

Evidenztabelle Interventionssetting zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“

© Autoren. Diese Tabelle kann vorläufig wie folgt zitiert werden:

Dolle, K. & Schulte-Körne, G. (2012). Evidenztabelle Interventionssetting zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“. Unveröffentlichtes Dokument.

Nach Veröffentlichung auf der Homepage der AWMF kann diese Tabelle wie folgt zitiert werden:

Dolle, K. & Schulte-Körne, G. (2012). Evidenztabelle Interventionssetting zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“. Zugriff am ... Verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

Frage A1) Unter welchen Bedingungen ist eine teilstationäre oder stationäre Therapie (I) wirksamer zur kurzfristigen Reduktion von Depressivität (O) *oder aus anderen Gründen adäquater* als eine ambulante Therapie (C)?

Gliederung

Ergebnisse aus Leitlinien und systematischen Reviews..... 1

Ergebnisse aus Beobachtungsstudien im stationären Setting, die in den Reviews nicht berücksichtigt wurden..... 3

Ergebnisse aus ökonomischen Studien..... 8

Anmerkungen 9

Literatur 9

Ergebnisse aus Leitlinien und systematischen Reviews

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
NICE 2005 [1]	Leitlinie (SR ohne MA)	4	Verschiedene Beobachtungsstudien mit Kindern und Jugendlichen (5-18 J.) mit verschiedenen psychischen Störungen (keine Beschränkung auf depressive Störungen)	Stationäre Behandlung	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen können von einem stationären Aufenthalt profitieren. Klinische Faktoren, die den Behandlungserfolg vorherzusagen scheinen, umfassen: – Merkmale der Behandlung (z.B. Vervollständigung der Behandlung, geplante Entlassung, therapeutische Allianz) – die Inanspruchnahme anschließender Versorgung – das familiäre Funktionsniveau vor Aufnahme – die Einbindung der Familie in die Behandlung – längere Aufenthaltsdauer – höhere Intelligenz Über den Einfluss von Angebots- und Behandlungsmerkmalen innerhalb des stationären Settings ist wenig bekannt. Diese Ergebnisse beziehen sich auf zwei Reviews (Pfeiffer 1990 [2] und Kutash 1996 [3]) sowie zwei Beobachtungsstudien aus Großbritannien (Rothery 1995 [4], Sheerin 1999 [5]) und einige Studien aus den USA, die allerdings keine separaten Ergebnisse für Kinder oder Jugendliche mit depressiven Störungen berichten (Green 2001 [6], Jacobs 2005/Green 2007 [7], Gowers 2000 [8], King 1997 [9]).

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Stein 2006 [10]	SR ohne MA mit CRD-Vermerk, aber (noch) ohne Abstract	4	4 RCTs, davon 2 mit Jugendlichen (10-17 J.) mit Diagnose einer depressiven Störung als Einschlusskriterium, weitere Studien mit Erwachsenen oder anderen psychischen Störungen	Psychosoziale Interventionen in primary care settings vs. nur TAU oder Medikation allein	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt, unsystematisch dargestellt: Symptomreduktion, globales Funktionsniveau, Lebensqualität, Zufriedenheit mit Versorgung	<p><u>Thema:</u> Interventionen für Depression bei Jugendlichen in „primary care“</p> <p><u>Ergebnisse:</u> Kurze psychosoziale Interventionen in primary care settings als Zusatz zu TAU oder Medikation können wirksamer sein als TAU oder Medikation allein (aber nicht durchgängig für alle Outcome-Maße). Diese Ergebnisse stammen aus den folgenden RCTs: Mufson 2004 [11], Walker 2002 [12], Asarnow 2005 [13] und Clarke 2005 [14]. Ärzte sind eher dazu bereit, wenn sie zuvor geschult wurden (Ergebnis aus Studien mit Erwachsenen). Sie sollten in Erwägung ziehen, solche supportiven Maßnahmen für depressive Jugendliche anzubieten, die ansonsten keine Behandlung erhalten würden (nicht belegt). Zitiert in GLAD-PC [15, 16].</p> <p><u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Es gibt ein Potential für die erfolgreiche Behandlung der jugendlichen Depression in primary care, wenn man die Evidenz berücksichtigt, dass kurze psychosoziale Unterstützung mit oder ohne Medikation nachweislich eine Bandbreite von Outcomes verbessert, einschließlich der jugendlichen Depression selbst. Angesichts des großen gesundheitspolitischen Problems durch jugendliche Depression, der hohen Wahrscheinlichkeit, dass die meisten depressiven Jugendlichen keine Leistungen von Spezialisten bekommen, und neuer Leitlinien für den Umgang mit jugendlicher Depression in primary care sollten Ärzte erwägen, unterstützende Interventionen in ihren primary care Praxen zu initiieren.</p> <p><u>Kritik:</u> Es wurden hinsichtlich der Population, Methoden und Maße sehr unterschiedliche Primärstudien kombiniert.</p>
Stewart 2002 [17]	SR ohne MA ohne CRD-Vermerk	4	Studien verschiedener Evidenzgrade zum Umgang mit suizidalen Jugendlichen (1969-1999)	Stationäre Behandlung	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	<p><u>Thema:</u> Notfallinterventionen bei suizidalen Jugendlichen</p> <p>Suizidalität ist einer der wichtigsten Indikatoren für stationäre Aufnahme; stationäre Behandlung kann aber nicht weitere Suizidversuche verhindern. Risikofaktoren für weitere Suizidversuche sind: Kontakt zu sozialer Einrichtung/Entlassung nicht nach Hause, geringe soziale Unterstützung, Verlust der Eltern (Beobachtungsstudien, z.B. Brent 1993 [18]).</p> <p>Mögliche Vorteile einer stationären Behandlung: professionelle Behandlung, Aufbau einer therapeutischen Allianz, die Adherence bei zukünftigen Behandlungen verbessern und Vorurteile abbauen kann (nicht belegt).</p> <p>Entlassung ist sinnvoll, wenn ein nichtpsychotischer Patient einen Vertrag eingeht, Coping-Strategien beschreiben kann und verspricht, bei Verschlechterung wiederzukommen (nicht belegt)</p> <p><u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Obwohl Jugendliche mit hohem Suizidrisiko in der Literatur wiederholt beschrieben wurden, gibt es wenig empirische Evidenz für erfolgreiche Strategien für die Einschätzung des Suizidrisikos durch zuerst beteiligte Behandler. [...] Im Hinblick darauf, dass Non-Compliance mit weiterer Behandlung ein ernsthaftes Problem für Jugendliche nach einem Suizidversuch ist, ist der Einbezug von Compliance fördernden Maßnahmen in die Notfallbehandlung geboten. [...] Strengere Studien zur Notfallbehandlung sind notwendig.</p>

