

Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Eine Analyse zur Wirksamkeit und
möglichen Implementierung in Österreich

Endbericht

AIHTA Projektbericht Nr.: 129 | ISSN: 1993-0488 | ISSN-online: 1993-0496



HTA Austria
Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH

Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine Analyse zur Wirksamkeit und
möglichen Implementierung in Österreich

Projektteam

Projektleitung: Sarah Wolf, MSc

Projektbearbeitung: Sarah Wolf, MSc
Nicole Grössmann, MSc

Projektbeteiligung

Systematische Literatursuche: Tarquin Mittermayr, BA(Hons), MA

Handsuche: Sarah Wolf, MSc

Interne Begutachtung: Ingrid Zechmeister-Koss, Dr. rer. soc. oec., MA

Externe Begutachtung: Prof. Dr. rer. soc. Reinhold Kilian, Leiter der Sektion Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Univ. Prof. Dr. Paul Plener, MHBA, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus Wien

Korrespondenz: sarah.wolf@aihta.at

Umschlagfoto: © AungMyo – stock.adobe.com

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden/This report should be referenced as follows:

Wolf S, Grössmann N. Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine Analyse zur Wirksamkeit und möglichen Implementierung in Österreich. AIHTA Projektbericht Nr.: 129; 2020. Wien: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH.

Interessenskonflikt

Alle beteiligten Autor*innen erklären, dass keine Interessenskonflikte im Sinne der Uniform Requirements of Manuscripts Statement of Medical Journal Editors (www.icmje.org) bestehen.

IMPRESSUM**Medieninhaber und Herausgeber:**

HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH
Garnisongasse 7/Top20 | 1090 Wien – Österreich
<https://www.aihta.at/>

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv.-Doz. Dr. phil. Claudia Wild, Geschäftsführung

Die **AIHTA Projektberichte** erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Austrian Institute for Health Technology Assessment.

Die **AIHTA Projektberichte** erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über den Dokumentenserver „http://eprints.aihta.at/view/types/hta_report.html“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

AIHTA Projektbericht Nr.: 129

ISSN 1993-0488

ISSN online 1993-0496

© 2020 AIHTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Zusammenfassung	9
Summary.....	11
1 Einleitung.....	13
2 Hintergrund	15
2.1 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	15
2.1.1 Determinanten psychischer Gesundheit und Erkrankung	15
2.1.2 Diagnostik	16
2.1.3 Behandlung	18
2.1.4 Epidemiologie	18
2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstruktur in Österreich.....	20
2.2.1 Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich.....	20
2.2.2 Rechtliche Grundlagen	21
2.2.3 Involvierte Institutionen und Berufsgruppen.....	21
2.2.4 Versorgungsstruktur und Kapazitäten.....	23
2.2.5 Finanzierung und Zugang zu Leistungen.....	28
2.2.6 Fallbeispiele: Steiermark und Tirol	29
2.3 Internationale aufsuchende Behandlungsmodelle im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	33
2.4 Home-Treatment: Neue Möglichkeit im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie?	34
2.4.1 Definition	34
2.4.2 Mögliche Vorteile von Home-Treatment-Modellen.....	34
3 Projektziele und Forschungsfragen	37
4 Methoden.....	39
4.1 Systematische Literaturübersicht	39
4.1.1 Systematische Literatursuche	39
4.1.2 Literaturauswahl	40
4.1.3 Datenextraktion.....	41
4.1.4 Studienqualitätsbewertung	42
4.2 Expert*innenbefragung	42
5 Ergebnisse.....	43
5.1 Charakteristika der ausgewählten Home-Treatment-Modelle	43
5.1.1 Beschreibung der einzelnen Modelle	43
5.1.2 Home-Treatment-Modelle im Überblick	49
5.2 Wirksamkeits- und Sicherheitsanalyse.....	54
5.2.1 Eingeschlossene Studien.....	54
5.2.2 Wirksamkeit der Home-Treatment-Modelle	59
5.2.3 Zusammenfassende Darstellung der Wirksamkeit von Home-Treatment	69
5.2.4 Sicherheit der Home-Treatment-Modelle	74
5.3 Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von Home-Treatment-Modellen	74
5.3.1 Ergebnisse aus den internationalen Studien	74
5.3.2 Ergebnisse aus der Expert*innenbefragung	75
6 Diskussion	81
6.1 Ausgestaltung der internationalen Modelle, sowie deren Wirksamkeit und Sicherheit	81
6.2 Implementierung in Österreich.....	83
6.3 Limitationen	86
7 Fazit.....	89
8 Literatur.....	91

9 Anhang.....	97
9.1 Extraktionstabellen: Wirksamkeit & Sicherheit von Home-Treatment-Modellen	97
9.2 Extraktionstabellen: Charakteristika der inkludierten Home-Treatment-Modelle & Voraussetzungen für deren Implementierung	115
9.3 Risk of bias assessment	121
9.3.1 Risk of bias of randomised controlled trials.....	121
9.3.2 Risk of bias of non-randomised controlled trials.....	122
9.3.3 Risk of bias of observational studies	126
9.4 Beschreibung der medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen	127
9.5 Expert*innen-Konsultation.....	128
9.5.1 Fragebogen	128
9.6 Suchstrategien.....	130

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.2-1: Nicht-medizinische Strukturen der psychosozialen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen in Österreich	22
Abbildung 2.2-2: Bettenmessziffern für 2015 und 2018	25
Abbildung 2.2-3: Stationäre Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie	25
Abbildung 2.2-4: Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzt*innen mit Kassenvertrag	27
Abbildung 4.1-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagramm)	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1-1: Übersicht psychiatrischer Diagnosegruppen (ICD-10)	16
Tabelle 2.1-2: Sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters	17
Tabelle 2.2-1: Übersicht zu österreichischen Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	24
Tabelle 2.3-1: Übersicht zu aufsuchenden Behandlungen im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	33
Tabelle 4.1-1: Einschlusskriterien für die systematische Literaturauswahl	39
Tabelle 4.1-2: Ausschlusskriterien für die systematische Literaturauswahl.....	40
Tabelle 5.1-1: Übersichtstabelle zu den Charakteristika der ausgewählten Home-Treatment-Modelle.....	52
Tabelle 5.2-1: Übersichtstabelle zum Wirksamkeitsendpunkt „Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und Funktionsniveaus“ der kontrollierten Evidenz (1 RCT & 2 NRCTs).....	71
Tabelle 9.1-1: Wirksamkeit und Sicherheit von Home-Treatment-Modellen (Teil A).....	97
Tabelle 9.1-2: Wirksamkeit und Sicherheit von Home-Treatment-Modellen (Teil B).....	104
Tabelle 9.1-3: Wirksamkeit und Sicherheit von Home-Treatment-Modellen (Teil C).....	111
Tabelle 9.2-1: Charakteristika der Home-Treatment-Modelle und Voraussetzung für deren Implementierung (Teil A)	115
Tabelle 9.2-2: Charakteristika der Home-Treatment-Modelle und Voraussetzung für deren Implementierung (Teil B)	117
Tabelle 9.3-1: The Cochrane Collaboration's tool version 1.0 for assessing the risk of bias of randomized-controlled studies	121
Tabelle 9.3-2: The risk of bias in non-randomized studies – of interventions (ROBINS-I) assessment tool	122
Tabelle 9.3-3: IHE quality appraisal checklist for case series studies	126

Abkürzungsverzeichnis

Abt.	Abteilung
ACT	Assertive Community Treatment
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BCFPI	Brief Child and Family Phone Interview
BesT	Behandlungseinschätzung stationär-psychiatrischer Therapie
BeZuHG	Behandelt zuhause gesund werden
B-KJHG	Bundes-Kinder-Jugendhilfegesetz
bzgl.	Bezüglich
ca.	Zirka
CAFAS	Child and Adolescent Functional Assessment Scale
CGAS	Children Global Assessment of Functioning Scale
CIS	Columbia Impairment Scale
CM	Case Management
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
engl.	Englisch
etc.	Et cetera
FF	Forschungsfragen
FISQ	Full Scale Intelligence Quotient
GDV	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft
ggf.	Gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HoNOSCA	Nation Outcome Scale for Children and Adolescents
HT	Home-Treatment
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IG	Interventionsgruppe
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment
IQ	Intelligenzquotient
ITT	Intention-to-treat
Ju	Jugendliche
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KG	Kontrollgruppe
KH	Krankenhaus
Ki	Kinder
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KiJu	Kinder und Jugendliche
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
max.	Maximal

MEI	Mannheimer-Elterninterview
MHAT	Mental Health in Austrian Teenagers
min.	Minuten
MST	Multisystemische Therapie
NA	Not available
NR	Not reported
NRCT	Non-randomised controlled trial (nicht randomisierte kontrollierte Studie)
NV	Nicht verfügbar
Ö	Österreich
OA/OÄ	Oberarzt/Oberärztein
ÖGKJP	Qualitätssicherungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
OPCAT	Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pat.	Patient*innen
PHMF	Public Health Monitoring Framework
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
RCT	Non-randomised controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)
RoB	Risk of bias (Verzerrungspotential)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SD	Standard deviation
SDQ	Strengths and Difficluties Questionnaire
SDS	Supportive Discharge Service
SGKJ	Childrens' Global Assessment Score
s.s.	Statistisch signifikant
stat.-Gruppe	Stationäre Behandlungsgruppe
StäB	Stationsäquivalente Behandlung
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
US	United States
USA	United States of America
vs.	Versus
z. B.	Zum Beispiel

Zusammenfassung

Hintergrund und Projektziele

Ausgehend von einer Lebenszeitprävalenz von 35,8 Prozent für österreichische Jugendliche haben zirka 274.000 zehn bis 18-Jährige bereits einmal in ihrem Leben eine psychische Diagnose erhalten, jedoch lediglich rund die Hälfte dieser Jugendlichen war in Kontakt mit behandelnden Institutionen. Bei genauerer Betrachtung der Ist-Situation der österreichischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslandschaft werden Kapazitätsengpässe sichtbar: 2018 wurde lediglich in zwei der neun österreichischen Bundesländer (Kärnten und Vorarlberg) eine geplante Bettenmessziffer von mindestens 0,08 erreicht und im extramuralen Bereich wurde der österreichweite Bedarf an kassenärztlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzt*innen nur zu 27,0 Prozent erfüllt. Darüber hinaus finden sich Versorgungsdefizite auch im psychosozialen Bereich (z. B. betreute Wohnmöglichkeiten, Krisendienste). Folglich können manche der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen nicht leitliniengerecht oder nur in einer für sie nicht vorgesehenen Einrichtung, z. B. der Erwachsenenpsychiatrie, behandelt werden.

In den letzten Jahrzehnten wurden alternative Ansätze, wie aufsuchende Behandlungen etabliert, die den Fokus auf eine umfassende leitliniengerechte Behandlung bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des bestehenden sozialen Umfelds (z. B. durch Vermeidung langer Klinikaufenthalte) legen. Eine Form der aufsuchenden Behandlung ist das Home-Treatment, definiert als kurz- bis mittelfristige stationsersetzende bzw. -verkürzende Behandlung zuhause.

Der vorliegende Bericht stellt die Charakteristika und die Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von internationalen Home-Treatment-Programmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung dar und beleuchtet grundsätzliche Implementierungsfragen derartiger Behandlungsansätze unter Berücksichtigung der derzeitigen österreichischen Versorgungssituation.

Methode

Es wurde eine systematische Literaturreviews zu den Modellcharakteristika, der Wirksamkeit und der Sicherheit der internationalen Home-Treatment-Modelle, sowie zu den dortigen Implementierungsvoraussetzungen erstellt. Dafür wurde eine systematische Literatursuche in sechs Datenbanken, sowie eine erweiterte Handsuche durchgeführt. Unter Berücksichtigung der vorab definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden elf Publikationen zu sechs Home-Treatment-Studien für die qualitative Synthese eingeschlossen.

Zusätzlich wurden semi-strukturierte Expert*innenbefragungen durchgeführt. Zehn von ursprünglich 13 angefragten Expert*innen aus den Bereichen der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychiatriekoordination und der Kinder- und Jugendhilfe, beantworteten die ausgesendeten Fragen. Die Antworten wurden nach Themen geclustert und narrativ zusammengefasst.

**274.000 Jugendliche
(35,8 %) bereits einmal
in ihrem Leben eine
psychische Diagnose
erhalten**

**Kapazitätsengpässe
im intra-, extramuralen
& psychosozialen Bereich
der kinder- & jugend-
psychiatrischen
Versorgung in
Österreich (Ö)**

**alternative Ansätze:
aufsuchende
Behandlungskonzepte wie
z. B. Home-Treatment (HT)**

**Ziele: systematische
Wirksamkeits- &
Sicherheitsanalyse,
Implementierungskriterien**

**systematische
Literatursuche und
zusätzlichen Handsuche
→ 11 Publikationen zu
6 Studien eingeschlossen**

**& Konsultation
multidisziplinärer
österreichischer
Expert*innen**

Ergebnisse	
multidisziplinäre Teams, Ø Dauer: 3-4 Monate, Anzahl der Sitzungen: täglich – 1x/Woche, multimodale Behandlungen	In den sechs eingeschlossenen Home-Treatment-Modellen aus Deutschland, den Niederlanden, den USA und Kanada wurden Kinder und Jugendliche oder ausschließlich Jugendliche von einem multidisziplinären Team in unterschiedlicher Intensität (täglich bis einmal pro Woche) für durchschnittlich drei bis vier Monate zuhause behandelt. Die aufsuchenden Behandlungen umfassten eine Vielzahl an therapeutischen Angeboten, sowie Psychoedukation bzw. Eltern-Coaching und wurden meist unter der Leitung von Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt.
häufige Verbesserungen über die Zeit sowohl bei HT, als auch stationär/Heim;	Die Evidenz zur Wirksamkeit umfasste vier Endpunkte: Veränderung der Symptomatik, Hospitalisierung, Behandlungszufriedenheit und Notwendigkeit weiterer Behandlungen. Bei fast allen gemessenen Dimensionen zur Symptomatik war sowohl im Home-Treatment, als auch bei stationärer oder anderer institutioneller Behandlung (z. B. Heim) eine Verbesserung über den Beobachtungszeitraum zu erkennen. Die Vergleiche zwischen Home-Treatment und stationärer Behandlung zeigten, dass hinsichtlich den Verbesserungen der psychopathologischen Symptome, der psychosozialen Anpassung, und der psychosozialen Belastung das Home-Treatment oftmals auf lange Sicht der stationären Behandlung überlegen war. Im Vergleich zur Heimbehandlung war Home-Treatment langfristig insbesondere bei Angststörungen oder der Verbesserung der Kooperationsfähigkeit wirksamer.
langfristig Verbesserungen der Symptome, psychosozialen Anpassung/Belastung tendenziell größer in HT-Gruppen	Darüber hinaus ergab die Evidenz, dass Home-Treatment (auch wenn mit stationären Angeboten verzahnt) mit weniger stationären Aufenthaltstagen und einer geringeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer verbunden war, jedoch bis zu 80,0 Prozent der Kinder und Jugendlichen nach Beendigung des Home-Treatments weitere Behandlungen (insbesondere ambulant oder aufsuchend) brauchten oder konkret in Anspruch nahmen.
HT: weniger Krankenhaustage & kürzere Ø Dauer, jedoch weitere Behandlungen oft notwendig	Betreffend die Behandlungszufriedenheit lieferte die Evidenz keine eindeutigen Präferenzen für oder gegen das Home-Treatment. Zudem wurden keine Sicherheitsendpunkte in den eingeschlossenen Studien erhoben.
Sicherheit von HT nicht evaluiert	
Implementierung in Ö: Definition von Funktionen & Verantwortlichkeiten, Zielgruppe, etc. → Planung notwendiger Ressourcen, Finanzierung & gesetzlicher Grundlagen	Für eine Implementierung von Home-Treatment in die österreichischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen sind jedenfalls Funktionen und Verantwortlichkeiten für die Koordinierung zwischen Home-Treatment und anderen Anbietern zu definieren und auf die bundesländer spezifische Versorgungssituation abzustimmen. Darüber hinaus müssen die Zielgruppe (Alter, Diagnose, etc.), die Therapieformen und die ausführenden Berufsgruppen definiert werden. Sowohl für die koordinierende Funktion als auch für die personelle Planung sind entsprechende Ressourcen abseits der reinen Therapiekosten einzukalkulieren. Demnach sollten insbesondere die Finanzierungsfrage (Kostenträger und Finanzierungsform), sowie die Schaffung spezifischer gesetzlicher Grundlagen vorab auf Länderebene geklärt werden. Darüber hinaus sollte eine Begleitevaluation bereits miteingeplant werden, um zukünftige evidenzbasierte Weiterentwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu fördern.
Begleitevaluation empfehlenswert	

Summary

Background and project aims

Based on a lifetime prevalence of 35.8 per cent for Austrian adolescents, approximately 274,000 ten to 18-year-olds had already received a diagnosis once in their lives, but only about half of these adolescents had been in contact with institutions providing treatment. A closer look at the current situation of the Austrian child and adolescent psychiatric care landscape shows that there are capacity constraints: In 2018, for example, only two of the nine Austrian federal states (Carinthia and Vorarlberg) achieved the planned bed index of at least 0.08, and in the extramural area, only 27.0 per cent of the required social health insurance-accredited specialists in the area of child and adolescent psychiatry were available in Austria. Besides, there are deficits in the psychosocial sector (e.g., sheltered housing, crisis management). As a result, some of the children and adolescents in need of treatment cannot be treated according to clinical guidelines or are treated in a facility not intended for them, e.g. adult psychiatry.

In recent decades, alternative approaches, such as outreach treatments, have been established. These programs focus on comprehensive treatments in accordance with guidelines, while maintaining the existing social environment (e.g., by avoiding long hospital stays). One form of outreach treatment is the called home-treatment, which is defined as a short- to medium-term treatment at home that replaces or shortens the duration of hospitalisation.

The present research report aimed to present the characteristics and evidence of the effectiveness and safety of international home-treatment-programs in child and adolescent psychiatric care. Furthermore, the fundamental challenges of implementing such treatment approaches, taking into account the current Austrian care situation, were examined.

Methods

A systematic review of the literature on the model characteristics, effectiveness and safety of the international home-treatment-models, as well as, on the implementation requirements, was carried out. For this purpose, a systematic literature search in six databases and an extended hand search was conducted. Taking into account the predefined inclusion and exclusion criteria, eleven publications on six home-treatment-studies were included for the qualitative synthesis.

In addition, semi-structured expert consultations were conducted. Ten out of 13 multidisciplinary experts from Austria, who were contacted in the fields of inpatient child and adolescent psychiatry, psychiatric coordination and child and youth welfare answered the submitted questions. Answers were clustered into themes and narratively summarised.

**274,000 adolescents
(35.8%) received
a psychological diagnosis
at least once in their lives**

**capacity constraints
in the intra-, extramural
& psychosocial area of child
& adolescent psychiatric
care in Austria (AUT)**

**alternative approaches:
outreach treatment
concepts such as
home-treatment**

**project aims: systematic
effectiveness & safety
analysis, and possible
implementation**

**implementation
of a systematic literature
search and additional
hand search:
1,018 hits, including
11 publications on 6 studies**

**& consultation
of multi-disciplinary
Austrian experts**

Results

multi-disciplinary teams;

ø duration of the

programs: 3-4 months;

number of sessions:

daily – 1x/week;

multimodal treatments

mostly improvements over time, both in HT & inpatient/residential care;

long-term improvement of symptoms, psychosocial adjustment/strain tends to be greater in HT-groups

HT: fewer hospital days & shorter ø duration, but often further treatments necessary

safety of HT not evaluated

**implementation in AUT:
definition of functions & responsibilities, target group, etc. → planning of necessary resources; financing & legal basis;
accompanying evaluation recommended**

In the six included home-treatment-models from Germany, the Netherlands, the USA and Canada, children and adolescents or exclusively adolescents were treated at home by a multidisciplinary team with varying intensity (daily to once a week) for an average of three to four months. The outreach treatments included a variety of different therapeutic services, as well as, psychoeducation and/or parent coaching and were mostly conducted under the direction of child and adolescent psychiatrists.

The evidence on effectiveness included four endpoints: change in symptoms, hospitalisation, treatment satisfaction and need for further treatment. Almost all dimensions measuring changes in symptoms showed improvements during the observation period, both in home-treatment and inpatient or institutional treatment. The comparisons between home-treatment and inpatient treatment showed that in the long-term, home-treatment was more often superior to inpatient treatment in terms of improvements in psychopathological symptoms, psychosocial adjustment and psychosocial stress. In comparison to residential treatment, home-treatment was more effective in the long-term, especially in the case of anxiety disorders or concerning improvements in the ability to cooperate.

Besides, the evidence showed that home-treatment (even if interlinked with inpatient services) was associated with fewer days of stay and a lower average length of stay, but that up to 80.0 per cent of the children and adolescents needed further treatment (mainly outpatient or outreach) after the end of home-treatment.

Regarding treatment satisfaction, the evidence does not indicate clear preferences for or against home-treatment. Besides, no safety endpoints were evaluated in the included studies.

Discussion and conclusion

In order to implement home-treatment in the Austrian child and adolescent psychiatric care structures, functions and responsibilities for coordination between home-treatment-programmes and other healthcare providers have to be defined and adapted to the regional care structures. In addition, the target patient population (age, diagnosis, etc.), the types of therapies and the professional groups carrying out the treatments must be defined. For both, the coordinating function, as well as, the personnel planning, appropriate resources must be taken into account apart from pure therapy costs. Accordingly, the question of financing (payers and type of financing) should be solved in advanced, possibly by creating specific legal foundations at the federal state level. Moreover, an accompanying evaluation should be specified before the implementation of home-treatment to promote future evidence-based developments in the field of child and adolescent psychiatry.

1 Einleitung

Weltweit gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Die Prävalenzzahlen rangieren zwischen neun und 22 Prozent [4]. Ähnliche Prävalenzzahlen treffen auch für Österreich zu [5].

Das derzeit dominierende Versorgungsmodell für Kinder und Jugendliche mit einer schweren psychischen Erkrankung ist eine spezialisierte, psychiatrische stationäre Behandlung. Solche Therapiekonzepte konzentrieren sich vor allem auf die Symptomlinderung, bergen aber das Risiko der Isolierung des Kindes von familiären und gemeinschaftlichen Beziehungen bzw. vom Bildungssystem. Zudem bestehen vielerorts – so auch in Österreich – Kapazitätsengpässe in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung [6].

Vor diesem Hintergrund werden seit längerem alternative Ansätze, wie intensive, integrierte und aufsuchende psychiatrische Programme angedacht [8]. Eine Form stellt das Home-Treatment für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche dar. Dabei wird dieselbe Behandlungsintensität wie im stationären Kontext gewährleistet, ohne die Kontinuität der persönlichen Beziehungen (familiär, sozial oder schulisch) zu unterbrechen [7].

Die Implementierung eines solchen Behandlungsmodells hat erhebliche organisatorische Implikationen und zwar sowohl auf der Ebene der betroffenen Institutionen (z. B. Fragen der Personalressourcen und -qualifikationen), als auch auf der koordinierenden und steuernden Ebene (z. B. Gesetzesebene, Finanzierungsmittel, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten). Vor einer allfälligen Entscheidung über die Implementierung eines solchen Behandlungsansatzes sind daher Informationen zur Wirksamkeit derartiger Behandlungsmodelle, zur möglichen Ausgestaltung eines Home-Treatments, sowie zu den Kriterien für eine gelungene Implementierung nötig.

**psychische Erkrankungen
bei 9,0-22,0 % der Kinder
& Jugendlichen (KiJu)**

**traditionelle Behandlung
= stationär
→ Kapazitätsengpässe**

**Alternativen
= aufsuchende
Behandlungen,
z. B. Home-Treatment (HT)**

**Implementierung von HT
geht mit erheblichen
organisatorischen
Implikationen einher**

2 Hintergrund

2.1 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

2.1.1 Determinanten psychischer Gesundheit und Erkrankung

Heutzutage basieren Erklärungsmodelle für psychische Erkrankungen und ihre Behandlungen auf dem Prinzip des biopsychosozialen Modells. Das Modell beschreibt das Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis und besagt, dass es keine rein organischen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen gibt. Viel eher werden nach dem Prinzip des Modells alle Krankheiten in jeweils unterschiedlichem Ausmaß durch (1) biologische Faktoren (z. B. angeborene, erworbene oder aktuelle körperliche Faktoren), (2) psychologische Aktivitäten (z. B. Denkmuster, Gefühle, Verhalten), (3) die soziale Teilhabe (z. B. Familie/Partnerschaft, Schule) und (4) gesellschaftliche Kontextfaktoren (z. B. sozioökonomische Situation, Umweltfaktoren) bestimmt. Demnach spielen bei psychischen Erkrankungen oft auch körperliche, soziale oder andere Kontextfaktoren eine Rolle, welche in den unterschiedlichen Behandlungsformen berücksichtigt werden müssen [8].

Ähnlich zum biopsychosozialen Modell besagt das Public Health Monitoring Framework (PHMF), dass die Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit in individuelle und in verhältnisbezogene Gesundheitsdeterminanten unterteilt werden können. Zu den individuellen Determinanten der Gesundheit gehören demnach körperliche und psychische Faktoren sowie das Gesundheitsverhalten, während die verhältnisbezogenen Determinanten in folgende sechs Themenbereiche unterteilt werden können:

1. Materielle Lebensbedingungen (z. B. ökonomische Verhältnisse, Wohnverhältnisse),
2. (Aus)Bildung (z. B. Bildungsniveau der Eltern und Jugendlichen, Quantität und Qualität der Bildungseinrichtungen),
3. Arbeit und Beschäftigung (z. B. Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit),
4. Soziale Beziehungen und Netzwerke (familiär und außerfamiliär),
5. Gesundheitsversorgung und -förderung (Prävention) und
6. Umwelt (z. B. Umweltbelastungen, soziale Rahmenbedingungen).

Die verhältnisbezogenen Determinanten wirken entweder mittelbar über die individuellen Faktoren oder direkt auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen und stehen untereinander in Wechselwirkung. Bei Kindern und Jugendlichen erweist sich diese Wechselwirkung komplexer als bei Erwachsenen, da nicht nur die eigenen Determinanten, sondern auch die Verhältnisse ihrer Eltern bzw. Erziehungsberechtigten einen Einfluss haben können [9].

Eine psychische Erkrankung in der Kindheit oder Jugend hat unmittelbare Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung, sowie auf das Erlernen von bewältigungsrelevanten und schützenden Fähigkeiten. Psychische Erkrankungen, die in der Kindheit oder Jugend auftreten, resultieren zudem in einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit, auch im Verlauf des Erwachsenenlebens mit vielfältigen gesundheitlichen, ökonomischen und sozialen

Berücksichtigung
von biologischen,
psychologischen, sozialen
& gesellschaftlichen
Kontextfaktoren bei
der Behandlung von
psychischen Erkrankungen

PHMF: KiJu-Gesundheit
= individuelle und
verhältnisbezogene
Determinanten

indirekte oder direkte
Wirkung der
verhältnisbezogenen
Determinanten;
Wechselwirkungen
komplizierter als bei
Erwachsenen

psychische Erkrankungen
bei KiJu → erhöhtes Risiko
für Spätfolgen

Nachteilen konfrontiert zu sein [10]. Gleichzeitig gehen psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen oft auch mit erheblichen Beeinträchtigungen für die Familie, die Schule bzw. das gesamte soziale Umfeld einher [11].

2.1.2 Diagnostik

**psychiatrische
Diagnosegruppen
(F00-F99 des ICD-10)
wichtig für wirksame
Beratung/Behandlung**

Das Feststellen einer oder mehrerer psychiatrischer Diagnose(n) ist die Voraussetzung für eine hilfreiche Beratung und wirksame Behandlung. Ein Verzeichnis der meisten psychiatrischen Diagnosegruppen findet sich im Kapitel V (F00-F99) der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [7]. Einen Überblick zu den spezifischen psychischen Krankheitsbildern gruppiert nach ICD-10 bietet Tabelle 2.1-1.

Tabelle 2.1-1: Übersicht psychiatrischer Diagnosegruppen (ICD-10)

ICD-10 Kapitel V	Beschreibung
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen: z. B. psychische Störungen oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z. B. Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel)
F20-F29	Schizophrenie, schizotyp und wahnhaft Störungen ¹ – im Jugendalter klassische Formen häufiger, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Paranoide Schizophrenie ■ Hebephrenie ■ Katatonie Schizophrenie ■ Schizophrenia simplex
F30-F39	Affektive Störungen (Veränderung der Stimmung oder der Affektivität), z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Manische Episode ■ Bipolare affektive Störung ■ Depressive Episode ■ Rezidivierende depressive Störung ■ Anhaltende affektive Störungen ■ Andere affektive Störungen
F40-F48	Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (gestörte Verarbeitung von Erlebnissen und Konflikten), z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Phobische Störungen ■ Andere Angststörungen (z. B. Panikstörung) ■ Zwangsstörungen ■ Belastungs- und Anpassungsstörungen ■ Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) ■ Somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Essstörungen (z. B. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) ■ Nichtorganische Schlafstörungen

¹ Ca. 4,0 % der Schizophrenien treten vor dem 15. Lebensjahr auf; ca. 1,0 % vor dem 10. Lebensjahr; ca. 10,0 % zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr (https://kjp.meduniwien.ac.at/fileadmin/kjp/files/KJP_Einf%C3%BChrung.pdf): Fegert J, Kölch M: Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag 2013).

ICD-10 Kapitel V	Beschreibung
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle ■ Störungen der Geschlechtsidentität ■ Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F70-F79	Intelligenzstörung, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Leichte Intelligenzminderung ■ Mittelgradige Intelligenzminderung ■ Schwere Intelligenzminderung ■ Schwerste Intelligenzminderung ■ Dissozierte Intelligenz
F80-F89	Entwicklungsstörungen, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Umschriebene Entwicklungsstörungen (z. B. Sprache, Motorik, schulische Fertigkeiten) ■ Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, z. B. Autismus ■ Andere Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ■ Hyperkinetische Störungen (z. B. ADHS) ■ Störungen des Sozialverhaltens (wiederholtes, anhaltendes dissoziales, aggressives und aufsässiges Verhalten) ■ Kombinierte Störung emotional & sozial ■ Emotionale Störungen des Kindesalters (z. B. Trennungsängste, phobische Störungen, soziale Ängstlichkeit) ■ Störungen sozialer Fertigkeiten (z. B. Bindungsstörungen) ■ Tic-Störungen ■ Sonstige Verhaltensstörungen
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quellen: [7, 12]

Im deutschsprachigen Raum werden psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter vorrangig mithilfe des multiaxialen Systems klassifiziert. Dieses beruht auf der ICD-10-Indikation und umfasst insgesamt sechs Achsen, auf denen psychische Störungen sowie andere relevante Bedingungen verortet werden (siehe Tabelle 2.1-2) [9].

**Diagnose mit
multiaxialen System:
6 Achsen**

Tabelle 2.1-2: Sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters

Achse 1	Erfassung des klinisch-psychiatrischen Syndroms: altersbezogene Störungen (F84, F90-F98) und Störungen ohne dezierten Altersbezug (F30-F39, F60-F69).
Achse 2	Erfassung von umschriebenen Entwicklungsstörungen: motorische, sprachliche sowie schulische Fertigkeiten (F80-F83).
Achse 3	Beurteilung des Intelligenzniveaus eines Kindes/Jugendlichen: Intelligenzminderungen (F70-F79) aber auch positive Intelligenzeinstufungen.
Achse 4	Erfassung von körperlichen Erkrankungen, die mit einer psychischen Belastung in Zusammenhang stehen.
Achse 5	Erfassung abnormer psychosozialer Lebensumstände.
Achse 6	Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus eines Kindes/Jugendlichen: psychologische, soziale und schulisch-berufliche Funktion.

Quelle: [9]

Auf der vierten, fünften und sechsten Achse werden keine psychischen Erkrankungen (gemäß ICD-10), sondern psychische Belastungen, Lebensumstände und das Funktionsniveau dargestellt, wodurch die gesamte biopsychosoziale Perspektive berücksichtigt wird [9].

**Achse 1-3: ICD-10
Achse 4-6: psychische
Belastungen,
Lebensumstände,
Funktionsniveau**

2.1.3 Behandlung

**Berücksichtigung
interdisziplinärer Aspekte
bei der Behandlung**

Aufbauend auf die ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische multiaxiale Diagnostik (siehe vorheriges Kapitel), geht es bei der Behandlung um die Sicherstellung der notwendigen medizinischen, pharmakologischen, internistischen und psychiatrischen Behandlungen, um Psychotherapie im Richtlinienverfahren, Übungsbehandlungen, Psychoedukation sowie um Elternberatung. Idealerweise findet bei der Feststellung eines entsprechenden Bedarfs eine Hilfeplanung und damit eine frühzeitige Einbeziehung anderer medizinischer Disziplinen statt [13].

2.1.4 Epidemiologie

Global

weltweit psychische Erkrankungen eine der häufigsten Erkrankungen bei KiJu (9,0-22,0 %), Angststörungen am häufigsten (max. 31,9 % in klinischer Population)

Weltweit gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer Prävalenz zwischen neun und 22 Prozent [4]. Im globalen Vergleich sind die häufigsten psychiatrischen Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen die Folgenden (Raten aus einer klinischen Population) [5]:

- Angststörungen: Prävalenz bis zu 31,9 Prozent.
- Störungen des Sozialverhaltens: Prävalenz zwischen 16,3 und 19,1 Prozent.
- Störungen durch problematischen Substanzkonsum: Prävalenz zwischen 8,3 und 11,4 Prozent.
- Emotionale Störungen: Prävalenz zwischen 3,7 und 14,3 Prozent.
- Hyperkinetische Störungen (z. B. ADHS): Prävalenz zwischen 2,2 und 8,6 Prozent.
- Aggressiv-dissoziale Störungen: Prävalenz zwischen 2,1 und 7,6 Prozent.

Deutschland

**KiGGS-Studie:
rund 15,0 % der KiJu erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten; am häufigsten: aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen, Probleme mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität, etc.**

**BELLA-Modul:
5,4 % der KiJu Anzeichen für depressive Störung & 10,0 % für Ängste**

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) gab Anhaltspunkte für einige psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen. Anhand des international anerkannten Fragebogens „Strengths and Difficulties Questionnaire“ wurden potenzielle psychische Störungen eruiert. Demzufolge wurde geschätzt, dass rund 15,0 Prozent der drei bis 17-Jährigen ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten aufweisen, etwa die Hälfte davon wurde als auffällig bzw. als grenzwertig auffällig eingestuft; Buben häufiger als Mädchen. Am häufigsten traten aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen (30,8 %, davon 14,8 % definitiv „auffällig“) und Probleme mit Gleichaltrigen (22,0 %, davon 11,5 % „auffällig“) auf, etwas seltener emotionale Probleme (16,9 %, davon 9,7 % „auffällig“) und Unaufmerksamkeit bzw. Hyperaktivität (13,8 %, davon 7,9 % „auffällig“) [9].

Zusätzliche Hinweise über psychische Probleme lieferte eine Befragung einer Unterstichprobe der KiGGS (BELLA-Modul) der sieben bis 17-Jährigen. In dieser Altersgruppe lagen bei 5,4 Prozent Anzeichen für eine depressive Störung vor, bei zehn Prozent traten Ängste auf und 7,6 Prozent zeigten Störungen des Sozialverhaltens [9].

Wie aus dem in Berlin vorgestellten Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit (November 2019) hervorging, ergab eine weitere Untersuchung, dass die Zahl der Schüler*innen, die wegen einer Depression in eine Klinik eingewiesen wurden, zunahm. Innerhalb von zwei Jahren stieg die Zahl in Deutschland um fünf Prozent. Zirka jedes vierte Schulkind im Alter von zehn bis 17 Jahren zeigte psychische Auffälligkeiten. Davon litten rund zwei Prozent unter einer Depression oder Angststörung, manche auch an beidem [14].

Zusätzlich stieg die Zahl der Behandlungsfälle zwischen 2010 und 2017 bei Kinder- und Jugendärzt*innen von 24,7 Millionen auf 26,7 Millionen an. Anpassungsstörungen nahmen um 39,0 Prozent zu, Entwicklungsstörungen um 37,0 Prozent und Störungen des Sozialverhaltens um 22,0 Prozent [15].

Österreich

Die Häufigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen wurde innerhalb der letzten Jahrzehnte für Österreich relativ konstant auf zirka 20,0 Prozent geschätzt [16]. Innerhalb bestimmter Diagnosegruppen, z. B. Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, sind steigende Fallzahlen wahrzunehmen. Gleichzeitig sind ein zunehmend früheres Erkrankungsalter bei sogenannten „Erwachsenen-typischen“ Erkrankungen, sowie neue Erkrankungsbilder, wie z. B. Genderdysphorie, Internetsucht zu beobachten [16]. Einen Einfluss auf die Prävalenz hat insbesondere die Entwicklung von Risikofaktoren für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, wie z. B. ungünstige Familienkonstellation oder ein niedriger sozioökonomischer Status (z. B. das steigende Armutsrisiko bei Kindern und Jugendlichen). Mit Zunahme solcher Risikofaktoren ist auch ein Anstieg der Prävalenz psychischer Erkrankungen zu erwarten [17].

Die bekannteste repräsentative Prävalenzstudie für Österreich ist die sogenannte „Mental Health in Austrian Teenagers“ (MHAT)-Studie der Medizinische Universität Wien [5], im Rahmen derer die Häufigkeit von allgemeinen psychischen Auffälligkeiten und der wichtigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter mittels validierter Diagnostik-Tools erhoben wurde. Insgesamt wurden zwischen 2013 und 2015 3.615 Schüler*innen (zirka 50,0 % weiblich) im Alter von zehn bis 18 Jahren (5., 7., 9. und 11. Schulstufe) aus allen neun Bundesländern kontaktiert. Die Teilnahmerate an der Studie war zirka 50,0 Prozent. Zusätzlich wurden 43 arbeitslose Jugendliche (Schulabbrecher*innen) und 133 Jugendliche aus psychiatrischen Kliniken befragt [5].

Insgesamt wurde in der MHAT-Studie eine Punkt- bzw. Lebenszeitprävalenz von 23,9 bzw. 35,8 Prozent für zumindest eine psychische Störung bei zehn bis 18-Jährigen nachgewiesen [5]. Auf Österreich umgelegt, wo zirka 767.900 Menschen im Alter von zehn bis 18 Jahren leben, bedeutet das, dass zirka 183.500 Jugendliche zum Zeitpunkt der Studie eine psychische Diagnose hatten und zirka 274.900 Jugendliche bereits einmal eine psychische Diagnose in ihrem Leben erhalten hatten. Unter den Patient*innen, die in ihrem bisherigen Leben bereits eine Diagnose erhalten hatten, kontaktierten lediglich rund die Hälfte (47,5 %, n = ca. 130.577) eine medizinische und/oder therapeutische Versorgungseinrichtung. Von den restlichen 52,5 Prozent (n = ca. 144.322), die keine Einrichtung kontaktierten, hätten jedoch 18,1 Prozent Interesse an einer Behandlung gehabt [5] (eigene Kalkulation basierend auf [18]).

Die häufigsten Störungsbilder in der Studie waren Angststörungen (15,6 %), Störungen der psychischen und neuronalen Entwicklung (9,3 %, davon 5,2 % mit ADHS), sowie depressive Störungen (6,2 %) [5].

**Anstieg an Depressionen
bei Schulkindern
(10 bis 17-Jährigen)**

**Zunahme an
Anpassungsstörungen
& Störungen des
Sozialverhaltens**

**Prävalenz in Ö auf
ca. 20,0 % geschätzt
→ Tendenz steigend**

**Zunahme bestimmter
Diagnosegruppen,
sowie früheres
Erkrankungsalter von
„Erwachsenentypischen“
Diagnosen**

**MHAT-Studie:
3.610 Schüler*innen
(10-18 Jahre) zwischen
2013-2015 kontaktiert –
50,0 % geantwortet**

**Punktprävalenz: 23,9 %
(n = ca. 183.500)
Lebenszeitprävalenz:
35,8 % (n = ca. 274.900)**

**47,5 % (n = ca. 130.577) in
Kontakt mit behandelnder
Einrichtung**

**am häufigsten
Angststörungen: 15,6 %**

**Angststörungen,
traumatische Störungen
& Essstörungen häufiger
bei Mädchen**

**zweite psychische
Diagnose bei >40,0 %**

**HBSC-Studie 2018:
Ø Lebenszufriedenheit
der 11-17-Jährigen eher
niedrig & Zunahme
psychischer Beschwerden
seit 2010**

Hinsichtlich geschlechterspezifischer Unterschiede trat beispielsweise ADHS dreimal häufiger (15,4 vs. 5,2 %) und Störungen des Sozialverhaltens sechsmal häufiger (7,4 vs. 1,3 %) bei Buben als bei Mädchen auf. Im Gegensatz dazu wiesen Mädchen zweimal häufiger Angststörungen (19,5 vs. 9,5 %), fast viermal häufiger traumatische Störungen (4,9 vs. 1,3 %) und achtmal häufiger Essstörungen (5,5 vs. 0,6 %) auf [5].

Über 40,0 Prozent der Jugendlichen mit einer diagnostizierten psychischen Störung bekamen im Laufe ihres Lebens eine zweite Diagnose, darunter am häufigsten depressive Störungen und Angststörungen [5].

Eine aktuellere Studie, die „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC-)Studie, erhebt im Vier-Jahres-Rhythmus Daten aus unterschiedlichen europäischen Ländern zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Einflussfaktoren bei Schüler*innen im Alter zwischen elf und 17 Jahren. Die österreichische HBSC-Studie aus dem Jahr 2018 [19] ergab, dass die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der österreichischen Schüler*innen bei einem Wert von 7,8 auf einer Skala von null bis zehn liegt. Bei einem Wert von unter sechs wird in der Studie von einer eher niedrigeren Lebenszufriedenheit ausgegangen. Darüber hinaus ergab die Studie eine Häufung psychischer Beschwerden vor allem von Gereiztheit, schlechter Laune, Einschlafprobleme, Nervosität und Niedergeschlagenheit (2010: 7,0-17,0 % vs. 2018: 16,0-25,0 %).

2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstruktur in Österreich

2.2.1 Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich

**1975 Etablierung des
Faches der Kinder- und
Jugendneuropsychiatrie**

Im Jahr 1975 wurde in Österreich das Zusatzfach für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie etabliert, wodurch es den Fachärzt*innen aus den Mutterfächer Pädiatrie, Neurologie und Psychiatrie ermöglicht wurde, nach Abschluss ihrer Grundfachausbildung nach drei weiteren Ausbildungsjahren das Zusatzfach zu erwerben. Darüber hinaus wurde 1975 die Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie gegründet [16, 17].

**seit 2007 Fach für Kinder-
und Jugendpsychiatrie (KJP)
und psychotherapeutische
Medizin implementiert**

Zwischen 1975 und 2007 wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich zu einer modernen und humanen Fachrichtung weiterentwickelt. Das Sonderfach trägt heute den Namen „Fach für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin“ und wurde durch die neue Ärzteausbildungsordnung ins Leben gerufen. Das Sonderfach umfasst die Prävention, Diagnostik und Behandlung einschließlich psychotherapeutischer Medizin und Rehabilitation von im Kindes- und Jugendalter auftretenden psychischen Krankheiten, Störungen und Verhaltensauffälligkeiten inklusive der psychiatrischen Behandlung von entwicklungsbedingten psychischen Erkrankungen sowie die fachspezifische Begutachtung. Durch die Implementierung dieses Faches wurde die Ausbildung für psychotherapeutische Medizin in die Facharztausbildung integriert [2, 16].

**Sonderfach im ÖSG
verankert; Ziel: Ausbau der
Versorgungsstrukturen,
jedoch 2016 zum
Mangelfach erklärt**

Die Schaffung des Faches „Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin“ ging mit einer Verankerung der dazugehörigen Versorgungsstrukturen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), mit dem Ziel eines flächendeckenden Aufbaus von öffentlichen Versorgungsstrukturen für seelisch kranke Kinder und Jugendliche, einher [2]. Für die Umsetzung der Versorgungspläne wurde ein Fachärztebedarf von 300-350 Kin-

der- und Jugendpsychiater*innen (inklusive den niedergelassenen Fachärzt*innen) geschätzt. Aufgrund des bestehenden Mangels an Fachärzt*innen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde das Sonderfach im Juni 2016 jedoch zum Mangelfach erklärt (12. Ärztegesetz-Novelle, BGBl. I Nr. 62/2009, in § 10 Abs. 4 Ärztegesetz 1998). Diese Regelung ermöglichte es den Kliniken, die Ausbildungsstellen pro Abteilung um bis zu drei Stellen zu erweitern.

2.2.2 Rechtliche Grundlagen

Generell unterliegen Änderungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Menschenrechtscharta, insbesondere der Kinderrechtscharta [20] und der „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ [16, 21].

Darüber hinaus sind rechtliche Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendversorgung in Österreich in den Sozialhilfegesetzen („Chancengleichheitsgesetzen“), im Sozialversicherungsrecht, in den Gesundheitszielen Österreich und der Kinder- und Jugendstrategie des Bundes, sowie in der Kinder- und Jugendstrategie der österreichischen Sozialversicherung geregelt [22].

Hinsichtlich des intramuralen Bereichs bildet das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) [23] – ein Grundsatzgesetz, das alle Krankenanstalten regelt – die gesetzliche Grundlage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich. Zusätzlich gelten auf Länderebene die einzelnen Ausführgesetze, z. B. das Tiroler Krankenanstaltengesetz [24] oder das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz [25]. Für den extramuralen Bereich gilt das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) [26], das besagt, dass zwischen den Krankenversicherungsträgern und den niedergelassenen Ärzt*innen Gesamtverträge bestehen müssen (§ 341 Abs. 1 ASVG). Darüber hinaus gelten auf Bundesebene sowohl für den intramuralen als auch extramuralen Bereich die einzelnen Berufsgesetze, z. B. das Ärztegesetz für die Pädiater*innen und Psychiater*innen [27], bzw. das Psychotherapie- und/oder Psychologengesetz für Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen bzw. Psychiater*innen, die therapeutisch tätig sind [28, 29].

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zudem das Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz (B-KJHG; vor 2013 das Jugendwohlfahrtsrecht) relevant, welches sich mit den Grundsätzen für Familien- und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche befasst [30]. Detailregelungen werden in den Ausführungsgesetzen und Verordnungen der Bundesländer getroffen [13]. Mit 01.01.2020 wurde die Gesetzgebungskompetenzen für die Angelegenheiten der Kinder- und Jugendhilfe zur Gänze den Ländern übertragen [31].

2.2.3 Involvierte Institutionen und Berufsgruppen

Die Kernversorgung von Kindern und Jugendlichen mit manifesten psychischen Erkrankungen findet in

- stationären Einrichtungen (vor allem in Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bzw. der Kinder- und Jugend-Psychosomatik),
- in den an die Abteilungen angeschlossenen Ambulanzen,
- durch niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

**Kinderrechtscharta
muss immer erfüllt sein**

**rechtliche
Rahmenbedingungen
für KiJu in Ö in
unterschiedlichen
Gesetzen geregelt**

**gesetzliche Grundlage
der KJP:
Krankenanstaltengesetz
auf Bundesebene &
Ausführgesetze auf
Länderebene**

**gesetzliche Grundlage des
extramuralen Bereichs:
ASVG**

**Berufsgesetze
für extramuralen &
intramuralen Bereich
gültig**

**weiteres wichtiges Gesetz:
Bundes-Kinder- und
Jugendhilfegesetz**

**Kernversorgung von
KiJu mit psychischen
Erkrankungen:
stationär,
ambulant,
niedergelassene
Fachärzt*innen, ...**

<p>... KJP-Ambulatorien, spezialisierte Einrichtungen</p> <p>zusätzlich therapeutische Fachrichtungen, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie</p> <p>nicht-medizinische Nachbarfächer: Sozial- & Bildungsbereich</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ durch niedergelassene Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzausbildung in Psychosomatik, ■ in den kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorien oder ■ in sonstigen spezialisierten medizinischen Einrichtungen statt [13]. <p>Innerhalb und außerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Kernversorgung sind neben Mediziner*innen zahlreiche therapeutische Fachrichtungen diverser Gesundheitsberufe in die Versorgung involviert. Darunter fallen die Psychotherapie und die medizinisch-technischen Dienste, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Musiktherapie. Eine weitere relevante Berufsgruppe sind Psycholog*innen, die insbesondere Aufgaben in der Diagnostik, aber auch in der Therapie übernehmen können. Ein Überblick über die verschiedenen Fach- und Therapierichtungen findet sich in den Berufsbeschreibungen im Anhang (Kapitel 0) [3].</p> <p>Bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter ist allerdings nicht nur der Gesundheitsbereich versorgungsrelevant, sondern auch der „nicht-medizinische Bereich“ einschließlich des Sozial- und Bildungsbereichs [3]. Abbildung 2.2-1 bietet einen groben Überblick über die unterschiedlichen nicht-medizinischen Institutionen.</p>
--	--

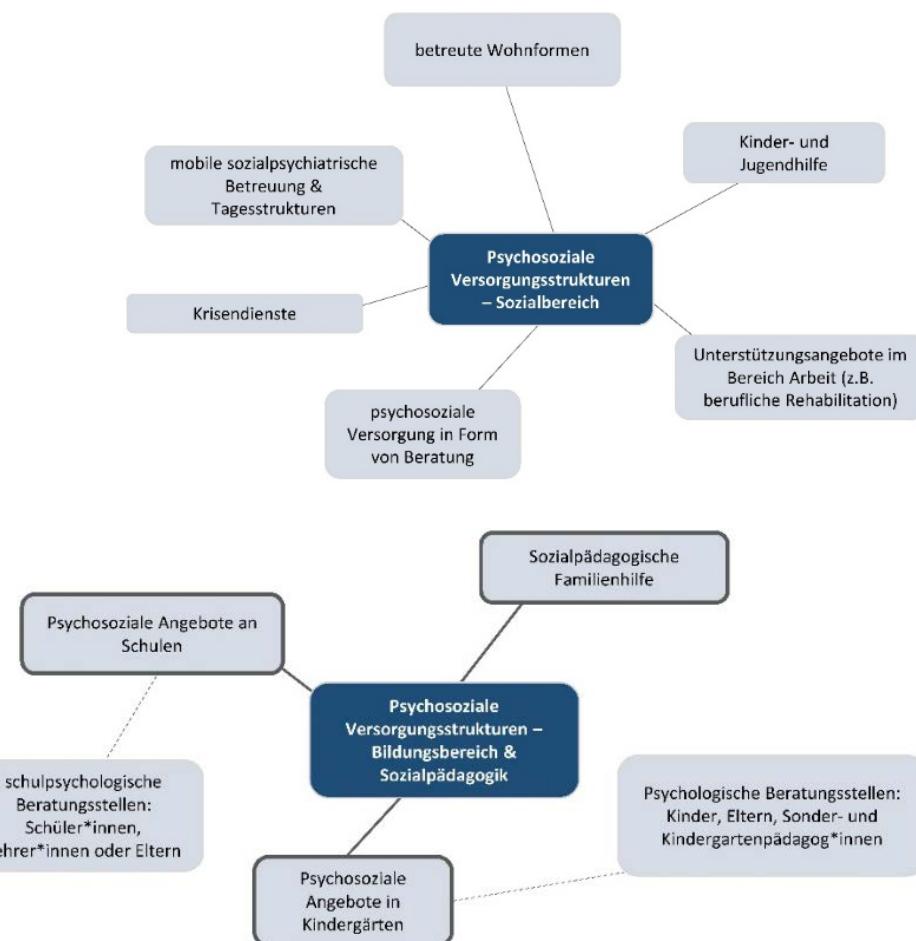


Abbildung 2.2-1: Nicht-medizinische Strukturen der psychosozialen Versorgung von Kindern- und Jugendlichen in Österreich (eigene Darstellung anhand von [2, 3]); Abkürzung: Kjfu – Kinder und Jugendliche

Im Sozialbereich kommt der Kinder- und Jugendhilfe (vormals Jugendwohlfahrt) eine zentrale Rolle zu. Die österreichische Kinder- und Jugendhilfe umfasst Leistungen öffentlicher und privater Kinder- und Jugendhilfeträger, die dazu beitragen, die Rechte der Kinder und Jugendlichen auf Förderung ihrer Entwicklung und Erziehung zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu unterstützen (z. B. Erziehungsberatung, Unterstützung bei familiären Krisen, Gefährdungsabklärung und Hilfeplanung). Dadurch soll allen Formen der Gewalt entgegengewirkt und die Erziehungskraft der Familien gestärkt werden [13]. Ebenfalls in den Sozialbereich fällt die psychosoziale Versorgung in Form von psychosozialer Beratung, mobile sozialpsychiatrische Betreuung und Tagesstrukturen, betreuten Wohnformen, sowie Krisendiensten und Unterstützungsangeboten im Bereich Arbeit (z. B. berufliche Rehabilitation) [3].

