

Musiktherapie bei depressiven Jugendlichen

Daniela Antony, Barbara Fröschl, Alexander Eisenmann, Isabella Röhrling



Schriftenreihe
Health Technology Assessment (HTA)
in der Bundesrepublik Deutschland

Musiktherapie bei depressiven
Jugendlichen

Daniela Antony¹, Barbara Fröschl¹, Alexander Eisenmann¹, Isabella Röhrling¹

¹ GÖG Forschungs- und Planungs-GmbH, Wien, Österreich

Wir bitten um Beachtung

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI (www.dimdi.de – HTA).

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges, grundsätzlich anonymisiertes Gutachterverfahren. Potenzielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offengelegt. Die Literaturlauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die durchgeführte Literaturrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des vorliegenden HTA-Berichts des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfolgte gemäß gesetzlichem Auftrag nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Das Thema stammt aus dem öffentlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI, durch das Kuratorium HTA priorisiert und vom DIMDI beauftragt. Der Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

Herausgegeben vom
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Kontakt

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
Waisenhausgasse 36-38a
50676 Köln

Tel.: +49 221 4724-525
Fax: +49 221 4724-340

E-Mail: dahta@dimdi.de
www.dimdi.de

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 142
ISSN: 1864-9645
1. Auflage 2021
DOI: 10.3205/hta000142L
URN: urn:nbn:de:0183-hta00014211

© BfArM, Köln 2021. Alle Rechte vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Verzeichnisse	V
Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
Wissenschaftlicher Artikel.....	1
Wissenschaftlicher Hintergrund	1
Forschungsfragen	1
Methodik.....	1
Ergebnisse	1
Diskussion	2
Schlussfolgerung/Empfehlungen	2
Scientific article.....	3
Scientific background	3
Research questions	3
Methods.....	3
Results	3
Discussion	3
Conclusions/Recommendations.....	4
Hauptdokument	5
1 Einleitung	5
2 Wissenschaftlicher Hintergrund (Darstellung der Sachlage).....	6
2.1 Musiktherapie allgemein	6
2.1.1 Musiktherapie bei Jugendlichen	7
2.1.2 Zugang zu Musiktherapie für sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche	7
2.1.3 Einsatzbereiche von Musiktherapie bei Jugendliche mit psychischen und Verhaltensstörungen.....	7
2.2 Psychische und Verhaltensstörungen im Jugendalter	8
2.2.1 Klassifikation der psychischen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2016.....	9
3 Forschungsfragen.....	10
4 Methodik	11
4.1 Literatursuche	11
4.1.1 Systematische Literatursuche.....	11
4.1.2 Systematische Internetsuche.....	11
4.1.3 Identifikation von Literatur durch Experten	12
4.2 Erstselektion.....	12
4.3 Zweitselektion	12
4.4 Bewertung der Studienqualität	13
4.4.1 Medizinische Volltexte	13
4.4.2 Volltexte zu Indikation, Recht, Organisation und Soziales	15
4.5 Studienbeschreibung und Datenextraktion	15
4.5.1 Medizinische Volltexte	15
4.5.2 Volltexte zu Indikation, Recht, Organisation und Soziales	15
4.6 Synthese der Evidenz	15
4.6.1 Medizinische Volltexte	15
4.6.2 Volltexte zu Indikation Recht, Organisation und Soziales	16

5	Ergebnisse	17
5.1	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche.....	17
5.1.1	Ergebnisse der Erstselektion	17
5.1.2	Ergebnisse der Zweitselektion.....	17
5.1.3	Ergebnisse der systematischen Internetsuche	17
5.1.4	Darstellung des Selektionsprozesses.....	19
5.2	Ergebnisse zu Indikationen für Musiktherapie	20
5.3	Ergebnisse der Domäne Medizin.....	22
5.3.1	Datenauswertung der medizinischen Studien	22
5.3.2	Synthese der Domäne Medizin.....	26
5.4	Ergebnisse der Domäne Sozialwissenschaft.....	29
5.5	Ergebnisse der Domäne Organisation	31
5.6	Ergebnisse der Domäne Recht.....	32
5.6.1	Gesetzliche Regelungen für die Ausbildung und Berufsausübung von Musiktherapie in Deutschland.....	33
5.6.2	Erstattung von Musiktherapie in Deutschland	33
6	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen.....	35
6.1	Domäne Medizin	35
6.2	Domäne Sozialwissenschaft	36
6.3	Domäne Organisation	36
6.4	Domäne Recht	36
7	Schlussfolgerung/Empfehlung	38
8	Literaturverzeichnis.....	39
9	Anhang.....	42
9.1	Klassifikation und Beschreibung von Psychischen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2016.....	42
9.2	Suchstrategie	45
9.3	Nach Durchsicht im Volltext ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund (alphabetisch geordnet; Tabelle)	56
9.4	Checklisten.....	64
9.4.1	Tabellenvorlagen für Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen	64
9.4.2	Tabellenvorlagen für Primärstudien.....	66
10	Tabellen der Studien der Domäne Medizin und Sozialwissenschaft.....	71
10.1	Tabellen zu gruppierten Indikationen	71
10.2	Tabellen zur Indikation Autismus-Spektrum-Störung	81

Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema für die medizinische Fragestellung.....	10
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Erstselektion der Literaturreferenzen.....	12
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Zweitselektion der Literaturreferenzen	13
Tabelle 4 Klassifizierung des Biasrisikos	14
Tabelle 5: Klassifizierung der externen Validität	14
Tabelle 6: Klassifizierung der Stärke der Evidenz.....	15
Tabelle 7: Ausgeschlossene Volltexte der Domäne Medizin oder Sozialwissenschaften im Rahmen der systematischen Internetsuche mit Ausschlussgrund	17
Tabelle 8: Leitlinien, die den Einsatz von Musiktherapie bei Jugendlichen zwischen 12 und 21 Jahren mit psychischen und Verhaltensstörungen gemäß Kapitel V ICD-10-GM Version 201612 empfehlen oder als eine weitere mögliche Behandlungsform auflisten	20
Tabelle 9: Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen der medizinischen Fragestellung.....	23
Tabelle 10: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der medizinischen Fragestellung	24
Tabelle 11: Synthese der Studienergebnisse nach Indikationen	27
Tabelle 12: Klassifikation und Beschreibung von Psychischen und Verhaltensstörungen gemäß ICD- 10-GM Version 201612	42
Tabelle 13: Kategorien F31.- (Bipolare affektive Störung), F32.- (Depressive Episode), F33.- (Rezidivierende depressive Störung) und F34.- (Anhaltende affektive Störung) der Gruppe Affektive Störungen gemäß ICD-10-GM Version 201612.....	44
Tabelle 14: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken.....	46
Tabelle 15: Suchstrategie in der Datenbank CINAHL.....	50
Tabelle 16: Ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund.....	56
Tabelle 16: Evidenztabelle für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen	64
Tabelle 17: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von systematischen Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen.....	65
Tabelle 18: Evidenztabelle für Primärstudien - RCT und Interventionsstudien.....	66
Tabelle 19: Beurteilung der internen Validität von RCT	67
Tabelle 20: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Interventionsstudien.....	68
Tabelle 21: Evidenztabelle für Beobachtungsstudien	69
Tabelle 22: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien	70
Tabelle 23: Evidenztabelle Gold et al. 2004.....	71
Tabelle 24: Beurteilung der internen Validität von Gold et al. 2004	73
Tabelle 25: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Gold et al. 2004	73
Tabelle 26: Evidenztabelle Porter et al. 2016.....	74
Tabelle 27: Beurteilung der internen Validität von Porter et al. 2016.....	76
Tabelle 28: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Porter et al. 2016.....	77

Tabelle 29: Evidenztabelle Patterson et al. 2015.....	78
Tabelle 30: Beurteilung der internen Validität von Patterson et al. 2015	80
Tabelle 31: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Patterson et al. 2015	80
Tabelle 32: Evidenztabelle Schwartzberg et al. 2016	81
Tabelle 33: Beurteilung der internen Validität von RCT von Schwartzberg et al. 2016	82
Tabelle 34: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Schwartzberg et al. 2016	83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafische Darstellung des Selektionsprozesses.....	19
---	----

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BAT	Bundesangestelltentarifvertrag
BBhV	Bundesbeihilfenverordnung
BELLA-Studie	BE ragung zum seeL ischen WohL befinden und VerhA lten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BgA-KT	Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten
DAHTA	Datenbank enthält HTA-Berichte des DIMDI sowie anderer Institutionen im deutschen Gesundheitswesen
DAS-Leitlinie	Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Groups, dt.: diagnosebezogene Fallgruppen
DZM	Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIN	Guidelines International Network
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GRADE-	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HeilprG	Heilpraktikergesetz
HTA	Health Technology Assessment
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
JIM-Studie	Jugend-Information-Media-Studie
KiGGS-Studie	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
LoAPrO	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie, engl.: Randomised Controlled Trial
RL	Richtlinie
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SGB	Sozialgesetzbuche
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst

Wissenschaftlicher Artikel

Wissenschaftlicher Hintergrund

Die Musiktherapie ist Teil der „Künstlerischen Therapien“. Sie wird in Deutschland in aktiver und rezidivierender Form im intra- und extramuralen Bereich angeboten. Jugendliche gelten für Musiktherapie als besonders empfänglich, da sich die Art der Therapie mit dem besonderen Interesse Jugendlicher an Musik deckt. Die Musiktherapie wird besonders häufig bei Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen zusätzlich zur Standardtherapie eingesetzt.

Forschungsfragen

Zur Anwendung der Musiktherapie an depressiven Jugendlichen wird deren Effektivität in Kombination mit der Standardtherapie, verglichen mit alleiniger Anwendung der Standardtherapie, der Einfluss soziodemografischer Merkmale auf die Inanspruchnahme der Musiktherapie, die Akzeptanz der Musiktherapie unter den Jugendlichen selbst, potenziellen Zugangsbeschränkungen zur Musiktherapie, Versorgungsstrukturen und -angeboten im intra- und extramuralen Bereich des deutschen Gesundheitssystems sowie die potenzielle Erstattungsfähigkeit musiktherapeutischer Leistungen untersucht.

Methodik

Es wurden eine systematische Literatursuche in internationalen Datenbanken (inklusive MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, HTA- und Cochrane-Datenbanken) und eine systematische Internetsuche durchgeführt. Die Selektion der Zusammenfassungen und Volltexte erfolgte anhand vorab definierter Kriterien. Die medizinischen Studien wurden im Hinblick auf interne und externe Validität bewertet und beschrieben. Die Publikationen und Daten zu ökonomischen, ethischen, sozialen und rechtlichen Fragestellungen wurden deskriptiv dargestellt.

Ergebnisse

Anhand der systematischen Literatursuche wurden 795 potenziell relevante Studien identifiziert. Nach Erst- und Zweitselektion wurden drei Studien eingeschlossen. Durch die systematische Internetsuche konnten 29 weitere themenrelevante Studien identifiziert werden. Zu den Indikationen für Musiktherapie bei depressiven Jugendlichen konnten verschiedenste europäische und im Speziellen auch deutsche Leitlinien herangezogen werden. Die Betrachtung führte zu konträren Ergebnissen. Während einige Leitlinien den Einsatz von Musiktherapie bei depressiven Jugendlichen als Behandlungsmethode dezidiert empfehlen, wird in der S3-Leitlinie keine Empfehlung zur oder gegen die Anwendung der Musiktherapie, aufgrund fehlender aussagekräftiger Studienergebnisse, abgegeben. Das Anwendungsgebiet der Musiktherapie ist bei einer Vielzahl von Indikationen gegeben. Eine genaue Zuordnung, welche Art der Musiktherapie bei bestimmten Indikationen am besten wirkt, fehlt jedoch. Zur Beantwortung der Fragestellung hinsichtlich der Effektivität der Musiktherapie bei Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen wurden eine systematische Übersichtsarbeit, zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und eine Evaluationsstudie, die sich in ihrem Biasrisiko teils erheblich unterscheiden, analysiert. Eine Betrachtung der Endpunkte, beispielsweise Selbstwertgefühl, Depression oder soziale Fähigkeiten, resultierte größtenteils in einer moderaten Evidenzstärke. Der Einfluss soziodemografischer Merkmale auf den Einsatz der Musiktherapie, die Akzeptanz der Musiktherapie von Jugendlichen und potenzielle Zugangsbeschränkungen zur Musiktherapie wurden bislang nur unzureichend betrachtet. Hinsichtlich Zugangsbeschränkungen konnte keine relevante Studie identifiziert werden. Die Recherche zu Versorgungsstrukturen und -angeboten ergab, dass Musiktherapeuten entweder selbstständig tätig sind, in einem Angestelltenverhältnis stehen oder beides. Die rechtlichen Regelungen dafür sind abhängig von der Art der Tätigkeit und fallen somit in unterschiedliche Gesetzesbereiche. Die Mehrheit der Musiktherapeuten fällt jedoch in den Regelungsbereich des Sozialgesetzbuchs (SGB). Die Ausbildung zum/zur Musiktherapeuten/-in ist staatlich anerkannt. Vorkenntnisse sind nicht erforderlich. Der

Beruf des/der Musiktherapeuten/-in stellt keinen reglementierten Beruf dar. Musiktherapeutische Leistungen werden im Regelfall nicht von der Krankenkasse erstattet. Eine Kostenübernahme durch eine private Krankenversicherung ist tarifabhängig.

Diskussion

Eindeutige Empfehlungen, die einen Einsatz der Musiktherapie bei bestimmten Indikationen empfehlen und deren Effektivität belegen, fehlen bislang. Somit besteht ein zusätzlicher Forschungsbedarf im Bereich der Musiktherapie, vor allem im Einsatz bei depressiven Jugendlichen. Musiktherapeutische Behandlungen werden sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich angeboten. Die Ausbildungsmöglichkeiten zum/zur Musiktherapeuten/-in sind zahlreich, jedoch unterliegt die Ausübung des Berufs keiner Reglementierung.

Schlussfolgerung/Empfehlungen

Aufgrund der insgesamt geringen Anzahl an relevanten Studien und des heterogenen Studiendesigns sind Effektivität und Einsatz der Musiktherapie bei depressiven Jugendlichen schwer zu beurteilen. Es besteht zusätzlicher Forschungsbedarf, vor allem in Hinblick auf bestimmte Indikationen um entsprechende Schlussfolgerungen ziehen zu können. Eine begleitende Evaluation des Angebots im Bereich der Musiktherapie wird als sinnvoll erachtet.

Scientific article

Scientific background

In Germany, music therapy is categorised as a part of ‚artistic therapies‘. Patients of music therapy are treated either in an active or passive way. Music therapy is embedded in intra- and extramural care. Adolescents are perceived as especially receptive for music therapy because their interest in music at this age coincides with the way of treatment. Music therapy is frequently applied as an adjunct to standard therapy when treating adolescents with psychological or behavioural disorders.

Research questions

Considering that the effectiveness of music therapy as an adjunct to standard care, compared to the effectiveness of standard care, the effect of sociodemographic characteristics on the utilisation of music therapy, the acceptance of music therapy among adolescents, potential barriers in access to music therapy, supply offer and supply structure in intra- and extramural care in the German health care system and potential reimbursement possibilities are analysed.

Methods

In order to identify relevant literature, a systematic literature review (including databases like MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, HTA- und Cochrane databases) and a systematic internet search were performed. Predefined criteria were used for selecting summaries and studies. Medical studies were evaluated according to internal and external validity; economic, ethical, social and juridical aspects are described.

Results

The systematic literature review resulted in 795 potentially relevant studies. After initial and subsequent screening three studies were included. The systematic internet search led to 29 additional studies considered as relevant. Regarding indications for application of music therapy for adolescents, several European and German guidelines were identified. Whereas some guidelines explicitly recommended music therapy, the guideline S3 made no recommendation if music therapy was a suitable method due to missing significant study results. Music therapy is used as a treatment method for many indications. However, no further specifications on indications particularly relevant for music therapy are made. One systematic review, two randomised controlled trials (RCT) and one evaluation study were identified for answering the research question on the effectiveness of music therapy for adolescents with psychological and behavioural disorders. The bias risk differed significantly between the studies. Considering endpoints like self-esteem, depression or social skills resulted in moderate strength of evidence. The effect of sociodemographic characteristics on the utilisation of music therapy, the acceptance of music therapy among adolescents and potential barriers in access to music therapy were not included sufficiently in previous studies. For example, no relevant study could be identified for potential barriers in access to treatments of music therapy. Relating to the structure and offer of supply of music therapy, therapists are either self-employed, employed or both. The legal requirements are depending on the type of employment. Therefore, they are subject to different areas of law. Nonetheless, the work of the majority of music therapists is regulated by the ‚Sozialgesetzbuch‘. The profession of music therapists is not regulated. Services of music therapists are in general not reimbursed. Reimbursement by supplementary insurance is subject to the respective tariff.

Discussion

Recommendations for the use of music therapy for specific indications and studies on the effectiveness of music therapy are missing. Consequently, a high research demand exists in the field of music therapy, especially for depressive adolescents. Music therapy is provided in intra- and extramural care. There are numerous educational possibilities available but the profession itself is not regulated.

Conclusions/Recommendations

Effectiveness and the use of music therapy for depressive adolescents in Germany are difficult to assess due to the low number of relevant studies and the heterogenous study designs of those identified. Demand for additional research, particularly for specific indications, was identified and is necessary to draw appropriate conclusions. An evaluation of the range of services of music therapy, accompanying further research, is recommended.

Hauptdokument

1 Einleitung

Auf Grundlage einer Eingabe in die öffentliche Themendatenbank der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) wurde das Thema „Musiktherapie bei depressiven Jugendlichen“ vom Kuratorium der DAHTA diskutiert und angenommen.

Im vorliegenden Grundmodul A wird - auf Grundlage der Projektstart-Besprechung mit dem Auftraggeber Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) am 16. September 2015 - die methodische Vorgehensweise für das Projekt dargelegt.

Es wurden Fragestellungen aus vier Domänen entwickelt: Medizin, Sozialwissenschaft, Organisation und Recht. Dabei liegt der inhaltliche Schwerpunkt gemäß der Festlegung durch den Auftraggeber auf den Domänen Medizin und Sozialwissenschaft, die anderen Domänen werden entsprechend mit geringerer Tiefe bearbeitet.

2 Wissenschaftlicher Hintergrund (Darstellung der Sachlage)

2.1 Musiktherapie allgemein

Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, in der Vertreterinnen und Vertreter von acht musiktherapeutischen Vereinigungen in Deutschland einen schulenübergreifenden Konsens zur Musiktherapie erarbeitet haben, hat sich auf folgende Begriffsdefinitionen geeinigt: „Der Begriff Musiktherapie ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie. Kennzeichnend für die Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. In der Musiktherapie ist Musik Gegenstand und damit Bezugspunkt für Patient und Therapeut in der materiellen Welt. An ihm können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit des Individuums entwickeln. Rezeption, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Gang und haben dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktion. Das musikalische Material eignet sich, Ressourcen zu aktivieren und individuell bedeutsame Erlebniszusammenhänge zu konkretisieren, was zum Ausgangspunkt für die weitere Bearbeitung genommen wird. Musiktherapeutische Methoden folgen gleichberechtigt tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen“⁹.

Der konkrete musiktherapeutische Behandlungsprozess kann sich somit sehr unterschiedlich darstellen. Er basiert vor allem auf der wissenschaftlichen/theoretischen Ausrichtung (Therapieschule) und dem Ausbildungshintergrund des Therapeuten und wird auf die Therapieindikation, die Therapieziele sowie auf die Patientenpräferenzen abgestimmt. Grundsätzlich kann zwischen einem rezeptiven und einem aktiven Einsatz von Musik im Rahmen der Therapie unterschieden werden: bei der rezeptiven Musiktherapie bildet das Musikhören mit der anschließenden Aufarbeitung des Erlebten und Gefühlten im Gespräch (Verbalisierung) die zentrale therapeutische Herangehensweise. Demgegenüber steht bei der aktiven Musiktherapie das Musikhören mit der anschließenden Verbalisierung im Mittelpunkt der Therapie. Dabei kann das Musikhören in ganz unterschiedlicher Form erfolgen: als improvisierte Musik mit verschiedensten Instrumenten (von der Trommel bis zum Klavier). Es kann allein improvisiert werden, mit dem Therapeuten oder auch mit mehreren Anderen in einer Gruppe. Eine andere wichtige Herangehensweise in der aktiven Musiktherapie stellt die Reproduktion von Musik dar, d. h. das Spielen oder Singen nach Noten bzw. das Nachspielen und Singen bekannter Musiktitel. Als spezifische Intervention der Musiktherapie kann nach Hillecke²² die Beeinflussung der Emotionen durch die Musik verstanden werden, wodurch der therapeutische Prozess angestoßen, verstärkt und aufrechterhalten wird.

Die Musiktherapie wird im klinischen Bereich (z. B. in psychotherapeutischen Spezialkliniken), im außerklinischen Bereich (z. B. Pflegeheimen), im rehabilitativen Bereich, im präventiven Bereich, in der Palliativmedizin, in Beratung und Coaching sowie in freien Praxen zur Behandlung unterschiedlichster Indikationsstellungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen eingesetzt, wenngleich spezifische Nachweise der Wirksamkeit von musiktherapeutischen Behandlungen nur eingeschränkt vorliegen^{13,41}.

Die Musiktherapie ist in Deutschland den sogenannten „Künstlerischen Therapien“ zugeordnet. Künstlerische Therapien (neben der Musiktherapie auch die Tanz- und Bewegungstherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie sowie Theatertherapie) werden zwar als eigenständige Verfahren eingesetzt, sind jedoch berufs- und leistungsrechtlich weitgehend (noch) nicht abgesichert¹⁴.

Derzeit zählt der Einsatz der Musiktherapie im ambulanten Bereich nicht zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkassen¹⁸. Im Rahmen der stationären Behandlung wurde die Musiktherapie unter dem Sammelbegriff der Künstlerischen Therapien in das Fallpauschalensystem des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland aufgenommen²⁷ (Details siehe Kapitel 5.6).

2.1.1 Musiktherapie bei Jugendlichen

Die Jugend-Information-Media-Studie²⁵ (JIM-Studie), mit der seit 1999 regelmäßig zwölf- bis 19-Jährige in Deutschland befragt werden, zeigt, dass Musik für Kinder und Jugendliche eine besondere Bedeutung hat: direkt nach „Freundschaften“ liegt Musik auf Platz zwei der „Themen von besonderem Interesse“²⁵. Dabei kann Musik in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstufe unterschiedliche Funktionen erfüllen. Für Kinder ist Musik in der Regel eng mit Spielen, Neugier und allgemein mit positiven Emotionen verknüpft^{31, 35, 38}. Bei Jugendlichen spielt Musik häufig eine wichtige Rolle im Rahmen der Identitätsbildung, als Ausdrucksform von Emotionen und Lebensgefühl sowie der Zugehörigkeit zur sozialen Gruppe³³. Darüber hinaus leistet Musik bei vielen Jugendlichen einen wichtigen Beitrag zur Emotionsregulation, was im Kontext der Musiktherapie eine besondere Relevanz erhält²¹.

Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft definiert Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen als „...gezielten Einsatz von Musik und/oder musikalischen Elementen im Rahmen einer therapeutischen Beziehung zu Kindern und Jugendlichen mit dem Ziel der Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung psychischer und somatischer Gesundheit sowie dem der Entwicklungskorrektur und –förderung“⁹. Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen weist im Vergleich zur Musiktherapie bei Erwachsenen einige charakteristische Unterscheidungsmerkmale auf: Wie unter anderem Stegemann und Kollegen⁴⁰ darlegen, nehmen in der Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen der Entwicklungsaspekt und die Einbeziehung des familiären Systems einen besonderen Stellenwert ein. Zusätzlich unterscheidet sich in der Regel die Ausgangssituation für eine Therapie: Kinder und Jugendliche kommen meistens nicht freiwillig in die Therapie, sondern werden von den Eltern zur Therapie gebracht. Oft fehlt den Kindern und Jugendlichen eine eigene Änderungsmotivation. Die Therapieziele sind für sie häufig nicht von Anfang an nachvollziehbar. Eine nicht zu unterschätzende Besonderheit im Therapie-Setting ist zudem die starke Abhängigkeit zwischen Kindern und dem erwachsenen Therapeuten⁴⁰.