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							<u>Kritik:</u> Relevante Studien könnten nicht berücksichtigt worden sein, da die Literatursuche nur in einer Datenbank durchgeführt wurde. Die Qualität der Primärstudien wurde nicht berücksichtigt. Es werden hinsichtlich der Population, Methoden und Maße sehr unterschiedliche Primärstudien kombiniert.

Ergebnisse aus Beobachtungsstudien im stationären Setting, die in den Reviews nicht berücksichtigt wurden

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Asarnow 1988 [19] USA	Follow-up-Studie	4*	28 stationär behandelte Kinder (7-13 J.) mit Major Depression oder Dysthymie nach DSM-III Vergleichsgruppe: 18 Kinder mit schizophrenen und schizotypischen Störungen	Psychotherapie + TZA/Lithium (n = 14), Psychotherapie + Neuroleptika (n = 17), keine Behandlung, Psychotherapie allein oder eine andere Medikation (n = 15).	1- und 2-Jahres-Follow-up	Rehospitalisierungsrate, Fremdunterbringung	<u>Thema:</u> Rehospitalisierung bei Kindern <u>Ergebnisse:</u> Die Rehospitalisierungsrate lag bei den depressiven Kindern bei 35% nach einem und 45% nach zwei Jahren (vs. 22% der Kinder der Vergleichsgruppe, aber survival curves nicht signifikant unterschiedlich). 15% kamen im ersten Jahr nach der Entlassung in Fremdunterbringung, bedeutsam weniger als in der Vergleichsgruppe. Kinder mit Major Depression unterschieden sich darin nicht bedeutsam von Kindern mit Dysthymie. Kinder mit Double Depression und Kinder mit längerem ersten Aufenthalt zeigten nach einem und zwei Jahren tendenziell ein höheres Risiko einer Rehospitalisierung
Asarnow 1993 [20] USA	Kohortenstudie	4*	26 stationär behandelte Kinder (7-14 J.) mit Major Depression oder Dysthymie nach DSM-III, 77% mit Komorbiditäten (Angststörungen, Verhaltensstörungen, ADS, andere)	Stationäre Behandlung	Vorher, 1- bis 5-Jahres-Follow-up	Genesung gemäß diagnostischem Interview (≤ 1 klinisch bedeutsames Symptom für ≥ 2 Monate)	<u>Thema:</u> Zustand ein Jahr nach der Entlassung <u>Ergebnisse:</u> Zustand hängt mit „expressed emotion“ in der Familie (EE; Kritik, Feindseligkeit und übermäßige emotionale Beteiligung; ähnlich „Stress in der Familienumgebung“) zusammen: Kinder, die in ein Zuhause mit hoher EE zurückkehrten, erholten sich weniger häufig (0% Genesung vs. 53% in der Gruppe mit niedriger EE).
Bode 1992 [21] Deutschland	Fallstudie	5*	1 stationär behandeltes Mädchen (Jugendliche) mit „stark depressiver Symptomatik“	Stationäre Behandlung: Gesprächspsychotherapeutische Einzelsitzungen, Eltern- und Familienarbeit, wöchentliche Musiktherapie-sitzungen, Folge aus 4 gezielten	Nicht festgelegt (Verlauf beschrieben)	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksamkeit Musiktherapie <u>Ergebnisse:</u> 11 musiktherapeutische Sitzungen, beschrieben unter den Themen Vertrautwerden mit der Gruppe (Sitzungen 1-4), Grenzen und Sicherheit (Sitzungen 5-7) und Entdeckungen (Sitzungen 8-11), boten die Möglichkeit, neue Fähigkeiten zu erproben und Schwierigkeiten nonverbal zu äußern. Beobachtetes Ergebnis: wachsende körperliche und seelische Identität, Gewinn an Stabilität, Stärkung des Selbstwertgefühls Empfehlung: Musiktherapeutische Methoden in Abstimmung mit anderen psychotherapeutischen Angeboten einsetzen