Im Zusammenhang mit dem Bildungsbereich ist insbesondere die Sozialpädagogik zu nennen. In der Sozialpädagogik werden Erziehung und Bildung mit Prävention und Intervention verbunden. Sie fördert den selbstständigen Umgang von Menschen mit ihrer Umgebung und der Gesellschaft und wirkt präventiv gegen soziale Benachteiligungen. Sozialpädagogik hat demnach als Ziel, Menschen in unterschiedlichen Situationen und Lebensphasen zu unterstützen und Stabilisierung anzubieten, beispielsweise für Kinder und Jugendliche, die auf Grund von schwierigen Familienverhältnissen in einem Krisenzentrum untergebracht und dort rund um die Uhr von Sozialpädagog*innen begleitet werden. Ein Spezialgebiet der Sozialpädagogik ist die sozialpädagogische Familienhilfe. Dabei handelt es sich um aufsuchende/mobile Beratungs- und Betreuungsdienste durch Fachkräfte, die mit Methoden der Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Psychologie sowie weiteren einschlägigen Methoden aktive Problembewältigungshilfe leisten bzw. Familien dazu befähigen, die Probleme selbst zu lösen [3]. Darüber hinaus werden im Bereich der Sozialpädagogik auch psychosoziale Angebote an Schulen und Kindergärten offeriert, z. B. schulpsychologische Beratungsstellen für Schüler*innen, Lehrer*innen oder Eltern bzw. Sonderkindergartenpädagog*innen in Kindergärten [3].

Sozialbereich:
KiJu-Hilfe,
andere psychosozialen
Beratungen bzw.
Betreuungen

Bildungsbereich
→ **Sozialpädagogik:**
sozialpädagogische
Familienhilfe &
psychosoziale Angebote
in Schulen & Kindergärten

2.2.4 Versorgungsstruktur und Kapazitäten

Kernversorgung

Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist im ÖSG geregelt [32], der folgende Zielgrößen für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich definiert [1]:

- Eine Bettenmessziffer von 0,08 bis 0,13 Betten pro 1.000 Österreicher*innen,
- eine kinder- und jugendpsychiatrische Kassenstelle auf 80.000 Einwohner*innen und
- ein kinder- und jugendpsychiatrisches Ambulatorium auf 250.000 Österreicher*innen.

Zielgrößen:
Bettenmessziffer
0,08-0,13/1.000,
1 Kassenstelle/80.000,
1 Ambulatorium/Ambulanz/
250.000 Österreicher*innen

Die Qualitätssicherungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP) entwickelt darüber hinaus qualitätssichernde Maßnahmen für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie [33].

Qualitätssicherungs-
maßnahmen durch ÖGKP
geplant

Intramuraler Bereich

Überblick der KJP-Abteilungen in Ö

Tabelle 2.2-1 bietet einen Überblick zu den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen (Stationen, Tageskliniken bzw. Ambulanzen) für ganz Österreich (Stand Oktober 2020).

Tabelle 2.2-1: Übersicht zu österreichischen Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bundesland	Organisation und Ort	Abteilung	Angebot
Burgenland	NV	NV	NV
Kärnten	LKH Klagenfurt	Abt. für KJP	Stationär, Tagesklinik, Spitalsambulanz
Niederösterreich	Landesklinikum Mauer	Abt. für KJPP	Stationär, Tagesklinik
	Univ.-Klinikum Tulln	Abt. für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	Tagesklinik, Spitalsambulanz
Oberösterreich	Kepler Univ.-Klinikum Linz	Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters	Stationär, Tagesklinik, Spitalsambulanz
Salzburg	Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg	Univ.-Klinik für KJP	Stationär, Tagesklinik, Spitalsambulanz
Steiermark	LKH Graz II	Abt. für KJPP	Stationär, Tagesklinik, Spitalsambulanz
	LKH Leoben	Abt. für KJPP	Tagesklinik, Spitalsambulanz
Tirol	Univ.-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter in Hall in Tirol	Abteilung für KJPP und Psychosomatik	Stationär, Tagesklinik, Spitalsambulanz
	Krankenhaus – Univ.-Klinikum Innsbruck	Abteilung für KJPP und Psychosomatik	Tagesklinik, Konsiliar- und Liaisonsdienst
Vorarlberg	LKH Rankweil	Abt. für KJP	Station, Tagesklinik
Wien	Allgemeines KH Wien	Univ.-Klinik für KJP	Station, Tagesklinik, (Spezial-)Ambulanzen
	Klinik Hietzing	Abt. für KJP	Station, (Spezial-)Ambulanzen
	Klinik Floridsdorf	Abt. für KJPP	Tagesklinik, Spitalsambulanz

Abkürzungen: Abt. – Abteilung, AKH – Allgemeines Krankenhaus, KH – Krankenhaus, KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie, KJPP – Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, LKH – Landeskrankenhaus, NV – Nicht verfügbar, Univ. – Universitäts

- 2018: Vorarlberg & Kärnten geplante Bettenkapazität erreicht** Die jüngsten verfügbaren Daten zeigen für das Jahr 2018, dass die aktuelle Bettenkapazität in sieben von neun Bundesländern unter dem geforderten Wert von mindestens 0,08 pro 1.000 Einwohner*innen lag (siehe Abbildung 2.2-2). Lediglich Kärnten und Vorarlberg erreichte 2018 die geplante stationäre Vollversorgung [1, 2].
- 2018 lediglich 55,2 % des Solls an Bettenplätzen vorhanden** Die absoluten Zahlen an vorhandenen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Betten bzw. Plätzen und deren Abweichungen zu den Soll-Werten aus 2018 sind in Abbildung 2.2-3 dargestellt [1, 2]. Im Jahr 2018 gab es in Österreich insgesamt 475 stationäre Plätze, wonach lediglich 55,2 Prozent des Solls von insgesamt 860 Betten erfüllt waren. Im Burgenland gab es mit Stand 2018 keine stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Plätze.

Hintergrund

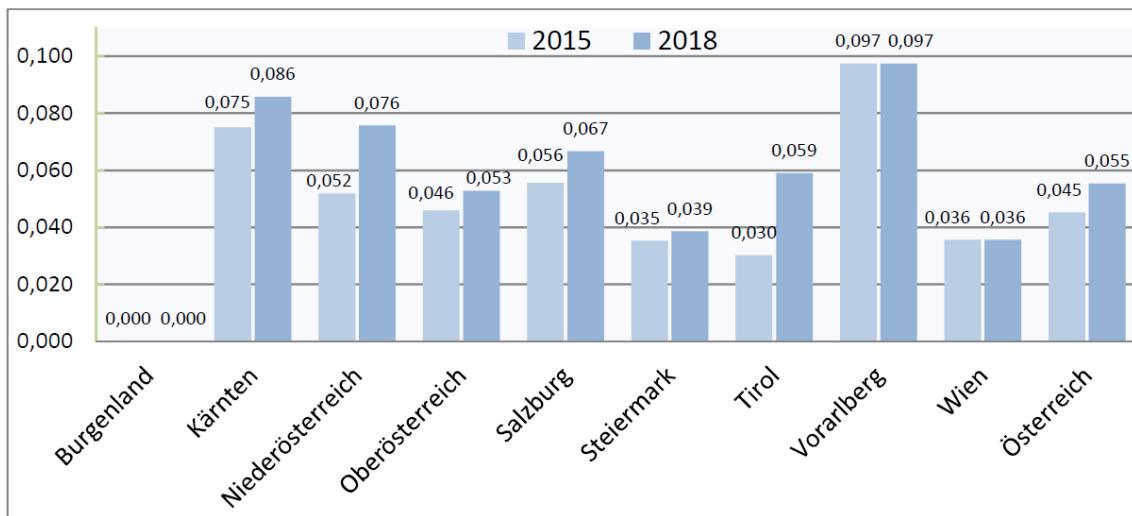


Abbildung 2.2-2: Bettenmessziffern für 2015 und 2018 [1]

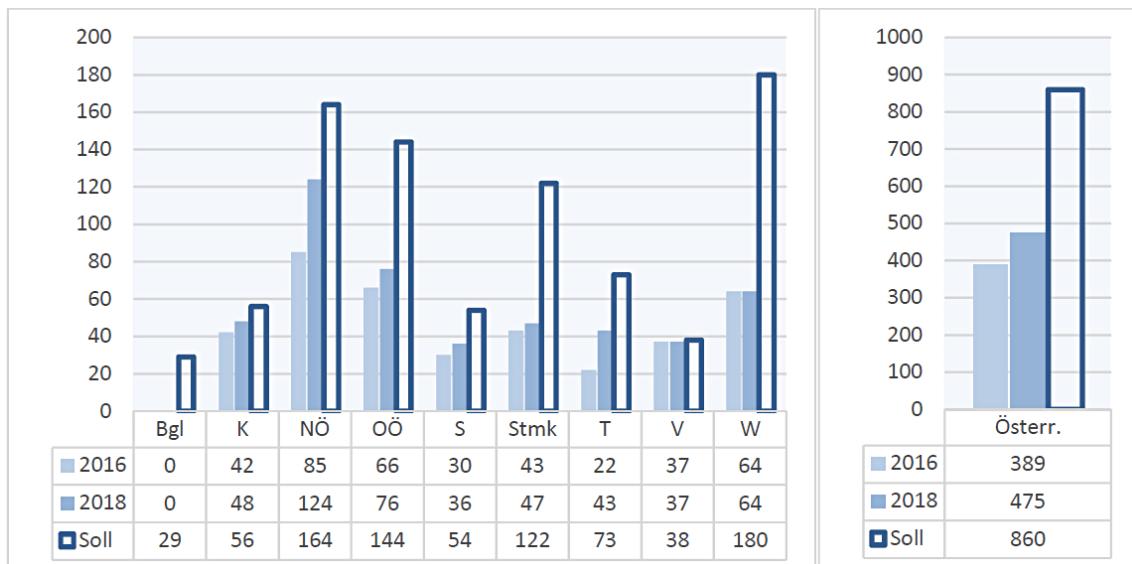


Abbildung 2.2-3: Stationäre Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie [1, 2]

Aufgrund des Mangels an kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Behandlungsplätzen werden Kinder und Jugendliche mit einer Indikation zur vollstationären Behandlung teilweise auch in Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie untergebracht. Im Jahr 2016 wurden 16.552 stationäre Aufenthalte mit einer psychiatrischen Diagnose bei Kindern und Jugendlichen dokumentiert. Bei 7.831 Aufenthalten (47,3 %) handelte es sich um Behandlungen in Abteilungen verschiedener Fachrichtungen für Erwachsene, wovon 2.868 Aufenthalte (17,3 %) in Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie stattfanden. In der Altersgruppe der bis 14-Jährigen fanden 32,3 Prozent der Aufenthalte in Abteilungen verschiedener Fachrichtungen für Erwachsene statt, davon 0,7 Prozent in Abteilungen der Erwachsenenpsychiatrie [34]. Die Unterbringung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen in erwachse-

aufgrund der
Kapazitätsengpasse
in der KJP KiJu oft auch in
Erwachsenenpsychiatrien
behandelt → keine
qualitätsgesicherte
Versorgung für KiJu

**durch regionale Engpässe
→ stationäres Angebot
noch dringender notwendig
z. B. Ausbau von
Tagesklinikplätzen
bessere regional vernetzte
Behandlung**

nenpsychiatrischen Abteilung fällt jedoch nicht unter eine qualitätsgesicherte Versorgung, da diese speziell für ihre Altersgruppe angepasste Therapien, Räumlichkeiten, etc. benötigen [33].

Die geographische Heterogenität der Krankenhauskapazitäten innerhalb von Österreich kann auch zur Folge haben, dass mit zunehmender Entfernung zwischen Wohnort und Standort der Klinik die Inanspruchnahme ambulanter Spitalsangebote sinkt und stationäre Aufenthalte noch mehr nachgefragt werden bzw. sich die Dauer der stationären Aufenthalte verlängert [18]. Um auch regional ein höherschwelliges Angebot bieten zu können, z. B. Tagesklinikplätze, und somit eine verbesserte, lokal vernetzte Behandlung und eine poststationäre Reintegration der Kinder und Jugendlichen in ihr soziales Umfeld zu ermöglichen, wurden in einzelnen Bundesländern auf intramuraler Ebene Tageskliniken disloziert von den kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilungen errichtet [2].

Extramuraler Bereich

**extramural:
niedergelassene
Fachärzt*innen
(mit Kassenvertrag) &
Ambulatorien**

Die extramurale Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst sowohl niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen (mit Kassenvertrag) als auch Kinder- und Jugend-Ambulatorien. Unter diesen ambulanten KJP-Einheiten sind Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste im Sinne von multiprofessionellen, extramuralen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen sowie mit integrierter fachärztlicher Behandlung zu verstehen [3]. Damit soll eine niederschellige und flächendeckende Grundversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleisten werden [2].

**1 niedergelassener
KJP-Vertragsärzt*in/
80.000 Einwohner* innen
vorgesehen
→ 2018 in Ö lediglich
29 niedergelassene
Vertragsärzt*innen
→ in der Steiermark &
Burgenland keine
(Stand 2018)**

Die Verhandlungen zur Etablierung von Kassenstellen werden in Österreich von den Gebietskrankenkassen und den Länderärztekammern geführt. Für die Schaffung kinder- und jugendpsychiatrischer Kassenverträge war die Erarbeitung eines Leistungskataloges, der die Notwendigkeiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitsweise abbildet, erforderlich. Basierend auf der Zielgröße von einem/r niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*in mit Kassenvertrag pro 80.000 Einwohner*innen wäre für die österreichische Bevölkerung von 106 Vertragsärzt*innen auszugehen. Im Jahr 2018 konnten jedoch lediglich 29 praktizierende niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen mit Kassenvertrag verzeichnet werden (Niederösterreich: 9, Wien: 5, Oberösterreich: 5, Vorarlberg: 4, Kärnten und Tirol: 2, Salzburg: 2). Damit ist der Bedarf an Vertragsärzt*innen zu lediglich 27,0 Prozent erfüllt. In der Steiermark und im Burgenland gab es mit Stand 2018 keine niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen mit Kassenvertrag [1, 2, 17]. Abbildung 2.2-4 bietet eine Übersicht über die Anzahl der österreichischen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzt*innen mit Kassenvertrag [1].

**1 KJP-Ambulatorium/
250.000 Einwohner*innen
→ Anzahl unklar**

Inwieweit die Zielgröße von einem kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorium pro 250.000 Einwohner erfüllt ist, lässt sich nicht genau feststellen, da es keine klaren Strukturkriterien gibt und sehr unterschiedliche Einrichtungen diese Bezeichnung führen [1].

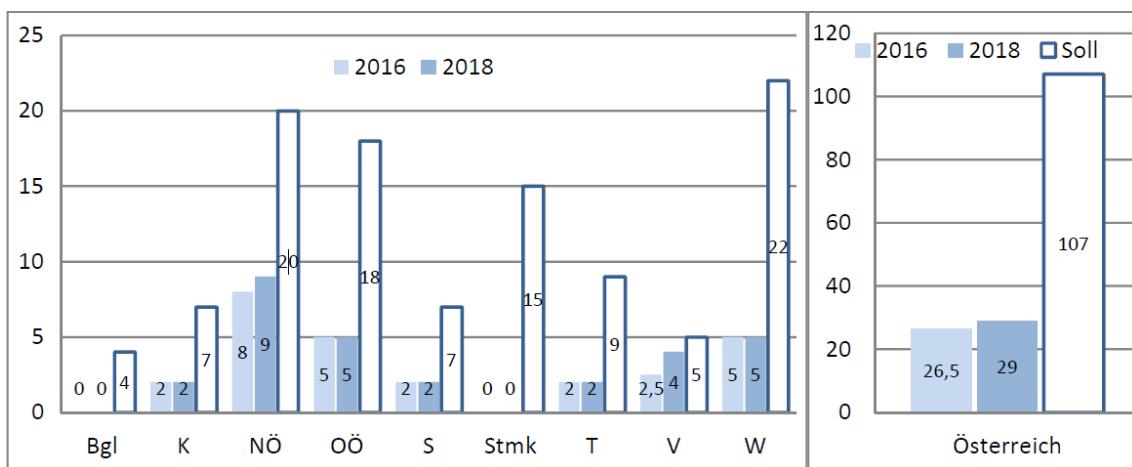


Abbildung 2.2-4: Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzt*innen mit Kassenvertrag [1]

Versorgungsstruktur außerhalb der Kernversorgung

Neben den kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorien sind die entwicklungspsychologischen, -diagnostischen bzw. sozialpädiatrischen Ambulatorien anzuführen, die ebenfalls in den meisten Bundesländern vorhanden sind. Diese sind jedoch nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und Erkrankungen ausgerichtet und verfügen daher in der Regel auch über kein kinder- und jugendpsychiatrisches fachärztliches Angebot. Nichtsdestotrotz sind diese Ambulatorien insofern versorgungswirksam, da hier zumeist auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von kostenloser Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie besteht. Insgesamt erhielten im Jahr 2018 in Österreich zirka 219.000 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 20 Jahren eine funktionale und/oder psychische Behandlung [35]. Bei zirka 1,7 Millionen Menschen im Alter von unter 20 Jahren, die in Österreich leben, entspricht das zirka 12,9 Prozent (eigene Berechnung basierend auf [18]). Von den insgesamt 219.000 Kinder und Jugendlichen erhielten zirka 104.104 Patient*innen (47,5 %) Physiotherapie, zirka 36.329 (16,6 %) Logopädie, zirka 14.002 (6,4 %) eine Ergotherapie und zirka 33.585 (15,3 %) eine Psychotherapie (eigene Berechnungen basierend auf [35]).

Bezüglich dem sozialtherapeutischen und sozialpädagogischen Versorgungsbereich liegen Daten zu Wohnplätzen lediglich für das Jahr 2013 vor. Bei den Erhebungen wurde zwischen sozialtherapeutischen Wohnplätzen mit speziellem therapeutischen Angebot für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und sozialpädagogischen Wohnplätzen für Kinder und Jugendliche mit geringerer notwendiger Betreuungsintensität unterschieden. 2013 gab es in Österreich insgesamt 585 sozialtherapeutische Wohnplätze (3,3 Wohnplätze pro 10.000 Einwohner*innen) und 5.701 sozialpädagogische Wohnplätze (33,3 pro 10.000 Einwohner*innen) [3]. Darüber hinaus werden in allen neun Bundesländern aufsuchende Beratungs- und Betreuungsdienste der sozialpädagogischen Familienhilfe angeboten. Im Jahr 2013 gab es in ganz Österreich 53 Anbieter für die aufsuchenden Dienste der sozialpädagogischen Familienhilfe [3]. Sie werden von den Abteilungen der Kinder- und Jugendhilfe finanziert, wobei sich die Kontingente zwischen den Bundesländern unterscheiden [3]. Aktuellere Daten liegen derzeit nicht vor.

**entwicklungs-
psychologische &
sozialpädiatrische
Ambulatorien nicht speziell
für KJP → oft kostenlose
Angebote für funktionelle
Fachtherapien**

2018:
**zirka 219.000 (12,9 %)
KiJu bekamen funktionale
(Logopädie, Ergo- oder
Physiotherapie) bzw.
psychische
Behandlung(en)**

2013:
**3,3 sozialtherapeutische
Wohnplätze bzw.
33,3 sozialpädagogische/
10.000 Einwohner*innen**

**53 Anbieter für
aufsuchende Dienste der
sozialpädagogischen
Familienhilfe**

**zu anderen Institutionen
keine Daten vorhanden**

Zu den anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen des Sozial- und Bildungsbereiches, z. B. Kinder- und Jugendhilfe, psychosoziale Beratungsstellen, Krisendienste und psychosoziale Angebote für Schulen und Kindergarten (siehe Kapitel 2.2.3 Abbildung 2.2-1) liegen keine Daten zur Versorgungsstruktur in Österreich vor.

**teilweise auch
Erwachsenenpsychiatrie
(für Eltern) relevant**

Zusätzlich können bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung auch Anbieter der Erwachsenenpsychiatrie eine Rolle spielen, denn viele psychisch erkrankte Kinder haben psychisch erkrankte Eltern [36], die idealerweise parallel oder – in familienorientierten Ansätzen – sogar gemeinsam behandelt werden.

2.2.5 Finanzierung und Zugang zu Leistungen

**Versorgung im Bereich
der KJP umfasst sämtliche
Gebietskörperschaften auf
Bundes-, Landes- bzw.
Gemeindeebene**

**unterschiedliche
Finanzierungsarten**

**stationäre und
kassenärztliche bzw. –
therapeutische Leistungen
öffentlicht finanziert**

**bei Wahlärzt*in bzw. –
therapeut*in Anspruch auf
Kostenzuschüsse**

Da sowohl der Gesundheits-, als auch der Sozial- und Bildungsbereich und innerhalb des Gesundheitsbereichs sowohl der intramurale, als auch der extramurale Bereich in die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung involviert sind, sind sämtliche österreichischen Gebietskörperschaften, sowohl auf Bundes- als auch auf Landes-, mitunter sogar auf Bezirks-/Gemeindeebene, an der Planung, Steuerung und Finanzierung der Leistungen beteiligt (siehe [37] für das Beispiel Tirol). Während die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von Sozialversicherung, Bund und Ländern finanziert wird, liegt die Finanzierungsverantwortung im niedergelassenen Bereich bei der Sozialversicherung. Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe werden von den Ländern finanziert. Darüber hinaus fallen Leistungen des Bildungsbereichs abhängig vom Schultyp entweder in den Zuständigkeitsbereich des Bundes oder der Länder.

Je nach Leistungsart kann das Verhältnis zwischen öffentlicher und privater Finanzierung sehr unterschiedlich gestaltet sein. Stationäre Leistungen sind bei Kindern und Jugendlichen zu 100,0 Prozent öffentlich finanziert. Kinder- und jugendpsychiatrische fachärztliche und therapeutische Leistungen im niedergelassenen Bereich sind, wenn sie bei Ärzt*innen oder Therapeut*innen mit Kassenverträgen oder im Rahmen von öffentlichen Behandlungskontingenten in Anspruch genommen werden, ebenfalls vollständig öffentlich finanziert. Bei manchen Versicherungsträgern fällt ein Selbstbehalt an. Wird allerdings ein/e Wahlärzt*in oder Wahltherapeut*in aufgesucht (z. B. mangels verfügbarer Kassenärzt*innen), ist die Leistung zunächst privat zu bezahlen. Auf Antrag wird ein Teil des Honorars rückerstattet. Beispielsweise betragen die Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Leistungen einheitlich (alle Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungsträger für öffentlich Bedienstete) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten € 16,00, für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten € 28,00, für eine Gruppensitzung (max. zehn Personen) zu 45 Minuten pro Person € 7,00 und für eine Gruppensitzung (max. zehn Personen) zu 90 Minuten pro Person € 10,00 [38]. Die Finanzierungsregelung für die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe ist abhängig von der Leistungsart und den jeweiligen landesgesetzlichen Bestimmungen. Manche Angebote sind vollständig öffentlich finanziert, teilweise sind (einkommensabhängige) Kostenersätze zu leisten. Leistungen im Bereich des Bildungssystems (z. B. schulpsychologische Leistungen, Schulsozialarbeit) sind für die Schüler*innen kostenlos [38].

Zudem sind die Anspruchsvoraussetzungen unterschiedlich geregelt. Leistungen im Gesundheitsbereich fallen in den Bereich der Versicherungsleistungen, die bei Behandlungsbedarf in Anspruch genommen werden können. Für mehrere der im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich relevanten Leistungen sind allerdings chefärztliche Bewilligungen erforderlich. Beispielsweise ist für eine logopädische Behandlung ab der zweiten Sitzung eine solche Bewilligung einzuholen [38]. Hingegen können Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe bestimmten Zugangsbeschränkungen unterliegen, da sie keine Versicherungsleistungen sind. Zugangsbeschränkungen entstehen aber in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung auch indirekt durch Wartelisten oder durch die oben beschriebenen Kapazitätsengpässe.

In diesem Zusammenhang wurden Koordinierungs- und Kommunikationsmängel, sowie unklare Zuständigkeiten zwischen Institutionen und Berufsgruppen, nicht nur innerhalb der medizinischen Bereiche (z. B. zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie), sondern auch zwischen den unterschiedlichen Versorgungssettings (stationär, ambulant, niedergelassen) und dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich im weiteren Sinn konstatiert [13, 17, 37].

Nachfolgend wird anhand der Fallbeispiele Steiermark und Tirol die regionale Versorgungsheterogenität in Österreich veranschaulicht.

**Leistung des
Gesundheitsbereichs
= Versicherungsleistung**

**Leistungen der KJu-Hilfe
→ Zugangsbeschränkungen
möglich**

**Koordinierungs- &
Kommunikationsmängel,
unklare
Verantwortungsbereiche**

**2 Bundesländer
als Fallbeispiele**

2.2.6 Fallbeispiele: Steiermark und Tirol

Epidemiologie

Mangels robuster regionaler epidemiologischer Daten ist die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in beiden Bundesländern nicht genau bekannt. Geht man von einer gesamtösterreichischen Punkt- und Lebenszeitprävalenz von 23,9 bzw. 35,8 Prozent bei zehn bis 18-Jährigen aus [5], so beträgt die geschätzte Anzahl (eigene Kalkulation) der betroffenen Jugendlichen auf Basis der demographischen Daten (siehe [18]) rund 24.127 bzw. 36.139 Jugendliche in der Steiermark und rund 15.653 bzw. 23.447 Jugendliche in Tirol.

**Schätzungen der Anzahl
der 10-18-Jährigen
basierend auf Punkt- bzw.
Lebenszeitprävalenz:
Steiermark:
24.127 bzw. 36.139
Tirol: 15.653 bzw. 23.447**

Versorgungsstruktur

Intramuraler Bereich

Die Daten zur intramuralen Versorgungsstruktur (siehe Kapitel 2.2.4 Abbildung 2.2-3 und Abbildung 2.2-4) zeigen, dass die Steiermark mit einer Kapazität von 0,04 Betten pro 100.000 Einwohner*innen (Stand 2018) im Vergleich zur Planzahl von 0,08 in Österreich das Schlusslicht bei der vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bildet. Tirol lag mit 0,06 Betten pro 100.000 Einwohner*innen etwas näher am Sollwert. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer betrug in Tirol zirka 5,3 Tage [1]. Für die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer in der Steiermark liegen keine Daten vor.

**Steiermark Schlusslicht
in Ö (Bettenmessziffer 0,04)**

**Tirol:
Bettenmessziffer 0,06**

In der Steiermark konzentriert sich die stationäre und ambulante bzw. tagesklinische Versorgung auf zwei Standorte (Graz und Leoben), wobei es in Leoben lediglich eine Ambulanz und Tagesklinik am Landeskrankenhaus Hochsteiermark gibt und bei akuten, schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen eine Transferierung nach Graz nötig ist [34].

**Steiermark:
intramurale Versorgung
in Graz & Leoben**

Tirol: stationäre KJP-Versorgung in Hall i. Tirol, in Innsbruck zusätzliche Tagesklinik

in beiden Bundesländern multi-professionelle Teams, sowie Heilstättenschulen

2018: keine KJP-Kassenärzt*innen in Steiermark, jedoch Verhandlungen & Ausbau von KJP-Ambulatorien

Tirol: 2 KJP-Kassenärzt*innen

geschätzte kassenärztliche Pädiater*innen: rund 18 bzw. 14/100.000 Einwohner*innen in Tirol bzw. in der Steiermark

Steiermark 2016: 11,39 Psycholog*innen & rund 21 Psychotherapeut*innen/10.000 Einwohner*innen (Graz)

keine Daten für Tirol

In Tirol findet die stationäre Versorgung nahe Innsbruck in der 2017 neu gegründeten Abteilung in Hall i. Tirol statt. Die Abteilung verfügt unter anderem über Spezialeinheiten für Essstörungen und Suchterkrankungen, sowie über eine Elternstation mit fünf Betten, wo Eltern und ggf. Geschwisterkinder vor allem die jüngeren Patient*innen bei ihrem stationären Aufenthalt begleiten können. Zudem gibt es eine tagesklinische und spitalsambulante Versorgung [63]. Das Landeskrankenhaus Innsbruck verfügt zusätzlich über eine Tagesklinik und einen Konsiliar- und Liaisonsdienst.

In beiden Bundesländern findet die stationäre Versorgung mit multiprofessionellen Teams statt. Das Team in Hall i. Tirol umfasst neben Fachärzt*innen Psychotherapeut*innen und Logopäd*innen, Sozialarbeiter*innen, auch Lehrer*innen oder Kunst-, Tanz- und Bewegungstherapeut*innen [39]. Das Team in Graz besteht aus Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, diplomierten Pflegekräften, Sozialpädagog*innen, Pädagog*innen und Sozialarbeiter*innen [40]. An allen vier Standorten in den beiden Bundesländern gibt es Heilstättenschulen vor Ort [41, 42].

Extramuraler Bereich

Mit Stand 2018 praktizierte in der Steiermark keiner der laut Planwert nötigen 15 Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jedoch finden aktuell (Herbst 2020) Verhandlungsgespräche zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer bezüglich neuer Planstellen statt [35]. In Tirol waren zwei der geplanten neun Stellen besetzt (siehe Kapitel 2.2.4 Abbildung 2.2-4). Allerdings entstehen seit 2017 in der Steiermark erste kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatorien, die mit multiprofessionellen Teams ausgestattet sind. Von den jüngst gegründeten Ambulatorien ist eines im Raum Graz angesiedelt [43]. Mit einem weiteren in der Südoststeiermark und dem geplanten Ausbau in anderen Regionen wird hier – zumindest langfristig – eine verstärkt dezentrale Versorgung angestrebt.

Im Jahr 2016 waren in Tirol 133 und in der Steiermark 176 praktizierende Fachärzt*innen der Pädiatrie mit Kassenvertrag registriert [44]. Basierend auf den Bevölkerungsanzahlen für Tirol und die Steiermark (siehe [18]) während von 18 praktizierenden Fachärzt*innen pro 100.000 Einwohner*innen in Tirol und von 14 praktizierenden Fachärzt*innen pro 100.000 Einwohner*innen in der Steiermark auszugehen (eigene Kalkulation).

Versorgungsstruktur außerhalb der Kernversorgung

Weitere kinder- und jugendpsychiatrische Fachtherapien

Hinsichtlich der therapeutischen Fachrichtungen zeigten sich für das Jahr 2016 in der Steiermark insgesamt 1.403 gelistete klinische Psycholog*innen (nicht nur auf Kinder und Jugendliche beschränkt) von denen 788 ihren Tätigkeitsbereich im Raum Graz hatten. Im Durchschnitt waren im Raum Graz 11,39 Psycholog*innen auf 10.000 Einwohner*innen zu vermerken [45]. Darauf hinaus wurden 885 eingetragene Psychotherapeut*innen (nicht nur für Kinder und Jugendliche) vom Gesundheitsministerium verzeichnet, von denen 594 im Stadtgebiet Graz tätig waren. Demnach gab es im Raum Graz rund 21 Psychotherapeut*innen pro 10.000 Einwohner*innen. In den übrigen steirischen Bezirken lag die Zahl bei durchschnittlich 7,18 Psychotherapeut*innen pro 10.000 Einwohner*innen [45]. Für Tirol liegen keine Daten zur Anzahl der Psycholog*innen bzw. Psychotherapeut*innen pro Einwohner*innen vor.

Darüber hinaus zeigten Auswertungen für das Jahr 2018, dass in Tirol insgesamt 12,5 funktionale und psychische Therapien pro Patient*in pro Jahr durchgeführt wurden, womit Tirol über dem österreichischen Durchschnitt von 9,14 funktionalen und psychischen Behandlungen pro Patient*in pro Jahr liegt. Die Steiermark liegt mit 9,06 Behandlungen pro Patient*in pro Jahr knapp unter dem österreichischen Durchschnitt [35].

Charakteristisch für die therapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich sind länderspezifische Regelungen zur Finanzierung. Für die psychotherapeutische Versorgung in der Steiermark stand etwa von seitens der Krankenkassen ein Kontingent von rund 111.400 Stunden zur Verfügung, welches besonders für Patient*innen mit schweren psychischen Störungen und sozialer Indikation vorgesehen war. Ein gewisser Anteil dieses Kontingents (genauer Umfang nicht bekannt) wurde von der steiermärkischen Gebietskrankenversicherung (STGKK) ausschließlich für Kinder und Jugendliche zur Verfügung gestellt. Seit 2005 die Jugendwohlfahrtsnovelle in Kraft getreten ist, wird Kinder- und Jugendpsychotherapie bis auf einen kleinen Selbstbehalt zusätzlich zum bestehenden Kassenzuschuss vom Land Steiermark subventioniert [38]. In Tirol werden die ersten Therapiesitzungen im Ausmaß von sieben Stunden für Kinder und Jugendliche mit einer möglichen psychischen Erkrankung kostenlos und antragsfrei bezahlt. Demnach können alle Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung Psychotherapie als Sachleistung in Anspruch nehmen. Mit Stand 2016 standen 200 Therapieplätze für Kinder und Jugendliche in Tirol zur Verfügung [38].

Für die Leistungsbereiche Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie bestehen in Tirol Einzelverträge mit freiberuflich tätigen niedergelassenen Therapeut*innen basierend auf einem Rahmenvertrag bzw. einem Muster-Einzelvertrag mit der beruflichen Interessenvertretung [38]. In der Steiermark ist die Finanzierung abhängig von der Fachrichtung. Zum Teil gibt es Einzelverträge mit freiberuflichen Therapeut*innen (z. B. in der Logopädie, Ergotherapie), die kassenfinanzierte Physiotherapie wiederum kann nur über Vertragseinrichtungen in Anspruch genommen werden. Bei Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen ohne vertragliche Regelungen (z. B. Wahltherapeut*innen) wird ein Kostenzuschuss bewilligt [38]. Für beide Bundesländer liegen keine Daten zur Anzahl der genannten Fachtherapeut*innen pro Einwohner*innen vor.

Psychosoziale Versorgung

Für die nicht-medizinische kinder- und jugendpsychiatrische psychosoziale Versorgung (siehe Abbildung 2.2-1) gab es im Jahr 2017 131 Standorte mit 182 Einrichtungen in der Steiermark. Konkret stehen in allen 13 steirischen Bezirken – wenn auch personell nicht immer bedarfsdeckend ausgestattet – eine psychosoziale Beratungsstelle, mobile sozialpsychiatrische Betreuungsangebote, sowie sozialpsychiatrische Tagesstrukturen zur Verfügung. Arbeitsrehabilitative Angebote bestehen in zehn Bezirken und betreutes Wohnen in acht Bezirken. Steiermarkweit sind lediglich 20,4 Dienstposten der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewidmet. Der Großteil davon (17 Dienstposten) wird der psychosozialen Beratung gewidmet. Ein wesentlich geringerer Anteil der Personalressourcen wird für sozialpsychiatrische mobile Betreuung (1,4 Dienstposten) oder Spezialangebote, wie Tagesstruktur (2 Dienstposten) eingesetzt. Ein zusätzlich geplanter Krisendienst konnte bisher noch nicht realisiert werden [45]. In Tirol gibt es in allen vier Tiroler Gesundheitsregionen 19 psychosoziale Beratungsstellen, die jedoch nicht alle ausschließlich auf Kinder und Jugendliche spezialisiert sind. Da-

2018:
12,5 vs. 9,06 funktionale & psychische Behandlungen/ Pat./Jahr in Tirol bzw. der Steiermark

länderspezifische Regelungen für die Finanzierung therapeutischer Versorgung, wie Psychotherapie

aber auch länder-spezifische Regelungen bei Physiotherapie, Ergotherapie & Logopädie

keine Daten pro Einwohner*innen für diese Leistungsbereiche vorhanden

2017:
182 Einrichtung der psychosozialen Versorgung über alle 13 steiermärkischen Bezirke

lediglich 20,4 Dienstposten sind für die psychosoziale Versorgung vorgesehen, 17 davon für Beratung

in allen 4 Tiroler Regionen sind 19 psychosoziale Beratungsstellen vorhanden (nicht speziell für KiJu)

rüber hinaus werden in einer Region Tirols (Osttirol) psychosoziale Notfaldienste (ebenfalls nicht speziell nur für Kinder und Jugendliche) angeboten. Generell besteht in Tirol ein Mangel an verfügbaren Unterbringungsplätzen pro 100.000 Einwohner*innen sowie an aufsuchenden Hilfen für Kinder und Jugendliche [37]. Die Angebote der psychosozialen Versorgung sind länderspezifisch sehr unterschiedlich gestaltet, demnach liegen keine einheitlichen und somit vergleichbaren Daten zu den beiden Bundesländern vor.

KiJu-Hilfe meist von privaten Non-Profit Organisationen erbracht:
Steiermark:
46 Einrichtungen,
Tirol: 11 Einrichtungen

Ein weiterer Bereich der psychosozialen Versorgung stellt die Kinder- und Jugendhilfe dar, welche ebenfalls länderspezifische Unterschiede aufweist. Die Leistungen werden in beiden Bundesländern überwiegend von privaten non-profit Organisationen im Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe erbracht. In der Steiermark stehen hierfür 46 Einrichtungen zur Verfügung (z. B. AIS Jugendservice, Institut für Familienförderung, Institut für Kind, Jugend, Familie) [46]. In Tirol sind hierfür elf Einrichtungen vorhanden (z. B. Heilpädagogische Familien, Pro Juventute Tirol) [47]. Es zeigt sich, dass einzelne Angebote der Kinder- und Jugendhilfe einen aufsuchenden Charakter haben und mit multiprofessionellen Teams arbeiten, z. B. das Angebot „Heilpädagogische Familien Innsbruck“, welches heilpädagogische Förderungen und Frühförderungen für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Schwierigkeiten oder Behinderungen, sowie für ihre Familien anbieten [48].

Sozialpädagogische Versorgung

keine Daten zur sozialpädagogischen Versorgung für die Steiermark
in Tirol insgesamt 20 Schulpsycholog*innen

Für die Steiermark liegen keine Daten zur sozialpädagogischen Versorgung (siehe Abbildung 2.2-1) vor. In Tirol stehen insgesamt 20 Schulpsycholog*innen (16,5 Vollzeitäquivalente), die bei Lernschwierigkeiten, Krisen und persönlichen Problemen Hilfe anbieten, zur Verfügung [37]. Darüber hinaus wird für sechs Tiroler Bezirke die Schulsozialarbeit durch die Tiroler Kinder- und Jugend GmbH, eine Non-Profit-Organisation, angeboten [37].

Initiativen für bessere Kooperation zwischen einzelnen Leistungserbringern für Steiermark beschrieben

Kooperation und Koordination

konkrete Informationen zu bestehenden Kooperationen oder Verantwortungsbereichen für keines der beiden Bundesländer vorhanden

Eine auf den individuellen Bedarf der erkrankten Kinder und Jugendlichen abgestimmte Versorgung erfordert eine umfangreiche Kooperation zwischen den einzelnen Leistungsanbietern, aber auch eine aktive Koordination und Steuerung. Informationen über Bestrebungen in diese Richtung konnten lediglich für die Steiermark gefunden werden. So etablierte der Standort Leoben eine enge Zusammenarbeit mit der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde (Pädiatrie) Leoben durch einen regelmäßigen Konsiliardienst und die gemeinsame Arbeit in der Kinderschutzgruppe. Dies wird durch die örtliche Nähe beider Abteilungen begünstigt [41]. Darüber hinaus findet in der Steiermark eine abteilungs- und fächerübergreifende Betreuung und Versorgung von betroffenen Kindern und Jugendlichen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe statt, die sich in fachlich-inhaltlichen, rechtlichen und planerischen Bereichen oft überschneiden [3]. Zudem ermöglicht die Anbindung an die Struktur der Psychosozialen Dienste in der Steiermark die parallele Mitbetreuung von Eltern bzw. Bezugspersonen [43]. Konkrete Informationen zu den bestehenden Kooperationen und den Zuständigkeiten für Koordination und Dokumentation sind zu keinem der zwei Bundesländer vorhanden.

2.3 Internationale aufsuchende Behandlungsmodelle im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das vorherrschende Versorgungsmodell für Kinder und Jugendliche mit schweren psychiatrischen Erkrankungen ist derzeit eine spezialisierte, psychiatrische stationäre Behandlung. Aus behandlungsphilosophischen Gründen, aber auch aufgrund mangelnder stationärer Behandlungskapazitäten wurden bereits vor über 20 Jahren die ersten aufsuchenden Behandlungsmodelle entwickelt und auch bereits in der Praxis getestet.

Aufsuchende Modelle können sehr unterschiedlich gestaltet sein. Die Modelle unterscheiden sich vor allem in Bezug auf die Behandlungsdauer und das Behandlungsziel. Die fünf bekanntesten Formen aufsuchender Behandlungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in Tabelle 2.3-1 dargestellt. Eine eindeutige Zuordnung zu einer der angeführten Form ist jedoch nicht immer möglich, da Überschneidungen vorliegen können. Zudem liegen keine einheitlichen standardisierten Definitionen vor, wodurch es zu unterschiedlichen Bezeichnungen in verschiedenen Ländern kommen kann.

vorherrschende Behandlung bei KiJu mit schwerer psychiatrischer Diagnose → stationär

zukünftig Alternativen anzudenken, z. B. aufsuchende Behandlungsformen

Tabelle 2.3-1: Übersicht zu aufsuchenden Behandlungen im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aufsuchende Behandlung	Ziel	Indikationen	Behandlungsdauer	Behandlungsintensität
Klassisches Home-Treatment (HT)	Stationersetzende bzw. – verkürzende Behandlung im häuslichen Rahmen zur Stabilisierung akuter Krisen	KiJu mit psychiatrischen Diagnosegruppen (F00-F99) mit Indikation für akutstationäre Behandlung	Kurz- mittelfristig (max. 3-6 Monate)	Termine mit multi-professionellem Team ca. 1-3x/Woche; Erreichbarkeit: 24/7
Multisystemische Therapie (MST)	Hochintensive, stations-ersetzende, ambulante Behandlungen im häuslichen Rahmen unter Einbezug von Familie und sozialem Umfeld	KiJu v. a. mit Störungen des Sozialverhaltens, dissozialem und aggressivem Verhalten	Mittelfristig (4 Monate)	Termine mehrmals wöchentlich; Erreichbarkeit: 24/7
Krisenmanagement	Zeitlich begrenzte Familienunterstützung, Vermeidung stationärer Aufenthalte	KiJu mit psychiatrischen Diagnosegruppen (F00-F99)	Kurzfristig (Zeitraum der Krise)	NR
Assertive Community Treatment (ACT)	KiJu & Familien befähigen, langfristig im Lebensumfeld zu bleiben	KiJu mit v. a. chronischen psychischen Erkrankungen	Langfristig (stabilisierend über mehrere Jahre)	Niederfrequente Form aufsuchender Behandlungsangebote (1-2x/Monat)
Case Management (CM)	Koordination von Hilfsangeboten, akuter Hilfsplan, Schnittstellen	v. a. Jugendliche mit psychiatrischen Diagnosegruppen (F00-F99)	Langfristig (über mehrere Jahre)	NR

Abkürzungen: ACT – Assertive Community Treatment, CM – Case Management, HT – Home-Treatment, KiJu – Kinder & Jugendliche; MST – Multisystemische Therapie, NR – Not reported, v. a. – vor allem

Quelle: [49-51]

Für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen außerstationären aufsuchenden Behandlung wurden folgende Kriterien definiert [11, 16, 17, 33]:

- Sicherstellung der erforderlichen Behandlungsqualitäten.
- Förderung des Prinzips „ambulant vor stationär“.
- Weitgehende Symptomreduktion bei gleichzeitiger Fähigkeit zur Teilhabe am Leben.
- Förderung der Eigeninitiative und Empowerment.
- Flexibilisierung/Personalisierung der Behandlungsmöglichkeiten.

Ziele:
Sicherung der Behandlungsqualitäten;
ambulant vor stationär;
Vernetzung unterschiedlicher Behandlungsangebote;
etc.

<p>aufsuchende Behandlungen: höhere Erreichbarkeit der behandlungsbedürftigen KiJu, Reduktion der Transferprobleme, etc.</p> <p>Fokus des Berichts: HT</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vernetzung unterschiedlicher Angebote (stabiles unterstützendes Netzwerk). ■ Partizipative Entscheidungsfindungen. ■ Langfristige Beziehungen und folglich Vermeidung von häufigen Wiederaufnahmen, die durch Brüche in der therapeutischen Kontinuität bedingt sind. <p>Generell verfolgen aufsuchende Behandlungen das Ziel, mehr Kinder und Jugendliche mit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit erreichen zu können [52]. Im Vergleich zur stationären Behandlung sollen aufsuchende Behandlungen die Zufriedenheit der Patient*innen steigern und folglich die Akzeptanz der Therapie fördern, was wiederum in einer Reduktion der „Drop-out“-Raten resultieren kann. Darüber hinaus besteht die Erwartung, Transferprobleme, die beim Übergang von höherschwelligen intensiven stationären Behandlungen in niederschwellige weniger intensive ambulante Behandlungen entstehen können, zu minimieren. Auch im Vergleich zu teilstationären Angeboten bieten aufsuchende Behandlungen häufig eine praktikablere Lösung aufgrund der oft großen Distanzen zwischen Wohnort und Tagesklinik [53].</p> <p>In dem vorliegenden Bericht wird auf eine Form der aufsuchenden Behandlung, das Home-Treatment, näher eingegangen.</p>
--	--

2.4 Home-Treatment: Neue Möglichkeit im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

2.4.1 Definition

kurz- oder mittelfristiges HT = stationsersetzend/-verkürzend für KiJu mit Indikation zur stationären Behandlung

Home-Treatment wird in dem vorliegenden Bericht als „stationsersetzende bzw. -verkürzende Behandlung im häuslichen Rahmen für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einer Indikation zur stationären Aufnahme“ definiert [49, 51]. Generell können unterschiedliche Home-Treatment-Modelle unterschieden werden, die von kurzfristigen (akute Krisen) bis hin zu langfristigen oder präventiven Behandlungsmodellen reichen [6]. Im vorliegenden Bericht wird in Abstimmung mit den Entscheidungsträger*innen im Speziellen auf zwei Formen Bezug genommen [49, 51]:

- Home-Treatment als kurzfristige akute Krisenintervention.
- Home-Treatment als mittelfristige Behandlungsmethode (3-6 Monate).

2.4.2 Mögliche Vorteile von Home-Treatment-Modellen

Vorteile von kurzfristigem HT (1985): personalisierte Therapien, Vermeidung von Transfer- & Integrationsproblemen, aktive Einbindung von Bezugspersonen

Bereits 1985 zeigten Eisert und Schmidt mögliche Vorteile eines kurzfristigen Home-Treatments im Vergleich zur stationären Behandlung auf [49, 51]:

- Durch den genaueren Einblick in das familiäre Umfeld sind therapeutische Maßnahmen gezielter umsetzbar bzw. besser an die Realität anpassbar.
- Die Gefahr familiärer Neuorganisation in Abwesenheit des Kindes ist geringer, wodurch die Integration des Kindes in der Familie erhalten bleibt.

- Transferprobleme von im stationären Rahmen neu erlernten Verhaltensweisen entfallen.
- Aktive Beteiligung der Eltern ermöglicht eine Verbesserung der Verantwortungsübernahme und Kompetenzerweiterung der Bezugspersonen.

Auch in jüngerer Vergangenheit wurde argumentiert, dass Home-Treatment-Modelle stationäre Behandlungen ersetzen bzw. die Aufenthaltsdauer reduzieren und somit die Folgen einer Überlastung im intramuralen Sektor vermindern können [49]. Ebenso gelten heutzutage noch die gleichen Vorteile, wie z. B. die Behandlung der Erkrankung im eigenen Umfeld, etc., welche bereits in den 1980er Jahren im Vordergrund standen [6, 54].

**Vorteile des kurzfristigen
HT durch aktuellere
Evidenz bestätigt**

3 Projektziele und Forschungsfragen

Ziele des vorliegenden Forschungsberichts sind einerseits eine systematische Übersicht internationaler Home-Treatment-Modelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie deren Wirksamkeit und Sicherheit, und andererseits eine Analyse einer möglichen Implementierung von Home-Treatment in die österreichischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen.

Eine detaillierte Planung bzw. Umsetzung eines Home-Treatment-Modells in Österreich bzw. in einem der neun österreichischen Bundesländer ist im Rahmen dieses Projekts nicht vorgesehen.

Aus den Projektzielen ergeben sich folgende vier Forschungsfragen:

- **Forschungsfrage 1:** Was sind die Merkmale der ausgewählten Home-Treatment-Modelle (Personal- und Organisationsstruktur, Behandlungskonzepte, etc.)?
 - **Forschungsfrage 2:** Wie wirksam und sicher sind die Home-Treatment-Modelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und für welche Indikationen?
 - **Forschungsfrage 3:** Wie sind die identifizierten Home-Treatment-Modelle in die bestehenden Versorgungsstrukturen integriert und welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung lassen sich davon ableiten?
 - **Forschungsfrage 4:** Wie und unter welchen Voraussetzungen könnte eine Implementierung von Home-Treatment in die aktuelle kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslandschaft in Österreich erfolgen?
- Projektziele:**
Wirksamkeits- & Sicherheitsanalyse, Analyse einer möglichen Implementierung in Ö
- KEINE detaillierte Planung/Umsetzung eines HT-Modells**
- 4 Forschungsfragen:**
- 1) Charakteristika der HT-Modelle**
- 2) Wirksamkeit & Sicherheit**
- 3) Kriterien für eine erfolgreiche Implementierung**
- 4) Voraussetzungen für eine mögliche Implementierung in Ö**

4 Methoden

Zur Beantwortung der vier Forschungsfragen wurde ein mehrstufiger Ansatz gewählt:

**mehrstufiger
Methodenansatz**

4.1 Systematische Literaturübersicht

4.1.1 Systematische Literatursuche

Für die systematische Übersicht zu den Modellcharakteristika, der Wirksamkeit und Sicherheit und zu den Kriterien einer erfolgreichen Implementierung der internationalen Home-Treatment-Modelle wurde eine systematische Literatursuche in sechs Datenbanken durchgeführt:

**systematische
Literatursuche in
6 Datenbanken &
erweiterte Handsuche**

- Cochrane Datenbank
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) Datenbank
- Embase Datenbank
- Livivo Datenbank – Das Suchportal für Lebenswissenschaften
- Medline Datenbank
- Psycinfo Datenbank

Die detaillierte Suchstrategie der systematischen Literatursuche findet sich im Anhang (Kapitel 9.6). Zusätzlich wurde eine erweiterte Handsuche in PubMed, Google Scholar und Google durchgeführt.