2.1.2 Zugang zu Musiktherapie für sozioökonomisch benachteiligte Jugendliche

Hinsichtlich der Akzeptanz und Inanspruchnahme der Musiktherapie wird darüber hinaus beobachtet, dass der Zugang zur Musiktherapie (sowie zur Psychotherapie im Allgemeinen) für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien oft erschwert ist^{16, 31}. Hierfür dürften zwei Hauptgründe eine Rolle spielen: zum einen ist Musiktherapie im niedergelassenen Bereich für sozioökonomisch benachteiligte Familien häufig schwierig zu finanzieren und zum anderen gibt es in diesen Familien häufiger eine geringe Akzeptanz gegenüber Psycho- bzw. Musiktherapie als in sozioökonomisch gut gestellten Familien^{16, 31}. Diese mit sozioökonomischer Benachteiligung assoziierten Zugangsschwernisse sind zusätzlich problematisch, weil gerade Kinder und Jugendliche aus diesen Familien ein höheres Risiko für die Entwicklung von psychischen und Verhaltensstörungen aufweisen als ihre Altersgenossen aus sozioökonomisch gut gestellten Familien⁴⁵.

2.1.3 Einsatzbereiche von Musiktherapie bei Jugendliche mit psychischen und Verhaltensstörungen

Musiktherapie findet häufig Anwendung bei Jugendlichen mit psychischen Störungen bzw. Störungen der Entwicklung^{31, 39}. Eine Untersuchung von Stegemann und Kollegen³⁸ in Deutschland hat ergeben, dass Musiktherapie im Rahmen eines multidisziplinären Behandlungsangebots an rund zwei Drittel der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (85 von 134 Kliniken) im stationären Setting eingesetzt wird. Die Mehrheit der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie wenden einen psychoanalytischen oder einen systemischen/gestaltpsychologischen Therapieansatz an und setzen Formen der aktiven Musiktherapie (Musikmachen, Improvisation, Reproduktion von Musik) deutlich häufiger ein als die passive Musiktherapie (Zuhören)³⁸.

Indikationsempfehlungen für Musiktherapie beruhen oftmals auf klinischen Erfahrungen, teilweise ohne Vorliegen einer wissenschaftlich-empirischen Absicherung⁴¹. In Bezug auf musiktherapeutische Behandlung bei Jugendlichen werden aufgrund klinischer Erfahrungen unter anderem folgende Indikationsstellungen genannt^{16, 41}:

- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- Emotionale Störungen des Kindesalters
- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
- Mutismus
- Intelligenzminderung
- Aggressive Symptome mit Gewaltanwendung
- Depressive Syndrome
- Konzentrationsstörungen
- Hyperaktivität.

Des Weiteren wird zwischen einer allgemeinen und einer differenziellen Indikation unterschieden. Die allgemeine Indikation begründet, warum der Einsatz der Musiktherapie bei einer bestimmten Erkrankung oder Störung angezeigt ist, wohingegen die differenzielle Indikation berücksichtigt, für wen, wann, welche musiktherapeutische Behandlung und in welchem Kontext geeignet ist. Für die Anwendung von Musiktherapie bei Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen liegen keine einheitlichen Empfehlungen diesbezüglich vor. Im Rahmen der Leitlinienerstellung wird die musiktherapeutische Behandlung zunehmend für unterschiedliche Indikationen untersucht und der Einsatz im Praxisalltag empfohlen (Details siehe Kapitel 5.2). Für die Indikationsstellung ist jedenfalls nicht nur die Symptomatik des Patienten/der Patientin ausschlaggebend, sondern auch dessen krankheitsbedingte, erworbene oder fehlentwickelte emotionale und kommunikative Fähigkeiten und Bedürfnisse. In diesem Zusammenhang sind auch mögliche Kontraindikationen zu beachten. Generell gilt eine psychotherapeutische Behandlung als ausgeschlossen, wenn zwar eine psychische Erkrankung vorliegt, jedoch kein Heilungserfolg erwartet werden kann. Gründe liegen beispielsweise darin, dass der Patient die Voraussetzungen nicht erfüllen kann (Motivation, Umstellungsfähigkeit) oder die Persönlichkeitsstruktur oder die Lebensumstände des Patienten dem Behandlungserfolg entgegenstehen. In Bezug auf Musiktherapie bei Jugendlichen werden in der Literatur unter anderem folgende Kontraindikationen genannt^{39, 41}:

- Generelle Abwehr bzw. Meiden von Musik
- Überbeanspruchte, reizüberflutete Menschen
- Sensible, wenig belastbare Menschen
- Sterbende Menschen
- Vorliegen einer schweren Ich-strukturellen Störung
- Vorliegen einer akuten Krisensituation
- Sucht, vergleichbare Entgrenzung
- Stationäre Kurzzeittherapie
- Vorliegen einer akuten Suizidalität
- Frische psychische Traumata.

2.2 Psychische und Verhaltensstörungen im Jugendalter

Die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen erfolgt abhängig von der Indikation und Schwere der Erkrankung. Neben einer Psychopharmakotherapie werden Psycho-, Verhaltens, Familientherapie und andere Therapieformen, wie beispielsweise die Mal- oder Musiktherapie eingesetzt¹³. Gemäß den Ergebnissen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS-²⁴, BELLA-Studie²) zeigen rund 10 % der Kinder und Jugendlichen (im Alter von sieben

bis 17 Jahren) über mehrere Jahre bestehende psychische und Verhaltensstörungen. Knapp die Hälfte (49 %) dieser Kinder und Jugendlichen hat eine psychiatrische, psychologische und/oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Insgesamt 20,2 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren ließen sich in der KiGGS-Welle 1 (Erhebungszeitraum 2009 bis 2012) mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)-Symptomfragebogen einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten (grenzwertig auffällig oder auffällig im SDQ-Gesamtproblemwert, deutsche Normierung) zuordnen²⁴. Lediglich rund ein Drittel (29,5 %) dieser Risikogruppe erhielt in den letzten zwölf Monaten irgendeine Form psychiatrischer, psychologischer oder psychotherapeutischer Hilfe²⁴.

2.2.1 Klassifikation der psychischen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2016

Psychische und Verhaltensstörungen ist eine Sammelbezeichnung für sehr unterschiedliche Störungen in den Bereichen Erleben, Verhalten, Entwicklung und kognitive Leistungen. In der Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) Version 2016 bilden psychische und Verhaltensstörungen das Kapitel V (Kode: F00-F99), das sich in folgende Gruppen gliedert:

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)
- Affektive Störungen (F30-F39)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
- Intelligenzstörung (F70-F79)
- Entwicklungsstörungen (F80-F89)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)
- Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99).

Beschreibungen für die einzelnen Gruppen des Kapitel V gemäß ICD-10-GM Version 2016 sind in Tabelle 12 im Anhang dargestellt¹² und finden sich auf der Webseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Dienstsitz Köln (www.dimdi.de).

Störungen und Krankheiten, die als (Haupt)symptom eine Veränderung der Stimmung oder Affektivität hin zur Depression zeigen, finden sich in der ICD-10-GM Version 2016 in der oben genannten Gruppe Affektive Störungen (F30-F39) und sind folgenden Kategorien zugeordnet:

- Bipolare affektive Störung (F31.-)
- Depressive Episode (F32.-)
- Rezidivierende depressive Störung (F33.-)
- Anhaltende affektive Störung (F34.-)

Die Beschreibung dieser Kategorien gemäß ICD-10-GM Version 2016 ist ebenfalls im Anhang des vorliegenden Berichts dargestellt (siehe Tabelle 13) sowie sind sie der Website des BfArM, Dienstsitz Köln (www.dimdi.de) zu entnehmen.

3 Forschungsfragen

Zur Identifizierung von Indikationen für Musiktherapie bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren mit psychischen und Verhaltensstörungen wurde im Rahmen des Grundmoduls A als inhaltliche Vorarbeit folgender Frage nachgegangen:

- Für welche psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10-GM ist der Einsatz einer Musiktherapie bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren indiziert bzw. kontraindiziert?

Des Weiteren wurden folgende Forschungsfragen operationalisiert:

Domäne Medizin:

1. Wie ist die Effektivität von Musiktherapie als alleinige Therapieform, begleitend zur Standardtherapie und im Vergleich zur Standardtherapie allein bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren bei der Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen zu bewerten?

Tabelle 1: PICO-Schema für die medizinische Fragestellung

P	Population	Jugendliche im Alter zwischen 12 und 21 Jahren mit psychischen und Verhaltensstörungen
I	Intervention	Musiktherapie als alleinige Therapieform Musiktherapie begleitend zur Standardtherapie
C	Kontrollgruppe/Vergleich	Standardtherapie allein
O	Outcome	Körperliche und psychische Belastungssymptome Lebensqualität

Darstellung: GÖ FP 2016.

Domäne Sozialwissenschaft:

- 2.1 Wird das Therapieergebnis durch soziodemografische Merkmale der Jugendlichen wie Art der Schulbildung (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Schulabbruch, Lehre), Migrationshintergrund oder geringes Einkommen der Eltern beeinflusst?
- 2.2 Wie ist die Akzeptanz der Jugendlichen hinsichtlich der Teilnahme an musiktherapeutischen Interventionen zur Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen einzuschätzen?
- 2.3 Gibt es für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen mit musiktherapeutischen Interventionen begleitend zur Standardtherapie Zugangsbeschränkungen für Jugendliche (z. B. aus sozial schwachen Familien)?

Domäne Organisation:

3. Wie sind die derzeitigen Versorgungsstrukturen und -angebote für Musiktherapie zur Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen in Deutschland aufgebaut und organisiert?

Domäne Recht:

4.1 Wie ist die Erstattungsfähigkeit der Musiktherapie psychisch kranker Jugendlicher in Deutschland geregelt?

4.2 Welche gesetzlichen Grundlagen bzw. Richtlinien (RL) für die Ausübung von Musiktherapie gibt es in Deutschland?

4 Methodik

Vorliegender Bericht wird entsprechend des Handbuchs für Autoren zur Erstellung von HTA-Berichten, Version 01_13 erstellt (HTA = Health Technology Assessment) und orientiert sich dabei an international anerkannte Methoden.

4.1 Literatursuche

4.1.1 Systematische Literatursuche

Zur Beantwortung der Fragestellungen aus den Domänen Medizin und Sozialwissenschaften wird eine systematische Literatursuche in ausgewählten Datenbanken (inklusive MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, HTA- und Cochrane-Datenbanken) durchgeführt.

Die Suchstrategie wird nach Abstimmung der Fragestellungen präzisiert und durch einen externen Informationsspezialisten durchgeführt.

Für die Suche in den Datenbanken werden Schlagwortgruppen zur Erkrankung (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10-GM), zur Therapie (Musiktherapie), zu Soziales (soziodemografische Merkmale, Akzeptanz, Zugangsbeschränkungen) sowie eine Gruppe mit Begriffen zu Studientypen gebildet.

Für die Domäne Medizin werden die Blöcke Erkrankung, Therapie und Studientyp mit UND verknüpft. Für die Domäne Soziales werden die Blöcke Erkrankung und Therapie mit dem Block Soziales mit UND verknüpft.

Deutsch- oder englischsprachige Publikationen werden berücksichtigt. Zusätzlich wird ein Filter bezüglich der Zielgruppe (Jugendliche zwischen zwölf und 21 Jahren) gesetzt.

4.1.2 Systematische Internetsuche

Zur Identifizierung von Indikationen für Musiktherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren wurde im Rahmen des Grundmoduls A eine systematische Internetsuche durchgeführt (über die Suchmaschine Google; Suchwörter: Musiktherapie, psychische und Verhaltensstörungen, Jugendliche, Indikation, Kontraindikation und Verknüpfungen dieser im Suchzeitraum: November 2015). Des Weiteren wurde nach Leitlinien gesucht, die Empfehlungen zur Musiktherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren beinhalten (auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE), des Guidelines International Network (GIN) sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF); Suchzeitraum: November 2015).

Für die Fragestellungen zu den Domänen Medizin und Sozialwissenschaften wurde eine systematische Internetsuche nach laufenden Studien (auf der Website clinicaltrials.gov; Suchwörter: music therapy AND adolescent; Suchzeitpunkt: November 2016) durchgeführt.

Für die Fragestellungen zu den Domänen Medizin, Sozialwissenschaften und Organisation wurden zusätzlich einschlägige Websites durchsucht (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland; Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie; Gesundheitliche Chancengerechtigkeit; Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie; Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft; Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung; Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V.; Versorgungsatlas; Neurologen und Psychiater im Netz; Suchwörter: Musiktherapie/music therapy; Suchzeitpunkt: November 2016).

Für die Fragestellung zur Domäne Recht wurde im Internet (über die Suchmaschine Google; Suchwörter: Musiktherapie, HeilprG, TVöD, KTL, PsychThG, Privatkasse, SGB; Suchzeitpunkt: November 2016) sowie in entsprechenden Gesetzen (z. B. über www.dejure.org) recherchiert.

Die Quellenverzeichnisse relevanter Volltexte bzw. Unterlagen wurden auf zusätzliche einzuschließende Publikationen geprüft.

4.1.3 Identifikation von Literatur durch Experten

Für die Beantwortung der Fragestellungen der Domänen Medizin und Sozialwissenschaft wurde die selektierte Literatur einem fachspezifischen Experten zur Überprüfung vorgelegt, um etwaige nicht über die systematische Literatursuche identifizierte Literatur zu ergänzen. Genannte Quellen wurden im Rahmen der systematischen Internetsuche auf die Einhaltung der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft.

4.2 Erstselektion

Für die Auswahl der Zusammenfassungen zur Bestellung von Volltexten (Erstselektion) werden Selektionskriterien festgelegt. Diese berücksichtigen formale Kriterien (Sprache, Suchzeitraum), Kriterien zur inhaltlichen Relevanz (Erkrankung und Patientencharakteristika, Verfahren/Interventionen und Ergebnis-Parameter) sowie Kriterien in Bezug auf Qualität und Validität (Studiendesign und spezifische Aspekte wie Studiengröße und Interventionsdauer). Tabelle 2 stellt einen Entwurf der Selektionskriterien für die Erstselektion dar.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien zur Erstselektion der Literaturreferenzen

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
Thematische Ausschlusskriterien	
A3	Andere Fragestellung
A4	Andere Erkrankung/Indikation bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. psychische Störungen aufgrund einer Demenzerkrankung)
A5	Andere Intervention (z. B. Anwendung anderer Therapien durch andere Berufsgruppen)
A6	Andere Zielgruppe (z. B. Erwachsene ab 22 Jahren)
Einschlusskriterien	
Medizinische Einschlusskriterien	
E1	Grundvoraussetzungen erfüllt (laut Abstract, Titel bzw. Schlagwort)
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Interventionsstudien
E4	Beobachtungsstudien
E5	Publikationen zu rechtlichen Aspekten
E6	Publikationen zu organisatorischen Aspekten

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖ FP 2016.

4.3 Zweitselektion

Die nach der Erstselektion vorliegenden Volltexte werden anhand der in Tabelle 3 angeführten Ein- und Ausschlusskriterien geprüft und selektiert.

Für die Zweitselektion werden für die Bewertung der den Domänen Medizin, Sozialwissenschaft und Organisation zugeordneten Texte folgende Präzisierungen der Selektionskriterien vorgenommen:

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Zweitselektion der Literaturreferenzen

Ausschlusskriterien	
Formale Ausschlusskriterien	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate, Mehrfachpublikationen
A3	Studien, die auf Deutschland oder vergleichbare Länder nicht übertragbar sind
Thematische Ausschlusskriterien	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Erkrankung/Indikation bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. psychische Störungen aufgrund einer Demenzerkrankung)
A6	Andere Intervention (z. B. Anwendung anderer Therapien durch andere Berufsgruppen, Vorspielen von Musikstücken ohne therapeutische Intervention)
A7	Studien, die unterschiedliche Zielgruppen einschließen, wobei die Ergebnisse nicht nach einzelnen Altersgruppen aufbereitet, sondern als Gesamtergebnis präsentiert werden: A7a: Kinder von 0 bis 12 Jahren A7b: Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren A7c: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene ab 0 Jahren bis ins Erwachsenenalter A7d: Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene ab 12 Jahren bis ins Erwachsenenalter A7e: junge Erwachsene und Erwachsene ab 18 Jahren bis ins Erwachsenenalter A7f: ausschließlich Erwachsene ab 22 Jahren
Studiendesign	
A8	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“, Studienprotokoll)
A9	Nicht geeignetes Studiendesign (z. B. Fallstudien/Fallserien, narratives Review)
A10	Primärstudien oder HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen, die bereits in anderen eingeschlossenen HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen eingeschlossen sind
A11	HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen mit geringer methodischer Qualität, wenn zur entsprechenden Indikation geeignete HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen mit hoher methodischer Qualität vorliegen
A12	Studien mit einer Studienpopulation ≤ 20 Personen bzw. ≤ 10 Personen pro Interventions- oder Kontrollgruppe
Einschlusskriterien	
Medizinische Einschlusskriterien	
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Interventionsstudien
E4	Beobachtungsstudien
E5	Publikationen zu rechtlichen Aspekten
E6	Publikationen zu organisatorischen Aspekten
E7	Hintergrund

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖ FP 2016

4.4 Bewertung der Studienqualität

4.4.1 Medizinische Volltexte

Für die Bewertung der medizinischen Fragestellung werden je nach Verfügbarkeit Primär- und Sekundärstudien schrittweise, dem Grad der Evidenzhierarchie folgend, herangezogen.

Die Beurteilung der Studienqualität erfolgt anhand der internen (Biasrisiko) und der externen Validität (Anwendbarkeit von Studienergebnissen auf Patienten außerhalb der Studienpopulation) nach der Zweitselektion.

4.4.1.1 Interne Validität

Für die Beurteilung des Biasrisikos werden – unterteilt nach Studientyp – die im Folgenden angeführten Kriterien herangezogen.

Tabelle 4 Klassifizierung des Biasrisikos

Biasrisiko	Definition
Gering	Es ist unwahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie durch Störfaktoren wesentlich verzerrt wird. Das Vertrauen in die Korrektheit der Ergebnisse ist hoch.
Mittel	Es ist unklar, inwieweit die Ergebnisse der Studie durch Störfaktoren verzerrt sind. Störfaktoren sind möglich und könnten die Korrektheit der Resultate infrage stellen.
Hoch	Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie wesentlich durch Störfaktoren verzerrt ist. Das Vertrauen in die Korrektheit der Resultate ist sehr gering.
Unklar	Das Biasrisiko kann aufgrund fehlender Angaben in der Studie nicht bewertet werden und ist unklar.

Quelle: Fröschl et al.¹⁷

Die Beurteilung der Studienqualität von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen bzw. Primärstudien erfolgt anhand der im Anhang in Tabelle 18, Tabelle 20, Tabelle 21 bzw. Tabelle 23 angeführten Kriterien.

Die Qualitätsbewertung aller Studien wird im Anhang dargestellt. Primärstudien, die in eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten oder Metaanalysen mit einem geringen Biasrisiko enthalten sind, werden in Ergebnisbeschreibung und Qualitätsbewertung nicht berücksichtigt. Studien mit hohem Biasrisiko werden nicht in die weitere Ergebnisdarstellung einbezogen, wenn zu betreffender Intervention qualitativ höherwertige Studien vorliegen.

4.4.1.2 Externe Validität (Generalisierbarkeit)

Für die Einschätzung der externen Validität der eingeschlossenen Studien wird beurteilt, ob die Studienergebnisse auf Populationen außerhalb der Studienpopulation anwendbar sind.

- Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?
- Kann das Studiendesign als pragmatisch bezeichnet werden?
- Wurden patientenrelevante Endpunkte untersucht?¹⁷

Etwaige Limitationen und Besonderheiten (z. B. die Anwendbarkeit nur auf eine bestimmte Subgruppe) werden textlich beschrieben. Die Klassifizierung der externen Validität erfolgt anhand Tabelle 5.

Tabelle 5: Klassifizierung der externen Validität

Externe Validität	Definition
Hoch	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation gut übertragbar.
Mittel	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation eingeschränkt übertragbar.
Niedrig	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation nicht übertragbar.

Quelle: GÖ FP 2016

4.4.1.3 Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland

Wie bereits in den Selektionskriterien dargestellt (siehe Tabelle 3), werden Studien, die keinen Bezug zu Deutschland oder einem vergleichbaren Land aufweisen, ausgeschlossen. Zusätzlich zur Beurteilung der externen Validität wird für die eingeschlossenen Studien eingeschätzt, wie gut die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar sind. Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse wird anhand folgender Fragen beurteilt¹⁷:

- Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?
- Sind die untersuchten Endpunkte auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?
- Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?

Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse bzw. Limitationen der Übertragbarkeit auf Deutschland werden diskutiert.

4.4.2 Volltexte zu Indikation, Recht, Organisation und Soziales

Die Bewertung der Studienqualität im engeren Sinn entfällt. Die Artikel werden auf inhaltliche Relevanz zur Beantwortung der entsprechenden Forschungsfragen geprüft.

4.5 Studienbeschreibung und Datenextraktion

Den Selektionskriterien entsprechende Studien werden einer qualitativen Analyse unterzogen, relevante Daten in Tabellen extrahiert. Die Ergebnisse werden in der Synthese tabellarisch zusammengefasst.

4.5.1 Medizinische Volltexte

Die eingeschlossenen Studien werden in Kapitel 5 tabellarisch beschrieben. Zusätzlich werden die zentralen Studiendaten in Form von Datenextraktionstabellen im Anhang dargestellt. Die Datenextraktion von Sekundärstudien (systematischen Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTA) erfolgt anhand von Tabelle 17 und für Primärstudien anhand von Tabelle 19 bzw. Tabelle 22 im Anhang.

4.5.2 Volltexte zu Indikation, Recht, Organisation und Soziales

Relevante Inhalte der identifizierten Literatur werden textlich zusammengefasst und bei Bedarf in Tabellen aufbereitet. Neben der Aufarbeitung von aus der Literatur gewonnenen Informationen werden gegebenenfalls aus Sicht des Autorenteam relevante Aspekte genannt und deskriptiv dargestellt.

4.6 Synthese der Evidenz

4.6.1 Medizinische Volltexte

Die Akkumulation der Studienergebnisse (Synthese) erfolgt für die medizinische Fragestellung des Bereichs qualitativ. Die Ergebnisse der Synthese werden tabellarisch zusammenfassend dargestellt.

4.6.1.1 Stärke der Evidenz

Für jeden Endpunkt wird die Stärke der Evidenz eingeschätzt. Die Stärke der Evidenz drückt das Ausmaß des Vertrauens aus, dass die vorhandene Evidenz den Effekt der Intervention (Maßnahme) richtig einschätzt. Als Bewertungskriterien werden das Biasrisiko der einzelnen Studien und die Konsistenz der Ergebnisse zwischen den Studien herangezogen. Die Klassifizierung der Stärke der Evidenz erfolgt entsprechend dem GRADE-Konzept (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Klassifizierung der Stärke der Evidenz

Stärke der Evidenz	Definition
Hoch	Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt verändert.
Moderat	Weitere Forschung wird sich vermutlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Niedrig	Weitere Forschung wird sich sehr wahrscheinlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Sehr niedrig	Der beobachtete Interventionseffekt ist mit sehr großer Unsicherheit behaftet.

Quelle: Guyatt et al.²⁰

4.6.2 Volltexte zu Indikation Recht, Organisation und Soziales

Die Inhalte der identifizierten Literatur werden deskriptiv dargestellt.

5 Ergebnisse

5.1 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Anhand der systematischen Suche in den Datenbanken (siehe Tabelle 14 und Tabelle 15) am 19. April 2016 werden 795 Zusammenfassungen bestellt (dedupliziert).

5.1.1 Ergebnisse der Erstselektion

Nach der Erstselektion der Zusammenfassungen anhand oben genannter Selektionskriterien werden 120 Zusammenfassungen aus den Datenbanken als Volltext bestellt.

5.1.2 Ergebnisse der Zweitselektion

Die Volltexte werden anhand der in Tabelle 3 genannten Ein- und Ausschlusskriterien selektiert.

Nach Durchsicht der Volltexte durch zwei Autoren (Zweitselektion) werden zwei Studien^{30, 36} der Domäne Medizin zugeordnet. Ein Artikel³⁰ wird für die Domäne Sozialwissenschaft berücksichtigt. 117 Volltexte werden im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossen. Eine Aufstellung der im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossenen Publikationen unter Nennung der jeweiligen Ausschlussgründe findet sich im Anhang (siehe 9.3). Wie aus dieser Tabelle ersichtlich wird, mussten sehr viele Studien aufgrund der Zielgruppe ausgeschlossen werden. In diesen Studien wurden zum Teil auch Jugendliche als Studienpopulation einbezogen, jedoch wurden die Studienergebnisse nicht nach einzelnen Altersgruppen aufbereitet, sondern als Gesamtergebnis präsentiert. Ein Rückschluss der Ergebnisse auf die für den vorliegenden HTA-Bericht relevante Zielgruppe der Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren war somit nicht möglich und die Studie wurde ausgeschlossen (Ausschlussgrund A7).

