von Gyzicki<sup>205</sup> dem zunehmend akkumulierten Wissensbestand eine bis zur Zeit von Kurt Singer nicht vorhandene institutionelle Innovationsbereitschaft gegenüber. Über die Gründe für diese Verzögerung kann nur spekuliert werden. Das mangelnde Interesse der breiten Öffentlichkeit aufgrund der doch recht kleinen Zielgruppe dieses Fachgebiets<sup>206</sup> sowie das Fehlen geeigneter Kommunikationsplattformen mögen neben dem zwar singulär bemerkenswerten, jedoch absolut gesehen geringem Wissensbestand<sup>207</sup> annehmbare Gründe sein. Im Übrigen können alle Phasen des Wissenserwerbs wie in Kapitel 6.1

---

<sup>203</sup> Pfetsch und Zloczower 1973.

<sup>204</sup> An dieser Stelle soll nicht nochmal detailliert auf Sundelin, Steinhausen, Flesch und Singer eingegangen werden. Es sei auf die entsprechenden Kapitel dieser Arbeit verwiesen.

<sup>205</sup> Gyzicki 1976.

<sup>206</sup> Nicht zuletzt war die beruflich-gewerkschaftliche, organisierte Ausübung von Musik zu dieser Zeit noch nicht so weit entwickelt wie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

<sup>207</sup> Dies bezieht sich zumindest auf die Arbeiten Sundelin und Steinhausen. Flesch mit seinem ersten monographischen Werk sowie insbesondere Singer mit dem ebenso bemerkenswerten Werk und seinen persönlichen und beruflichen Vernetzungen deuten schon weit in die Zukunft, werden jedoch aufgrund des zweiten Weltkriegs nicht zu voller Blüte gelangen.

gesehen dieser Phase zugeordnet werden: Sondierung, Systematisierung und Potenzierung (Details s. Kapitel 6.1).

Die institutionelle Innovationsbereitschaft keimte erstmalig im Berlin der 1920er und frühen 1930er mit der Person von Kurt Singer auf. Er schafft es als Erster, das junge Fach sowohl in der Lehre als auch in der praktischen Ausübung an einer Musikhochschule zu etablieren. So symbolisierte diese Stellung auch die Anerkennung in der universitären Gemeinschaft und stellt damit einen wichtigen außerwissenschaftlichen Faktor im Modell nach Ben-David<sup>208</sup> dar. Wenngleich er Profiteur der Arbeiten seiner Vorgänger sowie seiner Zeit gewesen sein mag, darf Kurt Singer damit sicher als wichtigster Musikermediziner Deutschlands vor dem zweiten Weltkrieg bezeichnet werden.

Nach dem Zweiten Weltkrieg setzte eine andere Persönlichkeit dieses Erbe an anderer Stelle fort<sup>209</sup>: Christoph Wagner ebnete mit seinen Arbeiten am Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund ab 1964 besonders bezüglich des nach Gyzicki vorgesehenen akkumulierten Wissensbestands den Weg der Musikermedizin in die Zukunft. Aber auch Wagner war für zehn Jahre ein mehr oder weniger isolierter Einzelkämpfer, womit seine frühen Arbeiten noch der Innovationsphase nach Pfetsch zuzuordnen wären. Erst mit der Gründung des Instituts für Experimentelle Musikpädagogik an der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover im Jahre 1974 – und hierbei sollte das Verdienst des damaligen Hochschulpräsidenten Richard Jakoby (1929-2017) keinesfalls unterschätzt werden – nahm die Musikermedizin in Deutschland den großen und wichtigen Schritt hinein in die Phase der Institutionalisierung<sup>210</sup>.

Die Institutionalisierungsphase der Musikermedizin in Deutschland erstreckt sich von der Gründung des ersten Instituts in Hannover 1974 bis zu ihrem Höhepunkt, der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin

---

<sup>208</sup> Ben-David und Collins 1966.

<sup>209</sup> Ob im Bewusstsein der Arbeiten Kurt Singers kann nicht sicher rekonstruiert werden, es ist jedoch anzunehmen.

<sup>210</sup> Hier kollidieren zwei Begrifflichkeiten des Wortes „Institutionalisierung“. Zum einen ist der Gesamtprozess gemeint, welcher die Phasen von Innovation bis zur Diffusion beinhaltet (nach Pfetsch). Zum anderen ist hiermit auch eine konkrete Phase, nämlich die zweite, innerhalb dieses Gesamtprozesses beschrieben. Leider lässt sich diese Doppelbelegung nur schwer vermeiden. Es sollte jedoch aus dem Zusammenhang klar werden, von welchem Begriff jeweils gesprochen wird.

1994 und ist damit eng mit der Person Christoph Wagners und seines Instituts in Hannover verbunden. Wichtigster Faktor hin zur Institutionalisierung ist die Anerkennung und Etablierung des Fachs an einer Musikhochschule. Die institutionalisierungstheoretische Einordnung von dem, was in Hannover 1974 geschah, ist ein Reflex des gleichartigen Prozesses, den Kurt Singer im Berlin der 1920er Jahre auslöste. Der wichtige Unterschied liegt jedoch darin begründet, dass der Gründung des Instituts in Hannover kein politischer Umbruch und kein Weltkrieg folgte, sodass Christoph Wagner mit seinem Team über die nächsten Jahrzehnte kontinuierliche Forschungs- und Arbeitsbedingungen vorfand, um das neue Fach voranzutreiben.

Während in der Bundesrepublik Deutschland der wissenschaftliche Anspruch im Vordergrund stand – anfangs vor allem von der Erforschung der Klavierpädagogik getrieben –, wurden in der DDR zum einen angewandte Arbeitsmedizin am Berliner Bühnenambulatorium sowie andererseits wissenschaftlich-didaktische Studien in Dresden am Studio für Stimmforschung betrieben. Wenngleich die Anzahl der Beiträge, die hier bis 1990 entstanden sind, eher gering ist, so war die Etablierung der Strukturen sicher der wichtigste Grund dafür, dass später Dresden (2000) und Berlin (2002) die ersten Orte waren, an denen in Deutschland neben Hannover Musikermedizinische Institute gegründet wurden. Man sieht an diesem Beispiel sehr plastisch, wie die Verdienste der Institutionalisierungsphase in der späteren Diffusionsphase konkrete Früchte trugen (Details: siehe unten).