**Literaturauswahl basierend
auf vorab definierten
Ein- & Ausschlusskriterien**

Die Literatur wurde anschließend unter Berücksichtigung der vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt (siehe Tabelle 4.1-1 und Tabelle 4.1-2).

Tabelle 4.1-1: Einschlusskriterien für die systematische Literaturauswahl

Population	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einer psychiatrischen Diagnose (F00-F99) mit Indikation zur stationären Behandlung
Interventionen	Home-Treatment als kurzfristige Behandlung in akuten Krisen oder mittelfristige (3-6 Monate) aufsuchende Behandlung zur Verkürzung bzw. Vermeidung von stationären Aufenthalten
Kontrolle	Vollstationäre oder Teilstationäre (z. B. Tagesklinik) Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhauseinheit oder in anderen institutionellen Behandlungsformen <i>Extramural:</i> niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen oder Ambulanzen <i>Andere aufsuchende Behandlungen:</i> z. B. Assertive Community Treatment, Case Management
Outcomes	Forschungsfrage 1: Eigenschaften der Home-Treatment-Modelle (z. B. Therapieangebot, Team) Forschungsfrage 2: Wirksamkeitsendpunkte (z. B. Symptomatik, Behandlungszufriedenheit) Sicherheitsendpunkte Forschungsfrage 3: Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung (z. B. Kooperation, Organisationsstruktur, Finanzierung)

Studiendesigns	<ul style="list-style-type: none"> ■ Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) ■ Nicht-randomisierte kontrollierte Studien (NRCTs) ■ Beobachtungsstudien ■ Übersichtsarbeiten ■ Evaluierungsberichte
Publikationszeitraum	2000 bis 05/2020
Land	Europa, Nordamerika, Australien
Sprache	Deutsch, Englisch

Tabelle 4.1-2: Ausschlusskriterien für die systematische Literaturauswahl

Population	-
Interventionen	Langfristige (z. B. über mehrere Jahre) oder präventive Home-Treatment-Modelle
Kontrolle	-
Outcomes	-
Studiendesigns	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fallberichte ■ Dissertationen
Publikationszeitraum	Vor 2000

4.1.2 Literatuauswahl

Literatuauswahl aus 1.018 Quellen	Insgesamt konnten 1.017 Quellen durch die systematische Literatursuche und ein Treffer durch die erweiterte Handsuche identifiziert werden. Nach der Deduplizierung resultierten beide Suchen in 1.018 Treffer für das Abstract-Screening. Auf Basis des Abstracts konnten 66 Quellen für die weitere Volltextdurchsicht ausgewählt werden. Basierend auf der Volltextdurchsicht wurden folglich elf Publikationen zu sechs Home-Treatment-Studien, darunter zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), zwei nicht randomisierte kontrollierte Studien (NRCTs) und zwei Beobachtungsstudien eingeschlossen. Die Literatur (Volltexte) wurde von einer Person (SW) begutachtet und die Auswahl von einer zweiten Person (NG) kontrolliert. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens gelöst. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 4.1-1 dargestellt.
Einschluss von 11 Publikationen zu 6 HT-Studien: 2 RCTs 2 NRCTs	
2 Beobachtungsstudien	
aufsuchende Behandlungen mit Übereinstimmung der vorliegenden HT-Definition eingeschlossen	Aufgrund fehlender einheitlicher Definitionen und Termini aufsuchender Behandlungen (siehe Tabelle 2.3-1) wurden auch Studien in Betracht gezogen, deren aufsuchendes Modell nicht als Home-Treatment bezeichnet wurde. Diese wurden dann eingeschlossen, wenn Übereinstimmung mit der im vorliegenden Bericht herangezogenen Definition zu Home-Treatment bestand und die weiteren Einschlusskriterien erfüllt waren. Aus diesem Grund wurde ein RCT, das MST-zuhause mit stationärer Behandlung bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen verglich, eingeschlossen [55]. Ebenso wurde eine Studie, die Home-Treatment mit einer Behandlung in einem Heim verglich, eingeschlossen, weil es sich dabei um eine institutionelle Behandlung (nicht nur um eine betreute Wohnform) handelte [56, 57].

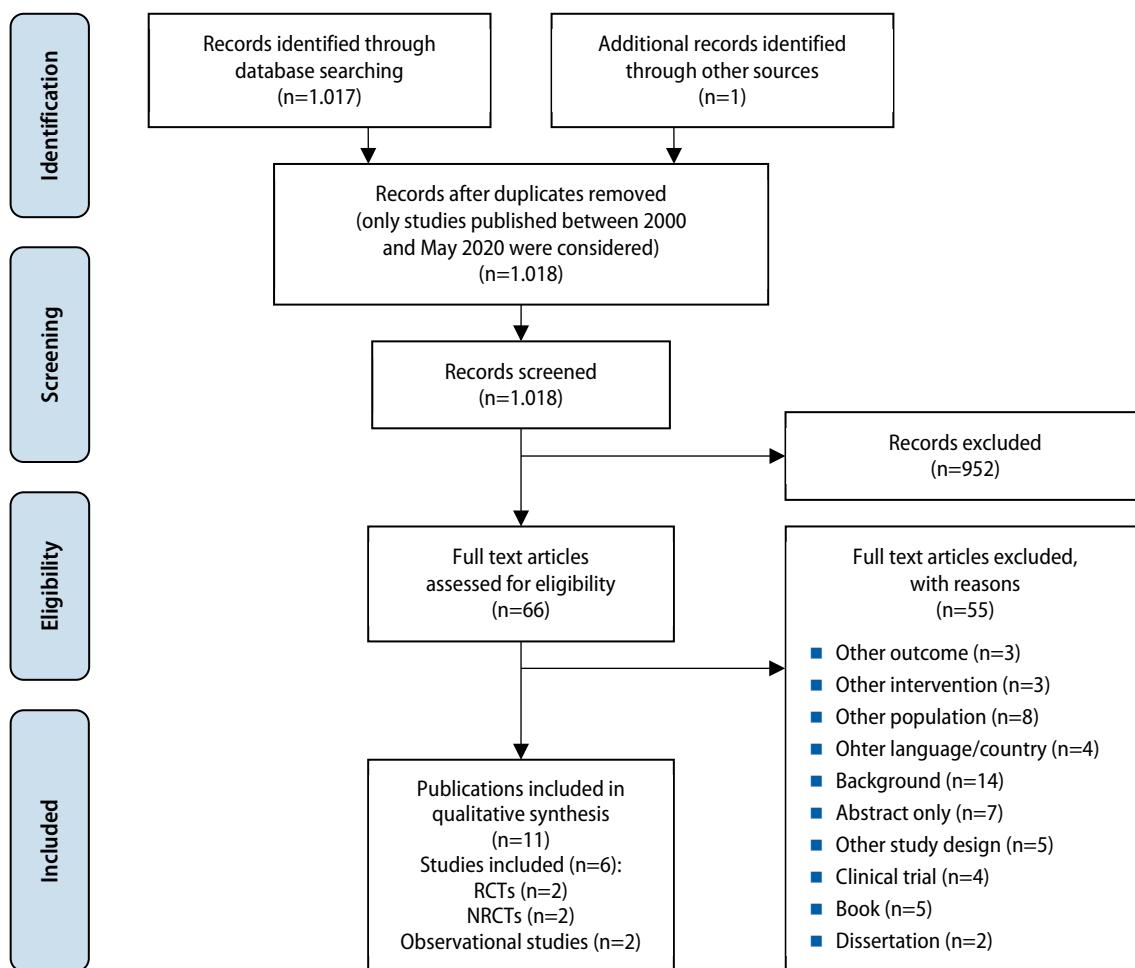


Abbildung 4.1-1: Darstellung des Auswahlprozesses (PRISMA Flow Diagramm)

4.1.3 Datenextraktion

Im Anschluss an die Literaturbeschaffung wurden die Studien- und Patient*innen-Charakteristika, die Wirksamkeits- und Sicherheitsendpunkte, die Eigenschaften der Home-Treatment-Modelle, sowie die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung extrahiert (siehe Anhang Tabelle 9.1-1, Tabelle 9.1-2, Tabelle 9.2-1, Tabelle 9.2-2). Die Prozessschritte wurden von einer Wissenschaftlerin (SW) durchgeführt und von einer zweiten Wissenschaftlerin (NG) kontrolliert.

Konkrete Dimensionen von Wirksamkeit und Sicherheit werden im Ergebniskapitel (siehe Kapitel 5.2.2) dargestellt, da diese erst auf Grundlage der in den Studien angewendeten Instrumenten und somit nach der Datenextraktion definiert werden konnten.

Extraktion der
Studien- & Patient*innen-
Charakteristika, sowie
Wirksamkeits- und
Sicherheitsendpunkte,
Modelleigenschaften
& Implementierungs-
voraussetzungen

4.1.4 Studienqualitätsbewertung

Studienqualität mit unterschiedlichen Tools bewertet:

Cochrane RoB-Tool → RCTs

ROBINS-I-Tool → NRCTs

IHE-Checkliste → Beobachtungsstudien

Für die Bewertung der Studienqualität wurden unterschiedliche Tools für die verschiedenen Studiendesigns herangezogen:

- Für die Bewertung der Studienqualität von RCTs wurde das Cochrane Risk of Bias (RoB) Tool verwendet [58].
- Für die Bewertung der Studienqualität von NRCTs wurde das ROBINS-I-Tool verwendet [59].
- Für die Bewertung der Studienqualität von Fallserien (Beobachtungsstudien) wurde die Institute of Health Economics (IHE)-Checkliste herangezogen [60].

4.2 Expert*innenbefragung

13 KJP-Expert*innen angefragt, davon 10 aus unterschiedlichen Disziplinen und Institutionen an Befragung teilgenommen

keine Transkription der Telefoninterviews → Inhalte in Themencluster gegliedert

Für die Analyse einer möglichen Implementierung von Home-Treatment in die österreichische kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslandschaft wurden 13 österreichische kinder- und jugendpsychiatrische Expert*innen angefragt, Fragen zu ausgewählten Implementierungsaspekten zu beantworten. Bei der Auswahl wurde sowohl auf ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis als auch auf eine Vertretung verschiedenster Perspektiven geachtet. Daher wurden Vertreter*innen unterschiedlicher Berufsgruppen und Bundesländer angefragt. Von den 13 angefragten Expert*innen erklärten sich elf für eine Teilnahme bereit. Diese erhielten offene Fragen zu fünf Themenblöcken. Die genauen Fragestellungen befindet sich im Anhang (Kapitel 9.5.1):

1. Berufsgruppen/Qualifizierungsmaßnahmen/Ausbildung,
2. Kooperationen/Netzwerke,
3. Organisatorische Anbindung/gesetzliche Rahmenbedingungen/Finanzierung,
4. Sicherheit von Home-Treatment,
5. weitere wichtige Aspekte.

Schlussendlich beantworteten zehn Expert*innen, darunter Mediziner*innen, klinische und Gesundheitspsycholog*innen, Soziolog*innen, Sozialarbeiter*innen und Kinder- und Jugendanwält*innen aus den Bereichen der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychiatriekoordination und der Kinder- und Jugendhilfe, die ausgesendeten Fragen. Die Beantwortung der Fragen erfolgte zwischen Ende Juli und Mitte August. Acht der zehn Expert*innen sendeten ihre Antworten schriftlich per E-Mail zu, während die übrigen zwei Expert*innen ihre Antworten mündlich während eines Telefonats übermittelten. Die Telefoninterviews wurden nicht transkribiert, sondern narrativ verschriftlicht. Aus den übermittelten Inhalten aller Expert*innen wurden Themencluster identifiziert und zusammenfassend in narrativer Form präsentiert. Für die Teilnahme erhielten die Expert*innen ein Honorar.

5 Ergebnisse

5.1 Charakteristika der ausgewählten Home-Treatment-Modelle

5.1.1 Beschreibung der einzelnen Modelle

Insgesamt wurden sechs Home-Treatment-Modelle basierend auf den vorab definierten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 4.1-1) ausgewählt, darunter drei deutsche, ein niederländisches, ein US-amerikanisches und ein kanadisches Modell.

6 HT-Modellen eingeschlossen

Im Folgenden werden die sechs Home-Treatment-Modelle einzeln beschrieben und anschließend vergleichend dargestellt.

Deutsche Home-Treatment-Modelle

Das Mannheimer Home-Treatment-Modell angebunden an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim [6, 54]

Ablauf

Kinder und Jugendliche zwischen sechs bis 16 Jahren mit einer psychiatrischen Erkrankung und Indikation zur vollstationären Behandlung (darunter vor allem externalisierende und internalisierende Verhaltensstörungen²) waren für das intensive, integrierte psychiatrische Programm zuhause vorgesehen. Alle Patient*innen und deren Familien bekamen detaillierte Informationen zum neuen Alltag während der Home-Treatment-Behandlung bzw. bezüglich der erwarteten Kooperation von Seiten der Familie. Insbesondere die Verantwortung der Eltern bzw. Bezugspersonen war gefragt, da ein intensiver Kontakt zwischen Therapeut*innen und Eltern stets möglich sein musste. Bei Zustimmung wurden die Therapieziele (z. B. Verbesserung des sozialen Verhaltens, Reduktion der Verhaltensausrüche in der Schule, Verbesserung der Motivation) und Interventionen zwischen dem Home-Treatment-Team und den Eltern bzw. Bezugspersonen vereinbart. Während des ersten Monats fanden zwei Mal pro Woche aufsuchende Kontakte (Dauer mindestens zwei Stunden) statt. Bei den meisten Sitzungen nahmen der/die Patient*in und die Bezugspersonen gemeinsam teil. Die aufsuchenden Sitzungen wurden von einem/r Psychiater*in begleitet und von einer/m verantwortlichen Therapeut*in durchgeführt. Im zweiten und dritten Monat wurde die Intensität der Kontakte auf einmal pro Woche reduziert. Während der gesamten Laufzeit von drei Monaten waren zusätzliche telefonische Kontakte (z. B. in Krisensituationen) möglich.

Mannheimer HT-Modell (Pilotprojekt):
Ablauf
KiJu 6-16 Jahre;
Indikation zur vollstationären Behandlung;
Kooperation der Eltern/Bezugspersonen erforderlich;
1. Monat: 2 aufsuchende Sitzungen/Woche,
2.-3. Monat:
1 Sitzung/Woche;
Gesamtaufzeit 3 Monate;
zusätzliche Kontakte bei Krisen möglich

² Zu den externalisierenden Störungen zählen beispielsweise ADHS, Aggression, Tyrannei und zu den internalisierenden Störungen, z. B. Überängstlichkeit, Gehemmtheit, Depressivität, sozialer Rückzug, Minderwertigkeit, psychosomatische Störungen.

Home-Treatment-Team

HT-Team:
KiJu-Psychiater*in,
Therapeut*innen mit
Erfahrung in der KJP
(1. Studienhälfte),
fortgeschrittenes
Medizinstudent*innen
(2. Studienhälfte)

Zum Home-Treatment-Team zählte ein/e Kinder- und Jugendpsychiater*in, der/die die Gesamtverantwortung für das Home-Treatment-Programm inklusive der klinischen Supervision der Therapeut*innen und der Wirksamkeitsanalyse hatte. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfahrenes psychiatrisches Pflegepersonal (Therapeut*innen) führten die Interventionen (aufsuchende Sitzungen) unter Fachaufsicht eines/r Psychiater*in durch, wobei immer ein/e Therapeut*in für eine Familie vorgesehen war. Aufgrund von Budgetkürzungen wurden die Interventionen jedoch ab der zweiten Hälfte der Studie von fortgeschrittenen Medizinstudent*innen unter Fachaufsicht eines/r erfahrenen Psychiater*in durchgeführt.

Therapieangebot

Therapien:
Verhaltenstherapie,
Elternentraining,
Social-Skill-Training,
Sprachtherapie,
Physiotherapie,
etc.

Ziel des Home-Treatment-Programms war es, die Interventionen im für die Patient*innen gewohnten Umfeld (innerhalb ihres sozialen Netzwerkes) durchzuführen. In den aufsuchenden Sitzungen wurden Prinzipien der Verhaltenstherapie und des Elternentrainings, Social-Skill-Training, aber auch andere therapeutische Übungen, wie z. B. Sprachtherapie oder Physiotherapie angewendet. Darüber hinaus war es auch möglich, niedergelassene psychiatrische Behandlungen gleichzeitig weiterzuführen.

Programm „Behandelt Zuhause Gesund werden“ (BeZuHG) angebunden an das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters [52, 61-63]

Ablauf

BeZuHG-Programm
(Pilotprojekt):

Ablauf:

KiJu 5-17 Jahre;
Indikation zur
vollstationären
Behandlung;

Zusammenarbeit zwischen
Pat., Familie & ggf. Schule,
etc.;

1-3 aufsuchende
Sitzungen/Woche;
Pat. mit
Tagesklinikstatus; ...

... 24/7 Erreichbarkeit
in Krisenfälle;

Gesamtaufzeit 3 Monate;
...

Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 17 Jahren mit einer psychiatrischen Erkrankung und Indikation zur vollstationären Behandlung wurden für das mit der Klinik verzahnte Home-Treatment-Programm „Behandelt Zuhause Gesund werden“ (BeZuHG) ausgewählt. Die Patient*innen waren zunächst stationär aufgenommen. Den für das BeZuHG-Programm ausgewählten Patient*innen bzw. Familien wurden während dem stationären Aufenthalt eine/n BeZuHG-Therapeut*in zugewiesen, das heißt der Erstkontakt mit Therapeut*innen fand in der Klinik statt. Zusätzlich fand kurz vor der Entlassung aus der Klinik und Start des BeZuHG-Programms eine gemeinsame Besprechung („runder Tisch“) bezüglich der Festlegung der zuhause möglichen und von der Familie gewünschten Therapieelemente mit dem/r verantwortlichen Therapeut*in, dem/r Patient*in, der Familie und ggf. auch mit der Schule, dem Jugendamt, etc. statt. Während des dreimonatigen BeZuHG-Programms wurden ein bis drei Mal pro Woche aufsuchende Einzelkontakte bzw. Elternberatungen oder Familientherapien abgehalten.

Darüber hinaus behielt der/die Patient*in den Tagesklinikstatus an der Stammklinik und konnte somit zusätzliche stationäre oder ambulante Therapieangebote, wie z. B. die Klinikschule, weiterhin nutzen. Der Besuch der Klinikschule sollte dabei jedoch lediglich als Überbrückung bis zur Reintegration in die Heimatschule dienen. Für Krisenfälle standen 24 Stunden sieben Tage die Woche Klinikmitarbeiter*innen (Mo-Fr 09:00-18:00 Uhr ein/e BeZuHG-Mitarbeiter*in per Notfallhandy, zu den übrigen Zeiten ein/e Ärzt*in im Dienst) zur Verfügung.

Nach drei Monaten wurde das BeZuHG-Programm beendet und wo notwendig eine niederfrequente ambulante Behandlung (ca. ein bis sechs Kontakte pro Quartal) eingeleitet. Während des BeZuHG-Programms fanden zwei Mal pro Woche ausführliche fachärztliche Visiten zum Austausch über alle in BeZuHG betreuenden Familien, den Stand der Behandlungen und die weiteren Vorgehensweisen statt. Darüber hinaus gab es für das BeZuHG-Team alle drei bis vier Monate eine ganztägige externe Supervision, in der unter anderem alle Familienfälle besprochen wurden. Für das gesamte BeZuHG-Programm wurde ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem geführt, sodass für alle aus dem Team der Zugriff auf relevante Informationen der Patient*innen jederzeit möglich war.

Home-Treatment-Team

Das BeZuHG-Team für zehn Plätze setzte sich aus

- einem/r Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Stellenanteil von 0,5 Stellen, die für die Supervision verantwortlich ist,
- einer Organisationsfachkraft mit 0,35 Stellenanteil verantwortlich für die logistische Organisation der Behandlungsstrukturen,
- einem/r Psycholog*in mit 0,5 Stellenanteilen verantwortlich für die Diagnostik,
- und aus sechs pädagogisch pflegerischen Mitarbeiter*innen der Station (= BeZuHG-Therapeut*innen) mit jeweils 0,3 Stellenanteil im BeZuHG-Team und 0,5-0,7 Stellenanteil im Stationsteam verantwortlich für die Fallführung (eine BeZuHG-Therapeut*in war für zwei bis drei Familien zeitgleich verantwortlich) und die Behandlung zuhause zusammen.

**... Nachbetreuung:
ggf. ambulante Betreuung;
fachärztliche Visiten
1x/Woche;
EDV-gestütztes
Dokumentationssystem**

BeZuHG-Team für 10 Pat.:

**1 Fachärzt*in für KJP,
1 Organisationsfachkraft,
1 Psycholog*in,
6 pädagogisch pflegerische
Mitarbeiter*innen**

Therapieangebot

Das Kernelement der BeZuHG-Behandlungen stellten aufsuchende Einzeltherapien bzw. Elternberatung oder familientherapeutisches Coaching dar. Zusätzlich wurde ggf. eine psychopharmakologische Therapie eingeleitet bzw. koordiniert. Darüber hinaus wurden im Rahmen des BeZuHG-Programms unterschiedliche ambulante therapeutische Elemente von anderen Leistungsanbietern dazu koordiniert, z. B. erlebnispädagogische Elemente, Gruppentherapie im Rahmen der Tagesklinik, Musiktherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Motopädie, Reittherapie oder Bogenschießtherapie.

**Therapien:
Einzeltherapie,
Elternberatung,
familientherapeutisches
Coaching,
Gruppentherapie,
etc.**

Stationsäquivalente Behandlung (StäB) angebunden an das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Ravensburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters [4]

Ablauf

Kinder und Jugendliche zwischen acht und 17 Jahren mit einer psychiatrischen Erkrankung und Indikation zur vollstationären Behandlung wurden für das Home-Treatment-Programm „stationsäquivalente Behandlung“ (StäB), welches das gesamte Leistungsspektrum einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung umfasst, ausgewählt. Eine StäB-Behandlung konnte entweder durch Mitarbeiter*innen der Institutsambulanz bzw. der Station, niedergelassene Fachärzt*innen oder Eltern initiiert werden. Vor Start des Programms wurde von einem/r Mitarbeiter*in aus dem StäB-Team ein Erstgespräch in der Ambulanz geführt, um das Programm der Familie vorzustellen und eine Einschätzung der Therapiemotivation der Familie zu bekommen. Für die Familien, die für das StäB-Programm geeignet waren, kam

**StäB-Programm
(fortlaufend):
Ablauf
KiJu 8-17 Jahre;
Indikation zur
vollstationären
Behandlung;
Leistungsspektrum
wie auf Station; ...**

	es anschließend zu einem Aufnahmegericht mit dem/r vorgesehenen fallführenden StäB-Kolleg*in und der verantwortlichen Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In diesem Gespräch wurde die Eignung des Wohnungsumfeldes für Einzel- und Familiengespräche erläutert, die Behandlungsziele durch die Fachärztin festgelegt und ein erster Wochentherapieplan (Art der Therapie, z. B. Einzel-, Familien-, Fach-, oder Erlebnistherapie, und Namen der durchführenden Personen) vorgestellt.
... täglich aufsuchende Sitzungen; Gesamtaufzeit 6 Wochen; aufsuchende Nachbetreuung: ggf. 1-2 Sitzungen/Woche; ...	Innerhalb der ersten sechs Wochen des Programms fanden tägliche aufsuchende Sitzungen statt. Im Anschluss daran fanden ggf. ein bis zwei Mal pro Woche aufsuchende Nachbetreuungstermine durch bekannte StäB-Mitarbeiter*innen für maximal sechs Monate statt. Neben den aufsuchenden Behandlungen konnte ein Teil der Leistungen (maximal 20,0 %), z. B. die ein bestimmtes Setting benötigen, im Krankenhaus oder niedergelassenen Bereich erbracht werden (z. B. wöchentliche Gruppentherapie zur Schulung sozialer Kompetenzen an der Klinik oder niedergelassene erlebnistherapeutische Maßnahmen wie Bogenschießen oder Hochseilgarten).
... 24/7 Erreichbarkeit für Krisenfälle; ...	Während des StäB-Programms war die Erreichbarkeit von mindestens einem StäB-Teammitglied von Montag bis Freitag zwischen 08:00 und 18:00 Uhr gewährleistet. Darüber hinaus bestand für 24 Stunden an sieben Tagen der Woche eine ärztliche Behandlungsmöglichkeit durch den/die Dienstärzt*in der stationären Abteilung. In Krisenfällen bzw. bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung konnte somit umgehend mit einer vollstationären Aufnahme – welche zu jederzeit möglich sein musste – reagiert werden.
... wöchentliche multi-professionelle Fallbesprechungen im Team	Für das StäB-Team gab es wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechungen, zu denen ggf. auch kooperierende Leistungserbringer miteinbezogen wurden. Damit eine Fallbesprechung stattfand, mussten zumindest drei unterschiedliche Berufsgruppen vertreten sein (auch per Telekommunikation). Innerhalb dieser Fallbesprechungen wurden neue Wochenpläne erstellt, die Behandlungsziele überprüft und aufkommende supervisorische bzw. methodische Fragen geklärt. Um eine taggleiche und dezentrale Dokumentation in der elektronischen Patient*innenakte zu gewährleisten, war jedes StäB-Teammitglied mit einem Diensthandy und Dienstlaptop ausgestattet. Darüber hinaus wurde für die Anreise zu den Familien eine entsprechende Anzahl an Fahrzeugen bereitgestellt.
StäB-Team für 6 Pat.: 1 Fachärzt*in für KJP, 1 Assistenzärzt*in, 1 Psycholog*in, 5 Mitarbeiter*innen des Pflege- & Erziehungsdienstes, 3 Fachtherapeut*innen, 1 Organisationsfachkraft	<p><i>Home-Treatment-Team</i></p> <p>Beim StäB-Team handelte es sich um ein mobiles multiprofessionelles Team. Jede Familie erhielt zu Beginn der Behandlung eine Liste mit den Namen und Berufsgruppen des Teams. Ein Team, welches für sechs Patient*innen zum Einsatz kam, setzte sich wie folgt zusammen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eine/n Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem 10-prozentigen Stellenanteil verantwortlich für die Diagnose, Leitung und Supervision des Programms, ■ eine/Assistenzärzt*in mit 50-prozentigem Stellenanteil, ■ eine/n Psycholog*in mit 70-prozentigem Stellenanteil verantwortlich für die Diagnose, ■ fünf Mitarbeiter*innen des Pflege- und Erziehungsdienstes (= erste Ansprechpartner der Familien) mit insgesamt 280 Prozent Stellenanteilen verantwortlich für die Fallführung, welche die Behandlungsplanung und die praktische Koordination der StäB-Maßnahmen umfasst,

- drei Fachtherapeut*innen (z. B. Heilpädagogik, Kunsttherapie, Ergotherapie) mit insgesamt 120 Prozent Stellenanteilen,
- eine Organisationsfachkraft mit 40-prozentigem Stellenanteil verantwortlich für die logistische Organisation der Behandlungsstrukturen.³

Therapieangebot

Innerhalb des StäB-Programms standen unterschiedliche aufsuchende Therapien zur Auswahl, z. B. Psychopharmakotherapie, Einzeltherapie, Familientherapie mit Einbezug der Geschwister, Elterncoaching, Psychoedukation, alltagsbezogenes Training (ggf. unter Einbezug der Schule), oder Entspannungsverfahren. Darüber hinaus werden auch Elemente außerhalb des Zuhause angeboten, wie z. B. Gruppentherapie auf der Station, oder Erlebnispädagogik/-therapie, Ergotherapie, Kreativtherapie, Bewegungstherapie im niedergelassenen Bereich.

Therapien:
psychopharmakologische Therapie,
Einzeltherapie,
Familientherapie,
etc.

Niederländisches Home-Treatment-Modell angebunden an die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätszentrum, Nijmegen [64]

Ablauf

Jugendliche von elf bis 18 Jahren mit einer psychiatrischen Erkrankung und Indikation zur vollstationären Behandlung waren für das niederländische Home-Treatment-Programm vorgesehen. Der Fokus des Home-Treatment-Programms lag dabei auf der Verbesserung der Beziehungen zwischen den Jugendlichen und den Eltern, einer Reintegration in die Schule, Arbeit bzw. Hobbies, einer Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens, und auf einer Steigerung der Therapiemotivation. Das Home-Treatment-Programm lief über maximal vier Monate. Neben den aufsuchenden Behandlungen gab es auch die Möglichkeit eines kurzen intensiv-stationären Aufenthaltes von maximal zwei Wochen vor oder während dem Programm. In solche kurzfristigen stationären Behandlungen wurde das Home-Treatment-Team immer miteingebunden. Darüber hinaus fand innerhalb der vier Behandlungsmonate einmal pro Monat eine Visite zusammen mit einem/r Kinder- und Jugendpsychiater*in und einem/r Psycholog*in im Krankenhaus statt.

niederländisches HT-Modell (Pilotprojekt):
Ablauf:
Ju 11-18 Jahre;
Indikation zur vollstationären Behandlung;
vor/während HT kurzer intensiv-stationärer Aufenthalt möglich;
Gesamtaufzeit 4 Monate

Home-Treatment-Team

Das Home-Treatment-Team bestand aus einem/r Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einem/r Kinder- und Jugendpsycholog*in und einem/r Krankenpfleger*in.

HT-Team:
1 Fachärzt*in für KJP,
1 KiJu-Psycholog*in,
1 Krankenpfleger*in

Therapieangebot

Im Rahmen des Home-Treatments wurde der Fokus auf individualisierte und lösungsorientierte Therapieansätze gelegt. Dazu zählten Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie und ggf. pharmakologische Therapien.

Therapien:
Psychotherapie,
Verhaltenstherapie,
etc.

³ Aus der Beschreibung des Modells in der Studie geht nicht hervor, welche Berufsgruppen konkret in die Behandlungen zuhause involviert waren.

Kanadisches Home-Treatment-Modell angebunden an fünf Einrichtungen für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Süd-West Ontario [56, 57]

Ablauf

kanadisches HT-Modell:

Ablauf:

KiJu 5-16 Jahre wohnhaft

und behandelt in Heimen;

Kontakte im Umfang von

10 Wochenstunden;

Gesamtaufzeit

3-9 Monate

Das intensive Home-Treatment wurde für Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 16 Jahren mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere mit emotionalen und Verhaltensstörungen, die in Heimen wohnten und behandelt wurden, sowie für ihre Familien etabliert. Der erste Kontakt mit den Patient*innen und deren Familien wurde durch fünf Einrichtungen für psychische Gesundheit (engl. mental health agencies) initiiert. Nach Überprüfung und Bestätigung der Eignung für das Home-Treatment-Programm wurde von einem multidisziplinären Team ein individueller Behandlungsplan für jede Familie erstellt. Die Dauer eines Home-Treatments reichte von drei bis zu neun Monaten. Innerhalb dieses Programms wurden unterschiedliche Angebote von Sozialarbeiter*innen im Umfang von zehn Wochenstunden geboten.

Home-Treatment-Team

HT-Team:

wissenschaftliche

Mitarbeiter*innen,

Fachkräfte,

Sozialarbeiter*innen

Das multidisziplinäre Home-Treatment-Team umfasste wissenschaftliche Mitarbeiter*innen (engl. trained research assistance) verantwortlich für die Kontaktaufnahme mit den Familien und die Besprechung der Programmdetails bzw. Einholung der Einverständnisse bezüglich der Teilnahme, Fachkräfte der psychischen Gesundheit (engl. trained mental health professionals) verantwortlich für die Diagnose und die Analyse des Funktionsniveaus der Kinder und Jugendlichen, Kliniker*innen der psychischen Gesundheit (engl. trained mental health clinicians) verantwortlich für die Analyse der Alltagsfunktionsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen, sowie Sozialarbeiter*innen verantwortlich für die aufsuchenden Behandlungen.

Therapieangebot

Therapien:

Verhaltenstherapie,

Psychoedukation,

Elterncoaching,

etc.

Der Fokus der Therapien im Rahmen des intensiven Home-Treatment-Programms lag auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen, Psychoedukation, sowie weiteren lösungsorientierten Behandlungsmodellen. Darüber hinaus wurden Förderung des Familienzusammenhaltes durch z. B. Elterncoaching, Kriseninterventionen oder Anwaltschaft und Ressourcenarbeiten von den betreuenden Sozialarbeiter*innen angeboten.

US-Home-Treatment-Modell angebunden an die medizinische Universität in South Carolina [55]

Ablauf

US-HT-Modell:

Ablauf:

KiJu 10-17 Jahre;

1 hauptverantwortliche/r

Therapeut*in pro Familie;

Gesamtaufzeit 4 Monate;

enge Zusammenarbeit

zwischen HT- &

Stationsteam

Das US-Home-Treatment-Programm wurde für Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 17 Jahren mit Symptomen wie suizidalem bzw. fremdgefährdendem Verhalten, Psychosen, Gefahr der Selbstverletzung bzw. der Verletzung anderer aufgrund ihrer psychischen Erkrankung entwickelt. Ziel des viermonatigen Programms war es, direkt im sozialen Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu intervenieren. Jeder Familie wurde ein/e Haupttherapeut*in zugewiesen, wobei ein/e Therapeut*in maximal drei Familien zeitgleich betreute. Während des Home-Treatment-Programms musste ein Wechsel in die Station stets möglich sein. Die Entscheidung über einen Wechsel auf die Station wurde von einem/r Psychiater*in, der/die die Home-Treatment -Behandlungen supervisierte, basierend auf der klinischen Verfassung und der Sicherheit des/r Patient*in sowie der Familie getroffen. Bei einer po-

sitiven Entscheidung für einen Wechsel auf die Station (z. B. zur pharmakologischen Einstellung des/r Patient*in) arbeitete das Home-Treatment-Team eng mit dem stationären Pflegepersonal zusammen.

Home-Treatment-Team

Das gesamte Team für das Home-Treatment-Programm umfasste

- eine/n Kinder- und Jugendpsychiater*in mit Zusatzausbildung in MST verantwortlich für die fachliche Gesamtaufsicht des gesamten Teams,
- zwei zusätzliche Psychiater*innen zur Unterstützung der Supervision der klinischen Versorgung (Erreichbarkeit 24 Stunden sieben Tage die Woche),
- eine/n Kinder- und Jugendpsycholog*in als Vertretung des/r Supervisor-Psychiater*in,
- vier Therapeut*innen,
- zwei Krisensachbearbeiter*innen (engl. crisis case worker) mit Bachelorabschluss als Unterstützung der Therapeut*innen bei klinischen und administrativen Aufgaben (z. B. Eignung der Teilnahme am Programm gegeben → Informationsgespräch mit den Familien),
- vier Kinder- und Jugendpsychiatriestipendiat*innen (engl. child psychiatry fellows), ausgebildet in MST, verantwortlich für die psychiatrische Konsultation, medikamentöse Behandlung und für die notfall-psychiatrische Assistenz,
- und sechs Berater*innen im Bereich psychische Gesundheit (engl. master's-level mental health counselors).

Team:

- 1 Fachärzt*in für KJP mit Ausbildung in MST,**
2 Psychiater* innen,
1 KiJu-Psycholog*in,
4 Therapeut*innen,
2 Krisensachbearbeiter*innen,
4 Stipendiat*innen für KJP,
6 Gesundheitsberater*innen

Therapieangebot

Das Home-Treatment-Programm umfasste vor allem familientherapeutische und verhaltenstherapeutische Ansätze.

Therapien: **Familientherapie,** **Verhaltenstherapie**

5.1.2 Home-Treatment-Modelle im Überblick

Tabelle 5.1-1 stellt die Modelle im Überblick dar. Die zentralen Merkmale werden nachfolgend zusammenfassend beschrieben.

Patient*innen

In den sechs beschriebenen Home-Treatment-Modellen wurden Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 18 Jahren behandelt, wobei die Mehrzahl einer weite Altersspanne – also Kinder und Jugendliche – inkludierte und zwei Modelle ausschließlich auf Teenager ausgerichtet waren [55, 64]. In vier der analysierten Home-Treatment-Modelle handelte es sich um Kinder und Jugendliche mit Indikation zu einer stationären Behandlung, während in den übrigen zwei Modellen [55-57] von schweren psychiatrischen Erkrankungen die Rede war. Sofern beschrieben, sind Zuweisungen über mehrere Wege/Einrichtungen möglich, zum Teil können auch Eltern oder Bezugspersonen selber aktiv werden. In vier von sechs Modellen wurden Patient*innen mit sämtlichen psychiatrischen Diagnosen behandelt, lediglich im US-amerikanischen Modell [55] und im kanadischen Modell [56, 57] wurden Diagnoseeingrenzungen festgelegt.

KiJu zwischen 5-18 Jahren;

Zuweisung von mehreren Seiten möglich;

Großteil der inkludierten Modelle umfasst sämtliche Diagnosen

	Behandlungsdauer von 3-4 Monaten am häufigsten	Behandlung
	Therapiefrequenz unterschiedlich	Die Behandlungsdauer im Home-Treatment reichte von sechs Wochen bis neun Monate, wobei die meisten Modelle eine Dauer von drei bis vier Monaten vorsahen. Die Intensität der Behandlung war ebenfalls unterschiedlich und reichte von sehr hochfrequenter täglicher Behandlung [4] bis zu einmal wöchentlich [61]. In einem Modell wurde die Intensität im Laufe der Behandlung reduziert [6, 54].
	meist Erreichbarkeit 24/7 garantiert;	Neben der eigentlichen Behandlung besteht – sofern in den Beschreibungen angegeben – zumeist eine Erreichbarkeit einer Fachkraft rund um die Uhr. In einem Modell sind telefonische Konsultationen möglich [6, 54].
	unterschiedliche Therapieformen & erlebnispädagogische bzw. Eltern-/Familienarbeit	Es kommen eine Reihe unterschiedlicher Therapieformen zum Einsatz. Darunter fallen verschiedene Formen von Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie und Physiotherapie. Aber auch erlebnispädagogische Elemente sind zu finden. In mehreren Modellen erfolgt eine Psychoedukation und in fünf der sechs Modelle [4, 6, 54, 55, 61, 64] wird gezielt auch mit den Eltern (z. B. Elternberatung) und/oder mit der gesamten Familie (z. B. in Form von Familientherapie) gearbeitet. Von den angegebenen psychotherapeutischen Methoden findet die Verhaltenstherapie am häufigsten ihre Anwendung.
5/6 Modellen Verzahnung mit KJP;	zusätzlich häufig Kooperationen mit anderen medizinischen & nicht-medizinischen Institutionen	In fünf von sechs Modellen [4, 6, 54, 55, 61, 64] erfolgte das Home-Treatment verzahnt mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung im Krankenhaus, entweder indem Angebote der Klinik als Teil des Home-Treatments genutzt wurden oder in der Form von stationären Aufnahmen im Fall von Verschlechterung des psychischen Zustands bzw. bei akuten Krisen. In diesen Fällen war das Home-Treatment-Team weiterhin in die Behandlung eingebunden. Angebote der Klinik, die während des Home-Treatments in Anspruch genommen werden konnten, waren z. B. Musiktherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie oder Motopädie. In einem Modell [61] behielten alle Patient*innen auch während des Home-Treatments den Tagesklinikstatus und konnten dadurch beispielsweise weiterhin die Klinikschule besuchen. Neben der Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Institutionen bestand auch häufig eine Kooperation mit den Schulen bzw. anderen Kinderwohlfahrtsorganisationen, wie z. B. dem Jugendamt oder der Kinder- und Jugendhilfe.
EDV-gestützte Dokumentation & Nachbetreuungen in jeweils 2 Modellen beschrieben		Die Dokumentation der Behandlung wurde nur in zwei Modellen [4, 61] beschrieben und erfolgte dort jeweils EDV-gestützt.
multiprofessionelle & interdisziplinäre Teams, darunter folgende Berufsgruppen;	KiJu-Psychiater*in	In denselben zwei Modellen [4, 61] wurde explizit eine Nachbetreuung nach Beendigung des Home-Treatments in ambulanter bzw. anderer aufsuchender Form erwähnt.
		Personal
		Die Teams aller Modelle sind multiprofessionell und interdisziplinär. Jedenfalls sind Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie Teil des Teams. Die weiteren Berufsgruppen bzw. Disziplinen sind je nach Modell unterschiedlich. Welche Berufsgruppe genau welche Form der Behandlung bzw. Therapie durchführte, geht aus den Beschreibungen nicht eindeutig hervor, viele Aufgaben wurden allerdings von nicht-ärztlichen Fachkräften übernommen. Für die Koordination und Logistik sind gesondert Personalressourcen vorgesehen. Insgesamt sind folgende Berufsgruppen angeführt:

- Kinder- und Jugendpsychiater*in für die Gesamtverantwortung und Supervision des Teams und Diagnosestellung [4, 6, 54, 55, 61, 64],

- zusätzliche Psychiater*innen, um die Erreichbarkeit von 24 Stunden sieben Tage die Woche gewährleisten zu können [55],
**zusätzliche
Psychiater*innen;**
- Assistenzärzt*innen zur Unterstützung der/s hauptverantwortlichen Kinder- und Jugendpsychiater*in [4],
Assistenzärzt*innen;
- Kinder- und Jugendpsycholog*in für die Diagnostik [55-57, 61, 64],
KiJu-Psycholog*innen;
- Therapeut*innen mit Erfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachtherapeut*innen [4, 6, 54, 55],
(Fach)Therapeut*innen;
- pädagogisch pflegerische Mitarbeiter*innen bzw. Krankenpflegepersonal [4, 61, 64],
Pflegepersonal;
- Sozialarbeiter*innen [56, 57],
Sozialarbeiter*innen;
- Krisensachbearbeiter*innen [55] und
**Krisensach-
bearbeiter*innen;**
- Organisationsfachkraft für die logistische Organisation der Behandlungsstrukturen [4, 61].
Organisationsfachkraft

Die Fachaufsicht hatte, sofern angegeben, ein/e Fachärzt*in für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als qualitätssichernde Maßnahmen wurden in zwei Modellen [4, 61] noch zusätzliche gemeinsame Fallbesprechungen und/oder Supervisionen explizit erwähnt.

**Fachaufsicht durch
KiJu-Psychiater*in**

Tabelle 5.1-1: Übersichtstabelle zu den Charakteristika der ausgewählten Home-Treatment-Modelle

Modell [Referenz]	Mannheimer HT-Modell [6, 54]	BeZuHG-Modell [61]	StäB-Modell [4]	Niederländisches HT-Modell [64]	Kanadisches HT-Modell [56, 57]	US-amerikanisches HT-Modell [55]
Alter in Jahren	5-16	5-17	8-17	11-18	6-16	10-17
Indikation	Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung	Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung	Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung	Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung	Schwere psychische Erkrankungen insb. emotionale und Verhaltensstörungen	Suizidales/gemeingefährliches Verhalten, Psychosen, Gefahr der Selbstverletzung bzw. Verletzung anderer
Zuweisung durch	NR	NR	Kolleg*innen der Institutsambulanz oder Station, niedergelassene Kolleg*innen, Eltern/Bezugspersonen	NR	Einrichtungen psychischer Gesundheit	Personal der psychischen Gesundheit, Jugendjustiz/Nachlassgericht, Kinderschutzverbund, mobile psychiatrische Notfallteams, Eltern/Bezugspersonen
Gesamtdauer/ Frequenz	3,5 Monate/ 2x/Woche/≥2h (1. Monat) 1x/Woche/≥2h (2.-3. Monat)	3 Monate/ 1-3x/Woche	6 Wochen/ Täglich (7 Tage/Woche)	max. 4 Monate/ NR	3-9 Monate/ ca. 10h/Woche	4 Monate/ NR
Nachbetreuung	NR	Niederfrequente ambulante Betreuung: 1-6x/Quartal	Aufsuchende Betreuung: 1-2x/Woche für max. 6 Monate	NR	NR	NR
Therapieformen	Verhaltenstherapie, Elterntesting, Social-Skill-Training, Sprachtherapie, Physiotherapie	Einzeltherapie, Elternberatung, Familientherapie, Medikation, erlebnispädagogische Elemente, Musiktherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Motopädie, Reittherapie, ambulante Bogenschießtherapie	Einzel-, Familiengespräche, Elternarbeit, Medikation, Psychoedukation, alltagsbezogenes Training, gelenkte Freizeitaktivitäten, erlebnispädagogische Angebote, Entspannungsverfahren, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie, Ergotherapie, Kreativtherapie, Bewegungstherapie	Familientherapie, individuelle Therapieformen, z. B. Medikation, Psychotherapie, Verhaltenstherapie	Verhaltenstherapie, Psychoedukation	Verhaltenstherapie, Familientherapie
Nutzung von Therapieangeboten außerhalb von zuhause während HT	Wechsel auf Station bei Zustandsverschlechterung; Weiterführen der niedergelassenen psychiatrischen Behandlungen	Tagesklinikstatus, z. B. für Klinikschule (1-5 Tage/Woche); zusätzliche stationäre (z. B. bei Zustandsverschlechterung) oder ambulante Therapien	max. 20,0 % des Leistungsumfangs stationär (z. B. bei Zustandsverschlechterung), ambulant oder niedergelassen	Kurzfristige (max. 2 Wochen) intensiv-stationäre Behandlung	Krisenmanagement bei familiären Krisen; präventive Beratungen	Wechsel auf Station bei Zustandsverschlechterung
Involvierte Professionen	KiJu-Psychiater*in, psychiatrisches Pflegepersonal (1. Studienhälfte), fortgeschrittenen Medizinstudent*innen (2. Studienhälfte)	Für 10 Pat.: 1 KiJu-Psychiater*in, 1 Assistenzärzt*in, 1 Organisationsfachkraft, 1 Psycholog*in, 6 pädagogisch pflegerische Mitarbeiter*innen	Für 6 Pat.: 1 KiJu-Psychiater*in, 1 Assistenzärzt*in, 1 Psycholog*in, 5 Mitarbeiter*innen des Pflege- und Erziehungsdienstes, 1 Organisationsfachwirt*in, 3 Fachtherapeut*innen	KiJu-Psychiater*in, KiJu-Psycholog*in, Krankenpfleger*in	Fachkräfte der psychischen Gesundheit, Kliniker*in der psychischen Gesundheit, Sozialarbeiter*innen	KiJu-Psychiater*in, zusätzliche Psychiater*innen, KiJu-Psycholog*in, Therapeut*innen, KJP-Stipendiat*innen, Berater*innen der psychischen Gesundheit, Krisensachbearbeiter*innen

Modell [Referenz]	Mannheimer HT-Modell [6, 54]	BeZuHG-Modell [61]	StäB-Modell [4]	Niederländisches HT-Modell [64]	Kanadisches HT-Modell [56, 57]	US-amerikanisches HT-Modell [55]
Fachliche Begleitung	Gesamtverantwortung bei & Aufsicht der behandelnden Therapeut*innen durch KiJu-Psychiater*in	Aufsicht des Teams durch KiJu-Psychiater*in; 2x/Woche fachärztliche Visite & alle 3-4 Monate externe Supervision	Klärung supervisorischer bzw. methodischer Fragen durch KiJu-Psychiater*in; wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechungen innerhalb des Teams	Monatliche Visite mit KiJu-Psychiater*in Psycholog*in	NR	Klinische Aufsicht des gesamten Teams durch KiJu-Psychiater*in
Anzahl der Familien/ Therapeut*in	1 Fam./Therapeut*in	max. 3 Fam./Therapeut*in	NR	NR	NR	max. 3 Fam./Therapeut*in
Erreichbarkeit	Zusätzlich telefonische Konsultation möglich	24/7	24/7	NR	NR	24/7
Dokumentation	NR	EDV-gestütztes Dokumentationssystem	Taggleiche dezentrale Dokumentation in der elektronischen Pat.-Akte	NR	NR	NR

Abkürzungen: BeZuHG – Behandelt Zuhause Gesund werden, bzw. – Beziehungsweise, ca. – Zirka, Fam. – Familie, h – Stunden, HT – Home-Treatment, KiJu – Kinder und Jugendliche, max. – Maximal, MST – Multisystemische Therapie, NR – Not reported, Pat. – Patient*innen, StäB – Stationsäquivalente Behandlung, x – Mal, zw. – Zwischen

5.2 Wirksamkeits- und Sicherheitsanalyse

5.2.1 Eingeschlossene Studien

Studiencharakteristika

**11 Publikationen zu
6 Studien für Wirksamkeits-
& Sicherheitsanalyse
eingeschlossen:**

**Mannheimer Studie:
HT vs. Station (3,5 Monate);**

**BeZuHG-Studie:
HT vs. Station (3 Monate);**

**StäB-Studie: Evaluation
des StäB-Programms
(6 Wochen);**

**niederländische Studie:
intensives HT mit möglicher
Kombination von
stationärer Behandlung
(max. 4 Monate);**

**US-amerikanische Studie:
HT vs. Station (4 Monate);**

**kanadische Studie:
HT vs. Heim (3-9 Monate)**

**Studien- &
Pat.-Charakteristika im
Anhang näher beschrieben**

Insgesamt wurden elf Publikationen zu den sechs Home-Treatment-Modellen für die Wirksamkeits- bzw. Sicherheitsanalyse herangezogen:

- In der Mannheimer Studie [54] wurde die Wirksamkeit eines dreieinhalbmonatigen Home-Treatments bei Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden externalisierenden Verhaltensstörungen verglichen mit Kindern mit schwerwiegenden internalisierenden Verhaltensstörungen. In der 12-monatigen Nachbeobachtungsstudie [6] wurde die Wirksamkeit des Home-Treatments bei Kindern und Jugendlichen mit heterogenen schwerwiegenden psychiatrischen Störungen im Vergleich zur vollstationären Behandlung analysiert.
- Die ebenfalls in Deutschland durchgeführte „Behandelt Zuhause Gesund werden“ (BeZuHG)-Studie untersuchte die Effektivität des dreimonatigen BeZuHG-Programms im Vergleich zur vollstationären Behandlung [61]. Darüber hinaus wurden in weiteren Publikationen zur Studie die Nachhaltigkeit des BeZuHG-Projekts im Vergleich zur vollstationären Behandlung (subjektive Erwartungen und das Erleben der Behandlung) [62], die Patient*innen- und Elternzufriedenheit mit dem Programm bzw. der vollstationären Behandlung [52] und die Wirksamkeit des BeZuHG-Programms für unterschiedliche Subgruppen (externalisierende vs. internalisierende Störungen, jüngere vs. ältere Patient*innen, Mädchen vs. Buben) [63] untersucht.
- Die im selben deutschen Zentrum durchgeführte „stationsäquivalente Behandlung“ (StäB)-Studie evaluierte die Machbarkeit des sechswöchigen StäB-Programms [4].
- Eine niederländische Studie untersuchte die Wirksamkeit eines maximal vierwöchigen Home-Treatment-Programms, welches ggf. mit einer kurzfristigen intensiven stationären Behandlung kombiniert werden konnte [64]. In dieser Studie gab es keine Vergleichsgruppe.
- Eine US-amerikanische Studie [55] verglich das viermonatige Home-Treatment mit einer stationären Behandlung bei Kindern und Jugendlichen in einer psychischen Krise.
- Eine kanadische Studie und deren Nachbeobachtung [56, 57] untersuchte die klinischen und funktionellen Endpunkte nach einem Heimaufenthalt⁴ im Vergleich zu einem drei- bis neunmonatigen Home-Treatment.

Im Folgenden werden die Studien- und Patient*innen-Charakteristika näher beschrieben. Eine detaillierte Übersicht zu allen Charakteristika findet sich im Anhang (siehe Tabelle 9.1-1 und Tabelle 9.1-2).

⁴ Im kanadischen Kontext handelt es sich hierbei um Behandlungszentren für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, die als Wohnheime geführt werden (engl. residential treatment centers). Im vorliegenden Bericht wird der Einfachheit halber auf Heime verwiesen.