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
				Musiktherapie-sitzungen			
Brinkman-Sull 2000 [22] USA	Follow-up-Studie	4*	60 in einer privaten psychiatrischen Klinik stationär behandelte Jugendliche (12-18 J.), davon „Mehrheit“ mit depressiver Störung, ohne Halluzinationen oder Wahn, IQ \geq 80	Stationäre Behandlung	11- bis 23-Monats-Follow-up (ab Aufnahme)	Suizidalität, Funktionsfähigkeit der Familie, depressive Symptomatik, Hoffnungslosigkeit, Selbstwert	<u>Thema:</u> Risiko eines zukünftigen Suizidversuchs <u>Ergebnisse:</u> Suizidalität im 18-Monats-Follow-up hing zusammen mit starker Hoffnungslosigkeit bei Aufnahme sowie Zunahme oder Persistenz von Depression im Follow-up. Variablen der Funktionsfähigkeit der Familie bei Aufnahme sagten suizidales Verhalten auf univariatem Niveau vorher, waren aber über Variablen des individuellen Funktionsniveaus (Depression, Hoffnungslosigkeit) hinaus nicht bedeutsam. Der Einfluss des Funktionsniveaus der Familie auf die Suizidalität der Jugendlichen könnte durch das individuelle Funktionsniveau vermittelt werden (Mediationsmodell).
Emslie 1997 [23] USA	Follow-up-Studie	4*	59 stationär behandelte Kinder und Jugendliche (8-17 J.) mit Major Depression nach DSM-III, IQ \geq 80	Stationäre Behandlung (im Mittel 33 Tage): Antidepressiva (bei 81.4%, nicht näher beschrieben), individuelle, Gruppen-, Familien- und „Milieu“-Therapie	Vorher, 1- und 2-Jahres-Follow-up	Remission (\leq 2 Symptome für \geq 2 Wochen), Erholung (keine Symptome für \geq 2 Monate), Rezidiv (neue Episode während Erholung)	<u>Thema:</u> Remission <u>Ergebnisse:</u> Ein bis sechs Jahre nach stationärem Aufenthalt war die initiale depressive Episode bei 98% remittiert. 61% erlitten ein Rezidiv, 47.2% davon während des ersten Jahres nach Entlassung, 22% im zweiten Jahr. Stärkere depressive Symptome, höheres Alter, ethnische Zugehörigkeit („nonwhite“) und psychotischer Subtyp hingen mit höherem Rezidivrisiko zusammen. Rezidive traten sowohl unter medikamentöser Behandlung als auch ohne auf. Alle Angaben wurden retrospektiv erfasst.
Enns 2003 [24] Kanada	Vorher-Nachher-Studie	4*	78 wegen akuter Suizidalität stationär behandelte Jugendliche (12-18 J.), davon 52 mit Major Depression und 3 mit Dysthymie nach DSM-IV	Stationäre Behandlung (im Mittel 20.4 Tage)	Vorher, nachher	Depression, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität, stationäre Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres	<u>Thema:</u> Persönlichkeitsmerkmale als Prädiktoren für suizidale Gedanken <u>Ergebnisse:</u> Vor der Behandlung hingen die Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus, Selbstkritik, Abhängigkeit und gesellschaftlich vorgegebener Perfektionismus bedeutsam zusammen mit Depression (Beck Depressions-Inventar), Hoffnungslosigkeit (Hopelessness Scale for Children) und Suizidalität (Suicidal Ideation Questionnaire). Neurotizismus war Prädiktor für Depression und Suizidalität nach der Behandlung (erklärte Varianz 7.7 bzw. 3.3%); Selbstkritik war Prädiktor für Depression und Hoffnungslosigkeit. Neurotizismus und Suizidalität (bei Aufnahme) sagten Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres vorher.
Fischel 2007 [25] Deutschland	Fallstudie	5*	1 stationär und teilstationär behandelte(r) Jugendlicher (13 J.) mit Diagnose einer schweren depressiven Episode nach ICD-10 mit IQ = 122, ohne komorbide Störungen	Stationäre (6 Wochen), dann teilstationäre multiprofessionelle Behandlung (Zeitdauer nicht genannt) einschl. Medikation (Amitriptylin), Maßnahmen zu Förderung von Selbstsicherheit,	Nicht festgelegt (Verlauf beschrieben)	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Darstellung einer stationären Behandlung <u>Ergebnisse:</u> Der Patient wurde aufgrund des zu stark eingeschränkten Funktionsniveaus zunächst vollstationär aufgenommen, war aber durch die Trennung von der Familie emotional belastet und wurde nach 6 Wochen in die teilstationäre Behandlung übernommen. Dort wurde die medikamentöse Behandlung mit Amitriptylin fortgesetzt. Nach ca. 6 Wochen gelang langsam die Kontaktaufnahme zu Mitpatienten; mit den Eltern wurde ein Paarkonflikt thematisiert. Die Familie gewann an Ausdrucksfähigkeit, der Patient an Lebensfreude und Selbstständigkeit, und regenerierte seine Fähigkeiten zur Kontaktgestaltung sowie zum schulischen Lernen. Auf Wunsch des Patienten erfolgte nach Entlassung