Neben der Etablierung von Lehrrollen (*teaching institutions*) sieht Clark noch zwei weitere Faktoren als essenziell für die Phase der Institutionalisierung an<sup>211</sup>, nämlich die Abgrenzung durch ein eigenes Vokabular (*specialized vocabulary*) sowie die Durchführung von Kongressen und Etablierung von Fachzeitschriften (*professional activities*). Nachdem die internationale Musikermedizin bereits in den 1980er an Fahrt aufnahm<sup>212</sup>, wurde die Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin im Jahre 1994 gegründet und erfüllte fortan jene Aufgaben, die Clark definierte. Zumindest bezüglich der ebenfalls 1994 gegründeten Fachzeitschrift ist dies gut belegbar. Und auch ohne eine eingehende semantische Analyse kann man sich

---

<sup>211</sup> Clark 1968

<sup>212</sup> Hierunter fallen die Gründung der Britischen Fachgesellschaft (*British Association for Performing Arts Medicine*), die Gründung der PAMA (*Performing Arts Medicine Association*) in den USA sowie die Gründung der *International Society for Music in Medicine (ISMM)*, auf deren Kongress 1985 in Lüdenscheid wohl auch die Idee zur Gründung der deutschen Fachgesellschaft gelegt wurde (Blum 2014).

sehr gut vorstellen, dass die Zeitschrift sowie der regelmäßige Austausch der deutschen Musikermediziner auf dem Boden dieser Gesellschaft die Grundlage für ein eigenständiges Vokabular legten. Die Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin legte mit ihrer Arbeit die Grundlage für die Phase der Diffusion des Fachgebiets, die ab dem Jahr 2000 einsetzen sollte.

In die dritte Phase der *Diffusion* trat die deutsche Musikermedizin ab dem Jahr 2000 mit der Gründung des Instituts für Musikermedizin in Dresden ein. Ebenso wie die Gründung des Instituts in Berlin im Jahr 2002 profitierten beide Standorte vom Erbe der DDR, dem Berliner Bühnenambulatorium auf der einen und dem Studio für Stimmforschung in Dresden auf der anderen Seite.

Das erste Institut im Südwesten Deutschlands war das im Jahr 2005 gegründete Freiburger Institut für Musikermedizin. Es symbolisiert durch die erstmalige Angliederung an Klinik, Universität und Musikhochschule die Diffusion nicht nur in räumlicher, sondern auch institutioneller Dimension und ist damit auch Vorbild für die Kooperation des Berliner Instituts mit der Charité seit 2010.

Neben dieser wissenschaftlichen Diffusion, die sich im Übrigen nicht nur in den großen Institutsgründungen, sondern auch diversen kleineren Lehrformaten und Forschungsprojekten in ganz Deutschland niederschlägt, spielt vor allem auch die klinische Diffusion eine entscheidende Rolle. Wie bereits in Kapitel 6.1. beschrieben entstehen zahlreiche Musikermedizinische Ambulanzen an den großen Kliniken des Landes (unter anderem in Düsseldorf, Münster und München). Auch wenn diese Phänomene immer wieder durch einzelne, starke Persönlichkeiten – oft mit musikalischem Hintergrund in der Biografie – angetrieben werden, so zeigt die Breite, in der sie auftreten, dennoch das wachsende Bewusstsein insbesondere in der professionellen Musikszene.

## 7. Fazit und Ausblick

Im vorangegangenen Kapitel wurde die Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland zusammengefasst und der Stand der Institutionalisierung anhand unterschiedlicher Modelle festgestellt. Der folgende Abschnitt soll diese Ergebnisse einordnen, bewerten und einen Ausblick in die Zukunft der Musikermedizin in Deutschland wagen.

Anhand der in Kapitel 6.2. vorgenommenen Einordnung des Standes der Institutionalisierung der Musikermedizin als eigenständiges Fachgebiet konnte gezeigt werden, dass entsprechen der in Kapitel 2 vorgestellten Modelle ein sehr weiter Fortschritt der Institutionalisierung zu beobachten ist. Die Kriterien, anhand derer diese Bewertung jedoch durchgeführt wurde, stammen zum einen aus den 1960er bis 1980er Jahren und sind zum anderen allgemeine, internationale Institutionalisierungsmodelle und können daher nicht sämtliche Spezifika eines deutschen medizinischen Fachgebiets im Jahre 2020 berücksichtigen.

Eine dieser Besonderheiten ist das medizinische Ausbildungssystem in Deutschland. Vor allem das post-universitäre Ausbildungssystem, also der Erwerb von Facharzt-kompetenzen und Zusatzbezeichnungen, ist von den jeweiligen Landesärztekammern (LÄK) in den Weiterbildungsordnungen geregelt. Diese wiederum basieren auf der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK), die den LÄK gewissermaßen als Vorlage dient. In der aktuellen Musterweiterbildungsordnung der BÄK von 2018 findet die Musikermedizin weder als Facharztbezeichnung noch als Zusatzbezeichnung Erwähnung<sup>213</sup>. Die höchstmögliche Anerkennung als eigenständiges medizinisches Fachgebiet innerhalb Deutschlands blieb daher also bisher aus. Interessant ist jedoch ein Dokument einer Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin (DGfMM) vom 7. September 2018, das Hans-Christian Jabusch dem Autor dankenswerterweise zukommen ließ. Hier steht in einem Absatz:

*„Auf PD Steinmetz' Initiative hin wurde bei der Bundesärztekammer (BÄK) die Schaffung einer strukturierten, curriculären Weiterbildung Musikermedizin beantragt. Die*

---

<sup>213</sup> Bundesärztekammer 2018.