Studiendesign

Bei den sechs inkludierten Home-Treatment-Studien handelte es sich um

- zwei RCTs: Im US-amerikanischen RCT [55] erhielt die Interventionsgruppe Home-Treatment; im BeZuHG-RCT [52, 61-63] erhielt die Interventionsgruppe Home-Treatment verzahnt mit Klinikelementen; in beiden RCTs erhielten die Kontrollgruppen eine vollstationäre Behandlung;
- zwei NRCTs: Im NRCT zum Mannheimer Home-Treatment-Modell [6, 54]⁵ erhielt die Interventionsgruppe Home-Treatment und die Kontrollgruppe eine vollstationäre Behandlung; im multizentrischen NRCT zum kanadischen Home-Treatment-Modell [56, 57] erhielt die Interventionsgruppe intensives Home-Treatment und die Kontrollgruppe Therapien in Heimen;
- zwei Beobachtungsstudien: In der prospektiven niederländischen Beobachtungsstudie [64] erhielten die Patient*innen Home-Treatment mit der Möglichkeit eines kurzen (für maximal zwei Wochen) stationären Aufenthalts vor oder während des Home-Treatments; in der retrospektiven Beobachtungsstudie zum StäB- Programm [4] erhielten die Patient*innen stationsersetzendes Home-Treatment.

6 Studien, davon

2 RCTs:

HT vs. stationäre

Behandlung;

2 NRCTs:

HT vs. stationäre

Behandlung bzw.

Behandlung in Heim;

2 Beobachtungsstudien
zu 1 niederländischen &
1 deutschen HT-Programm

Indikation und Ausschlusskriterien

In den deutschen Studien [4, 6, 52, 54, 61-63] und der niederländischen Studie [64] wurden Kinder und Jugendliche mit einer psychiatrischen Erkrankung mit Indikation zur vollstationären Behandlung eingeschlossen. Die Ausschlusskriterien in der Mannheimer-Studie [6, 54] umfassten einen IQ von unter 85, das Vorliegen einer seltenen psychischen Erkrankung (<4,0 % der stationär behandelten Patient*innen), Selbstgefährdung, von lebensbedrohlichen physischen Symptomen bzw. einer extrem ausgeprägten Störung, die eine ununterbrochene Aufsicht bedingte (z. B. Psychosen, Autismus). Ein weiterer Ausschlussgrund stellte die Notwendigkeit einer Trennung von der Familie als Teil der Therapie dar. Die Ausschlusskriterien der BeZuHG-Studie [52, 61-63] umfassten einen IQ von unter 69, einen stationären Aufenthalt von weniger als drei Tagen (72 Stunden), Patient*innen mit bestehender ambulanter Therapie bzw. mit geplanter rehabilitativer Abschlussbehandlung, sowie Patient*innen, die wieder aufgenommen wurden bzw. aus der Jugendhilfe kamen, sowie mehr als 60 Autofahrtminuten entfernt zur Klinik wohnten und mangelnde Deutschkenntnisse hatten. Auch in der StäB-Studie [4] galt als Ausschlussgrund eine Entfernung zur Klinik von über 30 Autofahrtminuten. In der niederländischen Studie [64] wurden Patient*innen mit einem IQ von unter 70 bzw. mit einem vorangegangenen stationären Aufenthalt von über zwei Wochen von der Studie ausgeschlossen.

Ausschlusskriterien
deutscher und
niederländischer Studien,
z. B.:

zu niedriger IQ,

seltere psychische
Erkrankung,

Selbst- bzw.
Fremdgefährdung,

lebensgefährliche
physische Symptome,

etc.

Ausschlusskriterien der
internationalen Studien,
z. B.:
Autismus

Im US-amerikanischen RCT [55] wurden Kinder und Jugendliche mit suizidalem bzw. fremdgefährdenden Verhalten, Psychosen, Gefahr der Selbstverletzung bzw. Verletzung anderer aufgrund der psychischen Erkrankung eingeschlossen. Ausschlussdiagnose war Autismus. In der kanadischen Studie [56, 57] wurden vor allem Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden emotionalen und Verhaltensstörungen eingeschlossen. Ausschlusskriterien wurden in dieser Studie nicht berichtet.

⁵ In der Publikation Lay et al. 2001 wurde jedoch lediglich die Home-Treatment-Gruppe der NRCTs analysiert.

	Datenerhebungen
t1 Programmbeginn, t2 Entlassung, t3 Nachbeobachtung (4-40 Monate)	In den sechs Home-Treatment-Studien wurden die Daten zu Beginn des Programms (z. B. Zeitpunkt der Randomisierung, t1), am Ende des Home-Treatment-Programms (z. B. bei Entlassung, t2) und/oder am Ende einer bestimmten Nachbeobachtungszeit (min. 4 Monate, max. 40 Monate, t3) erhoben.
	Behandlungszeitraum
Dauer der HT: Ø 1,3-5,25 Monaten	Die durchschnittliche Dauer der Home-Treatment-Programme variierte von 1,3 Monaten [4] bis 5,25 Monate [56, 57].
	Patient*innen-Charakteristika
Mannheimer-NRCT: Daten von insgesamt 85 KiJu zum Therapieende erhoben	Patient*innenanzahl und Drop-outs
	Im Mannheimer-NRCT [6, 54] schieden sechs Patient*innen frühzeitig vor Beendigung des Home-Treatments aus der Studie aus und wurden nicht für den Vergleich von Home-Treatment und stationärer Behandlung herangezogen (vier von den sechs Patient*innen wechselten in die Klinik bzw. zu anderen Institutionen; bei den übrigen zwei Patient*innen brachen die Familien das Home-Treatment frühzeitig ab). Demnach wurden Daten von insgesamt 85 (70 vs. 35) Kindern und Jugendlichen zum Zeitpunkt des Home-Treatment- bzw. stationären Therapieendes erhoben. Fünf davon vollendeten die 12-monatige Nachbeobachtungszeit nicht.
BeZuHG-RCT: 100 Familien eingeschlossen → 92 ausgewertet (51 vs. 41);	Im BeZuHG-RCT [52, 61-63] wurden 164 Kinder und Jugendliche für die Studie zugelassen, 64 Familien (39,0 %) lehnten jedoch aufgrund von Angst vor Stigmatisierung, fehlendem eigenen Veränderungswunsch bzw. dem Wunsch nach Krankenhausentlassung die Teilnahme an der Studie ab. Demnach nahmen 100 Familien teil, wobei Daten von lediglich 92 ausgewertet wurden: 51 in der Home-Treatment-Gruppe und 41 in der stationären Behandlungsgruppe. In der Home-Treatment-Gruppe beendeten drei Patient*innen (5,9 %) die Behandlung nicht, sowie vier Patient*innen (9,8 %) in der stationären Behandlungsgruppe. Zusätzlich wurde ein/e Patient*in aufgrund von fehlerhafter Zuordnung nach der Randomisierung von der Studie ausgeschlossen. Während der achtmonatigen Nachbeobachtungszeit konnten in beiden Gruppen jeweils weitere sieben Familien nicht erreicht werden.
22 Pat. (24,0 %) schieden vor Ende der 8-monatigen Nachbeobachtung aus	
StäB-Beobachtungsstudie: 58 KiJu; 13,8 % brachen HT-Programm frühzeitig ab	Im die StäB-Beobachtungsstudie [4] wurden insgesamt 58 Patient*innen eingeschlossen. Acht von den 58 Patient*innen (13,8 %) vollendeten das StäB-Programm nicht: fünf Kinder und Jugendliche mussten frühzeitig in die Klinik transferiert werden, da das StäB-Programm für sie nicht tragbar war, die drei übrigen Kinder und Jugendlichen brachen das Programm nach zwei bis drei Wochen in gegenseitigem Einverständnis frühzeitig ab.
niederländische Beobachtungsstudie: 112 KiJu; 8 Pat. (7,1 %) frühzeitig ausgeschlossen & für 51 Pat. fehlende Daten	In der niederländischen Beobachtungsstudie [64] wurden insgesamt 112 Jugendliche für das Home-Treatment-Programm rekrutiert. Nach zwei Monaten traten vier Patient*innen frühzeitig aus der Studie aus und für 46 fehlten die Daten. Nach vier Monaten traten weitere vier Patient*innen aus der Studie aus und für weitere fünf Patient*innen fehlten die Daten. Als Gründe für die acht Drop-outs wurden folgende genannt: FSIQ <80 (n=2), Suchtstörung (n=2), Essstörung (n=2), Verhaltensstörung (n=2).
US-amerikanisches RCT: 133 KiJu (57 vs. 56); 3 Drop-outs (2,7 %)	Im US-amerikanischen RCT [55] wurden insgesamt 113 Kinder und Jugendliche inkludiert. 57 Kinder und Jugendliche erhielten das Home-Treatment, die anderen 56 wurden vollstationär behandelt. Insgesamt vollendeten drei Patient*innen (2,7 %) die Behandlungen nicht.

Im kanadischen NRCT [56, 57] wurden insgesamt Daten von 206 Kinder und Jugendlichen analysiert. Von den 206 Kindern und Jugendlichen erhielten 104 intensives Home-Treatment, während die anderen 106 Kinder und Jugendlichen in Heimen behandelt wurden. Es wurden keine Drop-out-Daten berichtet.

kanadisches NRCT:
206 KiJu (104 vs. 106);
Drop-outs: NR

Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status

In den sechs eingeschlossenen Studien lag das durchschnittliche Alter zwischen 9,8 [54] und 15,3 [4] Jahren.

Ø Alter: 9,8 – 15,3 Jahre

Die US-amerikanische und kanadische Studie inkludierten durchschnittlich mehr Buben als Mädchen (durchschnittliche Verteilung: 68,0 vs. 32,0 %) [4, 55-57], während die BeZuHG-Studie durchschnittlich mehr Mädchen einschloss (69,0 vs. 34,0 %) [52, 61-63]. In der Mannheimer und StäB-Studie [4, 6, 54] sowie in der niederländischen Studie [64] war das Geschlechterverhältnis zwischen den Studiengruppen relativ ausgeglichen.

**in der Hälfte der Studien
Geschlechterverhältnis
relativ ausgeglichen**

In der Mannheimer und kanadischen Studie [6, 54, 56, 57] hatte der Großteil der teilnehmenden Familien (durchschnittlich 73,0 %) einen niedrigeren sozioökonomischen Status. In der US-amerikanischen Studie und in der BeZuHG-Studie [61] wurden keine auswertbaren Daten zum sozioökonomischen Status berichtet und der niederländischen und der deutschen StäB-Studie [4] wurden gar keine Daten zum sozioökonomischen Status angegeben.

**in 2 Studien Großteil der
Familien mit niedrigerem
sozioökonomischen Status**

Hauptdiagnosen zu Studienbeginn

Folgende Diagnosegruppen waren zum Studienbeginn in den sechs inkludierten Studien am häufigsten vertreten⁶:

- F30-F39: Affektive Störungen (z. B. Depressionen),
- F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Angststörungen, Zwangsstörungen),
- F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (z. B. Essstörungen),
- F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z. B. Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen).

**die häufigsten
Diagnosen:
Affektive Störungen,
Angst- bzw.
Zwangsstörungen,
Essstörungen, etc.**

Vorherige Behandlungen

Zu den Behandlungen, die bereits vor Studienbeginn in den sechs Studien durchgeführt worden waren, zählten unter anderem:

**Behandlungen vor
Programmbeginn, z. B.:
ambulante/stationäre
Behandlungen,
Medikation,
Kriseninterventionen**

- psychiatrische Behandlungen (ambulant & stationär),
- psychopharmakologische Medikation,
- Kriseninterventionen (stationär).

In der kanadischen Studie [56, 57] lagen keine Informationen zu den vorherigen Behandlungen vor.

⁶ Aufgrund der unterschiedlichen Darstellung der Diagnosen in den Studien können die Ergebnisse lediglich narrativ ohne Prozentangaben dargestellt werden.

Risk of Bias Assessment

RoB-Assessments mit unterschiedlichen Tools abhängig vom Studiendesign:	Die RoB-Bewertungen sind im Appendix (Tabelle 9.3-1, Tabelle 9.3-2 und Tabelle 9.3-3) dargestellt.
US-amerikanisches RCT mit hohem RoB;	Das US-amerikanische RCT [55] wurde mit einem hohen RoB eingestuft. Die Hauptgründe für die Herabstufung der Studienqualität waren fehlende Informationen zu einer adäquaten Randomisierungssequenz, Verblindung der Studiengruppenzuteilung, sowie zu den Baseline-Charakteristika in beiden Studienarmen und die fehlende Verblindung des Personals, das die Daten auswertete. Zwei Publikationen zum deutschen BeZuHG-RCT [61, 62] wurden mit einem moderatem RoB eingestuft und zwei weitere [52, 63] mit einem hohen RoB. Die Hauptgründe für die Herabstufung der Studienqualität waren eine selektive Ergebnisberichterstattung (z. B. selektive Berichterstattung signifikanter Ergebnisse [63]), sowie mögliche Störfaktoren (z. B. vor allem jene Familien besuchten die Angebote an der Klinik, deren Wohnort nicht weiter als 30 Autofahrminuten von der Klinik entfernt war; unterschiedliche Dauer des stationären Aufenthaltes vor Beginn des BeZuHG-Programms [52, 61-63]). Darüber hinaus handelte es sich bei einer Publikation zum BeZuHG-RCT um eine retrospektive Analyse der Daten [63]. Generell wurde im BeZuHG-RCT keine Intention-to-treat (ITT)-Analyse durchgeführt, was ebenfalls in die Studienqualitätsbewertung miteingeflossen ist.
2 Publikationen zum BeZuHG-RCT mit moderatem RoB & 2 weitere mit hohem RoB eingestuft	
NRCT zum Mannheimer HT-Modell mit moderatem RoB;	Das Mannheimer-NRCT [6, 54] wurde mit einem moderaten RoB bewertet. Hauptgründe für die Einschätzung des RoB waren zeitlich variierende Störfaktoren (z. B. wurde in der ersten Studienhälfte die Intervention von spezialisiertem Pflegepersonal und in der zweiten Hälfte von fortgeschrittenen Medizinstudent*innen durchgeführt) und die nur teilweise Verblindung der Begutachter*innen der Studienergebnisse. Das kanadische NRCT [56, 57] wurde mit einem schwerwiegenden RoB bewertet. Die Haupt Gründe für die Herabstufung der Studienqualität waren unterschiedliche Baseline-Charakteristika zwischen den Studiengruppen (z. B. Funktionalität zum Studienstart in der Heimgruppe schlechter), keine Berichterstattung der Patient*innen, die während der Nachbeobachtung ausschieden, Ausschluss der Patient*innen mit fehlenden und selektiven Daten (z. B. Subskalendaten waren nicht für alle Patient*innen gegeben).
NRCT zum kanadischen HT-Modell mit schwerwiegendem RoB eingestuft	
niederländische Beobachtungsstudie und Beobachtungsstudie zum StäB-Programm mit hohem RoB eingestuft	Die Studienqualität der prospektiven niederländischen Beobachtungsstudie [64] wurde mit einem hohen RoB eingestuft. Gründe für die Herabstufung der Studienqualität waren die mangelhafte Beschreibung ausgewählter Patient*innen-Charakteristika – es wurden lediglich das Geschlecht, Alter und die Diagnose(n) beschrieben, nicht aber Details der Intervention (z. B. keine Angaben zur Häufigkeit der Sitzungen) – und das Fehlen von Nachbeobachtungen. Ebenso wurde die retrospektive Beobachtungsstudie zum StäB-Programm [4] mit einem hohen RoB eingestuft. Die Haupt Gründe dafür waren der retrospektive Studiencharakter und dass keine Wirksamkeitsendpunkte erhoben wurden, sondern es sich vielmehr um eine Machbarkeitsanalyse des Programms handelte.

5.2.2 Wirksamkeit der Home-Treatment-Modelle

Für die Analyse der Wirksamkeit der sechs eingeschlossenen Home-Treatment-Modelle wurden alle sechs Studien (zwei RCTs, zwei NRCTs, zwei Beobachtungsstudien), beschrieben in elf Publikationen, herangezogen. In den Publikationen wurden insgesamt vier generische Wirksamkeitsendpunkte erhoben:

- *Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und des Funktionsniveaus:* mit unterschiedlichen standardisierten und nicht standardisierten Messinstrumenten erhoben.
- *Hospitalisierung:* umfasst die Gesamtsumme an Krankenhaustagen sowie die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer.
- *Zufriedenheit mit der Behandlung:* mit unterschiedlichen nicht standardisierten Fragebögen erhoben.
- *Notwendigkeit weiterer Behandlungen:* umfasst alle nach Therapieende durchgeführten stationären, ambulanten, niedergelassenen oder aufsuchenden Behandlungen.

4 generische
Wirksamkeitsendpunkte
in den 11 Publikationen zu
6 HT-Modellen erhoben:

Symptomatik inkl.
Funktionsniveau &
psychosoziales Verhalten;
Hospitalisierung;

Behandlungszufriedenheit;

nötige weitere
Behandlungen

Im Folgenden werden die einzelnen Messinstrumente erläutert.

Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und des Funktionsniveaus

Der Wirksamkeitsendpunkt „Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und des Funktionsniveaus“ wurde im BeZuHG-RCT [61, 63], im NRCT zum Mannheimer Home-Treatment-Modell [6, 54], im NRCT zum kanadischen Home-Treatment-Modell [56, 57] und in der prospektiven niederländischen Beobachtungsstudie [64] mit Hilfe unterschiedlicher standardisierter und validierter Messinstrumente erhoben:

- Das **Mannheimer-Elterninterview (MEI)** erfasst die *Veränderung der psychopathologischen Symptome*. Bei dem strukturierten Interview werden über 38 Symptome erfragt. Jedes Symptom muss dabei bewertet werden: 0 = nicht vorhanden, 1 = moderat, 2 = schwerwiegend. Beispiel der Auswertung: Ein Score von 11,9 bedeutet, dass Kinder und Jugendliche sechs schwerwiegende Symptome oder zwölf moderate Symptome aufweisen (Interview erhoben in [6, 54]).
- Mittels der **Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (Ho-NOSCA)** beurteilen Therapeut*innen die *psychosoziale Belastung* bei Kindern und Jugendlichen; **Teil A** [13 Items – 4 Kategorien: (1) Beeinträchtigungen des Verhaltens, (2) Beeinträchtigungen der sprachlichen/schulischen Fähigkeiten, (3) symptomatische Beeinträchtigungen, (4) soziale Beeinträchtigungen; Gesamtscore 52 Punkte → höhere Scores bedeuten schwerwiegendere Probleme]; **Teil B** [zwei Skalen zur Erfassung des Mangels an elterlicher Kenntnis über die Art der Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen und des Mangels an Information/Handhabung des Kindes/Jugendlichen: 0 = kein Problem bis 4 = schwerwiegendes bis sehr schweres Problem] (erhoben in [61, 63, 64]).
- Die **Children Global Assessment of Functioning Scale (CGAS)** erfasst mittels Fremdeinschätzungen der Therapeut*innen das *psychosoziale Funktionsniveau* von Kindern und Jugendlichen. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Einschränkungen werden nicht einbezogen. Die Skala reicht von 1-100, wobei hohe Werte auf ein besseres Funktionsniveau hinweisen (erhoben in [61]).

Endpunkt Veränderung
der Symptomatik in 1 RCT,
2 NRCTs &
1 Beobachtungsstudie
erhoben:

MEI:
höhere Scores =
schwerwiegendere
psychopathologische
Symptome

HoNOSCA:
höhere Scores = größere
psychosoziale Belastung

CGAS:
höhere Scores = besseres
Funktionsniveau

adaptierte CGAS: höhere Scores = bessere psychosoziale Anpassung	■ Die adaptierte Version der CGAS von Schaffer et al. erfasst die <i>psycho-soziale Anpassung</i> mit Hilfe einer 10-Punkte-Rating-Skala: 1 = kontinuierliche Betreuung und Aufsicht notwendig, 10 = exzellente Funktion in allen Bereichen (erhoben in [6, 54]).
CIS: höhere Scores = stärkere psychosoziale Beeinträchtigung	■ Die Columbia Impairment Scale (CIS) dient der Selbst- oder Fremdeinschätzung der <i>psychosozialen Beeinträchtigung</i> von Kindern und Jugendlichen zwischen fünf und 17 Jahren und umfasst 13 Items zu vier Dimensionen: (1) zwischenmenschliche Beziehungen, (2) psychopathologische Dimensionen, (3) Schul-/Arbeitsverhalten und (4) Freizeitverhalten. Jedes Item kann mit 0 = keine Probleme bis 4 = sehr große Probleme bewertet werden. Der Gesamtscore reicht von 0-52, wobei höhere Werte, eine höhere Beeinträchtigung bedeuten. Eine psychosoziale Auffälligkeit ist ab einem Score von über 15 gegeben (erhoben in [61, 63]).
SDQ: höhere Scores = höhere Verhaltensauffälligkeit	■ Das Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) dient der Selbst- bzw. Fremdeinschätzung von <i>Stärken und Problemberichen im Verhalten</i> von Kindern und Jugendlichen zwischen vier und 16 Jahren und umfasst fünf Einzelskalen: (1) emotionale Probleme, (2) Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, (3) ADHS, (4) Verhaltensauffälligkeiten, (5) prosoziales Verhalten. Die Skala kann mit 0 = nicht zutreffend bis 2 = eindeutig zutreffend beantwortet werden. Der Gesamtwert kann zwischen 0-40 Punkten liegen, wobei höhere Werte mit einer höheren Auffälligkeit einhergehen (erhoben in [61, 63])
CAFAS: höhere Scores = größere Beeinträchtigung	■ Die Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) erfasst die <i>Beeinträchtigungen im Alltag</i> anhand von acht Subskalen: (1) Performance in der Schule/Arbeit, (2) Performance zuhause, (3) Performance in der Gemeinschaft, (4) Verhalten gegenüber anderen, (5) Emotionen, (6) selbstverletzendes Verhalten, (7) Substanzgebrauch und (8) kognitive Schwierigkeiten. Jede Subskala kann dabei in Abhängigkeit vom Grad der Dysfunktion einen Score von 0, 10, 20, oder 30 erreichen. Ein Score von über 20 gilt als Indikation für eine moderate bis schwere Beeinträchtigung in der jeweiligen Subskala. Eine klinisch signifikante Veränderung besteht bei einer Reduktion um 20 Punkte (erhoben in [56, 57]).
BCFPI: Score von >70 = Indikation für eine schwerwiegende Störung	■ Das Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) erfasst die <i>Schwere der Symptome von drei Externalisierungsstörungen</i> (ADHS, Kooperationsfähigkeit und Verhaltensstörung) und <i>fünf Internalisierungsstörungen</i> (Trennungsangststörung, sonstige Angststörungen, allgemeine Stimmung, sowie die Funktion der Kinder und Jugendlichen z. B. soziale Beteiligung, Beziehungsqualität, Teilnahme in der Schule und Erfolge, sowie die Auswirkung auf die Familie z. B. soziale Aktivitäten). Ein Score von über 70 gilt als Indikation für eine schwerwiegende Störung (Interview erhoben in [56, 57]).
zusätzlich nicht standardisierte Instrumente eingesetzt	Im RCT zum BeZuHG-Modell [62] und im NRCT zum Mannheimer Home-Treatment-Modell [6, 54] wurden zusätzlich nicht standardisierte Instrumente für die Erhebung der Veränderung des Funktionsniveaus und des psychosozialen Verhaltens herangezogen.

Ergebnisse der standardisierten und validierten Messinstrumente

Mannheimer-Elterninterview (MEI)

Die MEI-Ergebnisse des Mannheimer-NRCT [6, 54] zeigten, dass sowohl in der Home-Treatment-Gruppe, als auch in der Kontrollgruppe (stationärer Aufenthalt) Verbesserungen erreicht wurden. So hatten in der Home-Treatment-Gruppe am Beginn der Studie mehr als die Hälfte der Patient*innen einen Score von zehn bis 19 [$n=27$ (54,0 %)], während am Ende des Home-Treatments (t2) zwei Drittel einen Score von ≤ 9 aufwiesen [$n=34,0$ (68,0 %)] [54]. Auch die Anzahl der Patient*innen mit sehr hohen Scores ≥ 20 ging während des Home-Treatments zurück [5 (10,0 %) vs. 2 (4,0 %)] [54]. Allerdings konnte in der stationären Behandlungsgruppe ein statistisch signifikant größerer Rückgang der MEI-Scores beobachtet werden (durchschnittliche Scores t1-t2: 12,0 – 8,0 vs. 14,8 – 6,2; $p<0,001$) [6]. Nach 12 Monaten Nachbeobachtungszeit (t3) wurde umgekehrt in der Home-Treatment-Gruppe ein weiterer Rückgang der MEI-Scores festgestellt (durchschnittliche Scores t2-t3: 8,0 – 4,6), während die Scores in der stationären Behandlungsgruppe nach zwölf Monaten wieder leicht angestiegen waren (6,2 – 7,5) [6]. Dieser Unterschied zwischen den zwei Studiengruppen war statistisch signifikant ($p<0,001$) [6].

Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)

Eine Publikation zum BeZuHG-RCT [63] zeigte eine Verbesserung im HoNOSCA Teil A-Score im Laufe des Home-Treatments (durchschnittliche Scores t1-t2: 17,0 – 10,94). Der Rückgang war jedoch in der stationären Behandlungsgruppe größer (16,85 – 8,52) [63]. Nach acht Monaten Nachbeobachtungszeit (t3) konnte in der Home-Treatment-Gruppe ein weiterer Rückgang der Scores festgestellt werden (durchschnittliche Scores t2-t3: 10,94 – 8,98), während die Scores in der stationären Behandlungsgruppe wieder leicht angestiegen waren (8,52 – 9,29) [63]. Die statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen den Studiengruppen wurde nicht berichtet. Bei Auswertung der HoNOSCA Teil B-Scores war zu erkennen, dass sich die psychosoziale Belastung in beiden Studiengruppen von Beginn der Studie bis zum Ende der achtmonatigen Nachbeobachtung stetig verbesserte, der Score am Ende der achtmonatigen Nachbeobachtungszeit jedoch in der Home-Treatment-Gruppe niedriger (und somit besser; durchschnittliche Scores t1-t2-t3: 4,84 – 1,90 – 0,74) als in der stationären Behandlungsgruppe (4,90 – 2,07 – 1,14) war [63]. Die statistische Signifikanz des Unterschiedes wurde nicht berichtet. Darüber hinaus ergaben die Subgruppenanalysen in der Home-Treatment-Gruppe keinen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich der Verbesserung der psychosozialen Belastung zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen (Teil A: $p=0,357$; Teil B: $p=0,373$), und zwischen Mädchen und Buben (Teil A: $p=0,70$; Teil B $p=0,083$) [63].

Die niederländische prospektive Beobachtungsstudie [64] ergab, dass sich nach Start des Home-Treatment-Programms innerhalb der ersten zwei Monate (t2) das psychosoziale Verhalten statistisch signifikant verbesserte (durchschnittliche Scores t1-t2: 4,02 – 2,47; $p<0,001$), die sprachlichen und körperlichen Einschränkungen statistisch signifikant zurückgingen (1,00 – 0,42; $p<0,001$), die Symptome sich statistisch signifikant verbesserten (5,00 – 3,21; $p<0,001$) und die sozialen Beeinträchtigungen statistisch signifikant geringer wurden (8,80 – 6,29; $p<0,001$) [64]. Nach vier Monaten (t3) verbesserten sich jedoch lediglich die sprachlichen und körperlichen Beeinträchtigungen (durchschnittliche Scores t2-t3: 0,89 – 0,34; $p=\text{nicht statistisch signifikant}$), während das psychosoziale Verhalten (1,28 – 2,00; $p<0,01$), die Symptome (1,69 – 2,06; $p<0,01$) und die soziale Beeinträchtigung (2,07 – 5,00; $p<0,01$)

MEI:

1 NRCT:

t2: niedrigere MEI-Scores
→ Verbesserung der Symptome (jedoch statistisch signifikant [s.s.] stärkere Verbesserung in stationärer Gruppe [stat.-Gruppe])

t3: weiterer s.s. Rückgang lediglich in HT-Gruppe

HoNOSCA:

1 RCT:

t2: stärkere Verbesserung der psychosozialen Belastung in stat.-Gruppe ($p=?$);

t3: stärkere Verbesserung in der HT-Gruppe ($p=?$)

1 Beobachtungsstudie:

t2: s.s. Verbesserung bei Verhalten, Symptome, sprachlicher/körperlicher Beschwerden & sozialen Beeinträchtigungen

t3: leichte Verschlechterung, jedoch nicht unter Ausgangswert

wieder statistisch signifikant schlechter wurden [64]. Verglichen zum Ausgangswert am Beginn des Home-Treatments konnten jedoch in allen Subscores (Verhalten, Beeinträchtigung, Symptome, Sozial) statistisch signifikante Verbesserungen auch nach vier Monaten beibehalten werden ($p<0,001$). Auch der Gesamtscore weiß eine statistisch signifikante Verbesserung der Symptomatik innerhalb der viermonatigen Studienzeit auf (18,82 – 13,03 – 9,40; $p<0,001$) [64].

Children Global Assessment of Functioning Scale (CGAS)

CGAS:

1 RCT:

t1-t2: Verbesserung des Funktionsniveaus in HT-Gruppe größer ($p=?$)

adaptierte CGAS:

1 NRCT:

t2: Verbesserung der psychosozialen Anpassung in stat.-Gruppe s.s. größer,

t3: s.s. Verbesserung nur in HT-Gruppe

Eine Publikation zum BeZuHG-RCT [61] ergab eine größere Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus in der Home-Treatment-Gruppe als in der stationären Behandlungsgruppe nach Abschluss der Therapie (durchschnittliche Differenz t1-t2: 26,6 vs. 24,0). Die statistische Signifikanz dieses Unterschieds wurde in der Studie nicht berichtet [61].

Adaptierte Version der CGAS von Schaffer et al

Das NRCT zum Mannheimer Home-Treatment-Modell ergab, dass sich die psychosoziale Anpassung der Kinder und Jugendlichen am Ende der Behandlung (t2) in der stationären Behandlungsgruppe statistisch signifikant stärker verbesserte als in der Home-Treatment-Gruppe (durchschnittliche Scores t1-t2: 4,5 – 5,8 vs. 4,5 – 6,3; $p>0,005$) [6]. Nach Beendigung der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit (t3) war jedoch eine Verbesserung der psychosozialen Anpassung lediglich in der Home-Treatment-Gruppe gegeben, während sie sich in der stationären Behandlungsgruppe wieder etwas verschlechterte (durchschnittliche Scores t2-t3: 5,8 – 6,3 vs. 6,3 – 6,0; $p<0,004$) [6, 54]. Bei den Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen der Home-Treatment- bzw. stationären Behandlungsgruppe war eine Verbesserung der psychosozialen Anpassung nach der Behandlung zu beobachten [54].

Columbia Impairment Scale (CIS)

CIS:

1 RCT: t2:

Selbst- & Fremdeinschätzung: keinen s.s. Unterschied bzgl. psychosozialer Beeinträchtigung

s.s. stärkere Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung bei Jungen & internalisierenden Störungen in HT-Gruppe

In einer Publikation zum BeZuHG-RCT [63] ergab die Selbst- und Fremdeinschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung der Kinder und Jugendlichen zwischen fünf und 17 Jahren keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Home-Treatment-Gruppe und der stationären Behandlungsgruppe nach Beendigung der Behandlung (t2). In Bezug auf die Subskala „Probleme in der Arbeit/Schule“ ergab die Selbsteinschätzung der Patient*innen des BeZuHG-RCTs eine statistisch signifikante Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung nach Therapieende in beiden Studienarmen ($p=0,031$ bzw. $p=0,001$) [63]. Zudem verbesserte sich die psychosoziale Beeinträchtigung in der Home-Treatment-Gruppe bei Patient*innen mit internalisierenden Störungen stärker als bei Patient*innen mit externalisierenden Störungen (durchschnittliche Scores t1-t2: 19,83 – 16,00 vs. 18,25 – 15,89) [63]. Auch in der stationären Behandlungsgruppe verbesserten sich die psychosozialen Beeinträchtigungen bei den Patient*innen mit internalisierenden Störungen stärker (21,06 – 18,00 vs. 23,53 – 16,50) [63]. Die statistische Signifikanz dieser Unterschiede wurde nicht berichtet. Darüber hinaus erreichten sowohl in der Home-Treatment-Gruppe als auch in der stationären Behandlungsgruppe die Buben eine statistisch signifikant stärkere Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung nach Therapieende als die Mädchen ($p=0,009$ bzw. $p=0,033$) [63].

Wie auch bei den Selbsteinschätzungen, gab es bei den Fremdeinschätzungen durch die Eltern in beiden Studienarmen für die Subskala „Probleme in der Schule/Arbeit“ eine statistisch signifikante Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung nach dem Therapieende ($t2: p=0,032$ bzw. $p<0,001$) [63]. Zudem ergaben die Elterneinschätzungen, dass sich die psychosoziale Beeinträchtigung der Kinder und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen in der Home-Treatment-Gruppe nach Abschluss der Behandlungen verbesserte, während es bei den Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden Störungen kaum eine Veränderung im Vergleich zum Studienbeginn gab (durchschnittliche Scores $t1-t2: 30,94 - 23,75$ vs. $24,30 - 24,35$) [63]. Der Unterschied zwischen den Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden und externalisierenden Störungen war jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0,419$). Darüber hinaus wurde für die Home-Treatment-Gruppe kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Buben durch die Elternbewertung festgestellt ($p=0,677$) [63]. In der Gruppe der stationär behandelten Patient*innen war bei den Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen eine statistisch signifikant stärkere Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung zu erkennen als bei den Patient*innen mit internalisierenden Störungen ($29,50 - 20,56$ vs. $28,00 - 26,23$; $p=0,041$) [63].

Zusammenfassend zeigte Die Publikation zum BeZuHG-RCT auf, dass Kinder ihre Beeinträchtigungen geringer einschätzten als Eltern bzw. Jugendliche, während Jugendliche und Eltern ähnliche Einschätzungen zu den Beeinträchtigungen hatten [63].

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Eine Publikation zum BeZuHG-RCT [61] ergab, dass die von den Kindern und Jugendlichen selbsteingeschätzte Veränderung im Verhalten vom Beginn bis zum Ende der Therapie in beiden Studiengruppen nicht statistisch signifikant war (durchschnittliche Differenz $t1-t2: 1,42$; $p=0,219$ vs. $0,33$; $p=0,841$), während die fremdeingeschätzte Veränderung in beiden Studiengruppen statistisch signifikant war ($1,82$; $p=0,020$ vs. $5,00$; $p=0,006$) [61]. Darüber hinaus ergab die Selbst- und Fremdeinschätzung keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Home-Treatment-Gruppe und stationären Behandlungsgruppe nach Beendigung der Behandlung ($t2$).

Eine weitere Publikation zum BeZuHG-RCT [63] zeigte auf Basis der Selbsteinschätzungen der Patient*innen, dass sich die Probleme im Verhalten bei internalisierenden Störungen in der Home-Treatment-Gruppe statistisch signifikant stärker verbesserten als bei Patient*innen mit externalisierenden Störungen (durchschnittliche Scores $t1-t2: 15,48 - 13,21$ vs. $19,33 - 18,00$; $p=0,005$) [63]. Auch in der stationären Behandlungsgruppe verbesserten sich die Problembereiche der Patient*innen mit internalisierenden Störungen, während sie sich bei Patient*innen mit externalisierenden Störungen bis zum Ende der Behandlung leicht verschlechterten ($15,06 - 16,36$ vs. $17,42 - 12,93$; $p=NA$) [63]. Zudem erreichten in der Home-Treatment-Gruppe die Buben eine statistisch signifikant höhere Verbesserung ihrer Verhaltensprobleme als die Mädchen ($p<0,001$) [63].

Die Auswertungen der Fremdeinschätzungen ergaben hingegen für die Home-Treatment-Gruppe eine etwas stärkere Verbesserung der Verhaltensprobleme der Kinder und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen als bei Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden Störungen ($18,80 - 16,80$ vs. $16,00 - 14,35$) [63]. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant ($p=0,640$). Dasselbe galt auch für die stationäre Behandlungsgruppe ($19,13 - 15,85$ vs. $16,50 - 14,91$; $p=nicht berichtet$) [63].

Fremdeinschätzung:
Subskala „Schule/Arbeit“:
s.s. Verbesserung
der psychosozialen
Beeinträchtigung in beiden
Studienarmen;

stat.-Gruppe:
s.s. stärkere Verbesserung
der psychosozialen
Beeinträchtigung bei
externalisierenden
Störungen

Selbsteinschätzung
der Ki positiver als die
der Ju oder der Eltern

SDQ:
1 RCT:

t2: kein s.s. Unterschied
zwischen Studiengruppen
bzgl. Stärken & Problem-
bereichen im Verhalten

Selbsteinschätzung
HT-Gruppe: s.s. stärkere
Verbesserung der
Probleme im Verhalten
bei internalisierenden
Störungen & bei Jungen

Fremdeinschätzung
HT-Gruppe und Station:
stärkere Verbesserung der
Verhaltensprobleme bei
externalisierenden
Störungen (nicht s.s.)

	<i>Child and Adolescents Functional Assessment Scale (CAFAS)</i>
CAFAS: 1 NRCT:	Das kanadische NRCT [56, 57] zeigte auf, dass sich die Beeinträchtigungen im Alltag bei den Kindern und Jugendlichen, die in Heimen behandelt wurden, etwas stärker verbesserten als bei den Kindern und Jugendlichen, die das Home-Treatment-Programm absolvierten (durchschnittliche Scores t1-t2: 85,49 – 50,36 vs. 112,88 – 67,88) [56, 57]. Es bleibt jedoch unklar ob der Unterschied statistisch signifikant ist. Derselbe Effekt wurde auch für die Subskalen „Schule/Arbeit“, „Zuhause“, „soziale Gemeinschaft“, „Verhalten zu anderen“, „Selbstverletzung“ und „kognitive Schwierigkeiten“ gezeigt. Lediglich für die Subskalen „Emotion“ und „Substanzkonsum“ war die Verbesserung bei den Kindern und Jugendlichen, die das Home-Treatment-Programm absolvierten stärker. Die statistische Signifikanz des Unterschieds wurde jedoch nicht berichtet [56, 57].
Heim: stärkere Verbesserung der Beeinträchtigungen im Alltag (p=?)	
HT-Gruppe: stärkere Verbesserung bei den Subskalen „Emotion“ & „Substanzkonsum“ (p=?)	
BCFPI: 1 NRCT:	<i>Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI)</i>
t3 & t4: stärkere Verbesserung der ADHS-Symptome & Kooperationsfähigkeit in Heimgruppe (p=?)	Im kanadischen NRCT [56, 57] zeigten die Auswertungen des BCFPI-Interviews, dass sich ADHS-Symptome vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur 12-18-monatigen Nachbeobachtung (t3) in der Heimgruppe stärker verbesserten als in der Home-Treatment-Gruppe (durchschnittliche Scores t1-t3: 73,18 – 70,39 vs. 74,27 – 68,50) [56, 57]. Auch nach 36 bis 40 Monaten Nachbeobachtungszeit (t4) waren die Scores in der Heimgruppe niedriger, jedoch etwas erhöht im Vergleich zur ersten Nachbeobachtung. Ähnliches zeigte sich auch für die Kooperationsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen, welche sich sowohl nach 12 bis 18 Monaten als auch nach 36 bis 40 Monaten in der Heimgruppe stärker verbesserten als in der Home-Treatment-Gruppe (durchschnittliche Scores t1-t3-t4: 87,66 – 73,82 – 68,63 vs. 76,93 – 68,94 – 67,78) [56, 57]. In Bezug auf die Veränderung der Verhaltensstörungen war zu beobachten, dass sich diese in beiden Studiengruppen ähnlich verbesserte. Die allgemeine Stimmung der Kinder und Jugendlichen verbesserte sich innerhalb der ersten 12 bis 18 Monate in beiden Studiengruppen zirka gleich (durchschnittliche Scores t1-t3: 74,47 – 65,59 vs. 74,28 – 65,73), während sie sich nach 36 bis 40 Monaten stärker in der Heimgruppe verbesserte (durchschnittliche Scores t4: 62,45 vs. 60,62) [56, 57]. Im Gegensatz dazu verbesserte sich die Trennungsangststörungen etwas stärker in der Home-Treatment-Gruppe als in der Heimgruppe. In Bezug auf sonstige Angststörungen konnte durch das Home-Treatment eine Verbesserung sowohl nach 12-18 Monaten als auch nach 36 bis 40 Monaten erreicht werden (durchschnittliche Scores t1-t3-t4: 61,25 – 60,17 – 59,66), während sich die Subskala „sonstige Angststörungen“ in der Heimgruppe über die Monate hinweg etwas verschlechterte (57,84 – 58,82 – 59,23) [56, 57]. Der Gesamtscore zeigte eine ähnliche Verbesserung der Symptomatik nach 12 bis 18 Monaten und nach 36 bis 40 Monaten in beiden Studiengruppen (79,28 – 72,91 – 70,59 vs. 78,68 – 70,78 – 68,99). Für keine der Auswertungen wurde die statistische Signifikanz berichtet [56, 57].
t4: stärkere Verbesserung der allgemeinen Stimmung in Heimgruppe (p=?)	
t3 & t4: stärkere Verbesserung bzgl. Angst in der HT-Gruppe (p=?)	
t3 & t4: Gesamtscore: ähnliche Verbesserungen in beiden Studien gruppen (p=?)	
nicht standardisierte Instrumente: 1 RCT: t2:	Erhebungen mit nicht standardisierten Instrumenten
Verbesserung der Kommunikation, der Familienverhältnisse des Problemverständnisses, ...	In einer Publikation zum BeZuHG-RCT [62] wurde ein nicht standardisiertes Interview zur Erhebung der <i>Veränderung des psychosozialen Umfeldes</i> durchgeführt. Achtunddreißig Prozent in der Home-Treatment-Gruppe (14 Eltern und 16 Jugendliche) bzw. 29,2 Prozent (neun Eltern und zehn Jugendliche) in der stationären Behandlungsgruppe gaben an, dass sich die Kommunikation bzw. das Verhältnis innerhalb der Familie nach Abschluss der Behandlung (t2) verbesserte. Ein verbessertes Problemverständnis wurde in 25,3 Prozent (16 Eltern und vier Jugendliche) bzw. in 21,5 Prozent (zehn Eltern und

vier Jugendliche) erreicht. Auch eine Verbesserung der elterlichen Kompetenzen konnte häufiger in der Home-Treatment-Gruppe beobachtet werden (11,6 % vs. 5,7 %), wohingegen persönliche Veränderungen vermehrt in der stationären Behandlungsgruppe wahrgenommen waren (11,3 % [vier Eltern und fünf Jugendliche] vs. 21,5 % [acht Eltern und sechs Jugendliche]). Dreieinhalb Prozent der Home-Treatment-Gruppe (13 Eltern und 13 Jugendliche) und 33,8 Prozent der stationären Behandlungsgruppe (zwölf Eltern und zehn Jugendliche) gaben an, dass es zu keinen Veränderungen durch die Behandlungen gekommen war. Bei 2,7 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die das Home-Treatment absolvierten, wurde eine Verschlechterung des Zustandes wahrgenommen. In der Publikation wurden keine Angaben gemacht, ob die Unterschiede statistisch signifikant waren [62].

Im NRCT zum Mannheimer Home-Treatment-Modell [6, 54] wurde das *psychosoziale Funktionsniveau* der Kinder und Jugendlichen auch mit nicht standardisierten Skalen erhoben. Die Auswertung einer 7-Likert-Skala⁷ ergab eine leichte Verbesserung der psychosozialen Funktion (Fremdbewertung durch die Eltern) in der stationären Behandlungsgruppe zwischen Therapieende und zwölf Monaten Nachbeobachtungszeit (durchschnittliche Scores t1-t2-t3: 3,4 – 4,2 – 4,0), während sich die psychosoziale Funktion in der Home-Treatment-Gruppe von Studienbeginn bis zum Ende der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit stetig leicht verschlechterte (3,8 – 4,2 – 4,4). Der Unterschied zwischen den Studiengruppen war zu keinem Zeitpunkt statistisch signifikant (t1-t3: p=0,10; t2-t3: p=0,32) [6, 54]. Bei der Subskala „schulische Performance“ war in beiden Studiengruppen eine Verschlechterung zum Ende der Behandlung mit einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Studiengruppen (durchschnittliche Scores t1-t2-t3: 4,7 – 4,8 – 5,0 vs. 4,3 – 4,9 – 4,8; t2: p=0,002), sowie für die Subskala „Peer-Groups“ (4,0 – 4,3 – 4,6 vs. 3,9 – 4,5 – 4,4) mit keinem statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Erhebungszeitpunkten (t1-t2: p=0,25, t2-t3: p=0,12) zu erkennen [6, 54]. Die beiden Subskalen „Freizeitinteressen“ und „Autonomie der Kinder und Jugendlichen“ verschlechterte sich in beiden Studiengruppen bis zum Ende der 12-monatigen Nachbeobachtungszeit, die Unterschiede waren jedoch zu keinem Erhebungszeitpunkt statistisch signifikant (Freizeitinteresse: 3,8 – 4,2 – 4,4 vs. 3,5 – 3,9 – 4,1; p=0,19, p=0,17; Autonomie: 4,5 – 4,8 – 5,1 vs. 4,6 – 5,0 – 5,1; p=0,27, p=0,62) [6, 54].

In einer weiteren nicht standardisierten Bewertung wurde im Mannheimer-NRCT [6, 54] die *Verhaltensänderungen* erhoben. Die Selbstbewertung der Patient*innen ergab dabei einen statistisch signifikant niedrigeren Score – gleichbedeutend mit einer stärkeren Verbesserung – nach Beendigungen der Therapien in der Home-Treatment-Gruppe verglichen zur stationären Behandlungsgruppe (durchschnittliche Scores t2: 4,2 vs. 4,5; p=0,03) [6, 54]. Denselben Effekt ergaben die Fremdbeurteilungen durch die Eltern bzw. Therapeut*innen (Eltern: 4,2 vs. 4,5; p=0,03; Therapeut*innen: 4,3 vs. 4,5; p=0,05) [6, 54]. Diese zeigten zudem eine nicht statistisch signifikante Verbesserung nach zwölf Monaten in der Home-Treatment-Gruppe (durchschnittliche Scores t3: Eltern: 3,7 vs. 3,1; p=0,11; Therapeut*innen: 3,6 vs. 3,2; p=0,16) [6, 54].

... der elterlichen
Kompetenzen häufiger
in HT-Gruppe

persönliche
Veränderungen
häufiger in stat.-Gruppe
(p=?)

1 NRCT:

t3: Fremdbewertung:
HT-Gruppe leichte
Verschlechterung der
psychosozialen Funktion
(nicht s.s.)

t3: leichte
Verschlechterung der
schulischen Performance
& Autonomie in beiden
Gruppen (nicht s.s.)

Selbst- &
Fremdeinschätzung:
t2: s.s. stärkere
Verbesserung des
Verhaltens in HT-Gruppe

⁷ Höhere Scores deuten auf eine Verschlechterung des Endpunktes hin.

**Selbsteinschätzung:
starke Verbesserungen
häufiger bei
internalisierenden
Störungen;**

**in 2,2 % der
externalisierenden
Störungen:
starke Verschlechterung
des Verhaltens**

**Einschätzung Eltern:
starke & moderate
Verbesserungen des
Verhaltens häufiger bei
externalisierenden
Störungen;**

**Einschätzung
Therapeut*innen:
starke Verbesserung des
Verhaltens häufiger bei
internalisierenden
Störungen (p=?)**

**selbst = Einschätzung
Therapeut*innen;
selbst ≠ Elterneinschätzung**

**klinische Bewertung:
t2: s.s. stärkere
Verbesserung des
Funktionsniveaus &
psychosozialen Umfelds
in der stat.-Gruppe**

**stärkere Verbesserung
auch bei
externalisierenden
Störungen (nicht s.s.)**

**Hospitalisierung in 2 RCTs
und 1 Beobachtungsstudie
erhoben:**

Beim Vergleich der Patient*innen mit externalisierenden Störungen mit jenen mit internalisierenden Störungen in der Home-Treatment-Gruppe ergab die Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen, dass prozentuell mehr Kinder und Jugendliche mit einer internalisierenden Störung eine starke Verbesserung des Verhaltens (Score 5) hatten (35,6 % vs. 40,0 %) und prozentuell mehr Kinder und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen eine moderate Verbesserung (Score 4) erreichten (48,9 % vs. 40,0 %). Darüber hinaus kam es bei 13,3 bzw. 10,0 Prozent der Patient*innen mit externalisierenden bzw. internalisierenden Störungen zu keiner Veränderung (Score 3), bei 10,0 Prozent der Patient*innen mit internalisierenden Störungen zu einer moderaten Verschlechterung (Score 2) des Verhaltens und bei 2,2 Prozent der Patient*innen mit externalisierenden Störungen zu einer starken Verschlechterung (Score 1) [6, 54].

Die Auswertung der Elterneinschätzung ergab eine starke und moderate Verbesserung des Verhaltens (Score 5 und 4) bei mehr Kindern und Jugendlichen mit externalisierenden Störungen als bei jenen mit internalisierenden Störungen (Score 5: 36,7 % vs. 31,6 %; Score 4: 51,0 % vs. 47,4 %). Relativ mehr Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Störungen erfuhren laut Eltern keine Veränderung des Verhaltens (Score 3: 10,2 % vs. 21,1 %) und bei 2,0 Prozent der Patient*innen mit externalisierenden Störungen kam es zu einer moderaten Verschlechterung des Verhaltens (Score 2). Die Fremdeinschätzung durch die Therapeut*innen ergab, dass prozentuell mehr Kinder und Jugendliche mit einer internalisierenden Störung eine starke Verbesserung des Verhaltens (Score 5) erzielten (36,0 % vs. 40,0 %), wohingegen mehr Patient*innen mit externalisierenden Störungen eine moderate Verbesserung erreichten (Score 4: 54,0 % vs. 45,0 %). Keine Veränderung (Score 3) gab es bei 10,0 bzw. 15,0 Prozent der Patient*innen mit externalisierenden bzw. internalisierenden Störungen. In den Publikationen wurden keine Angaben zur statistischen Signifikanz der berichteten Unterschiede gemacht [6, 54].

Zusammenfassend zeigt die Mannheimer-NRCT [6, 54], dass die Einschätzungen zur Verhaltensveränderung der Patient*innen selbst mit jenen der Therapeut*innen gut übereinstimmen, während die Einschätzungen der Eltern oft konträr sind.

Darüber hinaus wurde in der Mannheimer-NRCT [6, 54] mit Hilfe einer nicht standardisierten klinischen Bewertung die *Veränderung des Funktionsniveaus und des psychosozialen Umfelds* erhoben. Die unabhängige klinische Bewertung ergab einen statistisch signifikant besseren Score für das Funktionsniveau in der stationären Behandlungsgruppe verglichen zur Home-Treatment-Gruppe nach Beendigung der Behandlungen (durchschnittliche Scores t2: 1,5 vs. 2,0; p=0,01) [6, 54]. Derselbe Effekt wurde auch für die Veränderung des psychosozialen Umfeldes beobachtet (1,3 vs. 1,9; p=0,008) [6, 54]. Der Vergleich zwischen Patient*innen mit externalisierenden und internalisierenden Störungen der Home-Treatment-Gruppe ergab eine stärkere Verbesserung des Funktionsniveaus, sowie des psychosozialen Umfeldes bei den Patient*innen mit externalisierenden Störungen (Funktionsniveau: 1,6 vs. 1,4; Umfeld: 1,4 vs. 1,0). Diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant (p=0,21; p=0,63) [6, 54].

Hospitalisierung

Der Wirksamkeitsendpunkt „Hospitalisierung“ wurde sowohl im US-amerikanischen RCT [55] als auch in zwei Publikationen zum BeZuHG-RCT [52, 61], sowie in der retrospektiven StäB-Beobachtungsstudie [4] erhoben.