5.1.3 Ergebnisse der systematischen Internetsuche

Für die Identifizierung von **Indikationen** für Musiktherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren lieferte die systematische Internetsuche zehn Publikationen.

Die systematische Internetsuche für die Domäne **Medizin** identifizierte eine systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse¹⁹ sowie eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT)³². Die systematische Internetsuche zur Domäne **Sozialwissenschaften** identifizierte drei Studien^{4, 26, 32}, zur Domäne **Organisation** fünf Studien^{10, 11, 26, 37, 43} und zur Domäne **Recht** neun Studien^{1, 3, 10, 11, 23, 26, 27, 42, 43}.

Die systematische Internetsuche nach laufenden Studien (auf der Website clinicaltrials.gov) für die Domäne Medizin und Sozialwissenschaften erbrachte keine Treffer.

Folgende Studien der systematischen Internetsuche wurden ausgeschlossen, da sie nicht den definierten Einschlusskriterien zur Beantwortung der Forschungsfragen der Domäne Medizin oder Sozialwissenschaften entsprechen:

Tabelle 7: Ausgeschlossene Volltexte der Domäne Medizin oder Sozialwissenschaften im Rahmen der systematischen Internetsuche mit Ausschlussgrund

Argstatter, H., Hillecke, T. K., Bradt, J. & Dileo, C. (2007): Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 28 (1), S. 39-61. PabstScience Publishers.	A2 Es werden 2 Studien zur Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen eingeschlossen: Wipple et al. 2004 und Gold et al. 2004 – siehe entsprechende Ein- bzw. Ausschlussgründe der jeweiligen Studie
Bilgehan Erena (2015) The Use of Music Interventions to Improve Social Skills in Adolescents with Autism Spectrum Disorders in Integrated Group Music Therapy Sessions	A12

Tabelle 7 – Fortsetzung

Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., Lie, S.A. (2009): Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. <i>Clinical Psychology Review</i> , 29, S. 193–207.	A7e Eingeschlossene Zielgruppe von 18 bis 86 Jahren
Jinah Kim, Thomas Stegemann (2016): Music listening for children and adolescents in health care contexts: A systematic review. <i>The Arts in Psychotherapy</i> 51 (2016) 72–85	A12 bzw. A7
Koelsch, S., Offermann, K., Franzke, P. (2010): Music in the treatment of affective disorders: An exploratory investigation of a new method for music-therapeutic research. In: <i>Music Perception</i> . Vol. 27, Issue 4, S. 307-316. University of California Press.	A7e Eingeschlossene Zielgruppe von 19 bis 31 Jahre (Durchschnittsalter 24,4 Jahre) bzw. 18 bis 31 Jahre (Durchschnittsalter 24,9 Jahre)
Howard, A. A. (1997). The effects of music and poetry therapy on the treatment of women and adolescents with chemical addictions. <i>Journal of Poetry Therapy</i> , 11, 81–102.	A12
Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X. & Crawford, M.J. (2008). Music therapy for depression. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 1, Art. No. CD004517.	A7 bzw. A12 Nur eine eingeschlossene Studie entspricht den Einschlusskriterien zur Zielgruppe, die jedoch eine Studienpopulation ≤ 20 Personen beinhaltet (Hendricks et al. 1999. A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression)
McIntyre, J. (2007). Creating order out of chaos: Music therapy with adolescent boys diagnosed with a Behaviour Disorder and/or Emotional Disorder	A12 Studienpopulation umfasst 7 Personen in 2 Gruppen
Pešek, U. (2007): Musiktherapiewirkung –eine Meta-Analyse. <i>Musiktherapeutische Umschau</i> , 28 (2), S. 110-135. Göttingen: Vandenhoeck& Ruprecht.	A7b Eingeschlossene Zielgruppe von 0 bis 18 Jahren - keine getrennte Aufbereitung der Studienergebnisse nach einzelnen Altersgruppen
Paul L. Plener, Thorsten Sukale, Andrea G. Ludolph, Thomas Stegemann (2010): "Stop Cutting—Rock!": A Pilot Study of a Music Therapeutic Program for Self-Injuring Adolescents. <i>Music and Medicine</i> 2(1) 59-65	A12
Whipple, J. (2004). Music intervention for children and adolescents with Autism. A meta-analysis. <i>Journal of Music Therapy</i> , 41(2), 90-106.	A7 bzw. A12 Nur eine eingeschlossene Studie entspricht den Einschlusskriterien zur Zielgruppe, die jedoch eine Studienpopulation ≤ 20 Personen beinhaltet (Claus 1994; n = 5 Personen)

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

5.1.4 Darstellung des Selektionsprozesses

In folgender Abbildung ist der Selektionsprozess grafisch dargestellt.

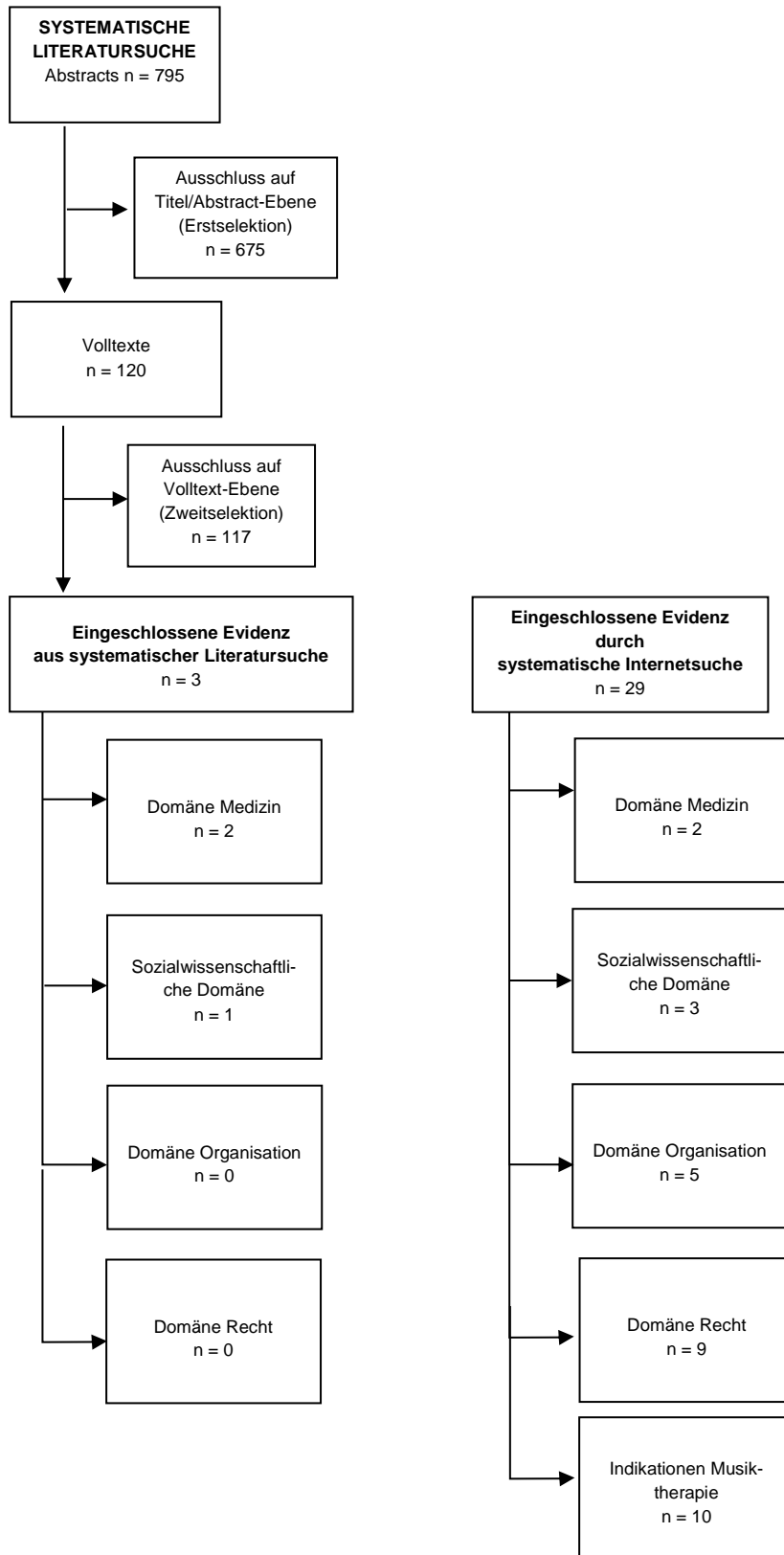


Abbildung 1: Grafische Darstellung des Selektionsprozesses

Quelle: GÖ FP 2016.

5.2 Ergebnisse zu Indikationen für Musiktherapie

Musiktherapie wird bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 mit psychischen und Verhaltensstörungen im Rahmen eines multimodalen Behandlungsansatzes bzw. als eine unterstützende Therapieform unter anderen bereits in einigen Leitlinien empfohlen bzw. als eine weitere mögliche Behandlungsform aufgelistet. In der folgenden Tabelle werden diese Leitlinien dem Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen der ICD-10-GM Version 2016 zugeordnet und dargestellt:

Tabelle 8: Leitlinien, die den Einsatz von Musiktherapie bei Jugendlichen zwischen 12 und 21 Jahren mit psychischen und Verhaltensstörungen gemäß Kapitel V ICD-10-GM Version 2016¹² empfehlen oder als eine weitere mögliche Behandlungsform auflisten

ICD-10 GM	Bezeichnung	Leitlinien
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	-
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	-
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	NICE-Leitlinie (2013) ²⁹ : Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management
F30-F39	Affektive Störungen	NICE-Leitlinie (2005) ²⁸ : Depression in children and young people: identification and management Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ⁸ , Version 5, November 2009, zuletzt geändert Juni 2015: S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression (Gilt für Personen ab 18 Jahren) Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ⁶ , Version 1.4, Mai 2012, zuletzt geändert September 2012: S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (Gilt für Personen ab 18 Jahren)
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Flatten et al. (2011) ¹⁵ : S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. ICD 10: F 43.1
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	-
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	-
F70-F79	Intelligenzstörung	-
F80-F89	Entwicklungsstörungen	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, S1-Leitlinie Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84) - Leitlinie ist nicht mehr gültig, befindet sich derzeit in Überarbeitung
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	-

ICD-10-GM = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification. NICE = National Institute of Health and Care Excellence.

Quelle: GÖ FP 2015.

Demgegenüber stehen die Ergebnisse der S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen⁷: Diese Leitlinie kommt zu dem Resultat, dass in Bezug auf Künstlerische The-

rapien (die Musiktherapie gehört zu diesen) **keine Empfehlung** für oder gegen diesen Ansatz ausgesprochen werden kann, da derzeit keine aussagekräftigen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen vorliegen. Jedoch spreche die klinische Erfahrung in Bezug auf die Wirksamkeit von komplementären therapeutischen Angeboten für den Einsatz im (teil-)stationären Setting sowie als ergänzende Behandlung im ambulanten Setting. Es wird darauf hingewiesen, dass die Forschung in diesem Bereich ausgeweitet werden sollte, um zukünftig handlungsleitende Empfehlungen für diese Intervention aussprechen zu können⁷.

Neben den oben genannten Empfehlungen zum Einsatz der Musiktherapie im Rahmen des Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen der ICD-10-GM Version 2016, wird der Einsatz von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen auch für andere psychisch belastende Situationen empfohlen bzw. aufgelistet. Beispielsweise wird in der S3-Leitlinie Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie³⁴ der Einsatz von Kunst- und Musiktherapien zur Umsetzung der Ziele psychosozialer Versorgung aufgelistet. In der pädiatrischen Onkologie wird jedoch von anhaltenden Belastungsreaktionen gesprochen, die von den pathologischen, akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen im Sinn des Kapitel V der ICD-10-GM diagnostisch abzugrenzen sind und nicht dieser Kategorie zuzuordnen sind³⁴. Ebenso wird Musiktherapie in der S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015)⁵ für Erwachsene und Kinder empfohlen, um Schmerzen und Angst in diesem Setting zu reduzieren.

In der fragebogenbasierten Querschnittserhebung von Stegemann et al.⁴¹ wurden in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie tätige Musiktherapeuten bezüglich Art der Klinik, Setting, therapeutische Ausrichtung und Arbeitsweise, Kontraindikationen, Störungsbilder, bei denen Musiktherapie am besten wirkt, spezifische Indikationen für künstlerische Therapien sowie Indikationssteller befragt. Es wurden 93 stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen mit einem musiktherapeutischen Angebot angeschrieben, wovon 35 Fragebögen zurückgeschickt wurden (Rücklaufquote 38 %)⁴¹.

In Hinblick auf Störungsbilder, bei denen Musiktherapie am besten wirke, gaben die Befragten an, dass dies bei Depression (28 %; ICD-10-GM F30-F39), Angststörungen (17 %; ICD-10-GM F40-F48), Bindungsstörungen (11 %; ICD-10-GM F90-F98), soziale Verhaltensstörungen (11 %; ICD-10-GM F90-F98), Autismus-Spektrum Störungen (9 %; ICD-10-GM F80-F89), Essstörungen (9 %; ICD-10-GM F50-F59), emotionale Störungen (7 %; ICD-10-GM F90-F98), Sucht (4 %; ICD-10-GM F10-F19) sowie Selbstwertproblematik (4 %; ICD-10-GM F90-F98) der Fall sei. Bezüglich Kontraindikationen für Musiktherapie gab knapp ein Drittel der Befragten an, dass es ihrer Einschätzung nach keine gäbe. Als absolute Kontraindikationen (die Anwendung der Musiktherapie verbietet sich bei vorliegenden Indikationen) wurden genannt: akute Psychose (sechs Nennungen), schwere Traumatisierung/Posttraumatische Belastungsstörung (drei Nennungen), fehlende soziale Kompetenz/dissoziales Agieren (drei Nennungen) sowie jeweils mit einer Nennung akute Kindeswohlgefährdung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS; Reizüberflutung), Manie, Neigung zu Dissoziation, psychotisch-suizidaler Zustand, fehlendes Arbeitsbündnis sowie Psychosomatik (versierte Musikschüler mit künstlerischer Leistung). Die Befragten gaben folgende relative Kontraindikationen (Kosten-Nutzen-Relation muss bei Durchführung der Musiktherapie streng abgewogen werden) an: (akute) Psychosen (sieben Nennungen), Trauma/Posttraumatische Belastungsstörung (fünf Nennungen), Patienten mit Schwierigkeiten Nähe auszuhalten (zwei Nennungen) sowie jeweils mit einer Nennung Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeits-entwicklungsstörungen in freier Improvisation, schwere Depression. Des Weiteren gaben die Befragten an, dass nur rund in einem Drittel der Fälle die Indikationsstellung in Absprache mit dem behandelnden Musiktherapeuten erfolgt. Bei der Therapieausrichtung/Therapieschule und bei den eingesetzten Arbeitsweisen überwiegen Mischformen, beispielsweise Kombinationen zwischen tiefen-psychologischer und systemischer Therapieausrichtung⁴¹. Anzumerken ist, dass die Studienergebnisse in Hinblick auf die kleine Stichprobengröße mit Vorsicht zu betrachten sind.

Insgesamt zeigt sich, dass die Indikationen für Musiktherapie bei Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen breit gefächert und vielseitig sind. In einigen Leitlinien wird der Einsatz der Musiktherapie allgemein berücksichtigt und empfohlen, jedoch erfolgt keine differenzierte Indikationsstellung in Bezug auf die Art der Musiktherapie oder in welcher Behandlungsphase diese eingesetzt werden sollte. Weitere empirische Untersuchungen zu möglichen Indikationen sowie zu Kontraindikationen sind demnach erforderlich, auch hinsichtlich des bisher nur eingeschränkten Vorliegens von Evidenz zur Wirksamkeit der Musiktherapie.

5.3 Ergebnisse der Domäne Medizin

5.3.1 Datenauswertung der medizinischen Studien

Zur Beantwortung der medizinischen Fragestellung „Wie ist die Effektivität von Musiktherapie als alleinige Therapieform, begleitend zur Standardtherapie und im Vergleich zur Standardtherapie allein bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren bei der Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen zu bewerten?“ wurden eine systematische Übersichtsarbeit¹⁹, ein RCT³² und eine Evaluationsstudie³⁰ zu **gruppierten Indikationen** sowie ein RCT³⁶ zur **Indikation Autismus-Spektrum-Störung** eingeschlossen.

In der nachfolgenden Tabelle sind Studiencharakteristika und -ergebnisse der eingeschlossenen Studien dargestellt. Ausführliche Extraktionstabellen zu allen bewerteten Studien finden sich im Anhang (siehe Kapitel 10).

Tabelle 9: Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen der medizinischen Fragestellung

Autor(en) und Jahr	Studien-design	Interventionen Maßnahmen	Setting	Endpunkte	Ergebnis	Biasrisiko
Gruppierte Indikationen						
Gold et al. (2004)	Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse	MT (keine detaillierteren Angaben) in der Gruppe bzw. individuelle Therapieeinheiten	k. A. Studien zur ZG der Jugendlichen ausschließlich aus den USA Studien zur ZG der Kinder aus den USA, Österreich, Deutschland und dem Vereinigten Königreich	Primäre Endpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtaspekt (kombinierter mittlerer Effekt aus allen Einzelaspekten) • Soziale Kompetenz • Selbstverständnis • Entwicklung • Verhalten 	Kinder: 4 eingeschlossene Studien mit n = 57 Jugendliche: 6 eingeschlossene Studien mit n = 120 Indikationen: unterschiedlichen psychopathologischen Erkrankungen, gruppiert nach ICD-10 zu Verhaltens-, emotionalen und Entwicklungsstörungen, vermischte psychopathologische Erkrankungen. Die Einzelstudien weisen keine signifikanten Effekte auf. Gesamtaspekt (kombinierter mittlerer Effekt): Bei Kombination aller Einzelergebnisse (sowie ohne Unterteilung nach Altersgruppe und vorliegender psychopathologischer Erkrankung) zeigt sich ein signifikanter Effekt nach der MT, jedoch liegt große Heterogenität vor (n = 188, d = 0,99, SE = 0,13; nach Ausschluss einer Studie mit extremen Ausreißern liegt statistische Homogenität vor: n = 177, d = 0,61, SE = 0,14). Subanalyse nach Indikationen: MT zeigte den größten Effekt bei Vorliegen von vermischten psychopathologische Erkrankungen (d = 0,82), große Effekte zeigten sich bei Entwicklungs- (d = 0,65) oder bei Verhaltensstörungen (d = 0,78). Kinder und Jugendliche mit emotionalen Störungen profitierten am wenigsten von MT (d = 0,16). Subanalyse nach ZG: MT zeigte sowohl für die ZG der Kinder (n = 57; d = 0,54; SE = 0,24), als auch für die ZG der Jugendlichen (n = 120; d = 0,64; SE = 0,17) signifikante Effekte. Hinsichtlich der ZG erfolgte keine weitere Subgruppenanalyse nach Erkrankungsgruppen sowie einzelnen Endpunkten.	Mittel

d = Effektstärke (gemessen als standardisierte mittlere Differenz. ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision MT = Musiktherapie. n = number (Anzahl). SE = Overall Mean Effect Size, dt.: kombinierter mittlerer Effekt. ZG = Zielgruppe.

Quelle: GÖ FP 2016

Tabelle 10: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der medizinischen Fragestellung

Autor(en) und Jahr	Studien-design	Studienpopulation	Interventionen Maßnahmen	Setting	Endpunkte	Ergebnis	Biasrisiko
Gruppierte Indikationen							
Porter et al. (2016)	RCT	n = 251 IG: n = 123 KG: n = 128	IG: Musiktherapie in 12 wöchentlichen Einzelsitzungen zu je 30 Minuten durch eine ausgebildete Musiktherapeutin (nach „Alvin model of Free Improvisation“) und übliche Versorgung (psychiatrische Beratung/Therapie und/oder medikamentöse Therapie) KG: übliche Versorgung	6 stationäre Einrichtungen zur psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche in Nordirland	Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit Selbstwertgefühl Depressionswerte Soziale Fähigkeiten Familiäre Funktion	<p>Kommunikations- und Interaktions-fähigkeiten: kurzfristige Verbesserung in IG versus KG in Woche 13 (1 Woche nach Interventionsende), jedoch nicht statistisch signifikant (Selbstbewertung durch Kinder/Jugendliche: ADM 2,4; 95 % KI -1,2 bis 6,1; p = 0,19 bzw. Bewertung durch Eltern: ADM 0,5; KI -2,9 bis 3,8; p = 0,78)</p> <p>Geringfügige Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG in Woche 26, jedoch nicht statistisch signifikant (Selbstbewertung durch Kinder/Jugendliche: ADM 3,9; KI 95 % -0,6 bis 8,4; p = 0,09).</p> <p>Subgruppenanalysen: Kleine, klinisch signifikante Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG in Woche 13 für die Subgruppe der Studienteilnehmer/innen > 13 Jahre (ADM 6,1, KI 95 %, 1,6 bis 10,5; p = 0,007). Kein signifikanter Unterschied für die Altersgruppe < 13 Jahre in IG versus KG. Hinsichtlich der diagnostizierten Indikationen Autismus, Angststörungen sowie Depressionen konnten keine signifikanten Unterschiede der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG in Woche 13 festgestellt werden.</p> <p>Selbstwertgefühl, Depressionswerte: kurzfristige signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie signifikante Verringerung der Depressionswerte in IG versus KG in Woche 13 (ADM 2,1; KI 95 % 0,8 bis 3,4; p = 0,002 sowie ADM -5,1; KI 95 % -8,6 bis 1, 7; p = 0,004). In Woche 26 konnte keine signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie Verringerung der Depressionswerte mehr festgestellt werden.</p> <p>Familiäre Funktion: Keine signifikanten Unterschiede in IG versus KG in Woche 13 sowie Woche 26.</p> <p>Soziale Fähigkeiten: keine signifikanten Unterschiede in IG versus KG in Woche 13, jedoch signifikante Verbesserung in Woche 26 festgestellt (ADM -7,4; KI 95 % -14,4 bis -0,4; p = 0,04). Der Effekt ist nach Ausschluss eines großen Ausreißers jedoch abgeschwächt (ADM -6,3; KI 95 % -12,9 bis -0,3; p = 0,06).</p>	Gering

Tabelle 10 - Fortsetzung

Patterson et al. (2015)	Evaluation eines Pilotprogramms zur MT (Durchführung von Interviews, schriftlichen Befragungen)	n = 43 Jugendliche	Wöchentliche MT in der Gruppe mit aktivierenden und rezeptiven Techniken im Rahmen des strukturierten Therapieprogramms in der Jugendpsychiatrie. Die Intervention erfolgte durch einen registrierten Musiktherapeuten. Die Teilnahme war freiwillig bzw. wurden Teilnehmer/-innen bei vorliegender Kontraindikation ausgeschlossen.	Jugendpsychiatrie (12 Betten) in einem Tertiärkrankenhaus in Australien mit unterschiedlichen Diagnosen, z. B. Essstörungen, psychotischen Störungen, Angststörungen, Stimmungsschwankungen	Selbstberichteter Nutzen	Selbstberichteter Nutzen der Jugendlichen (Fragebogen): Der Großteil der Patienten/Patientinnen genoss die Teilnahme am MT-Programm (n = 57, 95 %) und würde eine Empfehlung an Freunde aussprechen (n = 48, 90 %). Über 90 % der Jugendlichen fühlten sich nach den einzelnen MT-Sitzungen besser. Sie lernten, wie verschiedene Musiktechniken eingesetzt werden können, um ihnen im Alltag zu helfen und mit ihren Gefühlen zurecht zu kommen. Verbesserung diverser Endpunkte durch Einschätzung der Abteilungsleiter/-innen und Mitarbeiter/-innen (Interviews): Die Abteilungsleiter/-innen sowie Mitarbeiter/-innen bewerten die MT als eine wertvolle Ergänzung zum Therapieprogramm. Endpunkte haben sich verbessert, z. B. wurden die Jugendlichen bzgl. MT als sehr enthusiastisch erlebt, nach der MT wurden sie als ruhiger und engagierter wahrgenommen und sie konnten ihre Emotionen besser ausdrücken.	Unklar
Indikation Autismus-Spektrum-Störung							
Schwartzberg et al. (2016)	RCT	n = 29 IG: n = 13 aKG: n = 16	IG: 50 minutige Musikeinheit, in deren Rahmen eine Kurzgeschichte vorgesungen wurde aKG: 50 minutige Musikeinheit, in deren Rahmen eine Kurzgeschichte vorgelesen wurde	Sommer-Camp für Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung	Leseverständnis	Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und aKG nachgewiesen werden.	Hoch

ADM = Adjusted Difference in Mean, dt.: bereinigte mittlere Differenz. aKG = Aktive Kontrollgruppe. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. MT = Musiktherapie.
n = number (Anzahl). RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖ FP 2016.

5.3.2 Synthese der Domäne Medizin

In den folgenden Tabellen werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien nach Indikation auf Endpunkt-Ebene zusammengefasst und die Stärke der Evidenz eingeschätzt.

Tabelle 11: Synthese der Studienergebnisse nach Indikationen

Endpunkt	Studien, die den Endpunkt untersuchen, Studiendesign, Gesamtstudienteilnehmer und Biasrisiko	Gesamteffekt (Synthese der Einzelergebnisse)	Limitationen, Anmerkungen	Stärke der Evidenz
Gruppierte Indikationen				
Gesamtaspekt (Kombination verschiedener Einzelaspekte)	Gold et al. (2004), Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse (n = 120 Jugendliche und n = 57 Kinder), Biasrisiko: Mittel Patterson et al. (2015), Evaluation eines Pilotprogramms zur MT (n = 43 Jugendliche), Biasrisiko: Unklar	In der Metaanalyse zeigt sich ein signifikant positiver Gesamteffekt durch MT bei Jugendlichen mit unterschiedlichen psychopathologischen Erkrankungen. Die Evaluation eines Pilotprogramms zur MT in einer Jugendpsychiatrie zeigt selbstberichtete bzw. fremdbewertete Verbesserungen (persönlicher Nutzen, Gefühlszustand) durch den Einsatz von MT im Rahmen eines strukturierten Therapieprogramms.	Fehlende Angaben in den Primärstudien Teilweise keine Kontrollgruppen Sehr kleine Studienpopulationen Teilweise keine Signifikanzprüfung durchgeführt (bei Evaluationsstudie) Sehr kurzer Nachbeobachtungszeitraum (meistens Vorher-Nachher) Teilweise (sehr) niedrige methodische Qualität der einzelnen Primärstudien	Niedrig
Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten	Porter et al. (2016), RCT (n = 251), Biasrisiko: gering	Es konnte keine signifikante Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG identifiziert werden (Follow-up: 1 bzw. 14 Wochen). Die Subgruppenanalyse der Studienteilnehmenden > 13 Jahre zeigte eine kleine signifikante Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG (Follow-up: 1 Woche).	(Sehr) kurzer Nachbeobachtungszeitraum Lediglich schwache bzw. kleine Effekte identifiziert Effektmessung erfolgte ausschließlich durch Selbsteinschätzung der Kinder/Jugendlichen bzw. deren Eltern Teilweise fehlende Daten von Studienteilnehmenden	Moderat
Selbstwertgefühl	Porter et al. (2016), RCT (n = 251), Biasrisiko: gering	Kurzfristige signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls in IG versus KG (Follow-up: 1 Woche). Nach 14 Wochen Follow-up konnte jedoch keine signifikante Verbesserung mehr festgestellt werden.	(Sehr) kurzer Nachbeobachtungszeitraum Lediglich schwache bzw. kleine Effekte identifiziert Effektmessung erfolgte ausschließlich durch Selbsteinschätzung der Kinder/Jugendlichen bzw. deren Eltern Teilweise fehlende Daten von Studienteilnehmenden	Moderat
Depression	Porter et al. (2016), RCT (n = 251), Biasrisiko: gering	Kurzfristige signifikante Verringerung der Depressionswerte in IG versus KG (Follow-up: 1 Woche). Nach 14 Wochen Follow-up konnte jedoch keine signifikante Verbesserung mehr festgestellt werden.	(Sehr) kurzer Nachbeobachtungszeitraum Lediglich schwache bzw. kleine Effekte identifiziert Effektmessung erfolgte ausschließlich durch Selbsteinschätzung der Kinder/Jugendlichen bzw. deren Eltern Teilweise fehlende Daten von Studienteilnehmenden	Moderat
Familiäre Funktion	Porter et al. (2016), RCT (n = 251), Biasrisiko: gering	Keine signifikanten Unterschiede in IG versus KG festgestellt (Follow-up: 1 bzw. 14 Wochen).	(Sehr) kurzer Nachbeobachtungszeitraum Effektmessung erfolgte ausschließlich durch Selbsteinschätzung der Kinder/Jugendlichen bzw. deren Eltern Teilweise fehlende Daten von Studienteilnehmenden	Moderat

Tabelle 11 - Fortsetzung

Soziale Fähigkeiten	Porter et al. (2016), RCT (n = 251), Biasrisiko: gering	Keine kurzfristigen signifikanten Unterschiede in IG versus KG (Follow-up: 1 Woche) bzw. schwache signifikante Verbesserung in IG versus KG nach 14 Wochen Follow-up festgestellt.	(Sehr) kurzer Nachbeobachtungszeitraum Lediglich schwache bzw. kleine Effekte identifiziert Effektmessung erfolgte ausschließlich durch Selbsteinschätzung der Kinder/Jugendlichen bzw. deren Eltern Teilweise fehlende Daten von Studienteilnehmenden	Moderat
Indikation: ASS				
Leseverständnis	RCT (n = 29), Biasrisiko: hoch	Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und aKG nachgewiesen werden, d. h. es kann kein Effekt auf das Leseverständnis von Jugendlichen mit ASS nachgewiesen werden.	Nur eine sehr kleine Studie mit hohem Biasrisiko	Sehr niedrig

aKG = Aktive Kontrollgruppe. ASS = Autismus-Spektrum-Störung. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. MT = Musiktherapie. n = number (Anzahl). RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖ FP 2016.

5.4 Ergebnisse der Domäne Sozialwissenschaft

Zur Beantwortung der sozialwissenschaftlichen Fragestellungen

- Wird das Therapieergebnis durch soziodemografische Merkmale der Jugendlichen wie Art der Schulbildung (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Schulabbruch, Lehre), Migrationshintergrund oder geringes Einkommen der Eltern beeinflusst?
- Wie ist die Akzeptanz der Jugendlichen hinsichtlich der Teilnahme an musiktherapeutischen Interventionen zur Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen einzuschätzen?
- Gibt es für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen mit musiktherapeutischen Interventionen begleitend zur Standardtherapie Zugangsbeschränkungen für Jugendliche (z. B. aus sozial schwachen Familien)?

wurden im Rahmen der systematischen Literatursuche sowie Internetsuche vier Studien^{4, 26, 30, 32} identifiziert. Anzumerken ist, dass in den vorliegenden Studien der Domäne Medizin (siehe 5.3) kaum Subgruppenanalysen hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, Akzeptanz oder Zugangsbeschränkungen im Zusammenhang mit Musiktherapie bei Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen durchgeführt wurden. Vereinzelt liegen Studienergebnisse bzw. Auswertungen von Befragungen vor, die im Folgenden deskriptiv dargestellt werden. Generell ist die Studienlage zur Beantwortung der Forschungsfragen für die Domäne Sozialwissenschaft sehr eingeschränkt.

Einfluss auf das Therapieergebnis durch soziodemografische Merkmale

In dem RCT **von Porter et al.**³² (siehe Tabelle 27) wird die Effektivität von Musiktherapie für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen zur psychischen Gesundheit in Nordirland untersucht. Ein Drittel der in die Studie eingeschlossenen Studienpopulation (31% von n = 251) stammt aus sozial schwachen Regionen in Nordirland. 41 % der behandelten Kinder und Jugendlichen werden von einem alleinerziehenden Elternteil versorgt, in 32 % der Fälle sind beide Elternteile arbeitslos. Diese Einflussfaktoren (Confounder) werden für die methodische Aufbereitung der Ergebnisse einberechnet (siehe Ergebnisse in Domäne Medizin 5.3), jedoch erfolgen keine gesonderte Subgruppenanalyse und Ergebnisdarstellung hinsichtlich der Beeinflussung des Therapieergebnisses durch soziodemografische Merkmale der Jugendliche. Die Studienautoren weisen auf die Notwendigkeit hin, diese Aspekte in Studien zukünftig umfassender zu untersuchen.

In der **Feldstudie zur Wirkung ambulanter Musiktherapie des Deutschen Zentrums für Musiktherapieforschung (DZM)**⁴ aus dem Jahr 2001 wurde ein Basisdokumentationssystem zur internen Qualitätssicherung von ambulanter Musiktherapie entwickelt und eingesetzt. Hierfür beteiligten sich zehn Musiktherapeuten und -therapeutinnen, die unterschiedlichen Befragungsbögen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausfüllten (z. B. Diagnose, Anamnese, Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen bzw. Erwachsene, Therapieverlauf, Therapieergebnis, Behandlungsmethodik, verwendete Interventionen, Behandlungsziel, Finanzierung). Informationen zur Lebenssituation der behandelten Kinder und Jugendlichen (z. B. Schulbildung) sowie deren Eltern (z. B. Familienstand, Schulbildung, Beruf, Wohnort) werden berichtet, jedoch keine Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis untersucht. Die Ergebnisse der Befragung zeigen beispielsweise, dass der Behandlungsschwerpunkt der zehn befragten Musiktherapeuten/-therapeutinnen hauptsächlich bei Kindern zwischen null und zwölf Jahren (70 Fälle), gefolgt von Erwachsenen zwischen 18 und 98 Jahren (14 Fälle) sowie Jugendlichen zwischen 13 und 17 Jahren (13 Fälle) liegt. In der zusammengefassten Kategorie der Kinder und Jugendliche erhielten männliche Patienten häufiger eine musiktherapeutische Behandlung (58 männliche Fälle versus 24 weibliche Fälle). Bei den Kindern (n = 70) wurde in 80 % der Fälle die ICD-10-Diagnose F9 oder F8 vergeben. Für Jugendliche und Erwachsene konnten aufgrund der kleinen Fallzahl keine Diagnose-schwerpunkte ermittelt werden. Die behandelten Kinder und Jugendliche (n = 82) besuchten größtenteils die Schule (n = 45) und lebten bei ihren Eltern (n = 66 Fälle), die zum überwiegenden Teil verheiratet waren (65 Fälle). In der Regel waren die Väter (n = 82) die Hauptverdiener der Familie und schwerpunktmäßig als Facharbeiter (n = 18 Fälle) und nicht-leitende Angestellte (n = 13 Fälle) tätig. Der Wohnort lag hauptsächlich im ländlichen Bereich.

In der **Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten (BgA-KT) 2016 von Melches et al.**²⁶ wird ein Überblick über die Situation der Künstlerischen Therapeutinnen und

Therapeuten in Deutschland gegeben (unter anderem Klientel, Arbeitsfeld, Fachbereiche, Qualifikationen, Qualitätssicherung, Bezahlung etc., siehe auch Domäne Organisation). Insgesamt beantworteten 2.303 künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten, die in Deutschland selbstständig oder angestellt tätig sind, einen Online-Fragebogen, davon waren 2.134 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (92,7 %) im Regelbereich des Sozialgesetzbuchs (SGB) tätig (Grundgesamtheit für die weiteren Auswertungen).

Bei der differenzierten Untersuchung nach Fachbereichen (dazu zählen Kunst-/Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Eurythmietherapie, Theater-/Dramatherapie, Sprachgestaltung und Sonstige) überwiegen Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10 (psychische und Verhaltensstörungen), sowohl für die Altersgruppe der Erwachsenen, als auch für Kinder bzw. Jugendliche. Über alle Fachbereiche hinweg bilden Erwachsene das Hauptklientel. Jeweils rund die Hälfte der Kunst-, Musik-, Theater- und sonstigen Therapeuten arbeiten mit Kindern bzw. Jugendlichen. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird als „Beitrag zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit angegeben“. Im Detail verteilt sich das Klientel bei den 959 befragten Musiktherapeutinnen und -therapeuten wie folgt: 73,8 % Erwachsene, 53,4 % Kinder bzw. Jugendliche und 41,8 % Senioren. Es erfolgen keine detailliertere Untersuchungen hinsichtlich der Zusammenhänge mit möglichen Therapieergebnissen²⁶.

Akzeptanz zur Teilnahme an musiktherapeutischen Interventionen

Die **Feldstudie zur Wirkung ambulanter Musiktherapie des DZM⁴** aus dem Jahr 2001 (siehe oben) untersucht die Zufriedenheit der Angehörigen (vor allem der Eltern) mit den Auswirkungen der Musiktherapie auf unterschiedliche Endpunkte. Die Auswertung zeigte beispielsweise, dass die Angehörigen mit den Auswirkungen der Musiktherapie auf das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen sowie mit den Auswirkungen der Musiktherapie auf das soziale Bezugsfeld sehr zufrieden waren (Mittelwerte: 76 % bzw. 74 % von $n = 32$, davon 25 Kinder und sieben Jugendliche), gefolgt von den Auswirkungen der Musiktherapie auf die Autonomie und Integration des Patienten/der Patientin im sozialen Bezugsfeld (Mittelwert: 64 %). Der Gesamtwert der Zufriedenheit lag bei 72 % (Mittelwert; gemessen mit dem Hertlingshauser Zufriedenheitsfragebogen). Im Bereich der Kindertherapien ($n = 25$) zeigte sich bei selbst- versus fremdfinanzierten Therapien sowie bei Gruppen- versus Einzeltherapien eine höhere Zufriedenheit der Angehörigen. Für Jugendlichentherapien ($n = 7$) liegen diese Auswertungen nicht vor. Limitierend ist anzumerken, dass die Ergebnisse durch die heterogen zusammengesetzte und sehr kleine Stichprobengröße wesentlich verzerrt werden können. Die Stärke der Evidenz ist sehr niedrig.

Die **Evaluationsstudie von Patterson et al.³⁰** (siehe Tabelle 30) untersucht die Akzeptanz und Zufriedenheit von Jugendlichen ($n = 43$) sowie der Abteilungsleiter/-innen und Mitarbeiter/-innen ($n = 13$) einer Jugendpsychiatrie in Australien in Hinblick auf eine wöchentlich durchgeführte Musiktherapie in der Gruppe mit aktivierenden sowie rezeptiven Techniken im Rahmen des strukturierten Therapieprogramms. Die hohen Teilnahmeraten, die niedrigen Absenzen bzw. niedrige Anzahl der Nichtteilnahme am Musiktherapie-Programm sowie das positive Feedback der Jugendlichen und Mitarbeiter/-innen weisen auf eine hohe Akzeptanz der Musiktherapie bei den Jugendlichen hin. Im Detail gaben fast alle befragten Jugendlichen an, die Teilnahme am Musiktherapieprogramm sehr genossen zu haben ($n = 57$, 95 %) bzw. würden das Musiktherapieprogramm auch Freunden weiterempfehlen ($n = 48$, 90 %). Über 90 % der befragten Jugendlichen fühlten sich nach den Sitzungen besser, sie lernten wie die entsprechenden musiktherapeutischen Techniken ihnen helfen können und möchten diese auch zukünftig zur Bewältigung ihrer Gefühle anwenden. Auch die Interviewergebnisse unterstrichen die positiven Rückmeldungen der schriftlichen Befragung. So bewerteten die Abteilungsleiter/-innen sowie Mitarbeiter/-innen das Musiktherapieprogramm als eine wertvolle Ergänzung zum üblichen Therapieprogramm. Sie berichteten von potenziellen Verbesserungen bzw. Veränderungen der Jugendlichen, wie z. B. erhöhter Enthusiasmus, Motivation und Engagement bezüglich der Musiktherapie, ruhigere Gemütslage sowie besserer Ausdruck von Emotionen. Die Musiktherapie wurde durch einen ausgebildeten und registrierten Musiktherapeuten durchgeführt, dessen Unterstützung wurde von den Abteilungsleitern/-innen und Mitarbeiter/-innen als sehr positiv wahrgenommen. Die Einführung des Musiktherapieprogramms wurde jedoch auch als große Herausforderung wahrgenommen, da verschiedene organisatorische Vorkehrungen getroffen werden mussten (unter anderem Organisation von ausreichend Platz in den Therapieräumen, Erstellung entsprechender Therapiepläne, Bereitstellung von Personal

etc.). Limitierend sind die methodischen Einschränkungen der Studie anzumerken; die Studienpopulation ist sehr klein, es wurde keine Kontrollgruppe zur Überprüfung der Ergebnisse eingesetzt, es erfolgte keine Signifikanzprüfung der Ergebnisse und der Nachbeobachtungszeitraum war sehr kurz gewählt (Messung vor- bzw. nach Durchführung des Musiktherapieprogramms), sodass die Aussagen mit großer Unsicherheit behaftet sind (Stärke der Evidenz: sehr niedrig).

In dem RCT von Porter et al. 2016³² (siehe Tabelle 27) zeigte sich in der Interventionsgruppe (Musiktherapie inklusive psychiatrische und/oder medikamentöse Therapie) im Vergleich zur Kontrollgruppe (psychiatrische und/oder medikamentöse Therapie) eine wesentlich höhere Ausfallsrate der Jugendlichen (Drop-Out-Rate 38 % versus 18 %), was auf eine geringere Akzeptanz der Musiktherapie bei der Zielgruppe der Jugendlichen hinweisen könnte. Die Studienautoren weisen jedoch darauf hin, dass die Teilnahmeraten der Jugendlichen bei der Musiktherapie prinzipiell sehr hoch waren (Teilnahme war freiwillig), die Jugendlichen bzw. deren Eltern sich aber zum Teil nicht an der Befragung beteiligt haben und somit als Ausfall gekennzeichnet wurden. Detailliertere Untersuchungen hinsichtlich der Akzeptanz bzw. Zufriedenheit der Jugendlichen und deren Eltern mit der Musiktherapie wurden im Rahmen des RCT nicht vorgenommen.

Zugangsbeschränkungen zu musiktherapeutischen Interventionen für Jugendliche

Es konnten keine Studien zur Beantwortung dieser Forschungsfrage identifiziert werden.

5.5 Ergebnisse der Domäne Organisation

Es werden fünf Quellen^{10, 11, 26, 37, 43} für die Beantwortung der Fragestellungen zur Domäne Organisation eingeschlossen. Folgende konkrete Forschungsfrage wird behandelt:

- Wie sind die derzeitigen Versorgungsstrukturen und -angebote für Musiktherapie zur Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen in Deutschland aufgebaut und organisiert?

Versorgungs- bzw. Tätigkeitsbereiche

Musiktherapie wird in Deutschland sowohl in ambulanten, tagesklinischen als auch in stationären Einrichtungen von angestellten sowie freiberufliche bzw. selbstständige Musiktherapeutinnen und -therapeuten angeboten.

Die Tätigkeitsbereiche der Musiktherapeutinnen und -therapeuten können dabei in drei Bereiche eingeteilt werden: den Regelungsbereich des SGB, in den Bereich Bildung, Beratung oder Supervision und in sonstige Bereiche. Im Zuge der **Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten** in Deutschland im Jahr 2013 zeigte sich, dass von den 959 befragten Musiktherapeutinnen und -therapeuten 95 % einer Tätigkeit nachgingen, die in den Regelbereich des SGB fiel. Davon waren 45,7 % in der Akut- und Heilbehandlung (gemäß SGB V), 32,5 % in der Rehabilitation/Nachsorge sowie Teilhabe behinderter Menschen (gemäß SGB V und XI), 32,2 % in der Kinder- und Jugendhilfe (gemäß SGB VIII), 23,6 % in der Sterbebegleitung/Palliativmedizin/Pflege (gemäß SGB V und XI) sowie 19,1 % in anderen Bereichen (gemäß SGB) tätig²⁶ (siehe auch Domäne Recht).

In der fragebogenbasierten **Querschnittserhebung** in 134 kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit stationärem Behandlungsangebot in Deutschland von **Stegemann et al.**³⁷ zeigte sich, dass Musiktherapie in 63,4 % der stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt wird. Im Durchschnitt standen 0,13 bis 0,21 Betten in universitären und nicht-universitären Einrichtungen für Musiktherapie zur Verfügung. In 81,5 % waren spezielle Räumlichkeiten für Musiktherapie vorhanden, wobei die optimale Raumgröße rund 25 bis 30 m² betrug. Aktive Musiktherapie kam in etwa 85 % der Fälle zum Einsatz und rezidive Musiktherapie nur in 15 %. Die gängigsten Therapieausrichtungen waren tiefenpsychologische/psychoanalytische Therapie, Systematische Therapie und Integrative Therapie/Gestalttherapie, die hauptsächlich erlebniszentriert oder in variablen Anteilen konflikt-, erlebnis- und/oder übungszentriert erfolgte³⁷.

In der stationären Rehabilitation findet die Musiktherapie im Team mit Musiktherapeutinnen und -therapeuten, Neurologinnen und Neurologen sowie Klinischen Psychologinnen und Psychologen indikations- und fachübergreifend statt. Eine Einzeltherapie dauert mindestens 30 Minuten, eine Therapieeinheit

einer Kleingruppe bis maximal fünf Personen mindestens 50 Minuten sowie eine Gruppentherapie mit maximal zwölf Personen mindestens 50 Minuten und sollte mindestens zwei Mal pro Woche erfolgen^{11, 27}.

Anstellung/freiberufliche Tätigkeit

Von den befragten Musiktherapeutinnen und -therapeuten (n = 959) im Rahmen der Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten in Deutschland sind 63 % in einem Angestelltenverhältnis, 56 % selbstständig und 19 % sowohl als auch tätig. Das monatliche Bruttogehalt der Angestellten in Vollzeitanzstellung lag bei 19,5 % der befragten Musiktherapeutinnen und -therapeuten zwischen 2.000 und 2.500 Euro sowie bei 66,4 % bei mehr als 2.500 Euro. Bei rund 50 % der Befragten gilt der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD). Der Honorarsatz für eine 60-minütige musiktherapeutische Tätigkeit schwankt bei selbstständig/freiberuflich tätigen Musiktherapeutinnen und -therapeuten zwischen 20 bis 30 Euro (bei 7,7% der Befragten), 30 bis 40 Euro (bei 17 %), 40 bis 50 Euro (bei 23,7 %), 50 bis 60 Euro (bei 32 %) und größer als 60 Euro (bei 12,1 %)²⁶.

Von den 64 befragten Musiktherapeutinnen und -therapeuten aus der **Querschnittserhebung** in 134 kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit stationärem Behandlungsangebot in Deutschland von **Stegemann et al.** waren 80 % in einem Angestelltenverhältnis und 7,7 % selbstständig/freiberuflich tätig. Die restlichen 12,3 % der Befragten haben andere Arbeitsvereinbarungen getroffen (z. B. ärztliche Anstellung mit musiktherapeutischer Tätigkeit) bzw. fehlende Angaben geliefert. Die Entlohnung der angestellten Musiktherapeutinnen und -therapeuten erfolgte in 35,3 % der Fälle über den Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) oder durch individuelle Vereinbarungen (hausinterne Regelungen, andersartige Beschäftigungsverhältnisse). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit fix angestellter Musiktherapeutinnen und -therapeuten betrug 27,8 Stunden/Woche und 7,5 Stunden/Woche bei selbstständig/freiberuflich Tätigen³⁷.

Ausbildung

Ausbildungen zur Musiktherapeutin bzw. zum Musiktherapeuten werden im staatlichen Tertiärbereich und im privatrechtlichen Bereich in Form von Bachelor- und Masterstudien sowie postgradualen Weiterbildungen angeboten^{10, 37}. Eine Übersicht der Ausbildungsmöglichkeiten ist beispielsweise auf der Homepage der Deutschen Musiktherapeuten zu finden (<http://www.musiktherapie.de>). Die Ausübung des Berufs kann durch eine spezifische Ausbildung, Approbation oder Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG) erfolgen¹⁰. Ausbildungen an Fachhochschulen und Universitäten sind staatlich anerkannt.

Die Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten in Deutschland 2013 zeigte, dass von den 959 befragten Musiktherapeutinnen und -therapeuten 67,7 % eine Hochschulausbildung absolviert haben. 24 % der Befragten besaßen eine Zusatzqualifikation in Verbalen Methoden²⁶.

Von den befragten Musiktherapeutinnen und -therapeuten (n = 64) aus der **Querschnittserhebung** in 134 kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken mit stationärem Behandlungsangebot in Deutschland von **Stegemann et al.** haben 48,4 % ein Studium an einer Fachhochschule und 25 % ein Universitätsstudium in Musiktherapie oder einem anderen Fach absolviert. 38,9 % der Befragten haben eine zusätzliche oder ausschließliche Ausbildung anderer Art abgeschlossen, 14,1 % haben ihre Ausbildung im Ausland erhalten. Die zur Therapie eingesetzten Hauptinstrumente sind das Klavier (55,4 %), und die Gitarre (20 %)³⁷. Wird das Klavier nicht als Hauptinstrument gewählt, ist es in vielen Ausbildungen verpflichtendes Zweitinstrument⁴³.