*diesbezügliche Korrespondenz mit den Landesärztekammern und der BÄK hat seit Dezember 2018 im wesentlichen Frau Dr. Katja Regenspurger übernommen. Sie berichtet, dass eine Entscheidung der BÄK zugunsten der Schaffung eines BÄK-Fortbildungscurriculums gefallen ist. Obgleich die ursprünglich beantragte strukturierte curriculäre Weiterbildung nun nicht weiterverfolgt wird, ist dies eine erfreuliche Entwicklung. Sobald die BÄK intern die nächsten Schritte zur Erstellung des Curriculums abgestimmt hat, kommen die dort Verantwortlichen wieder auf die DGfMM zu.“*

Es scheint also innerhalb der DGfMM ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Etablierung innerhalb der Musterweiterbildungsordnung der BÄK zu bestehen. Da bereits eine Zusage seitens der BÄK ausgesprochen wurde, ist in den kommenden Jahren möglicherweise mit einer Verankerung der Musikermedizin zu rechnen. Dies wäre auch im Sinne des Schutzes dieser Bezeichnung wichtig, da der Begriff *Musikermediziner/in* aktuell nicht geschützt ist, ein Defizit, das auch weniger qualifizierten Medizinern Zugang zu den Patienten eröffnet, die häufig nicht feststellen können, welche Qualifikationen ausreichend sind, um *Musikermediziner/in* zu sein. Dies wiederum führt zu einer öffentlich uneinheitlichen und teilweise möglicherweise sogar zu einer minderen Einschätzung des Fachgebiets.

Die Musikermedizin wird in Deutschland daher künftig davon profitieren, diesen Weg intensiv weiter zu verfolgen. Durch die Anerkennung in der Musterweiterbildungsordnung der BÄK würde nicht nur eine neue Ebene der fachlichen Definition erreicht, es könnte auch – insbesondere bei angehenden und etablierten Medizinern – ein neues Bewusstsein für das Fachgebiet geschaffen werden.

Neben der Spezialisierung als Fachgebiet spielt vor allem auch die Dualität von Musikern und Medizinern eine entscheidende Rolle für die Zukunft des jungen Fachgebietes. Noch zu häufig sind die Musikermedizinischen Institute lediglich einer Musikhochschule angegliedert. Von wenigen positiven Beispielen wie dem Freiburger Institut für Musikermedizin abgesehen fällt damit die interdisziplinäre Verbindung zwischen Musik und Medizin aus, und Medizinstudierende werden von dem Fachgebiet nicht erreicht. Es ist selbstverständlich schwer, einen verpflichtenden Anteil *Musikermedizin* im bereits sehr ausgefüllten Medizinstudium zu etablieren. Durch Wahl-

pflichtbereiche bestünde hier jedoch eine Möglichkeit die musikalisch interessierten Studenten für das Fach zu begeistern.

Umgekehrt sollten alle Musikstudenten in Deutschland im Studium verpflichtend Kontakt zur Musikermedizin erhalten. Damit sind nicht nur häufig körperbewusstseinsorientierte Methoden wie Feldenkrais-Methode oder Alexandertechnik gemeint, sondern systematische Seminare zu den Auswirkungen des lebenslangen beruflichen Musizierens auf den Körper und die Gesundheit. Neben präventiven Strategien müssten hier auch anatomisch-physiologische Grundkenntnisse vermittelt werden. So wird sichergestellt, dass der Musiker im Falle eines medizinischen Problems ein Bewusstsein dafür hat, dass es spezielle Musikermediziner für ihn gibt und er aufgrund des bereits erfolgten Kontakts im Studium keine Hemmschwellen hat diese aufzusuchen.

Verbunden mit der Vermittlung von Wissen im Studium ist die Außenrepräsentation des Fachgebiets Musikermedizin. Da das Fach sehr vielgestaltig ist und es aktuell keine spezielle Facharztausbildung zum Musikermediziner gibt, wird sich hinter *dem Musikermediziner* immer ein spezieller Facharzt mit vor auf seinem Gebiet erworbenen Kenntnissen und Erfahrungen der Musikermedizin finden. Ein musikermedizinisch gebildeter Neurologe ist beispielsweise Spezialist für die fokale Dystonie bei Pianisten, während der musikermedizinische Orthopäde vor allem Haltungsschäden bei Streichern behandelt und der HNO-Arzt Sänger betreut. Für den Patienten, also den kranken Musiker, darf diese Unterscheidung jedoch primär keine Rolle spielen. Es muss also ein Konzept gefunden werden, wie jeder Patient für seine spezifische Beschwerde dem entsprechenden Spezialisten zugeführt werden kann.

Zum einen müsste dafür bereits im Studium der Musikstudenten das Bewusstsein für die Vielfältigkeit des Fachgebiets geschaffen werden<sup>214</sup>, und zum anderen ein einfaches Werkzeug an die Hand gegeben werden, um den passenden Spezialisten in der Umgebung zu finden. Dies könnte im IT-Zeitalter beispielsweise über eine Onli-

---

<sup>214</sup> Eventuell ist hier sogar ein von der DGfMM in Kooperation mit den deutschen Musikhochschulen erstelltes Lehrcurriculum für Musikstudenten denkbar. So könnten jeweilige Spezialisten nicht nur an ihrer Hochschule lehren, sondern auch deutschlandweit (Online-)Seminare abhalten. So würde in Hannover beispielsweise nicht mehr nur neurowissenschaftlich geprägte Musikermedizin gelehrt, sondern auch Seminare der Freiburger Instituts über Sängerphysiologie und Lampenfieber angeboten. Die Digitalisierung macht solche Modelle denkbar.

nesuche, welche auch durch die Deutsche Orchestervereinigung propagiert werden könnte, geschafft werden.