Im US-amerikanischen RCT [55] war innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen (t1) die Gesamtsumme der Krankenhaustage in der Home-Treatment-Gruppe statistisch signifikant niedriger (2,21 vs. 5,77; p<0,001) und die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen) statistisch signifikant kürzer (2,14 vs. 5,49; p<0,001) [55]. Auch am Ende des Programms nach drei bis vier Monaten (t2) war die Gesamtsumme der Krankenhaustage in der Home-Treatment-Gruppe (6,56 vs. 15,55; p=0,20) und die durchschnittliche Dauer der stationären Behandlung (in Tagen) kürzer (4,62 vs. 9,44; p>0,18) [55]. Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant. Über die Gesamtaufzeit der Studie von maximal vier Monaten benötigten 44 Patient*innen der Home-Treatment-Gruppe (77,2 %) eine stationäre Behandlung. Die Gesamtsumme der Krankenhaustage in der Home-Treatment-Gruppe war jedoch niedriger (5,44 vs. 8,82; p=0,080) und die durchschnittliche Dauer der stationären Behandlung (in Tagen) statistisch signifikant kürzer als in der stationären Behandlungsgruppe (3,78 vs. 6,06; p=0,05) [55].

Die zwei Publikationen zum BeZuHG-RCT ergaben eine kürzere durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen) in der Home-Treatment-Gruppe als in der vollstationären Behandlungsgruppe, wobei der Unterschied lediglich in einer Publikation statistisch getestet wurde und signifikant war:

- Gesamte BeZuHG-Studienpopulation: 47,65 vs. 69,41; p=0,001 [61]
- Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren: 52,24 vs. 62,31;
p=nicht berichtet [52]

In der retrospektiven StäB-Beobachtungsstudie [4] wurde vermerkt, dass fünf Patient*innen (8,6 %) während des StäB-Programms in eine stationäre Behandlung übergleitet wurden, da das Programm für diese Patient*innen nicht geeignet war.

Zufriedenheit mit der Behandlung

Der Wirksamkeitsendpunkt „Zufriedenheit mit der Behandlung“ wurde in zwei Publikationen zum BeZuHG-RCT [52, 62] mit Hilfe von nicht standariserten Befragungen erhoben.

In einer Publikation zum BeZuHG-RCT [62] wurde das Erleben des BeZuHG-Programms, sowie Veränderungsvorschläge für das Programm erfragt. Neununddreißig im BeZuHG-Programm teilnehmende Familien (50,0 %) erlebten das BeZuHG-Programm durchwegs positiv, elf Familien (14,1 %) positiv mit Einschränkungen und 27 Familien (34,6 %) standen dem Programm neutral gegenüber. Siebenundsechzig Prozent (30 Eltern und 25 Jugendliche) der Home-Treatment-Gruppe bzw. 46,2 Prozent (16 Eltern und 14 Jugendliche) der stationären Behandlungsgruppe würden das BeZuHG-Programm (erneut) wählen. 7,6 Prozent (ein Elternpaar und fünf Jugendliche) der Teilnehmer*innen des Home-Treatment-Programms sowie 33,8 Prozent (zwölf Eltern und zehn Jugendliche) der stationären Behandlungsgruppe würden die stationäre Behandlung (erneut) wählen. Drei Eltern (7,0 %) aus der Home-Treatment-Gruppe würden das BeZuHG-Programm ohne stationären Anteil erneut wählen. Zu den Veränderungswünschen, die zum BeZuHG-Programm angegeben wurden, gehörten die Verbesserung der Wahrnehmung individueller Wünsche (neun Eltern und neun Jugendliche), strukturelle Merkmale der Behandlung, wie z. B. „Ich hatte manchmal das Bedürfnis ernster genommen zu werden“ bzw. „mehr Gespräche“ (fünf Eltern und fünf Jugendliche) und mehr Mitspracherecht (1 Elternpaar) [62].

1 RCT:

**t2: s.s. weniger
Krankenhaustage &
kürzere ø Aufenthalte
in der HT-Gruppe:**

**t3: selbes Ergebnis jedoch
nicht s.s.**

1 RCT:

**kürzere ø stationäre
Aufenthaltsdauer in
der HT-Gruppe**

**1 Beobachtungsstudie:
8,6 % der Pat. benötigten
stationäre Behandlung**

**Endpunkt Behandlungs-
zufriedenheit in 1 RCT
erhoben:**

**HT würde häufiger (wieder)
gewählt werden**

**Veränderungswünsche
BeZuHG:
Wahrnehmung
individueller Wünsche;
strukturelle
Behandlungsmerkmale;
mehr Mitspracherecht**

Ju von HT-Gruppe zufrieden mit: medikamentöser Aufklärung; Umfang vertraulicher Daten; Privatsphäre; Gestaltung der Behandlungsziele	Eine weitere Publikation zum BeZuHG-RCT [52] berichtete die Zufriedenheit der Jugendlichen und Eltern mit der Home-Treatment bzw. mit stationären Behandlungen. Besonders zufrieden waren die Jugendlichen des BeZuHG-Programms (n=24) mit der medikamentösen Aufklärung innerhalb der stationären Behandlung als Teil des BeZuHG-Programms, sowie mit dem dortigen Umgang mit vertraulichen Daten, der Wahrung der Privatsphäre und dem Absprechen der Behandlungsziele. Weniger zufrieden waren sie mit der Anzahl der Einzeltermine und dem Mitspracherecht für den Entlassungstermin in das Home-Treatment. Ähnlich wie die Jugendlichen waren die Eltern der Kinder (n=26) aus der BeZuHG-Gruppe ebenfalls zufrieden mit der medikamentösen Aufklärung auf der Station, dem Umgang mit vertraulichen Daten, der Wahrung der Privatsphäre und dem Gefühl ernst genommen zu werden [52].
Ju von stat.-Gruppe zufrieden mit: medikamentöser Aufklärung; Gefühl ernst genommen zu werden; etc.	Die Jugendlichen, die lediglich stationär behandelt wurden (Kontrollgruppe; n=24), waren zufrieden mit der medikamentösen Aufklärung, dem Aufenthalt auf der Station generell, dem Gefühl ernst genommen zu werden und der Wirksamkeit der Einzelgespräche. Weniger zufrieden waren sie mit der Anzahl der Einzelgespräche. Ebenso waren die Eltern der Kinder (n=25) aus der stationären Behandlungsgruppe zufrieden mit der medikamentösen Aufklärung, dem Umgang mit vertraulichen Daten, der Wahrung der Privatsphäre, sowie mit dem Gefühl ernst genommen zu werden [52].
(modifizierter) Best-Fragebogen: höhere Zufriedenheit mit Behandlungserfolg, therapeutischer Beziehung, Informationen, Autonomie bei Ju & Eltern in der stat.-Gruppe (nicht s.s.)	Zusätzlich wurde in derselben Publikation [52] eine quantitative Patient*innen-Zufriedenheitserhebung mithilfe des Fragebogens „Behandlungseinschätzung stationär-psychiatrischer Therapie“ (BesT) bei der stationären Behandlungsgruppe und mithilfe eines modifizierten BesT-Fragebogens in der Home-Treatment-Gruppe am Ende der Behandlungen durchgeführt. In Bezug auf die Behandlungszufriedenheit konnte für die stationäre Behandlungsgruppe höhere Zufriedenheit sowohl bei den Eltern als auch bei den Jugendlichen im Vergleich zur BeZuHG-Gruppe beobachtet werden (Eltern: 3,75 vs. 4,40; Jugendliche: 3,42 vs. 4,01). Der Unterschied war jedoch lediglich bei den Elterneinschätzungen statistisch signifikant ($p=0,008$; $p=0,058$). Derselbe Effekt war auch in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg (z. B. Erfolg der Einzelgespräche bzw. Familiengespräche) zu erkennen (Eltern: 3,27 vs. 3,94; $p=0,049$; Jugendliche: 3,09 vs. 3,86; $p=0,860$). Auch bei den Subskalen „therapeutische Beziehung“ (z. B. sich wohlfühlen, sich ernst genommen fühlen: Eltern: 3,72 vs. 3,99; $p=0,282$; Jugendliche: 3,30 vs. 3,80; $p=0,064$), „Informationen“ (z. B. medikamentöse Aufklärung, Aufklärung über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten: Eltern: 3,73 vs. 3,75; $p=0,945$; Jugendliche: 3,44 vs. 3,67; $p=0,153$) und „Autonomie“ (z. B. Mitspracherecht bezüglich des Entlassungstermins oder der Therapieauswahl: Eltern: 3,66 vs. 4,02; $p=0,630$; Jugendliche: 3,26 vs. 3,57; $p=0,362$) war die Zufriedenheit sowohl bei den Eltern als auch bei den Jugendlichen in der stationären Behandlungsgruppe etwas höher als in der Home-Treatment-Gruppe. Die Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant [52].
innerhalb des HT-Programms Ju & Eltern größere Zufriedenheit für den stationären Teil	Beim Vergleich zwischen dem stationären Abschnitt und dem Home-Treatment-Teil im BeZuHG-Programm gaben die Eltern und die Jugendlichen eine höhere Zufriedenheit für den stationären Abschnitt an (Eltern: 3,80 vs. 3,53; $p=0,078$; Jugendliche: 3,42 vs. 3,21; $p=0,007$). Der Unterschied war jedoch nur für die Einschätzungen der Jugendlichen statistisch signifikant [52].

Notwendigkeit weiterer Behandlungen

Der Wirksamkeitsendpunkt „Notwendigkeit weiterer Behandlungen“ wurde im NRCT zum Mannheimer Home-Treatment-Modell [54], sowie in der niederländischen Beobachtungsstudie [64] und der StäB-Beobachtungsstudie [4] erhoben.

Eine Publikation zum Mannheimer-NRCT [54] erfasste die Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach Vollendigung des Home-Treatment-Programms mit Hilfe einer 6-Punkte-Skala (0 = keine weitere Behandlung notwendig; 1 = Erziehungsberatung; 4 = niedergelassene Behandlung; 5 = stationäre Behandlung). Bei der Erhebung wurde zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen unterschieden. Die Studie ergab, dass die meisten Kinder und Jugendlichen (sowohl jene mit externalisierenden als auch jene mit internalisierenden Störungen) eine weitere ambulante Behandlung benötigen [41 (82,0 %) vs. 16 (80,0 %)] [54]. Zirka acht Prozent in der Gruppe mit externalisierenden Störungen und fünf Prozent in der Gruppe mit internalisierenden Störungen benötigten eine weitere stationäre Behandlung. Für zehn Prozent in beiden Gruppen wurde eine weiterführende Erziehungsberatung vorgeschlagen und eine Person in der Gruppe der internalisierenden Störungen (5,0 %) benötigte keine weitere Behandlung [54].

Die prospektive niederländische Beobachtungsstudie [64] berichtete, dass 27 Kinder und Jugendliche (45,0 %) anschließend an das Home-Treatment ambulante Versorgung von derselben Klinik und 23 Kinder und Jugendliche (38,3 %) ambulante Behandlungen von einer anderen Institution erhielten. Bei zehn Kindern und Jugendlichen (16,7 %) war nachfolgend eine weitere Spezialbehandlung notwendig [64].

In der retrospektiven Beobachtungsstudie zum StäB-Programm [4] wurde berichtet, dass in 82,0 Prozent der analysierten Patient*innen (n=42) eine aufsuchende Nachbetreuung stattfand. Für 15 Patient*innen (30,0 %) fand diese Nachbetreuung ein Quartal lang statt. Für neun Patient*innen (18,0 %) zwei Quartale lang und für sechs Patient*innen (12,0 %) länger als drei Quartale [4].

5.2.3 Zusammenfassende Darstellung der Wirksamkeit von Home-Treatment

Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und des Funktionsniveaus

Eine Übersicht zur „Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und Funktionsniveaus“ bietet Tabelle 5.2-1. Hierfür wurden die Ergebnisse der kontrollierten Studien zusammenfassend dargestellt. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Studienqualität der eingeschlossenen kontrollierten Evidenz moderat bis niedrig eingestuft wurde (siehe Kapitel 5.2.1). Es erfolgte eine Unterteilung in (1) Verbesserung von psychopathologischen Symptomen, (2) Verbesserung der psychosozialen Komponente, (3) persönliche Veränderungen, (4) Verbesserungen im Schul- & Arbeitsalltag, und (5) Verbesserungen der Beeinträchtigungen im Alltag generell. In der Darstellung wird zwischen kurzfristigen (bis vier Monate Nachbeobachtungszeit) bzw. mittel-bis langfristigen (ab vier Monate Nachbeobachtungszeit) Ergebnissen unterschieden.

weitere notwendige Behandlungen:

1 NRCT:

vor allem anschließende niedergelassene Behandlung gefolgt von weiteren stationären Behandlungen & Erziehungsberatung

1 Beobachtungsstudie: für 38,3-45,0 % der Pat. weitere ambulante Versorgung

1 Beobachtungsstudie: für 82,0 % der Pat. aufsuchende Nachbetreuung für 1-3 Quartale

Veränderung der Symptomatik in 5 Sub-Endpunkte unterteilt (1 RCT & 2 NRCTs)

Symptomverbesserung:
Mannheimer-NRCT:
HT langfristig s.s.
wirksamer als stationäre
Behandlung

kanadisches NRCT:
HT langfristig wirksamer
als Behandlung in Heimen
bei Angststörungen (p=?)

psychosoziale Komponente:
BeZuHG-RCT:
HT langfristig wirksamer
bzgl. psychosozialer
Belastung (p=?)

Mannheimer-NRCT:
HT langfristig s.s.
wirksamer bzgl.
psychosozialer Anpassung

persönliche
Veränderungen:
BeZuHG-RCT:
HT kurzfristig weniger
wirksam (p=?);

Mannheimer-NRCT: HT
kurzfristig s.s. wirksamer;
kanadisches NRCT:
HT langfristig wirksamer
als Heime bei
Kooperationsfähigkeit (p=?)

Schule bzw. Arbeit:
stationäre Behandlung in
2 deutschen &
1 kanadischen Studie dem
HT tendenziell überlegen

Verbesserungen im Alltag:
kanadisches NRCT:
HT kurzfristig wirksamer
bzgl. Emotionen &
Substanzkonsum (p=?)

Verbesserung von psychopathologischen Symptomen

Hinsichtlich der Verbesserung psychopathologischer Symptome zeigte das Mannheimer-NRCT [6, 54], dass kurzfristig die stationäre Versorgung zu statistisch signifikant besseren Ergebnissen führte, als das Home-Treatment-Modell, längerfristig aber das Home-Treatment-Modell statistisch signifikant erfolgreicher war [6, 54]. Das kanadische NRCT [56, 57] zeigte eine längerfristige Überlegenheit des Home-Treatments im Vergleich zu einer Behandlung in Heimen lediglich bei Angststörungen, während ADHS-Symptome oder die allgemeine Stimmung der Patient*innen wirksamer in Heimen behandelt wurden. Die Unterschiede in den Subgruppen könnten aber zufällig aufgetreten sein, da keine statistischen Testungen gemacht wurden [56, 57].

Verbesserung der psychosozialen Komponente

Bei den psychosozialen Komponenten war kurzfristig nur in einem von zwei deutschen Home-Treatment-Modellen [61, 62] eine Überlegenheit des Home-Treatments gegenüber der stationären Behandlung zu beobachten, und zwar nur für die Komponente „Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und Umfelds“. Dieser Unterschied wurde jedoch nicht statistisch getestet. Langfristig war das Home-Treatment sowohl im BeZuHG-RCT als auch im Mannheimer-NRCT zumindest hinsichtlich „psychosozialer Belastung“ [61, 63] und „psychosozialer Anpassung“ [6, 54] der stationären Behandlung überlegen, wobei bei ersterem ein zufälliges Ergebnis nicht auszuschließen ist.

Persönliche Veränderungen

Die kurzfristigen Ergebnisse zu den persönlichen Veränderungen in den zwei deutschen Modellen sind widersprüchlich. Im deutschen BeZuHG-RCT war die stationäre Behandlung kurzfristig wirksamer, wobei die statistische Signifikanz des Unterschieds unklar ist [62]. Im Mannheimer-NRCT war hingegen das Home-Treatment-Modell der stationären Behandlung statistisch signifikant überlegen [6, 54]. Aus diesen Studien gibt es keine mittel- bis langfristigen Ergebnisse. Das kanadische NRCT [56, 57], das wiederum nur langfristige Ergebnisse berichtete, zeigte, dass das dortige Home-Treatment-Modell bezüglich Kooperationsfähigkeit bessere Ergebnisse als die Heimbehandlung erzielte, bei den Verhaltensstörungen konnte hingegen kein Unterschied zwischen den beiden Ansätzen festgestellt werden. Die Vergleiche wurden nicht statistisch getestet.

Verbesserungen im Schul- & Arbeitsalltag

Die Veränderungen im Schul- und Arbeitsalltag wurden nur für den kurzfristigen – maximal 4-monatigen – Zeitraum erhoben. Sowohl in den deutschen Studien (BeZuHG-RCT, Mannheimer-NRCT), als auch im kanadischen NRCT war die stationäre Behandlung tendenziell dem Home-Treatment überlegen [6, 54, 56, 57, 63]. Die Verlässlichkeit dieses Ergebnisses ist aber zum Teil erheblich eingeschränkt, da die Unterschiede lediglich im Mannheimer-NRCT statistisch getestet wurden und signifikant waren.

Verbesserungen der Beeinträchtigungen im Alltag generell

Dieser Parameter, der nur im kanadischen NRCT [56, 57] für eine maximal 4-monatige Beobachtungszeit erhoben wurde, zeigte lediglich bezüglich der Verbesserungen der Emotionen und des Substanzkonsums in der Home-Treatment-Gruppe bessere Ergebnisse als die Behandlung in den Heimen. Auch hier ist ein zufälliges Ergebnis aufgrund fehlender statistischer Tests nicht auszuschließen [56, 57].

Tabelle 5.2-1: Übersichtstabelle zum Wirksamkeitsendpunkt „Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und Funktionsniveaus“ der kontrollierten Evidenz (1 RCT & 2 NRCTs)

Sub-Endpunkt	HT vs. stationäre Behandlung		HT vs. Heim	
	Effekt (HT-Modell; Quellen)	Studienqualität	Effekt (HT-Modell; Quellen)	Studienqualität
Kurzfristig (bis 4 Monate Nachbeobachtungszeit)				
Verbesserung von psychopathologischen Symptomen:	X (s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Moderat	NR	
Verbesserung der psychosozialen Komponente⁸:				
■ Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus & Umfeldes:	✓ (s?) (BeZuHG-RCT; [61, 62]) X (s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Moderat Moderat	NR	
■ Verbesserung der psychosozialen Belastung:	X (s?) (BeZuHG-RCT; [61, 63])	Niedrig – moderat		
■ Verbesserung der psychosozialen Beeinträchtigung:	~ (s) (BeZuHG-RCT; [61])	Moderat		
■ Verbesserung der psychosozialen Anpassung:	X (s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Moderat		
Persönliche Veränderungen⁹:				
■ Veränderungen im Verhalten:	X (s?) (BeZuHG-RCT; [62]) ✓(s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Moderat Moderat	NR	
■ Verbesserungen der persönlichen Stärken & Schwächen:	~ (s) (BeZuHG-RCT; [61])	Moderat		
Verbesserungen im Schul- & Arbeitsalltag:	~ (s?) (BeZuHG-RCT; [63]) X (s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Niedrig Moderat	X (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig
Verbesserungen der Beeinträchtigungen im Alltag generell:				
■ Zuhause, in sozialer Gemeinschaft, Verhalten mit Gleichaltrigen, Selbstverletzung & kognitive Schwierigkeiten	NR		X (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig
■ Emotionen & Substanzkonsum			✓ (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig
Mittel- langfristig (ab 4 Monate Nachbeobachtungszeit)				
Verbesserung von psychopathologischen Symptomen:	✓(s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Moderat	NR	
■ Verbesserung von ADHS-Symptomen:	NR		X (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig
■ Verbesserung von Angststörungen:			✓ (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig
■ Verbesserung der allgemeinen Stimmung:			X (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig

⁸ Zur besseren Veranschaulichung wurden die Endpunkte psychosoziale Belastung, psychosoziale Anpassung, psychosoziale Beeinträchtigung, psychosoziales Funktionsniveau und psychosoziales Umfeld unter psychosozialer Komponente zusammengefasst.

⁹ Unter dem Endpunkt „Persönliche Veränderungen“ wurden sowohl Persönlichkeitsveränderungen, Veränderungen der Stärken und Problembereiche im Verhalten, sowie Verbesserungen der Verhaltensstörungen zusammengefasst.

Sub-Endpunkt	HT vs. stationäre Behandlung		HT vs. Heim			
	Effekt (HT-Modell; Quellen)	Studienqualität	Effekt (HT-Modell; Quellen)	Studienqualität		
Verbesserung der psychosozialen Komponente:						
■ Verbesserung der psychosozialen Belastung:	✓ (s?) (BeZuHG-RCT; [61, 63])	Niedrig – moderat	NR			
■ Verbesserung der psychosozialen Anpassung:	✓(s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Moderat				
■ Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus:	~ (s) (Mannheimer-NRCT; [6, 54])	Moderat				
Persönliche Veränderungen:						
■ Verbesserung der Kooperationsfähigkeit:	NR		X (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig		
■ Verbesserung der Verhaltensstörungen:			~ (s?) (kanadisches NRCT; [56, 57])	Niedrig		
Verbesserungen im Schul- & Arbeitsalltag:						
Verbesserungen der Beeinträchtigungen im Alltag generell:						

Abkürzungen: HT – Home-Treatment, NR – Not reported, NRCT – Non-randomised controlled trial, RCT – Randomised controlled trial, RoB – Risk of bias, s – Statistisch signifikant, s? – statistische Signifikanz unklar

Legende: ✓: HT (statistisch signifikant [s]) wirksamer als Alternative
 ~: kein (statistisch signifikanter [s]) Unterschied zwischen HT und Alternative
 X: HT (statistisch signifikant [s]) weniger wirksam als Alternative

Studienqualität: niedrig = hoher, schwerwiegender RoB; moderat = moderater RoB; hoch = niedriger RoB

Neben der kontrollierten Evidenz konnte die niederländische einarmige Beobachtungsstudie [64] hinsichtlich des Wirksamkeitsendpunktes „Veränderung der Symptomatik inklusive des psychosozialen Verhaltens und Funktionsniveaus“ aufzeigen, dass bei den Patient*innen im Home-Treatment in Summe positive Veränderungen gegenüber dem Ausgangswert am Beginn der Behandlung festgestellt wurden. Das anfängliche Verbesserungsniveau konnte jedoch nur bei sprachlichen und körperlichen Beeinträchtigungen erhalten werden, während sich andere Symptome (z. B. psychosoziales Verhalten) wieder etwas verschlechterten [64].

**niederländische
Beobachtungsstudie:
langfristig positive
Veränderungen durch HT
lediglich nur bei
sprachlichen &
körperlichen Problemen**

Subgruppenanalysen

Bezüglich der Unterschiede zwischen externalisierenden und internalisierenden Störungen sind die Ergebnisse nicht eindeutig und beobachtete Unterschiede nicht signifikant [54, 61, 63].

**Subgruppenanalysen:
external- vs.
internalisierende
Störungen: keine
eindeutigen Ergebnisse**

Ergebnisse zu Unterschieden zwischen Mädchen und Buben sind abhängig davon, wer die Einschätzung durchführte (Selbsteinschätzung bzw. Fremdeinschätzung durch Eltern oder Fachkräfte). Vielfach wurde kein geschlechterspezifischer Unterschied festgestellt, vereinzelt wurden (basierend auf Selbsteinschätzung) bei Buben bessere Ergebnisse erzielt, als bei Mädchen (z. B. größere Verbesserung im Verhalten), dies betraf aber mitunter sowohl das Home-Treatment als auch die stationäre Behandlung [63].

**generell keine eindeutigen
geschlechterspezifischen
Unterschiede**

Hospitalisierung

Sofern der Wirksamkeitsendpunkt „Hospitalisierung“ erhoben wurde, waren sowohl die Gesamtzahl an Krankenhaustagen, als auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Home-Treatment-Gruppe geringer als in der stationären Behandlungsgruppe [55, 61]. Allerdings benötigte ein gewisser und teilweise hoher Prozentsatz (bis zu 77,0 %) der Home-Treatment-Patient*innen während des Programms einen stationären Aufenthalt [55].

**2 RCTs:
geringere Gesamtsumme
an Krankenhaustagen
& Ø kürzere Aufenthalte
in HT-Gruppe**

Zufriedenheit mit der Behandlung

Die Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit waren widersprüchlich und abhängig davon, wer die Einschätzung traf. Zwar würde laut einer Publikation zum BeZuHG-RCT das Home-Treatment häufiger (wieder) gewählt werden, als die stationäre Behandlung [62], ein anderer Fragebogen ergab jedoch, dass Eltern mit der stationären Behandlung zufriedener waren, als mit dem Home-Treatment und dass Jugendliche mit dem stationären Abschnitt im Rahmen des gesamten BeZuHG-Programms, welches mit einem stationären Aufenthalt beginnt, zufriedener waren, als mit der eigentlichen Home-Treatment-Phase [52]. Veränderungswünsche betrafen primär Aspekte der Partizipation und Mitbestimmung [62].

**BeZuHG-RCT:
konträre Ergebnisse:
(Wieder-)Wahl von HT
häufiger als Klinik vs.
höhere Zufriedenheit
in der stat.-Gruppe
& für stationären Teil
des HT-Programms**

Notwendigkeit weiterer Behandlungen

Die Studien, welche die nach Behandlungsende erfolgten oder nötigen weiteren Therapien erfassten, zeigten, dass ein Großteil der Kinder und Jugendlichen (bis zu 80,0 %) nach Beendigung des Home-Treatments weitere Behandlungen brauchte oder konkret in Anspruch nahm. Die Art der weiterführenden Behandlungen gestalteten sich sehr unterschiedlich (stationäre Behandlung, ambulante oder niederkomplexe aufsuchende Behandlung, Erziehungsberatung für Eltern, etc.) [4, 6, 54, 64].

**deutsche Studien:
Großteil der HT-Pat.
benötigen weitere
Behandlungen, meist
ambulant bzw. aufsuchend**

5.2.4 Sicherheit der Home-Treatment-Modelle

keine Sicherheitsdaten in den inkludierten Studien berichtet

In keiner der inkludierten elf Publikationen [4, 6, 52, 54-57, 61-64] zu den sechs ausgewählten Home-Treatment-Studien (US-amerikanisches RCT, Be-ZuHG-RCT, Mannheimer-NRCT, kanadisches NRCT, niederländische Beobachtungsstudie, StäB-Beobachtungsstudie) wurden Sicherheitsendpunkte (z. B. unerwünschte Nebenwirkungen) definiert bzw. erhoben.

5.3 Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von Home-Treatment-Modellen

5.3.1 Ergebnisse aus den internationalen Studien

Spezifische Ausbildungen für das Home-Treatment-Team

Ausbildungen für HT-Teams z. B.: spezifisches Training; Erfahrung in der KJP; klinische „Auffrischungsstunden“

In drei der sechs inkludierten Home-Treatment-Modellen waren spezifische Zusatzausbildungen für das Home-Treatment-Team erforderlich. Im Mannheimer Home-Treatment-Modell musste das Team ein Home-Treatment-spezifisches Training absolvieren [6, 54]. Für das pädagogische pflegerische Personal des BeZuHG-Modells war eine langjährige Erfahrung in der Behandlung von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern, sowie eine Zusatzausbildungen in Erlebnispädagogik, Elternarbeit oder systemischer Beratung Voraussetzung [52, 61, 62]. Innerhalb des US-amerikanischen Modells erhielten die Psychiater*innen ein spezielles Training und die Therapeut*innen und Betreuer*innen klinische „Auffrischungsstunden“. Zusätzlich wurde das gesamte Team im Umgang mit Kindern und Jugendlichen und Familien in psychiatrischen Krisen geschult [55].

Gesetzliche Rahmenbedingungen und Finanzierung

gesetzliche Rahmenbedingungen & Finanzierung:
in Deutschland 2017 neues PsychVVG in Kraft getreten
→ Grundlage für die Kassenverträge für stationsäquivalente Behandlungen

Zwei deutsche Modelle [4, 61] verdeutlichen, dass für eine erfolgreiche Implementierung gesetzliche Änderungen von Vorteil bzw. nötig sein können. In Deutschland trat 2017 das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“ in Kraft. Dieses bildete die Grundlage für die Kassenverträge für intensives Home-Treatment als Alternative/Ergänzung zur stationären Behandlung (stationsäquivalente Behandlung). Damit wurde u. a. die Finanzierung des Home-Treatments sichergestellt, die bis dahin zum Teil über Forschungsgelder erfolgte [52, 61, 62]. Die Bundesrahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die 2018 in Kraft trat, schuf die Basis für die regionalen Kassenverhandlungen für stationsäquivalente Behandlungen. Seither wird das StäB-Programm über die Krankenkassen finanziert [4]. Das Gesetz schafft außerdem die Voraussetzungen für die Koordinierung zwischen Home-Treatment und anderen Leistungsanbietern, in dem es beispielsweise vorsieht, dass Kooperationen nicht nur mit der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, sondern auch mit dem niedergelassenen Bereich erfolgen und so eine regionale Gesamtversorgung erreicht wird [4].

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch in den Niederlanden, wo im Jahr 2015 ein neues Kinder- und Jugendgesetz eingeführt wurde, das ausschlaggebend für die Implementierung des Home-Treatment-Programms war. Das Gesetz bildete die Grundlage für die Übertragung der Verantwortung für mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen an die örtlichen Gemeinden [64].

**2015 neues
niederländisches
Gesetz Basis für
HT-Implementierung**

Voraussetzungen für Patient*innen und deren Familien

Voraussetzung für eine Implementierung des Home-Treatments auf Seiten der Patient*innen war, dass ein nicht institutionalisierter Wohnort, z. B. zuhause bei den Eltern bzw. Bezugspersonen, innerhalb eines bestimmten Umkreises von der Klinik (z. B. 30-60 Autofahrminuten) vorhanden ist [4, 6, 52, 54, 55, 61, 62]. Darüber hinaus wurde im Mannheimer Home-Treatment-Modell und im StäB-Modell die Präsenz vor Ort und die Kooperation bei Behandlungen von zumindest einer Bezugsperson gefordert. Zusätzlich mussten beide Elternteile bzw. alle verantwortlichen Bezugspersonen der Teilnahme am Home-Treatment-Programm zustimmen [4, 6, 54]. Im StäB-Modell mussten zusätzlich auch alle über 18-jährigen Geschwister dem Programm zustimmen. Hierzu sind konkrete Einverständniserklärungen zu entwickeln [4].

**Wohnort innerhalb von
bestimmten Umkreisen
von KJP-Klinik**

**deutsche Modelle:
Präsenz & Kooperation
von mind. 1 Bezugsperson
bzw. Zustimmung aller
≥18-jährigen
Familienmitglieder**

5.3.2 Ergebnisse aus der Expert*innenbefragung

Personal und Qualifizierung

Von den befragten Expert*innen wurden folgende Berufsgruppen als relevant für ein Home-Treatment-Team genannt:

- Kinder- und Jugendpsychiater*in,
- Assistenzärzt*innen,
- Kinder- und Jugendpsycholog*innen/klinische Psycholog*innen,
- Psychotherapeut*innen mit Spezialisierung für Kinder und Jugendliche,
- Sozialpädagog*innen (z. B. Erziehungsberatung, Freizeitpädagogik),
- Krankenpflegepersonal,
- Fachtherapeut*innen (z. B. Kunsttherapie, Ergotherapie, Ergotherapie),
- Sozialarbeiter*innen.

**multidisziplinäre
Berufsgruppen für ein
HT-Team anzudenken**

Darüber hinaus sollten laut Expert*innenangaben die auf Länderebene angesiedelten Psychiatriekoordinator*innen involviert sein.

Vereinzelt wurde betont, dass vor allem die Kinder und Jugendpsycholog*innen eine wichtige Rolle haben sollten. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass Sozialpädag*innen in Österreich klar von den Sozialarbeiter*innen abzugrenzen sind und eine wichtige Disziplin in einem Home-Treatment-Team darstellen könnten. Die Notwendigkeit von Krankenpflegepersonal wurde teilweise hinterfragt und ist laut Aussage von der Diagnose des zu betreuenden Kindes/Jugendlichen abhängig. Die konkrete Zusammensetzung eines Home-Treatment-Teams und die dafür notwendigen Gesamtressourcen hängen laut kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzt*innen davon ab, welche Krankheitsbilder und wie viele Familien behandelt werden. Betont wurde jedoch, dass die Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen immer vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Geschehens zu betrachten sind und da-

**Zusammensetzung
und Gesamtressourcen
für Team abhängig von
Diagnose und Anzahl der
zu betreuenden Familie**

**multimodale
Behandlungen für
die KiJu notwendig**

**Uneinigkeiten ob
KiJu-Psychiater*innen
fachliche Leitung &
Gesamtverantwortung
zugeschrieben werden soll**

**bestehende Defizite
→ durch HT noch mehr
Ressourcen notwendig**

**ebenso unklar ist die
Zuteilung der Rolle der
Ansprechperson für eine
Familie → abhängig von
Zielgruppe**

**notwendige
Berufserfahrung in
multiprofessionellen
Teams bzw. mit KiJu,
zusätzlich spezielles
HT-Training,
facheinschlägige bzw.
sozialpsychiatrische
Fortbildungen, etc.**

**erschwerete
Arbeitsbedingungen im
HT → hohe Ausfallsrate
möglich**

**Vernetzungs- &
Kooperationsmöglichkeiten:
Station auf der KJP,**

her eine multimodale Behandlung durch ein interdisziplinäres Team erfordern. Darüber hinaus sei eine gemeinsame Orientierung an und die Verwirklichung von evidenzbasierten Interventionen sicherzustellen.

Uneinigkeit herrschte bezüglich der fachlichen Leitung und der Gesamtverantwortung über das Home-Treatment-Team; während die Mehrheit der befragten Expert*innen angab, dass die Hauptverantwortung und fachliche Leitung bei einer/m Kinder- und Jugendpsychiater*in liegen sollte, meinten andere, dass diese zwar für die Diagnostik und die medizinische Behandlung verantwortlich sein sollten, jedoch die Leitung auch bei anderen Disziplinen liegen könnte. Hauptgrund dafür war der bereits bestehende Mangel an kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzt*innen.

Des Weiteren wurde betont, dass derzeit sowohl ein Mangel an Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch generelle Versorgungsgapsse in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung vorliegen, wodurch die Einführung eines neuen Versorgungssegmentes eine Aufstockung der Personalressourcen erforderlich macht.

Neben der Frage für die Gesamtverantwortung ist laut Expert*innen auch die Frage zu klären, wer als kontinuierliche Ansprechperson für die Patient*innen und Familien dienen soll. Aus Sicht der befragten Kinder -und Jugendpsychiater*innen sollte die Disziplin der Ansprechperson an die Diagnose des/r Patient*in und die Familienkonstellation angepasst sein (z. B. bei schulspezifischen Verhaltensstörungen wäre eine/n Sozialpädagog*in anzudenken). Demnach stellt sich grundsätzlich auch die Frage, welche Patient*innen mit welchen Diagnosen in einem Home-Treatment-Modell behandelt werden sollen.

Bezüglich den Qualifikationen bzw. Ausbildungsmaßnahmen gab die Mehrheit der befragten Expert*innen an, dass Berufserfahrungen innerhalb eines multiprofessionellen Teams, sowie mit Kindern und Jugendlichen (z. B. auf einer Station oder in einer ambulanten Einrichtung) sehr wichtig sind. Darüber hinaus wäre ein spezielles Training für Home-Treatment mit Fokus auf die Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, regelmäßige Supervisionen und facheinschlägige Fortbildungen anzudenken. Einzelne Expert*innen betonten auch, dass eine sozialpsychiatrische Ausbildung neben der rein medizinischen Ausbildung sehr wichtig sei.

Es wurde außerdem die Sorge geäußert, dass Arbeitsbedingungen außerhalb der Klinik bzw. Ambulatorien von manchen Mitarbeiter*innen als erschwert und belastend wahrgenommen werden können, weshalb mit einer hohen Ausfallsrate/Fluktuation beim Fachpersonal zu rechnen ist. Demnach sollten dem Team Möglichkeiten für Selbstfürsorge, Stärkung des Rollenbildes, Beziehungsgestaltung und Reflexion (z. B. im Rahmen von Supervisionen), sowie eine entsprechende Entlohnung angeboten werden.

Integration des Home-Treatments in die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstruktur

Von den Expert*innen wurden die folgenden Versorgungsstrukturen genannt, mit denen ein Home-Treatment-Team kooperieren sollte:

- Kooperation mit den regional zuständigen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhauseinrichtungen für Überweisungen ins Home-Treatment bzw. zur Zusammenarbeit bei Einleitung der medikamentösen Therapie, bei Verschlechterung der Symptomatik oder für Gruppentherapieangebote (z. B. Social-Skill-Training oder andere Fachtherapien).

- Kooperation mit den Pädagog*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie-Station oder ambulanten Tagesbehandlung, z. B. für Angehörigenarbeit und gruppentherapeutische Behandlungsmodule.
- Zusammenarbeit mit der Tagesklinik bzw. mit der ambulanten Tagesbehandlung, z. B. zum Besuch der Heilstättenschule.
- Zusammenarbeit mit Ambulanzen bzw. Ambulatorien für ambulante Angebote, wie z. B. erlebnispädagogische Gruppentherapien (Depressionsgruppe).
- Niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Fachärzt*innen und Therapeut*innen.
- Niedergelassene Pädiater*innen.
- Kooperation mit der Heim-/Stammschule (z. B. Schulpsycholog*innen, Schulsozialarbeiter*innen).
- Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe, z. B. bei Überweisungen für Home-Treatment.
- Kooperation mit Kinderschutzeinrichtungen.
- Kooperation mit psychiatrischen Notfallteams/Krisenteams, z. B. bei Überweisungen für Home-Treatment.
- Jugendjustiz, z. B. bei Überweisungen für Home-Treatment.

**Pädagog*innen der KJP,
Tagesklinik der KJP,
Ambulanzen
bzw. Ambulatorien,
niedergelassene
Fachärzt*innen
& Therapeut*innen,
Stammschule,
KiJu-Hilfe,
Krisenteams,
Jugendjustiz, etc.**

Darüber hinaus wurde die enge Zusammenarbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen als notwendig für den Therapieerfolg bzw. überhaupt als Voraussetzung dafür erachtet, dass Kinder bzw. Jugendliche am Home-Treatment teilnehmen können. Hierunter fällt auch die Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie, den Gewaltschutzzentren und Elternberatungsstellen, die primär für die Behandlung bzw. Unterstützung der Eltern zuständig sind und dadurch indirekt zum Therapieerfolg der Kinder und Jugendlichen beitragen können. Dieses Argument beruht auf der Sichtweise, dass das Home-Treatment im eigenen Zuhause der Patient*innen stattfindet und somit auch Themen der anderen Familienmitglieder einen Effekt auf das Wohlergehen der Patient*innen haben, sodass eine Veränderung in der psychischen Gesundheit der Kinder auch über Veränderungen des Gesamtsystems der Familie erzielt werden kann.

**enge Zusammenarbeit
mit Eltern/Bezugspersonen
Voraussetzung für HT**

**Veränderung bei Pat. auch
über Veränderungen im
Familiensystem**

Die Expert*innen thematisieren eine Reihe von Schnittstellenfragen und notwendige Klärungen von Verantwortlichkeiten („Wer hat die Fallführung?“, „Wer koordiniert Termine?“, „Wer hat zu welchem Zeitpunkt andere Personen unter Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung zu informieren?“). Dies betrifft unter anderem die Dokumentation des Home-Treatments. Als notwendig wurden zentral geführte und stets aktuell gehaltene Krankenakten, auf die alle Beteiligten jederzeit Zugriff haben, erachtet, sodass eine strukturierte Übergabe ermöglicht wird. Diese logistischen Aspekte wurden als maßgeblich für den Therapieerfolg erachtet. In diesem Zusammenhang wurde auch betont, dass für die Vernetzungs-, Kooperations- und Koordinationstätigkeiten entsprechende zeitliche (Regelmäßigkeit) und räumliche Ressourcen gewährleistet werden müssen.

**Kooperationen/Netzwerke
gehen mit
Schnittstellenfragen
einher → insbesondere
Dokumentation zu klären**

	Organisatorische Anbindung und Rahmenbedingungen
Möglichkeiten der Anbindung:	Bezüglich der organisatorischen Anbindung eines Home-Treatments wurden unterschiedliche Vorschläge von den befragten Expert*innen gemacht. Am häufigsten wurde eine Anbindung an eine bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausabteilung empfohlen, mit der Begründung, dass es sich um eine stationsersetzende Behandlung handelt, aber Home-Treatment trotzdem auch auf z. B. Gruppentherapien innerhalb der Krankenhausangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugreifen würde. Dies würde der Tradition im Erwachsenenbereich folgen, wo Modelle der integrierten Versorgung primär ausgehend vom stationären Bereich umgesetzt wurden.
an eine KJP-Krankenhausabteilung	Es gab aber auch Expert*innen, die eine Anbindung an die kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausstrukturen nicht unterstützen, sondern die organisatorische Anbindung an bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatoren (wo diese existieren) präferieren. Als Vorteil wurde eine Vereinfachung der Vernetzung mit anderen Institutionen genannt, da die Ambulatoren bereits mit der Kinder- und Jugendhilfe, der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie, den niedergelassenen Ärzt*innen, den regionalen Schulen, sowie den psychosozialen Beratungsstellen, usw. vernetzt sind. Darüber hinaus könnte durch eine Anbindung an solche Ambulatoren die Nähe zum häuslichen Umfeld und familiären System verbessert werden.
an bestehende Ambulatorien → bestehende Netzwerke und Nähe zum familiären System	Einzelne Expert*innen betonten, dass die Einführung des Home-Treatments unabhängig von der organisatorischen Anbindung keinesfalls zu einem Abbau von Akutbetten führen dürfe, um eine etwaige stationäre Aufnahme (z. B. bei Symptomverschlechterung) gewährleisten zu können.
kein Abbau von Akutbetten wegen HT	Mögliche gesetzliche Änderungen hängen davon ab, wo das Home-Treatment-Modell organisatorisch angebunden ist. Bei einer Anbindung an die kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausabteilungen wurden unter anderem die Fragen als relevant erachtet, unter welchen rechtlichen Voraussetzungen eine Behandlung außerhalb der Krankenanstalt durch Mitarbeiter*innen der Krankenanstalt möglich ist bzw. wie die Verschwiegenheitspflicht innerhalb eines Home-Treatments juristisch zu regeln ist. Während einerseits Informationen zwischen den beteiligten Institutionen und den Fachkräften im Sinne einer guten Behandlung kommuniziert werden müssen, steht dies oft im Widerspruch zur Wahrung von Verschwiegenheit. Auch innerhalb der Familie können heikle Situationen im Zusammenhang von Vertraulichkeit auftreten (z. B. wenn andere Familienmitglieder zu einem Termin dazukommen). Es wurde daher betont, dass der Umgang mit Daten und vertraulichen Informationen transparent zu regeln sei. Eine erste Orientierung könnte ein Modell sein, das an stationären Kinder- und Jugendpsychiatrieeinrichtungen angewendet wird. Dieses sieht am Beginn einer stationären Behandlung eine von den Bezugspersonen unterschriebenen Einverständniserklärung zur Behandlung vor, in der auch die Weitergabe von Daten zu Therapiezwecken (z. B. an die Stammschule, an die Kinder- und Jugendhilfe, etc.) offengelegt wird.
gesetzliche Rahmenbedingungen für HT von Anbindung abhängig:	Unabhängig davon würde sowohl bei einer organisatorischen Anbindung des Home-Treatment-Modells an eine Klinik als auch an kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatoren jedenfalls das Krankenanstaltengesetz gelten. Zusätzlich müssten Nachweise der Befähigung zur selbständigen Berufsausübung (z. B. Psychologengesetzt, Eintragung in der Liste der klinischen Psycholog*innen bzw. in das Gesundheitsberufregister), sowie eine Berufshaftpflichtversicherung vorliegen. Für die genaue Abklärung, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Implementierung eines Home-Treatments darü-
transparenter Umgang mit vertraulichen Daten, z. B. über Einverständnisserklärungen zu Beginn des HT;	
Berufsgesetzte, Berufshaftpflichtverbesserung, etc. immer Pflicht;	
genaue Abklärung durch juristische Expertise im Einzelfall empfehlenswert	

ber hinaus notwendig sind, wird eine separate juristische Expertise empfohlen. Des Weiteren müsste die rechtliche Zuständigkeit für die Qualitätskontrolle der Behandlung geregelt werden.

Zu klären ist außerdem laut Expert*innen die Frage bezüglich den Kostenträger bzw. der Vergütungsart. Vorschläge hierzu waren eine Finanzierung durch die Krankenkassen als stationersetzende Maßnahme bei zu geringen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Plätzen oder die Finanzierung durch das Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungs (LKF-)System (und demnach durch Sozialversicherung, Bund und Länder gemeinsam) bei einer Anbindung an die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einige Expert*innen sprachen sich dezidiert für eine gemeinsame (Finanzierungs-)verantwortung von Bund und/oder Ländern und der Sozialversicherung aus.

Bei einer Finanzierung über das LKF-System wären Änderungen im LKF-Leistungskatalog erforderlich, da derzeit keine entsprechende Leistung definiert ist. Dies wurde aber als herausfordernd betrachtet, da eine komplexe Intervention wie das Home-Treatment hinsichtlich des Ressourcenaufwands kaum standardisierbar und daher im LKF-Katalog schwer abzubilden ist. Als Alternative wurde eine Sonderfinanzierung genannt, wie beispielsweise bei mobilen Hospiz- und Palliativteams. Neben der Vergütung über ein Pauschalsystem sollten laut Antwort der Expert*innen auch Einzelleistungsvergütungen – abhängig von der Behandlungsart bzw. -dauer oder leistungsunabhängigen Subvention in Betracht gezogen werden. Die konkrete Ausgestaltung der Finanzierung hängt laut Befragung davon ab, wo das Modell organisatorisch angebunden ist und wie es konkret gestaltet ist.

Auswahl der Patient*innen

Einzelne Expert*innen machten darauf aufmerksam, dass Home-Treatment nur bedingt ein Ersatz für stationäre Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sein kann. Es wurden mehrere Gruppen genannt, die dafür nicht in Frage kommen, z. B. Kinder und Jugendliche, die die Kriterien für eine Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz erfüllen, die in betreuten Einrichtungen wohnen, deren häusliches Umfeld für therapeutische Interventionen ungeeignet ist, die von sich aus bzw. deren Familie eine Behandlung zu Hause ablehnen, bzw. bei denen aus fachlichen Überlegungen heraus eine Behandlung im eigenen Lebensumfeld nicht indiziert ist. Vor einer Implementierung ist daher zu klären, welche Patient*innen prinzipiell für ein Home-Treatment in Frage kommen und welche nicht.

unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten:

Finanzierung durch Krankenkassen;

Finanzierung durch LKF-System;

Mischfinanzierung zwischen Bund/Länder und Sozialversicherung;

Sonderfinanzierung z. B. wie Hospiz- und Palliativteam

**HT nur bedingt Ersatz für stationäre Behandlung
→ Klärung der Zielgruppe für HT notwendig**

Unerwünschte Nebenwirkungen

Da in den klinischen Studien keine Sicherheitsmerkmale erhoben wurden, wurden die Expert*innen nach ihrer Einschätzung hierzu befragt. Bezuglich Sicherheit für die Patient*innen wurde darauf hingewiesen, dass durch den Verbleib der Patient*innen zu Hause Risiken einer Kindeswohlgefährdung, z. B. bei bekannter Vernachlässigung des Kindes/Jugendlichen, emotionale oder körperliche Misshandlungen oder sexueller Missbrauch bestehen können.

unerwünschte Effekte von HT:

Risiken der Kindeswohlgefährdung;

eingeschränkte Privatsphäre innerhalb der Familie;

Ein weiterer Aspekt ist die Einschränkung der Privatsphäre innerhalb der Familie durch das Behandlungsteam, das im eigenen Zuhause tätig wird, sowie die Sichtbarkeit nach außen (z. B. gegenüber den Nachbarn) und die damit einhergehende mögliche Stigmatisierung. Aufsuchende Interventionen im häuslichen Umfeld können von den Patient*innen und Eltern bzw. Bezugspersonen außerdem als Übergriff wahrgenommen werden.

**konfliktreiche Situationen
zwischen Team und
Eltern/Bezugspersonen**

Potenzielle Risiken wurden auch für das behandelnde Personal identifiziert. Beispielsweise kann es zu konflikthaften Situationen zwischen dem Team und den Eltern bzw. Bezugspersonen kommen, die für das Team schwieriger zu bewältigen sind, da sie sich nicht in einem geschützten Umfeld, wie der Klinik oder der Ambulanz befinden. Zusätzlich kann es zu Kontaktaufnahmen von Familien außerhalb der Dienstzeiten kommen, was eine Abgrenzung zwischen Berufs- und Privatleben für das Personal schwieriger macht.

6 Diskussion

Der vorliegende Bericht hatte zum Ziel, die Charakteristika und die Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von internationalen Home-Treatment-Programmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung darzustellen, sowie grundsätzliche Implementierungsfragen derartiger Behandlungsansätze vor dem Hintergrund der derzeitigen österreichischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssituation zu beleuchten.

Ziele: systematische
Wirksamkeits- &
Sicherheitsanalyse, sowie
Aspekte einer möglichen
Implementierung

6.1 Ausgestaltung der internationalen Modelle, sowie deren Wirksamkeit und Sicherheit

Die für diesen Bericht ausgewählten sechs internationalen Home-Treatment-Programme bieten Home-Treatment entweder für Kinder und Jugendliche oder ausschließlich für Jugendliche in unterschiedlicher Intensität (täglich bis einmal pro Woche) über einen zumeist drei- bis viermonatigen Zeitraum an. Die Behandlung umfasst eine Vielfalt an unterschiedlichen therapeutischen Angeboten (häufig nicht nur für die Patient*innen selbst, sondern auch für andere Familienmitglieder), Psychoedukation und Unterstützung der Eltern und wird von unterschiedlichen Berufsgruppen – soweit bekannt, meist unter der Leitung von Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie – durchgeführt. Häufig ist das Home-Treatment mit Angeboten der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausabteilungen (stationär, ambulant und tagesklinisch) verzahnt und organisatorisch an diese angebunden.

meist 3-4-monatige
HT-Modelle für KiJu
mit unterschiedlicher
Behandlungsintensität

**multimodale
Behandlungen**

**Modelle häufig an KJP
angebunden**

Wirksamkeit: generell
Verbesserungen durch
stationäre/andere
institutionellen
Behandlungen & HT

Die Evidenz zur Wirksamkeit wurde anhand von acht unterschiedlichen standardisierten (z. B. HoNoSCA, CGAS, CIS, SDQ, MEI, BCFPI, CAFAS) und mehreren nicht standardisierten Messinstrumenten zur Psychopathologie, zum psychosozialen Funktionsniveau und zur Alltagsbewältigung gemessen. Beinahe alle untersuchten Wirksamkeitsdimensionen wiesen sowohl bei stationärer oder anderer institutioneller Behandlung (Behandlung im Heim), als auch beim Home-Treatment Verbesserungen im Laufe der Behandlungen auf. Häufig wurde auch nach anfänglich stärkerer Verbesserung von Symptomen später wieder eine Verschlechterung beobachtet, allerdings nicht unter das Ausgangsniveau.