5.6 Ergebnisse der Domäne Recht

Es werden neun Quellen^{1, 3, 10, 11, 23, 26, 27, 42, 44} für die Beantwortung der Fragestellungen zur Domäne Recht eingeschlossen. Folgende konkrete Forschungsfragen werden behandelt:

- Welche gesetzlichen Grundlagen bzw. RL für die Ausübung von Musiktherapie gibt es in Deutschland?

- Wie ist die Erstattungsfähigkeit der Musiktherapie psychisch kranker Jugendlicher in Deutschland geregelt?

5.6.1 Gesetzliche Regelungen für die Ausbildung und Berufsausübung von Musiktherapie in Deutschland

Die Berufsausübung als Musiktherapeutin/Musiktherapeut kann im Allgemeinen in verschiedene Gesetzesbereiche fallen. Der Beruf kann in die Bereiche des SGB, des HeilprG oder nach erfolgter Approbation in das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) fallen. Grundsätzlich sind Tätigkeit und Titel der Musiktherapeutin/des Musiktherapeuten nicht geschützt⁴². Dafür wären eine genaue Definition des Berufs und entsprechende RL notwendig. Fehlende Definitionen und RL führen vor allem unter den Berufsverbänden der Musiktherapeuten zu Diskussionen. Die RL 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rats zur Anerkennung von Berufsqualifikationen sieht eine Reglementierung gewisser Berufe vor. Nach Artikel 3 (1) a der RL 2005/36/EG stellt der Beruf einer Musiktherapeutin bzw. eines Musiktherapeuten keinen reglementierten Beruf dar, wodurch eine Berufsausübung im Sinn des Anhang I der RL 2005/36/EG von Verbands- oder Organisationsmitgliedern nicht möglich ist. Liegt beispielsweise ein Angestelltenverhältnis vor, ist keine Approbation nach dem PsychThG oder Artikel (1) des HeilprG notwendig, da die Verantwortung bei der ärztlichen Leitung liegt. Außerdem ist in Deutschland keine einheitliche Regelung für Musiktherapeuten durch Tarifverträge vorhanden¹⁰ und eine Einstufung erfolgt abhängig vom jeweiligen Dienstverhältnis. Häufig werden Musiktherapeutinnen und -therapeuten jedoch nach dem Schema des TVöD entlohnt²⁶. Voraussetzung dafür ist eine Beschäftigung in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder Anstalt. Der Abschluss von Arbeitsverträgen erfolgt somit ebenfalls individuell und richtet sich nach der Art der abgeschlossenen Ausbildung, der vorzuweisenden Arbeitserfahrung sowie dem Tätigkeitsbereich¹⁰. Im Bereich der Rehabilitation werden seit 2015 Aufgaben und Funktionen von Musiktherapeutinnen und -therapeuten in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) unter den Ziffern F 681 „Musiktherapie einzeln“, F 691 „Musiktherapie in der Kleingruppe“ und F 701 „Musiktherapie in der Gruppe“ festgehalten¹¹ (siehe auch Domäne Organisation).

Aufgrund der fehlenden Definitionen und RL wird eine Anerkennung der Musiktherapie als Heilberuf angestrebt. Voraussetzung dafür wäre eine Beschäftigung von 75 % der Musiktherapeutinnen und -therapeuten im ambulanten und stationären Bereich. Des Weiteren wären dafür Nachweise über die Eckdaten der Berufsgruppe, Indikations- und Tätigkeitsprofil, Qualifizierungsniveau etc., die im Zuge einer Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeuten stattfinden soll, nötig²⁶.

Eine Ausübung der Musiktherapie kann auch durch Logopäden erfolgen. Musiktherapie ist gemäß § 1 Abs. 1 Anlage 2 Teil der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LoAPrO)¹.

Die Ausbildung zur/m Musiktherapeutin/-en fällt unter keine Reglementierung im Sinn von Artikel 3 (1) e der RL 2005/36/EG. Die fehlenden Reglementierungen zu Berufsausbildung und –ausübung von Musiktherapeuten/-innen und den dadurch fehlenden Standards führen zu unterschiedlichen Qualifikationsprofilen und Praktiken im Berufsfeld der Musiktherapie⁴².

5.6.2 Erstattung von Musiktherapie in Deutschland

Bei der Erstattung musiktherapeutischer Leistungen muss zwischen einer Erbringung der Leistung im ambulanten oder stationären Bereich und einer potenziellen Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung oder private Zusatzversicherung unterschieden werden. Im ambulanten Bereich werden die Kosten nur durch Privatkassen im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung übernommen, wobei die Erstattung vom gewählten Tarif abhängt³.

Im stationären Bereich kann eine Eingliederung der Leistungen in das SGB, die Bundesbeihilfenverordnung (BBhV) oder das Fallpauschalengesetz erfolgen.

Im Bereich des **SGB** könnte die Musiktherapie nach § 32 des SGB V als neues Heilmittel eingestuft werden. Voraussetzung dafür ist eine Prüfung des Behandlungs- und Versorgungsanspruchs, der durch § 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 des SGB V geregelt wird und Einschränkungen zu Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit vorsieht. Eine Erstattung von Leistungen durch die gesetzliche Krankenkasse gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V kann erst erfolgen, wenn eine positive Empfehlung zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V abgegeben wurde. Der Umfang einer potenziellen Kostenerstattung wird durch RL gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 in Verbindung mit § 135 Abs. 1 SGB V festgelegt. Der G-BA hat die Musiktherapie jedoch als „nichtverordnungsfähiges Heilmittel“ klassifiziert. Dieser Beschluss ist für alle Krankenkassen als verbindlich anzusehen²³.

Eine weitere Möglichkeit zur Kostenübernahme musiktherapeutischer Leistungen im Rahmen des SGB stellt die potenzielle Einordnung als Leistung der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 Satz Nr. 1 SGB XII dar. Werden die beinhalteten Leistungsvoraussetzungen erfüllt, kann eine Abrechnung über den Sozialhilfeträger erfolgen. Speziell ist Musiktherapie für behinderte Menschen bzw. behinderte Kinder im Bundesland Nordrhein-Westfalen und der Stadt Meiningen im Bundesland Thüringen aufgrund des nachgewiesenen Nutzens zur Linderung von Behinderungsfolgen als Eingliederungshilfe anerkannt und somit erstattungsfähig. Eine Kostenübernahme durch Träger der Jugendhilfe als dritte Möglichkeit wird zunehmend in Erwägung gezogen²³.

In der **Bundesbeihilfeverordnung** (BBhV) gemäß Anlage 3 zu §§ 18 und 21 zu ambulant durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist die Musiktherapie als nicht beihilfefähige psychotherapeutische Leistung angeführt. Eine Regelung zu stationär durchgeführter Musiktherapie beinhaltet die Bundesbeihilfeverordnung nicht⁴⁴

Im **Fallpauschalengesetz** findet die Musiktherapie im Team unter fachärztlicher Begleitung im Kapitel 8 in den Komplexziffern 55 „Frührehabilitative Komplexbehandlung“, 550 ff. „Geriatrische Frührehabilitation“, 552 ff. „Neurologisch- neurochirurgische Rehabilitation“, 559 „Andere Frührehabilitation“, 563 ff. „Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung im Rahmen der Frührehabilitation“, 918 „Multimodale Schmerztherapie“, 91 b Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung“, 91 c „Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie“, 974 „Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung“, 97 b „Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson“, 975 „Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung“ und 982 „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ Anwendung. Weiter in Kapitel 9 in den Komplexziffern 401.4 „Künstlerische Therapien“, 401.5 „Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung“ unter Aufsicht eines Facharzts oder psychologischen bzw. Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten, 403 „Sozial- und neuropädiatrische Therapie“ unter Leitung eines Kinder- und Jugendarzts innerhalb eines multidisziplinären Teams und 412 „Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung“ im Liaisondienst²⁷.

In Kliniken wird die Musiktherapie unter medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten mit dem Schlüssel MP 27 angeboten. In psychiatrischen und psychosomatischen Akutkliniken wurden Künstlerische Therapien, somit auch die Musiktherapie, nach der DRG/OPS-Systematik in die OPS-Ziffer 9-632 für Spezialtherapeuten aufgenommen, wodurch es zu keiner Differenzierung zwischen verschiedenen Therapiearten innerhalb der künstlerischen Therapien und zu anderen Spezialtherapien wie Ergo-, Physiotherapie oder Sozialarbeit mehr kommt²⁷.

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Im Folgenden werden die Forschungsfragen beantwortet, zunächst wird die Ausgangsfrage nach Indikationen für Musiktherapie beantwortet, danach die Forschungsfragen zu den einzelnen bearbeiteten Domänen.

Für welche psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10-GM ist der Einsatz einer Musiktherapie bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren indiziert bzw. kontraindiziert?

Insgesamt zeigt sich, dass die Indikationen für Musiktherapie bei Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen breit gefächert und vielseitig sind. In einigen Leitlinien wird der Einsatz der Musiktherapie allgemein berücksichtigt und empfohlen, jedoch erfolgt keine differenzierte Indikationsstellung in Bezug auf die Art der Musiktherapie oder in welcher Behandlungsphase diese eingesetzt werden sollte. In der S3-Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (2013)⁷ wird geschlussfolgert, dass in Bezug auf Künstlerische Therapien (die Musiktherapie ist ein Teil dessen) **keine Empfehlung** für oder gegen diesen Ansatz ausgesprochen werden kann, da derzeit keine aussagekräftigen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen vorliegen. In der Literatur werden auch Kontraindikationen von Musiktherapie genannt, wie das Vorliegen einer akuten Krisensituation bzw. Suizidalität, frische psychische Traumata, stationäre Kurzzeittherapie, Sucht, sterbende Menschen, überbeanspruchte, reizüberflutete bzw. sensible, wenig belastbare Menschen etc.^{39, 41}.

6.1 Domäne Medizin

1. Wie ist die Effektivität von Musiktherapie als alleinige Therapieform, begleitend zur Standardtherapie und im Vergleich zur Standardtherapie allein bei Jugendlichen zwischen zwölf und 21 Jahren bei der Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen zu bewerten?

Zur Beantwortung der medizinischen Fragestellung konnten insgesamt vier Studien identifiziert werden, drei zu gruppierten Indikationen (unterschiedlichen psychopathologischen Erkrankungen, gruppiert nach ICD-10 zu Verhaltensstörungen, emotionale Störungen, Entwicklungsstörungen, vermischte psychopathologische Erkrankungen) und eine zu Autismus-Spektrum-Störungen identifiziert werden.

Hinsichtlich **Wirksamkeit von Musiktherapie bei gruppierten Indikationen** zeigt sich ein positiver Gesamteffekt (Stärke der Evidenz: niedrig) durch die Anwendung von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen, außerdem zeigen sich kurzfristige Verbesserungen (nach einer Woche) in Bezug auf Selbstwertgefühl und Depression (Stärke der Evidenz: moderat). Diese Verbesserungen zeigen sich mittelfristig (nach 14 Wochen) nicht mehr. Keine Effekte zeigen sich in Bezug auf Kommunikation und Interaktionsfähigkeit, die familiäre Funktion und soziale Fähigkeiten.

Limitationen: Bis auf eine Studie sind die vorliegenden Studien eher klein bzw. liegen der beschriebenen Metaanalyse kleine Studien zugrunde, dies schränkt die Verlässlichkeit der Ergebnisse sehr ein. Auch scheint die konkrete Umsetzung der Intervention in den einzelnen Studien heterogen zu sein, z. B. hinsichtlich Setting (ambulant versus stationär), Dauer, Einzel- versus Gruppentherapie. Dies macht die Ergebnisse untereinander schwer vergleichbar. Außerdem können dadurch auf Grundlage der momentanen Studienlage keine Empfehlungen in Bezug auf die konkrete Umsetzung von Musiktherapie abgeleitet werden. Keine der vorliegenden Studien ist aus Deutschland, was hinsichtlich der **Übertragbarkeit der Studienergebnisse** zusätzlich limitierend zu beachten ist.

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Musiktherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen zeigte sich, dass kein Effekt auf das Leseverständnis von Jugendlichen nachgewiesen werden konnte. Dabei ist limitierend anzumerken, dass nur eine Studie mit einer kleinen Studienpopulation und einem hohen Biasrisiko vorliegt. Außerdem stammt die Studie aus den USA, weshalb die Übertragbarkeit auf Deutschland nur begrenzt gegeben ist.

6.2 Domäne Sozialwissenschaft

2.1 Wird das Therapieergebnis durch soziodemografische Merkmale der Jugendlichen wie Art der Schulbildung (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Schulabbruch, Lehre), Migrationshintergrund oder geringes Einkommen der Eltern beeinflusst?

Es konnten drei Studien identifiziert werden, bei denen auch sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche in der Studienpopulation eingeschlossen waren, jedoch erfolgen keine gesonderte Subgruppenanalyse und Ergebnisdarstellung hinsichtlich der Beeinflussung des Therapieergebnisses durch soziodemografische Merkmale der Kinder und Jugendliche.

2.2 Wie ist die Akzeptanz der Jugendlichen hinsichtlich der Teilnahme an musiktherapeutischen Interventionen zur Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen einzuschätzen?

Es liegen drei Studien, die sich mit der Akzeptanz von Musiktherapie beschäftigen, allerdings weisen diese (sehr) geringe Fallzahlen auf. Dies ist limitierend zu berücksichtigen.

Eine Studie im ambulanten Bereich zeigte, dass die Angehörigen mit den Auswirkungen der Musiktherapie auf das Wohlbefinden der Patienten und Patientinnen sowie mit den Auswirkungen der Musiktherapie auf das soziale Bezugsfeld sehr zufrieden waren. Im Bereich der Kindertherapien zeigte sich bei selbst- versus fremdfinanzierten Therapien sowie bei Gruppen- versus Einzeltherapien eine höhere Zufriedenheit der Angehörigen.

Eine andere Studie im stationären Setting (Jugendpsychiatrie) zeigte eine hohe Akzeptanz (Zufriedenheit) sowohl der behandelten Jugendlichen als auch der Angestellten der Psychotherapie mit einmal wöchentlich durchgeführter Musiktherapie.

2.3 Gibt es für die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen mit musiktherapeutischen Interventionen begleitend zur Standardtherapie Zugangsbeschränkungen für Jugendliche (z. B. aus sozial schwachen Familien)?

Es konnte keine Studie zu Zugangsbeschränkungen identifiziert werden.

6.3 Domäne Organisation

3. Wie sind die derzeitigen Versorgungsstrukturen und -angebote für Musiktherapie zur Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen in Deutschland aufgebaut und organisiert?

Musiktherapie wird in Deutschland sowohl in ambulanten, tagesklinischen als auch in stationären Einrichtungen von angestellten sowie freiberuflich bzw. selbstständige Musiktherapeutinnen und -therapeuten angeboten. Für die detaillierte Beschreibung siehe 5.5 .

6.4 Domäne Recht

4.1 Wie ist die Erstattungsfähigkeit der Musiktherapie psychisch kranker Jugendlicher in Deutschland geregelt?

Bei der Erstattung musiktherapeutischer Leistungen muss zwischen einer Erbringung der Leistung im ambulanten oder stationären Bereich und einer potenziellen Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung oder private Zusatzversicherung unterschieden werden. Im ambulanten Bereich werden die Kosten nur durch Privatkrankenkassen im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung übernommen, wobei die Erstattung vom gewählten Tarif abhängt³.

Im stationären Bereich kann eine Eingliederung der Leistungen in das SGB, die BBhV oder das Fallpauschalengesetz erfolgen. Für weitere Details siehe 5.6.2.

4.2 Welche gesetzlichen Grundlagen bzw. RL für die Ausübung von Musiktherapie gibt es in Deutschland?

Die Berufsausübung als Musiktherapeutin/Musiktherapeut kann im Allgemeinen in verschiedene Gesetzesbereiche fallen. Der Beruf kann in die Bereiche des SGB, des HeilprG oder nach erfolgter Approbation in das PsychThG fallen. Für die genauen Regelungen siehe 5.6.1.

7 Schlussfolgerung/Empfehlung

Es liegen insgesamt nur wenige Studien zur Wirksamkeit von Musiktherapie vor. Bis auf eine Studie sind diese Studien eher klein bzw. liegen ihr im Fall der beschriebenen Metaanalyse kleine Studien zugrunde, dies schränkt Verlässlichkeit der Ergebnisse sehr ein.

Auch scheint die konkrete Umsetzung der Intervention - soweit sie beschrieben ist - in den einzelnen Studien heterogen zu sein, z. B. hinsichtlich Setting (ambulant versus stationär), Dauer, Einzel- versus Gruppentherapie. Dies macht die Ergebnisse untereinander schwer vergleichbar. Außerdem können dadurch auf Grundlage der momentanen Studienlage keine Empfehlungen in Bezug auf die konkrete Umsetzung von Musiktherapie in Deutschland abgeleitet werden. Auch wenn die Studien vereinzelt Hinweise auf kurzfristige Verbesserungen z. B. in Bezug auf Selbstwertgefühl und Depression durch Musiktherapie liefern, erscheint die Studienlage momentan zu schlecht, um die Wirksamkeit von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen insgesamt zu beurteilen zu können. Wesentlich dafür wären auch valide Studienergebnisse zu einzelnen Indikationen.

Zur Verbesserung der Studienlage und um beurteilen zu können, für welche Indikationen in welchem Setting Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen wirksam ist, ist eine begleitende Evaluation von musiktherapeutischen Angeboten in Deutschland zu empfehlen.

8 Literaturverzeichnis

1. Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden: Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) Anlage 2 (zu § 1 Abs. 1). http://www.gesetze-im-internet.de/logapro/anlage_2.html
2. Bella-Studie (2012): "BEfragung zum seeLischen WohlbeFinden und VerhAlten" (BELLA) - BELLA-Studie 2012 [Online]. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Berliner Charité; RKI. www.bella-study.org/ [Zugriff am 19.11.2015]
3. Betriebskrankenkassen Landesverband Bayern (2016): Welche Therapieformen werden von den Krankenkassen bezahlt und welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein? [Online]. <http://www.bkk-psychisch-gesund.de/bkk-psychisch-gesund/wegweiser-psychotherapie/7-welche-therapieformen-werden-von-den-krankenkassen-bezahlt/> [Zugriff am November 2016]
4. Bolay, V.; Wormit, A. (2001): Projekt: WAM. Feldstudie zur Wirkung ambulanter Musiktherapie. Deutsches Zentrum für Musiktherapieforschung
5. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI); Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2015): S3-Leitlinie. Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015).
6. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), (2012): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. DGBS e.V. und DGPPN e.V.
7. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2013): Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3).
8. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2015): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung - Version 5, November 2009.
9. Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (2014): Definition – Berufsbild – Geschichte
10. Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (2014): Empfehlungen zur Einrichtung eines Arbeitsplatzes für Musiktherapeuten im Angestelltenverhältnis und Richtlinie zu ihrer Eingruppierung [Online]. Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, . <http://www.musiktherapie.de/> [Zugriff am November 2016]
11. Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). Ausgabe 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund,
12. DIMDI (2016): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2016 [Online]. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. <http://www.dimdi.de/> [Zugriff am 19.11.2015]
13. Fegert, J. M. (2004): Wozu braucht man Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie? In: Musiktherapeutische Umschau 25 333-343
14. Flach, S.M. (2008): Berufs- und Leistungsrecht für künstlerische Therapien., München: Ernst Reinhardt
15. Flatten, G.; Gast, U.; Hofmann, A.; Ch., Knaevelsrud.; Lampe, A.; Liebmenn, P.; Maercker, A.; Reddemann, L.; Wöller, W. (2011): S3 - Leitlinie. Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1. Trauma & Gewalt.
16. Frohne-Hagemann, Isabelle; Pleß-Adamczyk, Heino (2004): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10: Vandenhoeck & Ruprecht
17. Fröschl, Barbara; Bornschein, Bernhard; Brunner-Ziegler, Sophie; Conrads-Frank, Annette; Eisenmann, Alexander; Pertl, Daniela; Gartlehner, Gerald; Grillich, Ludwig; Kaminski, Angela; Mühlberger, Nikolai; Schnell-Inderst, Petra; Sroczyński, Gaby; Siebert, Uwe; Thaler, Kylie; Wild, Claudia; Wurm, Johannes; Zechmeister, Ingrid; Zsifkovits, Johannes (2012): Methodenhandbuch für Health Technology Assessment, Aufl. 1.2012, Wien: Gesundheit Österreich GmbH / BIQG
18. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 96 (S. 2247) in Kraft getreten am 1. Juli 2011

19. Gold, Christian; Voracek, Martin; Wigram, Tony (2004): Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45/6: 1054-1063
20. Guyatt, GH; Oxman, AD; Vist, GE; Kunz, R; Falck-Ytter, Y; Alonso-Coello, P; Schunemann, HJ (2008): GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: *BMJ* 336/7650: 924-926
21. Haffa-Schmidt, U. et al. (1998): Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
22. Hilleke, T. ; Wilker, F.-W. (2007): Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*. 62-85
23. Hölz, Martina (2013): Stellungnahme zur Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen von Musiktherapie/Tanztherapie/künstlerischer Therapie.
24. Koch-Institut, Robert (2016): KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland [Online]. <http://www.kiggs-studie.de/> [Zugriff am 18.11.2015]
25. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2014): Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisuntersuchungen zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland
26. Melches, J.; Hamberger, C.; Oster, J. (2016): Berufsgruppenanalyse Künstlerischer Therapeutinnen und Therapeuten (BgA-KT) – Ergebnisse und Resümee. In: *Musiktherapeutische Umschau*, 1/2016/37: 41-59
27. Menzen, Karl-Heinz (o.J.): Künstlerische Therapien in der Medizinischen Rehabilitation
28. NICE (2005): NICE Clinical guideline. Depression in children and young people: identification and management. National Institute for Health and Care Excellence
29. NICE (2013): NICE Clinical guideline. Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management.
30. Patterson, S.; Duhig, M.; Darbyshire, C.; Counsel, R.; Higgins, N.; Williams, I. (2015): Implementing music therapy on an adolescent inpatient unit: A mixed-methods evaluation of acceptability, experience of participation and perceived impact. In: *Australasian Psychiatry* 23/5:556–560
31. Plahl, Christine; Koch-Temming, Hedwig (2005): Musiktherapie mit Kindern: Grundlagen - Methoden - Praxisfelder, Bern: Huber
32. Porter, S.; McConnell, T.; McLaughlin, K.; Lynn, F.; Cardwell, C.; Braiden, H. J.; Boylan, J.; Holmes, V.; Music in Mind Study, Group (2016): Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. In: *J Child Psychol Psychiatry*
33. Sauer, K. et al. (2004): Über die Bedeutung von Musik bei gesunden und psychisch kranken Jugendlichen. In: *Musik-, Tanz und Kunsttherapie*. Hogrefe Verlag, 120-129
34. Schröder, Hildegard M.; Lilienthal, Susanne; Schreiber-Gollwitzer, Beate M.; Griessmeier, Barbara; Leiss, Ulrike (2013): S3-Leitlinie. Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
35. Schwaiblmaier, F. (2011): Entspannung und Spass – Musik mit Kindern und Jugendlichen. In: *Die Heilkraft der Musik*. Hg. v. W. Kraus. München: Beck
36. Schwartzberg, E. T.; Silverman, M. J. (2016): Effects of a music-based short story on short- and long-term reading comprehension of individuals with Autism Spectrum Disorder: A cluster randomized study. In: *Arts in Psychotherapy* 48:54–61
37. Stegemann, T.; Mauch, C.; Stein, V.; Romer, G. (2008): [The status of music therapy in inpatient child and adolescent psychiatry]. In: *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 36/4:255-263
38. Stegemann, T.; Mauch, C.; Stein, V.; Romer, G. (2008): Zur Situation der Musiktherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 36/4:255-263
39. Stegemann, Thomas; Fitzthum, Elena (o.J.): Wiener Ringvorlesung Musiktherapie. Grundlagen und Anwendungsfelder der Musiktherapie – ein Kurzlehrbuch. Wiener Beiträge zur Musiktherapie, Bd. 11, Wien: Praesens Verlag
40. Stegemann, Thomas; Hitzeler, Marion; Blotevogel, Monica Lisa (2012): Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen (Bausteine der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) Bd. 4, München: Reinhardt Verlag
41. Stegemann, Thomas; Schmidt, Hans-Ulrich (2010): Zur Indikation und Kontraindikation von Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Fragebogenuntersuchung. Hg. v. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. Göttingen

42. Tanios, Aida; Grabenhofer-Eggerth, Alexander (o.J.): EWR- Regelungen Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie in fünf Mitgliedsstaaten des EWR sowie der Schweiz. . Gesundheit Österreich GmbH, , Wien,
43. Timmermann, T. (2014): Musikalische Kompetenzen von Musiktherapeuten - Voraussetzungen und Ausbildungsschwerpunkte. In: Musiktherapeutische Umschau
44. Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen: Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV) Anlage 3 (zu den §§ 18 bis 21) Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
45. Weiß, H. (2000): Kindliche Entwicklungsgefährdungen im Kontext von Armut und Benachteiligung, Erkenntnisse aus psychologischer und pädagogischer Sicht. In: Frühförderung von Kindern und Familien in Armutslagen. Hg. v. H. Weiß. München: Ernst Reinhardt, 50-70

9 Anhang

9.1 Klassifikation und Beschreibung von Psychischen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2016

Tabelle 12: Klassifikation und Beschreibung von Psychischen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2016¹²

Gruppe (Kode)	Bezeichnung	Beschreibung
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Diese Gruppe umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Diese Gruppe enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung).
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	In dieser Gruppe finden sich die Schizophrenie als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe, die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen. Schizoaffektive Störungen werden trotz ihrer umstrittenen Natur weiterhin hier aufgeführt. Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.
F30-F39	Affektive Störungen	Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meistens von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	In der ICD-10-GM Version 2016 gibt es für diese Gruppe keine allgemeine Beschreibung. Zu dieser Gruppe gehören folgende Kategorien: Phobische Störungen (F40.-), Andere Angststörungen (F41.-), Zwangsstörung (F42.-), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.-), Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] (F44.-), Somatoforme Störungen (F45.-), Andere neurotische Störungen (F48.-)

Tabelle 12 - Fortsetzung

F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	In der ICD-10-GM Version 2016 gibt es für diese Gruppe keine allgemeine Beschreibung. Zu dieser Gruppe gehören folgende Kategorien: Essstörungen (F50.-), Nichtorganische Schlafstörungen (F51.-), Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (F52.-), Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert (F53.-), Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54.-), Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55.-), Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (F59).
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Diese Gruppe enthält eine Reihe von klinisch wichtigen, meistens länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.
F70-F79	Intelligenzstörung	Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Der Schweregrad einer Intelligenzstörung wird übereinstimmungsgemäß anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt. Diese können durch Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der jeweiligen Umgebung erweitert werden. Diese Messmethoden erlauben eine ziemlich genaue Beurteilung der Intelligenzstörung. Die Diagnose hängt aber auch von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker ab. Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie können sich, wenn auch nur in geringem Maß, durch Übung und Rehabilitation verbessern. Die Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen. Sollen begleitende Zustandsbilder, wie Autismus, andere Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Störungen des Sozialverhaltens oder schwere körperliche Behinderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

Tabelle 12 - Fortsetzung

F80-F89	Entwicklungsstörungen	Die in diesem Abschnitt zusammengefassten Störungen haben folgende Gemeinsamkeiten: a) Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit; b) eine Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind; c) stetiger Verlauf ohne Remissionen und Rezidive. In den meisten Fällen sind unter anderem die Sprache, die visuell räumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. In der Regel bestand die Verzögerung oder Schwäche vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an. Mit dem Älterwerden der Kinder vermindern sich die Störungen zunehmend, wenn auch geringere Defizite oft im Erwachsenenalter zurückbleiben.
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	In der ICD-10-GM Version 2016 gibt es für diese Gruppe keine allgemeine Beschreibung. Zu dieser Gruppe gehören folgende Kategorien: Hyperkinetische Störungen (F90.-), Störungen des Sozialverhaltens (F91.-), Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.-), Emotionale Störungen des Kindesalters (F93.-), Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94.-), Ticstörungen (F95.-), Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.-)
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	In der ICD-10-GM Version 2016 gibt es für diese Gruppe keine allgemeine Beschreibung.