Ohnehin dürfte die Digitalisierung und die Internationalisierung eine große Chance für die Musikermedizin darstellen. Mit der hiesigen „Orchesterlandschaft“ liegen in Deutschland international einmalige Bedingungen zur Erforschung und Erprobung musikermedizinischer Sachverhalte vor. Bei entsprechender internationaler Vernetzung und einheitlicher Organisation könnte Deutschland damit in Zukunft eine internationale Führungsrolle in der Musikermedizin einnehmen. Entscheidend dafür wäre jedoch die Zusammenfassung der Erkenntnisse in Leitlinien, die auch in einer englischen Version verfügbar sind. Diese Leitlinien würden neben dem internationalen Renommee auch vielen weniger musikermedizinisch bewanderten (Haus-)Ärzten ein Leitfaden sein und würden damit zur Etablierung des Fachgebiets im allgemeinen Bewusstsein beitragen.

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Musikermedizin in der Bundesrepublik Deutschland schon sehr weit institutionalisiert ist. Die klassische Entwicklung hin zum eigenständigen Fachgebiet ist abgeschlossen und die Musikermedizin in Deutschland darf als solches bezeichnet werden. Mit der Diffusionsphase hat jedoch ein Prozess der zunehmenden Spezialisierung des Fachgebiets in durch die jeweiligen klassischen medizinischen Fachgebiete geprägte Untereinheiten (neurowissenschaftliche Musikermedizin, orthopädische Musikermedizin, HNO-ärztliche Musikermedizin, internistische Musikermedizin, psychotherapeutische Musikermedizin und vieles mehr) begonnen. Diese Spezialisierung ist zwar für den wissenschaftlichen Fortschritt begrüßenswert und notwendig, führt jedoch zu einer wenig fruchtbaren Spaltung des Fachgebiets.

Mehr noch als die aktiven Musikermediziner betrifft dies die Adressaten des Fachs, die praktizierenden Musiker. Diese können aufgrund des fehlenden, systematischen Kontakts zur Musikermedizin in der Ausbildung nicht unterscheiden, bei welchem Problem sie welchen Spezialisten aufsuchen müssen. Diese Vereinheitlichung des Fachgebiets nach außen – sei es in der Lehre durch ein einheitliches Ausbildungscurriculum für Musikstudenten und Wahlpflichtbereiche für Medizinstudenten, durch das Angebot einer Suchmaschine für Spezialisten in der näheren Umgebung oder

sei es durch die Verankerung der Musikermedizin als Zusatzbezeichnung in der Musterweiterbildungsordnung der BÄK – ist der entscheidende Faktor für die erfolgreiche Zukunft der Musikermedizin in Deutschland. Diese Aufgabe muss von der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin als Problem erkannt und aktiv bearbeitet werden, damit die Musikermedizin in Deutschland die erfolgreiche Geschichte der letzten Jahrzehnte fortschreiben kann.

## Literaturverzeichnis

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Musikhochschule Freiburg, Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (2005)  
FIM – Freiburger Institut für Musikermedizin. Anspruch: Kompetenzzentrum für musikermedizinische Fragen von Sängern und Instrumentalisten  
Gemeinsame Pressemitteilung vom 11.07.2005  
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg

Altenmüller E, Klöppel R (2015)  
Die Kunst des Musizierens: von den physiologischen und psychologischen Grundlagen zur Praxis  
Schott Music, Mainz

Anonym (1832)  
Recension zu „Ärztlicher Rathgeber für Musiktreibende.“, 742-743  
In: Bagge S (Hrsg.) Allgemeine Musikalische Zeitung No. 45 vom 07. November 1832  
Breitkopf und Härtel, Leipzig

Bach-Röhr C (unbekannt)  
Lebenslauf  
Schostakowitsch Musikschule Berlin Lichtenberg  
URL: <http://www.schostakowitsch-musikschule.de/seiten/fachlehrer.html> [Stand: 28.05.2020]

Barton W (2015)  
Maly Trostinec: Den Toten ihren Namen geben – Das Totenbuch der österreichischen Opfer der Schoa in Weißrussland  
Böhlau, Wien

B. E. (1925)  
Der nervöse Sänger – psychopathische Stimmbandstörungen, 8-9  
In: Reichel CA (Hrsg.) Neues Wiener Journal Nr. 11.382 vom 30. Juli 1925  
Carl Anton Reichel, Wien

Berliner Philharmoniker (2020)  
Das Orchester.  
Berliner Philharmoniker, Berlin.  
URL: <https://www.berliner-philharmoniker.de/orchester/> [Stand: 19.09.2020]

Ben-David J, Collins R (1966)  
Social Factors in the origins of a new science: the case of psychology  
American Sociological Review 31.4: 451-465

Bernatzky G, Hesse HP (2013)  
Musik in der Palliativmedizin, 175-179  
In: Bernatzky G, Likar R, Sittl R (Hrsg.): Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin, 3. Auflage  
Springer, Wien/New York

Biströn J (1925)

Der Bacillus musicalis, 7

In: Reichel CA (Hrsg.) Neues Wiener Journal Nr. 11.308 vom 15. Mai 1925

Carl Anton Reichel, Wien

Blum J (1995)

Häufigkeit, Ursachen und Risikofaktoren berufsspezifischer Erkrankungen bei Musikern, 17-29

In: Wagner C (Hrsg.): Medizinische Probleme bei Instrumentalisten – Ursachen und Prävention

Laaber-Verlag, Laaber

Blum (2014)

20 Jahre Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin

Musikphysiologie und Musikermedizin Nr. 3 (2014): 140-143

Breuer R (1982)

Berufskrankheiten von Instrumentalmusikern aus medizinhistorischer Sicht  
Dissertation, Universität Mainz.

Bundesärztekammer (2018)

(Muster)Weiterbildungsordnung 2018.

Bundesärztekammer, Berlin.