**mittel- bis langfristige
Verbesserungen der
Symptome, psychosozialen
Anpassung/Belastung
tendenziell größer in
HT-Gruppen;
Behandlungszufriedenheit
nicht eindeutig**

Die Vergleiche zwischen Home-Treatment und stationärer bzw. institutioneller Behandlung zeigten, dass einige Verbesserungen (psychopathologische Symptome [6, 54], psychosoziale Anpassung [6, 54], psychosoziale Belastung [61, 63]) kurzfristig (bis vier Monate) tendenziell bei der stationären Behandlung größer waren, mittel- bis längerfristig allerdings häufiger das Home-Treatment der stationären Behandlung überlegen war.

Aus den Ergebnissen zur Behandlungszufriedenheit der Patient*innen oder Eltern lassen sich keine eindeutigen Präferenzen für oder gegen das Home-Treatment ableiten.

HT: weniger Krankenaustage & kürzere Ø Dauer	Sofern die Inanspruchnahme von stationären Krankenhausressourcen, die auch während eines Home-Treatment-Programms möglich war (z. B. bei akuter Verschlechterung des psychischen Zustands), evaluiert wurde, war das Home-Treatment mit weniger Aufenthaltstagen und einer geringeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer verbunden [52, 55, 61].
keine Sicherheitsdaten berichtet	Zur Sicherheit oder unerwünschten Nebenwirkungen des Home-Treatments liegen keine Informationen vor.
2 systematische Reviews mit ähnlichen Wirksamkeitsergebnissen bzgl. HT	Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit von Home-Treatment lieferten zwei systematische Reviews [65, 66], die die Wirksamkeit von MST, spezialisierter niedergelassener Behandlung (engl. specialist outpatient treatment), intensiver Krisenintervention, Tagesklinik und/oder Supportive Discharge Service, sowie von intensivem Home-Treatment im Vergleich zur stationären Behandlung analysierten. Die Resultate ergaben beispielsweise keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Symptomen, Schul- und Arbeitsalltag, sowie Behandlungszufriedenheit zwischen den Studiengruppen und eine im Vergleich kürzere durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer in der Home-Treatment-Gruppe.
Störfaktoren: kleine Stichprobengrößen, Limitationen in Design & Durchführung der Studien	Die Aussagekraft der in diesem Bericht eingeschlossenen Evidenz zur Wirksamkeit ist durch verschiedene Limitationen eingeschränkt. Das liegt an den insgesamt geringen Stichprobengrößen (58 bis 206 Teilnehmer*innen pro Studie) und diversen anderen Faktoren in Design und Durchführung der Studien (z. B. selektive Ergebnisberichterstattung; Wechsel in den Berufsgruppen, die die Behandlung durchführten; Umgang mit Drop-Outs, etc.), die in allen Studien zumindest ein moderates, teilweise sogar ein hohes Verzerrungspotenzial mit sich bringen. Im deutschen StäB-Modell [4], das eine besonders intensive aufsuchende Behandlung vorsieht, lagen die endgültige Studienergebnisse zum Zeitpunkt der Berichtverfassung noch nicht vor. Limitierend ist außerdem, dass oft keine Signifikanztests für die gemessenen Unterschiede bei den verschiedenen Wirksamkeitsendpunkten durchgeführt wurden und die klinische Relevanz der gemessenen Unterschiede nicht beurteilt wurde.
häufig keine Signifikanztests durchgeführt & klinische Relevanz der Unterschiede unklar	Darüber hinaus ist die derzeit vorhandene Evidenz zu Home-Treatment nicht ausreichend, um robuste Aussagen zu begünstigenden oder nachteiligen Faktoren bei der Ausgestaltung eines Home-Treatment-Modells treffen zu können (z. B. ob es besonders geeignete Altersgruppen oder Indikationen gibt; welche Intensität und welche Therapien zu den besten Ergebnissen führen; welche Berufsgruppe die besten Ergebnisse erzielt). Es gibt aber Hinweise darauf, dass die konkrete Gestaltung einen Einfluss auf den Nutzen haben kann:
keine robusten Aussagen zu bevorzugten Altersgruppen/Therapien, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eine post-hoc Analyse des Mannheimer Home-Treatment-Modells [6, 54] ergab etwa, dass die Behandlung durch geschultes Pflegepersonal (Therapeut*innen) zu besseren Resultaten führte, als bei der Durchführung durch fortgeschrittene Medizinstudent*innen. ■ Das kanadische NRCT wies eine stärkere Verbesserung der Angststörungen nach 18 bzw. 40 Monaten in der Home-Treatment-Gruppe auf, während sich ADHS-Symptome und die allgemeine Stimmung der Patient*innen stärker in der Heimgruppe verbesserten [56, 57].
lediglich Hinweise bzgl. Berufsgruppen & Indikationen	Es wurden außerdem sehr unterschiedliche Wirksamkeitsendpunkte mit diversen, teilweise nicht standardisierten Instrumenten erhoben. Viele davon wurden nur in einer Studie eingesetzt. Eine stärkere Standardisierung der Outcome-Messung und weitere Studien sind nötig, um Wissen über die Robustheit der bisher gemessenen Effekte zu gewinnen.
viele unterschiedliche (standardisierte) Messinstrumente oft nur in 1 Studie angewendet	

Zwei Studien [6, 54, 61, 63] zeigten, dass in der stationären Behandlung kurzfristig bessere Effekte erzielt wurden, jedoch zu einem späteren Zeitpunkt das Home-Treatment der stationären Behandlung überlegen war. Dies macht insbesondere den Bedarf für längere Nachbeobachtungen deutlich.

**längere
Nachbeobachtungs-
zeiträume notwendig**

6.2 Implementierung in Österreich

Robuste epidemiologische Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich liegen derzeit für die Altersgruppe der zehn bis 18-Jährigen vor, welche im Rahmen der MHAT-Studie untersucht wurden. Ausgehend von einer Punkt- bzw. Lebenszeitprävalenz von 23,9 bzw. 35,8 Prozent für diese Altersgruppe, bedeutet das, dass zirka 183.500 Jugendliche eine psychische Diagnose zum Zeitpunkt der Studie hatten und zirka 274.900 Jugendliche bereits einmal in ihrem Leben eine Diagnose erhalten hatten. Unter den Patient*innen, die in ihrem bisherigen Leben bereits eine Diagnose erhalten hatten, kontaktierten lediglich rund die Hälfte (47,5 %, n = ca. 130.577) eine medizinische und/oder therapeutische Versorgungseinrichtung [5] (eigene Kalkulation basierend auf [18]).

**Punkt- bzw.
Lebenszeitprävalenz
der 10-18-Jährigen:
23,9 % (n = ca. 183.500)
bzw. 35,8 %
(n = ca. 274.900)**

Die Ist-Situationsbeschreibung (siehe Kapitel 2.2) zeigt, dass für die Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen in Österreich eine Reihe von Institutionen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems und diverse Berufsgruppen involviert sind. Allerdings liegt die Versorgungskapazität – zumindest gemessen an Bedarfswerten – in vielen Bereichen deutlich unter den empfohlenen Zielwerten. Das betrifft insbesondere die vorhandenen Betten bzw. Plätze in der Krankenhausversorgung, aber auch die Versorgung mit niedergelassenen Kassenärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiater*innen. Versorgungsdefizite finden sich zudem auch im psychosozialen Bereich (z. B. Krisendienste, betreute Wohnmöglichkeiten).

**Versorgungsdefizite in Ö
im intra- & extramuralen
sowie psychosozialen
Bereich**

Bei der Behandlung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter besteht generell die Herausforderung, umfassende Therapien zu ermöglichen und gleichzeitig die soziale Exklusion (z. B. durch Verlust des sozialen Netzwerks aufgrund langer Klinikaufenthalte) der Patient*innen zu verhindern. Zu berücksichtigen ist daher insbesondere die Versorgung in ländlicheren Regionen, da sich Angebote oft auf Ballungszentren konzentrieren. Dies und die derzeitigen stationären Versorgungsgänge legitimieren, über den möglichen Einsatz von „Home-Treatment“ zu diskutieren.

**Verhältnis zwischen
notwendigen Therapien
& sozialer Exklusion**

Wenngleich sich aus der derzeit vorliegenden Evidenz keine Überlegenheit des Home-Treatments gegenüber einer institutionellen Behandlung ableiten lässt, scheinen die untersuchten Programme dennoch eine mögliche Alternative/Ergänzung zur stationären Behandlung darzustellen, denn es wurden in beiden Ansätzen Verbesserungen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild, als auch mit der Lebenssituation generell beobachtet (wenngleich nicht in allen gemessenen Dimensionen). Darüber hinaus zeigen erste Hinweise, dass das Home-Treatment kostengünstiger oder zumindest nicht teurer sein könnte, als eine vollstationäre Behandlung [67, 68].

**KJP-Versorgung in
ländlicheren Regionen**

**HT legitime
Alternative/Ergänzung zur
stationären Behandlung**

wichtige Aspekte für eine Implementierung zu beachten:	Vor einer allfälligen Implementierung sind jedoch einige Aspekte zu beachten:
bundesländer spezifische Heterogenität;	Wie an den Fallbeispielen Steiermark und Tirol deutlich wurde, ist ein besonderes Charakteristikum der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Österreich die bundesländer spezifische Heterogenität, sowohl was die Art der Leistungen, den Leistungsumfang, die Leistungsanbieter, als auch die Finanzierungsmodelle anbelangt. Das liegt daran, dass in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen, anders als bei anderen gesundheitlichen Problemen, wesentlich mehr Sektoren (Gesundheit, Bildung, Soziales, Justiz) involviert sind und viele Kompetenzen auf Länderebene geregelt sind.
Kooperationen mit anderen Institutionen & dafür notwendige Ressourcen;	Wird Home-Treatment als zusätzliches Angebot in diese bereits sehr komplexe Versorgungslandschaft implementiert, sind jedenfalls Funktionen und Verantwortlichkeiten für die Koordinierung zwischen Home-Treatment und anderen Angeboten zu definieren und mit entsprechenden Ressourcen auszustatten. Wie auch die internationalen Modelle zeigten, waren in jedem Modell neben Ressourcen für die eigentlichen Therapien zum Teil erhebliche Personalressourcen für Logistik und Koordination vorgesehen. Außerdem verdeutlichten die Studien, dass vielfach nach Beendigung des Home-Treatments Behandlung und Betreuung in unterschiedlicher Form und von verschiedenen Leistungsanbietern nötig ist, was ebenfalls einer Koordination bedarf. Da gerade die fehlende sektorenübergreifende Koordination als großes Manko der derzeitigen Versorgung beschrieben wurde (siehe Kapitel 2.2), scheint diese eine der größten Hürden für eine erfolgreiche Implementierung des Home-Treatments in Österreich zu sein.
weitere Ressourcen für Dokumentationssystem & Klärung der Datenschutzfrage;	Betreffend nötiger Ressourcen ist zudem ein Aufwand für die Errichtung eines Dokumentationssystems inklusive der Klärung von Datensicherheit und die Definition diverser standardisierte Kommunikations- und Handlungsprozesse (z. B. Daten- bzw. Informationsweitergabe zwischen beteiligten Institutionen, Standardprozeduren bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung oder Selbst-/Fremdgefährdung, Einverständniserklärungen) zu berücksichtigen.
organisatorische Anbindung unter Berücksichtigung der länder spezifischen Gegebenheiten;	Die Heterogenität zwischen den Bundesländern verdeutlicht zudem, dass neben der Koordinierung mit anderen Leistungen auch die generelle organisatorische Anbindung eines Home-Treatment-Modells auf die regionale Versorgungssituation abgestimmt sein muss. Die Lösungen in der Steiermark, wo derzeit regionale Ambulatorien aufgebaut werden, schauen mitunter anders aus, als in Tirol, wo es diese Infrastruktur nicht gibt, dafür aber andere regionale Besonderheiten, wie z. B. die Organisation „Heilpädagogische Familien“, die bereits aufsuchende Hilfen anbietet.
Investitionen in Zusatzausbildungen notwendig z. B. Schulung bereits bestehender Programme, wie Frühe Hilfen, Village Projekt oder Emerging Minds nützen;	Außerdem zeigten sowohl die Ergebnisse aus den internationalen Studien, als auch aus der Befragung der Expert*innen, dass Investitionen in die Qualifikation des Personals nötig sind. Das betrifft vor allem Schulungen zur professionellen und wirksamen Durchführung von Behandlungen im häuslichen Umfeld von Patient*innen unter Wahrung der Privatsphäre, Vermeidung von Stigmatisierung und Gewährleistung der Sicherheit für das eingesetzte Personal. Hierzu kann auf eine Reihe von Erfahrungen in anderen Bereichen, in denen ebenfalls aufsuchende Dienste eine Rolle spielen, zurückgegriffen werden. Darunter fallen z. B. die Frühen Hilfen, die bei belastenden Situationen während der Schwangerschaft oder in Familien mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren aufsuchende Hilfen anbieten [69]. Eine weitere Quelle sind die Erkenntnisse eines in Tirol angesiedelten Forschungsprojekts zur Unterstützung von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern (Vil-

lage Projekt), wo ebenfalls aufsuchende Hilfen im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung geleistet wird [70, 71]. In beiden Projekten gibt es Schulungsmodule, die bei der Qualifizierung des Home-Treatment-Personals genutzt werden können. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von internationalen Erfahrungen, insbesondere zum Thema Psychoedukation innerhalb von Familien (z. B. Emerging Minds in Australien; www.emergingminds.com.au), die ebenso genutzt werden können.

Im Zusammenhang mit einer Implementierung von Home-Treatment scheint zudem das Bewusstsein darüber wichtig, dass Home-Treatment kein vollständiger Ersatz für die Vorhaltung stationärer Kapazitäten sein kann, denn nicht alle Patient*innen können zu Hause behandelt werden (z. B. aufgrund des Krankheitsbildes oder der Wohnsituation generell) und manche brauchen während des Home-Treatments einen stationären Aufenthalt. In den meisten internationalen Modellen bestand von vorn herein eine Verzahnung mit den stationären Strukturen. Insofern werden durch die Implementierung des Home-Treatments die bestehenden Versorgungsmängel nicht behoben. Es wurden sogar – im Gegenteil – Bedenken geäußert, dass bestehende Personalengpässe (z. B. bei den Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie) vorübergehend noch verschärft werden könnten, wenn nicht gleichzeitig in die Ausbildung investiert wird. Aus diesem Grund sollte die Implementierung eines Home-Treatment-Modells im Rahmen einer verantwortungsvollen und realistischen Gesamtstrategie für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich unter Berücksichtigung von Angebot und Nachfrage an (fachärztlichen) Ressourcen erfolgen.

Da die Evidenzanalyse keine eindeutigen Hinweise zur Wichtigkeit einzelner Programmkomponenten ergab, können keine spezifischen Empfehlungen zur Ausgestaltung eines Home-Treatments mit Bezug zur späteren Wirksamkeit des Programms abgegeben werden. Aus den Ergebnissen zu den Implementierungsfragen geht jedoch hervor, dass jedenfalls vor einer Einführung von Home-Treatment eingehend diskutiert und definiert werden sollte, welche Patient*innen das Programm in Anspruch nehmen können (Alter, Diagnose, Wohnsituation, etc.), welche therapeutischen Angebote es beinhaltet, wie lange und intensiv eine Behandlung erfolgen soll und welche Berufsgruppen für welche Aufgaben zuständig sind. Bezüglich der Berufsgruppen zeigten die internationalen Modelle, dass viele Aufgaben von nicht-medizinischem Personal übernommen werden können. Damit könnte der Engpass bei den Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Personal aus anderen Berufsgruppen, wo es ein größeres Angebot an Arbeitskräften gibt (z. B. Psycholog*innen), abgedeckt werden, sofern eine spezifische Qualifizierung gewährleistet ist. Auch Berufsgruppen, die von den Expert*innen nicht explizit genannt wurden, in der Versorgung aber bereits derzeit eine wichtige Rolle spielen und in größerem Ausmaß vorhanden sind (z. B. Pädiater*innen), können die Kapazitätsplanungen unterstützen.

Ein weiterer kritischer Faktor bei der Gestaltung eines Home-Treatment-Programms, der aus der Zufriedenheitsbefragung eines deutschen Modells hervorging, ist die Klärung der prinzipiellen Philosophie und Haltung bezüglich der Rolle der Patient*innen im Aufnahme- und Behandlungsprozess. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Partizipation und Mitbestimmung bei der Wahl des Settings (Home-Treatment oder stationär) und während des Gesamtprozesses, sowie Transparenz und Aufklärung (z. B. zu pharmakologischen Behandlungen) eine hohe Priorität für Patient*innen und die restlichen betroffenen Familienmitglieder haben. Es sollte daher Teil der Programmkonzeption sein, wie eine bestimmte Grundhaltung in die konkrete Praxis um-

**HT kein vollständiger
Ersatz stationärer
Behandlungen
→ bestehende
Personalengpässe
können weiter zunehmen
→ Gesamtstrategie
notwendig;**

**Definition der Zielgruppe
(Alter, Indikation,
Wohnsituation),
der Behandlungen
& der Berufsgruppen;**

**Partizipation &
Mitbestimmung der Pat.
& Familien → Steigerung
des Kooperationswillens;**

Überlegungen zur Finanzierung z. B. in Form eines Pilotprojekts;

Schaffung einer gesetzlichen Grundlage;

bei Implementierung Begleitevaluation empfehlenswert

gesetzt werden kann. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund eines weiteren Ergebnisses, nachdem Kooperationswille eine unbedingte Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist, relevant.

Zu lösen ist jedenfalls auch die Finanzierungsfrage (Kostenträger, Form der Finanzierung, etc.). Hierzu wurde angeregt, Modelle aus anderen Gebieten (z. B. Finanzierung von Palliativteams) in Erwägung zu ziehen. Aber auch das deutsche Modell, eine Pilotierung im Rahmen eines Forschungsprojekts durchzuführen, scheint überlegenswert. Anders als in Deutschland gibt es allerdings in Österreich keine Forschungsmittel, die explizit der Versorgungsforschung gewidmet sind. Es müsste daher erst ein Fördergeber für ein derartiges Versorgungsforschungsprojekt gewonnen werden.

Neben der Ausverhandlung einer Pilotierung könnte auch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage die Finanzierung von Home-Treatment und eine Implementierung fördern. In Deutschland konnten z. B. basierend auf dem in 2017 in Kraft getretenen PsychVVG und der in 2018 in Kraft getretenen Bundesrahmenvereinbarung Kassenverträge für stationsäquivalente Behandlungen (z. B. intensives Home-Treatment) verhandelt werden, wodurch die Finanzierung des Home-Treatments sichergestellt wurde [4].

Angesichts der derzeit eingeschränkten Studienlage zu Home-Treatment ist im Fall einer Implementierung jedenfalls eine seriöse Begleitevaluation zu empfehlen, die bereits bei der Entwicklung des Programms berücksichtigt werden sollte.

6.3 Limitationen

limitierte Evidenztiefe für einzelne Diagnosen

Bei der Wirksamkeits- und Sicherheitsanalyse von internationalen Home-Treatment-Modellen wurden sämtliche psychiatrischen Diagnosen und Schweregrade der Erkrankung inkludiert, die Evidenztiefe für einzelne Diagnosen ist jedoch limitiert.

Definitionen aufsuchender Behandlungen nicht immer einheitlich verwendet → US-RCT zu MST zuhause inkludiert, da Programm sehr ähnlich zu HT-Programmen; andere Formen, wie z. B. SDS, ausgeschlossen

HT-Studien vor 2000 nicht eingeschlossen

Generell gibt es unterschiedliche Formen der aufsuchenden Behandlung, die oft mit speziellen Fachbegriffen bezeichnet werden (z. B. HT, MST, ACT). Allerdings verbergen sich unter ein und derselben Bezeichnung oft unterschiedliche Ansätze. Die Abgrenzung, welche Modelle in diesen Bericht eingeschlossen werden und welche nicht, war daher nicht immer eindeutig. Die Entscheidung erfolgte primär auf Basis der Ausgestaltung der Programme und ob diese unserer Definition von Home-Treatment (eine kurzfristig bis mittelfristige stationersetzende bzw. -verkürzende Behandlung zuhause) entsprachen. Daher wurde z. B. die US-amerikanische Studie, die die stationäre Behandlung mit einer MST zuhause verglich, eingeschlossen [55]. Andere Formen aufsuchender Behandlungen wurden in diesem Bericht außer Acht gelassen: So wurde z. B. das Supportive Discharge Service (SDS)-Modell aus dem Vereinten Königreich nicht in die Evidenzsynthese eingeschlossen [68].

Home-Treatment ist als Behandlungskonzept nicht neu und es wurde damit schon in den 1980er Jahren experimentiert. Da der Suchzeitraum für die systematische Literaturanalyse auf die letzten 20 Jahre beschränkt wurde, sind allenfalls vorhandene ältere Studien in diesem Bericht nicht berücksichtigt.

Hinsichtlich der Expert*innenbefragung ist limitierend anzuführen, dass die Berufsgruppen lediglich durch ein bis drei Expert*innen repräsentiert waren und dass nicht alle Berufsgruppen und auch nicht alle Arten von Leistungsanbietern vertreten waren. Die Ergebnisse sind daher nicht generalisierbar und möglicherweise gibt es zusätzliche relevante, insbesondere regionalspezifische Implementierungsaspekte, die in diesem Bericht nicht angeführt sind. Die Beschreibung der Ist-Situation erfolgte lediglich im Überblick. Vor einer konkreten Implementierung eines Home-Treatments ist eine detailliertere Ist-Situationsanalyse empfehlenswert.

Bei der Evidenzanalyse zu den Effekten eines Home-Treatments wurde in diesem Bericht ausschließlich die Wirksamkeit und Sicherheit evaluiert. Ein weiteres wichtiges Entscheidungskriterium wären jedoch die ökonomischen Implikationen, die jedoch im Rahmen dieses Berichts nicht berücksichtigt werden konnten. Demzufolge sollten zukünftig ergänzend ökonomische Dimensionen (Kosteneffektivität, Budgetfolgen) von Home-Treatment-Modellen analysiert werden.

**Expert*innen-Meinungen
nicht generalisierbar**

**vor Implementierung
detaillierte
IST-Situationsanalyse
empfehlenswert**

**ökonomische
Implikationen von HT
in diesem Bericht nicht
berücksichtigt → zukünftig
notwendig**

7 Fazit

Home-Treatment – im vorliegenden Forschungsbericht definiert als kurz- bis mittelfristige stationsersetzende bzw. -verkürzende Behandlung im häuslichen Rahmen – umfasst ein multidisziplinäres Team, das psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche zuhause in ihrem gewohnten Umfeld behandelt.

Generell lassen sich aus der vorliegenden Wirksamkeitsanalyse keine Empfehlungen ableiten, wie das Home-Treatment-Modell konkret zu gestalten ist (z. B. Zielgruppe, Therapieangebote, Berufsgruppen). Jedoch deutet die analysierte Evidenz darauf hin, dass Home-Treatment langfristig zu einer Verbesserung der psychopathologischen Symptome, insbesondere psychosozialer Aspekte führen kann, sowie auch den Übergang von der stationären Behandlung in die ambulante Betreuung unterstützen und dadurch Krankenhausaufenthalte verringern bzw. verkürzen kann. Demnach kann das Home-Treatment aus der Perspektive des Patient*innennutzens als mögliche Ergänzung bzw. Alternative zur stationären Behandlung betrachtet werden.

Home-Treatment kann jedoch nur dann erfolgreich funktionieren, wenn es mit den zahlreichen anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten koordiniert ist und eine Qualifizierung des Personals erfolgt. Vor dem Hintergrund der bestehenden Kapazitätsmängel erfordert eine Implementierung daher einen weiteren Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskapazitäten (sowohl intramural als auch extramural), sowie auch Ressourcen abseits der reinen Therapiekosten (für Koordination, Administration etc.). Aus diesem Grund sollte eine Implementierung von Home-Treatment nicht primär durch finanzielle Anreize (z. B. Wunsch nach Kosteneinsparung) motiviert sein.

Aufgrund der derzeit bestehenden erheblichen bundesländerspezifischen Unterschiede in der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sind individuelle Lösungen bezüglich organisatorischer Anbindung, Verantwortlichkeiten und Finanzierung erfolgversprechender als ein bundesweit einheitlicher Ansatz. Die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage ist hierbei ebenfalls anzudenken.

Der hier vorgelegte Bericht zeigt eine Vielzahl an Fragen auf, welche vor einer Implementierung eines Home-Treatment-Programmes berücksichtigt werden müssen. Jedenfalls sollten vor einer Implementierung die Modellcharakteristika sehr genau spezifiziert und mit einem Evaluationskonzept verknüpft werden, sodass Grundlagen für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung geschaffen werden können.

**HT durch
multidisziplinäres Team
für psychisch kranke KiJu**

**HT langfristig
Verbesserungen insb.
psychosozialer Symptome
& Unterstützung bei
Übergang stationär –
ambulant**

**Ausbildungen &
Vernetzung unabdingbar
→ zusätzliche Ressourcen
notwendig**

**bundländerspezifische
Lösungen bzgl. Anbindung,
gesetzliche Grundlage &
Finanzierung**

**Planung inkl.
Evaluationskonzept
wird empfohlen**

8 Literatur

- [1] Ist-Stand Versorgung 2018. Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie: 2018 [cited 19/08/2020]. Available from: <https://oegkjp.at/wordpress/wp-content/uploads/2018/10/Versorgung-2018.pdf>.
- [2] Hartl C. and Karwautz A. Zehn Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich: ein neues ärztliches Sonderfach in den Strukturen des Gesundheitswesens. *Neuropsychiatr.* 2017;31(3):103-111. DOI: 10.1007/s40211-017-0235-0.
- [3] Kern D., Hagleitner J. and Valady S. Außerstationäre psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sozialministerium: 2013 [cited 03/08/2020]. Available from: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezifische-Versorgungsbereiche/Psychosoziale-Versorgung-von-Kindern-und-Jugendlichen.html>.
- [4] Boege I., Schepker R., Grupp D. and Fegert J. M. Kinder- und jugendpsychiatrische stationsäquivalente Behandlung (StÄB): Therapieoption – für alle oder für wenige? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 2020;1-10. DOI: 10.1024/1422-4917/a000711.
- [5] Wagner G., Zeiler M., Waldherr K., Philipp J., Truttmann S., Dür W., et al. Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2017;26(12):1483-1499. DOI: 10.1007/s00787-017-0999-6.
- [6] Schmidt M. H., Lay B., Gopel C., Naab S. and Blanz B. Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2006;15(5):265-276.
- [7] ICD-10-GM-2020: F00-F99. ICD-Code: 2020 [cited 03/08/2020]. Available from: <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>.
- [8] Egger J. Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In: *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin.*: Springer Wiesbaden; 2015.
- [9] Griebler R., Winkler P. and Bengough T. Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht.: 2016 [cited 03/08/2020]. Available from: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder-und-Jugendgesundheit/Kinder-und-Jugendgesundheitsbericht.html>.
- [10] Fuchs M. and Karwautz A. Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Eine narrative Übersichtsarbeite unter Berücksichtigung österreichischer Daten. *Neuropsychiatr.* 2017;31:96–102. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40211-017-0238-x>.
- [11] Deister A. and Wilms B. Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie – Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. *Psychiat Prax.* 2015;42:8-10. DOI: 10.1055/s-0034-1387487.
- [12] Kölch M., Rassenhofer M. and Fegert J. M. *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.*: Springer; 2020.
- [13] Kern D. and Sagerschnig S. Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sozialministerium: 2017 [cited 03/08/2020]. Available from: https://oegkjp.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/12/2013_integrierte_psychosoziale_versorgung_von_kindern_und_jugendlichen.pdf.
- [14] Vermehrt Schüler wegen Depression in Klinik eingewiesen. *Aerzteblatt.* 2019 [cited 31/07/2020]. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107604/Vermehrt-Schueler-wegen-Depression-in-Klinik-eingewiesen>.
- [15] Kinderärzte diagnostizieren vermehrt psychische Störungen. *Aerzteblatt.* 2020 [cited 31/07/2020]. Available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113008/Kinderaerzte-diagnostizieren-vermehr-psychische-Stoerungen>.
- [16] Thun-Hohenstein L. Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich. *Neuropsychiatr.* 2017;31(3):87-95. DOI: 10.1007/s40211-017-0236-z.

- [17] Trischak C., Bachler S., Ruda R. and Hochwallner C. Nahtstellenmanagement in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten: Identifizierung konkreter Problembereiche an den Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Fokus auf Netzwerke. Competence Center Integrierte Versorgung: 2016 [cited 03/08/2020]. Available from: <https://www.cciv.at/cdscontent/load?contentid=10008.637783&version=1487064754>.
- [18] Bevölkerung nach Alter und Geschlecht. Statistik Austria: 2020 [cited 06/10/2020]. Available from: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html.
- [19] Felder-Puig R., Teutsch F. and Maier G. Österreichische HBSC Ergebnisse im internationalen Vergleich. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: 2018 [cited 13/10/2020]. Available from: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder-und-Jugendgesundheit/HBSC.html>.
- [20] UN-Kinderrechtskonvention. United Nations [cited 03/08/2020]. Available from: <https://www.kinderrechtskonvention.info/>.
- [21] Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. United Nations [cited 03/08/2020]. Available from: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.
- [22] Gregoritsch J. Versorgung von Kindern & Jugendlichen – Einblick in die Sozialversicherung & Best-Practice Beispiel Kinder-Reha. 7 Symposium zu Kinder- und Jugendgesundheit: Versorgung von Kindern & Jugendlichen – Entwicklungen & Herausforderungen. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen Wien2020.
- [23] Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, Fassung vom 20.08.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>.
- [24] Landesrecht konsolidiert Tirol: Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstaltengesetz – Tir KAG, Tiroler, Fassung vom 20.08.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Lr&Gesetzesnummer=20000190>.
- [25] Landesrecht konsolidiert Steiermark: Gesamte Rechtsvorschrift für Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012, Fassung vom 20.08.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000106>.
- [26] Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, Fassung vom 06.10.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 06/10/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>.
- [27] Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998, Fassung vom 20.08.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>.
- [28] Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 20.08.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620>.
- [29] Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Psychologengesetz 2013, Fassung vom 20.08.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552>.
- [30] Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013, Fassung vom 20.08.2020. Rechtsinformationssystem des Bundes: 2020 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008375>.
- [31] Kinder- und Jugendhilfe. Bundeskanzleramt: 2020 [cited 31/07/2020]. Available from: <https://www.frauen-familien-jugend.bka.gv.at/familie/kinder-jugendhilfe/kinder-jugendhilfe.html>.
- [32] Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017. Sozialministerium: 2017 [cited 20/08/2020]. Available from: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-speziale-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html>.

- [33] Thun-Hohenstein L., Fliedl R., Sevecke K. and Karwautz A. Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich. *Neuropsychiatr.* 2017;31(3):144-149. DOI: 10.1007/s40211-017-0242-1.
- [34] Volksanwaltschaft. Sonderbericht: Kinder und ihre Rechte in öffentlichen Einrichtungen.: 2017 [cited 03/08/2020]. Available from: https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/evrov/Sonderbericht_Kinderrechte_2017.pdf.
- [35] Kiesl F. Therapeutische Versorgung – Status Quo & Ausblick zum Sachleistungsausbau. 7 Symposium zu Kinder- und Jugendgesundheit: Versorgung von Kindern & Jugendlichen – Entwicklungen & Herausforderungen. Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen Wien 2020.
- [36] Naughton M. F. A., Maybery D. J. and Goodyear M. Prevalence of mental illness within families in a regional child-focussed mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2018;27:901-910.
- [37] Zechmeister-Koss I. and Goodyear M. Supporting children who have mentally ill parents in Tyrol: A mapping of existing support structures and epidemiological dimensions.. Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessment: 2018. Available from: https://eprints.aihta.at/1180/1/HTA-Projektbericht_Nr.113a.pdf.
- [38] Piso B., Bachler S., Gredinger G., Hummer M., Kern D., Kienberger S., et al. Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH: 2020 [cited 03/08/2020]. Available from: https://jasmin.goeg.at/1474/1/barrierefrei_Ergebnisbericht_Kindertherapien.pdf.
- [39] Kinder- und Jugendpsychiatrie. Tiroler Kliniken: 2020 [cited 06/10/2020]. Available from: <https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall/medizinisches-angebot/kinder-und-jugendpsychiatrie>.
- [40] Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Landeskrankenhaus Graz II: 2020 [cited 06/10/2020]. Available from: <https://www.lkh-graz2.at/cms/beitrag/10329381/2171282>.
- [41] Verbesserte Versorgungssituation für obersteirische Kinder und Jugendliche. KAGes – Das Gesundheitsunternehmen der Steiermark: 2016 [cited 31/07/2020]. Available from: <https://www.kages.at/cms/beitrag/10317175/9360231/>.
- [42] Sevecke K. Die Rolle der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tirol und ihre gesellschaftliche Verantwortung. Land Tirol: 2014 [cited 19/08/2020]. Available from: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/_migrated/content_uploads/Psy-Enquete_Referat_Sevecke.pdf.
- [43] Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung: Land Steiermark und STGKK präsentieren konkrete Pläne. Gesundheitsfonds Steiermark: 2020 [cited 31/07/2020]. Available from: <http://www.gesundheitsportal-steiermark.at/Seiten/Aktuell-Kinder-Jugenpsychiatrie-2016.aspx>.
- [44] Baldaszi E. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2016. Statistik Austria: 2018.
- [45] Psychiatriebericht Steiermark 2017. Gesundheitsfonds Steiermark: 2017 [cited 03/08/2020]. Available from: <http://www.plattformpsyche.at/Documents/Psychiatriebericht2017%20%28002%29.pdf>.
- [46] Übersicht der steiermärkischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Dachverband der österreichischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen: 2020 [cited 31/07/2020]. Available from: <http://www.doej.at/index.php/verband/mitgliederverzeichnis/steiermark>.
- [47] Übersicht der tiroler Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Dachverband der österreichischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen: 2020 [cited 31/07/2020]. Available from: <http://www.doej.at/index.php/verband/mitgliederverzeichnis/tirol>.
- [48] Heilpädagogische Familien GmbH. Heilpädagogische Familien GmbH: 2020 [cited 06/10/2020]. Available from: <https://www.hpfamilien.at/contao3/index.php/betreuung.html>.
- [49] Boege I., Schepker R., Herpertz-Dahlmann B. and Vloet T. D. Hometreatment. Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 2015;43(6):411-423.
- [50] Lamb C. E. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Current Opinion in Psychiatry.* 2009;22(4):345-350.

- [51] Boege I., Schepker R. and Fegert J. M. Aufsuchende Behandlungsformen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* 2019;62(2):195-204. DOI: 10.1007/s00103-018-2874-0.
- [52] Kirchmann F., Schepker R., Corpus N., Fegert J. M., Keller F. and Boege I. Patienten- und Elternzufriedenheit bei intensiver, klinikvernetzter Zu-Hause-Behandlung. *Psychotherapeut.* 2014;59(5):371-377.
- [53] Mayer L. Effizienz von Zu Hause-Behandlung hinsichtlich Alltagsbeeinträchtigung bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten. Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Standort Weissnau: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters: 2014 [cited 03/08/2020]. Available from: https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/bitstream/handle/123456789/3957/vts_9838_14986.pdf?sequence=1.
- [54] Lay B., Blanz B. and Schmidt M. H. Effectiveness of home treatment in children and adolescents with externalizing psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2001;10:I80-90.
- [55] Schoenwald S. K., Ward D. M., Henggeler S. W. and Rowland M. D. Multisystemic therapy versus hospitalization for crisis stabilization of youth: Placement outcomes 4 months postreferral. *Mental Health Services Research.* 2000;2(1):3-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010187706952>.
- [56] Preyde M., Frensch K., Cameron G., White S., Penny R. and Lazure K. Long-term outcomes of children and youth accessing residential or intensive home-based treatment: Three year follow up. *Journal of Child and Family Studies.* 2011;20(5):660-668.
- [57] Preyde M., Frensch K., Cameron G., Hazineh L. and Riosa P. B. Mental health outcomes of children and youth accessing residential programs or a home-based alternative. *Social Work in Mental Health.* 2011;9(1):1-21.
- [58] Higgins J. P., Altman D. G., Gøtzsche P. C., Jüni P., Moher D., Oxman A. D., et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj.* 2011;343:d5928. Epub 2011/10/20. DOI: 10.1136/bmj.d5928.
- [59] Sterne J. A., Hernán M. A., Reeves B. C., Savović J., Berkman N. D., Viswanathan M., et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *Bmj.* 2016;355:i4919. DOI: 10.1136/bmj.i4919.
- [60] Institute of Health Economics. IHE Quality Appraisal Checklist for Case Series Studies. Institut of Health Economics, Alberta Canada: 2016 [cited 11/08/2020]. Available from: <https://www.ihe.ca/publications/ihe-quality-appraisal-checklist-for-case-series-studies>.
- [61] Boege I., Corpus N. and Schepker R. Behandelt zu Hause gesund werden. Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 2014;42(1):27-37.
- [62] Corpus N., Schepker R., Fegert J. M. and Boege I. Eltern und Patienten als Subjekt der Behandlung. Erwartungen, Effizienz und Realitäten von intensiver, klinikverzahnter Behandlung zu Hause. *Psychotherapeut.* 2014;59(5):378-384.
- [63] Boege I., Mayer L., Muche R., Corpus N., Schepker R. and Fegert J. M. Home treatment – insbesondere für expansive Jungen? Alters- und geschlechtsspezifische Wirksamkeit von Home treatment bei internalisierenden vs. externalisierenden Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 2015;43(3):161-171.
- [64] Muskens J. B., Herpers P. C. M., Hilderink C., van Deurzen P. A. M., Buitelaar J. K. and Staal W. G. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):412.
- [65] Shepperd S., Doll H., Gowers S., James A., Fazel M., Fitzpatrick R., et al. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(2):Cd006410. Epub 2009/04/17. DOI: 10.1002/14651858.CD006410.pub2.
- [66] Kwok K. H. R., Yuan S. N. V. and Ougrin D. Review: Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. *Child and Adolescent Mental Health.* 2015;21(1):3-10. DOI: <https://doi.org/10.1111/camh.12123>.

- [67] Boege I., Corpus N., Schepker R., Kilian R. and Fegert J. M. Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists. 2015;30(5):583-589.
- [68] Ougrin D., Corrigall R., Poole J., Zundel T., Sarhane M., Slater V., et al. Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. Lancet Psychiatry. 2018;5(6):477-485. Epub 2018/05/08. DOI: 10.1016/s2215-0366(18)30129-9.
- [69] Nationales Zentrum für Frühe Hilfen. Frühe Hilfen: 2020 [cited 06/10/2020]. Available from: <https://www.fruehehilfen.at/de/Nationales-Zentrum/Nationales-Zentrum-Fruhe-Hilfen.htm>.
- [70] Christiansen H., Bauer A., Fatima B., Goodyear M., Lund I. and Zechmeister-Koss I. Improving Identification and Child-Focused Collaborative Care for Children of Parents With a Mental Illness in Tyrol, Austria. Front Psychiatry. 2019;10:233.
- [71] Zechmeister-Koss I., Goodyear M., Tüchler H. and Paul J. L. Supporting children who have a parent with a mental illness in Tyrol: a situational analysis for informing co-development and implementation of practice changes. BMC Health Serv Res. 2020;20(326).
- [72] Speer C. P. and Gahr M. Pädiatrie. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2005. ISBN 3-540-20791-0.
- [73] Tölle R. and Windgassen K. Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. Springer Medizin Verlag Heidelberg 2012. ISBN 978-3-642-20415-9.
- [74] Möller H. J., Laux G. and Deister A. Duale Reihe Psychiatrie u. Psychotherapie. Georg Thieme Verlag Stuttgart 2005. ISBN 3-13-128543-5.
- [75] Kohler F., Martin Z. S., Hertrampf R. S., Gabel C., Kessler J. and Ditzen B. Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychol. 2020;11(651).

9 Anhang

9.1 Extraktionstabellen: Wirksamkeit & Sicherheit von Home-Treatment-Modellen

Tabelle 9.1-1: Wirksamkeit und Sicherheit von Home-Treatment-Modellen (Teil A)

Studie/Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	5 Einrichtungen: Craigwood Youth Services, kidsLINK, Lutherwood (Mental Health Service Division), Lynwood Hall Child & Family Centre, Vanier Children's Services	
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54] ¹⁰	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Studiendesign	RCT	NRCT: nur Interventionsarm (HT) analysiert	NRCT	NRCT
Land	USA	Deutschland	Deutschland	Kanada
Forschungsfrage	Vergleich zwischen MST-zuhause (US-HT) und stationärer Behandlung bei KiJu in einer psychiatrischen Krise	Wirksamkeit von HT bei KiJu mit schwerwiegenden externalisierenden Verhaltensstörungen verglichen zu schwerwiegenden internalisierenden Verhaltensstörungen	Wirksamkeit von HT bei KiJu mit heterogenen schwerwiegenden psychiatrischen Störungen	Klinische und funktionelle Endpunkte nach Heim vs. HT
Population	KiJu zwischen 10-17 Jahren	KiJu zwischen 6-16 Jahren	KiJu zwischen 6-16 Jahren	KiJu zwischen 5-16 Jahren
Indikation(en)	Symptome mit suizidalem bzw. fremdgefährdendem Verhalten, Psychosen, Gefahr der Selbstverletzung bzw. Verletzung anderer aufgrund der psychischen Erkrankung	Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur vollstationären Behandlung ¹¹	Schwerwiegende psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur vollstationären Behandlung ¹¹	Schwere psychische Erkrankungen insbesondere emotionalen und Verhaltensstörungen
Ausschlusskriterien	Diagnose Autismus	<ul style="list-style-type: none"> ■ IQ <85 ■ Seltene psychische Erkrankungen (<4 % der stationär behandelten Pat.) ■ Selbstgefährdung ■ Extrem ausgeprägte Störungen → ununterbrochene Aufsicht notwendig (z. B. Psychosen, Autismus) ■ Teil der Therapie = Trennung von Bezugsperson(en) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ IQ <85 ■ Seltene psychische Erkrankungen (<4 % der stationär behandelten Pat.) ■ Selbstgefährdung (insb. Suizidgedanken) ■ Extrem ausgeprägte Störungen → ununterbrochene Aufsicht notwendig (z. B. Psychosen, Autismus) ■ Lebensgefährliche physische Symptome 	NR
Intervention	MST-zuhause (US-HT)	HT	HT	HT

¹⁰ Weitere Publikation zur Studie von Schmidt et al. (1998), die aufgrund des Publikationszeitraums nicht in den vorliegenden Review eingeschlossen wurde.

¹¹ Childrens' Global Assessment Score (SGKJ) ≤5.

Studie/Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim		5 Einrichtungen: Craigwood Youth Services, kidsLINK, Lutherwood (Mental Health Service Division), Lynwood Hall Child & Family Centre, Vanier Children's Services
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54] ¹⁰	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Kontrollgruppe	Vollstationäre Behandlung	NA	Vollstationäre Behandlung	Heim ¹²
Dauer der Intervention	4 Monate	3,5 Monate	3,5 Monate	3-9 Monate
Nachbeobachtung	NA	NA	12 Monate	12-18 Monate 36-40 Monate
Zeitpunkte der Datenerhebung	t1 Innerhalb von 24h ab Rekrutierung in das Projekt t2 Nach akuter Krisenstabilisierung (2 Wochen) t3 Am Ende des Programms (3-4 Monate)	t1 Beginn der HT t2 Ende der HT	t1 Beginn der HT t2 Ende der HT t3 12 Monate Nachbeobachtung	t1 Aufnahme t2 Entlassung t3 12-18 Monate Nachbeobachtung t4 36-40 Monate Nachbeobachtung
Pat.-Anzahl, gesamt n (IG vs. KG)	113 (57 vs. 56)	76 <ul style="list-style-type: none">■ Externalisierende Störungen: 50■ Internalisierende Störungen: 20	85 (70 vs. 35)	KiJu: 206 (104 vs. 106) Eltern: 150 (101 vs. 49)
Drop-outs, n (%)	t1 3 (2,6) t2 0 (0,0) t3 0 (0,0)	6: <ul style="list-style-type: none">■ 4 Pat. stationär oder andere Institutionen■ 2 Familien HT abgebrochen	6: <ul style="list-style-type: none">■ 4 Pat. stationär oder andere Institutionen■ 2 Familien HT abgebrochen HT: t1-t3: 11 (16,0)	0 vs. 0
Pat.-Daten				
Mädchen/Jungen, n (%)	(35,0)/(65,0)	Ingesamt: 24/46 <ul style="list-style-type: none">■ Externalisierende Störungen: 13/37■ Internalisierende Störungen: 11/9	(54)/(46) vs. (77)/(23)	30 (29,0)/75 (71,0) vs. 22 (21,0)/83 (79,0)
Alter (Jahre), mean (SD, range)	13,0	<ul style="list-style-type: none">■ Externalisierende Störungen: 9,8 (2,4; 5,3-15,9)■ Internalisierende Störungen: 13,8 (2,4)	10,9 (3,0) vs. 11,3 (3,1)	13,7 (2,8) vs. 14,12 (2,9)
Ethnizität, %	<ul style="list-style-type: none">■ Afroamerikanisch: 64■ Weiß: 34■ Asiatisch: 1■ Hispanisch: 1	NR	NR	NR

¹² Heime (engl. residential treatment centers) wurden als 24h -Einrichtungen definiert, die Behandlungsprogramme für KiJu mit psychischen Erkrankungen (insb. schweren emotionalen und Verhaltensstörungen) anbieten und nicht als Krankenanstalt zugelassen waren.

Studie/Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	5 Einrichtungen: Craigwood Youth Services, kidsLINK, Lutherwood (Mental Health Service Division), Lynwood Hall Child & Family Centre, Vanier Children's Services	
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54] ¹⁰	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Familiensituation, n (%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alleinerziehend: (58,0) (55 Mütter) ■ Familie mit beiden Elternteilen: (22,0) ■ Bezugsperson nicht biologische bzw. Adoptiveltern: (20,0) 	NR	NR	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verheiratet: 40 (40,0) vs. 20 (41,0)¹³ <ul style="list-style-type: none"> ■ Single: 16 (16,0) vs. 6 (12,0) ■ Unverheiratete Beziehung: 12 (12,0) vs. 5 (10,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Geschieden: 14 (14,0) vs. 8 (16,0) ■ Getrennt: 18 (18,0) vs. 10 (20,0) ■ Verwitwet: 1 (1,0) vs. 0 (0,0)
Sozioökonomischer Status	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medicaid (Medical Assistance USA): 75 % ■ Medianes Monatseinkommen: \$250 	<p>Externalisierende Störungen, n (%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Niedriger Status: 32 (64,0) ■ Mittlerer Status: 18 (36,0) <p>Internalisierende Störungen: NR</p>	<p>Score 1-6, mean (SD)¹⁴:</p> <p>4,6 (1,0) vs. 4,1 (1,4)</p>	<p>Einkommen durch, n (%):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Beschäftigung: 61 (64,0) vs. 34 (69,0) ■ Invalidenrente: 20 (21,0) vs. 10 (20,0) ■ Soziale Beihilfe: 10 (10,0) vs. 1 (2,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Andere: 5 (5,0) vs. 4 (8,0) <p>Einkommensrange, n (%):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 0-29.999: 41 (43,0) vs. 14 (33,0) ■ 30.000-59.999: 36 (38,0) vs. 21 (49,0) ■ 60.000-89.999: 12 (13,0) vs. 5 (12,0) ■ 90.000+: 6 (6,0) vs. 3 (7,0)
Diagnosen zu Beginn der Studie, n (%)	<p>Einschätzung Bezugspersonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Disruptive Verhaltensstörung: (62,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Gemütsstörung: (35,0) ■ Angststörung: (39,0) ■ Substanzbedingte Störung: (9,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Essstörung: (3,0) ■ Denkstörung: (6,0) <p>Einschätzung Psychiater*in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Selbstmordgedanken, -pläne, -versuche: (32,0) ■ fremdgefährdende Gedanken, Pläne, Versuche: (15,0) ■ Psychose: (11,0) ■ Signifikante Gefahr der Selbstgefährdung bzw. anderer: (42,0) <p>Anzahl der Diagnosen/KiJu, mean (SD): 3,08 (2,61)</p>	<p>Externalisierende Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, F90.0: 8 (16,0) ■ Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, F90.1: 26 (52,0) ■ Verhaltensstörung, F91: 11 (22,0) ■ Störung des Sozialverhalten & Emotionen, F92: 5 (10,0) ■ Komorbide Diagnosen, F80, F81, F83: 8 (16,0) <p>Internalisierende Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Essstörungen, F50: 5 ■ Zwangsstörung, F42: 4 ■ Emotionale Störung, F93: 4 ■ Asperger's Syndrom, F84: 3 ■ Phobische Angststörung, F40: 2 ■ Enkopresis, F98: 1 ■ Somatische Störung, F45: 1 ■ Organische Persönlichkeitsstörung, F07: 0 ■ Komorbide Diagnosen, F80-F83: 10 (14,3) vs. 7 (20,0) ■ Somatische Störung, F45: 1 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hyperkinetische Störung, F90: 34 (48,6) vs. 16 (45,7) ■ Verhaltensstörung, F91: 11 (15,7) vs. 6 (17,1) ■ Störung des Sozialverhalten & Emotionen, F92: 5 (7,1) vs. 2 (5,7) ■ Essstörungen, F50: 5 vs. 4 ■ Zwangsstörung, F42: 4 vs. 1 ■ Emotionale Störung, F93: 4 vs. 1 ■ Asperger's Syndrom, F84: 3 vs. 2 ■ Phobische Angststörung, F40: 2 vs. 1 ■ Enkopresis, F98: 1 vs. 1 ■ Somatische Störung, F45: 1 vs. 0 ■ Organische Persönlichkeitssstörung, F07: 0 vs. 1 ■ Komorbide Diagnosen, F80-F83: 10 (14,3) vs. 7 (20,0) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ADHS: NR ■ Störung des oppositionellen Trotzes: NR ■ Posttraumaitsche Störungen: NR ■ Zwangsstörung: NR ■ Angststörung: NR ■ Stimmungsschwankungen: NR ■ Tourette's Syndrom: NR ■ Reaktive Bindungsstörung: NR ■ Probleme mit Gesetzen: 33 (32,0) vs. 37 (35,0)

¹³ Für die Heime konnten lediglich 48 Eltern für die Erhebungen herangezogen werden.