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
				Aktivitätenaufbau, zu Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, sozialen Fertigkeiten, Abbau dysfunktionaler Schemata			weder Psycho- noch Pharmakotherapie. Bei einer ambulanten Wiedervorstellung 1,5 Jahre später zeigte er ein „reaktives subdepressives Stimmungsbild“ und nahm zu diesem Zeitpunkt eine ambulante Psychotherapie auf.
Garber 1988 [26] USA	Kohortenstudie	4*	20 stationär behandelte Kinder und Jugendliche (10-17 J.), davon 7 mit Major Depression, 2 mit Dysthymie und 2 mit Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung nach DSM-III	Stationäre Behandlung	Follow-up 8 Jahre nach Index-Hospitalisierung	Prävalenz affektiver Störungen, soziale Anpassung	<u>Thema:</u> Langzeit-Follow-up <u>Ergebnisse:</u> Acht Jahre nach der Index-Hospitalisierung gaben sieben der 11 ursprünglich depressiven Patienten im Interview mindestens eine weitere depressive Episode im Follow-up-Zeitraum an, vier hatten mehr als eine weitere Episode; alle 11 Patienten erlebten eine Form von affektiven Störungen. Im Vergleich dazu hatte von den neun ursprünglich nicht depressiven Patienten nur ein Patient eine depressive Episode. Die depressiven Patienten gaben für den Follow-up-Zeitraum eine schlechtere soziale Anpassung bei sozialen und Freizeitaktivitäten und Partnerschaften an, zum Zeitpunkt der Erhebung nach acht Jahren bezüglich sozialen und Freizeitaktivitäten und familiären Beziehungen. Informationen zur Behandlung während des Follow-up-Zeitraums wurden nicht erhoben.
Goldston 1999 [27] USA	Follow-up-Studie	4*	91 stationär behandelte Jugendliche (12-19 J.) mit affektiven Störungen (insgesamt N = 180), ohne ernsthafte körperliche Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)	Stationäre Behandlung	Vorher, halbjährliche Follow-ups bis zu 5 Jahre	Suizidversuche	<u>Thema:</u> Risiko eines Suizidversuchs innerhalb der ersten fünf Jahre nach Entlassung <u>Ergebnisse:</u> Bis zu fünf Jahre nach stationärem Aufenthalt begingen ca. 25% der Jugendlichen mit verschiedenen Störungsbildern einen Suizidversuch, am häufigsten während der ersten 6-12 Monate nach Entlassung. Kein Suizidversuch wurde vollendet. Die Anzahl früherer Versuche war der stärkste Prädiktor für Suizidversuche nach Entlassung. Affektive Störungen allein sagten Suizidversuche nach Entlassung nicht vorher, nur wenn sie von vergangenen Suizidversuchen begleitet waren.
Hintikka 2003 [28] Finnland	Vorher-Nachher-Studie	4*	28 stationär behandelte Jugendliche (13-18 J.) mit Major Depression nach DSM-III vs. 11 Jugendliche mit Conduct Disorder, IQ ≥ 70, ohne neurologische oder Substanzstörungen	Stationäre Behandlung	Vorher und nachher	Kognitives und psychosoziales Funktionsniveau	<u>Thema:</u> Kognitive Leistung und Funktionsniveau nach stationärer Behandlung <u>Ergebnisse:</u> Nach der Behandlung waren nonverbale und allgemeine kognitive Leistung, das Selbstbild und das psychosoziale Funktionsniveau in beiden Gruppen verbessert. Bei Patienten mit Major Depression zeigten sich größere Veränderungen bezüglich Selbstbild und Funktionsniveau der Familie.