Clark TN (1968)

Institutionalization of Innovations in Higher Education: Four Models

Administrative Science Quarterly 13.1: 1-25

Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin (2011)

10. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin – Musikphysiologie als Hilfestellung für die musikalische Praxis (Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden)

Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin

URL: [https://dgfmm.org/fileadmin/formulare/abstractband\\_10.pdf](https://dgfmm.org/fileadmin/formulare/abstractband_10.pdf) [Stand: 28.05.2020]

Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin (2020/1)

Links & Literatur

Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin, Hamburg

URL: <https://dgfmm.org/links-literatur/> [Stand: 31.05.2020]

Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin (2020/2)

Zeitschriften Abstracts – Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin, Hamburg

URL: <https://dgfmm.org/zeitschriften-abstracts/> [Stand: 19.09.2020]

Deutscher Musikrat (1971)

Förderungsprogramm für Kulturorchester und Musiktheater in der Bundesrepublik  
Deutschland

Deutscher Musikrat

Deutsche Orchestervereinigung (2020)  
Wir gehören zum guten Ton (Imagebroschüre des DOV)  
Berlin  
URL: [https://www.dov.org/sites/default/files/2020-02/2019-02\\_DOV-Imagebroschüre%20Wir%20gehören%20zum%20guten%20Ton\\_0.pdf](https://www.dov.org/sites/default/files/2020-02/2019-02_DOV-Imagebroschüre%20Wir%20gehören%20zum%20guten%20Ton_0.pdf) [Stand: 28.05.2020]

Deutsche Orchestervereinigung  
Musikmedizinische Institute und weitere Einrichtungen  
Deutsche Orchestervereinigung, Berlin  
URL: <https://www.dov.org/projekte-kampagnen/musikergesundheit/musikmedizinische-institute-weitere-einrichtungen> [Stand: 31.05.2020]

Dinter M (2010)  
Peter-Ostwald-Institut: Gesundes Musizieren lernen  
In: Kölner Stadtanzeiger vom 01.07.2010, Köln (online)  
URL: <https://www.ksta.de/peter-ostwald-institut-gesundes-musizieren-lernen-12154062> [Stand: 21.09.2020]

Duden (2020)  
Institution  
Duden-Verlag, Mannheim  
URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Institution> [Stand:31.05.2020]

EISAM Salzburg (unbekannt)  
URL: <https://www.orthopaedie-lahme.de/eisam-salzburg/> [Stand: 29.05.2020]

Fetthauer S (2006)  
Kurt Singer  
In: Zenck CM, Petersen P (Hrsg.): Lexikon verfolgter Musiker und Musikerinnen in der NS-Zeit  
Universität Hamburg  
URL: [https://www.lexm.uni-hamburg.de/object/lexm\\_lexmperson\\_00001059](https://www.lexm.uni-hamburg.de/object/lexm_lexmperson_00001059) [Stand: 28.05.2020]

Flesch J (1925)  
Berufskrankheiten des Musikers  
Niels Kampmann, Celle

Franco G, Franco F (2001)  
Bernardino Ramazzini: The Father of Occupational Medicine  
American Journal of Public Health 91.9: 1382

Fraunhofer-Gesellschaft (2020)  
Zahlen und Fakten – Auftragsforschung für Wirtschaft und Staat  
Fraunhofer-Gesellschaft  
URL: <https://www.fraunhofer.de/de/ueber-fraunhofer/profil-struktur/zahlen-und-fakten.html> [Stand: 29.05.2020]

Gizycki R von (1976)  
Prozesse wissenschaftlicher Differenzierung – Eine organisations- und wissenschaftssoziologische Fallstudie  
Soziologische Schriften (Band 21), Duncker & Humblot, Berlin

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Neue Ambulanz für Musikermedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf  
Düsseldorf  
URL: <https://www.uni-duesseldorf.de/home/en/home/news-detail-gb/article/neue-ambulanz-fuer-musikermedizin-im-universitaetsklinikum-duesseldorf.html>  
[Stand:21.09.2020]

Hillmann KH (1994)  
Wörterbuch der Soziologie (4. Auflage)  
Kröner, Stuttgart

Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover (2017)  
Chronik  
Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover  
URL: <https://www.hmtm-hannover.de/de/hochschule/profil-geschichte-organisation/chronik/chronik-2010-1897/> [Stand: 29.05.2020]

Hochschule für Musik und Tanz Köln (2018)  
Als Musikerin und Musiker gesund bleiben  
Hochschule für Musik und Tanz Köln, Köln  
URL: <https://poi.hfmt-koeln.de/musikergesundheit.html> [Stand: 21.09.2020]

Institut für Musikermedizin Dresden (2020)  
Personen  
Institut für Musikermedizin Dresden  
URL: <https://www.hfmd.de/personenverzeichnis/person/26-prof-dr-med-dipl-mus-hans-christian-jabusch/> [Stand: 19.09.2020]

Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin Hannover (2015)  
Institut: Geschichte  
Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin Hannover  
URL: <https://www.immm.hmtm-hannover.de/de/institut/geschichte/> [Stand: 29.05.2020]

Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin Hannover (2017)  
Institut: Personen  
Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin Hannover  
URL: <https://www.immm.hmtm-hannover.de/de/institut/personen/eckart-altenmueller/>  
[Stand: 19.09.2020]

Kahle S (1966)  
Die Geigerkrankheit.  
Medizinische Dissertation, Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung

Kamphausen G (1993)  
Institution, 260-269  
In: Cancik H, Gladigow B, Kohl KH (Hrsg.): Handbuch religionswissenschaftlicher  
Grundbegriffe  
Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Köln

Klemm E (2000)  
Prof. Dr. med. Michael Flach zum 65. Geburtstag  
Ärzteblatt Sachsen 3/2000: 112

Klinikum rechts der Isar München (2015)  
Musikerambulanz am Klinikum rechts der Isar eröffnet – Ganzheitliche Versorgung  
von Instrumentalisten und Sängern  
Pressemitteilung der Technischen Universität München und des Klinikums rechts der  
Isar München vom 08.07.2015  
URL: <https://www.wn.de/Muenster/2014/10/1764766-Hilfe-fuer-Saenger-und-Musiker-UKM-eroeffnet-Musikerambulanz> [Stand: 21.09.2020]