¹⁴ 6 = niedrigster sozioökonomischer Status, 1 = höchster sozioökonomischer Status

Studie/Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim		5 Einrichtungen: Craigwood Youth Services, kidsLINK, Lutherwood (Mental Health Service Division), Lynwood Hall Child & Family Centre, Vanier Children's Services
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54] ¹⁰	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Vorherige Behandlungen/ Maßnahmen, n (%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychiatrische Behandlungen: (87,0) ■ Hospitalisierung in psychiatrischer Klinik: (38,0) ■ Involvierung des Jugendgerichts: (38,0) 	<p>Externalisierende Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Psychoharmakologische Medikation: 19 (38) <p>Internalisierende Störungen: NR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stationäre Behandlung: 17 (24,3) vs. 2 (5,7) <ul style="list-style-type: none"> ■ Niedergelassene Behandlungen: 42 (60,0) vs. 25 (71,4) ■ Andere psychiatrische Behandlungen: 2 (2,8) vs. 6 (17,2) 	NR
Interventionsdaten				
Behandlungsdauer (Tage/Monate), mean (SD; range)	123 (29)	3,5 (0,6; 2,1-5,5)	3,5 (1,9-5,5)	5,25 (3,62) vs. 7,8 (5,82)
Kontaktstunden allgemein, mean (SD; range)	Therapeut*innen & Familien: 97,1 (57,0)	<p>Externalisierende Störungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pat.: 20 (4,5; 11-30) ■ Primäre Bezugspersonen: 19,8 (5,0; 6-32) ■ Sekundäre Bezugspersonen: 2,6 (2; 0-9) <p>Internalisierende Störungen: NR</p>	Pat. & primäre Bezugsperson: 20 (11-30) Sekundäre Bezugsperson: 3	NR
Telefonkontakte, mean (SD; range)	NR	6,1 (4,5; 0-17)	4 (0-23)	NR
Wirksamkeit				
Hospitalisierung	<p>Pat. (%) in stationärer Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> t1-t2: 25 vs. 100 ($p<0,001$) t2-t3: 28 vs. 20 ($p>0,05$) t1-t3: 44 vs. 100 ($p<0,001$) <p>Anzahl der Krankenhaustage, mean (SD):</p> <ul style="list-style-type: none"> t1-t2: 2,21 (1,42) vs. 5,77 (3,50) ($p<0,001$) t2-t3: 6,56 (6,38) vs. 15,55 (21,42) ($p=0,20$) t1-t3: 5,44 (5,58) vs. 8,82 (11,55) ($p=0,080$) <p>Dauer der stationären Behandlung in Tage, mean (SD):</p> <ul style="list-style-type: none"> t1-t2: 2,14 (1,46) vs. 5,49 (2,63) ($p<0,001$) t2-t3: 4,62 (6,12) vs. 9,44 (10,08) ($p>0,18$) t1-t3: 3,78 (5,04) vs. 6,06 (4,05) ($p=0,05$) 	NR	NR	NR

Studie/Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	5 Einrichtungen: Craigwood Youth Services, kidsLINK, Lutherwood (Mental Health Service Division), Lynwood Hall Child & Family Centre, Vanier Children's Services	
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54] ¹⁰	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau	NR	<p>Externalisierende Störungen: MEI total symptom score¹⁵, t1-t2, n (%): Score ≤9: 18 (36,0) – 34 (68,0) Score 10-19: 27 (54,0) – 14 (28,0) Score ≥20: 5 (10,0) – 2 (4,0)</p> <p>Externalisierende vs. internalisierende Störungen: Unabhängige klinische Bewertung¹⁶: 1,8 vs. 1,9; p=0,79</p> <p>Externalisierende Störungen: Adaptierte CGAS¹⁷, t1-t2, n (%): Score 4: 23 (46,0) – 2 (4,0) Score 5: 27 (54,0) – 20 (40,0) Score 6: 0 (0,0) – 17 (34,0) Score 7: 0 (0,0) – 9 (18,0) Score 8: 0 (0,0) – 1 (2,0) Score 9: 0 (0,0) – 1 (2,0)</p> <p>Psychosoziale Funktion – Elternbewertung: ■ Funktion in der Familie am meisten verbessert. ■ Verbesserungen der Funktion mit Peer-Groups, der Autonomität, dem Interesse an Freizeitaktivitäten.</p>	<p>MEI total symptom score¹⁵, mean (SD): t1-t2: 12,0 (5,2) – 8,0 (5,2) vs. 14,8 (5,4) – 6,2 (3,7); p<0,001 t2-t3: 8,0 (5,2) – 4,6 (3,6) vs. 6,2 (3,7) – 7,5 (3,8), p<0,001</p> <p>Unabhängige klinische Bewertung¹⁶, mean (SD): t2 1,8 (1,0) vs. 2,2 (0,9); p=0,03 Adaptierte CGAS¹⁷, mean (SD): t1-t2: 4,5 (0,5) – 5,8 (1,0) vs. 4,5 (0,5) – 6,3 (1,0); p<0,005 t2-t3: 5,8 (1,0) – 6,3 (1,2) vs. 6,3 (1,0) – 6,0 (1,2); p<0,004</p> <p>Psychosoziale Funktion – Elternbewertung¹⁸, mean (SD): Familie: t1-t2: 3,8 (0,9) – 4,2 (0,8) vs. 3,4 (1,2) – 4,2 (1,0); p=0,10 t2-t3: 4,2 (0,8) – 4,4 (0,9) vs. 4,2 (1,0) – 4,0 (1,4); p=0,32 Schulische Performance: t1-t2: 4,7 (1,1) – 4,8 (1,2) vs. 4,3 (1,1) – 4,9 (1,0); p=0,002 t2-t3: 4,8 (1,2) – 5,0 (1,0) vs. 4,9 (1,0) – 4,8 (1,1); p=0,65</p>	<p>BCFPI-3¹⁹, mean (SD): Subskala ADHS (n=62 vs. 54): t1 73,18 (10,08) vs. 74,27 (7,91) t3 70,39 (10,77) vs. 68,50 (11,87) t4 70,09 (10,11) vs. 69,46 (11,72)</p> <p>Subskala COp (n=62 vs. 57): t1 75,83 (9,18) vs. 76,93 (8,63) t3: 71,13 (9,65) vs. 68,94 (10,82) t4: 70,37 (11,0) vs. 67,78 (10,06)</p> <p>Subskala CDp (n=61 vs. 56): t1 87,66 (30,81) vs. 91,58 (25,15) t3 73,82 (25,83) vs. 78,98 (28,40) t4 68,63 (27,64) vs. 72,60 (34,36)</p> <p>Subskala SPp (n=61 vs. 56): t1 62,87 (17,97) vs. 59,19 (14,17) t3 60,28 (16,07) vs. 57,91 (13,51) t4 59,04 (17,99) vs. 57,15 (12,03)</p> <p>Subskala MAP (n=61 vs. 54): t1 61,25 (16,64) vs. 57,84 (14,99) t3 60,17 (15,72) vs. 58,82 (14,03) t4 59,66 (15,01) vs. 59,23 (12,97)</p> <p>Subskala MMP (n=61 vs. 53): t1 74,47 (19,56) vs. 74,28 (20,55) t3 65,59 (17,32) vs. 65,73 (18,51) t4 62,45 (15,69) vs. 60,62 (15,84)</p>

¹⁵ **MEI** (Mannheim Parent Interview): Erfassung der Veränderung der psychopathologischen Symptome. Strukturiertes Interview über 40 Symptome. Jedes Symptom muss dabei bewertet werden: 0 = nicht vorhanden, 1 = moderat, 2 = schwerwiegend. Beispiel: Ein Score von 11,9 bedeutet, dass KiJu 6 schwerwiegende Symptome oder 12 moderate Symptome aufweist.

¹⁶ Messung der Symptomveränderung mit 7-Punkte-Skala von -2 bis +4: -2 = stark verschlechtert, +4 = vollkommen verbessert.

¹⁷ **Adapted version of the Childrens' Global Assessment Score** (CGAS) von Schaffner et al.: Erfassung der psychosozialen Anpassung mit Hilfe der 10-Punkte-Rating-Skala:
1 = kontinuierliche Betreuung und Aufsicht, 10 = exzellente Funktion in allen Bereichen.

¹⁸ **Psychosoziale Funktion:** Score 7 = höchstes Funktionsniveau, 1 = am meisten beeinträchtigt.

¹⁹ **BCFPI-3** (Brief Child and Family Phone Interview): Erfassung der Schwere von drei Externalisierungsstörungen (ADHS, Kooperationsfähigkeit [COp] und Verhaltensstörung [CDp]), und drei Internalisierungsstörungen (Trennungsangststörung [SPp], Angst [MAP], allgemeine Stimmung [MMp]), sowie der KiJu Funktion (z.B. soziale Beteiligung, Beziehungsqualität, Teilnahme in der Schule und Erfolge) und der Auswirkung auf die Familie (z. B. soziale Aktivitäten). Ein Score >70 gilt als Indikation für eine schwerwiegende Störung.

Studie/Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim	5 Einrichtungen: Craigwood Youth Services, kidsLINK, Lutherwood (Mental Health Service Division), Lynwood Hall Child & Family Centre, Vanier Children's Services	
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54] ¹⁰	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau (Fortsetzung 1)		<ul style="list-style-type: none"> ■ Marginale Verbesserungen der Schulperformance. Psychosoziale Funktion – Bewertung der Therapeut*innen: ■ Funktion in der Familie am meisten verbessert. ■ Signifikante Verhaltensänderungen in allen anderen Bereichen (Funktion mit Peer-Groups, der Autonomität, dem Interesse an Freizeitaktivitäten, Schulperformance). Externalisierende vs. internalisierende Störungen: Verhaltensänderungen – globale Pts.-Bewertung²⁰, n (%): <ul style="list-style-type: none"> Score 5: 16 (35,6) vs. 8 (40,0) Score 4: 22 (48,9) vs. 8 (40,0) Score 3: 6 (13,3) vs. 2 (10,0) Score 2: 0 (0,0) vs. 2 (10,0) Score 1: 1 (2,2) vs. 0 (0,0) p=1,00 Verhaltensänderungen – globale Elternbewertung²⁰, n (%): <ul style="list-style-type: none"> Score 5: 18 (36,7) vs. 6 (31,6) Score 4: 25 (51,0) vs. 9 (47,4) Score 3: 5 (10,2) vs. 4 (21,1) Score 2: 1 (2,0) vs. 0 (0,0) Score 1: 0 (0,0) vs. 0 (0,0) p=0,50 	<p>Peer-Groups: t1-t2: 4,0 (1,1) – 4,3 (1,0) vs. 3,9 (1,4) – 4,5 (1,0); p=0,25 t2-t3: 4,3 (1,0) – 4,6 (0,9) vs. 4,5 (1,0) – 4,4 (1,1); p=0,12</p> <p>Freizeitinteressen: t1-t2: 3,8 (1,2) – 4,2 (1,1) vs. 3,5 (1,2) – 3,9 (1,2); p=0,19 t2-t3: 4,2 (1,1) – 4,4 (1,1) vs. 3,9 (1,2) – 4,1 (1,1); p=0,17</p> <p>Autonomie Kiju: t1-t2: 4,5 (1,1) – 4,8 (0,9) vs. 4,6 (1,0) – 5,0 (0,8); p=0,27 t2-t3: 4,8 (0,9) – 5,1 (0,7) vs. 5,0 (0,8) – 5,1 (1,0); p=0,62</p> <p>Verhaltensänderungen – globale Pts.-Bewertung²⁰, mean (SD): t2 4,1 (0,9) vs. 4,6 (0,6); p=0,02</p> <p>Verhaltensänderungen – globale Elternbewertung²⁰, mean (SD): t2 4,2 (0,7) vs. 4,5 (0,6); p=0,03 t3 3,7 (1,1) vs. 3,1 (1,5); p=0,11</p> <p>Verhaltensänderungen – globale Therapeut*innen-Bewertung²⁰, mean (SD): t2 4,3 (0,7) vs. 4,5 (0,6); p=0,05 t3 3,6 (1,1) vs. 3,2 (1,3); p=0,16</p>	<p>Total (n=60 vs. 53): t1 79,28 (12,99) vs. 78,68 (10,65) t3 72,91 (12,53) vs. 70,78 (12,05) t3 70,59 (12,07) vs. 68,99 (10,93)</p> <p>CAFAS²¹, mean (SD):</p> <p>Subskala Schule/Arbeit: t1 17,14 (10,30) vs. 22,15 (9,56), p=0,001 t2 10,60 (10,52) vs. 14,43 (10,30)</p> <p>Subskala Zuhause: t1 19,78 (9,06) vs. 25,44 (8,29), p=0,0001 t2 10,98 (9,76) vs. 12,00 (9,72)</p> <p>Subskala Gemeinschaft: t1 5,11 (8,64) vs. 11,27 (11,59), p=0,0001 t2 3,29 (7,38) vs. 5,29 (10,18)</p> <p>Subskala Verhalten zu anderen: t1 16,59 (7,78) vs. 21,39 (6,93) p=0,0001 t2 8,92 (8,70) vs. 13,00 (8,90)</p> <p>Subskala Emotion: t1 15,44 (9,01) vs. 16,46 (8,63), p=0,46 t2 10,24 (9,16) vs. 12,71 (9,31)</p> <p>Subskala Selbstverletzung: t1 4,00 (7,76) vs. 7,34 (9,6), p=0,013 t2 1,22(4,27) vs. 3,29 (7,93)</p>

²⁰ Verhaltensänderungen: Score 5 = starke Verbesserung, 4 = moderate Verbesserung, 3 = keine Änderung, 2 = moderate Verschlechterung, 1 = starke Verschlechterung.

²¹ Retrospektive **CAFAS**-Daten (Child and Adolescents Functional Assessment Scale): Erfassung der Beeinträchtigungen im Alltag anhand 8 Subskalen: (1) Performance in der Schule/Arbeit, (2) Performance zuhause, (3) Performance in der Gemeinschaft, (4) Verhalten gegenüber anderen, (5) Emotionen, (6) selbstverletzendes Verhalten, (7) Substanzgebrauch, (8) Probleme im Denken; Jede Subskala kann einen Score von 0, 10, 20, oder 30 erreichen – abhängig vom Grad der Dysfunktion; Ein Score >20 gilt als Indikation für eine moderate bis schwere Beeinträchtigung in dieser Subskala; Eine klinische signifikante Veränderung = Verminderung um 20 Punkte; t1 n=90 vs. 79, t2 n=82 vs. 70;

Studie/Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim		5 Einrichtungen: Craigwood Youth Services, kidsLINK, Lutherwood (Mental Health Service Division), Lynwood Hall Child & Family Centre, Vanier Children's Services
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54] ¹⁰	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau (Fortsetzung 2)		<p>Verhaltensänderungen – globale Therapeut*innen-Bewertung²⁰, n (%): 5: 18 (36,0) vs. 8 (40,0) 4: 27 (54,0) vs. 9 (45,0) 3: 5 (10,0) vs. 3 (15,0) 2: 0 (0,0) vs. 0 (0,0) 1: 0 (0,0) vs. 0 (0,0) p=0,98</p> <p>Funktionsniveau – unabhängige klinische Bewertung²²: 1,6 vs. 1,4; p=0,21</p> <p>Psychosoziales Umfeld – unabhängige klinische Bewertung²²: 1,4 vs. 1,0; p=0,63</p>	<p>Funktionsniveau – unabhängige klinische Bewertung²², mean (SD): t2 1,5 (1,0) vs. 2,0 (0,9); p=0,01</p> <p>Psychosoziales Umfeld – unabhängige klinische Bewertung²², mean (SD): t2 1,3 (1,0) vs. 1,9 (0,9); p=0,008</p> <p>Globaler Score – unabhängige klinische Bewertung²², mean (SD): t2 1,6 (1,0) vs. 2,1 (0,9); p=0,01</p>	<p>Subskala Substanz: t1 3,44 (7,96) vs. 2,91 (7,54), p=0,66 t2 2,00 (6,67) vs. 2,00 (6,28)</p> <p>Subskala kognitive Schwierigkeiten: t1 4,00 (7,16) vs. 5,95 (9,13), p=0,122 t2 2,68 (6,10) vs. 3,71 (7,26)</p> <p>Total²³: t1 85,49 (36,22) vs. 112,88 (36,43), p<0,0001 t2 50,36 (39,24) vs. 67,88 (43,7)</p>
Notwendigkeit weiterer Behandlung(en), n (%)	NR	Externalisierende vs. internalisierende Störungen: Unabhängige klinische Bewertung ²⁴ , n (%): Score 0: 0 (0,0) vs. 1 (5,0) Score 1: 5 (10,0) vs. 2 (10,0) Score 4: 41 (82,0) vs. 16 (80,0) Score 5: 4 (8,0) vs. 1 (5,0) p=0,17	NR	NR
Zufriedenheit mit der Behandlung, n (%)	NR	NR	NR	NR
Sicherheit				
	NR	NR	NR	NR

Abkürzungen: ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, HT – Home-Treatment, IG – Interventionsgruppe, IQ – Intelligenzquotient, KG – Kontrollgruppe, KiJu – Kinder & Jugendliche, MST – Multisystemische Therapie, NA – Not applicable, NR – Not reported, NRCT – Non-randomised controlled trial, Pat. – Patient*innen, RCT – Randomised controlled trial, SD – Standard deviation, USA – United States of America

²² **Funktionsniveau/psychosoziales Umfeld:** 7-Punkte-Skala von -2 bis +4: -2 = stark verschlechtert, +4 = vollkommen verbessert.

²³ Einen Gesamtscore von 40 als Ziel: KiJu wieder fähig zuhause den Alltag zu leben und die Schule regelmäßig zu besuchen.

²⁴ Notwendigkeit weiterer Behandlungen: 6-Punkte-Skala von 0 bis 5: 0 = keine weitere Behandlung notwendig; 1 = Erziehungsberatung; 4 = niedergelassene Behandlung; 5 = stationäre Behandlung.

Tabelle 9.1-2: Wirksamkeit und Sicherheit von Home-Treatment-Modellen (Teil B)

Studie/Klinik	BeZuHG ²⁵ Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg			
Autor*innen, Jahr, Quelle	Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]
Studiendesign	RCT		Sekundäranalyse der Daten aus dem RCT ²⁶	
Land	Deutschland			
Forschungsfrage	Effektivität des BeZuHG-Programms im Vergleich zur vollstationären Behandlung	Nachhaltigkeit von BeZuHG vs. vollstationäre Behandlung: subjektive Erwartungen und das Erleben der jeweiligen Behandlung	Pat.-& Elternzufriedenheit mit BeZuHG bzw. vollstationärer Behandlung	Wirksamkeit der BeZuHG-Behandlung: Externalisierende vs. internalisierende Störungen, Jüngere vs. ältere Kinder, Mädchen vs. Jungen
Population	KiJu zwischen 5-17 Jahre		Ju zwischen 12-18 Jahre	KiJu zwischen 5-17 Jahre
Indikation(en)	Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung			
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ■ IQ <69 ■ <3 Tage (72h) stationär behandelt ■ Pat. aus der Jugendhilfe (wohnhaft nicht bei der Familie) ■ Pat. mit bestehender ambulatner Therapie ■ Wohnort ≥60 Autofahrtminuten von Klinik entfernt ■ Geplante rehabilitative Abschlussbehandlung ■ Geplantes störungsspezifisches Konzept mit Intervallbehandlung <ul style="list-style-type: none"> ■ Wiederaufnahme ■ Keine Deutschkenntnisse 			
Intervention	HT verzahnt mit Klinikelementen (BeZuHG)			
Kontrollgruppe	Vollstationäre Behandlung			
Dauer der Intervention	3 Monate			
Nachbeobachtung	NR	8 Monate	NR	8 Monate
Zeitpunkte der Datenerhebung	t1 innerhalb der ersten 14 Tage nach Randomisierung t2 Abschluss BeZuHG oder Abschluss stationärer Behandlung	t3 Katamneseerhebung nach ca. 8 Monaten (Telefoninterview)	t1 innerhalb der ersten 14 Tage nach Randomisierung t2 Abschluss BeZuHG oder Abschluss stationärer Behandlung t3 nach durchschnittlich 8 Monaten	t1 innerhalb der ersten 14 Tage nach Randomisierung t2 Abschluss BeZuHG oder Abschluss stationärer Behandlung t3 Katamneseerhebung nach ca. 8,4 Monaten (Telefoninterview)
Pat.-Anzahl, gesamt n (IG vs. KG)	92 (51 vs. 41)	79 vs. 65: 78 Eltern (43 vs. 35) 66 KiJu (36 vs. 30)	77 (41 vs. 36)	92 (51 vs. 41)

²⁵ Behandlungskonzept BeZuHG (Behandelt Zu Hause Gesund werden) beinhaltet einen verkürzten stationären Aufenthalt gefolgt von einer intensivierten Home-Treatment-Behandlung unter Einbezug von Klinikelementen.

²⁶ Ein Gruppenvergleich (BeZuHG-Gruppe vs. Stationsgruppe) ist nicht intendiert, es wurde vielmehr getrennt voneinander für das stationäre und HT-Setting überprüft, ob es besonders profitierende Patient*innen-Gruppen gibt.

Studie/Klinik	BeZuHG ²⁵ Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg			
Autor*innen, Jahr, Quelle	Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]
Drop-outs/, n (%)	<p>164 für BeZuHG zugelassen, jedoch 64 lehnten ab – Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Stigmatisierungsängste ■ Fehlender eigener Veränderungswunsch der Eltern („nur das KJu muss sich ändern“) ■ Wunsch nach Entlastung durch Abwesenheit KJu <p>100 Familien rekrutiert davon 92 ausgewertet: Drop-outs: 3 vs. 4 Zusätzlich 1 Pat. aufgrund fehlerhafter Zuordnung ausgeschlossen.</p>	<p>t2-t3: 7 vs. 7</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verweigerung des Interviews: 1 vs. 0 ■ Nichtkontakteert: 1 vs. 2 ■ Telefonisch nicht erreichbar (5 erfolglose Versuche): 4 vs. 1 ■ Keine Erreichbarkeit wegen fehlender Kontaktdaten: 1 vs. 4 <p>100 Familien rekrutiert davon 92 ausgewertet: Drop-outs: 3 vs. 4 Zusätzlich 1 Pat. aufgrund fehlerhafter Zuordnung ausgeschlossen.</p>	t1-t2: 3 vs. 4	<p>100 Familien rekrutiert davon 92 ausgewertet: Drop-outs: 3 vs. 4 Zusätzlich 1 Pat. aufgrund fehlerhafter Zuordnung ausgeschlossen</p>
Pat.-Daten				
Mädchen/Jungen, n (%)	28/25 vs. 24/23		27 (65,9)/14 (34,1) vs. 20 (55,6)/16 (44,4)	28/25 vs. 24/23
Alter (Jahre), mean (SD, range)	13,62 (2,80) vs. 13,79 (2,86)		14,78 (1,74) vs. 14,94 (1,76)	13,62 (2,80) vs. 13,79 (2,86)
Ethnizität, %	NR		NR	NR
Familiensituation, n %	NR		NR	NR
Sozioökonomischer Status	<p>n (%):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ungelernte Tätigkeit: 5 (9,8) vs. 2 (4,8) ■ Angestellter Handwerker: 23 (45,1) vs. 21 (51,2) <ul style="list-style-type: none"> ■ Industriemeister: 7 (13,7) vs. 3 (7,3) ■ Akademiker, Selbstständig: 11 (21,6) vs. 8 (19,5) ■ Sonstig (Hausfrau, arbeitslos): 3 (5,9) vs. 1 (2,4) <ul style="list-style-type: none"> ■ Unklar: 2 (3,9) vs. 6 (14,6) 		NR	Siehe Boege et al. 2014
Diagnosen zu Beginn der Studie, n (%)	<p>ICD-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Affektive Störungen: (13,0) vs. (13,0) ■ Psychotische Störungen: (2,2) vs. (2,2) ■ Angst/Zwang-/Anpassungsstörungen: (14,1) vs. (5,4) <ul style="list-style-type: none"> ■ Essstörungen: (2,2) vs. (1,1) ■ Störung des Sozialverhaltens/ADHS: (17,4) vs. (16,3) ■ Emotionale Störungen/Bindungsängste: (5,4) vs. (6,5) <ul style="list-style-type: none"> ■ Sonstige: 0 vs. 0 ■ Keine Diagnose: 0 vs. 0 		NR	<p>K-SADS-PL²⁷:</p> <p>Externalisierend gesamt: (36,9); häufiger bei Ki als bei Ju ($p<0,001$).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Störung Sozialverhalten: (21,3) <ul style="list-style-type: none"> ■ ADHS: (15,6)

²⁷ Das K-SADS-PL ist ein semistrukturiertes Interview zur Diagnostik aktueller und zurückliegender Episoden psychischer Störungen bei KJu entsprechend dem DSM-IV (Fremd- und Selbsteinschätzung).

Studie/Klinik	BeZuHG ²⁵ Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg				
Autor*innen, Jahr, Quelle	Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]	
<ul style="list-style-type: none">■ Komorbide Diagnose: (35,9) vs. (27,2)					
Diagnosen zu Beginn der Studie, n (%) (Fortsetzung)	<p style="text-align: center;">DSM-IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Affektive Störungen: (19,6) vs. (16,3) ■ Psychotische Störungen: (1,1) vs. (2,2) ■ Angst/Zwang-/Anpassungsstörungen: (10,9) vs. (4,3) <ul style="list-style-type: none"> ■ Essstörungen: (2,2) vs. (3,2) ■ Störung des Sozialverhaltens/ADHS: (5,4) vs. (4,3) ■ Emotionale Störungen/Bindungsängste: (4,3) vs. (2,2) <ul style="list-style-type: none"> ■ Sonstige: (4,3) vs. (4,3) ■ Keine Diagnose: (6,5) vs. (8,7) ■ Komorbide Diagnose: (23,9) vs. (19,7) 				Internalisierend gesamt: (52,4); häufiger bei Ju als bei Ki ($p<0,001$). <ul style="list-style-type: none"> ■ Depressionen: (25,5) <ul style="list-style-type: none"> ■ Angst: (17,0) ■ Essstörung: (3,5) ■ Trauma: (6,4) ■ Schizophrenie: (2,1) ■ Sucht: (0,7) ■ Keine Diagnose: (7,8)
Vorherige Behandlungen/Maßnahmen, n (%)	Psychopharmakotherapie: (12,1) vs. (30,0), $p=0,133$		NR		NR
Interventionsdaten					
Behandlungsdauer (Tage/Monate), mean (SD; range)	109 (34-204)		NR		109 (34-204)
Anzahl der Kontakte allgemein, n (%); mean (SD)	<p style="text-align: center;">Kontakte innerhalb der BeZuHG-Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Familiengespräch: 51 (100,0); 7,8 (4,8) ■ Einzelgespräch²⁸: 47 (92,0); 5,9 (3,8) ■ Kooperationsgespräch (Schule, Jugendanstalt): 35 (69,0); 3,7 (2,5) <ul style="list-style-type: none"> ■ Fachtherapie (Ergo, Musik, etc.): 4 (8,0); 11,0 (8,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Tagesklinischer Status: 11 (22,0); 7,6 (7,9) ■ Klinikschule: 4 (8,0); 25,3 (18,6) ■ Gruppentherapie Station: 5 (10,0); 1,8 (1,1) ■ Erlebnistherapiegruppe ambulant: 15 (29,0); 3,5 (2,3) <ul style="list-style-type: none"> ■ Gesamtkontakte: 51 (100,0); 23,51 (10,6; 3-59) 		NR		Siehe Boege 2014
Telefonkontakte, n (%); mean (SD)	49 (96,0); 6,8 (5,1)		NR		Siehe Boege 2014
Wirksamkeit					
Hospitalisierung	Tage der stationären Verweildauer, mean (SD): 47,65 (28,80) vs. 69,41 (30,69); $p=0,001$	NR	Tage der stationären Verweildauer, mean (SD): 52,24 (31,06) vs. 62,31 (33,56)	Siehe Boege 2014	

²⁸ Ausnahme Kinder im Alter von 5-8 Jahren: im Vordergrund intensive Familienberatung unter Einbezug der Kinder.

Studie/Klinik	BeZuHG ²⁵ Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg			
Autor*innen, Jahr, Quelle	Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau	<p>HoNOSCA Teil A²⁹, t1-t2, mean difference (SD): 6,22 (6,68; p=0,0001) vs. 8,26 (4,85; p= 0,0001)</p> <p>HoNOSCA Teil B²⁹, t1-t2, mean difference (SD): 2,94 (2,23; p=0,0001) vs. 2,74 (2,42; p=0,0001)</p> <p>CGAS³⁰, t1-t2, mean difference (SD): 26,60 (12,19; p=0,0001) vs. 24,0 (11,39; p=0,0001)</p> <p>CIS³¹(selbst), t1-t2, mean difference (SD): 3,86 (10,88; p=0,120) vs. 6,93 (8,99; p=0,0001)</p> <p>CIS³¹ (fremd), t1-t2, mean difference (SD): 4,76 (9,01; p=0,025) vs. 7,26 (10,90; p=0,004)</p>	<p>Interviewergebnisse³²:</p> <p>Veränderungen in der Familie, n (%): Verbesserung Kommunikation/familäres Verhältnis: 30 (38,0) vs. 19 (29,2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 14 vs. 9 ■ KiJu: 16 vs. 10 <p>Verbesserung Problemverständnis: 20 (25,3) vs. 14 (21,5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 16 vs. 10 ■ KiJu: 2 vs. 4 <p>Persönliche Veränderung: 9 (11,3) vs. 14 (21,5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 4 vs. 8 ■ KiJu: 5 vs. 6 <p>Steigerung elterlicher Kompetenzen: ■ Eltern: 5 (11,6) vs. 2 (5,7)</p> <p>Keine Veränderungen: 26 (32,9) vs. 22 (33,8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 13 vs. 12 ■ KiJu: 13 vs. 10 <p>Verschlechterung: ■ KiJu: 1 (2,7) vs. 0 (0)</p>	NR	<p>HoNOSCA Teil A^{33, 29}, mean (SD): t1 17,00 (4,80) vs. 16,85 (4,56) t2 10,94 (6,61) vs. 8,52 (4,81) t3 8,98 (4,53) vs. 9,29 (5,05)</p> <p>HoNOSCA Teil B^{29, 33}, mean (SD): t1 4,84 (1,67) vs. 4,90 (1,78) t2 1,90 (1,82) vs. 2,07 (1,64) t3 0,74 (1,12) vs. 1,14 (1,28)</p> <p>Externalisierende vs. internalisierende Störungen: n.s. Unterschied (Teil A p=0,357, Teil B p=0,373)</p> <p>Mädchen vs. Jungen: kein statistisch signifikanter Unterschied im Therapieerfolg zwischen Mädchen und Jungen (Teil A p=0,70, Teil B p=0,083)</p> <p>Externalisierende vs. internalisierende Störungen: CIS^{34, 31} (selbst), mean (SD): BeZuHG-Gruppe, t1-t2: 18,25 (8,05) – 15,89 (10,94) vs. 19,83 (9,23) – 16,00 (10,23)</p> <p>Subskala „Probleme in Schule/Arbeit“, t1-t2: p=0,031</p> <p>Mädchen vs. Jungen: signifikant mehr Jungen als Mädchen besseres Funktionsniveau zu t2 (p=0,009). KG, t1-t2: 21,06 (7,91) – 18,00 (11,60) vs. 23,53 (9,24) – 16,50 (9,79)</p>

²⁹ HoNOSCA (The Nation Outcome Scales for Children and Adolescents): Fremdeinschätzung durch Therapeut*innen der psychosozialen Belastung bei KiJu; Teil A (13 Items – 4 Kategorien: (1) Beeinträchtigungen des Verhaltens, (2) Beeinträchtigungen der sprachlichen/schulischen Fähigkeiten: körperliche Behinderungen, (3) Symptomatische Beeinträchtigungen, (4) soziale Beeinträchtigungen; Gesamtscore 52 Punkte → höhere Score bedeutet schwerwiegendere Probleme) und Teil B (zwei Skalen zur Erfassung des Mangels an elterlicher Kenntnis zu Art der Schwierigkeiten des Pat. und des Mangels an Information/Handhabung der Pat.: 0 = kein Problem bis 4 = schwerwiegendes bis sehr schweres Problem).

³⁰ CGAS (Children Global Assessment of Functioning-Scale): Aktuelle Erfassung (Fremdeinschätzung durch Therapeut*innen) des psychosozialen Funktionsniveaus von KiJu (Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Einschränkungen werden nicht einbezogen); Skala von 1-100.

³¹ CIS (Columbia Impairment Scale): Selbst- oder Fremdeinschätzung der psychosozialen Beeinträchtigung von KiJu zwischen 5-17 Jahren (13 Items – 4 Dimensionen: (1) zwischenmenschliche Beziehungen, (2) psychopathologische Dimensionen, (3) Schul-/Arbeitsverhalten, (4) Freizeitverhalten), Skala: 0 = keine Probleme bis 4 = sehr große Probleme; Auswertungsscores können zwischen 0-52 liegen → je höher die Auswertung, desto höher die Beeinträchtigung (Auffälligkeit ab Score >15).

³² Halbstrukturierter Interviewleitfaden von zwei Expert*innen (2 Fachärztinnen der KJP) entwickelt worden; Interviews dauerten zwischen 3-55 Min; Für jede Frage (10 vs. 8) wurden zwischen 4-14 Kategorien gebildet. 13 Interviews nach dem alten Leitfaden und 65 Interviews nach dem angepassten Leitfaden (beide in der Analyse enthalten).

³³ t1 90 Pat., t2 91 Pat., t3 77 Pat.

³⁴ t1 76 Pat. & 71 Eltern, t2 61 Pat. & 61 Eltern.

Studie/Klinik	BeZuHG ²⁵ Studie– Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg			
Autor*innen, Jahr, Quelle	Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau (Fortsetzung 1)	<p>SDQ³⁵(selbst), t1-t2, mean difference (SD): 1,42 (1,14; p=0,219) vs. 0,33 (8,03; p=0,841)</p> <p>SDQ³⁵(fremd), t1-t2, mean difference (SD): 1,82 (2,68; p=0,020) vs. 5,00 (6,68; p=0,006)</p> <p>** Gruppenunterschiede in HoNOSCA, CGAS, CIS und SDQ n.s.</p>	<p>Umgang mit Problemen: Verbesserung Problemlösestrategien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 30 vs. 20 ■ Kiju: 30 vs. 22 <p>Unverändert: 26 (32,9) vs. 10 (15,4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 12 vs. 14 ■ Kiju: 5 vs. 5 <p>Verschlechterung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 1 vs. 0 ■ Kiju: 1 vs. 0 		<p>Subskala „Probleme in Schule/Arbeit“, t1-t2: p=0,001 Mädchen vs. Jungen: Jungen signifikant besseren Effekt als Mädchen (p=0,033)</p> <p>CIS^{31, 34}(fremd), mean (SD): BeZuHG-Gruppe, t1-t2: 30,94 (8,67) – 23,75 (9,37) vs. 24,30 (9,37) – 24,35 (10,27), p=0,419</p> <p>Subskala „Probleme in Schule/Arbeit“, t1-t2: p=0,032 Mädchen vs. Jungen: keinen signifikanten Unterschied durch Elternbewertung (p=0,672)</p> <p>Kontrollgruppe, t1-t2: 29,50 (9,90) – 20,56 (9,07) vs. 28,00 (10,44) – 26,23 (13,64), p=0,041</p> <p>Subskala „Probleme in Schule/Arbeit“, t1-t2: p<0,001</p> <p>Einschätzung Ki vs. Eltern: Ki schätzten Beeinträchtigung geringer ein als Eltern (16,67 [6,69] vs. 31,23 [7,25]) oder Jugendliche (Ki vs. 13-15 Jährige: p=0,006; Ki vs. 16-18-Jährige: p=0,001)</p> <p>Einschätzung Ju vs. Eltern: Ju und Eltern ähnliche Einschätzung der Beeinträchtigung (13-15 Jährige: 22,76 [9,04] vs. 24,29 [10,36]; 16-17 Jährige: 24,87 [8,91] vs. 26,28 [10,35])</p> <p>Externalisierende vs. internalisierende Störungen: SDQ^{36, 35}(selbst), mean (SD): BeZuHG-Gruppe, t1-t2: 19,33 (5,62) – 18,00 (5,76) vs. 15,48 (4,89) – 13,21 (5,36), p=0,005</p> <p>Mädchen vs. Jungen: Jugen sahen höheren Zugewinn an Stärken als Mädchen (p<0,001).</p> <p>KG, t1-t2: 15,06 (5,79) – 16,36 (7,27) vs. 17,42 (4,99) – 12,93 (6,54)</p>

³⁵ **SDQ** (Strengths and Difficulties Questionnaire): Selbst- bzw. Fremdeinschätzung der Stärken und Problembereiche im Verhalten von Kiju zwischen 4-16 Jahren (5 Einzelskalen: (1) emotionale Probleme, (2) Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, (3) ADHS, (4) Verhaltensauffälligkeiten, (5) prosoziales Verhalten), Skala: 0 = nicht zutreffend bis 2 = eindeutig zutreffend.

³⁶ t1 73 Pat. & 63 Eltern, t2 56 Pat. & 54 Eltern.

Studie/Klinik	BeZuHG ²⁵ Studie– Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg			
Autor*innen, Jahr, Quelle	Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau (Fortsetzung 2)				<p>SDQ^{35,36}(fremd), mean (SD): BeZuHG-Gruppe, t1-t2: 18,80 (6,40) – 16,80 (6,47) vs. 16,00 (6,70) – 14,35 (6,61), p=0,640 KG, t1-t2: 19,13 (7,45) - 15,85 (6,42) vs. 16,50 (6,45) - 14,91 (5,73)</p>
Zufriedenheit mit der Behandlung, n (%)	NR	<p>Erleben von BeZuHG:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Durchwegs positiv: 39 ■ Positiv mit Einschränkungen: 11 ■ Neutral: 27 <p>Wahl der Behandlungsform:</p> <p>BeZuHG (erneut): 55 (69,9) vs. 30 (46,2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 30 vs. 16 ■ Kiju: 25 vs. 14 <p>Stationär: 6 (7,6) vs. 22 (33,8)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 1 vs. 12 ■ Kiju: 5 vs. 10 <p>BeZuHG ohne stationären Anteil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern: 3 vs. 0 <p>Veränderungsvorschläge in der BeZuHG-Gruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Keine: Eltern 27; Kiju: 21 ■ Wahrnehmung individueller Wünsche: Eltern 9; Kiju: 9 ■ Strukturelle Merkmale der Behandlung: Eltern: 5; Kiju: 5 ■ Mitspracherecht: Eltern: 1 	<p>Zufriedenheit mit stationärer Behandlung, BeZuHG-Gruppe³⁷ (Jugendliche, n=24):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medikamentenaufklärung ■ Umgang mit vertraulichen Daten ■ Wahrung der Privatsphäre ■ Absprechen der Behandlungsziele ■ Anzahl der Einzelgespräche ■ Mitspracherecht Entlassungstermin <p>Zufriedenheit mit stationärer Behandlung, BeZuHG-Gruppe³⁷ (Eltern, n=26):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medikamentenaufklärung ■ Umgang mit vertraulichen Daten ■ Wahrung der Privatsphäre ■ Gefühl ernst genommen zu werden <p>Zufriedenheit mit stationärer Behandlung, KG-Gruppe³⁸ (Jugendliche, n=24):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medikamentenaufklärung ■ Umgang mit vertraulichen Daten ■ Aufenthalt ■ Gefühl ernst genommen zu werden ■ Wirksamkeit der Einzelgespräche ■ Anzahl der Einzelgespräche <p>Zufriedenheit mit stationärer Behandlung, KG-Gruppe (Eltern, n=25):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medikamentenaufklärung ■ Umgang mit vertraulichen Daten ■ Wahrung der Privatsphäre ■ Gefühl ernst genommen zu werden 	NR

³⁷ BeZuHG-Gruppe erhielt adaptierte Version des BesT-Fragebogens: 1. Teil bezieht sich auf verkürzten stationären Aufenthalt & 2. Teil bezieht sich auf BeZuHG-Behandlungsteil; insgesamt 60 Items für die Jugendlichen & 55 Items für die Eltern.

³⁸ Kontrollgruppe erhielt originalen BesT-Fragebogen zur Erfassung der unterschiedlichen Aspekte der Behandlungszufriedenheit aus der Sicht der Patient*innen & Eltern; für Jugendliche 36 Items & Eltern 29 Items; 5-stufige Skala von 1 = stimmt überhaupt nicht bis 5 = stimmt vollkommen; Antworten umgepolzt, sodass „je höher der Wert, desto höher die Zufriedenheit“.

Studie/Klinik	BeZuHG ²⁵ Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg			
Autor*innen, Jahr, Quelle	Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]
Zufriedenheit mit der Behandlung, n (%) (Fortsetzung)			Behandlungszufriedenheit ³⁹ - Vergleich BeZuHG vs. KG, mean (SD): Eltern: 3,75 (0,95) vs. 4,40 (0,72), p=0,008 Jugendliche: 3,42 (1,04) vs. 4,01 (1,09), p=0,058 Behandlungserfolg ⁴⁰ - Vergleich BeZuHG vs. KG, mean (SD): Eltern: 3,27 (1,06) vs. 3,94 (1,26), p=0,049 Jugendliche: 3,09 (1,04) vs. 3,86 (1,33), p=0,860 Therapeutische Beziehung ⁴¹ - Vergleich BeZuHG vs. KG, mean (SD): Eltern: 3,72 (0,85) vs. 3,99 (0,88), p=0,282 Jugendliche: 3,30 (0,83) vs. 3,80 (0,97), p=0,064 Information ⁴² - Vergleich BeZuHG vs. KG, mean (SD): Eltern: 3,73 (1,01) vs. 3,75 (1,03), p=0,945 Jugendliche: 3,44 (0,93) vs. 3,67 (1,10), p=0,153 Autonomie ⁴³ - Vergleich BeZuHG vs. KG, mean (SD): Eltern: 3,66 (1,19) vs. 4,02 (1,12), p=0,630 Jugendliche: 3,26 (1,09) vs. 3,57 (1,23), p=0,362 Globale Zufriedenheit - Vergleich BeZuHG vs. KG, mean (SD): Eltern: 3,70 (0,83) vs. 4,06 (0,75), p=0,106 Jugendliche: 3,29 (0,72) vs. 4,81 (0,88), p=0,031 Stationärer vs. HT-Abschnitt BeZuHG-Gruppe, mean (SD): Eltern: 3,80 (0,85) vs. 3,53 (0,95), p=0,078 Jugendliche: 3,42 (0,78) vs. 3,21 (0,65), p=0,007	
Notwendigkeit weiterer Behandlung(en), n (%)	NR	NR	NR	NR
Sicherheit	NR	NR	NR	NR

Abkürzungen: ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, BeZuHG – Behandelt Zuhause Gesund werden, FSIQ - Full scale intelligence quotient, HT – Home-Treatment, IG – Interventionsgruppe, IQ – Intelligenzquotient, Ju – Jugendliche, KG – Kontrollgruppe, KiJu – Kinder & Jugendliche, Max. – Maximal, Min. – Minuten, NA – Not applicable, NR – Not reported, Pat. – Patient*innen, RCT – Randomised controlled trial

³⁹ BesT-Subskala „Behandlungszufriedenheit“ umfasst die Zufriedenheit mit der Behandlung, Aufenthalt hat Jugendlichen geholfen, Aufenthalt hat Eltern geholfen, Entscheidung erneut für die Klinik; je höher die Werte desto höher die Zufriedenheit.

⁴⁰ BesT-Subskala „Behandlungserfolg“ umfasst die Erfolge der Einzelgespräche, die Erfolge der Familiengespräche, die Erfolge des Aufenthalts; je höher die Werte desto höher die Zufriedenheit.

⁴¹ BesT-Subskala „Therapeutische Beziehung“ umfasst wie ernst die Therapeut*innen, die Eltern nehmen, wie wohl sich KiJu in Einzelgesprächen bzw. KiJu und Familien in Familiengesprächen fühlten, sowie die Anzahl der Einzel- bzw. Familiengespräche; je höher die Werte desto höher die Zufriedenheit.

⁴² BesT-Subskala „Information“ umfasst die Aufklärung über Medikamente, über Krankheit, über Behandlungsmöglichkeiten, sowie Behandlungsziele; je höher die Werte desto höher die Zufriedenheit.

⁴³ BesT-Subskala „Autonomie“ umfasst das Mitspracherecht bei Entlassungstermin, sowie bei der Therapieauswahl, je höher die Werte desto höher die Zufriedenheit.

Tabelle 9.1-3: Wirksamkeit und Sicherheit von Home-Treatment-Modellen (Teil C)

Studie/Klinik	Karakter, Child and Adolescent Psychiatric, University Centre, Nijmegen	StäB – Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg
Autor*innen, Jahr, Quelle	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]
Studiendesign	Beobachtungsstudie	Retrospektive Beobachtungsstudie
Land	Niederlande	Deutschland
Forschungsfrage	Wirksamkeit des HT-Programms kombiniert mit kurzfristiger intensive-stationärer Behandlung	Evaluierung der Machbarkeit von StäB ⁴⁴
Population	Ju zwischen 11-18 Jahre	KiJu zwischen 8-17 Jahre
Indikation(en)	Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung	Psychische Erkrankung mit Indikation zur stationärer Behandlung
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ■ IQ <70 ■ >2 Wochen stationär behandelt 	Wohnort im Umkreis von >30 Autofahrtminuten
Intervention	HT mit möglichem kurzen stationären Aufenthalt (max. 2 Wochen) vor oder während HT	HT
Kontrollgruppe	NA	NA
Dauer der Intervention	≤ 4 Monate	6 Wochen (täglich)
Nachbeobachtung	NR	≤6 Monate (1-2x/Woche)
Zeitpunkte der Datenerhebung	t1 Start des HT-Programms t2 2 Monate t3 4 Monaten	Retrospektiv: t1 Beginn StäB-Programm t2 Abschluss StäB-Programm nach 6 Wochen
Pat.-Anzahl, gesamt n (IG vs. KG)	t1 112 t2 62 t3 53	t1 58 ⁴⁵ (Ki = 29; Ju=29) t2 50
Drop-outs, n (%)	<p>Gesamte Drop-outs: 8</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 2 mit FSIQ <80 ■ 2 mit Suchtstörung ■ 2 mit Essstörung ■ 2 mit Verhaltensstörungen <p>t1-t2: Drop-outs: 4 Missing values: 46 (HoNOSCA)</p> <p>t2-t3: Drop-outs: 4 Missing values: 5 (HoNOSCA)</p>	Überleitung von StäB in stationäre Behandlung, da Pat. in StäB nicht tragbar: 5 ⁴⁶ StäB vorzeitig (nach 2-3 Wochen) in gegenseitigen Einverständnis abgebrochen: 3

⁴⁴ Stationsäquivalente Behandlung (StäB)⁴⁵ Alle Pat. die konsekutiv zwischen 01.01.2018 und 15.08.2019 stationsäquivalent behandelt wurden (StäB-Programm) und deren Behandlung zum Beginn der Analyse bereits abgeschlossen wurde.⁴⁶ Z. B. Rascher Gewichtsverlust einer Patientin im Rahmen einer Anorexia nervosa mit Unterschreitung eines BMI von 13; aggressiv-verweigerndes Verhalten von einem Kind mit einer Störung des Sozialverhaltens und hoher hilfloser Erschöpfung der Eltern; Exazerbation einer psychotischen Erkrankung.

Studie/Klinik	Karakter, Child and Adolescent Psychiatric, University Centre, Nijmegen	StäB – Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg
Autor*innen, Jahr, Quelle	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]
Pat.-Daten		
Mädchen/Jungen, n (%)	(51,8)/(48,2)	24 (41,4)/34 (58,6)
Alter (Jahre), mean (SD; range)	14,8 (0,3)	Ki 11,1 (1,59; 5-13) Ju: 15,3 (1,14; 14-17)
Ethnizität, %	NR	NR
Familiensituation, n %	NR	NR
Sozioökonomischer Status	NR	NR
Diagnosen zu Beginn der Studie, n (%)	<p>DSM-IV-TR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Autismus: 42 (37,5) ■ Depressionen: 22 (19,6) ■ Angststörungen: 21 (18,8) ■ Borderline Persönlichkeitsstörung: 9 (8,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Essstörungen: 8 (7,0) ■ Verhaltensstörung: 3 (2,7) ■ Somatoforme Störung: 4 (3,6) ■ Psychosen: 3 (2,7) ■ Geistige Behinderung (FISQ <85): 4 (3,6) 	<p>ICD-10:</p> <p>Internalisierende Störungen (70,0):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Angststörungen, Soziale Phobien, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen: (31,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Posttraumatische Belastungsstörung: (21,0) ■ Emotionale Störungen des Kindesalters oft verbunden mit Schulverweigerung, F93, (20,7) <ul style="list-style-type: none"> ■ Depressive Störung, F3: (12,1) ■ Essstörung, F5: (6,9) ■ Asperger-Syndrom, F89: (1,7) <p>Externalisierende Störungen (27,8):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Störung des Sozialverhaltens, F91 F F92: (19,0) ■ Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, F90: (8,6) <p>2 Diagnosen/Pat.: (29,3) 3 Diagnosen/Pat.: (13,8)</p>
Vorherige Behandlungen/ Maßnahmen, n (%)	Intensive stationäre Behandlung zwischen t1 und t2: 15 (13,0)	Stationäre Krisentervention für 1-2 Nächte während StäB: 3
Interventionsdaten		
Behandlungsdauer (Tage/Monate), mean (SD; range)	4-5 Monate (3-6)	37,95 (15,35; 2-80): Ki: 36 (17,0) Ju: 39 (13,6)
Anzahl der Kontakte allgemein, n (%); mean (SD)	NR	<p>Durchschnittliche Kontakte pro Ki: 36</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einzelgespräche: 18,0 (bei internalisierenden Störungen häufiger als externalisierenden Störungen, $p=0,037$) <ul style="list-style-type: none"> ■ Familiengespräche: 7,0 ■ Fachtherapeutische Angebote: 5,3 ■ Erlebnistherapeutische Einheiten: 5,2 ■ Einzelgespräche: 23,8 (bei externalisierenden Störungen häufiger als bei internalisierenden Störungen, $p<0,05$) <ul style="list-style-type: none"> ■ Familiengespräche: 6,9 ■ Fachtherapeutische Angebote: 5,5 ■ Erlebnistherapeutische Einheiten: 6,5

Studie/Klinik	Karakter, Child and Adolescent Psychiatric, University Centre, Nijmegen	StäB – Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg
Autor*innen, Jahr, Quelle	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]
Anzahl der Kontakte allgemein, n (%); mean (SD) (Fortsetzung)		Durchschnittliche Kontakte pro Berufsgruppe: ■ Pflege- und Erziehungsdienst: 20,8 ■ Ärztlicher Dienst: 7,0 ■ Psychologischer Dienst: 6,4 ■ Erlebnipädagog*innen: 6,9
Telefonkontakte, n (%); mean (SD)	NR	NR
Wirksamkeit		
Hospitalisierung	NR	Überleitung in stationäre Behandlung während StäB: 5
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau	<p>HoNOSCA Teil A^{47, 29}, mean (SD):</p> <p>t1</p> <p>Verhalten: 4,02 (2,56) Behinderung: 1,00 (0,15) Symptome: 5,00 (2,39) Sozial: 8,80 (3,10) Total: 18,82 (5,18)</p> <p>t2</p> <p>Verhalten: 2,47 (2,46) Behinderung: 0,42 (0,88) Symptome: 3,21 (2,14) Sozial: 6,29 (2,85) Total: 13,03 (5,00)</p> <p>Difference t1-t2, mean (SD), p-value: Verhalten: 1,28 (2,14), p<0,001 Behinderung: 0,89 (1,69), p<0,001 Symptome: 1,69 (1,97), p<0,001 Sozial: 2,07 (3,30), p<0,001 Total: 5,95 (6,44), p<0,001</p> <p>t3</p> <p>Verhalten: 2,00 (2,11) Behinderung: 0,34 (0,76) Symptome: 2,06 (2,17) Sozial: 5,00 (3,00) Total: 9,40 (5,16)</p> <p>Difference t2-t3, mean (SD), p-value: Verhalten: 0,90 (2,02), p<0,01 Behinderung: 0,18 (0,78), p=n.s. Symptome: 1,18 (2,49), p<0,01 Sozial: 1,95 (3,41), p<0,01 Total: 4,20 (5,36), p<0,001</p>	NR

⁴⁷ Eine Veränderung der HoNOSCA-Score geht mit einer Veränderung von mind. 4 Punkten einher → vollständige Verbesserung in einem schwerwiegenden Symptom.