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
King 1995 [29] USA	Follow-up-Studie	4*	100 stationär behandelte Jugendliche, davon 67% mit Major Depression und 17% mit Dysthymie (z.T. komorbid) [vermutlich nach DSM-III-R, A.d.A.]	Stationäre Behandlung	6-Monats-Follow-up	Suizidales Verhalten	<u>Thema:</u> Suizidales Verhalten nach einem stationären Aufenthalt <u>Ergebnisse:</u> 18% der Jugendlichen berichteten suizidales Verhalten im 6-Monats-Follow-up (einschließlich Selbstverletzungen), vorwiegend mit geringer medizinischer Letalität und minimaler oder ambivalenter suizidaler Absicht. Im Follow-up suizidale Jugendliche hatten häufiger die Diagnose Dysthymie erhalten, während des stationären Aufenthalts vermehrt Suizidgedanken sowie eine negative Wahrnehmung des familiären Funktionsniveaus geäußert und waren nach dem stationären Aufenthalt häufiger nicht bei ihren Eltern untergebracht. Suizidale und nichtsuizidale Jugendliche unterschieden sich nicht bezüglich der Compliance mit der poststationären Behandlung.
Lesaca 1992 [30] USA	Nicht-vergleichende Beobachtungsstudie	4*	52 stationär behandelte Jugendliche (13-19 J.) mit Major Depression nach DSM-III-R	Stationäre Behandlung im Jahr 1990 (im Mittel 27.14 Tage individuelle und Gruppen-Psychotherapie, Familientherapie, Verhaltensmanagement und ggf. Medikation)	Nicht festgelegt (Durchsicht der Akten)	Aufenthaltsdauer in Tagen	<u>Thema:</u> Prädiktoren für die Dauer eines stationären Aufenthalts <u>Ergebnisse:</u> Überprüfung einer Liste aus folgenden möglichen Prädiktoren: (1) Suizidversuch oder aktive Vorbereitung, (2) Beschäftigung mit Suizid ohne aktive Vorbereitung oder Versuch, (3) aggressive Ausbrüche gegenüber Mitmenschen, (4) aggressive Ausbrüche gegenüber Tieren oder Dingen, (5) verbale Drohungen, jemanden physisch zu verletzen, (6) aktuelle Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, (7) Depression mit psychotischen Merkmalen, (8) ambulante Behandlung im letzten Jahr, (9) Achse-III-Diagnose als Teil der Aufnahmediagnose, (10) sexueller oder körperlicher Missbrauch, (11) vergangene stationäre Behandlung und (12) Drogen- oder Alkoholkonsum. Es wurde versucht, den Einfluss des Versicherungsstatus zu kontrollieren. Einzig (2) Beschäftigung mit Suizid ohne aktive Vorbereitung oder Versuch hing bedeutsam mit der Aufenthaltsdauer zusammen.
Linder 2010 [31] Deutschland	Nicht vergleichende Beobachtungsstudie (Auswertung der Basisdokumentation)	4*/5	Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik über 5 Jahre (2003-2007, N = 6772)	Ambulante, stationäre oder teilstationäre Behandlung	Nicht festgelegt	Art der Behandlung, Indikation	<u>Thema:</u> Kinder und Jugendliche in Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik <u>Ergebnisse (Evidenzgrad 4*):</u> 5424 Fälle (80.1%) wurden ambulant behandelt, 1107 (16.3%) stationär und 218 (3.2%) teilstationär. Kinder im Vorschul- und Grundschulalter wurden überwiegend ambulant behandelt. Bei den teilstationär Behandelten waren es vor allem Grundschulkinder (60%). Von den stationären Patienten waren 57% 14-17 Jahre, 18% 11-13 Jahre, 14% 6-10 Jahre und 12% waren über 18 Jahre alt. Die Verweildauer betrug ca. 30-35 Tage bei 28 vollstationären Betten. Unter den stationären Patienten wurden als Achse-1-Diagnosen nach ICD-10 am häufigsten Anpassungsstörungen vergeben (ca. 38%, nur grafisch dargestellt) und ADHD (ca. 30%). Affektive Störungen wurden bei ca. 8% festgestellt. 711 der stationär behandelten Patienten (64.2%) zeigten depressive Symptome. Gemäß Achse 6 wiesen 65% der stationären Patienten schwerwiegende Funktionseinschränkungen in mehreren Bereichen auf. Äußere Belastungen aus dem sozialen Umfeld (chronische elterliche Konfliktsituation, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung eines Elternteils oder beider Eltern bestanden bei über 50%, abweichende

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							<p>psychosoziale Umstände gemäß Achse 5 bei 67%. Notaufnahmen machten fast 50% der Aufnahmen bei Jugendlichen aus. Etwa ein Drittel der Patienten mit depressiven Symptomen wurde mit Antidepressiva behandelt: Bei 200 Patienten wurden SSRI eingesetzt, bei 50 Patienten TZA. Bei mehr als 40% der stationär behandelten Patienten wurden Jugendämter einbezogen, bei 34% fand eine konkrete Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII statt, bei 65% wurden Schule, Heim und ein Psychotherapeut einbezogen, bei 64% gab es Hilfen zur Eingliederung nach § 35 SGB VIII.</p> <p><u>Empfehlungen des Autors (Evidenzgrad 5):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Abstimmung mit den zuweisenden Ärzten oder anderen zuweisenden Stellen sollte möglichst eng sein. – Kriterien für eine stationäre Behandlungsindikation sind die ICD-10-Diagnose, die Schwere der Symptomatik anhand der Funktionseinschränkungen, mangelnde Ressourcen und aktuelle, abnorme, psychosoziale Belastungen. – Für Notaufnahmen, die mit freiheitsentziehenden Maßnahmen verbunden sind, muss die Rechtsgrundlage geklärt werden. Dabei erfolgt die Indikationsstellung durch den Klinikarzt. – Die stationäre Aufnahme führt bei Jugendlichen mit reaktiven Depressionen häufig rasch zu initialer Entlastung. Fortbestehende Risikofaktoren und Belastungen erklären ein hohes Rückfallrisiko und eine hohe Chronifizierungsgefahr wie auch rezidivierende Suizidversuche. Solche Verlaufsprognosen begründen ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen der Eingliederungshilfe wie Erziehungsbeistandschaft, sozialpädagogische Familienhilfen oder auch Fremdunterbringung in einer Jugendwohngruppe. Für die Compliance ist eine geplante und qualifizierte Vernetzung zwischen Klinik, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten und komplementären Einrichtungen (Jugendhilfe, Schule) unabdingbar. <p><u>Kritik:</u> Es ist unklar, welche Patienten die Kriterien für eine Major Depression oder Dysthymie erfüllten und für sie werden keine separaten Ergebnisse berichtet.</p>
Robinson 1984 [32] USA	Fallstudie	5*	2 ambulant behandelte Kinder (10 J.) nach Suizidversuchen, mit Major Depression und Suizidgefahr	Ambulante Behandlung (Psychotherapie mit Elternarbeit für 18 Monate bzw. eine nicht berichtete Zeitspanne)	Nicht festgelegt (Verlauf beschrieben)	Nicht festgelegt	<p><u>Thema:</u> Darstellung einer ambulanten Behandlung eines suizidalen Kindes</p> <p><u>Ergebnisse:</u> Fall 1 („Rose“): Eltern unterließen körperliche Bestrafungen sowie Kontrolle der Hausaufgaben, gaben mehr Lob und ließen mehr Zeit mit Freunden zu. Rose entwickelte ein besseres Selbstbild und realistischere Erwartungen an sich selbst.</p> <p>Fall 2 („Ralph“): Rückgang der depressiven Symptomatik, durch separate Psychotherapie der Mutter Verbesserung ihres Funktionsniveaus und der häuslichen Situation.</p> <p><u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Ambulante Behandlung ist trotz Suizidgefahr möglich, wenn die Eltern angemessene Unterstützung und</p>