Köhler K (2013)  
Dresdner Stimmforum – widmet sich zum 200. Geburtstag von Richard Wagner dra-  
matischen Stimmen im Musiktheater  
Ärzteblatt Sachsen 3/2013: 120

Krüger M, Becker C, Nielsen S, Rehmann L (2017)  
Geschichte der deutschen Sportmedizin seit 1945 – Genese einer medizinischen  
Disziplin zwischen Gesundheitsprävention und Leistungssport  
Bundesinstitut für Sportwissenschaft Jahrbuch 2017/2018 (AZ 071201/15-17)  
URL:  
[https://www.bisp.de/SharedDocs/Downloads/Projektlisten/Projekte\\_2017/Geschichte\\_2017/Krueger\\_071201\\_15\\_17.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bisp.de/SharedDocs/Downloads/Projektlisten/Projekte_2017/Geschichte_2017/Krueger_071201_15_17.pdf?__blob=publicationFile&v=1) [Stand: 29.05.2020]

Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit Berlin (2017/1)  
Willkommen  
Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit Berlin  
URL: <http://www.ksi-berlin.de> [Stand: 29.05.2020]

Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit Berlin (2017/2)  
Zur Geschichte des Instituts  
Kurt-Singer-Institut für Musikergesundheit Berlin  
URL: [http://www.ksi-berlin.de/KSI\\_Geschichte.html](http://www.ksi-berlin.de/KSI_Geschichte.html) [Stand: 19.09.2020]

Landessozialgericht der Länder Berlin und Brandenburg (2006)  
Beschluss vom 17.07.2006 – L 4 RA 94/03  
URL: <https://openjur.de/u/273413.html> [Stand: 28.05.2020]

Matuschka M (1987)  
Die Erneuerung der Klaviertechnik nach Liszt  
In: Dahlhaus C, Stephan R (Hrsg.): Berliner Musikwissenschaftliche Arbeiten (Band  
31)  
Musikverlag Emil Katzschler, München-Salzburg

Mertens G (2019)  
Orchester, Rundfunkensembles und Opernchöre, 188-217  
In: Deutscher Musikrat/Deutsches Musikinformationszentrum (Hrsg.): Musikleben in  
Deutschland  
Bonn, 2019

Musikhochschule Freiburg (2018)  
Vorlesungsverzeichnis Sommersemester 2018  
Musikhochschule Freiburg, 2018.

Nusseck M, Spahn C (2016)  
Förderung des Transfers von Forschung in die Lehre  
Koordinationsstelle Freiburg (NU 369/2-1).

Oken L (1828)  
Literarischer Anzeiger Nr. XXI  
In: Oken L (Hrsg.): Isis oder Enzyklopädische Zeitung (Band 12)  
Brockhaus, Leipzig

Pantel J (1989)  
Die Institutionalisierung der Pathologischen Anatomie an den deutschsprachigen  
Universitäten im 19. Jahrhundert. Von der Idee einer naturwissenschaftlichen Medi-  
zin zur Gestalt eines neuen Faches.  
Medizinische Dissertation, Heidelberg

Pfetsch FR, Zloczower A (1973)  
Innovation und Widerstände in der Wissenschaft. Beiträge zur Geschichte der deut-  
schen Medizin.  
Bertelsmann Universitätsverlag, Düsseldorf.

Platon (1998)  
Der Staat  
Deutscher Taschenbuchverlag, München

Ramazzini B (1978)  
Die Krankheiten der Künstler und Handwerker und die Mittel, sich von denselben zu  
schützen  
Reprint. Leipzig

Richter B, Traser L, Burdumy M, Spahn C (2017)  
Die Stimme - Einblicke in die physiologischen Vorgänge beim Singen und Sprechen.  
Helbling Verlag, Esslingen

Riemann H (1922)  
Musiklexikon, 10. Auflage  
Hesse, Berlin

Rom WN (1983)

The discipline of environmental and occupational medicine, 3-6  
In: Rom WN (Hrsg.): Environmental and Occupational medicine.  
Boston Mass: Little Brown & Co. Inc.

Röhl K (2006)

Rechtssoziologie ein Lehrbuch (2. Auflage)  
Heymanns-Verlag

Sana Kliniken Duisburg (2020)

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – Unser Team

Sana Kliniken Duisburg, Duisburg

URL: [https://www.sana.de/duisburg/medizin-pflege/psychiatrie-psychotherapie-und-  
psychosomatik/unser-team](https://www.sana.de/duisburg/medizin-pflege/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/unser-team) [Stand: 21.09.2020]

Schenk D (2004)

„Die Hochschule für Musik zu Berlin: Preußens Konservatorium zwischen romanti-  
schem Klassizismus und Neuer Musik, 1869 – 1932/33“

Franz Steiner Verlag, Stuttgart

Schuppert M (2015)

Mehr „Pflicht als Kür“ – zur Definition und Implementierung der Musikergesundheit in  
der Ausbildung

In: Kruse-Weber S, Borovnjak B (Hrsg.): Gesund und motiviert musizieren. Ein Leben  
lang – Musikergesundheit zwischen Traum und Wirklichkeit.

Schott, Mainz

Schuppert M, Wohlwender U, Blum J (2013)

Zum Tod von Christoph Wagner – Pionier und Vater der deutschen Musikphysiologie  
Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin

URL: [https://dgfmm.org/gesellschaft/vorstand-beirat/nachruf-christoph-wagner/  
\[Stand: 28.05.2020\]](https://dgfmm.org/gesellschaft/vorstand-beirat/nachruf-christoph-wagner/)

Singer K (1926)

Die Berufskrankheiten des Musikers

Max-Hesses, Berlin

Singer K (1927)

Heilwirkung der Musik. Beitrag zur musikalischen Empfindungslehre.