ICD-10-GM = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification.

Quelle: ICD-10-GM Version 2016¹²; Darstellung: GÖ FP 2015.

Tabelle 13: Kategorien F31.- (Bipolare affektive Störung), F32.- (Depressive Episode), F33.- (Rezidivierende depressive Störung) und F34.- (Anhaltende affektive Störung) der Gruppe Affektive Störungen gemäß ICD-10-GM Version 2016¹²

Kategorie (Kode)	Bezeichnung	Beschreibung
F31.-	Bipolare affektive Störung	Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.
F32.-	Depressive Episode	Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meistens gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten „somatischen“ Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetit-, Gewichts- und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Tabelle 13 - Fortsetzung

F33.-	Rezidivierende depressive Störung	Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).
F34.-	Anhaltende affektive Störung	Hierbei handelt es sich um anhaltende und meistens fluktuierende Stimmungsstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

ICD-10-GM = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification.

Quelle: ICD-10-GM Version 2016¹²; Darstellung: GÖ FP 2016.

9.2 Suchstrategie

Die Datenbankabfrage erfolgte am 19. April 2016. In Tabelle 14 und Tabelle 15 finden sich die Suchstrategien für die ausgewählten Datenbanken.

Tabelle 14: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken

Nr	Hits	Suchformulierung	
C=	1	63438079	ME00; CCT93; CDSR93; DAHTA; CDAR94; INAHTA; NHSEED; EM00; BA00; EA08; IS00
S=	2	6841	CT=MUSIC THERAPY
	3	268	CT=MUSIC AND CT=THERAPY
	6	15405	MUSIC # # #, (THERAP? OR INTERVENTION? OR TRAIN? OR LISTEN? OR INSTRUMENT? OR PLAY? OR IMAGIN?).
	8	51369	CT=SINGING OR FT=SING? # # #, (THERAP? OR INTERVENTION? OR TRAIN?)
	11	14	MUSIK # # #, (THERAP? OR INTERVENTION? OR TRAIN? OR H##REN? OR INSTRUMENT? OR SPIEL? OR VORSTELL?).
	13	66448	2 TO 11
	14	1773586	CT D MENTAL DISORDERS
	15	2338993	CT D BEHAVIORAL SYMPTOMS
	16	692605	MENTAL DISORDER#
	17	9664	BEHAVIORAL SYMPTOM#
	18	70787	SUBSTANCE-RELATED DISORDER#
	19	353414	SCHIZOPHREN?
	20	39056	AFFECTIVE DISORDER#
	21	932224	DEPRESSION?
	22	28670	NEUROTIC DISORDER# OR NEUROSE?
	23	101860	STRESS DISORDER?
	24	13052	SOMATOFORM? DISORDER?
	25	63457	PERSONALITY DISORDER?
	26	167361	BEHAVIOUR? AND (DISORDER? OR PROBLEM?)
	27	46014	INTELLECTUAL DISABILIT?
	28	62042	DEVELOPMENTAL DISABILIT? OR DEVELOPMENTAL DISORDER?
	29	181653	PSYCH? DISORDER?
	30	693279	MENTAL? DISORDER?
	38	0	VERHALTENSST##RUNG## ?, PSYCHOTROPE# SUBSTANZ##
	39	1130	AFFEKTIVE ST##RUNG##
	40	7809	(NEUROTISCH# OR BELASTUNG## OR SOMATOFORM#) AND ST##RUNG##
	41	1	VERHALTENSAUFF##LLIGKEIT## ?, K##RPERLICH## AND (ST##RUNG## OR FAKTOR##)
	42	22276	PERS##NLICHKEITSST##RUNG## OR VERHALTENSST##RUNG##
	43	0	INTELLIGENZST##RUNG?
	44	6053	ENTWICKLUNGSST##RUNG##
	45	7951	VERHALTENSST##RUNG## OR EMOTIONALE ST##RUNG##
	46	173	PSYCHISCHE KRANKHEIT## OR PSYCHISCHE ERKRANKUNG##

Tabelle 14 - Fortsetzung

47	4773516	14 TO 46
48	2052415	CT D ADOLESCENT
49	652990	CT=YOUNG ADULT
50	2165856	ADOLESCENT
51	126107	ADOLESCENC?
52	814486	YOUNG ADULT#
53	5574	YOUNG PERSON#
54	57378	TEEN?
55	140409	YOUTH?
56	241645	JUVENILE
57	37	HERANWACHSEND##
58	28395	JUGENDLICH##
59	0	HALBW##CHSIG##
60	2917302	48 TO 59
61	143645	CT=HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
62	176	CT=HEALTH EQUITY
63	69514	CT=PATIENT ACCEPTANCE OF HEALTH CARE
64	151572	CT=PATIENT SATISFACTION?
65	45206	HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
66	3501	HEALTH EQUITY
67	26829	PATIENT ACCEPTANCE OF HEALTH CARE
68	193949	PATIENT SATISFACTION?
69	243	THERAPY ACCESS?
70	364	THERAPY OFFER
71	249309	ACCEPTANCE? OR ACCEPTABILIT?
72	1	(GESUNDHEITSWESEN OR GESUNDHEITSVERSORGUNG) ,? (ZUG##NGLICHKEIT? OR GERECHTIGKEIT?).
73	24548	AKZEPTANZ## ?, (GESUNDHEITSVERSORGUNG OR GESUNDHEITSWESEN).
74	89	PATIENT? ?, ZUFRIEDENHEIT?.
75	15	THERAP? ?, ZUGANG.
76	6	THERAP? ?, ANGEBOT.
77	606435	61 TO 76
78	9	CT=PROVISION
79	356	CT=SUPPLY
80	149969	PROVISION
81	768566	SUPPL###
82	89178	VERSORGUNG?
83	247	ANGEBOT?
84	966855	78 TO 83
85	205247	CT D GERMANY
86	432302	GERMANY OR DEUTSCHLAND

Tabelle 14 - Fortsetzung

87	208	BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
88	1001	FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY
89	550	GERMAN FEDERAL REPUBLIC
90	433190	85 TO 89
91	1799	S=13 AND S=47 AND S=60
92	115	S=13 AND S=47 AND S=60 AND S=77
93	1	S=13 AND S=47 AND S=60 AND S=84 AND S=90
94	100477	CT=META ANALYSIS
95	59068	DT=META-ANALYSIS
96	426115	META ANALYS#S
97	105662	CT=SYSTEMATIC REVIEW
98	106213	CT=REVIEW, SYSTEMATIC
99	9	DT=SYSTEMATIC REVIEW
100	380888	SYSTEMATIC , REVIEW#
101	5751	CTG=ÜBERSICHTSLITERATUR
102	5751	ÜBERSICHTSLITERATUR
103	81	SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT##
104	216	ÜBERSICHTSARBEIT?
105	1441058	CT=REVIEW
106	3740655	DT=REVIEW
107	6015754	REVIEW
108	14501	CT D TECHNOLOGY ASSESSMENT, BIOMEDICAL
109	5949	CT=HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
110	40761	TECHNOLOGY ASSESSMENT? OR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT
111	64	HTA-BERICHT
112	6224945	94 TO 111
113	273	91 AND 112
114	261	113 AND LA=(GERM OR ENGL)
115	211	check duplicates: unique in s=114
116	124789	CT=RANDOM ALLOCATION
117	529177	CT=RANDOMI#ED CONTROLLED TRIAL#
118	666262	DT=RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL
119	70741	RANDOM ALLOCATION
120	1567166	RANDOMI#ED CONTROLLED TRIAL#
121	267929	RCT
122	86213	RANDOMISIERTE KONTROLLIERTE STUDIEN
123	89571	KONTROLLIERTE # STUDIEN
124	250163	CT=CONTROLLED CLINICAL TRIAL
125	1681297	CONTROLLED # TRIAL
126	185123	CT=CONTROLLED CLINICAL STUDY

Tabelle 14 - Fortsetzung

127	4101962	CONTROLLED # STUDY
128	165878	CT=MULTICENTER STUD?
129	426452	MULTI#ENTER STUD?
130	264725	EVALUATION STUD?
131	220186	CT=EVALUATION STUD?
132	1	EVALUIER? STUD?
133	6327056	116 TO 132
134	720	91 AND 133
135	696	134 AND LA=(GERM OR ENGL)
136	513	check duplicates: unique in s=135
137	446291	CT=COMPARATIVE STUD?
138	2761375	COMPARATIVE STUD?
139	133	VERGLEICHENDE STUDIE#
140	90764	CT=OBSERVATION## STUD?
141	277753	OBSERVATION## STUD?
142	1270	CTG=BEOBACHTUNGSSTUDIE [DOKUMENTTYP]
143	1530	BEOBACHTUNGSSTUD?
144	59682	CT=VALIDATION STUD?
145	166120	VALIDATION STUD?
146	1610	CTG=VALIDIERUNGSSTUDIEN
147	1627	VALIDIERUNGSSTUD?
148	3162854	138 TO 147
149	153	91 AND 148
150	146	149 AND LA=(GERM OR ENGL)
151	117	check duplicates: unique in s=150
152	44615	CT=CASE STUD?
153	368785	CASE STUD?
154	1081510	CT=CASE REPORT#
155	2152399	CASE REPORT#
156	10334	FALLSTUDIE#
157	2329	FALLBERICHT#
158	2486691	152 TO 157
159	79	91 AND 158
160	75	159 AND LA=(GERM OR ENGL)
161	59	check duplicates: unique in s=160
162	244922	CT=GUIDELINE#
163	1044877	GUIDELINE#
164	1713	RICHTLINIE#
165	122502	LEITLINIE#
166	1046151	162 TO 165
167	55	91 AND 166

Tabelle 14 - Fortsetzung

168	53	167 AND LA=(GERM OR ENGL)
169	42	check duplicates: unique in s=168
170	115	S=92
171	109	S=170 AND LA=(GERM OR ENGL)
172	87	check duplicates: unique in s=171

Tabelle 15: Suchstrategie in der Datenbank CINAHL

#	Abfrage	Eingrenzungen/Erweiterungen	Letzte Ausführung über	Ergebnisse
S19	S7 AND S18	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	5
S18	TI guideline* OR AB guideline*	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	117,190
S17	S7 AND S16	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	12
S16	TI (CASE STUD* OR CASE REPORT#) OR AB (CASE STUD* OR CASE REPORT#)	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	170,525
S15	S7 AND S14	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	3

Tabelle 15 - Fortsetzung

S14	TI (COMPARATIVE STUD* OR OBSERVATION## STUD* OR VALIDATION STUD*) OR AB (COMPARATIVE STUD* OR OBSERVATION## STUD* OR VALIDATION STUD*)	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	56,158
S13	S7 AND S12	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	10
S12	TI (RANDOM ALLOCATION OR RANDOM#ED CONTROLLED TRIAL# OR RCT OR CONTROLLED CLINICAL TRIAL# OR CONTROLLED TRIAL# OR CONTROLLED CLINICAL STUD* OR CONTROLLED STUD* OR MULTI#ENTER STUD* OR EVALUATION STUD*) OR AB (RANDOM ALLOCATION OR RANDOM#ED CONTROLLED TRIAL# OR RCT OR CONTROLLED CLINICAL TRIAL# OR CONTROLLED TRIAL# OR CONTROLLED CLINICAL STUD* OR CONTROLLED STUD* OR MULTI#ENTER STUD* OR EVALUATION STUD*)	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	115,615
S11	S7 AND S10	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	24

Tabelle 15 - Fortsetzung

S10	TI (META ANALYS* OR SYSTEMATIC REVIEW OR REVIEW, SYSTEMATIC OR REVIEW OR TECHNOLOGY ASSESSMENT, BIOMEDICAL OR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT OR TECHNOLOGY ASSESSMENT* OR HTA Report) OR AB (META ANALYS* OR SYSTEMATIC REVIEW OR REVIEW, SYSTEMATIC OR REVIEW OR TECHNOLOGY ASSESSMENT, BIOMEDICAL OR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT OR TECHNOLOGY ASSESSMENT* OR HTA Report)	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	973,414
S9	S1 AND S2 AND S3 AND S5 AND S6	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	0
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	10
S7	S1 AND S2 AND S3	Suchmodi - Wert/Ausdruck	Boolescher	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	310

Tabelle 15 - Fortsetzung

S6	TI (GERMANY OR DEUTSCHLAND OR BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND OR FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY OR GERMAN FEDERAL REPUBLIC) OR AB (GERMANY OR DEUTSCHLAND OR BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND OR FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY OR GERMAN FEDERAL REPUBLIC)	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen; Menschen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	44,312
S5	TI (PROVISION OR SUPPL###) OR AB (PROVISION OR SUPPL###)	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen; Menschen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	142,047
S4	TI (HEALTH SERVICE# ACCESSIBILIT* OR HEALTH EQUITY OR PATIENT ACCEPTANCE OF HEALTH CARE OR PATIENT SATISFACTION* OR THERAPY ACCESS* OR THERAPY OFFER OR ACCEPTANCE* OR ACCEPTABILIT*) OR AB (HEALTH SERVICE# ACCESSIBILIT* OR HEALTH EQUITY OR PATIENT ACCEPTANCE OF HEALTH CARE OR PATIENT SATISFACTION* OR THERAPY ACCESS* OR THERAPY OFFER OR ACCEPTANCE* OR ACCEPTABILIT*)	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen; Menschen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	34,807
S3	TI (ADOLESCENC* OR YOUNG ADULT# OR YOUNG PERSON# OR TEEN* OR YOUTH* OR JUVENILE) OR AB (ADOLESCENC* OR YOUNG ADULT# OR YOUNG PERSON# OR TEEN* OR YOUTH* OR JUVENILE)	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen; Menschen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	134,757

Tabelle 15 - Fortsetzung

S2	TI (MENTAL DISORDER# OR BEHAVIORAL SYMPTOM# OR SUBSTANCE-RELATED DISORDER# OR SCHIZOPHREN* OR AFFECTIVE DISORDER# OR DEPRESSION* OR NEUROTIC DISORDER# OR NEUROSE* OR STRESS DISORDER* OR SOMATOFORM* DISORDER* OR PERSONALITY DISORDER* OR (BEHAVIOUR* AND (DISORDER* OR PROBLEM*)) OR INTELLECTUAL DISABILIT* OR DEVELOPMENTAL DISABILIT* OR DEVELOPMENTAL DISORDER* OR PSYCH* DISORDER# OR MENTAL* DISORDER#) OR AB (MENTAL DISORDER# OR BEHAVIORAL SYMPTOM# OR SUBSTANCE-RELATED DISORDER# OR SCHIZOPHREN* OR AFFECTIVE DISORDER# OR DEPRESSION* OR NEUROTIC DISORDER# OR NEUROSE* OR STRESS DISORDER* OR SOMATOFORM* DISORDER* OR PERSONALITY DISORDER* OR (BEHAVIOUR* AND (DISORDER* OR PROBLEM*)) OR INTELLECTUAL DISABILIT* OR DEVELOPMENTAL DISABILIT* OR DEVELOPMENTAL DISORDER* OR PSYCH* DISORDER# OR MENTAL* DISORDER#)	Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen; Menschen - Boolescher Suchmodi - Wert/Ausdruck	Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text	77,824
----	---	--	---	--------

Tabelle 15 - Fortsetzung

S1	<p>TI (MUSIC THERAPY OR (MUSIC N3 (THERAP* OR INTERVENTION* OR TRAIN* OR LISTEN* OR INSTRUMENT* OR PLAY* OR IMAGIN*)) INTERVENTION* OR TRAIN* OR (SING* N3 (THERAP* OR INTERVENTION* OR TRAIN*))) OR AB ((MUSIC N3 (THERAP* OR INTERVENTION* OR TRAIN* OR LISTEN* OR INSTRUMENT* OR PLAY* OR IMAGIN*)) INTERVENTION* OR TRAIN* OR (SING* N3 (THERAP* OR INTERVENTION* OR TRAIN*)))</p>	<p>Eingrenzungen - MEDLINE- Datensätze ausschließen; Menschen Suchmodi - Boolescher Wert/Ausdruck</p>	<p>Oberfläche - EBSCOhost Research Databases Suchbildschirm - Erweiterte Suche Datenbank - CINAHL Complete;Health Business Elite;SocINDEX with Full Text</p>	163,985
----	--	---	--	---------

9.3 Nach Durchsicht im Volltext ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund (alphabetisch geordnet; Tabelle)

Tabelle 16: Ausgeschlossene Literatur mit Ausschlussgrund

A1	1. Ni, Y. (2003): Rehabilitation training of children with mental retardation. In: Chinese Journal of Clinical Rehabilitation 7/5, 860
A2 Duplikate, Mehrfachpublikationen	2. Dolle, K. and Schulte-Körne, G. (2014): Komplementäre Ansätze zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen: [Complementary treatment methods for depression in children and adolescents]. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 63/3, 237–263 3. Yazdani, S. and Zeltzer, L. (2013): Treatment of chronic pain in children and adolescents. In: Pain Management 3/4, 303–314
A3 Studien, die auf Deutschland oder vergleichbare Länder nicht übertragbar sind	4. Kern, P., Rivera, N. R., Chandler, A. and Humpal, M. (2013): Music therapy services for individuals with autism spectrum disorder: a survey of clinical practices and training needs. In: Journal of music therapy 50/4, 274–303
A4 Andere Fragestellung	5. Bittman, B., Dickson, L. and Coddington, K. (2009): Creative musical expression as a catalyst for quality-of-life improvement in inner-city adolescents placed in a court-referred residential treatment program. In: Advances in mind-body medicine 24/1, 8–19 6. Barwick, M., Urajnik, D., Sumner, L., Cohen, S., Reid, G., Engel, K. and Moore, J. E. (2013): Profiles and Service Utilization for Children Accessing a Mental Health Walk-In Clinic versus Usual Care. In: Journal of Evidence-Based Social Work 10/4, 338–352 7. Carrer, LRJ; (2015): Music and sound in time processing of children with ADHD. In: Frontiers in Psychiatry 6/sep, 8. Pavlicevic, M., O'Neil, N., Powell, H., Jones, O. and Sampathianaki, E. (2014): Making music, making friends: Long-term music therapy with young adults with severe learning disabilities. In: Journal of Intellectual Disabilities 18/1, 5–19 9. Schwartzberg, E. T. and Silverman, M. J. (2014): Music therapy song repertoire for children with autism spectrum disorder: A descriptive analysis by treatment areas, song types, and presentation styles. In: Arts in Psychotherapy 41/3, 240–249 10. Stegemann, T., Brüggemann-Etchart, A., Badorrek-Hinkelmann, A. and Romer, G. (2010): Die Funktion von Musik im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität bei Jugendlichen: [The function of music in the context of non-suicidal self injury]. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59/10, 810–830 11. Walworth, D. D., Register, D. and Engel, J. N. (2009): Using the SCERTS model assessment tool to identify music therapy goals for clients with autism spectrum disorder. In: Journal of music therapy 46/3, 204–216 12. Wood, J. J., McLeod, B. D., Klebanoff, S. and Brookman-Frazee, L. (2015): Toward the Implementation of Evidence-Based Interventions for Youth With Autism Spectrum Disorders in Schools and Community Agencies. In: Behavior Therapy 46/1, 83–95

Tabelle 16 - Fortsetzung

<p>A5 Andere Erkrankung/Indikation bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. psychische Störungen aufgrund einer Demenzerkrankung)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 13. Daykin, N., Viggiani, N. de, Pilkington, P. and Moriarty, Y. (2013): Music making for health, well-being and behaviour change in youth justice settings: a systematic review. In: <i>Health promotion international</i> 28/2, 197–210 14. Furnham, A. (2000): Attitudes towards homoeopathy in particular and beliefs about complementary medicines in general. In: <i>Psychology, Health and Medicine</i> 5/3, 327–343 15. Guetin, S., Ginies, P., Siou, D. K., Picot, M. C., Pommié, C., Guldner, E., Gosp, A. M., Ostyn, K., Coudeyre, E. and Touchon, J. (2012): The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. In: <i>The Clinical journal of pain</i> 28/4, 329–337 16. Guo, W., Ren, J., Wang, B. and Zhu, Q. (2015): Effects of relaxing music on mental fatigue induced by a continuous performance task: Behavioral and ERPs evidence. In: <i>PLoS One</i> 10/8, 17. Lazic, S. E. and Ogilvie, R. D. (2007): Lack of efficacy of music to improve sleep: A polysomnographic and quantitative EEG analysis. In: <i>International journal of psychophysiology</i> 63/3, 232–239 18. Phipps, M. A., Carroll, D. L. and Tsiantoulas, A. (2010): Music as a therapeutic intervention on an inpatient neuroscience unit. In: <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 16/3, 138–142 19. Sand-Jecklin, K. and Emerson, H. (2010): The impact of a live therapeutic music intervention on patients' experience of pain, anxiety, and muscle tension. In: <i>Holistic nursing practice</i> 24/1, 7–15 20. Shorofi, S. A. (2011): Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalised patients: Reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalisation, and the socio-demographic determinants of CAM users. In: <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 17/4, 199–205
<p>A6 Andere Intervention (z. B. Anwendung anderer Therapien durch andere Berufsgruppen)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 21. Apps, J., Winkler, J. and Jandrisevits, M. D. (2008): Bipolar disorders: symptoms and treatment in children and adolescents. In: <i>Pediatric nursing</i> 34/1, 84–88 22. Bergstrom-Isacsson, M., Lagerkvist, B., Holck, U. and Gold, C. (2014): Neurophysiological responses to music and vibroacoustic stimuli in Rett syndrome. In: <i>Research in developmental disabilities</i> 35/6, 1281–1291 23. Cheng, F. K. (2016): Is meditation conducive to mental well-being for adolescents? An integrative review for mental health nursing. In: <i>International Journal of Africa Nursing Sciences</i> 4/7–19 24. Cogo-Moreira, H., Andriolo, R. B., Yazigi, L., Ploubidis, G. B., Brandão de, Ávila C. R. and Mari, J. J. (2012): Music education for improving reading skills in children and adolescents with dyslexia. In: <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 8/009133 25. Daykin et al. (2008): The impact of participation in performing arts on adolescent health and behaviour: a systematic review of the literature (Structured abstract). In: <i>Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness</i> 2015 Issue 2, 12008103412 26. Family Based Treatment for Depressed Adolescents. (1999): In: <i>Family Based Treatment for Depressed Adolescents</i> 27. Field, T., Pickens, J., Prodromidis, M., Malphurs, J., Fox, N., Bendell, D., Yando, R., Schanberg, S. and Kuhn, C. (2000): Targeting adolescent mothers with depressive symptoms for early intervention. In: <i>Adolescence</i> 35/138, 381–414 28. Field, T., Martinez, A., Nawrocki, T., Pickens, J., Fox, N. A., Schanberg, S. and PUBM9583665, N1 - (1998): Music shifts frontal EEG in depressed adolescents. In: <i>Adolescence</i> 33/129, 109–116 29. Ford, K. A., Wammes, M., Neufeld, R., Mitchell, D., Théberge, J., Williamson, P. and Osuch, E. (2014): Unique functional abnormalities in youth with combined marijuana use and depression: An fMRI study. In: <i>Frontiers in Psychiatry</i> 5/sep 30. Fu, C. and Underwood, C. (2015): A meta-review of school-based disaster interventions for child and adolescent survivors. In: <i>Journal of Child and Adolescent Mental Health</i> 27/3, 161–171 31. Goodman, D. and Happell, B. (2006): The efficacy of family intervention in adolescent mental health. In: <i>The international journal of psychiatric nursing research</i> 12/1, 1364–1377