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							Sicherheit bieten können
Strober 1993 [33] USA	Follow-up-Studie	4*	58 stationär behandelte Jugendliche (13-17 J.) mit Major Depression nach RDC ohne ernsthafte medizinische oder neurologische Erkrankungen, Ess- oder Substanzstörungen, nichtaffektive Psychose	Stationäre Behandlung	2-Jahres-Follow-up	Genesung (≤ 2 Symptome für ≥ 2 Monate), Entwicklung manischer Symptome, psychosoziales Funktionsniveau	<u>Thema:</u> Genesung und manische Symptome nach stationärer Behandlung <u>Ergebnisse:</u> Nach zwei Jahren lag die kumulative Wahrscheinlichkeit einer Genesung von der initialen Episode bei 90%, die übrigen sechs Patienten litten weiterhin unter mehreren Symptomen. 33% der Genesungen wurden innerhalb der ersten fünf Monate festgestellt, bei den anderen lag die höchste intervallspezifische Raten zwischen 6 und 9 Monaten. Patienten mit psychotischen Symptomen zeigten eine ähnliche Dauer bis zur Genesung wie Patienten ohne und höhere psychosoziale Einschränkungen im 6-, aber nicht mehr so deutlich im 2-Jahres-Follow-up. 28% von ihnen (vs. 0%) entwickelten manische Symptome.
Welner 1979 [34] USA	Follow-up-Studie	4*	16 stationär behandelte Jugendliche (12-19 J.) mit unipolarer Depression nach Feighner-Kriterien (insgesamt $N = 77$)	Stationäre Behandlung (1965-1968)	8- bis 10-Jahres-Follow-up	Psychopathologie, beruflicher Werdegang, Suizid	<u>Thema:</u> Langzeit-Follow-up <u>Ergebnisse:</u> Das mittlere Ersterkrankungsalter lag bei 15 Jahren. Acht bis zehn Jahre nach Entlassung hatten fünf der 16 depressiven Patienten (31%) nur die initiale depressive Episode erlebt und danach keine Symptome; eine Patientin (6%) hatte viele Episoden mit vollständigen Remissionen; die weiteren zehn Patienten (63%) hatten nur partielle Remissionen, im Mittel vier Hospitalisierungen und ihre funktionellen Einschränkungen entsprachen der Schwere ihrer Symptome. Zwei dieser zehn wurden Alkoholikerinnen, eine davon beging Selbstmord (Überdosis Amitriptylinhydrochlorid und Alkohol mit 27 J.).

Ergebnisse aus ökonomischen Studien

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Martin 2003 [35] USA	Kostenanalyse	--	Daten von >1.7 Mio. privat Versicherten, davon 17230 (im Jahr 1997) bzw. 26006 (im Jahr 2000) Patienten ≤ 17 J. im Bereich „mental health“, davon 16.7% mit depressiven Störungen (1997: 2875; 2000: 4349)	Stationäre vs. ambulante Behandlung, Behandlung mit Psychopharmaka (1997-2000)	--	Jährliche Kosten, mittlere Aufenthaltsdauer bzw. Dauer der ambulanten Termine, Kosten pro Tag	<u>Thema:</u> Kosten <u>Ergebnisse:</u> Die jährlichen Kosten für einen stationären Patienten mit depressiven Störungen nahmen von rund 6900 \$ auf 5300 \$ ab, was mit einem Rückgang der mittleren Aufenthaltsdauer von 13.4 auf 11.1 Tage zusammenhing bei annähernd gleich bleibenden Kosten pro Tag. Für ambulante Patienten mit depressiven Störungen nahmen die jährlichen Kosten von rund 1400 \$ auf 1200 \$ ab, was sowohl mit einem Rückgang der ambulanten Termine (von 9.47 auf 8.31 Tage) als auch mit einem Rückgang der Kosten für diese Termine (von 175 \$ auf 161 \$ pro Tag) zusammenhing. Die jährlichen Kosten für die Behandlung mit Psychopharmaka bei depressiven Störungen stiegen von rund 360 \$ auf 430 \$ an; ihr Anteil an den Kosten für ambulante Behandlungen stieg von 29.9% auf 36.5%.