Püttmann, Stuttgart

Spahn C, Richter B, Altenmüller E (2011)

MusikerMedizin – Diagnostik, Therapie und Prävention musikerspezifischer Erkran-  
kungen

Schattauer Verlag, Stuttgart 2011

Spahn, C (2012)

Lampenfieber - Handbuch für den erfolgreichen Auftritt.

Henschel Verlag, Leipzig.

Spahn C, Bernatzky G, Kreutz G (2015)  
Musik und Medizin – ein Überblick, 18-24  
In: Bernatzky G, Kreutz G (Hrsg.): Musik und Medizin – Chancen für Therapie, Prävention und Bildung  
Springer, Wien

Sponheuer B (1994)  
Musik als Überlebensmittel im Jüdischen Kulturbund 1933 – 1941, 108-132  
In: Weber H (Hrsg.): Musik in der Emigration 1933 – 1945: Verfolgung – Vertreibung – Rückwirkung  
J. B. Metzler

Staatszirkus der DDR (unbekannt)  
Sozialleistungen  
URL: <http://staatszirkus-der-ddr.de/cms/index.php?id=201> [Stand: 28.05.2020]

Steinmüller W (2008)  
Körperbewusstheit für Musiker – die Feldenkrais-Methode im Freiburger Präventionsmodell (Band 3)  
In: Spahn C (Hrsg.): Freiburger Beiträge zur Musikermedizin  
Projektverlag, Bochum/Freiburg

Stowasser JM, Petschenig M, Skutsch F (1993)  
Stowasser – Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch  
Oldenbourg

Sundelin K (1831)  
Ärztlicher Ratgeber für Musiktreibende. Nach Angaben des Königlich Preussischen pensionierten Kammermusikus August Sundelin  
Grobenschütz & Seiler, Berlin

Universitätsklinikum Freiburg (2020)  
Freiburger Institut für Musikermedizin – Lehre.  
Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg.  
URL: <https://www.uniklinik-freiburg.de/musikermedizin/lehre.html> [Stand: 20.09.2020]

Van Swieten Blog (2017)  
„1. Weltkrieg & Medizin“: Das Reservespital Nr. 2 in Pardubitz / Pardubice in Böhmen 1914-1918, Folge 8.3.2 – Ärztinnen und Ärzte  
Universitätsbibliothek Wien  
URL: <https://ub.meduniwien.ac.at/blog/?p=28666> [Stand: 27.05.2020]

Wagner C (1993)  
Zur Vorgeschichte des Instituts (Schautafel im Institut für Musikphysiologie und Musikermedizin der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover)

Wagner C (2011)  
Autobiographische Notizen, von Ulrike Wohlwender mitgeschrieben (unveröffentlicht)

Westfälische Nachrichten (2014)

Hilfe für Sänger und Musiker – UKM eröffnet Musikerambulanz

Westfälische Nachrichten vom 22.10.2014 (online)

URL: <https://www.wn.de/Muenster/2014/10/1764766-Hilfe-fuer-Saenger-und-Musiker-UKM-eroeffnet-Musikerambulanz> [Stand: 21.09.2020]

Wilske H (2006)

Immanenter Zug zum Ganzheitlichen erwünscht – zur Gründung des Freiburger Instituts für Musikermedizin

In: Neue Musikalische Zeitung (NMZ), Ausgabe 05/2006 (online einsehbar unter:

<https://www.nmz.de/artikel/immanenter-zug-zum-ganzheitlichen-erwuenscht> [Stand: 20.09.2020]

Con Brio Verlagsgesellschaft, Regensburg

Wohlwender U (2015)

Erinnerungen an den Musikphysiologen Christoph Wagner (1931-2013) – Lebensweg, Lebenswerk und Forschungskonzept, 7-20

In: European Piano Teachers Association (Hrsg.): EPTA-Dokumentationen 2013/2014, *Aller Anfang ist...*

Düsseldorf, 2015

Wohlwender U (unbekannt)

Biographie

In: Wohlwender U (Hrsg.): Christoph Wagner -Musikphysiologie

URL: <http://christoph-wagner-musikphysiologie.de/Biographie.html> [Stand: 28.05.2020]

Zentek K (1995)

Rückblick auf die medizinische Arbeit des „Betriebsambulatoriums der Berliner Bühnen/Arbeitshygienische Beratungsstelle“ von 1978 – 1989 in der ehemaligen DDR, 31-40

In: Wagner C (Hrsg.): Medizinische Probleme bei Instrumentalisten – Ursachen und Prävention

Laaber-Verlag, Laaber

## Anhang

### **Anschreiben und Fragebogen für die Institutsleiter der wichtigsten musikermedizinischen Institute in Deutschland**

An die Leiter der wichtigsten  
Musikermedizinischen Institute  
in Deutschland

#### Fragebogen

im Rahmen der Dissertation „Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland“  
(P. Hemmerich, Mannheim)

Sehr geehrte Damen und Herren.

Im Rahmen meiner Dissertation (s.o.) beschäftige ich mich auch mit der neueren Geschichte der Musikermedizin in Deutschland, zu der sowohl Ihr Institut als auch Sie als Person gehören.

Um ein möglichst umfassendes Bild von der Geschichte der Musikermedizin in Deutschland zu erhalten, habe ich einen Fragebogen erstellt, in dem zum einen in der Vergangenheit liegende Fakten abgefragt werden. Zum anderen bitte ich Sie stellenweise aber auch darum ausdrücklich Ihre persönliche Sicht zur zukünftigen Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland darzulegen.

Mit der Beantwortung des Fragebogens stimmen Sie der Veröffentlichung Ihrer Antworten im Rahmen der Dissertation und damit verbundener Veröffentlichungen zu. Sollten Sie wünschen, dass Ihre Antworten oder ein Teil der Antworten anonym behandelt werden, dürfen Sie mir dies gerne per Mail mitteilen.