Tabelle 16 - Fortsetzung

A6 Andere Intervention (z. B. Anwendung anderer Therapien durch andere Berufsgruppen)	<p>32. H-K, Park-Higgerson, Perumean-Chaney, S. E., Bartolucci, A. A., Grimley, D. M. and Singh, K. P. (2008): The evaluation of school-based violence prevention programs: A meta-analysis. In: <i>Journal of School Health</i> 78/9, 465–479</p> <p>33. Hansson, L. M., Bjorck, C., Birgegard, A. and Clinton, D. (2011): How do eating disorder patients eat after treatment? Dietary habits and eating behaviour three years after entering treatment. In: <i>Eating and Weight Disorders</i> 16/1, 1–8</p> <p>34. Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B. and Parslow, R. (2010): Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). In: <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 7, 007316</p> <p>35. Isojoki, I., Fröjd, S., Rantanen, P., Laukkanen, E., Närhi, P. and Kaltiala-Heino, R. (2008): Priority criteria tool for elective specialist level adolescent psychiatric care predicts treatment received. In: <i>European Child and Adolescent Psychiatry</i> 17/7, 397–405</p> <p>36. Jones, N. A., Field, T. and PUBM10658860, N1 - (1999): Massage and music therapies attenuate frontal EEG asymmetry in depressed adolescents. In: <i>Adolescence</i> 34/135, 529–534</p> <p>37. Kazymov, A. G., Mamedov, A. M., Alieva, D. M. and Chobanova, O. M. (2014): Autonomic and psychophysiological correlates of the effects of music therapy in neurotic disorders. In: <i>Neuroscience and Behavioral Physiology</i> 44/1, 60–63</p> <p>38. Kerr, A. M., Archer, H. L., Evans, J. C., Prescott, R. J. and Gibbon, F. (2006): People with MECP2 mutation-positive Rett disorder who converse. In: <i>Journal of intellectual disability research : JIDR</i> 50/5, 386–394</p> <p>39. Kim, S., Kim, G. and Ki, J. (2014): Effects of group art therapy combined with breath meditation on the subjective well-being of depressed and anxious adolescents. In: <i>Arts in Psychotherapy</i> 41/5, 519–526</p> <p>40. Koike, S., Nishida, A., Yamasaki, S., Ichihashi, K., Maegawa, S., Natsubori, T., Harima, H., Kasai, K., Fujita, I., Harada, M. and Okazaki, Y. (2011): Comprehensive early intervention for patients with first-episode psychosis in Japan (J-CAP): study protocol for a randomised controlled trial. In: <i>Trials</i> 12/156</p> <p>41. Liddle, H. A., Jackson-Gilfort, A. and Marvel, F. A. (2006): An empirically supported and culturally specific engagement and intervention strategy for African American adolescent males. In: <i>American Journal of Orthopsychiatry</i> 76/2, 215–225</p> <p>42. Lieberman, K., H-N, Le and Perry, D. F. (2014): A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. In: <i>Journal of Adolescence</i> 37/8, 1227</p> <p>43. MFG, Lucassen, Stasiak, K., Crengle, S., Weisz, J. R., CMA, Frampton, Bearman, S. K., Ugueto, A. M., Herren, J., Cribb-Su'a, A., Faleafa, M., Kingi-Ulu'ave, D., Loy, J., Scott, R. M., Hartdegen, M. and Merry, S. N. (2015): Modular Approach to Therapy for Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems in outpatient child and adolescent mental health services in New Zealand: Study protocol for a randomized controlled trial. In: <i>Trials</i> 16/1,</p> <p>44. Mithoefer, M. C., Wagner, M. T., Mithoefer, A. T., Jerome, L. and Doblin, R. (2011): The safety and efficacy of +/-3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. In: <i>Journal of psychopharmacology (Oxford, England)</i> 25/4, 439–452</p> <p>45. Perkins, R. (2006): The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. In: <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> 79/2, 215–227</p> <p>46. Perkins, R. and Scarlett, G. (2008): The effectiveness of single session therapy in child and adolescent mental health. Part 2: An 18-month follow-up study. In: <i>Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i> 81/2, 143–156</p> <p>47. Pitkanen, A. and Puolakka, K. (2013): Effectiveness of psychological and psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review protocol. In: <i>JB1 Database of Systematic Reviews and Implementation Reports</i> 11/6, 157–168</p> <p>48. Quinlan, R., Schweitzer, R. D., Khawaja, N. and Griffin, J. (2016): Evaluation of a school-based creative arts therapy program for adolescents from refugee backgrounds. In: <i>Arts in Psychotherapy</i> 47/72–78</p>
---	--

<p>A6 Andere Intervention (z. B. Anwendung anderer Therapien durch andere Berufsgruppen)</p>	<p>49. Reviews, Centre for and Dissemination (2008): Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression (Structured abstract). In: Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness 2015 Issue 2, 12008103483</p> <p>50. Schreier, H., Ladakakos, C., Morabito, D., Chapman, L. and Knudson, M. M. (2005): Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma: a longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting. In: The Journal of trauma 58/2, 353–363</p> <p>51. Simkin, D. R. and Black, N. B. (2014): Meditation and mindfulness in clinical practice. In: Child and adolescent psychiatric clinics of North America 23/3, 487–534</p> <p>52. Tyson, E. H. and Baffour, T. D. (2004): Arts-based strengths: A solution-focused intervention with adolescents in an acute-care psychiatric setting. In: Arts in Psychotherapy 31/4, 213–227</p> <p>53. Tungpunkom, P., Maayan, N., Soares-Weiser, K. and Chiang Mai University, Faculty of Nursing, Enhance Reviews Ltd, 110 Inthawaroros Street, Muang, Chiang Mai, Thailand, 50200, Central Office, Cobweb Buildings, The Lane, Lyford, Wantage, UK, OX12 0EE, TH (2012): Life skills programmes for chronic mental illnesses. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 1, 000381</p> <p>54. Y-J, Jeong, S-C, Hong, Myeong, S. L., M-C, Park, Y-K, Kim and C-M, Suh (2005): Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. In: International Journal of Neuroscience 115/12, 1711–1720</p>
<p>A7: Studien, die unterschiedliche Zielgruppen einschließen. Die Ergebnisse werden nicht nach einzelnen Altersgruppen aufbereitet, sondern als Gesamtergebnis präsentiert:</p>	
<p>0 bis 12 Jahre: Kinder</p>	<p>55. Currie, M. and Startup, M. (2012): Doing Anger Differently: Two controlled trials of percussion group psychotherapy for adolescent reactive aggression. In: Journal of Adolescence 35/4, 843–853</p> <p>56. Geretsegger, Monika, Elefant, Cochavit, Mössler, Karin A. and Gold, Christian (2014): Music therapy for people with autism spectrum disorder. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 6,</p> <p>57. Layman, D. L., Hussey, D. L. and Reed, A. M. (2013): The Beech Brook Group Therapy Assessment tool: a pilot study. In: Journal of music therapy 50/3, 155–175</p> <p>58. Parslow, R., Morgan, A. J., Allen, N. B., Jorm, A. F., O'Donnell, C. P. and Purcell, R. (2008): Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. In: The Medical journal of Australia 188/6, 355–359</p> <p>59. Rosner, R.; Kruse, J.; Hagl, M.; (2010): A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents (Structured abstract). In: Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness/2015 Issue 2:12010002131</p>

Tabelle 16 - Fortsetzung

0 bis 18 Jahre: Kinder und Jugendliche	<p>60. Bettison, S. and PUBM8792266, N1 - (1996): The long-term effects of auditory training on children with autism. In: <i>Journal of autism and developmental disorders</i> 26/3, 361–374</p> <p>61. Brown, L. S. and Jellison, J. A. (2012): Music research with children and youth with disabilities and typically developing peers: A systematic review. In: <i>Journal of music therapy</i> 49/3, 335–364</p> <p>62. DeBedout, J. K. and Worden, M. C. (2006): Motivators for children with severe intellectual disabilities in the self-contained classroom: a movement analysis. In: <i>Journal of music therapy</i> 43/2, 123–135</p> <p>63. Dolle, K. and Schulte-Körne, G. (2014): Komplementäre Ansätze zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen: [Complementary treatment methods for depression in children and adolescents]. In: <i>Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie</i> 63/3, 237–263</p> <p>64. Gooding, L. F. (2011): The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits. In: <i>Journal of music therapy</i> 48/4, 440–462</p> <p>65. Rosenblatt, L. E., Gorantla, S., Torres, J. A., Yarmush, R. S., Rao, S., Park, E. R., Denninger, J. W., Benson, H., Fricchione, G. L., Bernstein, B. and Levine, J. B. (2011): Relaxation response-based yoga improves functioning in young children with autism: a pilot study. In: <i>Journal of alternative and complementary medicine (New York, NY)</i> 17/11, 1029–1035</p> <p>66. Rynänen, T., Alen, M., Koivumaa-Honkanen, H., Joskitt, L. and Ebeling, H. (2015): Implementation and outcome of child psychotherapy compared with other psychiatric treatments in a naturalistic clinical setting. In: <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> 69/3, 179–187</p>
0 bis X Jahre: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene	<p>67. Christon, L. M., Mackintosh, V. H. and Myers, B. J. (2010): Use of complementary and alternative medicine (CAM) treatments by parents of children with autism spectrum disorders. In: <i>Research in Autism Spectrum Disorders</i> 4/2, 249–259</p> <p>68. Covington, H. (2001): Therapeutic music for patients with psychiatric disorders. In: <i>Holistic nursing practice</i> 15/2, 59–69</p> <p>69. Hamre, H. J., Witt, C. M., Glockmann, A., Ziegler, R., Willich, S. N. and Kiene, H. (2007): Anthroposophic art therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. In: <i>Explore New York, NY</i> 3/4, 365–371</p> <p>70. Jorm, A. F., Christensen, H., Griffiths, K. M., Parslow, R. A., Rodgers, B. and Blewitt, K. A. (2004): Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. In: <i>The Medical journal of Australia</i> 181/7 Suppl, 29–46</p> <p>71. Sinha, Y., Silove, N., Hayen, A. and Williams, K. (2011): Auditory integration training and other sound therapies for autism spectrum disorders (ASD). In: <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 12, 003681</p>

Tabelle 16 - Fortsetzung

Ab 12 bis X Jahre: Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsene	<p>72. Baker, F. A., Gleadhill, L. M. and Dingle, G. A. (2007): Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. In: <i>Arts in Psychotherapy</i> 34/4, 321–330</p> <p>73. Lancioni, G. E., Bosco, A., Belardinelli, M. O., Singh, N. N., O'Reilly, M. F. and Sigafoos, J. (2010): An overview of intervention options for promoting adaptive behavior of persons with acquired brain injury and minimally conscious state. In: <i>Research in developmental disabilities</i> 31/6, 1121–1134</p> <p>74. Leung, C. M., Lee, G., Cheung, B., Kwong, E., Wing, Y. K., Kan, C. S., Lau, J. and PUBM9676147, N1 - (1998): Karaoke therapy in the rehabilitation of mental patients. In: <i>Singapore medical journal</i> 39/4, 166–168</p> <p>75. Morgan, K., Bartrop, R., Telfer, J. and Tennant, C. (2011): A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. In: <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> 124/5, 363–371</p> <p>76. Tang, W., Yao, X., Zheng, Z. and 1994254888, N1 - PUBM7946230 EMBASE - (1994): Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. In: <i>The British journal of psychiatry Supplement</i> 24, 38–44</p> <p>77. Zhang, Z., Cai, Z., Yu, Y., Wu, L. and Zhang, Y. (2015): Effect of Lixujieyu recipe in combination with Five Elements music therapy on chronic fatigue syndrome. In: <i>Journal of traditional Chinese medicine = Chung i tsa chih ying wen pan / sponsored by All-China Association of Traditional Chinese Medicine, Academy of Traditional Chinese Medicine</i> 35/6, 637–641</p>
--	---

Tabelle 16 - Fortsetzung

Ab 18 bis X Jahre: junge Erwachsene, Erwachsene	<p>78. Bloch, B., Reshef, A., Vadas, L., Haliba, Y., Ziv, N., Kremer, I. and Haimov, I. (2010): The effects of music relaxation on sleep quality and emotional measures in people living with schizophrenia. In: <i>Journal of music therapy</i> 47/1, 27–52</p> <p>79. Brandes, V., Terris, D. D., Fischer, C., Loerbroks, A., Jarczok, M. N., Ottowitz, G., Titscher, G., Fischer, J. E. and Thayer, J. F. (2010): Receptive music therapy for the treatment of depression: a proof-of-concept study and prospective controlled clinical trial of efficacy. In: <i>Psychotherapy and psychosomatics</i> 79/5,</p> <p>80. Cardi, V., Lounes, N., Kan, C. and Treasure, J. (2013): Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings. In: <i>Appetite</i> 60/1, 33–39</p> <p>81. Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D. and Priebe, S. (2012): Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder--an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. In: <i>Psychology and psychotherapy</i> 85/2, 179–202</p> <p>82. Erkkilä, J., Gold, C., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Punkanen, M. and Vanhala, M. (2008): The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. In: <i>BMC psychiatry</i> 8/50</p> <p>83. Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M. and Gold, C. (2011): Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. In: <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> 199/2, 132–139</p> <p>84. Fachner, J., Gold, C. and Erkkilä, J. (2013): Music therapy modulates fronto-temporal activity in rest-EEG in depressed clients. In: <i>Brain topography</i> 26/2, 338–354</p> <p>85. Gold, C., Erkkilä, J. and Crawford, M. J. (2012): Shifting effects in randomised controlled trials of complex interventions: a new kind of performance bias? In: <i>Acta psychiatrica Scandinavica</i> 126/5, 307–314</p> <p>86. Jespersen, K. V., Koenig, J., Jennum, P. and Vuust, P. (2015): Music for insomnia in adults. In: <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> 8/010459</p> <p>87. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. and Fresco, D. M. (2005): Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. In: <i>Behaviour research and therapy</i> 43/10, 1281–1310</p> <p>88. Müller, W., Haffelder, G., Schlotmann, A., Schaefers, A. T. and Teuchert-Noodt, G. (2014): Amelioration of psychiatric symptoms through exposure to music individually adapted to brain rhythm disorders - a randomised clinical trial on the basis of fundamental research. In: <i>Cognitive neuropsychiatry</i> 19/5, 399–413</p> <p>89. Niet, G. de, Tiemens, B., Lendemeijer, B. and Hutschemaekers, G. (2009): Music-assisted relaxation to improve sleep quality: meta-analysis. In: <i>Journal of advanced nursing</i> 65/7, 1356–1364</p>
Ab 22 Jahre: ausschließlich Erwachsene	<p>90. Lang, R., White, P. J., Machalicek, W., Rispoli, M., Kang, S., Aquilar, J., O'Reilly, M., Sigafoos, J., Lancioni, G. and Didden, R. (2009): Treatment of bruxism in individuals with developmental disabilities: a systematic review. In: <i>Research in developmental disabilities</i> 30/5, 809–818</p> <p>91. Mateos-Moreno, D. and Atencia-Dona, L. (2013): Effect of a combined dance/movement and music therapy on young adults diagnosed with severe autism. In: <i>Arts in Psychotherapy</i> 40/5, 465–472</p> <p>92. Peng, S. M., Koo, M. and Kuo, J. C. (2010): Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. In: <i>Archives of psychiatric nursing</i> 24/6, 429–434</p> <p>93. Silverman, M. J. (2011a): The effect of songwriting on knowledge of coping skills and working alliance in psychiatric patients: a randomized clinical effectiveness study. In: <i>Journal of music therapy</i> 48/1, 103–122</p> <p>94. Silverman, M. J. (2011b): Effects of a single-session assertiveness music therapy role playing protocol for psychiatric inpatients. In: <i>Journal of music therapy</i> 48/3, 370–394</p> <p>95. Silverman, M. J. (2011c): Effects of music therapy on change readiness and craving in patients on a detoxification unit. In: <i>Journal of music therapy</i> 48/4, 509–531</p>

Tabelle 16 - Fortsetzung

<p>A8 Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“, Studienprotokoll)</p>	<p>96. Porter, S., Holmes, V., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Braiden, H. J., Doran, J. and Rogan, S. (2012): Music in mind, a randomized controlled trial of music therapy for young people with behavioural and emotional problems: study protocol. In: <i>Journal of advanced nursing</i> 68/10, 2349–2358</p> <p>97. Suetani, S. and Batterham, M. (2015): Un-rapping teen spirit: Use of rap music as a treatment tool in adolescence psychiatry. In: <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i> 49/7, 670</p> <p>98. Tachdjian, R., Henry, L. and Babikian, T. (2012): Music therapy as a Complementary and Alternative Medicine (CAM) technique used in patients with chronic and life-altering illness experiencing pain and anxiety. In: <i>Haemophilia</i> 18/145</p> <p>99. Wallace, D., Woodford, B., Anderson, R., Fitzgerald, M. and Hoffart, C. (2014): Psychological functioning improves during intensive interdisciplinary pediatric pain rehabilitation. In: <i>Journal of Pain</i> 15/4, 114</p>
<p>A9 Nicht-geeignetes Studiendesign (z. B. Fallstudien/Fallserien, narratives Review)</p>	<p>100. Bernstein, B. and Voll, A. (2015): Supplements, diets and other complementary and alternative interventions in adolescent mental health. In: <i>Adolescent Psychiatry</i> 5/2, 73–83</p> <p>101. Edwards, J. (2006): Music therapy in the treatment and management of mental disorders. In: <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> 23/1, 33–35</p> <p>102. Ellis, P. (2004): Vibroacoustic sound therapy: case studies with children with profound and multiple learning difficulties and the elderly in long-term residential care. In: <i>Studies in health technology and informatics</i> 103/36–42</p> <p>103. Gasalberti, D. (2006): Alternative therapies for children and youth with special health care needs. In: <i>Journal of Pediatric Health Care</i> 20/2, 133–136</p> <p>104. GWK, Frank (2014): Music to my brain: Could music training be used to improve adolescent brain development? In: <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> 53/11, 1147–1149</p> <p>105. HHL, Wong and Smith, R. G. (2006): Patterns of complementary and alternative medical therapy use in children diagnosed with autism spectrum disorders. In: <i>Journal of autism and developmental disorders</i> 36/7, 901–909</p> <p>106. Hunt, M. (2013): Healthy Parts of The Self: Group Music Therapy for Adolescent Inpatients with Eating Disorders. In: <i>Turkish Archives of Pediatrics</i> 48/77</p> <p>107. Jerg-Bretzke, L., Novak, P. and Traue, H. C. (2005): Das Burnout-Syndrom - Differenzialdiagnose und Therapie. Exkurs: Kinder und Jugendliche: Burnout syndrome - Differential diagnosis and treatment. Excursus: Children and adolescents. In: <i>Padiatrische Praxis</i> 66/3, 391–400</p> <p>108. Kemper, K. J. and Danhauer, S. C. (2005): Music as therapy. In: <i>Southern medical journal</i> 98/3, 282–288</p> <p>109. Kozasa, E. H., Hachul, H., Monson, C., Pinto L, J. r., Garcia, M. C., de Araujo Moraes Mello, L. E. and Tufik, S. (2010): Mind-body interventions for the treatment of insomnia: a review. In: <i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i> 32/4, 437–443</p> <p>110. Krueger, S. J. and Glass, C. R. (2013): Integrative psychotherapy for children and adolescents: A practice-oriented literature review. In: <i>Journal of Psychotherapy Integration</i> 23/4, 331–344</p> <p>111. Schiltz, L. (2014): Multimodal arts psychotherapy with adolescents suffering from conduct disorders. In: <i>Arts in Psychotherapy</i> 41/2, 187–192</p> <p>112. Simpson, K. and Keen, D. (2011): Music Interventions for Children with Autism: Narrative Review of the Literature. In: <i>Journal of autism and developmental disorders</i> 41/11, 1507–1514</p> <p>113. Wigram, T. and Gold, C. (2006): Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. In: <i>Child: care, health and development</i> 32/5, 535–542</p> <p>114. Yazdani, S. and Zeltzer, L. (2013): Treatment of chronic pain in children and adolescents. In: <i>Pain Management</i> 3/4, 303–314</p> <p>115. Yinger, O. S. and Gooding, L. (2014): Music therapy and music medicine for children and adolescents. In: <i>Child and adolescent psychiatric clinics of North America</i> 23/3, 535–553</p>

Tabelle 16 - Fortsetzung

A10 Primärstudien oder HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen, die bereits in anderen eingeschlossenen HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen eingeschlossen sind	116. Dalton, T. A. and Krout, R. E. (2005): Development of the Grief Process Scale through music therapy songwriting with bereaved adolescents. In: Arts in Psychotherapy 32/2, 131–143
A11 HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen mit geringer methodischer Qualität, wenn zur entsprechenden Indikation geeignete HTA/Übersichtsarbeiten/Metaanalysen mit hoher methodischer Qualität vorliegen	
A12 Studien mit einer Studienpopulation ≤ 20 Personen bzw. ≤ 10 Personen pro Interventions- oder Kontrollgruppe	117. Schwartzberg, E. T. and Silverman, M. J. (2013): Effects of music-based social stories on comprehension and generalization of social skills in children with autism spectrum disorders: A randomized effectiveness study. In: Arts in Psychotherapy 40/3, 331–337

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2015

9.4 Checklisten

9.4.1 Tabellenvorlagen für Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen

Tabelle 17: Evidenztabelle für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Studiendesign	
Literatursuche	Datenbanken: Suchzeitraum:
Selektionskriterien	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Interventionen/Maßnahmen	
Interventionsdauer/Follow-up	
Personengruppe	
Setting	
Endpunkte	
Ergebnisse	
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Interessenkonflikte der Autoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2015

Tabelle 18: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von systematischen Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar	
Basiert das Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?				
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?				
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?				
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?				
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?				
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?				
METAANALYSEN				
Wurde Publikationsbias beurteilt?				
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?				
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?				
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2015.

9.4.2 Tabellenvorlagen für Primärstudien

Tabelle 19: Evidenztabelle für Primärstudien - RCT und Interventionsstudien

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Land	
Studiendesign	
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Follow-up:
Studiengröße	IG: n = KG: n =
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Charakteristika der Studienpopulation	
Intervention/Maßnahme	IG: KG:
Setting	
Endpunkte	
Ergebnisse	
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	
Limitationen	
Sponsoren	
Interessenkonflikt der Studienautoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

n = number (Anzahl). IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2015

Tabelle 20: Beurteilung der internen Validität von RCT

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar	
SELEKTION				
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?				
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)				
VERGLEICHBARKEIT				
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?				
Waren die Studienteilnehmer verblindet?				
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?				
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?				
ENDPUNKTE				
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?				
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?				
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?				
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?				
Wurde eine (ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?				
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?				
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?				
Wurde a priori eine Teststärkeanalyse (Power-Analyse) durchgeführt?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2015

Tabelle 21: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Interventionsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar	
SELEKTION				
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?				
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?				
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?				
VERGLEICHBARKEIT				
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?				
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?				
ENDPUNKTE				
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?				
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?				
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?				
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?				
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?				
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?				
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?				
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?				
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?				
Wurde a priori eine Teststärkeanalyse (Power-Analyse) durchgeführt?				
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesign	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

ITT = Intention-to-treat.