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/ Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Sclar 2008 [36] USA	Kostenanalyse	--	Daten über stationär behandelte Kinder und Jugendliche (5-18 J.) mit primärer Diagnose einer depressiven Störung nach ICD-9, Aufenthaltsdauer 1-30 Tage, Zahlungsgeber öffentlich (38%) vs. privat (62%)	Stationäre Behandlung	--	Aufenthaltsdauer, Kosten pro Tag	<u>Thema:</u> Kosten <u>Ergebnisse:</u> Die Aufenthaltsdauer von Patienten mit einem öffentlichen Zahlungsgeber (im Mittel 6.6 Tage) war signifikant höher als bei Patienten mit einem privaten Zahlungsgeber (5.3 Tage). Die mittleren Kosten pro Tag unterschieden sich ebenfalls signifikant, aber wenig (öffentlich 1316.4 \$, privat 1357.5 \$ pro Tag). <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Diese Untersuchung kann nicht zeigen, ob die kürzere Aufenthaltsdauer der Patienten mit privatem Zahlungsgeber auf eine verbesserte Behandlung oder auf begrenzte Kostenerstattung der Versicherer (z.B. im Rahmen von Kostenbegrenzungsprogrammen) zurückgeht. Im ersten Fall wären insgesamt niedrigere Kosten der Behandlung zu erwarten, im zweiten Fall höhere, da eine Verkürzung der Behandlung z.B. zu einer höheren Rückfallquote führen könnte.

Anmerkungen

CRD: Centre for Reviews and Dissemination (Anbieter von Datenbanken und Informationen zur evidenzbasierten Medizin). EG: Evidenzgrad. MA: Metaanalyse. SGB VIII: Sozialgesetzbuch, Achtes Buch, Kinder- und Jugendhilfe. SR: Systematischer Review. SSRI: Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer. TZA: Trizyklische Antidepressiva.

*Diese Studien wurden nicht anhand von Checklisten geprüft und daher auch nicht nach ihrem Evidenzgrad eingestuft, da sie nicht verschiedene Behandlungsalternativen (ambulante vs. stationäre Behandlung) miteinander verglichen und daher nur zur Charakterisierung stationärer Patienten beitragen können.

Folgende Studien wurden ausgeschlossen, da weder separate Ergebnisse für Kinder oder Jugendliche mit depressiven Störungen berichtet werden noch bei mehr als die Hälfte der Stichprobe die Diagnose einer depressiven Störung vorlag: Agius 2010 [37], Brent 2000 [38], Gasquet 1994 [39], Huey 2005 [40].

Folgende US-amerikanische Dissertationen waren nicht elektronisch oder via subito zugänglich und wurden nicht bestellt, da ihre Bedeutung im Vergleich zum Aufwand der Bestellung als zu gering erachtet wurde (Anteil depressiver Patienten oder untersuchte Interventionen unklar oder nicht relevant für das deutsche Gesundheitssystem, kein Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Behandlung): Benfield 1986 [41], Gourdine 1988 [42], Hackworth 1997 [43].

Literatur

1. National Collaborating Centre for Mental Health, *Depression in Children and Young People. Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*, in *National Clinical Practice Guideline Number 282005*, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists: London. p. 233.
2. Pfeiffer, S. and B.A. Strzelecki, *Inpatient Psychiatric Treatment of Children and Adolescents: A Review of Outcome Studies* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1990. **29**(6): p. 847-853.
3. Kutash, K. and V.R. Rivera, *What Works in Children's Mental Health Services? Uncovering Answers to Critical Questions* 1996, Baltimore, MD & London: Paul H. Brooks.
4. Rothery, D., et al., *Treatment goal-planning: outcome findings of a British prospective multi-centre study of adolescent inpatient units*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 1995. **4**(3): p. 209-20.
5. Sheerin, D., R. Maguire, and J. Robinson, *A 15 month follow-up study of children admitted to a child psychiatric inpatient unit*. Ir J Psych Med, 1999. **16**(3): p. 97-103.
6. Green, J., et al., *Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001. **40**(3): p. 325-32.
7. Green, J., et al., *Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry--A prospective study of health gain and costs*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2007. **48**(12): p. 1259-1267.
8. Gowers, S., et al., *The Health of the Nation Outcome Scales for Child & Adolescent Mental Health (HoNoSCA)*. Child Psychology & Psychiatry Review, 2000. **5**(2): p. 50-57.
9. King, C.A., et al., *Prediction of positive outcomes for adolescent psychiatric inpatients*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997. **36**(10): p. 1434-42.
10. Stein, R.E., L.S. Zitner, and P.S. Jensen, *Interventions for Adolescent Depression in Primary Care*. Pediatrics, 2006. **118**: p. 669-683.
11. Mufson, L., et al., *A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Arch Gen Psychiatry, 2004. **61**: p. 577-584.