Studie/Klinik	Karakter, Child and Adolescent Psychiatric, University Centre, Nijmegen	StäB – Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg
Autor*innen, Jahr, Quelle	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]
Veränderungen in der Symptomatik inkl. psychosozialem Verhalten und Funktionsniveau (Fortsetzung)	Difference t1-t3, mean (SD), p-value: Verhalten: 1,79 (2,50), p<0,001 Behinderung: 0,98 (1,78), p<0,001 Symptome: 2,57 (2,57), p<0,001 Sozial: 3,85 (3,90), p<0,001 Total: 9,19 (6,92), p<0,001	
Zufriedenheit mit der Behandlung, n (%)	NR	NR
Notwendigkeit weiterer Behandlung(en), n (%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outpatient care innerhalb derselben Klinik: 27 (45,0) <ul style="list-style-type: none"> ■ Outpatient care wo anders: 23 (38,3) ■ Weitere Spezialbehandlung notwendig: 10 (16,7) 	Wahrnehmung aufsuchender Nachbetreuungen 41 (82,0): <ul style="list-style-type: none"> 1 Quartal: 15 (30,0) 2 Quartale: 9 (18,0) >3 Quartale: 6 (12,0) Zeitpunkt der Analyse noch nicht abgeschlossen: 11 (22,0)
Sicherheit	NR	NR

Abkürzungen: ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, BeZuHG – Behandelt Zuhause Gesund werden, FSIQ - Full scale intelligence quotient, HT – Home-Treatment, IG – Interventionsgruppe, IQ – Intelligenzquotient, Ju – Jugendliche, KG – Kontrollgruppe, KiJu – Kinder & Jugendliche, Max. – Maximal, Min. – Minuten, NA – Not applicable, NR – Not reported, Pat. – Patient*innen, RCT – Randomised controlled trial

9.2 Extraktionstabellen: Charakteristika der inkludierten Home-Treatment-Modelle & Voraussetzungen für deren Implementierung

Tabelle 9.2.1: Charakteristika der Home-Treatment-Modelle und Voraussetzung für deren Implementierung (Teil A)

Studie/ Klinik	The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim		Fünf Einrichtungen für psychische Gesundheit von KiJu in Süde-West Ontario
Autor*innen, Jahr, Quelle	Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54]	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Land	USA	Deutschland		Kanada
Population	KiJu zwischen 10-17 Jahren	KiJu zwischen 6-16 Jahren		KiJu zwischen 5-16 Jahre
Indikation(en)	Symptome mit suizidalem bzw. fremdgefährdendem Verhalten, Psychosen, Gefahr der Selbstverletzung bzw. Verletzung anderer aufgrund der psychischen Erkrankung		Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur vollstationären Behandlung ⁴⁸	KiJu mit schweren psychischen Erkrankungen insb. emotionalen und Verhaltensstörungen
Charakteristika	HT-Modell	<ul style="list-style-type: none"> ■ US-Home-Treatment: direkt im sozialen System (Familie, Schule, Nachbarschaft) intervenieren <ul style="list-style-type: none"> ■ Max. 3 Familien/Therapeut*in ■ Wechsel zu stationärer Behandlung möglich → Entscheidung durch überwachende/n Psychiater*in abhängig von der klinischen Verfassung und der Sicherheit des KiJu und der Familie. ■ Bei Wechsel in die stationäre Behandlung (z. B. für psychopharmakologische Einstellung) → Team bleibt verantwortlich für KiJu → in Zusammenarbeit mit dem stationären Pflegepersonal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bei Erfüllung der Einschlusskriterien → detaillierte Informationen an Familien (z. B. neuer Alltag, Erwartungen an Kooperation) <ul style="list-style-type: none"> ■ Intensives, integriertes psychiatrisches Programm zuhause ■ Familienzentrierte Behandlung an individuelle Bedürfnisse angepasst <ul style="list-style-type: none"> ■ Addressiert Verantwortung der Eltern/Bezugspersonen ■ Intensiver Kontakt zwischen Therapeut*innen und Eltern <ul style="list-style-type: none"> ■ Therapie in gewohntem sozialem Umfeld (Familie, Gemeinschaft, psychosoziales Netzwerk) ■ Therapieziele und Interventionen zwischen HT-Team und Bezugspersonen vereinbart (z. B. Verbesserung des sozialen Verhaltens, Reduktion der Verhaltensaussprüche in der Schule, Verbesserung der Motivation) ■ Intervention zuhause von verantwortlicher Therapeut*in durchgeführt und Psychiater*in beobachtet ■ 2x/Woche/≥2h aufsuchender Kontakt zwischen Familie und Therapeut*in (im 1. Monat), 1x/Woche/≥2h (im 2.&3. Monat) <ul style="list-style-type: none"> ■ Meist KiJu und Bezugsperson gemeinsam in der Sitzung <ul style="list-style-type: none"> ■ Zusätzlich telefonische Konsultation möglich (z. B. in Krisensituationen) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erster Kontakt durch das Heim ■ Bei Zustimmung zur Studie → Kontaktaufnahme mit dem Forschungsteam ■ Multidisziplinäres Team erstellt individuellen Behandlungsplan ■ Sozialarbeiter*innen bieten Angebote ca. 10h/Woche mit Fokus auf Familienzusammenhalt, Kriseninterventionen, Eltern-Coaching, Anwaltschaft und Ressourcenarbeit
	Dauer der Intervention/ Nachbeobachtungs- zeitraum	4 Monate	3,5 Monate	3 Monate/1 Jahr
	Behandlungsteam/ Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 KiJu-Psychiater*in ausgebildet in MST (Supervisor): klinische Überwachung des gesamten Teams ■ 2 zusätzliche Psychiater*innen zur Unterstützung der Überwachung und psychiatrischen Versorgung 24/7 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 KiJu Psychiater*in Gesamtverantwortung für HT, klinische Überwachung der Therapeut*innen, Wirksamkeitsassessment (z. B. MEI, SGKJ) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachkräfte der psychischen Gesundheit ■ Kliniker*in der psychischen Gesundheit

⁴⁸ Childrens' Global Assessment Score (SGKJ) ≤5.

Studie/ Klinik		The Medical University of South Carolina	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim		Fünf Einrichtungen für psychische Gesundheit von KiJu in Süde-West Ontario
Autor*innen, Jahr, Quelle		Schoenwald et al., 2000 [55]	Lay et al., 2001 [54]	Schmidt et al., 2006 [6]	Preyde et al., 2011 [56, 57]
Behandlungsteam/ Berufsgruppen (Fortsetzung)	Behandlungsteam/ Berufsgruppen (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 KiJu-Psycholog*in bei Fehlen der Supervisor-Psychiater*in <ul style="list-style-type: none"> ■ 4 Therapeut*innen ■ 4 KJP-Stipendiat*innen ausgebildet in MST: verantwortlich für psychiatrische Konsultation, medikamentöse Behandlung und notfallpsychiatrische Assistenz ■ 6 Berater*innen der psychischen Gesundheit mit Masterabschluss ■ 2 Krisensachbearbeiter*innen mit Bachelorabschluss: Unterstützung für die Therapeut*in in klinischen und administrativen Aufgaben (z. B. Check der Studientauglichkeit → gegeben: Rekrutierung der Familie zur Studie inkl. Einwilligungserklärung) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychiatrisches Pflegepersonal⁴⁹ (1 Therapeut*in/Familie) mit Erfahrungen in der KJP führte die Interventionen in der ersten Hälfte der Studie unter Beaufsichtigung eines/r erfahrenen Psychiater*in durch. ■ Fortgeschrittene Medizinstudent*innen führten die Interventionen in der zweiten Hälfte der Studie unter Beaufsichtigung eines/r erfahrenen Psychiater*in durch. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Research Assistant ■ Sozialarbeiter*innen 	
	Therapieangebote im HT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Familientherapie ■ Verhaltenstherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prinzipien der Verhaltenstherapie und des Elterntrainings ■ Social-Skill-Training ■ Andere therapeutische Übungen (z. B. Sprachtherapie, Physiotherapie, Weiterführen der niedergelassenen psychiatrischen Behandlung) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verhaltenstherapie ■ Psychoedukation ■ Lösungsorientierte Behandlungsmodelle 	
Voraussetzungen	Gesetzliche Rahmenbedingungen	NR	NR	NR	NR
	Finanzierung/Förderung	NR	NR	NR	NR
	Kooperation/ Koordination der Verantwortungsbereiche/ Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Überweisung an die Klinik von Personal der psychischen Gesundheit, Jugendjustiz bzw. Nachlassgericht, Kinderschutzbund, mobile psychiatrische Notfallteams, Bezugspersonen ■ Beim Wechseln in stationäre Behandlung – Zusammenarbeit mit stationärem Pflegepersonal 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wenn notwendig, Therapeut*in kontaktierte Lehrer*innen oder andere Kinderwohlfahrtsorganisationen → eine Ausweitung des HT-Programms auf Schulen inkl. Lehrer*innen ist erwünscht ■ Option für stationäre Behandlung muss immer gegeben sein, für den Fall, dass sich die Symptome deutlich verschlechtern. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Service kann zusätzlich zu Heim oder HT Krisenmanagement bei familialen Krisen oder präventive Beratungen beinhalten. 	
	Häusliches Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nichtinstitutionalisierte Wohnsitze, z. B. Wohnort bei Familie oder Verwandten, Pflegewohnheim oder Unterkunft für Obdachlose <ul style="list-style-type: none"> ■ Wohnsitz in Charleston County 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beide Elternteile/Bezugspersonen müssen zustimmen ■ Präsenz und Kooperation von ≥1 Bezugsperson ■ Wohnort <30 km von Klinik entfernt 	NR	NR
	Ausbildungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Spezielles Training der MST für Psychiater*innen ■ Klinische „Auffrischungsstunden“ für Therapeut*innen und Betreuer*innen ■ Zusätzliches Training für das MST-Team im Umgang mit KiJu und Familien in psychiatrischen Krisen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Teams benötigen spezielles Training für den Background von HT 	NR	NR

Abkürzungen: HT – Home-Treatment, KiJu – Kinder & Jugendliche, KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie, Max. – Maximal, MST – Multisystemische Therapie, NR – Not reported, Pat. – Patient*innen, RCT – Randomised controlled trial

⁴⁹ Post hoc Analyse: Resultate der Analyse ergaben, dass die HT-Intervention durchgeführt von dem geschulten Pflegepersonal (Therapeut*innen, n=38) in besseren Resultaten bezogen auf Symptome, Funktionsniveau, psychosoziales Umfeld und globalen Score resultierte, als wenn die Intervention von den Medizinstudent*innen (n=32) durchgeführt worden war.

Tabelle 9.2-2: Charakteristika der Home-Treatment-Modelle und Voraussetzung für deren Implementierung (Teil B)

Studie/Klinik		BeZuHG Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg				Karakter, Child and Adolescent Psychiatry, University Centre, Nijmegen	StÄB – Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Autor*innen, Jahr, Quelle		Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]
Land		Deutschland				Niederlande	Deutschland
Population		KiJu zwischen 5-17 Jahre	Jugendliche 12-17 Jahre	KiJu zwischen 5-17 Jahre	Jugendliche zwischen 11-18 Jahre	KiJu zwischen 8-17 Jahren	
Indikation(en)		Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung				Psychiatrische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung	Psychische Erkrankung mit Indikation zur stationären Behandlung
Charakteristika	HT-Modell	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stationäre Behandlung >3 Tage (>72h)⁵⁰ ■ Zuordnung der Pat. zu einem der BeZuHG-Therapeut*innen der Station → erste Kontakte mit den Eltern und Pat. bereits während des stationären Aufenthaltes ■ Kurz vor Entlassung aus der Station und Start des HT → „Runder Tisch“ mit dem/r zukünftigen BeZuHG-Therapeut*in, dem/r Pat., der Familie und ggf. auch der Schule, dem Jugendamt, etc. bezüglich der Festlegung der zuhause möglichen und von der Familie gewünschten Elemente einer BeZuHG-Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ■ 1-3x/Woche aufsuchende Einzelkontakte bzw. Elternberatung/ Familientherapie im häuslichen Umfeld ■ Tagesklinikstatus (täglich oder an einzelnen Tagen der Woche auf der dem/r Pat. bekannten Station) ■ Weiterhin Klinikschulbesüche → Ziel: Reintegration in die Heimatschule, ggf. mit Überbrückung an der Klinikschule <ul style="list-style-type: none"> ■ Zusätzliche Therapieangebote stationär oder ambulant ■ 2x/Woche ausführliche fachärztliche Visite: Austausch über alle in BeZuHG betreuenden Familien, Stand der Behandlungen & weiterem geplanten Vorgehen ■ Für Krisenfälle Klinikmitarbeiter*innen 24/7 erreichbar: unter der Woche 9:00-18:00 eine BeZuHG-Mitarbeiter*in per Notfallhandy, übrige Zeiten der Arzt/die Ärztin im Dienst in der KJP ■ EDV-gestütztes Dokumentationssystem: Zugriff auf relevante Informationen der Pat. jederzeit möglich <ul style="list-style-type: none"> ■ BeZuHG-Behandlung wurde nach 3 Monaten spätestens beendet; wo nötig, wurde in eine niederfrequente ambulante Behandlung (ca. 1-6 Kontakte/Quartal) übergeleitet ■ Externe Supervision des Teams und der Familienfälle alle 3-4 Monate ganztätig 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HT enthält die Möglichkeit zur kurzfristigen (≤2 Wochen) intensiv-stationären Behandlung vor oder während dem HT-Programm ■ Das HT-Team ist dann auch in die kurzfristige intensiv-stationäre Behandlung eingebunden ■ Fokus auf Verbesserungen der Beziehungen (Jugendliche und Eltern), Reintegration in Schule/ Arbeit/Hobbies, Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens, Steigerung der Therapiemotivation ■ Monatliche Visite im Krankenhaus mit einem/r KiJu-Psychiater*in oder Psycholog*in 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HT-Leistungen umfassen das gesamte Spektrum einer stationären KJP-Behandlung ■ StÄB durch Kolleg*innen der Instanzambulanz, der Station oder von niedergelassenen Kolleg*innen oder Eltern initiiert ■ Mitarbeiter*innen aus StÄB-Team: Erstgespräch in der Ambulanz: Vorstellung des Projekts und Überprüfung der Therapiemotivation der KiJu und Eltern ■ StÄB 6 Wochen (täglich) – im Anschluss 1-2x/Woche aufsuchende Nachbetreuungstermine von bekannten StÄB-Mitarbeiter*innen für max. 6 Monate ■ Entscheidung für StÄB → Aufnahmegespräch in der Familie mit vorgesehener fallführender Kolleg*in und der Fachärztin für KJPP <ul style="list-style-type: none"> ■ Aufnahmegespräch beinhaltet Überprüfung der Eignung des Wohnungsumfeldes für Einzel- und Familiengespräche, Festlegung der Behandlungsziele durch Fachärztin & Vorstellung des ersten Wochenplans ■ Wochenplan umfasst die Art des Kontaktes (Einzelgespräch, Familiengespräch, Fachtherapie bzw. Erlebnistherapie) sowie der Name der durchführenden Person für jeden Tag ■ Ein Teil der Leistung (max. 20 %), der ein bestimmtes Setting benötigt, oder medizinische Untersuchungen, die nicht mobil sind, können im Krankenhaus erbracht werden oder außerhalb des Zuhause, z. B. erlebnistherapeutische Maßnahmen wie z. B. Bogenschießen, Hochseilgarten, wöchentliche Gruppentherapie zur Schulung sozialer Kompetenzen (an der Klinik) 			

⁵⁰ Frühestmögliche Entlassung in das BeZuHG-Programm abhängig von klinischer Einschätzung (CGAS >40) & ≥2 erfolgreiche Wochenend-Belastungsproben; durchschnittliche vollstationäre Verweildauer in der BeZuHG-Gruppe 21,76 Tage (3-120 Tage).

Studie/Klinik		BeZuHG Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg				Karakter, Child and Adolescent Psychiatry, University Centre, Nijmegen	StÄB – Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters		
Autor*innen, Jahr, Quelle		Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]		
HT-Modell (Fortsetzung)						<ul style="list-style-type: none"> ■ Erreichbarkeit von ≥1 StÄB-Teammitglieder von Mo-Fr 08:00-18:00 über ein Diensthandy + zusätzlich 24h/7 bestehende ärztliche Eingriffsmöglichkeit durch den Dienstarzt der stationären Abteilung gewährleistet ■ Bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung kann umgehend mit einer vollstationären Aufnahme reagiert werden ■ Wöchentliche multiprofessionelle Fallbesprechungen innerhalb des StÄB-Teams und ggf. unter Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer (mind. 3 unterschiedliche Berufsgruppen): Erstellung neuer Wochenpläne, Überprüfung der Behandlungsziele, Klärung von supervisorischer bzw. methodischen Fragen durch Fachärztin; Fallbesprechung kann auch unter Zuhilfenahme von Telekommunikation geschehen ■ Jedes Teammitglied ist mit einem Dienstsmartphone und Dienstlaptop ausgestattet, um eine taggleiche dezentrale Dokumentation in der elektronischen Pat.-Akte und somit Informationsweitergabe zu gewährleisten. Die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) sind für jeden Tag berufsgruppenspezifisch und minutengenau einzutragen ■ Mobilität wird durch eine entsprechende Anzahl an Fahrzeugen gewährleistet 			
	Dauer der Intervention/ Nachbeobachtungs- zeitraum	3 Monate	- 8 Monate	3 Monate	≤4 Monate	6 Wochen (täglich auch am Wochenende) ≤6 Monate (1-2x/Woche)			
	Behandlungsteam/ Berufsgruppen	<p>BeZuHG-Team:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Fachärzt*in für KJP (0,5 Stelle): Supervision ■ 1 Organisationsfachkraft (0,35 Stelle): logistische Organisation der Behandlungsstrukturen ■ 1 Psycholog*in (0,5 Stelle): Diagnostik ■ 6 pädagogisch pflegerische Mitarbeiter*innen der Station = BeZuHG-Therapeut*innen (jeweils 0,3 Stelle im BeZuHG-Team & 0,5-0,7 Stelle im Stationsteam): Fallführung; 1 Mitarbeiter*in mit 0,3 Stelle jeweils für 2-3 Familien zeitgleich verantwortlich 				<p>Mobiles multiprofessionelles Team - Stand 1.1.2019 für 6 Pat. (Familie erhält eine Liste mit den Namen und Berufsgruppen des StÄB-Teams):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Fachärzt*in für KJPP (10 % Stellenanteil): Diagnose, Leitung, Supervision <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Assistenzärzt*in (50 %) ■ 1 Psycholog*in (70 %): Diagnose ■ 5 Mitarbeiter*innen des Pflege- und Erziehungsdienstes (280 %): Fallführung → Behandlungsplanung, praktische Koordination der StÄB-Maßnahmen, erster Ansprechpartner <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 Organisationsfachkraft (40 %) ■ 3 Fachtherapeut*innen (z. B. Heilpädagogik, Kunsttherapie, Ergotherapie; 120 %) 			

Studie/Klinik		BeZuHG Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg				Karakter, Child and Adolescent Psychiatry, University Centre, Nijmegen	StÄB – Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Autor*innen, Jahr, Quelle		Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]
Therapieangebote im HT		Mögliche Elemente der BeZuHG-Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> ■ Kernelement: Einzeltherapie bzw. Elternberatung/Familientherapie/Familientherapeutisches Coaching <ul style="list-style-type: none"> ■ Ggf. Psychopharmakotherapie ■ Erlebnispädagogische Elemente <ul style="list-style-type: none"> ■ Gruppentherapie ■ Musiktherapie ■ Ergotherapie ■ Kunsttherapie ■ Motopädie ■ Reittherapie ■ Ambulante Bogenschießtherapiegruppe 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Lösungsorientierte Therapieansätze ■ Anpassungsfähige Familientherapie ■ Individuelle Therapieformen, z. B. Medikation (14 Pat. [21,5 %]), Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie (8 Pat. [12,3 %]) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Einzelgespräche ■ Familiengespräche (Einbezug von Geschwistern und deren Rivalitäten) ■ Anleitung von Bezugspersonen im Umgang mit Pat. (Elternarbeit) <ul style="list-style-type: none"> ■ Psychopharmakotherapie (Störungsspezifische) Psychoedukation ■ Alltagsbezogenes Training (Einbezug von Schule und Schulproblemen) <ul style="list-style-type: none"> ■ Gelenkte Freizeitaktivitäten ■ Erlebnispädagogische Angebote ■ Entspannungsverfahren ■ Medienpädagogik ■ Erlebnispädagogik/-therapie <ul style="list-style-type: none"> ■ Ergotherapie ■ Kreativtherapie ■ Bewegungstherapie ■ Gruppentherapien möglich 	
Voraussetzungen	Gesetzliche Rahmenbedingungen	NR		Januar 2015: neues KiJu-Gesetz in den Niederlanden eingeführt → Verantwortung der örtlichen Gemeinden über die Angebote für mentale Gesundheit für KiJu		Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVG) am 1.1.2017 in Kraft getreten → Grundlage für Kassenverträge für intensives HT als Alternative zur stationären Behandlung → Bundesrahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft schuf die Basis für die regionalen Kassenverhandlungen für StÄB-Behandlungen und trat am 1.1.2018 in Kraft	
	Finanzierung/ Förderung	Im BeZuHG-Programm: teilstationäre Leistungen sowie PIA-Quartalspauschale abgerechnet; darüber hinausgehende Kosten wurden über Drittmittel verrechnet. Die Studie wurde im Rahmen der Versorgungsforschung Baden-Württemberg gefördert		NR		<ul style="list-style-type: none"> ■ Finanzierung der StÄB-Programme über Kassen ■ Wenn das zuständige Krankenhaus an ambulante Leistungserbringer Leistungen abgibt, werden diese aus dem Krankenhaustagessatz bezahlt (max. 50 %) 	
	Kooperation/ Koordination der Verantwortungsbereiche/ Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Station: Fachtherapie oder Gruppentherapie (z. B. Social-Skill-Training, Musiktherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Motopädie, Reittherapie); sowie bei Wechsel auf die Station bei Verschlechterung der Symptomatik ■ Tagesklinik: Tageweise (1-5 Tage/Woche) tagesklinischer Status zur Tagesstrukturierung inkl. Klinikschulbesuch in der bekannten Station ■ Ambulanz: Ambulante erlebnispädagogische Gruppentherapie (z. B. Depressionsgruppe, ambulantes therapeutisches Bogenschießen) 		NR		<ul style="list-style-type: none"> ■ StÄB durch Kolleg*innen der Instanzambulanz, der Station oder von niedergelassenen Kolleg*innen oder Eltern initiiert <ul style="list-style-type: none"> ■ Klinikschule & Heimatschule ■ Jugendamt <p>(Schule und Jugendamt sollten indikationsspezifisch frühzeitig in die Behandlung einbezogen werden)</p> ■ Helferkonferenzen (z. B. Jugendhilfe, Schule, Arbeitsamt) 	

Studie/Klinik		BeZuHG Studie – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters, Wiessenau, Zentrum für Psychiatrie, Südwürttemberg, Ravensburg				Karakter, Child and Adolescent Psychiatry, University Centre, Nijmegen	StäB – Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Autor*innen, Jahr, Quelle		Boege et al., 2014 [61]	Corpus et al., 2014 [62]	Kirchmann et al., 2014 [52]	Boege et al., 2015 [63]	Muskens et al., 2019 [64]	Boege et al., 2020 [4]
	Kooperation/ Koordination der Verantwortungsbereiche/ Vernetzung (Fortsetzung)					<ul style="list-style-type: none"> ■ Niedergelassene Kolleg*innen (Gesetzgebung sieht vor, dass nicht nur KJP sondern auch niedergelassene Kolleg*innen in eine StäB-Behandlung mit einbezogen werden, z. B. aus Gründen von Wohnnähe) ■ Wechsel auf die Station bei Verschlechterung der Symptomatik 	
	Hausliches Umfeld	Heimatort <60 Autofahrtminuten von Klinik entfernt ⁵¹				NR	Wohnort im Umkreis von <30 Autofahrtminuten. Alle im Haushalt lebende Personen >18 Jahre müssen mit dem Programm des Pat. einverstanden sein
	Ausbildungen	Alle pädagogisch pflegerische Mitarbeiter*innen sind langjährig erfahren in der Behandlung von KJP-Störungsbildern im Stationsteam und besitzen Zusatzausbildungen in Erlebnispädagogik, Elternarbeit oder systematischer Beratung.				NR	NR

Abkürzungen: BeZuHG – Behandelt Zuhause Gesund werden, GDV - Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, HT – Home-Treatment, KiJu – Kinder & Jugendliche, KJP – Kinder- und Jugendpsychiatrie, KJPP – Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, NR – Not reported, Pat. – Patient*innen, PIA - Psychiatrische Institutsambulanzen, StäB – Stationsäquivalente Behandlung

⁵¹ In der Praxis: Nutzung der Klinikelemente hauptsächlich bei Pat., die nicht weiter als 30 Autofahrtminuten von der Klinik entfernt wohnen.

9.3 Risk of bias assessment

9.3.1 Risk of bias of randomised controlled trials

Tabelle 9.3-1: The Cochrane Collaboration's tool version 1.0 for assessing the risk of bias of randomized-controlled studies [58]

Trial: Author, year [Reference]	Adequate generation of randomisation sequence	Adequate allocation concealment	Blinding		Incomplete outcome data	Selective outcome reporting unlikely	No other aspects which increase the risk of bias	Risk of bias – study level
			Patient	Treating Physician				
Schoenwald, 2000 [55]	Unclear ⁵²	Unclear ⁵²	No	Yes ⁵³	Yes	Unclear	Unclear ⁵⁴	High
BeZuHG-Trial:								
Boege, 2014 [61]	Yes	Yes	No	No	Unclear	Yes	No ⁶⁰	Moderate
Corpus, 2014 [62]	Yes	Yes	No	Partly ⁵⁶	No	No ⁵⁷	No ⁶⁰	Moderate
Kirchmann, 2014 [52]	Yes	Yes	No	No	No	Unclear ⁵⁸	No ⁶⁰	High
Boege, 2015 [63] ⁵⁵	Yes	Yes	No	No	Unclear	No ⁵⁹	No ^{61, 60}	High

⁵² This information is not given in the publication Schoenwald 2000, but in the previous publication Henggeler et al. 1997.

⁵³ Randomly selected audiotaped treatment sessions were evaluated weekly for each therapist by an expert in multi systemic therapy who was not otherwise involved in the study.

⁵⁴ Patient and intervention baseline data were not stated for each study arm separately, therefore, baseline imbalances between the two study groups could not be analysed.

⁵⁵ This publication offers an explorative approach to the analysis of existing data from the BeZuHG-RCT. The control group was therefore only presented reasons of symmetry. A comparative therapeutic difference was not the aim of this evaluation.

⁵⁶ 20 % of the interview material was randomly selected and coded by 2 independent evaluators (calculation of “interrater” reliability)

⁵⁷ After 13 interviews, the interview guide was revised and some questions were reworded. The evaluated data of the 13 interviews with the old question were only partially included in the analyses.

⁵⁸ In this publication the outcome (patient satisfaction) is only reported for adolescents (between 12-18 years).

⁵⁹ In this publication, the results on the differences between internalising and externalising disorders, between children and adolescents and between girls and boys were presented, in some cases very selectively (often only significant differences were reported).

⁶⁰ Possible confounders in the BeZuHG group: Clinically elements for the most part only used by those families who lived no more than 30 minutes by car away from the clinic (but no exclusion criterion); within the BeZuHG group heterogeneous full inpatient stay before discharge into the BeZuHG program (3-120 days). Another confounder was that data analysis was not conducted for the ITT-population (100 pts. were recruited but only data of 92 were analysed).

⁶¹ Since this is a retrospective analysis of the data from the BeZuHG-RCT, the analyses were based on relatively small case numbers per group.

9.3.2 Risk of bias of non-randomised controlled trials

Responses in green are potential markers for low risk of bias, and responses in red are potential markers for a risk of bias.
Where questions relate only to sign posts to other questions, no formatting is used.

Tabelle 9.3-2: The risk of bias in non-randomized studies – of interventions (ROBINS-I) assessment tool [59]

Author, year [reference]	Lay, 2001 [54] ⁶² ; Schmidt, 2006 [6]		Preyde, 2011 [56, 57]	
Signalling questions	Description	Response options	Description	Response option
Bias due to confounding				
1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study? If N/PN to 1.1: the study can be considered to be at low risk of bias due to confounding and no further signalling questions need be considered		PY	Baseline and pre-baseline differences in the treatment groups, e.g. living environment	PY
If Y/PY to 1.1: determine whether there is a need to assess time-varying confounding:	First study half intervention by specialised nurses, second half by advanced medical students	N		N
1.2 Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received? If N/PN, answer questions relating to baseline confounding (1.4 to 1.6) If Y/PY, go to question 1.3.		NA		N
1.3 Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome? If N/PN, answer questions relating to baseline confounding (1.4 to 1.6) If Y/PY, answer questions relating to both baseline and time-varying confounding (1.7 and 1.8)				N
Questions relating to baseline confounding only				
1.4 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?	Retrospective analysis about the effect of the intervention by nurses or students on the outcomes	PY	Statistical adjustments to account for the differences at baseline do not guarantee removal of bias	PN
1.5 If Y/PY to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?	See previous comment	Y		
1.6 Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?		NI	NI	

⁶² In this publication only the interventional (home-treatment) arm was analysed.

Author, year [reference]		Lay, 2001 [54]62; Schmidt, 2006 [6]		Preyde, 2011 [56, 57]	
Signalling questions		Description	Response options	Description	Response option
Questions relating to baseline and time-varying confounding					
1.7 Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?		See previous comment	Y	NI	
1.8 If Y/PY to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?		See previous comment	Y		
Risk of bias judgement		Moderate		Serious	
Optional: What is the predicted direction of bias due to confounding?		The retrospective analysis between intervention by nurses or medical students were only done in the interventional arm.	Unpredictable	As the baseline function were worse in the residential treatment compared to the home-treatment, the effect for the home-treatment might be overestimated	In favor of home-treatment
Bias in selection of participants into the study					
2.1 Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention? If N/PN to 2.1: go to 2.4			N	Retrospective analysis	PY
2.2 If Y/PY to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?		NA		NI	
2.3 If Y/PY to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?		NA		NI	
2.4 Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?			Y		Y
2.5 If Y/PY to 2.2 and 2.3, or N/PN to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?					
Risk of bias judgement		Low		Moderate	
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of participants into the study?		Towards null		Unpredictable	
Bias in classification of interventions					
3.1 Were intervention groups clearly defined?			Y		Y
3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?			Y		NI
3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?			PN	Retrospective analysis	PY
Risk of bias judgement		Low		Severe	
Optional: What is the predicted direction of bias due to classification of interventions?		Towards null		Unpredictable	

Author, year [reference]	Lay, 2001 [54]62; Schmidt, 2006 [6]		Preyde, 2011 [56, 57]	
Signalling questions	Description	Response options	Description	Response option
Bias due to deviations from intended interventions				
If your aim for this study is to assess the effect of assignment to intervention, answer questions 4.1 and 4.2				
4.1 Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?	First study half intervention by specialised nurses, second half by advanced medical students (financial reasons)	PY		PN
4.2 If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups <i>and</i> likely to have affected the outcome?	Because only in the interventional arm	PN		
If your aim for this study is to assess the effect of starting and adhering to intervention, answer questions 4.3 to 4.6				
4.3 Were important co-interventions balanced across intervention groups?		NI		NI
4.4 Was the intervention implemented successfully for most participants?		PY		PY
4.5 Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?	Only 6/76 drop-outs in the interventional arm;	Y	Lost to follow-up was not reported	PY
4.6 If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?				
Risk of bias judgement	Moderate		Low	
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from the intended interventions?	In favor of the control arm.		Towards null	
Bias due to missing data				
5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?		Y	Some few sub-scales were not available for all participants.	PY
5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?	Intervention-arm: 11/70 lost to follow up; Control-arm: 5/35 lost to follow-up	PY	Cases with missing data were dropped from that particular analysis.	PY
5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?		N		PN
5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?		PY		NI
5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?		NI		NI
Risk of bias judgement	Low		Moderate	
Optional: What is the predicted direction of bias due to missing data?	Towards null		Unpredictable	

	Author, year [reference]	Lay, 2001 [54]62; Schmidt, 2006 [6]		Preyde, 2011 [56, 57]	
	Signalling questions	Description	Response options	Description	Response option
Bias in measurement of outcomes					
6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?	The outcomes were also measured by pts., parents and therapists.	PY	The interventions were not blinded: all wanted residential care, but some from the waiting list received home-treatment instead.	PY	
6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?	Partly, only one part of the outcomes were assessed by blinded assessors.	PY	See previous comment.	Y	
6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?		Y	The majority of respondents in the residential care group were legal guardians while in the home-treatment group the respondents were parents → influence on how the youth's behaviors were interpreted and scored.	PN	
6.4. Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?		NI			NI
Risk of bias judgement	Serious		Serious		
Optional: What is the predicted direction of bias due to measurement of outcomes?	Unpredictable		Unpredictable		
Bias in selection of the reported result					
Is the reported effect estimate likely to be selected, on the basis of the results, from ...					
7.1 ... multiple outcome <i>measurements</i> within the outcome domain?		PN			PN
7.2 ... multiple <i>analyses</i> of the intervention-outcome relationship?		PN			PN
7.3 ... different <i>subgroups</i> ?		PN			PN
Risk of bias judgement	Low		Low		
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?	Towards null		Towards null		
Overall bias					
Risk of bias judgement	Moderate		Serious		
Optional: What is the overall predicted direction of bias for this outcome?	Unpredictable		Unpredictable		

9.3.3 Risk of bias of observational studies

Tabelle 9.3-3: IHE quality appraisal checklist for case series studies [60]

Study reference/ID	Muskens, 2019 [64]	Boege, 2020 [4]
Study objective		
1. Was the hypothesis/aim/objective of the study clearly stated?	Yes	Yes
Study design		
2. Was the study conducted prospectively?	Yes	No
3. Were the cases collected in more than one centre?	No	No
4. Were patients recruited consecutively?	Yes	Unclear
Study population		
5. Were the characteristics of the patients included in the study described?	Partial ⁶³	Yes
6. Were the eligibility criteria (i.e. inclusion and exclusion criteria) for entry into the study clearly stated?	Partial ⁶⁴	Partial ⁶⁴
7. Did patients enter the study at a similar point in the disease?	Unclear	Unclear
Intervention and co-intervention		
8. Was the intervention of interest clearly described?	Partly ⁶⁵	Yes
9. Were additional interventions (co-interventions) clearly described?	Yes	Yes
Outcome measures		
10. Were relevant outcome measures established a priori?	Yes	Not appropriate ⁶⁶
11. Were outcome assessors blinded to the intervention that patients received?	No	Not appropriate ⁶⁶
12. Were the relevant outcomes measured using appropriate objective/subjective methods?	Yes	Not appropriate ⁶⁶
13. Were the relevant outcome measures made before and after the intervention?	Yes	Not appropriate ⁶⁶
Statistical Analysis		
14. Were the statistical tests used to assess the relevant outcomes appropriate?	Yes	Not appropriate ⁶⁶
Results and Conclusions		
15. Was follow-up long enough for important events and outcomes to occur?	No ⁶⁷	Not appropriate ⁶⁶
16. Were losses to follow-up reported?	Yes	Yes
17. Did the study provide estimates of random variability in the data analysis of relevant outcomes?	Yes	Yes
18. Were the adverse events reported?	No	No
19. Were the conclusions of the study supported by results?	Yes	Yes
Competing interests and sources of support		
20. Were both competing interests and sources of support for the study reported?	Yes	Yes/Partial/No
Overall Risk of bias		High
		High

⁶³ Only gender, age and diagnoses were reported. Data on family situation and socio-economic background were not reported.

⁶⁴ A few inclusion and exclusion criteria were clearly set out.

⁶⁵ No information was reported on how often (e.g. per week) HT units took place or who conducted them (accessibility).

⁶⁶ The study is a retrospective and descriptive data analysis of the first 58 patients who completed the StäB program. Efficacy endpoints were not collected.

⁶⁷ Follow-up = duration of the intervention (4 months).

9.4 Beschreibung der medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen

Kinderheilkunde (Pädiatrie)

Die Kinderheilkunde oder Pädiatrie ist die Lehre von der Entwicklung des kindlichen und jugendlichen Organismus, seinen Erkrankungen sowie deren Behandlung und Vorbeugung. Die vom/n der Fachärzt*in für Pädiatrie ausgeübte Kinderheilkunde streckt sich über alle Teilgebiete der klinischen Medizin. Eine ihrer Besonderheiten ist die stärkere Betonung vorbeugender Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung (präventive Medizin) im Vergleich zu anderen klinischen Fächern. Insgesamt können in der Pädiatrie vier Hauptschwerpunkte unterschieden werden [72]:

- **Kinderhämatologie und -onkologie:** Sie befasst sich mit den Blut- und Krebserkrankungen beim Kind.
- **Kinderkardiologie:** Sie befasst sich mit der Diagnostik und nicht-operativen Behandlung von angeborenen Herzfehlern, von erworbenen Herzfehlern, von Herzrhythmusstörungen und von Herzmuskelerkrankungen.
- **Neonatologie:** Sie befasst sich mit der Versorgung von Frühgeborenen und erkrankten Neugeborenen.
- **Neuropädiatrie:** Sie befasst sich mit der Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen des kindlichen Nervensystems.

Allgemeine Psychiatrie

Die Psychiatrie ist die medizinische Fachdisziplin, die sich mit der Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen beschäftigt. Sie hat sich als eigenständige Disziplin aus der Nervenheilkunde entwickelt, die früher auch das Gebiet der heutigen Neurologie abdeckte [73, 74].

Psychologie

Während die Psychiatrie ein Teilgebiet der Medizin darstellt, ist die Psychologie eine eigenständige empirische Wissenschaft, die das Erleben und Verhalten des Menschen, seine Entwicklung im Laufe des Lebens und alle dafür maßgeblichen inneren und äußeren Ursachen und Bedingungen beschreibt und erklärt. Ausgebildete Diplom-Psycholog*innen übernehmen in der psychiatrischen Versorgung vor allem Aufgaben im Bereich der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen [73, 74].

Psychotherapie

Gemäß Bundesgesetz ist die Psychotherapie „die umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeut*innen mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ [38].

In Österreich kommen unterschiedliche Psychotherapieansätze zum Einsatz, wobei für die Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen eine besondere Qualifikation im Rahmen einer geschlossenen Weiterbildung gefordert ist [38].

Physiotherapie

Unter der Physiotherapie wird die gezielte Behandlung physiologischer Funktionsstörungen, z. B. Bewegungsstörungen, verstanden. Dabei zielt sie auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von natürlichen Bewegungsabläufen sowie auf eine Symptomverbesserung ab [38]. Für physiotherapeutische Behandlungen ist eine chef(kontroll-)ärztliche Bewilligung ab der siebten Sitzung vorzulegen. Für psychotherapeutische Leistungen betragen die Kostenzuschüsse einheitlich (alle Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungsträger für öffentlich Bedienstete) für eine

Einzelsitzung zu 30 Minuten € 16,00, für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten € 28,00, für eine Gruppensitzung (max. zehn Personen) zu 45 Minuten pro Person € 7,00 und für eine Gruppensitzung (max. zehn Personen) zu 90 Minuten pro Person € 10,00 [38].

Ergotherapie

Die Ergotherapie umfasst Maßnahmen, die der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung bzw. Kompensation von krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und/oder kognitiven Funktionen und Fähigkeiten dienen [38].

Logopädie

Logopädie ist die Diagnose und Behandlung von Störungen des Sprachverständnisses, der gesprochenen und geschriebenen Sprache, des Sprechens, der Atmung, der Stimme, der Mundfunktionen, des Schlucks, des Hörvermögens, der Wahrnehmung und des nonverbalen Bereichs. Darunter fallen Störungen, wie Legasthenie, Lese-Rechtschreib-Schwäche, Stottern und Näseln, aber auch neurologische Erkrankungen und Störungen bei der Nahrungsaufnahme oder des Schluckens [38].

Musiktherapie

Musiktherapie zielt darauf ab, die physische, emotionale und psychische Gesundheit innerhalb einer therapeutischen Beziehung zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern. Sie wird als ergänzende, kreative Kunstbehandlung für nonverbale Kommunikation und Ausdruck mit dem allgemeinen Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und der Linderung von Symptombelastungen eingesetzt. Darüber hinaus ist die Musiktherapie eine bewusste und geplante Behandlung des Leidenzustandes mit musikalischen Mitteln im Rahmen einer therapeutischen Beziehung und ist eine unabhängige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative Therapie, die den Ausdruck der Patient*innen fördert [75].

9.5 Expert*innen-Konsultation

9.5.1 Fragebogen

Die folgenden fünf Fragen beziehen sich auf Überlegungen zu einer möglichen Implementierung von Home-Treatment in die österreichische Kinder- und Jugendpsychiatrielandschaft. Zur Kontextualisierung einer möglichen Implementierung wurden die Fragen mit internationaler Evidenz zum Thema eingeleitet.

Thema: Berufsgruppen, Qualifizierungsmaßnahmen bzw. Ausbildungen

Internationale Evidenz:

- Vertretene Berufsgruppen in einem Home-Treatment-Team: Kinder- und Jugendpsychiater*in (Gesamtverantwortung & Supervision), Assistenzärzt*innen, Kinder- und Jugendpsycholog*in, Krankenpflegepersonal, Fachtherapeut*innen (z. B. Kunsttherapie, Ergotherapie), Sozialarbeiter*innen, sonstige Mitarbeiter*innen (Koordination bzw. pädagogisch & pflegerisch).
- Mögliche Ausbildungen für das Home-Treatment-Team: z. B. spezielles Training für Home-Treatment insbesondere mit Fokus auf Kinder und Jugendliche mit psychischer Erkrankung, „klinische Auffrischungsstunden“ für nicht medizinisches Personal.

Frage 1: Vor diesem Hintergrund, welche Qualifikationen sollten aus Ihrer Sicht in Österreich in einem Home-Treatment-Team repräsentiert sein und welche Berufsgruppen wären am ehesten dafür geeignet? Welche Qualifizierungsmaßnahmen oder Ausbildungsmaßnahmen müssten hierfür angeboten werden?

Thema: Kooperationen und Netzwerke:

Internationale Evidenz:

- Kooperation bezüglich Überweisungen, z. B. mit Kinder- Jugendpsychiatrie, Jugendjustiz, Kinderschutzverbund/Kind- und Jugendwohlfahrt, psychiatrische Notfallteams, Bezugspersonen
- Zusammenarbeit mit der Station auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie, z. B. bei Verschlechterung der Symptomatik Wechsel auf die Station, aber auch für Gruppenangebote (z. B. Soziales-Kompetenz-Training oder andere Fachtherapien)
- Zusammenarbeit mit Ambulanzen, z. B. erlebnispädagogische Gruppentherapien (Depressionsgruppe)
- Zusammenarbeit mit der Tagesklinik, z. B. tagesklinischer Status möglich (z. B. Besuch der Klinikschule)
- Zusammenarbeit mit der Heimschule, falls Kinder und Jugendliche noch die Heimschule besuchen.
- Zusammenarbeit mit Krisenmanagement/Krisenteams

Frage 2: Vor diesem Hintergrund, mit welchen bestehenden Angebotsstrukturen in der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Bildungsbereich und/oder Justizbereich müsste ein Home-Treatment-Modell in Österreich koordiniert sein und wo sehen Sie hier die größten Herausforderungen?

Thema: Organisatorische Anbindung, gesetzliche Rahmenbedingungen, Finanzierung

Internationale Evidenz:

- In den Niederlanden wurde durch die Einführung eines neuen Kinder- und Jugendgesetzes (Januar 2015) den örtlichen Gemeinden die Verantwortung für die Versorgung der mentalen Gesundheit von Kinder und Jugendlichen übertragen → ausschlaggebend für die Implementierung eines Home-Treatment-Konzeptes.
- In Deutschland ist am 1.1.2017 ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychWG) in Kraft getreten. Dieses Gesetz bildete die Grundlage für die Kassenverträge für intensives Home-Treatment als Alternative zur stationären Behandlung (Bundesrahmenvereinbarung zwischen GDV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft trat 1.1.2018 in Kraft).
- Das BeZuHG-Projekt (ein Home-Treatment-Modell in Deutschland, das noch vor in Kraft treten des neuen Gesetzes durchgeführt worden war) wurde wie folgt finanziert: teilstationäre Leistungen sowie psychiatrische Institutsambulanzen wurden über die Quartalspauschale abgerechnet; darüberhinausgehende Kosten wurden über Drittmittel finanziert.

Frage 3: Wo könnte ein Home-Treatment-Programm in Österreich organisatorisch angebunden sein? Wären in Österreich gesetzliche Rahmenbedingungen notwendig (z. B. für bestimmte Berufsgruppen), um Home-Treatment ein - bzw. ausführen zu können? Wie könnten solche Modelle in Österreich finanziert werden?

Thema: Sicherheit von Home-Treatment

Internationale Evidenz:

Keine der zehn eingeschlossenen internationalen Studien zur Wirksamkeit von Home-Treatment bei Kinder und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung und Indikation zur vollstationären Behandlung erfasste Sicherheitsendpunkte.

Frage 4: Welche unerwünschten Nebenwirkungen wären Ihrer Meinung nach im Zusammenhang mit einem Home-Treatment bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen wichtig zu beachten?

Thema: Offene Frage

Frage 5: Gibt es weitere Aspekte, die bei einer Implementierung von Home-Treatment im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich aus Ihrer Sicht zu beachten wären?

9.6 Suchstrategien

Search strategy for Cochrane

Search date: 25/05/2020	
ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Mental Disorders] this term only
#2	((mental* OR psychiatric* OR behaviour* OR behavior*) NEAR (disorder* OR disease* OR ill* OR condition* OR syndrome* OR impair* OR disab* OR handicap* OR diagnos*)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)
#3	#1 OR #2
#4	MeSH descriptor: [Child] explode all trees
#5	MeSH descriptor: [Child, Preschool] explode all trees
#6	MeSH descriptor: [Infant] explode all trees
#7	MeSH descriptor: [Infant, Newborn] explode all trees
#8	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees
#9	((newborn* OR neonate* OR toddler* OR infant* OR child* OR adolesc* OR teen* OR youth)):ti,ab,kw
#10	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
#11	#3 AND #10
#12	MeSH descriptor: [Home Care Services] this term only
#13	((home OR domicil* OR „home based“ OR homebased) NEAR (treat* OR therap* OR intervention* OR program* OR service*)):ti,ab,kw
#14	(hometreat*) (Word variations have been searched)
#15	(visit* NEAR (home OR domicil* OR program* OR service*)):ti,ab,kw
#16	#12 OR #13 OR #14 OR #15
#17	#11 AND #16 with Cochrane Library publication date Between Jan 2000 and May 2020
Total: 366 Hits	

Search strategy for CRD

Search Date: 24.05.2020	
#1	MeSH DESCRIPTOR Mental Disorders
#2	((mental* OR psychiatric* OR behaviour* OR behavior*) NEAR (disorder* OR disease* OR ill* OR condition* OR syndrome* OR impair* OR disab* OR handicap* OR diagnos*))
#3	#1 OR #2
#4	MeSH DESCRIPTOR Child EXPLODE ALL TREES
#5	MeSH DESCRIPTOR Child, Preschool EXPLODE ALL TREES
#6	MeSH DESCRIPTOR Infant EXPLODE ALL TREES
#7	MeSH DESCRIPTOR Infant, Newborn EXPLODE ALL TREES
#8	MeSH DESCRIPTOR Adolescent EXPLODE ALL TREES
#9	(newborn* OR neonate* OR toddler* OR infant* OR child* OR adolesc* OR teen* OR youth)
#10	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9
#11	#3 AND #10
#12	((home OR domicil* OR home based OR homebased) NEAR (treat* OR therap* OR intervention* OR program* OR service*))
#13	(hometreat*)
#14	(visit* NEAR (home OR domicil* OR program* OR service*))
#15	MeSH DESCRIPTOR Home Care Services EXPLODE ALL TREES
#16	#12 OR #13 OR #14 OR #15
#17	#11 AND #16
#18	(#17) FROM 2000 TO 2020
Total: 22 Hits	

Search strategy for Embase

No.	Query Results	Results	Date
#18.	#10 AND #16 AND [2000-2020]/py	392	24 May 2020
#17.	#10 AND #16	518	24 May 2020
#16.	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	58,292	24 May 2020
#15.	aufsuchen*:tt	22	24 May 2020
#14.	(visit* NEAR/2 (home OR domicil* OR program* OR service*)):ti,ab,de,kw	16,375	24 May 2020
#13.	hometreat*:ti,ab,de,kw	23	24 May 2020
#12.	((home OR domicil* OR 'home based' OR homebased) NEAR/1 (treat* OR therap* OR intervention* OR program* OR service*)):ti,ab,de,kw	9,617	24 May 2020
#11.	'home care'/mj/exp	37,146	24 May 2020
#10.	#3 AND #9	122,637	24 May 2020
#9.	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	4,441,644	24 May 2020
#8.	newborn*:ti,ab,kw,de OR neonate*:ti,ab,kw,de OR toddler*:ti,ab,kw,de OR infant*:ti,ab,kw,de OR child*:ti,ab,kw,de OR adolesc*:ti,ab,kw,de OR teen*:ti,ab,kw,de OR youth:ti,ab,kw,de	4,427,823	24 May 2020
#7.	'adolescent'/exp	1,650,322	24 May 2020
#6.	'newborn'/exp	594,976	24 May 2020
#5.	'infant'/exp	1,128,051	24 May 2020
#4.	'child'/exp	2,866,818	24 May 2020
#3.	#1 OR #2	450,001	24 May 2020
#2.	((mental* OR psychiatric* OR behaviour* OR behavior* OR psychologic*) NEAR/2 (disorder* OR disease* OR ill* OR condition* OR syndrome*)):ti,ab,kw,de	450,001	24 May 2020
#1.	'mental disease'/mj	112,802	24 May 2020

Search strategy for Medline via OVID

Database: Ovid MEDLINE(R) and In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to May 22, 2020>, Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily <2016 to May 22, 2020>	
Search Strategy:	
1	*Mental Disorders/(142771)
2	((mental* or psychiatric* or behaviour* or behavior*) adj3 (disorder* or disease* or ill* or condition* or syndrome* or impair* or disab* or handicap* or diagnos*)).mp. (439687)
3	1 or 2 (439687)
4	exp Child/(2132014)
5	exp Child, Preschool/(1027044)
6	exp Infant/(1260211)
7	exp Infant, Newborn/(674567)
8	exp Adolescent/(2297099)
9	(newborn* or neonate* or toddler* or infant* or child* or adolesc* or teen*).mp. (4843925)
10	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (4843925)
11	3 and 10 (137576)
12	exp *Home Care Services/(37220)
13	((home or domicil* or home based or homebased) adj1 (treat* or therap* or intervention* or program* or service*)).mp. (6317)
14	hometreat*.mp. (11)
15	(visit* adj3 (home or domicil* or program* or service*)).mp. (17345)
16	12 or 13 or 14 or 15 (57047)
17	11 and 16 (619)
18	limit 17 to yr=,,2000 - 2020" (429)
19	remove duplicates from 18 (337)
Search date: 23/05/2020	

Search strategy for Livivo

Search Strategy:	
TI=(((hometreatment* OR home treatment*) AND (kind* OR jugend*)) AND (psych* OR mental*)) AND PY=2000:2020	
Hits	97
Search date	25/05/2020

Search strategy for Psycinfo

Database: APA PsycInfo <1806 to May Week 3 2020>	
Search Strategy:	
1	*Mental Disorders/(67416)
2	((mental* or psychiatric* or behavio?r*) adj3 (disorder* or disease* or condition* or syndrom* or ill* or impair* or disab* or handicap* or diagnos*)).mp. (293469)
3	1 or 2 (293469)
4	(newborn* or neonate* or toddler* or infant* or child* or adolesc* or teen* or youth).mp. (1129570)
5	3 and 4 (85902)
6	exp home visiting programs/(1744)
7	*Home Care/(5381)
8	((home or home based or homebased or domicil*) adj1 (treat* or therap* or program* or service* or intervention*).ti,ab. (1956)
9	hometreat*.mp. (8)
10	(visit* adj3 (home or domicil* or service* or program* or intervention*).ti,ab. (6086)
11	6 or 7 or 8 or 9 or 10 (12999)
12	5 and 11 (354)
13	limit 12 to yr=„2000 - 2020“ (241)
Search date: 25/05/2020	



HTA Austria

Austrian Institute for
Health Technology Assessment
GmbH