Quelle: GÖ FP 2015.

Tabelle 22: Evidenztabelle für Beobachtungsstudien

Titel	
Journal	
Autor/Autoren	
Fragestellung	
Land	
Studiendesign	
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: Follow-up:
Studiengröße	
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
Charakteristika der Stu- dienpopulation	
Einflussfaktoren	
Endpunkte	
Ergebnisse	
Biasrisiko unter Berück- sichtigung des Studien- design	
Limitationen	
Sponsoren	
Interessenkonflikt der Studienautoren	
Schlussfolgerungen der Studienautoren	
Kommentare	

Quelle: GÖ FP 2016

Tabelle 23: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Biasrisiko) von Beobachtungsstudien

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja		Nein		Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?						
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?						
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?						
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?						
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?						
War der Beobachtungszeitraum adäquat?						
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?						
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?						
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesign	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*		
Kommentare						

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖ FP 2015.

10 Tabellen der Studien der Domäne Medizin und Sozialwissenschaft

10.1 Tabellen zu gruppierten Indikationen

Tabelle 24: Evidenztabelle Gold et al. 2004

Titel	Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis
Journal	Journal of Child Psychology and Psychiatry
Autor/Autoren	Gold, Christian; Voracek, Martin; Wigram, Tony
Fragestellung	Effektivität von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychopathologischen Erkrankungen [berichtet werden ausschließlich Ergebnisse für die ZG der Jugendlichen]
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse
Literatursuche	Datenbanken: MEDLINE (1966–2000), Psynindex (1977–2000), PsycInfo (1887–2000), the Cochrane Library (2001, issue 3), Music Therapy Info CD-ROM 1 (1996), 2 (1999), and 3 (2001), a printed register of music therapy studies (Jellison, 2000) Handsuche: Music Therapy (1981–1996), Journal of Music Therapy (1964–2000), Music Therapy Perspectives (1982–2000), British Journal of Music Therapy (1968–2000), Nordic Journal of Music Therapy (1992–2000), Musiktherapeutische Umschau (1980–2000), and Revista Internacional Latinoamericana de Musicoterapia (1995–2000)
Selektionskriterien	Einschlusskriterien: Studien, die Musiktherapie versus keine Therapie oder versus einer anderen Therapie oder Vorher-Nachher-Vergleiche bei Kindern und Jugendlichen untersuchen; Bestehen einer psychopathologischen Erkrankung. Ausschlusskriterien: Studien, die ausschließlich die Effekte von Musik allein oder Musikerziehung untersuchen; Fallstudien
Interventionen/Maßnahmen	Musiktherapie (in der Gruppe bzw. individuell)
Interventionsdauer/Follow-up	K. A.
Personengruppe	Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 19 Jahren (bzw. ohne genaue Altersangabe) mit unterschiedlichen psychopathologischen Erkrankungen. Hierfür wurden 4 Gruppierungen vorgenommen, die entsprechende psychopathologische Erkrankungen nach ICD-10 einschließen: <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensstörungen (Störungen des Sozialverhaltens (F91.-), • Emotionale Störungen (Affektive Störungen (F3), Emotionale Störungen des Kindesalters (F93.-) • Entwicklungsstörungen (Intelligenzstörung (F7), Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80), Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81), Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F81), Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)) • Vermischte psychopathologische Erkrankungen
Setting	K. A.
Endpunkte	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Kompetenz • Selbstverständnis • Entwicklung • Verhalten • Gesamtaspekt (kombinierter mittlerer Effekt)

Fortsetzung Tabelle 23

Ergebnisse	<p>Anzahl eingeschlossene Studien: n = 11, Kinder: 4 Studien mit n = 57 Jugendliche: 6 Studien mit n = 120</p> <p>Die Einzelstudien weisen kaum signifikante Effekte auf. Bei Kombination der Ergebnisse aller Studien (egal welche Altersgruppe sowie vorliegende psychopathologische Erkrankung) zeigt sich ein signifikanter Effekt nach der Intervention (n = 188, d = 0,99, SE = 0,13; jedoch liegt Heterogenität vor; bzw. nach Ausschluss einer Studie mit extremen Ausreißern: n = 177, d = 0,61, SE = 0,14; statistische Homogenität). Musiktherapie zeigte den größten Effekt bei Vorliegen von vermischten psychopathologische Erkrankungen (d = 0,82), große Effekte zeigten sich bei Entwicklungsstörungen (d = 0,65) oder bei Verhaltensstörungen (d = 0,78). Kinder und Jugendliche mit emotionalen Störungen profitierten am wenigsten von Musiktherapie (d = 0,16).</p> <p>Musiktherapie zeigte sowohl für die ZG der Kinder (n = 57; d = 0,54; SE = 0,24), als auch für die ZG der Jugendlichen (n = 120; d = 0,64; SE = 0,17) signifikante Effekte. Hinsichtlich der Zielgruppe erfolgte keine weitere Subgruppenanalyse nach Erkrankungsgruppe sowie Endpunkten.</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Mittel
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschlossene Primärstudien weisen kleine Studienpopulationen auf (zwischen 8 und 26 Teilnehmer/-innen) • Primärstudien weisen Großteils statistisch nicht signifikante Effekte auf, haben eine geringe Power • Klinische Heterogenität zwischen den eingeschlossenen Primärstudien • Primärstudien weisen große methodische Limitationen auf (z. B. hinsichtlich Randomisierung, fehlende Angaben, sodass keine Effektstärken gemessen werden konnten) • Keine Angaben darüber, ob die Kombination von Diagnosen, Art der Musiktherapie sowie Endpunkte einen Einfluss auf die Effekte haben. • Heterogenität hinsichtlich der Art der Musiktherapie (länderspezifische Unterschiede) • Durchführung der Musiktherapie in einem experimentellen Studiensetting versus Musiktherapie im klinischen Therapiensetting • Keine getrennte detaillierte Darstellung der Studienergebnisse nach den ZG Kinder und Jugendliche • Keine getrennte Darstellung der Studienergebnisse nach psychopathologischen Erkrankungen sondern nur zusammengefasste Werte • Keine detaillierte Angabe zur Studienpopulation (z. B. ab welchen/bis zu welchem Alter wird von Kindern bzw. Jugendlichen gesprochen)
Sponsoren	Keine Angabe
Interessenkonflikte der Autoren	Keine Angabe
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Musiktherapie ist eine effektive Intervention für Kinder und Jugendliche mit psychopathologischen Erkrankungen. Es wurden klinisch relevante Effekte mit einer deutlichen Effektstärke festgestellt werden, daher wird eine klinische Anwendung empfohlen.
Kommentare	

d = Effektstärke (gemessen als standardisierte mittlere Differenz). ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. SE = Overall Mean Effect Size, dt.: Kombierter mittlerer Effekt. ZG = Zielgruppe.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016

Tabelle 25: Beurteilung der internen Validität von Gold et al. 2004

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
Basiert das Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?	x		
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	x		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?			x
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von zumindest zwei Personen beurteilt?			x
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?		x	
METAANALYSEN			
Wurde Publikationsbias beurteilt?	x		
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	x		
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?	x		
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?	x		
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch
		x	
Kommentare			

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Tabelle 26: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Gold et al. 2004

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
Externe Validität (Generalisierbarkeit)			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?			x
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
Beurteilung der externen Validität	Hoch	Mittel	Niedrig
		x	
Übertragbarkeit auf Deutschland			
	Ja	Nein	Unklar
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			x
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?			x
Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?			x
Kommentare			

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Tabelle 27: Evidenztabelle Porter et al. 2016

Titel	Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial
Journal	Journal of Child Psychology and Psychiatry
Autor/Autoren	Porter, Sam; McConnell, Tracey; McLaughlin, Katrina; Lynn, Fiona; Cardwell, Christopher; Braiden, Hannah-Jane; Boylan, Jackie; Holmes, Valerie
Fragestellung	Untersuchung der Wirksamkeit von MT im klinischen Setting
Land	Nordirland
Studiendesign	Randomisierte kontrollierte Studie
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: 12 Wochen Follow-up: in der 13. und 26. Woche nach Randomisierung
Studiengröße	Insg.: n = 251 IG: n = 123 bzw. 76 in finaler Analyse KG: n = 128 bzw. 105 in finaler Analyse
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Kinder und Jugendliche, die in einer der 6 eingeschlossenen Einrichtungen zur psychischen Gesundheit in Behandlung sind, Ausschlusskriterien: Kinder und Jugendliche mit Substanzmissbrauch, Psychosen, wiederholten Selbstmordversuchen, Kinder/Jugendliche die den Fragebogen nicht ausfüllen konnten bzw. nicht an MT-Sitzungen teilnehmen konnten
Charakteristika der Studienpopulation	Alter: zwischen 8 und 16 Jahren, wobei der Großteil der Teilnehmer/innen (59 %) > 13 Jahre war 56 % weibliche Teilnehmerinnen 31 % der Teilnehmer/-innen aus sozial benachteiligten Gebieten bzw. 26 % aus nicht benachteiligten Gebieten (Northern Ireland Multiple Deprivation Measure). Diagnostizierte Indikationen nach ICD-10, F00-F99: Angststörungen (53 %), Depression (37 %), Autismus (19 %)
Intervention/Maßnahme	IG: MT in 12 wöchentlichen Einzelsitzungen zu je 30 Minuten (MT nach „Alvin model of Free Improvisation“: Musikmachen durch Stimme, verschiedene Instrumente oder Bewegung unter Anleitung einer ausgebildeten Musiktherapeutin) und üblicher Versorgung (psychiatrische Beratung/Therapie und/oder medikamentöse Therapie) KG: übliche Versorgung
Setting	6 Versorgungseinrichtungen zur psychischen Gesundheit für Kinder und Jugendliche in Nordirland (Child and Adolescent Mental Health Service community care facilities)
Endpunkte	Primärer Endpunkt: Verbesserung der Kommunikation (Social Skills Improvement System Rating Scales, SSIS) in Woche 13 Sekundäre Endpunkte: Selbsteinschätzung durch die Kinder/Jugendliche des Selbstwertgefühls (gemessen mit Rosenberg Self-Esteem Scale) sowie Depression (gemessen mit Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children). Fremdeinschätzung durch ein Elternteil der sozialen Fähigkeiten (gemessen mit Child Behaviour Checklist) sowie familiäre Funktionsweise (gemessen mit Family Assessment Device)

Fortsetzung Tabelle 26

Ergebnisse	<p>Primärer Endpunkt: Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG in Woche 13 (1 Woche nach Interventionsende), jedoch nicht statistisch signifikant (Selbstbewertung SSIS durch Kinder/Jugendliche: ADM 2,4; 95 % KI -1,2 bis 6,1; p = 0,19 bzw. Bewertung durch Eltern: ADM 0,5; KI -2,9 bis 3,8; p = 0,78) Geringfügige Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG in Woche 26, jedoch nicht statistisch signifikant (Selbstbewertung SSIS durch Kinder/Jugendliche: ADM 3,9; KI 95 % -0,6 bis 8,4; p = 0,09).</p> <p>Subgruppenanalysen: Kleine, klinisch signifikante Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG in Woche 13 für die Subgruppe der Studienteilnehmer/-innen > 13 Jahre (ADM 6,1, KI 95 %, 1,6 bis 10,5; p = 0,007). Kein signifikanter Unterschied für die Altersgruppe < 13 Jahre in IG versus KG. Hinsichtlich der diagnostizierten Indikationen Autismus, Angststörungen sowie Depressionen konnten keine signifikanten Unterschiede der Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in IG versus KG in Woche 13 festgestellt werden.</p> <p>Sekundäre Endpunkte: Signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie signifikante Verringerung der Depressionswerte in IG versus KG in Woche 13 (ADM 2,1; KI 95 % 0,8 bis 3,4; p = 0,002 sowie ADM -5,1; KI 95 % -8,6 bis 1,7; p = 0,004). In Woche 26 konnte keine signifikante Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie Verringerung der Depressionswerte mehr festgestellt werden.</p> <p>Familiäre Funktion: Keine signifikanten Unterschiede in IG versus KG in Woche 13 sowie Woche 26.</p> <p>Soziale Fähigkeiten: keine signifikanten Unterschiede in IG versus KG in Woche 13, jedoch signifikante Verbesserung in Woche 26 festgestellt (ADM -7,4; KI 95 % -14,4 bis -0,4; p = 0,04). Der Effekt ist nach Ausschluss eines großen Ausreißers abgeschwächt (ADM -6,3; KI 95 % -12,9 bis -0,3; p = 0,06).</p>
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering
Limitationen	Hohe Drop-Out Raten Durchführung der MT erfolgte nur durch eine Musiktherapeutin Einschluss von Kindern/Jugendlichen mit unterschiedlich diagnostizierten Indikationen (keine spezifische Ausrichtung auf eine bestimmte Indikation) Effektmessung erfolgte ausschließlich durch Selbsteinschätzung der Kinder bzw. Jugendlichen bzw. deren Eltern Fehlende Daten von Studienteilnehmenden
Sponsoren	The Big Lottery Fund, The Northern Ireland MT Trust
Interessenkonflikt der Studienautoren	Keine
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Durch MT werden die Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten kurzfristig (1 Woche nach Interventionsende) nicht verbessert. Lediglich in der Subgruppenanalyse der Jugendlichen > 13 Jahre zeigen sich kurzfristig schwache, aber signifikante Verbesserungen. Langfristige Effekte konnten nicht identifiziert werden. Die Durchführung weiterer Forschungsarbeiten hinsichtlich dieser Zielgruppe ist notwendig. Hinsichtlich der sekundären Endpunkte Selbstwertgefühl sowie Depressionswerte konnten kurzfristig schwache, aber signifikante Verbesserungen durch MT identifiziert werden. Langfristige Effekte konnten nicht identifiziert werden. Eine Empfehlung zur Implementierung der MT in den klinischen Alltag zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltens-, Entwicklungs- sowie Emotionalen Störungen kann aufgrund der lediglich schwachen und kurzfristigen Verbesserungen nicht ausgesprochen werden.
Kommentare	

ADM = Adjusted Difference in Mean, dt.: Bereinigte mittlere Differenz. ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. n = number (Anzahl). MT = Musiktherapie.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Tabelle 28: Beurteilung der internen Validität von Porter et al. 2016

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar	
SELEKTION				
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?	x			
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)	x			
VERGLEICHBARKEIT				
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?	x			
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?	x			
ENDPUNKTE				
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?	x			
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?			x	
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?		x		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?		x		
Wurde eine Intention-to-treat-(ITT-)Analyse durchgeführt und war diese korrekt?	x			
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?	x			
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?	x			
Wurde a priori eine Teststärkeanalyse (Power-Analyse) durchgeführt?	x			
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
	x			
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

ITT =Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Tabelle 29: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Porter et al. 2016

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
Externe Validität (Generalisierbarkeit)			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
Beurteilung der externen Validität	Hoch	Mittel	Niedrig
	x		
Übertragbarkeit auf Deutschland			
	Ja	Nein	Unklar
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?	x		
Kommentare			

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Tabelle 30: Evidenztabelle Patterson et al. 2015

Titel	Implementing music therapy on an adolescent inpatient unit: a mixed-methods evaluation of acceptability, experience of participation and perceived impact
Journal	Australasian Psychiatry
Autor/Autoren	Patterson S., Duhig M., Darbyshire C., Counsel R., Higgins N., Williams I.
Fragestellung	Evaluierung eines Pilotprogramms zur MT in einer Jugendpsychiatrie
Land	Australien
Studiendesign	Evaluation eines Pilotprogramms unter Anwendung eines Mixed-Methods-Ansatzes (Durchführung von Interviews, schriftlichen Befragungen)
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer: 21. August bis 21. Dezember 2014 Follow-up: -
Studiengröße	N = 43
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Jugendliche in der Jugendpsychiatrie Ausschlusskriterien: Vorliegen von Kontraindikationen, freiwillige Nichtteilnahme
Charakteristika der Studienpopulation	Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren (Durchschnittsalter: 15 Jahre) Aufenthaltsdauer zwischen 1 und 56 Tagen (Durchschnittsdauer: 12 Tage) Unterschiedliche Erkrankungen
Intervention/Maßnahme	Name: „I hear you“ Wöchentliche MT in der Gruppe mit aktivierenden Techniken (Singen, Improvisation, Textschreiben, Aufnahme) sowie rezeptiven Techniken (Entspannung, Hören, Textanalyse) im Rahmen des strukturierten Therapieprogramms in der Jugendpsychiatrie. Die Intervention erfolgte durch einen registrierten Musiktherapeuten. Die Teilnahme war freiwillig bzw. wurden Teilnehmer/-innen bei vorliegender Kontraindikation ausgeschlossen.
Setting	Jugendpsychiatrie (12 Betten) in einem Tertiärkrankenhaus in Australien für Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren mit unterschiedlichen Diagnosen, z. B. Essstörungen, psychotischen Störungen, Angststörungen, Stimmungsschwankungen Jährlich werden rund 230 Jugendliche behandelt, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 12 bis 14 Tagen.
Endpunkte	Schriftlicher Fragebogen für die Jugendlichen: Anzahl an absolvierten MT-Sitzungen <ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz • Erfahrungen • Selbstberichteter Nutzen Interviews mit Abteilungsleitern/-innen, Mitarbeitern/-innen sowie Teilnehmern/-innen: <ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz • Einfluss der MT
Ergebnisse	N = 43 Teilnehmer/innen in 16 MT-Sitzungen (durchschnittliche Teilnahme an 3 Sitzungen) Rücklaufquote des Fragebogens: 58 % Die hohen Teilnehmeraten, die niedrigen Absenzen bzw. niedrige Anzahl der Nichtteilnahme sowie das positive Feedback der Patienten/-innen und Mitarbeiter/-innen weist auf eine hohe Akzeptanz der MT bei Patienten/-innen hin. Großteil der Patienten/-innen genossen die Teilnahme am MT-Programm (n = 57, 95 %), würden das MT-Programm an Freunde weiterempfehlen (n = 48, 90 %). Über 90 % fühlten sich nach den Sitzungen besser, lernten wie Musik ihnen helfen kann und möchten zukünftig die erlernten Techniken anwenden, um ihre Gefühle zu steuern. Die Interviewergebnisse unterstreichen die positiven Rückmeldungen der schriftlichen Befragung. Die Abteilungsleiter/-innen sowie Mitarbeiter/-innen bewerten die MT als eine wertvolle Ergänzung zum Therapieprogramm: potenzielle Verbesserung von Endpunkten, z. B. Patienten/-innen wurden als sehr enthusiastisch bzgl. MT erlebt, nach der MT wurden sie als ruhiger und engagierter wahrgenommen und sie konnten ihre Emotionen besser ausdrücken. Die Unterstützung durch den Musiktherapeuten wurde von den Abteilungsleitern/-innen und Mitarbeiter/-innen als sehr positiv wahrgenommen. Die Einführung des MT-Programms war herausfordernd (Treffen von verschiedenen Vereinbarungen, Logistik wie die Organisation von ausreichend Platz, Therapieplänen, Personal).

Fortsetzung Tabelle 29

		Unklar
Limitationen		Fehlende Angaben (z. B. zur Methodik) 40 % der Teilnehmer/innen gaben keine Rückmeldung (Überbewertung der positiven Rückmeldungen möglich) Interview einer kleinen Subgruppe Durchführung erfolgte nur durch einen Musiktherapeuten in einer Klinik (Unterschiede aufgrund des Settings möglich)
Sponsoren		Coca-Cola Amatil (CCA), Metro North Mental Health
Interessenkonflikt Studienautoren	der	Keine
Schlussfolgerungen Studienautoren	der	Weitere Untersuchungen zur Identifizierung längerfristiger Effekte sind notwendig Implementierung der Musiktherapie in einer Jugendpsychiatrie ist umsetzbar und wird von Patienten/-innen, Abteilungsleiter/-innen und Mitarbeiter/-innen unter Alltagsbedingungen sehr gut akzeptiert
Kommentare		

MT = Musiktherapie.

Quelle: GÖ FP 2016.

Tabelle 31: Beurteilung der internen Validität von Patterson et al. 2015

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?		x	
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?			x
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?			x
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x		
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?			x
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesign	Gering	Mittel	Hoch
			Unklar*
Kommentare			x

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖ FP 2016.

Tabelle 32: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Patterson et al. 2015

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
Externe Validität (Generalisierbarkeit)			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
Beurteilung der externen Validität	Hoch	Mittel	Niedrig
	x		
Übertragbarkeit auf Deutschland			
	Ja	Nein	Unklar
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?	x		
Kommentare			

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

10.2 Tabellen zur Indikation Autismus-Spektrum-Störung

Tabelle 33: Evidenztabelle Schwartzberg et al. 2016

Titel	Effects of music-based short story on short- and long term reading comprehension of individuals with Autism Spectrum Disorder: a cluster randomized study
Journal	Elsevier
Autor/Autoren	Schwartzberg E., Silvermann M.
Fragestellung	Auswirkungen der Vortragens einer musikbasierten Kurzgeschichte auf das Leseverständnis von Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung
Land	USA
Studiendesign	RCT
Studiendauer, Follow-up	Studiendauer:3 Tage (eine Intervention pro Tag) Follow-up: Messung jeweils direkt nach der Intervention und 7 Stunden danach
Studiengröße	IG: n = 13 aKG: n = 16
Auswahlkriterien der Population	Einschlusskriterien: Einverständnis zur Studienteilnahme, an sonst keine angegeben Ausschlusskriterien: keine angegeben
Charakteristika der Studienpopulation	Teilnehmer-/innen an einem Sommer-Camp für Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung , Alter: 9-21 Jahre (Durchschnittsalter 15,57)
Intervention/Maßnahme	IG: 50 minutige Musikeinheit, in deren Rahmen eine Kurzgeschichte vorgesungen wurde aKG: 50 minutige Musikeinheit, in deren Rahmen eine Kurzgeschichte vorgelesen wurde
Setting	Sommer-Camp für Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung
Endpunkte	Kurz- und langfristiges (7 Stunden nach der Intervention) Leseverständnis; gemessen mit 5 geschlossenen Fragen zu den Inhalten der Kurzgeschichte (Comprehension Checks) Es wurden keine primären Endpunkte zu Auswirkungen auf die Erkrankung (Autismus-Spektrum-Störung) der Kinder und Jugendlichen erhoben.
Ergebnisse	Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und aKG nachgewiesen werden. In der Gesamtpopulation (IG und aKG) zeigten sich kurz- und langfristige signifikante Verbesserungen ($p = 0,008$) des Leseverständnisses
Biasrisiko unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Hoch
Limitationen	Kein Vergleich (Baseline Messung) von IG und aKG hinsichtlich soziodemografischer Faktoren (z. B. Alter) und der Erkrankung (Schweregrad der Autismus-Spektrum-Störung) Keine primären Endpunkte hinsichtlich der Erkrankung
Sponsoren	k. A.
Interessenkonflikt der Studienautoren	k. A.
Schlussfolgerungen der Studienautoren	Siehe Ergebnisse
Kommentare: Die Methodik der Studie ist aufgrund fehlenden Baseline Messung stark limitiert (siehe Biasrisiko)	

aKG = Aktive Kontrollgruppe.K.. A. = Keine Angaben. n = number (Anzahl). IG = Interventionsgruppe. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Tabelle 34: Beurteilung der internen Validität von RCT von Schwartzberg et al. 2016

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar	
SELEKTION				
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?	x			
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)			x	
VERGLEICHBARKEIT				
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?			x	
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?	x			
ENDPUNKTE				
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?	x			
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?			x	
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?		x		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x			
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?			x	
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?	x			
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x		
Wurde a priori eine Teststärkeanalyse (Power-Analyse) durchgeführt?			x	
Beurteilung des Biasrisikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns	Gering	Mittel	Hoch	Unklar*
			x	
Kommentare				

* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Tabelle 35: Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland von Schwartzberg et al. 2016

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
Externe Validität (Generalisierbarkeit)			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?		x	
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
Beurteilung der externen Validität	Hoch	Mittel	Niedrig
		x	
Übertragbarkeit auf Deutschland			
	Ja	Nein	Unklar
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			x
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?			x
Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?			x
Kommentare			

Quelle und Darstellung: GÖ FP 2016.

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.