12. Walker, Z., et al., *Health promotion for adolescents in primary care: Randomised controlled trial*. BMJ, 2002. **325**(7363): p. 524-532.
13. Asarnow, J.R., et al., *Effectiveness of a Quality Improvement Intervention for Adolescent Depression in Primary Care Clinics. A Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Medical Association (JAMA), 2005. **293**(3).
14. Clarke, G.P.D., et al., *A Randomized Effectiveness Trial of Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Depressed Adolescents Receiving Antidepressant Medication*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2005. **44**(9): p. 888-898.
15. Cheung, A.H., et al., *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management*. Pediatrics, 2007. **120**(5): p. e1313-26.
16. Zuckerbrot, R.A., et al., *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management*. Pediatrics, 2007. **120**(5): p. e1299-312.
17. Stewart, S.E., I.G. Manion, and S. Davidson, *Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature*. J Adolesc Health, 2002. **30**(5): p. 312-25.
18. Brent, D.A., et al., *Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993. **32**(1): p. 95-105.
19. Asarnow, J.R., et al., *Childhood-onset depressive disorders. A follow-up study of rates of rehospitalization and out-of-home placement among child psychiatric inpatients*. J Affect Disord, 1988. **15**(3): p. 245-53.
20. Asarnow, J.R., et al., *One-year outcomes of depressive disorders in child psychiatric in-patients: evaluation of the prognostic power of a brief measure of expressed emotion*. J Child Psychol Psychiatry, 1993. **34**(2): p. 129-37.
21. Bode, M. and W. Meyberg, *Musiktherapie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 1992. **41**(8): p. 293-297.
22. Brinkman-Sull, D.C., J.C. Overholser, and E. Silverman, *Risk of future suicide attempts in adolescent psychiatric inpatients at 18-month follow-up*. Suicide Life Threat Behav, 2000. **30**(4): p. 327-40.
23. Emslie, G.J., et al., *Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997. **36**(6): p. 785-92.
24. Enns, M.W., B.J. Cox, and M. Inayatulla, *Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(6): p. 720-7.
25. Fischel, B. and O. Bilke, *Die klinische Behandlung eines depressiven Jugendlichen*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2007. **56**(3): p. 245-251.
26. Garber, J., et al., *Recurrent depression in adolescents: a follow-up study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1988. **27**(1): p. 49-54.
27. Goldston, D.B., et al., *Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999. **38**(6): p. 660-71.
28. Hintikka, U., et al., *Clinical recovery in cognitive functioning and self-image among adolescents with major depressive disorder and conduct disorder during psychiatric inpatient care*. Am J Orthopsychiatry, 2003. **73**(2): p. 212-22.
29. King, C.A., et al., *A prospective study of adolescent suicidal behavior following hospitalization*. Suicide Life Threat Behav, 1995. **25**(3): p. 327-38.
30. Lesaca, T.G., *Factors influencing length of inpatient stay for depressed adolescents in a psychiatric hospital*. Psychiatr Hosp, 1992. **23**(3-4): p. 95-97.
31. Linder, M., *Depressive Jugendliche in stationärer Behandlung*. Monatsschr Kinderheilkd, 2010. **158** (9): p. 849-857.
32. Robinson, L.H., *Outpatient management of the suicidal child*. Am J Psychother, 1984. **38**(3): p. 399-412.
33. Strober, M., et al., *The course of major depressive disorder in adolescents: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993. **32**(1): p. 34-42.
34. Welner, A., Z. Welner, and R. Fishman, *Psychiatric adolescent inpatients: eight- to ten-year follow-up*. Arch Gen Psychiatry, 1979. **36**(6): p. 698-700.
35. Martin, A. and D. Leslie, *Psychiatric inpatient, outpatient, and medication utilization and costs among privately insured youths, 1997-2000*. Am J Psychiatry, 2003. **160**(4): p. 757-64.
36. Sclar, D.A., et al., *Hospital length of stay for children and adolescents diagnosed with depression: is primary payer an influencing factor?* Gen Hosp Psychiatry, 2008. **30**(1): p. 73-6.
37. Agius, M., C.L. Murphy, and R. Zaman, *Does shared care help in the treatment of depression?* Psychiatria Danubina, 2010. **22** (SUPPL. 1): p. S18-S22.
38. Brent, D.A., et al., *Compliance with recommendations to remove firearms in families participating in a clinical trial for adolescent depression*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2000. **39**(10): p. 1220-6.
39. Gasquet, I. and M. Choquet, *Hospitalization in a pediatric ward of adolescent suicide attempters admitted to general hospitals*. J Adolesc Health, 1994. **15**(5): p. 416-22.
40. Huey, S.J., Jr., et al. *Predictors of treatment response for suicidal youth referred for emergency psychiatric hospitalization*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2005. 582-9.
41. Benfield, C.Y., *Depression and response to treatment in an inpatient child and adolescent psychiatric population*, 1986, ProQuest Information & Learning: US.
42. Gourdine, V., *The effects of psychoanalytic treatment on the behavior and interpersonal functioning of hospitalized depressed adolescents*, 1988, ProQuest Information & Learning: US.
43. Hackworth, B.P., *The relative effectiveness of face-to-face and telephone contact by community mental health workers during psychiatric inpatient treatment of children and adolescents*, 1997, ProQuest Information & Learning: US.