Sollten im Rahmen der Beantwortung Fragen auftreten, bin ich jederzeit per Mail für Sie erreichbar ([patrick.hemmerich@gmx.de](mailto:patrick.hemmerich@gmx.de)). Aufgrund meiner Arbeit als Assistenzarzt in der HNO-Klinik am Klinikum Ludwigshafen ist es mir momentan leider nicht möglich zu einem persönlichen Termin bei Ihnen zu erscheinen. Ich bin jedoch außerhalb meiner Arbeitszeiten gerne zu einem Telefonat bereit. Kontaktieren Sie mich dazu bitte ebenfalls einfach per Mail.

Ich danke Ihnen bereits vorab sehr dafür, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen und damit zu einer einheitlichen Zusammenfassung der Geschichte der Musikermedizin in Deutschland beitragen.

Mit freundlichen Grüßen,

Patrick Hemmerich.

## Fragebogen zur Geschichte der Musikermedizin in Deutschland

**Institut:**

**Autor(en) der Antworten:**

- 1) In Welchem Jahr wurde Ihr Institut gegründet?
- 2) Welche Personen und Institute waren wesentlich an der Gründung Ihres Instituts beteiligt?
- 3) Von welchen Institutionen wurde Ihr Institut in der Vergangenheit und wird es aktuell getragen?
- 4) Wer leitete Ihr Institut in der Vergangenheit und von wem wird es aktuell geleitet? Für einige biographische Rahmendaten bezüglich der angesprochenen Personen wäre ich Ihnen sehr dankbar.
- 5) In welcher Form beteiligte und beteiligt sich Ihr Institut in
  - a) Lehre,
  - b) Krankenversorgung und
  - c) Forschung?
- 6) Wie würden Sie die Schwerpunkte Ihres Instituts im Vergleich zu anderen musikermedizinischen Instituten in Deutschland bezüglich Lehre, Krankenversorgung und Forschung beschreiben?
- 7) Welche Strukturen (Institutionen, Gesellschaften, Persönlichkeiten) sind Ihrer Meinung nach von zentraler Bedeutung für das Netzwerk und die Zukunft der Musikermedizin in Deutschland?
- 8) Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung der Musikermedizin in Deutschland in Bezug auf
  - a) Ihr eigenes Institut
  - b) Fachgesellschaften und
  - c) mögliche neue Institutionen und anderer Wege ein?
- 9) In welcher Beziehung befindet sich die Musikermedizin im Allgemeinen und Ihr Institut im speziellen zu
  - a) (Musik-)Hochschulen,
  - b) Berufsorchestern/Profimusikern,
  - c) Amateurorchestern/Amateurmusikern,
  - d) Kliniken und
  - e) niedergelassenen Fachärzten?

10) Was fehlt aus Ihrer Perspektive, um in Deutschland eine Zusatzbezeichnung (ZB) „*Musikermedizin*“ in Deutschland - beispielsweise in Analogie zur ZB „*Sportmedizin*“ - zu etablieren?

## **Danksagung**

Zunächst möchte ich meinem Doktorvater, Prof. Dr. Axel W. Bauer, für die Möglichkeit danken diese Dissertation an seinem Institut anzufertigen. Insbesondere bedanke ich mich für die Geduld mich auch in schaffensschwachen Phasen nicht aufzugeben und die vielen wertvollen Hinweise zur Verbesserung der Arbeit.

Weiterhin danke ich ganz besonders meiner gesamten Familie für die Unterstützung in allen Phasen meiner bisherigen Ausbildung.

Ganz besonders Danke ich meinem Opa Klaus, der mir die musikalische Ausbildung überhaupt erst ermöglicht hat und immer ein ganz wichtiger Gesprächspartner bei mehr oder weniger wichtigen Lebensentscheidungen und sonstigen Diskussionen war und ist.

Meinen Eltern, Ulrike und Thomas, und meinem Bruder Yannick danke ich für ebenso wichtige und prägende Gespräche, sowie die Liebe und Geduld, die ich in meinem bisherigen Leben von Ihnen erfahren durfte.

Und zu guter Letzt danke ich meiner Ehefrau Isabell für Ihre Liebe und die Unterstützung in den vielen Stunden der Verzweiflung.

DANKE!

## **Lebenslauf**

Name und Vorname: Hemmerich, Patrick Dennis  
Geburtsdatum: 10.08.1993  
Geburtsort: Speyer  
Familienstand: verheiratet  
Vater: Thomas Hemmerich  
Mutter: Ulrike Hemmerich

## **Schulbildung**

2000 - 2004 Grundschule Altrip  
2004 - 2013 Theodr-Heuss-Gymnasium Ludwigshafen am Rhein  
07.03.2013 Abitur

## **Akademischer Werdegang**

WS 2013/2014 Beginn des Studiums der Medizin an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg  
03.09.2015 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
11.04.2019 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
SoSe 2019 Fortsetzung des Medizinstudiums an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz  
Mai 2019 – April 2020 Praktisches Jahr am Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein  
06.05.2020 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
14.05.2020 Approbation als Arzt

## **Beruflicher Werdegang**

Seit 01.06.2020 Assistenzarzt in der HNO-Klinik des Klinikums der Stadt Ludwigshafen am Rhein (Direktor: Prof. Dr. K.-W. Delank)

## Eidesstattliche Versicherung

1. Bei der eingereichten Dissertation zu dem Thema **Die Institutionalisierung der Musikermedizin in Deutschland. Eine historische Standortbestimmung** handelt es sich um meine eigenständig erbrachte Leistung.
2. Ich habe nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich keiner unzulässigen Hilfe Dritter bedient. Insbesondere habe ich wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommene Inhalte als solche kenntlich gemacht.
3. Die Arbeit oder Teile davon habe ich bislang nicht an einer Hochschule des In- oder Auslands als Bestandteil einer Prüfungs- oder Qualifikationsleistung vorgelegt.
4. Die Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen bestätige ich.
5. Die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung sind mir bekannt. Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit erklärt und nichts verschwiegen habe.

Mannheim, den 21.11.2020